

دانشور

رفتار

بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد

نویسندگان: دکتر جواد ملازاده^{۱*} و احمد عاشوری^۲

۱. استادیار دانشگاه شیراز

۲. دانشجوی کارشناسی، دانشگاه شیراز

*E-mail: molazade@shirazu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی _ رفتاری بر بهبود سلامت روانی و پیشگیری از عود در افراد معتاد بوده است. به همین منظور در یک طرح پژوهشی شبه تجربی ۱۵ نفر از معتادینی که در مرکز خود معرف بهزیستی شیراز دوره سم‌زدایی را با موفقیت به اتمام رسانده بودند براساس ملاک‌هایی انتخاب و در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر نیز از همین معتادین براساس چند ملاک با این گروه هم‌تاسده، در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته از درمان گروهی شناختی- رفتاری بهره‌مند شد و گروه کنترل نیز به همین مدت در گروه‌های بی‌نام شرکت کرد که در آن، درمان خاصی صورت نمی‌پذیرفت. دو گروه قبل از شروع، بعد از اتمام درمان و دو ماه پس از آن مورد سنجش قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این تحقیق، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و آزمایش سنجش مورفین در ادرار بوده است. برای بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با تدابیر مکرر مختلط (Mixed Repeated Measures) با طرح ۲×۲ و همچنین آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ وضعیت سلامت روانی، تفاوت معناداری دیده می‌شود و درمان گروهی شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود در افراد معتاد مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها: درمان گروهی شناختی- رفتاری، سلامت روانی، پیشگیری از عود، اعتیاد

- دریافت مقاله: ۸۵/۱۲/۲۰
- ارسال به داوران: ۸۶/۱/۱۴ (۱)
- ۸۶/۳/۸ (۲)
- ۸۶/۳/۸ (۳)
- دریافت نظر داوران: ۸۶/۲/۹ (۱)
- ۸۶/۵/۳ (۲)
- ۸۶/۴/۱۱ (۳)
- ارسال برای اصلاحات: ۸۶/۸/۲۳ (۱)
- ۸۶/۱۰/۵ (۲)
- دریافت اصلاحات: ۸۶/۴/۱۷ (۱)
- ۸۶/۱۰/۱۵ (۲)
- ارسال به داور نهایی: ۸۶/۹/۱۷ (۱)
- دریافت نظر داور نهایی: ۸۶/۹/۲۶ (۱)
- پذیرش مقاله: ۸۶/۱۱/۳۰

Scientific-Research
Journal of
Shahed University
Sixteenth Year
No. 34
2009

دوماهنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم- دوره جدید
شماره ۳۴
اردیبهشت ۱۳۸۸

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. افزایش مصرف مواد مخدر طی قرن گذشته، نگرانی روزافزونی را برای

همه جوامع در پی داشته است. در دهه‌های اخیر، جهان با آمارهای تکاندهنده‌ای از شیوع این پدیده در سطح جامعه و خصوصاً در میان جمعیت جوان و نوجوان مواجه شده است. مصرف سالیانه

مواد مخدر از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۶، پنج برابر شده است [۱].

این پدیده در کشور ما نیز شیوع زیادی دارد. وجود تقریباً دو میلیون معتاد به مواد افیونی در جامعه جوان ایران، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع خطرناک اعتیاد در بعضی از مراکز و مدارس و خوابگاه‌های دانشجویی، و بالاخره وجود متجاوز از یکصد هزار زندانی مرتبط با اعتیاد در زندان‌های کشور، مسأله را از هشدار و زنگ خطر هم گذرانده، ضرورت بررسی‌های سبب‌شناسی و کاربست راهبردهای درمانی و پیشگیری را مؤکد ساخته است.

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع و تداوم این بیماری می‌شوند. همانند دیگر بیماری‌های روانی، اعتیاد نیز از چندین عامل نشأت می‌گیرد که در هر فرد، ممکن است گروه خاصی از عوامل مداخله‌گر شرکت داشته باشند و اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مد نظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، به فرض تأثیر مثبت آن عامل، عوامل دیگری می‌توانند تأثیر عامل مورد نظر را کاهش دهند. از این رو، روش‌های رایج درمان اعتیاد از کارایی کافی برخوردار نیستند و حتی در بهترین روش‌های درمانی، میزان موفقیت یک‌ساله ۵۰-۳۰ درصد گزارش شده است [۲]. لذا توجه به همه عوامل در درمان اعتیاد ضروری می‌نماید. وضعیت سلامت روانی یکی از عواملی است که در سبب‌شناسی و فرایند درمان اعتیاد از اهمیت خاصی برخوردار است [۳و۴] و معمولاً در جریان درمان به فراموشی سپرده می‌شود.

سینها و شاتنفلد [۵] احتمال همبودی اختلالات روان‌پزشکی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد را سه

برابر بیش‌تر می‌دانند. اما دلیل این امر چیست؟ درک عوامل دخیل در این امر ممکن است کلیدهای مناسبی برای درمان این افراد فراهم کند.

یکی از نظریه‌هایی که در مورد علت شروع اعتیاد پیشنهاد شده و توجه چشمگیری در متون به دست آورده، نظریه خوددرمانی Self-Medication کانتریان Khantzian است [۶، ۷و۸]. براساس این نظریه، افراد داروها را سوءمصرف می‌کنند تا از حالات عاطفی آزارنده و غیرقابل تحمل آسوده شوند. بر این اساس، دارویی که فرد انتخاب می‌کند تصادفی نیست، بلکه براساس خواص داروشناختی آن و برای کاهش نشانه‌های عاطفی و حالات احساسی خاص انتخاب می‌شود. این نظریه با حکایاتی که معتادان در طول دوره درمان مطرح می‌کنند هماهنگ است. معتقدان این نظریه، اعتماد آن را نسبت به داده‌های حکایت‌گونه مورد انتقاد قرار داده‌اند [۶].

کاشنر و موزر (۱۹۹۳ به نقل از، گراهام، ۲۰۰۴) [۹] نیز

چهار مدل کلی را برای تبیین علت میزان بالای همبودی

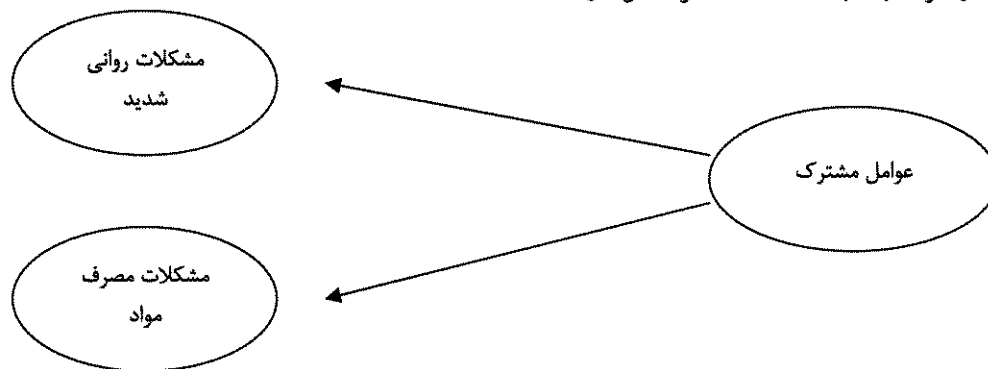
Comorbidity بین مشکلات روانی و مشکلات مربوط به

مصرف مواد ارائه کرده‌اند که عبارتند از:

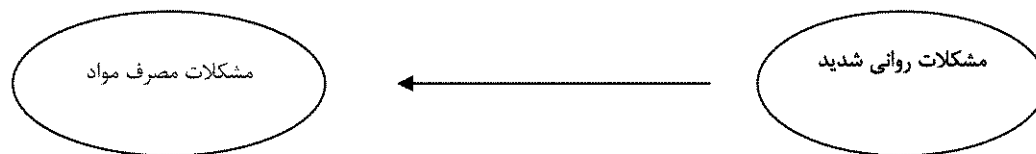
الف) مدل عوامل مشترک، ب) مدل سوء مصرف مواد

ثانویه، ج) مدل آسیب‌شناسی ثانویه و د) مدل دو وجهی.

براساس مدل عوامل مشترک، یک یا چند عامل به صورت مستقل، خطر ایجاد مشکلات روانی و مشکلات مصرف مواد را افزایش می‌دهند؛ یعنی آسیب‌پذیری‌های مشترکی برای هر دو اختلال وجود دارد. سه عامل مشترک در تحقیقات مورد توجه قرار گرفته‌اند: عوامل ژنتیکی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و بدکاری‌های نوروبیولوژیکی مشترک.



شکل ۱: مدل عوامل مشترک [۹]

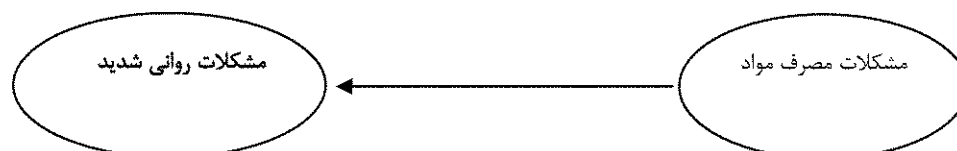


شکل ۲: مدل سوء مصرف ثانویه [۹]

مدل آسیب‌شناسی ثانویه دقیقاً عکس مدل قبلی است و براساس این مدل، مشکلات مصرف مواد منجر به راه‌اندازی اختلالات روان‌پزشکی طولانی مدتی می‌شود که به هیچ صورت دیگری ایجاد نمی‌شوند.

از منظر مدل دو وجهی، مشکلات روانی و مشکلات مصرف مواد به صورت تعاملی به راه‌اندازی و حفظ همدیگر کمک می‌کنند.

مدل‌های سوء مصرف ثانویه تأکید دارند که میزان بالایی همبودی، پیامد مشکلات روانی اولیه‌ای است که به مشکلات مصرف مواد منجر می‌شود. در داخل این مدل کلی، الگوهای مختلفی مطرح شده است؛ از جمله مدل عوامل خطر روان‌شناختی (فرد مواد را مصرف می‌کند تا احساس بهتری داشته باشد)، و مدل حساسیت بیش از حد (آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی نسبت به مشکلات روانی باعث می‌شود فرد نسبت به مقادیر کم الکل یا مواد حساسیت پیدا کرده و در نتیجه دچار مشکلات روانی گردد).



شکل ۳: مدل آسیب‌شناسی ثانویه [۹]



شکل ۴: مدل دو وجهی [۹]

در مجموع، می‌توان گفت که وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی همراه باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیماری می‌شود [۱۱و۱۰]. به همین دلیل، نظریه‌های مختلفی سعی کرده‌اند میزان بالای همبودی مشکلات روانی و اعتیاد را تبیین کنند.

با توجه به مدل‌های مختلف تبیین‌کننده اعتیاد، درمان‌های مختلفی نیز برای اعتیاد ارائه شده و تعدادی از متخصصان آن‌ها را به دو گروه عمده درمان‌های دارویی و غیر دارویی تقسیم کرده‌اند. کارل (۱۹۸۸)، به نقل از دباغی (۱۳۸۵) [۱۲] درمان‌های مؤثر اعتیاد را آن دسته از رویکردهایی می‌داند که در آن‌ها از هر دو مؤلفه زیست‌شناختی و روان‌شناختی استفاده شود. در درمان‌های دارویی از تجویز دارو برای ترک اعتیاد استفاده می‌کنند که خود داروی تجویز شده در برخی از موارد اعتیادآور بوده، عوارض ناخواسته جانبی دارد. به خاطر بی خطر بودن و دائمی بودن اثر، معمولاً از درمان‌های غیر دارویی استفاده می‌شود. در مواقعی هم که درمان دارویی تجویز می‌شود، علت آن سم‌زدایی و آماده‌سازی مراجع برای درمان‌های غیردارویی است. از طرف دیگر با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده بودن بیماری اعتیاد، عده زیادی از افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند اندکی بعد از دوره سم‌زدایی دچار لغزش یا عود می‌شوند [۴]. از این رو برای این‌که بتوان به فرد معتاد کمک کرد، در کنار مرحله سم‌زدایی و بعد از آن در مرحله توانبخشی، استفاده از فنون روان‌درمانی ضرورتی دو چندان پیدا می‌کند [۱۳]. در روان‌درمانی با توجه به الگوی نظری که روان‌شناس به آن اعتقاد دارد و در به‌کارگیری آن راحت است، روان‌درمانگران از درمان‌های مختلفی استفاده می‌کنند که روان‌درمانی‌های انفرادی روان پویشی، درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری، خانواده درمانی و گروه‌درمانی از آن جمله هستند.

بعضی معتقدند گروه‌درمانی، بهترین روش برای درمان معتادان است [۱۴] و همانند روان‌درمانی‌های انفرادی، گروه درمانگران نیز از رویکردهای مختلف استفاده می‌کنند. در سال‌های اخیر، پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اعتیاد ایجاد شده‌است. گزارش‌های متعددی از

اثربخشی رویکردهای شناختی رفتاری در درمان اعتیاد ارائه شده‌است [۱۲، ۱۶، ۱۵ و ۱۷]. علاوه بر این، کارایی درمان‌های شناختی رفتاری در درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود با اعتیاد نیز به تأیید رسیده‌است [۱۸] کری و همکارانش (۲۰۰۱) [۱۹]. امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی- رفتاری است. فرض بنیادی این رویکرد این است که فرایندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم اعتیاد و وابستگی به مواد ایفا می‌کند و لذا از همین اصول می‌توان برای کمک به افراد در کاهش مصرف مواد استفاده کرد. به عبارت ساده‌تر، درمان شناختی- رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به بیماران کمک می‌کند؛ یعنی در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال مصرف مواد در آن‌ها زیاد است و اجتناب از این موقعیت‌ها در زمان مناسب و مقابله مؤثر با مسائل و رفتارهای مشکل‌آفرین مرتبط با سوء مصرف مواد [۱۶].

از این رو، در این پژوهش تلاش بر آن است که اثر درمان گروهی شناختی- رفتاری بر سلامت روان و پیشگیری از بازگشت به اعتیاد مورد بررسی قرار گیرد.

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش تحقیق به دلیل وجود دو گروه کنترل و آزمایش از نوع تحقیقات تجربی به شمار می‌رود، ولی از آنجا که گروه کنترل با گروه آزمایش هم‌تا شده‌است و ملاک انتساب اعضای گروه کنترل به صورت تصادفی محض نبوده، از نوع تحقیقات شبه‌آزمایشی به شمار می‌رود.

جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه بیماران (معتادان) مراجعه‌کننده به مراکز خود معرف زیر نظر بهزیستی شیراز که از نیمه خرداد تا نیمه مرداد ماه ۱۳۸۴ تحت درمان سم‌زدایی قرار گرفته بودند.

مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت این‌جا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های هر خرده‌آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده‌است، به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده‌آزمون اضطراب و بیخوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده‌آزمون افسردگی است.

تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. یکی روش نمره‌گذاری GHQ، که در این روش، گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم، شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که براساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کم‌تر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. در پژوهش حاضر از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده‌است.

گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی تنصیفی برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجوی در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس (Rabinson and Prais) (۱۹۸۲) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکت قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد [۲۰].

تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد [۲۰]. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده‌است. روایی همزمان

نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه مورد بررسی عبارت است از ۱۵ نفر از معتادین فوق که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های زیر انتخاب شدند:

- مصرف تریاک، شیر، هروئین،
- طول اعتیاد حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال،
- داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال،
- مرد بودن،
- نداشتن بیماری‌های مهم جسمانی و روانی.

۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل نیز با توجه به همین ملاک‌ها و چند ملاک دیگر (تحصیلات، جنس، شغل و تعداد ترک‌های قبلی) هم‌تا با گروه آزمایش انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

- تست مورفین،
- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28).

تست مورفین

به منظور بررسی عود در افراد شرکت‌کننده در پژوهش از تست مورفین (کیت‌های مخصوص) استفاده شد که مورفین موجود در ادرار را اندازه می‌گیرد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) به نقل از تقوی، (۱۳۸۰) [۲۰]، تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه‌شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده‌است (در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده‌است). به نظر محققین (ماری و Mari و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ شمسوندی Shamasunder و همکارانش، ۱۹۸۶؛ به نقل از تقوی) [۲۰]، فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است.

فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت روانی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)؛ به نقل از تقوی) [۲۰]، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده‌است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی

نفر دیگر نیز با توجه به ملاک‌های خاص با گروه آزمایش هم‌تا شدند.

گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هفتگی ۱/۵ ساعته تحت درمان گروهی شناختی - رفتاری قرار گرفت. الگوی درمانی مورد استفاده در این جلسات، الگوی درمانی کارول بود و برای گروه کنترل نیز به همین نسبت ۱۲ جلسه انجام شد؛ ولی در این جلسات، درمان خاصی ارائه نمی‌شد و افراد گروه در مورد موضوعات مورد علاقه همچون فرایند اعتیاد خود و... با هم صحبت می‌کردند.

در اولین جلسه برای هر دو گروه، پس از بیان قوانین کلی گروه و اهمیت موارد عمومی گروه درمانی از آن‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) پیش‌آزمون به عمل آمد. علاوه بر این با استفاده از آزمون تشخیص مورفین در ادرار از عدم وجود مورفین در بدن این افراد اطمینان حاصل شده بود. آزمون‌های فوق پس از ۱۲ جلسه گروه درمانی و ۲ ماه پس از آن نیز به عنوان پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (MHQ) ۰/۵۵ گزارش شده است.

نمره‌گذاری

در این پژوهش، نمره کلی فرد در این پرسشنامه مد نظر بوده است و بدین منظور، نمره کل سؤال‌ها که به صورت لیکرت و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شد مورد استفاده قرار گرفت.

شیوه اجرا

در این پژوهش که بر روی معتادین پس از دوره سم‌زدایی صورت گرفت از قبل توسط روان‌شناس مرکز و سپس روانپزشک مرکز با استفاده از ملاک‌های DSMIV تشخیص اعتیاد صورت گرفته و پس از دوره سم‌زدایی، آزمایش مورفین انجام گرفته بود. سپس از بین کلیه معتادینی که جواب آزمایش مورفینشان منفی شده بود و سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند و با توجه به ملاک‌های مورد نظر نمونه ۱۵ نفری انتخاب گردید و ۱۵

جدول ۱: جلسات گروه درمانی در گروه آزمایش

جلسه اول	اهداف:
	<ul style="list-style-type: none"> *- اجرای پیش‌آزمون *- بحث و بررسی اهمیت درمان‌های غیردارویی اعتیاد به‌ویژه گروه درمانی *- مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات *- معرفی و آشناسازی اعضا با همدیگر و رهبر گروه *- مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی
جلسه دوم	اهداف:
	<ul style="list-style-type: none"> *- معرفی مدل CBT *- معرفی تحلیل کارکردی *- فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی
جلسه سوم	اهداف:
	<ul style="list-style-type: none"> *- روش‌سازی و اولویت‌بندی اهداف *- توجه به دوسوگرایی بیمار در مورد ترک *- شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد
جلسه چهارم	اهداف:
	<ul style="list-style-type: none"> *- درک تجربه بیمار از میل به مصرف *- انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاهمدت و گذرا *- شناسایی نشانه‌ها و برانگیزان‌های میل به مصرف

ادامه جدول ۱:

اهداف:	جلسه پنجم
*- شناسایی برانگیزان های میل	
*- آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف	
اهداف:	جلسه ششم
*- ارزیابی دسترس پذیری مواد و گام های لازم برای کاهش آن	
*- بررسی راهبردهای قطع ارتباط با عرضه کنندگان مواد	
*- یادگیری و تمرین مهارت های امتناع از مواد	
*- مرور تفاوت بین پاسخدهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرأت ورزانه	
اهداف:	جلسه هفتم
*- بررسی تکالیف	
*- بحث در مورد شیوه های ارتباطی اعضا	
*- آموزش مهارت های امتناع از مواد	
*- تمرین عملی در گروه	
اهداف:	جلسه هشتم
*- درک تصمیم های به ظاهر نامربوط و ارتباط آن ها با موقعیت های خطر آفرین	
*- شناسایی نمونه هایی از تصمیم های به ظاهر نامربوط	
*- تمرین روی تصمیم گیری سالم	
اهداف:	جلسه نهم
*- پیش بینی موقعیت های خطر آفرین آینده	
*- تدوین یک برنامه مقابله ای عمومی	
اهداف:	جلسه دهم
*- معرفی گام های اساسی مسأله گشایی	
*- تمرین مهارت های مسأله گشایی درون جلسه	
اهداف:	جلسه یازدهم
*- مرور به کار بستن مهارت های مسأله گشایی در مورد مسائل روانی اجتماعی که مانع درمان باشند	
*- طراحی یک برنامه حمایتی عینی برای شناسایی مسائل روانی اجتماعی	
*- بازنگری و حمایت از تلاش های بیمار در اجرای برنامه	
اهداف:	جلسه دوازدهم
*- مرور دوباره برنامه و اهداف درمان	
*- ارائه بازخورد در مورد پیشرفت	
*- دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان	

نتایج

نتیجه نهایی تأثیر نگذاشت بین نمره پیش آزمون افراد حذف شده دو گروه آزمون «تی» انجام شد که تفاوت، معنادار نبود. علاوه بر این، افراد حذف شده را به عنوان یک گروه در نظر گرفته، بین نمره سلامت عمومی ۳ گروه آزمایش، کنترل و حذف شده، تحلیل واریانس یک راهه انجام شد که نتایج حاکی بود بین نمره سه گروه

- در خصوص نتایج پژوهش از آنجا که در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش، افت ۵ آزمودنی رخ داد بالا جبار از آزمودنی های گروه کنترل نیز ۵ نفر که براساس ملاک هایی با افراد گروه آزمایش همتا شده بودند از تحلیل حذف شدند و برای اطمینان از این که افت آزمودنی ها در

جدول ۲: فراوانی عود در دو گروه

گروه	شاخص	فراوانی	میزان عود
آزمایش		۱۰	۱
کنترل		۱۰	۶

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار دو گروه در مقیاس سلامت روانی در سه مرحله آزمون

گروه	سلامت روانی		GHQ	
	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پیشگیری
آزمایش	میانگین	۴۲/۵۰	۲۰/۹۰	۱۹/۸۰
	انحراف معیار	۱۰/۴۵	۶/۳۴	۵/۶۳
کنترل	میانگین	۴۱/۳۳	۳۴/۵۵	۳۵/۳۳
	انحراف معیار	۸/۵۴	۷/۰۰۱	۶/۸۱

برای بررسی فرضیه دوم، مبنی بر وجود تفاوت بین گروه‌های دوگانه پژوهش در بهبود سلامت روانی از طرح اندازه‌گیری‌های مکرر مختلط ۲×۳ استفاده شد. در این تحلیل، دو گروه (آزمایش و گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی و عامل سلامت روانی به عنوان عامل درون آزمودنی در نظر گرفته شد.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج آزمون‌های عوامل درون آزمودنی و بین آزمودنی نشان می‌دهد مقدار F برای اثرهای درون آزمودنی اصلی، یعنی سلامت روانی، و نیز اثر تعاملی آن‌ها، یعنی سلامت روانی*گروه، معنادار است. عامل بین گروهی نیز معنادار است؛ اما این معناداری مشخص نمی‌کند که دقیقاً میان کدام موقعیت‌ها تفاوت وجود دارد. برای مشخص شدن این تفاوت، از آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی ۱ با تصحیح بون فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ذکر شده است.

در مرحله پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتیجه آزمون «تی» مربوط به مقایسه ۵ نفر حذف‌شده گروه آزمایش با ۱۰ نفر باقیمانده گروه آزمایش نیز معنادار نبود (پیوست مقاله).

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد نمرات سلامت روانی افراد گروه آزمایش در فرایند درمان در جهت مثبت بوده است.

فرضیه اول: درمان گروهی شناختی- رفتاری در کاهش عود افراد معتاد مؤثر است.

برای بررسی این فرضیه از روش آماری مجذور خی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول زیر آمده است. همان‌طور که از مندرجات جدول شماره ۴ استنباط می‌شود میزان عود در گروه آزمایش کاهش معناداری داشته است.

فرضیه دوم: وضعیت سلامت روانی بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بهبود معناداری خواهد داشت.

جدول ۴: میزان عود در دو گروه

گروه	N مشاهده شده	N مورد انتظار	خی دو	معناداری
آزمایش	۱	۵	۶/۴۰۰	۰/۰۱۱
کنترل	۶	۵	۰/۴۰۰	۰/۵۲۷

جدول ۵: آزمون تکرار سنجش دو عاملی برای سلامت روانی

اثرها	منابع تغییر	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	P
درون آزمودنی	سلامت روانی	۲۰۳۰/۶۳۵	۱	۴۳/۴۶۹	۰/۰۰۰۱
بین آزمودنی	روانی* گروه	۷۱۷/۰۲۵	۱۸	۱۵/۲۸۵	۰/۰۰۱
	خطا	۴۶/۷۱۴	۱۸		
بین آزمودنی	گروه	۱۱۷۰/۴۱۷	۱	۱۱/۰۳۸	۰/۰۰۴
	خطا	۱۰۶/۰۳۱	۱۸		

جدول ۶: مقایسه‌های جفتی متغیر سلامت روانی در طول درمان

زوج‌های جفت شده	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۴/۱۰۰	۲/۰۷۳	۰/۰۰۱
پس‌آزمون			
پیش‌آزمون	۱۴/۲۵۰	۲/۱۶۱	۰/۰۰۱
پیگیری			
پس‌آزمون	۰/۱۵۰	۱/۰۰۱	NS
پیگیری			

معنادار شد. به عبارتی، میزان عود در گروه آزمایش که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار داشت نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری نشان داده‌است و این امر حاکی از اثربخش بودن این نوع درمان در کاهش عود و کاهش مصرف مواد در افراد معتاد است. این یافته با نتایج تحقیقات متعددی همسو بوده‌است [۲۵، ۲۴، ۲۲، ۲۳، ۲۱]. همان‌طور که پیش از این گفته شد، محققان در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان، به عوامل مختلفی همچون وضعیت سلامت روانی نامناسب اشاره کرده‌اند.

یکی از مسائلی را که باید در تبیین این یافته مد نظر قرار داد، بهبود سلامت روانی این افراد است، زیرا براساس نظریه خود درمانی کانتزلیان، سوء مصرف مواد از سوی افراد معتاد، نوعی خوددرمانی دانسته می‌شود که افراد معتاد برای رفع مشکلاتی همچون افسردگی به مصرف این مواد رو می‌آورند. علاوه بر این، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای افراد معتاد نیز یکی از مسائلی است که باید در تبیین این یافته مد نظر قرار داد. درمان شناختی رفتاری، مهارت‌های

مقایسه میانگین‌ها که در جدول ارائه شده‌اند، نشان می‌دهد که تفاوت بین موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P > 0/05$)؛ اما تفاوت موقعیت‌های پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار شده‌است ($P < 0/05$). نمودار میانگین نمرات شاخص GHQ را در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای معتادین انجام گرفت. بدین منظور و براساس اهداف تحقیق، فرضیه‌هایی تدوین و آزمون شد و داده‌های مربوط به آن در قالب جداول مربوط ارائه شد.

اولین یافته این پژوهش از تأیید فرضیه اول پژوهش به دست آمد. این فرضیه حاکی از این بود که «درمان گروهی شناختی- رفتاری در کاهش عود معتادان مؤثر است». برای ارزیابی این فرضیه از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج

همسو است. کارول و انکن (۲۰۰۵) [۲۲] علت این امر را تأکید درمان شناختی- رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای می‌دانند. موگی و همکارانش (۱۹۹۹) نیز بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد معتاد را ناشی از بهبود راهبردهای مقابله دانسته‌اند [۲۹].

همان‌طور که در جدول ۶ آزمون مقایسه‌های جفتی مشاهده می‌شود، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری از نظر سلامت روانی، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. در تبیین این مسئله نیز می‌توان به وضعیت سلامت روانی نامناسب افراد عود کرده اشاره کرد که این امر در میانگین نتایج اعضای گروه تأثیر داشته، باعث شده که بین این دو مرحله، تفاوت معناداری دیده نشود.

مقابله‌ای فرد را بهبود می‌بخشد و این مسئله به فرد کمک می‌کند در مواجهه با چالش‌های زندگی به جای مصرف مواد از این راهبردها استفاده کند.

دومین فرضیه این پژوهش، حاکی از این بود که وضعیت سلامت روانی بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، بهبود معناداری خواهد داشت. با توجه به نتایج، معنادار شدن این فرضیه حاکی از این است که درمان شناختی- رفتاری در بهبود سلامت روانی افراد معتاد مؤثر بوده، افراد معتاد گروه آزمایش که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون و همچنین گروه کنترل، سلامت روانی بهتری داشته‌اند. این یافته با نتایج تحقیقات قبل [۲۸، ۲۷، ۲۶ و ۲۵]

منابع

۱۲. دباجی، پرویز (۱۳۸۵) اثربخشی شناخت درمانی براساس تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران
۱۳. نریمانی، محمد (۱۳۸۳) بررسی تأثیر روان شناختی رفتاری در ترک اعتیاد و توانبخشی افراد معتاد " تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره، بهار و تابستان شماره ۳ صفحات ۵۹-۴۲
۱۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱) راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. ویرایش دوم، تهران، انتشارات پرشکوه
15. Irvin, J.E., Boers, C., Dunn, M.E. & Wang, M. (1999) Efficacy of Relapse Prevention: A Metaanalytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 563-570.
۱۶. کارول، کاتلین ام (۱۳۸۱) راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری سوء مصرف مواد. ترجمه عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمد خانی، تهران، انتشارات اسپند هنر
17. McCrady, B.C., Ziedonis, D. (2001) American Psychiatric Association Practice Guideline for substance Use Disorders. *Behavior Therapy*, 32, 309-336.
۱۸. ثقة السلام، طاهره؛ رضایی، امیدوار؛ عقیقی، کبری (۱۳۸۲) تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل.
19. Curry, J.F., Wells, K.C., Lochman, J.E., Craighead, W.E., Nagy, P.D. (2001) Group and family Cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 367-376.
۱. احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۸) نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران. مجله اندیشه و رفتار، شماره ۳، صفحات ۷۸-۶۲
2. Brien, C.P.O., & McLellan, A.T. (1996) Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
3. Lial, K. (1990) The assessment of comorbid psychiatric illness and substance disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 50, 43-55.
4. Kaplan, H., Sadock, B. Synopsis of Psychiatry, 8 th ed, New York, Williams and Wilkins, 1998; p: 375-378.
5. Feeney, G.F.X., Connor, J.P., Young, R. McD., Tucker, J., McPherson, A. (2005) Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive-behavioral therapy. "Addictive behaviors.
6. Turner, S.M., Hersen, M. (1997) Adult Psychopathology and Diagnosis. John Wiley & Sons, inc, New York
7. Herman, M. (2000) Psychotherapy with substance abusers: integration of psychodynamic and cognitive-behavioral approaches. "American Journal of Psychotherapy, 54, 574-580.
8. Sinha, R. (2001) How dose stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
9. Graham, H.L. (2004) Cognitive-behavioral integrated treatment (C-Bit). "John Wiley & Sons, Ltd.
10. Gastfriend, D.R. (1996). When a substance use disorder is the cause of treatment resistance. In B.K. Pollak, H. Mark (Eds). *Challenges in clinical practice: Pharmacologic and Psychosocial strategies*. New York, Guildford press.
11. Pani, P.P., Trosgu, E., & Contu, P. (1997) Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment programme. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 119-126.

25. Marques, A.C.P.R., Formigoni, M.L.O.S. (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addictions*, 96, 835-846.
26. Dalley, D.C., Marlatt, G.A. (2005) Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, and J.G. Langrod (eds). *Substance abuse: A comprehensive textbook*/4th ed. pp: 772-785.
27. Brown, R.A., Ramsey, S.E. (2000) Addressing comorbid depressive symptomatology in alcohol treatment". *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 418-422.
28. Curry, J.F., Wells, K.C., Lochman, J.E., Craighead, W.E., Nagy, P.D. (2003) Cognitive-behavioral intervention for depressed, substance-abusing adolescents: development and pilot testing. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 656
29. Moggi, F., Ouimette, P.C., Moos, R.H., Finney, J.W. (1999) Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction*, 94, 1805-1816.
۲۰. تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰) بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روانشناسی*، سال پنجم، شماره ۴، صفحات ۳۸۱-۳۹۸.
21. Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., & Gawin, F.H. (1991) A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247.
22. Carroll, K.M., Onken, L.S. (2005) Behavioral therapies for drug abuse. "The American Journal of Psychiatry", 162, 1452-1461.
23. Anton, R.F., Moak, D.H., Waid, L.R., Latham, P.K., Malcolm, R.J., Dias, J.K. (1999) Naltrexone and Cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American journal of psychiatry*, 156, 1758-1764.
24. Fisher, M., Scott, S.R. (1996) Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (Multi Challenged) Consumers". *Journal of Alcohol and Drug Education*, 52, 25-38.

پیوست مقاله

جدول پ ۱: آزمون «تی» بین نمرات سلامت روان افراد حذف شده گروه آزمایش و کنترل

گروه	فراوانی	میانگین (انحراف معیار)	t	معناداری
آزمایش	۵	۴۳/۸۰ (۷/۸۵)	۰/۲۵۶	۰/۸۰
کنترل	۵	۴۲/۶۰ (۶/۹۴)		

علاوه بر این افراد حذف شده را به عنوان یک گروه در نظر گرفته و بین نمره سلامت عمومی ۳ گروه آزمایش، کنترل و حذف شده تحلیل واریانس یک راهه انجام شد که نتایج حاکی بود بین نمره سه گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول پ ۲: خلاصه تحلیل واریانس مربوط به نمره سلامت عمومی سه گروه آزمایش، کنترل و حذف شده

منابع تغییر	مجموع مجزورات	df	مجدور میانگین ها	F	معناداری
بین گروهی	۳۳/۲۶۷	۲	۱۶/۶۳۳	۰/۲۱۹	۰/۸۰۵
درون گروهی	۲۰۴۸/۲۰۰	۲۷	۷۵/۸۵۹		
کلی	۲۰۸۱/۴۶۷	۲۹			

جدول پ ۳: آزمون «تی» مربوط به مقایسه ۵ نفر حذف شده گروه آزمایش با ۱۰ نفر باقی مانده گروه آزمایش

گروه	فراوانی	میانگین (انحراف معیار)	t	معناداری
آزمایش حذف شده	۵	۴۳/۸۰ (۷/۸۵)	۰/۲۴۴	۰/۵۰۱
آزمایش باقی مانده	۱۰	۴۲/۵۰ (۱۰/۴۵)		