

مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز
دوره بیست و دوم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۴ (پیاپی ۴۵)
(ویژه نامه علوم تربیتی)

بررسی اثربخشی گروه درمانی ساختار یافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران
وابسته به مواد شهر اصفهان

حسینعلی محرابی* دکتر حمید طاهر نشاطدوست** دکتر حسین مولوی***
دانشگاه اصفهان

چکیده

امروزه مسأله وابستگی به مواد مخدر، به صورت یک مشکل جهانی در آمده است و عوارض ناشی از آن، از جنبه های مختلف بر جامعه ضربه وارد می کند. خانواده، به عنوان عنصر اصلی جامعه، در پدید آمدن و درمان این اختلال، نقش به سزائی دارد. از جمله روش های روان درمانی برای درمان اختلال وابستگی به مواد، گروه درمانی و دیگری آموزش خانواده می باشد. بر این اساس، در این پژوهش، به بررسی تأثیر گروه درمانی با ساختار و آموزش خانواده در کاهش میزان تمایل به مصرف مواد و کاهش فراوانی بازگشت در بیماران دارای تشخیص وابستگی به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز بازتوانی اعتیاد سازمان بهزیستی شهر اصفهان، پرداخته شد. روش پژوهشی مورد استفاده، روش نیمه تجربی از نوع (پیش آزمون - پس آزمون) همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. بدین منظور، ۲ گروه ۱۴ نفره از بین بیماران یاد شده، که سمزدائی را با موفقیت طی کرده بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. گروه اول، به عنوان گروه آزمایش، یک دوره گروه درمانی ۸ جلسه ای گروه درمانی و همسران آنان نیز یک دوره ۸ جلسه ای آموزش خانواده دریافت کردند. گروه دوم، هم به عنوان گروه گواه از بین بیماران سمزدائی شده همان مرکز، به صورت تصادفی انتخاب شدند که مداخلات یاد شده را دریافت نکردند. برای سنجش میزان بازگشت، از ابزار آزمایشگاهی رنگ سنجی نارک لایه (TLC) و برای سنجش میزان تمایل به مصرف مواد، از مقیاس پیش بینی بازگشت (RPS) استفاده شد. نتایج نهائی حاکی از آن بود که گروه درمانی و آموزش خانواده، باعث کاهش معنادار میزان وسوسه و تمایل به مصرف مواد در مرحله پس آزمون شده است، البته این تفاوت، در مرحله پیگیری ۲ ماهه، معنادار نبود. افزون بر این، مداخلات یاد شده، باعث کاهش معنادار فراوانی برگشت در گروه آزمایش در مرحله پیگیری شد.

کلید واژه ها: ۱. گروه درمانی ساختار یافته ۲. آموزش خانواده ۳. اختلال وابستگی به مواد ۴. بازگشت

۱. مقدمه

امروزه، مشکل سوء مصرف مواد مخدر، چنان شدت یافته که به عنوان یکی از چهار بحران عمده عصر حاضر، در کنار تهدید اتمی، آلودگی محیط زیست و فقر، از آن یاد می شود (ستاد مبارزه با مواد مخدر: ۱۳۸۰). این ناهنجاری طبق آمار نیمه رسمی، در خوش بینانه ترین حالت ۱/۱۲ درصد از کل جمعیت ایران را وابسته یا سوء مصرف کننده مواد ساخته است، ضمن این که هر ساله شاهد سیر صعودی تعداد این بیماران هستیم (انصاری: ۱۳۸۰). مصرف مواد

* کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

** دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

*** استاد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

مخدر، هر ساله، باعث صرف هزینه‌های کلانی از درآمد جامعه، خانواده و افراد می‌شود و این مسأله، صرف نظر از پیامدهای شدید آن، بر جامعه، خانواده و عملکرد شغلی و وضعیت روان شناختی اثر منفی دارد.

روش‌های درمانی مختلفی تاکنون، جهت درمان این اختلال مطرح شده است که بیشتر در مرحله اول، بر ترک جسمی استوارند و پس از آن، روش‌های مختلف، پیشگیری از بازگشت مجدد را مد نظر دارند. از جمله این روش‌ها، می‌توان به گروه درمانی اشاره کرد. مدت زمان طولانی است که کفایت گروه درمانی، در درمان اختلال وابستگی به مواد به اثبات رسیده است. در واقع بسیاری از برنامه‌های درمانی، برای این بیماران، در مراحل اولیه شامل گروه درمانی نیز می‌باشد (میلر و اسمیت^۱: ۱۹۹۷). رویکردهای گروهی، دارای توان پنهانی برای حمایت و مواجهه بیمار، ایجاد چالش و درگیر کردن اعضا با آگاهی‌های آنان از مسایل فردی و شخصیتی خود می‌باشد (خانتازیان^۲ و همکاران: ۱۹۹۹). گروه، می‌تواند، یک محیط امن برای ایجاد تعادل در عوامل خطرزا و جهت دهی به احساسات فراهم کند که منجر به تغییر در رفتار گردد. بر این اساس است که گروه درمانی، به عنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد مطرح شده است (میلر و اسمیت: ۱۹۹۷؛ خانتازیان: ۱۹۹۰؛ مک کرای و اپشتین^۳: ۱۹۹۹).

اما از سوی دیگر، واقعیت این است که یک بیمار سوء مصرف کننده مواد، پیوسته، عنصری از سیستم یک خانواده است و تأثیر و تأثرات متقابلی با خانواده دارد. در این حالت، نمی‌توان او را، به عنوان فردی بریده شده از روابط اولیه محسوب کرد و زندگی او را به قول لوینسون^۴ و همکاران (۱۹۹۷) به عنوان زندگی یک گربه ولگرد خیابانی قلمداد کرد. یافته‌های پژوهشی نقش بنیادین متغیرهای مربوط به کنش وری و رفتار خانوادگی را در بروز و پیشگیری از اختلالات مصرف مواد نشان داده است (نیوکام^۵: ۱۹۹۲؛ به نقل از بشارت و همکاران: ۱۳۸۱). بر این اساس، گسستگی خانواده، وجود حوادث در خانواده، نظارت معیوب و حمایت محدود والدین، مصرف مواد توسط عضوی از خانواده، تعارضات خانوادگی، اعتقادات مذهبی ضعیف و پایبندی پایین به سنت‌های خانوادگی، از عوامل مرتبط با مصرف مواد در خانواده می‌باشد (گورسکی^۶: ۲۰۰۲؛ هاوکنیز^۷ و همکاران: ۱۹۹۲؛ به نقل از بشارت و همکاران: ۱۳۸۱؛ ظهیرالدین: ۱۳۸۱؛ و پاشائی: ۱۳۸۱) از دید خانواده - درمان گران متخصص در سوء مصرف مواد، از لحاظ ساختاری، مصرف مواد در یک فرد، گاهی می‌تواند، به صورت یک نگهدارنده سیستم برای خانواده عمل کند و گاهی نیز اعتیاد یک عنصر خانواده تنها علامتی آشکار از مشکلات عمیق‌تر خانواده است (کافمن: ۱۹۸۵؛ به نقل از لويس^۸ و همکاران، ۱۹۹۴) و به طور طبیعی در درمان آن، باید به این مسایل زمینه‌ای نیز توجه کافی مبذول داشت (لويس و همکاران: ۱۹۹۴؛ مک داوئل^۹ و همکاران: ۱۹۹۹).

با عنایت به این مسایل است که امروزه در درمان وابستگی به مواد، راهبردهای مختلفی در نظر گرفته شده است که برخی از آنان، بر برنامه‌های گروهی استوار است. از جمله روث^{۱۰} و همکارانش (۱۹۹۷)، با انجام یک دوره گروه درمانی بر روی بیماران وابسته به موادی که دوره سم زدائی و درمان نگهدارنده با نالترکسون را، طی کرده بودند. به یک موفقیت ۹۴ درصدی در تداوم بهبودی بیماران یافتند. فورمن^{۱۱} (۱۹۸۸) نیز با مقایسه گروه درمانی با ساختار و گروه درمانی بدون ساختار، دریافت که هر دو نوع مداخله، در کاهش مشکلات وابسته به مصرف مواد تأثیر معناداری دارد؛ ولی گروه درمانی با ساختار، باعث عملکرد بهتر، میل کمتر به مصرف مواد و تغییرات پایدارتر بعد از درمان می‌شود.

در همین زمینه در ایران نیز عرب ورنوسفادرانی (۱۳۷۷) مشاهده کرد که گروه درمانی (شناختی- مذهبی) باعث کاهش معنادار میزان بازگشت و افسردگی، نسبت به گروه گواه می‌شود. ولی نسبت به گروه درمانی شناختی، تفاوت خاصی در میزان بازگشت نشان نمی‌دهد، بلکه تنها بر میزان اضطراب آنان تأثیر معنادار دارد. رعدی (۱۳۸۰) نیز مشاهده کرد که مشاوره (شناختی- رفتاری) به شیوه گروهی، باعث کاهش معنادار میزان بازگشت در پس آزمون و پیگیری می‌شود. از سوی دیگر پژوهش‌ها حاکی از آن است که آن دسته از مداخلات درمانی که خانواده را نیز در بر بگیرد، نتایج بهتری به همراه دارد. براین اساس، دیوتس^{۱۲} (۱۹۹۹) در کار با خانواده جهت شکستن دور اعتیاد، با استفاده از مشاوره گروهی و اصلاح مهارت‌های والدینی، به نتایج مثبتی دست یافت. کلریسی^{۱۳} (۱۹۸۸) نیز با درگیر کردن خانواده بیماران وابسته به هروئین و ارائه گروه درمانی برای خود بیماران، نتایج درمانی بهتری در تداوم بهبودی بیماران مشاهده کرد. کاتالانو^{۱۴} و همکاران (۱۹۹۹) هم در یک پیگیری یکساله، نشان دادند که آموزش به والدین برای

اداره منزل و حفظ ارتباط نزدیک با بیمار خانواده، احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد را کاهش می‌دهد. بر این اساس، در پژوهش حاضر، با توجه به ادبیات پژوهشی، محقق به بررسی اثر بخشی گروه درمانی با ساختار آموزش خانواده بر کاهش تمایل به مصرف مواد و فراوانی عود پرداخت. در این پژوهش، هدف بررسی تمایل به مصرف مواد با استفاده از یک ابزار اختصاصی، در کنار تعیین فراوانی عود بود، ضمن این که سعی بر آن بود که میزان تأثیر مداخلات گروه درمانی و آموزش خانواده تعیین شود.

۲. روش

روش پژوهش مورد استفاده در این پژوهش، روش نیمه تجربی و طرح تحقیق از نوع گروه آزمایشی با گروه گواه همراه با پس آزمون و پیگیری دو ماهه می‌باشد. آزمودنی‌های اولیه این پژوهش را، بیماران وابسته به موادی که در دوره بهبودی اولیه قرار داشتند، تشکیل می‌دادند که به‌صورت خود معرف، در بهار و تابستان سال ۱۳۸۱، به مرکز بازتوانی اعتیاد شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و بر اساس ملاک‌های DSM – IV دارای اختلال وابستگی به مواد تشخیص داده شده بودند. ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها، به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمایشی ۱۵ نفره و ۳۰ نفره دیگر نیز در دو گروه گواه ۱۵ نفره جای داده شدند. آزمودنی‌ها، از لحاظ برخی متغیرها (نظیر سن، تحصیلات، تأهل، نداشتن اختلال شخصیت، نداشتن اختلال روانی دوم، سابقه حداقل دو ترک و ساکن شهر اصفهان بودن) با یکدیگر هم‌تاسازی شدند. انتخاب دو گروه جداگانه برای نمونه‌های پژوهش، بر اساس پیشینه پژوهش که حجم مطلوب نمونه را ۱۵ نفر عنوان کرده بود (کاپلان و سادوک: ۱۳۷۹ و ثنائی: ۱۳۷۵) و تجربه قبلی پژوهشگر مبنی بر وجود ریزش در خلال اجرای پژوهش و به ویژه در مرحله پیگیری صورت گرفته است. در نهایت پس از انجام آزمون‌های پیگیری و با توجه به ریزش مشاهده شده، تعداد دوگروه آزمایش و گواه ۱۴ نفر در نظر گرفته شد که از آنان، پس آزمون و پیگیری به‌عمل آمده بود. این امر به این دلیل انجام شده که در نمونه‌های نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر، پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات ضروری است (مولوی: ۱۳۷۹).

پژوهش مورد استفاده جهت بررسی فراوانی بازگشت، ابزار آزمایشگاهی رنگ سنجی نازک لایه^{۱۵} (TLC) بود. نمره‌گذاری این آزمون، برحسب مثبت بودن جواب آزمون، یعنی مصرف مواد مخدر، در ۷۲ ساعت گذشته، نمره صفر و بر حسب منفی بودن جواب آزمون یعنی مصرف نکردن مواد مخدر، در ۷۲ ساعت گذشته، نمره یک بود. ضریب خطای این ابزار آزمایشگاهی ۰/۰۵ می‌باشد. یعنی در ۱۰۰ مورد اجرای این آزمون، در ۵ مورد احتمال دستیابی به جواب منفی کاذب یا مثبت کاذب وجود دارد (ملک پور، ۱۳۶۲).

هم‌چنین به منظور بررسی میزان تمایل به مصرف مواد از مقیاس پیش‌بینی بازگشت^{۱۶} یا بازگشت (RPS) (رایت^{۱۷}: ۱۹۹۱؛ ترجمه گودرزی: ۱۳۸۰) استفاده شد. این آزمون، دارای دو خرده مقیاس ۴۷ آیتمی می‌باشد که آزمودنی بر اساس طیف لیکرت (با نمره گذاری ۴-۰) بدان پاسخ می‌گوید. پایایی محاسبه شده برای این مقیاس توسط پژوهشگر با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبودی اولیه و با استفاده از روش آلفای کرانباخ برای خرده مقیاس «میزان وسوسه» ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس «میزان میل» ۰/۹۷ محاسبه شد، همبستگی بدست آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ($r = 0/85$) نیز از لحاظ آماری، رابطه معناداری را نشان می‌داد ($P < 0/0001$).

برای اجرای پژوهش در ابتدا آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای داده شدند. تمامی این آزمودنی‌ها قبلاً مرحله سم‌زدائی را با موفقیت به اتمام رسانده بودند. آزمودنی‌های گروه آزمایش در یک برنامه گروه‌درمانی که به‌صورت هر هفته یک جلسه- هر جلسه به مدت ۷۵ دقیقه در طول هشت جلسه- شرکت کردند و همسران آنان هم به‌طور همزمان در یک دوره کلاس آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. دوره گروه درمانی با ساختار شامل جلساتی با برنامه‌های کلی و مشخص به فراخور مسائلی که یک بیمار وابسته به مواد در دوران ترک با آن مواجه است - از جمله انگیزه در ترک و نحوه تقویت آن، ملزومات انگیزه مطلوب، عود و ماشه چکان‌های آن، مقابله با هوس،

شناخت و تنظیم افکار و احساسات و امثالهم - بود. محتوای کلاس‌های آموزش خانواده نیز شامل مباحثی پیرامون روند اعتیاد و ترک، علائم کوتاه مدت و بلند مدت ترک، نوع برخورد با بیمار در دوران ترک و نظیر آن بود. پس از پایان مداخلات درمانی از تمام آزمودنی‌ها مجدداً آزمون RPS و TLC به عمل آمد و دو ماه بعد از آخرین جلسه گروه با تماس با آزمودنی‌ها، از آنان جهت انجام پیگیری دعوت به عمل آمد و در نهایت داده‌های بدست آمده از دو مرحله پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-10 از طریق تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون خی دو و آزمون‌های وابسته مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۳. یافته‌ها

از مجموع ۲ گروه ۳۰ نفره آزمایش و گواه، ۱۸ بیمار گروه آزمایش و ۱۴ بیمار گروه گواه برای انجام آزمون‌های پیگیری مراجعه کردند. براین اساس و به منظور برابری تعداد دو نمونه، ۴ آزمودنی گروه آزمایش به‌طور تصادفی حذف شدند. این امر به این دلیل انجام شد که در نمونه‌های نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر، تأیید پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات ضروری است (مولوی، ۱۳۷۹).
نتایج آزمون باکس-کاک از تأیید پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌های نمرات می‌باشد؛ یعنی روابط بین متغیرهای وابسته مساوی و برابر با صفر می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱. آزمون باکس برای بررسی تساوی کوواریانس‌های نمرات

معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	M باکس
۰/۵۹۷	۳۲۳۲	۱	۰/۸۳	۱۰/۰۲

انجام آزمون لوین نیز حاکی از تأیید پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرها می‌باشد (جدول ۲). این پیش‌فرض که رعایت آن برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک ضروری است، تنها برای نمرات پس از آزمون میزان میل تأیید نشده است که البته با توجه به تعداد مساوی دو گروه و تساوی کوواریانس‌ها، محدودیتی در استفاده از آزمون F ایجاد نمی‌کند.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس‌های نمرات

مرحله	متغیر وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پس از آزمون	میزان وسوسه	۰/۳۷	۱	۲۶	۰/۵۴
	میزان میل	۷/۹	۱	۲۶	۰/۰۰۹
پیگیری	میزان وسوسه	۰/۸۵	۱	۲۶	۰/۷۷
	میزان میل	۰/۳۱	۱	۲۶	۰/۵۸

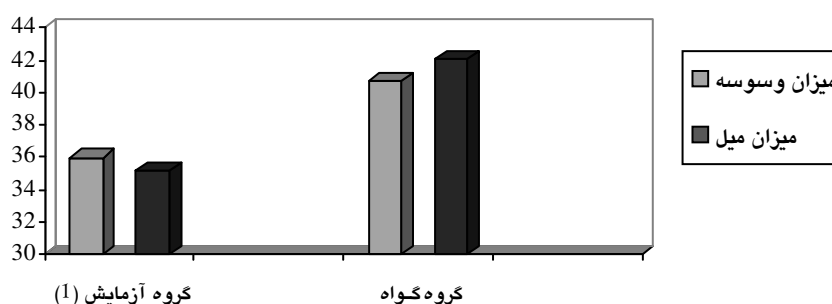
نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله گروه درمانی با ساختار همزمان با آموزش خانواده باعث کاهش معنادار میزان وسوسه و میل در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون شده است ($P < 0.05$). میزان تأثیر این مداخلات بر «میزان وسوسه» ۲۱ درصد و بر «میزان میل» ۳۱ درصد بوده است. توان آماری نیز مبین دقت آماری بالای این آزمون خصوصاً برای نمرات میزان میل بوده است (جدول ۳ و نمودار ۱). همچنین این بررسی نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در تمایل به مصرف مواد در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳- نمودار ۲).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت نمرات میزان وسوسه و میل گروه‌های آزمایش و گواه

مرحله	متغیر وابسته	میانگین‌ها		F	معناداری	تفاوت	توان آماری
		آزمایش گواه	میانگین مجذورات				
پس آزمون	میزان وسوسه	۲۰/۸	۵۱	۵/۵۵	۰/۰۳	۲۱/۷	۰/۶۱
	میزان میل	۲۱/۵	۵۴	۴۸۴/۳۵	۰/۰۰۷	۰/۳۱۲	۰/۸۱
پیگیری	میزان وسوسه	۳۰	۴۸	۶۰/۹	۰/۳۲	۰/۰۱۶	۰/۸۳
	میزان میل	۳۰	۵۱	۹۴/۸	۰/۶۸	۰/۰۳۳	۰/۱۲



نمودار ۱. میانگین میزان وسوسه و میل در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون



نمودار شماره ۲. میانگین نمرات میزان وسوسه و میل گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله

ضمن این‌که مداخلات مذکور بر فراوانی عود در دو گروه در مرحله پس‌آزمون تأثیری نداشته است ولی در مرحله پیگیری (جدول ۴) باعث کاهش معنادار فراوانی عود در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۴. محاسبه مجذورخی دو بر مبنای فراوانی عود در گروه آزمایش و گواه

مرحله	فراوانی در گروه آزمایش		فراوانی در گروه گواه		ارزش	معناداری
	عود	پاکی	عود	پاکی		
پس آزمون	۲	۱۲	۶	۸	۰/۳۱۶	۰/۹۴
پیگیری	۳	۱۱	۱۱	۳	۰/۵۷۱	۰/۰۰۲

۴. بحث در نتایج

امروزه گروه درمانی به‌عنوان درمان انتخابی اختلالات وابستگی به مواد (میلرو اسمیت، ۱۹۹۷؛ خانتازیان، ۱۹۹۰) دارای توان بالقوه‌ای برای حمایت و مواجهه بیمار با اختلال و به چالش کشیدن بینش اعضاء پیرامون مسائل فردی و شخصیتی می‌باشد (خانتازیان و همکاران، ۱۹۹۹). در فرآیند درمان اختلال وابستگی به مواد، دخیل کردن خانواده، باعث کسب نتایج درمانی بهتری می‌گردد و چه

بسا که در مواردی هم کار با خانواده از ملزومات درمان این اختلال محسوب می‌شود (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷). نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های پیشین (روث، ۱۹۹۷؛ فورمن، ۱۹۸۸؛ عرب، ۱۳۷۷؛ رعدی، ۱۳۸۰ دیوتس، ۱۹۹۹ و کاتالانو، ۱۹۹۹) مبنی بر تأثیر گروه درمانی و مداخلات خانواده در کاهش شدت اعتیاد و عود، نشان دهنده اثربخشی معنی‌دار گروه درمانی و آموزش خانواده بر تمایل به مصرف مواد در مرحله پس از آزمون می‌باشد، ولی در مرحله پیگیری این مداخلات تأثیر معناداری را نشان نداد. این مسأله می‌تواند ناشی از نوع ابزار مورد استفاده در قیاس با سایر پژوهش‌ها، نمونه‌های پژوهشی، عدم استفاده از ابزار اختصاصی برای ارزیابی اثر مداخله آموزش خانواده و مهمتر از همه نبود جلسات درمانی پیگیری (هاوتون و ساسکوس کیس، ۱۳۷۹) باشد؛ چرا که همیشه نبود جلسات یادآوری و قطع ناگهانی فرآیند درمان و قبل از انجام آزمون‌های پیگیری، جهت تحکیم اثرات درمان، باعث بازگشت علائم اختلال می‌گردد. ضمن این‌که نباید از سعی در ایجاد برداشت خوب توسط آزمودنی‌های گروه گواه نیز در جریان تکمیل آزمون RPS غافل بود.

این بررسی نشان داد که مداخلات گروه درمانی و آموزش خانواده تأثیری بر فراوانی عود در مرحله پس از آزمون ندارد، از این حیث این یافته‌ها با بخشی از نتایج عرب (۱۳۷۷) همخوانی دارد ولی با سایر مطالعات (خاننازیان، ۱۹۹۰؛ روث، ۱۹۹۷؛ فورمن، ۱۹۸۸ و رعدی، ۱۳۸۰) همخوانی ندارد. دلیل این ناهمخوانی می‌تواند از اثر انگیزشی برای درمان ناشی شود به این معنا که آن مسائل و عللی که باعث اقدام به ترک یک بیمار وابسته به مواد می‌شود، حتی با گذشت ۲-۳ ماه از شروع درمان کماکان برای آزمودنی‌های گروه گواه به صورت عواملی انگیزشی باعث تداوم پاک‌ی می‌شود. به‌علاوه این ناهمخوانی از خطای اندازه‌گیری آزمون مورد استفاده (TLC) که نمره‌گذاری آن بر مبنای صفر و یک بود، نیز ناشی می‌شود.

نتایج نهایی پژوهش حاضر حاکی از کاهش معنادار فراوانی عود در گروه آزمایش دارای مداخلات گروه درمانی و آموزش خانواده نسبت به گروه گواه در مرحله پیگیری می‌باشد، از این رو با نتایج مطالعات قبلی نظیر کاتالانو (۱۹۹۹)، دیوتس (۱۹۹۹) و کلریسی (۱۹۸۸) همخوانی دارد.

اثربخشی این مداخلات می‌تواند ناشی از شرکت در جلسات گروه باشد که به بیمار در جهت دستیابی به یک پاک‌ی با دوام کمک می‌کند، به او راهکارهای مناسب برای مقابله با عوارض دوران ترک نظیر میل به مصرف مواد، تحریک‌پذیری، احساس پوچی و غیره را ارائه می‌کند.

بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که مزایای گروه درمانی صرفاً صرفه‌جویی در وقت و انرژی، کاهش هزینه و ارائه درمان برای چند نفر در یک زمان نیست؛ گروه درمانی به دلیل ماهیت تعاملی خود و شرکت اعضا در فرآیند درمان یکدیگر و همچنین بروز فاکتورهای خاص درمان گروهی نظیر القاء امید، نوع دوستی، تجارب اصلاحی، بازخورد دادن و تغییر در احساس می‌تواند به تقویت انگیزش درمانی بیماران کمک کند و در نهایت منجر به تحکیم فرآیند درمان گردد. همین مسائل باعث تمایز این نوع درمان از سایر درمان‌های روان‌شناختی می‌شود.

علاوه بر این، باید توجه داشت که ارائه مداخله آموزش خانواده، به همسران بیماران نیز خود باعث تحکیم فرآیند درمان می‌گردد. این مهم از مسیرهای مختلفی حاصل می‌شود که شاید مهم‌ترین آن عبارت باشند از این‌که:

۱. خانواده نیز در فرآیند درمان بیمار مستقیماً درگیر شده و فعالانه عمل می‌کند.
 ۲. از خانواده در جریان تغییر بیمار حمایت می‌شود و همسر بیمار در می‌یابد که تنها او درگیر این وضعیت نیست.

۳. همسر بیمار برای نحوه برخورد مطلوب با بیمار و باقیمانده علائم ترک، آموزش لازم فرا می‌گیرد.

۴. خانواده بیمار چگونگی افزایش مسئولیت‌پذیری بیمار در عین تشویق او به تداوم پاک‌ی را یاد می‌گیرد.

۵. نهایتاً این‌که خانواده و خصوصاً همسر بیمار راهکارهای ارجاع مجدد بیمار به فرآیند درمان را - در صورت

عود و بازگشت وی به مصرف مواد- را فرا می‌گیرد. از این رو پیشنهاد می‌شود که:

الف. از آن‌جا که گروه درمانی با ساختار، مداخلاتی مدون و مشخص است، می‌تواند راهنمای خوبی برای درمان‌گران این اختلال باشد و از مواجهه آنان با مشکلات انبوه که در هر جلسه از درمان‌های فردی (نظیر تداخل

مشکلات مالی، خانوادگی، روانی و امثالهم) مطرح می‌شود، جلوگیری کند.

ب. استفاده از مداخلات آموزش خانواده، اطلاعات و راهبردهای مطلوبی را برای کاهش تنش بین بیمار و خانواده و کاستن از استرس فراهم می‌کند، به‌علاوه ارائه مداخله آموزش لزوماً به معنای امتیاز گرفتن از خانواده به نفع بیمار نمی‌باشد و چه بسا برخی از مباحث آن می‌تواند بر افزایش مسؤلیت‌پذیری بیمار و آگاه‌سازی او به وظایفش به‌عنوان یک همسر، پدر و یا همکار باشد.

ج. استفاده از برنامه‌های گروه درمانی مبتنی بر تغییر انگیزش برای بیماران وابسته به مواد می‌تواند پیامدهای درمانی مطلوبی را در تداوم بهبودی نشان دهد. این گروه‌های درمانی می‌تواند هم در زمان انتظار برای درمان اجرا شود، و هم می‌تواند بعد از اتمام سم‌زدایی مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان پژوهشگر برخورد لازم می‌داند که از همکاری مسؤولان محترم مرکز بازتوانی اعتیاد شهر اصفهان و معاونت محترم پیشگیری سازمان بهزیستی این شهر تقدیر و تشکر فراوان داشته باشد.

یادداشت‌ها

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 1. Miller & Smith | 10. Roth |
| 2. Khantazian | 11. Forman |
| 3. Mc Crady & Epstein | 12. Deutsch |
| 4. Lowinson | 13. Clerici |
| 5. Newcomb | 14. Catalano |
| 6. Gorski | 15. Thin Layer Carmatography |
| 7. Howkinze | 16. Relapse Prediction Scale |
| 8. Lewis | 17. Right |
| 9. Mc Dowell | |

منابع

الف. فارسی

- انصاری، م. (۱۳۸۰). *مصاحبه با ریاست سازمان بهزیستی. ماهنامه سراب*، ۴، ۳۰.
- بشارت، م. ح.، میرزمانی، م. و پورحسین ر. (۱۳۸۱). *نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدائی اختلال کاربرد نابجای مواد. فصل‌نامه اندیشه و رفتار*، ۷، ۳.
- بک، آ. تی. و رایت، اف. دی. (۱۳۸۰). *درمان‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر: آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد*. ترجمه گودرزی، م. شیراز: نشر راهگشا.
- پاشائی، ش. (۱۳۸۱). *عوامل مهم مخاطره‌انگیز و زمینه‌ساز اعتیاد. اولین همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان زنجان: دانشگاه علوم پزشکی*.
- ثنائی، ب. (۱۳۷۵). *روان‌درمانی و مشاوره گروهی*. تهران: انتشارات چهر.
- رعدی، م. (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش بازگشت به اعتیاد در معتادان*.
- خود معرف سازمان بهزیستی استان کردستان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره*. (چاپ نشده). دانشگاه اصفهان: دانشکده روان‌شناسی.
- ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، (۱۳۸۰). *گزارش وضعیت اعتیاد در ایران*. تهران: انتشارات شورای هماهنگی

مبارزه با مواد مخدر.
 ظهیرالدین، ع. ز. (۱۳۸۱). مروری بر علل وابستگی به مواد در نوجوانان. اولین همایش سراسری اعتیاد چالش‌ها و درمان. زنجان: دانشگاه علوم پزشکی.
 عرب ورنوسفاد رانی، م. (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مذهبی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معنادار خود معرف شهر یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی (چاپ نشده) دانشگاه آزاد اسلامی: واحد رودهن.
 کاپلان. ه. سادوک، ب. و گر، ب. ج. (۱۳۷۹). خلاصه روان‌پزشکی و علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی. جلد دوم، ترجمه پور افکاری، ن. تبریز: انتشارات شهر آب.
 ملک‌پور. ا. (۱۳۶۲). اصول بیوشیمی بالینی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
 مولوی، ح. (۱۳۷۹). راهنمای عملی SPSS-10 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات مهر قائم.
 هاوتون، ک. و سالکووس کیس، ک. (۱۳۷۸). رفتار درمانی شناختی. جلد دوم، ترجمه: قاسم زاده، ح. تهران: انتشارات ارجمند.

ب. انگلیسی

- Catalano, R. F. Gainy, R. R. And Feleming, B. (1999). *An Experimental Intervention with Famillies in Substace Abusers*. **Journal of Addictions**, 94, 241- 254.
- Cleirci, M. (1988). *Involvement of Families in Group Therapy of Heroin Addicts*. **The Journal of Drug and Alcohol Dependency**, 21, 3, 213 – 216.
- Deutsch, V. (1999). *Working with the Families to Break the Addiction Cycle*. **Journal of Addiction and Mental Health**, 20, 5.
- Forman, E. S. (1988). *Treatment Effectiveness for First Time Driving While Intoxicated (Dws)*. Offenders: The 24 Month Follow- Up Study. **Dissertation Abstracts International**, 48, 7.
- Gorski, T. (2002). **Cause of Addictions**. [www.treatment.org/tap11 /8](http://www.treatment.org/tap11/8), Chapter 3.
- Khantazian, E. J. and Golden, S. J. (1999). **Textbook of Substance Abuse Treatment**. 2th. Edition. Philadelphila: Brunner / Mazel Company.
- Khantazian, E. J. (1990). **Addiction and the Vulnerable Self Modified: Dynamic Group Psychotherapy for Substance Abusers**. New York: Guildford Press.
- Lewis, J. A. Dwoa, R.Q. and Blevins, G. A. (1994). **Substance Abuse Counseling: An Individualized Approach**. 2th. Edition, California: Brooks/Cole Company.
- Lowinson, I. Ruizpedro, M. A. Robert B. And Laogrod, J. G. (1997). **Substance Abuse**. Baltimore: William And Williams And Wilkins Company.
- Mccrady, H. And Epestein, E. (2000). **Addictions: A Comprehensive Guide Book**. New York: Oxford University Press.
- Mcdowell, D. M. Dyamond, B. T. And Spitze, H.I. (1999). **Substance Abuse: Form Principles to Practice**. Philadelphia: Brunner/ Mazel Compony.
- Miller, N.S. And Smith D.E. (1997). **Manual of Theraputic for Addictions**. New York: John Wiley Publication.
- Roth, A.(1997). *Naltrexone Plus Group Therapy for the Treatment of Opiate Abusing Health Care Professionals*. **The Journal of Substance Abuse Treatment**, 14, 1, 199-220.