

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره سی و نهم - بهار ۱۳۸۸

صص ۱۰۶ - ۸۹

تأثیر خدمات روان‌شناختی دوره بازتوانی بر خود پنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس معتادان

ساسان باوی^۱ - محمدرضا برنا^۲

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر خدمات روان‌شناختی دوره بازتوانی بر خود پنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز بود. طرح پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با یک گروه بود. جامعه آماری کلیه معتادان خودمعرف مرد (۵۰ نفر) بودند که

این مقاله از طرح تحقیقاتی به نام دانشگاه آزاد اسلامی اه

اقتباس شده است.

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز E.Mail: SASAN - psy @ yahoo.com

۲. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

برای درمان در فاصله زمانی چهارماهه در این مرکز پذیرش شدند. نمونه این پژوهش ۵۰ نفر از معنادان مرکز یادشده بود که به‌صورت دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، قبل از ارائه خدمات روان‌شناختی، پیش‌آزمون اجرا شد و پس از طی دوره چهارماهه در مرکز و ارائه خدمات روان‌شناختی، از آنها پس‌آزمون به عمل آمد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، عبارت بودند از: پرسشنامه‌های خودپنداره راجرز (ثامتی، ۱۳۷۵)، اضطراب کتل (فرجی، ۱۳۸۰)، افسردگی بک (پاشاشریفی و نیکخو، ۱۳۷۳)، عزت نفس کوپر اسمیت (فرجی، ۱۳۸۰). داده‌های پژوهش به کمک آمار توصیفی و آزمون t وابسته و عزت‌نفس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که کاهش میزان خودپنداره منفی، افسردگی و اضطراب در افزایش میزان عزت‌نفس معنادان این مرکز مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، مرکز اجتماع درمان‌مدار، خودپنداره منفی، افسردگی، اضطراب، عزت‌نفس.

مقدمه

یکی از بلاهای خانمانسوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است، مسأله مواد مخدر و اعتیاد است که قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسانها گرفته و بنیان خانواده و اعتقاد و باورهای دینی آنها را در معرض نابودی و از هم‌پاشیدگی قرار داده و متأسفانه روز به‌روز رو به گسترش است. کمتر کشوری است که مهمترین و یا یکی از عمده مشکلاتش، مسأله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. همه‌ساله مبلغ هنگفتی صرف مبارزه با اعتیاد می‌گردد، ولی همچنان باندهای قاچاق مواد مخدر و تعداد

معتادان در حال افزایش است. سازندگی‌ها رو به سوزندگی، توانایی‌ها رو به ناتوانی، ثروت‌ها رو به انهدام و نابودی و میکده خیالی معتاد نیز به ماتمکده‌ای سرد مبدل می‌گردد. در سالهای اخیر مصرف مواد مخدر در سراسر جهان افزایش یافته است. با مطالعه نشانه‌های نوپدید مانند: مراجعه معتادان و بازدید از اتاق‌های فوریت پزشکی و مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر، دستگیری معتادان و تعداد کشورهای که افزایش سطح مصرف را گزارش می‌کنند، آشکار می‌شود که مصرف مواد مخدر در حقیقت یک پدیده جهانی است (سراج خرمی، ۱۳۸۲). با وجود گسترش مبارزه با مواد مخدر در طی سالهای اخیر، متأسفانه این مبارزه بیشتر با توزیع مواد درگیر بوده است، ولی میزان گسترش مواد افیونی در ایران افزایش یافته است. طبق آمار موجود بیش از یک میلیون نفر معتاد در کشور ما وجود دارد که نه تنها فاقد بهره‌وری کافی هستند، بلکه جزء متقاضیان بالفعل بازار قاچاق مواد و افیونی می‌باشند. همچنین براساس آمار جدید بین‌المللی در هر دقیقه ۳ نفر معتاد می‌شوند. (شجاعی تهرانی و سبحانی، ۱۳۷۹). با کمال تأسف روز به‌روز بر شمار قربانیان این بلای خانمانسوز افزوده می‌شود و عوارض جسمانی، روانی، فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی به بار می‌آورد. امروزه این روند مخرب، ضرباهنگی شتابان و سرعتی بیش از حد پیدا کرده است و مقابله سریع با آن بسیار حیاتی است. علی‌رغم عدم پذیرش اجتماعی مواد مخدر و اعتیاد، طبقات مختلف جامعه اعم از مرد و زن، پیر و جوان، متأهل و مجرد، شاغل و بیکار، تحصیلکرده و بی‌سواد و ... با این مشکل به‌صورت جدی درگیر هستند. از زمانهای بسیار دور بشر افیون را شناخته و کم و بیش استعمال آن مرسوم بوده است، اما از اواسط قرن نوزدهم به بعد به دلیل شیوع فراوان و همه‌گیر مواد مخدر و ورود انواع مواد مخدر خطرناک‌تر (مرفین، هروئین، کوکائین و ...) برخوردهای قهری فراوانی صورت گرفته که اغلب با شکست روبه‌رو شده است.

به طور کلی در حال حاضر سه راهبرد برای محدود کردن سوء مصرف مواد در اغلب کشورهای جهان وجود دارد: راهبردهای قانونی، تربیتی-آموزشی و درمانی.

راهبردهای قانونی شامل راههای قانونی جلوگیری از پخش یا استفاده از مواد است. راهبردهای درمانی نیز بعد از معتاد شدن افراد برای باز گرداندن به حالت طبیعی و ترک اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما راهبردهای آموزشی- تربیتی یک روش پیشگیرانه است. این راهبردها در حال حاضر از جایگاه بسیار بالایی برخوردار هستند. (سیگل و سنا، ۱۹۹۷). از مهمترین فعالیتها در این زمینه، آگاهی دادن به افراد مختلف جامعه در مورد علل روی آوردن به مواد، تأثیر داروها، خطرات بدنی و روانی- اجتماعی استفاده از مواد می‌شود (تشان و همکاران، ۱۹۹۴). در بخش کاهش تقاضا سه محور پیشگیری، درمان و توانبخشی و بازآموزی مطرح می‌شود. بهترین و مطمئن‌ترین راه کاهش تقاضا، پیشگیری است که خود به سه نوع پیشگیری نخستین، دومین و سومین تقسیم می‌شود. بدیهی است که برای این منظور همه آحاد جامعه باید آموزش‌های لازم را ببینند و دستگاههای مختلف اداری، تربیتی، فرهنگی و آموزش و پرورش با همکاری و انسجام کامل در این امر بکوشند. مسأله مهم دیگر، درمان معتادان به مواد مخدر است (رضانی، ۱۳۸۳). در حال حاضر چند میلیون معتاد در میهن عزیزمان زندگی می‌کنند که نیاز به درمان قاطع و مفید پزشکی و روان‌درمانی دارند. ترس از دردهای جسمانی و ناکامی‌های روانی، ناآگاهی از روشهای درمان، اطمینان نداشتن به مراکز درمانی موجود، تجربه درمان‌های ناموفق، تجربه افسردگی و اضطراب پس از ترک، منجر به اقدام نکردن معتادان به درمان یا ترک همراه با برگشت سریع می‌شود. روشهای درمانی بسیار متنوعی وجود دارد که باید از بین گزینه‌های مختلف درمانی، بهترین و مناسب‌ترین آنها را برای این دسته از بیماران انتخاب کرد. صرف‌نظر از روشهای قهرآمیز مقابله با مواد مخدر که به شکست منتهی شده است (مثل اعدام معتادان چینی در اواسط قرن بیستم) در چند دهه اخیر صدها پژوهش در مورد روان‌درمانی و نتایج آن انجام شده که برخی از روشهای روان‌درمانی در درمان اعتیاد موفق بوده‌اند (شاملو، ۱۳۷۸). در حدود ۹۰ درصد درمان معتادان، از نوع درمان غیردارویی و یا به طور کلی درمان روانی است. اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی و

1. siegl & senna

2. Tschann & et al

1- Siegl & Senna

2- Tschann & etal.

خودپنداره منفی بالا و همچنین عزت‌نفس پایین نیز از مواردی است که به‌عنوان علت یا معلول اعتیاد به مواد مخدر برشمرده می‌شود و نقش مهمی در بازگشت مجدد معتاد ترک‌کرده ایفا می‌کنند. در این تحقیق سعی شده راههای پیشگیری و مقابله با این اختلالات به معتادان آموزش داده شود و تأثیر آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گیرد.

سازمان بهزیستی کشور با تأسیس مراکز درمان خود معرف و توسعه مراکز پیشگیری و درمان گامهای مهمی را در این زمینه برداشته است. در این راستا ایجاد مراکز اجتماع درمان‌مدار در سرتاسر کشور سهم زیادی در درمان اعتیاد داشته است. در این مراکز، معتادان به‌صورت داوطلب پذیرش می‌شوند. طول دوره درمان چهار ماه است. در طول این دوره، روانپزشک، پزشک، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی آموزش‌های لازم را در زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهند. این آموزش‌ها شامل؛ آموزش مهارت‌های زندگی، شیوه مهار و سوسه، ابراز وجود، مهار خشم، اضطراب و غیره است. در این تحقیق، چون تمام پذیرش‌شدگان مرکز این آموزش‌ها را در طول چهار ماه می‌بینند و تعداد آنها محدود است امکان انتخاب گروه گواه نبود.

پژوهش فروغ‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۰) با هدف شناخت عوامل مؤثر در گرایش به اعتیاد و ارائه راهکارهایی به منظور کاهش گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر نشان داد بین خودپنداره جوانان معتاد و غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد و خودپنداره منفی در گرایش جوانان به اعتیاد مؤثر بود.

بوکستین^۱ (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای عزت‌نفس، اضطراب و جایگاه مهار ۶۰ معتاد بستری شده در بیمارستان را بررسی کرد. نتایج نشان داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت‌نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. فلیمنگ و همکاران^۲ (۱۹۹۸) در پژوهشی ۱۰۰ نفر از معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار (۵۰ نفر گروه آزمایش، ۵۰ نفر گروه گواه) را بررسی کردند. نتایج نشان داد که افزایش معناداری در عزت‌نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایش که مهارت‌های زندگی

1. Bukstein

2. Fleming & et al

را آموزش دیده بودند، مشاهده شد. اخوت (۱۳۵۶) در پژوهشی رابطه فشارهای روانی و اعتیاد در دو گروه معتادان بستری شده و افراد غیرمعتاد را بررسی کرد. نتایج نشان داد که معتادان از لحاظ عاطفی افراد نابالغی هستند که دارای رشد اجتماعی ناکافی هستند و آستانه تحمل آنها پایین است.

امینی‌خویی (۱۳۷۷) در پژوهشی با عنوان «مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در افراد معتاد و غیرمعتاد» نشان داد که افراد معتاد در مقابله با استرس از حل مسأله و جلب حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی کمتری برخوردارند و مهار هیجانی و جسمانی کردن مشکلات را بیش از گروه غیرمعتاد دارند. آملی (۱۳۸۳) در پژوهشی با هدف بررسی شیوع مرضی، اختلالات خلقی و اضطرابی در معتادان بستری شده و مقایسه آنها با افراد بهنجار نشان داد که ۷۲/۳ درصد معتادان به ترتیب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی بودند که شایع‌ترین اختلالات، افسردگی اساسی (۶۶ درصد) و اضطراب منتشر (۱۲ درصد) بود. ذکایی (۱۳۷۹) در پژوهشی با عنوان «مقایسه عزت‌نفس، افسردگی، جایگاه مهار و تیپ شخصیتی A افراد معتاد و افراد عادی» نشان داد که تفاوت معناداری بین افراد معتاد و افراد عادی مشاهده شد. به عبارت دیگر، افراد معتاد دارای افسردگی بالا، عزت‌نفس پایین، جایگاه مهار بیرونی و تیپ شخصیتی A بودند. لاتار و همکاران^۱ (۱۹۹۳) مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه آسیب‌شناسی روانی والدین معتاد و فرزندان آنها انجام داد، نتایج نشان داد که در میان فرزندان آنها افسردگی با چندین اختلال روان‌پزشکی وجود داشت. همچنین والدین معتاد، بر سوء‌مصرف مواد در میان فرزندان خود به شدت تأثیرگذار بودند. میلر^۲ (۱۹۹۵) در پژوهشی علل مربوط به بازگشت به مصرف مجدد را در تعدادی از معتادان بررسی کرد. نتایج نشان داد که اکثر معتادان به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، اعتماد به نفس و عزت‌نفس پایین و اراده ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. کادن و همکاران^۳ (۱۹۹۲) در پژوهشی با هدف مقایسه

1. Luthar & et al

2. Miller

3. Kadden & et al

4. Dzialdowska

تأثیرات دو رویکرد درمانی بیمار- بهبودی و رویکرد شناختی- رفتاری در درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر که اختلال شخصیت داشتند نشان دادند بیمارانی که با رویکرد درمانی شناختی- رفتاری معالجه شدند به نحو معناداری کاهش مصرف و بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی و کارکرد روان‌شناختی داشتند.

دزیالدوسکیا^۱ (۱۹۹۸) در بررسی مقایسه‌ای بین روش مشاهده سستی و درمان شناختی- رفتاری که بر روی ۵۰ نفر از معتادان هرئینی انجام داد، نشان داد بیمارانی که از درمان شناختی- رفتاری بهره بردند نسبت به بیمارانی که روش مشاهده سستی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خود ادراکی مثبت و کاهش معناداری در افسردگی از خود نشان دادند. روزنامه همسایه‌ها (۱۳۸۴) به بررسی برخی عوامل خطر و ویژگیهای شخصیتی در کودکان و نوجوانان مصرف‌کننده مواد مخدر پرداخت؛ نتایج نشان داد که گروه مصرف‌کننده مواد مخدر نسبت به گروه گواه از درونگرایی، روان‌نژندی و روان‌پریشی بالا و عزت‌نفس پایین برخوردارند. روزنامه همسایه‌ها (۱۳۸۴) در پژوهشی دیگر به مقایسه خصوصیات شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی پرداخت؛ نتایج نشان داد که میزان روان‌رنجوری، خصوصیات پارانوئیدی، افسردگی، خودبیمارانگاری، مانیا، خستگی روانی، هیستری و اسکیزوفرنی در بین جوانان معتاد بیشتر از جوانان عادی بود. فرجاد و همکاران (۱۳۷۴) در بررسی علل روانی اجتماعی اعتیاد نشان دادند که افراد معتاد در افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و حساسیت‌های بین‌فردی با افراد عادی تفاوت معناداری دارند. به عبارت دیگر این تفاوت در جهت بیشتر بودن این ویژگیها در افراد معتاد بود. روزنامه همسایه‌ها (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای نشان داد که معتادان دارای خصوصیات شخصیتی وابسته و دوری‌گزین هستند. همچنین اعتماد به‌نفس آنان پایین است و احساس بی‌ارزشی می‌کنند. همچنین در بررسی عوامل مؤثر گرایش به اعتیاد در ایران نشان داد که برخی از معتادان انسانهای ظریف، حساس و زودرنج هستند. همچنین معاشرت با دوستان ناباب، وفور و ارزانی مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد، وجود خانواده بی‌بندوبار، اولاد زیاد و بی‌توجهی والدین از علل گرایش به مصرف مواد مخدر بودند.

روزن بلوم و ماگورا^۱ (۱۹۹۹) در بررسی بیماران وابسته به کوکائین که تحت درمان شناختی رفتاری به مدت ۴۸ هفته بودند، نشان دادند که میزان اضطراب و افسردگی آنها کاهش محسوسی داشته است. مک داوول و اسپیتز^۲ (۱۹۹۹) پس از ۸ جلسه مشاوره و روان‌درمانی بر روی معتادان بستری شده نشان دادند که میزان افسردگی و اضطراب معتادان کاهش معناداری داشته است. با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده، هدف این پژوهش بررسی تأثیر دوره بازتوانی معتادان مرد بر میزان خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس آنان است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خودپنداره منفی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.
- ۲- ارائه خدمات روان‌شناختی در کاهش میزان اضطراب معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.
- ۳- ارائه خدمات روان‌شناختی در کاهش میزان افسردگی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.
- ۴- ارائه خدمات روان‌شناختی در افزایش میزان عزت‌نفس معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با یک گروه است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه افراد معتاد خود معرف مرد (۵۰ نفر) بودند که برای درمان در فاصله زمانی دوره چهار ماهه در مرکز اجتماع درمان‌مدار اهواز مورد پذیرش قرار گرفته‌اند. به دلیل محدود بودن جامعه، نمونه تحقیق، کلیه افراد معتاد خود معرف موجود در مرکز اجتماع درمان‌مدار اهواز (۵۰ نفر) بودند که به صورت دسترس انتخاب شدند. در این طرح یک گروه مدنظر می‌باشد و متغیر وابسته قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل

1. Rosenblum & Magura

2. Mcdowell & Spitz

اندازه‌گیری می‌شود و سپس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم مقایسه می‌گردند تا ثابت شود که آیا وجود متغیر مستقل در نتایج به‌دست آمده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤثر بوده یا نه. به دلیل اینکه کلیه افراد در زمان محدود چهارماهه پذیرش می‌شوند و استفاده از فهرست انتظار به علت عدم کنترل و احتمال برگشت مجدد گروه فهرست انتظار به مصرف مواد مخدر امکان‌پذیر نبوده است. همچنین تعداد پذیرش‌شدگان در این مرکز (در شهرستان اهواز فقط یک مرکز وجود دارد) محدود می‌باشد، در نتیجه انتخاب گروه گواه انجام نگرفت.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از این ابزارها استفاده گردید:
 ۱- پرسشنامه خودپنداره راجرز^۱، ۲- پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت^۲، ۳- پرسشنامه افسردگی بک^۳، ۴- پرسشنامه اضطراب کتل^۴.

۱- پرسشنامه خودپنداره راجرز: این آزمون دارای ۲۶ ماده است که در مقابل هر ماده ۷ گزینه از ۱ تا ۷ درجه‌بندی شده و آزمودنی باید نسبت به احساس خود در مقابل هر یک از ماده‌ها، زیر درجه مورد نظر علامت ضربدر بگذارد. ضریب اعتبار و پایایی این آزمون در مطالعه‌ای که بر روی نمونه ۴۰ نفری انجام شده از طریق تنصیف برابر ۰/۸۷ است (ثامتی، ۱۳۷۵). در این تحقیق برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۶۰ است.

۲- پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت: این آزمون شامل ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن برای دروغ‌سنجی و ۵۰ ماده دیگر برای سنجش موارد انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده و خود می‌باشد. پاسخ آزمون به صورت بلی، یک نمره و پاسخ نه، صفر نمره است. برخی از گزینه‌ها برعکس هستند، یعنی به پاسخ بلی آنها صفر نمره و به پاسخ نه آنها یک نمره تعلق می‌گیرد. فرجی (۱۳۸۰) ضریب پایایی آزمون به روش بازآزمایی را بر روی دختران دبیرستانی ۰/۶۹ به‌دست آورد. ابراهیمی قوام (۱۳۶۹)، میزان پایایی این آزمون را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Rogers's self concept test | 2. Copper smirh's self esteem test |
| 3. Beck's depression test | 4. Cattell's anxiety test |

است. در این تحقیق برای تعیین ضریب پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۶۸ به دست آمد.

۳- پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی است که بک در سال ۱۹۶۱ تهیه کرده است. یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی که هر مقوله شامل ۴ سؤال است. ارزش نمرات از صفر تا ۳ است. صفر نشانه سلامت روان و نمره ۳ نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی است. نمره کل هر فرد در این آزمون با جمع نمرات در تمام مقوله‌ها به دست می‌آید.

مارنات (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را در یک فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی این آزمون نشان داده است که ضریب به‌دست آمده ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۳).

بک، استر و گاربن^۱ (۱۹۸۸)، پایایی پرسشنامه بک را در ۱۰ پژوهش بررسی کردند که در آنها BDI به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شده بود. آنها دامنه ضریب همبستگی در بیماران روانی را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. در حالی که در افراد عادی این دامنه را ۰/۶۰ تا ۰/۹۲ گزارش کردند (بک و استر، ۱۹۹۳).

۴- پرسشنامه اضطراب کتل: این آزمون دارای چهار ماده است که در هر دو جنس و سنین بالا (۱۵- ۱۴ سالگی) و اکثر فرهنگ‌ها می‌توان به کار بست. پاسخ سؤالات به‌صورت بلی- خیر و جز آن داده می‌شود. نمره‌ای که بین صفر تا ۳ باشد نشان‌دهنده شخص آرام و بدون تنش است. نمره طراز شده‌ای که بین ۴ تا ۶ باشد، نشان‌دهنده درجه متوسط اضطراب است. نمره‌ای که ۷ تا ۸ باشد نشان‌دهنده شخصی است که روان آزرده و مضطرب دارد و بالاخره نمره ۹ تا ۱۰ معرف فردی است که به وضوح نیاز به مشاوره و روان‌درمانی دارد. در مطالعه فرجی (۱۳۸۰) میزان پایایی این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است. برای سنجش پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۱ برآورد شده است.

شیوه اجرا

در این پژوهش پس از پذیرش معتادان ترک کرده (کسانی مورد پذیرش قرار می‌گیرند

1. Beck, Steer & Garben

خودپنداره	پیش‌آزمون	۸/۵۸	۱/۳۳	۶	۱۱	۵۰
منفی	پس‌آزمون	۶/۲۸	۱/۲۱	۴	۹	۵۰
اضطراب	پیش‌آزمون	۹/۴۶	۰/۵۰	۹	۱۰	۵۰
	پس‌آزمون	۵/۴۸	۲/۶۶	۱	۱۰	۵۰
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۳/۳۴	۴/۷۴	۲۲	۴۰	۵۰
	پس‌آزمون	۱۶/۶۸	۹/۷۱	۶	۳۵	۵۰
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	۲۲/۵۸	۷/۷۱	۱۶	۴۷	۵۰
	پس‌آزمون	۳۳/۹۰	۹/۹۳	۱۷	۵۰	۵۰

این پژوهش شامل چهار فرضیه است که هر فرضیه همراه با نتایج به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل آن ارائه می‌گردد.

فرضیه ۱- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خودپنداره منفی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

جدول ۲- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین خودپنداره منفی معتادان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری P
خودپنداره	پیش‌آزمون	۸/۵۸	۱/۳۳	۴۹	۱۱/۹۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۶/۲۸	۱/۲۱			

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، خودپنداره منفی معتادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری یافته است ($t=11/97$ و $P=0/0001$).

بنابراین فرضیه یک تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر ارائه خدمات روان‌شناختی، موجب کاهش میزان خودپنداره منفی معنادان شده است. فرضیه ۲- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معنادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

جدول ۳- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین اضطراب معنادان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری P
اضطراب	پیش‌آزمون	۹/۴۶	۰/۵۰	۴۹	۱۱/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۵/۴۸	۲/۶۶			

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اضطراب معنادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معناداری یافته است ($t=11/10$ و $P=0/0001$). بنابراین فرضیه دو تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر ارائه خدمات روان‌شناختی موجب کاهش میزان اضطراب معنادان شده است. فرضیه ۳- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان افسردگی معنادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

جدول ۴- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین افسردگی معنادان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری P
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۳/۳۴	۴/۷۴	۴۹	۱۲/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۶/۶۸	۹/۷۱			

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، افسردگی معنادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری یافته است ($t=12/64$ و $P=0/0001$). بنابراین

فرضیه سه تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، ارائه خدمات روان‌شناختی، موجب کاهش میزان افسردگی معنادان شده است.

فرضیه ۴ - ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی)، در افزایش میزان عزت‌نفس معنادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار شهرستان اهواز مؤثر است.

جدول ۵- نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه عزت نفس

معنادان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری P
عزت نفس	پیش‌آزمون	۲۲/۵۸	۷/۷۱	۴۹	-۸/۲۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۳/۹۰	۹/۹۳			

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، عزت‌نفس معنادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معناداری یافته است ($t = -۸/۲۶$ و $P = ۰/۰۰۰۱$)، بنابراین فرضیه چهار تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر ارائه خدمات روان‌شناختی موجب افزایش عزت‌نفس معنادان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد هدف این مطالعه، بررسی تأثیر خدمات روان‌شناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس معنادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار است. از نتایج به دست آمده موارد ذیل استنباط می‌شود:

فرضیه ۱- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خودپنداره منفی معنادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۲ مشخص گردید در میزان خودپنداره منفی معنادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($t = ۱۱/۹۷$ و $P = ۰/۰۰۰۱$). به عبارتی ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب کاهش خودپنداره منفی معنادان شده است. فلیمنگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که افزایش معناداری در عزت‌نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایشی که مهارت‌های زندگی را آموزش دیده بودند، مشاهده شد. دزیالدوسکیا (۱۹۹۸) نشان داد در

بیمارانی که از درمان‌شناختی- رفتاری بهره بردند نسبت به بیمارانی که روش مشاهده سستی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خودپنداری مثبت و کاهش افسردگی مشاهده شد. فروغ‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۰) نشان دادند که بین خودپنداره جوانان معتاد و غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود دارد و خودپنداره منفی در گرایش جوانان به اعتیاد مؤثر بوده است.

فرضیه ۲- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۳ مشخص گردید بین میزان اضطراب معتادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P= ۰/۰۰۰۱$) و $t= ۱۱/۱۰$). به عبارتی ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب کاهش میزان اضطراب معتادان شده است. بوکستین (۲۰۰۰) نشان داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت‌نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. مک‌داول و اسپیتز (۱۹۹۹) پس از ۸ جلسه مشاوره و روان‌درمانی بر روی معتادان بستری شده نشان دادند که در میزان افسردگی و اضطراب آنان کاهش محسوسی مشاهده شد. روزن بلوم و ماگورا (۱۹۹۹) در پژوهش خود بر بیماران وابسته به کوکائین به مدت ۴۸ هفته درمان‌شناختی- رفتاری نشان دادند که در میزان اضطراب و افسردگی آنها کاهش محسوسی مشاهده شد.

فرضیه ۳- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان افسردگی معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۴ مشخص گردید در میزان افسردگی معتادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P= ۰/۰۰۰۱$) و $t= ۱۲/۶۴$). به عبارتی ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب کاهش افسردگی معتادان شده است، دزیالدوسکیا (۱۹۹۸) نشان داد بیمارانی که از درمان‌شناختی- رفتاری بهره بردند، نسبت به بیمارانی که روش مشاهده سستی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خودپنداری مثبت و کاهش معناداری در افسردگی آنها مشاهده شد. فلیمنگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند، افزایش معناداری در عزت‌نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایشی که مهارتهای زندگی را آموزش دیده بودند، مشاهده گردید. آملی (۱۳۸۳) نشان داد که ۷۲/۳ درصد معتادان ملاکهای تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی داشتند که ۶۶ درصد این اختلالات، افسردگی اساسی بوده است. روزن بلوم و ماگورا (۱۹۹۹) نشان دادند که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به کوکائین که به مدت ۴۸ هفته تحت درمان شناختی- رفتاری بودند، کاهش محسوسی داشته است.

فرضیه ۴- ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) در افزایش عزت‌نفس معتادان مرد مرکز اجتماع درمان‌مدار مؤثر است. با توجه به جدول ۵ مشخص گردید میزان عزت‌نفس معتادان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری داشت ($P=0/0001$ و $t = -8/26$). به عبارتی ارائه خدمات روان‌شناختی (بازتوانی) موجب افزایش عزت‌نفس معتادان شده است. بوکستین (۲۰۰۰) نشان داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت‌نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. فلیمنگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند، افزایش معناداری در عزت‌نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره منفی در گروه آزمایشی که مهارتهای زندگی را آموزش دیده بودند، مشاهده گردید. ذکایی (۱۳۷۹) نشان داد افراد معتاد دارای افسردگی بالا، عزت‌نفس پایین، جایگاه مهار بیرونی و تیپ شخصیتی A بودند. میلر (۱۹۹۵) نشان داد که اکثر افراد معتاد به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، نداشتن اعتماد به‌نفس و عزت‌نفس پایین و اراده ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. در نهایت می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش‌های ارائه شده در مرکز اجتماع درمان‌مدار اهواز باعث کاهش میزان افسردگی، اضطراب، خودپنداره منفی و افزایش عزت‌نفس معتادان شده است. همان‌طور که می‌دانیم درمان اعتیاد از دو بخش درمان دارویی و غیردارویی تشکیل می‌شود. سهم درمان‌های دارویی در حدود ۵ تا ۱۰ درصد و سهم درمان‌های غیردارویی در حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد درمان یک فرد معتاد است. به دلیل اینکه عواملی باعث شده تا معتادان کمتر از درمان‌های غیردارویی استفاده نمایند، میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر در معتادان ترک‌کرده درصد بالایی را شامل می‌شود. تحقیقات نشان داده که اگر اختلالات همراه با اعتیاد را کاهش و یا کنترل نماییم، فرد معتاد هم به راحتی ترک می‌کند و هم به مصرف مجدد روی نمی‌آورد. از جمله این اختلالات می‌توان به افسردگی قبل یا بعد از اعتیاد، اضطراب و انواع آن، خودپنداره منفی و عزت‌نفس اشاره نمود. کنترل یا کاهش هر کدام از این اختلالات در درمان یک فرد معتاد مهم است. بنابراین پیشنهاد می‌شود:

- ۱- متخصصان مجرب این دوره‌ها را برای تمام معتادان در حال ترک (سرپایی- بستری) و کارآزموده اجرا کنند،
- ۲- تحقیق مشابهی بر روی زنان معتاد انجام شود
- ۳- این پژوهش بر روی جمعیت و نمونه وسیعتری صورت گیرد تا نتایج از اعتبار بیشتر و مطلوب‌تری برخوردار باشد،
- ۴- از ابزارهای دیگری نیز برای بررسی رابطه بین متغیرهای این پژوهش استفاده شود.

منابع

- ابراهیمی‌قوام، صغری. (۱۳۶۹)، «بررسی میزان اضطراب، حرمت نفس در دانش‌آموزان سوءاستفاده جنسی نواحی سه‌گانه اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۷۴)، *اعتیاد، سبب‌شناسی و درمان*، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور.
- اخوت، ولی‌الله. (۱۳۵۶)، «شناخت ویژگیهای شخصیت معتاد»، *بیست‌وپنجمین کنگره پزشکی ایران، گردهمایی اعتیاد*.
- آملی، محمدرضا. (۱۳۸۳)، «پاک‌سازی و ایمن‌سازی مدارس از اعتیاد به مواد مخدر»، *روزنامه اطلاعات*، شماره ۲۳۲۳۵، شنبه یکم دی‌ماه.
- امینی‌خویی، ناصر. (۱۳۷۷)، «بررسی و مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله‌ای و باورهای غیرمنطقی افراد معتاد و عادی استان بوشهر»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- برنامه بین‌المللی مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۷۹)، *پیشگیری و درمان اعتیاد*، ترجمه عبدالرسول سبحانی و حسین شجاعی، تهران، انتشارات سینا.
- پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۸)، *نشانه‌شناسی بیماریهای روانی*، چاپ هفتم، تهران، انتشارات آزاده.
- ثامتی، ناهید. (۱۳۷۵)، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی رابطه آن و فشارهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی، ویژگیهای شخصیتی تیپ A، افسردگی، اضطراب و خودپنداره منفی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ذکایی، آرزو. (۱۳۷۹)، «مقایسه هیجان‌خواهی، جایگاه مهار و برون‌گرایی معتادان مرکز خودمعرف و غیرمعتاد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- رحیمی موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۷۶)، *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*، تهران، انتشارات بهزیستی کشور.
- رمضانی، حبیب‌الله. (۱۳۸۳)، «علل گرایش، پیشگیری و راههای درمان اعتیاد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- روزنامه همسایه‌ها. (۱۳۸۴)، شماره ۸۸۶، سال چهارم، اهواز.

- سراج‌خرمی، ناصر. (۱۳۸۲). *شناخت، پیشگیری و درمان اعتیاد*، چاپ اول، دزفول، انتشارات افهام.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۸)، «مراحل و فرایندهای بهبود افراد معتاد در روان درمانی»، *فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی*، شماره یک.
- فرجاد، محمدحسین. زهره وجدی و هما بهروش. (۱۳۷۴)، *شناخت علل، عوارض و درمان اعتیاد*، تهران، انتشارات بدر.
- فرجی، ماهرخ. (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با عزت‌نفس، اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستانهای شهر اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- فروغ‌الدین عدل، اکبر و میرجلال صدرالسادات. (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان»، *فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه*، شماره ۴۶، صفحه ۲۵.
- مارنات، گری کرات. (۱۹۹۰)، *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، تهران، انتشارات رشد.
- Beck, T.A & Steer, A.R. (1993). *Beck depression inventory*. New york: Harcourt brace joranvich, Inc.
- Bukstein, O.G. (2000). *Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescence*. Journal of psychoactive druge, 18(6),296 – 302 .
- Dziladowskia. A. (1999). *Acognitive behavioral intervention in the context o methadone tapering treatment for opiate addiction*. Clinical pschology psychotherapy.
- Fliming, M.F., Barry, K.L. (1998). *Addictive disorders*. Mosby year book.
- Kadden, R. & et al. (1992). *Cognitive- behavioral coping skills therapy manual*. National institute of Alcohol abuse and Alcoholism.
- Karan, L.D., Haller, D.L. & Schnoll, S.H. (1991). *Clinical text book of addictive disorders*. pp. 121–145 Newyork.Guilford.
- Luthar, S.S., Merikangs, K.R. & Rounsaville, B.J. (1993). *Parental psychopathology and disorder in off spring: A study of drug abusers*. Journal of nervous and mental disease. 181(6),351–357 .

- Mcdowell, M. David., Spitz, I. Henry. (1999). *substance abuse from principles to practice*.
- Miller, N. (1995). *Addiction psychiatry*. New york.
- Rosenblum, A., Magura, S., Palliy. M. (1999). *Enhanced treatment outcomes for cocaine using methadone patients drug and Alcohol dependence*.
- Siegl, J., Senna, J.J. (1997). *Jvenile delinquency.theory, practice and law*. st. paul: west.
- Stenroth, G., Erikson, M., Jonson, B., Billing, I. & Zetterstoms, R. (1996). *Support to drug addicted parents: A help to the children*. Cadin avian Journal of social medicine. 24(3),157 – 160.
- Tschann, J.M; Adler, N.E., Irwin, C.E., Millstein, S.G., Turner, R.A., Kegeles, S.M. (1994). *Initiation of substance use in early adolescence: the role of pubertal timing and emotional distress*. Vol, 13. No, 4,326 – 333.

تاریخ وصول: ۸۷/۱۰/۷

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۲

