

اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار

مهدی امیری^۱، دکتر رخساره یکه یزداندوست^۲، دکتر سید محمود طباطبایی^۳

چکیده

طرح مسئله: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی همایند با اختلالات سوء مصرف مواد است. افسردگی علاوه بر اینکه یکی از علل گرایش افراد به سوء مصرف مواد است، یکی از عواملی است که باعث عود مجدد پس از درمان می‌شود. با توجه به ضرورت انجام درمان‌های روان‌شناختی در درمان و پیشگیری از عود

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، پست الکترونیکی amiri.psy@gmail.com

۲- دکترای روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران

۳- روان‌پزشک، بیمارستان ابن سینا، استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد

بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار بود.

روش: ۲۱ مددجو که دچار علائم افسردگی بودند به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و شاهد (۱۱ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش، در هشت جلسه درمان گروهی فعال سازی رفتاری شرکت کردند. علائم افسردگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی مددجویان قبل و پس از درمان اندازه گیری شدند.

یافته‌ها: میزان بهبود علائم افسردگی و سلامت روانی در گروه آزمایش به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود؛ اما دو گروه از نظر تغییر در کیفیت زندگی تفاوت معنی داری با هم نداشتند.

نتیجه گیری: اثربخشی یک درمان گروهی، مختصر و محض رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، تلویحات نظری و عملی زیادی در پی دارد. کاربرد روش های رفتاری محض در کمک به درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد حائز اهمیت فراوان است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، فعال سازی رفتاری، سلامت روانی، کیفیت زندگی، سوء مصرف مواد.

مقدمه

افسردگی دومین اختلال رایج روان شناختی است. داده‌های اخیر پارکر^۴ و همکاران (۲۰۰۱)، به نقل از لمبرت^۵، (۲۰۰۶) نشان می‌دهند که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. میزان بروز افسردگی اساسی در بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند و در بیماران بستری شده در بخش های پزشکی هم بالاست، به طوری که به ترتیب به ۱۰ و ۱۵ درصد می‌رسد. شیوع سوء مصرف مواد در طول عمر حدود ۲۰ درصد است و اکثر سوء مصرف کنندگان مواد یک تشخیص همزمان روان پزشکی دیگر هم دارند (سادوک و سادوک^۶، ۲۰۰۳). امروزه تحقیقات زیادی همبودی اختلالات وابستگی به مواد و اختلالات خلقی

۴. Parket

۵. Lambert

را تأیید کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ سازمان جهانی بهداشت^۷؛ کسلر^۸ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بیجی^۹ و همکاران، ۱۹۹۸، ریجر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۰؛ بریدی^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۱؛ کلر^{۱۲} و همکاران، ۱۹۸۶؛ میرین^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۱؛ راس^{۱۴} و همکاران، ۱۹۸۸؛ نارود^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۲؛ روم^{۱۶}، ۱۹۹۸، به نقل از رسولی آزاد، ۱۳۸۶). علائم افسردگی بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شایع است. حدود یک سوم تا نیمی از افرادی که به مواد افیونی وابستگی دارند، زمانی در طول عمر خود واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بوده‌اند. بدیهی است که اشکال خفیف‌تر افسردگی در بین این افراد شایع‌تر است. در ایران تحقیقاتی در مورد شیوع اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده است. ناظر و همکاران (۱۳۸۰) در تحقیقی، میزان شیوع اختلالات خلقی را در این افراد ۲۶/۲٪ و افسردگی را ۲۰/۴٪ تخمین زده‌اند. طبق پژوهش صالحی، مختاری و مدرس هاشمی (۱۳۸۲) میانگین نمره افسردگی افراد دچار سوء مصرف مواد در آزمون افسردگی بک^{۱۷} در زمان پذیرش ۲۶/۶۵ بوده است.

با آن که اعتیاد دارای عوارض بسیار گسترده‌ای است، روش‌های رایج درمان آن دارای کارایی کافی نیستند. با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده اعتیاد، بسیاری از بیماران که سوء مصرف مواد را ترک می‌کنند، دچار عود می‌شوند. همبودی اختلال خلقی با اختلال سوء مصرف مواد در تشخیص و درمان مجزای هر یک از

۵. Kazem

۷. World Health Organization

۸. Kessler

۹. Biji

۱۰. Rieger

۱۱. Brady

۱۲. Clark

۱۳. Mirin

۱۴. Ross

۱۵. Narod

۱۶. Rom

۱۷. Beck Depression Inventory (BDI-II)

این اختلالات، خلل ایجاد می‌کند. یکی از عواملی که به شکست درمان سوء مصرف مواد و عود مجدد^{۱۸} افراد منجر می‌شود، نادیده گرفتن درمان اختلالات روانی همزمان است. از سوی دیگر درمان اختلال خلقی همراه می‌تواند سوء مصرف مواد را کاهش دهد. بنابراین به منظور پیشگیری از عود در درمان اختلالات وابستگی به انواع مواد، درمان‌های روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد (صالحی و همکاران، ۱۳۸۲).

امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای افسردگی وجود دارند؛ اما تعداد کمی از آن‌ها که توانسته‌اند در کارآزمایی‌های تصادفی بالینی^{۱۹}، اثرمندی^{۲۰} خود را به اثبات برسانند، عبارتند از: رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت‌درمانی (چمپلس^{۲۱} و همکاران، ۱۹۹۸). هر چند هر سه روش درمانی دارای اثرمندی هستند؛ اما در میان آن‌ها تفاوت‌هایی از نظر میزان اثرمندی و به صرفه بودن وجود دارد (جیکوبسون و همکاران، ۱۹۹۶). درمان فعال‌سازی رفتاری^{۲۲} نوعی رفتاردرمانی محض^{۲۳} است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتاری^{۲۴} است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (جیکوبسون، مارتل^{۲۵} و دیمیجیان، ۲۰۰۱). اثرمندی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت‌درمانی و دارودرمانی، در درمان بیماران افسرده شدید برتری دارد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶).

در سال‌های گذشته، از روش‌های درمانی فردی و گروهی مختلفی به منظور درمان افسردگی در محیط‌های بیمارستانی استفاده شده است. با توجه به محدودیت‌های زمانی و امکانات اندکی که در محیط‌های بیمارستانی وجود دارد و با توجه به ویژگی‌های درمان‌های رفتاری که از لحاظ زمان، هزینه و امکانات، مقرون به صرفه‌تر بوده و اثربخشی^{۲۶} آن‌ها نیز در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است، درمان گروهی فعال‌سازی

۱۸. Aelsgze

۱۹. Rarabomifitilsleb olinial

۲۰. Efficacy

۲۱. Chmple

۲۲. Behavioral activation

۲۳. Pure

۲۴. Functional behavior analysis

۲۵. Martel

رفتاری به عنوان درمان انتخابی افسردگی در محیط‌های بیمارستانی پیشنهاد می‌شود (لیبرمن، بیدل^{۲۷}، ۱۹۹۸، به نقل از هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳).

براساس نتایج پژوهش‌های پیشگامان که فعال سازی رفتاری را مؤلفه و عامل درمانی اصلی در درمان شناختی-رفتاری افسردگی یافتند، جیکوبسون و همکاران (۲۰۰۱) نخستین پروتوکل BA را که بر توابع رفتار افسرده‌وار تأکید دارد، منتشر کردند. تأکید BA بر تبادل بین فرد و محیط در طی زمان و شناسایی محرک‌های محیطی و پاسخ‌های مقابله‌ای^{۲۸} دخیل در سبب شناسی و تداوم خلق افسرده‌وار است (مارتل و همکاران، ۲۰۰۱). در این رویکرد، رفتار افسرده‌وار (مانند نافرمانی و کناره‌گیری) به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای^{۲۹} در برابر موقعیتی که لذت و خوشی کمی داشته (تقویت مثبت) و یا آزارنده و ناکام‌کننده است (تقویت منفی)، مفهوم پدازای می‌شود (جیکوبسون و همکاران، ۲۰۰۱). اجتناب رفتاری^{۳۰} کانون درمان BA است. در این درمان به بیمار آموخته می‌شود که در مقابله با شرایط محیطی آزارنده و ناکام‌کننده، به جای اجتناب، با رفتاری فعالانه‌تر واکنش نشان دهد.

امروزه درمان فعال سازی رفتاری در مورد اختلالات و جمعیت‌های بالینی متفاوتی به کار می‌روند. برای نمونه BA در مورد بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۵)، اختلال استرس پس از سانحه (مالیک^{۳۱} و ناگل^{۳۲}، ۲۰۰۴؛ جکیوپک^{۳۳}، ۲۰۰۶)، افسردگی نوجوانان (راجیرو^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۵)،

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۵۵. Effectiveness

۵۶. Bibell

۵۸. gupqoz gupqoz

۵۹. gupqoz gupqoz

۵۰. Behavioral activation

۶۱. Multic

۶۲. Isuple

۶۳. ksuprk

۶۴. gupqoz

همبودی اضطراب و افسردگی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴)، کاهش افسردگی بیماران روان پزشکی بستری (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳ الف)، پیشگیری از رفتارهای خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳ ب)، و بیماران زوال عقل به واسطه آموزش مراقبین آن‌ها (تری^{۳۵} و همکاران، ۱۹۹۷) به کار رفته و نتایج مثبتی داشته است. در بزرگ ترین مطالعه‌ای که تا کنون در زمینه مقایسه اثرمندی درمان‌های افسردگی انجام شده است (دیمیچیان و همکاران، ۲۰۰۶) مشخص شد که BA در درمان بیماران افسرده شدید نسبت به دارودرمانی و درمان شناختی نتایج بهتری داشته است. لازم به یادآوری است که این نتایج تا دو سال پیگیری حفظ شده است.

در ایران نیز درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و تغییر نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان مؤثر بوده است (جلیلی، ۱۳۸۵). فعال سازی رفتاری در کاهش میزان مصرف مواد و میزان عود پس از ترک و نیز افزایش شاخص‌های سلامت روان سوء مصرف کنندگان مواد نیز مؤثر بوده است (گودرزی، ۱۳۸۵).

روش

این پژوهش به شیوه تجربی واقعی^{۳۶} انجام شد. در این پژوهش از طرح بین گروهی پیش آزمون-پس آزمون با گروه شاهد استفاده شده است. در این طرح از گروه فهرست انتظار، به عنوان گروه شاهد استفاده شد که با توجه به اینکه هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان است نه مکانیزم تأثیر آن، گزینه مناسبی به شمار می‌رود. بنابراین آزمودنی‌ها بر اساس تشخیص‌های منطبق بر طبقات تشخیصی موجود مانند DSM-IV انتخاب نشدند و ملاک‌های خروج سخت گیرانه‌ای نیز اعمال نشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱). به علت گستردگی و طیف وسیع سوء مصرف کنندگان مواد، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی می‌شود که مرحله سم زدایی را پشت سر گذاشته‌اند و به طور خودمعرف در مراکز اجتماع درمان مدار کل کشور، دوران توانبخشی و درمان نگهدارنده خود را سپری می‌کنند و نمره پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II) آن‌ها بیش تر از ۱۳ است. نمونه این پژوهش از بین مددجویان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار شهر مشهد که دارای

شرایط شرکت در پژوهش (نمره بالاتر از ۱۳ در (BDI-II) و گذشت یک ماه از اقامت در مرکز) بودند، انتخاب شدند. افراد به صورت تصادفی در گروه درمانی و گروه شاهد قرار گرفتند. گروه شاهد در برنامه‌های درمانی مرسوم در مراکز اجتماع درمان مدار شرکت می‌کردند. گروه آزمایش علاوه بر این برنامه‌ها در هشت جلسه درمان گروهی فعال سازی رفتاری نیز شرکت کردند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از پرسش نامه‌های افسردگی بک، پرسش نامه سلامت عمومی و پرسش نامه کیفیت زندگی استفاده شده است.

پرسش نامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسش نامه که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (IV - DSM) انطباق دارد. مشخصات روان سنجی این پرسش نامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹^{۳۷}، ضریب بازآزمایی^{۳۸} به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴^{۳۹}).

پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ): پرسش نامه سلامت عمومی^{۴۰} به منظور سنجش سلامت روانی افراد به کار برده می‌شود. این پرسش نامه توسط گلدبرگ^{۴۱} (۱۹۷۲) ساخته شده است. فرم ۲۸ سؤالی آن دارای ۴ خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. ضریب پایایی کلی این آزمون، ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، حساسیت^{۴۲} این آزمون، ۰/۸۶ و اختصاصی بودن^{۴۳} آن، ۰/۸۲ گزارش شده است (یعقوبی، ۱۳۷۹).

۲۷. Zqlit dlatf

۲۸. Tæt tətæt

۲۹. Dodzpn

۳۰. Ənəriəl Həstlīt Qüəstionnəriš

۳۱. Əolbəriğ

۳۲. Sənzitivitə

۳۳. Səxcišitə

پرسش نامه کیفیت زندگی (QOLI): پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است که ۴ خرده مقیاس دارد. این پرسش نامه به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار دامنه از زندگی می پردازد که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی (نصیری، ۱۳۸۵). پایایی این آزمون را با شیوه بازآزمایی ۰/۶۷ و ضریب پایایی دو نیمه آن را نیز ۰/۸۷ گزارش کرده است. همسانی درونی این آزمون نیز ۰/۸۴ بوده است.

یافته ها

برای تحلیل آماری داده های پژوهشی که به وسیله طرح تمام آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد انجام شده است، بهترین روش آماری تحلیل کوواریانس^{۴۴} است. در این روش میانگین های پس آزمون، پس از تعدیل کردن نمره های پیش آزمون، مورد مقایسه قرار می گیرد (دلاور، ۱۳۸۴). در این پژوهش برای بررسی تمامی فرضیه ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای تعیین اثر متغیر مستقل (درمان) بر متغیرهای وابسته یعنی علائم افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی، آزمون تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضات آن به کار برده شد. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مددجویان در ابزارهای پژوهش، پیش از اجرای درمان و پس از درمان آمده است.

جدول شماره ۱- میانگین ها و انحراف معیارهای نمرات پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها	ابزار	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین (انحراف معیار)
آزمایش	BDI-II	۲۸/۵۰ (۱۰/۹۲)	۱۷/۷۰ (۷/۱۰)
	GHQ	۲۴/۴۰ (۱۶/۲۵)	۱۷/۸۰ (۱۰/۳۹)
	QOL	۶۹/۸۰ (۱۱/۳۳)	۷۷/۳۰ (۱۴/۱۳)
شاهد	BDI-II	۳۱/۴۵ (۷/۳۲)	۲۴/۰۰ (۴/۰۷)
	GHQ	۲۶/۴۵ (۷/۲۷)	۲۴/۷۲ (۵/۷۴)
	QOL	۶۷/۳۶ (۷/۵۲)	۶۸/۰۹ (۷/۵۶)

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در پرسش‌نامه افسردگی، تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود ($F = 5/724, P = 0/028$). بنابراین می‌توان فرضیه اول پژوهش را پذیرفت و نتیجه گرفت که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری توانسته است از شدت علائم افسردگی افراد گروه آزمایش، در مقایسه با گروه شاهد، بکاهد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشخص شده است، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در پرسش‌نامه سلامت عمومی، تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود ($F = 4/871, P = 0/041$). بنابراین می‌توان فرضیه دوم پژوهش را نیز پذیرفت و نتیجه گرفت که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، توانسته است بر میزان سلامت عمومی افراد گروه آزمایش، در مقایسه با گروه شاهد، بیافزاید. با توجه به آن‌چه در جدول شماره ۲ آمده است، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در پرسش‌نامه کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود ($F = 3/862, P = 0/065$). بنابراین نمی‌توان فرضیه سوم پژوهش را پذیرفت. در نتیجه درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، نتوانسته است بر میزان کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش، در مقایسه با گروه شاهد، بیفزاید.

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون دو گروه در پرسش‌نامه کیفیت زندگی با تحلیل کوواریانس

شاخص‌ها	همگنی واریانس‌ها		همگنی شیب‌ها		F	سطح معنی‌داری	مجذور
	آزمون لوین	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری			
افسردگی	۲/۶۲۸	۰/۱۲۱	۰/۰۴۱	۰/۸۴۳	۵/۷۲۴	معنی‌داری	۰/۲۴۱
سلامت عمومی	۲/۸۷۷	۰/۱۰۶	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲	۴/۸۷۱	معنی‌داری	۰/۲۱۳
کیفیت زندگی	۶/۱۹۵	۰/۰۲۲	۰/۰۱۹	۰/۸۹۲	۳/۸۶۲	معنی‌داری	۰/۱۷۷

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد که به صورت خود معرف در مرکز اجتماع درمان مدار بستری می شوند، بوده است. در فرضیه اول پیش بینی شده بود که درمان گروهی فعال سازی رفتاری باعث کاهش شدت علائم افسردگی مددجویان خواهد شد. در ارتباط با فرضیه اول می توان نتیجه گرفت که درمان گروهی فعال سازی رفتاری، درمانی مؤثر در کاهش شدت علائم افسردگی مددجویان است. با توجه به پژوهش های زیادی که به همبندی سوء مصرف مواد و افسردگی اشاره کرده اند و نیز با توجه به این مسئله که برای درمان بهتر سوء مصرف مواد و جلوگیری از عود آن، انجام درمان های روان شناختی ضروری است (کورنلینس و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از رسولی آزاد، ۱۳۸۶؛ صالحی و همکاران، ۱۳۸۲)، این یافته که درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی مددجویان جویای درمان، اثربخش بوده و دارای اهمیت زیادی است.

با افزایش چشمگیر هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی که امروزه در تمام جوامع شاهد آن هستیم، درمان های کوتاه مدت، آزمون شده و اثربخش تر، از اقبال بیش تری برخوردار شده اند. درمان هایی که در زمان کوتاه تری اثرات درمانی مشابهی با درمان های بلندمدت دارند، اجرای گروهی آن ها نیز به اندازه اجرای فردی مؤثر است، درمانگران شان نیاز به آموزش کمی داشته یا اصلاً به درمانگر نیاز نداشته باشند و هزینه مالی کمتری را برای درمانجویان در بردارند، نسبت به درمان های دیگر در اولویت قرار می گیرند (کازدین، ۱۹۹۲). از آن جا که در پژوهش حاضر درمان گروهی فعال سازی رفتاری توانست علائم افسردگی درمان جویان را کاهش دهد، استفاده از این روش می تواند برای سیستم های ارائه کننده خدمات روان شناختی و درمان جویان، فواید زیادی را دربر داشته باشد. از یک سو، با فراهم نمودن امکان دسترسی سریع و به موقع درمان جویان به درمان مانع ایجاد مضرات مادی و روان شناختی در درمان جویان می شود. زیرا موجب کاهش سریعتر پریشانی روان شناختی آن ها می شود، جلوی افزایش شدت علائم را می گیرد و مانع از ایجاد عواقب شغلی، تحصیلی و اجتماعی برای فرد می شود. از سوی دیگر، مراکز ارائه کننده خدمات روان شناختی می توانند سطح وسیع تری از جامعه را تحت پوشش قرار دهند که از نظر هزینه های مالی می تواند منجر به کاهش هزینه های بهداشتی جامعه شود. به علاوه به طور کلی مداخلات به موقع و پیشگیرانه از هزینه های درمانی بعدی می کاهند.

در فرضیه دوم پیش بینی شده بود که درمان گروهی فعال سازی رفتاری باعث افزایش سلامت عمومی

مددجویان خواهد شد. در ارتباط با فرضیه دوم، نتایج تحلیل‌های آماری نشان دادند که گروه آزمایش پس از درمان بهبود بیش تری نسبت به گروه شاهد در پرسش نامه سلامت عمومی نشان داده است. با توجه به همبودی سوء مصرف مواد و اختلالات افسردگی، اضطرابی و نیز با توجه به این که سوء مصرف مواد باعث اختلال در عملکرد اجتماعی افراد می‌شود، این یافته‌ها نیز اهمیت فراوان است (کورنلینس و همکاران، ۱۹۹۷) به نقل از رسولی آزاد، ۱۳۸۶ صالحی و همکاران، ۱۳۸۲). یکی از اهداف BA کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب است که نتیجه آن، افزایش عملکرد فرد در انجام تکالیف شغلی و اجتماعی خود است. بنابراین BA از طریق وارد کردن فرد در دامنه‌ای از فعالیت‌های کوچک و پاداش دهنده، موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده و بر سلامت روانی فرد می‌افزاید (هوپکو و همکاران ۲۰۰۳). عامل دیگری که باعث تأثیر این روش در افزایش سلامت روانی از طریق افزایش عملکرد اجتماعی شده است، بازخورد مثبتی است که افراد گروه به خاطر انجام تکلیف خود می‌گیرند. منبع کنترل^{۴۵} نیز یکی از مکانیسم‌هایی است که می‌تواند اثربخشی BA را تبیین کند، زیرا مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب دارای منبع کنترل بیرونی اند (کوربین^{۴۶}، ۲۰۰۰ مارلات^{۴۷}، ۱۹۹۸، به نقل از گودرزی، ۱۳۸۶). در گروه به علت بازخوردهای مثبتی که رفتارهای ارادی فرد را تقویت می‌کند، افراد در جهت رشد و شکل‌گیری منبع کنترل درونی پیش می‌روند و این احتمال موفقیت‌های بعدی آن‌ها را در انجام تکالیف رفتاری و در نتیجه افزایش خلق و سلامت روانی‌شان بیش تر می‌کند.

در فرضیه سوم پیش‌بینی شده بود که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی مددجویان خواهد شد. در ارتباط با فرضیه سوم، نتایج تحلیل‌های آماری نشان دادند که گروه آزمایش پس از درمان، بهبود بیش تری نسبت به گروه شاهد در کیفیت زندگی نشان نداده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که در این پژوهش، درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمانی مؤثر در افزایش کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان‌مدار نبوده است. از علل احتمالی این نتیجه می‌توان به این موارد اشاره کرد: کیفیت زندگی سازه‌ای است که زمان زیادی وقت لازم است تا تغییر کند و یک یا دو ماه حضور در جلسات گروه نمی‌تواند تغییرات زیادی

۴۵. Locus of control

۴۶. Corbin

۴۷. Marlat

در کیفیت زندگی افراد ایجاد کند. شرایط زندگی مددجویان در مرکز اجتماع درمان مدار با شرایط طبیعی زندگی بسیار متفاوت است و آنها در زمان اقامت در این مرکز از امکانات لازم برای ارتقای سطح کیفیت زندگی خود برخوردار نبوده‌اند.

این پژوهش از لحاظ روش شناختی و اجرایی محدودیت‌هایی داشته است که در نتیجه گیری نهایی و تفسیر نتایج پژوهش باید آن‌ها را در نظر گرفت. بعضی از این محدودیت‌ها مانع تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش به گروه‌های بزرگ می‌شوند. به منظور رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی جمعیت‌های مختلف سوء مصرف کننده مواد انجام شود. برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر همچنین می‌توان نتایج درمان را پیگیری کرد. این پژوهش را می‌توان یک مطالعه مقدماتی و ضروری در نظر گرفت که برای ارزیابی اثربخشی یک روش درمانی رفتاری به منظور کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده است. برای تکمیل نتایج پژوهش حاضر و نیز پاسخ به برخی سوالات لازم است که تحقیقات بیش تری انجام شود.

سپاسگزاری

در پایان از ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به جهت حمایت از این طرح پژوهشی و کارکنان و مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار مشهد جهت همکاری‌شان صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

۱. امیری، مهدی. (۱۳۸۶). اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران.
۲. جلیلی، امیر. (۱۳۸۵). اثربخشی فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تأثیر این درمان در کاهش نگرش‌های ناکارآمد. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران.
۳. دلاور، علی (۱۳۸۳). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش.
۴. رسولی آزاد، مراد (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی درمان گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری در معنادین افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

۵. صالحی، مهرداد.، مختاری، محمدرضا و مدرس هاشمی، سیدرضا (۱۳۸۲). مقایسه میانگین نمره اضطراب و افسردگی در معتادان مراجعه کننده به مرکز درمان وابستگی به مواد بیمارستان نور اصفهان در نیمه نخست سال ۱۳۸۲، قبل و بعد از سم زدایی. دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری اصفهان، ۱، ۵۸-۶۲.
۶. فتی، لادن. بیرشک، بهروز. عاطف، وحید. محمدکاظم و استفان دابسون، کیت (۱۳۸۴). ساختارهای معنا گذاری / طرح واره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، ۳۱۲-۳۲۶.
۷. گودرزی، ناصر. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی. رساله چاپ نشده دکترای روان شناسی سلامت. دانشگاه تهران: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
۸. ناظر، محمد. خالقی، عزت الله. صیادی، احمدرضا (۱۳۸۰). شیوع اختلالات روان پزشکی در وابستگان به مواد افیونی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، ۳، ۳۸-۴۵.
۹. نصیری، حبیب الله. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی. مقاله ارائه شده در سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

References

1. Brooner, R., King, V., Kidorf, M., Schmidt, W. & Bigelow, G. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 71-80.
2. Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
3. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 74, 658-670.

4. Gollan, J., Atlis, M., & Marlow-O'Connor, M. (2003). Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). Unpublished manual, University of Chicago.

5. Hollon, S. D. (2001). Behavioral activation treatment for depression: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 271-278.

6. Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S. Chambers, L. L., & Lejuez, C. W. (2003). The use of daily dairies to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1137-1148.

7. Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: theory, Practice, Training*, 42, 236-243.

8. Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.

9. Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.

10. Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 17, 460-478.

11. Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.

12. Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.

13. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.

14. Jakupak, M., Roberts, L., Martell, C., Mulik, P., Micheal, S., Reed, R., Balsam, K. F., Yoshimoto, D., & McFall, M. (2004). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 387-391.

15. Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2nd Ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

16. Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: Consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 497-510.

17. Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton and Corporation.

18. Mulik, P. S. & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.

19. Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R. & Lejuez, C. W. (2005). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 2, 1-17.

20. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

21. Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology* (4th Ed.). New York: Norton.