

اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن بر مؤلفه‌های سلامت عمومی معتادین مراکز ترک اعتیاد

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۰

نصرت‌الله عرفانی*، مهدی زارع بهرام آبادی**، مصطفی مشایخی‌پور***

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن روی مؤلفه‌های سلامت عمومی افراد معتاد انجام شد.

روش: جامعه آماری شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان در سال ۹۰-۱۳۸۹ بود که دوره سم زدایی را گذرانده و برای بهره مندی از خدمات روان درمانی به این مراکز مراجعه کرده بودند. از میان آنان ۲۷ نفر داوطلب به عنوان نمونه انتخاب شد که تحت ۱۰ جلسه، هر هفته یک و نیم ساعت گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن قرار گرفتند. پیش و پس از اجرای گروه درمانی پذیرش خویشتن، آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای آزمون شدند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تی گروه‌های همبسته به وسیله نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن بر کاهش علائم اضطرابی و افسردگی افراد معتاد مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: تغییر باورهای ناسالم به باورهای سالم، منجر به افزایش سلامت افراد معتاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، سلامت عمومی، گروه درمانی پذیرش خویشتن

Erfani_nasr1344@yahoo.com

* استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

mz.bahramabadi@gmail.com

** استادیار، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها

mostafa.mashayekhi@gmail.com

*** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی اراک، مرکزی، ایران

مقدمه

سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار یکی از بارزترین آسیب‌های روانی- اجتماعی محسوب می‌شود [۱]. گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۰۵ اعلام می‌دارد که ایران با ۲/۸ درصد معتاد بالاترین میزان درصد افراد معتاد به مواد مخدر را در میان کشورهای جهان دارا می‌باشد [۲]. وابستگی به مصرف مواد از شایع‌ترین اختلالات روانی است [۳]. داده‌های همه گیرشناسی نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر دارای یک بیماری جدی روانی هستند [۴]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد معتاد و سوء مصرف کنندگان مواد مخدر دارای تفکر پارانوئیدی، علائم افسردگی، اضطراب، افکار وسواسی، اعتماد به نفس پایین و ترس مرضی هستند و در سلامت روان نمرات پایین‌تری را کسب کردند [۵]. وضعیت سلامت روان نقش مهمی در سبب شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی همراه باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیمار به اعتیاد می‌شود، امروزه نقش سلامت روان بر بخش‌های دیگر سلامت مشخص شده است [۶]. می‌توان گفت بدون دست یابی به سلامت روان، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت نیز امکان پذیر نخواهد بود [۷]. رویکردهای درمانی برای سوء مصرف مواد بسته به نوع ماده، الگوی مصرف و فراهم بودن سیستم‌های حمایتی روانی- اجتماعی و ویژگی‌های خاص فرد بیمار فرق می‌کند [۸]. نظریه‌های اخیر در مورد سبب شناسی و درمان اعتیاد به نقش فرایند یادگیری و فرایندهای پردازش حافظه تأکید می‌کنند [۹]. در میان درمان‌های مختلفی که برای افراد معتاد ارائه می‌شود، درمان‌های رویکرد شناختی یکی از مؤثرترین درمان‌ها می‌باشد [۱۰]. یکی از اهداف اصلی درمان‌های رویکرد شناختی، کمک به افراد معتاد در حفظ و نگهداری دوران ترک و عدم بازگشت دوباره به اعتیاد است [۱۱]. در بررسی‌های بسیاری اثر بخشی گروه درمانی‌های رویکرد شناختی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]. علاوه بر این کارایی درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان اختلالات روانی و اختلالات روان‌پزشکی همبود با اعتیاد نیز به تأیید رسیده است [۱۵، ۱۶]. همچنین

تحقیقات بسیاری نشان داده است که گروه درمانی‌های رویکرد شناختی باعث بهبود سلامت روانی افراد، از جمله افراد معتاد می‌گردد [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰]. یکی از شاخه‌های درمانی رویکرد شناختی، درمان پذیرش خویشتن به روش درآیدن^۲ می‌باشد که بر اساس رویکرد نظری رفتار درمانی عقلانی هیجانی (REBT)^۳ الیس است. فرض بنیادین رویکرد مذکور این است که اختلالات روانی ناشی از باورهای غلطی است که افراد در مورد خود، دیگران و محیط دارند و با تغییر این باورها می‌توان اختلالات روانی را درمان نمود [۲۱]. می‌توان با تغییر باورهای ناسالم افراد به باورهای سالم سلامت روان افراد را افزایش داده و به این طریق موانع ترک مصرف مواد مخدر را کاهش داد و به افراد معتاد در مسیر ترک مواد مخدر کمک رسانی نمود [۲۲]. نتایج حاکی از آن است که درمان شناختی با تمرکز بر پذیرش خویشتن باعث کاهش اضطراب در افراد می‌گردد [۲۳]. اوتمن^۴ و یاسمین^۵ [۲۴] در یک بررسی نشان دادند که درمان REBT باعث می‌شود که افراد کنترل بیشتری بر حملات وحشت زدگی داشته باشند و تغییرات مثبتی را در موقعیت‌های واقعی ایجاد کنند. لیپسی^۶، کاسینو^۷ و میلر^۸ [۲۵] گروه درمانی عقلانی- هیجانی- رفتاری را با ترکیب‌های مختلف، عقلانی- هیجانی، عقلانی- رفتاری و هیجانی- رفتاری را روی افراد بزرگسال انجام دادند، نتایج نشان داد که ترکیب‌های مختلف رفتار درمانی عقلانی- هیجانی می‌تواند بر افزایش سلامت روان افراد مؤثر باشد. در یک بررسی فلکسمن^۹ و بوند^{۱۰} [۲۶] ۱۰۷ نفر با مشاغلی دارای سطوح بالایی از استرس را در سه موقعیت: (۱) گروه درمانی پذیرش خویشتن؛ (۲) آموزش‌های کاهش استرس و (۳) گروه کنترل قرار دادند؛ نتایج نشان داد که گروه درمانی پذیرش خویشتن و آموزش‌های کاهش استرس با تغییر در محتوای شناختی ناصحیح، باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف

2- Dryden

3- Rational Emotive Behavior Therapy

4- Outman

5- Yasamin

6- Lispi

7- Casino

8- Miler

9- Flaxman

10- Bond

1- World Health Organization

هیجانی بود، اجرا شد. شایان ذکر است که ۶ نفر از آزمودنی‌ها به دلایلی همچون ترک گروه (۳ نفر) و یا غیبت بیش از دو جلسه (۳ نفر) از گروه نمونه کنار گذاشته شدند. از آنجا که افراد نمونه، حاضر به قرار گرفتن در فهرست انتظار برای دریافت گروه درمانی نبودند و بر اساس تشخیص وضعیت روان‌شناختی افراد و نیز در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی تحقیق، همه افراد داوطلب در سه گروه درمانی قرار گرفتند و تشکیل گروه کنترل برای پژوهش حاضر امکان پذیر نبود.

ابزار:

ابزار مورد استفاده برای سنجش سلامت روان، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای (GHQ28)^۵ بود. این آزمون دو بار بر روی آزمودنی‌ها، قبل و بعد از اعمال گروه درمانی پذیرش خویشتن اجرا گردید. پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه خودگزارش دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای اختلال روانی می‌باشند، مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۹]. در پژوهش حاضر، از فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی [۳۰] پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را به سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی آن نیز از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدکس (MHQ)^۶ انجام گردید که حاصل آن ضریب همبستگی ۰/۵۵ بود. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در این پرسشنامه نشان داد و این چهار خرده‌مقیاس در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین نموده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم کارکرد اجتماعی،

پذیری بیشتر افراد گردید. ماسودا^۱ و همکاران [۲۷] نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن با تغییر باورهای انعطاف‌ناپذیر به باورهای انعطاف‌پذیر در افراد موجب، بهبود سلامت روان افراد می‌شود. همچنین نتایج بررسی آنها نشان داد که باورهای انعطاف‌ناپذیر با سلامت روان پایین ارتباط دارد. در یک بررسی فولک^۲، پرلینگ^۳ و ملینب^۴ [۲۸] نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن موجب بهبود افسردگی افراد گشته و از سوی دیگر، سلامت عمومی افراد را افزایش داده و همچنین کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد. بر اساس بررسی‌های انجام گرفته تصور بر این است که پژوهش حاضر نخستین ارزیابی از این درمان در ایران می‌باشد. بر همین اساس و با توجه به مواردی که در بالا ذکر گردید و همچنین با توجه به سودمندی این شیوه درمانی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن روی مؤلفه‌های سلامت روان افراد معتاد است.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با یک گروه بود. **آزمودنی‌ها:** آزمودنی‌های این پژوهش ۲۷ نفر از افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان بود که حائز معیارهای ورود به تحقیق بودند. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: سپری نمودن دوره سم‌زدایی به طور کامل، اعلام آمادگی جهت دریافت خدمات روان‌درمانی در مراکز ترک، توافق برای انجام دادن تکالیف ارائه شده در گروه، توافق برای حضور مستمر در جلسات، عدم داشتن اختلال روان‌شناختی مزمن و همچنین کسب نمره ۲۳ تا ۴۸ سلامت روان در پیش‌آزمون (که بیانگر اختلال روانی متوسط در افراد است) بود. معیارهای ورود از طریق مصاحبه تشخیصی و نیز پرونده‌های بالینی افراد مورد بررسی قرار گرفت. آزمودنی‌ها به سه گروه ۹ نفره تقسیم گردیدند. برای هر گروه به طور یکسان ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعت و نیم گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن که مبتنی بر رویکرد درمان رفتاری-عقلانی

- 1- Masuda
- 2- Floke
- 3- Parling
- 4- Melineb

5- General Health Questioner28
6- Middlesex Hospital Questioner

متقاعدکنندگی باورهای پذیرش خویشتن) به اعضا آموزش داده شد.

جلسه ششم: در این جلسه، نسخه‌ی صوتی تکنیک زیگزاگی (بیان باورهای ناسالم با صوتی ضعیف و بیان باورهای سالم و دلیل اشتباه بودن باورهای ناسالم با صدایی بلند و قوی، که به صورت صوتی نیز ضبط می‌شود)، استفاده از بیان‌های مؤثر خود و تصویرسازی عقلانی-عاطفی که به منظور کمک به افرادی که می‌خواهند متقاعد کنندگی باورهای ناسالم را کاهش دهند، به اعضا آموزش داده شد.

جلسه هفتم: در این جلسه، در ادامه مرور ذهنی تکالیف شناختی- رفتاری، شیوه‌های فائق آمدن بر موانع با استفاده از شیوه شناخت درمانی توضیح داده شد.

جلسه هشتم: در این جلسه، تکنیک‌های شناختی- رفتاری وضع گردید و بعد یک استدلال عقلانی برای مبارزه با کم‌رویی بیان شد. برای اعضای گروه شرح داده شد که چگونه کم‌رویی باعث می‌شود که افراد فرصت‌های بسیاری را در زندگی خود از دست بدهند.

جلسه نهم: در این جلسه، به اعضا نشان داده شد که چگونه باورهای آنها بر تفکرشان تأثیر می‌گذارد در ادامه به اعضا آموزش داده شد که چگونه استنباط‌های تحریف شده خود را به چالش بکشند.

جلسه دهم: در این جلسه، پیشرفت اعضا را ارزیابی کرده و به استنتاج بازخورد اعضای گروه در مورد گروه پرداخته شد و در پایان درمان به اعضای گروه کمک شد که آموخته‌های خود را گسترش داده و پایداری آن را بالا ببرند. در پایان جلسه دهم، پرسشنامه سلامت عمومی اجرا گردید. داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون تی برای گروه‌های همبسته و به وسیله نرم افزار SPSS-19 تحلیل شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه نشان داد که میانگین سن اعضا ۳۳/۶۷ بود و انحراف معیار سن ۸/۹۷ بود. همچنین میانگین مدت زمان مصرف مواد آزمون‌ها در این پژوهش ۱۲/۰۹ سال بود و انحراف استاندارد مدت زمان مصرف آزمون‌ها ۸/۸۲ سال بود.

علائم افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ بود.

روند اجرای پژوهش: به دلیل عدم توانایی پژوهشگران در هماهنگی افراد برای شرکت در جلسات گروه درمانی و نیز رعایت معیار حجم تعداد شرکت کنندگان در گروه درمانی، تعداد سه گروه ۹ نفره در نظر گرفته شد. پس از انتخاب گروه نمونه، جلسات آموزش پذیرش خویشتن که بر اساس کارهای درآیدن (۱۹۹۹) طراحی شده بود، طی ۱۰ جلسه گروهی یک و نیم ساعته به صورت هفتگی، برگزار گردید. در این جلسات گروه درمانی پذیرش خویشتن، برای اعضای گروه، عوامل مؤثر بر احساسات و هیجانات و تغییر هیجانات و احساسات با استفاده از تغییر باورها، شرح داده شد. هر جلسه شامل سه بخش بود که در بخش اول تکالیف انجام شده اعضا بررسی می‌گردید؛ در بخش دوم، یک تکنیک، طرز فکر و یا مهارت آموزش داده می‌شد و در بخش پایانی، تکلیفی در ارتباط با مهارت آموزش داده شده ارائه می‌گردید. جلسات گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن به شرح ذیل می‌باشد:

جلسه اول: به طور کلی در این جلسه به معارفه درمانگر و سایر اعضا و بیان اهداف و رویکرد کلی جلسات درمان پرداخته شد.

جلسه دوم: در این جلسه اصول درمان پذیرش خویشتن برای اعضا شرح داده شده و برای آنها اهدافی تعیین شد که در پایان این گروه درمانی به آن دست یابند. همچنین در این جلسه الگو ABC (A بیانگر موقعیت فعال ساز، B بیانگر باور فرد، C بیانگر پیامد) شرح داده شد تا اعضا دریابند که چه عواملی در ایجاد یک هیجان سهیم است.

جلسه سوم: در این جلسه، به اعضا آموزش داده شد که چگونه خواسته‌های انعطاف‌ناپذیر مرتبط به تفکر خودکم‌بینی را زیر سؤال برده و آنها را با جایگزین‌های سالم که نشأت گرفته از باورهای پذیرش خویشتن است، جایگزین کنند.

جلسه چهارم: در این جلسه، تکنیک‌های مهارت عقلانی (بر اساس عقل و عاقلانه قضاوت کردن) آموزش داده شد.

جلسه پنجم: در این جلسه، تکنیک زیگزاگی (ضعیف کردن متقاعد کنندگی باورهای خودکم‌بینی و نیرومندسازی

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در جدول ۱

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	۷/۰۵	۴/۶۱	۶/۴۳	۳/۸۲
علائم اضطرابی	۷/۹۵	۴/۹۵	۵/۵۷	۳/۱۴
علائم کارکرد اجتماعی	۷/۲۹	۳/۵۵	۶/۷۶	۴/۰۳
علائم افسردگی	۷/۱۰	۶/۵۶	۴/۰۵	۴/۰۸
نمره کل	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	۲۲/۹۵	۱۳/۱۷

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پس آزمون کاهش یافته است (شایان ذکر است که در آزمون سلامت روانی کسب نمره پایین‌تر به معنای داشتن سلامت روانی بیشتر است). هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن بر روی سلامت روان افراد معنادار است. بنابراین برای بررسی این هدف و آزمون فرضیه‌های آن از آزمون t همبسته

استفاده گردید، البته شایان ذکر است که به دلیل برقرار نبودن مفروضات استفاده از آزمون کوواریانس در این تحقیق از آزمون t همبسته استفاده شد. در ادامه، از آنجایی که آزمودنی‌ها در سه گروه جداگانه گروه درمانی پذیرش خویشتن را دریافت نموده‌اند، قبل از بررسی معناداری فرضیه‌های پژوهش، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه به بررسی همگنی نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات سلامت روان پرداخته شد.

جدول ۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نمرات پیش آزمون سلامت روان در گروه‌های درمان

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱۹/۴۷	۲	۰/۹۸	۰/۴۲
علائم اضطرابی	۳۹/۶۱	۲	۱/۷۳	۰/۲۰
علائم کارکرد اجتماعی	۲۳/۲۸	۲	۲/۰۳	۰/۱۵
علائم افسردگی	۴۰/۳۳	۲	۰/۹۲	۰/۴۱
سلامت روان	۴۴۱	۲	۱/۳۸	۰/۲۷

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه‌ی نمرات پیش آزمون نشان داد که در نمرات پیش آزمون سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در بین گروه‌های سه گانه درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه گیری کرد که گروه‌های درمان قبل از شروع درمان از نظر میزان سلامت روانی و مؤلفه‌های آن همگن بوده‌اند.

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نمرات پس آزمون سلامت عمومی گروه‌های درمان

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نمرات پس آزمون سلامت عمومی گروه‌های درمان

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱۶/۷۱	۲	۱/۱۵	۰/۳۳
علائم اضطرابی	۹/۵۷	۲	۰/۹۶	۰/۳۹
علائم کارکرد اجتماعی	۲۲/۶۱	۲	۱/۴۵	۰/۲۶
علائم افسردگی	۲۹/۹۰	۲	۱/۹۷	۰/۱۶
سلامت روان	۲۹۹/۱	۲	۱/۸۷	۰/۱۸

عبارت دیگر درمان در گروه‌های مختلف آزمایش به یک اندازه اثر گذار بوده است و شرکت در گروه متفاوت در تأثیر گذاری متغیر مستقل مداخله نمی‌کند. در ادامه از آزمون t همبسته برای مقایسه نمرات تمام افراد شرکت کننده در مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهی نمرات پس آزمون نشان داد که در نمرات پس آزمون سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در بین گروه‌های سه گانه درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه گیری کرد که گروه‌های آزمایش پس از درمان از نظر میزان سلامت روانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی داری با هم ندارند. به

جدول ۴) نتایج آزمون t همبسته برای مقایسه نمرات سلامت روانی آزمودنی‌ها

متغیر	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معناداری	میزان تأثیر
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷/۰۵	۴/۶۰	۱/۳۳	۲۰	۰/۱۹	۰/۲۸
	پیش آزمون	۶/۴۳	۳/۸۲				
علائم اضطرابی	پیش آزمون	۷/۹۵	۴/۹۵	۴/۱۳	۲۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۷
	پیش آزمون	۵/۵۷	۳/۱۴				
علائم کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۷/۲۹	۳/۵۵	۰/۹۳	۲۰	۰/۳۶	۰/۲۰
	پیش آزمون	۶/۷۶	۴/۰۳				
علائم افسردگی	پیش آزمون	۷/۱۰	۶/۵۶	۳/۴۱	۲۰	۰/۰۰۳**	۰/۶۰
	پیش آزمون	۴/۰۵	۴/۰۸				
سلامت روان	پیش آزمون	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	۴/۰۱	۲۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۶
	پیش آزمون	۲۲/۹۵	۱۳/۱۷				

$n=21$ ، ** $P<0/01$

کلی سلامت روانی پیش آزمون و پس آزمون سلامت روانی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p<0/01$) ، $t(20)=4/01$ ، بنابراین این فرض محقق که گروه درمانی پذیرش خویشتن سلامت روان کلی افراد معتاد را افزایش می‌دهد تأیید می‌شود، میزان تأثیر ۰/۶۶ بود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن بر مؤلفه‌های سلامت عمومی افراد معتاد بود. با توجه به این هدف، سه گروه یکسان از افراد معتاد مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ارزیابی شدند، نتایج حاکی از آن بود که گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن موجب بهبود سلامت عمومی افراد معتاد در مؤلفه‌های علائم اضطرابی، افسردگی و شاخص کل سلامت عمومی آنها گردیده است. از زاویه کلی‌تر، از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که مداخلات روان درمانی در بهبود وضعیت سلامت

نتایج آزمون t نشان داد که در مؤلفه علائم جسمانی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون مشاهده نمی‌شود ($t(20)=1/33N.S.$)، اما در مؤلفه علائم اضطرابی نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($t(20)=4/13$, $p<0/01$)، بنابراین این فرض محقق که گروه درمانی پذیرش خویشتن علائم اضطرابی افراد معتاد را کاهش می‌دهد تأیید می‌شود، میزان تأثیر ۰/۶۷ بود. در ضمن در مؤلفه علائم کارکرد اجتماعی نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون مشاهده نمی‌شود ($t(20)=0/93N.S.$)، لیکن در مؤلفه علائم افسردگی نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون علائم افسردگی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($t(20)=3/41$, $p<0/01$)، بنابراین این فرض محقق که گروه درمانی پذیرش خویشتن علائم افسردگی افراد معتاد را کاهش می‌دهد تأیید می‌شود، میزان تأثیر ۰/۶۰ بود. همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات

باورهای آنها دارد، را تعدیل نمود. از سوی دیگر بافت گروهی این درمان موجب افزودن ویژگی‌های اثربخشی گروهی به میزان اثر بخشی درمان می‌شود. بر اساس نظریه رفتار درمانی شناختی هیجانی وقایع یا اتفاقاتی که برای انسان رخ می‌دهند، اضطراب و نگرانی ایجاد نمی‌کنند؛ بلکه ریشه اضطراب و نگرانی را باید در نظام باورهای نامعقول انسان که شامل برداشت غیر واقع بینانه و نادرست و تفکر نامعقول درباره وقایع است، جستجو کرد. انسان با تلقین مکرر تفکر نامعقول، موجبات اضطراب و نگرانی خویش را فراهم می‌آورد. بنابراین اگر فرد به طور جدی با چنین شیوه تفکری، به طور منطقی و معقول مبارزه کند، از شدت اضطراب و نگرانی‌اش به تدریج کاسته و در نهایت به طور کامل متوقف می‌شود [۳۱]. در توجیه نتایج به دست آمده در مورد تأثیر این شیوه گروه درمانی بر سلامت روانی و مؤلفه‌های سلامت روانی در افراد معتاد می‌توان به این نکات اشاره کرد که این شیوه درمانی با ارائه آموزش‌های روان‌شناختی، ارائه الگوهای جدید بررسی عقاید و ارائه تمرین‌های هدفمند توانسته است با تغییر محتوای شناختی باورهای ناسالم و خودکم بینی به باورهای سالم، باورهای پذیرش خویشتن و تغییر در شیوه برخورد با مشکلات در بهبود سلامت روانی افراد مؤثر باشد؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت که این شیوه درمانی با ارائه راهکارهای شناختی و تمرین‌های رفتاری موجب بهبود سلامت روانی و کاهش علائم اضطرابی و افسردگی در این افراد گردد. اما نتایج این پژوهش نشان داد که این برنامه درمانی بر بهبود علائم جسمانی و کارکردهای اجتماعی افراد معتاد مؤثر نمی‌باشد. در توضیح این یافته پژوهش می‌توان گفت که به نظر می‌رسد کارکرد اجتماعی و بعد جسمانی افراد، معتاد، از جمله جنبه‌های زندگی این افراد می‌باشد که شدیداً به دلیل مصرف مواد مخدر دچار آسیب شده است. نتایج یک بررسی نشان داد که علائم کارکرد اجتماعی دارای بیشترین فراوانی و بالاترین شدت آسیب دیدگی در سلامت روان افراد معتاد می‌باشد و نیاز به درمان‌های طولانی مدت دارد [۲۰]. از سوی دیگر بیماری‌های جسمانی مختلفی همبود با اعتیاد افراد است که بهبود آنها و در نتیجه بهبود علائم جسمانی نیازمند صرف مدت زمان بیشتری است؛ از سوی دیگر، به نظر می‌رسد بهبود علائم و نشانه‌های بیماری‌های

عمومی افراد معتاد مؤثر است. نتایج فوق با نتایج پژوهش‌های قبلی که اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن را بر روی مشکلات روان‌شناختی و جسمانی مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو می‌باشد. به طور مثال، نتایج تحقیق ماسودا و همکاران [۲۷] نشان داد که درمان پذیرش خویشتن با تغییر باورهای انعطاف ناپذیر به باورهای انعطاف پذیر در افراد، موجب بهبود سلامت روان افراد می‌شود. همچنین با فلکسمن و بوند [۲۶] در پژوهش خود نشان دادند، گروه درمانی پذیرش خویشتن می‌تواند با تغییر در محتوای شناختی ناصحیح، باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف پذیری افراد گردد، همخوان است. در زمینه ارتقای سلامت روان افراد معتاد با روش‌های روان‌شناختی و درمان‌های غیر دارویی، پژوهش‌های بسیاری صورت گرفته است؛ به طوری که نتایج این پژوهش همسو با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روان‌درمانی در بهبود وضعیت روانی افراد معتاد مؤثر است. به طور مثال، کندی^۱ و همکاران [۱۱] در یک بررسی نشان دادند که شناخت درمانی موجب بهبود سلامت بویژه سلامت روان در افراد معتاد می‌شود. در پژوهشی دیگر هندریکس^۲، اسکیا^۳ و بلنکنا^۴ [۱۰] نشان دادند که رفتار درمانی شناختی نه تنها در ترک مواد مخدر و کاهش بزهکاری می‌تواند به افراد معتاد کمک کند؛ بلکه موجب افزایش سلامت روان این افراد نیز می‌شود. همچنین در پژوهشی ملازاده و عاشوری [۲۰] به بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر روی افراد معتاد پرداختند؛ نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت روان و سلامت روان به صورت کل در افراد معتاد می‌شود. درمان پذیرش خویشتن همان طور که از نام آن پیداست در پی کمک به افراد در رسیدن به پذیرش خویشتن می‌باشد، در این رویکرد درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که باورهای آنها است که احساس آنها را تشکیل می‌دهد و با تغییر باورهای ناسالم و جایگزین کردن آن با باورهای سالم و رساندن افراد به پذیرش بدون شرط خویشتن، می‌توان احساسات ناراحت کننده و فشارهای روحی را که منشأ در

- 1- Kennedy
- 2- Hendriks
- 3- Scheea
- 4- Blankena

استفاده قرار گیرد. مشاهده بالینی نشان داد که طول مدت درمان ممکن است برای ایجاد تغییر در تعیین اهداف و دنبال کردن آنها کافی نباشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده شامل درمان‌های طولانی‌تر و همچنین پیگیری‌های طولانی‌تر و متعدد باشد. علاوه بر این که این پیگیری‌ها می‌تواند میزان تداوم آثار درمان را نشان دهد به محققان در کشف آثار پنهانی که مدتی پس از درمان ظاهر می‌شوند، کمک می‌کند. این پژوهش به منظور تأمین شواهد اولیه از اثر بخشی درمان پذیرش خویشتن صورت گرفت، بنابراین پژوهش‌های بیشتر و وسیع‌تر به منظور تکرار این تحقیق و تعیین ثبات آثار این برنامه لازم و ضروری به نظر می‌رسد. همچنین می‌توان به منظور افزایش دقت طرح تحقیق در پژوهش‌های آینده، آثار این برنامه را با دیگر برنامه‌های موجود مقایسه کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانم کمال تشکر و سپاس را از معاونت تحقیقات فرماندهی نیروی انتظامی استان همدان به خاطر همکاری بی‌شائبه و حمایت مالی از این پژوهش داشته باشیم.

منابع

- 1- Marden LM. Instruction changing step therapy (addict group therapy). Tehran: Ravan; 2001. [Persian].
- 2- Sohrabi N. The study of mental health and tension in addict and ordinary people. J Psychol. 2008; (30):172-183. [Persian].
- 3- Najafi K. The comparison quality of life between woman with addict husband and control group. Med Sci Gilan. 2005; (44): 28-39. [Persian].
- 4- Drake R. Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Mental Illness and Substance Abuse Disorder. National Alliance on Mental Illness. (2009). Available from: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/
- 5- Serajkhorami N, Isfahanieasl M. The effect of addiction treatment on mental health, self-esteem and moral judgment in addicts. National Congress of social and psycho pathology Summary Article. Tehran: Islamic Azad University; 2008. [Persian].
- 6- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. Global mental health: No health without mental health. Lancet. 2007; (370): 859-877.
- 7- Riba M. Chronic physical illnesses and mental illness: The need for integrated care. Retrieved Oct 16, (2010). Available from:

جسمانی در افراد معتاد نیاز به درمان‌های دارویی و اصلاح رژیم غذایی و نیز فعالیت‌های حرکتی داشته باشد و طرح درمان گروهی پذیرش خویشتن چندان کارایی بر این زمینه نداشته باشد. همچنین شایان ذکر است، گروه درمانی پذیرش خویشتن از لحاظ مدت اجرایی کوتاه مدت می‌باشد از همین رو به دلیل محدودیت زمانی، در این شیوه درمانی بیشتر به باورهای ناسالم افسرده ساز و باورهایی که موجب ایجاد اضطراب در افراد می‌شود، پرداخته شده است و مشکلات ارتباطی افراد در روابط اجتماعی و در نتیجه کارکرد اجتماعی افراد در این درمان مورد تأکید نبوده است. با عنایت به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گیری کرد که گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن می‌تواند تأثیر معناداری بر روی سلامت روان افراد معتاد داشته باشد و باعث بهبود سلامت روان در این افراد گردد. بنابراین، پژوهش حاضر تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد. از تلویحات نظری آن می‌توان به ایجاد باورهای سالم و تغییر باورهای ناسالم و غیر منطقی در افراد معتاد اشاره نمود که موجب بهبود افسردگی و اضطراب و سلامت عمومی کلی در این افراد می‌شود. به علاوه این نتایج ضرورت راه اندازی مراکز ارائه دهنده خدمات روان‌شناختی برای افراد معتاد که در مسیر ترک مواد مخدر دوره سم زدایی را گذرانده‌اند، را گوشزد می‌نماید. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم وجود گروه کنترل اشاره نمود، از آنجا که افراد نمونه، حاضر به قرار گرفتن در فهرست انتظار برای دریافت گروه درمانی نبودند و بر اساس تشخیص وضعیت روان‌شناختی افراد و نیز در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی تحقیق، همه افراد داوطلب در سه گروه درمانی قرار گرفتند، تشکیل گروه کنترل برای پژوهش حاضر امکان پذیر نبود. می‌توان در پژوهش‌های بعدی این شیوه درمانی را در روی گروه‌های دیگری از افراد عادی و افراد معتاد اجرا کرد که در آن امکان تشکیل گروه کنترل و مقایسه وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه معتادان در مراکز ترک اعتیاد که بیشتر جنبه درمان دارویی دارند اشاره نمود؛ در این راستا پیشنهاد می‌گردد که این بررسی در جمعیت‌های دیگر معتادان، از قبیل کمپ‌های ترک اعتیاد و گروه‌های خودیاری معتادان گمنام مورد

- treatment on mental health of addicts. DaneshvarShahed Univ. 2009; (24): 1-12. [Persian].
- 21- Drydan W. Developing Self-Acceptance (A brief, educational, small group approach). New York: Wiley; 1999.
- 22- Narcotics Anonymous World Service. Operating instructions steps of narcotics anonymous. Tehran: Kimia Asar; 2009. [Persian].
- 23- Morton J, Snowdon S, Gopold, M, Guymer E. Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. Cogn and BehavPract. 2012; (19): 527-544.
- 24- Othman M, Yasamin YF. Psychological counseling process: application of rational emotive behavior therapy to treat Panic Attack case. ProcedSoc and Behav Sci. 2010; (5): 416-420.
- 25- Lipy M, Kassinove H, MillerN. Effects of rationalemotivetherapyrational role reversal, andrational-emotive imagery on the emotional adjustment of communitymentalhealth center patients. J Consult and Clin Psychol. 2008; 48(3): 366-374.
- 26- Flaxman PE, Bond FW. A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. Behav Res and Ther. 2010; (48): 816-820.
- 27- Masuda A, Hayesa SC, Fletchera LB, Seignourelb PJ, Buntinga K, Herbsta, SA, et al. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. Behav Res and Ther. 2007; 45(11): 2764-2772.
- 28- Folke F, Parling T, Melinb L. Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. Cogn and BehavPract. 2012; In Press, Corrected Proof.
- 29- Dadsetan P, Criminal Psychology, Tehran: Samt; 2004. p. 42-56. [Persian].
- 30- Taghavi SM. Study reliability and validity of general health question on student of Shiraz university. Psychol. 2001; (4): 398-381. [Persian].
- 31- Neenan M, Dryden W. Rational emotive behaviour therapy in a nutshell. Tehran: Arjmand; 2006. p. 7-28. [Persian].
- <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>.
- 8- Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry, 10th ed. Tehran: Arjmand; 2007. [Persian].
- 9- Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug seeking habits and addiction. Biol Sci. 2008; (363): 3125-3135.
- 10- Hendriks V, Scheea E, Blankena P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. Drug and Alcohol Depend. 2011; (119): 64-71.
- 11- Kennedy AP, Gross RE, Whitfield N, Drexler KPG, Kiltsa CD. A controlled trial of, the adjunct use of Dcycloserine to facilitate cognitive behavioral therapy outcomes in a cocaine-dependent population. Addict Behav. 2012; (37): 900-907.
- 12- McCrady BC, Ziedonis D. American Psychiatric Association Practice Guideline for substance Use Disorders. BehavTher. 2001; (32): 309-336.
- 13- Dabaghi P. The effects of cognitive therapy by observation method and spiritual stereotype activate on prevention of drug abuse relapse. [Ph.D. Dissertation]. Tehran: AnestitoRavanpezeshki; 2006. p. 43-58. [Persian].
- 14- Narimani M. The effect of behavioral psychotherapy on quitting and empower addicts. Consult New and Res. 2004; (3): 32-59. [Persian].
- 15- Seqolislam A, Rezaei O, Aghighi k. The effect of cognitive-behavioral therapy on decreasing depression in addicts. Ardebil Med Sci and Health Serv. 2003; (4): 33-38. [Persian].
- 16- Clarke S, Kingston J, Wilson K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy for a Heterogeneous Group of Treatment-Resistant Clients: A Treatment Development Study. Cogn and BehavPract. 2012; (19): 560-572.
- 17- Arefnasab Z, Rahimi C, Mohammadi N, Babamahmodi E. The effect of methadone maintenance treatment on the mental health of opium and heroin addicts. Iran Psychol. 2007; (13): 43-52. [Persian].
- 18- Alaedini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope-therapy on mental health of female students in Isfahan university. Health in Psychol. 2008; (4): 67-76.
- 19- Khodayarifard M, Abedini Y, AKbari ZS, Ghoobaribenab B, Sohrabi F, Yonesi J. Cognitive-behavioral interventions effectiveness on prisoners psychological health. Behav Sci. 2008; (2): 283-290. [Persian].
- 20- Molazade J, Ashori A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on prevention and