

بررسی میزان موفقیت درمان دارویی و غیردارویی با روش درمان کنگره ۶۰

سلمان قادری^۱، بهنام شاه‌محمدی^۲، ادریس قاسمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

چکیده

هدف از انجام پژوهش، شناسایی عوامل مؤثر بر درمان موفق و میزان اثربخشی شربت تنطور ایپوم و درمان غیردارویی در کنگره ۶۰ در درمان بیماران وابسته به مواد اعتیادآور است. روش تحقیق، پیمایشی و روش نمونه‌گیری، تصادفی اتفاقی است. جامعه آماری تحقیق، بیماران تحت درمان کنگره ۶۰ در شهر تهران در سال ۱۳۹۳ است. حجم نمونه ۲۰۰ نفر و شیوه جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه فردی و گروهی با بیماران تحت درمان و انجام آزمایش‌های بالینی است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که روش درمان کنگره ۶۰ در شاخص‌هایی نظیر رضایت از درمان، تمایل بیماران به شرکت در جلسه‌های درمانی، تشویق دیگران به حضور در جلسه‌ها، شرکت منظم در برنامه‌های کنگره ۶۰، بیان مشکل در جلسه‌ها توسط بیماران و اعضای خانواده، مشارکت اعضای خانواده در جلسه‌های درمانی، مصرف منظم دارو و حضور راهنما، موفقیت خوبی کسب کرده است؛ به‌صورتی که میانگین نمرات کسب‌شده از شاخص‌های یادشده ۷۳/۸ درصد (به‌میزان زیاد و خیلی زیاد) بوده است. بنابراین می‌توان با توجه به نتایج آزمایش‌های بالینی و شاخص‌های موفقیت درمان، نتیجه گرفت که روش درمان کنگره ۶۰ در درمان بیماران وابسته به مواد موفق عمل کرده است. نتایج پژوهش بر اثربخشی ترکیب درمان دارویی با شربت تنطور ایپوم و درمان غیردارویی با تأکید بر تغییر جهان‌بینی بیماران وابسته به مواد در موفقیت درمانی تأکید دارد.

واژگان کلیدی: کنگره ۶۰، رضایت از درمان، مشارکت، نگرش، موفقیت درمان

۱. نویسنده مسئول، کارشناس مرکز پژوهش جهاد دانشگاهی دانشگاه علامه طباطبایی، پست الکترونیک: salmang41@gmail.com

۲. پزشک و درمان‌گر اعتیاد و مسئول فنی کلینیک درمان وابستگی به مواد مهرانام

۳. دانشجوی کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ سوء مصرف مواد به استفاده مضر و خطرناک از مواد روان گردان نظیر الکل و مواد غیرقانونی اطلاق می شود. مصرف مواد روان گردان می تواند منجر به سندرم وابستگی (شامل مجموعه ای از تأثیرهای رفتاری، شناختی و جسمی) شود که بعد از تکرار مصرف مواد گسترش یافته و از نشانه های آن می توان به تمایل شدید نسبت به مصرف مواد، مشکل در کنترل استفاده از آن، ادامه مصرف مواد با وجود پیامدهای آن، افزایش تحمل، بروز علائم خماری و در اولویت قرار دادن مصرف مواد نسبت به فعالیت ها و تعهدهای زندگی، اشاره کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). در DSMIV، سوء مصرف مواد با وجود حداقل یک علامت ویژه (از جمله مصرف مواد با وجود ناتوانی در انجام تعهدهای کاری، مدرسه و خانه، مصرف مواد در موقعیت های پرخطر نظیر رانندگی کردن، مشکل های قانونی نظیر دستگیر شدن و پیامدهای منفی اجتماعی) تعریف شده است. علاوه بر این، در ICD-10، اصطلاح ماده مؤثر بر روان به الکل، مواد افیونی، حشیش، مسکن ها و منوم ها، کوکائین، سایر محرک ها نظیر کافئین، توهم زاها، توتون، حلال های فرار، داروهای مختلط چندگانه و سایر مواد مؤثر بر روان اطلاق می شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹). به نظر می رسد تعریف یادشده جامع بوده و بیشتر مواد روان گردان را شامل شود. تاکنون تعاریف مختلفی نیز از مواد محرک ارایه شده است. سازمان بهداشت جهانی مواد محرک را گروهی از مواد می داند که مهم ترین آنها شامل آمفتامین و متاآمفتامین است. همچنین مواد دیگری نظیر فیتلین، افدرین، پسودافدرین، متیل فنیدیت و اکستازی (که از نوعی آمفتامین باخواص توهم زا تشکیل شده است) شامل مواد محرک بوده که دارای تأثیر مشابه با آمفتامین ها است.

یکی از مهم ترین راهبردهای مقابله با وابستگی به مواد، درمان است. در بسیاری از کشورهای جهان از درمان های دارویی و غیردارویی جهت توانمندسازی و بازگشت مجدد بیماران وابسته به مواد به خانواده و جامعه استفاده می شود (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۴).

بر اساس پژوهش‌های موجود، درمان مؤثر باید جامع بوده و سطوح مختلف فرد، خانواده و جامعه را دربر بگیرد. در یک درمان جامع باید به بررسی مسائلی چون خدمات حرفه‌ای، حمایت‌های خانوادگی^۱، خدمات قانونی و حقوقی، دسترسی به خدمات پیشگیری از هیپاتیت و اچ.آی.وی (ایدز)، خدمات مربوط به سلامت روان^۲، خدمات آموزشی و پزشکی پرداخته شود (قادری و قربانی، ۱۳۹۲). صرف نظر از نوع درمان، آنچه اهمیت دارد، بهبود جنبه‌های جسمی، روانی و عملکرد اجتماعی^۳ بیماران است. به نظر می‌رسد درمان مؤثر سوء مصرف مواد آن دسته از رویکردهایی هستند که در آن‌ها هر دو مؤلفه زیست‌شناختی و رفتاری استفاده شود (کارول، ۱۳۸۱). اختلال وابستگی به مواد، اختلال پس‌رفت مزمن است. بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد، دوره‌های مختلف درمانی پس‌رفت و مداوا را طی می‌کنند. همچنین دیدگاه‌های مختلفی برای درمان این بیماران وجود دارد و هدف اولیه درمان وابستگی به مواد روبه‌رو شدن با نیازهای درمانی بیماران است. اهداف درمان باید برای هر بیمار منحصر به فرد، عملی و واقعی باشد و این موضوع برای مراکز درمانی روشن است که چه اهدافی احتمالاً موفقیت‌آمیز و چه درمانی برای رسیدن به این اهداف مفید است (راجپال و ساکسنا، ۲۰۰۱).

تاکنون روش‌های مختلف درمان دارویی و غیردارویی برای وابستگی به مواد ارایه شده است. طبق نظر کاپلان و سادوک، داروی بوپروپیون برای درمان سوء مصرف کوکائین نتایج امیدوارکننده‌ای داشته است. کلونیدین نیز که یک آگونیست گیرنده آفا۲-آدرنرژیک است، در روان‌پزشکی برای کنترل علائم محرومیت از مواد افیونی مانند تریاک مؤثر است. علاوه بر این، داروی متادون برای سم‌زدایی و درمان بیمارانی که به موادی نظیر تریاک و مشتقات آن وابستگی دارند به کار می‌رود. این دارو به‌طور مؤثر اعتیاد قابل کنترل و کم‌ضرر را، جانشین اعتیاد به مواد غیرمجاز می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹). داروی لام (لوو-آلفا-استیل متادول) یک آگونیست کامل اپیوئیدی است که برای درمان وابستگی به مواد افیونی در ایالات متحده تأیید شد (ماتیک و

همکاران، ۱۹۹۸). داروی بوپروپرون نورفین یک آگونیست نسبی اپیوئیدی است که در سال ۱۹۷۰ به عنوان یک داروی ضد درد و سپس برای درمان وابستگی به مواد افیونی مورد پژوهش قرار گرفت و در نهایت برای درمان بیماران وابسته به مواد به کار گرفته شد. این دارو در سال ۲۰۰۵ وارد فهرست داروهای اساسی سازمان بهداشت جهانی شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). داروی نگهدارنده نالترکسون نیز یک آگونیست مواد افیونی است که گیرنده‌های اپیوئیدی را مسدود می‌کند و برای درمان وابستگی به مواد افیونی در آمریکا مورد تأیید قرار گرفت و سپس در سایر کشورها به کار گرفته شد (ماتیک و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر درمان‌های یادشده درمان سم‌زدایی سریع و فوق سریع نیز به کار گرفته می‌شود. در سم‌زدایی سریع که سم‌زدایی سه‌روزه نامیده می‌شود با استفاده از داروهای درمانی و بستری بیمار به درمان او می‌پردازند. در روش درمان فوق سریع بیمار با استفاده از داروهای آنتاگونیست مواد افیونی تحت آرام‌بخشی عمیق و یا بی‌هوشی قرار می‌گیرد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که روش درمان سم‌زدایی فوق سریع در مقایسه با روش سم‌زدایی سریع از نظر ورود به درمان با نالترکسون ارجحیتی ندارد و بسیار پرهزینه است (دیر، ۱۹۹۸).

علاوه بر درمان‌های دارویی، روش‌های غیردارویی نیز در درمان وابستگی به مواد اعتیادآور مؤثر است که بیشتر این روش‌ها مبتنی بر دیدگاه‌های روان‌شناسی در درمان بیماران وابسته به مواد اعتیادآور قرار دارد که از جمله می‌توان به معالجه رفتاری^۱، درمان مواجهه نشانه^۲، روش تقویت جامعه‌ای^۳، مدیریت احتمالی^۴، درمان شناختی^۵، رفتار درمانی-شناختی^۶، پیشگیری از بازگشت^۷، مصاحبه انگیزشی^۸ و درمان افزایش انگیزه^۹ اشاره کرد. فرضیه اصلی روان‌شناسی برای درمان وابستگی به مواد بر دیدگاه رفتاری-شناختی استوار بوده که سوء مصرف مواد را به عنوان مجموعه‌ای از رفتارهای آموخته شده یا شرطی در نظر می‌گیرد (کوران و دروموند به نقل از نوت و همکاران، ۱۳۹۳). رویکردهای رفتاری در

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Behavioral treatment | 2. Symptom exposure therapy | 3. Community reinforcement method |
| 4. Contingency management | 5. Cognitive Therapy | 6. Cognitive behavior therapy |
| 7. Relapse Prevention | 8. Motivational interviewing | 9. Motivational Enhancement Therapy |

درمان سوء مصرف مواد بیشتر مبتنی بر کارهای پاولف و اسکینر در شرطی سازی و عامل بوده که استفاده از اصول رفتاری در درمان و آموزش بیماران روانی و بیماران معلول ذهنی برمی گردد. اولین برنامه درمانی سوء مصرف مواد که مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی و رفتاری بود به کارهای افرادی نظیر آزرین و همکاران (۱۹۸۲)، بندورا (۱۹۷۷) و مارلات (۱۹۸۷) برمی گردد (آرهارتل و گلانتز، ۱۳۸۶). برای درمان وابستگی به متآمفتامین نیز درمان های روانی- اجتماعی، درمان شناختی- رفتاری، رویکردهای تقویت اجتماع مدار، جلسه های دوازده گامی و رویکرد مشاوره به مواد مؤسسه ملی سوء مصرف مواد از درمان های مؤثر است (پیتس و ریلی، ۱۳۹۳). بنابراین دیدگاه های روان شناسی از مهم ترین روش های غیر دارویی برای درمان وابستگی به مواد مخدر و محرک محسوب می شود که در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشورمان مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان درمان های غیر دارویی اثربخش شناخته می شود.

اکنون نظریه های متعددی نیز به تبیین وابستگی به مواد اعتیاد آور، دلایل و پیامدهای آن پرداخته اند که از جمله می توان به نظر زیگموند فروید، کاپلان و سادوک و سایر دانشمندان روان شناس اشاره کرد. اولین مفاهیم روان تحلیل گری سوء مصرف مواد توسط فروید معرفی شد. ایشان درباره اعتیاد بر پویایی نهاد، کامرواسازی، نیازهای غریزی، امیال دهانی و بازگشت به تثبیت های دوران کودکی اشاره دارد و بیشتر نظریه های وی در خصوص اعتیاد به الکل و سوء مصرف مواد به عنوان یک پدیده دهانی مطرح است (آرهارتل و گلانتز، ۱۳۸۶). کاپلان و سادوک نیز در تبیین دلایل شروع به مصرف مواد عنوان می کنند که نظریه های کلاسیک سوء مصرف مواد را معادل استمنا و نوعی سازوکار دفاعی در مقابل تکانه های همجنس گرایانه یا تظاهری از پس رفت دهانی می دانند، اما شکل بندی روان پریشی اخیر، به ارتباط بین مصرف مواد و افسردگی می پردازند یا مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل آگو معرفی می کنند. رویکردهای روان پریشی در ارتباط با سوء مصرف مواد ارزش بیشتری نسبت به درمان بیماران الکلیک دارند. همچنین پژوهش های زیادی نیز اختلال های شخصیت را با پیدایش وابستگی به مواد ربط می دهند.

سایر نظریه‌های روانی- اجتماعی از روابط خانواده و جامعه مایه گرفته‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹). آیزنک از دیگر نظریه پردازان بوده و در شخصیت نظریه‌ای ارایه داده است که بر این اساس سه عامل برتر یا ابعاد شخصیت وجود دارد: برون گرایی، روان رنجور خویی و روان پریش خویی. به نظر آیزنک این سه عامل با مصرف مواد اعتیاد آور می‌تواند ارتباط داشته باشد. افرادی که دچار روان رنجوری هستند، ویژگی‌های نظیر اضطراب، هیستری، اختلال وسواس فکری- عملی، رفتار ضد اجتماعی و... را از خود بروز می‌دهند. افراد برون گرا دارای شرکای جنسی متعدد هستند، اما به دلیل سطح انگیزتگی مغزی پایین، سریع تر به محرک‌های قوی نظیر محرک‌های جنسی عادت می‌کنند و کمتر به محرک‌های یکسان پاسخ می‌دهند. همچنین مبتلایان به روان پریش خویی، بیشتر افرادی پر خاشگر، جامعه ستیز، سرد، واقع بین، خود محور، بی رحم و بی تفاوت نسبت به نیازها و احساس‌های دیگران هستند (سید محمدی، ۱۳۹۳). بنابراین عوامل شخصیتی یاد شده می‌تواند زمینه‌ساز شروع مصرف مواد باشد و بررسی و ارزیابی افراد و شناسایی این عوامل می‌تواند به کاهش احتمال گرایش افراد به مصرف مواد منجر شود. خانتزبان (۱۳۸۴) معتقد است که وابستگی افراد به مواد، نتیجه اختلال در درک از خود و تضعیف آگو است. این افراد همچنین درگیر مشکلاتی نظیر دفاع احساسی و انگیزه‌ای، خود پائی، وابستگی و ارضای نیاز هستند.

بنابراین بیشتر نظریه‌های روان شناسی بر نقش تعیین کننده‌های فردی در گرایش فرد به شروع مصرف مواد تأکید می‌کنند؛ هر چند این عوامل می‌تواند در ارتباط با عوامل خانوادگی و اجتماعی باشد. علاوه بر نظریه‌های یاد شده تاکنون پژوهش‌های متعددی نیز در خصوص اثربخشی درمان‌های دارویی و غیر دارویی انجام شده است. به عنوان مثال هاواسی به نقل از امینی و سلطان محمدی (۱۳۸۴) به نقش حمایت‌های خانوادگی در درمان اعتیاد پرداخته‌اند. اسلات به نقل از ابهری به نقش ارتباطات و رضایت خانوادگی در پیشگیری از گرایش مجدد بیماران بهبود یافته به مصرف مواد اشاره کرده‌اند (ابهری، ۱۳۸۴). عزیزی و همکاران (۱۳۹۰) به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در پیشگیری از

بازگشت بیماران وابسته به مواد پرداختند که نتایج آن حاکی از اثرگذاری این روش است. قربانی و همکاران (۱۳۹۰) به متغیرهای شناختی و رفتاری^۱ در کاهش احتمال بازگشت پرداخته و آن را از عوامل مؤثر در کاهش احتمال بازگشت در بیماران وابسته به مواد می‌دانند. همچنین بررسی‌هایی در خصوص اثرگذاری متادون در درمان بیماران وابسته به مواد مخدر از جمله تریاک و هروئین انجام شده که حاکی از اثرگذاری ترکیب درمان داروی متادون با روش‌های غیردارویی در بهبود بیماران وابسته به مواد است (ابهری، ۱۳۸۴ و قادری و همکاران، ۱۳۹۲).

متادون درمانی شامل دو مرحله سم‌زدایی و نگهدارنده بوده که آموزش‌های فردی و گروهی، جلسه‌های مشاوره و روش‌های درمان ۱۲ قدم مکمل آن است (فیلدز، ۱۳۹۲). در پژوهش دیگری که به مقایسه میزان رضایت مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد و انجمن تولد دوباره در شهر یزد پرداخت، حاکی از رضایت بیشتر مراجعه‌کنندگان از روش درمان پرهیزمدار تولد دوباره داشت. همچنین میزان مشارکت، پرکردن خلأهای عاطفی، حمایت‌های اجتماعی و پرداختن به اوقات فراغت در روش درمان پرهیزمدار بیشتر از روش درمان دارویی بوده است که از عوامل مؤثر در رضایت بیشتر بیماران قلمداد می‌شد (پیوندی، ۱۳۸۸). پژوهش‌هایی نیز در زمینه تأثیر مثبت مراقبه در درمان اعتیاد انجام شده است (کابت و زین، ۲۰۰۳، پما چودرن، ۲۰۰۰ و هایز، فولت و لینن، ۲۰۰۴ به نقل از فیلدز، ۱۳۹۲). به اعتقاد این پژوهشگران دعا و مراقبه می‌تواند در درمان وابستگی به مواد و کاهش تأثیرهای زیان‌آور آن مؤثر باشد. همچنین آرمور، پالیچ و استامبول (۱۹۷۸)، بتمن و پترسون (۱۹۷۱) کیش و هرمن (۱۹۷۱) به نقل از فیلدز (۱۳۹۲) به بررسی اثرگذاری جلسه‌های انجمن الکلی و معتادان گمنام پرداخته‌اند. بر این اساس حضور بیماران در جلسه‌های انجمن معتادان گمنام می‌تواند در درمان وابستگی به مواد مؤثر باشد. پژوهش‌هایی نیز به اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی^۲ و مقابله‌ای در پیشگیری از

بازگشت بیماران وابسته به مواد در پژوهش‌های متعدد پرداخته است. به‌عنوان مثال می‌توان به پژوهش‌های رضایی نژاد، جعفری و همکاران اشاره کرد. براساس یافته‌های این پژوهش‌ها آموزش مهارت‌های زندگی و مقابله‌ای می‌تواند احتمال بازگشت بیماری وابستگی به مواد را کاهش دهد.

پژوهش‌های یادشده حاکی از اثرگذاری روش‌های درمان دارویی و غیردارویی مختلف با توجه به وضعیت بیماران در درمان وابستگی به مواد دارد. در این رابطه یکی از روش‌های درمان وابستگی به مواد که طی چند سال اخیر گسترش یافته درمان با استفاده از شربت تنطور اپیوم و روش غیردارویی کنگره ۶۰ است. در این روش از درمان دارویی و غیردارویی برای درمان وابستگی به مواد به صورت هم‌زمان استفاده می‌شود. مراحل بازیابی و توانمندسازی^۱ براساس نگرشی است که بیمار را به‌عنوان فردی که کل شخصیت او دچار وابستگی به مواد شده تلقی می‌کند. یکی از جنبه‌های مهم درمانی علاوه بر سم‌زدایی با استفاده از شربت تنطور اپیوم توجه به بینش فرد نسبت به پدیده‌های پیرامون و جهان هستی است. به‌نظر می‌رسد این موضوع اهمیت زیادی دارد و بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌دلیل مشکلات بینشی به مصرف مواد گرایش یافته‌اند و درمان آن‌ها نیز متضمن تغییر در بینش و نگرش آن‌ها نسبت به پدیده‌های پیرامون و جهان هستی دارد. هرچند تاکنون پژوهش‌های اندکی درخصوص اثربخشی و رضایت‌سنجی بیماران از درمان دارویی تنطور اپیوم انجام شده که بیشتر به‌دلیل جایگاه این دارو در نظام درمان وابستگی به مواد است و در سه بخش سم‌زدایی، درمان نگهدارنده و توزیع قانونی مواد مطرح است (اختیاری، ۱۳۸۷). با توجه به این موضوع، شناسایی عوامل مؤثر در درمان روش کنگره ۶۰ و بررسی میزان موفقیت و رضایت بیماران اهمیت زیادی دارد که در این تحقیق به آن پرداخته شده است.

روش‌شناسی

روش این پژوهش، پیمایش است که تحقیق را در سطح وسیعی انجام می‌دهد. در این

تحقیق از روش نمونه گیری تصادفی اتفاقی استفاده شد. حجم نمونه این پژوهش با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران ۲۰۰ نفر محاسبه شد. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته‌ای استفاده شد که گویه‌های آن پس از بررسی روایی و پایایی از مصاحبه با بیماران تحت درمان، استفاده از نظرات کارشناسان، مطالعات اسنادی و پرونده بیماران جمع آوری و اطلاعات آن تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱. توزیع شاخص‌های مرکزی متغیر سن پاسخگویان

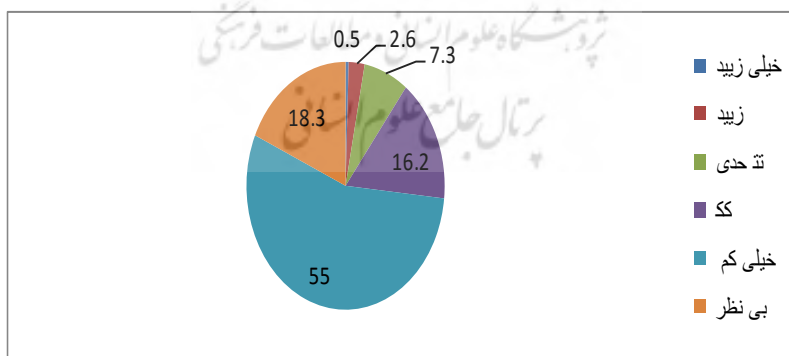
تعداد پاسخگویان	داده‌های معتبر	داده‌های گم شده
۱۹۸		
۲		
۳۹	میانگین	
۳۷	میانه	
۳۵	نما	
۱۰/۲۴۷۶	انحراف معیار	
۱۰۵/۰۱۴	واریانس	
۴۹	دامنه تغییرات	
۱۹	کمترین داده	
۶۸	بیشترین داده	

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱، میانگین سن بیمارانی که در کنگره ۶۰ شرکت کرده‌اند ۳۹ سال است. کوچک‌ترین بیمار پاسخ‌دهنده ۱۹ ساله و بزرگ‌ترین بیمار پاسخ‌دهنده ۶۸ ساله هستند.

جدول ۲. متغیر مدت زمان تحت درمان بودن بیماران در کنگره ۶۰

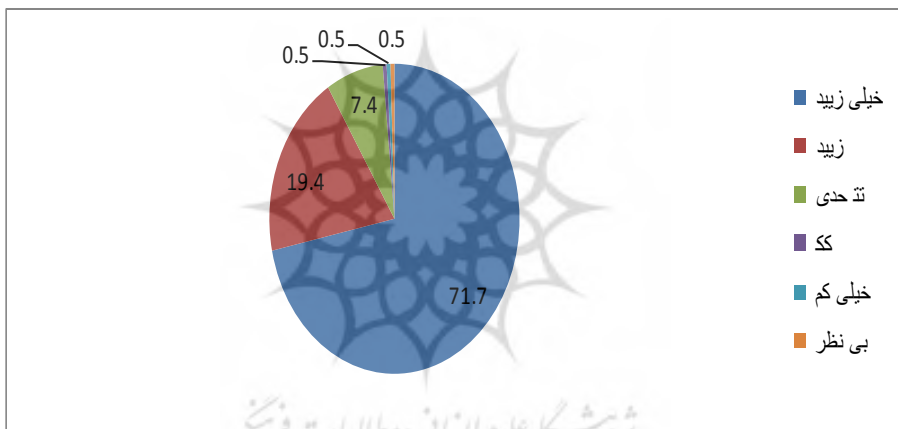
تعداد پاسخگویان	داده‌های معتبر	۲۰۰
میانگین	۸/۵	
میانه	۸	
نما	۷	
انحراف معیار	۳/۵	
واریانس	۱۲/۶۳	
دامنه تغییرات	۲۴	
کمترین داده	۱	
بیشترین داده	۲۵	

براساس اطلاعات جدول شماره ۲، میانگین مدت زمان تحت درمان بیماران کنگره ۸/۵ ماه است. کمترین مدت زمان ۱ ماه و بیشترین مدت زمان درمان ۲۵ ماه بوده است.



نمودار ۱. میزان رضایت بیماران از روش‌های درمان قبلی

براساس نمودار شماره ۱، از مجموع ۱۹ پاسخ‌دهنده، ۱ نفر معادل ۵/۰ درصد عنوان کرده‌اند که از درمان قبلی به میزان خیلی زیاد رضایت داشته‌اند، ۵ نفر معادل ۲۶/۶ درصد عنوان کرده‌اند زیاد رضایت داشته‌اند. ۱۴ نفر معادل ۷۳/۳ درصد اظهار داشتند که تاحدی از روش‌های درمانی قبل راضی بوده‌اند، ۳۱ نفر معادل ۱۶۲/۲ درصد عنوان کرده‌اند که رضایت کمی از روش‌های قبلی داشته‌اند، ۱۰۵ نفر معادل ۵۵ درصد گفته‌اند به میزان خیلی کم از روش‌های قبلی رضایت داشته‌اند و ۳۵ نفر معادل ۱۸۳/۳ درصد به این سؤال پاسخ نداده‌اند. با توجه به نتایج یادشده می‌توان گفت بیشتر بیماران از روش‌های درمانی قبلی رضایت خیلی کمی داشته‌اند.



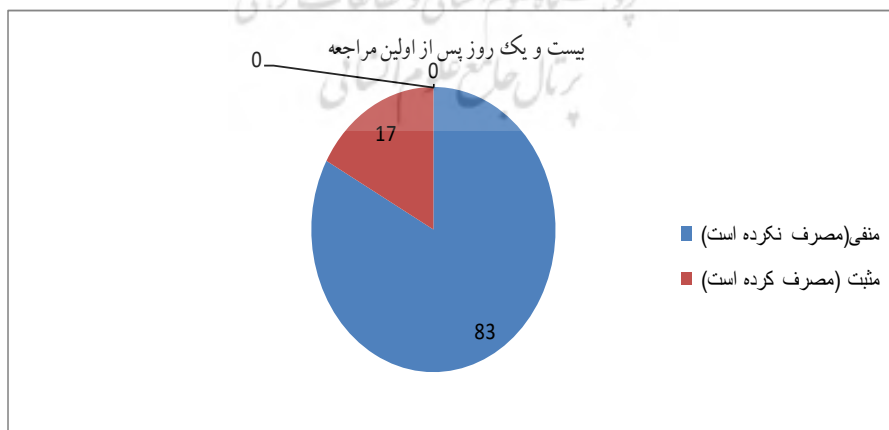
نمودار ۲: میزان رضایت بیماران از روش‌های درمان کنگره ۶۰

براساس نمودار شماره ۲، از مجموع ۱۹۱ نفر پاسخ‌دهنده، ۱۳۷ نفر معادل ۷۱/۷ درصد به میزان خیلی زیاد از برنامه‌های کنگره ۶۰ رضایت داشته‌اند، ۳۷ نفر معادل ۱۹/۴ درصد به میزان زیاد، ۱۴ نفر معادل ۷/۳ درصد تاحدی و ۲ نفر معادل ۱ درصد به میزان کم از روش درمان کنگره ۶۰ رضایت داشته‌اند. همچنین ۱ نفر معادل ۰/۵ درصد به این سؤال پاسخ نداده‌اند. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که بیشتر گروه مورد مطالعه از روش درمان کنگره ۶۰ رضایت داشته‌اند.

جدول ۳. علل رضایت و موفقیت روش درمان کنگره ۶۰ از نظر بیماران بهبودیافته

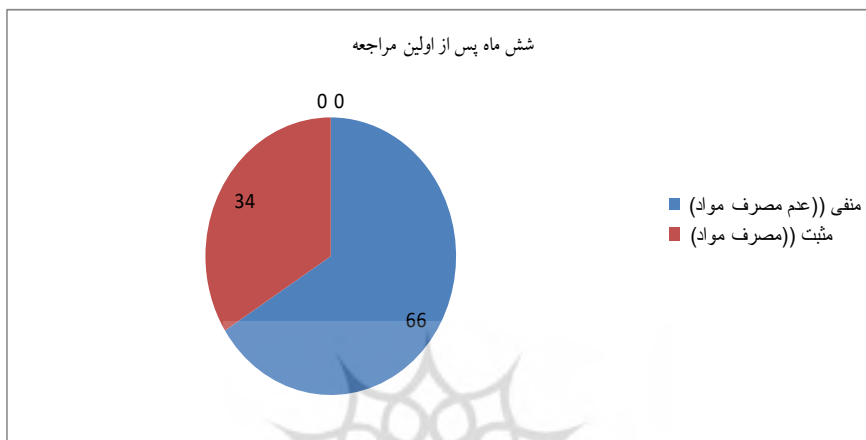
متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
ترکیب درمان دارویی و غیردارویی	۴۴	۲۲/۷
تدریجی بودن درمان	۴۰	۲۰/۷
حضور افراد هم‌درد (بهبودیافته و در حال بهبود)	۳۵	۱۸/۱۴
تأکید بر خانواده	۳۲	۱۶/۶۵
تمرکز بر افکار و جهان‌بینی (اعتماد به نفس و توجه به جسم و روان)	۳۷	۱۵/۵۱
سایر	۱۲	۶/۳
مجموع	۲۰۰	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳، از مجموع ۲۰۰ نفر پاسخ‌دهنده، ۵۱ نفر معادل ۲۰/۷ درصد عنوان کرده‌اند که تدریجی بودن یکی از شاخص‌های تفاوت بین روش‌های درمانی کنگره ۶۰ با روش‌های درمانی دیگر است، ۳۷ نفر معادل ۱۵/۵۱ درصد و همچنین ۱۸/۱۴ درصد نیز حضور افراد هم‌درد را دلیل تفاوت روش درمان کنگره ۶۰ با سایر روش‌های درمانی عنوان داشتند. با توجه به نتایج یادشده می‌توان گفت که تدریجی بودن، آگاهی‌دادن در مورد اعتیاد و جلسه‌های گروهی و فردی، کار بر روی افکار و جهان‌بینی از دید بیماران دلیل تفاوت کنگره ۶۰، رضایت آن‌ها و موفقیت این روش بوده است.



نمودار شماره ۳: تعداد مصرف‌کنندگان مواد بیست و یک روز پس از اولین مراجعه

نمودار شماره ۳ نشان می‌دهد که ۸۰ درصد مراجعه‌کنندگان پس از ۲۱ روز از شروع درمان اقدام به مصرف هیچ‌یک از انواع مواد نکرده‌اند و نشان‌دهنده منفی بودن نتایج آزمایش‌های آن‌ها دارد.



نمودار شماره ۴: تعداد مصرف‌کنندگان مواد شش ماه پس از اولین مراجعه

نمودار شماره ۴ نشان می‌دهد که ۶۶ درصد مراجعه‌کنندگان پس از شش ماه از شروع درمان، اقدام به مصرف هیچ‌یک از انواع مواد نکرده‌اند و نشان‌دهنده منفی بودن نتایج آزمایش مصرف مواد دارد.

جدول ۴. توزیع درصد میزان موفقیت روش درمان کنگره ۶۰

متغیر	خیلی زیاد	زیاد	تاحدی	کم	خیلی کم	جمع
تمایل به شرکت کردن در برنامه کنگره ۶۰	۳۵	۴۲/۵	۱۵	۴	۳/۵	۱۰۰
تشویق کردن اطرافیان به شرکت در برنامه کنگره ۶۰	۳۲/۹	۲۷/۲	۲۶/۲	۷/۳	۶/۴	۱۰۰
میزان طولانی شدن درمان به جهت شرکت منظم در برنامه‌های کنگره ۶۰	۲۵/۴	۱۹/۷	۱۴/۱	۱۵/۱	۲۵/۷	۱۰۰
تشویق توسط اعضای خانواده برای حضور در جلسه‌های درمان کنگره ۶۰	۴۰/۶	۲۳/۲	۱۱/۶	۴/۷	۷/۹	۱۰۰

۱۰۰	۵/۲	۷/۹	۲۷/۲	۲۵/۱	۳۴/۶	بیان مسائل و مشکلات خود در جلسه‌های کنگره ۶۰
۱۰۰	۰/۶	۱	۷/۳	۱۹/۴	۷۱/۷	میزان رضایت شما از برنامه‌های کنگره ۶۰
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۴/۷	۳۰/۹	۴۷/۱	میزان تأکید بر خانواده و حضور فعالانه آن‌ها در درمان
۱۰۰	۰/۵	۲	۳/۵	۳۱	۶۳	مصرف منظم داروهای درمانی
۱۰۰	۱	۱/۵	۲/۵	۲۸	۶۷	پیگیری درمان توسط راهنما

در این تحقیق میزان موفقیت با شاخص‌هایی نظیر رضایت از درمان، تمایل به شرکت در جلسه‌های درمانی، تشویق دیگران به حضور در جلسه‌ها، شرکت منظم در برنامه‌های کنگره، بیان مسائل و مشکلات در جلسه‌ها، میزان مشارکت اعضای خانواده در جلسه‌های درمانی، مصرف منظم داروها و حضور راهنما سنجیده شده است. با توجه به نتایج جدول شماره ۴ به نظر می‌رسد که بیشتر شرکت‌کنندگان از روش‌های درمان کنگره ۶۰ رضایت قابل توجهی دارند و در درمان بیماران موفقیت زیادی کسب کرده است. به‌عنوان مثال ۷۳ درصد از بیماران به میزان زیاد یا بسیار زیاد تمایل دارند که در برنامه‌های کنگره ۶۰ شرکت کنند. ۶۰/۱ درصد به میزان زیاد و بسیار زیاد دیگران را به شرکت در جلسه‌های کنگره دعوت می‌کنند. همچنین ۴۵/۱ درصد عنوان کرده‌اند که شرکت منظم در برنامه‌های کنگره به میزان زیاد و بسیار زیاد به درمان طولانی آن‌ها کمک کرده است. ۶۳/۸ درصد از خانواده‌های بیماران، آن‌ها را برای شرکت منظم در جلسه‌های درمان تشویق می‌کنند. ۵۹/۷ درصد به میزان زیاد و بسیار زیاد در جلسه‌های گروهی به بیان مشکلات فردی و خانوادگی خود می‌پردازند و ۹۱/۱ درصد نیز از برنامه‌های کنگره ۶۰ رضایت داشتند. علاوه بر این ۷۸ درصد نیز اظهار داشتند به میزان زیاد و خیلی زیاد خانواده‌هایشان در برنامه‌های کنگره ۶۰ شرکت دارند. ۹۴ درصد بیماران به صورت منظم داروهای درمانی را مصرف کرده‌اند. همچنین ۹۵ درصد از بیماران اظهار داشتند راهنمایان به میزان خیلی زیاد و زیاد درمان آن‌ها را پیگیری می‌کند و ۹۴ درصد نیز به صورت منظم داروهای درمانی خود را مصرف می‌کنند. با توجه به نتایج یادشده می‌توان اظهار داشت که روش درمان کنگره ۶۰ در درمان بیماران موفق بوده است.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درمان کنگره ۶۰ که شامل ترکیبی از درمان دارویی با استفاده از شربت تنطور اپیوم و درمان غیردارویی براساس درمان بینش فرد است از طریق شرکت منظم در جلسه‌های آموزشی درمقایسه با سایر روش‌های دارویی و غیردارویی تأثیرگذارتر بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ۹۱/۱ درصد از گروه مورد مطالعه از عملکرد کنگره ۶۰ رضایت داشتند که در مقایسه با رضایت از روش‌های قبلی درمان (۳/۱ درصد) قابل تأمل است. یعنی میزان رضایت گروه مورد مطالعه از روش درمان کنگره ۶۰ نسبت به روش‌های درمانی دیگر بیشتر بوده است؛ درحالی که ۷۴/۹ درصد از گروه مورد مطالعه قبلاً از روش‌های درمان دارویی و غیردارویی استفاده کرده بودند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که به دلیل شاخص‌های موجود در این روش درمانی از جمله تأکید بر خانواده، پذیرش بیماران، تأکید بر معنویت، بهره‌گیری از متخصصان و درمان‌های دارویی با استفاده از شربت تنطور اپیوم و تدریجی بودن فرایند درمان، روش درمان کنگره ۶۰ از موفقیت بیشتری برخوردار بوده و احتمال ماندگاری بیماران نیز در آن بیشتر است. علاوه بر این حضور افراد راهنما و پیگیری‌های مستمر درمان آن‌ها از دیگر عوامل موفقیت درمان کنگره ۶۰ است.

باتوجه به شاخص‌هایی که جهت موفقیت روش درمان (نظیر رضایت از درمان، تمایل به شرکت در جلسه‌های درمانی، تشویق دیگران به حضور در جلسه‌ها، شرکت منظم در برنامه‌های کنگره، بیان مسائل و مشکلات در جلسه‌ها، میزان مشارکت اعضای خانواده در جلسه‌های درمانی و مصرف منظم داروها و حضور راهنما) تعریف شد، میانگین نمرات کسب شده از شاخص‌های یادشده ۷۳/۸ درصد به میزان زیاد و خیلی زیاد بوده است و این موضوع می‌تواند میانگین مطلوبی برای ارزیابی میزان موفقیت روش درمانی باشد. درحالی که ۲۶/۲ درصد از گروه مورد مطالعه اظهار داشتند که تاحدی، کم و خیلی کم از روش درمان کنگره رضایت داشته‌اند. همچنین باتوجه به این که طبق آزمایش‌های بالینی انجام شده، ۶۶ درصد از گروه مورد مطالعه پس از شش ماه لغزش نداشته و هیچ ماده مخدر و محرکی مصرف نکرده‌اند می‌تواند نشان‌دهنده موفقیت درمان کنگره ۶۰ باشد.

یافته‌های این تحقیق امیدواری بیشتری در بهره‌گیری از روش درمان دارویی شربت تنطور اپیوم برای درمان بیماران وابسته به مواد را مطرح می‌کند، بنابراین می‌توان با اطمینان بیشتری از این روش درمانی در تجویز آن برای بیماران وابسته به مواد مخدر استفاده کرد. با استفاده از این روش، انتظار کارایی بیشتر، عوارض دارویی کمتر و سم‌زدایی موفق‌تر به‌عنوان شاخص‌های درمان موفق حاصل شد. هرچند نگرانی‌هایی نیز وجود دارد؛ ازجمله استفاده نادرست از دارو که احتمال بروز مسمومیت را همانند سایر درمان‌های دارویی افزایش می‌دهد. از دیگر نتایج این تحقیق پیگیری مستمر وضعیت بیماران و حضور منظم آن‌ها در جلسه‌های درمان‌های غیردارویی و دارویی است. این مسئله باعث می‌شود تا بیماران نسبت به درمان احساس مسئولیت کرده و میزان بازگشت آن‌ها کمتر شود. با توجه به این‌که این الگو تا حدود زیادی بومی است، می‌توان با اطمینان بیشتری برای درمان بیماران از آن استفاده کرد. یافته‌های این تحقیق نشان داد که اثرگذاری هم‌زمان درمان دارویی با استفاده از شربت تنطور اپیوم و غیردارویی حضور در جلسه‌های گروهی در بهبودی، رضایت از درمان و موفقیت درمان بیماران وابسته به مواد بسیار زیاد است. نتایج این تحقیق تاحدودی با پژوهش‌های پیشین ازجمله ابهری (۱۳۸۴)، قادری و همکاران (۱۳۹۲) و کارول (۱۳۸۱) از نظر تأثیرگذاری درمان‌های دارویی و غیردارویی شباهت دارد؛ اما تفاوت‌هایی نیز وجود دارد. در این روش بر درمان دارویی با استفاده از شربت تنطور اپیوم و روش درمان غیردارویی کنگره ۶۰ تأکید شده است؛ علاوه بر این نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌گرانی که به بررسی تأثیر مثبت مراقبه در درمان اعتیاد نظیر کابت و زین، ۲۰۰۳، پما چودرن، ۲۰۰۰ و هایز، فولت و لینن، ۲۰۰۴ به‌نقل از فیلدز، ۱۳۹۲ پرداخته‌اند شباهت دارد؛ زیرا اصول درمان غیردارویی کنگره ۶۰ تاحدود زیادی نوعی مراقبه محسوب می‌شود. هرچند در روش پژوهش‌گران یادشده از درمان دارویی استفاده نمی‌شود و این امر وجه تمایز این دو روش محسوب می‌شود. یکی از نتایج این پژوهش بررسی نقش خانواده در مشارکت و درمان بیماران بود؛ بنابراین یافته‌های این تحقیق با نتایج امینی و سلطان‌محمدی (۱۳۸۴)، اسدی (۱۳۸۵) و ابهری (۱۳۸۴) مشابه است. از نظر وجه تشابه نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سایر محققان، با توجه به این‌که بر عوامل

زیستی نظیر درمان دارویی به منظور بهبود شرایط جسمی بیماران و عوامل روانی، رفتاری و اجتماعی تأکید می‌کند با تحقیق کارول (۱۳۸۱) که مبتنی بر مؤلفه زیست‌شناختی و رفتاری است، همخوانی دارد و نشان‌دهنده مؤثر بودن روش درمان کنگره ۶۰ دارد. همچنین در پژوهش‌هایی که توسط کابت و زین، ۲۰۰۳، پما چودرن، ۲۰۰۰ و هایز، فولت و لینن، ۲۰۰۴ به نقل از فیلدز، ۱۳۹۲ انجام شده، تأثیر مثبت مراقبه در درمان اعتیاد حاصل شده است که نتایج این پژوهش تا حدود زیادی با یافته‌های این پژوهش‌ها مشابهت دارد؛ زیرا بخش عمده درمان کنگره ۶۰ علاوه بر جنبه دارویی، بر مراقبت (تحت عنوان سفر) استوار است که از مراحل مختلفی تشکیل شده است. به نظر می‌رسد این رویکرد جهت افزایش انگیزه و موفقیت درمانی بیماران تأثیر قابل توجهی داشته است که این موضوع در رویکرد خانواده‌محوری، پیگیری روش درمان توسط راهنما و شرکت بیماران در جلسه‌های گروهی نمود پیدا کرده است. نتایج این تحقیق تا حدودی با یافته‌های (آرمور، پالیچ و استامبول، ۱۹۷۸، بتمن و پترسون، ۱۹۷۱، کیش و هرمن، ۱۹۷۱ به نقل از فیلدز، ۱۳۹۲) که به بررسی اثرگذاری جلسه‌های انجمن الکلی و معتادان گمنام پرداخته‌اند مشابهت دارد. در پژوهش‌های یادشده فقط بر جنبه غیر دارویی درمان وابستگی به مواد تأکید شده بود (از این جنبه مشابهت وجود دارد)، در حالی که با توجه به تأکید روش درمان کنگره ۶۰ بر استفاده از درمان دارویی و غیر دارویی برای درمان وابستگی به مواد (از این جنبه با نتایج محققان یادشده مغایرت دارد). همچنین یافته‌های این پژوهش مغایرت چندانی با یافته‌های رضایی‌نژاد (۱۳۹۰)، جعفری و همکاران (۱۳۹۰) در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی و مقابله‌ای در پیشگیری از بازگشت بیماران وابسته به مواد ندارد. زیرا در جلسه‌های آموزش کنگره ۶۰ پس از بازگیری بیماران از دارو، بر آموزش‌های یادشده تأکید می‌شود. هر چند به صورت مشخص ممکن است از فنون این برنامه‌ها استفاده نشده و از برنامه‌های کنگره ۶۰ استفاده شود که در محتوا تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد.

علاوه بر این یافته‌های این پژوهش با نتایج اسلات به نقل از ابهری (۱۳۸۴) در زمینه نقش ارتباطات و رضایت خانوادگی در پیشگیری از گرایش مجدد بیماران بهبودیافته به مصرف

مواد مشابهت دارد زیرا یکی از مهم‌ترین کارکردهای کنگره ۶۰ تأکید بر خانواده در فرایند بهبود به منظور پیشگیری از بازگشت بیماران است. نتایج این تحقیق با بررسی‌هایی که توسط قربانی و همکاران انجام گرفت مشابهت چندانی ندارد زیرا روش‌های بررسی و درمان در این دو روش متفاوت بوده است. همچنین نتایج این تحقیق با یافته‌های (ابه‌ری، ۱۳۸۴ و قادری و همکاران، ۱۳۹۲) مغایرت دارد؛ زیرا در پژوهش‌های یادشده بر اثرگذاری داروی متادون در درمان بیماران تأکید شده، درحالی‌که در پژوهش حاضر به درمان با شربت تنطور اپیوم و روش غیردارویی کنگره ۶۰ پرداخته شده است. همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های پیوندی (۱۳۸۸) از نظر نوع بررسی درمان متفاوت بوده اما از نظر شاخص‌های مؤثر بر پیشگیری از بازگشت نظیر نگرش مثبت نسبت به زندگی مشابهت دارد.

درنهایت با توجه به یافته‌های این تحقیق می‌توان پیشنهاد داد که پژوهش‌های بیشتری درخصوص اثربخشی درمان دارویی با استفاده از شربت تنطور اپیوم انجام و ابزارهای معتبر و استاندارد برای سنجش موفقیت درمان تدوین شود و اثرگذاری این روش در درمان بیماران وابسته به مت‌آفتامین نیز بررسی شود. با توجه به اینکه در درمان موفق باید به ابعاد مختلف شخصیت فرد، کارکرد خانوادگی و اجتماعی او توجه شود، ضروری است در فرایند درمان به متغیرهای اثرگذار نظیر آموزش، اشتغال و حرفه‌آموزی، مشاوره خانواده و استفاده هم‌زمان از درمان‌های دارویی و غیردارویی پرداخته شود.

منابع

- ابهری، مجید (۱۳۸۴). *مقایسه‌ی دو برنامه‌ی سم‌زدایی با متادون و سم‌زدایی سریع تعدیل شده*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مؤسسه داریوش.
- اختیاری، حامد (۱۳۸۷). جایگاه داروی اپیتینک (شربت تریاک) در درمان وابستگی به مواد افیونی، امیدها و نگرانی‌ها، *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، سال دوم، شماره ۸، ۱۳۵-۱۴۸.
- ام. کارول، کاتلین (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری سوءمصرف مواد*، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و شهرام محمدخانی، تهران: نشر اسپندهنر.
- امینی، پروین، سلطان‌محمدی، محسن (۱۳۸۴). *منابع کسب اطلاعات در خصوص اعتیاد و مواد مخدر، اولین سمینار رویکردی نوین به کلیات پیشگیری و درمان اعتیاد*، تهران: دانشگاه علوم پزشکی.
- پیٹس، ریچارد، ریلی، دایان (۱۳۹۳). *مداخلات سوءمصرف آفتامین*، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- پیوندی، لیلا (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای میزان رضایت مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های ترک اعتیاد و انجمن‌های تولد دوباره در شهر یزد در سال ۱۳۸۸، *مجموعه مقالات پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مواد مخدر*، جلد دوم، تهران: دفتر تحقیقات و آموزش.
- جعفری، عیسی، محمدزاده، علی، دهشیری، غلام‌رضا (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و سبک زندگی بر پیشگیری از بازگشت بعد از مرحله سم‌زدایی در افراد مصرف‌کننده مواد، *مجموعه مقالات پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مواد مخدر*، جلد دوم، تهران: دفتر تحقیقات و آموزش.
- خاتریان، ادوارد (۱۳۸۴). نظریه‌های سوءمصرف مواد مخدر (مقاله نظریه اگو/ در مورد وابستگی به مواد: دیدگاه روان‌کاوی معاصر)، ترجمه محمدرضا محمدجانی و رضا حقیقی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- رضایی‌نژاد، سالار (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مقابله با استرس، ابراز وجود) بر پیشگیری از بازگشت بیماران دچار سوءمصرف مواد، *مجموعه مقالات پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مواد مخدر*، جلد دوم، تهران: دفتر تحقیقات و آموزش.
- عزیزی، غلام‌رضا، برجعلی، احمد، گلزاری، محمود (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی و پیشگیری از بازگشت در افراد معتاد، *مجموعه مقالات پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مواد مخدر*، جلد دوم، تهران: دفتر تحقیقات و آموزش.
- فیلدز، ریچارد (۱۳۹۲). *چشم‌انداز مواد مخدر*، ترجمه غلام‌رضا حمیدی کیا و عابد غلام‌رضایی، تهران: انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر.

- قادری، سلمان و قربانی، غلامعلی (۱۳۹۲). *درمان اعتیاد نوجوانان (راهنمای اختلال سوءمصرف مواد)*، تهران: انتشارات آرون.
- قادری، سلمان، شاه‌محمدی، بهنام (۱۳۹۳). *اعتیاد و خانواده (آنچه خانواده‌های سوءمصرف کننده مواد باید بدانند)*، تهران: انتشارات آرون.
- قادری، سلمان، باغانی، امیر و علاقه‌بند، آذر (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی مداخلات درمان دارویی و غیردارویی با درمان دارویی در بهزیستی روانی و سلامت اجتماعی بیماران وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر تهران در سال ۱۳۹۰، *کنگره دانش اعتیاد*، تهران: دانشگاه علوم پزشکی.
- قربانی، طاهره، محمدخانی، شهرام، صرامی، غلامرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت‌های مقابله‌ای و درمان نگهدارنده با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از بازگشت؛ *مجموعه مقالات پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مواد مخدر*، جلد دوم، تهران: دفتر تحقیقات و آموزش.
- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). *خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی* (جلد اول و سوم)؛ ترجمه نصرت‌الله پورافکاری؛ تهران: انتشارات شهرآب- آغاز.
- کوران، والن و کولین، درموند (۱۳۹۳). *سوءمصرف مواد و آینده، مقاله درمان‌های روان‌شناسی درخصوص سوءمصرف مواد و وابستگی*، ترجمه نرگس باقری، تهران: انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- گلاتز، میردی، آره‌ارتل، کریستین (۱۳۸۶). *سوءمصرف مواد، خواستگاه‌ها و مداخلات (درمان سوءمصرف مواد: تغییر مسیرها)*، ترجمه محسن راه‌نجات، تهران: انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- وزیریان، محسن، مستشاری، گلاره (۱۳۸۴). *راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف مواد*، تهران: نشر پزشکوه.
- Armor, D. j., j.M. Polich. And H.B.Stambal. (1978). *Alcohol and treatment*, New York: wiley.
- Bateman, N.I., and Peterson. (1997). Variables related to outcome of treatment for hospitalized alcoholies. *International journal of addictions*, 6: 215- 24.
- chodron. Pema. (2000). *When things full apart , heart advice for difficult times*, Boston: shambhala.
- Hayes, s.,s.,v.follette. And M.M. Linhan. (2004). *Mindfulness and acceptance, expanding the cognitive – behavior tradition*.New Yourk: Guildford press.
- kabet- zinn. John. (2003). *Mindfulness- based intervention in contex: past. Present and future*. Clinical psychology: scince and practice: 145- 146.
- kish, G. B., and H.T.Herman. (1971). The fort meade alcoholism treatment program, A follow up study, *Quarterly journal of studies on alcohol* 32: 628- 35 .
- Mattick RP, Et al. (1998). the effectiveness of other opioid replacement therapies: *LAAM,heroin, buprenorphine, Naltrexone and injectable maintenance*. In: ward j, Mattick RP.Hall W, Eds. methadone Maintenance treatment and other opioid replacement therapies, Harwood Academic publishers: Australia.
- Saxena, shekhar and rajpal, hem. (2001). alcohol and drug abuse, new dehli, *new age international limited publication*.
- World health organization. (2005). *Who Model list of Essential Medicines*. 14th Edition(Available from: www.who.int/Medicines/organization/par/edl/expcom14/EML14_en.pdf).
- World health organization. (2016). *Substance abuse*, www.who.int/topics /substance _abuse/en/2016.