

درمان چندوجهی (زیستی - روانی - اجتماعی)

سوء مصرف کنندگان هروئین

مهرانگیز شعاع کاظمی^۱

دکتر طبیبه زندگی پور^۲

چکیده

مقاله حاضر گزارش یک تحقیق تجربی با نمونه مورد پژوهش متشکل از ۳۰ مددجوی مرد معتاد به هروئین است که طی سال ۸۳-۸۲ تا ۱۳ برای درمان دارویی (متادون) به مؤسسه تحقیقات ملی اعتیاد ایران مراجعه کرده اند انتخاب شدند. این نمونه آماری با دامنه سنی ۲۳-۳۴ در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. این نمونه تحت رواندرمانی های گروهی، خانوادگی و انفرادی (مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار این پژوهش یک پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۷۹ سؤال و چند سیاهه کوتاه بوده است که برای سنجش ویژگی های روانی - اجتماعی مددجویان به صورت پس آزمون و پیش آزمون بود به کار رفته است. پایایی ابزار پس از دوبار آزمایشی ۰/۸۲ محاسبه شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو شیوه کمی (آمار توصیفی و آمار استنباطی آزمون آماری T به دو صورت مستقل و وابسته) و کیفی (مصاحبه، مشاهده، پرسشنامه) استفاده شده است. نتایج بخش کمی که در این مقاله عرضه می شود نشان دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل بوده و حاکی از این است که با استفاده از رویکرد کل نگرسیر درمان بهتر و سریع تر طی شده و احتمال مشکل عود به شرط یک سال پیگیری کمتر خواهد بود.

کلید واژگان: سوء مصرف کنندگان هروئین، درمان زیستی، روانی و اجتماعی، رویکرد اجتماعی، متادون، بازگشت

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان پدیده های زیستی - اجتماعی - روانی، یکی از غم انگیزترین تراژدی های انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایند اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی دارد و جامعه را به انحطاط و سقوط سوق می دهد.

^۱ - دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی

^۲ - دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء

"لودینگ" سم‌شناس معروف در رابطه با مواد مخدر می‌گوید: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد.»

همچنین "لودینگ"، اتکینسون و همکاران وی اشاره می‌کنند که چنین مصرف افراطی و روزافزون مواد مخدر و داروهای روانگردان به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نامگذاری کرده‌اند. (براهنی و همکاران به نقل از مولوی، ۱۳۸۰).

از ویژگی‌های جوامع صنعتی معاصر بروز ناملایمات اجتماعی ناشی از افزایش فاصله طبقاتی و ماشینی شدن زندگی است که موجد احساس سرخوردگی، پوچی و نوعی پوچ‌گرایی در انسان معاصر شده است این مسایل زمینه را مساعد برای گرایش به مصرف مواد و فرار از ناملایمات زندگی و سیر در عالم بی‌خبری کرده است؛ چراکه عمده‌ترین پیامد اولیه مصرف مواد ایجاد حالت بی‌خبری و خلسه حاصل از آن است.

زیربنای نظری رویکردهای مربوط به اعتیاد

اعتیاد از دیدگاه شرطی شدن

در شخص معتاد به دخانیات که همیشه بعد از خوردن نهار سیگار می‌کشد عکس العمل شرطی به وجود می‌آید و شخص معتاد پس از صرف غذا بلافاصله میل به کشیدن سیگار پیدا می‌کند. شکل سیگار و اشخاص سیگاری، وضع مکانی که شخص همیشه در آنجا سیگار می‌کشد همه نمونه‌هایی از عوامل شرطی هستند که سبب می‌شود شخص به مجرد مشاهده آن دست به سیگار ببرد. بیهوده نیست که معتادان به سیگار وقتی در موقعیت جدید آسایشگاه قرار می‌گیرند، تقریباً به آسانی تسلیم تعالیم و اندرزهای پزشکان شده و سیگار را ترک می‌کنند، اما همین که آنها را به محل خدمت یا جایی که همیشه در آنجا سیگار می‌کشیدند بازگردانند فوراً به کشیدن سیگار تمایل پیدا می‌کنند. از طریق آگهی‌های تجارتي یعنی استفاده از قوانین شرطی سازی اغلب کمپانی‌ها و کشورهای صنعتی سعی کرده‌اند که جوانان و نوجوانان را به مصرف سیگار تشویق کنند؛ چنان که در فیلم‌های سینمایی وقتی قهرمان فیلم پیروز می‌شود و بر کرسی قهرمانی می‌ایستد دود کردن سیگار توسط هنرپیشه این حالت روانی را در جوانان خواهد داشت که قهرمان شدن با سیگار کشیدن توأم است (روزنامه همشهری، ۱۹ خرداد ۷۹)

« نظریات یادگیری »

بر طبق دیدگاه روان‌شناسان یادگیری مصرف مسکرات و مواد مخدر در کوتاه مدت به سبب احساسات دلپذیری که پدید می‌آورد (بالا رفتن حس اعتماد به نفس، شجاعت در بیان نقطه نظرات یا انجام کارهایی مخاطره آمیز، هیجان انگیز و مطبوع، احساس شاد بودن، بالا رفتن قوه شعور، حافظه و ادراک، بالا رفتن قوای جسمانی، برقراری یک رابطه جنسی لذتبخش) به عنوان یک عامل تقویت کننده مثبت عمل می‌کند و بنابراین طبق یکی از اصول یادگیری، یعنی اصل مجاورت فرد مصرف کننده با یادآوری نتایج مثبت از مصرف اولیه تمایل دوباره و چندباره به مصرف این گونه مواد پیدا می‌کند و این عمل را نیز انجام می‌دهد و به مرور بعد از این که بدن وی با مقدار مصرف اولیه اش عادت پیدا کرد (پدیده تحمل)، برای به دست آوردن تجارب اولیه، مقدار مصرف خود را بالا و بالاتر می‌برد تا تماما به انقیاد مواد مخدر یا نوشیدنی‌های الکلی در می‌آید تا دیگر هیچگونه اختیاری از خود نداشته باشد. (احمدوند، ۱۳۷۹).

اعتیاد از دیدگاه روانکاوی

روانکاوی افراد معتاد نشان می‌دهد که اشخاص مبتلا به اعتیاد باید چیزی در دهان داشته باشند و بدین ترتیب این یک تجربه لیبیدویی در طول زندگی است. منشاء غریزه حیات نوعی انرژی حیاتی به نام لیبیدو است و می‌توان گفت بر طبق اصول این نظریه هر شخص دارای میزان معین و محدودی از این انرژی حیاتی روانی است. لیبیدو یک انرژی حیاتی روانی است نه جسمانی. لیبیدو به فعالیت‌هایی که شخص برای کسب لذت انجام می‌دهد، چه در امور جنسی و چه در امور غیر جنسی اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر، گذاشتن پستان مادر در اوایل تولد در دهان نوزاد، نوشیدن شیر از شیشه و سپس گذاشتن پستانک در دهان و در مراحل بعدی همه و همه برای حسی است که در دهان قرار دارد و ارضاء این حس دهانی است. به عقیده بعضی از روان‌شناسان اعتیاد به مصرف سیگار به علت شباهت آن به نوک پستان مادر و پستانک لاستیکی است. عده ای نیز عقیده دارند که آتش سیگار سمبلی است از روشنایی و حرارت و مشخصات دیگر آتش. بنابراین، به طور ناخودآگاه ممکن

است شخص به یاد طفولیت یا به عنوان سمبل نور، گرما و سوختن به دنبال کشیدن سیگار
برود. (نقل از مولوی، ۱۳۸۰)

فریود می‌گوید: "محرومیت از تماس با مادر و عدم ارضاء کامل اطفال در دوران اولیه زندگی
از نظر مرحله دهانی می‌تواند سبب بروز عکس العمل‌هایی در دوران بعدی زندگی شود که از
جمله دخانیات و نوشیدن الکل است؛ اعمالی نظیر:

۱. حرکات دست و اندام‌ها برای یافتن پاکت سیگار از داخل جیب یا کیف دستی و روشن
کردن آن.

۲. روشن کردن سیگار و تعقیب کردن دود حاصل از سوختن سیگار.

۳. تغییر محل سیگار در بین انگشتان و به صورت عاداتی تکاندن خاکستر سیگار از روی
لباس خود و به هوادادن دود سیگار.

پاگر نوجوان و جوان از طرف بزرگسال درک نشود تضاد بین او و افراد بزرگسال بیشتر گسسته
می‌شود و برای جبران سرشکستگی خود چاره‌ای جز رو کردن به اعتیاد نخواهد داشت. بسیار
دیده شده است که پدر خانواده موقعی که فرزند جوانش را سیگار به دست می‌بیند بدون ارایه
دلایل قانع کننده او را به باد ناسزا می‌گیرد، اما نوجوان که می‌بیند بزرگسالان علنا و حتی
پدرش به سیگار معتاد است آشکارا یا در خفا به رفتار خود ادامه می‌دهد. در واقع، رفتار والدین
مهم تر از گفتار آنان است. (احمدوند، ۱۳۷۹)

روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی است و که یک گروه آزمایشی و یک گروه
کنترل دارد. نماد زیر ساختار این نوع روش پژوهش را نمایش می‌دهد:

1 01 × * 01 گروه آزمایش (E)

2 02 - 0 عمل آزمایشی (متغیر مستقل) گروه کنترل (C)

2 02 اجرای پس از آزمون گروه آزمایش

2 02 پیش از آزمون گروه کنترل

در این طرح آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار ندارند، بلکه
گروه‌ها قبل از آغاز آزمایش معادل شده اند یعنی از نظر پارامترهای مورد مطالعه (سن، جنس

و ماده مصرفی (همسان شده است تا بتوان تأثیر متغیر مستقل (درمان چندوجهی) را بر نیز وابسته (عود مجدد) مورد بررسی قرار داد.

جامعه آماری: تمامی مردان معنادی که طی سال ۸۳ - ۸۲ برای درمان به بیمارستان روزبه تهران مراجعه کرده و بستری شده بودند. (به مدت یکماه تا دو ماه)، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل داده است.

نمونه آماری: نمونه گیری هدفمند مشتمل بر ۱۵ مرد معتاد به هروئین (گروه آزمایش) بود که برای درمان به بیمارستان روزبه تهران مراجعه و بستری شده بودند و بعد از اتمام دوره بستری شدن حین درمان دارویی (مصرف متادون) از خدمات روان درمانی به مدت ۲۰ جلسه برخوردار شدند. گروه کنترل نیز مشتمل بر ۱۵ مرد معتاد به هروئین است که بستری شدند. تحت درمان دارویی قرار گرفتند، ولی از خدمات رواندرمانی بهره مند نشدند.

ابزار اندازه گیری

الف: پرسشنامه محقق ساخته که شامل ۲۹ سؤال در حیطه های روانی، زیستی، اجتماعی است که بر اساس فرضیه های تحقیق طراحی شده است، این پرسشنامه قبل از اجرای عمل آزمایشی برای تعیین روایی و اعتبار به صورت آزمایشی (Pilot) روی ۳۰ مددجو اجرا شد تا نقاط قوت و ضعف و ابهامات آن مشخص شود. علاوه بر آن، از نظر روایی صوری نیز پرسشنامه (با توجه به نظر چند استاد آمار و روش تحقیق) مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفت و سرانجام روی گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. کلیه پرسشنامه ها با حضور محقق طی دو جلسه تکمیل شد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از Test - Retest پس از دو هفته ۰/۸۲ محاسبه شده است.

ب: سایر شیوه های به کار گرفته شده عبارتند از: مصاحبه (مصاحبه با مددجویان)، مشاهده (رفتار مددجویان در طول دوره های آموزشی و درمانی)، پرسشنامه، سیاهه (افسردگی و اضطراب، عزت نفس، ثبت افکار روزانه ناسالم و جزوه های آموزشی و پیگیری به مدت ۶ ماه).

- بررسی پرونده مددجویان که در بخش پذیرش مؤسسه تحقیقات ملی اعتیاد موجود بود.

- مصاحبه با مددجویان.

- مصاحبه با خانواده مددجویان.

- مشاهده رفتار مددجویان در طول دوره های آموزشی و درمانی .
- شرح حال نویسی مددجویان .
- پیگیری به مدت ۶ ماه .

فرضیه های تحقیق :

- ۱- بین درمان اعتیاد و مشارکت شبکه اجتماعی (خانواده و دوستان) در درمان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین درمان اعتیاد و اشتغال رابطه وجود دارد .
- ۳- بین درمان اعتیاد و در دسترس بودن مواد مخدر رابطه وجود دارد .
- ۴- بین درمان اعتیاد و سبک فعالیت های روزانه (ورزش، تغذیه) و فعالیت های بین فردی رابطه وجود دارد .
- ۵- بین درمان اعتیاد و اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد .
- ۶- بین درمان اعتیاد و مهارت های اجتماعی ابراز وجود و نه گفتن به مواد و حل مسأله رابطه وجود دارد .

تجزیه و تحلیل کمی داده ها :

تعداد افراد مراجعه کننده به کلینیک متادون (مؤسسه تحقیقات ملی اعتیاد ایران) در سال ۸۳-۱۳۸۲

وضعیت دموگرافیک مراجعه کنندگان به کلینیک

جنس	متاهل	متاهل مجرد	متارکه شده
مرد	۱۶۵	۲۰۰	۲۰
زن	۷	۳	-----
جمع			۳۹۵

درمان چند وجهی معتادان به هروئین □ ۱۰۳

وضعیت اشتغال مراجعہ کنندگان به کلینیک

مشاغل	آزاد	کارمند	کارگر	بازنشسته	بیکار	خانه دار
فراوانی	۱۰۵	۲۰	۵۰	۱۰	۲۰۰	۱۰

سن اعتیاد مراجعہ کنندگان به کلینیک

سن اعتیاد	زیر ۲۰ سال	۲۰ - ۳۰	۳۰ - ۴۰	۴۰ - ۵۰	۵۰ به بالا
فراوانی	۵ نفر	۴۰	۱۱۰	۹۰	۵۰

مدت زمان اعتیاد مددجویان

سال	۱	۲	۳	۵	۷	۸	۹
فراوانی	۳	۵	۲۰	۳۰	۳۵	۳۰	۴۰

سال	۱۰	۱۲	۱۵	۱۸	۲۰	۲۵	۳۰	۳۶
فراوانی	۴۰	۲۵	۲۵	۱۰	۱۰	۱۵	۶	۶

جدول شماره ۱: گروهها، تعداد نمونه، فراوانی و آزمودنیها

گروهها	درصد	فراوانی
آزمایش	۵۰	۱۵
کنترل	۵۰	۱۵
جمع	۱۰۰	۳۰

جدول شماره ۲: فراوانی متغیر سن

سن	فراوانی	درصد
۲۳	۲	۶/۷
۲۶	۴	۱۳/۳
۲۷	۴	۱۳/۳
۲۸	۳	۱۰/۰
۲۹	۳	۱۰/۰
۳۰	۴	۱۳/۳
۳۲	۷	۲۳/۳
۳۳	۲	۶/۷
۳۴	۱	۳/۳
جمع کل	۳۰	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۲ دامنه سنی مددجویان بین ۲۳-۳۴ بود که بیشترین فراوانی مربوط به سن ۳۲ سال با ۷ نفر فراوانی و ۲۳/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به سن ۳۴ سال با ۱ نفر و ۳/۳ درصد است.

جدول شماره ۳: جدول فراوانی متغیر مدت زمان مصرف

زمان مصرف (به سال)	فراوانی	درصد
۳	۳	۱۰
۵	۱	۳/۳
۷	۲	۶/۷
۸	۳	۱۰
۹	۲	۶/۷
۱۰	۳	۱۰
۱۱	۲	۶/۷
۱۲	۶	۲۰
۱۴,۰۰	۱	۳,۳
۱۵,۰۰	۵	۱۶,۷
۱۶,۰۰	۲	۶,۶
جمع کل	۳۰	۱۰۰

با توجه به جدول بالا، بیشترین مدت زمان مصرف مربوط به ۱۶ سال با ۲ آزمودنی و کمترین زمان مصرف، ۳ سال با ۳ آزمودنی است.

جدول شماره ۴: بررسی فرضیه اول تحقیق؛ بعد اجتماعی

T	df	سطح معناداری	انحراف معیار	میانگین	گروه‌ها
۲/۵۶	۲۸	%۱	۵/۲	۹/۳۵	آزمایش
			۳/۱۷	۴/۶۸	کنترل

با توجه به نتایج بدست آمده ($p < 0.01$ و $T(28) = 2/46$ و $T = 2/56$) جدول شماره ۴ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در استفاده از حمایت شبکه اجتماعی (یعنی خانواده، دوستان و...) وجود دارد. یعنی این که گروه آزمایش پس از جلسات روان‌درمانی قادر بودند تا به نحو بهتری حمایت شبکه اجتماعی را به خود جلب کنند و از این طریق شانس بهبودی و جلوگیری از عود را در خود تقویت کردند. در این رابطه فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود. (در کل پرسشنامه ۵ سؤال این فرضیه را می‌سنجید.)

جدول شماره ۵: بررسی فرضیه دوم تحقیق؛ بعد اجتماعی

T	df	سطح معناداری	انحراف معیار	میانگین	گروه‌ها
۳/۱۶	۲۸	%۱	۲/۶۵	۴/۶۷	آزمایش
			%۲۲	۱/۷۳	کنترل

با توجه به نتایج حاصله از جدول فوق ($p < 0.01$ و $T(28) = 2/46$ و $T = 3/16$) جدول می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در کسب شغل و شانس بهبودی وجود دارد. یعنی این که افراد گروه آزمایش پس از جلسات روان‌درمانی و پیدا کردن انگیزه و رغبت در زمینه شغل توانسته‌اند میزان سازگاری خود را در امر درمان بالاتر ببرند. با این احتساب، فرض صفر رد و فرض تحقیق تایید می‌شود. (۴ سؤال پرسشنامه این فرضیه را می‌سنجید)

جدول شماره ۶: بررسی فرضیه سوم تحقیق؛ بعد اجتماعی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۴/۷۸	۱/۳۶	%۱	۲۸	۲/۷
کنترل	۲/۹۲	۱/۷۴			

با توجه به نتایج بررسی فرضیه سوم و اطلاعات مندرج در جدول شماره ۶ ($p < ۱\%$) و $p = ۲/۴۶$ ($T = ۲/۷$) می‌توان نتیجه گرفت که بین عوامل اقتصادی - اجتماعی (در دسترس بودن مواد) و درمان اعتیاد در بعد اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. یعنی این که مددجویان معتقدند در مقابل وسوسه حضور مواد دیرتر به درمان مورد نظر می‌رسند. در نتیجه فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود. (۴ سؤال پرسشنامه این فرضیه را می‌سنجید).

جدول شماره ۷: بررسی فرضیه چهارم تحقیق؛ بعد روانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۶/۲۳	۲/۵	%۱	۲۸	۲/۷۴
کنترل	۴/۱۷	۲/۱۴			

با توجه به نتایج جدول فوق ($p < ۱\%$) و $p = ۲/۴۶$ ($T = ۲/۷۴$) = $T = ۲/۸$) جدول می‌توان به این نتیجه رسید که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در ارتباط با سبک زندگی (فعالیت‌های بهداشتی - ورزشی و فعالیت‌های بین فردی) وجود دارد. یعنی هرچه مددجویان از سبک زندگی متعادل‌تر و مطلوب‌تری برخوردار باشند، سریع‌تر به هدف درمان می‌رسند. در نتیجه، فرض صفر رد و فرض تحقیق فرضیه چهارم نیز تایید پذیرفته می‌شود. (۷ سؤال پرسشنامه این فرضیه را می‌سنجید).

جدول شماره ۸: بررسی فرضیه پنجم تحقیق؛ بعد روانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۸/۹۲	۶/۱۰	%۱	۲۸	۳/۱۵
کنترل	۹/۲	۵/۰۲			

با توجه به نتایج حاصل از بررسی این فرضیه تحقیق ($p < ۱$ و $T = ۳/۱۵$ $T = ۲۸$) می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در ارتباط با منابع روانی استرس (اضطراب و افسردگی) وجود دارد. همچنین از این فرضیه نتیجه گرفته می‌شود که اضطراب و افسردگی یکی از عوامل عمده عود اعتیاد است. در نتیجه، فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود.

جدول شماره ۹: بررسی فرضیه ششم تحقیق؛ بعد روانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۴/۴۵	۲/۰۵	%۵	۲۸	۲/۰۵
کنترل	۴/۲	۱/۹۸			

با توجه به نتایج جدول فوق ($p < ۵$ و $T = ۲/۰۵$ $T = ۲۸$) جدول می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مهارت اجتماعی (ابراز وجود و نه گفتن) در دوبرار سنجش مشاهده شده است. در نتیجه فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود.

یافته‌ها و نتایج تحقیق

نتیجه تحقیق حاضر حاکی از آن است که در سطح $p < ۱$ تفاوت معناداری ($۲/۵۶$) بین متغیرهای مختلف تحقیق و اعتیاد به هرونین وجود دارد. بر همین اساس مطالعه‌ای که توسط میلر و همکاران (۱۹۹۷) در ایالت شیکاگو انجام شد، نشان داده است که یکی از متغیرهای درمان که شرکت در برنامه‌های مراقبتی و برخوردار بودن از حمایت‌های گروه‌های اجتماعی است، نقش پر اهمیتی را در امر درمان به عهده دارد. علاوه بر مسأله عدم عود اعتیاد حمایت این شبکه

سبب می‌شود که این افراد از نظر اشتغال و غیبت از کار و حتی میزان مرگ و میر نیز کاهش معناداری را نشان دهند.

گرانگ و هودگسون (۱۹۹۸) در ارتباط با علل روی آوری مجدد معتادان به اعتیاد مطالعه ای را انجام داده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که یکی از علل گرایش مجدد به مصرف مواد وجود دوستان معتاد است که این مورد موافق با نتایج پژوهش حاضر است.

فرجاد (۱۳۷۴): گودرزی (۱۳۷۵)؛ اورنگ (۱۳۶۷)؛ شهپازی (۱۳۷۶)؛ امینی (۱۳۷۹) و دیکز (۱۹۹۹) و اسلاست (۱۹۹۹)، همگی نقش خانواده و دوستان را در امر درمان تأیید کرده‌اند.

در کسب شغل نیز تفاوت معناداری بین دو گروه در سطح $P < 1\%$ مشاهده شد. یعنی این که هرچه شانس اشتغال در مددجویان بالاتر باشد انگیزه و رغبت برای درمان نیز بیشتر خواهد شد؛ زیرا مسأله بیکاری و سوسه مصرف مجدد را تشدید می‌کند و در این تحقیق به وضوح مشاهده شد که مددجویان از سطح تحصیلی و شغلی بالاتری برخوردار بودند و در فرایند درمان همکاری بیشتری داشته‌اند.

در این رابطه، نتایج تحقیق با این نتیجه اورنگ (۱۳۶۷)، مزادرس و همکاران (۱۹۹۹)، امینی (۱۳۷۹)، دیکز (۱۹۹۹) همگی تأیید کردند که یکی از دلایل عود، علل شغلی و تحصیلی است. این عامل سبب اختلاف در عملکرد اجتماعی فرد می‌شود و همه این نتایج موافق با یافته تحقیق حاضر است.

در دسترس بودن: در ارتباط با این فرضیه تفاوت معناداری در سطح $P < 1\%$ بین مددجویان دو گروه مشاهده شد و این مسأله بازها طی جلسات روان‌زمانی توسط مددجویان عنوان شد که در دسترس بودن مواد اولین و عمده ترین عامل عود یا عدم موفقیت درمان است و همگی معتقد بودند که هروئین مخدری در دسترس است که به محض احساس ناراحتی‌های روحی و جسمی در همین چارچوب امینی (۱۳۷۹) اورنگ (۱۳۶۷) در دسترس بودن را یکی از علل روی آوری مجدد معتادان به اعتیاد دانسته‌اند.

فعالیت‌های روزانه: در ارتباط با این متغیر تفاوت معناداری در سطح $P < 1\%$ بین دو گروه مشاهده شد. یعنی این که امر درمان و سیر بهبودی تا حد زیادی بستگی به سبک زندگی مددجویان دارد. هرچقدر آنها از فعالیت‌های ورزشی، عبادت، آرامسازی و ایجاد ارتباط با اعضای خانواده و افراد سالم بیشتر بهره گیرند از شانس بهبودی بیشتری برخوردار خواهند بود. آنیس

(۱۹۹۷)، مارلات و گوردون (۱۹۹۴)، دالی (۱۹۹۷) همه بیان داشته‌اند که مددجویانی که از سبک زندگی سالم مثل عادات مثبت، ورزش، عبادت یا سرگرمی‌های هنری برخوردار باشند، شانس بهبودی بیشتری نسبت به سایرین دارند.

اضطراب و افسردگی: در این زمینه نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد و این مورد به طور واضح در سیر درمان قابل مشاهده بود. مراجعی که به خاطر درگیری با خانواده به رفتارهای گوشه گیری و منفعلانه متوسل می‌شد نه تنها از نظر روانی، بلکه از نظر تغذیه ای نیز دچار بی اشتها می‌شد و اظهار می‌کرد طی دو روز گذشته جز دارو یا هروئین از خوراکی دیگری استفاده نکرده است و به خودزنی پرداخته و آب مقطر به خود تزریق کرده است. در همین چارچوب شهبازی (۱۳۷۶)، لیورنتی و همکاران (۲۰۰۲)، دیکر (۱۹۹۹) و گرانث و هودگسون (۱۹۹۸) و مینینجر (۱۹۹۶) نشان دادند که یکی از دلایل عدم موفقیت در امر درمان وجود احساس اضطراب و افسردگی است و همین حالات می‌تواند تجربه مصرف دارو را دوباره زنده کند.

مهارت اجتماعی ابراز وجود: در این زمینه تفاوت معناداری در سطح $P < 5\%$ مشاهده شد. مددجویان طی جلسات گروهی یاد گرفتند که چگونه تقاضاهای خود را مطرح کند و چگونه به تقاضاهای غیر منصفانه نه بگویند. در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت که طی جلسات رواندرمانی مددجویان مورد آزمایش موفق شدند در متغیرهای روانی - اجتماعی همچون استفاده از شبکه اجتماعی، اشتغال، در دسترس بودن، سبک فعالیتهای روزانه و ... نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دهند. این نتیجه بیانگر سودمندی توجه چند جانبه به امر اعتیاد و درمان اعتیاد است که با بررسی ابعاد مختلف زندگی آنها می‌توان شاهد بهبود کمی و کیفی در زندگی آنان بود.

منابع

۱. آزاد، حسین. (۱۳۶۵) "رشد شخصیت و اعتیاد". اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد. انتشارات امیرکبیر.
۲. آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۹) "اعتیاد و آسیب شناسی خانواده". تهران. انتشارات دانش آفرین.
۳. آن مانرو، باب مانتی، جان اسمال. (۱۳۷۴). مشاوره مهارت‌های حل مسأله. ترجمه فریده کمالی. تهران. نشر نی.
۴. ۱. احمدوند، محمدعلی. (۱۳۷۸) "اعتیاد، سبب شناسی، درمان". تهران. انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
۵. احمدی، ابهری، سیدعلی، (۱۳۷۷) "روانپزشکی". انتشارات شهر آب.
۶. امینی خوئی، ناصر (۱۳۷۷). "بررسی مقایسه منبع کنترل و شیوه‌های مقابله و باورهای غیر منطقی افراد ۴۰+ - ۲۰ ساله معتادی و عادی استان بوشهر و ارائه راهبردهایی جهت بازپروری معتادان". پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه علامه.
۷. امینی، کوروش. (۱۳۷۹) "علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد با مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شمهر همدان". پایان نامه کارشناسی ارشد.
۸. اورنگ، جمیله (۱۳۷۶). "پژوهش درباره اعتیاد". انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۹. اهری، سعید (۱۳۷۹). "بررسی علل بازگشت مجدد به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود مصرف وابسته به سازمان بهزیستی تهران". پایان نامه دکتری تخصصی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۰. باقری، منصور. بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۲) "نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان". فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد سال اول شماره ۳ تابستان ۸۲.
۱۱. برفی، محمد (۱۳۸۲). "جامعه‌شناسی ابعاد فقهی، اجتماعی اعتیاد". فصلنامه اعتیاد پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۲. برفی، محمد (۱۳۸۱). "جامعه‌شناسی ابعاد فقهی، اجتماعی اعتیاد". فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد مخدر زمستان ۸۱.
۱۳. حاج حسینی، منصور (۱۳۸۲). "بررسی سبک‌های اسنادی معتادان". فصلنامه اعتیاد پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر.

۱۴. حاج حسینی ، منصوره (۱۳۸۲). اخوان تختی ، مهناز (۱۳۸۲) "مقایسه سبک‌های اسنادی (مدل درماندگی آموخته شده) در جوانان معتاد و غیر معتاد شهر یزد". فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد سال اول شماره ۳ تابستان ۸۲.
۱۵. خدیوی ، کیانوش . (۱۳۷۴) "کاربرد درمان مشترک" پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی . دانشگاه فردوسی مشهد .
۱۶. خدیوی زند ، محمد مهدی ، (۱۳۶۸) "مجموعه مقالات ارائه شده در مورد اعتیاد" .
۱۷. دادستان ، پریخ . (۱۳۸۲) "روانشناسی جنایی" . تهران . انتشارات سمت .
۱۸. ساراسون، پرون (۱۳۷۳). "روانشناسی مرضی". ترجمه بخاریان و همکاران. تهران انتشارات ارشد.
۱۹. سازمان بهزیستی استان مرکزی (۱۳۷۴). "بررسی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد" .
۲۰. ستاد مبارزه با مواد مخدر (ریاست جمهوری ۱۳۷۸). "محاسبه گردش پولی و الگوی مصرف مواد مخدر در ایران بر اساس شاخص‌های موجود" .
۲۱. سرمد، بازگان، حجازی، زهره ، عباسی، الهه. (۱۳۷۶) "روش‌های تحقیق در علوم رفتاری" . انتشارات آگاه.
۲۲. شهبازی ، مهران . (۱۳۷۶) "بررسی عوامل بازگشت مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری در استان لرستان" . پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی ، دانشگاه آزاد خوراسگان .
۲۳. شیخی، محمدتقی (۱۳۷۳). "مددکاری اجتماعی و جامعه شناسی مسائل اجتماعی" . تهران. انتشارات ققنوس .
۲۴. صالحی، ایرج . (۱۳۷۱) "زنجیره های اعتیاد" . تهران . انتشارات آوای نور .
۲۵. فرجاد، محمدحسین (۱۳۷۴). "آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات" . تهران. انتشارات بدر.
۲۶. ورنان، کلنن. (۱۳۷۸) "اعتیاد چیست؟ معتاد کیست؟" ترجمه علیرضا میرفخرایی. تهران. انتشارات اوحدی.
۲۷. گودرزی ، پروانه (۱۳۷۵). "نقش خانواده در روی آوری به اعتیاد" ، پایان نامه کارشناسی پژوهشگری علوم اجتماعی . دانشگاه اصفهان .
۲۸. مهدی‌نیا، (۱۳۶۵) "درمان دارویی در اعتیاد" . اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد . انتشارات امیرکبیر.

۲۹. مولوی، فاطمه. (۱۳۸۰) "بررسی باورداشت ها در افراد معتاد". پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهراء.
۳۰. نعمتی، فرشاد (۱۳۸۱). "پیشگیری از بازگشت". معرفی مدل رفتاری - شناختی مارلات. فصلنامه اعتیاد پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر. زمستان ۸۱.

References

1. "Addiction is a brain disease".usa electronic journal 6/97 – leshner . journal vol 2 , no 3 , june 1997 .
2. Annis , H . Davis , C . (1997) "Self – efficacy and the prevention of aleho licrelapes". Initial finding from a treatment trial in : Bakert , Cannon D , edsaddictive disorderr . preagerco . Newyork .
3. Barber, J. G , Cr, Bp B.R .(1995) "social support and prevention of relapse Flloing Treatment for abusers".Res soc workpract .
4. Basic information on Drugs of abuse from heroin abuse .
5. Beck, A , wr : ght , f . liese , B .(1994) "cognitive therapy of substance abuse" . Guiford . Newyork .
6. Beker & Boterz (1996) "psycho therapy Research and behavior change "
7. Benetal(1997)"Journal of chemical Dependency treatment vol" . 7 . N . 2 .
8. Callen , Michael (2002) "surviving AIDS "
9. "Centers&programs,AddictionArticles,http"://www.s.n.washington. edu / centers / addiction / a meth . asp .
11. Coombs, Robert(1995) "Journal of chiminal Dependeny Treatment . vol" 6 . N2 .
12. Daley , D . (1997) "Relapse prevention with substance abusers" . clinical – issues and my Ths . soc work .
13. Daley . D . (1999) "fire perspectine on relapse in chemical dependency ". J – chem – Depend – Treat.
14. Dekker, morcel (1999). "Recomen dations for improving Treatment ". The international journal of the addiction . 27 (10) , 7223 – 7230.
15. Ellis , A . mc Inerney , J . Diguisseppe . R . yeager , R . (1998) "Rational – emotive Therapy with alcoholices and substance abusers" . pergamon press . Newyork .
16. Heroin Treatment Admissions in urban and Rural areas.

17. Grant, Mltodyson. R (1998). "**Responding to drug and Alcohol problems in the community**". Geneva: world health organization press.
18. I. Jossey – Bass Inc (2001) How should I act around people with AIDS ?
19. "**Journal of family psychology**" (1997) vol . 11 . No . 3
20. "**Journal of family psychology**" (1998) vol . 12 . No. 2
21. Kaplan . H . sadoek , B.(1995) "**comprehensive text book of psychiatry**" . 5Th eddition . lippincott . ph : ladelphia .
22. Keller , D . S , Galanter , m . weinberg s . (1997) "**validation of scale for network therapy**" . Am . J . Drug Alchol Abuse.
23. Krystals and Zweben JE (1999) . J substance Abuse treatment.6(4).
24. Lery ms .(1996) . "**J Psychoatry drugs**" . sep (1996) 24 (3. (
25. Levinson , J . H . Ruiz , P . millman , R . B . langrod , J . G . (1997) . "**substance Abuse**" . (A comprehensive Text Book) The eddition , williams & wilkins . Boston.
26. Marlatt , G . A . (1994) "**Relapse prevention : The oretical rational and over view of The model**" . In : martha , G . A . Gordon , J , eds . Relapse prevention . a self – contvol strategy in the main tenance of behavior change . Newyork .
27. Mc . Grady . B (1999) "**Extendin relapse prevention to couples**" . Addict
28. Miller , N . S . & Gold (1998) "**The principles and practice of addiction in psichiatny**" .
29. Ogorne, Aian – C(1998). "**characteristics of youth and young adult seeking residential Treatment for substance use problems**" . An explorational study , Addiction – Behaviors . sep – oct vo 120 .
30. Schutiz, Dvane (1997). "**Theories of personality**". fourTh edition .
31. Wallace B.C .J(1993) "**psychoatvie Drugs**" . Apr and Yun (22 . 2)
32. Wilson A. faude j.and Gordon E (1997). "**jnerament Dis**".177. 7.
33. Zackon, F . mc Auliffe, w . Chien , J .(1995) "**Addict of ter care Recovery Training and self – help**" . DH . H S M D : NIDA.