

بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوهی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۱۲

فاطمه جندقی*، حمیدطاهر نشاطدوست**، مهرداد کلاتری***، شیدا جبل‌عاملی****

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوهی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش: تعداد ۲۰ فرد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون به شیوه تصادفی از مرکز ترک اعتیاد پویا در رفسنجان انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، طی نه جلسه بر گروه آزمایش انجام شد. زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی فهرست وارسی ۹۰ سؤالی نشانگان مرضی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون توسط کلیه شرکت کنندگان تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون اضطراب و افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معناداری داشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون به کار رود.

واژه‌های کلیدی: آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، درمان نگهدارنده با متادون

jandaghifatemeh@yahoo.com

h.neshat@edu.ui.ac.ir

mehrdadk@edu.ui.ac.ir

sh.jabalamelii@yahoo.com

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند می‌باشد.

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران

** استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

وابستگی و سوء مصرف مواد از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود [۱]. سوء مصرف مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار یکی از بارزترین آسیب‌های روانی-اجتماعی است که وابستگی به آن اختلالی پیچیده با علل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در واقع در هم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است [۲]. علامت اصلی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که طی آن فرد با وجود داشتن مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مصرف مواد، همچنان به مصرف ادامه می‌دهد. بنابراین وابستگی دارویی، هم از منظر جسمانی و هم از نظر روانی بایستی مدنظر قرار گیرد. در منابع پزشکی بیشتر بر جنبه جسمانی وابستگی تأکید شده است [۳]. اعتیاد و عوارض ناشی از آن در زمره مهمترین معضلات جامعه بشری به شمار می‌آیند [۱]. بر اساس آمار شیوع اعتیاد بیش از ۸-۷/۵ درصد جمعیت بالغ کشور است. در حالیکه در کشورهای پیشرفته صنعتی ۱ تا ۲ درصد است [۲]. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ که توسط مؤسسه آموزشی و پژوهشی سوء مصرف مواد داریوش در بین ۲۸ استان صورت پذیرفت، تعداد افراد وابسته به مواد در کل کشور را بین ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر تا ۱,۸۰۰,۰۰۰ نفر تخمین زده است [۲]. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که سن شروع اعتیاد به ۱۴ سالگی رسیده و این رقم نشان دهنده شروع زودرس اعتیاد در جامعه‌ی ماست که در عین حال بعضی از افراد به مصرف چند ماده نیز اشاره کرده‌اند [۳]. فرد مبتلا به سوء مصرف مواد در اصطلاح به شخصی گفته می‌شود که در نتیجه استعمال متمادی دارو^۱ و یا مواد در بدن وی حالت مقاومت اکتسابی ایجاد شده به طوری که استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می‌گردد. بنابراین پس از مدتی شخص مقادیر بیشتری از دارو را بدون بروز ناراحتی تحمل می‌کند و در صورتیکه دارو به بدن وی نرسد

اختلالات روانی و فیزیکی موسوم به سندرم محرومیت^۲ حاصل می‌شود [۴]. امروزه از مدل‌های روان‌شناختی، پزشکی، اجتماعی برای فهم این پدیده استفاده می‌شود. متخصصان این زمینه معتقدند که تعامل عوامل ژنتیکی/زیست شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری این پدیده دخالت دارند [۵]. مطالعات علت‌شناسی در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد، رابطه بین استرس، مقابله و اعتیاد تأکید داشته و مصرف مواد را در شرایط استرس آور به عنوان یک سبک مقابله‌ای ناکارآمد^۳ تلقی کرده که می‌تواند به عنوان سبک معیوب عمل کرده و ادامه مصرف را باعث شود [۶]. بنابراین، استرس عامل خطر^۴ شناخته شده در اعتیاد و آسیب‌پذیری به عود اعتیاد است [۷]. همچنین با توجه به پژوهش‌ها عوامل فردی مانند اختلالات و بیماری‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی از عوامل اعتیاد هستند [۸]. در میان بیمارانی که برای سوء مصرف مواد به دنبال درمان هستند، سه چهارم تاریخچه اختلالات روان‌پزشکی دارند و دو سوم همراه با سوء مصرف، اختلال روان‌پزشکی هم دارند [۹]. برای مثال رگیرو^۵ همکاران [۱۰] چنین مطرح کرده‌اند که در آمریکای شمالی، تقریباً نیمی از افراد با اختلال سوء مصرف مواد همچنین از اختلال روان‌پزشکی غیر از سوء مصرف مواد هم رنج می‌برند [۱۱]. همبودی یک چالش گسترده برای درمان سوء مصرف مواد را نشان می‌دهد. آسیب‌های روانی همبود بر درمان سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارد و تشخیص درست اختلالات روان‌پزشکی غیر از سوء مصرف مواد ممکن است با کاهش احتمال عود مرتبط باشد [۱۲]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال اضطرابی یا خلقی بیشتر از جمعیت عمومی اعتیاد دارند و همچنین دیده شده است که کسانی که مواد مصرف می‌کنند از اختلالات اضطرابی یا خلقی رنج می‌برند [۱۳]. بنابراین شرایط روان‌پزشکی از قبیل اختلالات اضطرابی، عامل خطرناک مهمی برای سوء استفاده دارویی، وابستگی و عود هستند [۱۴، ۱۵]. علاوه بر این، اختلالات خلقی و در رأس آنها افسردگی، شایع‌ترین بیماری‌های محور اول اختلالات

2- abstinence syndrome

3- nonproductive

4- risk factor

5- Regir

1- drug

رفتاری بر آموزش روانی و آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای اجتناب از دارو و سازگاری با الگوی جدید رفتارهای اجتماعی و انطباقی تأکید دارد که در پژوهش‌های مختلف اثربخشی این درمان‌ها بر گروه‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نشان داده شده است [۲۰]. درمان‌های غیر دارویی با هدف مداخله‌هایی مانند تغییر نگرش‌های نادرست فرد معتاد، آموزش مهارت‌های لازم برای مقابله با عوارض جسمی و روانی ترک^۴ و تحمل بهتر آنها و مداخله در محیط بیمار با درگیر نمودن خانواده در راستای درمان بیمار و ایجاد یک شبکه حمایت اجتماعی از وی و در نهایت کمک در جهت یادگیری مهارت‌های شناختی و حرفه‌ای لازم در پیدا کردن شغل مناسب و قابل قبول وی و انجام وظایف شغلی خود می‌باشد. سرانجام بازگشت به جامعه به عنوان یک فرد عادی و با بهره‌گیری از یک زندگی معمول با لذات واقعی آن است [۲۱]. برای مثال نتایج یک پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری یکپارچه گرا^۵ در درمان جوانانی که افسردگی و سوء مصرف مواد دارند با بهبود معنی‌دار در افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و مهارت‌های سازگاری همراه بوده است و این بهبودی در پیگیری ۶ ماهه (۴۴ هفته) حفظ شده بود [۲۱]. نتایج پژوهش مک هاگ، هرون و اوتو^۶ [۲۲] نیز نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به عنوان یک درمان مکمل در ترکیبی از روش‌های درمانی اثربخش بوده است. فیشر^۷ (۱۹۹۷) نیز، با انجام پژوهش روی افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز سرپائی دریافت که گروه درمانی بیمار مدار با گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات وابسته به مصرف مواد، افزایش ارتباطات خانوادگی و اجتماعی و بهبود عملکرد روان‌شناختی در قیاس با دریافت نکردن هر گونه درمانی نتایج مثبتی در پی داشته است [به نقل از ۲۳]. مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به مجموعه تکنیک‌ها و روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای کاهش استرس تجربه شده توسط افراد یا افزایش توانائی آنها در مقابله با استرس‌های زندگی به کار گرفته می‌شوند. این تکنیک‌ها بسیار متنوع هستند و

روان‌پزشکی همراه مصرف مواد مخدر است. شیوع سرانه اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود ۶۰-۵۰ درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد است. شیوع سرانه اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کل حدود ۲۹ درصد و در مراجعان افسرده در کلینیک‌های روان‌پزشکی، ۵۶ درصد است. این رقم در اختلالات دوقطبی حتی بالاتر و نزدیک به ۷۵ درصد گزارش شده است [۱۶]. برخی تحقیقات نشان داده‌اند که، مصرف کنندگان هروئین و نارکوتیک بیشتر افسرده به نظر می‌رسند و بیشتر از مصرف کنندگان داروهای نرم خودکشی می‌کنند و شاید افسردگی دلیل اصلی جستجوی درمان است [۱۷]. درمان اعتیاد از دو راه یکی روش دارویی و دیگری روش غیر دارویی امکان پذیر است که هر دو روش نیز به دو طریق «ترک تدریجی» و «ترک ناگهانی» مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۸]. از جمله روش‌های دارویی درمان اعتیاد می‌توان به داروهای متادون، کلونیدین، لوفکسیدین، بوپره نورفین، و روش‌های سم زدائی سریع، سم زدائی فوق سریع و ... اشاره کرد [۱۹]. یکی از ویژگی‌هایی که متادون را برای درمان اعتیاد مناسب می‌سازد، مؤثر بودن این دارو در از بین بردن علائم محرومیت ناشی از قطع مصرف مواد مخدر برای ۲۴ ساعت یا بیشتر است. این ویژگی متادون در سال ۱۹۴۸ توسط ایزبل و همکارانش^۱ نشان داده شد. طولانی بودن مدت اثر این دارو مزیتی برای درمان اعتیاد است [۱۹]. افرادی که روی متادون پایدار مانده‌اند، در تحصیلات و شغل و موقعیت‌های استخدامی خود، پیشرفت می‌کنند. همچنین افزایش پایداری اجتماعی در رفتارهای تولیدی، در مطالعات زیادی که سه دهه اخیر انجام گرفته، مشاهده شده است. نتیجه درمان نگهدارنده با متادون^۲ (MMT) هنگامی که همراه با مشاوره^۳، حمایت اجتماعی و موقعیت‌های شغلی و تحصیلی باشد، موفقیت آمیزتر خواهد بود [۲۰]. از جمله روش‌های غیر دارویی می‌توان به روش پنهانی یا حساس سازی، روش خاموش سازی و رفع حساسیت، کاهش جذابیت مصرف مواد، درمان‌های راهبردی مشروط، زوج درمانی و خانواده درمانی و درمان شناختی- رفتاری اشاره کرد [۱۹]. درمان‌های شناختی-

4- withdrawal

5- Integrated Cognitive Behavior

6- Mc hugh, Heron & Otto

7- Fisher

1- Isbell et al

2- methadone maintenance therapy

3- Counseling

درمانی این شهر مراجعه کرده‌اند. روش نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای تصادفی بود. به این صورت که، در مرحله اول، از بین مراکز درمان نگهدارنده با متادون شهر رفسنجان به صورت تصادفی مرکز درمان نگهدارنده با متادون پویا انتخاب شد. در مرحله بعد از بین بیمارانی که به این مرکز مراجعه می‌کردند ۵۰ نفر که ملاک‌های ورود در تحقیق را دارا بودند به صورت تصادفی انتخاب شدند و فهرست واری ۹۰ سؤالی نشانگان مرضی آزمون SCL-90 R^۱ برای آنها اجرا شد و تعداد ۲۴ نفر که بالاترین نمرات را در این آزمون SCL-90 R کسب کردند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. ملاک‌های ورود در این تحقیق عبارت بودند از: ۱) تحت درمان اعتیاد با متادون (۲) جنسیت مذکر (۳) سطح تحصیلات سیکل به بالا (۴) نداشتن اختلال روانی. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به منظور انجام پیش آزمون، هنگام مراجعه بیماران برای دریافت دوز روزانه متادون آزمون SCL-90 R گرفته می‌شد. همچنین به منظور جلوگیری از هر گونه سوگیری محقق در نتایج حاصل از آزمون، اجرای آزمون توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی انجام گرفت. به منظور جلب همکاری و قدردانی از بیماران گروه گواه یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مشاوره‌ی معمولی (شامل بیان مشکلات متعدد این بیماران، نگرانی‌ها، مشکلات مالی، انتظارات درمانی، دعوت اعضا به پذیرش اعتیاد و صبر و تحمل و چالش با مشکلات و ...) برای اعضا تشکیل داده شد. برنامه درمان طبق مدل ارائه شده توسط آنتونی^۲ و همکاران [۲۶] تنظیم شد. گروه آزمایش در ۹ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری قرار گرفتند. در این جلسات از تکنیک‌های مدیریت استرس که شامل بازسازی شناختی، آموزش مقابله‌ای مؤثر، ابرازگری، تکنیک‌های کاهش اضطراب شامل انواع گوناگون آرمیدگی و تصویرسازی و ... استفاده شد. خلاصه‌ی محتوای درمان به شرح ذیل است.

جلسه اول) معرفی و آشنایی اعضا، بیان مفهوم استرس و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای

می‌تواند شامل برخی روش‌های رفتاری (مثل آرام سازی، مراقبه و حساسیت زدایی منظم)، یا روش‌های شناختی- رفتاری (مثل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش جرات ورزی، ثبت افکار و بازسازی شناختی، مدیریت زمان و مباحث آموزشی و استدلالی) باشد [۲۴]. در سال‌های اخیر در مطالعات مختلف اثربخشی این شیوه درمانی بر مشکلات روانی (مانند اضطراب و افسردگی) و جسمانی تأیید شده است. در مرور ادبیات پژوهشی موجود در کشور توسط محقق، هیچ پژوهشی در زمینه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد یافت نشد و پژوهش‌های خارجی نیز اغلب به بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری به همان شیوه معمول پرداخته‌اند. لذا با توجه به شیوه بالای سوء مصرف مواد و نقش عوامل روان‌شناختی در سوء مصرف مواد و اینکه سوء مصرف مواد یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی است و عوارض جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی زیادی به دنبال دارد [۲۵] و همچنین با توجه به کمبود پژوهش‌هایی با این روش در کشور، به نظر می‌رسد که می‌توان با آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری مشکلات عمده‌ی این گروه را مورد هدف قرار داد و در کاهش مشکلات روان‌شناختی، آنها را یاری کرد تا سطح بالاتری از سلامت روان و کیفیت زندگی را به دست بیاورند. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری است که تنها در گروه آزمایش اعمال شده و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون در بیماران گروه آزمایش بررسی شد و با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر رفسنجان تشکیل دادند که از زمستان ۱۳۸۸ به مراکز

1- Symptom Check List-90- Revised

2- Antoni

همبستگی مربوط به بعد ترس مرضی با $0/36$ بوده است. در ایران نیز روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۲۷]. برای سنجش اعتبار ابعاد ۹ گانه این آزمون از دو روش محاسبه درونی و اعتبار به روش بازآزمایی استفاده شد. برای محاسبه اعتبار درونی این آزمون، ۲۱۹ داوطلب در ایالات متحده آن را تکمیل کردند و سپس ضریب اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفا محاسبه شد و نتایج تمام ضرایب به دست آمده رضایت بخش بود. بیشترین ضریب همبستگی مربوط به بعد افسردگی با $0/90$ و کمترین میزان همبستگی مربوط به بعد روان‌پریشی با $0/77$ بود [۲۲]. در تحقیقی که توسط سید هاشمی [۲۸] برای هنجاریابی این پرسشنامه انجام شد، ضرایب اعتبار کلیه مقیاس‌های پرسشنامه بالاتر از $0/70$ به دست آمد و بیشترین ضریب اعتبار متعلق به بعد افسردگی با $0/92$ بود. ضریب اعتبار بعد اضطراب نیز $0/86$ بوده است. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: به استثنای جلسه اول آموزش گروهی، که به آشنایی اعضای با یکدیگر و تشریح اهداف شرکت در گروه، قوانین گروه و وظایف اعضای گروه و یک تکنیک آرمیدگی اختصاص داشت، در سایر جلسات ابتدا تکالیف جلسات قبل در کتاب کار مورد بازبینی قرار می‌گرفت و در مورد مسائلی که در طی انجام تمرین‌ها تجربه شده بود صحبت می‌شد و سپس موضوع مورد نظر آن جلسه مطرح می‌شد و از اعضای خواسته می‌شد تا در بحث گروهی شرکت کنند. سپس تکلیف جلسه آینده مشخص می‌شد و اعضای متعهد می‌شدند تا جلسه بعد به انجام آن تکلیف بپردازند. در پایان جلسه جمع‌بندی از مطالب ارائه شده در آن جلسه به عمل می‌آمد. دو نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت مکرر حذف شدند. به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی دو نفر نیز از اعضای گروه گواه حذف شدند. آزمون SCL-90 R به منظور انجام پس آزمون در آخرین جلسه درمانی یکبار دیگر توسط روان‌شناس از بیماران گروه آزمایش گرفته شد و از بیماران گروه گواه نیز پس از اتمام جلسات گروه آزمایش در زمان مراجعه به مرکز برای دریافت دوز

جلسه دوم) آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای و استرس و آگاهی
جلسه سوم) تنفس دیافراگمی و تمرین، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای، تصویرسازی و آرمیدگی و ارتباط افکار و هیجانات
جلسه چهارم) آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، تفکر منفی و تحریفات شناختی
جلسه پنجم) آموزش خود زاد، جایگزینی افکار منطقی و گام‌های آن و تفاوت بین خودگوئی منطقی و غیر منطقی
جلسه ششم) تمرین خود زاد، مقابله کارآمد و ناکارآمد، تعریف و انواع آنها
جلسه هفتم) آموزش خود زاد همراه با تصویرسازی و خودالقای، مراقبه‌ی نور خورشید همراه با خود زاده‌ها، آموزش ابرازگری
جلسه هشتم) مراقبه، تمرین مراقبه‌ی مانترا و حمایت اجتماعی
جلسه نهم) مراقبه شمارش تنفس، انجام یکی از تمرین‌های آرمیدگی جلسات قبل و تشکر و قدردانی
ابزار:

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی پرسشنامه آزمون SCL-90 R استفاده شد. این آزمون در دهه ۱۹۸۰ توسط دروگاتیس^۱ و همکارانش معرفی و سپس مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون یک ابزار خودسنجی شامل ۹۰ سؤال می‌باشد که علائم روانی را در ۹ بعد ارزیابی می‌نماید. این ۹ بعد عبارتند از: جسمی سازی، وسواس- اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی می‌باشد. هر یک از سؤالات این آزمون از یک طیف ۵ بخشی میزان ناراحتی که از نمره صفر تا چهار می‌باشد، تشکیل شده است [۲۷]. روایی محتوایی آزمون توسط دروگاتیس مورد تأیید قرار گرفته است. در زمینه روایی همزمان، دروگاتیس و همکارانش، این آزمون را به همراه آزمون پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا روی ۱۱۹ داوطلب اجرا نمودند. نتایج حاکی از همبستگی بالا بین دو آزمون بود. در این بررسی بالاترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با $0/73$ و کمترین میزان

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است:

روزانه متادون بار دیگر آزمون SCL-90 R توسط روان‌شناس گرفته شد. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و گواه تحت درمان دارویی (متادون) قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آنها از لحاظ دریافت آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بود.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه آزمایش و گواه

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش N=۱۰		گروه گواه N=۱۰		کل N=۲۰	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
میانگین سنی	۱۵-۲۵	۶۰٪	۶	۷۰٪	۷	۶۵٪	۱۳
	۴۰-۲۶	۴۰٪	۴	۳۰٪	۳	۳۵٪	۷
سطح تحصیلات	راهنمایی	۲۰٪	۲	۲۰٪	۲	۲۰٪	۴
	دیپلم و بالاتر	۸۰٪	۸	۸۰٪	۸	۸۰٪	۱۶
وضعیت تأهل	مجرد	۲۰٪	۲	۲۰٪	۲	۲۰٪	۴
	متأهل	۸۰٪	۸	۸۰٪	۸	۸۰٪	۱۶
شغل	کشاورز	۲۰٪	۲	۱۰٪	۱	۱۵٪	۳
	کارمند	۱۰٪	۱	۴۰٪	۴	۲۵٪	۵
	آزاد	۷۰٪	۷	۵۰٪	۵	۶۰٪	۱۲
سابقه جرم	دارد	۳۰٪	۳	۰٪	۰	۱۵٪	۳
	ندارد	۷۰٪	۷	۱۰۰٪	۱۰	۸۵٪	۱۷
میانگین اولین سن مصرف مواد مخدر	۲۰	۵۰٪	۵	۷۰٪	۷	۶۰٪	۱۲
	۳۳	۵۰٪	۵	۳۰٪	۳	۴۰٪	۸
میانگین مدت زمان اعتیاد	۳	۲۰٪	۲	۲۰٪	۲	۲۰٪	۴
	۸	۵۰٪	۵	۶۰٪	۶	۵۵٪	۱۱
	۱۳	۳۰٪	۳	۲۰٪	۲	۲۵٪	۵
نوع ماده مصرفی	تریاک و شیره	۶۰٪	۶	۶۰٪	۶	۶۰٪	۱۲
	هروئین	۴۰٪	۴	۴۰٪	۴	۴۰٪	۸
میانگین تعداد دفعات ترک	۱-۳	۷۰٪	۷	۴۰٪	۴	۵۵٪	۱۱
	۵	۳۰٪	۳	۶۰٪	۶	۴۵٪	۹
علت عود اعتیاد	مشکلات جسمی	۱۰٪	۱	۲۰٪	۲	۱۵٪	۳
	مشکلات مالی	۱۰٪	۱	۱۰٪	۱	۱۰٪	۲
	مشکلات خانوادگی	۲۰٪	۲	۲۰٪	۲	۲۰٪	۴
	وسوسه	۶۰٪	۶	۵۰٪	۵	۵۵٪	۱۱
انگیزه ترک	خستگی از اعتیاد	۹۰٪	۹	۹۰٪	۹	۹۰٪	۱۸
	مشکلات مالی	۱۰٪	۱	۱۰٪	۱	۱۰٪	۲

هر دو متغیر میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون پایین‌تر از گروه کنترل است.

میانگین وانحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب و افسردگی دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه گردیده است: همان‌طور که جدول نشان می‌دهد در

جدول ۲) آماره‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه و وهله آزمون

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون			
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	آزمایش	۱۰	۱۰/۵۷	۵/۳۱	۱۰	۲/۹۱	۲/۵۴
	گواه	۱۰	۸/۱۴	۴/۵۴	۱۰	۹/۳۸	۶/۱۳
افسردگی	آزمایش	۱۰	۱۷/۲۶	۸/۴۲	۱۰	۱۴/۱۰	۳/۹۵
	گواه	۱۰	۱۶/۸۲	۱۱/۳۴	۱۰	۱۷/۹۰	۱۰/۳۱

نمره پیش آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. با توجه به آن که تحلیل کواریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش

شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لون) و نرمال بودن توزیع (با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف) برقرار است ($P > 0/05$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات اضطراب و افسردگی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون ملاحظه می‌گردد:

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی

اضطراب	شاخص متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون
							پیش آزمون
اضطراب	پیش آزمون	۱	۱۸۲/۶۲۰	۱۴/۴۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۴
	گروه‌ها	۱	۳۰۳/۱۵۶	۲۴/۰۰۸	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
افسردگی	پیش آزمون	۱	۷۷۵/۸۹۱	۴۰/۸۰۴	۰/۰۱	۰/۷۰	۰/۹۳
	گروه‌ها	۱	۹۹۲/۵۳۷	۵۲/۱۹۷	۰/۰۱	۰/۷۵	۰/۹۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده نمرات علائم اضطراب در گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده می‌شود ($P < 0/01$). در نتیجه می‌توان گفت که فرایند درمان تأثیر معناداری بر کاهش علائم اضطراب در گروه آزمایش داشته است که در پژوهش حاضر میزان تأثیر آن ۵۸ درصد است. توان آزمون آماری نیز ۰/۹۹ با سطح معناداری (۰/۰۱) دقت بالای آزمون را نشان می‌دهد. همچنین طبق این جدول تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده نمرات علائم افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده می‌شود ($P < 0/01$). در نتیجه می‌توان گفت که فرایند درمان تأثیر معناداری بر کاهش علائم افسردگی در گروه آزمایش داشته است که در پژوهش حاضر میزان تأثیر آن ۷۵ درصد است. توان آماری نیز ۰/۹۸ با سطح معناداری (۰/۰۱) دقت بالای آزمون را نشان می‌دهد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی

افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام گرفت. اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با نتایج پژوهش‌های قبلی [۲۱، ۲۹، ۳۰] مبنی بر تأثیر روش‌های شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب همخوانی نسبی دارد. رویکردهای درمان به اضطراب از درمان‌های دارویی گرفته تا درمان‌های روانکاوانه بسیار گسترده هستند. اگر اضطراب را دارای ابعاد فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی بدانیم می‌توانیم انتظار داشته باشیم که درمان دارویی بر بعد فیزیولوژیکی، و درمان‌های شناختی و رفتاری بر دو بعد دیگر آن تأثیر گذار هستند. اینکه کدام بعد در فرد شروع کننده است و چگونه ادامه پیدا می‌کند تا به شدت بالایی می‌رسد همواره مورد بحث بوده است. عده‌ای اعتقاد دارند که افزایش مهارت‌های شناختی و رفتاری می‌تواند از تحریف‌های شناختی به وجود آمده از علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک و نتیجتاً یک دور باطل و اضطراب‌زا جلوگیری کنند. در روش

بخشیده است [۳۱]. به طور کلی می‌توان گفت که با رویکردی التقاطی در درمان از دارو درمانی گرفته تا انواع درمان‌های انفرادی و گروهی می‌توان قدم مؤثری در بهبود زندگی این افراد برداشت و در کنار ترک جسمانی در جهت بهبود روان‌شناختی آنها نیز اقداماتی کارساز انجام داد. کارهایی که امروزه و در حال حاضر برای افراد درگیر با مواد انجام می‌شود مراکز ترک اعتیاد یا کمپ‌های ترک اعتیاد هستند که در هیچکدام از آنها به جنبه روان‌شناختی و درمان‌های روان‌شناختی که در کنار درمان‌های دارویی می‌توانند مؤثر باشند، توجه چندانی نمی‌شود. این در حالی است که بسیاری از علائم و نشانه‌های یک فرد مبتلا به سوء مصرف مواد بیانگر مشکلات شناختی پایه‌ای و یکسری الگوهای رفتاری غلط در زندگی قبل از اعتیادش است که با درمان و اصلاح آنها می‌توان بسیاری از مسائل و مشکلات آنها را رفع کرد و در جهت بهبود آنها قدم برداشت. امید است نتایج این پژوهش متخصصین در امر ترک اعتیاد را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه‌های روانی معتادان تشویق نماید که نتیجه آن می‌تواند درمان بیشتر و موفق‌تر این گروه باشد. به طور کلی، نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود، لذا این شیوه درمانی می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت درمان مشکلات این افراد به کار گرفته شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبودن آزمون پیگیری برای بررسی اثرات دراز مدت آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان بپردازند. همچنین برای نتیجه‌گیری و دقیق‌تر شدن میزان تأثیر این شیوه درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، می‌توان طرح حاضر را برای هر گروه از مصرف‌کنندگان بر حسب نوع ماده‌ی مصرفی بصورت جداگانه اجرا کرد. پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این شیوه درمانی بر دختران نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین محترم مرکز درمان سوء مصرف مواد پویای رفسنجان و همچنین افراد تحت درمان

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری روش‌های مختلف آرمیدگی در کاهش اضطراب نقش به سزائی داشتند و همین طور کاهش علائم جسمانی که خود باعث ایجاد اضطراب می‌شوند در این بهبود بی تأثیر نبوده است. به طور کلی تمرین آرمیدگی به تغییرات فیزیولوژیک منجر می‌شود که از ویژگی‌های عملکرد یکپارچه هیپوتالامیکی است. این تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و همچنین کاهش تولید هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین هماهنگ هستند و بنابراین می‌توانند باعث کاهش علائم اضطراب خصوصاً علائم جسمانی آن شوند [۳۱]. از طرف دیگر کمک به اعضاء در شناخت نقاط ضعف شبکه اجتماعی و رفع آنها و همین طور آگاهی از رابطه بین احساسات و افکار و شناخت افکار خودکار از سایر عوامل مؤثر در کاهش اضطراب در این پژوهش بوده است. یافته دیگر این پژوهش اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش‌های قبلی [۲۱، ۳۳] مبنی بر کاهش افسردگی با کاربرد روش‌های شناختی- رفتاری همخوانی نسبی دارد. درمان‌های شناختی- رفتاری با درمان افسردگی تداعی می‌شوند. نظریه‌های روان‌شناختی و رای این امر از جمله بک به خوبی چگونگی شکل‌گیری یک تفکر خود شکست دهنده و خودناکام ساز را تبیین می‌کنند. اسنادهای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مورد رویدادها، آینده و منبع کنترل کامل افسرده کننده است، از این رو می‌توان از درمان شناختی- رفتاری انتظار چنین تأثیر معناداری را در کاهش علائم و نشانه‌ها افسردگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد داشت. استفاده از روش‌های شناختی از قبیل تمرین شناسایی افکار منفی، آگاهی از تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی و گام‌های جایگزینی افکار منفی همین طور روش‌های مناسب مقابله با موقعیت‌ها از جمله مواردی است که می‌تواند تبیینی بر کاهش نمرات افسردگی باشند. همچنین آموزش ابرازگری و سبک‌های ارتباطی صحیح (سبک‌های جرات ورزانه) به این افراد، باعث افزایش میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت اجتماعی شده و این یکی از عواملی است که خلق افسرده را در این بیماران بهبود

15- Jacobson LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use Disorders in Patients with Post Traumatic Stress Disorder. A Review of the Literature. *American J Psychiatry*. 2001; 158: 1190-1184.

16- Fakhraee A. Affective disorder comorbidities with addiction. *Quarterly j addiction*. 2008; 2: 40-43. [Persian].

17- Robbins PR. Depression and Drug Addiction. *Psychiatric Quarterly*. 1974; 48(3): 374-386.

18- Orang J. Research on Addiction. published by Ministry of Culture and Islamic Guidance; 1989. [Persian].

19- Carol MC, Onken LS. Behavioral therapies for substance abuse. Translated: Alammehrjerdi, Z. *Quarterly j addiction*. 2008; (4)5: 153-155. [persian].

20- Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Truner CW, Paterson TR. Treatment Outcomes for Adolescent Substance Abuse at 4-7 Month Assessment. *J Consulting and Clinical Psychol*; 2001; 69: 802-813.

21- Hides L, Carroll S, Catania L, Cotton SM, Baker A, Scaffidi A, Lubman I. Outcomes of an Integrated Cognitive Behavior Therapy (CBT) Treatment Program for Co-Occurring Depression and Substance Misuse in Young People. *J Affective Disorder*. 2010; 121: 169-174.

22- Mc-Hugh RK, Heaton BA, Otto MW. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North American*. 2010; 33(3): 511-525.

23- Mehrabi H. Evaluate the effectiveness of treatment in reducing relapse of family structure and drug-dependent patients in Isfahan. [MD thesis], Isfahan university; 2004. [Persian].

24- Davazdahemami MH. Roshan R, Mehrabi A, Attari A. Effectiveness of stress management training of cognitive-behavioral impact of blood glucose in patients with type 2 diabetes and depression. *Iranian J Endocrinology and Metabolism*. 2009; 11(4): 385-392. [Persian].

25- Narenjiha H, Rafiee H, Nori R, Shirinbayan P, Farhadi MH, Etemadi H. rapid assesment substance abuse and dependency status in Iran; 2006. [Persian].

26- Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management. Translated: Alemohammad J, Jokar S, Neshat-doost HT. Isfahan: jahad daneshgahi; 2010. [Persian].

27- Behkish P. Mental tests. Tehran: Tehran university; 1999. [Persian].

28- Sydhashmy H. Standardization of diagnostic mental status questionnaire 90 questions-Form Revised (SCL-90-R) in the city of Zarinshahr High School Students. [MD thesis]. Isfahan university; 2001. [Persian].

29- Zlotnick C, Johnson J, Najavits LM. Randomized Controlled Pilot Study of Cognitive-

نگهدارنده با متادون که در اجرای این مطالعه بدون دریغ با ما همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Sargolzaei M. succesful management of substance dependencess. Mashhad: medical sciences university; 1380.

2- Ekhtiari H. can we predict effective dose for opiate addict that are candidate for methadon maintenance treatment?. *Quarterly j addiction*. 2008; 4(5): 4-9. [persian].

3- Shoa-kazemi M. Psycho-somatic effects of heroine on family function. *Quarterly j addiction*. 2008; 6: 41-44. [persian].

4- Norozi M, Kavosi F. Studing motivation for addiction treatment in patients of hospital ization in Farabi Kermanshah hospital. [phd thesis] Kermanshah: medical sciences university, medical collage; 2002. [persian].

5- Bakhsipour-Roodsari A, Bolhari J. Guidelines for prevention and treatment of substance abuse. Tehran: Salman; 2005. [persian].

6- Tofani H, javanbakh M. Comparison of coping strategies and dysfunctional attitudes in non-controlled drug addicts. *J clinical psychology and Psychiatry*. 2000; 7(26): 55-63. [persian].

7- Sinha R. Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008: 105-130.

8- Mohsieni-Tabrizi R, Jazayeri A, Babaei N. Matrix development for reseaches and prevention program in Iran. *Quarterly j addiction*. 2008; (4)5: 89-98. [persian].

9- Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch of Gen Psychiatry*. 1988; 45: 31-1023.

10- Regier DA, Mayers JK, Kramer M, Robins L N, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch of Gen Psychiatry*. 1984; 41: 41-934.

11- Zack M, Toneatto T, Streiner DL. The SCL-90 Factor Structure in Comorbid Substance Abusers. *J Substance abuse*. 1998; 10: 101-185.

12- McWilliams J, Brown CC. Treatment termination variables, MMPI scores and frequency of relapse in alcoholics. *J Stud on Alcohol*. 1983; 38: 86-477.

13- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Comorbidity: Addiction and other Mental Illness. Research Report Series: NIH Publication; 2008.

14- Sinha R, Fuse T, Aubin IR, O'Malley SS. Psychological Stress, Drug-Related Cues, and Cocaine Crack. *Psychopharmacology*. 2000: 152: 148-140.

Behavioral Therapy in a Sample of Incarcerated Woman with Substance Use Disorder and PTSD. *J Behavior Therapy*. 2007; 40(4): 325-336.

30- Khodayarifard M. Cognitive-Behavioral Couple Therapy of Drug Abuse in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 707-710.

31- Jabal-Ameli Sh. Management Intervention Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life and blood pressure in hypertensive patients. [MD thesis]. Isfahan university; 2011. [Persian].

32- Curry JF, Wells KC, Loobman JE, Craighead E, Nagy PD. Group and Family Cognitive Behavior Therapy for Adolescent Depression and Substance Abuse: a Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*; 2001; 8(4): 367-376.

33- Ashouri A, Mohammadi N, Mollazadeh J. Effectiveness of cognitive-behavioral coping skills and prevent relapse in addicts. *J Clinical Psychology*. 2009; 3(54): 281-288. [Persian].



The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Group Training on Anxiety and Depression of Addicts under Methadone Maintenance Therapy (MMT)

Jandaghi, F. *M. A., Neshat-Doost, H.T. Ph.D., Kalantari, M. Ph.D., Jabal-Ameli, Sh. Ph.D student.

Abstract

Introduction: The purpose of this research was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management group training on anxiety and depression of addicts who were under methadone maintenance therapy (MMT).

Method: 20 addicts who were under MMT were selected randomly from Pooya Addiction withdrawal Center in Rafsanjan and then assigned into an experimental group (n=10) and a control group (n=10). The experimental group received cognitive-behavioral stress management group training in 9 sessions. All participants completed the anxiety and depression subscales of SCL-90-R test as the pre-test and the post-test.

Results: Results of MANCOVA showed that the mean scores of anxiety and depression have significantly decreased in the experimental group than the control group in the post-test ($p=0/01$).

Conclusion: The results of this research showed that cognitive-behavioral stress management group training can be used as a useful interventional method for addicts who are under MMT.

Keywords: Cognitive-Behavioral Stress Management Group Training, Anxiety, Depression, Addict, Methadone Maintenance Therapy (MMT)

*Correspondence E-mail:
jandaghifatemeh@yahoo.com

