

فرا تحلیل اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در درمان سوء مصرف مواد و سلامت عمومی افراد وابسته به مواد مخدر

فریبا تابع بردبار*^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/ / تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/ /

چکیده

با توجه افزایش استفاده از شیوه‌های گروه درمانی در درمان سوء مصرف مواد، تاکنون یک مطالعه‌ی علمی نظام‌مند مقالات و ترکیب نتایج مختلف پیرامون آن صورت نگرفته است. هدف از این فراتحلیل، بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ترک سوء مصرف مواد و رفتارهای روانی وابسته به آن بود. از روش فراتحلیل برای بررسی ۱۰ مورد از ۳۲ پژوهش که از نظر روش-شناختی مورد قبول بودند، استفاده شد. با استفاده از میانگین، اندازه‌ی اثر روش-درمانی مذکور مورد مقایسه قرار گرفت. اندازه‌ی اثر مداخلات رفتاری-شناختی که از ۰/۴۷ تا ۰/۸۳ میزان در نوسان بود، اثربخشی این روش درمانی را در مورد سوء مصرف مواد موثر نشان داد. این میزان بر اساس جدول کوهن بالا بود. همسو با سایر تحقیقات آزمایشی و همبستگی، مداخلات رفتاری شناختی بر ترک و پیشگیری از عود سوء مصرف مواد و نشانه‌های روانی چون اضطراب و افسردگی بسیار موثر است.

واژه‌های کلیدی: فراتحلیل، درمان شناختی- رفتاری، اضطراب، سوء مصرف مواد، افسردگی، سلامت عمومی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱- استادیار دانشگاه پیام نور (عضو هیئت علمی).

* نویسنده‌ی مسئول مقاله. yasaman72004@yahoo.com

مقدمه

بر اساس منابع موجود، وابستگی روانشناختی به مواد که عادت هم نامیده می‌شود، با میل شدید و مستمر یا متناوب برای مواد به منظور اجتناب از حالت ملال مشخص است. در واقع سوء مصرف مواد ابتلای اسارت‌آمیزی فرد به یک ماده یا داروی مخدر است. به گونه‌ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و تمامی رفتار فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، اخیراً در گزارشی اعلام کرده است که ایران دارای بیشترین افراد وابسته به مواد مخدر نسبت به جمعیت، در بین کشورهای جهان است. در تایید این ادعا سازمان بهزیستی کشور نیز اعلام نمود که رشد سوء مصرف مواد در کشور سالانه حدود ۸٪ است. در حالی که جمعیت کشور سالانه حدود ۲/۶٪ رشد می‌کند. بنابراین تعداد افراد وابسته به مواد مخدر سالانه بیش از ۳ برابر جمعیت رشد می‌نماید (صرامی، ۲۰۱۲).

در علت‌شناسی اختلال وابستگی به مواد، نظریه‌های گوناگون بر عوامل مختلف از جمله عوامل بین فرهنگی، عوامل رفتاری-روانی و عوامل زیستی-ژنتیکی تاکید داشته‌اند. هر چند که بررسی‌های اخیر حاکی از وجود نابهنجاری‌های مختلف در عملکرد مغزی در اثر سوء مصرف مواد بوده است (سینا، ۲۰۰۱). طبق گزارشات منتشر شده در مجلات علمی در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه‌ی درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارشات مختلفی پیرامون اثربخشی دارو درمانی، طب سوزنی، خانواده درمانی، گروه درمانی، روان درمانی به خصوص درمان‌های شناختی-رفتاری و ... در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت‌های مختلف وجود دارد.

یکی از موضوعات مهمی که در درمان اعتیاد اهمیت اساسی دارد، وجود بیماری‌های روانی زمینه‌ساز آن و اختلالات روانی متعاقب ترک اعتیاد می‌باشد. چرا که می‌تواند به عنوان عوامل شکست درمان نیز به شمار رود. مطالعات بسیاری بر شیوع اختلالات روانپزشکی همچون اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به مواد تاکید کرده‌اند (طباطبایی چهر و دیگران، ۲۰۱۲). این یافته‌ها بیانگر این نکته هستند که اختلالات روانی به خصوص افسردگی می‌تواند در حین مصرف مواد و یا ترک آن رخ دهد. چرا که داده‌ها نشان می‌دهد که بیش از ۳۷٪ سوء مصرف کنندگان الکل و ۵۳٪ سوء مصرف کنندگان داروها، حداقل دارای یک نوع بیماری روانی جدی هستند. از سوی دیگر افسردگی و سایر بیماری‌های روانی نیز خطر ابتلا به اعتیاد را افزایش می‌دهند. با استناد به اینکه

آمارها نشان می‌دهند که ۲۹٪ افرادی که دارای یک نوع بیماری روانی بوده‌اند، از سوءمصرف الکل یا داروهای غیر قانونی دیگر نیز رنج می‌برده‌اند (جانینا^۱، ۲۰۰۵؛ مارکوس و فوریسونی^۲، ۲۰۰۱).

مطالعات ایرانی نیز نشان می‌دهد که حدود ۴/۴۲٪ از افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، قبل از گرایش به مواد دچار نوعی افسردگی بوده‌اند و تنها ۱۲٪ پس از گرایش به مواد دچار افسردگی شده بودند (افقه و دیگران، ۱۹۹۵). با توجه به یافته‌ها بسیاری از محققین اعتیاد، افسردگی و اضطراب توأم با اعتیاد و سایر اختلالات روانی را به‌عنوان یک مشکل اساسی دانسته و همیشه بحث مداومی درباره تعیین و تشخیص همزمانی اختلالات خلقی و مشکلات سوءمصرف مواد وجود داشته است. در مجموع می‌توان گفت که وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی مزمن باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیماری می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ مارکوس، ۲۰۰۱). با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده بودن بیماری اعتیاد، عده زیادی از افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند؛ اندکی بعد از دوره‌ی سم‌زدایی دچار لغزش می‌شوند. از این رو برای اینکه بتوان به فرد معتاد کمک کرد، در کنار مرحله‌ی سم‌زدایی و بعد از آن در مرحله‌ی توانبخشی، استفاده از فنون روان‌درمانی ضرورتی دوچندان پیدا خواهد کرد. امروزه درمان شناختی-رفتاری از روش‌های انتخابی در حوزه‌ی درمان‌های روانشناختی این اختلال است که کاربرد وسیعی دارد (افقه و همکاران، ۱۳۷۵). طبق منابع موجود تفکر و نوع نگرش افراد معتاد به‌عنوان عاملی درونی، آنها را به سوی مصرف مجدد سوق داده و یا می‌تواند برای همیشه آنان را از مصرف مواد منصرف سازد. نگرش معتاد نسبت به مواد مخدر نوعی تفکر است که احتمال دارد منطقی یا غیر منطقی باشد (ملازاده و آشوری، ۱۳۸۸).

روان‌درمانی شناختی-رفتاری برای شماری از اختلالات از جمله سوءمصرف مواد، وابستگی به الکل، اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده است. محققان دامنه‌ی مشکلات بالینی که با این رویکرد قابل درمان است (اختلالات اضطرابی تعمیم یافته، اضطراب عملکردی، ترس‌های اجتماعی، حملات ناشی از وحشت و هراس، دردهای مزمن، اختلالات استرس پس از وقوع حادثه، اختلالات سازگاری، رفتارگرایی به خودکشی، اختلالات خوردن و در مواردی نظیر اختلالات اسکیزوفرنی) بسیار گسترده می‌دانند (دریوس^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ احقر، ۲۰۰۱).

شیوه‌ی درمان شناختی-رفتاری (CBT) نیز به‌عنوان رویکردی هدفمند و کوتاه‌مدت، با تمرکز بر بازسازی شناختی و تغییر رفتار بیشتر بر ترک روانی مواد و جایگزین کردن رفتارها و تفکرات جدید و کارآمد به این رفتارها و تفکرات ناکارآمد قبلی فرد، تاکید دارد. فرض بنیادی درمان

1 Janina

2 Marques & Formisoni

3 Derueis

شناختی- رفتاری این است که فرایند یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم وابستگی به مواد ایفا می‌کند. درمان شناختی- رفتاری با تکیه بر تحلیل کارکردی و مهارت‌آموزی، بیماران را در شناسایی اجتناب و مقابله با مصرف کمک می‌کند. آموزش مهارت‌ها، از جایگاه ویژه‌ای در درمان شناختی- رفتاری برخوردار است. در این نوع درمان، افکار، انتظارات و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد تغییر کرده و از مدیریت وابستگی که روش شبیه اقتصاد ژتونی است، بهره می‌گیرد (هالجین ویتبورن، ۲۰۰۳). درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان بازگشت، افزایش دوام اثرات، همسو شدن بیمار و درمان، خصوصا در مورد بیمارانی که حد بالایی از آسیب روانی همزمان یا شدت وابستگی را نشان می‌دهند، نویدبخش است (کرری^۱ و دیگران، ۲۰۰۱؛ افقه، ۱۳۷۵؛ ملازاده و اشوری، ۱۳۸۸).

هرچند که فراوانی تحقیقات در این زمینه امیدوار کننده است، اما رشد قارچ‌گونه‌ی مراکز ترک سوء مصرف مواد در سراسر کشور و تبلیغ شیوه‌های درمانی مختلف، مراجعین را در سردرگمی انتخاب شیوه‌ی درمانی قرار داده است. به گونه‌ای که اکثریت وابسته به مواد مخدر انواع راهکارهای درمانی را اجرا نموده، اما پس از مدتی از ادامه‌ی درمان منصرف شده‌اند. بنابراین با توجه به سابقه‌ی سوء مصرف مواد در کشور ما لازم است که مطالعاتی جامع و فراگیر در خصوص کارایی شیوه‌های درمانی صورت گیرد که بررسی دقیق برخی از تحقیقات و پژوهش‌های مختلف نیز بیانگر عدم هماهنگی و پراکندگی در نتایج است. از منظر روش شناختی این اختلاف در نتایج می‌تواند معلول عوامل متعددی از جمله تفاوت در اهداف و فرضیه‌های تحقیق، اختلاف در جامعه‌ی مورد بررسی، روش نمونه‌گیری، روش تحقیق به‌کار رفته، متغیرهای تحقیق و آزمون‌های آماری مورد استفاده و شیوه‌ی نتیجه‌گیری باشد. راه حلی که در این پژوهش برای به‌دست آوردن نتایج منسجم و یکدست از چندین مطالعه‌ی اندیشیده شده است، روش فرا تحلیل^۲ می‌باشد که مشخص خواهد کرد میزان اثر رویکرد شناختی- رفتاری بر ترک سوء مصرف مواد و اختلالات روانی اضطراب و افسردگی به چه میزان است و آیا میان این اندازه‌ها تفاوت آماری معنادار وجود دارد؟

روش تحقیق:

روش پژوهش حاضر با توجه به هدف تحقیق فرا تحلیل بود. با این روش می‌توان نتایج پژوهش‌ها را با یکدیگر ترکیب و روابطی تازه را کشف کرد (گلاس، ۱۹۸۱). انجام فراتحلیل اقتضا دارد که تعداد قابل اتکایی از کارهای پژوهشی در موضوعی واحد در جامعه وجود داشته باشد. از این رو انجام آن تنها در حوزه‌ها و موضوعاتی امکان‌پذیر است که حداقل به لحاظ کمی تعداد تحقیقات در آن،

1.Cury

2 Meta - analysis

درخور توجه باشد(به نقل از عابدی و همکاران، ۱۳۸۵). مهم‌ترین مزیت مطالعات فراتحلیل این است که آنها با ادغام نمودن نتایج مختلفه قدرت مطالعه را در جهت یافتن نتایج معنی‌دار افزایش می‌دهند. به زعم استرینر این روش، شیوه‌ای دقیق برای ترکیب هدفمند نتایج مطالعات متعدد به‌منظور دستیابی به برآوردی بهتر در مورد واقعیت و شامل چند مرحله می‌باشد:

(الف) یک جستجوی فراگیر برای تمامی مدارک موجود. (ب) به‌کارگیری معیاری روشن برای تعیین پژوهش‌های دربرگیرنده. (ج) تعیین یک اندازه اثر برای هر تحقیق و (د) یکی کردن اندازه‌های اثر پژوهش‌ها تا رسیدن به یک برآورد کلی از شیوع تا تاثیر یک رفتار(استرینر^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از عابدی و همکاران، ۱۳۸۵).

به‌طورکلی دو رویکرد برای ترکیب و تحلیل نتایج در فراتحلیل وجود دارد: یکی مدل اثرهای ثابت و دیگری مدل اثرهای تصادفی. هُدجس و وو(۱۹۹۸) اظهار نموده‌اند که انتخاب مدل به میزان قابل توجهی به نوع استنباط‌هایی که پژوهشگر می‌خواهد انجام دهد، بستگی دارد. مدل‌های اثر ثابت صرفاً برای استنباط‌های شرطی نامعلوم مناسب است. یعنی استنباط‌هایی که تنها می‌خواهند مطالعات موجود در فرا تحلیل را وسعت دهند؛ در حالی که مدل‌های اثر تصادفی خواستار تسهیل استنباط‌های غیر شرطی می‌باشند. یعنی استنباط‌هایی که ورای مطالعات فرا تحلیل تعمیم داده شده‌اند. برای داده‌های جهان واقعی در علوم انسانی، پژوهشگران به‌عنوان نمونه می‌خواهند که استنباط‌های غیر شرطی انجام دهند و بنابراین، مدل‌های اثرات تصادفی اغلب مناسب‌تر هستند (عابدی و همکاران، ۱۳۸۵).

به لحاظ گستردگی شیوه‌های درمانی به‌کار رفته در ایران، محقق از کلیه‌ی تحقیقاتی که به صورت آنلاین در سایت‌های علمی با درجه‌ی علمی-پژوهشی به چاپ رسیده است، استفاده نمود. نحوه‌ی انتخاب پژوهش‌ها بر اساس ابزارهای آماری مشابه و متغیرهای مشابه بود و مطالعاتی بررسی شد که طی ۱۰ سال اخیر انتشار یافته‌اند. بنابراین جامعه‌ی آماری شامل پژوهش‌های منتشر شده از سال ۸۷ تا سال ۹۱ در زمینه‌ی درمان سوء‌مصرف مواد و رفتارهای وابسته به آن است. این پژوهش‌ها با مراجعه به سایت‌های اینترنتی(مرکز اسناد و اطلاعات مدارک علمی ایران، پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی، شبکه بهداشت و روان کشور، مگ ایران و ...) گرد آوری شد و پس از بررسی از نظر فنی و روش شناختی، تعداد ۱۰ پژوهش که حداقل شرایط علمی و روش شناختی لازم برای فراتحلیل(همچون روایی و پایایی مناسب، روش نمونه‌گیری و روش آماری صحیح، فرضیه‌ها و سوالات مناسب با موضوع پژوهش) را دارا بودند، به روش قضاوتی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین با توجه به فرم مشخصات پژوهش، یک فرم ارزشیابی از پژوهش‌ها با ۷ گویه

توسط پژوهشگر تهیه شد و نظر ارزیابان در مورد مناسب بودن آنها جهت انجام فرا تحلیل سنجیده شد. رتبه بندی داوری ها بر اساس طیف لیکرت انجام شد که همبستگی میان داوری ها ۰/۶۵ به دست آمد که ضریب پایایی ارزشیابی مقالات توسط داوران ۰/۷۶ به دست آمد که نشان دهنده‌ی درجه‌ی بالای توافق داوران بود. ملاک انتخاب هر مطالعه برای وارد شدن در فرا تحلیل عبارت بود از اینکه در هر مطالعه راهکارهای درمانی سوء مصرف مواد بررسی شده باشد، در هر مطالعه آماره‌هایی وجود داشته باشد که قابلیت تبدیل به ضریب همبستگی را دارا بودند، مطالعات در بخش خصوصی و دولتی مد نظر خواهد بود، درمان بر روی بزرگسالان وابسته به مواد انجام شده باشد، در هر مطالعه حداقل ۵ شرکت کننده در هر گروه مقایسه وجود داشته باشد، مطالعات به صورت آنلاین و دسترس باشد. در فرا تحلیل اصل اساسی عبارت است از محاسبه‌ی اندازه اثر برای تحقیقات مجزا و برگرداندن آنها به یک ماتریس مشترک و آنگاه ترکیب آنها برای دستیابی با میانگین تاثیر (روزنتال، ۱۹۸۹؛ ولف، ۱۹۸۲). اندازه‌ی تاثیر نشان دهنده‌ی میزان یا درجه‌ی حضور یک پدیده در جامعه است که با در دست داشتن آماره‌هایی مانند t ، f و χ^2 می‌توان شاخص اندازه اثر (t) مربوط به آنها را برآورد کرد. از آنجا که اندازه‌ی اثر، نشان دهنده‌ی میزان یا درجه‌ی حضور پدیده‌ی در جامعه است؛ پس هرچه اندازه‌ی آن بزرگ‌تر باشد، درجه‌ی حضور پدیده بیشتر است (به نقل از عابدی و همکاران، ۱۳۸۵).

یافته‌ها:

اندازه‌ی اثر شاخصی است کمی که نتایج و یافته‌های آماری مطالعات در قالب آن خلاصه و یکدست می‌شوند و عنصر کلیدی در فرا تحلیل بوده و هدف اصلی از کاربرد آن یک شکل کردن یافته‌های آماری مطالعات در یک شاخص عددی و اندازه‌ی مشترک جهت مقایسه و ترکیب نتایج آماری مطالعات است (کوهن، ۱۹۹۷). قبل از ارائه‌ی اندازه اثر و مقایسه‌های بیشتر اطلاعاتی در مورد پژوهش‌های مورد استفاده مطرح می‌گردد.

بر اساس یافته‌های به دست آمده، ۵۰٪ از پژوهش‌ها به طور همزمان افسردگی و اضطراب را به عنوان شاخص سلامت روان مطرح نموده‌اند. همچنین ۲۰٪ از تحقیقات نیز به پیشگیری از عود و وابستگی توجه داشته‌اند. همچنین تمامی این بررسی‌ها بر جمعیت مردان وابسته به مواد بوده است. از نظر دامنه‌ی سنی بیشترین گروه سنی در دامنه‌ی ۲۰-۵۵ سال قرار گرفته است. روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش‌ها، عمدتاً آزمون تحلیل واریانس و در مراحل بعدی آزمون تی و χ^2 دو بوده است.

جدول ۱: اطلاعات تفصیلی پیرامون پژوهش‌های مورد استفاده در فراتحلیل

نوع درمان	مطالعه	سال	محقق	اندازه نمونه	میانگین دارو درمانی	میانگین شناختی-رفتاری	آماره	Df	معنی‌داری	اندازه اثر
۱	روان درمانی بر عود و سلامت روانی	۸۸	ملزاده و همکاران	۱۵			$F=۴۳/۴۶$	۰/۰۱	۱	۰/۹۸
۲	روان درمانی بر عود		احمد خانی‌ها و دیگران	۹۰	۷/۷ ۱/۰۸۷	۷/۶ ۱/۱	$F=۳/۵۸$	۰۰۰۰	۲	۰/۸۰
۳	روان درمانی بر سلامت روانی	۸۹	مومنی و همکاران	۳۶ ۱۸ ۱۸		۶/۶۰ ۵/۸۴	$t=۵/۹۱$	۰/۰۰۱	۲۹	۰/۷۳۹
۴	روان درمانی بر باورها	۹۱	طباطبایی چهر و همکاران	۸۰		۸۲/۵۳ ۹/۷۶		۰/۰۰۱		
۵	روان درمانی بر سلامت روانی	۸۸	رسولی آزاد و همکاران	۳۰		۴/۶۷۰	$X=۴/۶۷$	۰/۰۰۱	۲۸	۰/۳۹۴
۶	روان درمانی بر سلامت روانی	۸۸	لطفی کاشانی و همکاران	۶۰	۴/۴	۷/۵۵ ۳/۲۴				۰/۳۴۴
۷	روان درمانی بر سلامت روانی	۸۷	کرمی و همکاران	۴۰		۴/۸۹ ۴/۷۴				۰/۶۲۱
۸	روان درمانی بر سلامت روانی	۸۸	جعفری و همکاران	۴۵		۴۴/۴۰ ۴/۴		۰/۰۰۱	۲	۰/۹۴
۹	روان درمانی و سلامت روانی	۱۳۹۰	قربانی و همکاران	۴۵	۳۸/۱ ۳/۵۱	۴۵/۸ ۳/۳۸		۰/۰۰۱	۲	۰/۹۸
۱۰	روان درمانی و عود	۸۹	خیاطی پور و همکاران	۷۵	۹۰/۴ ۱/۱۸	۲/۱۲ ۱/۰۹		۰/۰۵	۲	۰/۸۸

همان گونه که ملاحظه می گردد، تعداد مطالعات منتخب ۱۰ عدد بوده که از این تعداد ۸ مورد سلامت روان و ۲ مورد رفتار عود و وابستگی به مواد را به عنوان معلول مداخله روش درمان شناختی و رفتاری مد نظر قرار داده اند.

محاسبه‌ی اندازه اثر

جدول ۲: خلاصه نتایج حاصل از فرا تحلیل اثر بخشی روش شناختی رفتاری

بر شاخص های سلامت روان

روش درمان	میانگین وزنی اندازه اثر	واریانس آماره	سطح معناداری
شناختی- رفتاری	۰/۷۶	۰/۷۷	۰/۰۱۲

همان گونه که ملاحظه می گردد، روش درمانی شناختی- رفتاری بر مجموعه‌ای از شاخص های سلامت روان با اندازه اثر ۰/۷۶ در سطح $p < 0/05$ معنادار بوده و مطابق جدول کوهن در سطح زیاد است.

اندازه‌ی اثر روش شناختی- رفتاری بر پیشگیری و عود نیز به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است که در ذیل قابل مشاهده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج حاصل از فرا تحلیل اثر بخشی روش شناختی- رفتاری

بر پیشگیری از عود و وابستگی به مواد

روش های درمانی	میانگین وزنی اندازه اثر	واریانس آماره	سطح معناداری
شناختی- رفتاری	۰/۸۳	۰/۰۰۴	۰/۰۴

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر رفتارهای پیشگراانه و جلوگیری از عود با اندازه‌ی اثر ۰/۸۳ در سطح $p < 0/05$ معنادار بوده و مطابق جدول کوهن در سطح زیاد است (کوهن، ۱۹۹۷). با مقایسه‌ی این جداول، می توان دریافت روش های شناختی- رفتاری ابزار درمانی بسیار قوی در رفتارهای سوء مصرف مواد آمیز است. جهت بررسی دقیق تر روش شناختی- رفتاری بر شاخص های سلامت روان با توجه به تنوع آن در تحقیقات مورد استفاده و با توجه به شیوع بی اندازه‌ی افسردگی و اضطراب در وابسته به مواد مخدر، اندازه اثری جداگانه برای شاخص افسردگی و اضطراب وابسته به مواد مخدر نیز محاسبه گردید که در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج حاصل از فرا تحلیل اثر بخشی

روش شناختی- رفتاری بر شاخص اضطراب و افسردگی

روش های درمانی	میانگین وزنی اندازه اثر	واریانس آماره	سطح معناداری
شناختی رفتاری	۰/۴۸	۰/۱۳	۰/۰۱۲۱

بررسی دقیق‌تر در میان شاخص‌های سلامت روان نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی معتادان تا بر سایر شاخص‌ها موثرتر است. البته این برتری به میزان کمی به دست آمده است که مطابق جدول کوهن در سطح نزدیک به متوسط قرار دارد.

جدول ۵: خلاصه نتایج حاصل از فراتحلیل اثربخشی

روش شناختی-رفتاری بر سایر شاخص‌های سلامت روانی

روش‌های درمانی	میانگین وزنی اندازه اثر	واریانس آماره	سطح معناداری
شناختی-رفتاری	۰/۴۷	۰/۱۶	۰/۰۳۱

نتایج حاصل از فراتحلیل اثربخشی روش شناختی-رفتاری بر سایر شاخص‌های سلامت روانی حکایت از اندازه اثر نزدیک به متوسط اما معنادار دارد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق مروری جامع بر شیوه‌ی فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان سوءمصرف مواد و بهبود ملاک‌های سلامت روان بود که تاکنون در ایران انجام نشده بود. نتایج حاصل از به‌کارگیری روش فراتحلیل با بهره‌گیری از روش ترکیب اندازه اثر به روش هانتر و اسمیت نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در ترک سوءمصرف مواد و بهبود ملاک‌های سلامت روان موثر بوده است. بررسی میانگین‌های وزنی اندازه اثر نشان می‌دهد که رفتار درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند بر دو شاخص اصلی سلامت روانی یعنی اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر اثرگذار باشد. در ثانی این شیوه‌ی قدرتمند درمانی نیز بر رفتارهای مرتبط با وابستگی به خصوص پیشگیری از عود اثر خاصی داشته است. بنابراین با استناد به تحقیقات مختلف می‌توان گفت که توانمندسازی افراد وابسته به مواد برای تغییر باورهای غیر منطقی، عدم بازگشت مجدد به سوءمصرف مواد مخدر و ایجاد انگیزه برای زندگی با کیفیت از راه‌های ارتقاء سطح بهداشت روان آنان خواهد بود. یکی از مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری و درمان اعتیاد، گروه درمانی شناختی-رفتاری است. بنابراین اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مد نظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت. با توجه به اندازه اثر به دست آمده از اثربخشی این روش بر پیشگیری از عود و بهبود ملاک‌های سلامت روان می‌توان همسویی این نتایج را با تحقیقات جانینا و همکاران (۲۰۰۵)، ملازاده (۱۳۸۸)، کری (۲۰۰۱)، سینا (۲۰۰۱) و ... اعلام کرد.

در مجموع باورهای فراشناختی مختل، مهارت‌های مقابله‌ای را تضعیف می‌کند؛ تعاملات شناختی (باورهای غیر منطقی مبارزه جویانه) و رفتاری (رفتارهای غیر موثر) ویژه شکل می‌گیرد و زمینه‌ی استفاده از مواد مخدر فراهم می‌شود. بنابراین مداخله‌های شناختی خاص (برای مثال به چالش انداختن باورهای غیر منطقی و تضعیف خودکارآمدی مصرف و تقویت خودکارآمدی امتناع از

مصرف مواد) و مداخله‌های رفتاری (برای مثال تحول رفتارهای غیر دارویی برای مواجهه با حالات شناختی) می‌تواند برای مقابله با باورهای مختل افراد معتاد سودمند و مؤثر باشد (افقه و خلیلیان، ۱۳۷۵؛ ملازاده و آشوری، ۱۳۸۸).

طبق گزارشات منتشر شده، موفق‌ترین نوع ترک مواد مخدر خوددرمانی است که افراد باید از طریق شناخت به این مساله پی ببرند که باید مواد را ترک کنند. در فرایند درمان مهم است که شخص در زمان عود مصرف به کدام مرحله برمی‌گردد. بنابراین با توجه به چرخه‌ی اعتیاد و مداخلات مختلف درمانی، باید با استفاده از روش‌های آموزشی در نگرش‌های معتادین تغییر ایجاد کرد تا بتوان به مراحل مختلف بعدی که باعث تغییر نگرش وی می‌شود، وارد شده و موفق به ترک مواد شد. زیرا بازگشت مجدد افراد به سمت اعتیاد به دلیل تاثیرات عوامل شناختی و موقعیتی است و در این میان عوامل روان شناختی نقش مهم‌تری را ایفا می‌کنند. به عبارت دیگر نگرش‌های غلط افراد وابسته به مواد مهم‌ترین نقش را در مصرف مجدد مواد ایفا می‌کند و بهترین روش درمان این است که یاد بگیرند تا برای حل مشکل خود با تغییر نگرش و کاهش باورهای غلط، در جهت کسب بهبودی کوشش کنند (ملازاده و آشوری، ۱۳۸۸؛ احقر، ۲۰۱۱).

مسئله نتایج این پژوهش می‌تواند به لحاظ نظری و بالینی مورد بهره‌گیری کلیه‌ی دست‌اندرکاران بهداشت روانی به ویژه مسوولان وزارت بهداشت و سازمان نظام روانشناسی مشاوره و بهزیستی قرار گیرد. از جنبه‌ی نظری حمایتی که دیدگاه شناختی و رفتاری می‌تواند در درمان اکثر اختلالات روانی اثرگذار باشد، درخور توجه است. همچنین تحلیل نتایج می‌تواند زمینه‌ی لازم برای گسترش فعالیت‌های مشاوره‌ای و روان درمانی در سطوح مختلف جامعه را فراهم نماید. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش عدم دسترسی محقق به منابع تحقیقاتی مورد نیاز و عدم انتشار درست برخی یافته‌های آماری در مجلات بوده است. عدم گزارش آماره‌های دقیق مرتبط با آزمون فرضیه‌ها در بسیاری از تحقیقات منجر به کنارگذاشتن آن می‌شد. توصیه می‌شود محققین نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه‌های خود را به‌طور کامل و همراه با سطح معنی‌داری به‌کار رفته برای آزمون‌ها در پژوهش‌ها ذکر نمایند و فقط به ذکر نتایج کلی اکتفا نکنند. در صورت یافتن رابطه بین متغیرهای مورد بررسی، اندازه اثر آنها را نیز محاسبه و در نتایج تحقیق خود ذکر کنند. به مطالعه دقیق روش‌های آماری مختلف بپردازند تا قادر به استفاده‌ی از مناسب‌ترین روش آماری در تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده باشند.

منابع

افقه سوسن، خلیلیان علیرضا (۱۳۷۵). بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی در استان مازندران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران، سال ششم، شماره ۱۲، ص ۲۵ تا ۲۹.

- عابدی، احمد؛ عریضی، حمیدرضا؛ محمدزاده، فاطمه (۱۳۸۵). درآمدی بر روش پژوهش فراتحلیل در تحقیقات آموزشی. نشریه علوم اجتماعی، روش‌شناسی علوم انسانی (حوزه و دانشگاه). زمستان. ۴۹: ۱۲۱-۱۴۰.
- هالچین، ریچارد پی، ویتبورن، سوزان کراس (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۴)، تهران: روان.
- ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دوماهنامه علمی-پژوهشی دانش و رفتار، ۳۴: ۱۶.
- Ahghar, G. H. (2011). Efficacy of cognitive behavioral group counseling on changing students attitudes to drug dependence. *Journal of social research*, 9(4): 139-15 [Persian].
- Cohen J. (1997). *Statistical power analysis for the behavioral science*, 2 th ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, P.168-94.
- Curry, JF., Wells, KC., Lochman, JE., Craighead, WE., Nagy, PD. (2001). Group and family cognitive Behavioral therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral practice*; 367-376.
- Janina, G. Gallus, B. & Susa, R. (2005). Intention to change drinking behavior in general practice patients with problematic drink and comorbid depression or anxiety. *Lcohol & Alcoholism*, 40(5): 394-400.
- Derueis RJ, Tang T, Beck AT. *Handbook at cognitive behavior therapies 2007*: 349-393
- Kaplan H. and Sadock, B (2003). *Synosis at psychiatry*, 8th ed Newyork: Williams and Williams and wilknis.
- Marques AC, Formisoni M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for Alcohol and/or drug dependent patients, *Addiction*, (96): 835-46.
- Mollazadeh J., Ashuri A. (2009). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy in preventing recurrence and improving the mental health of addicts. *Shaheduniversity (DaneshvaRftar)* 34: 1-12 [Persian].
- Rosental R. *Research: How are we doing?* (1989). Distinguished Lecture presented at meeting of the Eastern Psychological Association, Boston, MA. ERIC Document Reproduction Service NO. 316 58.
- Sarrami, H. & Ghorbani, M. Minoie M. (2012). Four decades of research on prevalence drug use in Iran. *Quarterly Journal of Research en addiction*, 7(26) : (Persian).
- Sinha, R. How dose stress increase risk of drug abuse and relapse? (2001). *Psychopharmacology*, 158: 343-359.
- Tabatabaeichehr M., Ebrahimisani E., Mortazavi H. (2012). The effectiveness of group cognitive behavioral psychotherapy on changing of irrational beliefs in male addicts. *Journal of north khorasan university of medical sciences*, 4 (3): 419-430 (Persian).
- Wolf FM. (1982), *Meta- analysis*. Lewis- Beck Ms, editor sage university papers series on quantitative application in social science, P. 07-061.

