

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن به روش درآیدن با آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام بر مؤلفه‌های سلامت روان معتادین شهرستان کرمان

امیر سلطانی نژاد^۱، ادیبه برشان^۲، سمیه درتاج ثانی^۳، محمد رضا انارکی محمدی^۴، رضا صابری^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن به روش درآیدن با آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام بر مؤلفه‌های سلامت روان افراد معتاد انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح مقایسه گروه‌های نابرابر بود. در بخش گروه‌درمانی ۲۱ نفر به‌طور داوطلبانه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و تحت ۱۰ جلسه گروه‌درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن قرار گرفتند. در بخش گروه معتادین گمنام نیز ۲۷ نفر به‌طور داوطلبانه به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به مدت شش ماه تحت آموزه‌های این جلسات قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه سلامت روان استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثربخشی آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام در مقایسه با گروه‌درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن بر سلامت روانی و کاهش علائم جسمانی و افسردگی افراد معتاد بیشتر است. **نتیجه‌گیری:** آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام به سبب ایجاد حس همدلی و انتخاب خودمعتادین نسبت به روش گروه‌درمانی برای درمان علائم جسمانی، افسردگی و بهبود سلامت روان معتادان موثرتر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی پذیرش خویشتن، معتادین گمنام، سلامت روان، مردان

۱. نویسنده مسئول: دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فرهنگیان کرمان، کرمان، ایران، پست الکترونیک: Amirsoltan59@gmail.com
۲. دانشجوی دکتری تخصصی سنجش آموزش، گروه روش‌ها و برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۴. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران
۵. استاد یار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد به موادمخدر یکی از مسائل مهم در هر جامعه و از گسترده‌ترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می‌توان آن را از منظر عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی بررسی کرد (کتیبایی، حمیدی، یاریان، قنبری، سیدموسوی، ۱۳۸۹). اعتیاد بیماری مزمن، پیشرونده و تخریب‌کننده‌ای است که نه تنها می‌تواند باعث مرگ فرد مبتلا شود، بلکه باعث آسیب به خانواده فرد معتاد و جامعه‌ای که فرد معتاد در آن زندگی می‌کند، می‌شود (نادری، بینازاده و صفاتیان، ۱۳۸۵). اختلال مصرف مواد از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به‌طور کلی بر خلق فرد تأثیر می‌گذارد. داده‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که تقریباً بیش از نیمی از افرادی که اختلالات ناشی از اعتیاد دارند هم‌زمان دچار اختلال روانی نیز می‌باشند. از سوی دیگر ۱۵ تا ۴۰ درصد افراد دچار اختلال روانی از مصرف‌کنندگان موادمخدر هستند (نجفی، ۱۳۸۴). کاپلان^۱ ضمن مطرح کردن وجود افسردگی اساسی بین معتادین، دریافت ۱۵ درصد معتادین حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. کیلکانر^۲ با استفاده از آزمون ۱۶ عاملی کتل نشان داد معتادین افرادی کناره‌گیر، مضطرب و پارانوئید بوده و خود پنداشت ضعیفی دارند (حاجبی به نقل از مرکز تحقیقات و مطالعات جرم‌شناسی، ۱۳۷۹). نتایج یک بررسی نشان داد که معتادین به مواد مخدر دارای تفکر پارانوئیدی، علائم افسردگی، اضطراب، افکار و سواسی، اعتماد به نفس پایین و ترس مرضی بودند و در سلامت روان نمرات پایین‌تری را کسب کردند (سراج خرمی و اصفهانی اصل، ۱۳۸۷). در مجموع می‌توان گفت وضعیت سلامت روان نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. متأسفانه علی‌رغم تلاش فراوان جامعه علمی هنوز درمان مناسبی که بتواند اعتیاد را درمان کند وجود ندارد که این امر ناشی از وجود ابعاد سه‌گانه جسمانی، روانی و اجتماعی درگیر اعتیاد می‌باشد که درمان اعتیاد را دشوار می‌سازد (هادیان مبارکه، نوری و ملک‌پور، ۱۳۸۹). رویکردهای درمانی برای سوء مصرف مواد بسته به نوع ماده، الگوی مصرف و فراهم بودن سیستم‌های حمایتی روانی - اجتماعی و ویژگی‌های خاص فرد بیمار فرق می‌کنند. یکی از شیوه‌های

1. Kaplan

2. Kilkaner

موقفی که در مورد درمان اعتیاد به کار گرفته می‌شود، استفاده از گروه‌های خودیاری معتادین گمنام^۱ می‌باشد. انجمن معتادین گمنام یکی از انجمن‌های خودیاری است که به شیوه مرحله‌بندی شده تحت عنوان برنامه دوازده‌گانه راه کارهایی را برای درمان اعتیاد ارائه نموده و بر پایه کمک یک معتاد در حال بهبود به معتاد دیگر استوار است (انجمن معتادین گمنام، ۱۳۹۳). عضویت در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام از جمله روش‌هایی است که موفقیت خود را در دوام و ماندگاری دوره پাকی، بهبود کیفیت زندگی و تقویت اراده معتادین در حال بهبودی به تأیید رسانده است. همچنین فریدمن^۲ (۲۰۰۶) نشان داد که شرکت مستمر در انجمن معتادین گمنام با بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی همراه است. در انجمن معتادین گمنام برای بهبودی افراد آموزه‌هایی ارائه می‌گردد که این آموزه‌ها، سعی در اصلاح باورهای غیرمنطقی زمینه‌ساز اعتیاد، رنجش فرد معتاد و دشوار شدن ترک مواد مخدر، دارند (قاسم‌خانی، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد انجمن معتادین گمنام با تکیه بر برنامه‌های معنوی ۱۲ گامی و تقویت معنویت افراد، همچنین، حمایت اجتماعی قدرتمند و مؤثر اعضا از یکدیگر به منظور پرهیز از مصرف مواد و تغییر نگرش افراد نسبت به حل مشکلات زندگی، توانسته موفقیت زیادی را در بهبودی جسمانی و روانی اعضا فراهم کند. با این همه بعضی پژوهش‌ها نسبت به شرکت افراد در جلسات معنوی ۱۲ گامی معتادین گمنام نظر منفی دارند و معتقدند که تکیه به یک نیروی برتر به عنوان اصل محوری انجمن معتادین گمنام، مسئولیت‌پذیری شخصی افراد را تضعیف می‌کند (اریک، فیفر و استرچام^۳، ۲۰۰۰).
از دیگر درمان‌هایی که برای افراد معتاد استفاده می‌گردد، گروه‌درمانی است. از گروه‌درمانی‌هایی که به‌طور متداول و تأثیرگذار برای افراد معتاد مورد استفاده قرار می‌گیرد، گروه‌درمانی‌هایی مربوط به رویکرد شناختی می‌باشد که عموماً به شکل شناختی - رفتاری اجرا می‌گردد. در بررسی‌های بسیاری اثربخشی گروه‌درمانی‌های رویکرد شناختی مورد تأیید قرار گرفته است (مک‌کاردی و زیدونیس^۴، ۲۰۰۱؛ نریمان، ۱۳۸۳؛

دباغی، ۱۳۸۵). علاوه بر این کارایی درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود با اعتیاد نیز به تأیید رسیده است (ثقه‌الاسلام، رضایی و عقیقی، ۱۳۸۲). همچنین تحقیقات بسیاری نشان داده که گروه‌درمانی‌های رویکرد شناختی باعث بهبودی سلامت روانی افراد، از جمله افراد معتاد می‌گردد (عارف نسب، رحیمی، محمدی و بابا محمودی، ۱۳۸۶؛ علاء‌الدینی، کجباف، مولوی، ۱۳۸۷؛ خدایاری فرد، ۱۳۸۷؛ ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸).

یکی از شاخه‌های درمانی رویکرد شناختی، درمان پذیرش خویشتن به روش درایدن^۱ می‌باشد که بر اساس رویکرد نظری رفتاردرمانی عقلانی هیجانی^۲ الیس^۳ است. فرض بنیادین این رویکرد این است که اختلالات روانی از باورهای غلطی که افراد در مورد خود، دیگران و محیط دارند، ناشی می‌شوند و با تغییر این باورها می‌توان اختلالات روانی را درمان نمود و سلامت روان افراد را بالا برد (درایدن، ۱۹۹۹). اوتمن و یاسمین^۴ (۲۰۱۰) در یک بررسی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی را بر روی افرادی که دچار حملات وحشت‌زدگی بودند، اجرا کردند. نتایج نشان داد که این افراد در مقایسه با گروه کنترل بیشتر توانستند که حملات خود را کنترل کنند و تغییرات مثبتی را در موقعیت‌های واقعی ایجاد کنند. لیپی، کاسینو و میلر^۵ (۲۰۰۸) گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری را با ترکیب‌های مختلف، عقلانی- هیجانی، عقلانی- رفتاری و هیجانی- رفتاری را بر روی افراد بزرگسال انجام دادند، نتایج نشان داد که ترکیب‌های مختلف رفتاردرمانی عقلانی هیجانی می‌تواند بر افزایش سلامت روان افراد مؤثر باشد. در یک بررسی فلکسمن و بوند^۶ (۲۰۱۰) تعداد ۱۰۷ نفر با مشاغلی دارای سطوح بالایی از استرس را در سه موقعیت: (۱) گروه‌درمانی پذیرش خویشتن؛ (۲) آموزش‌های کاهش استرس و (۳) گروه کنترل قرار دادند. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی پذیرش خویشتن و آموزش‌های کاهش استرس با تغییر در محتوای شناختی ناصحیح، باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف‌پذیری بیشتر

1. Dryden
2. Ration Emotive Behavior Therapy
3. Elis
4. Outman, & Yasamin

5. Lispi, Casino, & Miller
6. Flaxman, & Bond

افراد گردید. ماسودا^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن با تغییر باورهای انعطاف‌ناپذیر به باورهای انعطاف‌پذیر در افراد موجب بهبودی سلامت روان افراد می‌شود. همچنین نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که باورهای انعطاف‌ناپذیر با سلامت روان پایین ارتباط دارد. در یک بررسی فولک، پرلینگ و ملینب^۲ (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن موجب بهبودی افسردگی افراد گشته و سلامت عمومی آن‌ها را افزایش داده و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. با توجه به مقدمه عنوان شده از آنجایی که آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام همراه با ارائه حمایت اجتماعی، تقویت معنویت و تغییر نگرش به تغییر باورهای غلط معتادین می‌پردازد، اما گروه‌درمانی پذیرش خویشتن تاکید بر تغییر باورهای غیرمنطقی بیماران طبق اصول درمان عقلانی هیجانی آلیس دارد. پژوهش حاضر درصدد شناسایی تأثیر دوزوش درمانی؛ آموزه‌های انجمن معتادین گمنام و گروه‌درمانی پذیرش خویشتن بر روی مؤلفه‌های سلامت روان افراد معتاد و مقایسه میزان اثربخشی این شیوه‌های درمانی در سلامت روان افراد معتاد است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر در بخش گروه‌درمانی، افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان کرمان به تعداد ۸۹۹ نفر بود که دوره سم‌زدایی را گذرانده، و به گروه‌های معتادین گمنام معرفی شده بودند. در این بخش ۲۷ نفر حائز معیارهای ورود، بعد از آگاه‌شدن از هدف پژوهش به طور داوطلبانه از مراکز ترک اعتیاد نوید، دوازده امام، هستی، پناه ۲، حکیم، ابوالفضل (ع)، طلوع، افق، سامان، آرامش، منادیان سلامت، بازگشت سبز و مهرگان به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: سپری نمودن دوره سم‌زدایی به‌طور کامل، اعلام آمادگی جهت دریافت خدمات روان‌درمانی در مراکز ترک، توافق برای انجام دادن تکالیف ارائه شده در گروه، توافق

برای حضور مستمر در جلسات، عدم داشتن اختلال روان‌شناختی مزمن و همچنین کسب نمره ۲۲-۴۸ سلامت روان در پیش‌آزمون (که بیانگر اختلال روانی متوسط در افراد است). موارد ذکر شده از طریق مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک اداره کل بهزیستی و پرونده‌های بالینی بررسی شدند. این افراد در صورت حضور در گروه معتادین گمنام و عدم رعایت موارد توافق شده از گروه خارج می‌شدند. در بخش معتادین گمنام جامعه آماری شامل افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان کرمان به تعداد ۷۵۴ نفر بود که دوره سم‌زدایی را گذرانده و حاضر به فرار گرفتن تحت درمان گروهی نبودند و در حال پیوستن به گروه‌های معتادین گمنام بودند. در گروه معتادین گمنام شرکت‌کننده از لحاظ معیارهای ورود با شرکت‌کنندگان گروه‌درمانی، از جهت سلامت روان و اختلالات روان‌شناختی مزمن موردبررسی قرار گرفتند و از بین افراد هم‌تا با شرکت‌کننده‌های گروه درمانی، ۴۵ نفر به شیوه ملاک مدار از مراکز ترک اعتیاد نوید، آرامش، پناه ۱، حکیم و مهرگان انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان انتخاب شده از هدف پژوهش اطلاع‌داشته و آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. آنان به سه گروه ۹ نفره تقسیم شدند. برای هر گروه به طور یکسان ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم گروه‌درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن که مبتنی بر رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی بود در هر هفته، اجرا شد. قابل توجه است که ۶ نفر از شرکت‌کنندگان به دلایلی همچون ترک گروه (۳ نفر) و غیبت بیش از دو جلسه (۳ نفر) از گروه نمونه کنار گذاشته شدند. در بخش گروه معتادین گمنام افراد نمونه به مدت شش ماه (حداقل زمان لازم برای گذراندن دوازده قدم معتادین گمنام) حضور داشتند و از آموزه‌ها بهره‌مند بودند. محل برگزاری گروه‌درمانی مرکز ترک اعتیاد نوید بود. از طریق هماهنگی با مسئول جلسات حضور فرد مورد کنترل قرار می‌گرفت و عوامل مزاحمی چون عدم همکاری اعضا و نامساعد بودن فعالیت‌های اعضا توسط مسئول جلسه مدیریت می‌شد. ۱۸ نفر از گروه نمونه به علت ترک جلسات و بازگشت به اعتیاد از گروه نمونه کنار گذاشته شدند.

ابزار

پرسش‌نامه سلامت روان: این پرسش‌نامه ۲۸ ماده‌ای خودگزارش‌دهی است که در موقعیت‌های بالینی باهدف تشخیص افرادی که دارای اختلال روانی می‌باشند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (دادستان، ۱۳۸۲). دارای چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تمام گویه‌های آن چهار گزینه‌ای و بر حسب طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. سوالات ۱ تا ۷ به خرده‌مقیاس علائم جسمی، ۸ تا ۱۴ به اضطراب و بی‌خوابی، ۱۵ تا ۲۱ به نارسایی کارکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ به افسردگی اختصاص دارد. کسب نمره بالا نشان‌دهنده سلامت عمومی پایین و کسب نمره پایین نشان‌دهنده سلامت روان بالا و حداقل علائم مرضی است. نمره برش در خرده‌مقیاس‌ها ۶ و در کل پرسش‌نامه ۲۴ می‌باشد. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسش‌نامه را به سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب اعداد ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی آن نیز از سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرد. روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدل‌سکس (MHQ) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ به دست آمد. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در این پرسش‌نامه نشان داد و در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل را تبیین نمودند (تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ بود.

روش اجرا

در بخش گروه‌درمانی، به دلیل ناهماهنگی افراد برای شرکت در جلسات گروه‌درمانی و رعایت معیار حجم تعداد شرکت‌کنندگان در گروه‌درمانی، سه گروه ۹ نفره در نظر گرفته شد. همچنین پس از انتخاب گروه نمونه، جلسات آموزش پذیرش خویشتن که بر اساس کارهای درآیدن (۱۹۹۹) طراحی شده بود، طی ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم به صورت

هفتگی، توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی در مرکز ترک اعتیاد نوید برگزار شد. در این جلسات برای اعضای گروه عوامل مؤثر بر احساسات و هیجانات، تغییر هیجانات و احساسات با استفاده از تغییر باورها، شرح داده شد. هر جلسه شامل سه بخش بود که در بخش اول تکالیف انجام‌شده اعضا بررسی می‌گردید، در بخش دوم، یک فن، طرز فکر و یا مهارت آموزش داده می‌شد و در بخش پایانی، تکلیفی در ارتباط با مهارت آموزش داده‌شده ارائه می‌گردید. جلسات گروه‌درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن به شرح ذیل می‌باشد (درآیدن، ترجمه موحد، ۱۳۹۱).

جدول ۱: جلسات گروه‌درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	به معارفه درمان‌گر و سایر اعضاء و بیان اهداف و رویکرد کلی جلسات درمان پرداخته شد.
دوم	اصول درمان پذیرش خویشتن برای اعضا شرح داده شده و اهدافی برای آن‌ها تعیین شد که در پایان گروه‌درمانی به آن دست یابند. همچنین الگوی ABC (A بیانگر موقعیت فعال‌ساز، B بیانگر باور فرد، و C بیانگر پیامد) شرح داده شد تا اعضا دریابند که چه عواملی در ایجاد یک هیجان سهیم است.
سوم	به اعضا آموزش داده شد که چگونه خواسته‌های انعطاف‌ناپذیر مرتبط به تفکر خودکم‌بینی را زیر سؤال برده و با جایگزین‌های سالم آن‌ها را که نشأت گرفته از باورهای پذیرش خویشتن است، جایگزین کنند.
چهارم	تکنیک‌های مهارت عقلانی (بر اساس عقل و عاقلانه قضاوت کردن) آموزش داده شد.
پنجم	فن زیگزاک (ضعیف کردن متقاعدکنندگی باورهای خودکم‌بینی و نیرومندسازی متقاعدکنندگی باورهای پذیرش خویشتن) به اعضا آموزش داده شد.
ششم	نسخه صوتی فن زیگزاک، استفاده از بیان‌های مؤثر خود و تصویرسازی عقلانی-عاطفی که به منظور کمک به افرادی که می‌خواهند متقاعدکنندگی باورهای ناسالم را کاهش دهند، به اعضا آموزش داده شد.
هفتم	مرور ذهنی تکالیف شناختی-رفتاری، شیوه‌های فائق آمدن بر موانع با استفاده از شیوه شناخت درمانی توضیح داده شد.
هشتم	تکنیک‌های شناختی-رفتاری وضع گردید و یک استدلال عقلانی برای مبارزه با کم‌رویی بیان شد. برای اعضای گروه شرح داده شد که چگونه کم‌رویی باعث می‌شود که افراد فرصت‌های بسیاری را در زندگی خود از دست بدهند.
نهم	به اعضا نشان داده شد که چگونه باورهای آن‌ها بر تفکرشان تأثیر می‌گذارد. همچنین به اعضا آموزش داده شد که چگونه استنباط‌های تحریف‌شده خود را به چالش بکشند.
دهم	پیشرفت اعضا را ارزیابی کرده و به استنتاج بازخورد اعضای گروه در مورد گروه پرداخته شد و در پایان درمان به اعضای گروه کمک شد که آموخته‌های خود را گسترش داده و پایداری آن را بالا ببرند و پس از آن اجرا گردید.

در گروه معتادین گمنام پس از اجرای پیش‌آزمون و معرفی فرد به گروه‌های خودیاری معتادین گمنام، افراد در جلسات روزانه این انجمن، شرکت کرده و بر اساس آموزش و هدایت‌های دیگر افراد معتاد دوازده قدم معتادین گمنام را طی نموده و پس از شش ماه پس‌آزمون اجرا گردید. در این دوره شش ماه محقق به عنوان شرکت‌کننده در این جلسات حضور داشته است. دوازده قدم معتادین گمنام شامل موارد زیر است (انجمن جهانی معتادین گمنام، ۱۳۹۳).

ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیادمان عاجز بودیم و زندگی‌مان آشفته گردیده بود؛ ما به این باور رسیدیم که نیروی برتر از خودمان می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند؛ ما تصمیم گرفته‌ایم اراده و زندگی خود را به خداوند، بدان گونه که او را درک می‌کردیم بسپاریم؛ ما یک ترازنامه اخلاقی، بی‌باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم؛ ما چگونگی جزئیات خطاهای خود را به خداوند، به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم؛ ما کاملاً آماده شده‌ایم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند؛ ما با فروتنی از او خواستیم که کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند؛ ما به‌طور مستقیم در هر جا که امکان داشت. از این افراد جبران خسارت نمودیم مگر در مواردی که اجرای این امر زیان به ایشان و یا دیگران وارد می‌نمود. ما فهرستی از تمام کسانی که آزار داده‌ایم تهیه کردیم و خواستار جبران خسارت از تمام آنان شدیم؛ ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم بدان سریعاً اقرار نمودیم؛ ما از راه دعا و تفکر جویای بهتر نمودن رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدان گونه که آن را درک می‌کردیم و دعا کردیم برای آگاهی از اراده او و قدرتی که آن را به انجام برسانیم؛ با یک بیداری روحانی که در نتیجه این قدم‌ها پیدا کردیم، سعی نمودیم این پیام را به معتادین برسانیم و این اصول را در تمامی امور خود به اجرا درآوریم.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در گروه گروه‌درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن ۳۳/۶۷ سال با انحراف استاندارد ۸/۹۷ سال و در گروه معتادین گمنام ۳۲/۰۵ سال با انحراف استاندارد ۷/۹۱ سال بود. میانگین

مدت‌زمان مصرف مواد توسط افراد در گروه‌درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن ۱۲/۱۰ با انحراف استاندارد ۸/۸۲ سال و در گروه معتادین گمنام ۱۱/۱۱ با انحراف استاندارد ۶/۱۰ سال بود. آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت روان به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت روان به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	گروه‌درمانی	۷/۰۵	۴/۶۱	۶/۴۳	۳/۸۲
	معتادین گمنام	۷/۷۴	۳/۱۶	۵/۵۳	۲/۸۳
علائم اضطرابی	گروه‌درمانی	۷/۹۵	۴/۹۵	۵/۵۷	۳/۱۴
	معتادین گمنام	۷/۶۳	۳/۷۳	۵/۷۴	۳/۱۰
کارکرد اجتماعی	گروه‌درمانی	۷/۲۹	۳/۵۵	۶/۷۶	۴/۰۳
	معتادین گمنام	۷/۲۱	۲/۳۹	۶/۸۴	۱/۶۴
علائم افسردگی	گروه‌درمانی	۷/۱۰	۶/۵۶	۴/۰۵	۴/۰۸
	معتادین گمنام	۹/۳۷	۴/۰۹	۲/۷۴	۳/۳۱
نمره کل	گروه‌درمانی	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	۲۲/۹۵	۱۳/۱۷
	معتادین گمنام	۳۱/۵۸	۸/۰۹	۲۰/۵۳	۸/۱۴

به منظور تحلیل داده‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری ماتریس‌های واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($M=۸/۸۰۲$, $F=۱/۵$, $P > ۰/۰۵$) (باکس). مفروضه‌ی دیگر همگونی واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
سلامت روانی کل	۳/۹۴	۱	۴۶	۰/۰۶۸
علائم جسمانی	۳/۲۲	۱	۴۶	۰/۰۷۶
علائم اضطرابی	۱/۳	۱	۴۶	۰/۳۵
کارکرد اجتماعی	۱/۹۲	۱	۴۶	۰/۱۸
علائم افسردگی	۱/۸۲	۱	۴۶	۰/۱۹

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج حکایت از برقراری مفروضه دارد ($P > 0/05$). با توجه به برقراری مفروضه‌ها تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد که نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه داشت ($F=205/77, P<0/001, \eta^2=0/82$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیره به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تفاوت اثربخشی گروه‌درمانی درآیدن و معتادین گمنام در مؤلفه‌های سلامت روان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
علائم جسمانی	۶۶۲/۴۸	۱	۶۶۲/۴۸	۸۳۹	۰/۰۴
علائم افسردگی	۵۵۱/۷۵	۱	۵۵۱/۷۵	۱۴/۱۷	۰/۰۰۰۵
کارکرد اجتماعی	۰/۰۸	۱	۰/۰۸	۰/۲۰	۰/۶۵
علائم اضطرابی	۲۳/۹	۱	۲۳/۹	۵/۱۳	۰/۰۶

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در مؤلفه‌های علائم جسمانی ($P<0/05$)، و علائم افسردگی ($P<0/001$) تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. در هر دو مؤلفه اثربخشی مداخله‌ی معتادین گمنام موثرتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش خویشتن و آموزه‌های معتادین گمنام بر روی مؤلفه‌های سلامت روان افراد معتاد انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش خویشتن و حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام در مؤلفه‌های علائم جسمانی، و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. در توضیح این یافته می‌توان گفت که گروه‌های خودیاری معتادین گمنام با فراهم آوردن حمایت‌های اجتماعی، افزایش روابط میان فردی و ارائه الگوها و راهکارهای عملی در حل مشکل اعتیاد به‌ویژه افسردگی نقش به‌سزایی دارد. هم‌چنین باید این نکته را مدنظر داشت که مدت‌زمان اجرا و تعداد جلسات درمان افرادی که در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام شرکت نموده‌اند، نسبت به گروه‌درمانی پذیرش خویشتن بیشتر بوده و بنابراین می‌توان این‌گونه فرض کرد که تفاوت معنادار در تأثیرگذاری این دو شیوه درمانی ناشی از

گذشت زمان بیشتر، از ترک اعتیاد است که خود موجب افزایش حس ارزشمندی، افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش افسردگی در افراد می‌شود. عواملی چون آموختن از یکدیگر، همانندسازی، همدلی، مسئولیت‌پذیری و انگیزه برای زندگی سالم از مهمترین ویژگی‌های گروه‌های معتادین گمنام می‌باشد (برایویت، ۲۰۰۴). در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام این اعتقاد وجود دارد که شرکت در انجمن ممکن است به شرکت‌کننده‌ها کمک کند و شرایطشان را بهبود بخشد. گروه‌های خودیاری مفهومی از امیدواری را رشد می‌دهند که شامل حسی از کنترل موقعیت و این باور می‌باشد که هر مشکلی در زندگی مشوقی برای تحول و رشد است. این پژوهش تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد. از تلویحات نظری در بخش گروه‌درمانی آن می‌توان به تأثیر ایجاد باورهای سالم و تغییر باورهای ناسالم و غیرمنطقی در افراد معتاد اشاره نمود که در زمان کوتاهی موجب بهبودی افسردگی و اضطراب و سلامت روان کلی در این افراد می‌شود. همچنین در بخش گروه معتادین گمنام با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که وجود گروه‌های حمایتی بدون نیاز به افراد متخصص می‌تواند تأثیر مثبتی در سلامت روانی افراد معتاد داشته باشند. نتایج به‌دست آمده ضرورت راه‌اندازی مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌شناختی و رفع موانع تشکیل گروه‌های خودیاری معتادین گمنام را برای افراد معتاد که در مسیر ترک مواد مخدر دوره سم‌زدایی را گذرانده‌اند، گوشزد می‌نماید. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم وجود گروه کنترل برای گروه‌درمانی اشاره نمود، از آنجا که افراد نمونه، حاضر به قرار گرفتن در فهرست انتظار برای دریافت گروه‌درمانی نبودند و در صورت عدم عضویت در گروه‌های درمانی به عضویت گروه‌های خودیاری معتادین گمنام درآمده و همچنین بر اساس تشخیص وضعیت روان‌شناختی افراد و نیز در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی تحقیق همه افراد داوطلب در سه گروه‌درمانی قرار گرفتند. تشکیل گروه کنترل برای پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود. می‌توان در پژوهش‌های بعدی این شیوه درمانی را بر روی گروه‌های دیگری از افراد معتاد اجرا کرد که در آن امکان تشکیل گروه کنترل و مقایسه وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های این

پژوهش در بخش گروه‌درمانی می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه معتادین در مراکز ترک اعتیاد که بیشتر جنبه درمان دارویی دارند اشاره نمود. در این راستا پیشنهاد می‌گردد که این بررسی در جمعیت‌های دیگر معتادین مانند کمپ‌های ترک اعتیاد مورد استفاده قرار بگیرد. در گروه‌درمانی، مشاهده بالینی نشان داد که طول مدت درمان ممکن است برای ایجاد تغییر در تعیین اهداف و دنبال کردن آن‌ها کافی نباشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده شامل درمان‌های طولانی‌تر و همچنین پیگیری‌های طولانی‌تر و متعدد باشد. این پیگیری‌ها علاوه بر این که می‌تواند میزان تداوم آثار درمان را نشان دهند به محققان در کشف آثار پنهانی که مدتی پس از درمان ظاهر می‌شوند، کمک می‌نماید. این پژوهش به منظور تأمین شواهد اولیه از اثربخشی درمان پذیرش خویشتن صورت گرفت، بنابراین پژوهش‌های بیشتر و وسیع‌تر به منظور تکرار این تحقیق و تعیین ثبات آثار این برنامه لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- انجمن جهانی معتادین گمنام (۱۳۹۳). *راهنمای کارکرد قدم معتادین گمنام*. ترجمه دفتر خدمات جهانی معتادین گمنام ایران. تهران: انتشارات کیمیا اثر.
- امیدوار، سید محمدرضا (۱۳۹۲). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
- عقیقی، کبری (۱۳۹۲). تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمانی اردبیل*، ۲(۴)، ۳۸-۳۳.
- خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زردخانه، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی، فرامرز؛ ویونسی، جلال (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۲۹۰-۲۸۳.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۲). روان‌شناسی جنایی. تهران: انتشارات سمت.
- دباغی، پرویز (۱۳۹۰). *اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*. رساله دکتری چاپ نشده. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- سراج، ناصر؛ اصفهانی اصل، مریم (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان اعتیاد بر وضعیت سلامت روانی، عزت نفس و قضاوت اخلاقی معتادین به مواد مخدر*. چکیده مقالات همایش ملی آسیب‌شناسی روانی و اجتماعی، معاونت پژوهشی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

- سهرابی، نادره (۱۳۸۹). بررسی میزان سلامت روانی و تنیدگی در معتادین قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی. *مجله روانشناسی*، ۸(۳۰)، ۱۸۲-۱۷۳.
- عارف نسب، زهرا؛ رحیمی، چنگیز؛ محمدی، نوراله؛ بابا محمودی، عبدالرضا (۱۳۸۶). تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادین به تریاک و هرئین. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۴(۱۳)، ۴۳-۵۲.
- علاء‌الدینی، زهره؛ کجاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی امید‌درمانی گروهی بر میزان سلامت روانی. *فصلنامه سلامت در روان‌شناسی*، ۱(۴)، ۷۶-۶۷.
- قاسم‌خانی، قاسم (۱۳۹۳). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: انتشارات جنگل.
- کاپلان، هارولد؛ و سادوک، بنیامین (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی (علوم/روانشناسی بالینی)*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. ویراست دهم، جلد اول.
- کتیبایی، ژیلاد؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاده؛ قنبری، سعید؛ و سیدموسوی، پریاسادات (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیر معتادان مبتلابه HIV و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۳۹-۱۲۵.
- مرکز تحقیقات و مطالعات جرم‌شناسی اداره کل زندان‌های استان خوزستان (۱۳۷۹). *معتاد و بیمار روانی یا مجرم. اصلاح و تربیت*، ۷، ۸۱-۸۰.
- ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *فصلنامه دانشور رفتار دانشگاه شاهد*، ۱۶(۳۴)، ۱۲-۱.
- میرفخرایی، محمد (۱۳۹۰). *اعتیاد چیست معتاد کیست؟ تهران: انتشارات واحدی*.
- محمدی، یحیی (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی اماری اختلالات روانی*. ویراست پنجم، نشر روان، تهران.
- نادری، شهرام؛ نوروزی، محمدرضا؛ بینا زاده، محمد؛ و صفاتیان، سعید (۱۳۸۵). *خودآموز درمان اعتیاد*. انتشارات خلوص، تهران.
- نجفی، کیومرث (۱۳۹۴). مقایسه کیفیت زندگی همسران مردان سوء‌مصرف کننده مواد با گروه کنترل. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۴(۵۵)، ۴۱-۳۵.
- نریمانی، محمد (۱۳۸۳). بررسی تأثیر روان‌شناختی رفتاری در ترک اعتیاد و توان‌بخشی افراد معتاد. *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۳(۹-۱۰)، ۵۹-۴۲.
- نیان، مایکل؛ و درایدن، ویندی (۱۳۹۸). *راهنمای سریع رفتاردرمانی عقلانی هیجانی*. ترجمه حسن حمید پور. تهران: انتشارات ارجمند.
- هادیان مبارکه، رضا؛ نوری، ابوالقاسم؛ و ملک‌پور، مختار (۱۳۸۹). *روان‌نمایشگری و اعتیاد*. مجله تازه‌های روان‌درمانی. ۱۶(۵۶-۵۵)، ۶۶-۴۷.

- Brairwaite V. (2004). The hope process and social inclusion. *The Annals of the American academy of political and Social Science*, 592(1), 128-151.
- Dryden, W. (1999). *Developing Self-Acceptance (A brief, educational, small group approach)*, New York: Wiley.
- Eric, C.L., Feifer, C., Strohm, M. (2000). A Pilot study: Locus of control and spiritual Beliefs in AA and SMART Recovery members. *Addictive Behavior*, 25(4), 633-640.
- Flaxman, P.E., Bond, F.W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and therapy*, 48(8), 816-820, DOI: 10.1016/j.brat.2010.05.004.
- Folke, F., Parling, T., Melinb, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Friedman, G.L. (2006). *Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean [Dissertation]*. Alliant International University, Los Angeles, California, 4-32.
- Groh, D.R., Jason, L.A., Keys, C.B. (2008). Social network variable in Alcoholics Anonymous: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 430-450. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.07.014.
- Liraud, F., verdoux, H. (2002). Effective of Comorbid substance use on neuropsychological performance in subjects with psychotic or mood disorders. *Encephale*, 28(2), 160-168.
- Herman, M. (2000). Psychotherapy with substance abusers: integration of psychodynamic and cognitive behavioral approaches. *American Journal of Psychotherapy*, 54(4), 574-579.
- Lipsy, M.j., Kassinove, H., & Miller, N.j. (2008). Effects of rational emotive therapy rational role reversal, and rational-emotive imagery on the emotional adjustment of community mental health center patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(3), 366-374.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Fletcher, L.B., Seignourel, P.J., Bunting, K., Herbst, S.A., & Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behavior Research and Therapy*, 45(11), 2764-2772. DOI: 10.1016/j.brat.2007.05.008.
- McCrary, B.C., Ziedonis, D. (2001). American Psychiatric Association Practice Guideline for substance Use Disorders. *Behavior Therapy*, 32, 309-336.
- Maremmani, I., pani, P.P., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 month among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal of substance abuse treatment*, 33(1), 91-98. DOI: 10.1016/j.jsat.2006.11.009.
- Othman Mydin, Y., Yusooff, F. (2010). Psychological counseling process: application of rational emotive behavior therapy to treat Panic Attack case. *Procedia- Social and Behavioral sciences*, 5, 416-420, DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.115.