

اعتیاد پژوهی

سال ششم، شماره بیست و یکم، بهار ۱۳۹۱

صاحب امتیاز:

ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

مدیرمسئول:

دکتر امیر حسین یآوری بافقی

سر دبیر:

دکتر حسن احدی

مدیر اجرائی:

مجید قربانی

ویراستاران:

دکتر سیدعلی حسینی‌المدنی، دکتر محمدعلی محمدی‌فر

ناشر:

دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر فصلنامه:

تهران، بزرگراه مدرس، خیابان شهید وحید دستگردی، خیابان نفت شمالی، نبش
کوچه دوازدهم، پلاک ۳۲

صندوق پستی:

۱۹۳۹۵-۷۳۴۱

تلفن و دورنگار:

۲۲۹۰۱۲۳۱-۲۲۹۰۱۲۳۲

پست الکترونیک:

info@etiypazhohi.ir

فصلنامه مطابق نامه‌ی شماره‌ی ۳/۵۱۳۹۴ مورخ ۱۳۹۱/۰۲/۲۷ کمیسیون نشریات علمی نشریات وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری دارای رتبه‌ی علمی و پژوهشی می‌باشد.

فصلنامه اعتیاد پژوهی در پایگاه اینترنتی etiypazhohi.ir بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (sid) و پرتال جامع علوم انسانی قابل دسترسی است.

هیأت تحریریه

استاد دارو شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر محمدرضا زرین دست
استاد تشریح گری دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر محمدتقی جغتایی
استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران	دکتر علیرضا محسنی تیریزی
استاد جامعه شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات	دکتر مهرداد نوابخش
استاد روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	دکتر پروانه محمدخانی
دانشیار مدیریت خدمات درمانی دانشگاه علوم انتظامی	دکتر مجید رضایی راد
استادیار روانپزشکی انستیتو روانپزشکی تهران	دکتر محمدباقر صابری زفرقندی
استادیار روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور	دکتر عزت‌اله کردمیرزانی‌کوزاده

داوران این شماره

استاد روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی	دکتر حسن احدی
استاد علوم تشریح دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر مهدی مهدی‌زاده
دانشیار روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز	دکتر جلیل باباپورخیرالدین
دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی	دکتر شهریار شهیدی
استادیار روانشناسی کاربردی دانشگاه گیلان	دکتر ایرج صالحی
استادیار علوم تربیتی دانشگاه بیرجند	دکتر محمدرضا اسدی‌یونسی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران	دکتر مهدی علیزاده‌زارعی
استادیار روانشناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبایی	دکتر فرهاد جمهری
استادیار روانشناسی عمومی دانشگاه جامع امام حسین	دکتر حمیدرضا حاتمی
استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی	دکتر شهرام محمدخانی
استادیار علوم زیستی دانشگاه شاهد	دکتر مجید حسن پورعزتی
روانپزشک	دکتر مهرداد احترامی
مدرس روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد کرج	دکتر سیدعلی حسینی‌المدنی

راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد

- پس از ذکر عنوان و اسامی نویسنده (گان)، چارچوب چکیده به صورت مقدمه، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها ارائه شود.
- چکیده‌های فارسی و انگلیسی (حداکثر ۱۵۰ کلمه) و کلید واژه‌ها (حداقل ۳ و حداکثر ۵ واژه به زبان فارسی و انگلیسی) همراه مقاله فرستاده شود. چکیده انگلیسی دقیقاً مطابق با چکیده فارسی نوشته شود. هجی دقیق نام و نام خانوادگی نویسنده و همکاران در چکیده انگلیسی پانوشت گردد.
- اطلاعات کتاب‌شناسی در انتهای مقاله به ترتیب حروف الفبا و با توجه به نکات ذیل آورده شود: در متن مقاله طبق اصول APA، زمانیکه نام یک نویسنده را برای اولین بار ذکر می‌کنید، عنوان لاتین آن را پانوشت نمایید. اگر نویسنده دارای همکار می‌باشد (تا چهار نفر) عنوان خانوادگی آن‌ها را نوشته و آن‌ها را پانوشت نمایید. در صورتی که تعداد آن‌ها با نویسنده از پنج نفر به بالا می‌باشد، نام نویسنده را نوشته و سپس از واژه‌ی همکاران استفاده نمایید؛ در منبع‌نویسی آخر مقاله ذکر عنوان تمام همکاران ضروری می‌باشد. در زمانیکه اسم یک نویسنده و همکاران وی را برای اولین بار ذکر می‌نمایید. در مراتب بعدی، در صورت تکرار، دیگر نیازی به ذکر مجدد اسامی آن‌ها وجود ندارد. در این صورت از واژه‌ی "و همکاران" استفاده کنید.
- در متن مقاله، هر جا لازم بود، نام مؤلف و سال انتشار منبع را داخل پرانتز نوشته و در مورد اسامی اصطلاحات خارجی (لاتین)، معادل خارجی آنان در پایان همان صفحه درج شود. نام تمامی ابزار و اصطلاحاتی که در متن برای اولین بار ذکر می‌شود، پانوشت شود. تا حد ممکن از به کار بردن کلمات خارجی در متن مقاله خودداری کنید.
- پذیرش نهایی مقاله و چاپ آن در فصل‌نامه، منوط به تأیید هیأت تحریریه و داوران متخصص است.
- کلیه مقالات ارسالی باید اصول و چارچوب مربوط به مقالات علمی-پژوهشی (مقدمه، بدنه اصلی مقاله حاوی چارچوب نظری یا مفهومی برای تبیین یا توصیف متغیرها و ارتباط آن‌ها، روش‌ها (شامل جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری و ابزار)، یافته‌ها و نتایج تحقیق، بحث و نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی و فهرست منابع) را مراعات کنند.
- پیشنهادات خود را در پاراگراف آخر مقاله و بدون ذکر عنوان (تیترا) بیان کنید.

- نتیجه‌گیری به اختصار و به عنوان جمع‌بندی بحث ارائه شود.
- حجم مقاله می‌تواند تا ۱۳ صفحه A4 و هر صفحه ۲۴۰ کلمه باشد.
- ارسال دو نسخه از مقاله الزامی است و مقاله‌های دریافتی عودت داده نمی‌شوند.
- مقاله‌ها الزاماً باید با نرم‌افزار رایانه‌ای (Word) و قلم B نازنین با پوینت ۱۳/۵ تایپ شده باشند و فایل مربوطه نیز همراه مقاله ارسال شود.
- لازم است نام نویسنده یا نویسندگان به‌طور کامل بیان شود. ذکر وابستگی سازمانی نویسنده، درجه علمی و پست الکترونیکی (e-mail) نیز در زیر نام پدیدآورندگان الزامی است. هم‌چنین، نام نویسنده مسؤول، با ذکر نشانی کامل، در پایین هر مقاله آورده شود.

مقاله‌های مروری

- تنها مقاله‌ای پذیرفته می‌شود که نویسنده آن در زمینه‌ی مربوطه صاحب نظر بوده و در فهرست منابع به آثار خود اشاره کرده باشد (حداقل چهار مورد).
- اصول کلی نگارش مشابه مقاله‌های پژوهشی باشد.

یادآوری:

۱. مطالب مندرج در فصل‌نامه، الزاماً بیانگر نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر نیست. مسئولیت مطالب و مقالات به عهده نویسندگان آنان است.
۲. نقل مندرجات این فصل‌نامه با ذکر مأخذ (اعتیادپژوهی) بلامانع است.
۳. فصل‌نامه «اعتیادپژوهی» از تمامی پژوهشگران، استادان و صاحب‌نظران برای ارائه مقاله‌های تحقیقی در زمینه‌های اعتیاد و مواد مخدر دعوت به عمل می‌آورد.
۴. فصل‌نامه در ویرایش، اصلاح و هماهنگ‌سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد، آزاد است.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷-۱۸	تأثیر بیوفیدبک EEG بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و عقاید وسوسه‌انگیز افراد با اختلال سوءمصرف مواد محمد نریمانی، سوران رجبی
۱۹-۳۰	مقایسه توانایی بازشناسی حالات هیجانی و ذهن‌خوانی در افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و همتایان سالم وحید نجاتی، اسماعیل شیری، ژاله نوری
۳۱-۴۶	مقایسه اثربخشی چهار روش پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر بر نگرش و عزت نفس دانش‌آموزان مجتمع‌های فرهنگی، تربیتی و خوابگاهی کمیته امداد امام خمینی (ره) عزیزالله آقابابایی، داریوش جلالی، حمیدرضا سعیدزاده، سهیلا باقری
۴۷-۶۴	مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته سیدعلی حسینی‌المدنی، حسن احدی، یوسف کریمی، هادی بهرامی، آمنه معاضدیان
۶۵-۸۰	اثر پیش شرط‌سازی با هاپرواکسی نورموباریک بر صدمه بافتی، عملکرد مکانیکی و بی‌نظمی‌های حاصل از ایسکمی-جریان مجدد در قلب ایزوله موش بزرگ آزمایشگاهی وابسته به مورفین رهام مظلوم، سهراب حاجی‌زاده، سعید سمنانیان، خلیل پورخلیلی، غلامرضا بیات، فیروزه علویان، فاطمه صفری
۸۱-۹۹	مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن با آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام بر روی مولفه‌های سلامت روانی معتادین مهدی زارع بهرام‌آبادی، نصراله عرفانی، محمدعلی محمدی‌فر، مصطفی مشایخی‌پور
4-9	چکیده مقالات به زبان انگلیسی

تأثیر بیوفیدبک EEG بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و عقاید وسوسه‌انگیز افراد با اختلال سوء مصرف مواد

محمد نریمانی^۱، سوران رجبی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۶/۱۲

چکیده

هدف: هدف این مطالعه بررسی تأثیر بیوفیدبک EEG (نوروفیدبک) در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و عقاید وسوسه‌انگیز افراد با اختلال سوء مصرف مورفین است. **روش:** روش مطالعه آزمایشی بوده که در سال ۱۳۹۰ در شهر اردبیل انجام گرفته است و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه این مطالعه ۳۴ نفر بیمار مرد وابسته به مورفین بودند که به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل دستگاه نوروفیدبک، پرسشنامه عقاید وسوسه‌انگیز رایت و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایویند و لایویند بوده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش مانکوا تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل، بهبودی معناداری را برای مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و عقاید وسوسه‌انگیز بعد از ۲۰ جلسه درمانی نوروفیدبک نشان داد؛ اما در مورد متغیر استرس بهبود معناداری به دست نیامد. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که افراد معتاد می‌توانند تحت تأثیر بیوفیدبک EEG افسردگی، اضطراب و عقاید وسوسه‌انگیز خود را بهبود بخشند.

کلید واژه‌ها: بیوفیدبک EEG، افسردگی، اضطراب، استرس، سوء مصرف مواد

۷
7

۱. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی. پست الکترونیک: Narimani@uma.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خلیج فارس

مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد، مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روان شناختی است که الگویی از تکرار و بروز عوارض تحمل، ترک و اعمال اجباری را به همراه دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۰۰). در سبب شناسی اختلال وابستگی به مواد، بر عوامل مختلف بین فردی، رفتاری-روانی و زیستی-ژنتیکی تاکید شده است. در سال‌های اخیر، ابعاد عصب شناختی و فیزیولوژیکی این اختلال بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (موسسه مطالعات سوء مصرف مواد آمریکا^۲، ۲۰۰۰).

در حوزه درمان اختلالات روان شناختی، پژوهش‌های نوروفیزیولوژیکی با بررسی ارتباط بین موج نگار الکتریکی مغز، مکانیزم‌های زیربنایی تالامو کورتیکال^۳ مغز و حالات روان شناختی، نشان داده‌اند که ایجاد نوسانات و تغییرات بهینه در ریتم و فرکانس امواج مغزی، با استفاده از روش‌های عصب درمانی^۴، می‌تواند تغییرات بهینه‌ای در حالات روان شناختی ایجاد کند (استرمن^۵، ۱۹۹۶). بیوفیدبک EEG یا نوروفیدبک^۶ از جمله این روش‌های عصب درمانی است که با انجام مطالعات افرادی مانند استرمن (۱۹۶۹) و ویوریکا و استرمن^۷ (۱۹۶۸) شروع شد و توسط افراد زیادی تداوم یافت (کابوت، میشل، پریچپ و جان^۸، ۲۰۰۱؛ کلارک، باری، مک کارتی و سیلکوویتز^۹، ۲۰۰۱؛ فوچز، بیربامر، لاتزنگر، گرازیلر و کایزر^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ هیوود و بیل^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ زایدل و بارنیا^{۱۲}، ۲۰۰۵).

بازخورد امواج مغزی یا نوروفیدبک روش غیرتهاجمی و بدون دردی است که طی آن الکترودهایی به کمک چسب مخصوص بر طبق نظام بین المللی ۲۰-۱۰ به پوست سر بیمار چسبانده می‌شود. نصب الکترودها می‌تواند به شیوه یک کاناله یا دو کاناله با الگوی یک

۸
۸

سال هشتم، شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

1. American Psychiatric Association

3. talamocortical

5. Sterman

7. Wywricka & Sterman

9. Clarke, Barry, McCarthy & Selikowitz

10. Fuchs, Birbaumer, Lutzenberger, Gruzelier & Kaiser

11. Heywood & Beale

2. National Institute on Drug Abuse

4. neurotherapy

6. neurofeedback

8. Chabot, Michele, Prichep & John

12. Zaidel & Barnea

قطبی^۱ یا دوقطبی^۲ باشد (دموس^۳، ۲۰۰۵). امروزه برپایه مطالعات آسیب‌شناسی عصبی، می‌توان با استفاده از این روش، ریتم‌ها و فرکانس‌های نابهنجار (بر اساس تشخیص‌های مبتنی بر موج نگار کمی مغزی^۴) را به ریتم‌ها و فرکانس‌های بهنجار (یا نسبتاً بهنجار) و به دنبال آن حالات روان‌شناختی نابهنجار را به بهنجار تبدیل کرد (گانکلمن و جانستون^۵، ۲۰۰۵). دلیل تمرکز ویژه روان‌شناسی بر این حیطه این است که مغز تنظیم‌کننده مرکزی هیجانات، نشانگان فیزیکی، افکار و رفتارهایی است که بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را تبیین می‌کنند. نوروفیدبک بر پایه ایده پذیرفته شده ارتباط ذهن-بدن بوده و شامل آموزش ذهن برای عمل به شیوه‌ای بهینه به منظور بهبود کارکردهای رفتاری، فیزیکی، شناختی و هیجانی است و در واقع توانایی ذهن را برای بازسازی، تغییر و التیام خود، افزایش می‌دهد (دموس، ۲۰۰۵).

تحقیقات انجام گرفته در چند دهه پیش نشان می‌دهد که آموزش نوروفیدبک در درمان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (کایزر و اتمر^۶، ۲۰۰۰؛ روزیترا^۷، ۲۰۰۴؛ لینز^۸ و همکاران، همکاران، ۲۰۰۶؛ بخشایش، شنایدر، ویشکن، اسر و ایهل^۹، ۲۰۰۷؛ بخشایش و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸؛ یعقوبی، جزایری، خوشابی، دولتشاهی و نیکنام، ۱۳۸۹؛ بخشایش، اسر و ویشکن، ۱۳۸۹)، اختلالات یادگیری (مارینوس، برتلر، سیلویا، این و لودا^{۱۰}، ۲۰۰۹)، افسردگی (هاموند^{۱۱}، ۲۰۰۵؛ پوتمن^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ روزنفلد^{۱۳}، ۱۹۹۷)، اضطراب (هاموند، ۲۰۰۵)، صرع (کوچوبی^{۱۴} و همکاران ۲۰۰۱)، اختلال خواب و وسواس فکری-عملی (هاموند، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۳)، اختلال سلوک^{۱۵} (روزیترا^{۱۶}، ۲۰۰۴)، فیرومالژی^{۱۷} (مولر، دونالدسون، نلسون و لیمن^{۱۸}، ۲۰۰۱) و حتی در عملکردهای بهینه افراد سالم و بهبود

۹
۹

سال ششم، شماره ۳۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

1. monopolar
2. bipolar
3. Demos
4. Quantitative Electro Encephalo Graphy
5. Gunkelman & Johnstone
6. Kaiser & Othmer
7. Rossiter
8. Leins
9. Bakhshayesh, Schneider, Wyschkon, Esser & Ihle
10. Marinus, Breteler, Sylvia, Ine & Ludo
11. Hammond
12. Putman
13. Rosenfeld
14. Kotchoubey
15. conduct disorder
16. Rossiter
17. fibromyalgia
18. Muller, Donaldson, Nelson & Layman

ویژگی‌های شخصیتی (ویلسون، پپر و موس^۱، ۲۰۰۶) کاربرد دارد. همچنین شواهد پژوهشی حاکی از تأثیر این روش در کاهش علائم و عوارض روان‌شناختی وابستگی به مواد و الکل است (پنیستون و ساکسبی^۲، ۱۹۹۵؛ ماسترپاسکوا و هلی^۳، ۲۰۰۳؛ فردریک، تیمرمن، راسل و لوبار^۴، ۲۰۰۴؛ اسکوت، کایزر، اتمر و سیدروف^۵، ۲۰۰۵؛ هاموند، ۲۰۰۶). فاهریون^۶ (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای نشان داد که تفاوت کمی بین دو گروه نوروفیدبک نوروفیدبک و گروه کنترل روی هم رفته بعد از دو سال اجرا وجود دارد اما وقتی نتایج به تفکیک سن، نژاد و داروی مصرفی تحلیل شد نوروفیدبک روی گروه جوانان، رنگین پوستان و مصرف‌کنندگان داروهای غیر مهیج اثربخشی بیشتری داشت. هاموند (۲۰۰۵) در مروری بر مطالعات انجام شده نشان داده است که نوروفیدبک موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی در آزمودنی‌ها شده است. سوخادز، کانون و ترودو^۷ (۲۰۰۷) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که شیوه‌التقاطی روش‌های علوم عصب‌شناختی، درمان‌های روان‌شناختی قراردادی و نوروفیدبک تأثیر معنی‌داری بر بهبود عملکرد شناختی (مانند کنترل اجرایی) و هیجانی (مانند وسوسه، حساسیت بالا به دارو و درمان‌نشانه‌ها و کنترل اجرایی) داشته است. همچنین دهقانی، رستمی، رحیمی نژاد و اکبری (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی آموزش نوروفیدبک بر سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی نشان دادند که گروه آزمایش در متغیرهای علائم جسمانی، افسردگی و نمره کل سلامت روان نسبت به گروه کنترل تغییر معناداری داشته است، اما این تغییر در متغیرهای اضطراب-اختلال خواب و اختلال در عملکرد اجتماعی معنادار نبوده است.

مطالعات انجام گرفته در زمینه تأثیر نوروفیدبک در درمان اعتیاد نیز حاکی از اثربخشی آن است. پنیستون و کولکوسکی^۸ (۱۹۹۰) در تحقیقی با عنوان شخصیت الکلیک و آموزش امواج مغزی آلفا/بتا نشان دادند که این شیوه در درمان الکلیسم اثربخش است.

1. Wilson, Peper & Moss
3. Peniston & Saxby
5. Scott, Kaiser, Othmer & Sideroff
7. Sokhadze, Cannon & Trudeau

2. Masterpasqua & Healey
4. Frederick, Timmermann, Russell & Lubar
6. Fahrion
8. Peniston & Kulkosky

دموس^۱ (۲۰۰۵) در مطالعه ای با عنوان کاربرد بیوفیدبک امواج مغز در درمان اختلال سومصرف مواد در نوجوانان نشان داد که این شیوه می تواند در درمان اعتیاد در نوجوانان موثر باشد.

با وجود تمام پیشرفت ها و تلاش های علمی، اکثر مطالعات پیشین در حوزه کاربرد نوروفیدبک در درمان اختلال وابستگی به مواد، محدود به مطالعات موردی یا تک گروهی بوده و مطالعات آزمایشی اندک است. به علاوه عمده توجهات در این مطالعات، بر الکلیسم بوده و کمتر به بررسی وابستگی به سایر مواد، به ویژه وابستگی به مورفین پرداخته شده است. لذا هدف این تحقیق، تعیین میزان تأثیر نوروفیدبک در بهبود وضعیت روان شناختی بیماران وابسته به مورفین است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش به دلیل بررسی اثربخشی آموزش نوروفیدبک، کاربردی بوده و از لحاظ روشی که دنبال می کند آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر مردان سرپایی وابسته به مورفین (معتادان معمولی) بودند که طی ماه های تیر تا مردادماه ۱۳۹۰ به مراکز بازپروری خصوصی و دولتی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. از این تعداد، ۴۰ نفر بیمار وابسته به مورفین به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این افراد بر اساس تشخیص روانپزشک و همچنین، مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته بر پایه DSM-IV-TR توسط دو نفر دانشجوی دکتری روان شناسی انتخاب شدند. افراد وابسته به مورفین، دارای ملاک های لازم برای این اختلال بوده و هنوز اقدام به ترک نکرده بودند. تعداد ۲۰ نفر برای هر زیر گروه در نظر گرفته شد. در ادامه ۲ نفر از گروه کنترل و ۴ نفر از گروه آزمایشی از ادامه جلسات خودداری کردند که در مجموع نتایج بدست آمده از ۳۴ نفر تحلیل شد. دامنه ی سنی این افراد بین ۲۲-۴۶ سال با میانگین ۳۲/۲۵ و انحراف معیار ۴/۱۲ بود.

پس از محرز شدن اختلال وابسته به مورفین بر اساس ملاک‌های تشخیصی، آزمون‌های تعریف شده در مطالعه حاضر به عنوان پیش آزمون اجرا شد. نمونه انتخاب شده در حین اجرا تحت درمان دارویی قرار داشتند. پس از آن، گروه آزمایش تحت درمان به روش نوروفیدبک به مدت ۱۰-۷ هفته و ۲۰ جلسه درمانی ۴۰ دقیقه‌ای به عنوان موقعیت آزمایشی قرار گرفت. این آموزش بر اساس پروتکل درمانی آموزش آلفا-تتا در ناحیه واقع در ناحیه آهیانه ای قشر مخ، به مدت ۴۰ دقیقه، با استفاده از دستگاه (FlexComp Infinity™) صورت گرفت. در ناحیه مذکور فیدبک تنها به شکل صوتی بود. در این پروتکل مراجع چشمان خود را بسته و تنها به صوتی که برایش پخش می شود گوش می کند. سه محور مرتبط با این تکلیف مربوط به امواج تتا، آلفا و بتا می باشند و به یک محور اضافی جهت کنترل دلتا، آستانه ها به گونه ای تنظیم می شود که آلفا و بتای فرد در حداقل ۶۰ درصد موارد بالای آستانه و دامنه تتا در ۲۰ درصد موارد پایین آستانه باشد (پنستون و ساکسی، ۱۹۹۵). در ۱۳۰ ثانیه اول خط پایه^۱ برای بیمار مشخص می شد و در طی جلسه، بر اساس این خط پایه تمرین صورت می گرفت. در جلسه اول ارتباط بین دستگاه نوروفیدبک (FlexComp Infinity™)، بدن بیمار، کامپیوتر و صفحه‌ی نمایش، تشریح می شد و راهنمایی می شدند تا با کمک آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، تکلیف مورد نظر را با موفقیت انجام دهند. کوشش‌های موفق بیمار با تشویق‌های کلامی درمانگر همراه می شد. گروه کنترل نیز در طی این جلسات صرفاً دارو درمانی می شدند. بعد از اتمام جلسات، مجدداً از گروه‌ها پس آزمون گرفته شد.

ابزار

۱- دستگاه نوروفیدبک (NFT): مدل بکارگرفته شده در مطالعه حاضر، سیستم (FlexComp Infinity™) می باشد که ۱۰ کاناله بوده و با باطری کار می کند. بعد از نصب نرم افزار مربوطه به کمک سیستم رایانه‌ای قابل اجرا می باشد. این ابزار از الکترودها که به بدن وصل هستند استفاده می کند تا به افراد اطلاعاتی درباره برخی از کارکردهای زیست شناختی بدنشان ارائه کند (لاورنس، ۲۰۰۲). طرز کار دستگاه به این ترتیب است که الکترودهای

1. baseline

بر اساس پروتکل درمانی منطبق با مشکل فرد بر اساس نظام بین المللی ۲۰-۱۰ روی پوست سر و لاله(های) گوش توسط چسب مخصوص چسبانده می شود. سپس با کمک تجهیزات رایانه ای و بر اساس دامنه^۱ امواج مغزی فرد (که به میکروولت ۱۷۰ سنجیده می شود)، یک فیدبک دیداری یا شنیداری (معمولاً در قالب یک بازی، تصویر و یا صوت کامپیوتری) به فرد ارائه می شود. فرد طی مراحل بالاتر در می یابد که می تواند با استفاده از امواج مغزی اش، این فیدبک ها را کنترل و تنظیم کند. تداوم این فرایند باعث بروز تغییراتی در وضعیت امواج مغزی و بهبود نابهنجاری های آنها می شود (هاموند، ۲۰۰۶). این دستگاه در مطالعه حاضر جهت اجرای پروتکل درمانی به کار برده شد.

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۲: این مقیاس توسط لوی بوند^۳ و لوی بوند (۱۹۹۵) ساخته شده است و ۲۱ ماده دارد و هر آزمودنی به هر آیتم به صورت هر گز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) پاسخ می دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به شرح زیر به دست آمد: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (لویندا، ۱۹۹۵). در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد (تعداد = ۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شد و ضریب همبستگی زیرمقیاس های افسردگی، استرس و اضطراب با پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۴۹ و ۰/۶۷ به دست آمد و در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰).

۳- پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز^۴: این پرسشنامه توسط رایت^۵ (۲۰۰۳) درباره عقاید مربوط به وسوسه مصرف مواد در ۲۰ ماده و به صورت مقیاس درجه بندی لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) ساخته شده است. این آزمون از اعتبار و پایایی خوبی برخوردار است

۱۳
13

سال ششم، شماره ۳۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

1. amplitude
2. Depression, Anxiety and Stress Scale
3. Lovibond
4. Craving Beliefs Questionnaire
5. Wright

و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است (چانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

یافته‌ها

قبل از بررسی تحلیلی نتایج و گزارش تحلیل کواریانس چند متغیره، رعایت پیش فرض‌های این تحلیل نشان می‌دهد که داده‌ها از پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند. همچنین موازی بودن تقریبی شیب‌های رگرسیون نیز بیانگر تأیید «مفروضه همگنی رگرسیون‌ها» و وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته بود. مجذور R نیز نشان دهنده همبستگی بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی است. عدم معنی داری آزمون لون بیانگر رعایت شرط برابری واریانس خطاها است. بنابراین با توجه به رعایت پیش فرض‌های تحلیل کواریانس، به مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پرداخته می‌شود. نتایج تحلیل مانکوا نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد (لامبدای ویلکز = ۰/۰۰۱، $p < ۰/۳۲$). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل، F بدست آمده برای متغیرهای افسردگی ($F=۱۹/۸۰$) و اضطراب ($F=۴/۳۶$) به ترتیب با مقدار مجذور اتای ۰/۴۱ و ۰/۱۳ در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۵ معنی دار است. یعنی افرادی که دارای وابستگی به مورفین بودند و در جلسات نوروفیدبک آموزش دیده بودند در مقایسه با افرادی که دارای وابستگی به مورفین بودند، اما در جلسات نوروفیدبک شرکت نکرده بودند از افسردگی و اضطراب کمتری بعد از جلسات برخوردار بودند. اما نتایج این تحلیل نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری در زیرمقیاس استرس بعد از جلسات رخ نداده است.

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در ارتباط با عقاید و سوسه انگیز نیز انجام گرفت و نتایج حکایت از تفاوت معنادار در این متغیر در سطح ۰/۰۰۱ داشت ($F=۰/۳$)=مجذور اتا

($F=12/10$). یعنی افرادی که دارای وابستگی به مورفین بودند و در جلسات نوروفیدبک آموزش دیده بودند در مقایسه با افرادی که دارای وابستگی به مورفین بودند، اما در جلسات نوروفیدبک شرکت نکرده بودند از وسوسه کمتری بعد از جلسات برخوردار بودند.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش نوروفیدبک در کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و عقاید وسوسه انگیز افراد وابسته به مورفین انجام شده است. نتایج حاصل بهبودی معناداری را برای اضطراب و افسردگی در طی جلسات آموزش نوروفیدبک نشان داد. اما نتایج نشان دهنده عدم اثربخشی نوروفیدبک در کاهش استرس افراد وابسته به مورفین بود. این یافته با نتایج مطالعات پینستون و ساکسبی (۱۹۹۵)، لاورنس (۲۰۰۲)، فاهریون (۲۰۰۲)، ماسترپاسکوا و هلی (۲۰۰۳)، فردریک و همکاران (۲۰۰۴)، اسکات و همکاران (۲۰۰۵)، هاموند (۲۰۰۶)، کانون و همکاران (۲۰۰۸)، پاسینی و همکاران (۱۹۹۷) و پینستون و کالکسکی (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) همخوان است. اما نتیجه این مطالعه با یافته‌های دهقانی و همکاران (۱۳۸۶) که نشان دادند آموزش پسخوراند عصبی بر متغیر اضطراب- اختلال خواب اثربخش نبوده است، همخوان نیست. همچنین نتایج، نشان دهنده اثربخشی نوروفیدبک در کاهش عقاید وسوسه انگیز افراد وابسته به مورفین بود. این یافته با نتایج مطالعه سوخادز و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است.

در مجموع می توان نتیجه گیری کرد که شیوه بازخورد امواج مغزی می تواند افراد وابسته به مورفین را در بهبود وضعیت روان شناختی شان یاری دهد و از این طریق، مشکل وابستگی به اعتیاد را در آنان کاهش دهد. البته نباید فراموش کرد که این افراد در کنار مشکلات روان شناختی، مشکلات دیگری از جمله مشکلات خانوادگی (مثلا طلاق، درگیری های خانوادگی و غیره) و بیماری های همراه دارند. بنابراین بهتر است با توجه به مشکلات خاص هر یک از این افراد، در کنار به کارگیری نوروفیدبک از شیوه های مناسب گروه درمانی، رفتار درمانی و خانواده درمانی به صورت یک درمان چندوجهی کمک گرفته شود.

از عمده ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مشکل حضور آزمودنی‌ها برای دو تا سه بار در هفته و همچنین افت یا ریزش آزمودنی‌ها که به طور معمول در پژوهش‌های آزمایشی دیده می‌شود اشاره کرد. همچنین این مطالعه صرفاً روی آزمودنی‌های مرد انجام شده است بنابراین امکان مقایسه دو جنس درباره میزان تأثیرپذیری از این روش وجود ندارد. بنابراین اثربخشی آموزش نوروفیدبک در زنان وابسته به مورفین و همچنین در معتادان پرخطر (تزریقی) و در مقایسه با روش‌های معمول درمان مانند درمان شناختی رفتاری پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی، دفعات مراجعه‌ی هفتگی به جلسات درمانی نوروفیدبک با توجه به شرایط آزمودنی‌ها تنظیم شود. با توجه به این که در جریان درمان، احساس‌هایی نظیر اضطراب همراه با تنش عضلانی موجب تولید امواج مزاحم EMG یا آرتیفکت می‌شود؛ لذا به درمانگران توصیه می‌شود قبل از شروع جلسات از شیوه‌های آرام سازی روانی و بویژه تنفس دیافراگمی برای کاهش این مشکل استفاده کنند.

منابع

- بخشایش، علیرضا؛ اسر، گوتر و ویشکن، آنه. (۱۳۸۹). میزان تأثیر بیوفیدبک EEG در درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۳ (۱)، ۷-۲۹.
- دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش پس‌خوراند عصبی بر سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱ (۴)، ۸۵-۷۷.
- صاحبی، علی؛ میرعبداللهی، عفت السادات و سالاری، راضیه. (۱۳۸۰). *هنجاریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*. طرح پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th ed.; Text Revision, (DSM-IV-TR)* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bakhshayesh, A. R., Esser, G., Wyschkon, A., & Ihle, W. (2008). Die Wirksamkeit von EEG-Biofeedback bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen. 26th Symposium of the German Society of Psychology (Section: Clinical Psychology and Psychotherapy), Abstract Band, Potsdam, Germany, 102.
- Bakhshayesh, A. R., Schneider, A., Wyschkon, A., Esser, G., & Ihle, W. (2007). Effectiveness of neurofeedback therapy in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies, Abstract Band, Barcelona, Spain, pp. 33.
- Cannon, R., Lubar, J., Gerke, A., Thornton, K., Hutchens, T., & McCammon, V. (2008). EEG spectral power and coherence: LORETA Neurofeedback in the anterior cingulate gyrus. *Journal of Neurotherapy*, 10(1), 5-31.

- Chabot, R. A., Michele, F., Pritchep, L., & John, E. R. (2001). The clinical role of computerized EEG in the evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 13, 171-186.
- Chang, Chun-Wei, Chun-Wei Huang, Wei-Hsin Wu, Bo-En Wang, Yi-Lien Liu, Hsi-Che Shen and Tony Szu-Hsien Lee (2011). *Psychometric properties of the Chinese craving beliefs questionnaire for heroin abusers in methadone treatment*. BMC Psychiatry 2011, 11:39doi:10.1186/1471-244X-11-39
- Clarke, A. R., Barry, R. J., McCarthy, R., & Selikowitz, M. (2001). Excess beta activity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An atypical electro-physiological group. *Psychiatry Research*, 103, 205-218.
- Demos, J. N. (2005). *Getting started with neuro-feedback*. Norton & company, New York, London.
- Fahrian, S. L. (2002). *Group biobehavioral treatment of addiction*. Paper presented at The 4th Meeting on the Neurobiology of Criminal and Violent Behavior. Research and Clinical Applications of Neurofeedback for Offender Populations with Substance Use Disorders and ADD/ADHD. Federal Bureau of Prisons, Scottsdale AZ, Accessed 26 February.
- Frederick, J. A., Timmermann, D. L., Russell, H. L., Lubar, J. F. (2004). EEG coherence effects of audiovisual stimulation (AVS) at dominant alpha frequency. *Journal of Neurotherapy*, in press.
- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disordering children: A comparison with methylphenidate. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28(1), 1-12.
- Gunkelman, J. D, Johnstone, J. (2005). Neurofeedback and the Brain. *Journal of Adult Development*, 12, (2/3) 93-99.
- Hammond, D. C. (2003). QEEG-guided neurofeedback in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Neurotherapy*, 7(2), 25-52.
- Hammond, D. C. (2004). Treatment of the obsessional subtype of obsessive compulsive disorder with neurofeedback. *Biofeedback*, 32, 2-12.
- Hammond, D. C. (2005). Neurofeedback treatment of depression and anxiety. *Journal of Adult Development*, 12 (2), 131-138.
- Hammond, D. C. (2006). What is Neurofeedback? University of Utah School of medicine.
- Heywood, C. & Beale, I. (2003). EEG biofeedback vs. placebo treatment for attention deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Journal of Attention Disorders*, 7 (1), 41-53.
- Kaiser, D. A; & Othmer, S. (2000). Effect of neurofeedback on variables of attention in a large multicenter trial. *Journal of Neurotherapy*, 4 (1), 5-28.
- Kotchoubey, B., Strehl, U., Uhlmann, C., Holzappel, S., Konig, M., Froscher, W., Blankenhorn, V. & Birbaumer, N. (2001). Modification of slow cortical potentials in patients with refractory epilepsy: A controlled outcome study. *Epilepsia*, 42(3), 406-416.
- Lawrence, J. T. (2002). *Neurofeedback and your brain: A beginner's manual*. Faculty, NYU medical center & brain research lab, New York.
- Leins U, T., Hinterberger, S., Kaller, F Schober, C., Weber, U., & Strehl. (2006). Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat*, 55, 384-407.
- Loo, S. K., & Barkley R. A. (2005). Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*, 12 (2) 64-76.

- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Masterpasqua, F., & Healey, K. N. (2003). Neurofeedback in psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (6), 652-656.
- Muller, H. H., Donaldson, C. C. S, Nelson, D. V. & Layman, M. (2001). Treatment of fibromyalgia incorporating EEG-driven stimulation: a clinical study. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 933-925.
- National Institute On Drug Abuse. (2000). *The brain: understanding neurobiology through the study of addiction*. NIH, Seattle, Washington.
- Passini, F. T., Watson, C. G., Dehnel, L., Herder, J., & Watkins, B. (1977). Alpha wave biofeedback training therapy in alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*. 33(1): 292-9.
- Peniston, E. G., & Saxby, E. (1995). Alpha-theta brainwave neurofeedback training: an effective treatment for male and female alcoholic with depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 20-29.
- Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1990). Alcoholic personality and alpha-theta brainwave training. *Med Psychother*, 3, 37-55
- Peniston, E. G., & Kulkovsky, P. J (1999). *Neurofeedback in the treatment of addictive disorders*. In: Abarbanel A, Evans JR (eds) *Introduction to quantitative EEG and neurofeedback*. Academic Press, London, pp 157-179
- Putman, J. A. (2001). EEG biofeedback on a female patient stroke patient with depression: a case study. *Journal of Neurotherapy*, 5(3), 27-38.
- Rosenfeld, J. P. (1997). EEG biofeedback of frontal alpha asymmetry in affective disorders. *Biofeedback*, 25(1), 8-25.
- Rossiter, T. (2004). The Effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29 (2), 73-81.
- Scott, W. C., Kaiser, D., Othmer, S., & Sideroff, S. I. (2005). Effects of an EEG biofeedback protocol on a mixed substance abusing population. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 455-469.
- Sokhadze, T. M., Cannon, R. L., Trudeau, D. L. (2008). EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy, and recommendations for Further Research. *Applied Psychophysiol Biofeedback*, 33, 1-28
- Sterman, M. B. (1996). Physiological origins and functional correlates of EEG rhythmic activities. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21 (1), 3-49.
- Vanathy, S., Sharma, P., Kumar, K. B. (1998). The efficacy of alpha and theta neurofeedback training in treatment of generalized anxiety disorder. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 136-143.
- Wilson, V. E., Peper, E., & Moss, D. (2006). Professional issue "The mind room" in Italian soccer training: the use of biofeedback and neurofeedback for optimum performance. *Biofeedback*, 34, 79-810.
- Wright, F. D. (2003). *Craving beliefs questionnaire*. In *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Edited by Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. New York, NY: Guilford Press.
- Wywricka, W., & Sterman, M. B. (1968). Instrumental conditioning of sensorimotor cortex EEG spindles in the waking cat. *Physiology and Behavior*, 3, 703-707.
- Zaidel, E., & Barnea, A. (2005). Symposium IV: Quantitative EEG and neurofeedback. *Brain and Cognition*, 60, 329-330.

مقایسه توانایی بازشناسی حالات هیجانی و ذهن خوانی در افراد مصرف کننده مواد افیونی و هممتیان سالم

وحید نجاتی^۱، اسماعیل شیری^۲، ژاله نوری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۸/۱۸

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی کارکردهای شناختی اجتماعی افراد مصرف کننده مواد افیونی با استفاده از تکالیف شناختی است. **روش:** در این مطالعه مقطعی علی-مقایسه‌ای با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر مصرف کننده مواد افیونی و ۳۰ فرد سالم که از لحاظ جنس و تحصیلات همتا شده بودند، در سال ۱۳۸۹ انتخاب شدند. سپس آزمون‌های عصب شناختی استنتاج حالات ذهنی از نگاه و آزمون بازشناسی حالات هیجانی چهره بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون تی مستقل صورت گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که افراد مصرف کننده از لحاظ توانایی ذهن خوانی نسبت به افراد سالم توانمندی کمتری دارند. همچنین نمرات افراد مصرف کننده نسبت به افراد سالم در بازشناسی حالات هیجانی شادی، غم و خشم به طور معنی داری پایین تر است. **نتیجه گیری:** با توجه به عملکرد ضعیف افراد مصرف کننده در تکالیف بازشناسی حالات هیجانی چهره و آزمون ذهن خوانی، توصیه می شود در ارزیابی افراد مصرف کننده کارکردهای شناخت اجتماعی نیز لحاظ گردد و با کمک مطالعات مداخله‌ای آتی می توان برنامه توانبخشی کارکردهای شناخت اجتماعی را پیشنهاد کرد.

کلید واژه‌ها: ذهن خوانی، بازشناسی هیجان، مصرف کنندگان مواد افیونی، حالات هیجانی

۱. نویسنده مسئول: استادیار علوم اعصاب شناختی دانشگاه شهید بهشتی. پست الکترونیک: nejati@sbu.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناس ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه شهید بهشتی

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی

مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگترین معضلات جوامع بشری می‌باشد که نه تنها موجب مشکلات جسمی می‌شود، بلکه با تاثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی، تبعات اجتماعی متعددی را برای مصرف‌کننده و اطرافیان او سبب می‌شود (موال و کوپ^۱، ۲۰۰۷؛ مک‌لیلان، چالک و بارتلت^۲، ۲۰۰۷). از اثرات جانبی منفی مواد مخدر می‌توان به مشکلات رفتاری چون بیش‌فعالی، بی‌قراری^۳، کم‌حوصلگی^۴ (شاو^۵، ۱۹۹۹؛ ماکسول و روتکوسکی^۶، ۲۰۰۸)، افکار پارانویا، افسردگی و افزایش پرخاشگری (گورمان، نلسون، آپلیگاتی و اسکرویل^۷، ۲۰۰۴)، تغییر رفتار اجتماعی (کلیمنس^۸ و همکاران، ۲۰۰۴) و انزوای اجتماعی افراد مصرف‌کننده اشاره کرد (گورمان و همکاران، ۲۰۰۴). بدون شک تغییر رفتار ناشی از مصرف به دلیل اثر مواد مصرفی بر مغز بوده و می‌توان با آزمون‌های عصب‌شناختی این تغییرات مغزی را رهگیری کرد. آزمون‌های عصب‌شناختی از یک طرف با ساختارهای مغزی معین و از طرفی دیگر با رفتارهای معین در ارتباط هستند. در این مطالعه از این ابزارها به عنوان میانجی رفتار و ساختار مغزی استفاده شده است که مشخص گردد آیا نقصان تعاملات اجتماعی افراد مصرف‌کننده ناشی از نقص در ساختارهای مغزی است؟ نتایج مطالعات نشان داده‌اند که نقصان کارکردهای مغزی شناخت اجتماعی می‌تواند تاثیر منفی بر تعاملات اجتماعی، روابط بین‌فردی و فعالیت‌هایی که به عنوان عوامل کلیدی بهزیستی ذهنی و شادکامی شناخته شده‌اند، بگذارد (هیلیول و پوتنام^۹، ۲۰۰۴؛ شرمان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعات تصویربرداری عصبی^{۱۱} از وجود انواع ناهنجاری‌ها در قشر پیش‌پیشانی افراد مصرف‌کننده به مواد مخدر چون آمفتامین حمایت می‌کند (لوندون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴؛ کیم^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین می‌توان بیان داشت که مصرف مزمن

1. Moal & Koob

3. Restlessness

5. Shaw

7. Gorman, Nelson, Applegate & Scrol

9. Helliwel & Putnam

11. Neuroimagaing

13. Kim

2. Mc Lellan, Chalk & Bartlett

4. short-tempered

6. Maxwell & Rutkowski

8. Clemens

10. Sherman

12. London

موادمخدر باعث آسیب به قشر پیش‌پیشانی شده و همین امر منجر به تخریب کارکردهای شناخت اجتماعی مغز و بروز مشکلات رفتاری مرتبط در افراد مصرف‌کننده می‌شود (هومیر^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). بازشناسی حالات هیجانی صورت نیز یکی از عوامل مهم در ارتباطات اجتماعی تلقی می‌شود و به دلیل اهمیت درک حالات هیجانی، طبیعتاً نقص در این توانمندی به شدت بر کیفیت تعاملات اجتماعی اثر می‌گذارد (فاران، برانسون و کینگ^۲، ۲۰۱۱). در سال‌های اخیر مطالعات تصویربرداری عصبی (آدولف^۳، ۲۰۰۲؛ هاکسی، هوفمان و گوینی^۴، ۲۰۰۰) از ساختارهای عصبی درگیر در بازشناسی هیجان با هدف شناسایی تغییرات بازشناسی حالات هیجان در برخی از اختلالات روانپزشکی (بلایر، کویلدچی، موری و میتچل^۵، ۲۰۰۱) صورت گرفته است. یکی از حوزه‌هایی که مطالعات کمی در آن انجام گرفته است، حوزه بازشناسی حالات هیجانی چهره^۶ در افراد مصرف‌کننده مواد افیونی است. پایر، لیبرمان، مونتروسو، آیکسو و فونگ^۷ (۲۰۰۸) به بررسی بازشناسی حالات هیجانی چهره در سوءمصرف‌کنندگان آمفتامین پرداختند و نشان دادند که سوءمصرف‌کنندگان آمفتامین نسبت به افراد سالم در طول تکلیف تطبیق حالات عاطفی صورت فعالیت مغزی کمتری در نواحی مغزی پیش‌پیشانی، پیوندگاه لوب‌های گیجگاهی-پس‌سری^۸، نواحی گیجگاهی قدامی و خلفی^۹ و شکنج دوکی شکل^{۱۰} نشان دادند. هوشی، بیسلا و کوران^{۱۱} (۲۰۰۴) گزارش کرده‌اند که مصرف‌کنندگان اکستازی^{۱۲} تا چهار روز پس از مصرف این ماده دچار تخریب در بازشناسی هیجان ترس می‌شوند. هنری، مازور و راندل^{۱۳} (۲۰۰۹) دریافتند که سوءمصرف‌کنندگان داروهای روان‌گردان مانند آمفتامین که مورد درمان و توانبخشی قرار گرفته‌اند حتی پس از پرهیز ۶ ماهه، در بازشناسی حالات هیجانی صورت و تئوری ذهن مشکل دارند. فویسی^{۱۴} و همکاران

1. Homer
2. Farran, Branson & King
3. Adolphs
4. Haxby, Hoffman & Gobbini
5. Blair, Colledge, Murray & Mitchell
6. facial emotion recognition
7. Payer, Lieberman, Monterosso, Xu & Fong
8. temporoparietal junction
9. anterior and posterior temporal cortex
10. fusiform gyrus
11. Hoshi, Bisla & Curran
12. ecstasy
13. Henry, Mazur & Rendell
14. Foisy

(۲۰۰۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که رمزگشایی حالات هیجانی صورت در سوء مصرف کنندگان الکل دچار تخریب شده است. در مطالعه‌ای ماری-لین^۱ و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی تخریب بازشناسی حالات هیجانی صورت در افراد دارای وابستگی به موادمخدر با و بدون سابقه وابستگی به الکل پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که افراد دارای وابستگی به مواد با سابقه اعتیاد به الکل در مقایسه با افرادی که فقط اعتیاد به موادمخدر داشتند، تخریب بیشتری در بازشناسی حالات هیجانی صورت داشتند. در مورد پایداری این تخریب‌ها مطالعه‌ای فیوسی و همکاران (۲۰۰۷) به بررسی اینکه آیا تخریب بازشناسی حالات هیجانی بعد از ترک وابستگی به الکل باقی می‌ماند یا نه، پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که افراد الکلی ترک کرده بعد از ۳ ماه در مقایسه با گروه کنترل هیچ بهبودی در زمینه بازشناسی حالات هیجانی صورت نداشته‌اند. وجود تئوری ذهن و بازشناسی صحیح حالات هیجانی صورت جهت امکان تعامل صحیح با افراد دیگر و تعاملات اجتماعی مناسب ضروری است. علاوه بر این تئوری ذهن لازمه نقش‌پذیری مناسب در رابطه با دیگر افراد جامعه و برقراری همدلی با آنها می‌باشد و لذا اختلال در تئوری ذهن می‌تواند زمینه‌ساز ارتکاب رفتارهای ضد اجتماعی و همراه با خشونت گردد. یکی از مشکلات عمده مصرف کنندگان مواد افیونی که هم در زمینه‌سازی شکل‌گیری اعتیاد و هم پس از ایجاد آن در شکل‌گیری رفتار اجتماعی آنان ایفای نقش می‌نماید عدم توانایی آنها در تحلیل صحیح رفتارهای دیگر افراد اجتماع و درک مناسب از مقاصد درونی آنها می‌باشد. تا به حال مطالعه‌ای مستقیماً به بررسی ذهن‌خوانی و بازشناسی حالات هیجانی چهره در بین افراد مصرف کننده اوپیوم پرداخته است. لذا هدف این مطالعه بررسی مقایسه‌ای ذهن‌خوانی و بازشناسی حالات هیجانی چهره در افراد مصرف کننده اوپیوم و هم‌تایان سالم است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری مورد بررسی در این تحقیق کلیه افراد وابسته به موادافیونی شهر تهران در طی ۳ ماه زمستان ۱۳۸۹ است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر افراد مصرف‌کننده موادافیونی در مجتمع مردم نهاد اعتیاد، انتخاب شدند. لازم به ذکر است در صورتی که افراد مصرف‌کننده دارای بیماری‌های طبی یا روانپزشکی یا سابقه مصرف هم‌زمان انواع مواد دیگر روان‌گردان یا عدم توانایی تکمیل پرسشنامه بودند از مطالعه خارج می‌شدند. پس از انتخاب نمونه افراد مصرف‌کننده، ۳۰ نفر از افراد سالم که از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه نمونه اعتیاد هم‌تا شده بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه‌ها و تکمیل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی توسط آزمودنی‌ها، آزمون‌های عصب‌شناختی استنتاج حالات ذهنی از نگاه و آزمون بازشناسی حالات هیجانی چهره بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد.

ابزار

۱- آزمون نوروسایکولوژی استنتاج حالات ذهنی از نگاه^۱: این آزمون یک آزمون عصب-شناختی برای سنجش ذهن‌خوانی است که توسط بارون-کوهن^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است. این آزمون تصاویری از ناحیه چشم بازیگران و هنرپیشه‌ها را در ۳۶ حالت مختلف شامل می‌شود. برای هر تصویر، چهار واژه توصیف‌گر حالت‌های ذهنی که از ظرفیت هیجانی مشابهی برخوردارند ارائه می‌شود (شکل ۱). پاسخ‌دهنده باید گزینه‌ای را که به بهترین نحو توصیف‌کننده حالت ذهنی شخص موجود در تصویر است، از بین چهار گزینه انتخاب کند. حداکثر امتیاز قابل اکتساب برای انتخاب واژگان درست در این آزمون ۳۶ و کمترین آن صفر می‌باشد. در بیشتر مطالعات صورت گرفته برای

۲۳
23

بررسی توانایی ذهن‌خوانی افراد سالم و بیمار، از این آزمون عصب‌شناختی استفاده شده است (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱).



هیجان‌زده وحشت‌زده آرام دلسرد (گزینه درست)

شکل ۱: تصویری نمونه از مجموعه تصاویر آزمون ذهن‌خوانی بارون-کوهن

۲- آزمون عصب‌شناختی بازشناسی حالات هیجانی چهره: در این مطالعه نسخه تغییر یافته آزمون بازشناسی چهره استفاده شده است که شامل ۴۸ گزینه می‌باشد. در این آزمون، عکس‌های چهره‌های با حالات هیجانی سه‌گانه در زمینه سیاه (هشت عکس برای هر حالت هیجانی، در دو جنس با چهار شدت متفاوت) ارائه می‌شود. از آزمودنی خواسته می‌شود تا حالت هیجانی چهره‌ی هدف را از بین گزینه‌ها انتخاب کنند. زمان پاسخ به میلی‌ثانیه و نوع پاسخ در این مورد توسط نرم افزار ثبت می‌شود.

یافته‌ها

مطالعه حاضر در دو گروه ۳۰ نفره متشکل از افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و افراد سالم انجام شد. میانگین و انحراف معیار سن گروه مصرف‌کننده مواد به ترتیب ۳۳/۸۶ و ۱۰/۷۹ و گروه سالم برابر ۲۶/۱ و ۶/۲۳ است. همچنین هر دو گروه به لحاظ متغیرهای جنسیت و میزان تحصیلات با یکدیگر هم‌تا شدند.

جهت مقایسه توانایی ذهن‌خوانی و بازشناسی حالات هیجانی افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و سالم از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول: آزمون تی مستقل جهت مقایسه توانایی ذهن خوانی و بازشناسی حالات هیجانی در افراد مصرف کننده مواد و همتایان سالم

متغیرها	گروه مصرف کننده	گروه سالم	آزمون تی مستقل
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	آماره تی سطح معنی داری
توانایی ذهن خوانی	۸/۲۵ ± ۱/۳۵	۹/۳۶ ± ۱/۹۵	-۲/۴۶۹ * ۰/۰۱۷*
بازشناسی شادی	۲/۵۶ ± ۱/۵۹	۳/۶۳ ± ۱/۴۰	-۲/۷۵۶ * ۰/۰۰۸*
بازشناسی غم	۱/۰۶ ± ۰/۹۴	۱/۵۱ ± ۱/۸۰	-۲/۲۴۷ * ۰/۰۲۹*
بازشناسی خشم	۱/۳۳ ± ۰/۹۹	۲/۱۰ ± ۱/۵۳	-۳/۱۸۴ ** ۰/۰۰۳**

$P < * 0/05$ & $P < ** 0/01$

همانگونه که در جدول فوق ارائه شده است در توانایی ذهن خوانی و بازشناسی غم تفاوت معناداری بین گروه مصرف کننده و گروه مقایسه در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. همچنین در بازشناسی شادی و بازشناسی غم تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. لازم به ذکر است که در تمام موارد گروه مصرف کننده نمرات پایین تری نسبت به گروه مقایسه دریافت کرده اند لذا می توان بیان کرد افراد مصرف کننده توانایی ضعیف تری نسبت به افراد سالم در ذهن خوانی، بازشناسی حالات هیجانی شادی، غم و خشم دارند.

۲۵
25

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ای ذهن خوانی و بازشناسی حالات هیجانی صورت در بین افراد مصرف کننده اوپیوم و همتایان سالم صورت گرفت. نتایج مطالعه حاکی از وجود تفاوت ذهن خوانی در بین افراد مصرف کننده و سالم است. بدین صورت که افراد مصرف کننده توانایی تئوری ذهن پایین تری نسبت به افراد سالم دارند. این یافته همسو با نتایج مطالعات قبلی است که گزارش کردند؛ عملکرد ذهن خوانی افراد دارای اعتیاد به الکل (یوکرمان، داوم، اسپلیسوج و ترینکمان^۱، ۲۰۰۷) و سوء مصرف کنندگان مواد مخدر و داروهای روان گردان چون آمفتامین (هومر و همکاران، ۲۰۰۸؛ هنری و همکاران، ۲۰۰۹) نسبت به افراد سالم پایین تر است. شواهد کالبد شناسی مغز نشان داده است که توانایی

ذهن‌خوانی^۱ به وسیله شبکه عصبی که شامل مناطق مغزی پیش‌پیشانی^۲ و پیوندگاه گیجگاهی-آهیانه‌ای و قطب گیجگاهی^۳ است، انجام می‌گیرد (گالاغیر^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ساکس و کانویشر^۵، ۲۰۰۳). مصرف مزمن موادمخدر باعث افزایش فعالیت نوروهای دوپامنرژیک قشری-میانی - لیمبیک^۶ شده و همین امر منجر به ناهنجاری کارکرد نظام گلوتامرژیک^۷ ناحیه پیش‌پیشانی میانی تا ناحیه بامی^۸ شکمی و هسته‌های آکومبیس^۹ می‌شود. در مطالعات کاهش حجم لوب گیجگاهی افراد مصرف‌کننده آفتامین در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شده است (بارتزویس و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین نتایج مطالعات نشان داده‌اند که پیوندگاه گیجگاهی-آهیانه‌ای و قطب گیجگاهی در افراد مصرف‌کننده داروهای روان‌گردان مانند آفتامین در طول تکلیف هم‌تا کردن (انطباق دادن) حالات هیجانی صورت نسبت به افراد سالم فعالیت کمتری دارد (پایر و همکاران، ۲۰۰۸). به علاوه قطب گیجگاهی در افراد سالم نسبت به افراد سوء مصرف‌کننده داروهای روان‌گردان در طول تکلیف بینایی کارتونی در فضای همدلانه که از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا حالت‌های هیجانی بازیگر را استنتاج کنند، فعالیت بیشتری داشت (کیم و همکاران، ۲۰۱۰). می‌توان بیان داشت که ناهنجاری در شبکه عصبی افراد مصرف‌کننده موادمخدر منجر به بروز اختلال در توانایی بازنمایی حالت ذهنی دیگران می‌شود.

یافته دیگر این مطالعه حاکی از وجود تفاوت افراد مصرف‌کننده مواد افیونی در بازشناسی حالات هیجانی شادی، خشم و غم نسبت به افراد سالم بود. بدین معنی که افراد مصرف‌کننده توانمندی کمتری در بازشناسی حالات هیجانی شادی، خشم و غم صورت نسبت به افراد سالم دارند. این یافته همسو با نتایج مطالعات قبلی چون پایر و همکاران (۲۰۰۸)، فیوسی و همکاران (۲۰۰۷) و هنری و همکاران (۲۰۰۹) است. پردازش هیجانات

1. mind reading

3. temporal pole

5. Saxe & Kanwisher

7. glutamatergic

9. accumbens

2. medial prefrontal cortex

4. Gallagher

6. mesocorticolimbic

8. tegmental

صورت با ناحیه مغزی حدقه‌ای پیشانی^۱ مرتبط است (رولس^۲، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات حاکی از وجود ناهنجاری‌های مختلف در ناحیه حدقه‌ای پیشانی در افراد مصرف‌کننده است. همچنین در طول دوره ترک مواد مخدر میزان سوخت و ساز گلوکز در این ناحیه در افراد مصرف‌کننده بالا می‌رود (لوندون و همکاران، ۲۰۰۴) اما افراد مصرف‌کننده در طول دوره‌های طولانی تر ترک کاهش سوخت و ساز گلوکز در ناحیه حدقه‌ای پیشانی را نشان داده‌اند (ولکو^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). افراد دارای اعتیاد به مواد مخدر همچنین تغییراتی در قشر حدقه‌ای پیشانی اعم از کاهش غلظت (تراکم) انتقال دهنده دوپامین (سکین^۴ و همکاران، ۲۰۰۳)، کاهش غلظت انتقال دهنده سروتونین (سکین و همکاران، ۲۰۰۶) دارند. لذا این تغییرات عصبی-شیمیایی^۵ و نقائص کارکردی در قشر حدقه‌ای پیشانی در افراد سوء مصرف‌کننده مواد ممکن است منجر به تخریب توانایی صحیح بازشناسی حالات هیجانی صورت شود.

همان‌گونه که ذکر شد، توانایی شناسایی حالات هیجانی صورت و استنتاج حالت ذهنی دیگران جزء مهارت‌های بسیار مهم اجتماعی است. لذا اختلال در توانایی‌های ذهن خوانی و بازشناسی حالات هیجانی صورت در افراد مصرف‌کننده منجر به برداشت سوء تفاهم^۶ و تخریب تعاملات بین فردی می‌شود که این امر می‌تواند منجر به افزایش خشونت و تعارضات بین فردی و در نهایت انزوای اجتماعی افراد مصرف‌کننده شود. این تغییرات در رفتارهای اجتماعی-هیجانی^۷ می‌تواند باعث افزایش خلق منفی و استرس در این افراد شود که همین امر شاید یکی از علل عود و بازگشت افراد مصرف‌کننده بعد از ترک باشد. لذا به هنگام درمان و توانبخشی افراد دارای اعتیاد باید نقش شناخت اجتماعی در نظر گرفته شود و در برنامه‌های درمانی این افراد بازآموزی رفتارها و تعاملات اجتماعی مد نظر قرار گیرد (هومیر و همکاران، ۲۰۰۸).

۲۷
27

سال ششم، شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

1. orbitofrontal
3. Volkow
5. Ouchi
7. Misunderstanding

2. Rolls
4. Sekine
6. neurochemical
8. socio-emotional

در نهایت افراد دارای اعتیاد عملکرد ضعیفی در تکالیف بازشناسی حالات هیجانی چهره و آزمون چشم‌ها نشان دادند. این یافته‌ها از این ادعا که افراد دارای اعتیاد در توانایی شناسایی صحیح هیجانات از طریق حالات چهره و استنباط حالات ذهنی دیگران دچار تخریب شده است، حمایت می‌کند. لذا در درمان و توانبخشی افراد مصرف‌کننده باید نقش شناخت اجتماعی در نظر گرفته شود و بازآموزی رفتارها و تعاملات اجتماعی در برنامه‌های درمانی مدنظر قرار گیرد. لازم به ذکر است این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که از این محدودیت‌ها می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه و عدم اطلاع از کارایی شناختی افراد قبل از اعتیاد اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود مورد اول در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد و مورد دیگر نیز مشکل روش شناختی مطالعات اعتیاد در انسان می‌باشد.

منابع

نجاتی، وحید؛ ذبیح‌زاده، عباس؛ ملکی، قیصر؛ محسنی، محمد. (۱۳۹۱). اختلال شناخت اجتماعی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده: شواهدی از آزمون خواندن ذهن از تصاویر چشم. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۲۱)، ۲۳-۷.

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J. J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
- Bartzokis, G., Beckson, M., Lu, P. H., Edwards, N., Rapoport, R., Wiseman, E., Bridge, P. (2000). Age-related brain volume reductions in amphetamine and cocaine addicts and normal controls: implications for addiction research. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 98, 93-102.
- Clemens, K. J., van Nieuwenhuyzen, P. S., Li, K. M., Cornish, J. L., Hunt, G. E., & McGregor, I. S. (2004). MDMA ("ecstasy"), methamphetamine and their combination: Long-term changes in social interaction and neurochemistry in the rat. *Psychopharmacology Special Issue: MDMA (ecstasy)*, 173(3-4), 318-325.
- Farran E., Branson A., King B. (2011). Visual search for basic emotional expressions; impaired detection of anger, fear and sadness but a typical happy face advantage in autism. *Res Autism Spectrum Disord*, 5: 455-462.
- Foisy, M. L., Kornreich, C., Fobe, A., D'Hondt, L., Pelc, I., Hanak, C., Verbanck, P., Philippot, P., (2007). Impaired emotional facial expression recognition in alcohol dependence: do these deficits persist with midterm abstinence? *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31, 404-410.
- Gallagher, H. L., Frith, C. D., Solomon, T. M., Moeller, R. W., Mascia, A., DeRaleau, L., (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in Cognitive Science*, 7, 77-83.

- Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society London B, Biological Sciences*, 359(1449), 1435–1446.
- Henry, J. D., Mazur, M., Rendell, P. G. (2009). Social-cognitive difficulties in former users of methamphetamine. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 323–327.
- Homer, B. D., Solomon, T. M., Moeller, R. W., Mascia, A., DeRaleau, L., Halkitis, P. N. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134, 301–310.
- Hoshi R., Bisla J., Curran H. (2004) The acute and sub-acute effects of ‘ecstasy’ (MDMA) on processing of facial expressions: preliminary findings. *Drug Alcohol Dependency*, 76 297–304.
- Kim, S. J., Lyoo, I. K., Hwang, J., Chung, A., Hoon Sung, Y., Kim, J., Kwon, D. H., Chang, K. H., Renshaw, P. F. (2005). Prefrontal grey-matter changes in short-term and long-term abstinent methamphetamine abusers. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 9, 221–228.
- Le Moal M, Koob GF.(2007). Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17: 377-93.
- London, E. D., Simon, S. L., Berman, S. M., Mandelkern, M. A., Lichtman, A. M., Bramen, J., Shinn, A. K., Miotto, K., Learn, J., Dong, Y., Matochik, J. A., Kurian, V., Newton, T., Woods, R., Rawson, R., Ling, W. (2004). Mood disturbances and regional cerebral metabolic abnormalities in recently abstinent methamphetamine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 61, 73–84.
- Marie-Line, F., Pierre, P., Paul, V., Isidore, P., Georges, V & Charles, K. (2005). Emotional facial expression decoding impairment in persons dependent on multiple substances : Impact of a history of alcohol dependence. *Journall of Study on Alcohol*, 66(5), 673-681.
- Maxwell, J. C., Rutkowski, B.A. (2008). The prevalence of methamphetamine and Payer, D. E., Lieberman, M.D., Monterosso, J .R., Xu, J., Fong, T.W., London, E.D., Differences in cortical activity between methamphetamine-dependent and healthy individuals performing a facial affect matching task. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 93–102.
- McLellan AT, Chalk M, Bartlett Journal. (2007). Outcomes, performance, and quality- What’s the difference? *Journal Substance Abuse Treatment*, 32: 331-40.
- Payer, D. E., Lieberman, M. D., Monterosso, J. R., Xu, J., Fong, T. W., London, E. D. (2008). Differences in cortical activity between methamphetamine-dependent and healthy individuals performing a facial affect matching task. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 93–102.
- Rolls, E. T. (2007). The representation of information about faces in the temporal and frontal lobes. *Neuropsychologia*, 45, 124–143.
- Saxe, R., Kanwisher, N. (2003). People thinking about thinking people. The role of the temporo-parietal junction in “theory of mind”. *Neuroimage*, 19, 1835–1842.
- Sekine, Y., Minabe, Y., Ouchi, Y., Takei, N., Iyo, M., Nakamura, K., Suzuki, K., Tsukada, H., Okada, H., Yoshikawa, E., Futatsubashi, M., Mori, N. (2003). Association of dopamine transporter loss in the orbitofrontal and dorsolateral prefrontal cortices with methamphetamine-related psychiatric symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1699–1701.
- Sekine, Y., Ouchi, Y., Takei, N., Yoshikawa, E., Nakamura, K., Futatsubashi, M., Okada, H., Minabe, Y., Suzuki, K., Iwata, Y., Tsuchiya, K.J., Tsukada, H., Iyo, M., Mori, N. (2006). Brain serotonin transporter density and aggression in

- abstinent methamphetamine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 63, 90–100.
- Shaw, K.P. (1999). Human methamphetamine-related fatalities in Taiwan during 1991–1996. *Journal of Forensic Sciences*, 44, 27–31.
- Sherman, E. M., Griffiths, S. Y., Akdag, S., Connolly, M. B., Slick, D. J., & Wiebe, S. (2008). Sociodemographic correlates of health-related quality of life in pediatric epilepsy. *Epilepsy and Behaviour*, 12(1), 96–101.
- Uekermann, J., Daum, I., Schlebusch, P., Trenckmann, U. (2005). Processing of affective stimuli in alcoholism. *Cortex*, 41, 189–194.
- Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G. J., Fowler, J. S., Ding, Y.S., Sedler, M., Logan, J., Franceschi, D., Gatley, J., Hitzemann, R., Gifford, A., Wong, C., Pappas, N. (2001). Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2015–2021.

مقایسه اثربخشی چهار روش پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر نگرش و عزت نفس دانش آموزان مجتمع‌های فرهنگی، تربیتی و خوابگاهی کمیته امداد امام خمینی (ره)

عزیزالله آقابابایی^۱، داریوش جلالی^۲، حمیدرضا سعیدزاده^۳، سهیلا باقری^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی ۴ روش پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر به روش شناختی-رفتاری اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی، ارائه پوستر و ارسال پیام کوتاه بر تغییر نگرش و بهبود عزت نفس دانش آموزان انجام شده است. **روش:** در یک طرح شبه آزمایشی تعداد ۱۵۰ دانش آموز از بین دانش آموزان ساکن در مجتمع‌های خوابگاهی کمیته امداد استان چهارمحال و بختیاری سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ انتخاب و به صورت تصادفی در ۴ گروه آزمایش و ۱ گروه گماشته شدند (هر گروه ۳۰ نفر) و طی مراحل پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه‌های نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و عزت نفس در گروه‌های انتخابی اجرا شد. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که روش‌های پیشگیری بر تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و بهبود عزت نفس دانش آموزان موثر بوده‌اند. در عین حال، نتایج آزمون تعقیبی LSD بیانگر آن بود که هر ۴ روش پیشگیری با اثربخشی متفاوت بر تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد مخدر موثر بوده‌اند، در حالی که تنها روش‌های آموزش شناختی-رفتاری اجتماعی و آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود عزت نفس موثر بودند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج می‌توان چنین استنباط کرد که هر ۴ روش پیشگیری می‌تواند موجب ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد مخدر شوند.

کلیدواژه‌ها: پیشگیری، سوء مصرف مواد، نگرش، عزت نفس

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد جامعه‌شناسی. پست الکترونیک: w_ziz@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان

۳. سرهنگ دوم ستاد معاونت دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی استان چهارمحال و بختیاری

۴. کارشناس مشاوره

مقدمه

مرور اجتمالی روند گرایش به سوء مصرف موادمخدر و اولین تجربه‌های مربوط به آن در اکثر افراد معتاد و غیر معتاد نشان می‌دهد که این اتفاق اغلب در گستره سنی نوجوانی تا جوانی رخ می‌دهد. لذا برنامه‌های پیشگیری بایستی به خصوص با ویژگی‌های روانی اجتماعی دوره نوجوانی و جوانی سازگار باشند و نیازهای روانی و اجتماعی آنها برای ایجاد نگرش منفی نسبت به سوء مصرف مواد، افزایش مقاومت، مصون‌سازی و تحمل در مقابل فشارهای اجتماعی را فراهم سازد (فلای^۱، ۲۰۰۰). کودکان طلاق، که با شکست‌های مکرر تحصیلی مواجه شده‌اند و کودکانی که یک یا هر دو والد آنها سوء مصرف مواد دارند، یا کودکان و نوجوانانی که به دلایل مختلف از جمله عدم توانایی و کفایت خانواده دور از خانواده زندگی می‌کنند، بیش از سایر کودکان و نوجوانان نیازمند برنامه‌های پیشگیری هستند (اسلام، تاپ، دای، داوسون و کانینگراو^۲، ۲۰۱۲).

از میان عوامل محافظت‌کننده و عوامل خطر آفرین سوء مصرف موادمخدر، نگرش افراد نسبت به مصرف موادمخدر از مهمترین عوامل همبسته با مصرف و یا عدم مصرف مواد به حساب می‌آید که مورد تایید روان‌شناسان و جامعه‌شناسان است (کوپر، فران، روزل و مودر^۳، ۱۹۹۵؛ کروگلانسکی و هیگینز^۴، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات بیانگر آن است که قصد افراد برای سوء مصرف مواد، دست کم در دفعات اولیه مصرف تحت تاثیر نگرش آنان به سوء مصرف مواد قرار دارد (مک‌کالر، سوسمن، دنت و ترن^۵، ۲۰۰۱). همچنین عزت نفس و احساس ارزشمندی (سوسمن، دنت و لیو^۶، ۲۰۰۰) به دلیل همبسته همبسته بودن با احساس کنترل (ویلز، داهمل و واکارو^۷، ۱۹۹۵) نقش مهمی در گرایش یا عدم گرایش افراد به سوی مصرف موادمخدر ایفا می‌کند.

1. Flay
3. Cooper, Frone, Russel & Muder
5. McCuller, Sussman, Dent & Teran
7. Willis, Duhamel & Vaccaro

2. Islam, Topp, Day, Dawson & Conigrave
4. Kruglanski & Higgins
6. Sussman, Dentt & Leu

در طی ۵۰ سالی که از طرح اولین برنامه‌های پیشگیری می‌گذرد، برنامه‌ها و راهبردهای متنوعی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر معرفی و به کار گرفته شده است که می‌توان آنها را در پنج گروه کلی قرار داد (بوتوین، گرiffin و ویلیامز^۱، ۲۰۰۱): گروه اول تحت عنوان رویکرد نشر اطلاعات که معمول‌ترین روش است، اطلاعات مناسبی در خصوص مواد، آثار و پیامدهای زیان‌بار مصرف مواد و همچنین ایجاد نگرش منفی و باورهای ضد مصرف مواد با استفاده از ابزارهایی مانند نمایش فیلم، ارائه بحث گروهی، سخنرانی و یا استفاده از سایر رسانه‌ها مانند، اینترنت، لوح‌های فشرده، سرویس پیام کوتاه^۲ در اختیار مخاطبان قرار می‌گیرد (اسکینکه، دی‌نویا و گلاسمن^۳، ۲۰۰۴). در رویکرد دوم تمرکز بر آموزش عاطفی است که این آموزش نیازهای روان‌شناختی افراد را مورد توجه قرار می‌دهد (بوتوین، بیکر، دوسنبری، بوتوین و دیاز^۴، ۱۹۹۵). در رویکرد سوم، به افراد روش‌های جایگزین مصرف مواد ارائه می‌شود تا آنها احساس بی‌حوصلگی و خمودی نکنند (بوتوین و همکاران، ۲۰۰۱). در رویکرد چهارم، یعنی نفوذ اجتماعی بر سه مولفه مشخص، شامل ایمن‌سازی روانی، اصلاح انتظارات مبتنی بر هنجارها و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تاکید می‌شود و عمدتاً نظریه شناختی-اجتماعی بندورا^۵ مد نظر قرار می‌گیرد (دیشیون، کاواناگ، اسکینیگر، نلسون و کافمن^۶، ۲۰۰۲). رویکرد پنجم، رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی-افزایش توانایی است که به عنوان جامع‌ترین رویکرد محسوب می‌شود و بر طیف وسیعی از عوامل سبب‌ساز رفتارهای پرخطر از قبیل، خشونت، مصرف الکل و سوء مصرف مواد استوار گشته است (جسور و جسور^۷، ۱۹۷۷).

مطالعات بسیار متنوعی در خصوص تاثیر مداخله‌های روان‌شناختی و از جمله آموزش‌های مستقیم به قصد پیشگیری و کاهش گرایش به سمت مصرف مواد مخدر و

1. Botvin, Griffin & Williams
3. Schinke, Di Noia & Glassman
5. Bandura

2. short message service
4. Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz
6. Dishion, Kavanagh, Schneiger, Nelson & Kaufman

7. Jessor & Jessor

همین‌طور ایجاد تغییرات اساسی در ویژگی‌های روانی و شخصیتی نوجوانان و جوانان انجام شده است که بر اساس همان پنج رویکرد پیشگیری مفهوم‌سازی شده‌اند. به عنوان مثال، ارائه برنامه‌های مختلف آموزشی مبتنی بر آگاه‌سازی در خصوص زیان ناشی از مصرف مواد (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵؛ کویچ‌پرس^۱، ۲۰۰۲)؛ آموزش‌های مبتنی بر الگوی نفوذ اجتماعی در زمینه مقابله با فشار همسالان و هنجار نبودن مصرف موادمخدر (دیشیون و همکاران، ۲۰۰۲)؛ تغییر نگرش، ابراز وجود و ایمن‌سازی (قربانی و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۳؛ کارول، ۲۰۰۰)؛ آموزش مهارت‌های زندگی (طارمیان و مهریار، ۱۳۸۶؛ اسپیت، ویچهودل، راینر و واینسز^۲، ۲۰۱۰)؛ الگوی یکپارچه نفوذ اجتماعی - افزایش توانایی (یانگ و همکاران^۳، ۲۰۰۸) به مرحله اجرا درآمده است. هر چند تعداد کمی از این مطالعات به صورت مقایسه‌ای انجام شده‌اند، لیکن نتایج نشان می‌دهد که روش‌های پیشگیری مبتنی بر رویکرد نشر اطلاعات، صرفاً بر تغییر نگرش و تعداد محدودی از متغیرهای همبسته با سوء مصرف موادمخدر تاثیر دارند. حال آن‌که روش‌هایی که به صورت یکپارچه بر روی ویژگی‌های روانی، شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی افراد متمرکز می‌شوند، هم بر تغییر نگرش و هم بر تعداد زیادی از متغیرهای همبسته با سوء مصرف موادمخدر اثربخشی بالاتری دارند (بوتوین، گریفین و ویلیامز، ۲۰۰۱؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵؛ روهر باخ، سان و سوسمن^۴، ۲۰۱۰). ضمناً اثربخشی روش‌های مبتنی بر فن‌آوری‌های نوین مانند اینترنت و لوح‌های فشرده در مقایسه با روش‌های سنتی مانند پوستر و جزوه‌های آموزشی بالاتر گزارش شده است (اسکینک و همکاران، ۲۰۰۴).

در این پژوهش اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری اجتماعی به عنوان جامع‌ترین روش پیشگیری در مقایسه با روش‌های پیشگیری نسبتاً ساده‌تر و ارزان‌تر و از نظر اجرا

1. Cuijpers
2. Speath, Weichold, Rainer & Wiensner
3. Yang
4. Rohrbach, Sun & Sussman

ساده‌تری مانند آموزش مهارت‌های زندگی و همچنین دو روش مبتنی بر رویکرد نشر اطلاعات، یعنی روش ارائه پوستر به عنوان یک روش سنتی و روش سرویس پیام کوتاه به عنوان یک روش مبتنی بر فن آوری نوین در مقایسه با گروه کنترل بر تغییر نگرش و بهبود عزت نفس دانش‌آموزان خوابگاه‌های کمیته امداد امام خمینی (ره) استان چهارمحال و بختیاری بررسی شده است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی ۴ روش پیشگیری (ارائه پوستر، سرویس پیام کوتاه، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش شناختی- رفتاری اجتماعی) بر تغییر نگرش و بهبود عزت نفس دانش‌آموزان نسبت به سوء مصرف موادمخدر است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. گروه‌های آزمایش و گواه با استفاده از گمارش تصادفی دانش‌آموزان دبیرستانی ساکن در مجتمع‌های خوابگاهی فرهنگی و تربیتی کمیته امداد استان چهارمحال و بختیاری در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ صورت گرفت. همچنین گمارش سطوح متغیر مستقل (روش‌های چهارگانه پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر) به شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش ارائه شد و تاثیر این روش‌ها بر متغیرهای وابسته تحقیق یعنی نگرش نسبت به سوء مصرف موادمخدر و عزت نفس دانش‌آموزان بررسی گردید.

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی بود. ابتدا با توجه به این که تعداد ۴ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه وجود داشت، به صورت تصادفی و به حکم قرعه، هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت متناظر در یکی از مجتمع‌های خوابگاهی گمارده شدند و گروه گواه نیز از بین دانش‌آموزان مجتمع ۲ شهرکرد انتخاب گردید. بدین ترتیب تعداد ۱۵۰ دانش‌آموز از ۴ مجتمع خوابگاهی انتخاب و در ۴ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه گمارده شدند (تعداد = ۳۰). اعلام رضایت کتبی برای حضور در گروه‌های

آموزشی، عدم ابتلاء به بیماری‌های مزمن پزشکی و روان‌پزشکی به عنوان شرط‌های ورود به تحقیق و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و استفاده از داروهای روان‌پزشکی در حین اجرای دوره‌های آموزشی شرط‌های خروج از تحقیق بودند. همچنین جهت رعایت اخلاق پژوهش، اعضای گروه گواه پس از اتمام پژوهش، آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کردند.

ابزار

۱- پرسشنامه نگرش نسبت به سوء مصرف مواد مخدر: این پرسشنامه توسط بهرامی (۱۳۸۰) طرح‌ریزی شده و دارای ۷۴ سؤال است که روی ۱۰ عامل قرار می‌گیرند که عبارتند از: نگرش کلی به اعتیاد، نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر، نگرش نسبت به علت مصرف مواد مخدر، نگرش نسبت به فرد معتاد، نگرش نسبت به شخصیت فرد معتاد، نگرش اجتماع نسبت به اعتیاد، نگرش نسبت به ترک اعتیاد، نگرش نسبت به عواقب مصرف مواد، نگرش نسبت به گریز از اعتیاد و نگرش نسبت به گزینش اعتیاد به عنوان راه حل در زندگی. یونسی و محمدی (۱۳۸۵) اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در تحقیق حاضر نیز اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به دست آمد. ضمن این که تحلیل عاملی نیز همان ۱۰ عامل فوق را با بار عاملی مناسب از (۰/۳۱ تا ۰/۴۳) نشان داد.

۲- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. در مجموع، ۵۰ ماده آن به ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی مربوط می‌شوند. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. بنابراین حداقل نمره‌ای که یک فرد می‌تواند به دست آورد نمره صفر و حداکثر نمره ۵۰ است. ضمن اینکه افرادی که نمره‌ای بیش از ۴ در دروغ سنج بیاورند اعتبار آزمون آنها پایین بوده و باید مجدداً پرسشنامه را تکمیل کنند. اعتبار این پرسشنامه بارها محاسبه و از حداقل ۰/۷ تا ۰/۸۷

گزارش شده است (بیابانگرد، ۱۳۸۲). جلالی و نظری (۱۳۸۸) نیز در یک مطالعه بر روی دانش‌آموزان دوره راهنمایی استان چهارمحال و بختیاری، اعتبار پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و با تنصیف پرسشنامه بر اساس سئوال‌های زوج و فرد، همبستگی دو نیمه را برابر با ۰/۷۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ روی یک نمونه مقدماتی برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد.

در این تحقیق، چهار سطح مختلف متغیر مستقل (روش‌های مختلف پیشگیری) به هر یک از گروه‌های آزمایش ارائه گردید. گروه آزمایش ۱ طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی (هر هفته یک جلسه) ۱۰ تکنیک مورد نظر با در نظر گرفتن چهارچوب کلی مدل شناختی- رفتاری (ساختار یافته) را توأم با آموزش مهارت‌های اجتماعی دریافت کرد. به این ترتیب که به جزء جلسه‌ی اول که به معرفی آموزش‌گر و اعضای گروه، شناسایی مواد، عوامل زمینه ساز شناختی، رفتاری، اجتماعی و خانوادگی سوء مصرف مواد مخدر اختصاص می‌یافت، در جلسات دوم تا دهم، ۷۵ دقیقه اول جلسه

به آموزش یکی از فنون شناختی- رفتاری (از قبیل مهارت‌های کنترل شخصی، کنترل فکر، تصمیم‌گیری، مدل ABC، قاطعیت‌ورزی، کنترل اضطراب، سبک‌های مقابله‌ای، عزت نفس، مدیریت خود، حل مساله) و مرور تکلیف منزل جلسه‌ی قبل و ۴۵ دقیقه آخر به آموزش مهارت‌های اجتماعی و تکلیف جلسه بعدی اختصاص می‌یافت. گروه آزمایش ۲، طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هفتگی) آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کرد. آموزش مهارت‌های زندگی طبق الگوی سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۹) و با استفاده از تکنیک‌های یادگیری فعال و استفاده از روش آموزش مهارت‌های اجتماعی ارائه شد. گروه آزمایش ۳، به مدت ۱۰ هفته در معرض تماشای پوستره‌های مرتبط با پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر قرار گرفت. بدین ترتیب که تعداد ۴۰ پوستر طی مدت ۱۰ هفته در معرض تماشای دانش‌آموزان قرار می‌گرفت. پوسترها از نظر رنگ و شکل کاملاً جذاب بودند و محتوای آنها نیز متناسب با اقدام‌های پیشگیری از سوء مصرف

موادمخدر تنظیم شده بود. هر پوستر بسته به میزان مطالبی که برای دانش‌آموزان داشت بین ۲ تا ۳ روز در معرض تماشا قرار می‌گرفت و بعد از آن جای خود را به پوسترهای دیگری می‌داد. گروه آزمایش ۴، به مدت ۱۰ هفته پیام‌های کوتاه مربوط به پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر را دریافت می‌کرد. این پیام‌ها به صورت روزانه و هر روز سه پیام ارسال می‌شد. متن هر پیام حاوی یک یا دو جمله سلیس و ساده با محتوای آگاه‌سازی نسبت به اثرات سوء مصرف مواد، ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد و شیوه‌های کنترل هیجان و حل مسائل و مشکلات شخصی، عاطفی، تحصیلی و اجتماعی ارسال شد. برای حصول اطمینان از دریافت و خوانده شدن پیام‌های کوتاه، ضمن ارسال شارژ تلفن همراه برای هر آزمودنی، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد که پس از دریافت ۴ پیام یک پیام بدون متن به شماره سرور پاسخ دهد.

برای بررسی اثربخشی روش‌های پیشگیری بر نگرش و عزت نفس دانش‌آموزان از تحلیل کواریانس استفاده شده است، تا بتوان ضمن کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر تعدیل شده مداخلات پیشگیری (روش‌های مختلف پیشگیری) را محاسبه کرد. ضمناً برای میزان مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله‌ای از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان تحقیق بین ۱۱ تا ۱۷ سال با میانگین ۱۴/۱۴ سال بود. اغلب پاسخ‌دهندگان دارای والدین بودند و تعداد کمی از آنان یک یا دو والد خود را از دست داده بودند. در جدول ذیل آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی نمره‌های نگرش و عزت نفس به تفکیک نوع آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	شاخص‌ها
Sd	M	Sd	M		
۱۰/۵۴	۲۲۰/۷۳	۱۵/۳۰	۲۴۱/۳۰	پوستر	نگرش
۶/۲۰	۲۱۱/۷۰	۱۶/۷۹	۲۳۳/۳۶	پیامک	
۱۱/۸۴	۲۱۰/۰۰	۱۶/۱۲	۲۳۹/۸۰	مهارت‌های زندگی	نگرش
۱۵/۶۰	۲۰۰/۱۶	۱۶/۱۵	۲۳۶/۶۶	شناختی- رفتاری	
۱۹/۶۲	۲۲۸/۰۳	۱۸/۶۱	۲۳۳/۲۶	گواه	
۶/۹۵	۷۲/۱۶	۸/۱۳	۷۱/۵۳	پوستر	عزت نفس
۹/۵۷	۷۳/۲۶	۸/۱۰	۷۰/۵۶	پیامک	
۴/۱۴	۷۷/۲۶	۴/۴۸	۷۲/۵۶	مهارت‌های زندگی	عزت نفس
۵/۱۳	۸۰/۷۶	۵/۱۹	۷۳/۵۳	شناختی- رفتاری	
۸/۹۳	۷۲/۵	۸/۶۳	۷۱/۷	گواه	

برای بررسی اثربخشی مداخلات از آزمون کواریانس به شرح ذیل استفاده شد.

۳۹
39

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس مرتبط به نمره‌های نگرش نسبت به سوءمصرف مواد مخدر

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
پیش آزمون	۳۷۳۹/۳۶	۱	۳۷۳۹/۳۶	۳۶/۵۱	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۱۴۱۵۹/۳۹	۴	۳۵۳۹/۸۴	۲۲/۲۶	۰/۰۰۱
خطا	۲۲۸۹۷/۹۳	۱۴۴	۱۵۹/۰۱	-	-
کل	۶۹۱۷۸۱۷/۰۰	۱۴۹	-	-	-

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود عضویت گروهی معنادار است (F=۲۲/۲۶, P<۰/۰۰۱). این بدین معناست که حداقل بین میانگین نمرات نگرش نسبت به مواد مخدر در دو گروه تفاوت وجود دارد.

مقایسه اثربخشی چهار روش پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر بر نگرش و عزت نفس دانش آموزان ...

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس مرتبط به نمره‌های عزت نفس

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
پیش آزمون	۳۶۷۴/۷۱	۱	۳۶۷۴/۷۱	۱۳۳/۵۲	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۱۱۶۲/۲۶	۴	۲۷۰/۵۶	۱۰/۵۶	۰/۰۰۱
خطا	۳۹۶۰/۰۵	۱۴۴	۲۷/۵۰	-	-
کل	۸۵۷۴۰۵/۰۰	۱۴۹	-	-	-

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود عضویت گروهی معنادار است (F=۱۰/۵۶, P<۰/۰۰۱). این بدین معناست که حداقل بین میانگین نمرات عزت نفس در دو گروه تفاوت وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تعقیبی LSD به شرح ذیل استفاده شد.

جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی میزان اثربخشی روش های پیشگیری بر نگرش و عزت نفس دانش آموزان

عزت نفس	نگرش		گروه ۲	گروه ۱
	اختلاف میانگین	سطح معناداری		
ارسال پیامک	۶/۶۱	۰/۰۴۷	۱/۷۸	۰/۱۹
مهارت های زندگی	۱۰/۲۷	۰/۰۰۲	۴/۳۷	۰/۰۰۲
شناختی- رفتاری	۱۹/۱۵	۰/۰۰۱**	۷/۳۹	۰/۰۰۱
گروه گواه	-۹/۷۵	۰/۰۰۴**	۰/۲۲	۰/۸۷
مهارت های زندگی	۳/۶۶	۰/۲۶۶	۲/۵۸	۰/۰۵۹
ارسال پیامک	۱۲/۵۴	۰/۰۰۱	۵/۶۱	۰/۰۰۱
گروه گواه	-۱۶/۳۶	۰/۰۰۱	۱/۵۶	۰/۲۴۹
مهارت های شناختی- رفتاری	۸/۸۷	۰/۰۰۷**	۳/۰۲	۰/۰۲۷*
زندگی	۲۰/۰۲	۰/۰۰۱**	۴/۱۵	۰/۰۰۳**
شناختی- رفتاری	-۲۸/۹۰	۰/۰۰۱**	۷/۱۸	۰/۰۰۱**

**P < ۰/۰۱, * P < ۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که در مرحله پس آزمون بین میانگین نمره های نگرش و عزت نفس شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به وجود آمده

است. در واقع، نتایج بیانگر آن است که ارائه روش‌های پیشگیری (ارائه پوستر، ارسال پیام کوتاه، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش شناختی- رفتاری اجتماعی) موجب تغییر نگرش و بهبود عزت نفس دانش آموزان نسبت به سوء مصرف موادمخدر شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات قبلی (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵؛ کارول، ۲۰۰۰؛ کویچ پرس، ۲۰۰۲؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ اسپیت و همکاران، ۲۰۱۰) همسوست. در واقع، این بررسی‌ها نشان می‌دهند که بیشتر افراد در سن نوجوانی به سمت مصرف موادمخدر گرایش پیدا می‌کنند و دلیل اصلی آن علاوه بر شرایط فیزیولوژی و روانی خاص این دوره و همچنین فشار همسالان برای سوء مصرف موادمخدر (استرنبرگ و مانهام، ۲۰۰۷)، به دلیل عدم آگاهی آنها نسبت به ضرر و زیان ناشی از مصرف موادمخدر و در نتیجه نگرش مثبت به سوی مصرف موادمخدر است (کویر و همکاران، ۱۹۹۵). به همین دلیل اغلب موسسه‌های پیشگیری و متون علمی تصریح می‌کنند: «حتی اندکی پیشگیری بهتر از عدم پیشگیری و حتی بهتر از درمان است» (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۳؛ اسکینکه، دی نویا و گلاسمن، ۲۰۰۴). به هر حال، هرگونه آموزش و آگاه‌سازی از طریق در اختیار گذاشتن اطلاعات موثر پیرامون مزایا و معایب هر موضوعی - از جمله سوء مصرف مواد - می‌تواند نگرش فرد را در ابعاد مختلف، شناختی، عاطفی و رفتاری تغییر دهد (کرولانسکی و هیگینز، ۲۰۰۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که ارائه روش‌های پیشگیری بر بهبود عزت نفس شرکت کنندگان موثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های سوسمن، دنت و لیو (۲۰۰۰) و همچنین ویلز و همکاران (۱۹۹۵) که ارتباط عزت نفس، خود ارزشمندی و احساس کنترل را با گرایش یا عدم گرایش به سوی مصرف موادمخدر مورد بررسی قرار داده‌اند، همخوانی دارد. برخی تحقیقات خاطر نشان ساخته‌اند که اگر عزت نفس در فرد افزایش یابد، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد احیاء می‌شود و تغییرات مثبتی همچون افزایش تلاش برای پیشرفت، افزایش تلاش برای کسب موفقیت، لذت بردن از تعامل و ارتباط با دیگران، دوری از رفتارهای پرخطر در او پدیدار می‌گردد (بیابانگرد، ۱۳۸۲). همچنین برخی تحقیقات به ارتباط بین عزت نفس ضعیف با گرایش به سمت

مصرف سیگار اشاره کرده‌اند (گایلون، کراک و بایلی^۱، ۲۰۰۷). لذا، برنامه‌هایی که طی آن عزت نفس و نگرش نوجوانان و جوانان مد نظر قرار می‌گیرد، تاثیر به سزایی بر کاهش تقاضای مصرف مواد نشان داده‌اند (یارمحمدیان و قادری، ۱۳۸۰؛ ملک‌پور و قربانی، ۱۳۸۳).

مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها نیز بیانگر آن بود که اثربخشی روش‌های مختلف پیشگیری بر تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف موادمخدر متفاوت است. هرچند که اثربخشی هر ۴ روش پیشگیری بالاتر از گروه کنترل بود، لیکن بین اثربخشی روش‌های پیشگیری نیز با یکدیگر تفاوت وجود داشت. به طوری که اثربخشی روش آموزش شناختی- رفتاری اجتماعی از سه روش پیشگیری دیگر بالاتر و بعد از آن روش‌های ارسال پیامک و آموزش مهارت‌های زندگی بودند. مطالعات نشان داده‌اند که روش‌های پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر با هر گونه جهت‌گیری در روش و محتوا، چون به نوعی باعث افزایش اطلاعات و آگاهی افراد نسبت به زیان‌های ناشی از سوء مصرف موادمخدر می‌شوند، در نهایت روی نگرش و گرایش افراد نسبت به موادمخدر حساسیت نشان می‌دهند (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵). بدین ترتیب روش‌های ارائه اطلاعات و آموزش مستقیم و غیر مستقیم که موجب افزایش آگاهی شرکت‌کنندگان در خصوص کم و کیف سوء مصرف مواد می‌شوند، می‌توانند گرایش آنها را نسبت به موادمخدر کاهش دهند. البته با توجه به روش و محتوایی که هر کدام از این روش‌های پیشگیری از آن بهره‌مند می‌شوند، می‌توانند اثربخشی متفاوتی داشته باشند. برخی روش‌های مبتنی بر نشر اطلاعات- مانند روش ارائه پوستر یا روش ارسال پیام کوتاه- از طریق روش‌هایی مانند برانگیختن ترس و در نتیجه ایجاد نگرش منفی در افراد، برخی از طریق القای آموزه‌ها و معیارهای اخلاقی و برخی نیز از طریق افزایش آگاهی افراد نسبت به زیان‌های ناشی از مصرف موادمخدر در صدد تغییر نگرش و کاهش گرایش افراد نسبت به سوء مصرف موادمخدر هستند (بوتوین، گریفین و ویلیامز، ۲۰۰۱؛ یونسی و محمدی، ۱۳۸۵).

به نظر می‌رسد، روش آموزش شناختی-رفتاری اجتماعی به دلیل استفاده از چارچوب ساختار یافته، استفاده از تکالیف منزل، ارائه آموزش مهارت‌های اجتماعی بر روی نگرش افراد نسبت به موادمخدر تاثیر قوی‌تری دارد. روش آموزش مهارت‌های زندگی نیز به دلیل آموزش چهره به چهره و آموزش‌های مبتنی بر یادگیری تجربی و کاربردی بر تغییر نگرش افراد نسبت به سوء مصرف موادمخدر نقش داشته‌اند. روش‌های مبتنی بر نشر اطلاعات نیز به دلیل آگاه‌سازی و دادن اطلاعات پیرامون ضرر و زیان‌های ناشی از سوء مصرف مواد مخدر، می‌توانند در ایجاد نگرش منفی موثر باشند. اما، روش ارسال پیامک به دلیل جذابیت بیشتر برای نوجوانان، نسبت به روش ارائه پوستر که نه تنها جذابیت روش ارسال پیامک را ندارد (چو^۱ و همکاران، ۱۹۹۸)، بلکه از ویژگی‌هایی نظیر تعامل و ارتباط چهره به چهره مانند روش آموزش شناختی-رفتاری اجتماعی و روش آموزش مهارت‌های زندگی نیز بی‌بهره است، در نتیجه کمترین میزان اثربخشی را داشته است. چون در روش آگاه‌سازی از طریق پوستر به دلیل عدم وجود فرصت ارتباط چهره به چهره، تاثیر کمتری در مقایسه با سایر روش‌ها داراست (اسکینکه و همکاران، ۲۰۰۴).

۴۳

43

مقایسه میزان اثربخشی روش‌های پیشگیری بر بهبود عزت نفس نیز بیانگر آن بود که تنها دو روش آموزش شناختی-رفتاری اجتماعی و روش آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود عزت نفس شرکت‌کنندگان موثر بوده‌اند که البته میزان اثربخشی روش شناختی-رفتاری اجتماعی بیش از روش آموزش مهارت‌های زندگی بوده است. همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد، روش‌های مختلف پیشگیری با توجه به شکل و محتوایی که دارند، می‌توانند روی یک یا چند جنبه مختلف عوامل همبسته با سوء مصرف موادمخدر تاثیرگذار باشند (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵). در این بین روش آموزش شناختی-رفتاری اجتماعی به لحاظ زیربنای تئوری و عملی خود بیش از روش‌های دیگر روی بهبود عزت نفس موثر بوده است. برای نمونه تحقیقات نشان می‌دهند که عزت نفس و احساس ارزشمندی (سوسمن و همکاران، ۲۰۰۰) از مهمترین عوامل پیش‌بینی‌کننده مصرف یا سوء مصرف موادمخدر هستند. بنابراین به میزانی که روش‌های

مختلف پیشگیری بتوانند روی این احساس خود ارزشمندی و همین طور خودپنداره تاثیر گذار باشند، می توانند به عنوان روش های موفق پیشگیری مطرح شوند. دو روش پیشگیری آموزش شناختی- رفتاری اجتماعی و آموزش مهارت های زندگی به دلیل ساختار و استفاده از یک مدل روانی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی دارای چنین ویژگی هستند (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵).

نتیجه گیری کلی این است که روش شناختی- رفتاری اجتماعی با توجه به این که سوء مصرف موادمخدر را به مثابه یک مشکل فردی، اجتماعی، شخصیتی و رفتاری نگاه می کند و متناسب با آن فنون شناختی- رفتاری و اجتماعی را به افراد آموزش می دهد، کامل ترین و اثربخش ترین روش پیشگیری به حساب می آید؛ لیکن سؤال اساسی این است که آیا با توجه به امکانات و منابعی که برای آموزش این روش نیاز است و دامنه نفوذ محدود آن، در همه جا امکان آموزش و ارائه آن وجود دارد؟ و یا اینکه می توان با غربال گری افراد نیازمند آموزش های پیشگیری، افرادی را که عوامل خطر آفرین بیشتری نسبت به عوامل محافظت کننده دارند را با استفاده از روش های جامع، نظیر همین روش شناختی- رفتاری اجتماعی و افرادی که عوامل محافظت کننده شان بیش از عوامل خطر آفرین است از طریق روش های پیشگیری ساده تر مانند روش ارسال پیام کوتاه مورد هدف قرار داد.

مهمترین محدودیت این پژوهش ارائه آموزش ها در فصل بهار بود که به این دلیل که بعد از آن مجتمع های خوابگاهی تعطیل شدند امکان مطالعه پیگیری میسر نشد که برای یک مطالعه مداخله ای به خصوص مطالعه از نوع پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر یک محدودیت جدی به حساب می آید. همچنین غیر استاندارد بودن متون ارسالی از طریق سرویس پیام کوتاه محدودیت بعدی این تحقیق بود. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی دو محدودیت فوق و همچنین مطالعه بر روی دانش آموزان مدارس عادی مورد توجه قرار گیرد تا امکان تعمیم نتایج به گروه های دانش آموزی وسیع تر فراهم شود.

منابع

- بهرامی، احسان، هادی. (۱۳۸۰). *اعتیاد، پیشگیری و درمان*. تهران: انتشارات سمت.
- بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۲). *روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

جلالی، داریوش؛ نظری، آذر. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش الگوی یادگیری اجتماعی بر روی عزت نفس، اعتماد به نفس، رفتارهای خودابرازی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان کلاس سوم دوره راهنمایی استان چهارمحال و بختیاری. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۴۳-۵۳.

سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۷۹). *برنامه آموزش مهارت‌های زندگی*. ترجمه و اقتباس: نوری قاسم‌آبادی، ربابه و محمدخانی، پروانه. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

طارمیان، فرهاد؛ مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۸۶). اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دوره‌ی راهنمایی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۶(۴)، ۲۹-۳۸.

قربانی، بیژن؛ فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۸۳). اثربخشی تغییر نگرش، آموزش ابراز وجود و ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش گرایش به مواد مخدر در دانش آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۷(۱)، ۷۵-۸۸.

ملک پور، مختار و قربانی، بیژن. (۱۳۸۳). تاثیر روش‌های تغییر نگرش و ابراز وجود بر عدم گرایش به مصرف مواد معتادان داوطلب. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۲۰-۱۹(۵)، ۱۰۹-۱۲۸.

یارمحمدیان، محمد حسین؛ قادری، صغری. (۱۳۸۰). بررسی تاثیر یک برنامه آموزش پیشگیری از اعتیاد بر روی عزت نفس، نگرش و آگاهی نوجوانان در مورد سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه دانش و پژوهش*، ۳(۲)، ۳۹-۵۳.

یونسی، سید جلال؛ محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۵). استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان. *دو ماهنامه دانش‌ور رفتار*، ۸(۲)، ۱۶-۱۰.

- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2005). *School-based program in low income substance abuse: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Botvin, G.J., Griffin, K.W., & Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among Minority Adolescents: post test and one-year follow up of school-based preventive intervention. *Prevention Science*, 2(1), 1-13.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E., & Diaz, T. (1995). Long-term follow up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Carroll, K. (2000). *Relapse prevention strategie for treatment of cocaine abuse*. Archives of General Psychotherapy. On line: aviliable at: URL: <http://www.athealth.com>.
- Chou, C., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flay, B., & Mackinnon, D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 88, 944-948.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russel, M., & Muder, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions. A motivational model use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990-1005.

- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention program. *A systematic review*, 27(6), 1009-1023.
- Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A. K. J., Nelson, S., & Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science*, 3(3), 191-202.
- Flay, B. R. (2000). Approaches to substance use preventopn utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25(6), 861-885.
- Guillon, M. S., Crocq, M. A. & Bailey, P. E. (2007). Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. *Addictive Behaviors*, 32 (4), 758-764.
- Islam M. M., Topp, L., Day C. A., Dawson, A. & Conigrave, K. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *International Journal of Drug Policy*, 23, 94-102.
- Jessor, C. L. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York. Academic press.
- Kruglanski, A. W., & Higgins, E. T. (2007). *Social psychology*. Davision of Guilford Publications, Inc.
- McCuller, W. J., Sussman, S., Dent, C. W., & Teran, L. (2001). Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 26 (1), 137-145.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Prevention Drug Use: among children and adolescents*. New York: Departmant of Health.
- Rohrbach, L. A., Sun, P., & Sussman, S. (2010). One-year follow up evaluation of the project toward no drug abus (TND) dissemination trail. *Preventive medicine*, 51 (3, 4), 311-319.
- Schinke, S. P., Di Noia, J., & Glassman, J. R. (2004). Computer-mediated intervention to prevent drug abuse and violence among high-risk youth. *Addective Behaviors*, 29, 225-229.
- Speath, M., Weichold, k., Rainer, K. S., & Wiensner, M. (2010). Examining the differential effectiveness of a life skills program on alcohol use tranjectories in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 334-348.
- Sternberg, L., & Monaham, C. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Der psychol*, 43(6), 1531-43.
- Sussman, S., Dent, C., & leu, L. (2000). The one year prospective prediction of substance abuse and dependence among high risk adolescents. *Journal of Substance Abuse*, 12, 373-386.
- Willis, T. A. & Duhamel, K. & Vaccaro, D. (1995). Activity and mood tempermant as prediction mediation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, (68), 901-916.
- Yang, Q., Liu, Y. Y., Zeng, Y. F., Yi, W. C., Ji, Wei., Zeng, Z. W. (2008). Evaluation of effectiveness of integrated intervention program in improving drug addicts psycholpgical health. *Biomedical and Environmental Sciences*, 21(1), 75-84.

مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد و بهبود یافته

سیدعلی حسینی‌المدنی^۱، حسن احدی^۲، یوسف کریمی^۳، هادی بهرامی^۴، آمنه معاضدیان^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۰۱

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته بود. **روش:** در این مطالعه علی‌مقایسه‌ای، تعداد ۳۰ نفر معتاد، ۳۰ نفر غیرمعتاد و ۳۰ نفر معتاد بهبودیافته به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۰ که متعلق به جمعیت خیریه تولد دوباره در تهران بودند، انتخاب شدند. همه شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، سبک‌های هویت برزونسکی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در سبک هویتی اطلاعاتی، افراد غیرمعتاد به طور معنی‌داری دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد معتاد و افراد بهبود یافته‌اند. در سبک هویتی هنجاری، گروه غیرمعتاد به طور معناداری دارای سطح بالاتری نسبت به گروه معتاد و گروه بهبود یافته هستند. در مقایسه سبک هویت سردرگم/اجتنابی، افراد غیرمعتاد به طور معنی‌داری دارای نمرات پایین‌تری نسبت به معتادان هستند. نتایج حاصل از مقایسه تاب‌آوری در چهار گروه نشان داد که افراد غیرمعتاد به طور معناداری دارای تاب‌آوری بالاتر نسبت به گروه‌های معتاد و بهبودیافته هستند. همچنین افراد بهبود یافته نیز نسبت به معتادین به طور معنی‌داری دارای تاب‌آوری بالاتری بودند. در مقایسه مولفه معنویت، افراد غیرمعتاد و افراد بهبود یافته به طور معناداری دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد معتادند. در مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، افراد غیرمعتاد و بهبود یافته نسبت به افراد معتاد به طور معناداری دارای سطوح بالاتری هستند. **نتیجه‌گیری:** حضور در گروه‌های NA، دریافت حمایت اجتماعی و مشارکت در فرایند ترک مواد باعث افزایش تاب‌آوری در معتادان بهبود یافته شده است. همچنین هویت یک مولفه فردی نسبتاً ثابت است که با مشارکت در فرایند درمان، تغییر چندانی در آن ایجاد نمی‌شود.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، هویت، معنویت، حمایت اجتماعی

۱. نویسنده مسئول: دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران. پست

الکترونیکیک: alihosseini@madani@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۴. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۵. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

مقدمه

نوجوانان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و هویت‌یابی دریافت مناسبی از پیامدهای اعمال خود ندارند و مستعد سوء‌مصرف موادمند (بویر^۱، ۲۰۰۶). بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال سوء‌مصرف مواد دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به خانواده‌ها و جامعه چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم تحمیل می‌کند. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می‌شوند و این میزان برای ۱ سال پس از درمان ۷۵ درصد است (وزیریان و مستشاری، ۲۰۰۳). این یافته‌ها لزوم توجه به پیشگیری و شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده را دو چندان می‌کند.

نوجوانان همیشه در حال مواجهه با شکل‌دهی یک هویت‌اند. برزونسکی^۲ (۱۹۹۰) سه سبک هویتی را معرفی می‌کند: سبک اطلاعاتی^۳، سبک هنجاری^۴ و سبک سردرگم/اجتنابی^۵. افراد دارای سبک اطلاعاتی آگاهانه به دنبال پردازش و ارزیابی اطلاعات مرتبط قبل از حل تعارضات هویتی و شکل‌دادن هویت‌اند. آنها خود‌اندیشه‌گرند، نسبت به دیدگاهشان درباره خود و اعتبار آن تردید دارند و آن را زیر سوال می‌برند. علاقه‌مند به یادگیری مطالب جدید درباره خودشان‌اند و خواستار ارزیابی و اصلاح ساختار هویتی خود در صورت مواجهه با اطلاعات و بازخوردهای ناهماهنگ‌اند (برزونسکی، سیوچ، دوریز و سوئنس^۶، ۲۰۱۱). سبک هنجاری، بیشتر توسط نگرانی نسبت به برآورده ساختن انتظارات افراد مهم در زندگی مشخص می‌شود. این سبک باعث مقاومت در برابر تغییر و مقابله با اطلاعاتی می‌شود که باورها و ارزش‌های فرد را به چالش می‌کشاند. افراد دارای نمرات بالا در مقیاس هنجاری خود را در قالب اسنادهای جمعی مانند مذهب، خانواده و ملیت تعریف می‌کنند (برزونسکی، مسک و نورمی^۷، ۲۰۰۳).

1. Boyer
2. Berzonsky
3. informational style
4. normative style
5. avoidant-disoriented style
6. Cieciuch, Duriez & Soenens
7. Macek & Nurmi

افراد با جهت گیری سردرگم/اجتنابی توجه اندکی به آینده خود و پیامدهای درازمدت اعمالشان نشان می دهند و تصمیمات مبتنی بر هیجان اتخاذ می کنند. در هنگام انتخاب کردن و عمل کردن، رفتار آنها اساسا توسط تقاضاها و پیامدهای فوری بیرونی هدایت می شود (برزونسکی و فراری،^۱ ۲۰۰۹). برخی مطالعات نشان داده اند که جهت گیری اجتنابی/سردرگم مرتبط با مصرف الکل و مصرف مواد (نورمی، برزونسکی، تامی و کینی^۲، ۱۹۹۷؛ جونز، روس و هارتمن^۳، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰، سماوی، ۲۰۰۸، وایت، وامپلر و وین^۴، ۱۹۹۸) و دشواری در بهبودی از مصرف مواد (وایت، مونت گومری، وامپلر و فیشر^۵، ۲۰۰۳) است. از طرف دیگر جهت گیری اطلاعاتی به طور منفی مرتبط با مصرف مواد است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸). در مقیاس هنجاری مطالعات نشان داده است که نمرات بالا در این مقیاس به طور معکوس مرتبط با مصرف مواد است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸؛ وایت و جونز، ۱۹۹۶).

۴۹

49

اخیرا محققان از نقش عوامل مثبت و محافظت کننده در زندگی نوجوانان و تاثیر آن بر مصرف مواد در نوجوانان و جوانان آگاه شده اند (فرگوس و زیمرمن،^۶ ۲۰۰۵). این تغییر به سمت عوامل محافظت کننده با رشد تحقیقات در حوزه تاب آوری^۷ همراه بوده است (کگلر^۸ و همکاران، ۲۰۰۵؛ هسه و گرایدون^۹، ۲۰۰۹). تاب آوری توانایی مقاومت در برابر برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس زا تعریف می شود (ورنر^{۱۰}، ۲۰۰۴). تاب آوری از مشکلات روان شناختی بین نوجوانان و جوانان جلوگیری کرده و آنها را در برابر تاثیرات روان شناختی رویدادهای مشکل زا مصون نگه می دارد (پین کوآرت^{۱۱}، ۲۰۰۹). شواهد نشان می دهد که افراد تاب آور به احتمال کمتری جذب

1. Ferrari
3. Jones, Ross & Hartman
5. Fisher
7. Resiliency
9. Hassa & Graydon
11. Pinquart

2. Nurmi, Tammi & Kinney
4. White, Wampler & Winn
6. Fergus & Zimmerman
8. Kegl
10. Werner

رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (باکتر، مزاکاپا و بردسلی^۱، ۲۰۰۳؛ کومو، سارچیاپون، گیانانتونیو، مانسینی و روی^۲، ۲۰۰۸). همچنین تاب‌آوری مرتبط با هیجان‌ات مثبت است که نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (بونانو، گله، بوسیاریلی و والهو^۳، ۲۰۰۷).

فرایند توقف سوء مصرف مواد و پایان دادن به روابط با همسالان معتاد به شدت استرس‌آور است و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است (استونسون^۴، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روانشناختی فرد، همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می‌کند (داج و پوتوکی^۵، ۲۰۰۰؛ سلمون، جوزف، سیلور و من^۶، ۲۰۰۰). داویس و جیسون^۷ (۲۰۰۵) نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است. نشان داده شده است که در طی مراحل ابتدایی درمان، حمایت دیگران جهت ترک مصرف از اهمیت زیادی برخوردار است (وارن، استین و گرلا^۸، ۲۰۰۷). البته برخی تحقیقات (مانند مک دونالد^۹ و همکاران، ۲۰۰۴) نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی همیشه پیش‌بینی کننده مراحل بهبودی نیست.

معنویت بعدی مهم و تاثیرگذار در سلامت فرد و خانواده است (کونر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳؛ والش^{۱۱}، ۲۰۰۳). رابطه منفی معنویت با احتمال مصرف مواد در بسیاری از تحقیقات نشان داده شده است (میچالاک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷؛ والیس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۷؛ چیت‌وود^{۱۴}، ۲۰۰۸). نوجوانانی که به اهمیت نقش مذهب در زندگی شان پی برده‌اند و در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند از احتمال کمتری جهت ورود به رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و روابط جنسی برخوردارند (سینها^{۱۵} و همکاران،

1. Buckner, Mezzacappa & Beardslee
2. Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini & Roy
3. Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov
4. Stevenson
5. Dodge & Potocky
6. Salmon, Joseph, Saylor & Mann
7. Davis & Jason
8. Warren, Stein & Grella
9. Macdonald
10. Connor
11. Walsh
12. Michalack
13. Wallace
14. Cheetwood
15. Sinha

۲۰۰۷). باورهایی مثل اعتقاد به خدا و مذهب والدین باعث کاهش مصرف الکل و ماری جوآنا در بین نوجوانان می شود (کلیور و مورل^۱، ۲۰۰۷). فلاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که بیمارانی که عنوان کرده بودند مذهب و معنویت یک منبع حمایتی جهت رهایی از اعتیاد است، دو برابر بیش از دیگران احتمال بهبودی از مصرف هروئین و کوکائین در ۵ سال بعد را داشتند. البته به این نکته نیز باید اشاره شود که برخی تحقیقات (میلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸) نیز به این نتیجه رسیده اند که معنویت نقشی حمایتی در برابر مصرف مواد ندارد.

با توجه به پیشینه، چنین به نظر می رسد که تحقیقی به بررسی و مقایسه این متغیرها در گروه های معتاد، غیرمعتاد و معتادان بهبود یافته نپرداخته است، لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه سبک های هویتی، تاب آوری، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبود یافته است. در این تحقیق گروه بهبود یافته به این دلیل انتخاب شده است که سیر تغییر و یا ثبات این متغیرها را در معتادین سابق و بهبودیافتگان کنونی مشاهده کنیم. شاید مداخله کوتاه مدت و چند هفته ای تغییرات عمیق شخصیتی، هویتی، معنویت و تاب آوری را در افراد معتاد به وجود نیاورد، اما مشاهده تغییرات این متغیرها در افرادی که حداقل دو سال از بهبودی آنها گذشته است می تواند سیر تحول، تغییر، یا تثبیت این متغیرها را به خوبی نشان دهد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش تحقیق در این مطالعه علی-مقایسه ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد معتاد ۲۵-۱۵ سال بستری شده در مرکز بازپروری توسکا متعلق به جمعیت خیریه تولد دوباره در تهران است. همچنین جامعه آماری افراد غیر معتاد (به عنوان گروه کنترل)

نیز شامل نوجوانان و جوانان غیرمعتاد ساکن در منطقه افسریه تهران است. جامعه آماری افراد بهبود یافته دربرگیرنده تمامی افراد بهبود یافته مراجعه کننده به جمعیت خیریه تولد دوباره است. روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه بود. به منظور نمونه گیری از معتادان، ۳۰ نفر از داوطلبین که مایل به شرکت در پژوهش بودند از کمپ نوجوانان و جوانان (۲۵-۱۵ سال) انتخاب شدند. دامنه سنی این نمونه بین ۱۵ تا ۲۵ سال با میانگین ۲۲/۴ و همگی مذکر بودند. افراد این نمونه طبق اظهار نظر خود، حداقل دو سال سابقه مصرف مواد (چه افیونی و چه محرک) داشته اند. جهت انتخاب افراد غیر معتاد، از افراد در دسترس ساکن در منطقه افسریه استفاده شد. تعداد افراد نمونه گیری شده برای این گروه نیز همانند گروه اول ۳۰ نفر بود. دامنه سنی این نمونه بین ۱۵ تا ۲۵ سال با میانگین ۲۱/۶ بود. طبق اظهار نظر شخصی، این افراد سابقه مصرف هیچ نوع ماده‌ای را نداشتند. برای انتخاب افراد بهبود یافته، پس از مراجعه به جمعیت خیریه تولد دوباره، تعداد ۳۰ نفر از افرادی که از نظر روان‌شناسان، روانپزشکان و خانواده این افراد، حدود دو سال پاک مانده و هیچ گونه ماده‌ای را مصرف نکرده بودند در اختیار محقق قرار گرفت. همچنین این افراد جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای به مراکز جمعیت خیریه تولد دوباره مراجعه می‌کردند و معمولاً در گروه‌های NA نیز شرکت می‌کنند. طبق اظهار نظر کارشناسان، روانشناسان و خانواده این افراد، پاک بودن این افراد و تغییرات رفتاری و خلقی آنها مشهود بود. میانگین سنی این گروه ۲۵/۸ سال بود. گروه‌های مختلف تا حدود زیادی از لحاظ متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی با یکدیگر هم‌تا شدند.

ابزار

۱- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی^۱: این پرسشنامه ۱۲ عبارتی به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۲ (۱۹۸۸) ساخته شده است. آزمودنی‌ها پاسخ‌های

1. multidimensional scale of perceived social support

2. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

خود را در یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت بیان می کنند (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس های آن در دامنه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (زیمت و همکاران، به نقل از فیشر و کونکوران^۱، ۲۰۰۶). در این پژوهش ضریب آلفای کروناخ برای کل آزمون ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سبک های هویتی برزونسکی^۲: این پرسشنامه توسط وایت و همکاران (۱۹۹۸) ساخته و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه متشکل از ۴۰ عبارت است که آزمودنی ها میزان توافق خود را با هر عبارت در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بیان می کنند. وایت و همکاران (۱۹۹۸) آلفای کروناخ را برای مقیاس های اطلاعاتی، سردرگم/اجتنابی و هنجاری به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۴ به دست آوردند. در ایران، سلطانی، فولادوند و فتحی آشتیانی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کروناخ را برای سبک های اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کردند.

۳- مقیاس تاب آوری کانر-داویدسون: کانر و داویدسون (۲۰۰۳) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کروناخ ۰/۹۳ گزارش کردند. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است و بر اساس گزارش از روایی و پایایی مناسب برای پژوهش برخوردار است. پرسشنامه دارای یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. محمدی (۱۳۸۴) در تحقیقی با اجرای مقیاس تاب آوری روی ۷۱۸ مرد ۱۸-۲۵ ساله در گروه های سالم و مصرف کننده، با استفاده از روش آلفای کروناخ ضریب اعتبار برابر با ۰/۸۹ را به دست آورد.

۴- پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگک: این پرسشنامه متشکل از ۲۹ عبارت است و آزمودنی ها میزان توافق خود را با هر عبارت در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت ابراز می دارند. نسرین پارسیان و دونینگک (۲۰۰۹) همسانی درونی را برای کل آزمون و خرده

مقیاس‌های خودآگاهی، اهمیت باورهای معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ گزارش کردند. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از اعتبار مطلوب پرسشنامه معنویت است. در پژوهش حاضر محققان ترجیح دادند به جای ۴ خرده‌مقیاس، از یک مقیاس کلی استفاده کنند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

در این تحقیق متغیرهای هویت، حمایت اجتماعی، معنویت و تاب‌آوری بین سه گروه معنادار، عادی و بهبود یافته، با آزمون تحلیل واریانس مورد مقایسه قرار گرفتند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیرها	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.
هویت اطلاعاتی	۶/۷۴۳	۳۵/۶۷	۱۰/۱۴۷	۳۵/۰۷	۷/۳۶۷	۴۰/۷۳
هویت هنجاری	۵/۸۶۳	۲۷/۸۰	۵/۶۷۷	۲۵/۳۳	۷/۵۰۴	۳۲/۸۰
هویت سردرگم	۷/۴۵۳	۳۲/۳۳	۶/۲۱۳	۳۴/۴۷	۷/۶۱۰	۲۸/۱۳
حمایت اجتماعی	۱۷/۵۹۲	۵۵/۶۷	۱۲/۳۷۳	۴۵/۵۳	۱۱/۵۸۴	۶۳/۴۷
معنویت	۱۸/۴۹۲	۷۶/۲۰	۱۵/۴۷۷	۶۵/۶۷	۱۳/۷۲۱	۸۵/۰۰
تاب‌آوری	۱۷/۰۰۴	۶۴/۲۰	۱۹/۴۷۰	۵۵/۰۷	۱۳/۵۱۳	۷۳/۵۳

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، گروه غیرمعنادار دارای بالاترین میانگین مؤلفه‌های هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری، حمایت اجتماعی، معنویت و تاب‌آوری بوده است و گروه معنادار بالاترین میانگین هویت سردرگم را داشته است. نتایج تحلیل مانووا برای مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه معنادار، غیرمعنادار و بهبود یافته حکایت از تفاوت معنادار داشت ($F= ۴/۹۸۹$, $P < ۰/۰۰۱$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل تحلیل واریانس تک متغیری و سپس آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس در متغیرهای و گروه های مورد مطالعه

متغیرها	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آماره F	معناداری
هویت اطلاعاتی	۲	۸۷	۴/۳۰۳	۰/۰۱۷
هویت هنجاری	۲	۸۷	۱۰/۵۹۸	۰/۰۰۱
هویت سردرگم	۲	۸۷	۶/۱۴۶	۰/۰۰۳
حمایت اجتماعی	۲	۸۷	۱۲/۱۹۴	۰/۰۰۱
معنویت	۲	۸۷	۱۰/۹۵۵	۰/۰۰۱
تاب آوری	۲	۸۷	۹/۰۱۸	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول فوق ارائه شده است در هویت اطلاعاتی تفاوت معناداری حداقل بین دو گروه از گروه های مورد مطالعه وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین در هویت هنجاری، سردرگم، حمایت اجتماعی، معنویت و تاب آوری ($p < ۰/۰۱$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۳: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو گروهها

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگینها	معناداری
هویت اطلاعاتی	غیر معناد	معناد	۵/۶۶۷	۰/۰۲۴
	غیر معناد	بهبود یافته	۵/۰۶۷	۰/۰۵۰
	معناد	بهبود یافته	-۰/۶۰۰	۰/۹۵۷
هویت هنجاری	غیر معناد	معناد	۷/۴۶۷	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۵/۰۰۰	۰/۰۰۹
	معناد	بهبود یافته	-۲/۴۶۷	۰/۲۹۹
هویت سردرگم	غیر معناد	معناد	-۶/۳۳۳	۰/۰۰۳
	غیر معناد	بهبود یافته	-۴/۲۰۰	۰/۰۶۳
	معناد	بهبود یافته	۲/۱۳۳	۰/۴۸۰
حمایت اجتماعی	غیر معناد	معناد	۱۷/۹۳۳	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۷/۸۰۰	۰/۰۸۷
	معناد	بهبود یافته	-۱۰/۱۳۳	۰/۰۱۸
معنویت	غیر معناد	معناد	۱۹/۳۳۳	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۸/۸۰۰	۰/۰۹۰
	معناد	بهبود یافته	-۱۰/۵۳۳	۰/۰۳۳
تاب آوری	غیر معناد	معناد	۱۸/۴۶۷	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۹/۵۳۳	۰/۰۳۷
	معناد	بهبود یافته	-۹/۴۳۳	۰/۰۴۶

همانگونه که در جدول فوق ارائه شده است نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها در آزمون توکی نشان داد که مؤلفه‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری در گروه غیرمعتاد از دو گروه معتاد و بهبود یافته به صورت معنی داری بالاتر و مؤلفه هویت سردرگم در گروه غیرمعتاد از دو گروه معتاد و بهبود یافته به صورت معنی داری پایین تر است؛ در حالی که دو گروه معتاد و بهبود یافته از نظر مؤلفه های هویت تفاوت معنی داری با هم ندارند. از نظر متغیرهای حمایت اجتماعی و معنویت، گروه‌های غیرمعتاد و بهبود یافته با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و میانگین بالاتری نسبت به گروه معتاد داشته‌اند. در متغیر تاب‌آوری گروه‌های غیرمعتاد و بهبود یافته نمرات بالاتری نسبت به گروه معتاد داشته‌اند. همچنین گروه غیرمعتاد نسبت به گروه بهبود یافته نمرات بالاتری گرفته‌اند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبود یافته انجام شده است. همان طور که نشان داده شده است تفاوت معنی داری از نظر مؤلفه‌های هویت (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم/اجتنابی) بین سه گروه معتادان، افراد عادی و افراد بهبود یافته مشاهده می‌شود. از نظر هویت اطلاعاتی افراد غیرمعتاد به‌طور معنی داری در سطح بالاتری از دو گروه معتاد و بهبود یافته قرار دارند. گرچه افراد بهبود یافته نسبت به معتادین دارای نمرات بالاتری در سبک اطلاعاتی بودند اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. چنین به نظر می‌رسد که افراد بهبود یافته تا حدی به درک جدیدی نسبت به خود و توانایی های خود دست یافته‌اند و شرکت در جلسات NA توانسته است تا حدی تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات و تصمیم‌گیری آگاهانه را برای این افراد تدارک بیند؛ اما این تفاوت به اندازه‌ای که قادر باشد این گروه را به طور قابل‌تصور از گروه معتادان تفکیک کند نبود. یکی از دلایل این امر ممکن است این باشد که هویت معمولاً در سنین نوجوانی شکل داده می‌شود و پس از آن تغییر آن به دشواری صورت می‌گیرد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که جهت‌گیری

اطلاعاتی به طور منفی مرتبط با مصرف مواد است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸). در این بخش، یافته‌های این پژوهش با مطالعات ذکر شده همسو است.

از نظر هویت هنجاری نیز بین افراد عادی و دو گروه معتاد و بهبود یافته تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. بدین معنی که افراد غیرمعتاد به‌طور معنی‌داری در سطح بالاتری از دو گروه معتاد و بهبود یافته قرار دارند. بین گروه معتادان و معتادان بهبود یافته از نظر هویت هنجاری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و این بدان معناست که این دو گروه نسبت به گروه غیر معتاد گرایش کمتری به رفتار طبق الگوهای هنجاری جامعه و خواست افراد مهم در زندگی‌شان دارند. گرچه افراد بهبود یافته تا حدی نسبت به گروه معتادان دارای نمرات بالاتری در این سبک بودند اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. جهت تبیین این یافته می‌توانیم به این موضوع اشاره کنیم که هم گروه معتادان و هم معتادان بهبود یافته دارای عامل مشترکی در رفتارهای نابهنجار خود هستند. شاید حمایت خانواده و شرکت در گروه‌های NA تا حدودی توانسته است این سبک هویتی را در افراد بهبود یافته تغییر دهد، اما به این دلیل که هویت در سنین پایین‌تری شکل می‌گیرد، این تغییر از نظر آماری معنی‌دار نبود. با توجه به این یافته می‌توانیم مدعی شویم که افراد غیر معتاد نسبت به قوانین جامعه، خواست دیگران، هنجارهای افراد صاحب قدرت، تعالیم مذهب، درخواست‌های خانواده و فرهنگ جامعه مطیع‌تر بوده و سعی می‌کنند انتظارات افراد مهم در زندگی‌شان را برآورده سازند. با توجه به این که جامعه، افراد مهم در زندگی و خانواده نگرش مثبت به مصرف مواد ندارند؛ افراد دارای هویت هنجاری نیز نسبت به انتظارات آنها هم‌نوا بوده و آنها را خواهند پذیرفت. این افراد اطلاعات را به شکلی فعال پردازش نمی‌کنند و بیشتر متکی به اطلاعات پردازش شده دیگران می‌باشند. یافته‌های این بخش با بسیاری از یافته‌ها (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸؛ وایت و جونز، ۱۹۹۶) که عنوان می‌دارند هویت هنجاری به‌طور معکوس مرتبط با مصرف مواد است همسو است. بنابراین هم‌رنگ جماعت شدن در برخی شرایط می‌تواند

پیامدهای مثبتی برای فرد داشته باشد و ارزش‌های جامعه و افراد مهم را به فرد انتقال دهد و به دنبال آن فرد را از خطرات مصون نگه دارد. البته به این نکته نیز باید اشاره شود که افراد دارای نمرات بالا در سبک‌های هنجاری مطابق با هنجارهای جامعه عمل می‌کنند؛ اگر هنجارها مثبت بوده، این افراد نیز رفتار مثبت از خود بروز خواهند داد؛ اما در صورتی که هنجارها و فرهنگ یک جامعه به سمتی دیگر حرکت کند، این افراد نیز همسو با فرهنگ غالب به مسیری دیگر سوق داده می‌شوند. این افراد بر اساس نظر دیگران، خانواده، جامعه حرکت می‌کنند و خودشان کمتر صاحب اندیشه و تفکرند.

از نظر هویت سردرگم افراد غیرمعتاد به‌طور معنی‌داری در سطح پائین‌تری از گروه معتادان قرار دارند. بین دو گروه معتاد و بهبودیافته از نظر هویت سردرگم/اجتنابی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، گرچه معتادان بهبودیافته دارای نمرات پایین‌تری در این مقیاس بودند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که جهت‌گیری سردرگم/اجتنابی مرتبط با مصرف الکل و مصرف مواد (نورمی و همکاران، ۱۹۹۷؛ جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰، سماوی، ۲۰۰۸، وایت و همکاران، ۱۹۹۸) و دشواری در بهبودی از مصرف مواد (وایت و همکاران، ۲۰۰۳) است. یافته‌های این پژوهش نیز با مطالعات فوق همسو است. جهت تبیین این یافته می‌توانیم به این نکته اشاره کنیم که افراد معتاد کمتر به عواقب و پیامدهای اعمال خود می‌اندیشند و بیشتر به دنبال ارضای فوری نیازهای خویش‌اند. همچنین این افراد به جای مواجهه با مشکلات و داشتن رویکردهای حل‌مساله، از مشکلات خویش اجتناب کرده و با استفاده از مواد به‌طور موقتی و کوتاه‌مدت مشکل خویش را حل می‌کنند. همچنین این افراد درک درست و صحیحی از توانایی‌ها، اهداف و آرمان‌های خویش ندارند و به یک هویت موفق و دائمی نسبت به خود دست نیافته‌اند.

نتایج مقایسه‌های زوجی با توجه به مولفه تاب‌آوری نشان می‌دهد از نظر سطح تاب‌آوری بین افراد غیرمعتاد و دو گروه معتادان و بهبودیافته گان تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. بدین معنی که از نظر سطح تاب‌آوری افراد غیرمعتاد به‌طور معنی‌داری در

سطح بالاتری از گروه معتادان و گروه بهبودیافته قرار دارند. تفاوت سطح تاب آوری در معتادان بهبود یافته با سایر معتادان نیز مشاهده شد. بدین معنی که از نظر مولفه تاب آوری معتادان بهبود یافته در سطح بالاتری نسبت به معتادان قرار دارند. جهت تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که معتادان بهبود یافته به دلیل دریافت حمایت‌های اجتماعی، کسب شایستگی‌های لازم، شرکت در جلسات NA، دریافت خدمات مشاوره‌ای از مراکز بهزیستی، سابقه اعتیاد و غلبه بر آن، دست و پنجه نرم کردن با دشواری‌ها و چالش‌ها توانسته‌اند میزان تاب آوری خویش را ارتقا بخشند. البته به این نکته نیز باید اشاره شود که میزان تاب آوری این افراد در مقایسه با گروه سالم به طور معناداری پایین‌تر است. افرادی که تاب آورتراند در شرایط سخت به میزان کمتری به اختلالات دچار می‌شوند و یا در صورت مواجهه با موقعیت‌های دشوار و استرس‌زا سریع‌تر به حالت اولیه برمی‌گردند و از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردارند، این افراد کمتر مستعد مصرف و یا سوءمصرف مواد هستند. این یافته با یافته‌های باکتر و همکاران (۲۰۰۳)؛ کومو و همکاران (۲۰۰۸)، فردریکسون (۲۰۰۸) و بونانو و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است.

۵۹

59

در مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده مشاهده می‌کنیم که افراد غیر معتاد و بهبود یافته نسبت به افراد معتاد برخوردار از حمایت اجتماعی بالاتری هستند. جهت تبیین این یافته می‌توانیم بگوییم که افراد بهبود یافته از حمایت اعضای خانواده و هم‌تایان خود در جلسات گروه‌های NA برخوردارند. نتایج این تحقیق در این بخش با بسیاری از پژوهش‌ها در این زمینه (استونسون، ۲۰۰۹؛ داج و پوتوکی، ۲۰۰۰؛ داویس و جیسون، ۲۰۰۵؛ وارن و همکاران، ۲۰۰۷) همخوان است. این یافته با یافته مک دونالد و همکاران (۲۰۰۷) که معتقد بودند دریافت حمایت اجتماعی منجر به بهبودی نمی‌شود ناهمسو است. داج و پوتوکی (۲۰۰۰) و سلمون و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روانشناختی فرد، همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می‌کند.

در مقایسه مؤلفه معنویت، افراد غیرمعتاد و بهبودیافته به طور معناداری دارای نمرات بالاتری در این مؤلفه هستند. تفاوت مؤلفه معنویت بین گروه‌های معتاد و غیرمعتاد با بسیاری از یافته‌ها (میچالاک^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ چیت وود^۲، ۲۰۰۸) همسو است. طبق دیدگاه وجودی در روان‌شناسی، افرادی بهتر می‌توانند با موقعیت‌ها کنار آیند که به دنبال یافتن معنی در زندگی بوده و از هر موقعیتی معنا را استنباط کنند. تسه و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که معنویت به زندگی افراد معنا می‌بخشد و یک منبع مقابله‌ای در شرایط سخت زندگی برای آنها فراهم می‌آورد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توانیم چنین نتیجه‌گیری کنیم که هویت، یک مؤلفه فردی نسبتاً ثابت است که در سنین نوجوانی شکل گرفته و تغییر آن بسیار دشوار است؛ به همین دلیل است که تفاوت‌چندانی بین مؤلفه‌های هویت بین گروه‌های معتادان و بهبودیافته مشاهده نمی‌شود و شرکت در گروه‌های NA و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی از جانب خانواده و همتایان نتوانسته است چندان در تغییر هویت نقش داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری از مردان معتاد و نمونه‌گیری به شیوه در دسترس می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌گیری از زنان معتاد و معتادانی که در پناهگاه‌ها زندگی می‌کنند استفاده شود. همچنین بررسی سایر عوامل خطرزا و محافظت‌کننده نیز پیشنهاد می‌شود.

منابع

- برقی، فتانه. (۱۳۸۱). *سنجش اعتیاد پذیری دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران به منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سلطانی، مهری؛ فولادوند، خدیجه؛ و فتحی‌آشتیانی، علی. (۱۳۸۹). رابطه هویت و هیجان‌خواهی با اعتیاد اینترنتی. *مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۳، ۱۹۷-۱۹۱*.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد مخدر*. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۲-۳، ۲۱۴-۱۹۳.

1. Michalack
2. Cheetwood

- Berzonsky, M. D. (1990). *Self-construction over the life span: A process perspective on identity formation*. In Neimeyer, G. J., & Neimeyer, R. A. (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (pp. 155–186). Greenwich: J.A.I. Press Inc.
- Berzonsky, M. D., & Ferrari, J. R. (2009). A diffuse-avoidant identity processing style: Strategic avoidance or self confusion? *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 9, 145–158.
- Berzonsky, M. D., Cieciuch, J., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). The how and what of identity formation: Association between identity styles and value orientation. *Personality and Individual Differences*, 50, 295-299.
- Berzonsky, M. D., Macek, P., & Nurmi, J. E. (2003). Interrelationships among identity process, content, and structure: A cross-cultural investigation. *Journal of Adolescent Research*, 18, 112–130.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciareli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multiperspective review. *Dev Rev*, 26(3), 291-345.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Chitwood, D. D., Weiss, M. L., & Leukefeld, C. G. (2008). A systematic review of recent literature on religiosity and substance use. *Journal of Drug Issues*, 38, 653-688.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). *Social relationships and health: challenges for measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487–494.
- Connor, K., & Davidson, M. D. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339-345.
- Davis, M. I., & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 259-74.

- Dodge, K., & Potocky, M. (2000). Female substance abuse: characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 59–64.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Fischer, J., & Concoran, K. (2006). *Measures for clinical practice and research: a source book*, volume 2, adults, Oxford University Press. Inc.
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 177–186.
- Hsaa, M., & Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among foster youth. *Children and Youth Services Review*, 31, 457–463.
- Jones, R. M., Ross, C. N., & Hartmann, B. R. (1992). An investigation of cognitive style and alcohol/work-related problems among naval personnel. *Journal of Drug Education*, 22, 241–251.
- Jones, R. M., Ross, C. N., & Hartmann, B. R. (1992). An investigation of cognitive style and alcohol/work-related problems among naval personnel. *Journal of Drug Education*, 22, 241–251.
- Kegler, M. C., Oman, R. F., Vesley, S. K., McLeroy, K. R., Aspy, C. B., Rodine, S., & Marshall, L. (2005). Relationship among youth assets and neighborhood and community resources. *Health Education & Behavior*, 32(3).
- Kliwer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*, 40(5), 448–455.
- Macdonald, E. M., Luxmoore, M., Pica, S., Tanti, C., Blackman, J., Catford, N., Stockton, P. (2004). Social networks of people with dual diagnosis: The quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 451–64.
- Mason, M., Singleton, A., & Webber, R. (2007). The spirituality of young Australians. *International journal of children's spirituality*, 12, 149–163.
- Michalak, L., Trocki, K., & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: how important is religion for abstinence and drinking. *Drug Alcohol Depend*, 87, 268–280.
- Miller, W. R., Forchimes, A., O' Leary, M. J., & LaNoue, M. D. (2008). Spiritual direction in addiction treatment: two clinical trials. *Journal of substance abuse treatment*, 35, 434–442.
- Nouri, R., & Ghorbani, T. (2010). The relations of identity styles, resiliency, and high risk behaviors: substance use. The fifth seminar of college student's mental health: Iran-Tehran. [in Persian].

- Nurmi, J.- E., Berzonsky, M. D., Tammi, K., & Kinney, A. (1997). Identity processing orientation, cognitive and behavioural strategies and well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 555–570.
- Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global Journal of Health Science*, 1,1, 2-11.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional Resilience on association between hassles and Psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*, 30, (1), 1-8.
- Salmon, M. M., Joseph, B. M., Saylor, C., & Mann, R. J. (2000). Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 239–46.
- Samavi, S. A. (2008). The relationship between identity styles and substance use in the students of Islamic Azad University: Bandarabbas Branch. The forth seminar of college student's mental health: Iran-Shiraz. [in Persian].
- Sinha, W. J., Cnaan, A. R., & Gelles, W. R. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 31e249.
- Stevenson, L. D. (2009). *The influence of treatment motivation, treatment status, & social networks on perceived social support of women with substance use or co-occurring disorders*. Ph.D dissertation. Case Western Reserve University.
- Tse, S., Liloyd., Petchovsky., & Manaia. (2005). Exaploration of Australian & NewZeland indigenous people's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52 (3), 181-187.
- Vazirian, M., Mostashari, G. (2003). *Applied handbook of treatment of drug users*. Tehran, Ministry of Health and Medical Education with assistance of Iran Drug Control Headquarters. Institute of Porshukoh Publications, PP: 120-150 [Persian].
- Walsh, F. (2003). *Family resilience: Strengths forged through adversity*. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes (pp. 399–421). New York: The Guilford Press.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 267-74.
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 114(2), 492.
- White, J. M., & Jones, R. M. (1996). Identity style of male inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 490–504.
- White, J. M., Montgomery, M. J., Wampler, R. S., & Fischer, J. L. (2003). Recovery from alcohol or drug abuse: The relationship between identity styles and recovery behaviors. *Identity*, 3, 325–345.
- White, J. M., Wampler, R. S., & Winn, K. I. (1998). The identity style inventory: A revision with a sixth-grade reading level (ISI-6G). *Journal of Adolescent Research*, 13, 223–245.

- White, J. M., Wampler, R. S., & Winn, K. I. (1998). The identity style inventory: A revision with a sixth-grade reading level (ISI-6G). *Journal of Adolescent Research, 13*, 223–245.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41

اثر پیش شرط سازی با هایپراکسی نورموباریک بر صدمه بافتی، عملکرد مکانیکی و بی نظمی های حاصل از ایسکمی-جریان مجدد در قلب ایزوله موش بزرگ آزمایشگاهی وابسته به مورفین

رهام مظلوم^۱، سهراب حاجی زاده^۲، سعید سمنانیان^۳، خلیل پورخلیلی^۴، غلامرضا بیات^۵،

فیروزه علویان^۶، فاطمه صفری^۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۸/۱۱

چکیده

هدف: هایپراکسی پیش شرط سازی است که به دلیل دسترسی آسان در بالین مورد توجه محققین قرار گرفته است. وابستگی به مورفین به عنوان یک عامل پیش شرط ساز شناخته شده است. با توجه به گستردگی پدیده اعتیاد به مواد مخدر و استفاده از هایپراکسی در بالین احتمال تداخل اثر این دو عامل بر صدمات ناشی از ایسکمی-جریان مجدد قلبی بسیار زیاد است. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی همزمان این دو عامل پیش شرط ساز بر صدمات ناشی از ایسکمی-جریان مجدد در قلب است. **روش:** در هفت گروه ۱۰ تایی از موش های بزرگ، قلب حیوانات در دستگاه لانگندورف ایزوله شد و پس از ایجاد سکنه منطقه ای، میزان رهایش کراتین فسفوکیناز برای تعیین صدمه بافتی، حاصل ضربان-فشار برای ارزیابی عملکرد مکانیکی و تعداد دوره های تاکیکاردی و فیبریلاسیون بطنی برای تعیین بی نظمی های ناشی از ایسکمی-جریان مجدد قلبی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته ها:** هایپراکسی نورموباریک در قلب ایزوله موش بزرگ وابسته به مورفین موجب کاهش رهایش کراتین فسفوکیناز و افزایش عملکرد مکانیکی در دوره جریان مجدد شد، ولی کاهش معناداری در بی نظمی ها نسبت به هر کدام از این عوامل پیش شرط ساز مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** پیش شرط سازی با هایپراکسی نورموباریک در قلب ایزوله موش بزرگ وابسته به مورفین موجب کاهش صدمه بافتی و بهبود عملکرد قلبی شد.

کلیدواژه ها: پیش شرط سازی، ایسکمی-جریان مجدد، هایپراکسی نورموباریک، وابستگی به مورفین

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترا تخصصی فیزیولوژی پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. پست الکترونیک:

rohammazloom@hotmail.com

۲. استاد دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشکده علوم شناختی

۳. استاد دانشگاه تربیت مدرس

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

۵. دکتری تخصصی فیزیولوژی پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۶. دانشجوی دکتری تخصصی فیزیولوژی پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۷. استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

مقدمه

عوارض انفارکتوس حاد قلبی صدماتی است که بر اثر ایسکمی و جریان مجدد پس از آن، در عملکرد قلب ایجاد می شود. آپوپتوز و نکروز میوکارد (کلونر و جنینگز^۱، ۲۰۰۱)، افت عملکرد مکانیکی قلب (یلون و داوونی^۲، ۲۰۰۳) و وقوع بی نظمی^۳ های مختلف همانند تاجیکاردی و فیبریلاسیون بطنی (منینگ و هیرس^۴، ۱۹۸۴) از جمله صدمات بافتی حاصل از ایسکمی-جریان مجدداند. یکی از روش های قوی برای محافظت از قلب در برابر آسیب های ایسکمی-جریان مجدد تجربی پیش شرط سازی ایسکمیک^۵ قلب است، به این مفهوم که اعمال دوره های کوتاه ایسکمی و جریان مجدد قبل از القاء یک دوره ایسکمی طولانی مدت، سبب کاهش صدمات ناشی از ایسکمی و جریان مجدد بعدی می شود (موری، ریچارد، ریمر و جنینگز^۶، ۱۹۹۰؛ الخولیفی^۷ و همکاران، ۱۹۹۶؛ یلون و داوونی، ۲۰۰۳).

تاکنون روش های پیش شرط سازهای مختلفی از زمان ابداع آن شناخته شده اند که قبل از دوره ایسکمی طولانی مورد استفاده قرار می گیرند. پیش شرط سازهای دمایی، پیش شرط سازهای فارماکولوژیک و پیش شرط سازی با هایپوکسی از جمله انواع مختلف پیش شرط سازی های قلب هستند (یلون و داوونی، ۲۰۰۳).

یکی از این پیش شرط سازها که به تازگی برای افزایش مقاومت بافت ها در برابر ایسکمی^۸ مورد استفاده قرار گرفته اکسیژن هایپرباریک و نورموباریک است که استفاده از آن مدت ها قبل در کلینیک مورد توجه بوده است (چوی^۹ و همکاران، ۲۰۰۶). اما استفاده از اکسیژن به عنوان یک عامل پیش شرط ساز بافتی برای ارتقاء مقاومت بافت ها، پدیده جدیدی است که توجه محققین بسیاری را به خود جلب کرده است و بحث در مورد چگونگی روش استفاده مطلوب از آن همچنان ادامه دارد (تیپولد^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱؛

1. Kloner & Jennings

3. arrhythmia

5 ischemic preconditioning

7. Alkhulaifi

9. Choi

2. Yellon & Downey

4. Manning & Hearse

6. Murray, Richard, Reimer & Jennings

8. ischemic tolerance

10. Tahepold

چوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیگدلی و همکاران، ۲۰۰۸؛ پورخلیلی و همکاران، ۲۰۰۹؛ و کارو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، اکثر مطالعات صورت گرفته در ارتباط با اثرات مفید پیش شرط‌سازی بر روی قلب حیوانات سالم انجام گرفته است و اطلاعات کمی درباره کارایی کاربرد پیش شرط‌سازی در شرایط پاتولوژیک و یا همراه با عوامل پیش شرطی سازهای دیگر وجود دارد.

یکی دیگر از روش‌های پیش شرط‌سازی که به تازگی مطرح شده است، وابستگی به مورفین^۲ است که پژوهش بر روی آن در مراحل آغازین است و همچنان ادامه دارد (پیرت^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). پدیده اعتیاد و وابستگی به موادمخدر از جمله عواملی است که خود به تنهایی با توجه به نتایج و پیامدهای روانشناختی و اجتماعی به عنوان یک عامل آسیب‌زا شناخته شده است. مورفین به عنوان یک آگونیست عمومی گیرنده‌های اپیوئیدی استفاده گسترده‌ای برای تسکین درد در بالین دارد و در موارد بسیاری مورد سوءمصرف قرار می‌گیرد (لیشمانوف^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). همین مسئله احتمال تداخل آن با عوامل فیزیولوژیک و پاتوفیزیولوژیک را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر مشاهده اثرات محافظتی وابستگی به مورفین در برابر آسیب‌های ایسکمی-جریان مجدد و مسیر پیام‌رسانی داخل سلولی متفاوت آن نسبت به پیش شرط‌سازهای دیگر (پیرت و گراس^۵، ۲۰۰۶) زمینه خاصی را برای پژوهش جدید ایجاد می‌کند.

با توجه به مورد بحث بودن هر کدام از این دو عامل و همین‌طور سؤال برانگیز بودن اثر آنها بر یکدیگر و احتمال تداخل آنها در بالین، اثر هر کدام از این دو پیش شرط‌ساز به‌طور جداگانه و تأثیر هر دو عامل به‌طور هم‌زمان بر صدمه بافتی، بی‌نظمی‌ها و فعالیت مکانیکی حاصل از ایسکمی-جریان مجدد در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش از موش های صحرایی نر نژاد ویستار در محدوده وزنی ۲۵۰ الی ۳۵۰ گرم استفاده شد. حیوانات از موسسه رازی تهیه شدند و بعد از انتقال به لانه حیوانات دانشگاه تربیت مدرس در شرایط استاندارد آب و غذایی و دمای حدود ۲۵ درجه سانتی گراد و سیکل روشنایی - تاریکی ۱۲ ساعته نگهداری می شدند.

در این پژوهش اثرات هم زمان هایپراکسی ($\geq 95\%$)، ۱ اتمسفر) و وابستگی به مورفین روی آسیب ناشی از ایسکمی - جریان مجدد در قلب ایزوله موش های صحرایی نر در هفت گروه ده تایی مورد بررسی قرار گرفت. قلب حیواناتی که در پایان ۲۰ دقیقه ابتدایی پس از ایزوله شدن دچار بی نظمی واضحی نبود و اختلاف فشار بین فشار سیستولیک و دیاستولیک بیشتر از ۶۰ میلی متر جیوه بود در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. گروه بندی انجام شده در این مطالعه به این شرح است: ۱- کنترل نرمال (C)، که از هوای معمولی (اکسیژن ۲۱ درصد) استفاده می کردند؛ ۲- هایپراکسی (H)، که به مدت ۱۸۰ دقیقه بلافاصله قبل از ایزوله کردن قلب در معرض هایپراکسی قرار گرفتند؛ ۳- سالین (S)، که طبق پروتوکل وابستگی سالین تزریق شد؛ ۴- وابسته ۱ (M1)، که پس از انجام پروتوکل وابستگی، برای تغذیه قلب از بافر کربس-هنسلیت خالص استفاده شد؛ ۵- وابسته ۲ (M2)، که پس از انجام پروتوکل وابستگی، برای تغذیه قلب از بافر کربس-هنسلیت دارای غلظت پایه مورفین سولفات ($5 \mu\text{mol}$) در یک لیتر بافر) استفاده شد؛ ۶- هایپراکسی + سالین (H+S)، که طبق پروتوکل وابستگی سالین تزریق شد و بعد از آخرین تزریق، هایپراکسی به مدت ۱۸۰ دقیقه بلافاصله قبل از ایزوله کردن قلب اعمال شد؛ در نهایت ۷- هایپراکسی + وابسته (H+M)، که پس از انجام پروتوکل وابستگی و بعد از آخرین تزریق، به مدت ۱۸۰ دقیقه بلافاصله قبل از ایزوله کردن قلب در معرض هایپراکسی قرار گرفتند.

برای بررسی اثرات پیش شرط‌سازی با هایپراکسی بلافاصله بعد از درمان با هایپراکسی (به مدت ۱۸۰ دقیقه در مخزن هایپراکسی)، قلب حیوان جدا شده و برای پرفیوژن^۱ در دستگاه قلب ایزوله لانگندورف قرار گرفت، در حالی که حیوانات گروه‌های کنترل نیز در همان محفظه قرار گرفته ولی از هوای معمولی اتاق (اکسیژن ۲۱٪) استنشاق می‌کردند. برای اندازه‌گیری درصد اکسیژن داخل محفظه نیز از یک دستگاه سنجش درصد اکسیژن لوترون^۲ استفاده شد که پروب دستگاه در داخل محفظه قرار می‌گرفت (پورخلیلی و همکاران، ۲۰۰۹). برای بررسی اثرات پیش شرط‌سازی با وابستگی به مورفین از سولفات مورفین^۳ که از شرکت "تماد" (تهیه مواد اولیه داروپخش) تهیه شد استفاده شد. پس از آخرین تزریق برای القای وابستگی (تزریق ۱۰ میلی‌گرم مورفین سولفات به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، دو بار در روز، به صورت زیر جلدی^۴، به مدت ۱۰ روز (فن^۵ و همکاران، ۱۹۹۹)، قلب حیوان جدا شده و برای پرفیوژن در دستگاه قلب ایزوله لانگندورف قرار گرفت. برای بررسی اثرات پیش شرط‌سازی با هایپراکسی نورموباریک پس از آخرین تزریق مورفین، حیوان به مدت ۱۸۰ دقیقه در مخزن هایپراکسی قرار می‌گرفت و بلافاصله بعد از درمان با هایپراکسی، قلب حیوان جدا شده و برای پرفیوژن در دستگاه قلب ایزوله لانگندورف قرار گرفت.

۶۹

69

روند جراحی حیوانات پس از انجام تیمار به این صورت انجام پذیرفت: در ابتدا حیوانات توسط تیوپنتال سدیم (۶۰ mg/kg، داخل صفاقی) بی‌هوش و برای جلوگیری از انعقاد خون ۴۰۰ الی ۵۰۰ واحد هپارین در داخل ورید دمی تزریق می‌شد. سپس قفسه سینه حیوان شکافته می‌شد به طوری که قلب آشکار شده و آماده لوله‌گذاری می‌شد. برای جلوگیری از تخلیه مواد انرژی‌زای قلب، بر روی آن محلول کربس سرد ۴ درجه ریخته تا

1. perfusion
2. Lutron-DO 5510, Taiwan
3. morphine sulfate
4. sub-cutaneous
5. Fan

از ضربان بیفتند. سپس یک نخ سیلک ۵ صفر از زیر شریان کرونر قدامی چپ^۱، ۲ تا ۳ میلیمتر پایین تر از مبدا آن، در جدار بطن چپ عبور داده می شد و در محل قرار می گرفت تا برای القاء ایسکمی ناحیه ای^۲ در زمان ایسکمی مورد استفاده قرار گیرد. سپس آئورت لوله گذاری شده و قلب از بافت های اطراف جدا می شد و برای برقراری پرفیوژن با بافر کربس-هنسلیت (پورخلیلی و همکاران، ۲۰۰۹) که تمام مواد آن از شرکت مرک^۳ تهیه گردید، با دمای ۳۷ درجه سانتیگراد به دستگاه لانگندورف متصل می شد. بافر کربس-هنسلیت به طور دائم توسط گاز کربوژن (۹۵٪ اکسیژن + ۵٪ دی اکسید کربن) هوادهی شده و pH آن نیز در ۷/۴ تنظیم می شد. ۲۰ دقیقه بعد از به تعادل رسیدن عملکرد قلب پس از قرار گیری در دستگاه لانگندورف، ایسکمی ناحیه ای به مدت ۳۰ دقیقه با بستن شریان کرونر نزولی قدامی چپ و به دنبال آن ۲ ساعت عمل جریان مجدد با باز کردن شریان ذکر شده انجام می شد (پورخلیلی و همکاران، ۲۰۰۹).

میزان آنزیم کراتین فسفوکیناز^۴ در داخل مایع خروجی کرونر^۵ به عنوان شاخصی از آسیب بافت قلبی تحت بررسی قرار گرفت. برای این کار از مایع خروجی کرونری در دقایق ۱، ۲۰، ۶۰ و ۱۲۰ جریان مجدد نمونه گیری و در دمای ۷۰- درجه سانتی گراد فریز و نگهداری شد. اندازه گیری این آنزیم به وسیله کیت تهیه شده از شرکت "پارس آزمون" و به کمک دستگاه اتوآنالایزر تکنیکون^۶ انجام شد. فعالیت آنزیم به صورت واحد در لیتر و به صورت میانگین چهار زمان مذکور بیان شد.

برای بررسی فعالیت مکانیکی قلب از محصول ضربان-فشار^۷ بر حسب mmHg.beats/min استفاده شد. این شاخص که معرف فعالیت مکانیکی قلب است از طریق حاصل ضرب تعداد ضربان قلب^۸ در فشار کلی ایجاد شده توسط بطن چپ^۹ به دست می آید ($RPP = HR \times LVDP$). فشار کلی ایجاد شده توسط بطن چپ از اختلاف فشار

1. left anterior descending coronary artery
2. Merck
3. coronary effluent
4. rate pressure product
5. left ventricular developed pressure

6. regional (local) ischemia
7. creatine phosphokinase
8. TECHNICON RA-1000
9. heart rate

سیستولیک و دیاستولیک که از طریق بالن داخل بطن چپ به دست می‌آید مورد محاسبه قرار گرفت. میانگین حد اکثر و حد اقل موج فشار در زمان های تعیین شده به عنوان فشار سیستولیک و دیاستولیک در نظر گرفته شد (پیرت و گراس، ۲۰۰۶).

فعالیت الکتریکی قلب برای آنالیز بی‌نظمی‌های مختلف قلبی، از طریق اتصال سه الکتروود صورت پذیرفت که دو الکتروود فلزی به قلب (یکی بر روی نوک قلب^۱ و دیگری بر روی دهلیز راست (گره سینوسی-دهلیزی) قرار می‌گرفت) و یک الکتروود به عنوان مرجع در نظر گرفته و موج الکتریکی به دست آمده ثبت شد. برای بررسی بی‌نظمی‌ها از شاخص تعداد دوره^۲ های تاکیکاردی بطنی^۳ و فیبریلاسیون بطنی^۴ در دوره‌های ایسکمی و جریان مجدد استفاده شد. فعالیت الکتریکی و مکانیکی قلب با استفاده از دستگاه Power lab مدل ۴/۳۰ به کامپیوتر منتقل و ذخیره می‌شد.

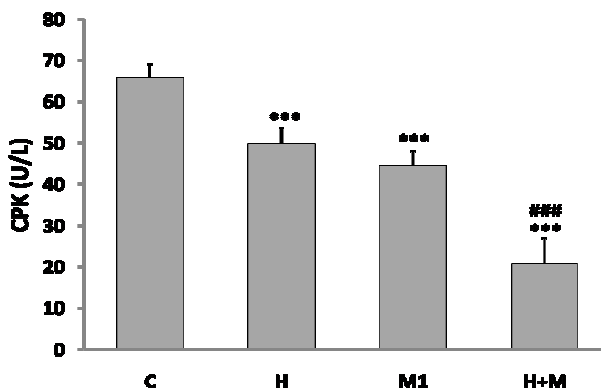
اطلاعات به دست آمده برای میزان رهائش آنزیم، فعالیت مکانیکی قلب و تعداد بی‌نظمی‌ها به صورت میانگین \pm خطای معیار میانگین بیان شد. برای آنالیز آماری میزان رهائش آنزیم‌ها و تعداد بی‌نظمی‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه و در صورت معنی‌دار بودن اختلاف از آزمون توکی استفاده شد. برای آنالیز آماری محصول ضربان-فشار قلب از طرح اندازه‌گیری مکرر^۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در آزمایش‌های انجام شده بین گروه‌های C و S تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و به این دلیل برای مقایسه با گروه‌های دیگر از گروه C استفاده شد. چون بین گروه‌های M1 و M2 و همین‌طور بین گروه‌های H و H+S نیز تفاوت معنی‌داری دیده نشد به ترتیب گروه‌های M1 و H برای مقایسه نسبت به گروه‌های دیگر استفاده شد.

1. apex
2. episode number
3. ventricular tachycardia
4. ventricular fibrillation
5. repeated measure

میزان رهایش آنزیم کراتین فسفوکیناز (CPK-MB) قلبی



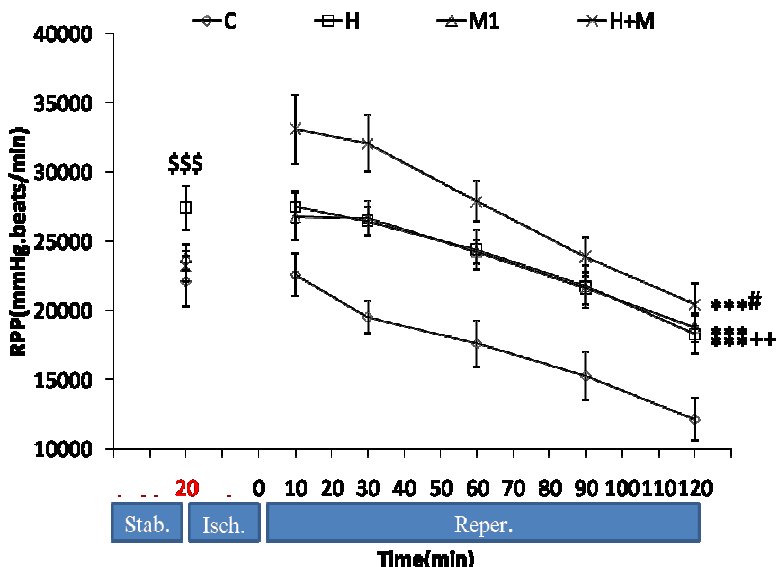
نمودار ۱: میزان رهایش آنزیم CPK-MB به داخل مایع خروجی کرونر. مقادیر به صورت میانگین \pm خطای معیار میانگین نشان داده شده اند. *** نشان دهنده $P < 0.001$ نسبت به گروه کنترل می باشد. #### نشان دهنده $P < 0.0001$ بین گروه های پیش شرط سازی شده است. C: گروه کنترل نورموکسی، H: گروه هایپراکسی، M1: گروه وابسته به مورفین ۱، H+M: گروه هایپراکسی + وابسته.

نمودار ۱ میزان رهایش آنزیم CPK-MB از قلب در طول ۱۲۰ دقیقه جریان مجدد به داخل مایع خروجی کرونری را نشان می دهد. در گروه C مقدار CPK-MB آزاد شده در مایع خروجی کرونر 65 ± 3 واحد در لیتر (U/L) بود. در گروه H این مقدار به 50 ± 3 واحد در لیتر کاهش یافت که این تفاوت معنی دار بود ($P < 0.001$). در گروه M1 این مقدار به 45 ± 3 واحد در لیتر و در گروه H+M به 21 ± 6 واحد در لیتر کاهش یافت که این کاهش ها نسبت به گروه کنترل نورموکسی تفاوت معنی داری داشتند ($P < 0.001$).

در مقایسه بین چهار گروه، بین دو گروه H و M1 در میزان رهایش CPK-MB تفاوت معنی داری مشاهده نگردید ولی بین گروه H+M با دو گروه پیش شرط سازی شده اختلاف معنی دار در سطح $P < 0.001$ مشهود بود. بیشترین کاهش رهایش CPK-MB در گروه H+M دیده شد.

این اطلاعات نشان داد که میزان آسیب بافتی در گروه H+M نسبت به گروه های بدون تیمار و تحت تیمار کاهش معنی داری داشت.

محصول ضربان-فشار



نمودار ۲: حاصل ضربان-فشار در طول انجام آزمایش. مقادیر به صورت میانگین ± خطای معیار میانگین نشان داده شده اند. *** نشان دهنده تفاوت در سطح $P < 0.001$ نسبت به گروه C در دوره جریان مجدد است. # نشان دهنده تفاوت در سطح $P < 0.05$ بین گروه H+M با گروه M1 در زمان جریان مجدد است. \$\$\$ نشان دهنده تفاوت در سطح $P < 0.001$ بین گروه H نسبت به سه گروه دیگر در دقیقه ۲۰ تثبیت می‌باشد. ++ نشان دهنده تفاوت در سطح $P < 0.01$ بین گروه H+M با گروه H در دوره جریان مجدد است. Stab.: دوره تثبیت، Isch.: دوره ایسکمی، Reper.: دوره جریان مجدد، C: گروه کنترل نورموکسی، H: گروه هایپراکسی، M1: گروه وابسته به مورفین ۱، H+M: گروه هایپراکسی + وابسته.

در دوره ایسکمی و ۱۰ دقیقه ابتدائی جریان مجدد به دلیل وقوع بی‌نظمی‌های شدید ضربان و فشار قابل تشخیص نیست و لذا حاصل ضربان-فشار در این زمان‌ها قابل محاسبه نیست.

حاصل ضربان-فشار در طی جریان مجدد به طور تدریجی کاهش می‌یابد (نمودار ۲). حاصل ضربان-فشار در دقیقه ۲۰ دوره تثبیت تفاوت معنی‌داری بین گروه H با سه گروه دیگر نشان می‌دهد ($P < 0.001$). بین سه گروه دیگر (گروه‌های غیر از گروه H) در این زمان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

۷۳
73

سال ششم، شماره ۳۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

در گروه C و همین طور گروه H تفاوت معنی داری بین دقیقه ۲۰ تثبیت نسبت به دقیقه ۱۰ جریان مجدد دیده نشد. کاهش معناداری بین دقیقه ۱۲۰ جریان مجدد نسبت به دقیقه ۲۰ تثبیت برای گروه C وجود داشت (۴۵٪ کاهش، $P < 0/001$). همانند گروه C، در گروه H نیز بین دقیقه ۱۲۰ جریان مجدد نسبت به دقیقه ۲۰ تثبیت کاهش معناداری مشاهده گردید (۳۳٪ کاهش، $P < 0/001$).

حاصل ضربان-فشار در تمام زمان های جریان مجدد بین دو گروه C و گروه H تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$).

در گروه M1، بین دقیقه ۲۰ تثبیت با دقایق ۱۰ و ۱۲۰ جریان مجدد به ترتیب ۱۲٪ افزایش و ۲۱٪ کاهش دیده شد که هر دو اختلاف در سطح $P < 0/001$ معنی دار بود. در گروه H+M بین دقایق ۲۰ تثبیت با ۱۰ و ۱۲۰ جریان مجدد به ترتیب افزایش ۴۲٪ و کاهش ۱۸٪ وجود داشت که در هر دو تفاوت معنی دار در سطح $P < 0/001$ مشهود بود. مقدار عددی حاصل ضربان-فشار در زمان های مشخص جریان مجدد در گروه M1 با گروه H+M در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی دار داشت و بین گروه H+M با H تفاوت در سطح $P < 0/01$ معنی دار بود.

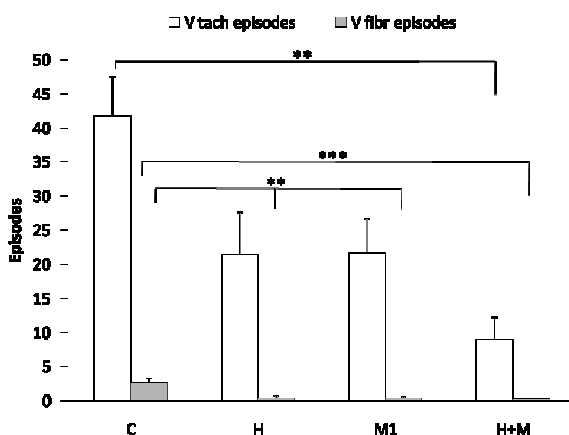
در دوره جریان مجدد بین گروه M1 با H تفاوت معنی داری وجود نداشت (نمودار ۲). این اطلاعات نشان داد که حاصل ضربان-فشار در دوره جریان مجدد در گروه H+M نسبت به گروه های بدون تیمار و تحت تیمار افزایش معنا داری داشته است.

تعداد بی نظمی ها در زمان ایسکمی و جریان مجدد:

تعداد دوره های تاکیکاردی بطنی و فیبریلاسیون بطنی در دوره ایسکمی در شکل ۳ نشان داده شده است.

در خلال ایسکمی، تعداد دوره های VT فقط در گروه H+M ($9 \pm 3/2$) نسبت به گروه های C ($42/2 \pm 5/8$) کاهش معنی داری در سطح $P < 0/01$ را نشان می دهد. بین گروه های دیگر تفاوت معنی داری نسبت به هم دیده نشد (نمودار ۳).

در خلال ایسکمی، در مقایسه تعداد دوره‌های VF بین گروه‌های C و M1 (به ترتیب ۰/۶±۰/۲۳ و ۰/۳۳±۰/۲۳) اختلاف معناداری وجود داشت (P<۰/۰۱). گروه‌های H و H+M (به ترتیب با مقادیر ۰/۳۷±۰/۲۶ و ۰/۲۲±۰/۱۴) تفاوت معنی‌داری در سطح P<۰/۰۰۱ نسبت به گروه C نشان دادند. گرچه گروه H+M نسبت به گروه‌های دیگر کمترین مقدار را در تعداد دوره‌های VF دارا بود ولی بین گروه‌های پیش‌شرط‌سازی شده تفاوت معناداری دیده نشد.

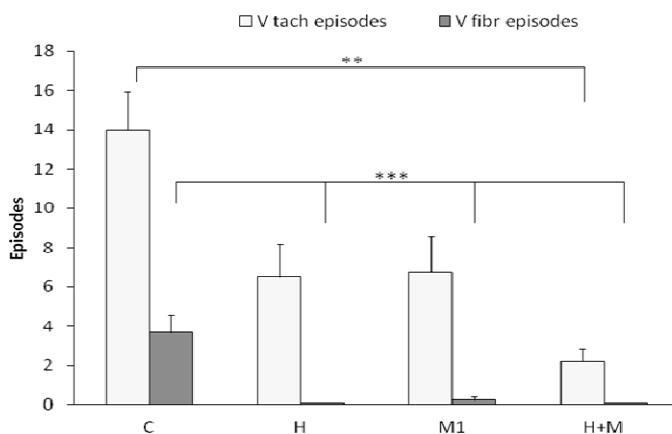


نمودار ۳: تعداد دوره‌های تاکیکاردی بطنی (VT) و فیبریلاسیون بطنی (VF) در دوره ایسکمی. مقادیر به صورت میانگین±خطای معیار میانگین نشان داده شده‌اند. ** نشان دهنده تفاوت در سطح P<۰/۰۱ در مقایسه با گروه C است. *** نشان دهنده تفاوت در سطح P<۰/۰۰۱ در مقایسه با گروه C می‌باشد. C: گروه کنترل نورموکسی، H: گروه‌های پراکسی، M1: گروه وابسته به مورفین ۱، H+M: گروه‌های پراکسی+وابسته.

تعداد دوره‌های VT و همین‌طور VF در دوره جریان مجدد در شکل ۴ نشان داده شده است. اختلاف معنی‌دار در تعداد دوره‌های VT بین گروه H+M (۰/۶±۰/۲۲) با گروه C (۰/۹±۰/۱۴) وجود داشت (P<۰/۰۱) و در دیگر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نسبت به یکدیگر دیده نشد (نمودار ۴).

اثر پیش شرط سازی با هایپراکسی نورموباریک بر صدمه بافتی، عملکرد مکانیکی و بی نظمی های حاصل از ...

در خلال جریان مجدد، تعداد دوره های VF در گروه C ($3/7 \pm 0/8$) نسبت به گروه های H، M1 و H+M (به ترتیب با مقادیر صفر، $0/22 \pm 0/14$ و صفر) تفاوت معنی داری را در سطح $P < 0/01$ نشان دادند. در گروه های H و H+M دوره VF ایجاد نشد و به صفر رسیده بود. بین سه گروه پیش شرط سازی شده تفاوت معنی داری وجود نداشت (نمودار ۴).



نمودار ۴: تعداد دوره های تاکیکاردی بطنی (VT) و فیبریلاسیون بطنی (VF) در دوره جریان مجدد. مقادیر به صورت میانگین \pm خطای معیار میانگین نشان داده شده اند. * نشان دهنده تفاوت در سطح $P < 0/01$ در مقایسه با گروه C است. ** نشان دهنده تفاوت در سطح $P < 0/001$ در مقایسه با گروه C می باشد. C: گروه کنترل نورموکسی، H: گروه هایپراکسی، M1: گروه وابسته به مورفین ۱، H+M: گروه هایپراکسی + وابسته.

این یافته ها نشان داد که تعداد دوره بی نظمی ها هم در ایسکمی و هم در دوره جریان مجدد در گروه H+M نسبت به گروه بدون تیمار کاهش معناداری نشان داده است، ولی بین گروه های تحت تیمار (گروه های H، M1 و H+M) اختلاف معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که پیشتر گفته شد اکثر مطالعات انجام شده در زمینه پیش شرط سازی با هایپراکسی در شرایط طبیعی بوده و درباره اثرات مفید پیش شرط سازی با هایپراکسی در شرایط پاتولوژیک و یا با پیش شرط سازهای دیگر اطلاعات کمی در دسترس است. فقط

در یک پژوهش به طور مستقیم اثر هایپراکسی و استروئیدها با هم مورد مطالعه قرار گرفته است. این پژوهش که توسط کالجوستو^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۸ صورت پذیرفت نشان داد که جمع اثر این دو عامل پیش شرط ساز موجب کاهش فشار انتهای دیاستولی بطن چپ و کاهش بی‌نظمی‌ها می‌شود (کالجوستو و همکاران، ۲۰۰۸).

در پژوهش حاضر اثرات محافظتی قلب بیش از اثر هر کدام از این پیش‌شرط‌سازها به تنهایی بارز شد به طوری که این اثر در میزان رهایش CPK (شاخصی از آسیب بافتی) و حاصل ضرب ضربان-فشار (شاخصی از مکانیک قلب) به طور کامل بارز بود، ولی تعداد بی‌نظمی‌ها در بین گروه‌های تحت تیمار در زمان ایسکمی و جریان مجدد کاهش معناداری را نشان نداد.

بیشترین کاهش آسیب بافتی در گروه H+M دیده شد که البته این کاهش نسبت به تمامی گروه‌ها کاهش معناداری را نشان داد. این کاهش آسیب بافت در دوره جریان مجدد احتمالاً موجب بهبود شاخص عملکردی قلب نیز شده است.

با توجه به اینکه در انتهای دوره تثبیت، حاصل ضربان-فشار در گروه H نسبت به سه گروه دیگر تفاوت معناداری داشت این مسئله احتمالاً نشان دهنده اثرات قویتر وابستگی بر جریان‌های یونی در حالت عادی نسبت به هایپراکسی است ولی بر طبق نتایج، پس از مداخله هایپراکسی و وابستگی در دوره پس از ایسکمی (دوره جریان مجدد) هر دو عامل موجب تقویت اثر یکدیگر برای ایجاد حفاظت از بافت و بهبود عملکرد قلب شد که به نوعی می‌توان این حالت را به افزایش اثرات پیش شرط‌سازی حین اثر همزمان این دو عامل تعبیر کرد. البته اینکه هر کدام از این دو عامل پیش‌شرط‌ساز چه مقدار و طی چه مکانیسمی موجب افزایش اثرات پیش شرط‌سازی می‌شوند نیاز به پژوهش‌های بیشتری در سطوح عوامل پیام‌رسان داخل سلولی دارد.

در مورد تعداد دوره‌های تاکیکاردی و فیبریلاسیون بطنی، هم در دوره ایسکمی و هم در دوره جریان مجدد با اینکه بیشترین کاهش در گروه H+M دیده شد ولی اختلافی بین گروه‌های تحت تیمار وجود نداشت. شاید دلیل عدم اختلاف بین گروه‌های تحت تیمار،

حد اکثر اثر در هر کدام از عوامل پیش شرط ساز باشد که این مسئله در مورد فیبریلاسیون بطنی در دوره جریان مجدد مشاهده می شود که هیچ فیبریلاسیونی در این دوره در گروه های H+M و H روی نداد.

از مطالب گفته شده و یافته های این پژوهش می توان به این نتیجه رسید که با توجه به این که هم هایپراکسی به عنوان یک عامل پیش شرط ساز مطرح است و هم وابستگی به مورفین، اگر هر دو عامل از یک سازوکار برای پیش شرط سازی استفاده نمایند بین گروه H+M نسبت به H و یا MI نباید تفاوت معنی داری در متغیرهای اندازه گیری شده دیده شود. این مطلب در مورد بی نظمی ها صادق بود، ولی در مقایسه بین این گروه ها افزایش معنی دار در حاصل ضربان-فشار در گروه H+M نسبت به دو گروه تحت تیمار دیگر وجود داشت و از سوی دیگر تفاوت معنی دار در مقدار کراتین فسفوکیناز مشاهده گردید که نشان دهنده صدمه کمتر بافت قلب در این گروه نسبت به بقیه گروه ها است و این مورد یافته های مربوط به بهبود شاخص حاصل ضربان-فشار را تأیید می نماید. لذا این یافته ها احتمال وجود سازوکارهای مختلف در پیش شرط سازی با هایپراکسی و در پیش شرط سازی با مورفین به صورت مزمن را نشان می دهد که مطالعات دیگر به طور غیر مستقیم آن را تأیید می نماید، یعنی به احتمال زیاد از سویی عوامل پیش شرط ساز موثر در هایپراکسی (مانند ROS، NF- κ B، iNOS، Bcl-2 و K_{ATP} channels) (گراس و پیرت، ۲۰۰۳؛ کیم^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ کوتانی^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ راجش^۳ و همکاران، ۲۰۰۴ و تیپولد و همکاران، ۲۰۰۳) اثر می گذارند و از سوی دیگر عوامل موثر در پیش شرط سازی وابستگی به مورفین (مانند گیرنده آدرنژیک بتا دو و PKA و دیگر عوامل ناشناخته (پیرت و گراس، ۲۰۰۶) اثر خود را اعمال می کنند.

البته با توجه به یافته ها این احتمال وجود دارد که در سازوکار اثرات ضد بی نظمی این پیش شرط سازها همپوشانی وجود داشته باشد.

همان طور که اشاره شد متأسفانه پژوهش های کمی در زمینه وابستگی و اثرات پیش شرط سازی با مورفین به صورت مزمن انجام شده است و به همین دلیل اطلاعاتی در

این زمینه برای مقایسه با آزمایش‌های ما در دسترس نیست. لذا آن چه بیان شد احتمالاتی است که طی پژوهش‌های بعدی باید صحت آن‌ها مورد آزمایش قرار گیرد.

با نتایج به دست آمده از این پژوهش و با توجه به احتمال تداخل این دو عامل در بالین می‌توان انتظار داشت که اثرات محافظتی بیشتری برای بافت قلب در حالت هم‌زمانی آن‌ها با هم به وقوع خواهد پیوست، البته این نکته نیز باید در بالین مورد آزمایش قرار بگیرد تا بتوان روی آن قضاوت کرد.

با توجه به مطالب مورد بحث این نکته روشن است که اثر پیش شرط سازی با هایپراکسی نورموباریک بر قلب ایزوله موش صحرائی نر وابسته به مورفین موجب تقویت اثرات محافظتی در مقایسه با هریک از عوامل پیش شرط ساز استفاده شده به تنهایی است که این مسئله در حفاظت از بافت و عملکرد قلب بارز است.

منابع

- Alkhulaifi, A. M., Jenkins, D. P., Pugsley, W. B. & Treasure, T. (1996). Ischaemic preconditioning and cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, 10, 792-798.
- Bigdeli, M. R., Hajizadeh, S., Froozandeh, M., Heidarianpour, A., Rasulian, B., Asgari, A. R., Pourkhalili, P. & Khoshbaten, A. (2008). Normobaric hyperoxia induces ischemic tolerance and upregulation of glutamate transporters in the rat brain and serum TNF- α level. *Exp Neurol*, 212, 298-306.
- Choi, H., Kim, S. H., Chun, Y. S., Cho, Y. S., Park, J. W. & Kim, M.S. (2006). In vivo hyperoxic preconditioning prevents myocardial infarction by expressing bcl-2. *Exp Biol Med (Maywood)*, 231, 463-472.
- Fan, G. H., Ling-Zhi., Wang, L. Z., Qiu, H. C., Ma, L. & Pei, G. (1999). Inhibition of Calcium/Calmodulin-dependent Protein Kinase II in rat hippocampus attenuates morphine tolerance and dependence. *Mol Pharmacol*, 56, 39-45.
- Gross, G. J. & Peart, J. N. (2003). KATP channels and myocardial preconditioning: an update. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 285, H921-930.
- Kaljusto, M. L., Stenslökken, K.O., Mori, T., Panchenko, A., Frantzen, M. L., Valen, G. & Vaage, J. (2008). Preconditioning effects of steroids and hyperoxia on cardiac ischemia—reperfusion injury and vascular reactivity. *Eur J Cardiothorac Surg*, 33, 355-363.
- Karu, I., Tähepöld, P., Ruusalepp, A. & Starkopf, J. (2010). Pretreatment by hyperoxia, a tool to reduce ischaemia-reperfusion injury in the myocardium. *Curr Clin Pharmacol*, 5, 125-132.
- Kim, C. H., Choi, H., Chun, Y. S., Kim, G. T., Park, J. W. & Kim, M. S. (2001). Hyperbaric oxygenation pretreatment induces catalase and reduces infarct size in ischemic rat myocardium. *Eur J Physiol*, 442, 519-525.

- Kloner, R. A. & Jennings, R. B. (2001). *Consequences of brief ischemia: stunning, preconditioning, and their clinical implications: part 1*. *Circulation*, 104, 2981-2989.
- Kotani, N., Hashimoto, H., Sessler, D., Muraoka, M., Hashiba, E. & Kubota, T. (2000). Supplemental intraoperative oxygen augments antimicrobial and proinflammatory responses of alveolar macrophages. *Anesthesiology*, 93, 15-25.
- Lishmanov, Y. B., Stakheev, D. L., Krylatov, A. V., Naryzhnaya, N. V., Maslov, L. N., Ovchinnikov, M.V. & Kolar, F. (2008). Myocardial Resistance to Ischemic and Reperfusion Injuries under Conditions of Chronic Administration of Opioid Receptor Agonists and Antagonists. *B Exp Biol Med*, 145, 642-644.
- Manning, A. & Hearse, D. (1984). Reperfusion-induced arrhythmias: mechanisms and prevention. *J Mol Cell Cardiol*, 16, 497-518.
- Murray, C. E., Richard, V. J., Reimer, K. A. & Jennings, R. B. (1990). Ischemic preconditioning slows energy metabolism and delays ultrastructural damage during a sustained ischemic episode. *Circ Res*, 66, 913-931.
- Peart, J. N. & Gross, G. J. (2006). Cardioprotective effects of acute and chronic opioid treatment are mediated via different signaling pathways. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 291, 1746-1753.
- Poorkhalili, K., Hajizadeh, S., Taraihi, T., Akbari, Z., Esmaili, M., Bigdeli, M. R. & Khoshbaten, A. (2009). Ischemia and reperfusion-induced arrhythmias: role of hyperoxic preconditioning. *J Cardiovasc Med*, 10, 645-642.
- Rajesh, K. G., Sasaguri, S., Suzuki, R., Xing, Y. & Maeda, H. (2004). Ischemic preconditioning prevents reperfusion heart injury in cardiac hypertrophy by activation of mitochondrial KATP channels. *Int J Cardiol.*, 96, 41-49.
- Tahepold, P., Valen, G., Starkopf, J., Kairane, C., Zilmer, M. & Vaage, J. (2001). Pretreating rats with hyperoxia attenuates ischemia-reperfusion injury of the heart. *Life Sci*, 68, 1629-1640.
- Tahepold, P., Vaage, J., Starkopf, J. & Valen, G. (2003). Hyperoxia elicits myocardial protection through a nuclear factor kappaB-dependent mechanism in the rat heart. *Journal Thorac Cardiovasc Surg*, 125, 650-660.
- Yellon, D. M., & Downey, J. M. (2003). Preconditioning the myocardium: from cellular physiology to clinical cardiology. *Physiol Rev*, 83, 1113-1151.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن با آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت روانی معتادین

مهدی زارع بهرام‌آبادی^۱، محمدعلی محمدی‌فر^۲، نصراله عرفانی^۳، مصطفی مشایخی‌پور^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن در مقایسه با اثربخشی آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام روی مولفه‌های سلامت‌روانی افراد معتاد بود. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح مقایسه گروه‌های نابرابر بود. جامعه آماری شامل افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بود. در بخش گروه درمانی ۲۷ نفر به طور داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند و تحت ۱۰ جلسه، هر هفته یک و نیم ساعت گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن قرار گرفتند. در بخش گروه معتادین گمنام نیز ۳۷ نفر به طور داوطلبانه به مدت شش ماه در جلسات مجمع‌های معتادین گمنام شرکت کردند. در ابزارها از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد که ابتدا در پیش‌آزمون و سپس در پس‌آزمون روی آزمودنی‌های هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن تأثیر مثبت معناداری روی مولفه‌های علائم اضطرابی، افسردگی و سلامت روان کلی افراد معتاد داشت. آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام نیز تأثیر مثبت معناداری بر روی مولفه‌های علائم جسمانی، اضطرابی، افسردگی و سلامت روان کلی افراد معتاد داشت. سایر نتایج نشان داد میزان اثر بخشی آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام در مقایسه با گروه درمانی پذیرش خویشتن تأثیر معنادار بیشتری بر کاهش علائم افسردگی افراد معتاد داشت. **نتیجه‌گیری:** شرکت در گروه‌های خودیاری معتادان گمنام و همچنین شرکت در گروه درمانی پذیرش خویشتن موجب افزایش سلامت روانی افراد معتاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: آموزه‌های مجمع‌های معتادین گمنام، سلامت روانی، گروه درمانی پذیرش خویشتن

۱. نویسنده مسؤل: استادیار روان‌شناسی مشاوره مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی. پست الکترونیک:

m2.bahramabadi@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور همدان

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی

مقدمه

اعتیاد به موادمخدر یکی از مسایل مهم در هر جامعه و از گسترده ترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می توان آن را از منظر عوامل زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی بررسی کرد (کتیبایی، حمیدی، یاریان، قنبری و سیدموسوی، ۱۳۸۹). اعتیاد بیماری مزمن، پیشرونده و تخریب کننده است که نه تنها می تواند باعث مرگ فرد مبتلا شود، بلکه باعث آسیب به خانواده فرد معتاد و جامعه ای که فرد معتاد در آن زندگی می کند شود (نادری، بینازاده و صفاتیان، ۱۳۸۵). وابستگی به مصرف مواد از شایع ترین اختلالات روانی است. به طور کلی مصرف موادمخدر بر خلق فرد تاثیر می گذارد. داده های همه گیرشناسی نشان می دهد که ۵۳ درصد از مصرف کنندگان موادمخدر دارای یک بیماری جدی روانی هستند (دارک^۱، ۲۰۰۹). بررسی ها نشان می دهد که معتادین به موادمخدر دارای تفکر پارانوئیدی، علائم افسردگی، اضطراب، افکار و سواسی، اعتماد به نفس پایین و ترس مرضی بودند و در سلامت روانی نمرات پایین تری را کسب کردند (سراج و اصفهانی، ۱۳۸۷). وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در سبب شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می کند. وجود اختلال های روانی همراه با اعتیاد باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیمار به اعتیاد می شود. امروزه نقش سلامت روانی بر بخش های دیگر سلامت مشخص شده است (پرینس^۲ و همکاران، ۲۰۰۷)، می توان گفت بدون دست یابی به سلامت روانی، دستیابی به بخش های دیگر سلامت نیز امکان پذیر نخواهد بود ریب^۳، ۲۰۱۰).

رویکردهای درمانی برای سوء مصرف مواد بسته به نوع ماده، الگوی مصرف و فراهم بودن سیستم های حمایتی روانی- اجتماعی و ویژگی های خاص فرد بیمار فرق می کند (کاپلان و سادوک^۴، ۲۰۰۷). انجمن معتادین گمنام یکی از انجمن های خودیاری است که به شیوه ای مرحله بندی شده تحت عنوان برنامه دوازده قدمی راهکارهایی را برای درمان

1. Drake
2. Prince
3. Riba
4. Kaplan & Sadocks

اعتیاد ارائه کرده است و بر پایه‌ی کمک یک معتاد در حال بهبودی به معتاد دیگر استوار است (انجمن معتادین گمنام، ۱۳۸۸). عضویت در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام از جمله روش‌هایی است که موفقیت خود را در دوام و ماندگاری دوره پاک‌ی، بهبود کیفیت زندگی و تقویت اراده معتادین در حال بهبودی به تایید رسانده است (مرامانی، پسینی و پروجی^۱، ۲۰۰۷؛ گرو، جیسون و کییز^۲، ۲۰۰۸). همچنین فریدمن^۳ (۲۰۰۶) نشان داد شرکت مستمر در انجمن معتادین گمنام با کیفیت زندگی و هم‌چنین سلامت روانی و اجتماعی همراه است. به نظر می‌رسد انجمن معتادین گمنام با تکیه بر برنامه‌های معنوی ۱۲ گامی و تقویت معنویت افراد، همچنین، حمایت اجتماعی قدرتمند و موثر اعضا از یکدیگر جهت پرهیز از مواد و تغییر نگرش افراد نسبت به حل مشکلات زندگی توانسته است 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 تکیه به یک نیروی برتر به عنوان اصل محوری انجمن معتادین گمنام، مسئولیت‌پذیری شخصی افراد را تضعیف می‌کند (اریک، فیفر و استرحام^۴، ۲۰۰۰).

۸۳

83

نظریه‌های اخیر در مورد سبب‌شناسی و درمان اعتیاد به نقش فرایند یادگیری و فرایندهای پردازش حافظه تاکید می‌کنند (اویرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). در میان درمان‌های مختلفی که برای افراد معتاد ارائه می‌شود، درمان‌های رویکرد شناختی و شناختی رفتاری یکی از موثرترین درمان‌ها می‌باشد (هندریکس، اسپچیا و بلنکا^۶، ۲۰۱۱). یکی از اهداف اصلی درمان‌های رویکرد شناختی و شناختی رفتاری، کمک به افراد معتاد در حفظ و نگهداری دوران ترک و عدم بازگشت دوباره به اعتیاد است (کندی، گروس، وایت‌فیلد، درکسلر و کیلتسا^۷، ۲۰۱۲). در بررسی‌های بسیاری اثربخشی گروه درمانی‌های رویکردهای شناختی رفتاری برای افراد معتاد مورد تایید قرار گرفته است (کندی و

1. Maremmani, Pacini & Perugi

3. Freidman

5. Everitt

7. Kennedy, Gross, Whitfield, Drexler, Kiltsa

2. Groh, Jason & Keys

4. Eric, Feifer & Strohm

6. Hendriks, Scheea & Blankena

همکاران، ۲۰۱۲؛ مک کاردی و زیدونیس^۱، ۲۰۰۱؛ دباغی، ۱۳۸۵؛ نریمانی، ۱۳۸۳). علاوه بر این کارایی درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلالات روانی و اختلالات روان پزشکی همبود با اعتیاد نیز به تایید رسیده است (کلارک، کینگ استون، ویلسون، بولدراستون و رمینگتون^۲، ۲۰۱۲؛ نقه الاسلام، رضایی و عقیقی، ۱۳۸۲). همچنین تحقیقات بسیاری نشان داده است که گروه درمانی‌های رویکرد شناختی رفتاری باعث بهبودی سلامت روانی افراد، از جمله افراد معتاد می‌شود (عارف‌نسب، رحیمی و محمدی، ۱۳۸۶؛ علائدینی، کجباف و مولوی، ۱۳۸۷؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸).

یکی از شاخه‌های درمانی رویکرد شناختی رفتاری، درمان پذیرش خویشتن به روش درآیدن^۳ می‌باشد که بر اساس رویکرد نظری رفتار درمانی عقلانی هیجانی^۴ الیس^۵ است. فرض بنیادین این رویکرد، این است که اختلالات روانی ناشی از باورهای غلطی است که افراد در مورد خود، دیگران و محیط دارند. با تغییر این باورها می‌توان اختلالات روانی را درمان کرد و سلامت روانی افراد را بالا برد (درآیدن، ۱۹۹۹). به عبارت دیگر می‌توان با تغییر باورهای ناسالم افراد به باورهای سالم سلامت روانی افراد را افزایش داده و به این طریق موانع و دلایل مصرف مواد را کاهش داد و به افراد معتاد در مسیر ترک موادمخدر کمک‌رسانی کرد (انجمن جهانی معتادین گمنام، ۱۳۸۸). اوتمن و یاسمین^۶ (۲۰۱۰) در یک بررسی رفتار درمانی عقلانی هیجانی را 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^۷ (۲۰۰۸) گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری را با ترکیب‌های مختلفی شامل عقلانی-هیجانی، عقلانی-رفتاری و هیجانی-رفتاری روی افراد بزرگسال انجام

1. Mckardy & Ziedonis
3. Dryden
5. Elis
7. Lispi, Casino & Miler

2. Clarke, Kingston, Wilson, Bolderston & Remington
4. Ration Emotive Behavior Therapy
6. Outman & Yasamin

دادند. نتایج نشان داد که ترکیب‌های مختلف رفتار درمانی عقلانی هیجانی می‌تواند بر افزایش سلامت روانی افراد مؤثر باشد. در یک بررسی فلکسمن و بوند^۱ (۲۰۱۰) ۱۰۷ نفر با مشاغلی دارای سطوح بالایی از استرس را در سه موقعیت: (۱) گروه درمانی پذیرش خویشتن؛ (۲) آموزش‌های کاهش استرس و (۳) گروه کنترل قرار دادند. نتایج نشان داد که گروه درمانی پذیرش خویشتن و آموزش‌های کاهش استرس با تغییر در محتوای شناختی ناصحیح، باعث افزایش سلامت روانی و انعطاف‌پذیری بیشتر افراد گردید. ماسودا^۲ 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^۳ (۲۰۱۲) نشان دادند که درمان پذیرش خویشتن موجب بهبودی افسردگی افراد گذشته و از سوی دیگر سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد. در یک بررسی پن^۴ و بروکس^۵ (۲۰۰۰) مدل‌های مختلف رفتار درمانی عقلانی هیجانی را در درمان افراد معتاد مورد استفاده قرار دادند، نتایج نشان داد که درمان‌های رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی با ساختارهای مختلف از جمله پذیرش خویشتن موجب بهبود بیماری‌های همبود با اعتیاد و بهبود و سریع‌تر شدن روند ترک اعتیاد در افراد معتاد می‌شود.

۸۵
85

سال ششم، شماره ۳۱، بهار ۱۳۹۱
Vol. 6, No. 21, Spring 2012

متاسفانه 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، نوری و ملک‌پور، ۱۳۸۹). در انجمن معتادین گمنام برای بهبودی افراد آموزه‌هایی ارائه می‌گردد که به‌طور ضمنی از نظریه‌ی رفتار درمانی عقلانی هیجانی نشأت گرفته شده است (قاضی، ۱۳۸۳). حال این مساله مطرح می‌شود که آیا آموزش‌های مستقیم و یا به عبارت دیگر استفاده از

1. Flaxman & Bond
3. Floke, Parling & Melineb
5. Brools

2. Masuda
4. Penn

درمان‌های رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی در درمان افراد معتاد نیز می‌تواند مانند آموزه‌های انجمن معتادین گمنام موثر باشد. از سوی دیگر نتایج برخی تحقیقات (دهقانی، رستمی، رحیمی نژاد و زردخانه، ۱۳۸۶؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸) نشان داده است که درمان‌های روانشناختی که اغلب برای افراد معتاد به کار می‌رود در بهبود تمامی مولفه‌های سلامت روان افراد موثر نمی‌باشد. از این رو در پژوهش حاضر یکی دیگر از روش‌های درمان روانشناختی برای افراد معتاد مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به موارد ذکر شده، هدف پژوهش حاضر شناسایی تاثیر دو روش درمانی؛ آموزه‌های انجمن معتادین گمنام و گروه درمانی پذیرش خویشتن روی مولفه‌های سلامت روان افراد معتاد و همچنین مقایسه میزان اثر بخشی 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 گروه درمانی شامل افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان بود که دوره سم‌زدایی را گذرانده و آماده دریافت خدمات روان‌درمانی و معرفی به گروه‌های معتادین گمنام بودند. آزمودنی‌ها به وسیله نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند که واجد معیارهای ورود نیز بودند. معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: سپری کردن 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 ۴۸-۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی در پیش‌آزمون (که بیانگر عدم سلامت روانی متوسط در افراد است) بود. معیارهای ورود از طریق مصاحبه تشخیصی و نیز پرونده‌های بالینی افراد مورد بررسی قرار گرفت. در بخش معتادین گمنام جامعه آماری شامل افراد معتاد مراکز ترک اعتیاد شهرستان همدان بود که دوره سم‌زدایی را گذرانده و حاضر به قرار گرفتن تحت درمان گروهی نبودند و در حال پیوستن به گروه‌های معتادین

گمنام بودند. شایان ذکر است که شرکت کنندگان در بخش گروه معتادین گمنام از لحاظ معیارهای ورودی (شامل نمره ۴۸-۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی در پیش آزمون، سپری کردن دوره سم زدایی به طور کامل و نداشتن اختلال روانی مزمن) با شرکت کنندگان گروه درمانی همتا شدند.

شرکت کنندگان در بخش گروه درمانی به سه گروه ۹ نفره تقسیم گردیدند. برای هر گروه به طور یکسان ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعت و نیم گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن که مبتنی بر رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی بود، اجرا شد. شایان ذکر است که ۶ نفر از آزمودنی‌ها به دلایلی همچون ترک گروه (۳ نفر) و یا غیبت بیش از دو جلسه (۳ نفر) از گروه نمونه کنار گذاشته شدند. در بخش گروه معتادین گمنام افراد به مدت شش ماه (حداقل زمان لازم برای گذراندن دوازده قدم معتادین گمنام) در گروه‌های مختلف معتادین گمنام شرکت کردند. شایان ذکر است ۱۸ نفر از گروه نمونه به علت ترک جلسات معتادین گمنام و بازگشت به اعتیاد از گروه نمونه کنار گذاشته شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه مورد استفاده برای سنجش سلامت روانی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای بود. این آزمون دو بار روی شرکت کنندگان به صورت پیش آزمون و پس آزمون، قبل و بعد از اعمال گروه درمانی پذیرش خویشتن و در گروه معتادین گمنام قبل و بعد از قرار گرفتن تحت آموزه‌های این گروه‌ها اجرا گردید. پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه خود گزارش دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای اختلال روانی می‌باشند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (دادستان، ۱۳۸۲). این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس شامل علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را به سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی آن نیز از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده

کرد. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده مقیاس را در این پرسشنامه نشان داد و این چهار خرده مقیاس در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین کرده‌اند (تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های 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.

در بخش گروه درمانی، به دلیل عدم توانایی محقق در هماهنگی افراد برای شرکت در جلسات گروه درمانی و نیز رعایت معیار حجم تعداد شرکت کنندگان در گروه درمانی، تعداد گروه‌ها سه گروه ۹ نفره در نظر گرفته شد. 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 گروه درمانی به صورت هفتگی، برگزار شد. در این جلسات برای اعضای گروه عوامل موثر 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 انجام شده اعضا بررسی و در بخش دوم، تکنیک طرز فکر یا مهارت آموزش داده می‌شد و در بخش پایانی، تکلیفی در ارتباط با مهارت آموزش داده شده ارائه می‌شد. خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن برای شرکت کنندگان تحقیق به شرح ذیل بود:

جلسه اول: به طور کلی در این جلسه به معارفه درمانگر و سایر اعضا، بیان اهداف و رویکرد کلی جلسات درمان پرداخته شد.

جلسه دوم: در این جلسه اصول درمان پذیرش خویشتن برای اعضا شرح داده و اهدافی تعیین شد که در پایان این گروه درمانی به آن دست یابند. هم‌چنین در این جلسه الگو (ABC): A بیانگر موقعیت فعال ساز، B بیانگر باور فرد، C بیانگر پیامد) شرح داده شد تا اعضا دریابند که چه عواملی در ایجاد یک هیجان سهمیم است.

جلسه سوم: در این جلسه، به اعضا آموزش داده شد که چگونه خواسته‌های انعطاف‌ناپذیر مرتبط به تفکر خود کم‌بینی را زیر سوال برده و آنها را با جایگزین‌های سالمی که نشأت گرفته از باورهای پذیرش خویشتن است، جایگزین کنند.

جلسه چهارم: در این جلسه، تکنیک‌های مهارت عقلانی (براساس عقل و عاقلانه قضاوت کردن) آموزش داده شد.

جلسه پنجم: در این جلسه، تکنیک زیگزاگی (ضعیف کردن متقاعد کننده‌گی باورهای خود کم‌بینی و نیرومندسازی متقاعد کننده‌گی باورهای پذیرش خویشتن) به اعضا آموزش داده شد.

جلسه ششم: در این جلسه، نسخه‌ی صوتی تکنیک زیگزاگی، استفاده از بیان‌های موثر خود و تصویرسازی عقلانی-عاطفی که به منظور کمک به افرادی که می‌خواهند متقاعد کننده‌گی باورهای ناسالم را کاهش دهند، به اعضا آموزش داده شد.

جلسه هفتم: در این جلسه، در ادامه مرور ذهنی تکالیف شناختی-رفتاری، شیوه‌های فائق آمدن بر موانع با استفاده از شیوه شناخت درمانی توضیح داده شد.

جلسه هشتم: در این جلسه، تکنیک‌های شناختی-رفتاری وضع گردید و بعد 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.

جلسه نهم: در این جلسه، به اعضا نشان داده شد که چگونه باورهای آنها بر تفکرشان تاثیر می‌گذارد. در ادامه به اعضا آموزش داده شد که چگونه استنباط‌های تحریف شده خود را به چالش بکشند.

جلسه دهم: در این جلسه، 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. در پایان جلسه دهم پرسشنامه سلامت عمومی اجرا گردید.

در بخش گروه معتادین گمنام پس از اجرای پیش آزمون و معرفی فرد به گروه‌های خودیاری معتادین گمنام، افراد در جلسات این انجمن که به طور روزانه بود شرکت کرده و بر اساس آموزش و هدایت‌های دیگر افراد معتاد دوازده قدم معتادین گمنام را طی کرده و پس از شش ماه پس آزمون اجرا گردید.

سپس داده‌های پیش آزمون و پس آزمون به وسیله آزمون t برای گروه‌های همبسته و نیز آزمون t برای گروه‌های مستقل با استفاده از نمرات افتراقی به وسیله نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر در بخش گروه درمانی به ترتیب ۳۳/۶۷ و ۸/۹۷ می‌باشد. هم‌چنین در گروه معتادین گمنام میانگین و انحراف معیار سن ۳۲/۰۵ و ۷/۹۱ می‌باشد. میانگین مدت زمان مصرف مواد آزمون‌دهی‌ها در گروه درمانی ۱۲/۱۰ و انحراف معیار ۸/۸۲ بود. در گروه معتادین گمنام میانگین مدت زمان مصرف مواد مخدر ۱۱/۱۱ سال و انحراف معیار ۶/۱۰ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

۹۰
90

جدول ۱: آماره‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت روان و مولفه‌های آن

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

همان طور که در جدول مشاهده می شود میانگین نمرات سلامت روانی و خرده مقیاس های آن در مرحله پس آزمون کاهش یافته است (شایان ذکر است که در آزمون سلامت روانی کسب نمره پایین تر به معنای داشتن سلامت روانی بیشتر است). همچنین شایان ذکر است که به دلیل عدم وجود پیش فرض های استفاده از آزمون کواریانس از آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد. از آنجایی که آزمودنی ها تحت دو شیوه درمانی قرار گرفتند، قبل از بررسی فرضیه های پژوهش، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راه به بررسی همگنی نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات سلامت روانی دو شیوه درمانی پرداخته شد.

برای بررسی تاثیر روش های درمانی از آزمون t همبسته بر اساس مقایسه نمرات شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t همبسته برای بررسی اثربخشی گروه درمانی در سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معناداری	میزان تاثیر
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷/۰۵	۴/۶۰	۱/۳۳	۲۰	۰/۱۹	-
	پس آزمون	۶/۴۳	۳/۸۲				
علائم اضطرابی	پیش آزمون	۷/۹۵	۴/۹۵	۴/۱۳	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	پس آزمون	۵/۵۷	۳/۱۴				
علائم کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۷/۲۹	۳/۵۵	۰/۹۳	۲۰	۰/۳۶	-
	پس آزمون	۶/۷۶	۴/۰۳				
علائم افسردگی	پیش آزمون	۷/۱۰	۶/۵۶	۳/۴۱	۲۰	۰/۰۰۳	۰/۶۰
	پس آزمون	۴/۰۵	۴/۰۸				
سلامت روان کلی	پیش آزمون	۲۹/۲۹	۱۸/۱۹	۴/۰۱	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	پس آزمون	۲۲/۹۵	۱۳/۱۷				

همان گونه که در جدول فوق ارائه شده است گروه درمانی بر مولفه های علائم اضطرابی، علائم افسردگی و سلامت روان کلی تاثیر گذار بوده است.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن با...

جدول ۳: نتایج آزمون t همبسته برای بررسی اثربخشی گروه معتادین گمنام در سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معتاداری	میزان تاثیر
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷/۷۴	۳/۱۶	۲/۷۱	۱۸	۰/۱۴	۰/۵۳
	پس آزمون	۵/۵۳	۲/۸۳				
علائم اضطرابی	پیش آزمون	۷/۶۳	۳/۷۳	۲/۵۰	۱۸	۰/۲۲	۰/۵۰
	پس آزمون	۵/۷۴	۳/۱۰				
علائم کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۷/۲۱	۲/۳۹	۰/۵۳	۱۸	۰/۵۹	۰/۱۲
	پس آزمون	۶/۸۴	۱/۶۴				
علائم افسردگی	پیش آزمون	۹/۳۷	۴/۰۹	۶/۸۵	۱۸	۰/۰۱	۰/۸۵
	پس آزمون	۳/۳۱	۳/۳۱				
سلامت روان کلی	پیش آزمون	۳۱/۵۸	۱۸/۱۹	۴/۸۳	۱۸	۰/۰۱	۰/۷۵
	پس آزمون	۲۰/۵۳	۸/۱۴				

همان گونه که در جدول فوق ارائه شده است شرکت در جلسات معتادین گمنام بر مولفه‌های علائم اضطرابی، علائم جسمانی، علائم افسردگی و سلامت روان کلی تاثیر گذار بوده است.

جدول ۴: مقایسه تاثیر گروه درمانی پذیرش خویشتن و گروه معتادین گمنام بر مولفه های سلامت روان

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	معتاداری	میزان تاثیر
علائم جسمانی	پذیرش خویشتن	-۰/۶۱	۲/۱۳	-۱/۷۳	۳۸	۰/۹۰	۰/۲۸
	معتادین گمنام	-۲/۲۱	۳/۵۵				
علائم اضطرابی	پذیرش خویشتن	-۲/۳۸	۲/۶۳	۰/۵۱	۳۸	۰/۶۰	۰/۶۷
	معتادین گمنام	-۱/۸۹	۳/۲۹				
علائم کارکرد اجتماعی	پذیرش خویشتن	-۰/۵۲	۲/۵۶	۰/۱۷	۳۸	۰/۸۶	۰/۲۰
	معتادین گمنام	-۰/۳۶	۲/۹۸				
علائم افسردگی	پذیرش خویشتن	۳/۳۱	۴/۰۹	-۲/۷۲	۳۸	۰/۰۱	۰/۶۰
	معتادین گمنام	-۶/۶۳	۴/۲۱				
سلامت روان کلی	پذیرش خویشتن	-۶/۳۳	۷/۲۲	-۱/۷۲	۳۸	۰/۹۲	۰/۶۶
	معتادین گمنام	-۱۱/۰۵	۹/۹۶				

نتایج آزمون t گروه‌های مستقل، که به منظور مقایسه میزان اثر بخشی دو شیوه درمانی؛ گروه درمانی پذیرش خویشتن و گروه معتادین گمنام مورد استفاده قرار گرفت نشان داد

که بین میزان تاثیر گذاري گروه درماني پذيرش خويشتن و گروه معتادين گمنام بر علائم جسماني، علائم اضطرابي، کارکرد اجتماعي و نیز نمره کل سلامت رواني افراد معتاد تفاوت معناداري وجود ندارد. اما در مولفه علائم افسردگي نتايج نشان داد که بين میزان تأثير گذاري روش گروه درماني پذيرش خويشتن و گروه معتادين گمنام تفاوت معناداري وجود دارد. به عبارت ديگر میزان تأثير گروه معتادان گمنام درمقايسه با گروه درماني پذيرش خويشتن در کاهش علايم افسردگي شرکت کنندگان بيشتتر بود.

بحث و نتیجه گیری

اين پژوهش به منظور بررسي و مقايسه اثر بخشی گروه درماني پذيرش خويشتن و آموزه های مجمع های معتادين گمنام روی مولفه های سلامت رواني افراد معتاد انجام گرفت. نتايج حاکی از آن بود که گروه درماني پذيرش خويشتن موجب بهبودي سلامت رواني افراد معتاد در مولفه های علائم اضطرابي، افسردگي و شاخص کل سلامت رواني آنها شد. اين یافته ها با نتايج تحقيق فولک و همکاران (۲۰۱۲) که نشان داد درمان پذيرش خويشتن سلامت رواني و عمومي افراد را افزايش می دهد، هم چنين با فلکسمن و بوند (۲۰۱۰) که در پژوهش خود نشان دادند، گروه درماني پذيرش خويشتن می تواند با تغيير در محتوای شناختي ناصحيح، باعث افزايش سلامت رواني و انعطاف پذيري افراد گردد، همخوان است. در اين رابطه بررسي پن و بروکس (۲۰۰۰) در رابطه با مدل های مختلف رفتار درماني عقلاني هيچاني در درمان افراد معتاد نشان داد که درمان های رويکرد رفتار درماني عقلاني هيچاني با ساختارهای مختلف از جمله پذيرش خويشتن موجب بهبود بيماري های همبود با اعتياد و افزايش سلامت رواني در اين افراد می گردد. همچنين نتايج کندی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان های روانشناختي باعث افزايش سلامت عمومي افراد معتاد می گردد. نتايج کلارک و همکاران (۲۰۱۲) در بررسي خود نشان دادند که درمان های شناختي موجب بهبود افسردگي در افراد معتاد می شود. در توجه نتايج به دست آمده در مورد تأثير اين شيوه گروه درماني روی سلامت رواني و مولفه های آن در افراد معتاد می توان بيان کرد که اين شيوه درماني با ارائه آموزش های روانشناختي، ارائه الگوهای جديد بررسي عقايد و ارائه تمرين های هدفمند توانسته است با تغيير محتوای شناختي شامل تغيير باورهای ناسالم و خود کم بينی به باورهای سالم و باورهای پذيرش

خویشتن و تغییر در شیوه مقابله با مشکلات در بهبودی سلامت روانی افراد موثر باشد. همچنین این شیوه درمانی با ارائه راهکارهای شناختی و تمرین‌های رفتاری موجب بهبودی سلامت روانی و کاهش علائم اضطرابی و افسردگی در افراد معتاد شده است. از نظر الیس، وقایع یا اتفاقاتی که برای انسان رخ می‌دهند، اضطراب و نگرانی ایجاد نمی‌کنند، بلکه ریشه اضطراب و نگرانی را باید در نظام باورهای نامعقول انسان که شامل برداشت‌های غیرواقعی بینانه و نادرست و تفکر نامعقول درباره وقایع است، جستجو کرد. انسان با تلقین مکرر تفکر نامعقول، موجبات اضطراب و نگرانی خویش را فراهم می‌آورد. بنابراین اگر فرد به طور جدی با چنین شیوه تفکری، به طور منطقی و معقول مبارزه کند، از شدت اضطراب و نگرانی‌اش به تدریج کاسته و در نهایت به طور کامل متوقف می‌شود (نیان و درآیدن، ۱۳۸۸).

همچنین نتایج در بخش گروه‌های خودیاری معتادین گمنام نشان داد که حضور شش ماهه در این گروه‌ها و بهره‌مندی از آموزه‌های این گروه‌ها موجب بهبودی علائم جسمانی، اضطرابی، افسردگی و همچنین سلامت روان کلی افراد معتاد می‌گردد. این یافته با نتایج تحقیقات مختلفی همسو است برای مثال فریدمن (۲۰۰۶) در بررسی خود نشان داد که حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام باعث افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد می‌شود. نتایج تحقیق چن (۲۰۰۶) نشان داد حضور در جلسات معتادین گمنام باعث بالا رفتن شوق زندگی افراد معتاد می‌گردد و از شدت اضطراب و افسردگی افراد معتاد کاسته و باعث بالا رفتن سلامت روان افراد معتاد می‌شود. می‌توان گفت که در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام افراد از یکدیگر می‌آموزند و با داستان‌های دیگران همانند سازی می‌کنند، بنابراین احساس یکی بودن و پیوند می‌نمایند. همدلی ابزار قدرتمندی در محیط درمانی به شمار می‌رود. یکی از دلایل موفقیت گروه معتادین گمنام سطح بالای همدلی و همانند سازی در میان اعضا است. محیط گروه معتادین گمنام راحت بوده و شیوه برخورد بین فردی عاری از تهدید است. فرد معتاد در محیطی گرم و حمایت‌کننده قرار می‌گیرد. گرهمایی‌ها مملو از افرادی با مشکلات مشابه است، بنابراین معتاد بودن دیگر یک ننگ محسوب نمی‌شود. این احساس همانند بودن با دیگران، ابزار

قدرتمندی برای حفظ پاکی اعضا است. مسئولیت مقوله دیگری است که در گروه معتادین گمنام مورد توجه قرار می‌گیرد. مسئولیت هر عضو گروه معتادین گمنام تلاش برای خاتمه دادن به سوء مصرف مواد می‌باشد. فرد صادقانه می‌خواهد و مصمم است که به مصرف پایان دهد. با ادامه پاکی و تشویق و حمایت سایر اعضا گروه معتادین گمنام، اعتماد به نفس فرد افزایش یافته و این امر به او کمک می‌کند زندگی تازه‌ای را بنا نهد (انجمن جهانی معتادین گمنام، ۱۳۸۸).

اعضای انجمن معتادین گمنام از طریق نشان دادن واکنش به انگیزه‌مندی اعضای انجمن در پرهیز از مواد و از طریق شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده درون انجمن راهبردهای مختلفی را به اعضا می‌آموزند. برای مثال راهبردهایی از قبیل اینکه چگونه باید خودشان را برای موفق شدن آماده کنند، چگونه برنامه ریزی کنند. چگونه به خودشان و دیگر اعضا این نکته را القا کنند که ما می‌توانیم از مواد پرهیز کنیم و زندگی سالمی را تجربه کنیم. همچنان که بعضی از افراد به موفقیت‌ها دست می‌یابند، اعتماد به نفس‌شان رشد می‌کند، رویکردهای جدید را آزمایش می‌کنند و گذرگاه‌های جدید را یاد می‌گیرند. این مسائل و تجارب، انگیزه‌مندی افراد را در جهت پرهیز از مواد مخدر افزایش می‌دهد (برابویت، 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 که هر مشکلی در زندگی نمایانگر چالش و مشوقی برای تحول و رشد است تا اینکه تهدید برای آنها باشد.

همچنین نتایج نشان داد که بین اثر بخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن و حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام در مولفه‌های علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و سلامت روان کلی افراد تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در مولفه علائم افسردگی نتایج نشان داد که حضور در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام موجب بهبود بیشتر علائم افسردگی افراد معتاد نسبت به گروه درمانی پذیرش خویشتن می‌شود. در

توضیح این یافته می‌توان گفت که گروه‌های خودیاری معتادین گمنام با فراهم آوردن حمایت‌های اجتماعی، افزایش روابط میان فردی افراد معتاد و ارائه الگوها و راهکارهای عملی در حل مشکل اعتیاد به ویژه افسردگی نقش به‌سزایی دارد. همچنین باید این نکته را مد نظر داشت که مدت زمان اجرا و تعداد جلساتی که افراد در گروه‌های خودیاری معتادین گمنام شرکت کردند، نسبت به جلسات و مدت دو ماهه‌ی انجام گروه درمانی پذیرش خویشتن بسیار بیشتر بود که خود می‌تواند موجب افزایش حس ارزشمندی، افزایش اعتماد به نفس و کاهش افسردگی در افراد شود.

این پژوهش تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد. از تلویحات نظری در بخش گروه درمانی آن می‌توان به تأثیر ایجاد باورهای سالم و تغییر باورهای نا سالم و غیر منطقی در افراد معتاد اشاره کرد 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 به دست آمده می‌توان گفت که وجود گروه‌های حمایتی بدون نیاز به افراد متخصص می‌تواند تأثیر مثبتی در سلامت روانی افراد معتاد داشته باشد. نتایج به دست آمده ضرورت راه‌اندازی مراکز ارائه دهنده خدمات روانشناختی و رفع موانع تشکیل گروه‌های خودیاری معتادین گمنام را برای افراد معتاد که در مسیر ترک موادمخدر دوره سم‌زدایی را گذرانده‌اند را گوشزد می‌کند. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به عدم وجود گروه کنترل برای مقایسه تأثیر هریک از روش‌های مداخله‌ای تحقیق حاضر اشاره کرد. از آنجا که افراد نمونه، حاضر به قرار گرفتن در فهرست انتظار برای دریافت گروه درمانی یا گروه معتادین گمنام نبودند و نیز با در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی تحقیق همه افراد داوطلب در گروه‌های مداخله‌ای تحقیق قرار گرفتند، بنابراین تشکیل گروه کنترل برای پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود. می‌توان در پژوهش‌های بعدی این شیوه درمانی را در روی گروه‌های دیگری از افراد عادی و افراد معتاد اجرا کرد که در آن امکان تشکیل گروه کنترل و مقایسه وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش در بخش گروه درمانی می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه معتادین در مراکز ترک اعتیاد که بیشتر جنبه درمان دارویی دارند اشاره کرد. در این چارچوب پیشنهاد

می شود که این بررسی در جمعیت های دیگر معتادین از قبیل کمپ های ترک اعتیاد مورد استفاده قرار بگیرد. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده شامل درمان های طولانی تر و هم چنین پیگیری های طولانی تر و متعدد باشد. این پیگیری های علاوه بر این که می تواند میزان تداوم آثار درمان را نشان دهد به محققان در کشف آثار پنهانی که مدتی پس از درمان ظاهر می شوند، کمک می کند. این پژوهش به منظور تامین شواهد اولیه از اثر بخشی درمان پذیرش خویشتن صورت گرفت، بنابراین پژوهش های بیشتر و وسیع تر به منظور تکرار این تحقیق و تعیین ثبات آثار این برنامه لازم و ضروری به نظر می رسد. در پایان لازم است کمال تشکر و سپاس را از معاونت تحقیقات فرماندهی نیروی انتظامی استان همدان به خاطر همکاری بی شائبه و حمایت مالی از این پژوهش داشته باشیم.

منابع

- انجمن جهانی معتادین گمنام (۱۳۸۸). *راهنمای کارکرد قدم معتادین گمنام*. ترجمه: کمیته ترجمه دفتر خدمات جهانی معتادین گمنام ایران. تهران: انتشارات کیمیا اثر.
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان شناسی*، ۴(۵)، ۳۸۱-۳۹۸.
- ثقه الاسلام، طاهره؛ رضایی، امیدوار و عقیقی، کبری. (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف مواد. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمانی اردبیل*، ۴(۲)، ۳۳-۳۸.
- خدایار فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زرد خانه، سعید؛ غباری بناب، باقر، سهرابی، فرامرز و یونس، جلال. (۱۳۸۷). اثر بخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۲۹۰-۲۸۳.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۲). *روانشناسی جنایی*. تهران: انتشارات سمت.
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). *اثر بخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره ای و فعال سازی طرحواره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*. رساله دکتری چاپ نشده. انستیتو روان پزشکی تهران.
- دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ رحیمی، عباس و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش پسخوراند عصبی بر سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۴، ۷۷-۸۵.
- سراج خرمی، ناصر و اصفهانی اصل، مریم. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان اعتیاد بر وضعیت سلامت روانی، عزت نفس و قضاوت اخلاقی معتادین به مواد مخدر. *چکیده مقالات همایش ملی آسیب شناسی روانی و اجتماعی، معاونت پژوهشی*. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

عارف نسب، زهرا؛ رحیمی، چنگیز؛ محمدی، نوراله؛ بابامحمودی و عبدالرضا. (۱۳۸۶). تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادین به تریاک و هرویین. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱۳(۲)، ۴۲-۵۲.

علاءالدینی، زهره؛ کجباف، محمد باقر و مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی امید درمانی گروهی بر میزان سلامت روانی. *فصلنامه سلامت در روان شناسی*، ۴(۲)، ۶۷-۷۶.

قاضی، قاسم. (۱۳۸۳). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان درمانی*. تهران: انتشارات جنگل.
کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری/روانشناسی بالینی)*. ترجمه: فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. ویراست دهم، جلد اول.

کتیبایی، ژیلا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاده؛ قنبری، سعید و سید موسوی، پریاسادات. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتادان مبتلا به HIV و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۳۹-۱۲۵.

ملازاده، جواد و عاشوری، احمد. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *فصلنامه دانشور رفتار دانشگاه شاهد*، ۱۶(۲۴)، ۱۲-۱.

نادری، شهرام؛ نوروزی، محمد رضا؛ بینازاده، محمد و صفاتیان، سعید. (۱۳۸۵). *خودآموز درمان اعتیاد*. تهران: انتشارات خلوص.

نیان، مایکل و درآیدن، ویندی. (۱۳۸۸). *راهنمای سریع رفتار درمانی عقلانی هیجانی*. ترجمه: حسن حمید پور. تهران: انتشارات ارجمند.

هادیان، مبارک؛ نوری، علی و ملک پور، محمد. (۱۳۸۹). روان‌نمایشگری و اعتیاد. *مجله تازه‌های روان درمانی*، ۱۶، ۶۶-۴۷.

Brairwaite, V. (2004). The hope process and social inclusion. *American Academic Political and Social Science*, (5): 92-128.

Chen, Gila (2006) "Social Support, Spiritual Program, and Addiction Recovery", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (3): 306-323.

Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K., Bolderston, H., Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a Heterogeneous Group of Treatment-Resistant Clients: A Treatment Development Study. *Cognitive and Behavior Practice*.(19):560-572.

Drake, R. (2009). Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Mental Illness and Substance Abuse Disorder. *National Alliance on Mental Illness*, Available from: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/.

Dryden, windy. (1999). *Developing Self-Acceptance A brief, educational, small group approach*. New York: Wiley.

Eric, CL., Feifer, C., Strohm, M. (2000). A Pilot study: Locus of control and spiritual Beliefs in AA and SMART Recovery members. *Addict Behavior*, (25): 633-640.

- Everitt, B.J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., Robbins, T. W. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug seeking habits and addiction. *Biological Science*, 363: 3125–3135.
- Flaxman, E., Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and therapy*, 48: 816-820.
- 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*, In Press, Corrected Proof.
- 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. *Alliant International University*, 24:4-32.
- Groh, D.R., Jason, L.A., Keys, C.B. (2008). Social network variable in AA: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 28: 430-450.
- Hendriks, V., Scheea, E., Blankena, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependency*, 119:64–71.
- Kennedy, A. P., Gross, R. E., Whitfield, N., Drexler, K. P. G., Kiltsa, C. D. (2012). A controlled trial of, the adjunct use of Dcycloserine to facilitate cognitive behavioral therapy outcomes in a cocaine-dependent population. *Addict Behavior*, 37:900–907.
- Lipsy, Marc., Kassinove, Howard., Miller, Norman. (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, Akihiko., Hayesa, Steven C., Fletcherera, Lindsay B., Seignourelb, Paul J., Buntinga, Kara., Herbsta, Scott A. Twohiga, Michael P., Lillisa, Jason. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45:(11), 2764–2772.
- McCraday, 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 buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal Substance Abuse treatment*, 33, 41-48.
- Othman, mydin., yasamin, yusooff Fatimah. (2010). Psychological counseling process: application of rational emotive behavior therapy to treat 'Panic Attack' case. *Procedia Social and Behavioral sciences*, 5, 416- 420.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. (2007). Global mental health: No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Penn, Patricia E., Brooks, Audrey J. (2000). FIVE YEARS, TWELVE STEPS, AND REBT IN THE TREATMENT OF DUAL DIAGNOSIS. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 18:(4), 197-208.
- Riba, M. (2010). Chronic physical illnesses and mental illness: The need for integrated care. Available on : <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>.