

تأثیر خدمات روانشناختی دوره‌ی بازتوانی بر خودپنداره‌ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان

ساسان باوی^۱، محمدرضا برنا^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۰۷/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۹/۱۴

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر خدمات روانشناختی دوره‌ی بازتوانی بر خودپنداره‌ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان مرکز اجتماع درمان مدار شهرستان اهواز در سال‌های ۸۷-۱۳۸۶ بود. **روش:** طرح پژوهشی از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و یک گروه بود. جامعه‌ی آماری این تحقیق کلیه‌ی معتادان خود معرف مرد (۵۰ نفر) بودند که برای درمان درفاصله‌ی زمانی چهار ماهه در این مرکز پذیرش شدند. نمونه‌ی این پژوهش شامل، ۵۰ نفر از معتادان مرکز یاد شده بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، قبل از ارایه‌ی خدمات روانشناختی، پیش آزمون اجرا شد و پس از طی دوره‌ی چهارماهه در مرکز بازتوانی و ارایه‌ی خدمات روانشناختی، از آن‌ها پس آزمون به عمل آمد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه خودپنداره‌ی راجرز، اضطراب کتل، افسردگی بک و عزت نفس کوپر اسمیت. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که شرکت در مراکز اجتماع درمان مدار و گرفتن خدمات روانشناختی بر کاهش میزان خود پنداره‌ی منفی، افسردگی، اضطراب و افزایش میزان عزت نفس موثر است. **کلید واژه‌ها:** مرکز اجتماع درمان مدار، خدمات روانشناختی، خود پنداره‌ی منفی، افسردگی، اضطراب، عزت نفس

۷

7

۱. نویسنده مسؤول: کارشناسی ارشد روان شناسی

۲. کارشناسی ارشد روان شناسی

مقدمه

یکی از بلاهای خانمان‌سوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است، مساله‌ی مواد مخدر و اعتیاد است که قدرت تفکر، خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسان‌ها گرفته و بنیان خانواده و اعتقاد و باورهای دینی آن‌ها را در معرض نابودی و از هم پاشیدگی قرار داده است و متأسفانه روز به روز رو به گسترش نیز می‌باشد. کمتر کشوری است که مهم‌ترین و یا یکی از عمده مشکلاتش، مساله‌ی مواد مخدر و اعتیاد نباشد. همه ساله مبلغ هنگفتی صرف مبارزه با اعتیاد می‌گردد ولی همچنان باندهای قاچاق مواد مخدر و تعداد معتادان در حال افزایش است و سازندگی رو به سوزندگی، توانایی رو به ناتوانی، ثروت رو به انهدام و نابودی و میکده‌ی خیالی معتاد نیز به ماتمکده‌ای سرد مبدل می‌گردد. در سال‌های اخیر مصرف مواد مخدر در سراسر جهان افزایش یافته است. با مطالعه‌ی نشانه‌های نوپدید مانند مراجعه‌ی معتادان و بازدید از اتاق‌های فوریت پزشکی و مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر، دستگیری معتادان و تعداد کشورهایی که افزایش سطح مصرف را گزارش می‌کنند، آشکار می‌شود که مصرف مواد مخدر در حقیقت یک پدیده جهانی است (سراج خرمی، ۱۳۸۲). با وجود گسترش مبارزه با مواد مخدر در طی سال‌های اخیر، متأسفانه این مبارزه بیشتر با توزیع مواد درگیر بوده است، ولی میزان مواد افیونی در ایران افزایش یافته است. با کمال تأسف روز به روز بر شمار قربانیان این بلا‌ی خانمان‌سوز افزوده می‌شود و عوارض جسمانی، روانی، فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی ناگواری به بار می‌آورد. امروزه روند مخرب، ضرب آهنگی شتابان و سرعتی بیش از حد پیدا کرده است و مقابله‌ی سریع با آن بسیار حیاتی می‌باشد. علی‌رغم عدم پذیرش اجتماعی مواد مخدر و اعتیاد، طبقات مختلف جامعه اعم از مرد و زن، پیر و جوان، متاهل و مجرد، شاغل و بیکار، تحصیل کرده و بی‌سواد و... با این مشکل به صورت جدی درگیر هستند. از زمان‌های بسیار دور، بشر افیون را شناخته و کم و بیش استعمال آن مرسوم بوده است اما از اواسط قرن نوزدهم به بعد به دلیل شیوع فراوان و همه‌گیر مواد مخدر و ورود انواع مواد مخدر خطرناکتر (مرفین، هروئین، کوکائین و...) برخورد‌های قهری فراوانی با این مواد صورت گرفته که غالباً با شکست روبه رو شده است.

به طور کلی در حال حاضر سه راهبرد برای محدود کردن سوء مصرف مواد در اغلب کشورهای جهان وجود دارد که عبارتند از: راهبردهای قانونی، تربیتی-آموزشی و درمانی. راهبردهای قانونی شامل راه‌های قانونی جلوگیری از پخش یا استفاده از مواد است (سیگل و سنا،^۱ ۱۹۹۷). در راهبردهای تربیتی-آموزشی هدف، پیشگیری است یعنی به کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد محافظت نماید (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵). پیشگیری سه نوع است (پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث) که هر کدام دارای اصول و مفاهیم مربوط به خود می‌باشد. بدیهی است که برای این منظور همه‌ی آحاد جامعه باید آموزش‌های لازم را ببینند (رمضانی، ۱۳۸۳). راهبردهای درمانی به روش‌هایی گفته می‌شود که از طریق به کارگیری آن‌ها، فرد معتاد، سلامتی خود را باز می‌یابد. این راهبردها شامل درمان دارویی و درمان غیردارویی است، درمان دارویی معمولاً توسط پزشک و درمان غیردارویی توسط روان‌شناس صورت می‌گیرد (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵).

در حال حاضر چند میلیون معتاد در میهن عزیزمان زندگی می‌کنند که نیاز به درمان قاطع و مفید پزشکی و روان‌درمانی دارند. ترس از دردهای جسمانی و ناکامی‌های روانی، ناآگاهی از روش‌های درمان، اطمینان نداشتن به مراکز درمانی موجود، تجربه‌ی درمان‌های ناموفق و تجربه‌ی افسردگی و اضطراب پس از ترک، منجر به عدم اقدام معتادان به درمان یا ترک همراه با برگشت سریع می‌شود. صرف نظر از روش‌های قهرآمیز مقابله با مواد مخدر که به شکست منتهی شده است (مثل اعدام معتادان چینی در اواسط قرن بیستم) در چند دهه‌ی اخیر صدها پژوهش در مورد روان‌درمانی و نتایج آن انجام شده که برخی از روش‌های روان‌درمانی در درمان اعتیاد موفق بوده‌اند (شاملو، ۱۳۷۸). از جمله درمان‌های غیردارویی می‌توان به روان‌درمانی فردی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی، کاردرمانی، ورزش درمانی، مراکز اجتماع درمان مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود (فلاح‌زاده، ۱۳۸۵). در حدود ۹۰ درصد درمان معتادان از نوع درمان غیردارویی و یا به طور کلی درمان روانی است. اختلالاتی همچون اضطراب و افسردگی و خود‌پنداره‌ی

منفی بالا و هم‌چنین عزت نفس پایین از مواردی است که به عنوان علت یا معلول اعتیاد به مواد مخدر برشمرده می‌شود و نقش مهمی در بازگشت مجدد معتاد ترک کرده ایفا می‌کنند، در این تحقیق سعی شده راه‌های پیشگیری و مقابله با این اختلالات را به معتادان آموزش و تاثیر آن را مورد بررسی قرارداد.

سازمان بهزیستی کشور با تاسیس مراکز درمان خود معرف و توسعه‌ی مراکز پیشگیری و درمان، گام‌های مهمی را در این زمینه برداشته است. در این راستا ایجاد مراکز اجتماع درمان مدار در سرتاسر کشور سهم زیادی در درمان اعتیاد داشته است. در این مراکز، معتادان به صورت داوطلب پذیرش می‌شوند و طول دوره‌ی بازتوانی آن‌ها چهارماه است. در طول این دوره، روان‌پزشک، پزشک، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی، آموزش‌های لازم را در زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهند، این آموزش‌ها شامل آموزش مهارت‌های زندگی، شیوه‌ی مهار و سوسه، ابراز وجود، مهارخشم، اضطراب و... می‌باشد.

پژوهش فروغ‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۰) با هدف شناخت عوامل موثر در گرایش به اعتیاد و ارائه راه‌کارهایی در جهت کاهش گرایش جوانان به سوء‌مصرف مواد مخدر نشان داد، بین خود پنداره‌ی جوانان معتاد و غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد و هم‌چنین خود پنداره‌ی منفی در گرایش جوانان به اعتیاد موثر بود. بوکستین^۱ (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای عزت نفس، اضطراب و جایگاه مهار ۶۰ معتاد بستری شده در بیمارستان را بررسی کرد، نتایج نشان داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند. فلیمنگ و باری^۲ (۱۹۹۸) در پژوهشی ۱۰۰ نفر از معتادان مرکز اجتماع درمان مدار (۵۰ نفر گروه آزمایشی، ۵۰ نفر گروه گواه) را بررسی کردند، نتایج نشان داد که افزایش معناداری در عزت نفس و کاهش افسردگی و خودپنداره‌ی منفی در گروه آزمایشی که مهارت‌های زندگی را آموزش دیده بودند، مشاهده شد. آملی (۱۳۸۳) پژوهشی با هدف بررسی شیوع مرضی، اختلالات خلقی و اضطرابی در معتادان بستری شده و مقایسه آن‌ها با افراد بهنجار را به انجام رساند که نتایج این تحقیق نشان داد که ۷۲/۳ درصد معتادان به ترتیب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلالات خلقی و اضطرابی بودند که شایعترین

اختلالات، افسردگی اساسی (۶۶ درصد) و اضطراب منتشر (۱۲ درصد) بود. میلر^۱ (۱۹۹۵) در پژوهشی علل مربوط به مصرف مجدد را در تعدادی از معتادان بررسی کرد، نتایج نشان داد که اکثر معتادان به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، اعتماد به نفس و عزت نفس پایین و اراده‌ی ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. دزیالدوسکیا^۲ (۱۹۹۸) در بررسی مقایسه‌ای بین روش مشاهده‌ی سنتی و درمان شناختی-رفتاری که بر روی ۵۰ نفر از معتادان هروینی انجام داد، نشان داد بیمارانی که از درمان شناختی-رفتاری بهره بردند، نسبت به بیمارانی که روش مشاهده‌ی سنتی را به کار بردند، بهبود بیشتر، خود ادراکی مثبت و کاهش معناداری در افسردگی را از خود نشان دادند. فرجاد، وجدی و بهروش (۱۳۷۴) در بررسی علل روانی-اجتماعی اعتیاد، نشان دادند که افراد معتاد در افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و حساسیت‌های بین فردی با افراد عادی تفاوت معناداری دارند. به عبارت دیگر این تفاوت در جهت بیشتر بودن این ویژگی‌ها در افراد معتاد بود. روزن بلوم و ماگورا^۳ (۱۹۹۹) در بررسی بیماران وابسته به کوکائین که به مدت ۴۸ هفته تحت درمان شناختی-رفتاری بودند، نشان دادند که میزان اضطراب و افسردگی آن‌ها کاهش محسوسی داشته است. مک داوول و اسپیتز^۴ (۱۹۹۹) پس از ۸ جلسه مشاوره و روان درمانی بر روی معتادان بستری شده نشان دادند که میزان افسردگی و اضطراب معتادان کاهش معناداری داشته است. هدف این پژوهش "بررسی تاثیر دوره‌ی باز توانی معتادان مرد بر میزان خود پنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس آنان است".

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، کلیه‌ی افراد معتاد خود معرف مرد (۵۰ نفر) که جهت درمان در فاصله‌ی زمانی دوره چهار ماهه در سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۶ در مرکز اجتماع درمان‌مدار

اهواز مورد پذیرش قرار گرفته‌اند تشکیل می‌دهد. به دلیل محدود بودن جامعه، نمونه‌ی تحقیق، به صورت سرشماری انتخاب شد.

ابزار

در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیراستفاده شده است:

۱- پرسشنامه خود پنداره‌ی راجرز: این آزمون دارای ۲۶ آیتم است که در مقابل هر آیتم از شماره ۱ تا ۷ درجه‌بندی شده و آزمودنی می‌بایست نسبت به احساس خود در مقابل هر یک از آیتم‌ها، زیر درجه مورد نظر علامت ضربدر بگذارد. ضریب اعتبار این آزمون در مطالعه‌ای که بر روی نمونه ۴۰ نفری انجام شده از طریق تنصیف برابر $0/87$ گزارش شده است (ثامتی، ۱۳۷۵). در تحقیق حاضر برای تعیین اعتبار از روش آلفای کرونباخ و تنصیف، استفاده شده که ضرایب آن به ترتیب $0/69$ و $0/60$ به دست آمده‌اند.

۲- پرسشنامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت: این آزمون شامل ۵۸ ماده است که ۸ ماده‌ی آن برای دروغ‌سنجی و ۵۰ ماده دیگر برای سنجش موارد انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده و خود می‌باشد. پاسخ آزمون به صورت «بلی» و «خیر» است. برخی از گزینه‌ها برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. فرجی (۱۳۸۰)، ضریب اعتبار آزمون به روش بازآزمایی را بر روی دختران دبیرستانی $0/69$ به دست آورد. ابراهیمی قوام (۱۳۶۹)، میزان اعتبار این آزمون را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، $0/82$ گزارش کرده است. در این تحقیق برای تعیین ضریب اعتبار آزمون از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که به ترتیب $0/70$ و $0/68$ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه‌ی افسردگی بک: این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی است که «بک» در سال ۱۹۶۱ تهیه کرده است. یک پرسشنامه‌ی ۲۱ سوالی که هر مقوله در آن، شامل ۴ سوال است. ارزش نمرات از صفر تا سه می‌باشد. صفر نشانه سلامت روان و نمره سه نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی است. نمره‌ی کل هر فرد در این آزمون با جمع نمرات در تمام مقوله‌ها به دست می‌آید. مارنات (۱۹۹۰)، اعتبار این پرسشنامه را در یک فرا تحلیل برای تعیین همسانی درونی این آزمون نشان داده است که ضرایب گزارش شده، بین $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ بوده‌اند.

۴- پرسشنامه‌ی اضطراب کتل: این آزمون دارای چهل ماده است که در هر دو جنس و اکثر فرهنگ‌ها می‌توان به کار بست. پاسخ سوالات به صورت بلی - خیر داده می‌شود. نمره‌ای که بین صفر تا سه باشد، نشان دهنده‌ی شخص آرام و بدون تنش است و نمره تراز شده‌ای که بین ۴ تا ۶ باشد، نشان دهنده‌ی درجه متوسط اضطراب است. نمره‌ای که بین ۷ تا ۸ باشد، نشان دهنده‌ی شخصی که روانی آزرده و مضطرب دارد و بالاخره نمره ۹ تا ۱۰ معرف فردی است که به وضوح نیاز به مشاوره و روان درمانی دارد. در مطالعه‌ی فرجی (۱۳۸۰)، اعتبار آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است. در این تحقیق برای سنجش اعتبار این مقیاس از روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده است که به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۱ به دست آمده است.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

۱۲

13

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون

متغیرها	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	تعداد
خودپنداره منفی	پیش آزمون	۸/۵۸	۱/۳۳	۶	۱۱	۵۰
	پس آزمون	۶/۲۸	۱/۲۱	۴	۹	۵۰
اضطراب	پیش آزمون	۹/۴۶	۰/۵۰	۹	۱۰	۵۰
	پس آزمون	۵/۴۸	۲/۶۶	۱	۱۰	۵۰
افسردگی	پیش آزمون	۳۳/۳۴	۴/۷۴	۲۲	۴۰	۵۰
	پس آزمون	۱۶/۶۸	۹/۷۱	۶	۳۵	۵۰
عزت نفس	پیش آزمون	۲۲/۵۸	۷/۷۱	۱۶	۴۷	۵۰
	پس آزمون	۳۳/۹۰	۹/۹۳	۱۷	۵۰	۵۰

برای بررسی اثربخشی ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خودپنداره‌ی منفی معنادان از آزمون t وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین خودپنداره‌ی منفی معنادان در پیش آزمون و پس آزمون

نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	معناداری
پیش آزمون	۸/۵۸	۱/۳۳	۴۹	۱۱/۹۷	۰/۰۰۰۵
پس آزمون	۶/۲۸	۱/۲۱			

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، خودپنداره‌ی منفی معنادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معناداری یافته است ($t=11/97, p < 0/001$). به بیان دیگر ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) خودپنداره منفی را بهبود داده است. برای بررسی اثربخشی ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معنادان از آزمون t وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین اضطراب معنادان در پیش آزمون و پس آزمون

نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	معناداری
پیش آزمون	۹/۴۶	۰/۵۰	۴۹	۱۱/۱۰	۰/۰۰۰۵
پس آزمون	۵/۴۸	۲/۶۶			

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اضطراب معنادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معناداری یافته است ($t=11/10, p < 0/001$). به بیان دیگر ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) اضطراب را بهبود داده است. برای بررسی اثربخشی ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) در کاهش افسردگی معنادان از آزمون t وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین افسردگی معنادان در پیش آزمون و پس آزمون

نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	معناداری
پیش آزمون	۳۳/۳۴	۴/۷۴	۴۹	۱۲/۶۴	۰/۰۰۰۵
پس آزمون	۱۶/۶۸	۹/۷۱			

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، افسردگی معنادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معناداری یافته است ($t=12/64, p < 0/001$). به بیان دیگر ارائه

خدمات روان شناختی (بازتوانی) افسردگی را بهبود داده است. برای بررسی اثربخشی ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) در افزایش عزت نفس معنادان از آزمون t وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین عزت نفس معنادان در پیش آزمون و پس آزمون

نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره t	معناداری
پیش آزمون	۲۲/۵۸	۷/۷۱	۴۹	-۸/۲۶	۰/۰۰۰۵
پس آزمون	۳۳/۹۰	۹/۹۳			

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، عزت نفس معنادان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تفاوت معناداری یافته است ($t = -۸/۲۶, p < ۰/۰۰۱$). به بیان دیگر ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) عزت نفس را بهبود داده است.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد، هدف این مطالعه بررسی تاثیر خدمات روانشناختی دوره‌ی بازتوانی بر خودپنداره‌ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معنادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار بوده است. نتایج حکایت از آن داشت که ارایه‌ی خدمات روان شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان خود پنداره منفی معنادان مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر بوده است. یکی از علل مصرف و برگشت دوباره به مواد مخدر، تصویر و برداشتی است که معتاد نسبت به توانمندی‌ها و شایستگی‌های خود دارد. در صورت داشتن برداشت منفی از خود، احتمال برگشت مجدد به مصرف مواد مخدر افزایش می‌یابد. در این دوره سعی بر آن شد که با استفاده از یکسری راهکارها از جمله دادن مسئولیت‌ها و در صورت انجام آنها، ارائه تشویق‌ها، برداشتی مثبت تر از خود داشته باشند.

همچنین نتایج حکایت از آن داشت که: ارائه خدمات روان شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان اضطراب معنادان مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که درصد بالایی از معنادان در حال ترک، به دلیل وجود نگرانی‌های شدید، جهت تسکین به مصرف مجدد مواد مخدر روی می‌آورند (زینالی، ۱۳۸۴). در این دوره با

استفاده از تکنیک‌هایی مانند تن آرامی و موسیقی درمانی، میزان اضطراب به طور قابل محسوسی کاهش یافت که خود موجب کنترل برخی از رفتارهای تخریبی مانند افکار نامربوط، پرخاشگری و وسوسه به مواد شد که در مجموع احتمال مصرف مجدد را کاهش داد.

نتیجه دیگر این بود که: ارایه‌ی خدمات روان شناختی (بازتوانی) در کاهش میزان افسردگی معتادان مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. یکی از علل شایع مصرف و بازگشت مجدد به مواد مخدر، افسردگی است که آمارها نشان می‌دهند در حدود ۹۰ درصد افراد معتاد از این بیماری رنج می‌برند (زینالی، ۱۳۸۴). در این دوره، برای کاهش میزان افسردگی از روش‌هایی همچون برنامه ثبت افکار منفی، موسیقی درمانی، افزایش روابط اجتماعی، افزایش فعالیت و اولویت دادن به شادی استفاده شد که موجب افزایش امید به زندگی و تداوم عدم مصرف مجدد مواد در این گروه گردید.

بلاخره نتایج حکایت از آن داشت که: ارایه‌ی خدمات روان شناختی (بازتوانی) در افزایش عزت نفس معتادان مرد مرکز اجتماع درمان مدار مؤثر است. اساس توجه به مساله عزت نفس معتادان این است که آنان بتوانند با افزایش عزت نفس خویش در برابر فشار گروهی مقاومت نمایند و به سادگی تسلیم همسالان خود برای سوء مصرف مواد نگردند. پس از اتمام این دوره، میزان عزت نفس گروه، افزایش معناداری داشته است که این مساله می‌تواند عاملی جهت جلوگیری از مصرف مجدد شود. در نهایت می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش‌های ارائه شده در مرکز اجتماع درمان مدار اهواز باعث کاهش میزان افسردگی، اضطراب، خود پنداره‌ی منفی و افزایش عزت نفس معتادان شده است. همان‌طور که می‌دانیم درمان اعتیاد از دو بخش درمان دارویی و غیر دارویی تشکیل می‌شود، سهم درمان‌های دارویی در حدود ۵ تا ۱۰ درصد و سهم درمان‌های غیر دارویی در حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد درمان یک فرد معتاد است. به دلیل این که عواملی باعث شده تا معتادان کمتر از درمان‌های غیر دارویی استفاده نمایند، میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر در معتادان ترک کرده درصد بالایی را شامل می‌شود. تحقیقات نشان داده که اگر اختلالات همراه با اعتیاد را کاهش و یا کنترل نماییم، فرد معتاد، هم به راحتی ترک

می‌کند و هم به مصرف مجدد روی نمی‌آورد. از جمله این اختلالات می‌توان به افسردگی قبل یا بعد از اعتیاد، اضطراب و انواع آن، خودپنداره منفی و عزت نفس اشاره نمود. کنترل یا کاهش هر کدام از این اختلالات در درمان یک فرد معتاد مهم است. بنابراین پیشنهاد می‌شود: ۱- دوره‌های بازتوانی برای تمام معتادان در حال ترک (سرپایی- بستری) توسط متخصصان مجرب و کارآموزده اجرا شود. ۲- تحقیق مشابهی بر روی زنان معتاد انجام شود. ۳- این پژوهش بر روی جمعیت و نمونه وسیع تری صورت گیرد تا نتایج از اعتبار بیشتر و مطلوب تری برخوردار باشند. ۴- از ابزارهای دیگری نیز برای بررسی رابطه بین متغیرهای این پژوهش استفاده شود.

منابع

ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۶۹). بررسی میزان اضطراب و حرمت نفس در دانش‌آموزان سوء استفاده جنسی نواحی سه گانه اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

احمدوند، محمدعلی (۱۳۷۴). اعتیاد، سبب شناسی و درمان. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

اخوت، ولی ... (۱۳۵۶). شناخت ویژگی‌های شخصیت معتاد. بیست و پنجمین کنگره پزشکی ایران، سمپوزیوم اعتیاد.

آملی، محمدرضا (۱۳۸۳). پاک سازی و ایمن سازی مدارس از اعتیاد به مواد مخدر. روزنامه اطلاعات، شماره ۲۳۲۳۵، شنبه، یکم دی ماه.

برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۹). پیشگیری و درمان اعتیاد. ترجمه عبدالرسول سبحانی و حسین شجاعی، تهران: انتشارات سینا.

پورافکاری، نصرت ... (۱۳۷۸). نشانه شناسی بیماری‌های روانی. چاپ هفتم، تهران: انتشارات آزاده.

نامتی، ناهید (۱۳۷۵). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی رابطه آن و فشارهای دانشجویی با عملکرد تحصیلی، ویژگی‌های شخصیتی تیپ A، افسردگی، اضطراب و خودپنداره منفی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

رحیمی موقر، آفرین و همکاران (۱۳۷۶). راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد. تهران: انتشارات بهزیستی کشور.

رمضانی، حبیب ... (۱۳۸۳). علل گرایش، پیشگیری و راه‌های درمان اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.

زینالی، علی (۱۳۸۴). بررسی سبب شناختی زمینه‌های پیش اعتیادی معتادان. تهران: موسسه داریوش.

- سراج خرمی، ناصر (۱۳۸۲). شناخت، پیشگیری و درمان اعتیاد. چاپ اول، دزفول: انتشارات افهام.
- شاملو، سعید (۱۳۷۸). مراحل و فرایندهای بهبود افراد معتاد در روان درمانی. فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی، ۱(۲)، ۹۹-۱۱۰.
- فلاح‌زاده، علی (۱۳۸۵). پیشگیری از اعتیاد. اهواز: انتشارات بهزیستی.
- فرجاد، محمدحسین؛ زهره وجدی و هما بهروش (۱۳۷۴). شناخت علل، عوارض و درمان اعتیاد. تهران: انتشارات بدر.
- فرجی، ماهرخ (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با عزت نفس، اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- فروغ‌الدین عدل، اکبر و میرجلال صدرالسادات (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین خود پنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه، شماره ۴۶، صفحه ۲۵.
- مارنات، گری کراث (۱۹۹۰). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، تهران: انتشارات رشد.
- Beck, T.A & Steer, A.R. (1993). *Beck depression inventory*. New York: Harcourt brace joranvich, Inc.
- Bukstein, O.G. (2000). Descriptive behavior disorders and substance use disorders in adolescence. *Journal of psychoactive drugs*, 18(6), 296- 302.
- Dziladowski.A. (1999). *A cognitive behavioral intervention in the context methadone tapering treatment for opiate addiction*. Clinical psychology psychotherapy.
- Fliming, M. F., Barry, K. L. (1998). *Addictive disorders*. Mosby year book.
- Karan, L. D., Haller, D. L. & Schnoll, S. H. (1991). *Clinical text book of addictive disorders*. PP.121-145-Newyork.Guilford.
- Mcdowell, M. David., Spitz, I. Hennry. (1999). *Substance abuse from principles to practice*.
- Miller, N. (1995). *Addiction psychiatry*. New York.
- Rosenblum, A.,Magura,S., Palliy.M. (1999). *Enhanced treatment outcomes for cocaine using methadone patients drug and Alcohol dependence*.
- Siegl, J., Senna, J.J. (1997). *Juvenile delinquency*. Theory, practice and law. st. paul: west.
- Stenroth, G., Erikson, M., Jonson, B., Billing, I & Zetterstoms, R. (1996). Support to drug addicted parents: A help to the children. *Scandinavian Journal of social medicine*, 24 (3), 157-160.