درمان چندوجهی (زیستی ـ روانی ـ اجتماعی)
سوء مصرف کنندگان هروئین

مهرانگیز شعاع کاظمی[1]
دکتر طیبه زندی پور[2]

چکیده

مقاله حاضر گزارش یک تحقیق تجربی با نمونه مورد پژوهش متشکل از ۳۰ مددجوی مرد معتاد به هروئین است که طی سال ۸۳–۸۲ ۱۳ برای درمان دارویی (متادون) به مؤسسه تحقیقات ملی اعتیاد ایران مراجعه کرده اند انتخاب شدند. این نمونه آماری با دامنه سنی ۲۳- ۳۴ در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند . این نمونه تحت رواندرمانی های گروهی، خانوادگی و انفرادی) مورد بررسی قرار گرفتند . ابزار این پژوهش یک پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۷۹ سئوال و چند سیاهه کوتاه بوده است که برای سنجش ویژگی‌های روانی ـ اجتماعی مددجویان به صورت پس آزمون و پیش آزمون بود به کار رفته است . پایایی ابزار پس از دوبار آزمایی ۰/۸۲ محاسبه شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو شیوه کمی (آمار توصیفی و آمار استنباطی آزمون آماری T به دو صورت مستقل و وابسته) و کیفی (مصاحبه , مشاهده , پرسشنامه) استفاده شده است. نتایج بخش کمی که در این مقاله عرضه می شود نشان دهنده تفاوت معنادار بین دوگروه آزمایش وکنترل بوده و حاکی از این است که با استفاده از رویکرد کل نگرسیر درمان بهتر و سریع تر طی شده و احتمال مشکل عود به شرط یک سال پیگیری کمتر خواهد بود.

کلید واژگان: سوءمصرف کنندگان هرویین، درمان زیستی، روانی و اجتماعی، رویکرد اجتماعی، متادون، بازگشت

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان پدیده‌ای زیستی ـ اجتماعی ـ روانی , یکی از غم انگیزترین تراژدی‌های انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایند اقتصادی ـ اجتماعی و فرهنگی دارد و جامعه را به انحطاط و سقوط سوق می‌دهد.

---

[1]- دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی
۲- دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء

"لودوینگ" سم‌شناس معروف در رابطه با مواد مخدر می‌گوید: « اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد.»

همچنین "لودوینگ"، اتکینسون و همکاران وی اشاره می‌کنند که چنین مصرف افراطی و روزافزون مواد مخدر و داروهای روانگردان به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نامگذاری کرده‌اند. (براهنی و همکاران به نقل از مولوی، ۱۳۸۰).

از ویژگی‌های جوامع صنعتی معاصر بروز ناملایمات اجتماعی ناشی از افزایش فاصله طبقاتی و ماشینی شدن زندگی است که موجد احساس سرخوردگی , پوچی و نوعی پوچ‌گرایی در انسان معاصر شده است این مسایل زمینه را مساعد برای گرایش به مصرف مواد و فرار از ناملایمات زندگی و سیر در عالم بی خبری کرده است؛ چراکه عمده ترین پیامد اولیه مصرف مواد ایجاد حالت بی خبری و خلسه حاصل از آن است .

زیربنای نظری رویکردهای مربوط به اعتیاد

اعتیاد از دیدگاه شرطی شدن

در شخص معتاد به دخانیات که همیشه بعد از خوردن نهار سیگار می‌کشد عکس العمل شرطی به وجود می‌آید و شخص معتاد پس از صرف غذا بلافاصله میل به کشیدن سیگار پیدا می‌کند. شکل سیگار و اشخاص سیگاری، وضع مکانی که شخص همیشه در آنجا سیگار می‌کشد همه نمونه‌هایی از عوامل شرطی هستند که سبب می‌شود شخص به مجرد مشاهده آن دست به سیگار ببرد. بیهوده نیست که معتادان به سیگار وقتی در موقعیت جدید آسایشگاه قرار می‌گیرند، تقریبا به آسانی تسلیم تعالیم و انذرزهای پزشکان شده و سیگار را ترک می‌کنند، اما همین که آنها را به محل خدمت یا جایی که همیشه در آنجا سیگار می‌کشیدند بازگردانند فورا به کشیدن سیگار تمایل پیدا می‌کنند. از طریق آگهی‌های تجارتی یعنی استفاده از قوانین شرطی سازی اغلب کمپانی‌ها و کشورهای صنعتی سعی کرده‌اند که جوانان و نوجوانان را به مصرف سیگار تشویق کنند؛ چنان که در فیلم‌های سینمایی وقتی قهرمان فیلم پیروز می‌شود و بر کرسی قهرمانی می ایستد دود کردن سیگار توسط هنرپیشه این حالت روانی را در جوانان خواهد داشت که قهرمان شدن با سیگار کشیدن توأم است (روزنامه همشهری، ۱۹ خرداد ۷۹)

نظریات یادگیری

بر طبق دیدگاه روان‌شناسان یادگیری مصرف مسکرات و مواد مخدر در کوتاه مدت به سبب احساسات دلپذیری که پدید می آورد (بالا رفتن حس اعتماد به نفس، شجاعت در بیان نقطه نظرات یا انجام کارهایی مخاطره آمیز، هیجان انگیز و مطبوع، احساس شاد بودن، بالا رفتن قوه شعور، حافظه و ادراک، بالا رفتن قوای جسمانی، برقراری یک رابطه جنسی‌لذتبخش) به عنوان یک عامل تقویت کننده مثبت عمل می کند و بنابراین طبق یکی از اصول یادگیری، یعنی اصل مجاورت فرد مصرف کننده با یادآوری نتایج مثبت از مصرف اولیه تمایل دوباره و چندباره به مصرف این گونه مواد پیدا می‌کند و این عمل را نیز انجام می‌دهد و به مرور بعد از این که بدن وی با مقدار مصرف اولیه اش عادت پیدا کرد (پدیده تحمل)، برای به دست آوردن تجارب اولیه، مقدار مصرف خود را بالا و بالاتر می برد تا تماما به انقیاد مواد مخدر یا نوشیدنی‌های الکلی در می‌آید تا دیگر هیچگونه اختیاری از خود نداشته باشد. (احمدوند، ۱۳۷۹).

اعتیاد از دیدگاه روانکاوی

روانکاوی افراد معتاد نشان می‌دهد که اشخاص مبتلا به اعتیاد باید چیزی در دهان داشته باشند و بدین ترتیب این یک تجربه لیبیدویی در طول زندگی است . منشاء غریزه حیات نوعی انرژی حیاتی به نام لیبیدو است و می‌توان گفت بر طبق اصول این نظریه هر شخص دارای میزان معین و محدودی از این انرژی حیاتی روانی است. لیبیدو یک انرژی حیاتی روانی است نه جسمانی. لیبیدو به فعالیت‌هایی که شخص برای کسب لذت انجام می‌دهد، چه در امور جنسی و چه در امور غیر جنسی اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر، گذاشتن پستان مادر در اوایل تولد در دهان نوزاد، نوشیدن شیر از شیشه و سپس گذاشتن پستانک در دهان و در مراحل بعدی همه و همه برای حسی است که در دهان قرار دارد و ارضاء این حس دهانی است. به عقیده بعضی از روان‌شناسان اعتیاد به مصرف سیگار به علت شباهت آن به نوک پستان مادر و پستانک لاستیکی است. عده ای نیز عقیده دارند که آتش سیگار سمبلی است از روشنایی و حرارت و مشخصات دیگر آتش. بنابراین، به طور ناخودآگاه ممکن

است شخص به یاد طفولیت یا به عنوان سمبل نور، گرما و سوختن به دنبال کشیدن سیگار برود. (نقل از مولوی، ۱۳۸۰)

فروید می‌گوید: "محرومیت از تماس با مادر و عدم ارضاء کامل اطفال در دوران اولیه زندگی از نظر مرحله دهانی می‌تواند سبب بروز عکس العمل‌هایی در دوران بعدی زندگی شود که از جمله دخانیات و نوشیدن الکل است؛ اعمالی نظیر :

۱. حرکات دست و اندام‌ها برای یافتن پاکت سیگار از داخل جیب یا کیف دستی و روشن کردن آن .
۲. روشن کردن سیگار و تعقیب کردن دود حاصل از سوختن سیگار .
۳. تغییر محل سیگار در بین انگشتان و به صورت عادتی تکاندن خاکستر سیگار از روی لباس خود و به هوادادن دود سیگار .

پاگر نوجوان و جوان از طرف بزرگسال درک نشود تضاد بین او و افراد بزرگسال بیشتر گسسته می‌شود و برای جبران سرشکستگی خود چاره‌ای جز رو کردن به اعتیاد نخواهد داشت . بسیار دیده شده است که پدر خانواده موقعی که فرزند جوانش را سیگار به دست می‌بیند بدون ارایه دلایل قانع کننده او را به باد ناسزا می‌گیرد، اما نوجوان که می بیند بزرگسالان علنا و حتی پدرش به سیگار معتاد است آشکارا یا در خفا به رفتار خود ادامه می‌دهد. در واقع، رفتار والدین مهم تر از گفتار آنان است. (احمدوند، ۱۳۷۹)

روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی است و که یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل دارد. نماد زیر ساختار این نوع روش پژوهش را نمایش می‌دهد:

ó۱ پیش آزمون گروه آزمایش	ó۱ × *o۱	گروه آزمایش (E)
* × عمل آزمایشی (متغیر مستقل)	ó۲–o ۲	گروه کنترل (C)
ó۱ اجرای پس آزمون گروه آزمایش	o ۲ اجرای پس آزمون گروه کنترل .	
ó۲ پیش آزمون گروه کنترل		

در این طرح آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار ندارند، بلکه گروه‌ها قبل از آغاز آزمایش معادل شده اند یعنی ازنظر پارامترهای مورد مطالعه (سن، جنس

و ماده مصرفی) همسان شده است تا بتوان تأثیر متغیر مستقل (درمان چندوجهی) را بر نیـز وابسته (عود مجدد) مورد بررسی قرار داد.

جامعه آماری: تمامی مردان معتادی که طی سـال ۸۳ – ۸۲ بـرای درمـان بـه بیمارسـتان روزبه تهران مراجعه کرده و بستری شده‌بودند . (به مدت یکماه تا دو ماه)، جامعه آماری ایـن پژوهش را تشکیل داده است.

نمونه آماری: نمونه گیری هدفمند مشتمل بر ۱۵ مرد معتاد بـه هـروئین (گـروه آزمـایش) بود که برای درمان به بیمارستان روزبه تهران مراجعه و بستری شده بودند و بعد از اتمـام دوره بستری شدن حین درمان دارویی (مصرف متـادون) از خـدمات روان درمـانی بـه مـدت ۲۰ جلسه برخوردار شدند. گروه کنترل نیز مشتمل بر ۱۵ مرد معتاد به هروئین اسـت کـه بسـتری شدند. تحت درمان دارویی قرار گرفتند، ولی از خدمات رواندرمانی بهره مند نشدند .

ابزار اندازه گیری

الف : پرسشنامه محقق ساخته که شامل ۷۹ سئوال در حیطه های روانـی، زیسـتی، اجتمـاعی است که بر اساس فرضیه‌های تحقیق طراحی شده‌است، این پرسشنامه قبـل از اجـرای عمـل آزمایشی برای تعیین روایی و اعتبار به صورت آزمایشی (**Pilot**) روی ۳۰ مددجو اجرا شد تـا نقاط قوت و ضعف و ابهامات آن مشـخص شـود. عـلاوه بـر آن، از نظـر روایـی صـوری نیـز پرسشنامه (با توجه به نظر چند استاد آمار و روش تحقیق) مـورد بررسـی و تجدیـد نظـر قـرار گرفت و سرانجام روی گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. کلیه پرسشنامه‌ها با حضور محقق طی دو جلسه تکمیل شد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از Test – Retest پس از دو هفتـه ۰/۸۲ محاسبه شده است .

ب: سایر شیوه های به کارگرفته شده عبارتند از: مصاحبه (مصـاحبه بـا مـددجویان)، مشـاهده (رفتار مددجویان در طول دوره هـای آموزشـی و درمـانی)، پرسشـنامه، سـیاهه (افسـردگی و اضطراب، عزت‌نفس، ثبت افکار روزانه ناسالم و جزوه های آموزشی و پیگیری به مدت ۶ ماه).

ـ بررسی پرونده مددجویان که در بخش پذیرش مؤسسه تحقیقات ملی اعتیاد موجود بود .

ـ مصاحبه با مددجویان .

ـ مصاحبه با خانواده مددجویان .

ـ مشاهده رفتار مددجویان در طول دوره های آموزشی و درمانی .
ـ شرح حال نویسی مددجویان .
ـ پیگیری به مدت ۶ ماه .

فرضیه‌های تحقیق :

۱ـ بین درمان اعتیاد و مشارکت شبکه اجتماعی (خانواده و دوستان) در درمان رابطه وجود دارد.
۲ـ بین درمان اعتیاد و اشتغال رابطه وجود دارد .
۳ـ بین درمان اعتیاد و در دسترس بودن مواد مخدر رابطه وجود دارد .
۴ـ بین درمان اعتیاد وسبک فعالیت‌های روزانه (ورزش، تغذیه) و فعالیت‌های بین فردی رابطه وجود دارد .
۵ـ بین درمان اعتیاد واضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد .
۶ـ بین درمان اعتیاد و مهارت‌های اجتماعی ابراز وجود و نه گفتن به مواد و حل مسأله رابطه وجود دارد .

تجزیه و تحلیل کمی داده ها :

تعداد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک متادون (مؤسسه تحقیقات ملی اعتیاد ایران)در سال۸۳-۱۳۸۲

وضعیت دموگرافیک مراجعه‌کنندگان به کلینیک

جنس	متأهل	مجرد	متارکه شده	
مرد	۱۶۵	۲۰۰	۲۰	۳۸۵
زن	۷	۳	--------	۱۰
جمع				۳۹۵

وضعیت اشتغال مراجعه کنندگان به کلینیک

مشاغل	آزاد	کارمند	کارگر	بازنشسته	بیکار	خانه دار
فراوانی	۱۰۵	۲۰	۵۰	۱۰	۲۰۰	۱۰

سن اعتیاد مراجعه کنندگان به کلینیک

سن اعتیاد	زیر ۲۰ سال	۳۰ – ۲۰	۴۰ – ۳۰	۵۰ – ۴۰	۵۰ به بالا
فراوانی	۵ نفر	۴۰	۱۱۰	۹۰	۵۰

مدت زمان اعتیاد مددجویان

سال	۱	۲	۳	۵	۷	۸	۹
فراوانی	۳	۵	۲۰	۳۰	۳۵	۳۰	۴۰

سال	۱۰	۱۲	۱۵	۱۸	۲۰	۲۵	۳۰	۳۶
فراوانی	۴۰	۲۵	۲۵	۱۰	۱۰	۱۵	۶	۶

جدول شماره ۱: گروه‌ها، تعداد نمونه، فراوانی و آزمودنی‌ها

گروه‌ها	درصد	فراوانی
آزمایش	۵۰	۱۵
کنترل	۵۰	۱۵
جمع	۱۰۰	۳۰

جدول شماره ۲: فراوانی متغیر سن

سن	فراوانی	درصد
۲۳	۲	۶/۷
۲۶	۴	۱۳/۳
۲۷	۴	۱۳/۳
۲۸	۳	۱۰/۰
۲۹	۳	۱۰/۰
۳۰	۴	۱۳/۳
۳۲	۷	۲۳/۳
۳۳	۲	۶/۷
۳۴	۱	۳/۳
جمع کل	**۳۰**	**۱۰۰**

با توجه به اطلاعات جدول شماره۲ دامنه سنی مددجویان بین ۲۳ –۳۴ بود که بیشـترین فراوانـی مربوط به سن۳۲ سال با ۷ نفر فراوانی و ۲۳/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به سن۳۴ سال با ۱نفر و ۳/۳ درصد است.

جدول شماره ۳: جدول فراوانی متغیر مدت زمان مصرف

زمان مصرف (به‌سال)	فراوانی	درصد
۳	**۳**	**۱۰**
۵	**۱**	**۳/۳**
۷	**۲**	**۶/۷**
۸	**۳**	**۱۰**
۹	**۲**	**۶/۷**
۱۰	**۳**	**۱۰**
۱۱	**۲**	**۶/۷**
۱۲	**۶**	**۲۰**
۱۴.۰۰	**۱**	**۳.۳**
۱۵.۰۰	**۵**	**۱۶.۷**
۱۶.۰۰	**۲**	**۶.۶**
جمع کل	**۳۰**	**۱۰۰**

با توجه به جدول بالا، بیشترین مدت زمان مصرف مربوط به ۱۶ سال با ۲ آزمودنی و کمتـرین زمان مصرف، ۳ سال با ۳ آزمودنی است.

جدول شماره ۴ : بررسی فرضیه اول تحقیق؛ بعد اجتماعی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۹/۳۵	۵/۲	٪۱	۲۸	۲/۵۶
کنترل	۴/۶۸	۳/۱۷			

با توجه به نتایج بدسـت آمـده (٪۰۱ > p و ۲/۴۶ = (۲۸) T{ و ۲/۵۶ = T) جـدول شـماره ۴ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در استفاده از حمایت شـبکه اجتماعی (یعنی خانواده، دوستان و...) وجود دارد. یعنی این کـه گـروه آزمـایش پـس از جلسـات رواندرمانی قادر بودند تا به نحو بهتری حمایت شبکه اجتماعی را بـه خـود جلـب کننـد و از ایـن طریق شانس بهبودی و جلوگیری از عود را در خود تقویت کردند. در این رابطه فـرض صـفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود. (درکل پرسشنامه ۵ سئوال این فرضیه را می‌سنجید .)

جدول شماره ۵: بررسی فرضیه دوم تحقیق؛ بعد اجتماعی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۴/۶۷	۲/۶۵	٪۱	۲۸	۳/۱۶
کنترل	۱/۷۳	٪۲۲			

با توجه به نتـایج حاصـله از جـدول فـوق (٪۰۱ > p و ۲/۴۶ = (۲۸) T و ۳/۱۶ = T) جـدول می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنتـرل در کسـب شـغل و شـانس بهبودی وجود دارد. یعنی این که افراد گروه آزمایش پس از جلسـات روان درمـانی و پیـدا کـردن انگیزه و رغبت در زمینه شغل توانسته‌اند میزان سازگاری خود را در امر درمان بالاتر ببرند. با ایـن احتساب، فرض صفر رد و فرض تحقیق تاییـد مـی‌شـود. (۴ سـئوال پرسشـنامه ایـن فرضـیه را می‌سنجید)

جدول شماره ۶: بررسی فرضیه سوم تحقیق؛ بعد اجتماعی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۴/۷۸	۱/۳۶	٪۱	۲۸	۲/۷
کنترل	۲/۹۲	۱/۷۴			

با توجه به نتایج بررسی فرضیه سوم و اطلاعات منـدرج در جـدول شـماره ۶ (٪۱ > p و ۲/۴۶ (۱۴) T و (۲/۷) T) می‌توان نتیجه گرفت که بین عوامل اقتصـادی – اجتمـاعی (در دسـترس بودن مواد) و درمان اعتیاد در بعد اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه وجـود دارد. یعنـی ایـن که مددجویان معتقدند در مقابل وسوسه حضور مواد دیرتر به درمان مورد نظر می‌رسـند. درنتیجـه فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود . (۴ سئوال پرسشنامه این فرضیه را می‌سنجید).

جدول شماره ۷: بررسی فرضیه چهارم تحقیق؛ بعد روانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۶/۲۳	۲/۵	٪۱	۲۸	۲/۷۴
کنترل	۴/۱۷	۲/۱۴			

با توجه به نتایج جدول فوق (٪۱ > p و ۲/۴۶ = (۲۸) T = (۲/۷۴) T) جدول می‌توان بـه ایـن نتیجه رسید که تفاوت معناداری بـین دو گـروه آزمـایش و کنتـرل در ارتبـاط بـا سـبک زنـدگی (فعالیت‌های بهداشتی ـ ورزشی و فعالیت‌های بین فردی) وجود دارد . یعنی هرچـه مـددجویان از سبک زندگی متعادل‌تر و مطلوب‌تری برخوردار باشند، سریع‌تر به هدف درمان می‌رسند. درنتیجـه، فرض صفر رد و فرض تحقیق فرضیه چهارم نیز تایید پذیرفته می‌شود. (۷ سئوال پرسشنامه ایـن فرضیه را می‌سنجید).

جدول شماره ۸: بررسی فرضیه پنجم تحقیق؛ بعد روانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	۸/۹۲	۶/۱۰	٪۱	۲۸	۳/۱۵
کنترل	۹/۲	۵/۰۲			

با توجه بـه نتـایج حاصـل از بررسـی ایـن فرضـیه تحقیـق (۱٪ p> و۲/۶۲ = ۲۸ T ۳/۱۵ T) می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در ارتباط با منابع روانـی استرس (اضطراب و افسردگی) وجود دارد. همچنین از این فرضیه نتیجـه گرفتـه مـی‌شـود کـه اضطراب و افسردگی یکی از عوامل عمده عود اعتیاد اسـت. درنتیجـه، فـرض صـفر رد و فـرض تحقیق پذیرفته می‌شود .

جدول شماره ۹: بررسی فرضیه ششم تحقیق؛ بعد روانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	df	T
آزمایش	**۴/۴۵**	**۲/۰۵**	**٪۵**	**۲۸**	**۲/۰۵**
کنترل	**۴/۲**	**۱/۹۸**			

با توجه به نتایج جدول فوق (۵٪ > p و ۱/۷۶ = ۲۸ = T ۲/۰۵ =T) جدول می‌تـوان نتیجـه گرفت که تفاوت معناداری بین میانگین های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مهارت اجتماعی (ابراز وجود و نه گفتن) در دوبار سنجش مشاهده شده است . درنتیجه فـرض صـفر رد و فـرض تحقیق پذیرفته می‌شود .

یافته ها و نتایج تحقیق

نتیجه تحقیق حاضر حاکی از آن است کـه در سـطح ۱٪ > P تفـاوت معنـاداری (۲/۵۶) بـین متغیرهای مختلف تحقیق و اعتیاد به هروئین وجود دارد. بر همین اسـاس مطالعـه‌ای کـه توسـط میلر و همکاران (۱۹۹۷) در ایالت شیکاگو انجام شد، نشان داده است که یکی از متغیرهای درمان که شرکت در برنامه های مراقبتی و برخوردار بودن از حمایت‌هـای گـروه‌هـای اجتمـاعی اسـت، نقش پر اهمیتی را در امر درمان به عهده دارد. علاوه بر مسأله عدم عود اعتیاد حمایت این شـبکه

سبب می‌شود که این افراد از نظر اشتغال و غیبت از کار و حتی میزان مـرگ و میـر نیـز کـاهش معناداری را نشان دهند .

گرانت و هودگسون (۱۹۹۸) در ارتباط با علل روی آوری مجدد معتادان به اعتیـاد مطالعـه ای را انجام داده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که یکی از علـل گـرایش مجـدد بـه مصـرف مـواد وجـود دوستان معتاد است که این مورد موافق با نتایج پژوهش حاضر است .

فرجاد (۱۳۷۴)؛ گودرزی (۱۳۷۵) ؛ اورنـگ (۱۳۶۷) ؛ شـهبازی (۱۳۷۶) ؛ امینـی (۱۳۷۹) و دیکـز (۱۹۹۹) و اسلاست (۱۹۹۹)، همگی نقش خانواده و دوستان را در امر درمان تأیید کرده‌اند.

در کسب شغل نیز تفاوت معناداری بین دو گروه در سطح ۱٪ > P مشاهده شد. یعنـی ایـن کـه هرچه شانس اشتغال در مددجویان بالاتر باشد انگیزه و رغبت برای درمان نیز بیشتر خواهـد شـد؛ زیرا مسأله بیکاری وسوسه مصرف مجدد را تشدید می‌کند و در این تحقیـق بـه وضـوح مشـاهده شد که مددجویان از سطح تحصیلی و شغلی بالاتری برخوردار بودند و در فرایند درمـان همکـاری بیشتری داشته‌اند.

در این رابطه، نتایج تحقیق با این نتیجه اورنـگ (۱۳۶۷) , مـزادرس و همکـاران (۱۹۹۹)، امینـی (۱۳۷۹)، دیکز (۱۹۹۹) همگی تایید کردند که یکی از دلایل عود، علل شـغلی و تحصـیلی اسـت. این عامل سبب اختلاف در عملکرد اجتماعی فرد می‌شود و همه این نتایج موافق با یافته تحقیـق حاضر است.

در دسترس بودن: در ارتباط با این فرضیه تفاوت معناداری در سطح ۱٪ > P بین مـددجویان دو گروه مشاهده شد و این مسأله بارها طی جلسات رواندرمانی توسط مددجویان عنـوان شـد کـه در دسترس بودن مواد اولین و عمده ترین عامل عود یا عدم موفقیت درمان است و همگی معتقـد بودند که هروئین مخدری در دسترس است که به محض احساس ناراحتی‌های روحـی و جسـمی در همین چارچوب امینی (۱۳۷۹) اورنگ (۱۳۶۷) در دسـترس بـودن را یکـی از علـل روی آوری مجدد معتادان به اعتیاد دانسته‌اند.

فعالیت‌های روزانه: در ارتباط با این متغیر تفاوت معناداری در سـطح ۱٪ > P بـین دو گـروه مشاهده شد. یعنی این که امر درمان و سیر بهبـودی تـا حـد زیـادی بسـتگی بـه سـبک زنـدگی مددجویان دارد. هرچقدر آنها از فعالیت‌های ورزشی، عبادت، آرامسازی و ایجاد ارتباط بـا اعضـای خانواده و افراد سالم بیشتر بهره گیرند از شانس بهبودی بیشـتری برخـوردار خواهنـد بـود. آنـیس

(۱۹۹۷)، مارلات و گوردون (۱۹۹۴)، دالی (۱۹۹۷) همه بیان داشته‌اند که مددجویانی که از سبک زندگی سالم مثل عادات مثبت، ورزش، عبادت یا سرگرمی‌های هنری برخوردار باشند، شانس بهبودی بیشتری نسبت به سایرین دارند .

اضطراب و افسردگی: در این زمینه نیز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد و این مورد به طور واضح در سیر درمان قابل مشاهده بود. مراجعی که به خاطر درگیری با خانواده به رفتارهای گوشه گیری و منفعلانه متوسل می‌شد نه تنها از نظر روانی، بلکه از نظر تغذیه ای نیز دچار بی اشتهایی می‌شد و اظهار می‌کرد طی دو روز گذشته جز دارو یا هروئین از خوراکی دیگری استفاده نکرده است و به خودزنی پرداخته و آب مقطر به خود تزریق کرده است . در همین چارچوب شهبازی (۱۳۷۶)، لیورنتی و همکاران (۲۰۰۲)، دیکر (۱۹۹۹) و گرانت و هودگسون (۱۹۹۸) و مینینجر (۱۹۹۶) نشان دادند که یکی از دلایل عدم موفقیت در امر درمان وجود احساس اضطراب و افسردگی است و همین حالات می‌تواند تجربه مصرف دارو را دوباره زنده کند .

مهارت اجتماعی ابراز وجود : در این زمینه تفاوت معناداری درسطح ۵٪ > P مشاهده شد . مددجویان طی جلسات گروهی یاد گرفتند که چگونه تقاضاهای خود را مطرح کند و چگونه به تقاضاهای غیر منصفانه نه بگویند. در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت که طی جلسات رواندرمانی مددجویان مورد آزمایش موفق شدند در متغیرهای روانی – اجتماعی همچون استفاده از شبکه اجتماعی، اشتغال، در دسترس بودن، سبک فعالیتهای روزانه و ... نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دهند. این نتیجه بیانگر سودمندی توجه چند جانبه به امر اعتیاد و درمان اعتیاد است که با بررسی ابعاد مختلف زندگی آنها می‌توان شاهد بهبود کمی و کیفی در زندگی آنان بود.

منابع

۱. آزاد، حسین . (۱۳۶۵) "**رشد شخصیت و اعتیاد**". اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد . انتشارات امیرکبیر .

۲. آقابخشی، حبیب . (۱۳۷۹) "**اعتیاد و آسیب شناسی خانواده**" . تهران . انتشارات دانش آفرین .

۳. آن مانرو، باب مانتی ، جان اسمال . (۱۳۷۴). مشاوره مهارت‌های حل مسأله . ترجمه فریده کمالی . تهران . نشر نی .

۴. ۱.احمدوند، محمدعلی. (۱۳۷۸) "**اعتیاد، سبب شناسی، درمان**". تهران. انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

۵. احمدی ، ابهری ، سیدعلی ، (۱۳۷۷) "**روانپزشکی**" . انتشارات شهر آب .

۶. امینی خوئی ، ناصر (۱۳۷۷) . "**بررسی مقایسه منبع کنترل و شیوه های مقابله و باورهای غیر منطقی افراد ۴۰ –۲۰ ساله معتادی و عادی استان بوشهر و ارائه راهبردهایی جهت بازپروری معتادان**" . پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه علامه .

۷. امینی ، کوروش . (۱۳۷۹) "**علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد با مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان**" پایان نامه کارشناسی ارشد .

۸. اورنگ ، جمیله (۱۳۷۶) . "**پژوهش درباره اعتیاد**" . انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی .

۹. اهری ، سعید (۱۳۷۹) . "**بررسی علل بازگشت مجدد به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود مصرف وابسته به سازمان بهزیستی تهران**" . پایان نامه دکتری تخصصی پزشکی . دانشگاه علوم پزشکی تهران .

۱۰. باقری ، منصور . بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۲) "**نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان**". فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد سال اول شماره ۳ تابستان ۸۲ .

۱۱. برفی ، محمد (۱۳۸۲). "**جامعه‌شناسی ابعاد فقهی، اجتماعی اعتیاد**" . فصلنامه اعتیاد پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر .

۱۲. برفی، محمد (۱۳۸۱). "**جامعه‌شناسی ابعاد فقهی، اجتماعی اعتیاد**" . فصلنامه علمی ـ پژوهشی سوء مصرف مواد مخدر زمستان ۸۱ .

۱۳. حاج حسینی، منصور (۱۳۸۲) . "**بررسی سبک‌های اسنادی معتادان**" . فصلنامه اعتیاد پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر .

۱۴. حاج حسینی ، منصوره (۱۳۸۲) . اخوان تختی ، مهناز (۱۳۸۲) **"مقایسه سبک‌های اسنادی (مدل درماندگی آموخته شده)در جوانان معتاد و غیر معتاد شهر یزد"** . فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد سال اول شماره ۳ تابستان ۸۲ .

۱۵. خدیوی ، کیانوش . (۱۳۷۴) **"کاربرد درمان مشترک"** پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی . دانشگاه فردوسی مشهد .

۱۶. خدیوی زند ، محمد مهدی ، (۱۳۶۸) **"مجموعه مقالات ارائه شده در مورد اعتیاد"** .

۱۷. دادستان ، پریرخ . (۱۳۸۲) **"روانشناسی جنایی"** . تهران . انتشارات سمت .

۱۸. ساراسون، پرون (۱۳۷۳).**"روانشناسی مرضی"**. ترجمه بخاریان و همکاران.تهران انتشارات ارشد.

۱۹. سازمان بهزیستی استان مرکزی (۱۳۷۴) . **"بررسی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد"** .

۲۰. ستاد مبارزه با مواد مخدر (ریاست جمهوری ۱۳۷۸). **"محاسبه گردش پولی و الگوی مصرف مواد مخدر در ایران بر اساس شاخص‌های موجود"**.

۲۱. سرمد، بازرگان، حجازی، زهره ، عباسی، الهه. (۱۳۷۶) **"روش‌های تحقیق در علوم رفتاری"** . انتشارات‌آگاه.

۲۲. شهبازی ، مهران . (۱۳۷۶) **"بررسی عوامل بازگشت مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری در استان لرستان"** . پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی ، دانشگاه آزاد خوراسگان .

۲۳. شیخی، محمدتقی (۱۳۷۳). **"مددکاری اجتماعی و جامعه شناسی مسائل اجتماعی"**. تهران. انتشارات ققنوس .

۲۴. صالحی، ایرج . (۱۳۷۱) **"زنجیره های اعتیاد"** . تهران . انتشارات آوای نور .

۲۵. فرجاد، محمدحسین (۱۳۷۴).**"آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات"**. تهران. انتشارات بدر.

۲۶. ورنان، کلمن. (۱۳۷۸) **"اعتیاد چیست؟ معتاد کیست؟"** ترجمه علیرضا میرفخرایی. تهران. انتشارات‌اوحدی.

۲۷. گودرزی ، پروانه (۱۳۷۵) . **"نقش خانواده در روی آوری به اعتیاد"** ، پایان نامه کارشناسی پژوهشگری علوم اجتماعی . دانشگاه اصفهان .

۲۸. مهدی‌نیا، (۱۳۶۵) **"درمان دارویی در اعتیاد"**.اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد . انتشارات‌امیرکبیر.

۲۹. مولوی، فاطمه. (۱۳۸۰) **"بررسی باورداشت ها در افراد معتاد"**. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء.

۳۰. نعمتی، فرشاد (۱۳۸۱). **"پیشگیری از بازگشت"** . معرفی مدل رفتاری ـ شناختی مارلات . فصلنامه اعتیاد پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر . زمستان ۸۱ .

References

۱. **"Addiction is a brain disease"**.usa electronic journal ٦/٩٧ – leshner . journal vol ٢ , no ٣ , june ١٩٩٧ .

٢. Annis , H . Davis , C . (١٩٩٧) **"Self – efficacy and the prevention of aleho licrelapes**". Initial finding from a treatment trial in : Bakert , Cannon D , edsaddictive disorderr . preagerco . Newyork .

٣. Barber, J. G , Cr, Bp B.R .(١٩٩٥) "**social support and prevention of relapse Fllowing Treatment for abusers**".Res soc workpract .

٤. Basic information on Drugs of abuse from heroin abuse .

٥. Beck, A , wr : ght , f . liese , B .(١٩٩٤) **"cagnitive therapy of substance abus**e" . Guiford . Newyork .

٦. Beker & Boterz (١٩٩٦) "**psycho therapy Research and behavior change ".**

٧. Benetal(١٩٩٧)**"Journal of chemical Dependency treatment vol"** . ٧ . N . ٢ .

٨. Callen , Michael (٢٠٠٢) **"surviving AIDS "**.

٩. **"Centers&programs,AddictionArticles,http"**://www.s.n.washington.

١٠. edu / centers / addiction / a meth . asp .

١١. Coombs, Robert(١٩٩٥) **"Journal of chimical Dependen ey Treatment . vol"** ٦ . N٢ .

١٢. Daley , D . (١٩٩٧) **"Relapse prevention with substance abusers"** . clinical – issues and my Ths . soc work .

١٣. Daley . D . (١٩٩٩) **"fire perspectine on relapse in chemical dependency "**. J – chem – Depend – Treat.

١٤. Dekker, morcel (١٩٩٩). **"Recomen dations for improving Treatment "**. The international journal of the addiction . ٢٧ (١٠) , ٧٢٢٣ – ٧٢٣٠.

١٥. Ellis , A . mc Inerney , J . Diguiseppe . R . yeager , R . (١٩٩٨) **"Rational – emotive Therapy with alcoholices and substance abusers"** . pergamon press . Newyork .

١٦. Heroin Treatment Admissions in urban and Rural areas.

۱۷. Grant, Mltodyson. R (۱۹۹۸)."**Responding to drug and Alchol problems in the community**".Geneva:world health organization press.
۱۸. ۱.Jossey – Bass Inc (۲۰۰۱) How should I act around people with AIDS ?
۱۹. "**Journal of family psychology**" (۱۹۹۷) vol . ۱۱ . No . ۳
۲۰. "**Journal of family psychology**" (۱۹۹۸) vol . ۱۲ . No. ۲
۲۱. Kaplan . H . sadoek , B.(۱۹۹۵) "**comprehensive text book of psychiatry**" . ۵Th eddition . lippincott . ph : ladelphia .
۲۲. Keller , D . S , Galanter , m . weinberg s . (۱۹۹۷) "**validation of scale for network therapy**" . Am . J . Drug Alchol Abuse.
۲۳. Krystals and Zweben JE (۱۹۹۹) . J substance Abuse treatment.٦(٤).
۲٤. Lery ms .(۱۹۹٦) **. "J Psychoatry drugs"** . sep (۱۹۹٦) ۲٤ (۳. (
۲۵. Levinson , J . H . Ruiz , P . millman , R . B . langrod , J . G . (۱۹۹۷) . "**substance Abuse**" . (A conprehensive Text Book) The eddition , williams & wilkins . Boston.
۲٦. Marlatt , G . A . (۱۹۹٤) "**Relapse prevention : The oretical rational and over view of The model**" . In : martta , G . A . Gordon , J , eds . Relapse prevention . a self – contvol strategy in the main tenance of behavior change . Newyork .
۲۷. Mc . Grady . B (۱۹۹۹) "**Extendin relapse prevention to couples**" . Addict
۲۸. Miller , N . S . & Gold (۱۹۹۸) "**The principles and practice of addiction in psychiatny**" .
۲۹. Ogborne, Aian – C(۱۹۹۸). "**characteristics of youth and young adult seeking residential Treatment for substance use problems**" . An explorational study , Addiction – Behaviors . sep – oct vo ۱۲۰ .
۳۰. Schutiz, Dvane (۱۹۹۷)."**Theories of personality**".fourTh edition .
۳۱. Wallace B.C .J(۱۹۹۳)"**psychoative Drugs**" .Apr and Yun (۲۲ . ۲)
۳۲. Wilson A. faude j.and Gordon E (۱۹۹۷)**." jnerament Dis"**.۱۷۷. ۷.
۳۳. Zackon, F . mc Auliffe, w . Chien , J .(۱۹۹۵) "**Addict of ter care Recovery Training and self – help**" . DH . H S M D : NIDA.