

اثربخشی مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر (BDRC) بر بهبود ولع مصرف و لغزش سوء مصرف کنندگان کراک هروئین تحت درمان نگهدارنده با متادون

شیمای کوثری^۱، قاسم کشاورز گرامی^۲، روح‌الله حدادی^۳، رضا شهریاری پور^۴، سمیرا نجفی^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۱۵

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر، بر بهبود ولع مصرف و لغزش سوء مصرف کنندگان کراک هروئین تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** در یک پژوهش نیمه آزمایشی ۳۰ نفر از معتادان کراک از بین تمامی معتادانی که در یکی از مراکز درمان نگهدارنده در سطح شهر تهران، خدمات درمانی دریافت می‌کردند، انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و گواه) گمارده شدند. گروه آزمایش از (داروی متادون و مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر، ۲۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه گواه (تنها از متادون) بهره‌مندی بردند. همه شرکت کنندگان در پژوهش، در آغاز پژوهش و شش ماه پس از پایان درمان، پرسشنامه سوء مصرف مواد مخدر افیونی و رفتارهای پرخطر را تکمیل نمودند. از نظر مرفین و محرک، ادرار مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر میزان ولع مصرف و رفتار پرخطر در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما نتایج آزمون تعقیبی ال.اس.دی. گویای معنی‌دار بودن تفاوت دو گروه از لحاظ ولع مصرف بود. **نتیجه‌گیری:** مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر بر بهبود ولع مصرف و رفتار لغزش سوء مصرف کنندگان کراک هروئین تحت درمان نگهدارنده مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: مشاوره کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر، ولع مصرف، لغزش و درمان نگهدارنده

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران مرکز، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، پست الکترونیک: ghaseem_keshavarz@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۵. دانشجوی دکتری آموزش عالی برنامه ریزی و توسعه، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین معضلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی جهان امروز که تأثیر مستقیمی بر سلامت افراد جامعه دارد، اختلال‌های وابسته به مواد است. اعتیاد ناهنجاری روانی و اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و غیره ناشی شده و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیکی فرد مبتلا (معتاد) به مواد مذکور می‌شود. این وابستگی در عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی فرد اثر نامطلوبی گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را تهدید می‌کند (نوئل، برورز و بچارا، ۲۰۱۳).

از آنجا که این مشکل اثرات بازدارنده بر روی رشد و شکوفایی جامعه دارد (سلیمانی و صنوبر، ۱۳۹۴) و مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد به عنوان یک نگرانی جهانی تلقی می‌شود و یکی از رفتارهای تهدیدکننده کشورها به شمار می‌رود (یعقوبی، محقق، امیری و اسفندیاری، ۱۳۹۴). با توجه به اینکه گروه بزرگی از جمعیت کشور ما به طور مستقیم با اعتیاد درگیر هستند، از این رو شناخت گسترده جنبه‌های فردی و اجتماعی اعتیاد و شناسایی میزان تأثیر آن‌ها در موفقیت برنامه‌های درمانی اعتیاد به عنوان یک مشکل بهداشتی و اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که امروزه اعتیاد به عنوان به یک بلای خانمان‌سوز، یک معضل اجتماعی و یک چالش بزرگ درمانی تبدیل شده است. اعتیاد و بیماری‌های و اختلالات مزمن و طولانی‌مدت ناشی از آن، مانند هیپاتیت و ایدز، قدرت تفکر، کار و خلاقیت را از مبتلایان گرفته و ضمن آسیب به اشتغال و خانواده آنان، کیفیت زندگی آنان را کاهش داده است (حاج حسینی و هاشمی، ۱۳۹۴).

ناموفق بودن درمان معتادان و آمار بالای اعتیاد برخی از پژوهشگران را بر آن داشت که اعتیاد را یک اختلال مزمن و دوره‌ای بدانند (صیادی اناری، اسماعیلی، ناظر و خالقی، ۱۳۸۱). سوء مصرف مواد اختلالی است مزمن و عودکننده که با دوره‌های بهبود و

بازگشت^۱ مشخص می‌گردد. اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنیا^۲ و اعتیادهای دارویی باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره به مصرف مواد می‌شود. اکثر افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند دچار لغزش^۳ یا بازگشت می‌شوند. در تحلیل‌های آماری بیشترین بازگشت مربوط به ۶ ماه اول بوده است (صیادی اناری و همکاران، ۱۳۸۱؛ و ناستی‌زایی، ۱۳۸۶). در نتیجه نمی‌توان تصور کرد که هدف برنامه‌های درمانی متفاوت، گذشته از نقاط متفاوتی که هر کدام بر آن تأکید می‌کنند، تنها فراهم آوردن امکاناتی برای قطع مصرف مواد توسط بیمار باشد. عدم مصرف مجدد مواد با توجه به ماهیت مستعد به بازگشت سوءمصرف مواد، امری بسیار حیاتی در طرح‌ریزی یک برنامه‌ی مناسب درمانی محسوب می‌شود (کارو^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

با توجه به اینکه اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است به منظور بهبود کامل بایستی چندین دوره درمانی صورت گیرد (پرزور، علیزاده گورادل، یاقوتی زرگر، و بشرپور، ۱۳۹۴). دو مقوله اصلی در درمان اعتیاد، دارودرمانی و روان‌درمانی است (میلر و فاپا^۵، ۲۰۰۷). در طی سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان سوءمصرف کنندگان مواد معرفی شده است که در قالب درمان‌های دارویی و غیردارویی ایفای نقش نموده‌اند. با وجود اینکه دارودرمانی یکی از رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌شود؛ اما به نظر می‌رسد که این درمان به تنهایی کافی نبوده و بایستی از سایر درمان‌هایی که ابعاد روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران را مدنظر قرار می‌دهند استفاده شود (پرزور و همکاران، ۱۳۹۴). در سال‌های اخیر گرایش به درمان‌های تکمیلی و جایگزین افزایش یافته است و به عنوان یک درمان فرعی و الحاقی و به طور کلی به عنوان درمان حمایتی در بسیاری از مراکز درمانی و مراقبتی اعتیاد رو به افزایش است (کلی^۶، ۲۰۰۴).

با این حال با این حال دارودرمانی همچنان به عنوان روش درمان مورد استفاده گسترده قرار می‌گیرد. از جمله درمان‌های دارویی موفق، درمان نگهدارنده با داروی متادون^۷ و

1. Relapse
2. Schizophrenia
3. Lapse
4. Karow
5. Morales, & Fapa

6. Kelly
7. Methadone

بوپره نورفین^۱ است (نادری، بینازاده، نوروزی و صفاتیان، ۱۳۸۴). در درمان نگهدارنده مناسب‌ترین داروی جایگزین، برای ترک مخدرها یا اپیوئیدها^۲، داروی متادون است. مطالعات نشان داده‌اند که این دارو تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف، لغزش، رفع علائم ترک و تسکین برخی علائم روان‌پزشکی از جمله اضطراب، افسردگی، رفتارهای تکانشی معتادان مصرف‌کننده مخدر دارد (وودی^۳ و همکاران، ۱۹۸۳؛ به نقل از شریام و همکاران^۴، ۲۰۰۵؛ تهرانی، ۱۳۸۷؛ دستجردی، ابراهیمی رهشیری، خلاصه زاده و احسانی، ۱۳۸۹؛ حدادی، رستمی، رحیمی نژاد، و اکبری، ۱۳۹۰). آنچه در درمان نگهدارنده اهمیت دارد آن است که در این روش درمانی به بیماران مصرف‌کننده مخدر به اندازه‌ای داروی متادون داده می‌شود که بیماران علائم ترک یا محرومیت نداشته و نیازی برای مصرف دوباره مواد در خود احساس نکنند (حدادی و همکاران، ۱۳۹۰). اما با وجود اثربخشی این روش درمانی، با گذشت مدت زمانی، ولع مصرف در برخی بیماران افزایش می‌یابد و لغزش‌های متعددی از سوی آنان تجربه می‌شود، حتی ممکن است زمینه عود در آن‌ها رفته رفته فراهم شود (صیادی و همکاران، ۱۳۸۱؛ لوین^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهشی مکرری، اختیاری، عدالتی و نادری (۱۳۸۷) نشان دادند که سوء مصرف کنندگان کراک بیشترین میزان ولع مصرف^۶ و تخریب را در مقایسه با مصرف کنندگان سایر مواد مخدر دارا هستند.

ولع یکی از پرفشارترین و دنباله‌دارترین مبحثی است که در علم اختلال‌های اعتیادی با آن مواجه می‌شویم (پور سید موسیایی، موسوی و کافی، ۱۳۹۱). هورمس و روزین^۷ (۲۰۱۰) ولع را این‌گونه تعریف می‌کنند: احساس بسیار قوی و خواستن فوری یک چیز؛ به طوری که امکان هرگونه تمرکز بر موضوعی غیر از موضوع خواسته شده ناممکن باشد. آن‌ها در مطالعه‌ای که در مورد ۲۰ زبان انجام داده‌اند، دریافتند که واژگانی مانند دوست داشتن، خواستن، میل داشتن، اشتیاق و اعتیاد به عنوان کلمات مرتبط با ولع استفاده می‌شود. ولع

1. Methadone and Boprenorphin maintenance treatment (MMT & BMT)
2. Opioid
3. Woody

4. Scherbaum
5. Levin
6. Craving
7. Hormes, & Rozin

مصرف عموماً در رویارویی با نشانه‌های مرتبط با تجارب یا تخیلات فرد بیمار از شرایط مربوط به لذت مصرف پدید می‌آید (پور سید موسیایی، موسوی و کافی، ۱۳۹۱). ولع مصرف به عنوان یکی از عوامل مهم تعیین‌کننده فرجام درمان (مکری و همکاران، ۱۳۸۷) مطرح است. متخصصان به منظور برخورد با ولع مصرف و لغزش ناشی از آن، سعی کرده‌اند تا در کنار داروی متادون، از روان‌درمانی فردی یا گروهی به عنوان درمانی مکمل بهره ببرند. در میان رویکردهای غیردارویی، همواره، درمان شناختی-رفتاری از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (کادن^۱، ۲۰۰۲؛ مک کی^۲، ۲۰۰۷؛ میلر، سورنسون، سلزر و بریگمن^۳، ۲۰۰۶). نتایج تحقیق حدادی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که اضافه شدن روان‌درمان شناختی-رفتاری به متادون، اثربخشی بهتری بر کاهش ولع مصرف، رفتارهای تکانشی و مصرف مواد در معتادان مصرف‌کننده کراک داشته است. برحسب مدل شناختی رفتاری هنگامی که بیمار در موقعیتی پرخطر قرار می‌گیرد در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس خودکارآمدی وی کاهش یافته و انتظارات مثبتی در زمینه‌ی اثرات مصرف مواد در موقعیت پرخطر شکل می‌گیرد که این وضعیت منجر به لغزش و سپس بازگشت می‌شود (میلر و همکاران، ۲۰۰۶). که ولع مصرف‌ها و تمایلات غیرقابل کنترل، در طول درمان و بعد از آن به دلیل ماهیت راجعه‌ی خود، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت می‌باشند (فرانکن، کرون ویرز و جانسن^۴، ۲۰۰۰). رویکردهای غیردارویی همانند ورزش، برنامه‌های مدیریت استرس، مشاوره و ... می‌توانند از آشفتگی‌های خلقی در معتادین در حل ترک جلوگیری کنند (وینکلمن^۵، ۲۰۰۱)؛ بنابراین با توجه به شدت سطح اضطراب ناشی از اعتیاد و اثرات نامطلوب آن که می‌تواند مانع ترک و یا باعث عود مجدد شود، ضروری است که تیم درمانی، از مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در کاهش اضطراب معتادین تحت درمان در مرحله بازتوانی استفاده کنند (سلیمانی و صنوبر، ۱۳۹۴).

۷۵

75

یکی از فنون درمانی که مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بوده و نتایج رضایت‌بخشی در درمان سوء مصرف کنندگان داشته، مشاوره کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر^۱ است. این مداخله از قراردادهای کوتاه مدت معطوف به بهبود پایبندی درمان استفاده نموده و بیماران را به ایجاد تغییرات اولیه در سبک زندگی شامل، قطع یا کاهش مصرف مواد، قطع یا کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با مواد تشویق می‌نماید (چاورسکی، مازلان و اسکو تفیلد^۲، ۲۰۰۸).

مطالعه چاورسکی، زائو^۳ و اسکو تفیلد (۲۰۱۰)، بر سوء مصرف کنندگان هرئین نشان داد که اگرچه هم متادون و هم مشاوره‌ی کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر توانسته‌اند مصرف مواد مخدر را از حد پایه کاهش دهند، با این وجود، این کاهش در گروه متادون‌درمانی به همراه مشاوره‌ی کاهش مصرف مواد و رفتارهای پرخطر، بیشتر بوده است. با توجه به اندک بودن یافته‌های پژوهشی موجود مبنی بر اثربخش بودن مشاوره‌ی کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر، بر مؤلفه‌های درمانی، محقق تصمیم گرفت تا در این پژوهش از این شیوه‌ی درمانی در کنار داروی متادون به عنوان شیوه‌ای مکمل جهت بررسی تأثیرگذاری آن بر ولع مصرف و رفتار لغزش کمک گیرد. بی‌شک خلاقیت در ارائه برنامه‌های درمانی جامع‌تر به منظور برطرف نمودن موانع درمانی موجود و دستیابی به نتایج رضایت‌بخش در اولویت مطالعه محقق بوده است. بنابراین هدف اصلی این پژوهش، پاسخ به این سؤال بود که آیا اضافه شدن مشاوره‌ی کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر به داروی متادون می‌تواند، ولع مصرف و رفتار لغزش سوء مصرف کنندگان کراک بیشتر کاهش دهد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح حاضر از جمله طرح‌های پژوهشی شبه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش معتادان کراک بودند که در مهر ۱۳۹۱ به

1. Behavioral Drug and Risk Reduction Counseling (BDRC)

2. Chawarski, Mazlan, & Schottenfeld
3. Zhou

کلینیک درمان نگهدارنده واقع در منطقه ۸ تهران مراجعه کرده بودند. محقق به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، فهرستی از معتادان کراکی که تحت درمان نگهدارنده بوده و یا جدیداً پذیرش شده بودند، تهیه نمود و در ادامه، مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته شاخص شدت اعتیاد را با هدف تعیین معیارهای ورود با تک تک این افراد انجام داد. معیارهای ورود در این پژوهش شامل تشخیص وابستگی به مواد مخدر بر حسب معیارهای تشخیصی DSM-V، داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی به بالا، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانی جدی، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین (بیش از یک‌بار)، مصرف دائم کراک هر وئین ۶ ماه پیش از ورود به درمان، دریافت درمان نگهدارنده با متادون، مرد بودن، داشتن رضایت از شرکت در پژوهش. در مقابل معیارهای خروج شامل زن بودن، داشتن مشکل روان پزشکی جدی، مصرف کراک هر وئین کمتر از ۶ ماه، دریافت درمان دارویی غیر از درمان نگهدارنده با متادون، وابستگی به الکل، نداشتن تلفن تماس برای پیگیری بودند. در این پژوهش مدت زمانی که این بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند بین ۱ تا ۴ ماه بود. پس از اجرای مصاحبه، ۳۰ نفر، شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند که این تعداد به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. کاربندی گروه‌ها به این ترتیب بود که گروه آزمایش از (داروی متادون و مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر، ۲۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه گواه (تنها از متادون) بهره می‌بردند. مدت زمان انتخاب نمونه‌ها ۲ ماه و اجرای مداخلات ۶ ماه بود. دو مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون در پژوهش در نظر گرفته شد. همه شرکت کنندگان در پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و بلافاصله پس از اتمام مداخلات، پرسش‌نامه سوء مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر را تکمیل نمودند. رفتار لغزش شرکت کنندگان هر گروه نیز طی این مدت بر حسب نتایج تست ادرار مرفین و محرک، هفته‌ای یک‌بار بدون اعلام قبلی، کنترل می‌شد.

ابزار

۱- شاخص شدت اعتیاد: برای بررسی وضعیت بالینی بیماران، شاخص شدت اعتیاد، ویرایش پنجم (مک لیلان^۱ و همکاران، ۱۹۹۲) به کار برده شد. شاخص شدت اعتیاد یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که توسط پژوهشگران آموزش دیده، به صورت رو در رو با بیماران اجرا می‌شود. این پرسش‌نامه مشکلات بیماران را در هر زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طول عمر گردآوری می‌کند. این مقیاس در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی (۱-۰) می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند. بدین ترتیب که اگر وضعیت‌های ذکر شده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد نمره‌ی کامل و اگر کمتر از ۶ ماه باشد نمره‌ی صفر دریافت خواهد شد. این مقیاس دارای ۱۱۶ پرسش است. ۸ پرسش درباره وضعیت پزشکی سؤال ۱ الی ۸، ۲۱ (سؤال ۸ الی ۲۹) پرسش درباره وضعیت شغلی، ۲۴ پرسش در زمینه وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل (سؤال ۲۹ الی ۵۳)، ۲۷ پرسش پیرامون وضعیت حقوقی (سؤال ۵۳ الی ۸۰)، ۲۳ پرسش در زمینه وضعیت خانوادگی (سؤال ۸۰ الی ۱۰۳) و ۱۱ پرسش درباره وضعیت روانی بیمار (سؤال ۱۰۵ الی ۱۱۶) است. نسخه فارسی آزمون ASI مراحل نهایی کارآزمای خود را توسط عاطف وحید در انستیتو روان پزشکی و روانشناسی با همکاری مرکز ملی مطالعات اعتیاد طی می‌نماید (مکری، اختیاری، و عدالتی، ۱۳۸۷).

۲- پرسش‌نامه‌ی سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر: توسط بروس هکمن^۲ (۱۹۸۵) (نقل از کریمی و همکاران، ۱۳۸۷) تهیه گردیده است. این پرسش‌نامه وضعیت مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر را مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل ۳۶ سؤال است. پاسخ‌دهی براساس (بله) و (خیر) می‌باشد. ارزیابی میزان ولع مصرف بیمار در این پرسش‌نامه برحسب نمره کل محاسبه می‌شود. نمره کل بین بالاترین میزان ولع (نمره ۷۲) و کمترین میزان (نمره ۱۰) تفسیر می‌شود. این پرسش‌نامه در جامعه ایرانی مورد ارزیابی قرار نگرفته بنابراین محقق تصمیم گرفت تا قبل از استفاده، این ابزار را در ایران روایی یابی نماید. آلفای کرونباخ این تحقیق بر روی ۳۰۰ بیمار مصرف‌کننده گروه مرفین ۰/۸۸ به دست آمد.

روند اجرا

به دنبال انتخاب افراد نمونه، محقق خانواده‌های آن‌ها را در جریان گذاشته و اهداف طرح و چگونگی آن را به آنان توضیح داد. در این پژوهش متادون مصرفی بیماران به اندازه‌ای بود که علائم محرومیت یا میل به مصرف آن ماده وجود نداشته باشند. هم‌چنین به منظور ترغیب بیشتر بیماران جهت شرکت در جلسات و مداخلات درمانی، اعلام شد که بخشی از هزینه ماهانه بیماران توسط محقق به مرکز پرداخت خواهد شد. این هزینه یک پنجم هزینه دریافتی ماهانه آن‌ها بود و هیچ هزینه دیگری بابت ارائه خدمات دریافت نشد. در این پژوهش دوز تجویز شده متادون برای بیماران بر حسب پروتکل آگونست‌ها^۱ که در مراکز درمان اعتیاد وجود دارد، انجام شد و این دوز به اندازه‌ای بود که بیمار وضعیت پایداری داشته باشد. در پژوهش حاضر دو نفر به دلیل تداخل زمان جلسات با ساعت کاری از دو گروه و دو نفر نیز به دلیل عدم تمایل به حضور در جلسات، در ادامه درمان گروه‌ها را ترک کردند و بدین ترتیب پژوهش با ۱۳ نفر در هر گروه ادامه یافت.

۷۹

79

مشاوره کاهش خطر مواد و رفتارهای پرخطر، یک درمان بسیار ساختارمند و انفرادی است که بر روی حوزه‌های مشکل فعلی بیمار که ارتباط بلافاصله‌ای با قطع مصرف دارد، متمرکز است. به طور کلی اهداف این مداخله، شناسایی مشکلات فعلی بیمار در سایر حوزه‌ها و تأمین خلاصه‌ای از این حوزه‌ها همراه با توصیه‌هایی در مورد نحوه مواجهه با آن‌ها، آموزش بیمار برای شناسایی حالات فیزیولوژیکال و هیجانی، عوامل اجتماعی، محیطی و مشکلات گوناگون سبک زندگی همراه با ولع مصرف مواد، کمک به بیمار برای تدوین راهبردهای حل مسأله مؤثر و یادگیری مهارت‌های مقابله مؤثر برای دستیابی و حفظ پرهیز از مواد و رفتارهای پرخطر و افزایش درگیری در تعاملات اجتماعی غیر مرتبط با مواد و فعالیت‌های خوشایند می‌باشد. این مداخله از قراردادهای کوتاه‌مدت معطوف به بهبود پایداری درمان استفاده نموده و بیماران را برای دستیابی به اهداف ذکر شده تشویق می‌نماید. مشاورانی که از این شیوه بهره می‌برند، علاوه بر بازخورد و تقویت مثبت در مورد پیشرفت بیماران از سبک ارتباطی مثبت نیز در ارتباط با آنان استفاده می‌کنند. مراحل

اولیه این شیوه درمانی بر روی تغییرات رفتاری ضروری برای حصول پرهیز از مواد و حفظ آن متمرکز است. در حالی که بخش‌های بعدی درمان، پیشرفت بیمار در درمان را با اهداف بهبودی طولانی مدت پیوند می‌دهد (چاورسکی و همکاران، ۲۰۰۸).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه و اطلاعات مربوط به سوء مصرف مواد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی و سوء مصرف مواد به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	معیار	گروه گواه	گروه آزمایش
سن	سال	۲۶/۱۱±۴/۹۶	۲۴/۱۱±۳/۲۴
تحصیلات	سال	۲/۱۵±۹/۱۱	۸/۲۰±۳/۵۱
وضعیت شغلی	شاغل	۶(/۴۰)	۳(/۲۰)
	بیکار	۹(/۶۰)	۱۲(/۸۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۷(/۴۶/۶)	۵(/۳۳/۳۰)
	مجرد	۸(/۵۳/۳۰)	۱۰(/۶۶/۷۰)
	زیر یک گرم	۱(/۶/۶۰)	۲(/۱۳/۳۰)
میزان مصرف روزانه	بین یک تا دو گرم	۴(/۲۶/۷۰)	۱(/۶/۷۱)
	بالای دو گرم	۱۰(/۶۶/۷۰)	۱۲(/۸۰)
مدت زمان اعتیاد	سال	۳/۱۱±۴/۲۵	۲/۸۹±۶/۱۳
مدت زمان درمان با متادون	ماه	۱/۱۱±۲/۰۴	۲/۵۶±۱/۱۱

آماره‌های توصیفی ولع مصرف و نرخ لغزش به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی ولع مصرف و نرخ لغزش به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گواه	ولع مصرف	۶۲/۴۰	۳/۲۹۱	۴۳/۳۳	۳/۰۶
	لغزش	۲/۰۷	۰/۲۵۸	۰/۴۷	۰/۵۲
آزمایش	ولع مصرف	۶۳/۱۳	۲/۸۵۰	۳۷/۲۰	۲/۲۱
	لغزش	۱/۸۰	۰/۵۶۱	۰/۲۰	۰/۴۱

به منظور بررسی اثربخشی مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر، بر بهبود ولع مصرف و لغزش سوء مصرف کنندگان کراک هروئین تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F=0/658, P>0/05, M=2/141$ باکس). پیش فرض دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض در نمرات ولع مصرف ($F=0/850, P>0/05$) لغزش ($F=2/350, P>0/05$) داشت. همچنین پیش فرض همسانی شیب رگرسیون در ولع مصرف ($F=1/168, P>0/05$) و لغزش ($F=1/625, P>0/05$) برقرار بود. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از وجود تفاوت بین دو گروه داشت ($F=18/033, P<0/001, \lambda=0/591$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ولع مصرف	۲۷۲/۹۸	۳۵/۸۹۸	۰/۰۰۰۵	۰/۵۸
لغزش	۰/۲۳	۱/۱۶۸	۰/۲۹	-

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود اثربخشی مشاوره برای متغیر لغزش معنادار نبوده اما بر نمرات ولع مصرف مؤثر بوده است ($P<0/001$). آماره‌های توصیفی تعدیل شده‌ی متغیرها به تفکیک گروه‌ها در پس آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی تعدیل شده متغیرها به تفکیک گروه‌ها در پس آزمون

متغیرها	گروه‌ها	میانگین تعدیل شده	انحراف استاندارد
ولع مصرف	گواه	۴۳/۶۷	۰/۸۳
	آزمایش	۳۷/۲۶	۰/۸۳
لغزش	گواه	۰/۴۳	۰/۱۲
	آزمایش	۰/۲۴	۰/۱۲

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر بر بهبود ولع مصرف و لغزش سوء مصرف کنندگان کراک هرئین تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخله فوق همراه با درمان نگهدارنده با متادون نسبت به درمان با متادون به تنهایی، در کاهش اشتیاق و بهبود رفتار لغزش مؤثرتر می‌باشد. یافته‌های به دست آمده با یافته‌های مطالعه چاورسکی و همکاران (۲۰۱۰) همخوان می‌باشد. پژوهش حاضر از این منظر که از مشاوره کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر در کنار داروی متادون برای بهبود ولع مصرف و رفتار لغزش بیماران بهره برده است، بدیع می‌باشد. لذا محققین برای مقایسه یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های مشابه با محدودیت مواجه‌اند. بیشتر پژوهش‌ها در دنیا کاربرد فنون درمان شناختی-رفتاری را، به تنهایی و یا در ترکیب با داروها به کار برده‌اند. از طرفی این پژوهش در مدت زمان طولانی اجرا شد و توانست ایراد پژوهش‌های قبلی که مداخلات را تنها در دوره کوتاهی از زمان بررسی می‌کنند، برطرف نماید. تبیین اثربخشی مشاوره کاهش مصرف مواد بر کاهش ولع مصرف و لغزش معتادان کراک، نشان از کاربرد بالینی چندگانه آن دارد.

مشاوره و راهنمایی معتادان همچون تحلیل کارکردی، مهارت‌آموزی، مقابله با میل مصرف، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندن در درمان و پرهیز از رفتارهای پرخطر مؤثر است. عوامل متعددی در علت‌شناسی سوء مصرف مواد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شود و در این بین، برخی صفات شخصیتی، خطر سوء مصرف و بازگشت به مواد را افزایش می‌دهد. اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی، استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی و عدم آگاهی از خطرات و آسیب‌های مواد مخدر به جسم، روح، روان و ... از جمله این ویژگی‌های خطر آفرین هستند (بروکی میلان، کمرزین و زارع، ۱۳۹۳). نتایج این پژوهش و موارد قبلی بیش از هر چیزی جایگاه و اهمیت مداخلات غیردارویی در درمان اعتیاد را نشان می‌دهند؛

مداخلاتی که با تمرکز بر تغییر سبک زندگی بیمارگونه افراد به زندگی سالم، از طریق چالش با باورهای شناختی ناکارآمد، جایگزینی رفتارهای مناسب، فعال‌سازی بیماران، جهت دادن به فعالیت‌های روزمره، هدف‌گزینی و بی‌توجهی نسبت به مسائل بی‌اهمیت محیطی، سعی در بازسازی و احیای زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی آسیب‌دیده بیماران دارند.

ذکر این نکته نیز مهم است که مداخلات غیردارویی هر چند زمینه‌های فردی را می‌توانند تا حدود قابل توجهی تحت کنترل درآورند و زندگی سالمی را برای معتادان فراهم سازند؛ اما در ادامه یک رویکرد درمانی کامل نیست. یک رویکرد درمانی کامل بایستی به عوامل محیطی، اجتماعی و خانوادگی توجه داشته باشد که می‌توانند در صورت نامناسب بودن این زندگی سالم را مجدداً تهدید نمایند؛ لذا محیط فرد معتاد باید تحت کنترل و نظارت قرار گیرد تا با مهار نابسامانی‌ها و آشفتگی‌های احتمالی پس از بازگشت به زندگی معمولی و عادی، فرد مجدداً در معرض اعتیاد قرار نگیرد. تبیین دیگر اثربخشی این روش می‌تواند

۸۳

83

این مورد باشد که اجرای طولانی مدت مداخلات غیردارویی و ارتباط مداوم بیماران با مرکز درمانی و درمان‌گران، نوعی عامل اثربخش بر مشکلات فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی است که با گذشت زمان رفته رفته خود را آشکار می‌سازند و می‌توانند زمینه برگشت مجدد به مصرف مواد را فراهم سازند. از طرف دیگر می‌توان اثربخشی مداخله فوق بر کاهش ولع مصرف و لغزش سوءمصرف‌کنندگان را به اصولی نسبت داد که این شیوه درمانی متکی بر آن است. دستورالعمل این شیوه درمانی حاوی توصیه‌هایی درباره اجرای مشاوره رفتاری مواد و کاهش خطر است. تأکید این شیوه بر مداخلات رفتاری کوتاه‌مدت در درمان اعتیاد به نظر می‌رسد نقطه عطف و اثربخش این شیوه درمانی باشد که بتوان بهبودی در ولع مصرف و رفتار لغزش را این‌گونه تبیین نمود. موفقیت در اجرای قراردادهای ساده با اهداف رفتاری کوتاه‌مدت در اوایل درمان تجربه بیمار را از موفقیت درمانی ارتقا می‌دهد و احتمال تداوم پایبندی به درمان را افزایش می‌دهد. در این پژوهش کم بودن تعداد شرکت‌کنندگان و طولانی شدن مدت زمان اجرای پژوهش که احتمال ریزش شرکت‌کنندگان را افزایش داد، به عنوان محدودیت‌های پژوهش مطرح است. با

توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود تا این قبیل مداخلات غیردارویی به طور هم‌زمان بر متغیرهای دیگر و حتی مصرف‌کنندگان انواع مواد مخدر اجرا شود.

منابع

بروکی میلان، حسن؛ کمرزین، حمید؛ و زارع، حسن (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱(۳۰)، ۵۶-۱۴۳. پرزور، پرویز؛ عزیزاده گورادل، جابر؛ یاقوتی زرگر، حسن؛ و بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۵)، ۴۸-۱۳۷.

پورسید موسایی، سیده فاطمه؛ موسوی، سید ولی‌الله؛ و کافی، سید موسی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۹-۲۶. تهرانی، سعید (۱۳۸۶). *دارو و رفتار*. تهران، انتشارات سمت.

جویدت، لویز؛ روبرت، دانا و گریگوری، بلوینز (۱۹۹۴). *راهنمای جامع مشاوره در سوء مصرف مواد مخدر*، ترجمه علی کریمی، محمدعلی هوشمند، شهریانو حقیقت، ربیع‌الله فاضل، مهدی عتیق و عباس ارجاعی (۱۳۷۸). تهران، انتشارات رسانه تخصصی.

حاج حسینی، منصوره؛ و هاشمی، رامین (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان دارویی و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) و کیفیت زندگی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۵)، ۱۱۹-۳۶.

حدادی، روح‌الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی‌نژاد، عباس؛ و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری کنترل‌تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده کراک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۰)، ۲۱۰-۱۷۵.

دستجردی، قاسم؛ ابراهیمی دهشیری، وجیهه؛ خلاصه‌زاده، گلرسته؛ و احسانی، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی تأثیر داروی متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر. *ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۹-۲۱۵.

سلیمانی، اسماعیل؛ و صنوبر، لاله (۱۳۹۴). اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت-صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیردارویی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۵)، ۶۲-۱۴۹.

صیادی اناری، احمدرضا؛ اسماعیلی، علی؛ ناظر؛ محمد؛ و خالقی، عزت‌الله (۱۳۸۱). بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران وابسته به مواد افیونی موفق در ترک مراجعه‌کننده به واحد سرپایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱(۱)، ۳۸-۲۹.

- مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳) پیاپی ۵۴، ۲۶۸-۲۵۸.
- نادری، شهرام؛ بینازاده، محمد؛ نوروزی، محمدرضا؛ و صفاتیان، سعید (۱۳۸۴). *خودآموز راهنمای جامع درمان اعتیاد*، تهران، پیشگامان توسعه.
- ناستی‌زایی، ناصر (۱۳۸۶). بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زاهدان. *فصلنامه دانشکده بهداشت یزد*، ۶(۲)، ۲۴-۱۷.
- یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین؛ امیری، لادن؛ و اسفندیاری، کیوان (۱۳۹۴). رابطه بین نگرش نسبت به سوء مصرف مواد با باورهای غیرمنطقی و اهمال کاری تحصیلی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۸)، ۱۸-۹.
- Chawarski, M.C.; Mazlan, M.; Schottenfeld, R.S. (2008). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence – contingent – home: A pilot randomize clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 281-4.
- Chawarski, M. C. Zhou, W. Schottenfeld, R. S. (2010). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) in MMT programs in Wuhan, China: A pilot randomize clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 115(3), 237-9, DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.024
- Franken, I.H.; Kroon, L.Y.; Wiers, R.W.; & Jansen, A. (2000). Selective cognitive processing of drug cues in heroin dependence. *Journal of Psychopharmacol*, 14, 395-401.
- Hormes, G.M.; & Rozin, P. (2010). Dose" Craving" Crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*, 35, 459-63.
- Kadden, R.M. (2002). *Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training*. University of Connecticut School of Medicine, Department of Psychiatry.
- Karow, A.; Verthein, U.; Pukrop, R.; Reimer, J.; Haasen, C.; Krausz, M.; & Schafer, I. (2011). Quality of life profiles and changes in the course of maintenance treatment among 1015 patients with severe opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 46, 705–15.
- Levin, F.R.; Evans, S.M.; Brooks, D.J.; Kalbag, A.S.; Edward, F.G.; & Nunes, N. (2006). Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 137–48.
- Mckay, J.R. (2007). Lessons Learned from psychotherapy Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 31(s3), 48s-54s, DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00493.x.
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; & Argeriou, M. (1995). The Fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Miller, M.M.; & Fappa, F. (2007). Evaluating Addiction treatment outcomes. *Addictive Disorders and their treatment*, 6, 101-6.

- Miller, W.R.; Sorenson, J.L.; Selzer, j.A.; & Brighman, G.S. (2006). Dissemination evidencebased practices in substance abuse treatment: A review with suggestion. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39.
- Sayadi, M.; Esmaeili, A.; Nazer, M.; & Khaleghi, E. (2002). Demographic features of opium dependent patients with successful withdrawal attempts at RUMS outpatient clinic. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 8(1), 29-39
- Scherbauma, N.; Kluwiga, J.; Speckaa, M.; Krauseb, D.; Mergeta, B.; Finkbeinera, T.; & Gastparb, M. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial. *European Addiction*, 11, 163–71.
- Winkelman, M. (2001). Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic perspective. *International Journal of Drug policy*, 12, 337-51.