

اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علایم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار

مهدی امیری*، دکتر رخساره یکه یزدان دوست**، و دکتر سید محمود طباطبایی***

چکیده

طرح مساله: افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی همایند با اختلالات سوء مصرف مواد است. افسردگی علاوه بر اینکه یکی از علل گرایش افراد به سوء مصرف مواد است یکی از عواملی است که باعث عود مجدد پس از درمان می شود. با توجه به ضرورت انجام درمان های روانشناختی در درمان و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علایم افسردگی، و افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار بود.

روش: ۲۱ مددجو که دچار علایم افسردگی بودند به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۱ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان گروهی فعال سازی رفتاری شرکت کردند. علایم افسردگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی مددجویان قبل و پس از درمان اندازه گیری شدند. **یافته ها:** میزان بهبود علایم افسردگی و سلامت روانی در گروه آزمایش به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود. اما دو گروه از نظر تغییر در کیفیت زندگی تفاوت معنی داری با هم نداشتند. **نتیجه گیری:** اثربخشی یک درمان گروهی، مختصر و محض رفتاری در کاهش شدت علایم افسردگی و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، تلویحات نظری و عملی زیادی در پی دارد. کاربرد روش های رفتاری محض در کمک به درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد حائز اهمیت فراوان است.

کلیدواژه ها: افسردگی، فعال سازی رفتاری، سلامت روانی، کیفیت زندگی، سوء مصرف مواد

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۰۰/۰۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۰۰/۰۰

* دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، نویسنده مسئول Email: amiri.psy@gmail.com

** دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، استیتو روانپزشکی تهران

*** روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، بیمارستان ابن سینا، گروه روانپزشکی

مقدمه

افسردگی دومین اختلال رایج روانشناختی است. داده‌های اخیر پارکر^۱ و همکارانش (۲۰۰۱، به نقل از لمبرت^۲، ۲۰۰۶) نشان می‌دهند که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به افسردگی مبتلا هستند. میزان بروز افسردگی اساسی در بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند و در بیماران بستری شده در بخش‌های پزشکی هم بالاست، به طوری که به ترتیب به ۱۰ و ۱۵ درصد می‌رسد. شیوع سوء مصرف مواد در طول عمر حدود ۲۰ درصد است و اکثر سوء مصرف‌کنندگان مواد یک تشخیص همزمان روانپزشکی دیگر هم دارند (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۳). امروزه تحقیقات زیادی همبودی اختلالات وابستگی به مواد و اختلالات خلقی را تایید کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳؛ سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۰۴؛ کسلر^۵ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بیجی^۶ و همکاران، ۱۹۹۸، ریجر^۷ و همکاران، ۱۹۹۰؛ بریدی^۸ و همکاران، ۱۹۹۱؛ کلر^۹ و کلر^۹ و همکاران، ۱۹۸۶؛ میرین^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۱؛ راس^{۱۱} و همکاران، ۱۹۸۸؛ نارود^{۱۲} نارود^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۲؛ روم^{۱۳}، ۱۹۹۸، به نقل از رسولی آزاد، ۱۳۸۶). علایم افسردگی بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شایع است. حدود یک سوم تا نیمی از افرادی که به مواد افیونی وابستگی دارند، زمانی در طول عمر خود واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بوده‌اند. بدیهی است که اشکال خفیف‌تر افسردگی در بین این افراد شایع‌تر است. در ایران تحقیقاتی در مورد شیوع اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده است. ناظر و همکاران (۱۳۸۰) در تحقیقی، میزان شیوع اختلالات خلقی را در این افراد ۲۶/۲٪ و افسردگی را ۲۰/۴٪ تخمین زده‌اند. طبق پژوهش صالحی، مختاری و مدرس هاشمی (۱۳۸۲) میانگین نمره افسردگی

¹ Parker

² Lambert

³ Sadock

⁴ World Health Organization

⁵ kessler

⁶ Biji

⁷ Regier

⁸ Brady

⁹ Keller

¹⁰ Mirin

¹¹ Ross

¹² Narod

¹³ Room

افراد دچار سوء مصرف مواد در آزمون افسردگی بک^۱ در زمان پذیرش ۲۶/۶۵ بوده است. است.

با آن که اعتیاد دارای عوارض بسیار گسترده‌ای است، روشهای رایج درمان آن دارای کارایی کافی نیستند. با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده‌ی اعتیاد، بسیاری از بیمارانی که سوء مصرف مواد را ترک می‌کنند دچار عود می‌شوند. همبودی اختلال خلقی با اختلال سوء مصرف مواد در تشخیص و درمان مجزای هر یک از این اختلالات خلل ایجاد می‌کند. یکی از عواملی که به شکست درمان سوء مصرف مواد و عود مجدد^۲ افراد منجر می‌شود، نادیده گرفتن درمان اختلالات روانی همزمان است. از سوی دیگر درمان اختلال خلقی همراه می‌تواند سوء مصرف مواد را کاهش دهد. بنابراین به منظور پیشگیری از عود در درمان اختلالات وابستگی به انواع مواد، درمانهای روانشناختی ضروری به نظر می‌رسد (صالحی و همکاران، ۱۳۸۲).

امروزه درمان‌های روانشناختی متعددی برای افسردگی وجود دارند، اما تعداد کمی از آن‌ها که توانسته‌اند در کارآزمایی‌های تصادفی بالینی^۳، اثرمندی^۴ خود را به اثبات برسانند عبارتند از رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین‌فردی و شناخت‌درمانی (چمبلس^۵ و همکاران، ۱۹۹۸). هر چند هر سه‌ی این درمان‌ها دارای اثرمندی هستند، اما در میان آن‌ها تفاوت‌هایی از نظر میزان اثرمندی و با صرفه‌بودن وجود دارد (جیکوبسون و همکاران، ۱۹۹۶). درمان فعال‌سازی رفتاری^۶ نوعی رفتاردرمانی محض^۷ است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار^۸ است و از نظریه‌ی رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (جیکوبسون، مارتل^۹ و دیمیجیان، ۲۰۰۱). اثرمندی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت‌درمانی و دارودرمانی در درمان بیمارانی افسرده‌ی شدید برتری دارد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶).

در سال‌های گذشته، از روشهای درمانی فردی و گروهی مختلفی به منظور درمان افسردگی در محیط‌های بیمارستانی استفاده شده است. با توجه به محدودیت‌های زمانی

^۱ Beck Depression Inventory (BDI-II)

^۲ relapse

^۳ randomized clinical trial

^۴ efficacy

^۵ Chambless

^۶ behavioral activation

^۷ pure

^۸ functional behavior analysis

^۹ Martell

و امکانات اندکی که در محیط‌های بیمارستانی وجود دارد و با توجه به ویژگی‌های درمان‌های رفتاری که از لحاظ زمان، هزینه و امکانات، مقرون به صرفه‌تر بوده و اثربخشی^۱ آنها نیز در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است، درمان گروهی فعال سازی رفتاری به عنوان درمان انتخابی افسردگی در محیط‌های بیمارستانی پیشنهاد می‌شود (لیبرمن، بیدل^۲، ۱۹۹۸، به نقل از هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳).

براساس نتایج پژوهش‌های پیشگامان که فعال سازی رفتاری را مؤلفه و عامل درمانی اصلی در درمان شناختی - رفتاری افسردگی یافتند، جیکوبسون و همکارانش (۲۰۰۱) نخستین پروتکل BA را که بر توابع رفتار افسرده‌وار تأکید دارد، منتشر کردند. تأکید BA بر تبادل بین فرد و محیط در طی زمان و شناسایی محرک‌های محیطی و پاسخ‌های مقابله‌ای^۳ دخیل در سبب شناسی و تداوم خلق افسرده وار است (مارتل و همکاران، ۲۰۰۱). در این رویکرد، رفتار افسرده‌وار (مانند نفعالی و کناره‌گیری) به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای^۴ در برابر موقعیتی که لذت و خوشی کمی داشته (تقویت مثبت) و یا آزارنده و ناکام‌کننده است (تقویت منفی)، مفهوم پردازی می‌شود (جیکوبسون و همکاران، ۲۰۰۱). اجتناب رفتاری^۵ کانون درمان BA است. در این درمان به بیمار آموخته می‌شود که در مقابله با شرایط محیطی آزارنده و ناکام‌کننده، به جای اجتناب، با رفتاری فعالانه‌تر واکنش نشان دهد.

امروزه درمان فعال‌سازی رفتاری درمورد اختلالات و جمعیت‌های بالینی متفاوتی به کار می‌روند. برای نمونه BA در مورد بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۵)، اختلال استرس پس از سانحه (مالیک^۶ و ناگل^۷، ۲۰۰۴؛ جکیوپک^۸، جکیوپک^۸، ۲۰۰۶)، افسردگی نوجوانان (راجیرو^۹ و همکاران، ۲۰۰۵)، همبودی اضطراب اضطراب و افسردگی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴)، کاهش افسردگی بیماران روانپزشکی

¹ effectiveness

² Bidell

³ Coping response

⁴ Coping strategy

⁵ Behavioral avoidance

⁶ Mulick

⁷ Naugle

⁸ Jakupak

⁹ Ruggiero

بستری (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳الف)، پیشگیری از رفتارهای خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳ب)، و بیماران زوال عقل به واسطه آموزش مراقبین آنها (تری^۱ و همکاران، ۱۹۹۷) به کار رفته و نتایج مثبتی داشته داشته است. در بزرگترین مطالعه‌ای که تا کنون در زمینه‌ی مقایسه‌ی اثرمندی درمان‌های افسردگی انجام شده است (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶) مشخص شد که BA در درمان بیماران افسرده‌ی شدید نسبت به دارو درمانی و درمان شناختی نتایج بهتری داشته است. لازم به ذکر است که این نتایج تا دو سال پیگیری حفظ شده است.

در ایران نیز، درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و تغییر نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان موثر بوده است (جلیلی، ۱۳۸۵). فعال‌سازی رفتاری در کاهش میزان مصرف مواد و میزان عود پس از ترک و نیز افزایش شاخص‌های سلامت روان سوء مصرف کنندگان مواد نیز موثر بوده است (گودرزی، ۱۳۸۵).

روش

این پژوهش به شیوه تجربی واقعی^۲ انجام شد. در این پژوهش از طرح بین گروهی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در این طرح از گروه فهرست انتظار به عنوان گروه کنترل استفاده شد که با توجه به این که هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان است نه مکانیزم تأثیر آن، گزینه‌ی مناسبی به شمار می‌رود. بنابراین آزمودنی‌ها بر اساس تشخیص‌های منطبق بر طبقات تشخیصی موجود مانند DSM-IV انتخاب نشدند و ملاک‌های خروج سخت‌گیرانه‌ای نیز اعمال نگردیدند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱). به علت گستردگی و طیف وسیع سوء مصرف کنندگان مواد، جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی می‌شود که مرحله‌ی سم زدایی را پشت سر گذاشته‌اند و به طور خود معرف در مراکز اجتماع درمان‌مدار کل کشور، دوران توانبخشی و درمان نگهدارنده‌ی خود را سپری می‌کنند و نمره‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک-۲ (BDI - II) آنها بیشتر از ۱۳ است. نمونه‌ی این پژوهش از بین مددجویان مقیم در مرکز اجتماع درمان‌مدار شهر مشهد که دارای شرایط شرکت در پژوهش (نمره‌ی بالاتر از ۱۳ در BDI - II) و گذشت یک ماه از اقامت در مرکز) بودند، انتخاب شدند. افراد به صورت تصادفی در گروه درمانی و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه

^۱ Teri

^۲ True experimental

کنترل در برنامه‌های درمانی مرسوم در مراکز اجتماع درمان‌مدار شرکت می‌کردند. گروه آزمایش علاوه بر این برنامه‌ها در ۸ جلسه درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری نیز شرکت نمودند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه‌های افسردگی بک، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی استفاده شده است.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM - IV) انطباق دارد. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه^۱ ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی^۲ به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون،^۳ ۱۳۸۴).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی^۴ به منظور سنجش سلامت روانی افراد به کار برده می‌شود. این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۵ (۱۹۷۲) ساخته شده است. فرم ۲۸ سئوالی آن دارای ۴ خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. ضریب پایایی کلی این آزمون، ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمونها ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، حساسیت^۶ این آزمون، ۰/۸۶ و اختصاصی بودن^۷ آن، ۰/۸۲ گزارش شده است (یعقوبی، ۱۳۷۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی (QOLI): پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است که ۴ خرده مقیاس دارد. این پرسشنامه به ارزیابی کیفیت زندگی در ۴ دامنه از زندگی می‌پردازد که عبارتند از سلامت جسمی، سلامت

^۱ Split half

^۲ Test retest

^۳ Dobson

^۴ General Health Questionnaire

^۵ Goldberg

^۶ sensitivity

^۷ specificity

روانشناختی، روابط اجتماعی، و محیط زندگی. نصیری (۱۳۸۵) پایایی این آزمون را با شیوه‌ی بازآزمایی ۰/۶۷ و ضریب پایایی دو نیمه آنرا نیز ۰/۸۷ گزارش کرده است. همسانی درونی این آزمون نیز ۰/۸۴ بوده است.

نتایج

برای تحلیل آماری داده‌های پژوهشی که به وسیله‌ی طرح تمام آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است، بهترین روش آماری تحلیل کوواریانس^۱ است. در این روش میانگین‌های پس‌آزمون، پس از تعدیل کردن نمره‌های پیش‌آزمون، مورد مقایسه قرار می‌گیرد (دلاور، ۱۳۸۴). در این پژوهش برای بررسی تمامی فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای تعیین اثر متغیر مستقل (درمان) بر متغیرهای وابسته یعنی علایم افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی، آزمون تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضات آن به کار برده شد. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مددجویان در ابزارهای پژوهش، پیش از اجرای درمان و پس از درمان آمده است. جدول ۱- میانگین‌ها و انحراف معیارهای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	ابزار	پیش‌آزمون میانگین (انحراف- معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف- معیار)
آزمایش	BDI-II	(۱۰/۹۲) ۲۸/۵۰	(۷/۱۰) ۱۷/۷۰
	GHQ	(۱۶/۲۵) ۲۴/۴۰	(۱۰/۳۹) ۱۷/۸۰
	QOL	(۱۱/۳۳) ۶۹/۸۰	(۱۴/۱۳) ۷۷/۳۰
کنترل	BDI-II	(۷/۳۲) ۳۱/۴۵	(۴/۰۷) ۲۴/۰۰
	GHQ	(۷/۲۷) ۲۶/۴۵	(۵/۷۴) ۲۴/۷۲
	QOL	(۷/۵۲) ۶۷/۳۶	(۷/۵۶) ۶۸/۰۹

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در پرسشنامه‌ی افسردگی بک، تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود ($F=۵/۷۲۴$).

¹ analysis of covariance

$P=0/028$). بنابراین می‌توان فرضیه‌ی اول پژوهش را پذیرفت و نتیجه گرفت که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری توانسته است از شدت علائم افسردگی افراد گروه آزمایش، درمقایسه با گروه کنترل، بکاهد. همان‌طور که در جدول ۲ مشخص شده است، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود ($P=0/041$, $F=4/871$). بنابراین می‌توان فرضیه‌ی دوم پژوهش را نیز پذیرفت و نتیجه گرفت که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، توانسته است بر میزان سلامت عمومی افراد گروه آزمایش، درمقایسه با گروه کنترل، بیافزاید. با توجه به آنچه در جدول ۲ مشخص شده است، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود ($P=0/065$, $F=3/862$). بنابراین نمی‌توان فرضیه‌ی سوم پژوهش را پذیرفت. در نتیجه درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، نتوانسته است بر میزان کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش، درمقایسه با گروه کنترل، بیافزاید.

جدول ۲

مجدور اتا	سطح معنی- داری	F کوواریانس	همگنی شیب‌ها		همگنی واریانس‌ها		شاخص- ها
			F	سطح معنی‌داری	آزمون لوین	سطح معنی‌داری	
۰/۲۴۱	۰/۰۲۸	۵/۷۲۴	۰/۸۴۳	۰/۰۴۱	۰/۱۲۱	۲/۶۲۸	افسردگی
۰/۲۱۳	۰/۰۴۱	۴/۸۷۱	۰/۸۶۲	۰/۰۳۱	۰/۱۰۶	۲/۸۷۷	سلامت عمومی
۰/۱۷۷	۰/۰۶۵	۳/۸۶۲	۰/۸۹۲	۰/۰۱۹	۰/۰۲۲	۶/۱۹۵	کیفیت زندگی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی، و افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء‌مصرف مواد که به‌صورت خود معرف در مرکز اجتماع درمان‌مدار بستری می‌شوند، بوده‌است. در فرضیه اول پیش‌بینی شده بود که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش شدت علائم افسردگی مددجویان خواهد شد. در ارتباط با فرضیه‌ی اول می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمانی مؤثر در کاهش شدت علائم افسردگی مددجویان است. با توجه به پژوهش‌های زیادی که به همبودی سوء‌مصرف مواد و افسردگی اشاره کرده‌اند و نیز با توجه به این مسئله که برای درمان بهتر سوء مصرف مواد و جلوگیری از عود آن، انجام درمان‌های روانشناختی ضروری است (کورنلینس و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از رسولی آزاد، ۱۳۸۶؛ صالحی و همکاران، ۱۳۸۲)، این یافته که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی مددجویان جویای درمان، اثربخش بوده‌است، دارای اهمیت زیادی است.

با افزایش چشمگیر هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که امروزه در تمام جوامع شاهد آن هستیم، درمان‌های کوتاه‌مدت، آزمون شده و اثربخش‌تر از اقبال بیشتری برخوردار شده‌اند. درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تری اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت دارند، اجرای گروهی آن‌ها نیز به اندازه‌ی اجرای فردی مؤثر است، درمان‌گرا نشان نیاز به آموزش کمی داشته یا اصلاً به درمانگر نیاز نداشته باشند و هزینه-ی مالی کم‌تری را برای درمانجویان در بردارند، نسبت به درمان‌های دیگر در اولویت قرار می‌گیرند (کازدین، ۱۹۹۲). از آن‌جا که در پژوهش حاضر درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری توانست علائم افسردگی درمانجویان را کاهش دهد، استفاده از این روش می‌تواند برای سیستم‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات روان‌شناختی و درمانجویان فواید زیادی را در بر داشته باشد. از یک سو، با فراهم نمودن امکان دسترسی سریع و به موقع درمانجویان به درمان مانع ایجاد مضرات مادی و روان‌شناختی در درمانجویان می‌شود. زیرا موجب کاهش سریع‌تر پریشانی روان‌شناختی آن‌ها می‌شود، جلوی افزایش شدت علائم را می‌گیرد و مانع از ایجاد عواقب شغلی، تحصیلی و اجتماعی برای فرد می‌شود. از سوی دیگر، مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات روان‌شناختی می‌توانند سطح وسیع‌تری از جامعه را تحت پوشش قرار دهند که از نظر هزینه‌های مالی می‌تواند منجر به کاهش

هزینه‌های بهداشتی جامعه شود. به علاوه به طور کلی مداخلات به موقع و پیشگیرانه از هزینه‌های درمانی بعدی می‌کاهند.

در فرضیه‌ی دوم پیش بینی شده بود که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش سلامت عمومی مددجویان خواهد شد. در ارتباط با فرضیه‌ی دوم، نتایج تحلیل-های آماری نشان دادند که گروه آزمایش پس از درمان بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل در پرسشنامه‌ی سلامت عمومی نشان داده است. با توجه به همبودی سوء‌مصرف مواد و اختلالات افسردگی، اضطرابی و نیز با توجه به این که سوء مصرف مواد باعث اختلال در عملکرد اجتماعی افراد می‌شود، این یافته حایز اهمیت فراوان است (کورنلینس و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از رسولی آزاد، ۱۳۸۶؛ صالحی و همکاران، ۱۳۸۲). یکی از اهداف BA کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب است که نتیجه‌ی آن افزایش عملکرد فرد در انجام تکالیف شغلی و اجتماعی خود است. بنابراین BA از طریق وارد کردن فرد در دامنه‌ای از فعالیت‌های کوچک و پاداش دهنده موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده و بر سلامت روانی فرد می‌افزاید (هوپکو و همکاران ۲۰۰۳). عامل دیگری که باعث تاثیر این روش در افزایش سلامت روانی از طریق افزایش عملکرد اجتماعی شده است، بازخورد مثبتی است که افراد گروه به خاطر انجام تکلیف خود می‌گیرند. منبع کنترل^۱ نیز یکی از مکانیسم‌هایی است که می‌تواند اثربخشی BA را تبیین کند، زیرا مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اغلب دارای منبع کنترل بیرونی‌اند (کورین^۲، ۲۰۰۰؛ مارلات^۳، ۱۹۹۸، به نقل از گودرزی، ۱۳۸۶). در گروه به علت بازخوردهای مثبتی که رفتارهای ارادی فرد را تقویت می‌کند، افراد در جهت رشد و شکل‌گیری منبع کنترل درونی پیش می‌روند و این احتمال موفقیت‌های بعدی آنها را در انجام تکالیف رفتاری و در نتیجه افزایش خلق و سلامت روانی‌شان بیشتر می‌کند.

در فرضیه‌ی سوم پیش بینی شده بود که درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی مددجویان خواهد شد. در ارتباط با فرضیه‌ی سوم، نتایج تحلیل-های آماری نشان دادند که گروه آزمایش پس از درمان بهبود بیشتری نسبت به گروه

^۱ locus of control

^۲ Corinne

^۳ marlatt

کنترل در کیفیت زندگی نشان نداده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که در این پژوهش، درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمانی مؤثر در افزایش کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان‌مدار نبوده‌است. از علل احتمالی این نتیجه می‌توان به این موارد اشاره کرد: کیفیت زندگی سازه‌ای است که زمان زیادی وقت لازم است تا تغییر کند و یک یا دو ماه حضور در جلسات گروه نمی‌تواند تغییرات زیادی در کیفیت زندگی افراد ایجاد کند. شرایط زندگی مددجویان در مرکز اجتماع درمان‌مدار با شرایط طبیعی زندگی بسیار متفاوت است و آنها در طی زمان اقامت در این مرکز از امکانات لازم برای ارتقای سطح کیفیت زندگی خود برخوردار نبوده‌اند.

این پژوهش از لحاظ روش‌شناختی و اجرایی محدودیت‌هایی داشته‌است که در نتیجه‌گیری نهایی و تفسیر نتایج پژوهش باید آنها را در نظر گرفت. بعضی از این محدودیت‌ها مانع تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش به گروه‌های بزرگ می‌شوند. به منظور رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی جمعیت‌های مختلف سوء مصرف‌کننده‌ی مواد انجام شود. برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر همچنین می‌توان نتایج درمان را پیگیری کرد. این پژوهش را می‌توان یک مطالعه‌ی مقدماتی و ضروری در نظر گرفت که برای ارزیابی اثربخشی یک روش درمانی رفتاری به منظور کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت روانی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده است. برای تکمیل نتایج پژوهش حاضر و نیز پاسخ به برخی سؤالات لازم است که تحقیقات بیشتری انجام شود.

سپاسگزاری: در پایان از ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به جهت حمایت از این طرح پژوهشی و کارکنان و مددجویان مرکز اجتماع درمان‌مدار مشهد جهت همکاری‌شان صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- امیری، مهدی (۱۳۸۶). اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار. *پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.*
- جلیلی، امیر (۱۳۸۵). اثربخشی فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرش های ناکارآمد. *پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.*
- دلاور، علی (۱۳۸۳). *روشهای تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی.* تهران: ویرایش.
- رسولی آزاد، مراد (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی درمان گروهی با رویکرد شناختی رفتاری در معتادین افسرده. *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.*
- صالحی، مهرداد، مختاری، محمدرضا و مدرس هاشمی، سیدرضا (۱۳۸۲). مقایسه میانگین نمره اضطراب و افسردگی در معتادان مراجعه کننده به مرکز درمان وابستگی به مواد بیمارستان نور اصفهان در نیمه نخست سال ۱۳۸۲، قبل و بعد از سم زدایی. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری اصفهان*، ۱، ۶۲-۵۸.
- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمد کاظم و استغافن دابسون، کیت (۱۳۸۴). ساختارهای معنا گذاری/اطرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۳، ۳۲۶-۳۱۲.
- گودرزی، ناصر (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر درمان اختلالات مصرف مواد افیونی. رساله چاپ نشده ای دکترای روانشناسی سلامت. دانشگاه تهران: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- ناظر، محمد. خالقی، عزت الله. صیادی، احمدرضا (۱۳۸۰). شیوع اختلالات روانپزشکی در وابستگان به مواد افیونی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، ۳، ۴۵-۳۸.
- نصیری، حبیب الله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی. مقاله ارائه شده در سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

References

- Brooner, R., King, V., Kidorf, M., Schmidt, W. & Bigelow, G. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 71-80.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Gollan, J., Atlis, M., & Marlow-O'Connor, M. (2003). Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). Unpublished manual, University of Chicago.
- Hollon, S. D. (2001). Behavioral activation treatment for depression: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8, 271-278.

- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S. Chambers, L. L., & Lejuez, C. W. (2003). The use of daily dairies to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1137-1148.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: therapy, Practice, Training*, *42*, 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, *3*, 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review*, *23*, 699-717.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 460-478.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, *27*, 458-469.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 255-270.
- Jakupak, M., Roberts, L., Martell, C., Mulik, P., Micheal, S., Reed, R., Balsam, K. F., Yoshimoto, D., & McFall, M. (2004). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 387-391.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2nd Ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: Consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *30*, 497-510.
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton and Corporation.
- Mulik, P. S. & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*, 378-387.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R. & Lejuez, C. W. (2005). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, *2*, 1-17.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology* (4th Ed.). New York: Norton.

