

## اثربخشی آموزش فرآیند حل مسأله خلاق (CPS) در بهبود سلامت عمومی و کاهش استرس ادراک شده در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر

لیلا شکوهی امیرآبادی<sup>۱</sup>

### چکیده

زمینه: با توجه به اینکه مصرف مواد مخدر نقش مهمی در رفتار فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد و از آنجایی که افراد معتاد اغلب در مهارت های زندگی نقص داشته و سبک های حل مسأله ناکارآمدی را در رویارویی با مسائل جاری زندگی به کار می گیرند، لذا بررسی سبک های تفکر و شیوه های حل مسأله افراد مصرف کننده مواد و نیز شیوه مقابله آنها با مسائل و مشکلات زندگی حائز اهمیت بسیار است.

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش فرآیند حل مسأله خلاق (CPS) در بهبود سلامت عمومی و کاهش استرس ادراک شده در افراد وابسته به مواد مخدر انجام شده است. روش پژوهش: در یک پژوهش نیمه تجربی پس از غربالگری های اولیه، ۴۶ نفر از افرادی که در یک مرکز درمان سوء مصرف مواد مخدر در تهران، درمان نگهدارنده با متادون را شروع کرده بودند، در دو گروه آزمایش (۲۳ نفر) و گواه (۲۳ نفر) بررسی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت درمان گروهی آموزش فرآیند حل مسأله خلاق (CPS) قرار گرفتند و گروه گواه، روان درمانی خاصی دریافت نکردند. همه شرکت کنندگان در آغاز پژوهش، پایان دوره درمانی و سه ماه پس از پایان گروه درمانی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) و استرس ادراک شده را تکمیل کردند و از نظر مورفین موجود در ادرارشان مورد سنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها، روش های آمار توصیفی و آزمون کوواریانس به کار برده شد. یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در دو گروه از نظر بهبود سلامت عمومی و کاهش استرس ادراک شده، تفاوت معناداری وجود دارد.

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، رودهن، ایران Leila.shokouhi@yahoo.com

نتیجه گیری: آموزش فرآیند حل مسأله خلاق در افزایش سلامت عمومی و کاهش استرس ادراک شده در گروه آزمایش مؤثر بوده است.

**کلیدواژه ها:** استرس ادراک شده، آموزش فرآیند حل مسأله خلاق (CPS)، سلامت عمومی.

## مقدمه

کوشش های بین المللی که از اواسط قرن گذشته در زمینه تحریم تولید و توزیع این مواد و جلوگیری از عرضه آن ها به عمل آمده، به دلیل منافع سرشار ناشی از قاچاق مواد مخدر، تاکنون با موفقیت همراه نبوده است. با گسترش تولید و مصرف مواد مخدر و همچنین کشف و تولید غیرقانونی مواد روانگردان ترکیبی جدید در بسیاری از نقاط جهان، پیش بینی می شود تولید، قاچاق و مصرف مواد مخدر و عوارض جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن، بویژه شیوع ایدز، به عنوان یکی از مشکلات عمده جهانی در قرن بیست و یکم ادامه یابد. ارائه آمار دقیقی از تعداد معتادان کشور به دلیل آن که در حال حاضر در جهان روش واحدی در زمینه همه گیری شناسی اعتیاد وجود ندارد، عملی ناشدنی است. اما براساس حجم کشفیات مواد مخدر، آمار زندانیان قاچاقچی و معتاد و پذیرش معتادان در مراکز بازپروری، تخمین نهایی از تعداد معتادان در ایران ارائه شده است.

همجواری کشور ایران با دو کشور اصلی تولیدکننده مواد مخدر؛ یعنی افغانستان و پاکستان، موجب شده تا خاک ایران بهترین راه عبور این مواد به کشورهای اروپایی باشد و در این نقل و انتقالات، مقداری از این مواد توسط افراد سودجو توزیع و پخش شده، عده ای از افراد جامعه را به کام خود بکشاند. در صورتی که هر معتاد، به طور متوسط عضوی از یک خانواده ۵ نفری باشد حداقل ۱۰ میلیون نفر از مردم کشور ما به نوعی با مشکل اعتیاد و پیامدهای روانی- اجتماعی آن روبرو هستند. ایران از جمله کشورهایی است که از چند قرن پیش با مشکل سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آنها روبرو بوده و

اقداماتی در جهت جلوگیری از تولید و مصرف این مواد به عمل آورده است. این اقدامات که از دوران صفویه آغاز شده بود منجر به تصویب قوانین مدونی جهت منع کشت و معامله مواد و تعقیب کیفری یا درمان معتادان شد (وزیریان، ۱۳۸۴، ۱۷).

به نظر اغلب مردم، اعتیاد به واسطه لغزش و عودهای مکرر، بیماری مزمنی محسوب می شود. به دلیل تأثیرات منفی و ناخوشایند آن بر ابعاد مختلف زندگی معتادان، درمان آن همواره از اهمیت بالایی برخوردار بوده است. یکی از روش های درمان دارویی موفق در سال های اخیر، درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین است. درمان با متادون، یکی از انواع درمان هایی است که به منظور کمک به بیماران و کاستن از مشکلات بهداشتی اجتماعی آنها توصیه می شود. درمان با متادون، به طور مستقیم و غیرمستقیم روی پیش آگهی اعتیاد تأثیر می گذارد. متادون یک ماده صناعی است که خواص فیزیولوژیک و ضد درد مشابه تریاک و هرویین دارد اما نشئه آور به حساب نمی آید. با تجویز متادون و قطع مصرف تریاک و هرویین، معتاد اعتیاد خود را ترک نکرده، بلکه به ماده ای کم خطرتر معتاد شده است. درمان نگهدارنده با متادون، رضایت خاطر افراد تحت درمان را فراهم می کند و کنار گذاشتن مصرف آن هم از تریاک و هرویین آسان تر است.

در برنامه درمان با متادون، این ماده به شکل قرص یا شربت خوراکی و به صورت کنترل شده در مراکز خاص به بیماران تحویل می شود. از دید صاحب نظران، جایگزینی تریاک و هرویین با متادون حداقل دو فایده دارد:

الف) شیوع اعتیاد تزریقی را کاهش می دهد و فراوانی بیماری های خطرناکی همچون ایدز نیز کمتر می شود.

ب) ارتباط معتاد با توزیع کنندگان مواد مخدر قطع شده و احتمال بزهکاری در جامعه کاهش می یابد (ارسیا، خوش دل، امن الهی و اکبرزاده، ۱۳۹۱، نقل در حدادی و همکاران). آنچه در درمان نگهدارنده اهمیت دارد آن است که در این روش درمانی به بیماران مصرف کننده مخدر به اندازه ای داروی متادون داده می شود که بیماران علائم

ترک یا محرومیت نداشته و نیازی برای مصرف دوباره مواد در خود احساس نکنند. اما با وجود اثربخشی این روش درمانی، در پاره ای موارد شاهد هستیم که با گذشت مدت زمانی از درمان، لغزش های متعددی از سوی برخی بیماران تجربه شده و زمینه عود در آنها فراهم می شود (شرباما<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵، لوین<sup>۲</sup>، اوانز<sup>۳</sup>، بروک<sup>۴</sup>، کالباگ<sup>۵</sup> و نانز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶، نقل در حدادی و همکاران). میرث<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی موانع احتمالی عدم موفقیت این بیماران، به ویژگی های شخصیتی و رفتاری اشاره نمودند (میرث، پالسن<sup>۸</sup>، مالد<sup>۹</sup>، جانسن<sup>۱۰</sup> و لووریک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). اهداف درمانی بر سه مورد تأکید می کنند که در ابتدا قطع وابستگی جسمی به مواد، دوم قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد همچون اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیشگیری از عود مجدد بیماری را شامل می شود. مطابق با گزارش های قبلی، همگرایی بالایی بین اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد وجود دارد به طوری که یک سوم افراد افسرده از سوء مصرف مواد رنج می برند (داویس، اوزاتو و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸). مطالعات مختلف نشان داده است که حس اشتیاق به مصرف به عنوان پدیده مرکزی و عامل اصلی ادامه سوء مصرف و همچنین بازگشت به اعتیاد پس از دوره های درمانی شناخته می شود. اشتیاق به مصرف را می توان عامل ایجاد علائم ترک روانی و جسمانی دانست. بسیاری از مراجعان، اشتیاق به مصرف را تمایل برای مصرف مواد تعریف می نمایند. بعضی دیگر از آنها اشتیاق را یک وضعیت روان شناختی طلب مواد می دانند که انگیزه مصرف مواد را ایجاد می نماید

۱ - Scherbauma

۲ - Levin

۳ - Evans

۴ - Brooks

۵ - Kalbag

۶ - Nunes

۷ - Myrseth

۸ - Pallesen

۹ - Molde

۱۰ - Johnsen

۱۱ - Lorvik

۱۲ - Davis, Uezato & Newell

(بادگر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷، نقل در پور شهباز و همکاران، ۱۳۸۹)، از عوامل درونی که افراد را مستعد و آسیب پذیر می کند می بایست به جنبه های شناختی، اجتماعی و شخصیتی فرد توجه کرد. سوء مصرف مواد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل و اراده فرد نبوده و افراد در آن با عوامل کنترل مواجه هستند، زیرا در این رفتار، عوامل داخلی و خارجی متعددی می توانند مؤثر واقع شوند (گلانز<sup>۲</sup> و ریمر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

ویردجیو، ریواس، وبلاز و پرز<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که افراد دارای وابستگی به مواد، آگاهی ضعیفی از راهبرد خود، خود تنظیمی معیوب و تکانش وری بالایی نسبت به افراد عادی نشان می دهند. شیتهم، آلن، یوسل و لوبمان<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که سطح بالای عاطفه منفی در خطر درگیری و دوام رفتارهای مرتبط با مصرف مواد نقش دارند.

اهمیت کنترل هوشمند در رفتارهای اعتیادی در حدی است که وجود اختلال در کنترل اجرایی و بازداری به عنوان ویژگی های کلیدی بسیاری از نظریه های اعتیاد به شمار می روند. این نظریات، دوام مصرف دارو و دشواری هایی را که بسیاری از افراد در مقاومت در برابر استفاده عادی از دارو دارند به این متغیرها ارتباط داده اند (اوپریت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ همکاران، ۲۰۰۷؛ لی و سینها<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). کارکردهای کنترل اجرایی و بازداری بویژه زمانی اهمیت پیدا می کند که شخص به حذف یک پاسخ غالب نظیر رفتار مصرف داور در واکنش به سرخ های دارویی نیاز داشته باشد (تارتر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). آهارنووچ<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۶) گزارش کردند که نارسایی های شناختی در مصرف کنندگان کوکائین و کانابیس با پاسخ دهی ضعیف آنها به درمان های رفتاری همراه است. حتی پس از آنکه فرد

۱ -Badger

۲ - Glanze

۳ - Rimer

۴ -Verdejo, Rivas, Vilar & Perez

۵ -Cheetham, Allen, Yücel & Lubman

۶ -Everitt

۷ -Li & Sinha

۸ -Tarter

۹ -Aharonovich

وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع کند نیز نمی توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. از این جهت عود مصرف یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. به منظور مقابله با عود مصرف مواد، مطالعات مختلفی انجام شده است و جمع بندی های به دست آمده از این مطالعات نشان می دهد که اثربخشی درمان های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله های روانی اجتماعی با عود مصرف مواد زیادی همراه است (روزن، وارت، ویندت، برینک، یونگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در مطالعه ای روی مصرف کنندگان کوکائین که تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفته بودند، آنهایی که درمان را کامل نکرده بودند به طور معناداری در متغیرهای آزمایشگاهی توجه، حافظه، توانایی فضایی، سرعت، دقت، کارکرد کلی و مهارت شناختی، عملکرد ضعیف تری در مقایسه با کامل کنندگان درمان داشتند (آهارنوویچ و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات زیادی گزارش کرده اند که استفاده مزمن از دارو، بویژه کوکائین، متامفتامین، کانابیس و سیگار با نارسایی هایی در کارکردهای شناختی نظیر تصمیم گیری، بازداری پاسخ، برنامه ریزی، حافظه کاری و توجه همراه است (دورازو، میرهاف و نیکسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ فرناندر، پیرالس<sup>۳</sup>، مورینو و ویردیجو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲؛ استاورو، پلیترر و پوتوین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳).

در سال های اخیر، پیشرفت های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش های مختلف اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان های غیر اختصاصی و نیز اثر بخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت های مختلف ارائه شده است. به عنوان مثال فراتحلیل ایروین<sup>۶</sup>

۱ - Roozen, Waart, Windt, Brink & Yong

۲ - Durazzo, Meyerhoff & Nixon

۳ - Price

۴ - Fernandez, Perales, Moreno, Perez & Verdejo

۵ - Stavro, Pelletier & Potvin

۶ - Irvin

همکاران (۱۹۹۹)؛ کارول و اونکن<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) نشان داده اند که مداخلات شناختی رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار داشته و سهم عمده ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته اند. در این میان، مهارت حل مسأله یک راهبرد مقابله ای مهم است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و نشانه شناسی روانی را کاهش می دهد (زهراکار، رضا زاده و قدسی، ۱۳۸۹).

پژوهش ها نشان می دهند که افراد معتاد در مهارت های ضروری جهت رویارویی با مشکلات نقایصی دارند و از سوء مصرف مواد به عنوان روشی آشنا برای مقابله استفاده می کنند تا بتوانند هیجانانامطلوب ناشی از موقعیت های دشوار درون فردی یا برون فردی را کاهش دهند (دالی و مارلات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ سوبل و سوبل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷، نقل در متین نژاد، موسوی، سید علی محمد و اسفند آباد، ۱۳۸۹)، همچنین در این پژوهش ها با بررسی روی افراد مصرف کننده مواد، به این نتیجه رسیدند که انتظارات این افراد از پیامدهای مصرف مواد، نقش بسزایی در تداوم و سوء مصرف آنها دارد. انتظاراتی از قبیل رها شدن از افکار و رفتارهای رنج آور، آرامش و کاهش تنش، تسهیل روابط اجتماعی - جنسی، ارتقاء کیفیت ادراکی و شناختی، تداوم زمان لذت و خوش بودن در افراد معتاد مشاهده شده است.

به طور کلی، خلاقیت در کیفیت راه حل هایی که ضمن حل مسأله به آنها دست می یابید بروز می کند. حل خلاقانه مسأله تا حدی با روش های حل مسائلی مانند ریاضی، علوم و روانشناسی، متفاوت است. همچنین با روش های سنتی که در واحدهای مهندسی تدریس می شود یا در صنعت مورد استفاده قرار می گیرد، تفاوت دارد (حائری زاده و لیلی، ۱۳۸۳).

۱ - Carroll, K.M. & Onken

۲ - Daley, C. D. & Marlatt

۳ - Sobell, M. B. Sobell

از دیدگاه تورنیول، لیتلی و آلن<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، خلاقیت، توانایی تولید افکار جدید و ترکیب افکار موجود به شکل های جدید برای یافتن راه حل های جدید برای مسأله است. حل خلاق مسائل، یک مهارت اساسی برای زندگی و یادگیری است که برای کاربرد طیف وسیعی از فرآیندهای تفکر مناسب است. شیوه عملی یادگیری است که می توان آن را به عنوان مدلی برای بروز خلاقیت هنری و پژوهش علمی به کار برد. همچنین مدلی است برای بهبود روابط، برخوردار با ابهام اجتماعی و کاهش تنشی که ما گاه گاهی با آن روبرو هستیم (استانیس و ابرلی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶، نقل در برون، حیدری، بختیارپور و برون، ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه دنیای امروز با مسائل دشوار و آسان فراوانی مواجه است باید با استفاده از فرآیندهای فکری بارآور به دنبال راهکارهای جدید بود تا بتوان مسائل را به صورت علمی، خلاق و نوآورانه حل کرد. رویکرد حل مسأله خلاق بر این اساس است که هیچ پایانی برای مسائل نیست و افراد نیازمند فعالیت و فرایندی مداوم، پویا و خلاق هستند. افرادی که به صورت گروهی با مسائل درگیر می شوند راه حل های موثر بیشتری خلق می کنند، ارائه فرصت هایی برای دادن پیشنهاد و ایده های جدید، به تقویت و تحکیم تفکر علمی، خلاق و انتقادی کمک می کند. آشنایی با فرآیند حل مسأله خلاق به افراد کمک می کند تا خودشان مسائل را تشخیص دهند و پاسخ های متنوع و فراوانی برای حل آنها خلق کنند. ارائه سؤال ها و مسائل باز پاسخ، بررسی و آزمایش، طراحی و ساختن تفکر خلاق و انتقادی را تشویق می کند (شلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

بر اساس پژوهش های انجام شده، افراد معتاد در مهارت های زندگی نقص داشته و سبک های حل مسأله ناکارآمدی را در رویارویی با مسائل جاری زندگی به کار می گیرند. با توجه به آنچه که ذکر شد، بررسی سبک های تفکر و شیوه های حل مسأله افراد مصرف کننده مواد و نیز شیوه مقابله آنها با مسائل و مشکلات زندگی حائز اهمیت بسیار است.

<sup>۱</sup> - Turnbull, Littlei, & Allan

<sup>۲</sup> - Stanish & Eberle

<sup>۳</sup> - Shalley



بنابراین، بررسی اینکه افراد معتاد چگونه با دشواری‌ها، اتفاقات و مسائل طبیعی زندگی روبرو می‌شوند و از چه روش‌ها و شیوه تفکری برای حل این مشکلات استفاده می‌کنند ضروری است. به نظر می‌رسد پژوهش و کسب دانش در این زمینه بتواند کمک مؤثری به معتادین در راه ترک نموده و از بازگشت مجدد آنها به سوی مصرف مواد جلوگیری نماید.

لذا در پژوهش حاضر، محقق بر آن است تا به بررسی اثر بخشی آموزش فرآیند حل مسأله خلاق (CPS) بر بهبود سلامت عمومی و کاهش استرس ادراک شده معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بپردازد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش تحقیق به دلیل وجود دو گروه کنترل و آزمایش، از نوع تحقیقات تجربی به شمار می‌رود، ولی از آن‌جا که گروه گواه با گروه آزمایش هم‌تا شده است و ملاک انتساب اعضای گروه گواه به صورت تصادفی محض نبوده، از نوع تحقیقات شبه آزمایشی به شمار می‌رود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه بیماران (معتادان) مراجعه کننده به مرکز درمان سوء مصرف مواد مخدر در شهر تهران، زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، که از اردیبهشت ماه تا بهمن ماه سال ۱۳۹۳ تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفته بودند.

از میان ۱۵۰ فرد وابسته به مواد افیونی سرند شده، ۶۰ نفر بر پایه ملاک‌های انتخاب (مرد بودن، واجد شرایط ورود به درمان نگهدارنده با متادون طبق پروتکل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ارجاع خود معرف، داشتن تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی بر پایه نظر روانشناس و روانپزشک و مطابق با معیارهای تشخیصی (DSM-5) و داشتن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال و حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی) و ملاک‌های خروج (سم زدایی سرپایی و یا درمان ناموفق نگهدارنده پیشین حداقل به فاصله ۱۲ ماه از شروع درمان

جدید نگهدارنده که در آن دارو مصرف شده باشد، مصرف یا وابستگی اخیر به مواد دیگر، اختلال جسمانی و روانپزشکی عمده اخیر و استفاده اخیر از داروهای روانگردان و ضد صرع) به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. همه آزمودنی ها، کراک (نوع ایرانی) یا تریاک و مشتقات آن را مصرف می کردند.

در این پژوهش، پس از غربالگری اولیه (ملاک های انتخاب و حذف) و پس از دو هفته از تاریخ شروع درمان دارویی آزمایش مورفین انجام شد. جواب آزمایش مورفین ۱۴ نفر از نمونه اولیه مثبت گزارش شد و از آزمایش حذف شدند. سپس از بین کلیه معتادینی که جواب آزمایش مورفینشان منفی شده بود به روش تصادفی نمونه ۲۳ نفری به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند و ۲۳ نفر دیگر نیز به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

### ابزار اندازه گیری

۱- فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش: به منظور جلب همکاری و ایجاد اطمینان از بابت محرمانه ماندن اطلاعات، فرم رضایتنامه محقق ساخته ای توسط داوطلبان شرکت در پژوهش تکمیل شد.

۲- پرسشنامه خصوصیات فردی: به منظور جمع آوری مشخصات فردی و اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش؛ همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه مصرف یا اعتیاد به مواد افیونی، نوع ماده مصرفی، مدت زمان اعتیاد، سابقه درمان و ترک، نوع درمان، تعداد دفعات ترک، بیشترین زمان ترک، پرسش نامه محقق ساخته به داوطلبان شرکت در پژوهش ارائه شد.

۳- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸): پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است (در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است). سؤال های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می پردازد و شامل نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار

و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت های اینجا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن ها دارای ۷ سؤال است. سؤال های هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده است به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است. تمام گویه های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و دو نوع روش نمره گذاری برای این گزینه ها وجود دارد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه در این پژوهش لیکرت است که براساس این شیوه، گزینه های آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره گذاری می شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. ضریب پایایی ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۰، ۰/۸۱، ۰/۷۷ در ایران گزارش شده است. حساسیت و ویژگی این ابزار در نقطه برش ۲۳ مطلوب گزارش شده است. در این پژوهش، این پرسش نامه برای بررسی وضعیت سلامت روانی بیماران به کار برده شد (یعقوبی، اصفهانی و شاه محمدی، ۱۳۷۴).

۴- مقیاس استرس ادراک شده: مقیاس استرس ادراک شده زمانی به کار می آید که بخواهیم بدانیم موقعیت های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش استرس زا می باشند (کوهن و دیگران، ۱۹۸۳، به نقل از امین یزدی، ۱۳۷۷). این سؤالات طرح شده اند تا پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیری و مشقت بار بودن زندگی خویش بیان کنند. به دفعات مشخص شده است که این سه مطلب. عناصر اصلی تجربه استرس را تشکیل می دهند. به علاوه، این مقیاس دارای تعدادی سؤال مستقیم نیز در مورد سطوح فعلی استرس در فرد است. این مقیاس برای استفاده در نمونه های عادی با حداقل تحصیلات دوران متوسط ساخته شده است. فهم جملات؛ ساده بوده، گزینه های

پاسخ نیز به سادگی قابل درک می باشند. به علاوه، پاسخ ها نیز یک ماهیت کلی دارند و از این رو، نسبتاً از هر گونه محتوای خاصی که ویژه یک زیر گروه معین باشند، مبرا هستند. مقیاس اصلی شامل ۱۴ پرسش است. البته، نسخه های چهار سؤالی (PSS ۴) و ده سؤالی (PSS ۱۰) این مقیاس نیز رواسازی شده اند. سؤالهای PSS درباره احساسات و افکاری طرح شده اند که یک فرد در طول ماه گذشته داشته است. سؤالهای ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ بر عکس نمره گذاری می شوند (هیچی = ۴، خیلی کم = ۳، تا حدودی = ۲، نسبتاً زیاد = ۱ و خیلی زیاد = ۰) و مجموع آنها با جمع نمرات سایر سؤال های مقیاس به حساب می آید. کوهن و دیگران (۱۹۸۳)، به نقل از امین یزدی، (۱۳۷۷) دریافتند که PSS پیش بینی های بهتری را در مقایسه با «مقیاس های رویداد زندگی» در مورد نشانه های روانی، نشانه های جسمی و استفاده از خدمات بهداشتی در اختیار می گذارد.

امین یزدی (۱۳۷۷) طی پژوهشی در این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را گزارش نموده است که در حد قابل قبولی است.

در تحلیل داده ها، از روش های آمار توصیفی و آزمون کوواریانس به کار برده شد. جلسات آموزش به صورت گروهی در هشت جلسه یک ساعته برگزار شد. قبل از آموزش و پس از آن و سه ما بعد از آن، پرسشنامه استرس ادراک شده و سلامت عمومی در دو گروه اجرا شد. گروه گواه در این مدت روان درمانی خاصی دریافت نکردند. ساختار جلسات آموزش را محققان با استفاده از فرآیند حل خلاق مسأله تنظیم نموده و از سوی متخصصین در این زمینه تأیید شد. محتوای جلسات آموزش گروهی سبک به صورت زیر بود:

جلسه اول: اجرای پیش آزمون- بحث و بررسی اهمیت درمان های غیردارویی اعتیاد، بویژه گروه درمانی-مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات-معرفی و آشناسازی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه- مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی، آموزش مفهوم حل خلاق مسأله و انواع فرآیندهای حل مسأله، انواع تفکر و رفتار در موقعیت های

مختلف ارتباط آنها با مصرف مواد- بحث گروهی و مثال های کاربردی مرتبط با مصرف مواد از فرآیند حل خلاق مسأله (CPS) همراه با تکلیف کلاسی گروهی. جلسه دوم: روشن سازی و اولویت بندی اهداف- آگاهی از تأثیر (CPS) بر سلامت ما، بحث گروهی و کار گروهی در خصوص فرآیند حل خلاق مسأله (CPS)، پیدا کردن فرایندهای حل مسأله خلاق که به بهبود تفکر، رفتار و در نتیجه سلامت کمک می کند. جلسه سوم: شناسایی انواع تفکر، بحث در خصوص تجربیات گروه در زندگی روزمره و فرآیندهای حل مسأله و احساس مسأله (نمودار چرا- چرا<sup>۱</sup>) که ممکن است به مصرف مواد بینجامد- کار گروهی در خصوص شناسایی انواع تفکر و بیان علت و بیان فرآیند حل خلاق مسأله (CPS) که منجر به عدم مصرف مواد می شود و ترغیب اعضای گروه به استفاده از فرآیندهای حل خلاق مسأله در زندگی روزمره.

جلسه چهارم: بررسی فرآیندهای حل مسأله انتقادی و نمودار ایشکاو<sup>۲</sup> و ارتباط آنها عزت نفس و درماندگی، انجام بحث و تمرین عملی گروهی در خصوص فرآیندهای حل مسأله انتقادی و ارتباط آن با مسائل مختلف در زندگی روزمره و مصرف مواد. جلسه پنجم: بررسی مرحله جمع آوری اطلاعات و مسأله یابی و اجرای تکنیک به تصویر کشیدن مسأله<sup>۳</sup>، معکوس سازی فرضیه<sup>۴</sup> و انجام بحث و تمرین گروهی در خصوص مسأله یابی و اجرای تکنیک های مرتبط با مصرف مواد در گروه.

جلسه ششم: بررسی مراحل ایده یابی و ایده پردازی در تفکر خلاق و انتقادی و تمرین تکنیک بارش مغزی<sup>۵</sup> و بارش مغزی معکوس<sup>۶</sup> و ارتباط آنها با استرس، امیدواری، خودکارآمدی، تسلط بر زندگی و درماندگی، کار و بحث گروهی در خصوص انتخاب ایده های خلاق در زندگی و برنامه ریزی برای به عمل در آوردن این ایده ها و رابطه این

۱ - why-why diagram  
 ۲ - shikawa diagram  
 ۳ - draw a picture of the problem  
 ۴ - assumption reversal  
 ۵ - brainstorming  
 ۶ - inverse brainstorming

ایده پردازی و عمل به آنها بر سلامت و جلوگیری از مصرف مواد در موقعیت های واقعی زندگی روزمره.

جلسه هفتم: بررسی مراحل ایده یابی و ایده پردازی در تفکر خلاق و انتقادی و تمرین اسبورن<sup>۷</sup>، نگارش فکری<sup>۸</sup> و گروه اسمی<sup>۹</sup> و ارتباط آنها با استرس و تسلط بر زندگی و رویارویی با تفکرات مرتبط با مصرف مواد، کار و بحث گروهی در خصوص انتخاب ایده های خلاق در زندگی و رابطه این ایده پردازی بر استرس، سلامت و جلوگیری از مصرف مواد.

جلسه هشتم: آشنایی با تکنیک چگونه- چگونه<sup>۱۰</sup> و ماتریس ارزیابی ایده ها<sup>۱۱</sup> به صورت کار گروهی و کسب مهارت در خصوص علاقه مندی و به کارگیری روش های به عمل در آوردن این ایده ها در زندگی روزمره، که به جلوگیری از مصرف مواد می انجامد، مرور دوباره برنامه و اهداف درمان- ارائه بازخورد در مورد پیشرفت و دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان.

### یافته های پژوهش

گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی بررسی شدند. میانگین سن گروه گواه ۲۹/۵۱ آزمایش ۳۱/۱۳ سال بود. بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش متأهل، دارای کار تمام وقت، با تحصیلات سوم راهنمایی تا دیپلم و در منزل استیجاری و یا با والدین زندگی می کردند. همچنین اکثر شرکت کنندگان در پژوهش دارای سابقه مصرف مواد بوده و بیشتر به طور تدریجی مواد مصرف می کردند.

۷ - Asborn Checklist  
 ۸ - brainwriting  
 ۹ - nominal group  
 ۱۰ - how-how diagram  
 ۱۱ - matrix of ideas evaluation

به منظور تفسیر نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه های استرس ادراک شده و سلامت عمومی، نمره کل در پرسشنامه استرس ادراک شده و نمره کل هر خرده مقیاس در سلامت عمومی برابر با مجموع نمره سؤال های آن خرده مقیاس و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمره های چهار خرده مقیاس در نظر گرفته شد. آزمون آماری مورد استفاده در تحلیل داده ها، شاخص آماری کوواریانس بود. در تحلیل کوواریانس از اندازه های پیش آزمون به عنوان متغیر کوواریت استفاده شد و با حذف اثر پیش آزمون بر پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گواه در نمره های پس آزمون و پیگیری با یکدیگر مقایسه شدند که نتایج آن در جدول های شماره ۱ و ۴ ارائه شده است.

چنانچه در جداول شماره ۲ و ۵ مشاهده می شود، در مرحله پس آزمون، بین نمره های گروه آزمایش نسبت به نمره های گروه گواه در استرس ادراک شده و سلامت عمومی و تمامی مؤلفه آن رابطه معنی داری به دست آمد. به عبارت دیگر، آموزش فرآیند حل خلاق مسأله (CPS)، موجب کاهش میزان استرس ادراک شده و افزایش سلامت عمومی گروه آزمایش شده است.

تحلیل کوواریانس نمره های استرس ادراک شده در مرحله پیگیری نیز با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان کوواریت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی مطابق با جدول شماره ۳ نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پیگیری افزایش داشته است.

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات سلامت عمومی و مؤلفه های آن در مرحله پیگیری با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان کوواریت، مطابق با جدول شماره ۶، نشان داد که نمرات سلامت عمومی (به طور کلی)، نشانه های جسمانی و افسردگی افزایش داشته است اما در مولفه اضطراب و بی خوابی ( $F=2/89$  و سطح معنی داری  $0/096$  است که در واقع بزرگتر از  $0/05$  است) تفاوت معنی داری در گروه های گواه و آزمایش وجود ندارد؛

یعنی آموزش فرآیند حل خلاق مسأله (CPS) بر نمرات آزمون اضطراب و بی خوابی در افراد وابسته به مواد مخدر در مرحله پیگیری مؤثر نیست.

همچنین در مؤلفه اختلال در کارکرد اجتماعی، ( $F=1/59$ ) و سطح معنی داری ۰/۲۱۴ است که در واقع بزرگتر از ۰/۰۵ است) نیز تفاوت معنی داری در گروه های گواه و آزمایش وجود ندارد؛ یعنی آموزش فرآیند حل خلاق مسأله (CPS) بر نمرات اختلال در کارکرد اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر در مرحله پیگیری مؤثر نیست.

#### جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات استرس ادراک شده در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مولفه ها                     | گروه   | میانگین | انحراف معیار |
|------------------------------|--------|---------|--------------|
| استرس ادراک شده در پیش آزمون | گواه   | ۳۷/۹۵   | ۷/۴۰         |
|                              | آزمایش | ۳۷/۱۳   | ۴/۵۹         |
| استرس ادراک شده در پس آزمون  | گواه   | ۳۱/۸۶   | ۷/۱۱         |
|                              | آزمایش | ۲۵/۹۵   | ۴/۵۸         |
| استرس ادراک شده در پیگیری    | گواه   | ۳۰/۶۰   | ۸/۰۸         |
|                              | آزمایش | ۲۶/۸۶   | ۵/۲۷         |

#### جدول ۲. تحلیل کوواریانس در استرس ادراک شده در پیش آزمون و پس آزمون

| متغیر                        | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجذور میانگین | F      | سطح معنی داری | مجذور اتای جزئی |
|------------------------------|---------------|------------|---------------|--------|---------------|-----------------|
| گروه                         | ۳۱۳/۷۴        | ۱          | ۳۱۳/۷۴        | ۲۶/۹۰  | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۱            |
| استرس ادراک شده در پیش آزمون | ۱۱۲۴/۴۸       | ۱          | ۱۱۲۴/۴۸       | ۱۰۷/۱۹ | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۱            |
| خطا                          | ۴۵۱/۰۸        | ۴۳         | ۱۰/۴۹         |        |               |                 |
| جمع                          | ۴۰۴۳۲/۰۰      | ۴۶         |               |        |               |                 |



**جدول ۳.** تحلیل کوواریانس در استرس ادراک شده در پیش آزمون و پیگیری

| متغیر                        | مجموع<br>مجذورات | درجه<br>آزادی | مجذور<br>میانگین | F     | سطح<br>معنا داری | مجذور<br>اتای جزئی |
|------------------------------|------------------|---------------|------------------|-------|------------------|--------------------|
| گروه                         | ۱۰۴/۹۱           | ۱             | ۱۰۴/۹۱           | ۵/۵۵  | ۰/۰۲۳            | ۰/۱۱               |
| استرس ادراک شده در پیش آزمون | ۱۲۴۰/۵۱          | ۱             | ۱۲۴۰/۵۱          | ۶۵/۷۲ | ۰/۰۰۱            | ۰/۶۰               |
| خطا                          | ۸۱۱/۵۷           | ۴۳            | ۱۸/۸۷            |       |                  |                    |
| جمع                          | ۴۰۲۰۶/۰۰         | ۴۶            |                  |       |                  |                    |

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی و مؤلفه آن در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | مؤلفه ها         | گروه   | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|------------------|--------|---------|--------------|
| پس آزمون  | سلامت عمومی      | گواه   | ۱۵/۴۸   | ۴/۳۱         |
|           |                  | آزمایش | ۱۵/۴۷   | ۴/۶۱         |
|           | نشانه های جسمانی | گواه   | ۴/۶۵    | ۲/۲۸         |
|           |                  | آزمایش | ۴/۵۲    | ۱/۹۰         |
|           | اضطراب و بیخوابی | گواه   | ۴/۶۱    | ۲/۴۲         |
|           |                  | آزمایش | ۳/۸۷    | ۱/۶۰         |
|           | اختلال در کارکرد | گواه   | ۴/۳۹    | ۱/۸۷         |
|           |                  | آزمایش | ۵/۱۷    | ۱/۶۶         |
|           | افسردگی          | گواه   | ۱/۸۳    | ۱/۹۲         |
|           |                  | آزمایش | ۱/۹۱    | ۱/۷۰         |
| پس پیگیری | سلامت عمومی      | گواه   | ۲۲/۴۳   | ۴/۶۵         |
|           |                  | آزمایش | ۳۴/۱۳   | ۴/۴۵         |
|           | نشانه های جسمانی | گواه   | ۷/۰۹    | ۲/۵۹         |
|           |                  | آزمایش | ۱۰/۳۰   | ۲/۱۶         |
|           | اضطراب و بیخوابی | گواه   | ۶/۶۱    | ۲/۸۲         |
|           |                  | آزمایش | ۸/۷۰    | ۱/۹۴         |
|           | اختلال در کارکرد | گواه   | ۶/۰۰    | ۱/۸۸         |
|           |                  | آزمایش | ۷/۷۸    | ۲/۵۴         |
|           | افسردگی          | گواه   | ۲/۷۴    | ۲/۳۹         |
|           |                  | آزمایش | ۷/۳۵    | ۲/۴۹         |
| پس پیگیری | سلامت عمومی      | گواه   | ۱۹/۸۶   | ۴/۴۵         |
|           |                  | آزمایش | ۲۸/۶۵   | ۴/۵۶         |
|           | نشانه های جسمانی | گواه   | ۵/۷۳    | ۲/۲۶         |
|           |                  | آزمایش | ۹/۱۳    | ۲/۳۶         |
|           | اضطراب و بیخوابی | گواه   | ۶/۰۴    | ۲/۴۳         |
|           |                  | آزمایش | ۶/۷۳    | ۱/۸۳         |
|           | اختلال در کارکرد | گواه   | ۵/۳۹    | ۱/۸۲         |
|           |                  | آزمایش | ۶/۴۷    | ۲/۰۶         |
|           | افسردگی          | گواه   | ۲/۶۹    | ۲/۱۸         |
|           |                  | آزمایش | ۶/۳۰    | ۲/۹۳         |

**جدول ۵. تحلیل کوواریانس در نمرات سلامت عمومی و مؤلفه آن در پیش آزمون و پس آزمون**

| مؤلفه                          | متغیر     | مجموع<br>مجذورات | درجه<br>آزادی | مجذور<br>میانگین | F      | سطح معنی<br>داری | مجذور اتای<br>جزئی |
|--------------------------------|-----------|------------------|---------------|------------------|--------|------------------|--------------------|
| سلامت<br>عمومی                 | گروه      | ۱۵۷۳/۰۶          | ۱             | ۱۵۷۳/۰۶          | ۱۰۸/۵۷ | ۰/۰۰۱            | ۰/۷۱               |
|                                | پیش آزمون | ۲۸۹/۲۳           | ۱             | ۲۸۹/۲۳           | ۱۹/۹۶  | ۰/۰۰۱            | ۰/۳۱               |
|                                | خطا       | ۶۲۳/۰۲           | ۴۳            | ۱۴/۴۸            |        |                  |                    |
|                                | جمع       | ۳۹۲۸/۰۰          | ۴۶            |                  |        |                  |                    |
| نشانه های<br>جسمانی            | گروه      | ۱۲۷/۴۳           | ۱             | ۱۲۷/۴۳           | ۵۲/۶۲  | ۰/۰۰۱            | ۰/۵۵               |
|                                | پیش آزمون | ۱۴۶/۵۷           | ۱             | ۱۴۶/۵۷           | ۶۰/۵۳  | ۰/۰۰۱            | ۰/۵۸               |
|                                | خطا       | ۱۰۴/۱۲           | ۴۳            | ۲/۴۲             |        |                  |                    |
|                                | جمع       | ۳۸۴۸/۰۰          | ۴۶            |                  |        |                  |                    |
| اضطراب و بی<br>خوابی           | گروه      | ۷۲/۷۸            | ۱             | ۷۲/۷۸            | ۱۷/۱۲  | ۰/۰۰۱            | ۰/۲۸               |
|                                | پیش آزمون | ۷۵/۵۴            | ۱             | ۷۵/۵۴            | ۱۷/۷۷  | ۰/۰۰۱            | ۰/۲۹               |
|                                | خطا       | ۱۸۲/۸۰           | ۴۳            | ۴/۲۵             |        |                  |                    |
|                                | جمع       | ۳۰۰۲/۰۰          | ۴۶            |                  |        |                  |                    |
| اختلال<br>در کارکرد<br>اجتماعی | گروه      | ۲۲/۸۵            | ۱             | ۲۲/۸۵            | ۵/۰۶   | ۰/۰۳۰            | ۰/۱۰               |
|                                | پیش آزمون | ۲۵/۸۲            | ۱             | ۲۵/۸۲            | ۵/۷۲   | ۰/۰۲۱            | ۰/۱۱               |
|                                | خطا       | ۱۹۴/۰۸           | ۴۳            | ۴/۵۱             |        |                  |                    |
|                                | جمع       | ۲۴۴۱/۰۰          | ۴۶            |                  |        |                  |                    |
| افسردگی                        | گروه      | ۲۳۸/۷۰           | ۱             | ۲۳۸/۷۰           | ۴۸/۱۶  | ۰/۰۰۱            | ۰/۵۲               |
|                                | پیش آزمون | ۵۰/۵۵            | ۱             | ۵۰/۵۵            | ۵/۲۰   | ۰/۰۰۳            | ۰/۱۹               |
|                                | خطا       | ۲۱۳/۱۰           | ۴۳            | ۴/۹۵             |        |                  |                    |
|                                | جمع       | ۱۶۷۸/۰۰          | ۴۶            |                  |        |                  |                    |

**جدول ۶. تحلیل کوواریانس در نمرات سلامت عمومی و مؤلفه آن در پیش آزمون و پیگیری**

| مؤلفه                    | متغیر     | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجذور میانگین | نمره F | سطح معنی داری | مجذور اتای جزئی |
|--------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|--------|---------------|-----------------|
| سلامت عمومی              | گروه      | ۸۸۷/۰۴        | ۱          | ۸۸۷/۰۴        | ۷۶/۸۸  | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۴            |
|                          | پیش آزمون | ۳۹۹/۷۵        | ۱          | ۳۹۹/۷۵        | ۳۴/۶۴  | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۴            |
|                          | خطا       | ۴۹۶/۰۷        | ۴۳         | ۱۱/۵۳         |        |               |                 |
|                          | جمع       | ۲۸۸۵۸/۰۰۰     | ۴۶         |               |        |               |                 |
| نشانه های جسمانی         | گروه      | ۱۴۰/۶۲        | ۱          | ۱۴۰/۶۲        | ۵۸/۶۱  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۷            |
|                          | پیش آزمون | ۱۳۱/۸۸        | ۱          | ۱۳۱/۸۸        | ۵۴/۹۷  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۶            |
|                          | خطا       | ۱۰۳/۱۶        | ۴۳         | ۲/۳۹          |        |               |                 |
|                          | جمع       | ۲۹۱۰/۰۰       | ۴۶         |               |        |               |                 |
| اضطراب و بیخوابی         | گروه      | ۱۱/۴۷         | ۱          | ۱۱/۴۷         | ۲/۸۹   | ۰/۰۹۶         | ۰/۰۶            |
|                          | پیش آزمون | ۳۴/۹۱         | ۱          | ۳۴/۹۱         | ۸/۸۰   | ۰/۰۰۵         | ۰/۱۷            |
|                          | خطا       | ۱۷۰/۴۷        | ۴۳         | ۳/۹۶          |        |               |                 |
|                          | جمع       | ۲۰۹۰/۰۰       | ۴۶         |               |        |               |                 |
| اختلال در کارکرد اجتماعی | گروه      | ۴/۵۳          | ۱          | ۴/۵۳          | ۱/۵۹   | ۰/۲۱۴         | ۰/۰۳۶           |
|                          | پیش آزمون | ۴۴/۴۷         | ۱          | ۴۴/۴۷         | ۱۵/۵۸  | ۰/۰۰۱         | ۰/۲۶            |
|                          | خطا       | ۱۲۲/۷۴        | ۴۳         | ۲/۸۵          |        |               |                 |
|                          | جمع       | ۱۸۰/۱/۰۰      | ۴۶         |               |        |               |                 |
| افسردگی                  | گروه      | ۱۴۴/۶۷        | ۱          | ۱۴۴/۶۷        | ۲۷/۹۰  | ۰/۰۰۱         | ۰/۳۹            |
|                          | پیش آزمون | ۷۰/۸۳         | ۱          | ۷۰/۸۳         | ۱۳/۶۶  | ۰/۰۰۱         | ۰/۲۴            |
|                          | خطا       | ۲۲۲/۹۰        | ۴۳         | ۵/۱۸          |        |               |                 |
|                          | جمع       | ۱۳۷۵/۰۰       | ۴۶         |               |        |               |                 |

## بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه، تعیین بررسی اثربخشی آموزش فرآیند حل خلاق مسأله (CPS) در بهبود سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد مخدر بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که این برنامه باعث کاهش استرس ادارک شده و افزایش میزان سلامت عمومی افراد تحت درمان سوء مصرف مواد مخدر شده در مرحله پس آزمون و کاهش استرس ادراک شده و افزایش سلامت عمومی (به طور کلی) و مؤلفه های نشانه های جسمانی و افسردگی در مرحله پیگیری شده است، اما در مؤلفه های اضطراب و بی خوابی و کارکرد اجتماعی تفاوت معنی داری در گروه های گواه و آزمایش وجود ندارد؛ یعنی آموزش فرآیند حل خلاق مسأله (CPS) بر اضطراب و بی خوابی و کارکرد اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر در مرحله پیگیری مؤثر نیست.

در مرور پیشینه و ادبیات پژوهش، مطالعات همخوان و یا ناهمخوان با این نتایج را دقیقاً نمی توان مثال آورد اما می توان به پژوهش هایی اشاره کرد که با استفاده از تکنیک های رفتار درمانی و یا رفتار درمانی شناختی در درمان سوء مصرف مواد استفاده کرده اند. در راستای این یافته ها، همسو با نتایج به دست آمده از فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در درمان سوء مصرف مواد است که مشخص شود درمان شناختی- رفتاری در ترک سوء مصرف مواد و بهبود ملاک های سلامت روان مؤثر بوده است. نتایج تحقیق فوق نشان داد که رفتار درمانی- شناختی- رفتاری می تواند بر دو شاخص اصلی سلامت روان؛ یعنی اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر اثر گذار باشد (تابع بردبار، ۱۳۹۲). نوابی فر (۱۳۸۷) نیز در این راستا در پژوهش خود گزارش نمود که درمان شناختی- رفتاری به وجود باور های غیر منطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باور های غیر منطقی با باور های منطقی در فرد تأکید می شود بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمان به مراجع ارائه می شود به فرد معتاد کمک می کند تا الگوهای فکری ناکارآمدی را که به احساس بی کفایتی در فرد منجر می شود تشخیص داده و آن را با

الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد. همچنین ارائه تکالیف در جلسات آموزش و نیز ادامه انجام تکالیف در منزل حائز اهمیت است، چرا که انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیت های مشکل زا و چالش انگیز در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تأثیر درمان می شود.

علاوه بر این تجربه جلسات گروهی؛ امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با مشکلات را برای فرد امکان پذیر می سازد.

بنابراین، به نظر می رسد که با کمک رفتاردرمانی شناختی با هر نوع تجربه ای (حتی ناخوشایند) می توان مرتبط شد بدون آن که در آن گیر افتاد. در چنین وضعیتی، وظیفه فرد معتاد، که دارای استرس، اضطراب است و خلق غمگین را تجربه می کند، تنها خوش آمدگویی به یک تجربه دردناک و درست مشابه خوش آمدگویی و استقبال از تجربیات خوش آیند است و نه تلاش برای مواجه نشدن با آن.

واقعیت این است که مداخلات روانشناختی، برنامه درمان نگهدارنده با متادون می تواند پیامدهای مثبت اثر متادون را افزایش داده، تغییراتی در سبک زندگی افراد ایجاد کند و موجب تثبیت و حمایت از یک زندگی عاری از مواد در فرد شود. نتایج این تحقیق با پژوهش ملازاده و آشوری (۱۳۸۸) همسو است؛ یعنی بهترین روش دروان این است که افراد یاد بگیرند تا برای حل مشکل خود از تغییر نگرش و کاهش باورهای غلط در جهت کسب بهبودی کوشش کنند. نتایج تحقیق متین نژاد، موسوی و اسفند آباد (۱۳۸۹) نشان داد که شیوه های حل مسأله و سبک های تفکر افراد مصرف کننده مواد و افراد عادی با هم متفاوت است. افراد وابسته در مقایسه با افراد غیر وابسته کمتر از شیوه های حل مسأله خلاق استفاده می کنند. در نتیجه می توان استدلال کرد که مشاوره ها و درمان های رفتاری و شناختی به دو طریق از عود مصرف مواد جلوگیری می کند: اول اثرات مستقیم درمان نگهدارنده شامل دارودرمانی و روان درمانی عوارض ترک و محرومیت را کاهش داده و

درمان های شناختی به بیماران کمک کرده اند که از طریق تحلیل کارکردی، موقعیت های مقابله ای و حل مسأله، راه های دیگری غیر از مصرف مواد را برای مشکلات خود بیابند. دوم اینکه اثر غیر مستقیم حاصل از پیشرفت های درمانی به موازات پیشرفت در درمان و بر طرف شدن علائم روانی مانند: افسردگی، شرکت در برنامه های درمانی، موجب ایجاد نگرش مثبت به خود، افزایش عزت نفس بیماران، افزایش احساس تسلط و کفایت، ایجاد امید نسبت به آینده و بهبود ارتباطات خانوادگی می شود. در کل تمامی مشاوره ها و روان درمانی ها در این خصوص، این امکان را به وجود می آورد تا با مداخلات رفتاری فرد بتواند کنترل عواطف و نیازهای خود را داشته باشد و در تنظیم هیجانات ناشی از وابستگی به مواد رهایی یافته و از وسوسه های ناشی از عود مصرف بکاهد.



با توجه با استناد به تحقیقات مختلف می توان گفت که توانمند سازی افراد وابسته به مواد برای تغییر باورهای غیر منطقی و کسب راه های مختلف حل مسأله به صورت خلاق، عدم بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و ایجاد انگیزه برای زندگی با کیفیت از راه های ارتقاء سطح بهداشت روان آنان خواهد بود. یکی از مهمترین راه های پیشگیری و درمان اعتیاد، گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت های حل مسأله است. بنابراین اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت.

یکی از محدودیت های این پژوهش، این بود که پژوهشگر امکان همتاسازی آزمودنی ها را از نظر هوشی و پختگی روانی نداشت. به علاوه با توجه به این که برای جمع آوری داده ها از روش خود گزارشی استفاده شده است امکان تحریف پاسخ ها ها توسط آزمودنی به منظور موجه جلوه دادن خود ممکن است روی نتایج آزمون ها اثر گذاشته باشد. به نظر می رسد اجرای پژوهش های مشابه در خصوص تأثیر فرآیند حل خلاق مسأله در افراد مصرف کننده مواد اعتیاد آور دیگر مفید باشد. همچنین با توجه به این که نتایج پژوهش بیانگر تفاوت میان سطح سلامت روانی و استرس ادارک شده در میان گروه آزمایش و گروه گواه

است، پیشنهاد می شود سایر روش های پرورش خلاقیت نیز به طور جداگانه در پژوهش های آتی انجام پذیرد.

در این پژوهش، اطلاعات آزمودنی ها کاملاً به صورت محرمانه باقی ماند و جمع آوری اطلاعات همراه با توافق آگاهانه شرکت کنندگان صورت گرفت. به علاوه شرکت در این پژوهش، هیچ گونه ضرر و زبانی برای افراد شرکت کننده در آزمون نداشت و حتی سودمندی احتمالی نیز داشته است.

با توجه به اینکه پژوهش های بسیار کمی در زمینه شیوه های حل مسأله و مخصوصاً سبک های تفکر در ایران صورت گرفته است، اطلاعات به دست آمده از این پژوهش می تواند بسیار راه گشا و مفید واقع شود. نتایج پژوهش نشان می دهد که برای مداخله های درمانی، سرمایه گذاری جهت پیشگیری از شروع اعتیاد، جلوگیری از عود مجدد اعتیاد باید در زمینه شیوه های حل مسأله و سبک های تفکر بررسی های بیشتری انجام پذیرد. همچنین می شود چنین نتیجه گرفت که می توان از روش های آموزش حل مسأله استفاده کرد و جوانان و افراد آسیب پذیر جامعه را در مقابل اعتیاد ایمن ساخت. بنابراین، استفاده از آموزش شیوه حل خلاق مسأله می تواند از عود مجدد اعتیاد جلوگیری کند تا از هزینه های گزاف درمان های مجدد و تخریب منابع انسانی توسط اعتیاد جلوگیری شود.

**سپاسگزاری:** این مقاله حاصل طرح پژوهشی است که با حمایت مالی باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن انجام شده است. بدینوسیله از رئیس باشگاه، همکاران باشگاه و معاونت پژوهش و فن آوری در واحد رودهن تشکر و قدردانی می شود.



## منابع

- امین یزدی، سید امیر. (۱۳۷۷). بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک شده. گزارش نهایی طرح پژوهشی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- برون، سارا؛ حیدری، علیرضا؛ بختیارپور، سعید و برون، سارا. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش حل خلاق مسأله بر مؤلفه های خلاقیت دانش آموزان. *ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی*. ۲(۴)، ۵۵-۷۱.
- پورشهباز، عباس؛ مومنی، فرشته و مشتاق بیدختی، نهاله. (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه های افسردگی و اضطراب در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴(۱۱)، ۸۳-۹۸.
- تابع، پردبار. (۱۳۹۲). فراتحلیل اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در درمان سوء مصرف مواد و سلامت عمومی افراد وابسته به مواد مخدر. *روش ها و مدل های روانشناختی*. ۴(۱۴)، ۱-۱۲.
- حائری زاده، خیریه بیگم؛ و محمدحسین، لیلی. (۱۳۸۳). *تفکر خلاق و حل خلاقانه مسأله*. تهران: نی.
- حدادی، روح الله؛ فتحی ناز، حمیدرضا؛ کریمی، مهد؛ اکبری، سعید و سلطانی نژاد، نفیسه. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی داروهای ریسپریدون و فلوکستین در ترکیب با گروه درمانی کنترل تکانه، بر بهبود تکانشگری و لغزش معتادان کراک هرورین تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۵)، ۸۹-۱۰۲.
- زهره کار، کیانوش؛ رضازاده، آزاده و احقر، قدسی (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر خودکارآمدی دانش آموزان دختر دبیرستان های رشت. *مجله اندیشه های نوین تربیتی*. ۵(۱۳۳)-۱۵۰ (۵).
- متین نژاد، سیده اعظم؛ موسوی، سید علی محمد و اسفند آباد، حسن شمس (۱۳۸۹). مقایسه شیوه های حل مسأله و سبک های تفکر در افراد مصرف کننده مواد و افراد غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۱۱-۲۴.

ملازاده، حواد؛ عاشوری، احد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دوماهنامه علمی- پژوهشی دانش و رفتار*. ۱۶ (۳۴). ۱-۱۲.

نوابی فر، فرناز؛ آقایی، اصغر؛ عمرانی فرد، ویکتوریا؛ افشارزنجانی، حمید. (۱۳۸۷). اثربخشی و مقایسه گروه درمانی شناختی به شیوه منطقی - عاطفی - رفتاری و روش هومیوپاتی بر اختلال افسردگی زنان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۳۷، ۴۱-۶۴.

وزیریان، محسن. (۱۳۸۴). راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان. تهران: سلمان. یعقوبی، نور ا...، نصرافهانی، مهدی و شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. ۱ (۴)، ۶۶-۵۵.

Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E. V. (۲۰۰۶). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug Alcohol Depend*, ۸۱(۳), ۳۱۳-۳۲۲.

Carroll, K.M.& Onken, L.S (۲۰۰۵). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, ۱۶۲، ۱۴۵۲-۱۴۶۱.

Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M., & Lubman, D. I. (۲۰۱۰). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, ۳۰(۶), ۶۲۱-۶۳۴.

Davis, L., Uezato, A., Newell, J.M., Frazier, E. (۲۰۰۸). Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*, ۲۱(۱), ۱۴-۸.

Durazzo, T. C., Meyerhoff, D. J., Nixon, S. J. (۲۰۱۰). Chronic cigarette smoking: implications for neurocognition and brain neurobiology. *International Journal Environmental Research Public Health*, ۷(۱۰), ۳۷۶۰-۳۷۹۱.

Everitt, B. J., Hutcherson, D. M., Ersche, K. D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (۲۰۰۷). The orbital prefrontal cortex and drug addiction in

- laboratory animals and humans. *Ann N Y Academic Sciociety*, ۱۱۲۱(۱), ۵۷۶-۵۹۷.
- Fernandez-Serrano, M. J., Perales, J. C., Moreno-Lopez, L., Perez-Garcia, M., & Verdejo-Garcia, A. (۲۰۱۲). Neuro psychological profiling of impulsivity and compulsivity in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology (Berl)*, ۲۱۹(۲), ۶۷۳-۶۸۳.
- Glanze K, Rimer B.(۲۰۰۵). Theory at a glance: A guide for health promotion. *unded. National cancer institute US department of health and human services: National institutes of health publication*; ۱۵-۲۳.
- Irvin, J.E., Boers, C., Dunn, M.E. & Wang, M. (۱۹۹۹). Efficacy of Relapse Prevention: A Metaanalytic Review. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. ۶۴(۴), ۵۶۳-۵۷۰.
- Li, C. S. R., & Sinha, R. (۲۰۰۸). Inhibitory control and emotional stress regulation: Neuroimaging evidence for frontal-limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, ۳۲(۳), ۵۸۱-۵۹۷.
- Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B. H., Lorvik, I. M. (۲۰۰۹). Personality factors as predictors of pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, ۴۷, ۹۳۳-۹۳۷.
- Shalley, C. E. (۲۰۰۷). Team cognition: The importance of team process and composition for the creative problem-solving process. *Research in Multi-Level Issues*, ۷, ۲۸۹-۳۰۴.
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (۲۰۱۳). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, ۱۸(۲), ۲۰۳-۲۱۳.
- Tarter, R.E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J.R., Pajer, K., Vanyukov, M., Gardner, W., Blackson, T., & Clark, D. (۲۰۰۳). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, ۱۶۰(۶), ۱۰۷۸-۱۰۸۵.

- Turnbull, M., Little, A., & Allan, M. (۲۰۱۰). Creativity and collaborative learning and teaching strategies in the design dis crippling Inducation. *Arts Education Policy Review*, ۱۱۱, ۵۲-۶۲.
- Verdejo-Garcia, A., Rivas-Perez, C., Vilar-Lopez, R., & Perez-Garcia, M. (۲۰۰۷). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in polysubstance abusers in their first year of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, ۸۶(۲-۳), ۱۳۹-۱۴۶.

