

تأثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با

متادون

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۶

نعمت ستوده اصل*، معصومه ثابت اسماعیل پور**، ایمان ا... بیگدلی***

چکیده

مقدمه: وابستگی به مواد یکی از مهم ترین عوامل موثر بر کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وابستگی به مواد در سراسر جهان به شمار می رود. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر سمنان بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با استفاده از گروه آزمایش و کنترل بوده است. تعداد ۴۰ بیمار وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون در شهرستان سمنانبا توجه به معیارهای ورود و خروج به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی نگهدارنده متادون تحت امید درمانی قرار گرفت. امید درمانی طی ۸ جلسه بر روی آزمودنی های گروه آزمایش انجام شد و در این فاصله گروه گواه برای انجام مداخله روانشناختی در لیست انتظار قرار گرفت. کلیه بیماران قبل از شرکت در مداخله، نسبت به تکمیل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) اقدام نمودند. بعد از انجام مداخلات درمانی و سه ماه پس از پایان مداخله، آزمودنی ها توسط همان پرسشنامه (کیفیت زندگی)، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون تغییر معنی داری را نشان داد و اثرات درمان پس از سه ماه هنوز برقرار بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های تحقیق می توان بیان نمود، که امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون موثر است.

واژه های کلیدی: امید درمانی، کیفیت زندگی، بیماران وابسته به مواد، درمان نگهدارنده متادون

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

وابستگی به مواد یکی از اختلالات مزمن و اغلب عودکننده ای است که فرد را مستعد مشکلات جدی مثل ایدز، هپاتیت و سایر اختلالات مزمن و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی می‌نماید. این اختلال، در صورت عدم درمان مناسب و همه‌جانبه، برای همه عمر فرد را درگیر بیماری و عوارض ناشی از آن می‌سازد [۱].

این اختلال متأثر از تعامل عوامل زیست‌شناسی، اجتماعی، روان‌شناختی و فرهنگی می‌باشد و میزان بالای همبودی این بیماری با اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت تأثیرات شدیدی را بر کیفیت زندگی و سلامت بیماران به جای می‌گذارد [۲-۴]. نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که وابستگی به مواد بر کیفیت زندگی افراد تأثیرات منفی می‌گذارد [۵-۷] و اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی فرد دارد و تهدیدی جدی و نگران‌کننده و یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی (جسمی و روحی) درسراسرجهان به شمار می‌آید و به عنوان یک مساله زیستی-روانی-اجتماعی که ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد بسیاری از مولفه‌های کیفیت زندگی را تخریب می‌کند [۸].

در کنار تأثیرات مخرب این اختلال در سلامت عمومی بیماران نتایج تحقیقات نشان داد، وابستگی به مواد به دلیل ماهیت پیشرونده اش علاوه بر عوارض جسمانی و روانی برای بیماران، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید قرار می‌دهد [۹-۱۱].

با توجه به گسترش رو به تزايد اختلال وابستگی به مواد در کشور ما و تأثیرات مخرب آن بر کیفیت زندگی بیماران، در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثر بخشی درمان در بیماریهای جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است [۱۲]. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد در ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی را در

برمی‌گیرد. رویکردهای سنتی در درمان سوء مصرف موادمعدتا متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری بوده و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته اند [۱۳-۱۴].

امروزه درمان‌هایی که فقط بر پایه‌ی سم‌زدایی یا مداخله‌ی حاد هستند کم‌کم جای خود را به درمان‌های جدیدتری می‌دهند که ضمن کاهش خطرات و عوارض بیماری کیفیت زندگی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار دهد که انگیزه‌ی اصلی درمان در هر بیماری است. یکی از درمان‌ها ی مبتنی بر کاهش آسیب، «درمان نگهدارنده با متادون» است که طی آن بیمار ماده‌ی مخدر مصرفی خود را قطع و به‌جای آن، داروهایی مثل متادون، بوپرنورفین و... مصرف می‌کند [۱۵].

تحقیقات زیادی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روانشناختی، سلامت و بهزیستی روانی بیماران مورد بررسی قرار داده اند [۱۶].

با وجود آن که نتایج تحقیقات درمان نگهدارنده با متادون را به عنوان یکی از مهم‌ترین رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌کنند، اما به نظر می‌رسد که این شیوه از درمان، ابعاد روانشناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران و به خصوص کیفیت زندگی بیماران را کمتر موردنظر جدی قرار داده است [۱۷].

از بین درمان‌های موجود در درمان وابستگی به مواد، امید به جهت نظری دارای مزایایی همچون صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی و اصلاح و بهبود روابط بین فردی است. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بسیاری از بیماران جسمی و روانی شده است، اما این شیوه از درمان، در بحث وابستگی به مواد کمتر مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است. امید درمانی اسنایدر یک مدل انگیزشی مبتنی بر شناخت است که نه تنها بر انگیزش و انتظار درمان، بلکه بر نقش برنامه ریزی به عنوان یکی از متغیرهای مهم امیدبرای دستیابی به اهداف درمانی توجه نموده است [۲۲-۱۸].

براساس نظریه اسنایدر، امید به عنوان وجه مشترک بسیاری از درمان‌ها تلقی می‌شود. فرض اساسی در این نظریه این است که مشکلات انسان قابل حل می‌باشد و

آزمودنی ها: جامعه آماری این پژوهش را بیماران وابسته به مواد شهرسمنان در سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. نمونه تحقیق شامل ۴۰ نفر از بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون شهر سمنان در سال ۱۳۹۲ بود. آزمودنی ها از بین سه مرکز درمان نگهدارنده نشاط، نسیم و حکیم به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بیماران طبق ملاک های تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSMIV-TR)، وابسته به مواد شناخته شده و بعد از تست مورفین و تایید آزمایش، تحت درمان نگهدارنده متادون قرار گرفتند. معیارهای ورود نمونه شامل: دارا بودن تاییدیه تست مورفین، لزوم استفاده از درمان نگهدارنده متادون، تاهل، محدوده سنی ۵۰-۲۰ سال، تحصیلات سیکل و بالاتر، داشتن شغل و داشتن حداقل توان جسمی و شناختی لازم جهت شرکت در مداخلات روان شناختی بر اساس نظر روانشناس مجری طرح.

ملاک های خروج نمونه از تحقیق شامل دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک بنا به تشخیص روان شناس مجری طرح بر اساس کتابچه آماری - تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده دیگری که موجب کاهش کیفیت زندگی شود. با توجه به معیارهای ورود نمونه به تحقیق و خروج نمونه از تحقیق، آزمودنی ها نسبت به تکمیل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و آزمون کیفیت زندگی اقدام نمودند.

ابزار

برای انجام این تحقیق ارزیابی کیفیت زندگی بیماران در سه مقطع ۱- قبل از مداخله به عنوان خط پایه ۲- پس از مداخله و ۳- سه ماه پس از مداخله به عنوان پیگیری انجام گرفت. این ارزیابی ها توسط فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت انجام شد. پرسشنامه فوق دارای ۲۶ سوال است. دو سوال پرسشنامه در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و مابقی آیتم ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه گیری می نماید. در این پژوهش برای نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی، از روش نمره گذاری لیکرت بر اساس درجه بندی ۵ تایی استفاده شد (نمره صفر نشانگر درک منفی و کم و نمره

انسان در پرتو امید می تواند به آینده ای روشن دست یابد. به اعتقاد اشنایدر، برگزیدن هدفهای مناسب و تلاش برای رسیدن به آن ها همان چیزی است که می توان به آن ها تفکر هدف مدار یا امید گفت [۲۲-۱۸].

از نظر کندی^۱ اهداف اولیه و اصلی امیددرمانی بازگرداندن مردم به زندگی بر اساس اصول همزیستی مسالمت آمیز است. امید درمانی با برقراری رابطه عاطفی فرد با خدای خود^۲، خانواده^۳، دوستان و دیگران^۴ تلاش دارد تا فرد بتواند در مقابل سد هولناک اضطراب درونی^۵ خود ایستادگی کند و کم کم بر آن فایق آید و از اثرات منفی و عواقب مضر آن در زندگی خود بکاهد یا مصون بماند [۲۳]. اسنایدرا امید را یک حالت انگیزشی مثبت می داند که مبتنی بر حس پایوری (اراده) و راهیابی و ناشی از تعامل فرد با محیط است. بنابراین، امید، ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیریابی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرها است [۲۰].

باعنایت به نتایج تحقیقات صورت گرفته و با توجه به اینکه بیماران متعاقب دریافت امید درمانی، نسبت به تحمل فشارها و استرس های ناشی از درمان، پاسخ مناسب تری از خود نشان می دهند و درمان های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می کنند و همچنین با توجه به نتیجه تاثیرات مثبت ارتقای امید بعنوان یک راه موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری های مزمن [۲۲] و با توجه به گسترش رو به تزاید اختلال وابستگی به مواد در کشور ما و تاثیرات مخرب آن بر کیفیت زندگی بیماران [۱۲] و کمبود تحقیقات انجام شده در زمینه تاثیر این درمان در بیماران وابسته به مواد، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهرسمنان انجام شد.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با استفاده از گروه آزمایش و کنترل بوده است.

- 1- Kennedy
- 2- Relationship with God
- 3- Family
- 4- Friends and others
- 5- Internal anxiety

روانی و جسمی در پیگیری اهداف ۷- تغییر خودگویی های منفی ۸- تصویرسازی ذهنی مثبت گرایانه و ارائه جملات و حکایات امیدبخش جهت تقویت نیروی اراده ذهنی ۹- توصیه جهت تغییر در رفتارهای مرتبط با وسوسه و هوس مصرف مواد مانند استفاده از دارو در زمان مقرر، مراجعه به مشاور و مطرح کردن مشکل، بررسی سود و زیان درمان نسبت به زمان مصرف مواد، دوری از دوستان مصرف کننده و تغییر موقعیت و ... ۱۰- آشنایی با شیوه های مقابله با موانع و چالش ها ۱۱- استفاده از پیوستار پیشرفت برای ارزیابی فرایند پیگیری هدف و بازخورد ۱۲- ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف در افزایش امید. جلسات امید درمانی با توجه به مراحل پیش گفت در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، به صورت هفتگی به بیماران ارائه شد. با توجه به نظریه اسنایدر [۲۲-۱۸]. تکالیف منزل نیز برای بیماران شرکت کننده در جلسات امید درمانی در نظر گرفته شد. برای اجرای تحقیق و رعایت اخلاق حرفه ای، اخذ رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان تخصیص کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه، تکمیل پرسشنامه ها بدون نام و رعایت اصل محرمانه ماندن اطلاعات بیماران رعایت شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-16 و برای آزمون فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۴۰ نفر از بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون در دو گروه آزمایش (امید درمانی) و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند محدوده سنی گروه های مورد مطالعه بین ۲۰-۴۵ بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴٫۲ سال و انحراف معیار آن ۳/۹ بود. میانگین سنی گروه شاهد ۳۳/۳ و انحراف معیار آن ۴/۶ بود. دو گروه از نظر سن دارای اختلاف معنی دار نبودند ($P=342$). نتایج هم چنین نشان داد، تفاوت معنی داری بین آزمودنی های دو گروه برحسب تحصیلات درسه سطح ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاهی و شغل در دو سطح شاغل و بیکار وجود نداشت. در بررسی رعایت مفروضه نرمات بودن توزیع نرمات از آزمونهای کولموگروف - اسمیروف و شپیرو- ویلکز استفاده شد که در خرده مقیاسها و نمره کل کیفیت

۴ درک مثبت و بالا می باشد). بعنوان مثال یک سوال چقدر از زندگی لذت می برید؟ دارای جواب های زیر می باشد: نمره ۰ اصلا ۱- کمی ۲- به طور متوسط ۳- زیاد و نمره ۴- خیلی زیاد، که امتیاز بالاتر به منزله کیفیت بالاتر زندگی در این سوال می باشد. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری، ۱۰۴ می باشد. گویه هایی که مورد سوال قرار می گیرند در چهار حیطه کلی شامل سلامت عمومی، جنبه های روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط فیزیکی است و جنبه های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می کند. اعتبار و روایی این پرسشنامه تاییده است. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوایی و برای بررسی پایایی از آلفا کرونباخ استفاده گردید. پایایی در بخش عملکرد جسمی ۰/۷۰، درد ۰/۹۰، فعالیت های روزانه ۰/۹۵، احساس ۰/۸۴، خواب ۰/۸۹، سلامت کلی ۰/۷۸ و ارتباط با نزدیکان ۰/۹۱ تعیین گردید [۲۴-۲۵].

روند اجرای پژوهش: برای اجرای کار، کلیه شرکت کنندگان قبل از شروع درمان، پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی (دمو گرافی و پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش، در معرض مداخلات درمانی قرار گرفتند. پس از ۸ جلسه از ارائه مداخلات درمانی، مجدداً آزمودنی ها نسبت به پر کردن آزمون های پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی اقدام کردند. ۳ ماه پس از اجرای پس آزمون، به منظور ارزیابی ماندگاری مداخلات صورت پذیرفته، آزمون پیگیری از آزمودنی ها به عمل آمد. به منظور حفظ رابطه با بیماران و حفظ آموخته های بیماران تا اجرای آزمون پیگیری، هر ماه یک جلسه جهت یاد آوری قواعد و فنون روش های آموخته شده در جلسات مداخله، جهت گروه های آزمایشی برگزار شد. خلاصه روش درمانی مبتنی بر نظریه امید درمانی شامل این تکنیک ها و مراحل به شرح زیر معرفی می شود:

معرفی امید و جنبه های مختلف آن ۲- معرفی اهداف و انواع آن به عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ۳- ایجاد ساختاری برای کشف اهداف ۴- ارائه راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف ۵- تهیه لیست اهداف، اولویت بندی آنها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه ۶- آشنایی با شیوه های افزایش انگیزه و نیروی اراده

همگنی واریانس ها تایید می شود. همچنین قبل از تحلیل داده ها برای بررسی همگنی کواریانس ها از آزمون ام باکس استفاده شد نتایج نشان می دهد شرط همگنی ماتریس/کواریانس به درستی رعایت شده است. برای آزمون فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه-گیری مکرر استفاده شده است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن به تفکیک گروه آزمایشی و کنترل و مراحل اندازه گیری در جدول شماره ۱ آورده شده است.

زندگی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات رعایت شده است. ($p \geq 0.01$). جهت بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد نتایج نشان داد که نشان داد بجز در خرده مقیاس بعد جسمانی در بقیه خرده مقیاس ها همگنی واریانس برقرار است. با توجه به برابر بودن تعداد دو گروه عدم رعایت همگنی واریانس از خرده مقیاس بعد جسمانی نیز مانعی برای استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره ایجاد نمی کند. بنابراین واریانس گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش بطور معنی داری تفاوت نداشته و فرض

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن به تفکیک دو گروه

| مرحله پیگیری | پس آزمون | | پیش آزمون | | خرده مقیاس کیفیت زندگی | | | | | | | |
|---------------------|------------|------------------|--------------|------------------|------------------------|------------------|--------------|------------------|------|-----|------|------|
| | گروه کنترل | | گروه آزمایشی | | گروه کنترل | | گروه آزمایشی | | | | | |
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | | | | |
| سلامت جسمانی | ۱۳/۹ | ۱/۰ | ۱۳/۵ | ۱/۱ | ۱۳/۹ | ۰/۹ | ۱۸/۵ | ۱/۱ | ۱۳/۵ | ۱/۰ | ۱۲/۵ | ۱/۰۴ |
| سلامت روان شناختی | ۱۲/۸ | ۱/۲ | ۱۱/۱ | ۱/۲ | ۱۲/۸ | ۰/۹ | ۱۵/۳ | ۱/۲ | ۱۱/۱ | ۱/۲ | ۹/۲ | ۱/۱ |
| روابط اجتماعی | ۶/۱ | ۰/۵ | ۳/۴ | ۰/۵ | ۳/۷ | ۰/۴ | ۷/۳ | ۰/۵ | ۳/۴ | ۰/۵ | ۳ | ۰/۶ |
| سلامت محیطی | ۱۸/۴ | ۱/۴ | ۱۵/۲ | ۱/۴ | ۱۵/۸ | ۱/۱ | ۲۳/۲ | ۱/۴ | ۱۵/۲ | ۱/۴ | ۱۳/۸ | ۱/۹ |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۵۱/۳ | ۳/۶ | ۴۳/۲ | ۳/۷ | ۴۳/۹ | ۳ | ۶۴/۴ | ۳/۷ | ۴۳/۲ | ۳/۶ | ۳۸/۶ | ۴/۳ |

جدول ۲: تحلیل واریانس چند متغیره (اثر هتلینگ)

| متغیر | F | درجه آزادی | سطح معناداری | تا |
|-------------------------------|------|------------|--------------|-------|
| بعد جسمانی کیفیت زندگی | ۳۲/۷ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۸ |
| بعد روانشناختی کیفیت زندگی | ۲/۰۳ | ۲ | ۰/۱۴۶ | ۰/۱۰۷ |
| بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی | ۶/۷ | ۲ | ۰/۰۰۳ | ۰/۲۸۶ |
| بعد محیطی کیفیت زندگی | ۲۰/۲ | ۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۴۵ |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۲۱/۳ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵۶ |

است اما در بعد روانشناختی کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

براساس جدول ۲، در بعد جسمانی، بعد روابط اجتماعی، بعد محیطی و نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و در این ابعاد استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای مقایسه دو گروه مجاز

جدول ۳) آزمون کرویت موچلی

| Epsilon ^b | | | سطح معناداری | درجه آزادی | خی دو تقریبی | Mauchly's W | متغیر |
|----------------------|--------------|------------------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------------------------|
| حد پایین | هاوین - فلدت | گرین هاوس - گیزر | | | | | |
| ۰/۵۰۰ | ۰/۸۳۲ | ۰/۷۷۹ | ۰/۰۰۳ | ۲ | ۱۱/۳۲۷ | ۰/۷۱۷ | بعد جسمانی کیفیت زندگی |
| ۰/۵۰۰ | ۰/۸۳۶ | ۰/۷۸۳ | ۰/۰۰۴ | ۲ | ۱۱/۰۶۷ | ۰/۷۲۲ | بعد روانشناختی کیفیت زندگی |
| ۰/۵۰۰ | ۰/۶۴۸ | ۰/۶۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۲ | ۳۲/۵۷۳ | ۰/۳۸۴ | بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی |
| ۰/۵۰۰ | ۰/۶۱۶ | ۰/۵۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۲ | ۴۰/۲۶۴ | ۰/۳۰۶ | بعد محیطی کیفیت زندگی |
| ۰/۵۰۰ | ۰/۶۹۰ | ۰/۶۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۲ | ۲۵/۴۳۹ | ۰/۴۷۳ | بعد کلی کیفیت زندگی |

خاطر از اپسیلون گرین هاوس - گیزر استفاده شده است.

براساس جدول ۳، مفروضه کرویت برای هیچکدام از خرده مقیاس ها و نمره کل کیفیت زندگی برقرار نیست. به همین

جدول ۴) اثرات بین آزمودنی کیفیت زندگی

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات |
|-------------------------------|------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| بعد جسمانی کیفیت زندگی | گروه | ۷۶/۱۵۵ | ۱ | ۷۶/۱۵۵ | ۴/۴۳۱ | ۰/۰۴۳ | ۰/۱۱۲ |
| | خطا | ۶۰۱/۵۸۶ | ۳۵ | ۱۷/۱۸۸ | | | |
| بعد روانشناختی کیفیت زندگی | گروه | ۹۷/۰۱۸ | ۱ | ۹۷/۰۱۸ | ۵/۷۲۶ | ۰/۰۲۲ | ۰/۱۴۱ |
| | خطا | ۵۹۲/۹۹۴ | ۳۵ | ۱۶/۹۴۳ | | | |
| بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی | گروه | ۸۹/۹۷۱ | ۱ | ۸۹/۹۷۱ | ۱۷/۵۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۴ |
| | خطا | ۱۷۹/۰۲۶ | ۳۵ | ۵/۱۱۵ | | | |
| بعد محیطی کیفیت زندگی | گروه | ۲۷۱/۷۳۶ | ۱ | ۲۷۱/۷۳۶ | ۷/۹۴۳ | ۰/۰۰۸ | ۰/۱۸۵ |
| | خطا | ۱۱۹۷/۳۴۵ | ۳۵ | ۳۴/۲۱۰ | | | |
| بعد کلی کیفیت زندگی | گروه | ۱۹۸۴/۳۶۲ | ۱ | ۱۹۸۴/۳۶۲ | ۹/۰۲۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۰۵ |
| | خطا | ۷۶۹۲/۴۰۶ | ۳۵ | ۲۱۹/۷۸۳ | | | |

ها و نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد.

بر اساس جدول چهار بین دو گروه در تمامی خرده مقیاس

جدول ۵) آزمون مقابله‌های درون آزمودنی کیفیت زندگی

| متغیر | منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|-------------------------------|-----------------------|---------------|------------|-----------------|------|--------------|-----------|
| بعد جسمانی کیفیت زندگی | پیش آزمون به پس آزمون | ۲۰۳/۳ | ۱ | ۲۰۳/۳ | ۶۶/۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۶ |
| | پس آزمون به پیگیری | ۴۱/۹۵ | ۱ | ۴۱/۱ | ۵/۵ | ۰/۰۲ | ۰/۱۳۶ |
| بعد روانشناختی کیفیت زندگی | پیش آزمون به پس آزمون | ۶۱/۷ | ۱ | ۶۱/۷ | ۳/۹ | ۰/۰۵ | ۰/۱۰۲ |
| | پس آزمون به پیگیری | ۳/۸ | ۱ | ۳/۸ | ۰/۵ | ۰/۴ | ۰/۰۱۵ |
| بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی | پیش آزمون به پس آزمون | ۸/۰۴ | ۱ | ۸/۰۴ | ۱۱/۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۴۵ |
| | پس آزمون به پیگیری | ۳/۸ | ۱ | ۳/۸ | ۱/۱ | ۰/۲ | ۰/۰۳۳ |
| بعد محیطی کیفیت زندگی | پیش آزمون به پس آزمون | ۱۶۱/۳ | ۱ | ۱۶۱/۳ | ۴۱/۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴۴ |
| | پس آزمون به پیگیری | ۲۶/۳ | ۱ | ۲۶/۳ | ۰/۷ | ۰/۳ | ۰/۰۲۲ |
| بعد کلی کیفیت زندگی | پیش آزمون به پس آزمون | ۱۴۱۸/۰۲ | ۱ | ۱۴۱۸/۰۲ | ۴۳/۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵۳ |
| | پس آزمون به پیگیری | ۲۳۹/۲ | ۱ | ۲۳۹/۲ | ۱/۶ | ۰/۲ | ۰/۰۴۴ |

در بعد سلامت جسمانی با توجه به جدول پنج، بین گروه کنترل و آزمایشی از نظر تغییر ایجاد شده بین نمرات پیش-آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار است. در بعد روانشناختی علیرغم معنادار نبودن آزمون هتلینگتس، بینگروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر تغییر ایجاد شده بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده مقیاس بعد روانشناختی تفاوت در مرز معناداری است. در بعد محیطی کیفیت زندگی بین گروه کنترل و آزمایشی از نظر تغییر ایجاد شده بین نمرات پیش-آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار است. در نمره کل کیفیت زندگی بین گروه کنترل و آزمایشی از نظر تغییر ایجاد شده بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار است. همچنین در سه خرده مقیاس بعد جسمانی، بعد روابط اجتماعی، بعد محیطی و نمره کل کیفیت زندگی اثر مداخله امید درمانی در مرحله پس‌گیری نیز باقی مانده است و حتی در بعد جسمانی افزایش معناداری در مرحله پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون اتفاق افتاده است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت

درمان نگهدارنده با متادون در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری اثربخش بوده است. یافته‌های این تحقیق همسو با یافته‌های اسنایدن و همکاران ()، سیاسلاک (۲۰۰۸) و چپونس^۲ و همکاران () در زمینه اثربخشی امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی بوده است [۲۸-۲۶]. در تبیین اثربخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون میتوان گفت که در حیطه‌های مرتبط با سلامت، امید به عنوان یک عامل تسهیل کننده در تامین سلامت جسمی می‌باشد و تقریباً در هیچ درمانی بدون در نظر گرفتن عنصر امید نمی‌توان به نتیجه مطلوبی دست یافت [۲۱]. امید درمانی با برقراری رابطه عاطفی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون با دیگران و محیط اطراف خود، به آنان کمک می‌کند تا بتوانند در برابر سد هولناک اضطراب درونی خود ایستادگی کرده و بر آن فایق آیند و از اثرات منفی و عواقب مضر آن در زندگی خود بکاهند یا مصون بمانند. علاوه بر آن، امید درمانی به بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون کمک می‌کند تا با ایجاد تغییر در نظام انگیزشی، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی، باز نمودن مسیرهای جدید

1- Cieslak

2- Cheavens and others

این دسته از بیماران می‌باشیم [۲۹-۳۰]. در خاتمه با توجه به تاثیر مصرف مواد بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد، اتخاذ شیوه‌های درمانی تاثیر گذار بر افزایش امید و توانایی بیماران در درمان و دستیابی به شیوه زندگی سالم ضروری به نظر می‌رسد. در مجموع یافته‌های این مطالعه نیز موید اثر مثبت امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون بوده است. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای برخی محدودیت‌ها بود. بیماران مورد مطالعه از نمونه‌های در دسترس بوده و از دو مرکز درمان وابستگی به مواد انتخاب شدند لذا در تعمیم یافته‌ها به کل بیماران شهر سمنان و یا کل کشور باید جانب احتیاط را رعایت کرد. فقدان اطلاعات دقیق از داروهای مصرفی و یا مواد مخدر و محرک و میزان مصرف مواد و دارو طی سه ماه پس از مداخله، با توجه به آمار بالای لغزش در بیماران وابسته به مواد تحت درمان، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌سازد. با عنایت به نتایج پژوهش و با توجه به گسترش سیستم خدمات بهداشتی - درمانی در کشور و استقرار روانشناس در مراکز درمان وابستگی به مواد پیشنهاد می‌شود از امید درمانی برای ارتقاء و بهبود عملکرد بیماران و افزایش کیفیت زندگی این دسته از بیماران در کنار درمان‌های دارویی نگهدارنده استفاده شود.

منابع

- 1-Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend J.* 2010; (112): 209-15.
- 2-March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res J.* 2006; 12(1): 33-41.
- 3-Rogne GS, Myrvang B, Opjordsmoen S. Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years. *Eur Addict Res J.* 2004; 10(2): 49-55.
- 4-Narenjiha A. [harm reduction centers role in Tehran in addict's personal and social improvement] [Research Report]. Tehran: Daryush inst. 2004. [Persian].
- 5-Bizzairi J, Rucci P, Vallotta A, Gilrelli M, Scandolari A, Zerbetto E. et al. Dual diagnosis and quality of life in patient in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse.* 2005; 40(12):1765-76.

تفکر و افزایش مقاومت، کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد [۲۲-۲۰]. در همین راستا و در تبیین اثربخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون، شنایدر و همکاران (۲۰۰۰) بیان کرده‌اند که مداخلات امید درمانی راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن است. از نظر شنایدر و همکاران، افزایش امید باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می‌شود، و امید درمانی با هدف قرار دادن ارتقای امید و آموزش رفتارهای جدید و مناسب برای مقابله با اعتیاد، احساس تسلط و توانمندی را در بیماران وابسته به مواد به وجود می‌آورد و موجب افزایش امید آنان می‌گردد [۱۹]. همچنین به نظر می‌رسد اکتساب و کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر امید درمانی، باور به خودکارآمدی را در افراد معتاد بالا می‌برد. از طرفی در این دیدگاه آشنایی مراجعان با مهارت‌های زندگی در شرایط دشوار، به آنها کمک می‌کند تا به همه‌ی جوانب موقعیت‌ها فکر کنند و نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از درمان، پاسخ مناسب‌تری از خود نشان می‌دهند، و درمان‌های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می‌کنند [۲۱-۱۹] به عنوان نمونه‌ای از تاثیر امید درمانی در حیطه سلامت، نتایج تحقیق ستوده و همکاران با عنوان بررسی و مقایسه اثر بخشی سه روش امید درمانی، درمان شناختی - رفتاری و دارو درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی بیانگر نقش امید در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی بوده است [۲۹]. علاوه بر آن، نتایج مطالعات نشان دادند که، بین کیفیت زندگی با امیدواری ارتباط معنادار وجود دارد و تکنیک‌های امید درمانی، باعث ایجاد انگیزه برای حرکت فرد به سوی انتخاب‌های جدید و سازگاری و تطابق بیشتر برای فرد می‌شود [۲۲-۱۸]. در توجیه استفاده از امید درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران وابسته به مواد، می‌توان چنین بیان نمود که، امید درمانی به جهت صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی و اصلاح و بهبود روابط بین فردی در معتادان اهمیت زیادی دارد و متعاقب امید افزایی، شاهد افزایش سطح اقدامات خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در

- 19- Snyder C. R. Hypothesis: there is hope, in Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications, C.R. Snyder, Ed. p. 3° 21, Academic Press, San Diego, Calif, USA. 2000.
- 20-Snyder C. R, Iardi S.S, Cheavens J, Michael S.T, Yamhure L, Sempson S. The role of hope in cognitive behavior ther-apies. Cogn Ther Res. 2000 ; (24):747-62.
- 21-Snyder C.R, Ritschel L.A, Berg.Balancing psychological assessments: including strengths and hope in client report. J clin psychol. 2006;(62):33-46.
- 22-SnyderC.R, Rand K.L, Shorey H., Kahle K, FeldmanD, & Berg C. Teaching and student strengths Research paper, Quality of Life International Symptom, Hospital Authority, and Hong Kong. 2003.
- 23-Kennedy Monica .Personal Counseling Theory: Hope Therapy, Lib Univ, 2010.
- 24-WHOQUOL Group (World Health Organization Quality of life Group). Study protocol for the World Healht Organization project to develop a quality of life assessment instrument. Qual life Res. 1993; (2): 153-59.
- 25-Montzeri A, Gohoshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (s-f 36); translation and validation study of the Iranian version. Qual life Res J .2005; (14): 875-82.
- 26-Snyder C. R, TaylorJ. D. Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the Dodo s Verdict. In C. R. Snyder (Ed), Handbook of hope: Theory, measures, and applications . SanDiego: Academic. 2000:89° 108.
- 27-Cieslak, E. N. Hope in psychotherapy process andoutcome. Doctoral dissertation, cannon University, 2008.
- 28- Cheaven J. S, Michael S. T, Snyder C. R. The correlates of hope: Psychological and physiological benefits. The J Elliott (Ed), Interdisciplinary perspectives on hope. New York: Nova Science. 2005:119° 32.
- 29-Sotoudehasl N, Kalantari M, Talebi H, KhosraviAR . Comparison of Pharmacotherapy and Hopetherapy on quality of life. J Clin Psychol. 2010;(2). 27-34.
- 30- Corinne K, John C. The Inspiration of Hope in Substance Abuse Counseling. The J Humanistic Counseling. 2012:(51): 78° 98.
- 6 -Shahmohamadi A, Drvyzh Z, Purshahryary MS. Effectiveness of communication skills training increase marital spouses and pre-vention of drug addicts to man in Tehran. q Addict stud. 2009; 2(7): 3-28.[Persian].
- 7-Emamipoor S, Shams Asfandabad H, Sad-rasadat J, Nadery S. Comparison of psycho-logical differences, quality of life in four men addicted suffering AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted. J med Sci Univ city.2009;10(1):69-77.[Persian]
- 8-Margo lineA, Beitel M, Ogiver Z.S,&Avvants K. A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. Aids Education of prevention.2006;(32): 58-102
- 9-Hojati H. Comparison of Mental Health, Aggression and Hopefulness between Student Drug-Users and Healthy Students. Addict Health. 2012 ;4(1-2): 36° 42.[Persian].
- 10- Le Moal M, Kooh GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysio-logical perspective. EurNeuropsychophar-macol. 2007; 17(6-7):377-93.
- 11-Din Mohammadi MR, Amini K, Yazdankhah MR. Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. J ZanjanUniv Med Sci. 2008;15(59):85-94.[Persian].
- 12-Brown RT, Zueldorff M. Opioid substitution with methadone andbuprenorphine: sexual dysfunction as a side effect of therapy. Heroin Addict RelatClinProbl. 2007 ; (9):35° 44.
- 13-Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders. 2006; p. 3° 17.
- 14-Maremmani I, Pani P. P, Pacini M, Pe-rugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance treated heroin addicted patients. J Subst Abuse treat.2007 ; (33):91° 8.
- 15-Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, Attia J. Erectiledysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenancetreatment. j sex med. 2008; 5(3):684-92.
- 16-Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (3): 556-65.
- 17-Carroll KM, Charla N.A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addiction. Drug Alchol Dpend.2000; 57(5):225-38.
- 18-Snyder C R. Hope for Rehabilitation and vice versa. Rehabil Psychol.2006.

The Effectiveness of Hope Therapy on Quality of Life in Drug-Dependent Patients Under Treatment with Methadone

Sotodehasl, N. Ph.D., Sabet-Esmailpoure, M. *M.A., Bigdeli, I. Ph.D.

Abstract

Introduction: Drug dependence is one of the most important affecting factors on quality of life of patients with drug dependence around the world. The aim of this study was to evaluate effectiveness of hope therapy on quality of life in drug-dependent patients under treatment with methadone in Semnan city.

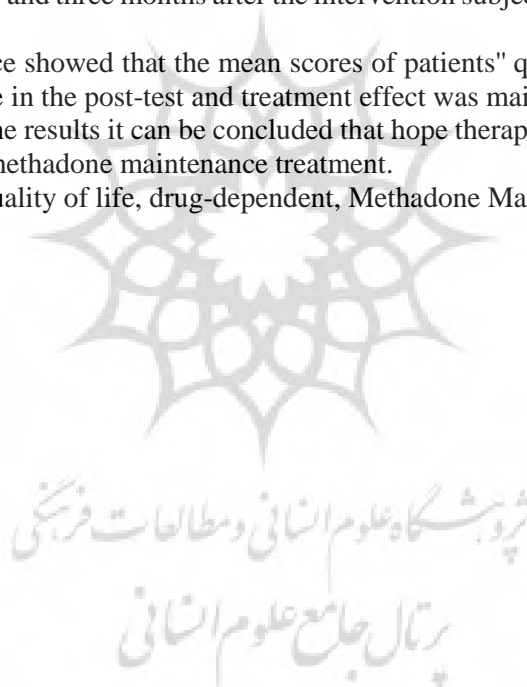
Method: The present study was quasi-experimental with pre-test - post-test and control group. 40 drug-dependent patients under treatment with methadone in Semnan city were selected due to the inclusion and exclusion criteria for sampling and randomly were assigned to two experimental group and control group. Experimental group received hope therapy in addition to methadone maintenance treatment. Hope Therapy was conducted in 8 sessions on the experimental group and the control group in this period was on the waiting list for psychological intervention.

All patients before intervention complete demographic questionnaire and Quality of Life Scale (SF36). After treatment interventions and three months after the intervention subjects were re-evaluated by the same scales.

Results: Analysis of variance showed that the mean scores of patients' quality of life in the experimental group had significant change in the post-test and treatment effect was maintained after three months.

Conclusion: According to the results it can be concluded that hope therapy is effective on quality of life of drug-dependent patients in methadone maintenance treatment.

Keywords: hope therapy, quality of life, drug-dependent, Methadone Maintenance Treatment



*Correspondence E-mail:
sabet.1358@gmail.com