

نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۵

علی بیگی*، محمدنقی فراهانی**، شهرام محمدخانی***، محمدعلی محمدی****

چکیده

مقدمه: انجمن معتادان گمنام برنامه‌ای برای بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر می‌باشد که هدف بهبودی خود را بر سلامت فیزیکی، فیزیولوژیکی، روانی و عملکرد معنوی متمرکز کرده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه و تفکیک اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون در متغیرهای کیفیت زندگی و امیدواری انجام گرفت.

روش: در این مطالعه علی مقایسه‌ای، تعداد ۱۰۰ نفر مرد داوطلب (۵۰ نفر اعضای انجمن معتادان گمنام، ۵۰ نفر گروه درمان نگهدارنده متادون)، در دامنه سنی ۲۰-۴۰ و با حداقل ۶ ماه دوره پرهیز از مواد، از شهرستان شاهرود، مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس امیدواری اسنایدر و همکاران را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات اعضای انجمن معتادان گمنام در مؤلفه تفکر عاملی، ریز مؤلفه امیدواری، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی به طور معناداری بالاتر از میانگین افراد تحت درمان متادون است. همچنین، نتایج تحلیل تشخیص نشان داد که این تفاوت، در ترکیبی از متغیرهای پژوهش (بر حسب اهمیت‌شان به ترتیب: روابط بین فردی، تفکر عاملی و سلامت فیزیکی) دو گروه را به نحو برجسته‌ای از یکدیگر متمایز می‌کند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که شرکت فعال معتادان در انجمن معتادان گمنام باعث کیفیت زندگی بهتر و تقویت اراده افراد برای رسیدن به اهداف در مقایسه با درمان نگهدارنده متادون می‌شود. به ویژه روابط بین فردی این افراد تقویت شده، به زندگی جسمانی و روانی خود اهمیت داده و همچنین تحت تأثیر شرکت در انجمن مسیر زندگی خود را هدفمند دنبال می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: معتادان گمنام، درمان نگهدارنده متادون، کیفیت زندگی، امیدواری

Ali.Beygi@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

Faramn37@yahoo.com

** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

Sh.mohammadkhani@gmail.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

Alimohammadyfar@yahoo.com

**** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

www.SID.ir

مقدمه

امروزه علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به مواد مخدر، به پیامدهای انواع روش‌های درمانی اعتیاد نیز توجه شایانی می‌شود، و به مسائلی از جمله کیفیت زندگی^۱ و سطح امیدواری^۲ و هدفمندی افراد معتاد در حال بهبودی اهمیت داده می‌شود [۱، ۲، ۳]. کیفیت زندگی به عنوان یک مقیاس معتبر جهت ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی که به افراد آسیب دیده ارائه شده است، می‌باشد [۴]. لازم است، در جمعیت معتادان، که روش‌های مختلف درمانی را جهت پرهیز از مواد تجربه می‌کنند، به ویژه انجمن معتادان گمنام^۳ و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون^۴، که عمده روش‌های درمان اعتیاد در کشور هستند، این ارزیابی به عمل آید. کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی می‌باشد، و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود [۵]. پژوهشگران عوامل زیادی را مشخص کرده‌اند که پیش بینی کننده کیفیت زندگی افراد می‌باشد. از جمله می‌توان به عملکرد شخصی، ایمان و معنویت شخصی، مقایسه شرایط گذشته و کنونی زندگی و میزان حمایت اجتماعی^۵ درک شده توسط فرد اشاره کرد [۶، ۷]. امیدواری به عنوان فرایند تفکر درباره اهداف شخص، همراه با انگیزه برای حرکت به سمت اهداف (تفکر عاملی^۶)، و روش‌های دستیابی به اهداف (تفکر گذرگاهی^۷)، تعریف شده است [۸]. امیدواری به عنوان یک فرایند شناختی هدف مدار در نظر گرفته می‌شود. بر اساس نظر اسنایدر^۸ [۸] بزرگسالان و کودکان با امیدواری بالا می‌توانند روش‌های دستیابی بیشتری را برای اهدافشان ایجاد کنند و به طور مؤثری برای رسیدن به پایان مطلوب انگیزه‌مند شوند. در مقابل افراد با امیدواری پایین، نه احتمال پیدا کردن راه‌حل‌های ممکن برای اهدافشان را دارند، و نه انگیزه بیشتری برای رسیدن به

خواسته‌هایشان دارند. یالوم^۹ [۳] امید را به عنوان یک عنصر اساسی فرایند درمان مشخص می‌کند. افراد به هنگام درمان معمولاً شرایط مبهمی دارند و در مورد آینده مردد هستند. زمانی که افراد در شرایط مبهمی هستند و رسیدن به اهداف در آن شرایط قطعی نیست، ممکن است از طریق متوسل شدن به استراتژی‌های متنوعی، اراده و هدفمندی خود را حفظ کنند. به عنوان مثال، ممکن است از طریق شبکه اجتماعی حمایت کننده و یا از طریق الگوبرداری از استراتژی‌هایی که دیگر افراد در گذشته استفاده کرده‌اند، اراده خود را در رسیدن به اهداف تقویت کنند و مسیرهای جدیدی را جهت رسیدن به اهداف بیابند. پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که امیدواری بالا باعث تقویت اعتماد به نفس^{۱۰}، خودکارآمدی^{۱۱} بالا و بهزیستی^{۱۲} افراد می‌شود [۸، ۹]. مشخص شده است که کیفیت زندگی با امیدواری و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط مثبت دارد، به این معنی که افراد با کیفیت زندگی بالا در رسیدن به اهداف خود مصمم هستند و همچنین راهبردهای قدرتمندی را برای رسیدن به اهداف و حل مسائل استفاده می‌کنند [۸]. عضویت در گروه‌های خودیاری^{۱۳} از جمله روش‌هایی است که موفقیت خود را در دوام و ماندگاری دوره پاک، بهبود کیفیت زندگی، امید به داشتن منابع حمایتی و تقویت اراده معتادان در حال بهبودی به تأیید رسانده است [۷، ۱۰]. به عنوان مثال، دیب و یاردلی^{۱۴} [۱۱] در پژوهش خود روی بیماران مزمن، اثربخشی گروه‌های خودیاری را در سازگاری اجتماعی، عملکرد بهتر و کیفیت زندگی مشخص کردند. همچنین، پژوهش فریدمن^{۱۵} [۲] نشان داد که شرکت مستمر در انجمن معتادان گمنام با بهزیستی روانی اجتماعی و کیفیت زندگی بهتر همراه است. به نظر می‌رسد، انجمن معتادان گمنام با تکیه بر برنامه‌های معنوی^{۱۶} گامی^{۱۶} و تقویت معنویت افراد، همچنین، حمایت اجتماعی قدرتمند و مؤثر اعضا از یکدیگر جهت پرهیز از مواد و تغییر نگرش افراد نسبت به حل مشکلات زندگی، توانسته است موفقیت

برای عملکرد روزانه معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون داشته باشد. به طور خلاصه و با توجه به یافته‌های متنوعی که در ارتباط با پیامدهای حضور در جلسات انجمن معتادان گمنام وجود دارد، و همچنین یافته‌های ضد و نقیضی که در استفاده از درمان نگهدارنده متادون دیده شده است، و با توجه به این مسأله که اکثر پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد، به مقایسه معتادان با افراد سالم تخصیص یافته، و کمتر به مقایسه پیامدهای روش‌های درمانی پرداخته شده است، به نظر می‌رسد که لزوم مقایسه پیامدهای روش‌های درمانی مختلف پرهیز از مواد، اهمیت ویژه‌ای دارد. و با توجه به اینکه اثربخشی استفاده از درمان نگهدارنده متادون و حضور در انجمن معتادان گمنام در متغیرهای متفاوتی تأیید شده است، لازم است تفاوت اثربخشی این دو روش درمانی بر اساس معیارهای خاصی برجسته سازی شود، و مشخص شود که چه متغیرهایی در افراد با توجه به استفاده از هر یک از این دو روش درمانی (درمان نگهدارنده متادون، انجمن معتادان گمنام)، به نحو مؤثری متحول خواهد شد. لذا پژوهش حاضر در نظر دارد، کیفیت زندگی و امیدواری انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون را مقایسه کند، به ویژه مشخص کند که این تفاوت در چه ترکیبی از مؤلفه‌ها بهتر نمایان می‌شود.

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر جزء پژوهش‌های پس رویدادی است که به منظور مقایسه کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون در شهرستان شاهرود انجام گرفته است.

آزمودنیها: جامعه آماری پژوهش حاضر در اعضای انجمن معتادان گمنام عبارت است از کلیه افراد معتاد در حال بهبودی شهرستان شاهرود که از طریق انجمن معتادان گمنام حداقل شش ماه پرهیز از مواد داشته‌اند. همچنین جامعه آماری در معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون را کلیه افراد معتاد در حال بهبودی شهرستان شاهرود که حداقل به مدت شش ماه از طریق درمان نگهدارنده متادون

زیادی را در بهبودی جسمانی و روانی اعضا فراهم کند. با این همه، بعضی پژوهش‌ها نسبت به شرکت افراد در جلسات معنوی ۱۲گامی نظر منفی دارند، و معتقدند که تکیه به یک نیروی برتر به عنوان اصل محوری انجمن معتادان گمنام، مسئولیت پذیری شخصی افراد را تضعیف می‌کند [۱۲]. از جمله دیگر روش‌هایی که برای درمان معتادان به مواد مخدر استفاده می‌شود، و در سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به آن شده است، و تأثیر آن را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روان‌شناختی، سلامت و بهزیستی روانی بررسی کرده‌اند، درمان نگهدارنده متادون است [۱۳، ۱۴]. برنامه‌های درمان نگهدارنده متادون می‌تواند درمان مؤثری را برای معتادان افیونی ارائه دهد. اثربخشی و کارآیی متادون در درمان مصرف هروئین، وضعیت روان‌پزشکی و سازگاری اجتماعی به طور مکرری در مطالعات واپس نگرانه و آینده نگرانه مشخص شده و در آزمایش‌های تصادفی تأیید شده است [۱۳، ۱۴، ۱۵]. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که متادون می‌تواند کیفیت عملکرد و کیفیت زندگی، وضعیت روان‌پزشکی و سازگاری عمومی بیماران درمان شده را برای یک دوره طولانی مدت افزایش دهد. با این همه نتایج پژوهش‌ها در مورد تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان متناقض است، به عنوان مثال بعضی پژوهش‌ها نشان داده است که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان دادند، و اکثراً اختلال‌های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده‌اند [۱۶]. همچنین پژوهش مینتزر و استیترز^۱ [۱۷] نشان داد که معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون اختلالاتی را در سرعت روانی حرکتی، حافظه کاری^۲، تصمیم‌گیری و فراحافظه^۳ نسبت به گروه کنترل نشان دادند. همچنین نتایج این پژوهش، اختلالات احتمالی را در مکانیسم‌های بازداری^۴، اختلال در تخمین زمان، انعطاف ناپذیری مفهومی یا حافظه درازمدت نشان داده‌اند. وسعت و دامنه عملکردهای مختل شده قابل توجه است، و ممکن است تله‌جرات مهمی را

[۲۱]. در ایران نیز این مقیاس مورد هنجاریابی قرار گرفته است و اعتبار مناسبی را کسب کرده است. به عنوان مثال، شجاعی [۲۲] در پژوهش خود برای خرده مقیاس تفکر مسیر ضریب آلفای کرونباخ $0/62$ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ضریب $0/74$ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به دست آمده در مؤلفه تفکر عاملی $0/75$ و برای مؤلفه تفکر مسیر $0/78$ می‌باشد.

روند اجرای پژوهش: جهت جمع آوری داده‌ها در انجمن معتادان گمنام ابتدا از اطلاع رسان انجمن معتادان گمنام شهرستان شاهرود لیست انجمن‌هایی را که در شهرستان و حومه فعالیت می‌کنند اخذ شده و از بین لیست مذکور به تعدادی از آنها مراجعه کرده و پس از جلب اعتماد این اعضا پرسشنامه را در بین افراد واجد شرایطی که در ذیل می‌آید توزیع نموده و اعضا پس از چند روز از طریق یک رابط پرسشنامه‌ها را به محقق تحویل داده‌اند، و جهت تکمیل پرسشنامه‌ها در مراکز ترک اعتیاد از طریق درمان نگهدارنده متادون، پس از هماهنگی با سازمان بهزیستی شهرستان شاهرود و تهیه لیستی از مراکزی که با سازمان همکاری دارند به تعدادی از آنها مراجعه کرده و پس از اعتماد سازی و جلب موافقت پرسنل و معتادان در حال بهبودی مراکز پرسشنامه‌ها در اختیار معتادان مراجعه کننده قرار داده شد. نمونه مورد نظر به صورت نمونه در دسترس انتخاب شد. آزمودنی می‌بایست فقط از یکی از روش‌های درمانی (یا عضویت در انجمن معتادان گمنام و یا متادون درمانی)، برای پرهیز از مواد استفاده می‌کرد که در صورت استفاده از نوع دیگری از درمان، یا استفاده هم‌زمان از دو نوع روش درمانی از شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه حذف می‌شد. برای همسان کردن تقریبی دو گروه، معتادان در حال بهبودی بین سنین ۲۰-۴۳ بودند که عمدتاً در طول دوران مصرف مواد از تریاک و مشتقات آن استفاده می‌کردند و میزان مصرف بین ۲ تا ۵ گرم روزانه، همچنین مدت مصرف بین ۴ تا ۱۶ سال داشتند. بیمار باید حداقل ۶ ماه از خدمات نوع خاص درمان استفاده می‌کرد تا مجوز پر کردن پرسشنامه‌ها را بداند. سطح سواد افراد شرکت

حال بهبودی که از طریق درمان نگهدارنده متادون در پرهیز از مواد بودند استفاده شد.

ابزار:

۱- مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه از ۲۶ ماده تشکیل شده است که حوزه‌های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط را بررسی می‌کند. روایی افتراقی، روایی محتوایی و اعتبار این پرسشنامه به خوبی تأیید شده است [۱۸]. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در ایران توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه روان‌شناسی سلامت از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه و مطابقت با زبان اصلی از طریق ترجمه مجدد به زبان اصلی انجام پذیرفت و عدم تطابق زبانی یافت نشد. همچنین پرسشنامه مذکور روی ۵۰۴ معلم برای بررسی تحلیل عاملی به کار رفته است [۱۹] که در پایان پس از تجزیه و تحلیل چهار مؤلفه برای این مقیاس مشخص شد. این مؤلفه‌ها عبارتند از: ملزومات زندگی^۱، سلامت فیزیکی^۲، روابط بین فردی^۳ و معنی‌دار بودن زندگی^۴. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر در ریز مؤلفه‌ها به ترتیب: ملزومات زندگی ($0/75$)، معنی‌دار بودن زندگی ($0/70$)، سلامت فیزیکی ($0/80$)، و روابط بین فردی ($0/82$)، می‌باشد.

۲- مقیاس امیدواری اسنایدر: امیدواری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه امیدواری اسنایدر و همکاران [۲۰] ساخته شده است. این مقیاس متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجند. مقیاس امیدواری اسنایدر شامل دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین کننده هدف مداری فرد است و مؤلفه تفکر مسیر که راه‌های برنامه ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در بر می‌گیرد. هر ماده با مقیاس چهار درجه‌ای اندازه گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از $0/74$ تا $0/78$ در نسخه انگلیسی به دست آورده است [۲۰]. و در

نسخه عربی آلفای کرونباخ $0/80$ به دست آمده است

یافته‌ها

دامنه گروه سنی افراد شرکت کننده در پژوهش بین ۲۰ تا ۴۳ با میانگین ۳۵ و انحراف معیار ۶/۸۳ بوده است. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱) خصوصیات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیرها	فراوانی
نوع ماده مصرفی تریاک و مشتقات آن	۸۷
کراک	۱۳
دفعات پرهیز از مواد یکبار	۵۳
دوبار	۲۵
سه بار و بیشتر	۲۲
سطح سواد دیپلم و زیر دیپلم	۸۳
فوق دیپلم	۱۷

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بیشترین شرکت کنندگان مصرف تریاک و مشتقات آن را داشتند همچنین اکثر آنها یکبار پرهیز مواد داشته‌اند و تحصیلات غالب در شرکت کنندگان دیپلم و زیر دیپلم بوده است. جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین دو گروه در مؤلفه تفکر مسیر (زیر مؤلفه امیدواری)، معنادار نیست، ولی در مؤلفه تفکر عاملی (زیر مؤلفه امیدواری)، معنادار است و مشاهده میانگین دو گروه مشخص کرد که نمره معتادان گمنام (۷/۶۱)، در این مؤلفه بالاتر از گروه استفاده کننده از متادون (۵/۹۸)، است. همچنین یافته‌های موجود نشان می‌دهد که میانگین مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه معتادان گمنام، یعنی روابط بین فردی (۱۶/۹۰)، ملزومات زندگی (۲۷/۴۴)، و سلامت فیزیکی (۳۰/۰۶)، به مراتب بالاتر از میانگین افراد در گروه متادون درمانی است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی و استنباطی متغیرها

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آماره t
عامل	معتادان گمنام	۷/۶۱	۳/۸۹	۴/۶۵۰*
	متادون درمانی	۵/۹۸	۲/۱۷	
مسیر	معتادان گمنام	۶/۶۸	۱/۱۴	۱/۶۰۰
	متادون درمانی	۷/۶۲	۲/۱۲	
ملزومات زندگی	معتادان گمنام	۲۷/۴۴	۳/۷۴	۸/۰۹۰*
	متادون درمانی	۲۳/۲۳	۳/۷۴	
معنی‌دار بودن زندگی	معتادان گمنام	۱۹/۹۰	۲/۹۷	-۲/۰۰۰
	متادون درمانی	۲۰/۷۰	۲/۶۸	
سلامت فیزیکی	معتادان گمنام	۳۰/۰۶	۲/۷۱	۱۰/۱۹۰*
	متادون درمانی	۲۴/۷۶	۴/۴۹	
روابط بین فردی	معتادان گمنام	۱۶/۹۰	۲/۰۳	۱۱/۳۱۰*
	متادون درمانی	۱۳/۲۸	۲/۵۷	

*P<۰/۰۰۱

آماره‌ی در ترکیبی از متغیرهای مستقل تفاوت بین دو گروه را برجسته می‌سازد. تحلیل تشخیص موقعی استفاده می‌شود که متغیرهای مستقل در مقیاس کمی و متغیر

از دیگر روش‌های آماری بکار برده شده جهت بهترین تمایزگذاری بین دو گروه در متغیرهای پژوهش حاضر تحلیل تشخیص^۱ می‌باشد. تحلیل تشخیص روند آماری

مستقل و یک متغیر وابسته با دو سطح منجر گردید. با این مقدمه نتایج متغیرهایی که در گام‌های مختلف وارد تحلیل می‌شوند در جداول ذیل آمده است.

ملزومات زندگی، معنادار بودن زندگی، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی، و امیدواری با دو مؤلفه (تفکر عاملی و تفکر مسیری)، تشکیل می‌دهند که در مجموع به شش متغیر

جدول ۳) متغیرهای وارد شده در تحلیل گام به گام

گام‌ها	تولرنس	F برای حذف	ویلز لامبدا	معناداری
۱- روابط بین فردی	۱	۶۰/۷۴	-	۰/۰۰۱
۲- روابط بین فردی تفکر عاملی	۰/۸۹۹ ۰/۸۷۹	۷۹/۶۱ ۱۳/۱۵	۰/۹۹۰ ۰/۶۱۷	۰/۰۰۱
۳- روابط بین فردی تفکر عاملی سلامت فیزیکی	۰/۸۶۱۰ ۰/۸۳۸ ۰/۸۲۷	۱۸/۲۹ ۱۶/۲۷ ۹/۰۴	۰/۵۹۲ ۰/۵۸۱ ۰/۵۴۴	۰/۰۰۱

اطلاعاتی که درباره تفاوت‌های گروه‌ها در این متغیرها وجود دارد، در برخی از ترکیب‌های سایر متغیرها وجود داشته است. نتایج خلاصه ابعاد تحلیل تشخیص برای آزمودنیها در جدول ۴ نشان می‌دهد که فقط یک بعد (تابع)، تشخیص از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. مقدار همبستگی کانونی بین مجموعه متغیرهای وابسته و مستقل برای بعد ۱ عبارت است از: $R=0/73$ ، و این نشان می‌دهد که ۵۳ درصد از واریانس تبیین می‌شود.

در تحلیل تشخیص ۳ گام محاسبه شد، که در بین همه متغیرهای وارد شده در تحلیل، روابط بین فردی اولین متغیری است که تمایز قابل ملاحظه‌ای را در بین دو گروه نشان می‌دهد و در گام‌های بعدی به ترتیب تفکر عاملی و سلامت فیزیکی بهترین تشخیص داده شده برای تمایز در اعضای انجمن معنادران گمنام و متادون درمانی را نشان می‌دهد. همچنین این جدول نشان می‌دهد که بقیه متغیرها توان تشخیص لازم را ندارند و این بدان علت است که

جدول ۴) جدول خلاصه ابعاد تحلیل تشخیص ($N=100$)

ابعاد	مقدار همبستگی کانونی	واریانس مشترک	لامبدا ویلز	χ^2	df	سطح معناداری
۱	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۴۶	۷۳/۷۰	۴	۰/۰۰۱

متغیرهای روابط بین فردی و سلامت فیزیکی و تفکر عاملی (با عنایت به جدول ۱) دارای میانگین بالاتری نسبت به گروه مصرف کنندگان متادون می‌باشند.

جدول ۵) نتایج تحلیل تشخیص

متغیرها	اولین تابع تشخیص		
	همبستگی ساختار	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده
روابط بین فردی	۰/۷۳	۰/۵۸	۰/۲۵

بر اساس نتایج تحلیل تشخیص در جدول ۴ برای اولین بعد (تابع) تشخیص، لامبدا ویلز برابر ۰/۴۶ بوده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. همچنین نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در متغیرهای مستقل اولین بعد تشخیصی به شدت تحت تأثیر روابط بین فردی (۰/۷۲)، سلامت فیزیکی (۰/۶۷)، و تفکر عاملی (۰/۵۷)، قرار دارند. در این جدول ملاک ۰/۳۰ به عنوان نمره برش برای بارگذاری در نظر گرفته شده [۲۴] و بارهای مؤلفه‌های بیش از ۰/۳۰ جهت شناسایی روابط بین متغیرها بررسی شدند. در این

بحث

پژوهش حاضر با این هدف آغاز شد که کیفیت زندگی، امیدواری به عنوان متغیرهای پژوهش چه تفاوتی در دو گروه معتادان گمنام و گروه استفاده کننده از متادون دارند. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره اعضای انجمن معتادان گمنام در روابط بین فردی، سلامت فیزیکی و ملزومات زندگی (ریز مؤلفه‌های کیفیت زندگی)، به طور معناداری بالاتر از میانگین نمره افراد در گروه معتادان تحت درمان متادون است. همچنین در مقایسه سطح امیدواری افراد آشکار شد که میانگین نمره اعضای انجمن معتادان گمنام در مؤلفه تفکر عاملی به طور معناداری بالاتر از معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون است. مهم‌تر اینکه این تفاوت در ترکیبی از متغیرها بهتر نمایان شد که این مؤلفه‌ها با توجه به بار عاملی هر یک و قدرتمندی تشخیص به ترتیب روابط بین فردی، تفکر عاملی و سلامت فیزیکی می‌باشد. در تحلیل معنادار بودن تفاوت بین میانگین‌های دو گروه آشکار شد که اعضای انجمن معتادان گمنام به مراتب نمره بالاتر و معنادارتری در مؤلفه روابط بین فردی کسب کردند. نتایج تحلیل تشخیص یافته‌های موجود در تحقیق، این مسأله را محرز نمود که ترکیبی از متغیرها تفاوت‌های بین دو گروه را بهتر مشخص می‌کند. به این ترتیب که از مجموع متغیرهای وارد شده در تحلیل تشخیص گام به گام، روابط بین فردی اولین متغیری بود که بهترین تمایز و بالاترین تفاوت را در بین همه متغیرها و به ویژه در بین متغیرهای کیفیت زندگی به خود اختصاص داد. این یافته با بسیاری از یافته‌های پژوهشی انجام شده در زمینه پیامدهای عضویت در گروه‌های خودیاری همسو است [۲، ۷، ۲۵]. روابط بین فردی به داشتن روابط بین فردی مناسب، توانایی انجام کارها، رضایت از خود و میزان حمایت اجتماعی اشاره دارد. اطلاعات به دست آمده در ارتباط با بالا بودن و عمق روابط بین فردی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روابط بین فردی و حمایت‌های اجتماعی که در انجمن معتادان گمنام به اعضا تزریق می‌شود، بسیار بالا است. این انجمن به اعضا، خدمت از

تقریباً روش‌های مؤثری را برای مقابله با معضل اعتیاد خود آموخته‌اند. امروزه با استفاده از تکنولوژی پیشرفته و با توجه به گستردگی وسایل ارتباطی این امکان برای اعضا فراهم شده است که از طریق اینترنت و بیشتر از طریق تلفن همراه [۲۶] حمایت‌های لازم را برای پرهیز از مواد برای یکدیگر فراهم کنند. هدف این گروه‌ها کمک کردن است، کمک کردن به دیگران و استفاده از کمک دیگران، که خود کمک کردن به دیگران برای پرهیز از مواد سودمند است [۲۷]. روابط بین فردی قدرتمند و حمایت اجتماعی اعضا از یکدیگر را به عنوان یکی از معیارهای مهم ماندگاری افراد در دوران پرهیز می‌دانند. در انجمن معتادان گمنام ارتباط بین افراد به جهت داشتن یک نقطه مشترک یعنی اعتیاد بالا است و این روابط با گذشت زمان با توجه به قوانین و اصول این انجمن پیچیده‌تر می‌شود [۲۸]. اعضا از حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی یکدیگر برخوردارند. اعضای قدیمی برای تازه واردها حمایت‌های لازم را فراهم می‌آورند تا هم بتوانند از مواد پرهیز کنند و دیگر اینکه برای حضور مکرر در جلسات تقویت شوند. این نوع حمایت‌ها از سه منظر قابل تبیین است: اولاً حمایت اجتماعی ممکن است انزوای اجتماعی را کاهش دهد و از این جهت، تجارب گسیختگی اجتماعی و بیگانگی را کم کند و در نتیجه روابط بین فردی را تقویت کند [۷] ثانیاً، مداخلات اجتماعی ممکن است انزوای اجتماعی را تغییر دهد، تماس با کسانی که مواد مصرف می‌کنند را کاهش دهد و تماس با کسانی که مواد مصرف نمی‌کنند را افزایش دهد [۲۹]. ثالثاً، مداخلات حمایت اجتماعی ممکن است مواجهه با افرادی را افزایش دهد که توصیه‌ها و کمک‌هایی ارائه می‌دهند که برای کنترل استرس و حل مسائل مفید است، که استرس‌ها و مشکلات ممکن است زیربنای سوء مصرف مواد باشد [۷]. مسأله روابط بین فردی علاوه بر حمایت اجتماعی و اطلاعاتی فرایند مقایسه اجتماعی را نیز در گروه‌های خودیاری از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار می‌کند [۳۰]. این نظریه پیشنهاد می‌کند که مقایسه اجتماعی با افراد مشابه با بن. افراد با مشکلات مشابه

دو گروه نشان داد. همچنین در تحلیل معنادار بودن میانگین دو گروه نمره اعضای انجمن معنادان گمنام به طور معناداری بالاتر از معنادان تحت درمان نگهدارنده متادون بود. این مهم با یافته‌های پژوهشی دیگر در حوزه اعتیاد هماهنگ و همسو است [۲، ۱۰، ۲۶]. این پژوهش‌ها به طور قوی، اثربخشی شرکت در گروه‌های خودیاری را تأیید کرده‌اند، و تأثیر آن بر سلامت فیزیکی، ذهنی، روانی و معنوی را مشخص کرده‌اند. سلامت فیزیکی به نیاز فرد به معالجه و درمان پزشکی، نداشتن درد بدنی، داشتن وضعیت بدنی مناسب، داشتن انرژی کافی، سلامت بدنی و توانایی در انجام کارها اشاره دارد. انجمن معنادان گمنام اعضای خود را به پرهیز از هر گونه مواد توصیه می‌کند. در واقع، با اینکه صرف تمایل به قطع مصرف جهت حضور در جلسات کفایت می‌کند، اما مکرراً به اعضا توصیه می‌شود که جهت پرهیز از مواد، از هیچ گونه دارویی استفاده نشود و به جای آن به روش‌های طبیعی ترک کردن توصیه فراوان می‌شود. در مجموع حضور در انجمن معنادان گمنام با بهبود عملکرد و پرهیز همراه است [۳۳] و شواهد تجربی قدرتمندی برای ارتباط مثبت بین حضور در انجمن معنادان گمنام و پیامدهای مثبت مصرف مواد وجود دارد [۲]. انجمن با حمایت اجتماعی گسترده و روابط بین فردی پیچیده در خارج از جلسه نیز پیگیر بهبودی اعضا است. شاید پرهیز از مصرف هر گونه مواد و روی آوردن به ورزش باعث شود که سیستم ایمنی این افراد به تدریج تقویت شده و توانایی مقابله بدن را با بیماری‌های جسمانی بالا ببرد، چه بسا حمایت اجتماعی خود باعث تقویت سیستم ایمنی افراد می‌شود [۳۴] و یا به این دلیل که انجمن به پرهیز طبیعی از مواد اهمیت می‌دهد، اعضا با استفاده از تجارب مشترک یکدیگر راه‌های مقابله‌ای جدیدی با مشکلات را می‌یابند که به تدریج الگویی برای زندگی آنان شده و به عنوان عادت در می‌آید [۳۲] که خیلی احتمال دارد سلامت فیزیکی آنان و رضایت ذهنی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و سطح امیدواری، بین معنادان گمنام و معنادان

یکدیگر تبادل اطلاعاتی می‌کنند. مقایسه اجتماعی در موقعیت‌هایی مانند ترس یا عدم قطعیت برای فراهم کردن اطلاعاتی که به وسیله آن، شخص موقعیت را ارزیابی می‌کند و پاسخ‌های مناسب را تعیین می‌کند [۳۱]. مشخص شده است که مقایسه اجتماعی در گروه‌های خودیاری باعث سازگاری اجتماعی بهتر افراد با موقعیت، عملکرد بهتر و کیفیت زندگی معطوف به هدف می‌شود [۱۱، ۳۱]. در گام دوم تحلیل تشخیص مؤلفه تفکر عاملی به عنوان یکی از مؤلفه‌های امیدواری اهمیت خود را نشان داد و به عنوان یکی از متغیرهایی که تفاوت بین دو گروه را بهتر آشکار می‌کند، نمایان شد. این مؤلفه که در واقع تعیین کننده اراده فردی جهت رسیدن به هدف است، نشان دهنده قدرت اراده فرد در تعقیب اهداف و آرزوها می‌باشد [۸]. همچنین این مفهوم زمانی که افراد مایل به رسیدن به هدف هستند اما به طور قطعی مشخص نیست که رسیدن به هدف اتفاق خواهد افتاد یا نه (مانند ترک مواد مخدر)، رخ می‌دهد. اعضای انجمن معنادان گمنام، شاید از طریق به کارگیری عامل، شاید از طریق نشان دادن واکنش به انگیزه مندی اعضای انجمن در پرهیز از مواد، یا شاید از طریق شبکه‌های اجتماعی حمایت کننده درون انجمن، استراتژی‌هایی را از قبیل اینکه چگونه باید خودشان را برای موفق شدن آماده کنند، برنامه‌ریزی می‌کنند، و به خودشان و دیگر اعضا این نکته را القا کنند که ما می‌توانیم از مواد پرهیز کنیم و زندگی سالمی را تجربه کنیم. همچنان که افراد به بعضی موفقیت‌ها دست می‌یابند، اعتماد به نفسشان رشد می‌کند، رویکردهای جدید را آزمایش می‌کنند و گذرگاه‌های جدید را یاد می‌گیرند. این مسائل و تجارب، انگیزه‌مندی‌شان را جهت پرهیز از مواد تقویت می‌کند [۹]. در گروه‌های خودیاری این اعتقاد وجود دارد که شرکت در انجمن ممکن است به شرکت کننده‌ها کمک کند و شرایطشان را بهبود بخشد. گروه‌های خودیاری مفهومی از امیدواری را رشد می‌دهند که شامل حسی از کنترل موقعیت و این باور که هر مشکلی در زندگی نمایانگر حالتی است که می‌توان آن را حل کرد، تا اینکه تهدید

adjustment to chronic illness? A longitudinal study. Soc Sci & Med. 2006; (63): 1602-1613.

12- Eric CL, Feifer C, Strohm M. A Pilot study: Locus of control and spiritual Beliefs in AA and SMART Recovery members. Addict Behav. 2000; (25): 633-640.

13- Marenmani I, pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 month among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. J subst abus treat. 2007; (33): 41-48.

14- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (3): 556-565.

15- Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H. et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: A health-related quality of life assessment. Addict. 2003; (98): 693-702.

16- Peles E, Schreiber S, Adelson M. Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) patients. Drug and Alcohol Depend. 2006; (82): 103-110.

17- Mintzer M, Stitzer M. Cognitive impairment in methadone maintenance patients. Drug and Alcohol Depend. 2002; (67): 41-51.

18- WHOQUOL Group (World Health Organization Quality of life Group). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. Qual life Res. 1993; (2): 153-159.

۱۹- فراهانی محمدنقی، محمدخانی شهرام. سنجش کیفیت زندگی و بهزیستی روانی معلمان. پژوهش در سلامت روان شناختی؛ ۱۳۸۹.

20- Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and health: Measuring the will and the ways. In Handbook of social and clinical psychology: The health perspective, edited by C. R. Snyder and Donelson R. Forsyth. Elmsford, NY: Pergamon. 1991: 231-302.

21- Ohayon IH, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S. Insight into severe mental illness, hope and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. Psychiatry res. 2009; (167): 231-238.

۲۲- شجاعی باغینی فاطمه. رابطه بین میزان امیدواری و خوش بینی با دوری از رفتارهای پرخطر در دختران ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان کرمان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۷.

۲۳- هومن حیدرعلی. تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: انتشارات پیک فرهنگ؛ ۱۳۸۵. ص. ۳۰۲-۲۶۷.

24- Tanachnick BG, Fidell LS. Using multivariate

متادون در بعضی مؤلفه‌ها (روابط بین فردی، سلامت فیزیکی و تفکر عاملی)، تأیید شد. اما این مسأله که چه عواملی پیش بینی کننده کیفیت زندگی و امیدواری بالا در اعضا هست، نیاز به پژوهش بیشتری دارد. همچنین با اینکه در پژوهش حاضر سعی شده است، تنوع فرهنگی رعایت شود، اما جهت قدرت تعمیم دهی بالاتر، لازم است، در شهرهای پرجمعیت که تنوع فرهنگی نیز در آنجا بالا است، این پژوهش تکرار شود. اعضای شرکت کننده در پژوهش حاضر مذکور بودند، می‌توان در پژوهشی دیگر نقش جنسیت را به عنوان متغیر تعدیل کننده بررسی کرد، و تأثیر آن را بر بهزیستی روانی - جسمانی افراد مورد ارزیابی قرار داد.

منابع

1- Marenmani I, pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 month among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. J subst abus treat. 2007; (33): 41-48.

2- Friedman GL. Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean. [Dissertation]. Alliant International University. Los Angeles, California. 2006: 4-32.

3- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.). New York: Basic Books. 1995: 101-149.

4- Wong JG, Cheung E, Chen EY, Chan RC, Law CW. et al. An instrument to assess mental patients capacity to appraise and report subjective quality of life. Q Life Res. 2005; 14(3): 687-694.

5- Robinson PF. Measurement of quality of life. J Assoc Nurses in AIDS Care. 2004; (15): 14-19.

6- Smith KP. Nursing and stroke rehabilitation: A study of the rehabilitation of stroke survivors quality of life, functional, and meaningful function. [dissertation]. university of Florida. 2007: 11-25.

7- Groh DR, Jason LA, Keys CB. Social network variable in AA: A literature review. Clin Psychol Rev. 2008; (28): 430-450.

8- Snyder CR, Lopez SJ. (Eds). Handbook of Positive Psychology. Oxford University press. 2005: 125-170.

9- Brairwaite V. The hope process and social inclusion Ann Am acad political and Soc Sci. 2004; (5): 92-128.

10- Kelly JE. Self-help for Substance usedisorder:

26- Campbell SW, Kelley M. Mobile phone use among Alcoholic Anonymous members: new sites for recovery. *new media & soc.* 2008; 10(6): 915-933.

27- Riessman F. Ten self-help principles. *J Soc Policy.* 1997; (27): 6-11.

۲۸- انجمن ان ای NA جهانی. معتادان گمنام. انتشارات انجمن ان ای؛ ۱۳۸۵. ص. ۵۵-۱۱.

29- Azrin NH, Donohue B, Besalel VA, Kogan ES, Acierno R. Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *J Child and Adolesc Subst Abuse.* 1994; (3): 11-16.

30- Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Longterm effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychol.* 2001; 20(5): 387-392.

31- Aspinwall LG, Hill DL, Leaf SL. Prospects, pitfalls and plans: A proactive perspective on social comparison activity. *Eur Review of Soc Psychol.* 2002; (12): 267-298.

32- Kurtz LF. Self-help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage. 1997: 231-266.

33- Kissin W, Mcleod C, McKay J. The longitudinal relationship between self-help group attendance and course of recovery. *Eval and program.* 2003; (20): 311-323.

۳۴- سارافینو پ. روان شناسی سلامت. الهه میزایی و جمعی از مولفان، مترجمان. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۷. ص. ۱۸۶-۱۷۷.