

مقایسه ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری (سازگاری) و سلامت معنوی معنادان مقیم در مراکز اجتماع درمان مدار و معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون اهواز

فرزاد کریم‌نژاد^۱ دکتر غلامحسین مکتبی^۲ محمد وطن‌خواه^۱ علی‌اصغر فیروزی^۱ هانی رحیمی^۱
^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی، ^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز

مجله پزشکی هرمزگان سال هجدهم شماره اول فروردین و اردیبهشت ۹۳ صفحات ۸۱-۹۰

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری (سازگاری) و سلامت معنوی در معنادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) و معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در سال ۹۰-۹۱ شهر اهواز می‌باشد.

روش کار: این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای بود و جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سرپایی و معنادان مقیم مراکز شبانه‌روزی بهزیستی می‌باشد که از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای برای انتخاب نمونه استفاده شد. برای این منظور به مراکز تحت پوشش بهزیستی و کلینیک‌های روان‌شناسی مراجعه گردید و از میان مراکز اجتماع درمان مدار (IC) تحت پوشش بهزیستی، ۱ مرکز و از میان ۱۰ کلینیک درمان سرپایی اعتیاد، ۵ کلینیک از طریق نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد و در مجموع ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه شخصیتی نئو (مقیاس سازگاری) و پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند راهه (MANOVA) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد، به طوری که میانگین امتیازات اعضای انجمن معنادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) در مؤلفه سازگاری و سلامت معنوی به طور معنی‌داری ($P < 0.001$) بالاتر از میانگین امتیازات معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون است.

نتیجه‌گیری: حضور معنادان در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) منجر به افزایش امیواری و سرزندگی نسبت به درمان نگهدارنده با متادون می‌شود. بنابراین، به دلیل حضور فعالانه این افراد در مراکز اجتماع درمان مدار، میزان سلامت معنوی و توافق‌پذیری (سازگاری) این افراد تغییرات مثبت بیشتری می‌کند و انگیزه ترک بون بازگشت برای آنان هموارتر و میسرتر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: توافق‌پذیری (سازگاری) - متادون - درمان - اهواز

نویسنده مسئول:
فرزاد کریم‌نژاد
گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران
اهواز
اهواز - ایران
تلفن: ۰۹۸ ۹۳۶ ۴۱۳ ۶۸۹۰
پست الکترونیکی:
farzad.k110@yahoo.com

دریافت مقاله: ۹۱/۱/۱۸ اصلاح نهایی: ۹۱/۶/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۱/۷/۱۱

مواد و اعتیاد که به حق در میان مردم به بالای خانمان سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. تمامی صاحب‌نظران و متخصصان اعتیاد در این نکته اتفاق نظر دارند که اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی-روانی اجتماعی دانست (۳). سوء مصرف مواد، اختلال پیچیده‌ای در خود فرد است. الگوهای رفتاری و فکری خود تهدیدکننده و خودمخرب،

مقدمه:
سوءاستفاده از مواد مخدر از مشکلات بزرگ پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌باشد. با وجود عدم مقبولیت مصرف مواد افیونی از نظر اجتماعی، طبقات مختلف افراد با این مسأله به صورت جدی درگیر می‌باشند، به طوری که سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و همچنین موجب انحطاط روانی و اخلاقی فردی می‌شود (۱،۲). سوءمصرف

آشفته‌گی در سبک زندگی و عملکرد فردی را آشکار می‌سازند. با وجودی که اثرات ژنتیکی، فیزیولوژیکی و شیمیایی مواد شناخته شده است، اما خود فرد باید مسئولیت اولیه اختلال و بهبودیش را بپذیرد. بنابراین، اعتیاد یک علامت است و نه جوهر و اصل اختلال. مشکل خود فرد است، نه مواد (۴). با توجه به اینکه بیماری اعتیاد یک بیماری جسمانی نیست و شامل جنبه‌های روانی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد و همچنین عوامل متعددی در ایجاد این پدیده نقش دارند، بنابراین درمان این بیماری نیز شامل جنبه‌های مختلف می‌گردد و بسیار پیچیده‌تر و مشکل‌تر از درمان بیماری‌های دیگر می‌باشد. به همین منظور پژوهش‌ها و مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است تا روش‌های درمانی هرچه بیشتر بتواند جهت کمک به فرد مبتلا موفق باشد و تا حد ممکن درصد عود بیماری کاهش یابد (۵).

اعتیاد به مواد مخدر یا (اختلال وابسته مواد) به دلیل ماهیت زیستی، روانی، اجتماعی انسان از پیچیدگی خاصی برخوردار است، به همین علت درمان این اختلال با تأکید بر یک رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است. نتایج مطالعات پژوهشگران بیانگر این حقیقت است که مانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر، کارآمدترین رویکرد درمانی در کاهش یا ترک مصرف مواد اعتیادآور شامل ترکیبی از شیوه‌های جسمی و روانی است (۶). در طی سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده‌اند. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیردارویی ایفای نقش کرده‌اند. یکی از درمان‌های دارویی مؤثر در طی سال‌های گذشته و در حال حاضر، برنامه درمان نگهدارنده با داروی متادون است. در مصرف‌کنندگان اپیوئیدها، درمان دارویی غالب، مصرف داروی متادون است که در اغلب کشورهای دنیا در حال اجرا می‌باشد؛ و نتایج مطالعات نشان داده است، که این دارو جایگزین مناسبی به خصوص برای اپیوئیدها بوده و تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف، علائم ترک، علائم روان‌پزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره درمان داشته است (۷، ۸). از جمله درمان‌های غیردارویی می‌توان به روان‌درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی، مراکز اجتماع درمان‌مدار و گروه‌های خودیار اشاره نمود (۹). در این راستا ایجاد مراکز اجتماع درمان‌مدار در سرتاسر کشور سهم

زیادی در درمان اعتیاد داشته است. در این مراکز معتادان به صورت داوطلب پذیرش می‌شوند. طول دوره بازتوانی آنها چهار ماه است و در طول این دوره روان‌پزشک، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی آموزش‌های لازم را در زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهند. این آموزش‌ها شامل آموزش مهارت‌های زندگی، شیوه مهارت‌وسوسه، ابراز وجود، مهار خشم، اضطراب و... می‌باشد (۱۰). برنامه اجتماع درمان‌مدار برای یاری رساندن و حمایت در جهت بهبود معتادانی است که استعداد بازگشت به مصرف مواد را دارند (۱۱). اجتماع درمان‌مدار یک درمان عمیق برای بازسازی و ایجاد اعتماد به نفس است و به مراجعان مهارت‌های اجتماعی لازم را آموزش می‌دهد و آنها را آماده می‌کند که حرفه‌ای را در پیش بگیرند و خود را با زندگی عاری از مواد سازگار نمایند (۱۲). در یک مطالعه که با عنوان بررسی فرآیند درمان TC توسط ادلن و همکاران انجام شد، نشان داده شد که ابعاد چندگانه TC فرآیند درمان، عدم عود مصرف‌کنندگان و کلیت ابعاد تغییر و همچنین نتایج پس از درمان در بین مصرف‌کنندگان مواد بهتر شدند (۱۳). در مطالعه‌ای که صدرالسادات و همکاران (۱۳۸۴) در ایران در ارتباط با درمان‌های TC انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که مراکز اجتماع‌مدار نحوه گذران یک زندگی اجتماعی توأم با آرامش را به آنها می‌آموزد و ارتباطی بین عملکرد بهینه در روابط اجتماعی‌شان پس از درمان بوده است (۱۴).

از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی بیماران، که در پژوهش‌های مختلف به آنها اشاره شده است، ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری می‌باشد (۱۵). شخصیت، عامل تعیین‌کننده‌ای است که تمامی رفتارهای انسان را در عرصه زندگی شخصی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد و گاهی در اثر صفات ناسازگارانه (روان‌رنجور خوبی) فرد و اطرافیان را با مشکل جدی مواجه می‌کند (۱۶). شخصیت می‌تواند بر واکنش‌های هیجانی و نیز ارزیابی از فشارها و انتخاب مهارت‌های مقابله‌ای تأثیر گذارد (۱۷). در سال‌های اخیر طرح پنج‌عاملی ویژگی‌های شخصیت به طور چشمگیری مورد توجه متخصصان علوم رفتاری قرار گرفته است. در این آزمون پنج شاخص یا عامل شخصیتی شامل روان‌رنجور خوبی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، با وجدان بودن و توافق‌پذیری

بررسی می‌شود (۱۸). در پژوهش‌های مختلفی به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و آمادگی به اعتیاد پرداخته شده که می‌توان به پژوهش زرگر و غفاری (۱۹) اشاره کرد که نتایج نشانگر آن بود که ویژگی‌های شخصیتی همچون روان رنجورخویی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و با وجدان بودن با آمادگی به اعتیاد رابطه معنی‌داری دارند و می‌توان آنها را به عنوان پیش‌بین‌های آمادگی به اعتیاد به حساب آورد. همچنین در پژوهشی که توسط زرگر، نجاریان و نعمی (۲۰) انجام شده به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد پرداخته که نتایج نشانگر بالا بودن میزان هیجان‌خواهی معتادان در مقیاسه با افراد عادی بود. علیلو و همکاران (۱۶) در تحقیقی نشان دادند که بین ویژگی روان‌رنجورخویی و راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه مثبت معنی‌دار و بین ویژگی توافق‌پذیری و راهبرد مقابله هیجان‌مدار رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. صفات شخصیتی چون برون‌گرایی، توافق‌پذیری، با وجدان بودن و باز بودن به تجربه با سلامت روان و سازگاری بیشتری همراه‌اند. انتظار می‌رود که این افراد کمتر متوجه رفتارهای اعتیادی شوند (۲۱). در پژوهشی که فرنی، خواجه‌موگهی، شانه‌ساز و پاک‌سرشت (۲۲) انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که افراد وابسته به مواد افیونی شیوه‌های مقابله ناسازگارانه‌ای دارند که با استرس‌های زیادی که متحمل می‌شوند و نیز خطر تضعیف سلامت عمومی آنان در ارتباط است.

سلامتی یک مسأله چند بعدی است و این ابعاد بر یکدیگر اثر کرده و در نهایت سلامت فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۳). در حال حاضر اغلب مدل‌های سلامتی، شامل سلامت معنوی نیز می‌باشند. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیا است (۲۴). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط یکپارچه و هماهنگ را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۲۵). اهمیت معنویت و تأثیر مذهب در بهداشت روانی و بهبود زندگی انسان‌ها در چند دهه اخیر بیش از پیش مورد توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی

قرار گرفته است (۲۶). تحقیقات جدید با ملاحظات آماری در یافتن اثرات مفید معنویت و مذهب، رو به رشد گذاشته است؛ بنابراین اعتقادات مذهبی، معنوی و پیشرفت‌های علمی جدید، هر دو می‌توانند هم در جهت تشخیص و هم در جهت درمان اختلالات و بیماری‌ها بهره‌مند شوند (۲۷). طبق دیدگاه غالب امروزی روان‌پزشکی و روان‌شناسی، بیماری حاصل نقص در انطباق و تعادل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد و استرس می‌تواند مقاومت بیولوژیک، روانی و اجتماعی را دگرگون نماید (۲۸، ۲۹). ولی هم‌اکنون در تحقیقاتی که در ایران صورت گرفته است، شاهدیم که برخی از دانشمندان، تعریف جسمی، روانی، اجتماعی را تعریفی جامع برای انسان نمی‌دانند و بنابراین معنویت را نه صرفاً به عنوان نوعی نیاز انسان، بلکه به عنوان قسمتی از وجود انسان پذیرفته‌اند؛ شاید به همین دلیل باشد که طبق برخی گزارشات ذکر شده در مقالات روان‌شناسی و روان‌پزشکی، ایمان و درمان‌های معنوی و اعمال مذهبی و به کل موارد مربوط به مذهب به درمان‌های مرسوم قلبی بیماران معتاد اضافه شده است (۳۰). همچنین تحقیقات نشان داده است که احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (۳۱). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است (۳۲).

عادت‌های سوء مصرف مواد به متغیرهای روان‌شناختی - درونی از جمله ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، نگرش‌ها، باورها و سطح هوشی فرد نیز بستگی دارد (۳۳).

روش کار:

این پژوهش از نوع مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سرپایی و افراد مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) می‌باشد که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای برای انتخاب نمونه استفاده شد. برای این منظور به مراکز تحت پوشش بهزیستی و کلینیک‌های روان‌شناسی مراجعه گردید و از میان مراکز اجتماع درمان مدار (IC) تحت پوشش بهزیستی، ۱ مرکز و از میان ۱۰ کلینیک

درمان سرپایایی اعتیاد، ۵ کلینیک از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد و در مجموع ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

پرسش‌نامه سلامت معنوی: در این مطالعه از پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی الیسون و پالوتزین، ۱۹۸۲ استفاده شده است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) دسته‌بندی شده است. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین، متوسط، و بالا تقسیم‌بندی شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه سلامت معنوی در پژوهش رضایی، سید فاطمی، رضایی (۱۳۸۷) تأیید شد (۲۱). همچنین پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش بالجانی، خشابی، امان‌پور و عظیمی (۱۳۹۰) نیز روایی محتوایی تأیید شد و پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد (۲۲).

پرسش‌نامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی فرم کوتاه:

پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. پرسش‌نامه شخصیتی NEO-FFI جانشین تست NEO است که در سال ۱۹۸۵ توسط مک‌کری و کاستا تهیه شده بود (۲۳). NEO-FFI توسط مک‌کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. این پرسش‌نامه سه طیف نمره از ۱۲ تا ۲۴، از ۲۴ تا ۴۸ و از ۴۸ تا ۶۰ به دست می‌دهد. اعتبار درازمدت این پرسش‌نامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی و باز بودن نسبت به تجربه، ضرایب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داده است.

ضریب اعتبار دو عامل سازگاری و با وجدان بودن به فاصله دو سال، به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است (۲۳). در هنجاریابی آزمون NEO که توسط گروسی فرشی (۲۲) در ایران انجام شد، ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق‌پذیری و با وجدان بودن، به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده‌گر (R)، استفاده شد، که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل توافق‌پذیری بود (۲۳).

نتایج با استفاده از آنالیز واریانس چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ویژگی شخصیتی سازگاری و سلامت معنوی در معتادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) اهواز و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد.

نتایج:

جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره، بیشترین نمره و تعداد نمونه را در دو گروه درمان با نگهدارنده با متادون و معتادین مقیم در مرکز (IC) شهر اهواز را نشان می‌دهد.

یافته‌های مطالعه با توجه به جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین امتیاز معتادین مقیم در مرکز (IC) از نظر سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن بالاتر از افراد تحت درمان به وسیله درمان نگهدارنده با متادون می‌باشند و میانگین سازگاری معتادین مقیم در مرکز (IC) بالاتر از افراد تحت درمان به وسیله درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد.

جدول شماره ۱- میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره نمره، بیشترین نمره و تعداد نمونه در دو گروه درمان نگهدارنده با متادون و معتادین

مقیم در مرکز (TC) شهر اهواز

| مقیاس‌ها | گروه‌های نمونه | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره | تعداد نمونه |
|----------------------|------------------------|---------|--------------|------------|-------------|-------------|
| مقیاس سازگاری | گروه مقیم در مرکز (TC) | ۴۲/۲۵ | ۵/۴۳ | ۳۰ | ۵۴ | ۵۰ |
| | گروه درمان (MMT) | ۳۷/۱۴ | ۵/۲۵ | ۲۷ | ۴۹ | ۵۰ |
| سلامت معنوی | گروه مقیم در مرکز (TC) | ۷۱/۲۶ | ۸/۶۷ | ۵۶ | ۹۷ | ۵۰ |
| | گروه درمان (MMT) | ۶۷/۲۸ | ۱۰/۱۶ | ۴۸ | ۹۲ | ۵۰ |
| زیرمقیاس سلامت مذهبی | گروه مقیم در مرکز (TC) | ۴۰/۰۷ | ۴/۵۸ | ۲۸ | ۵۰ | ۵۰ |
| | گروه درمان (MMT) | ۳۴/۹۳ | ۵/۶۵ | ۲۸ | ۴۶ | ۵۰ |
| زیرمقیاس سلامت وجودی | گروه مقیم در مرکز (TC) | ۳۶/۱۸ | ۵/۵۲ | ۲۳ | ۵۰ | ۵۰ |
| | گروه درمان (MMT) | ۳۲/۳۴ | ۵/۸۶ | ۲۰ | ۴۶ | ۵۰ |

جدول شماره ۳، خلاصه و نتایج تحلیل واریانس چند متغیری را در دو گروه درمان نگهدارنده با متادون و معتادین مقیم در مرکز (TC) شهر اهواز را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، در آزمون اثر پیلاهی، مقدار برابر ۰/۲۹۷ و F برابر ۱۳/۵۱ و در سطح معنی‌دار قرار دارد. طبق آزمون‌های چهارگانه ۲۹ درصد واریانس متغیرهای وابسته ناشی از تفاوت‌های گروهی است. بنابراین، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۲، خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بین دو گروه معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون و معتادین مقیم در مرکز (TC) شهر اهواز را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بین دو گروه معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون و معتادین مقیم در مرکز (TC) شهر اهواز

| تأثیر | مقدار | F | P-value |
|-----------------|---------|-------|---------|
| اثر پیلاهی | ۰/۹۹۰ | ۳/۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۰ | ۳/۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| اثر هاتلینق | ۱۰۱/۵۴۹ | ۳/۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| رویز | ۱۰۱/۵۴۹ | ۳/۲۵ | ۰/۰۰۰ |
| گروه اثر پیلاهی | ۰/۲۹۷ | ۱۳/۵۱ | ۰/۰۰۰ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۷۰۳ | ۱۳/۵۱ | ۰/۰۰۰ |
| اثر هاتلینق | ۰/۴۳۲ | ۱۳/۵۱ | ۰/۰۰۰ |
| رویز | ۰/۴۳۲ | ۱۳/۵۱ | ۰/۰۰۰ |

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس را در دو گروه نگهدارنده با متادون و معتادین مقیم در مرکز (TC) شهر اهواز

| مقیاس‌ها | گروهها | تعداد نمونه | میانگین | انحراف معیار | میانگین مجزورات | F | P-value |
|-------------|----------------|-------------|---------|--------------|-----------------|-------|---------|
| سازگاری | مقیم مرکز (TC) | ۵۰ | ۴۲/۲۵ | ۵/۴۳ | ۶۵۲/۰۳ | ۲۲/۸۲ | ۰/۰۰۰ |
| | درمان متادون | ۵۰ | ۳۷/۱۴ | ۵/۲۵ | | | |
| سلامت مذهبی | مقیم مرکز (TC) | ۵۰ | ۴۰/۰۷ | ۴/۵۸ | ۶۶۰/۷۲ | ۲۴/۹۱ | ۰/۰۰۰ |
| | درمان متادون | ۵۰ | ۳۴/۹۳ | ۵/۶۵ | | | |
| سلامت وجودی | مقیم مرکز (TC) | ۵۰ | ۳۶/۱۸ | ۵/۵۲ | ۳۳۷/۹۴ | ۱۱/۳۶ | ۰/۰۰۰ |
| | درمان متادون | ۵۰ | ۳۲/۳۴ | ۵/۸۶ | | | |

مؤلفه‌های سلامت معنوی

همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه معتادین مقیم در مرکز (IC) شهر اهواز و معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقیاس سازگاری ($F=13/51$, $P<0/001$) و در مؤلفه‌های سلامت مذهبی ($F=24/91$, $P<0/001$)، سلامت وجودی ($F=11/36$, $P<0/001$) سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بدین معنی که میانگین معتادین مقیم در مرکز (IC) شهر اهواز در مقیاس سازگاری و سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن بالاتر از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

همان‌طور که مشاهده شد، نتایج نشان داد که در مؤلفه توافق‌پذیری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد به طوری که میانگین نمره‌های معتادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) در مؤلفه توافق‌پذیری به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین نمره‌های معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون است. نتایج این پژوهش با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها که تأثیر رویکرد اجتماع درمان مدار را در درمان اعتیاد مورد بررسی قرار داده‌اند هم‌خوانی دارد. تحقیقات مختلفی اثربخشی اجتماع درمان مدار را بر ارتقای مهارت‌های زندگی و مهارت حل مسأله، بهبود روابط اجتماعی، افزایش تعهد نسبت به خویش‌تنداری و پرهیز و پیشگیری از عود تأیید کرده‌اند (۳۸-۳۴). یارمحمدی واصل (۳۴) در تحقیقی نشان داده است که اجتماع درمان مدار بر ارتقای مهارت‌های زندگی شامل مهارت حل مسأله، مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، مدیریت هیجان‌ها، ابراز وجود و خود مراقبتی افراد مبتلا به اختلال وابستگی به مواد مؤثر بوده است. همچنین در تحقیقات دیگر (۳۹، ۱۰) تأثیر روش اجتماع درمان مدار بر افزایش عزت نفس و کاهش افسردگی و اضطراب معتادان در نتیجه آموزش مهارت‌های زندگی مشخص شده است. افراد وابسته به مواد چرخه‌ای از آسیب‌های کارکردی دارند که در نتیجه ناتوانی آنها در کسب مهارت‌های لازم برای زندگی است. این آسیب‌ها بر سلامت و کارکرد فردی این افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۳۴). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از آنجایی که معتادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار، در موقعیت‌های روان‌درمانی و حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند، زمینه‌ای برای آنها

فراهم می‌شود تا بتوانند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر و ارتباطات میان فردی بهتری داشته باشند و این افراد مهارت‌های رفتاری مناسب‌تری برای رویارویی با فشارهای درونی و بیرونی یا فرار از احساسات منفی پیدا می‌کنند. رویکرد اجتماع درمان مدار رویکردی است که از طریق به وجود آوردن تغییرات کلی در شیوه زندگی فرد معتاد به وی امکان طی طریق بهبودی را می‌دهد (۱۱). مفاهیمی نظیر تفکر واقع‌بینانه درباره خود و جهان، تحمل ناکامی و به تعویق انداختن ارضای تمایلات، برخورد مناسب با مراجع قدرت، توانایی حفظ موقعیت شغلی و تحصیلی، قضاوت مناسب در مورد امور، تصمیم‌گیری و توانایی حل مسأله از جمله آموزه‌های مهمی است که محیط برنامه اجتماع درمان مدار برای مراجعان خود فراهم می‌کند (۱۲). بنابراین اینگونه مداخله‌ها در اجتماع درمان مدار منجر به ارتقای توانایی‌های فرد معتاد در برخورد با مشکلات ناشی از ترک مواد شده و باعث افزایش سازگاری (توافق‌پذیری) او می‌شود. همچنین، نتایج نشان داد که در مؤلفه سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد به طوری که میانگین نمره‌های معتادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (IC) در مؤلفه سلامت معنوی به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین نمرات معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون است. این یافته با بسیاری از یافته‌های پژوهشی انجام شده در زمینه پیامدهای مثبت عضویت در گروه‌های خودیاری همسواست (۲۲، ۲۱).

هدف این گروه‌های خودیاری کمک کردن به افراد درگیر با مسأله اعتیاد است. کمک کردن به دیگران و استفاده از کمک دیگران، که خود کمک کردن به دیگران برای پرهیز از مواد سودمند است (۲۶). پژوهش‌های پیشین اثربخشی شرکت در گروه‌های خودیاری را تأیید کرده‌اند، و تأثیر آن بر سلامت فیزیکی، ذهنی، روانی و معنوی را مشخص کرده‌اند. این درست است که ارتباطات زیادی بین معنویت و بهزیستی روان‌شناختی و توافق‌پذیری (سازگاری) وجود دارد. ولی به اعتقاد برخی افراد راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت در واقع کاربردهای سازگارانه هوش معنوی می‌باشند. کینگ پیشنهاد می‌کند که این ارتباط غیرمستقیم است و هوش معنوی به عنوان یک میانجی در این ارتباطات نقش دارد. به احتمال بیشتر همبستگی معنی‌دارتری میان سطوح هوش

و انگیزه ترک بدون بازگشت برای آنان هموارتر و میسرتر می‌شود. بنابراین، به دست‌اندرکارانی که در حوزه اعتیاد کار می‌کنند، پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های درمانی‌شان، تأکید خاصی بر ابعاد معنوی و وجودی داشته باشند و همچنین، از آنجا که در برنامه اجتماع درمان مدار تأکید بر ارتقای مهارت‌های زندگی می‌شود و این برنامه باعث افزایش سطح توافق‌پذیری و سازگارتر شدن معتادان می‌شود، پیشنهاد می‌شود که این پروتکل درمانی، ضمیمه برنامه‌های مراکز ترک اعتیادی که با متادون معتادان را درمان می‌کنند، گردد.

سپاسگزاری:

از کلیه مراکز درمانی معتادین و معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد و نیز مسئولین این مراکز که پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد؛ بدون همکاری آنان انجام این پژوهش ممکن نبود.

معنوی و سازگاری وجود دارد (۱). همچنین، از آنجا که اعتیاد پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است که از عوامل متعدد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی تأثیر می‌پذیرد. لذا کاربرد هر برنامه درمانی که بر این ابعاد تأکید کند، می‌تواند اثربخش باشد. چون TC یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسان‌گرایی و روان‌کاوی رشد یافته است، لذا می‌تواند تغییرات چند بعدی در افراد ایجاد نماید (۱۶). بنابراین، با توجه به اینکه معتادان مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار (TC) تحت این برنامه جامع قرار می‌گیرند و این برنامه جامع از مفاهیم رویکرد وجودی و انسان‌گرایی استفاده می‌کند، بسیار طبیعی است که سلامت وجودی این افراد تحت‌الشعاع قرار گیرد و سلامت معنوی‌شان نسبت به معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون، بهبودی و افزایش بیشتری پیدا کند. با در نظر گرفتن موارد ذکر شده؛ این گونه می‌توان تبیین کرد که با حضور فعالانه این معتادان در مراکز اجتماع درمان مدار، میزان سلامت معنوی و توافق‌پذیری (سازگاری) این افراد تغییرات مثبت بیشتری می‌کند.

References

منابع

1. Afghah M, Khalilian A. Survey of factors associated with opioid dependence in Mazandaran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;6:29-35. [Persian]
2. Asayesh H, Qorbani M, Salary H, Mansorian M, Safari R. The relation between individual and familial characteristics with substance abuse tendency. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011;12:91-94. [Persian]
3. Sohrabi F. Health psychology. Cristian G, Antoni M. Tehran: Toloe Danesh Press; 2004. [Persian]
4. Ebrahimi A. Community treatment center circuit: The most comprehensive treatment of addiction. De-leon G. Tehran: Kankash Press; 2003. [Persian]
5. Monajati VR, Farnam R, Mohommadi M. Addiction treatment. Tehran: Daryaye Noor Press; 2004. [Persian]
6. Ghamat Boland HR. Cognitive-behavioral approach in the treatment of drug dependence. Carol CM. Yazd Press; 2004. [Persian]
7. Leshner A. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. *National Institute of Health (NIH) Publication*. 1999;9:3-33.
8. Curran HV, Bolton J, Wanigaratne S, Smyth C. Additional methadone increases craving for heroin: A double-blind, placebocontrolled study of chronic opiate users receiving methadone substitution treatment. *Addiction*. 1999;94:665-674.
9. Fallah Zadeh A. Prevention of Addiction. Ahvaz: Behzisti Press; 2005. [Persian]

10. Bavi S, Borna MR. The Influence of Rehabilitation Course of Psychological Services in Addicts Negative Self Concept, Anxiety, Depression and Self-Esteem in The Rapeutic Communing Center of Ahwaz. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2010;11:55-66. [Persian]
11. De leon G. From theory to practice: the planned treatment of drug users. *International Journal Addict*. 1989;24:785-820.
12. De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. *International Journal Addict*. 1995;30:1603-1645.
13. Edelen MO, Tucker JS, Wenzel SL, Paddock SM, Ebener P, Dahl J, et al. Treatment process in the therapeutic community associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:415-421.
14. Sadr- alsadat SJ, Mohammadi Z, Kaldi A. A study on the association between therapeutic community program and social relationship of previously addicted persons. *Journal of Rehabilitation*. 2005;6:10-13. [Persian]
15. Hadadi R, Rostami R, Rahimi Nejad A, Akbari Zardkhaneh S. The effectiveness of group cognitive - behavioral therapy in reducing impulsivity and impulse control, craving and highly addictive drug crack consumer. *Research on Addiction*. 2006;10:29-51. [Persian]
16. Aliloo MJ, Arji A, Bakhshipur Rudsari A, Shahjui T. The relationship between personality traits and coping strategies of HIV-positive drug users. *Medical Journal of Tabriz University*. 2008;1:70-76. [Persian]
17. Roccas S, Sagiv L, Schwartz SH, Knafo A. The Big Five personality factors and personal values. *J Per Soc Psy Bul*. 2002;28:789-801.
18. Faraji P, Faraji R, Kazemi R, Dideh Roshani S. Relationship between psychological profile and personality traits in patients with obsessive - compulsive practical. Research Project in Ardabil University. 2005. [Persian]
19. Zargar Y, Ghaffari M. Study of simple and multiple relationships between personality traits and addiction potential. 7th Conf. Of Asian Association of Social Psychology. 2006. [Persian]
20. Zargar Y, Najarian B, Noami AR. Investigate the relationship between personality traits, attitudes, religion and marital satisfaction addiction staff prepared an industrial company in Iran. *Journal of Education - Psychology of Shahid Chamran University of Ahvaz*. 2007;15:99-120. [Persian]
21. Jafar Nejad F, Shokri M. The role of personality traits and coping styles in student mental health: causal models. *Advances in Cognitive Science*. 2003;7:1. [Persian]
22. Farnia MR, Khajeh Mogehi N, Shanch Saz AA, Pak Seresht S. A comparative study of stress, coping styles and their relationship to public health, drug addiction opioid and non-opioid dependent. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2005;5:30-34. [Persian]
23. Linda GM, Kevin K. Research on the demography of aging in developing countries. Wshington DC: Demography of aging. national academy press; 1994.
24. Omidvari S. Spiritual health: Concepts and Challenges. *Interdisciplinary Journal of Qur'anic Studies*. 2007;1:5-17. [Persian]
25. Rezaei M, Seyed Fatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat Journal*. 2007;14:33-39. [Persian]
26. Abbasi R, Roshan R. The Relationship between Religious Beliefs and Emotional Intelligence (EQ) in High School Students. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2008;17:31-38.
27. Shahidi S, Shirafkan SA. Psychotherapy and Spirituality. Vest W. Tehran: Roshd; 2005. [Persian]
28. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry, Behavioral sciences /clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press; 2007.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press; 2004.

30. Mohammadi MR, Hashemi Kohanzadeh H. Spiritual psychotherapy. *Journal of Medicine and Sanctity*. 2001;435:104-120. [Persian]
31. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for dolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003;17:24-31.
32. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. *J Holist Nurs*. 1999;17:18-33.
33. Siegle LJ, Senna JJ. Juvenile delinquency: theory, practice and law. 6th ed. Paol Alto. West Press; 1997; 117-118.
34. Yarmohammadi V. Effectiveness of the therapeutic community in promoting life skills and reducing relapse in addicted men. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2011;18:358-368. [Persian]
35. Paddock SM, Edelen MO, Wenzel SL, Ebener P, Mandell W, Dahl J. Measuring changes in client-level treatment process in the therapeutic community (TC) with the Dimensions of Change Instrument (DCI). *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33:537-546.
36. Edelen MO, Tucker JS, Wenzel SL, Paddock SM, Ebener P, Dahl J, et al. Treatment process in the therapeutic community associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:415-421.
37. Jainchill N, Hawke J, De Leon G, Yagelka J. Adolescents in therapeutic communities: one- year post-treatment outcomes. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32:81-94.
38. Carroll JF, McGovern JJ, McGinley JJ, Torres JC, Walker JR, Pagan ES, et al. A program evaluation study of a nursing home operated as a modified therapeutic community for chemically dependent persons with AIDS. Project Samaritan AIDS services. *J Subst Abuse Treat*. 2000;18:373-386.
39. Fliming MF, Barry KL. Addictive disorder. London: Mosby Press; 1998.

Archive of SID

Comparison between agreeableness trait of personality and spiritual health of the addicts living in community treatment centers (TC) and under methadone treatment addicts in Ahvaz, Iran

F. Karimnejad, MSc Student¹ G. Maktabi, PhD² M. Vatankhah, MSc Student¹ A. Firoozy, MSc Student¹
H. Rahimi, MSc Student¹

Student of Clinical Psychology¹, Assistant Professor Department of Psychology², Ahvaz University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran.

(Received 6 Apr, 2012 Accepted 2 Oct, 2012)

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to compare agreeableness trait and spiritual health of the addicts living in a community treatment center circuit (TC) and addicts under methadone treatment in Ahvaz.

Methods: In this comparative study, the study population consisted of patients referred to outpatient clinics and welfare of people living in boarding centers. A cluster sampling method was used for sample selection. Out of centers, under Behzisti coverage, one community treatment center and 5 outpatient clinics. For addiction treatment were selected randomly. From these centers 100 patient were selected for the study. MANOVA was used for statistical analysis. NEO personality (scale compatibility) and Ellison and Palvtzyn is spiritual health questionnaires were used for data collection.

Results: Results show that there are significant differences in component compatibility and spiritual health mean scores of drug addicts living in community treatment circuits and addicts under methadone treatment ($P < 0.0001$).

Conclusion: It seems that living in community treatment centers will tend to increase in their hope and vitality. Living in these centers make them more positive and increase their motivation for treatment continuing.

Key words: Adaptation – Methadone - Treatment – Ahvaz - Living in the Community Center Circuit (TC)

Correspondence:

F. Karimnejad, MSc Student.
Department of Psychology
University of Ahvaz, Shahid
Chamran
Ahvaz, Iran
Tel: +98 936 413 6890
Email:
farzad.k110@yahoo.com