

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی

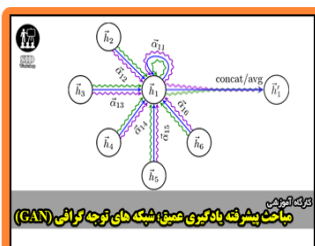


عضویت در خبرنامه



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛ شبکه های توجه گرافی (GAN)

مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛
شبکه های توجه گرافی
(Graph Attention Networks)



آموزش استفاده از وب آو ساینس

کارگاه آنلاین آموزش استفاده از
وب آو ساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی

اثربخشی روان درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی معتادین مرد سم زدایی شده

دکتر سیمین حسینیان*

دکتر شهناز طباطبایی**

فریبا روایی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه روان‌درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی معتادین مرد سم زدایی شده ساکن در شهر اصفهان بود. از جامعه مورد بررسی مشتمل بر تمامی مردان ۲۰-۴۵ ساله معتاد سم زدایی شده مراجعه کننده به مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۲۴ نفر نمونه در دسترس، بطور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. افراد گروه آزمایش در مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک مرتبه) از برنامه روان‌درمانی حمایتی بهره‌مند گردیدند. گروه نمونه، پرسشنامه ۳۱ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کردند. این پرسشنامه شش زیرمقیاس (سلامت جسمانی، روانشناختی، استقلال، روابط اجتماعی، محیط و باورهای فرد) دارد و اعتبار آن از طریق تست - تست مجدد (با فاصله زمانی یک ماه) ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ و ضریب همبستگی درونی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ برآورد شده است. روش آماری به‌کار گرفته شده تحلیل کوواریانس یک طرفه در دو گروه آزمایش و کنترل (در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون) می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد برنامه روان‌درمانی حمایتی بر بهبود عوامل کلی کیفیت زندگی و سلامت معتادین مرد سم زدایی شده تأثیر دارد ($P < 0/01$). این برنامه بر بهبود عوامل مختلف سلامت (جسمانی، روانشناختی، استقلال، محیط و باورهای فردی گروه نمونه تحقیق) نیز مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی حمایتی، کیفیت زندگی، معتادین، سم‌زدایی شده.

Email:hosseins1381@yahoo.com

Email:tabshahnaz@yahoo.com

Email:ravaeef@yahoo.com

* استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء (س).

** استادیار دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

*** کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه الزهراء (س).



اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی است. کشور ایران نیز به دلیل شرایط خاص جغرافیایی، اجتماعی و فرهنگی، شرایط مستعدی برای روی آوردن به سوی اعتیاد به خصوص در میان جوانان دارد. علل گرایش افراد به سوی مواد را می توان در: نداشتن آگاهی و باورهای غلط، درهم ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، عوامل ژنتیکی، مشکلات هیجانی و مشکلات رفتاری جستجو کرد (اسعدی، ۱۳۸۶).

معتادین به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه، علاوه بر پیامدهای جسمانی این بیماری با مشکلات روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی نیز روبرو هستند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر نامطلوبی می گذارد و آنها را از انجام فعالیت های عادی روزانه بازمی دارد (هابلی، ۱۳۸۴). اصولاً کیفیت زندگی وابسته به سلامت^۱ مربوط است به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی اش و مراقبت های بهداشتی که موجب سطحی از فعالیت کلی در او می شود و ابعاد اصلی آن را سلامت جسمانی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی، استقلال، محیط و باورهای فردی تشکیل می دهند.

در سال های اخیر توجه به سوی درمان و پیشگیری از اعتیاد از طریق شناخت عوامل به وجود آورنده و استفاده از روش های علمی گسترش یافته است. البته بهترین راه مبارزه با مواد فقط یک راه نیست، بلکه بایستی در جامعه در یک زمان، چندین راهبرد مورد استفاده قرار گیرد. سه راهبرد که در اغلب کشورهای جهان مورد استفاده قرار می گیرد شامل، راهبردهای قانونی و حفاظتی، راهبردهای تربیتی - آموزشی و راهبردهای درمانی است. یکی از درمان های رایج برای افراد معتاد، سم زدایی آنان است. معتاد سم زدایی شده^۲ (با متادون) فردی است که توسط متخصصین سم زدایی می شود و در طول دوره درمان هرگاه شخص معتاد علائم خماری را تجربه کند به وی متادون می دهند، پس از چندین هفته تنظیم میزان و مقدار استفاده و با ثابت شدن وضعیت حال درمان جو، میزان متادون به تدریج کاهش می یابد که البته بستگی به عکس العمل های جسمی فرد مورد نظر هم دارد (اکبری، ۱۳۸۵). در زمینه راهبردهای آموزشی نیز که در این پژوهش مورد توجه است، می توان به افراد در مورد علل گرایش بسوی مواد مخدر، اثرات مواد و داروهای اعتیاد آور و خطرات جسمانی، روانی و اجتماعی استفاده از آنها، آگاهی داد. از طرفی بولتون^۳ (۲۰۰۴) معتقد است که درصد بسیاری از توجه ما صرفاً به درمان دارویی معتادین معطوف شده است، در صورتی که درصد بسیار کمی از آن به جنبه های بهداشت روانی این بیماری تمرکز یافته است. همچنین پژوهش ها در مورد افراد معتاد نشان می دهد که با توجه به شرایط خاص جسمانی، روانی و اجتماعی آنها، نیاز به مراقبت های حمایتی بسیار است. نتایج پژوهش های مختلف حاکی از آن است که نیاز به مراقبت های بهداشت روانی، یکی از اساسی ترین نیازهای جمعیت معتادین می باشد (یانگ^۴، ۲۰۰۵). از جمله بررسی محققین، بورگوین و رن ویک^۵ (۲۰۰۴)، جیا^۶ و دیگران (۲۰۰۴)، روان درمانی حمایتی^۷ را برای بهبود سلامت جسمانی و روانی معتادین مؤثر

-
1. Health related QOL
 2. detoxicated
 3. Bolton
 4. Young
 5. Borgoyne&Renwick
 6. Jia
 7. supportive psychotherapy

می‌دانند. در عین حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روان‌درمانی حمایتی و مداخلات آموزشی می‌تواند کیفیت زندگی افراد بیمار را بهبود بخشد، عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را ارتقاء دهد و امید را در افراد زنده نماید (مارک و مایر، ۱۹۹۵، نقل از سبحانی‌فرد، ۱۳۸۱). در واقع، روان‌درمانی حمایتی بر اساس نظریه روان‌کاوی به‌منظور کمک به بیمار در جهت مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و یا بیماری‌های جسمی، مورد استفاده قرار می‌گیرد (پورافکاری، ۱۳۷۶). این درمان ترکیبی از تکنیک‌های تقویت ایمان و معنویت^۱، دعا، آرامبخشی^۲، خود‌گویی عبارات مثبت، تصویرسازی مثبت^۳، آگاه‌سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، تغذیه و ورزش است. بررسی‌های دین^۴ (۲۰۰۰)، حاکی از تأثیر آموزش تمرینات آرامبخشی و تقویت افکار مثبت بر سلامت روانی افراد معتاد است. مک‌کورمیک^۵ و دیگران (۲۰۰۱) و فیتس پاتریک^۶ و دیگران (۲۰۰۶) نیز، بر نقش معنویت، دعا و تمرینات آرامبخشی در سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی معتادین تأکید می‌نمایند. وورلی^۷ و دیدازا (۲۰۰۹) هم، در بررسی خود به تأثیر برنامه‌های مثبت‌اندیشی بر بهبود افراد معتاد تزریقی پرداختند و به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافتند. استرینگر^۸ (۲۰۰۶)، در پژوهش خود در زمینه تأثیر تمرینات ورزشی و کلر^۹ (۲۰۰۴)، در مطالعه خود در مورد تأثیر تغذیه مناسب، نتیجه‌گیری می‌کنند که هر دو از عوامل مؤثر در بالا بردن سیستم ایمنی بدن افراد معتاد بوده و این عوامل بر سلامت جسمانی و روانی این گروه مؤثر است. ویگ^{۱۰} و دیگران (۲۰۰۶) نیز اظهار می‌دارند که سلامت جسمانی و روانی این افراد با میزان تحصیلات، درآمد، نوع شغل و حمایت جامعه همبستگی دارد؛ به طوری که افراد متخصص و شاغل از سلامت روانی و جسمانی بهتری برخوردارند.

درمان‌های حمایتی در پیشگیری از عوارض ناشی از اعتیاد، از جمله اچ‌آی‌وی^{۱۱} و هپاتیت^{۱۲} نوع C هم مؤثر است. ویکرم^{۱۳} (۲۰۰۲)، در مطالعه‌ای در زمینه اثر روان‌درمانی حمایتی بر پیشگیری از اچ‌آی‌وی در معتادین تزریقی در بلاروس؛ وان‌ایمفلن و کوک^{۱۴} (۲۰۰۳) هم در مطالعه خود در مورد روش‌های مؤثر بر تغییر رفتارهای پرخطر جنسی معتادین، به بررسی مداخلات روانی - اجتماعی پرداختند. نولتون^{۱۵} (۲۰۰۴) نیز، تأثیر حمایت‌های اجتماعی را بر رفتار معتادین تزریقی مبتلا به ایدز بررسی نموده است. تمامی این محققین به نتایج مثبت و مؤثری در زمینه کاربرد مداخلات روانی - اجتماعی و حمایتی بر بهبود رفتار معتادین دست یافته‌اند. همچنین ماهانتا و مدھی^{۱۶} (۲۰۰۸)، در مطالعه خود تحت عنوان: تزریق و رفتارها، عفونت‌های مسری آمیزشی و معتادین تزریقی در هندوستان؛ و همچنین

1. spirituality
2. relaxation
3. visualization
4. Dane
5. McCormick
6. Fitz Patrick
7. Worely&Didiza
8. Stringer
9. Keller
10. Wig
11. HIV
12. Hepatit
13. Vickerman
14. Van emphelen&Kok
15. Knowlton
16. Mahanta&Medhi

رودس و تر لوآر^۱ (۲۰۰۸)، در پژوهش خود در زمینه، محصول اجتماعی خطر هپاتیت C در میان معتادین تزریقی، به تأثیر مثبت روان‌درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان معتادین اشاره کرده‌اند. یاو، وانگ و چو^۲ (۲۰۰۹) هم، در مطالعه‌ای در زمینه رفتارهای جنسی و مخاطرات مربوط به عفونت اچ‌آی‌وی و انتقال آن در میان معتادین تزریقی یونان؛ و همچنین هونگ و لیکس^۳ (۲۰۰۹)، به بررسی درخصوص تأثیر مداخلات رفتاری در مبتلایان به ایدز در چین پرداختند که نتایج این مداخلات روان‌شناختی با هدف اصلاح و تغییر رفتار در گروه مذکور، مثبت بوده است.

روان‌درمانی حمایتی در سایر موارد نیز کاربرد موثری داشته است. به طوری که وو^۴ و دیگران (۲۰۰۸)، این درمان را برای جلوگیری از افسردگی زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی، مثبت و مؤثر می‌دانند. در بررسی بال^۵ و دیگران (۲۰۰۲) نیز، مداخلات روان‌شناختی و روان‌درمانی حمایتی باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی شده است.

در ایران هم بررسی‌های (۱۳۸۵)، تأثیر مثبت درمان‌های حمایتی با تأکید بر معنویت، آگاهی‌بخشی، تقویت افکار مثبت و ایجاد خودباوری را در بهبود سلامت و کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ‌آی‌وی نشان می‌دهد. علاوه بر این، سبحانی‌فرد (۱۳۸۲)، تأثیر مثبت این شیوه درمانی را در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، مشاهده و گزارش کرده است. واضح است که این گروه آسیب‌پذیر (معتادین) برای بهره‌مندی از یک زندگی باکیفیت و سالم، به حمایت‌های اجتماعی نیاز دارند و انتظار می‌رود این شیوه روان‌درمانی، نقش مؤثری در کاهش حالات جسمانی و روانی آنها داشته باشد. حال سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که «آیا روان‌درمانی حمایتی در بهبود کیفیت زندگی معتادین مرد سم‌زدایی شده ساکن در شهر اصفهان تأثیر دارد؟»

فرضیه‌های پژوهش نیز به شرح ذیل است:

- روان‌درمانی حمایتی بر کیفیت جسمانی، روان‌شناختی و استقلال معتادین مرد سم‌زدایی شده تأثیر دارد.

- روان‌درمانی حمایتی بر کیفیت روابط اجتماعی، محیط پیرامون و باورهای فردی معتادین مرد سم‌زدایی شده

اثر دارد.

- روان‌درمانی حمایتی بر کیفیت زندگی (به طور کلی) معتادین مرد سم‌زدایی شده تأثیر دارد.

روش

در این پژوهش جامعه‌ی آماری شامل تمامی مردان معتاد تزریقی سم‌زدایی شده مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۸ است. گروه نمونه شامل ۲۴ نفر بود که سن آنها بین ۴۵-۲۰ سال، تحصیلات کمتر از دیپلم تا بالاتر و طول مدت اعتیاد کمتر از ۱۰ سال بوده است. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا مجوزهای لازم برای انجام پژوهش در مرکز بهداشت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اخذ شد. سپس از کل افراد مبتلا و مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت، ۲۴ نفر از مردان معتاد تزریقی سم‌زدایی شده و در

1. Rhodes&Treloar
2. Yao&wang&Chu
3. Hong&Lix
4. Wu
5. Ball

دسترس که برای شرکت در برنامه روان‌درمانی حمایتی رضایت و تمایل داشتند، انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. این پژوهش از نوع کاربردی و به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. در فاصله بین دو آزمون، روان‌درمانی حمایتی در طول ۱۰ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک مرتبه) اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی (برای ارائه اطلاعات فردی گروه نمونه) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس یک طرفه) استفاده شده است.

ابزار پژوهش در این تحقیق به شرح ذیل است:

۱- پرسشنامه اطلاعات فردی: که در آن سؤالاتی در زمینه مشخصات فردی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل،

شرایط اشتغال، زمان و مدت تشخیص بیماری، سابقه بیماری، میزان اطلاعات از بیماری ایدز، درج شده است.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال با ۶ زیرمقیاس تحت

عناوین: سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، استقلال، روابط اجتماعی، محیط و باورهای فردی که در سازمان بهداشت جهانی در انگلستان تدوین شده است. دامنه اعتبار این پرسشنامه در بررسی اسکینگتون^۲ و دیگران (۲۰۰۴) بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ می‌باشد. در این پژوهش اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ و هماهنگی درونی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ برآورد شده است. همچنین، روایی صوری این پرسشنامه توسط چند تن از اساتید روانشناسی و آمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. گروه آزمایش و کنترل پیش از شروع جلسات درمان و پس از پایان جلسات این پرسشنامه را تکمیل کردند و تنها گروه آزمایش از درمان روانشناختی در طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بهره‌مند گردید.

آموزش‌های روان‌درمانی حمایتی: اهداف اصلی در این برنامه درمانی برای مراجع، شامل: تقویت کارکرد بهینه

روانشناختی و اجتماعی بیمار، تقویت اعتماد به نفس او، آگاه ساختن وی نسبت به واقعیت بیماری و محدودیت‌های آن، پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری، توانمندسازی بیمار برای سازگاری بیشتر با شرایط می‌باشد. همچنین، اصول کلی که در این برنامه درمانی مطرح می‌شوند، مواردی چون: آگاه سازی، اطمینان بخشی، هدایت یا راهنمایی، تلقین، تشویق، فرصت برای تخلیه هیجانی و تغییر در محیط پیرامون بیمار را دربرمی‌گیرد که براساس برنامه‌های روان‌درمانی حمایتی بدست آمده از پیشینه‌ها تدوین شده است.

در واقع هدف اصلی این برنامه درمانی بهبود سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) و کیفیت زندگی معتادین مرد

سم‌زدایی شده است.

1. WHOQOL-BREF
2. Skivengton

جدول ۱: شیوه اجرای برنامه روان درمانی حمایتی در ۱۰ جلسه

جلسه اول	معرفی اعضای گروه- بیان هدف از اجرای درمان- آموزش تعاریف مربوط به مواد مخدر، راه‌های سرایت، پیشگیری، تعاریف کیفیت زندگی، اهمیت تغذیه مناسب و ورزش و ارائه رایگان قرص مولتی ویتامین
جلسه دوم	آموزش باورهای معنوی با بیان جملات و داستان‌های معنوی و آیات الهی
جلسه سوم	آموزش اهمیت دعا کردن در تقویت روحیه و اعتماد به نفس و آشنایی با چند دعا
جلسه چهارم	بررسی علل خشم و راه‌های کنترل خشم- فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه پنجم	آموزش فنون آرام بخشی و تصویر سازی مثبت به منظور کاهش اضطراب و ایجاد آرامش درونی
جلسه ششم	بررسی علل احساس گناه و راه‌های مبارزه با آن- فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه هفتم	آموزش روش حل مسئله به منظور برخورد صحیح با مسائل زندگی- فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه هشتم	آموزش روش‌های افزایش اعتماد به نفس و خودباوری باتکیه بر توانمندی‌ها و تقویت آنان و ترغیب به انجام کارهای مفید روزانه
جلسه نهم	آموزش اهمیت هدفمندی و روش‌های هدفگذاری
جلسه دهم	بیان خلاصه موضوعات جلسات گذشته و ارائه بازخورد با تکرار عبارات تأکیدی مثبت

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از لحاظ سن، وضعیت تأهل، اشتغال و تحصیلات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی برحسب سن، وضعیت تأهل، اشتغال و تحصیلات

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۲۹	۵	٪۲۵
	۳۰-۳۹	۱۱	٪۵۵
	۴۰-۴۵	۴	٪۲۰
وضعیت تأهل	متأهل	۳	٪۱۵
	جدا شده	۱۳	٪۶۵
شرایط اشتغال	شاغل	۴	٪۲۰
	بیکار	۹	٪۴۵
	کمتر از دیپلم	۱۱	٪۵۵
سطح تحصیلات	دیپلم	۸	٪۴۰
	بالتر دیپلم	۱	٪۵

اکثریت آزمودنی‌های پژوهش (۵۵ درصد) در دامنه سنی ۳۹-۳۰ قرار دارند؛ از لحاظ شرایط تأهل بیشتر آنها (۶۵ درصد) متأهل هستند؛ از نظر شرایط اشتغال ۵۵ درصد آنها بیکار و اکثریت نمونه پژوهش (۵۵ درصد) دارای تحصیلات در سطح کمتر از دیپلم بودند.

جدول ۳: مشخصات آماری دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس‌ها	زمان	آزمایش		گواه	
		تعداد نمونه	انحراف استاندارد	تعداد نمونه	انحراف استاندارد
جسمانی	پیش‌آزمون	۱۲	۱۱/۴	۱۲	۱۱/۴
	پس‌آزمون	۱۲	۱۴/۷	۱۲	۱۲/۵
روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۲	۱۲/۶	۱۲	۱۲/۲
	پس‌آزمون	۱۲	۱۶/۱	۱۲	۱۱/۴
استقلال	پیش‌آزمون	۱۲	۱۱/۱	۱۲	۱۱
	پس‌آزمون	۱۲	۱۲/۸	۱۲	۱۰/۹
رابطه اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲	۱۰/۳	۱۲	۱۰/۳
	پس‌آزمون	۱۲	۱۲/۷	۱۲	۹/۵
محیط	پیش‌آزمون	۱۲	۲۲/۲	۱۲	۲۱/۵
	پس‌آزمون	۱۲	۲۶/۶	۱۲	۲۳/۳
باورهای فردی	پیش‌آزمون	۱۲	۱۳/۸	۱۲	۱۳/۳
	پس‌آزمون	۱۲	۱۵/۳	۱۲	۱۳/۱
کیفیت زندگی (به‌طور کلی)	پیش‌آزمون	۱۲	۸۱/۴	۱۲	۷۹/۶
	پس‌آزمون	۱۲	۹۸/۱	۱۲	۸۰/۷

همان‌طور که از ارقام موجود در جدول ۳ مشخص می‌شود، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین میانگین‌های گروه آزمایش پیش از روان‌درمانی حمایتی و پس از آن در خرده‌مقیاس‌های جسمانی، روانشناختی، استقلال، رابطه اجتماعی، محیط و باورهای فردی مشاهده می‌شود. علاوه بر این، میانگین پیش‌آزمون (۸۱/۴) و پس‌آزمون (۹۸/۱) کیفیت زندگی به‌طور کلی تفاوت زیادی داشته ولی میانگین پیش‌آزمون (۷۹/۶) و پس‌آزمون (۸۰/۷) گروه کنترل تفاوت چندانی ندارد و این نشان‌دهنده‌ی مؤثر بودن روان‌درمانی حمایتی در افزایش کیفیت زندگی (گروه آزمایش) است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس یک طرفه "عوامل جسمانی"، "روان‌شناختی"، "استقلال"، "روابط اجتماعی"، "محیط پیرامون"، "باورهای فردی" و "کیفیت زندگی به طور کلی" در گروه آزمایش و گواه

سطح معناداری	f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییرات
۰/۰۰۱	۲۲/۴۵۵	۵۳/۶۰۳	۱	۵۳/۶۰۳	پیش آزمون "عوامل جسمانی"
۰/۰۰۳	۱۱/۱۸۰	۲۶/۶۸۸	۱	۲۶/۶۸۸	گروه
		۲/۳۸۷	۲۱	۵۰/۱۳۰	خطا
			۲۴	۴۳۷۱	کل
۰/۰۰۱	۲۶/۳۲۹	۵۸/۱۲۷	۱	۵۸/۱۲۷	پیش آزمون "روان‌شناختی"
۰/۰۰۱	۵۲/۳۱۳	۱۱۵/۴۹۲	۱	۱۱۵/۴۹۲	گروه
		۲/۲۰۸	۲۱	۴۶/۳۶۲	خطا
			۲۴	۴۳۹۰	کل
۰/۰۰۲	۱۳/۱۸۵	۲۸/۲۶۷	۱	۲۸/۲۶۷	پیش آزمون "استقلال"
۰/۰۰۱	۹/۱۶۰	۱۹/۶۳۸	۱	۱۹/۶۳۸	گروه
		۲/۱۴۴	۲۱	۴۵/۰۲۲	خطا
			۲۴	۳۳۱۴	کل
۰/۰۰۱	۱۷/۰۴۶	۵۳/۶۴۵	۱	۵۳/۶۴۵	پیش آزمون "روابط اجتماعی"
۰/۰۰۱	۱۷/۱۸۰	۵۴/۰۶۷	۱	۵۴/۰۶۷	گروه
		۳/۱۴۷	۲۱	۶۶/۰۸۸	خطا
			۲۴	۲۹۲۷	کل
۰/۰۰۱	۲۹/۴۷۰	۲۲۷/۲۳۲	۱	۲۲۷/۲۳۲	پیش آزمون "محیط"
۰/۰۳۴	۵/۱۳۹	۳۹/۶۲۷	۱	۳۹/۶۲۷	گروه
		۷/۷۱۱	۲۱	۱۶۱/۹۲۴	خطا
			۲۴	۱۴۸۵۶	کل
۰/۰۰۱	۶۸/۶۹۵	۱۵۶/۰۳۴	۱	۱۵۶/۰۳۴	پیش آزمون "باورهای فردی"

۰/۰۰۸	۸/۵۹۳	۱۹/۵۱۸	۱	۱۹/۵۱۸	گروه
		۲/۲۷۱	۲۱	۴۷/۶۹۹	خطا
			۲۴	۴۹۰۷	کل
۰/۰۰۱	۳۴/۹۰۱	۱۳۳۶/۲۱۳	۱	۱۳۳۶/۲۱۳	پیش آزمون "کیفیت زندگی"
۰/۰۰۱	۳۹/۳	۱۵۰۴/۶۵۷	۱	۱۵۰۴/۶۵۷	گروه
		۳۸/۲۸۶	۲۱	۸۰۴/۰۱۰	خطا
			۲۴	۱۸۶۳۷۹	کل

نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس یک طرفه در جدول ۴ حاکی از آن است که روش روان‌درمانی حمایتی (با ثابت نگاه داشتن میزان عوامل جسمانی، روان‌شناختی و استقلال قبل از شروع دوره درمان)، در افزایش کیفیت عوامل فوق، تأثیر دارد. فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه روان‌درمانی حمایتی بر کیفیت جسمانی، روان‌شناختی و استقلال معتادین مرد سم‌زدایی شده اثر دارد، تأیید می‌شود. بعلاوه، روش روان‌درمانی حمایتی (با ثابت نگاه داشتن عوامل رابطه اجتماعی، محیط پیرامون، باورهای فردی قبل از شروع دوره درمان)، در افزایش کیفیت این عوامل، مؤثر است. فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر افزایش کیفیت روابط اجتماعی، محیط پیرامون و باورهای فردی معتادین مرد سم‌زدایی شده، تأیید می‌شود. بالاخره، این روش روان‌درمانی (با ثابت نگاه داشتن میزان کیفیت زندگی به طور کلی، قبل از شروع دوره درمان)، در افزایش کیفیت زندگی تأثیر دارد. از این رو این فرضیه نیز تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی معتادین مرد سم‌زدایی شده انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که این درمان در طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته در بهبود کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی، محیط، استقلال و باورهای فردی این گروه مؤثر واقع شده است ($p < 0/01$)، به این ترتیب سه فرضیه این پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. در کل، شواهد پژوهش‌های گسترده‌ای درخصوص تأثیر این آموزش‌ها وجود دارد، بطوریکه نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های بال و دیگران (۲۰۰۲)، بورگوین و رن ویک (۲۰۰۴)، جیا و دیگران (۲۰۰۴)، وو و دیگران (۲۰۰۸) همسو است. یااو و دیگران (۲۰۰۹) و هونگ و لیکس (۲۰۰۹) نیز به بررسی تأثیر مداخلات رفتاری با هدف اصلاح و تغییر رفتار در معتادین تزریقی پرداختند که نتایج مطالعات آنها در راستای نتایج پژوهش حاضر است. در مطالعات نولتون (۲۰۰۴) هم تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر بهبود رفتار معتادین تزریقی که مشابه با نتایج این تحقیق است مشاهده شده است. از طرفی نتایج بدست آمده در این پژوهش با نتیجه پژوهش روایی (۱۳۸۵) در تهران، که تأثیر جلسات روان‌درمانی حمایتی را در گروه مردان معتاد مبتلا به اچ‌ای وی مشاهده کرد، نیز همسو است.

همان‌طور که بیان شد، معتادین بعنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه، علاوه‌بر پیامدهای جسمانی این بیماری با مشکلات روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی نیز روبرو هستند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر نامطلوبی می‌گذارد. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که نیاز به مراقبت‌های بهداشت روانی، یکی از اساسی‌ترین نیازهای جمعیت معتادین می‌باشد (یانگ، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران مانند ویکرم (۲۰۰۲)، وان ایمفلن و کوک (۲۰۰۳)، به تأثیر مثبت روان‌درمانی حمایتی و حمایت اجتماعی بر اصلاح رفتار معتادین تأکید می‌کنند.

در واقع پژوهش‌های گذشته هم نشان می‌دهد که روان‌درمانی حمایتی و مداخلات آموزشی می‌تواند کیفیت زندگی افراد بیمار را بهبود بخشد، عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را ارتقاء دهد و امید را در افراد زنده نماید (مارک و مایر، ۱۹۹۵، نقل از سبحانی‌فرد، ۱۳۸۱). در این برنامه نیاز افراد گروه به حمایت و توجه، با همدلی، احترام، اطمینان بخشی و توجه بدون قید و شرط از سوی درمانگر برآورده می‌شود. همچنین تکیه بر حفظ اسرار، فضایی را برای گروه فراهم می‌کند تا احساس امنیت نموده و بر ترس خود چیره شوند و مسایل خود را با اطمینان بازگو نمایند. این شیوه، راه تخلیه هیجانی و نیز آموزش و آگاه‌سازی را تسهیل می‌کند. از سوی دیگر به اعتقاد مک کورمیک (۲۰۰۲) و فیستس پاتریک (۲۰۰۵)، تقویت معنویت و دعا کردن پنجره امید را برای افراد باز نموده و تکیه‌گاهی را برای آنان در شرایط سخت زندگی به ارمغان می‌آورد. وورلی و دیدآزا (۲۰۰۹) نیز در زمینه تأثیر مثبت‌اندیشی در میان معتادان به نتایج خوبی دست یافته‌اند. در واقع مواجهه افراد با باورهای منفی و احساس گناه در زندگی، فرصت را برای جایگزینی افکار مثبت میسر می‌سازد. همچنین تأثیر تمرینات آرام بخشی (دین، ۲۰۰۰)، ورزش (استرینگر، ۲۰۰۶) و تغذیه صحیح (کلر، ۲۰۰۴) و نیز روش‌های مقابله با خشم و افزایش اعتماد بنفس را نیز می‌توان از جمله اقدامات مثبت جهت بهبود سلامت جسمانی و روانی معتادان به حساب آورد. هرچند تأثیر بیشتر این عوامل در درازمدت خودنمایی می‌کند، لیکن نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان‌دهنده موثر بودن این عوامل در مجموع می‌باشد. از سویی با استناد به اظهارات ویگ و همکارانش (۲۰۰۶)، سلامت جسمانی و روانی این افراد پیش از جلسات تحت تأثیر سطح درآمد و میزان تحصیلات پایین و عدم حمایت آنان قرار داشت، لیکن نتایج یافته‌ها حاکی از آن است که آموزش‌های روانشناختی توانسته این عوامل را کنترل نموده و سلامت جسمانی و روانی افراد گروه را بهبود بخشد.

در یک جمع‌بندی کلی، می‌توان اظهار داشت که روان‌درمانی حمایتی و برنامه‌های آموزش سلامت روان بر کیفیت زندگی (در ابعاد جسمانی، روانشناختی، محیطی، روابط اجتماعی، استقلال و باورهای فردی) افراد معتاد سم‌زدایی شده، تأثیر مثبت دارد و امید به زندگی را در آنها افزایش داده و تحمل آن‌ها را در برابر مسایل سخت و ناگوار زندگی بالا برده و می‌تواند از بروز رفتارهای پرخطر در میان آنها پیشگیری بعمل آورد. این برنامه در حین ارائه آگاهی‌های لازم در زمینه اعتیاد، شیوه‌های مناسب برای داشتن یک زندگی باکیفیت را به گروه نمونه، می‌آموزد. هر چند روش نمونه‌گیری دردسترس از جامعه یکی از محدودیت‌های این تحقیق است، لیکن بدلیل موثر بودن برنامه درمان، ترویج و توسعه این شیوه درمانی به سایر درمانگران و پژوهشگران برای این گروه از مراجعین توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌هایی پیرامون تأثیر این برنامه درمانی برای گروه نمونه زنان نیز صورت گیرد.

منابع

- اسعدی، سیدحسن (۱۳۸۶). پیشگیری از اعتیاد. چاپ ششم، انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- اکبری، نازی (۱۳۸۵). متادون چیست؟ کنگره ۶۰ «ترک اعتیاد». ۱۳۸۵/۳/۲۰.
- روایی، فریبا (۱۳۸۵). «بررسی تأثیر روان درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران اچ آی وی مثبت»، پایان نامه ارشد، راهنما: سیمین حسینیان، دانشگاه الزهراء (س).
- سبحانی فرد، طاهره (۱۳۸۲). «بررسی اثر روان درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه»، پایان نامه ارشد، راهنما: سیمین حسینیان، دانشگاه الزهراء (س).
- هابلی، جان (۱۳۸۴). «کتاب راهنمای ایدز»، ترجمه / روانبخش، مسعود. نشر تیمورزاده.
- **Ball J, Tannenbaum L, Armistead L, Armistead L, Maquens. (2002).** "Coping and HIV infection in African American women" *Women Health*, 35 (1): 17-36.
- **Blackwell, Oxford & ROYAUME. (2008).** *Prevalence of hepatitis B, tetanus, hepatitis A, HIV and feasibility of vaccine delivery among injecting drug users in Bangkok, Thailand.* *Addiction* (2008). ISSN 0 965-2140, vol. 103, 1087-1695.
- **Bolton. (2004).** *Group Therapy can help treat depression among HIV/AIDS Patients.* www.theBody.com.
- **Borgoyne R, Renwick R (2004).** " Social support and Qol over time among adults living with HIV in HAART era" *Soc Sci Med*, April 58(7): 1353-60.
- **Dane B (2000).** "Mediation as a way to cope with AIDS" *Journal of religion and Health*, Vo 139, No 1.
- **Fitz Patrick, A, Standish L, Brom B, Sanders F, Berger J, Calares C (2006).** "Association of mind-body intervention with Qol in HIV positive individuals" *Bastyr university*: June 10.
- **Hong, Y., Lix. (2009)** *HIV/AIDS behavioral interventions China.* *AIDS Behavior* (2009), Jun, 13 (3): 603-613.
- **Jia H, Uphold CR, Wus, Reid K, Findley K, Duncan PW (2004).** "Health quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping and depression"; *Aids parentcare STDS*, Oct 18 (10): 594-603.
- **Keller R.H, Dickerson J, Luckett Janes (2004).** "The importance of nutritional supplementation in patients infected with HIV/AIDS" *VITIMMUNE*.
- **knowlton, A. (2004).** *Social support among HIV positive injection drug user.* *AIDS and Behavior* (2004), Vol. 8, No 4, P: 357 – 363.
- **Mahanta, J. Medhi, Gk. (2008).** *Injecting and sexual risk behaviors, sexually transmitted infections and HIV prevalence in injecting drug users in India* *Aids*.2008 Dec 22, Supp 15: 859-868.
- **McCormick D.P, Holder B. Wetsel M.A, Cowthon T.W (2001).** *Spirituality and HIV disease, an integrated perspective* *J Assoc Nurses AIDS care* May – June 12 (3): 58-65.
- **Rhodes, T. Treloar, C. (2008).** *The social production of hepatitis C risk among injecting drug users.* *Addiction* (2008) Oct, 103 (10), 1593-1603.

- **Skivengton, S.M., Lotfy, M., O'connel K.A. (2004).** *The world health organizations WHO QOL_BREF quality of life assessment. Quality of life research 13:299-310*
- **Stringer, P. (2006).** "Exercise Enhances life of HIV-positive patients"; *Web MED feature, Nov 5.*
- **Van emphelen, P., Kok, G. (2003).** *Effective methods two change sex – risk among drug users: A Review of Psychosocial interventions. Soc Sci Med: 2003, Nov, 57 (9).*
- **Vickerman, P. (2002).** *The impact of HIV preventive intervention for injecting drug users in Belarus. International Journal of Drug Policy, Vol. 13, issue 3 p: 149-164.*
- **Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahvja V, Mittal C.M, Aqurwal S.K (2006).** *The impact of HIV/AIDS on the Qol: A cross sectional study in North India. Original Contributions Volume 60 issue 1 page 3-12.*
- **Worley, S., Didiza, Z. (2009).** *Wellness programs for persons living with HIV/AIDS. Glob public Health: 2009, 4 (4): 367-385.*
- **Wu D.Y, Munoz M, Espiritu B, Zelandita J, Sanchez E, Callacna M, Rojas C, Arevalo J, Caldas A, Shin S (2008).** "Burden of depression among impoverished HIV-positive Women in peru"; *J Acquir Immune Defic syndr Avg 1, 48 (4): 500-4.*
- **Yao, Y., wang, N., Chu, J. (2009).** *Sexual behavior and risks for HIV infection and transmission among male injection drug users in Yunnan.*
- **Young. (2005).** *Needs for service reported by adults with severe mental illness and HIV. Psychiatry service, 99 -110. www.google.com*

SID



سرویس های
ویژه



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



عضویت در
خبرنامه



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛
شبکه های توجه گرافی
(Graph Attention Networks)



کارگاه آنلاین آموزش استفاده از
وب آوساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی