

تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد مخدر

اعظم شهرادی^۱، محمدعلی محمدی فر^۲، محمد کاظم فخری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۳/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۷/۱۵

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد بود. **روش:** تعداد افراد نمونه در پژوهش حاضر ۶۰ نفر بود که شامل ۳۰ نفر وابسته به مواد تحت درمان با متادون و ۳۰ نفر وابسته به مواد در فهرست انتظار برای دریافت متادون در دامنه سنی ۱۹ تا ۵۵ سال که به روش نمونه گیری در دسترس از کلینیک های شهرستان مینودشت انتخاب شدند. نمونه های انتخابی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه امیدواری اسنایدر مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته ها:** نتایج تحلیل نشان داد که بین نمره های سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد تحت درمان با متادون و وابستگان به مواد در لیست انتظار برای دریافت متادون تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه گیری:** درمان نگهدارنده متادون به عنوان یکی از روش های مناسب برای ترک مواد می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: درمان نگهدارنده متادون، سلامت روان، امیدواری

۱. نویسنده مسؤول: کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری. پست الکترونیک: ashahmoradi73@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه سمنان.

۳. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی-روحي و روانی به شمار می‌رود که به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد (لموآل و که^۱، ۲۰۰۷). در بین روش‌های متعدد درمان وابستگان به مواد مخدر، به درمان نگهدارنده متادون بیش از سایر روش‌ها توجه شده است (ماتیک، کیمبر، برین، و داوولی^۲، ۲۰۰۳؛ تک، ولف، فینچ، و استرانگ^۳، ۲۰۰۱). یکی از مشکلات افراد معتاد که می‌تواند به پیچیده‌تر شدن اوضاع بینجامد ابتلا آن‌ها به اختلالات مختلف روانپزشکی است. هندریک^۴ (۲۰۰۳) در مطالعه خود بر روی ۱۵۲ فرد وابسته به مواد به این نتیجه رسید که ۸۰٪ از نمونه‌ها دارای اختلال روانپزشکی بودند که بیشترین شیوع به ترتیب اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال افسردگی و اختلالات مربوط به اضطراب بود. همچنین مطالعه رایان و وایت^۵ (۱۹۹۶) نشان داد افراد معتادی که برای استفاده از درمان نگهدارنده متادون مراجعه می‌کنند نسبت به جمعیت عمومی جامعه از نظر سلامت جسمانی و روانی در وضعیت بسیار بدی قرار دارند و هر چه مصرف هروئین آن‌ها بیشتر باشد وضعیت وخیم‌تر است.

متادون^۶ یک ماده مخدر صناعی است که از راه خوراکی قابل مصرف است و به جای داروی مورد مصرف وابستگان، به آن‌ها داده می‌شود. تاثیر متادون به گونه‌ای است که با تجویز ۲۰ تا ۸۰ میلی گرم آن در روز می‌توان بیمار را در وضع ثابتی نگاه داشت. طول مدت تاثیر آن از ۲۴ ساعت تجاوز می‌کند (سادوک، سادوک، کاپلان، و سادوک^۷، ۲۰۰۵). دال^۸ و همکاران (۱۹۹۶)، در بررسی ۳۲ نفر زندانی در دو گروه ۱۶ نفره، شامل گروه تحت درمان متادون و گروه بدون دریافت متادون، به این نتیجه رسیدند که پس از ۱۲ ماه هیچیک از افراد تحت درمان با متادون، هروئین مصرف نکرده بودند، درحالی که تمام افرادی که تحت درمان با متادون نبودند متناوباً از هروئین استفاده کرده بودند. هابارد^۹ و همکاران (۱۹۸۹) تعداد ۱۱۰۰۰ معتاد را که برای ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند

1. Le Moal & Kooh
3. Tacke, Wollf, Finch & Strang
5. Ryan & white
7. Sadock, Sadock, Kaplan & Sadocks
9. Hubbar

2. Mattick, Kimber, Breen & Davoli
4. Hendricks
6. methadone maintenance treatment
8. Dole

با استفاده از سه روش درمان نگهدارنده متادون، بستری شدن برای سم زدایی، و درمان سرپایی به کمک دارو و مشاوره بررسی کردند. در این پژوهش درمان نگهدارنده متادون موفق‌ترین شیوه در کاهش مصرف هروئین گزارش شد. در پژوهشی که تورنز^۱ و همکاران (۱۹۹۷) انجام دادند از نیمرخ سلامتی ناتینگهام^۲ برای بررسی سطح سلامت افراد مراجعه کننده برای درمان متادون استفاده شد. نتایج به خوبی اثر مثبت متادون را در بهبود سلامت روانی و جسمانی را نشان دادند.

امیدواری به عنوان فرایند تفکر در باره‌ی اهداف شخص، همراه با انگیزه برای حرکت به سمت اهداف (تفکر عاملی)^۳، و روش‌های دستیابی به اهداف (تفکر گذرگاهی)^۴، تعریف شده است. بزرگسالان و کودکان با امیدواری بالا می‌توانند روش‌های دستیابی بیشتری را برای اهداف خود ایجاد کنند.

آن‌ها می‌توانند به طور موثری برای به پایان رسیدن مطلوب انگیزه‌مند شوند. در مقابل افراد با امیدواری پائین، نه احتمال پیدا کردن راه حل‌های ممکن برای اهداف خود را دارند، و نه انگیزه بیشتری برای رسیدن به اهداف. در نتیجه احتمال گرایش به مواد در افراد با امیدواری کم بیشتر می‌شود (اشنایدر و لویز^۵، ۲۰۰۵). امیدواری می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند؛ درمان و کیفیت زندگی را ارتقا بخشد (چیمیک، و نکولایچاک^۶، ۲۰۰۴). اسنایدر (۱۹۹۴) معتقد است افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به صورت فعال‌تری برخورد می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای بیشتر و بهتری استفاده می‌کنند (به نقل از چانگ و دسیمون^۷، ۲۰۰۱). یالوم^۸ (۱۹۹۵) 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. امیدواری بالا باعث تقویت اعتماد به نفس، خودکارآمدی^۹ بالا و بهزیستی افراد می‌شود (بریرویت^{۱۰}، ۲۰۰۴).

1. Torrens

4. Pathway thinking

7. Chang & Desimon

10. Brairwaite

2. Nottingham health profile

5. Snyder, Lopez

8. Yalom

3. agent thinking

6. Chimick & Nekolaichak

9. self-efficacy

برنامه‌های درمان نگهدارنده متادون می‌توانند درمان موثری را برای وابستگان به مواد ارایه دهد. اثربخشی و کارآیی متادون در درمان مصرف هروئین، وضعیت روانپزشکی و سازگاری اجتماعی به طور مکرری در مطالعات واپس‌نگرانه مشخص شده و در تحقیقات با نمونه‌های تصادفی مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که متادون می‌تواند کیفیت عملکرد زندگی، وضعیت روانپزشکی و سازگاری عمومی بیماران را برای یک دوره طولانی مدت افزایش دهد (مارمانی، پانی، پاسینی، و پروگی^۱، ۲۰۰۷؛ ماتیک، کیمبر، برین، و داوولی، ۲۰۰۴؛ گیاکوموزی^۲، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر در نظر دارد، تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد را مورد بررسی قرار دهد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر در مقوله طرح‌های شبه‌آزمایشی است که به منظور تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد، پیش و پس از مصرف متادون در شهرستان مینودشت انجام گرفته است. جامعه آماری در این پژوهش شامل افراد وابسته به مواد بود که از ۵ بهمن ۱۳۹۱ تا ۲۰ خرداد ۱۳۹۲، برای دریافت درمان نگهدارنده متادون به یکی از مراکز بازتوانی ترک اعتیاد در شهرستان مینودشت مراجعه کرده بودند. وابستگان به مواد پس از معاینه و تشخیص پزشک متخصص برای دریافت درمان نگهدارنده متادون ارجاع می‌شدند. از بین مراجعه کنندگان با روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ آزمودنی به عنوان گروه نمونه که شامل ۳۰ وابسته به مواد تحت درمان با متادون به عنوان گروه آزمایشی و ۳۰ وابسته به مواد در لیست انتظار برای دریافت متادون به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. ابتدا مصاحبه اولیه با آزمودنی‌ها صورت گرفت و سپس در جریان فرایند درمان قرار گرفتند. هر دو گروه قبل از شروع درمان و پس از طی یک دوره زمانی درمان به دو پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه امیدواری اسنایدر پاسخ دادند. در بعضی موارد سوال‌ها برای آزمودنی‌ها خوانده شد. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۹ تا ۵۵ بود.

ابزار

۱- پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ: این پرسشنامه ۲۸ سوالی خود گزارشی، به بررسی وضعیت روانی فرد در چند هفته گذشته می‌پردازد (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). پرسشنامه سلامت عمومی دارای چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی است. نشانه‌های بدنی: شامل سوالاتی درباره احساس افراد در مورد وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است. با این زیرمقیاس، دریافت‌های حسی بدنی - که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراهند - ارزشیابی می‌شود. نمره این زیرمقیاس نشان‌دهنده سلامت جسمانی است. اضطراب و بی‌خوابی: شامل سوالاتی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند. نارسا کنش‌وری اجتماعی: گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساس‌های آنان را در باره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. افسردگی: در برگیرنده سوالاتی است که با افسردگی وخیم و گرایش شخصی به خودکشی مرتبط‌اند. تمام پرسش‌ها چهار گزینه‌ای از نوع لیکرت بین صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کلی هر آزمودنی که نشان‌دهنده سلامت عمومی است از حاصل جمع نمره‌های چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. دامنه نمره هر زیرمقیاس از صفر تا ۲۱ و دامنه نمره کلی پرسش‌نامه از صفر تا ۸۴ است. هر چه نمره فرد کمتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار است (دادستان، ۱۳۷۷). ضرایب اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی در دانشجویان با سه روش بازآزمایی، دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۶، ۰/۹۰. گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰).

۲- پرسشنامه امیدواری اسنایدر: امیدواری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه امیدواری اسنایدر، ایروین، و اندرسون^۱ (۱۹۹۱) سنجیده شده است. این مقیاس متشکل از ۸ ماده امیدواری و ۴ ماده شکنندگی یا امیدواری پایین است. این مقیاس دو مولفه دارد: مولفه تفکر عاملی که تعیین کننده هدف‌مداری فرد است و مولفه تفکر مسیر که راه‌های برنامه‌ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در بر می‌گیرد. هر ماده با مقیاس چهار درجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود

که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به‌دست آورده است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). در ایران نیز این مقیاس هنجاریابی شده است و اعتبار مناسبی برای آن گزارش شده است. به عنوان مثال، شجاعی باغینی (۱۳۸۷) در پژوهش خود برای خرده مقیاس تفکر مسیر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ضریب ۰/۷۴ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به دست آمده در مولفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مولفه تفکر مسیر ۰/۷۸ است.

یافته‌ها

به لحاظ جنسیت هر دو گروه دارای ۲۷ مرد (۹۰ درصد) و ۳ زن (۱۰ درصد) بودند. آماره‌های توصیفی مربوط به سلامت روان و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون (پیش‌آزمون یا پس‌آزمون) در گروه تحت درمان متادون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی سلامت روان و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون در گروه تحت درمان متادون

متغیرها	نوع آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۲	۲۸	۲۱/۵۰	۳/۶۰
	پس‌آزمون	۱۱	۲۰	۱۳/۸۳	۲/۴۲
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۶	۲۸	۲۲/۴۷	۲/۹۷
	پس‌آزمون	۹	۲۴	۱۴/۲۰	۳/۱۳
اختلال در عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۳	۲۶	۲۰/۵۳	۳/۳۲
	پس‌آزمون	۷	۱۷	۱۱/۲۷	۲/۳۳
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۰	۲۸	۱۷/۲۳	۵/۴۴
	پس‌آزمون	۷	۱۶	۹/۴۳	۲/۶۷
سلامت روان کل	پیش‌آزمون	۵۶	۱۰۵	۸۱/۷۳	۱۲/۰۲
	پس‌آزمون	۳۸	۷۷	۴۸/۷۳	۸/۱۰

آماره‌های توصیفی مربوط به امیدواری و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون (پیش‌آزمون یا پس‌آزمون) در گروه تحت درمان متادون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی امیدواری و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون در گروه تحت درمان متادون

متغیرها	نوع آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
تفکر عاملی	پیش آزمون	۵	۱۶	۱۱/۱۳	۳/۳۱
	پس آزمون	۴	۳۲	۲۱/۷۰	۶/۳۶
راهبردها	پیش آزمون	۵	۱۶	۹/۹۰	۲/۹۶
	پس آزمون	۷	۳۲	۱۹/۹۷	۶/۵۴
امیدواری کل	پیش آزمون	۱۰	۳۰	۲۱/۰۳	۵/۶۳
	پس آزمون	۱۱	۶۴	۴۱/۶۷	۱۲/۲۱

آماره‌های توصیفی مربوط به سلامت روان و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون (پیش آزمون یا پس آزمون) در گروه مقایسه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی سلامت روان و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون در گروه مقایسه

متغیرها	نوع آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	پیش آزمون	۱۲	۲۸	۲۱/۰۷	۳/۷۷
	پس آزمون	۱۶	۲۵	۲۰/۷۰	۲/۶۵
اضطراب	پیش آزمون	۱۶	۲۸	۲۱/۷۳	۳/۰۸
	پس آزمون	۱۴	۲۴	۲۰/۱۷	۲/۵۳
اختلال در عملکرد	پیش آزمون	۱۳	۲۶	۲۰/۲۷	۳/۴۰
	پس آزمون	۱۳	۲۷	۱۸/۳۷	۳/۵۸
اجتماعی	پیش آزمون	۱۰	۲۸	۱۶/۴۷	۴/۸۱
	پس آزمون	۹	۲۳	۱۷/۵۳	۳/۴۰
افسردگی	پیش آزمون	۵۶	۱۰۵	۷۹/۵۳	۱۱/۸۰
	پس آزمون	۶۲	۹۳	۷۶/۷۷	۶/۶۴

آماره‌های توصیفی مربوط به امیدواری و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون (پیش آزمون یا پس آزمون) در گروه مقایسه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی امیدواری و مولفه‌های آن به تفکیک نوع آزمون در گروه مقایسه

متغیرها	نوع آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
تفکر عاملی	پیش آزمون	۴	۳۱	۱۹/۷۷	۷/۴۴
	پس آزمون	۱۰	۳۱	۲۱/۲۳	۵/۰۱
راهبردها	پیش آزمون	۷	۳۰	۱۸/۲۰	۷/۰۴
	پس آزمون	۱۴	۳۰	۲۱/۲۳	۴/۴۳
امیدواری کل	پیش آزمون	۱۱	۵۹	۳۷/۹۷	۱۳/۹۰
	پس آزمون	۳۲	۵۸	۴۲/۴۷	۷/۲۱

برای بررسی تاثیر متادون درمانی در بهبود سلامت روان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد این پیش شرط برقرار است.

جدول ۵: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مولفه‌های سلامت روان

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
علائم جسمانی	۳/۸۷۴	۱	۵۸	۰/۰۵۶
اضطراب	۰/۰۰۱	۱	۵۸	۰/۹۸۹
اختلال در عملکرد اجتماعی	۳/۳۱۱	۱	۵۸	۰/۰۶۱
افسردگی	۲/۵۷۸	۱	۵۸	۰/۱۱۳

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد تفاوت معناداری بین ترکیب خطی متشکل از مولفه‌های سلامت روان در دو گروه وجود دارد ($F=77/331$, $P<0/001$, $F=0/142$ = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوی تفاوت‌ها از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی الگوهای تفاوت اثربخشی متادون درمانی در بهبود مولفه‌های سلامت روان

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
علائم جسمانی	۷۵۱/۷۷	۷۵۱/۷۷	۱۵۶/۲۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴۳	۱
اضطراب	۵۶۶/۳۲	۵۶۶/۳۲	۷۸/۳۷۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹۲	۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۷۵۷/۳۳	۷۵۷/۳۳	۸۰/۷۷۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹۹	۱
افسردگی	۹۹۱/۳۸	۹۹۱/۳۸	۱۱۸/۵۸۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸۷	۱

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری در مولفه های علائم جسمانی ($F=156/211, P<0/001$)، اضطراب ($F=78/375, P<0/001$)، اختلال در عملکرد اجتماعی ($F=80/775, P<0/001$)، و افسردگی ($F=118/588, P<0/001$) وجود دارد. به این معنا که متادون درمانی در بهبود هر چهار مولفه سلامت روان موثر بوده است.

برای بررسی تاثیر متادون درمانی در ارتقای امیدواری از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از پیش شرط های این آزمون برابری واریانس های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد این پیش شرط برقرار است.

جدول ۷: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های خطا در مولفه های امیدواری

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
تفکر عاملی	3/506	1	58	0/066
راهبردها	3/225	1	58	0/074

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد تفاوت معناداری بین ترکیب خطی متشکل از مولفه های سلامت روان در دو گروه وجود دارد ($F=79/280, P<0/001$)، $\eta^2=0/258$ (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوی تفاوت ها از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی الگوهای تفاوت اثربخشی متادون درمانی در ارتقا امیدواری

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تفکر عاملی	1471/89	1471/89	79/221	0/0005	0/586	1
راهبردها	1869/17	1869/17	128/189	0/0005	0/696	1

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری در مولفه های تفکر عاملی ($F=79/211, P<0/001$)، و راهبردها ($F=128/189, P<0/001$) وجود دارد. به این معنا که متادون درمانی در ارتقای هر دو مولفه امیدواری موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد بود. نتایج نشان داد که بین وابستگان به مواد تحت درمان با متادون با

گروه مقایسه در سطح سلامت روان و امیدواری تفاوت وجود دارد. به طوری که وابستگان به مواد تحت درمان با متادون در این مقیاس‌ها وضعیت بهتری داشتند. از بعد بهبود سلامت روان و امیدواری، یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات گیاکوموزی و همکاران (۲۰۰۲)، استنبان و همکاران (۲۰۰۳)، رایان و وایت (۱۹۹۶) و تحقیق تورنر و همکاران (۱۹۹۷) همسو می‌باشد. از بعد تاثیر بر کنش‌وری اجتماعی نیز با مطالعه براند، بلاک و مارش (۲۰۰۲) و تحقیق رایان و وایت (۱۹۹۶) همسو است. در بعد کاهش افسردگی و بهبودی امیدواری نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق استنبان و همکاران (۲۰۰۳) که درمان نگهدارنده متادون را موجب افزایش امید به حیات در وابستگان به مواد می‌دانستند، همسو است. همچنین، نتایج با تحقیق تورنر و همکاران (۱۹۹۷) که درمان نگهدارنده متادون را موجب کاهش انزوای اجتماعی و بهبود وضعیت خواب گزارش کرده بودند، که در واقع بیانگر کاهش افسردگی در معتادان است، همسو است. نتایج تحقیق حاضر مانند پژوهش گیاکوموزی و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد استفاده از متادون از نظر نشانه‌های بدنی باعث افزایش سلامت جسمانی معتادان می‌شود. همچنین، این درمان بهبود وضعیت انرژی، توان حرکتی و کاهش درد در معتادان را در پی دارد. یافته‌های مشابهی قبلاً توسط تورنر و همکاران (۱۹۹۷) گزارش شده است. به نظر می‌رسد استفاده از روش درمان نگهدارنده متادون به دلیل فوایدی که برای بیمار دارد نه تنها به کاهش یا قطع کامل مصرف مواد منجر شود، بلکه با بهبود سلامت روانی و کاهش جرایم اجتماعی نیز همراه باشد. چون به دلیل قانونی بودن مصرف دارو موقعیت اجتماعی فرد از یک مجرم به یک بیمار تبدیل می‌شود، بیمار از عوارض ترک رنج نمی‌برد، آرامش نسبی روانی و جسمانی تقریباً مشابه زمان مصرف مواد را به دست می‌آورد و می‌تواند به فردی مولد تبدیل شود. با توجه به نتایج و همچنین طبق مصاحبه‌ای که با بعضی از واحدهای پژوهش بعد از مصرف متادون صورت گرفت، افراد به بهتر شدن وضعیت روحی و روانی و همین‌طور مورد پذیرش قرار گرفتن بیشتر خانواده و اطرافیان خود اذعان داشتند که این عوامل منجر به بهبود بیشتر امیدواری آن‌ها شده بود. پژوهش‌ها مشخص کرده‌اند که امیدواری بالا باعث تقویت اعتماد به نفس، خودکارآمدی بالا و بهزیستی افراد می‌شود. به

عقیده اسنایدر (۲۰۰۰) ارتباط با اطرافیان و صحبت درباره آرزوها و اهداف این احساس را در فرد به وجود می‌آورد که بر محیط اطرافش کنترل دارد. وجود محیط حمایت کننده به فرد این امکان را می‌دهد که اهدافش را دنبال کند و در نتیجه امید در او ارتقا می‌یابد. ارتباط با اطرافیان از بافت‌های اصلی رشد امید است (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۵). شخصی که دارای مشکل است و متوجه حضور و حمایت اطرافیان می‌شود برای رفع این مشکل اطمینان خاطر بیشتری می‌یابد (کوهساریان، ۱۳۸۷). همچنین، نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین معنا در زندگی و امید مثبت است که این با یافته‌های غباری بناب و همکاران (۲۰۰۸)؛ ماسخارو و روزن (۲۰۰۶)؛ فلدمن و اسنایدر (۲۰۰۵)؛ نصیری و جوکار همخوان است (ماسکارو، روزن، ۲۰۰۵)؛ و فلامن و اسنایدر، ۲۰۰۵). کسی که در زندگی خود را هدفمند بداند، زندگی حساب شده و اهداف مشخصی دارد و در مورد طرح‌ها و برنامه‌های اصلی خود احساس هیجان می‌کند. بنابراین، برای داشتن زندگی شاد همراه با سلامت روان داشتن معنا در زندگی انکار ناپذیر و بویژه در مقابله با ناملایمات از اهمیت خاصی برخوردار است (استگر، ۲۰۰۷).

فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج پژوهش، کمبود معنادان زن، تکیه نتایج بر داده‌های خود گزارش‌دهی که امکان تحریف واقعیت توسط بیمار را فراهم می‌کند از محدودیت‌های این پژوهش بود. به نظر می‌رسد مشاوره و گروه‌درمانی با اهمیت بیشتری همراه با متادون برای ایجاد انگیزش بیشتر در معنادان و تقویت درمان می‌تواند در تحقیقات آتی به کار برده شود.

منابع

- تقوی، محمد (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
- دادستان، پریرخ (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*. تهران: انتشارات رشد.
- شجاعی باغبانی، فاطمه (۱۳۸۷). *رابطه بین میزان امیدواری و خوش‌بینی با دوری از رفتارهای پرخطر در دختران ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان کرمان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- کوهساریان، پریسا (۱۳۸۷). *بررسی تاثیر امید درمانی بر کاهش افسردگی زنان دیابتیک در مرکز پژوهش دیابت سمنان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- Brairwaite V. (2004). The hope process and social inclusion, *Political and Social Science*, 5, 92-128.
- Chang, E. C., & Desimon, SH. L. (2001). The influence of hope on appraisals, coping, and dysphoria: A test of hope theory, *Journal of social and clinical psychology*, 20(2): 117-129.
- Chimick, W. T., & Nikolaichak, CH. L. (2004). Exploring the links between depression integrity, and hope in the elderly, *Journal of psychiatry*, 49, 428-433.
- Dole, V. P., Robinson, J. W., Orraca, J., Towns, E., Seurcy, P. & Caine, E. (1996). Methadone treatment of randomly selected criminal addicts, *Journal of Medicine*, 280, 1372-1375.
- Feldman, D. B. & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of social and clinical psychology*, 24(3): 401-421.
- Giacomuzzi S.M., Riemer Y., Ertl M., Kemmler G., Rossler H., Hinterhuber H. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: A health-related quality of life assessment, *Addiction*, 98, 693-702.
- Hendricks VM. (2003). Psychiatric disorders in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM-III diagnosis. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 58(2):158-65.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment A: national study of effectiveness*. Chapel Hill (NC): University of North California Press.
- Le Moal M, Kooh GF. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and patho-physiological perspective. *European Neuro-psycho-pharmacology*, 17(6-7):377-93.
- Maremmani I, pani P.P., Pacini M., Perugi G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients, *Journal of substance abuse treatment*, 33, 41-48.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms, *Journal of personality*, 73(4): 985-1014.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. (2004). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database System Revision*, 3, 556-565.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2003). Metabolic maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependency, *Cochrane Database System Revision*, D00-209.
- Roswarski, T. E., & Dunn, J. P. (2009). The role of help and hope in prevention and early intervention with suicidal adolescents: implications for mental health counselors. *Journal of mental health counseling*, 31(1): 34-46.
- Ryan, C. F., & White, J. M. (1996). Health status entry to methadone maintenance treatment survey questionnaire. *Addiction*, 91 (1), 39-45.
- Sadock Bj, Sadock VA, Kaplan and Sadocks A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry, 8th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1284-1289.
- Snyder C.R., Irving L., Anderson J.R. (1991). 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, 231-302.
- Snyder C.R., Lopez S.J. (2005). *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University press. 125-170.
- Steger, M. (2007). *Meaning in life, handbook of positive psychology*. Oxford, Oxford University Press.
- Tacke, U., Wollf, K., Finch, E., & Strang, J. (2001). The effect of tobacco smoking on subjective symptoms of inadequacy (not holding) of methadone dose among opiate addicts in methadone maintenance treatment, *Addiction Biology*, 6, 137-145.
- Torrens, M., San, L., Marinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvag, A., & Alonso, J. (1997). Use of nothing health statues of patients in methadone maintenance treatment, *Addiction*, 92 (6), 707-716.
- Yalom I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books. 101-149.