



ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

عنوان طرح

**بررسی نقش کاردرمانی بر درمان و بازتوانی اعتیاد و ارائه
الگوهای مناسب ایرانی**

مجری طرح

محسن سقطی زاد سرخاب

همکاران

مجید ظروفی

فائقه زکریا زاده

ناظر

دکتر مجید محمود علیلو

بهار ۱۳۹۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نام کارفرما: دفتر تحقیقات و آموزشی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست

جمهوری

تاریخ شروع: ۹۶/۰۲/۱۳

تاریخ اتمام: ۹۷/۰۲/۱۳

اعتبار مصوب طرح: - /۰۰۰/۰۰۰/۸۸ ریال

شماره قرارداد طرح پژوهشی: ۳۵/۲۰۵۸۰۶۶

تاریخ قرارداد طرح پژوهشی: ۹۵/۱۲/۰۴

مدت زمان انجام طرح: ۱۲ ماه

تشکر و قدردانی

به ثمر رسیدن این پژوهش در اثر تلاش و همکاری بسیاری از مسئولان و کارشناسان ستاد مبارزه با مواد مخدر تبریز بوده است. این افتخار بزرگی است که از جناب آقای حسین مرسلی بخاطر همکاری‌های صمیمانه با این طرح داشته‌اند تشکر و قدردانی نمایم.

محسن سقطی زاد سرخاب

چکیده

این بررسی با هدف بررسی ارزیابی نقش کاردرمانی بر درمان و بازتوانی اعتیاد و ارائه الگوهای مناسب ایرانی انجام شده است. با در نظر گرفتن این که همه متغیرها در زمان گذشته اتفاق افتاده‌اند، بررسی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری شامل کلیه معتادان در معرض بهبود کمپهای اعتیاد استان آذربایجان شرقی هستند که تحت کاردرمانی قرار گرفته‌اند حجم نمونه عبارت است از تعداد ۱۲۰ نفر بعنوان گروه آزمون و ۱۲۰ نفر به عنوان گروه گواه که کاردرمانی هنوز بر روی آنها انجام نگرفته است، با در نظر گرفتن تعداد مراکز ترک اعتیاد در شهرستان‌ها و توزیع نسبی آن، در قالب نمونه‌گیری طبقه‌ای از هر شهرستان به صورت تصادفی تعدادی از مراکز انتخاب و معتادان درمان شده مراکز واحدهای تحلیل به عنوان گروه نمونه، انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری این تحقیق شامل پرسشنامه کیفیت زندگی است که برای اندازه‌گیری شاخص بازتوانی مورد استفاده قرار گرفته، همچنین پرسشنامه‌های ghq و نگرش سنج مواد مخدر دلاور برای اندازه‌گیری متغیرهای سلامت روانی و نگرش به مواد مخدر استفاده شده است. متغیر شدت اعتیاد نیز بر مبنای سه شاخص نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه مصرف طراحی شده است. برای آزمون فرضیه از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تفاوت میانگین دو گروهی استفاده شد. نتایج نشان داد که افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی موجب بهبود کیفیت زندگی و همچنین افزایش و تداوم مدت زمان ترک اعتیاد در بین مردان می‌شود. همچنین کاردرمانی موجب بهبود نگرش معتادان بهبود یافته نسبت به مواد مخدر نشده و نیز سلامت روانی آنها را بهبود نمی‌بخشد و از شدت اعتیاد نمی‌کاهد.

واژگان کلیدی: کاردرمانی، شدت اعتیاد، کیفیت زندگی، سلامت روانی، نگرش به مواد مخدر

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسأله.....	۳
۳-۱- سؤالات.....	۷
۴-۱- اهداف تحقیق.....	۸
۱-۴-۱- هدف اصلی:.....	۸
۲-۴-۱- اهداف فرعی.....	۸
۳-۴-۱- اهداف کاربردی.....	۹
۵-۱- فرضیه‌های تحقیق.....	۹
۶-۱- تعاریف نظری متغیرها.....	۱۱
۷-۱- تعاریف عملیاتی متغیرها.....	۱۲

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱-۲- مقدمه.....	۱۴
۲-۲- مبانی نظری تحقیق.....	۱۵
۱-۲-۲- کاردرمانی.....	۱۵
۱-۱-۲-۲- تاریخچه‌ی کاردرمانی در جهان.....	۱۷
۲-۱-۲-۲- تاریخچه‌ی کاردرمانی در ایران.....	۱۸
۳-۱-۲-۲- اهداف کاردرمانی.....	۱۸

۱۸.....	۴-۱-۲-۲- حیطه‌های خدمات کاردرمانی
۱۹.....	۵-۱-۲-۲- حیطه‌های شغلی ارگوتراپیست‌ها (کاردرمانگران)
۱۹.....	۶-۱-۲-۲- فرآیند کاردرمانی
۲۰.....	۷-۱-۲-۲- زمینه‌های کاری در کاردرمانی
۲۰.....	۸-۱-۲-۲- انواع مدل‌های کاردرمانی
۲۲.....	۹-۱-۲-۲- مدل‌های مرجع کاردرمانی
۲۲.....	۱-۹-۱-۲-۲- سطوح شناختی آلن
۲۲.....	۲-۹-۱-۲-۲- باز پروری شناختی- مدل تعاملات پویا تگلیا
۲۲.....	۳-۹-۱-۲-۲- مدل تغییر دادن رفتار
۲۲.....	۴-۹-۱-۲-۲- شناخت - رفتاری
۲۲.....	۵-۹-۱-۲-۲- پویایی روان
۲۳.....	۶-۹-۱-۲-۲- مدل مراحل رشدی
۲۳.....	۲-۲-۲- درمان و بازتوانی اعتیاد
۲۳.....	۱-۲-۲-۲- اعتیاد
۲۴.....	۲-۲-۲-۲- تعاریف اعتیاد
۲۵.....	۳-۲-۲-۲- ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال وابستگی به مواد
۲۶.....	۴-۲-۲-۲- وابستگی به نیکوتین و کافئین
۲۶.....	۵-۲-۲-۲- سبب‌شناسی سوء مصرف و وابستگی به مواد
۲۶.....	۶-۲-۲-۲- نظریه‌های سوء مصرف و وابستگی به مواد (اعتیاد)
۲۷.....	۱-۶-۲-۲-۲- نظریه‌های روان تحلیل‌گری
۲۷.....	۲-۶-۲-۲-۲- نظریه‌های رفتاری
۲۷.....	۳-۶-۲-۲-۲- نظریه شناختی
۲۸.....	۷-۲-۲-۲- نگرش به مواد مخدر (اعتیاد)
۲۹.....	۸-۲-۲-۲- وابستگی به مواد مخدر و سلامت روان
۳۰.....	۱-۸-۲-۲-۲- تاثیر متادون در مصرف مواد و سلامت روان
۳۰.....	۹-۲-۲-۲- مراحل درمان وابستگی به مواد در کلینیک‌های ترک اعتیاد

- ۳۱-۲-۲-۹-۱- سم زدایی ۳۱
- ۳۱-۲-۲-۹-۲- توانبخشی ۳۱
- ۳۱-۲-۲-۹-۳- پیشگیری از عود ۳۱
- ۳۲-۲-۲-۱۰- نقش کاردرمانی در درمان و بازتوانی اعتیاد ۳۲
- ۳۴-۲-۲-۱۱- اعتیاد به عنوان شغل ۳۴
- ۳-۲- پیشینه تحقیق ۳۴
- ۱-۳-۲- پیشینه داخلی تحقیق ۳۴
- ۲-۳-۲- پیشینه خارجی تحقیق ۳۵

فصل سوم: روش شناسی

- ۱-۳- طرح پژوهش ۳۷
- ۲-۳- جامعه آماری ۳۷
- ۳-۳- نمونه آماری و روش نمونه‌گیری ۳۸
- ۴-۳- ابزارهای پژوهش ۳۸
- ۵-۳- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴۱

فصل چهارم: یافته‌های تحقیق

- ۱-۴- مقدمه ۴۳
- ۲-۴- مشخصات جمعیت شناختی ۴۳
- ۱-۲-۴- جنسیت ۴۴
- ۲-۲-۴- سن ۴۴
- ۳-۲-۴- وضعیت تاهل ۴۵
- ۴-۲-۴- تعداد فرزند ۴۵
- ۵-۲-۴- میزان تحصیلات ۴۶
- ۶-۲-۴- وضعیت مسکن ۴۷
- ۷-۲-۴- محل سکونت ۴۷
- ۸-۲-۴- میزان درآمد پاسخگو ۴۷

۴۸.....	۳-۴- متغیرهای تحقیق
۴۸.....	۳-۴- ۱- تعداد دفعات ترک
۴۹.....	۳-۴- ۲- سلامت روانی
۵۰.....	۳-۴- ۳- نگرش به اعتیاد
۵۰.....	۳-۴- ۴- شدت اعتیاد
۵۱.....	۳-۴- ۵- مدت زمان کاردرمانی
۵۲.....	۳-۴- ۶- مدت زمان ترک اعتیاد
۵۲.....	۳-۴- ۷- کیفیت زندگی
۵۴.....	۴-۴- آزمون فرضیه ها
۵۴.....	۴-۴- ۱- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی در بین دو گروه کاردرمانی و عادی
۵۵.....	۴-۴- ۲- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی در بین دو گروه زنان
۵۶.....	۴-۴- ۳- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی در بین دو گروه مردان
۵۷.....	۴-۴- ۴- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین نگرش به مواد مخدر در بین دو گروه
۵۸.....	۴-۴- ۵- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین نگرش به مواد مخدر در بین دو گروه زنان
۵۸.....	۴-۴- ۶- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین نگرش به مواد مخدر در بین دو گروه مردان
۶۰.....	۴-۴- ۷- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین سلامت روانی در بین دو گروه
۶۱.....	۴-۴- ۸- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین سلامت روانی در بین دو گروه زنان
۶۱.....	۴-۴- ۹- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین سلامت روانی در بین دو گروه مردان
۶۲.....	۴-۴- ۱۰- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی
۶۳.....	۴-۴- ۱۱- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی در بین زنان
۶۴.....	۴-۴- ۱۲- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی در بین مردان
۶۵.....	۴-۴- ۱۳- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد
۶۶.....	۴-۴- ۱۴- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در بین زنان
۶۶.....	۴-۴- ۱۵- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در بین مردان
۶۷.....	۴-۴- ۱۶- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد
۶۸.....	۴-۴- ۱۷- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در بین مردان

۴-۴-۱۸- فرضیه مربوط به رابطه به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در بین زنان ۶۹

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- مقدمه ۷۱

۵-۲- بحث و نتیجه‌گیری ۷۱

۵-۲-۱- فرضیه نخست پژوهش "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و

سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۱

۵-۲-۲- فرضیه دوم تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و

سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۱

۵-۲-۳- فرضیه سوم تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و

سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۲

۵-۲-۴- فرضیه چهارم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان

کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۲

۵-۲-۵- فرضیه پنجم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان

کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۲

۵-۲-۶- فرضیه ششم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان

کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۲

۵-۲-۷- فرضیه هفتم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر

معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۳

۵-۲-۸- فرضیه هشتم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و

سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۳

۵-۲-۹- فرضیه نهم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و

سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است". ۷۳

۵-۲-۱۰- فرضیه دهم پژوهش "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت

درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۳

۵-۲-۱۱- فرضیه یازدهم پژوهش: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته زن

تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۴

- ۵-۲-۱۲- فرضیه دوازدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۴
- ۵-۲-۱۳- فرضیه سیزدهم پژوهش: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۵
- ۵-۲-۱۴- فرضیه چهاردهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۵
- ۵-۲-۱۵- فرضیه پانزدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۶
- در همین راستا، میرزایی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی نقش کاردرمانی در درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر و تاثیر آن بر مدت زمان ترک اعتیاد معتادین پرداخت. نتایج پژوهش وی حاکی از این بود که مهارت‌های به خصوص کاردرمانگران می‌تواند در ایجاد تغییراتی در جهت اصلاح شیوه‌ی زندگی و حفظ بهبودی پس از ترک موثر واقع گردد که همسو با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد. ۷۶
- ۵-۲-۱۶- فرضیه شانزدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۶
- ۵-۲-۱۷- فرضیه هفدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۶
- ۵-۲-۱۸- فرضیه هیجدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". ۷۷
- ۵-۳- بحث و نتیجه‌گیری کلی: ۷۷
- ۵-۴- محدودیت‌های پژوهش ۷۷
- ۵-۵- پیشنهادات پژوهش ۷۷
- منابع ۷۹
- پیوست‌ها ۹۰

فصل اول

کلیات

۱-۱- مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به عنوان یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی و انرژی یک جامعه در سازمان اصلی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و موجب دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه می‌شود. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را با خود درگیر کرده و تحت تأثیر قرار داده و به طور روز افزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید بنیادی و ساختاری است. امروز نخبگان و نهادهای تصمیم‌گیرنده و تدبیر پرداز معتقدند که باید با نوعی تدبیر شناختی و تمهید و نگرش استراتژیک و رویکردی فراگیر و همه سونگر و مبتنی بر تعین چندجانبه جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده به این معضل پرداخته شود. چرا که جامعه شاهد رشد روز افزون گستره و عمق تأثیرات مخرب مواد مخدر بوده است. مبارزه با این پدیده مستلزم شناخت همه ابعاد آن (اقتصادی، اجتماعی و...) است، بنابراین برنامه‌هایی در امر مبارزه با مواد مخدر موفق خواهند بود که با شناخت واقع‌گرایانه از این مسئله طرح و اجرا شود.

ضرورت شناخت ابعاد و سطوح این مسأله اجتماعی زمانی عمیق‌تر درک می‌شود که بدانیم پدیده اعتیاد، متأثر از توسعه فن‌آوری‌های ارتباطی و رایانه‌ای و باندهای مافیایی و دست‌های پنهان است و از چنان پیچیدگی‌هایی برخوردار شده که سازمان ملل متحد آن را از جرایم سازمان یافته تلقی و اقدام به صدور کنوانسیون‌ها و پروتکل‌های مختلف برای مقابله با آن (کنوانسیون‌های ۱۹۷۱، ۱۹۶۱، پروتکل اصلاحی ۱۹۷۲ و کنوانسیون ۱۹۸۸) نموده است. حجم گسترده تجارت و چرخش مالی مرتبط با قاچاق مواد مخدر در سطح جهان و نقش مافیای منطقه‌ای و جهانی این موضوع را بسیار قابل تأمل کرده است (هاشمی، ۱۳۸۳). طبق گزارش برنامه کنترل مواد مخدر در سطح بین‌المللی - سازمان ملل متحد در اواخر دهه ۱۹۹۰، ۱۸۰ میلیون نفر در سراسر دنیا معادل ۴/۲ درصد افراد بالاتر از ۱۵ سال، مواد مخدر غیر قانونی مصرف کرده‌اند. آمار معتادان شرق و کشورهای جنوب شرقی آسیا رو به افزایش است. اعتیاد علاوه بر این که بر فرد از لحاظ جسمی و روانی ضربه می‌زند در سطح بالاتر جامعه را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد و این اهمیت و ضرورت مسئله را چند برابر می‌کند.

در سال ۱۳۵۰ برای اولین بار به منظور ایجاد بخش کاردرمانی در بیمارستان توانبخشی شفا یحیائیان یک ارگوتراپیست (کاردرمانی) هلندی (خانم یانسن) از طرف سازمان بهداشت جهانی در اختیار این بیمارستان قرار گرفت و با همکاری دیگر متخصصین توانبخشی شروع به ایجاد بخش کاردرمانی بیمارستان شفا نمود. و پس از آن روشن شد که برای پیشرفت کاردرمانی احتیاج به تراپیست‌های کاردرمانی و دیگر رشته‌های توانبخشی در ایران با تحصیلات در سطح لیسانس می‌باشد لذا به همین دلیل دانشکده توانبخشی و رفاه اجتماعی از مهر ماه سال ۱۳۵۲ در رشته‌های کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی جهت تربیت کادر متخصص دانشجو پذیرفت و پس از آن دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران و علوم بهزیستی و توانبخشی تهران شروع به پذیرش و آموزش دانشجویان در رشته‌ی کاردرمانی کردند و هم اکنون علاوه بر دانشگاه‌های فوق در دانشگاه‌های علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (در سال ۸۵)، علوم پزشکی شیراز، اصفهان، تبریز و سمنان (در سال ۸۷) و نیز همدان (در سال ۸۸) این رشته دایر گردید. امکان ادامه تحصیل تا مقطع دکترای PHD در ایران وجود دارد و از سال ۸۷-۸۸ دانشگاه‌های علوم بهزیستی و توانبخشی و علوم پزشکی ایران با همکاری هم اقدام به پذیرش دانشجو در مقطع دکترای PHD رشته کاردرمانی کرده‌اند.

۱-۲- بیان مسأله

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از جدی‌ترین مسأله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد. به اعتقاد تحلیل‌گران اجتماعی، اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان یکی از مسائل پیچیده اجتماعی در عصر حاضر است که زمینه ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشد. به عبارت دیگر رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی ارتباطی دو جانبه است. از یک سو اعتیاد، جامعه را به رکود و انحطاط می‌کشاند و از سوی دیگر پدیده‌ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد. اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی و معنوی و ارزش‌های اجتماعی کاهش می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی مسأله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسأله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. در کنار این مشکل بزرگ اجتماعی اقدامات کنترل کننده و بازدارنده متعددی از قبیل درمان‌های مختلف همواره مورد توجه و مورد عمل بوده است. اما همواره این سؤال مطرح است که تا چه اندازه اقدامات درمانی موثر و پایدار است.

برخی مدل‌های جامعه شناختی در متن مدل سبب شناختی و با به کارگیری نظریه حمایت اجتماعی (که به لحاظ تاریخی ریشه در نظریه انسجام اجتماعی دورکیم دارد) سعی دارند تا توزیع بسیاری از مشکلات را با استفاده از چهارچوب‌های مفهومی و نظری تبیین نمایند).

در تحقیقات از عود به عنوان یک چالش مهم در اعتیاد نام برده می‌شود، اکثریت کسانی که در زمینه اعتیاد تحقیق کرده‌اند اذعان دارند که ترک مصرف مواد مخدر به سختی انجام می‌گیرد اما سختتر از آن ماندگاری در رفتار مطلوب می‌باشد (سانچز^۱ و دیگران، ۲۰۱۲). از سویی می‌توان گفت که یکی از چالش‌های که متخصصین علوم رفتاری با آن مواجه هستند، میزان عود بالای مصرف مواد پس از ترک می‌باشد که در آن فرد معتاد پس از ترک، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دارد. در صورت وجود شیوه درمانی مناسب می‌توان امیدوار بود که مشکل عود ظاهر نشود. افراد معتاد در طی دوران اعتیاد، بارها و بارها مبادرت به ترک نموده اما پس از طی مدتی مجدداً به سمت اعتیاد روی آورده‌اند (گلستانی^۲، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد که کاهش هزینه‌های زندگی و بهبود روابط و همچنین تاثیر حمایت‌های خانواده و دوستان برای ماندگاری اثرات درمان در بین معتادان می‌تواند نقش موثری داشته باشد. عوامل فردی همچون وضعیت جسمانی، روانی، اقتصادی و... عوامل خانوادگی همچون روابط درون خانواده، میزان مسئولیت پذیری و... و در سطح اجتماعی ساختارهایی که بر فرد تاثیرگذار است نقش تعیین کننده‌ای دارا هستند. یکی از عواملی که می‌تواند در بهبود فرآیند درمان تاثیرگذار باشد، تاثیر شیوه درمانی مناسب است. شیوه کاردرمانی یکی از روش‌های بسیار موثر در بهبود فرد معتاد بوده و می‌تواند نقش و تاثیر قدرتمندی داشته باشد.

درمانگران شغلی به عنوان اعضای تیم چند رشته‌ای در ارزیابی و درمان مردم معتاد به الکل و مشکلات مربوط به مواد مخدر کار می‌کنند. در زمینه "تیم" درمان، نقش درمانگر شغلی اغلب نامشخص به نظر می‌رسد. اگر چه کمبود منابع موجود در مورد نقش کاردرمانی و پی آمدهای آن در این زمینه وجود دارد، اهمیت مداخلات مبتنی بر فعالیت به ترویج و توسعه مهارت‌های زندگی و برای تسهیل تغییر شیوه زندگی مفید است که به خوبی مستند شده است. درمانگران شغلی شاغل در مرکز، ویکتوریا، با هدف کمک به افراد مبتلا به مشکلات اعتیاد در کاهش و یا پرهیز از استفاده از مواد مخدر، در چارچوب دیدگاه روانی فعالیت‌های دلپذیری دارند. آنها به مشتریان در هر دو فاز سم زدایی و توانبخشی و فاز درمان و ارائه مناسب پیگیری و پشتیبانی کمک می‌کنند. کاردرمانی شامل کمک در هر دو گروه و مشاوره فردی و نیز مهارت‌های خود شخص انجام می‌شود. علاوه بر این، ارائه تمرکز منحصر به فرد در حد نهایی خودکارآمدی و شایستگی به انجام مهارت‌های زندگی نیز مربوط است. فعالیت‌های آنها مبتنی بر برنامه‌هایی است که شرایط افزایش مهارت‌های موجود و کسب مهارت‌های جدید فراهم کند. ماهیت پیچیده اعتیاد نیاز به طیف متنوعی از جهت گیری و مهارت‌هایی که درمانگر شغلی به کمک یک فلسفه و عمل از مهارت‌های یادگیری برای زندگی از طریق "عمل" و فعالیت لازم است، به کار می‌برد.

1. Sánchez
2. Golestani

جلوگیری از پیشرفت بیماری و معلولیت با بازگرداندن توانایی‌های از دست رفته، بهبود کیفیت زندگی، یکپارچه سازی یا عادی سازی محیط فرد معلول، به حداکثر رساندن استقلال افراد بیمار و توان در انجام کارهای روزمره و فعالیت‌های اجتماعی و همچنین آمادگی برای آموزش‌های حرفه‌ای از جمله مهمترین اهداف کاردرمانی هستند.

کاردرمانی به عنوان یکی از شیوه‌های موثر حمایت اجتماعی نیز محسوب می‌شود. سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که بیش از ۱۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلالات عصبی- روانی و روانی- اجتماعی رنج می‌برند (حسینی، ۱۳۸۰). بدون شک، برخی از افرادی وجود دارند که بدون توجه به حمایت اجتماعی بهبود می‌یابند با این وجود پژوهش‌ها حاکی از آن است که رابطه مستقیمی بین افرادی که از حمایت‌های اجتماعی و گروهی بهره می‌برند با بهبود شان وجود دارد (Atkins & Hawdon, 2007; Humphreys, 2011). در حقیقت حمایت اجتماعی در بهبودیافتگی افراد معتاد بسیار تعیین کننده است که حتی چندین رویکرد در مواجهه اعتیاد تمرکز خود را به حمایت اجتماعی قرار می‌دهند (Miller, Forchimes & Zweben, 2011). یکی از رایج ترین درمان‌های روانی- اجتماعی کار درمانی است که بصورت نشان دادن هنر و کارهای دستی و فعالیت‌های سرگرم کننده توسط درمانگر اجرا شده و باعث افزایش اعتماد به نفس، خودسازی و تقویت رفتارهای کاری در بیمار می‌شود. ابزار عمده مورد استفاده در کار درمانی فعالیت است و فرضیه زیر بنایی کار درمانی در ارتباط با اختلالات روانی- اجتماعی آن است که انسان دارای این توانایی می‌باشد که بتواند بر سلامت خود از طریق فعالیت تاثیر بگذارد. مهارت‌های خود مراقبتی شامل فعالیت‌های پایه‌ای روزمره زندگی می‌باشد که یک شخص برای استقلال و حفظ خود در زندگی انجام می‌دهد و شامل تحرک، جابجائی در بستر، نشستن و انتقال از جایی به جای دیگر، غذا خوردن، آرایش کردن، لباس پوشیدن، حمام کردن و بهداشت شخصی و توالت رفتن می‌باشد (کاترین^۱، ۲۰۰۸). در این میان نتایج مطالعات پیشین نشان داده است که یکی از این راهکارها در دنیا که ضرورت بکارگیری آن اثبات شده است روش مداخله مراجع مدار می‌باشد. رویکرد مراجع مدار طبق تعریف انجمن کاردرمانی کانادا^۲ عبارت است از، رویکرد فراهم سازی و ارائه خدمات کاردرمانی بر پایه فلسفه احترام به افراد دریافت کننده خدمات و حضور و مشارکت فعال آنان در دریافت خدمات (لاو^۳، ۱۹۹۵).

یکی از موضوعات مرتبط با مسائل مربوط به اعتیاد و معتادین و همچنین درمان آنها، موضوع سلامت روانی است. تعریف کلی مفهوم سلامت روانی، با توجه به تفاوت‌های موجود در فرهنگ‌های مختلف، کار اسانی نیست. به عبارت دیگر تعریف واحد از مفهوم سلامت روان کار مشکلی است چون ملاک‌ها و شرایط فرهنگی جوامع مختلف گاهی بسیار متفاوت از یکدیگر است. لذا، از مفهوم "سلامت روانی" تعریف متفاوتی شده است. سلامت روانی می‌تواند به عنوان

1. Catherine
2. CAOT
3. Law

عدم حضور علائم بارز بیماری (مدل معلولیتی)^۱ یا به عنوان داشتن سلامت نسبی جسمی، روحی و اجتماعی (مدل مثبت)^۲ اطلاق شود. این عبارت، در سال ۱۹۹۷، توسط اداره آموزش بهداشت انگلیس به عنوان: "انعطاف پذیری عاطفی و روحی که فرد را قادر می‌سازد تا بتواند بر احساس درد، ناامیدی و ناراحتی غلبه کند" تعریف شد. به علاوه، این مرکز "اعتقاد به خود ارزشمندی و ارزشگذاری به دیگران" را هم شامل این تعریف می‌داند. با توجه به تمام تعاریف ارائه شده، برای تشخیص سلامت روانی، فرد باید نشانه‌هایی از توانایی‌های زیر را داشته باشد:

- برخورداری از اعتماد به نفس و حس خود ارزشمندی
- توانایی و یادگیری نحوه برقراری ارتباطات
- توانایی صحبت کردن درباره احساسات و باورهای خود با دیگران
- توانایی شکل دهی و تداوم روابط سالم با دیگران
- توانایی درک احساسات و نیازهای دیگران

بنابراین، برخورداری از بهداشت روانی به "داشتن توانایی سازگاری با تغییرات و تحولات مراحل زندگی، انطباق با شرایط متفاوت، داشتن اهداف واقع بینانه، دستیابی به مقاصد شخصی و احساس رضایتمندی از زندگی" اطلاق می‌شود. در حالیکه، شخصی که دچار اختلالات روانی است، قادر به کنترل مسایل زندگی شخصی خود نبوده و این اختلالات بر نحوه تفکر، احساسات، تصمیم‌گیری‌های فردی و روابط وی با دیگران اثر می‌گذارد. "کار درمانی" می‌تواند نقش مهمی در برنامه درمانی تعیین شده برای این بیماران داشته باشد. مداخله‌های "کاردرمانی" برای این گروه از مراجعان با توجه به شرایط و شدت اختلالات متفاوت است. اهم وظایف کارورزان کاردرمانی در زمینه بهداشت روانی و کار با بیماران روانی می‌تواند به شرح زیر باشد:

- ارزیابی دقیق و جامع از عملکرد بیمار و مشخص کردن چگونگی تاثیر اختلال روانی بر شرایط زندگی فرد.
- ارزیابی نحوه انجام امور روزانه زندگی فردی توسط بیمار.
- در نظر گرفتن برنامه‌های مداخله‌ای متناسب با شرایط بیمار (این مداخله‌ها می‌تواند مربوط به ایجاد تغییرات در شخص یا محیط شخص باشد).
- برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به اینکه بیمار در خانه یا بیمارستان به سر می‌برد متفاوت می‌باشد. این برنامه‌های مداخله‌ای در بر گیرنده جنبه‌های مختلف زندگی فرد (خود- مراقبتی، کار آمدی و چگونگی ایفای نقش‌های زندگی - و فعالیت‌های تفریحی) می‌باشد.

1. A Deficit Mode
2. A Positive Model

- آموزش بیمار در مورد ویژگی‌های بیماری و راه‌های غلبه بر بیماری.
- آموزش مراقبین و بقیه افراد خانواده در مورد نحوه برخورد با بیمار و شرایط بیماری وی.
- معرفی و ایجاد تسهیلات مراجعه به مراکز و سازمان‌های مفید دیگر برای بیمار و خانواده وی
- آموزش مهارت‌های لازم زندگی (مهارت‌های اجتماعی، روانی، شغلی، حل مسائل فردی، تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس، کنترل رفتار و مدیریت مسائل مالی شخصی).

۱-۳- سؤالات

- توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق چگونه است؟
- میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان زن مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مرد مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین سلامت روانی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان زن مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟
- میانگین سلامت روانی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مرد مراجعه کننده برای درمان متفاوت است؟

- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟
- آیا بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد؟

۱-۴- اهداف تحقیق

۱-۴-۱- هدف اصلی

هدف اصلی این طرح، شناخت تاثیر کاردرمانی بر درمان اعتیاد و بازتوانی معتادان استان آذربایجان شرقی است.

۱-۴-۲- اهداف فرعی

- شناخت توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق.
- شناخت ارتباط کاردرمانی با کیفیت زندگی در بین معتادان تحت درمان کاردرمانی استان آذربایجان شرقی.
- شناخت ارتباط کاردرمانی با نگرش به مواد مخدر در بین معتادان تحت درمان کاردرمانی استان آذربایجان شرقی.
- شناخت ارتباط کاردرمانی با سلامت روانی در بین معتادان تحت درمان کاردرمانی استان آذربایجان شرقی.
- شناخت روابط فوق به صورت جداگانه در بین دو گروه زنان و مردان معتاد تحت درمان کاردرمانی استان آذربایجان شرقی.

- مقایسه میانگین کیفیت زندگی در بین بین معتادان تحت درمان کاردرمانی با سایر معتادان تحت درمان قرار نگرفته استان آذربایجان شرقی.
- مقایسه میانگین سلامت روانی در بین بین معتادان تحت درمان کاردرمانی با سایر معتادان تحت درمان قرار نگرفته استان آذربایجان شرقی.
- مقایسه میانگین نگرش به مواد مخدر در بین بین معتادان تحت درمان کاردرمانی با سایر معتادان تحت درمان قرار نگرفته استان آذربایجان شرقی.
- مقایسه موارد فوق به صورت جداگانه در بین دو گروه زنان و مردان معتاد تحت درمان کاردرمانی استان آذربایجان شرقی.
- شناخت رابطه بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی.
- شناخت رابطه بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی.
- شناخت رابطه بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی.
- شناخت رابطه بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی.
- شناخت موارد فوق به صورت جداگانه در بین دو گروه زنان و مردان معتاد تحت درمان کاردرمانی استان آذربایجان شرقی.

۱-۴-۳- اهداف کاربردی:

مهم‌ترین اهداف کاربردی شامل برنامه ریزی سازمان‌ها و ارگان‌های مرتبط برای حمایت موثرتر معتادان و خانواده‌های آنان است که بر مبنای نتایج حاصله از این طرح قابل انجام خواهد بود.

۱-۵- فرضیه‌های تحقیق

- میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.

- میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان زن مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مرد مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین سلامت روانی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان زن مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- میانگین سلامت روانی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مرد مراجعه کننده برای درمان متفاوت است.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.
- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد.

۱-۶- تعاریف نظری متغیرها

کاردرمانی: مطابق تعریف انجمن کاردرمانی آمریکا، کاردرمانی استفاده از فعالیت هدفمند یا مداخلات طراحی شده در جهت دستیابی به نتایج عملکردی است که موجب ارتقاء سلامتی می‌شود، از آسیب یا ناتوانی جلوگیری می‌کند و اینکه بالاترین سطح استقلال را برای فردی که یک آسیب، بیماری، مشکل شناختی، اختلال عملکرد روانی-اجتماعی، بیماری‌های روانی، ناتوانی رشدی یا یادگیری و یا دیگر وضعیت‌های مشابه را دارد بهبود می‌بخشد و حفظ یا بازیابی می‌کند (کور^۱، ۲۰۰۵).

بازتوانی: بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ در سال ۱۹۶۹: توان بخشی عبارت است مجموعه‌ای از خدمات و اقدامات هماهنگ پزشکی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی که برای بازتوانی فرد معلول و ارتقای سطح کارایی او به بالاترین حدّ ممکن به منظور دست یابی به زندگی مستقل در جامعه عرضه می‌گردد. بازتوانی یا توانبخشی عبارت است از فرایندی هدفگرا و دارای محدودیت زمانی که هدفش توانا ساختن شخص دارای اختلال برای رسیدن به سطح ذهنی، جسمی، اجتماعی و کارکردی مناسب و در این راه او را برای تغییر دادن زندگی‌اش به ابزارهایی مجهز می‌کند؛ توان بخشی شامل اقداماتی است که سازگاری اجتماعی را تسهیل می‌کند (برای مثال مناسب سازی محیط شهری. جامعترین تعریف توانبخشی، تعریف پرفسور هلاندر^۳ کارشناس ارشد امور معلولان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ است: توانبخشی شامل همه اقدامات هدفمند برای کاهش اثر معلولیت بر فرد، قادر ساختن وی برای دستیابی به استقلال، مراوده اجتماعی، کسب کیفیت زندگی بهتر و خودشکوفایی است. توان بخشی علاوه بر آموزش افراد معلول، شامل مداخله در ساختار عمومی جامعه به منظور متناسب سازی محیز و حفظ رعایت حقوق انسانی افراد ناتوان است.

سلامت روانی: سازمان بهداشت جهانی سلامت روان چنین تعریف می‌کند «سلامت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و سلامت روانی یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی روانی و جسمی بهداشت تنها نبود بیماری با عقب ماندگی نیست (گنجی، ۱۳۷۶).

شدت اعتیاد: شدت اعتیاد را مصرف طولانی مدت انواع مواد، افزایش مشکلات ناشی از مصرف و طی زمان؛ همچون بیکاری، طلاق، بازداشت، خودآسیب رسانی یا دیگر آزاری، طرد و نقصهای رفتاری از جمله بی‌ثباتی در خلق، بی‌نظمی و عدم تعهد نسبت به شرایط کاری و خانوادگی، زیرپا گذاشتن حقوق دیگران، اختلالهای روانی، تعدد ترک‌های ناموفق پیشین تعریف نمود (حدادی و همکاران، ۱۳۹۰).

1. Corr

2. WHO World Health Organization

3. Helander

نگرش به مواد مخدر: آلپورت نگرش را این گونه تعریف می کند «حالتی ذهنی یا عصبی حاکی از تمایل که از طریق تجربه سازمان یافته و بر پاسخ های فرد به تمامی موضوعات و موقعیت ها که با آن در ارتباط است، تأثیری جهت دار یا پویا دارد» (آلپورت، ۱۳۷۱). بنابراین، نگرش به مواد مخدر عبارت خواهد بود از تمایل به مواد مخدر از طریق تجربه سازمان یافته ذهنی همراه با تاثیر جهت دار.

مدت زمان ترک اعتیاد: عبارت است از طول زمانی که فرد معتاد پس از اعمال درمان کاردرمانی، اعتیاد را ترک کرده است.

۷-۱- تعاریف عملیاتی متغیرها

کاردرمانی: عبارت است از میزان کمی. ارائه فعالیت هایی از قبیل کامو بافی، سفالگری، اجرای نمایش، کار با چوب، دوخت، چرم کاری، صنایع دستی و سایر فعالیت های مرتبط که از سوی مراکز ترک اعتیاد در مورد معتادان در کمپهای ترک اعتیاد به کار گرفته شده است (بر مبنای ساعات درگیری فرد معتاد و شاخص ارزیابی مرکز از میزان درگیر بودن فرد معتاد با خدمات درمانی کاردرمانی).

بازتوانی: امروزه در اغلب تحقیقات برای اندازه گیری توانبخشی و باز توانی، از مفهوم کیفیت زندگی استفاده می کنند. بنابراین در این تحقیق نیز اندازه گیری بازتوانی در قالب نمرات افراد در پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤال سازمان بهداشت جهانی است که بعد از اتمام دوره کاردرمانی تعریف می شود.

سلامت روانی: شامل نمره ای است که پاسخگو از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت روان گلدبرگ (GHQ) دریافت می کنند. فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز هنجاریابی شده است.

شدت اعتیاد: به منظور سنجش شدت اعتیاد معتادان از سه شاخص نوع ماده مصرفی، روش مصرف و سابقه مصرف استفاده می شود. هر کدام از موارد فوق بر اساس ماهیت موضوع مدرج و تبدیل به شاخص کمی می شود.

نگرش به مواد مخدر: پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر (دلاور و همکاران، ۱۳۸۳) مورد استفاده قرار خواهد گرفت. این پرسشنامه از پایایی و ثبات در طول زمان برخوردار است.

مدت زمان ترک اعتیاد: مدت زمان بین اتمام دوره درمان منجر به ترک اعتیاد تا زمان انجام مصاحبه با فرد معتاد که با یک سؤال مستقیم و در قالب مقیاس ماه پرسیده می شود، این متغیر مورد اندازه گیری قرار می گیرد.

فصل دوم

ادبیات پژوهش

۲-۱- مقدمه

سوء مصرف مواد و اعتیاد، از غم انگیزترین معضلات جوامع امروزی می باشند وابستگی به مواد اختلال مزمن و عودکننده‌ای است که شروع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی می باشد. این بیماری همانند سایر بیماری های روانی از چندین عامل سرچشمه می گیرد، که در هر فرد ممکن است گروه خاصی از آن ها بیشتر شرکت داشته باشند. بنابراین اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود، احتمال موفقیت در درمان به شدت کاهش خواهد یافت (رسولی آزاد و همکاران، ۱۳۸۸).

در حال حاضر اختلال های مصرف مواد^۱ و وابستگی به آن و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می رود (دالی و مارلات^۲، ۲۰۱۲). پدیده وابستگی و سوء مصرف مواد امروزه به یک معضل بزرگ جهانی تبدیل شده است و پس از بحران هسته‌ای، انفجار جمعیت و آلودگی محیط زیست به عنوان چهارمین مسئله بحران ساز، ذهن اندیشمندان را به خود مشغول ساخته است (دبیرخانه مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۲).

مصرف مواد مخدر و دیگر ترکیبات اعتیادآور به علت اثرات دارویی ویژه خود تغییراتی در سطح فیزیولوژی و بیولوژی شخص به وجود می آورد که قسمت مهم این تغییرات بر روی سلسله اعصاب مرکزی و محیطی انجام می گیرد و در نتیجه بر روی حالات جسمانی- روانی فرد اثر می گذارد. تسکین موقت آلام روحی مانند اضطراب، افسردگی و بی قراری و تسکین موقت دردهای جسمانی و احساس رضایت و آرامش درونی موقت، تشدید موقت عاطفه مثبت و میزان هوشیاری از جمله نتایج مصرف این مواد است و چون اغلب معتادین قبل از اینکه به اعتیاد روی آورند با مشکلاتی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، بی قراری، ناراحتی و عصبانیت و تضادهای گوناگون مواجه بوده اند لذا مصارف اولیه مواد مخدر ممکن است در کوتاه مدت سبب تسکین ناراحتی های فوق گردد و ترک ناگهانی و یا کاهش مصرف مواد مخدر پس از ایجاد وابستگی بدنی نسبت به دارو سبب اختلالاتی می گردد مانند بی قراری، اضطراب، خستگی مفرط، گیجی،

1. Substance Use Disorders
2. Daley & Marlatt

حالات تهوع، استفراغ و اسهال، عدم تمرکز شدید و پاشیدگی افکار. در چنین مرحله‌ای معتاد با چنین حالاتی روبرو می‌گردد که درواقع برگشت تمامی مشکلات قبلی به‌گونه‌ای مضاعف است. بنابراین تنها راه فرار از آن را استفاده مجدد دارو می‌بیند. وابستگی فرد معتاد نسبت به ماده مخدر صرفاً بدنی نیست و جنبه‌های وابستگی روانی آن به دارو در رابطه با مشکلات شخصیتی، هیجانی و روانی فرد در جریان تداوم اعتیاد از اهمیت اولیه برخوردار است (دبیرخانه مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۲).

عوامل متعددی بر سوءمصرف مواد تأثیر دارند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به‌طور هدفمند طرح‌ریزی شود (کارول^۱، ۲۰۱۰). متأسفانه علیرغم تلاش فراوان جامعه علمی، هنوز درمان مناسبی که بتواند برای اعتیاد متمر ثمر باشد شناخته‌نشده که البته علت این امر به‌سادگی قابل تبیین است. اعتیاد ازجمله بیماری‌هایی است که درواقع بیان‌کننده سه قطب زیستی، روانی و اجتماعی انسان می‌باشد. یعنی این‌که انسان از این سه بعد تشکیل شده است و طبیعتاً رشد و سقوط انسان نیز تحت تأثیر این ابعاد قرار دارد. لذا برای درمان بیماری‌هایی همچون اعتیاد نیاز به درمان‌هایی است که بتواند این قسمت‌های مختلف را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. یعنی ضمن این‌که بعد زیستی انسان موردتوجه قرار می‌گیرد، به همان اندازه و شاید بیشتر به ابعاد روانی اجتماعی انسان توجه شود (هادیان مبارکه و همکاران، ۲۰۱۰).

مبانی نظری و پیشینه تحقیق، اساس توجیه‌پذیری علمی تحقیق می‌باشند. مبانی نظری درواقع تئوری‌ها، نظریات و مدل‌های مختلف مربوط به موضوع را مطرح و زمینه را جهت انتخاب یکی از نظریات رایج، ترکیبی از آن‌ها و یا ابداع و الهام مدلی بر اساس آن‌ها فراهم می‌آورد. در همین راستا در فصل پیش رو ابتدا بایان رویکرد کلی مورد استفاده در تدوین مبانی نظری تحقیق، سعی شده است با نگاهی استنتاجی به بیان پیشینه نظری متغیرهای تحقیق پرداخته شود. در ادامه چگونگی روابط بین متغیرها از منظر تئوریک مورد بررسی قرار گرفته و درنهایت تحقیقات تجربی داخلی و خارجی مرتبط با چارچوب کلی تحقیق به‌طور خلاصه مورد اشاره قرار گرفته است.

۲-۲- مبانی نظری تحقیق

۲-۲-۱- کاردرمانی

کاردرمانی علم و هنر مشارکت بیمار در انجام فعالیت‌های هدفمند به منظور اصلاح تقویت، افزایش عملکرد و تسهیل در یادگیری مهارت‌های ضروری جهت انطباق با محیط است. به عبارتی دیگر، کار درمانی قابلیت انجام اعمال و

1. Carroll

نقش‌هایی است که لازمه یک زندگی مفید و تسلط فرد بر خود و محیط، همراه با احساس رضایتمندی از خود و دیگران در طول عمر است (ماندال و موکاشی^۱، ۲۰۱۵).

کاردرمانی^۲ شاخه‌ای از علوم پزشکی است که هدف آن بازپروری فرد به گونه‌ای است که بتواند بطور مستقل زندگی کند، مولد باشد و از زندگی خود لذت ببرد (تورانی و همکاران، ۱۳۹۱).

کاردرمانی استفاده از فعالیت‌های هدفمند برای جلوگیری از ناتوانی و حفظ سلامتی و دادن استقلال برای انجام کارهای افرادی است که به نوعی دچار آسیب جسمی، ذهنی یا روانی هستند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

کاردرمانی طبق تعریف فدراسیون جهانی کاردرمانی (WFOT)^۳ حرفه‌ای مربوط به سلامتی است که مبنای آن دانشی است که نشان می‌دهد فعالیت هدفمند می‌تواند سبب ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی گردد. هدف کاردرمانی ارتقاء، توسعه و بازیابی و حفظ توانائی‌هایی است که فرد در سازگاری با فعالیت‌های روزمره زندگی به کار می‌برد تا مانع اختلال عملکردی گردد. برنامه‌های کاردرمانی جهت تسهیل عملکرد فرد است تا از پس چالش‌های محیط کاری، اجتماعی، شخصی و خانگی برآید. هسته اصلی برنامه کاردرمانی مشارکت فعال فرد در فرآیند درمانی است. کاردرمانگران در حیطه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، زیست‌شناسی و علوم پزشکی تحصیل می‌کنند و مهارت‌ها و دانش حرفه‌ای کاردرمانی را | در موقعیت‌های بالینی به کار می‌گیرند (کاووسی و فلاحی خشکناز، ۱۳۹۰).

کاردرمانی عبارت است از استفاده درمانی از کارها و فعالیت‌های روزمره زندگی برای افراد و گروه‌ها با هدف تسهیل مشارکت آن‌ها در نقش‌های زندگی و موقعیت‌های منزل، مدرسه، محیط کار و اجتماع.

طبق تعریف انجمن کاردرمانی آمریکا^۴ در سال ۱۹۸۱؛ کاردرمانی علم استفاده از فعالیت‌های هدفمند در افراد مبتلا به بیماری‌ها یا ضایعات جسمی، اختلال در عملکردهای روانی-اجتماعی، ناتوانی‌های رشدی، اختلالات یادگیری و سالمندان؛ به منظور پیشگیری از ناتوانی، حفظ حداکثر استقلال و کسب سلامتی است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

کاردرمانگر^۵ به فرد ناتوان یاد می‌دهد که چگونه از خود مراقبت کند، به چه صورت کار کند و چگونه تفریح کند. به وی آموزش می‌دهد تا یاد بگیرد چگونه غذا بخورد، لباس بپوشد، حمام برود، غذا درست کند و کارهای خانه و مدرسه و محل کارش را انجام دهد (نوبهار و شجاعی، ۱۳۹۵).

کاردرمانگر هر چیزی را که مانع انجام فعالیت‌های طبیعی شخص باشد تغییر می‌دهد. وی در محیط زندگی و کار فرد تغییراتی می‌دهد تا وی بهتر بتواند زندگی کند. در نوع کار شخص تغییراتی می‌دهد تا بهتر بتواند از عهده وظایف

1. Mandal & Mokashi

2. Occupational therapy

3. World Federation of Occupation Therapy (WFOT)

4. AOTA

5. Occupational therapist

محوه خود برآید. ابزارهای خاصی به فرد می‌دهد تا وی با کمک آن‌ها بتواند بهتر کارهایش را انجام دهد و مهارت‌های فرد را در انجام فعالیت‌هایش افزایش می‌دهد (تورانی و همکاران، ۱۳۹۱).

۲-۱-۱- تاریخچه‌ی کاردرمانی در جهان

شواهد اولیه استفاده از کار به عنوان یک روش درمانی، در دوران کهن یافت می‌شود. آسکلپادس بیتونیایی، پزشک یونانی، ۱۰۰ سال پیش از میلاد مسیح، استفاده درمانی از حمام‌ها، ماساژ، ورزش و موسیقی را آغاز کرد. پس از او سلسوس رومی، موسیقی، مسافرت، گفتگو و ورزش را برای بیمارانش تجویز کرد. با این وجود در دوران قرون وسطی، از این استراتژی‌ها برای افرادی که مجنون در نظر گرفته می‌شدند، استفاده نمی‌شد یا خیلی کم استفاده می‌شد. (جوهری و همکاران، ۱۳۹۲). در قرن ۱۸ میلادی در اروپا، انقلابیون از قبیل فیلیپ پینل و ژوهان کریستین ریل نظام بیمارستان را اصلاح کردند. در مؤسسات آنان به جای استفاده از زنجیرهای آهنی و روش‌های مهاری از کار دشوار و فعالیت‌های تفریحی استفاده می‌شد. این دوره همان دوره درمان اخلاقی بود که در اروپا، طی عصر روشن‌گری، که ریشه‌های کاردرمانی در آن واقع شده، پیشرفت کرد. اگرچه این یک پیشرفت وسیع در جهت جنبش بهسازی بود، اما در قرن ۱۹، در ایالات متحده دارای فراز و نشیب‌هایی بودو در اوایل قرن ۲۰ به عنوان کاردرمانی، دوباره ظهور کرد. جنبش هنر و پیشه که بین سال‌های ۱۸۶۰ و ۱۹۱۰ پیشرفت کرد، نیز روی کاردرمانی مؤثر بود. در جامعه صنعتی اخیر، جوامع هنر و پیشه، علیه یکنواختی و استقلال داخلی از دست رفته کار کارخانه‌ها پدیدار شد. از هنر و صنایع دستی به عنوان راهی برای ارتقای آموزش حین انجام کار و خروجی انرژی خلاق افراد و راهی برای پیشگیری از ملالت و خستگی ناشی از بستری طولانی مدت در بیمارستان، هم برای بیماری ذهنی و هم برای سل، استفاده می‌شد (جوهری و همکاران، ۱۳۹۲).

در ۱۵ مارس ۱۹۱۷ گروه کوچکی با این نگرش که کار می‌تواند نقش عمده‌ای در سلامت و بهداشت ایفا کند، گرد هم آمدند و انجمن ملی پیشرفت کاردرمانی^۱ را تاسیس کردند که بعداً به انجمن کاردرمانی آمریکا^۲ تغییر نام داد در واقع این جلسه آغاز به کار رسمی رشته‌ی کاردرمانی بود نام Occupational Therapy نیز توسط اولین رئیس این انجمن پیشنهاد گردید. جنگ جهانی اول یکی از حوادثی بود که توسعه‌ی رشته‌ی کاردرمانی را تحت تاثیر قرار داد. تا قبل از جنگ جهانی اول کاردرمانی بیشتر دز بیماران روانی کاربرد داشت اما با بروز جنگ و افزایش تعداد افرادی که دچار صدمات جسمی، ناتوانی و معلولیت‌های ناشی از جنگ شدند ایده جدیدی بر کاردرمانی افزوده شد به صورتی که ارتش از انجمن درخواست کرد که برای سربازان آسیب دیده و معلول برنامه‌ی توانبخشی و بازتوانی را اجرا کنند که این نقطه‌ی عطفی در پیشرفت توانبخشی خصوصاً کاردرمانی بود. در سال‌های ۱۹۲۰ تا ۱۹۳۰ بود که استانداردهای آموزشی

1. NSPOT
2. AOTA

در کاردرمانی برای کسانی که می‌خواستند در این حرفه مشغول گردند توسط النر کلارک اسلاگل^۱ تدوین و به مرور کامل گردید (قمری و همکاران، ۱۳۹۳).

۲-۱-۲-۲- تاریخچه‌ی کاردرمانی در ایران

در سال ۱۳۵۰ برای اولین بار به منظور ایجاد بخش کاردرمانی در بیمارستان توانبخشی شفایحیائیان یک ارگوتراپیست (کاردرمانی) هلندی (خانم یانسن) از طرف سازمان بهداشت جهانی در اختیار این بیمارستان قرار گرفت و با همکاری دیگر متخصصین توانبخشی شروع به ایجاد بخش کاردرمانی بیمارستان شفا نمود. و پس از آن روشن شد که برای پیشرفت کاردرمانی احتیاج به تراپیست‌های کاردرمانی و دیگر رشته‌های توانبخشی در ایران با تحصیلات در سطح لیسانس می‌باشد لذا به همین دلیل دانشکده‌ی توانبخشی و رفاه اجتماعی از مهر ماه سال ۱۳۵۲ در رشته‌های کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی جهت تربیت کادر متخصص دانشجو پذیرفت و پس از آن دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران و علوم بهزیستی و توانبخشی تهران شروع به پذیرش و آموزش دانشجویان در رشته‌ی کاردرمانی کردند و هم اکنون علاوه بر دانشگاه‌های فوق در دانشگاه‌های علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (در سال ۸۵)، علوم پزشکی شیراز، اصفهان، تبریز و سمنان (در سال ۸۷) و نیز همدان (در سال ۸۸) این رشته دایر گردید (نوبهار و شجاعی، ۱۳۹۵).

۲-۱-۲-۳- اهداف کاردرمانی

- جلوگیری از پیشرفت بیماری و معلولیت با بازگرداندن توانایی‌های از دست رفته؛
- بهبود کیفیت زندگی؛
- یکپارچه‌سازی یا عادی سازی محیط فرد معلول؛
- به حداکثر رساندن استقلال افراد بیمار؛
- توان در انجام کارهای روزمره و فعالیت‌های اجتماعی؛
- آمادگی برای آموزش‌های حرفه‌ای؛ (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

۲-۱-۲-۴- حیطه‌های خدمات کاردرمانی

- بیماری‌های نورولوژیک (مغز و اعصاب) مانند سکته مغزی، پارکینسون، ضربه‌های مغزی، فلج مغزی و ضایعات نخاعی
- بیماری‌های روماتولوژی مانند آرتریت روماتوئید، روماتیسم و اسکروزدرما

1. Eleanor Clarke Slagle

- بیماری‌های عصبی عضلانی مثل میوپاتی و دستروپی‌های عضلانی
- بیماری‌های ارتوپدی از قبیل شکستگی - ضایعات بافت نرم و تاندونی و اعصاب محیطی - قطع عضو - جراحات ورزشی و تصادفات
- سوختگی‌ها و تغییر شکل‌های ناشی از آن
- مشکلات بینایی مانند اختلالات حرکتی چشم، اختلالات ادراک دیداری فضایی، اختلالات تجزیه و تحلیل دیداری و همچنین کمک به تصحیح انحراف چشم قبل از جراحی
- صدمات ناشی از کار
- بیماری‌های ناتوان کننده و یا مضمّن مانند سرطان و ایدز و هموفیلی
- مشکلات تعادلی و حرکتی و جابجایی
- مشکلات در مراقبت از خود و فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی
- مشکلات شناختی ممکن است تهیه کننده توانایی‌های فرد باشد
- مشکلات ناشی از سالمندی
- ناتوانایی‌های اجتماعی مانند مشکلات ناشی از استفاده از مواد مخدر و تکی‌گری و...
- بیماری‌های روانپزشکی مانند اسکیزوفرنیا- افسردگی- مانیک- دمانس- اختلالات شخصیت و وسواس (حوائی، ۱۳۹۵).

۲-۱-۵- حیطه‌های شغلی ارگوتراپیست‌ها (کاردرمانگران)

کاردرمانگران پس از اتمام مقطع لیسانس می‌توانند اقدام به تاسیس کلینیک خصوصی کنند و دیگر فرصت‌های شغلی عبارتند از مراکز کاردرمانی، بهزیستی، بیمارستان‌های توانبخشی و روانی، درمانگاه‌ها، سرای سالمندان، مراکز نگهداری عقب مانده‌های ذهنی (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

۲-۱-۶- فرآیند کاردرمانی

فرآیند کاردرمانی شامل ارزیابی، طرح درمان، اجرا و ارزیابی مجدد است. در مراحل بیماریابی و ارزیابی افرادی که نیاز کاردرمانی دارند مشخص می‌شوند. در مرحله درمان با توجه به شرایط، امکانات و محدودیت‌ها طرح و زمان ریخته می‌شود و مورد اجرا قرار می‌گیرد. پس از اجرا ارزیابی مجدد برای بررسی تأثیر برنامه درمانی انجام می‌گیرد (همفیل^۱، ۲۰۱۵).

1. Hemphill

۲-۱-۷- زمینه‌های کاری در کاردرمانی

کاردرمانگران قابلیت کار در بسیاری از زمینه‌های مختلف، با جمعیت‌های مختلف و بدست آوردن تخصص در حوزه‌های گوناگون را دارند. برای این طیف وسیع از تمرینات، با در نظر گرفتن سیستم‌های مراقبت سلامت در کشورهای مختلف، طبقه‌بندی‌هایی صورت گرفته‌است. در این بخش، از طبقه‌بندی انجمن کاردرمانی آمریکا استفاده شده‌است. هرچند روش‌های دیگری برای طبقه‌بندی حوزه‌های کاری در کاردرمانی وجود دارد مثل: تمرینات جسمی، ذهنی و اجتماعی. این طبقه‌بندی‌ها به محیط تعیین شده توسط جمعیت گیرنده خدمات، بستگی دارند. برای مثال: محیط‌های حاد سلامت جسمی یا ذهنی (مانند بیمارستان‌ها) محیط‌های تحت حاد (مانند مراکز مراقبت از سالمندان)، کلینیک‌های سرپایی یا محیط‌های اجتماعی (کرایزن ترپسترا^۱ و همکاران، ۲۰۱۶)

۲-۱-۸- انواع مدل‌های کاردرمانی

رید و کیل هافنر^۲ مدل‌های کاردرمانی را بر اساس دوره‌های زمانی به سه دسته تقسیم بندی می‌کنند:

۱- عمومی یا پیامدی ۲- برنامه دهنده ۳- مفهومی- کاربردی (ووآنگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۳).

این چشم اندازهای متفاوت در گذر زمان تکامل یافته اند، اولین گروه مدل‌ها، عمومی یا پیامدی (۱۹۳۰-۱۹۷۵) بر تطابق شخص تمرکز داشتند و چرایی ارزشمند بودن کاردرمانی را توضیح می‌دادند ولی چگونگی استفاده از کاردرمانی را در کار بالینی بیان نمی‌کردند؛ این مدل‌ها چهارچوبی نظری داشتند که نتایج درمان را توصیف می‌کردند و توضیح و پیش بینی و راهنمایی می‌کردند بدون آن که مشخص کنند کاردرمانی چگونه می‌تواند به سرویس منظم، منطقی و با امکانات بیشتر منتهی گردد. از این نوع مدل‌ها که توسط ماری ریلی معرفی شد، می‌توان مدل رفتار کاری را نام برد که بر این فرض است که کسب اکوپیشن‌ها در طی یک فرآیند تکاملی به دست می‌آید و هم چنین مدل تطابق شخص مطرح شد و بر روی ارتباط بین نیازهای محیطی و توانایی شخص برای رفع این نیازها تمرکز داشت (ووآنگ و همکاران، ۲۰۱۳).

گروه دوم مدل‌ها، برنامه‌ای (دستوری) که توسط کینگ (۱۹۷۰-۱۹۹۵) به این پرداختند که مفاهیم کاردرمانی چگونه می‌توانند برای حل مشکلات تشخیص داده شده و در یک گروه خاص از مراجعه کنندگان سازماندهی شوند (ووآنگ و همکاران، ۲۰۱۳).

1. Kruijsen-Terpstra
2. Reed & Kyle Huffner
3. Wuang

نهایتاً مدل‌های مفهومی - کاربردی، سومین دسته از مدل‌های چگونگی استفاده از کاردرمانی در کار بالینی را توضیح می‌دهند. این مدل به مدل کانادایی اشاره می‌کنند. مدل موهو را سازماندهی کرده و به نقص اجرایی مدل‌ها مفهوم نقص اکوپیشنال از مدل‌های کاربردی در کاردرمانی هستند. از سیر تکامل تاریخی مدل‌ها در کاردرمانی اینگونه برداشت می‌شود که هدف کاوا مدل‌های ابتدایی ساده کردن پدیده‌ها و فراهم کردن ساختار بود در حالی که هدف مدل‌های کنونی آمیختن تعداد زیادی از پدیده هاست به گونه‌ای که بتوان یک برداشت منطقی از کل آن‌ها داشت (ووآنگ و همکاران، ۲۰۱۳).

از بین مدل‌های مفهومی نام برده شده، مدل کاوا به نسبت ناشناخته شده‌تر است. مدل کاوا توسط یک کاردرمانگر کانادایی - ژاپنی به نام مایکل ایواما (۲۰۰۰) ارائه شده اما طرح کلی آن در سال ۲۰۰۶ منتشر شده است (ایواما^۱، ۲۰۰۶؛ به نقل از ووآنگ و همکاران، ۲۰۱۳).

این مدل در پاسخ به نیازهای مشاهده شده در مدل ژاپنی مناسب و مفید بود، برای همین همواره فهم این مدل برای خوانندگان غربی یک چالش است زیرا باید مدل را در زمینه و فرهنگ آسیای شرقی درک کنند. مدل کاوا از مفهوم رودخانه استفاده می‌نماید (کاوا در زبان ژاپنی به معنای رودخانه است) و زندگی انسان را به شکل نمادین به یک رودخانه پر آب تشبیه می‌کند و پنج جز برای این رودخانه فرض می‌نماید که هر کدام از این اجزا نماد مفاهیم اصلی مدل کاوا می‌باشند؛ این اجزای پنج گانه عبارتند از آب، سنگ، تکه چوب شناور دیواره و بستر رودخانه و فضای خالی موجود بین موانع (کرایزن ترپسترا و همکاران، ۲۰۱۶).

تاریخ کاردرمانی نهفته در فلسفه و عمل از استفاده از فعالیت برای ترویج کسب مهارت برای زندگی و عمل است. در حال حاضر همچنان تمرکز بر به حداکثر رساندن مهارت‌های موجود و ترویج یادگیری مهارت‌های جدید، و نه تنها در بیماری است. درمانگر شغلی در عمل روانی قادر است برای ارائه مهارت‌های گروه عمومی، مهارت‌های مشاوره فردی و، علاوه بر این، در استفاده از فعالیت‌های مبتنی بر آموزش دیده ارزیابی و درمان بر اساس روش‌های مبتنی بر مفهوم مهارت‌های یادگیری برای زندگی از طریق "انجام و عمل". در درمان‌های مربوط به الکل و اعتیاد به مواد مخدر نیاز به یک رویکرد تیم چند رشته‌ای است که کاردرمانهم می‌تواند این مهارت‌های منحصر به فرد را ارائه دهد. تجربه دلپذیر نمایش در مراکز، جنبه‌های خاصی از نقش کاردرمانگران در درمان کلی مشکلات مرتبط به توان بخشی افراد مبتلا به الکل و مواد مخدر عمدتاً به کار می‌رود. کمبود منابع موجود در ارائه و اثربخشی درمانی در الکل و بازپروری معتادان یک نگرانی اساسی است، با این حال، برای تشویق درمانگران شغلی، کار در زمینه انتشار نتایج حاصل از تجربه خود و کمک به روشن شدن نقش و سهم کاردرمانی در چند رشته مراقبتی است (کرایزن ترپسترا و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Iwama

۹-۱-۲-۲-۲ مدل‌های مرجع کاردرمانی

۹-۱-۲-۲-۲-۲ سطوح شناختی آلن^۱

- زمینه کاربرد: ساختار شناختی، بیماری‌های روانی، دمانس مغزی و آسیب‌های سیستم عصبی مرکزی
- مداخله درمانی: تمرکز بر روی فعالیت‌های روزمره زندگی، شرکت بیمار در گروه‌های کاردستی، آموزش مراقبین بیمار، ایجاد تغییرات محیطی (محیط فیزیکی و اجتماعی) (کریک و لوگر، ۲۰۱۱).

۹-۱-۲-۲-۲-۲ باز پروری شناختی - مدل تعاملات پویا تگلیا^۳

- زمینه کاربرد: آسیب‌های مغزی، بیماری‌های روانی
- مداخله درمانی: دادن برگه‌های تمرین به بیمار، تمرین تکالیف داده شده به بیمار، تمرین استراتژی‌های مختلف، استفاده از تکنولوژی، استفاده از بعضی‌ها و سرگرمی‌های ساده که به تدریج پیچیده‌تر می‌شوند (کریک و لوگر، ۲۰۱۱).

۹-۱-۲-۲-۳-۲ مدل تغییر دادن رفتار^۴

- زمینه کاربرد: تغییر رفتار بیرونی بیمار
- مداخله درمانی: شکل دهی رفتار، خاموشی رفتارهای ناسالم، بازپروری رفتارهای خاص (کریک و لوگر، ۲۰۱۱).

۹-۱-۲-۲-۴-۲ شناخت - رفتاری^۵

- زمینه کاربرد: ایجاد تغییر در طرز فکر، عواطف، باورها و رفتار فرد
- مداخله درمانی: تشکیل گروه‌های درمانی، روانی - آموزشی، استفاده از تکنیک‌های خود مدیریتی و کنترل رفتار (کریک و لوگر، ۲۰۱۱).

۹-۱-۲-۲-۵-۲ پویایی روان^۶

- زمینه کاربرد: بیماری‌های روانی، واکنش‌های عاطفی به بیماری
- مداخله درمانی: هنرهای خلاق، گروه‌های تکلیف محور، حل تعارضات فردی (کریک و لوگر، ۲۰۱۱).

1. Allen Cognitive Levels- ACL
2. Creek & Lougher
3. Togli's Dynamic Interactional
4. Behavior Modification
5. Cognitive- Behavior
6. Psycho Dynamic

۲-۲-۱-۶-مدل مراحل رشدی^۱

- زمینه کاربرد: تمرکز بر سن و ویژه گی‌ها مراحل رشد
- مداخله درمانی: ایجاد گروه‌های مشابه بر اساس مراحل مختلف زندگی افراد، تمرکز بر روی نقش و وظایف و مسوولیت‌های زندگی فرد (کریک و لوگر، ۲۰۱۱).

۲-۲-۲-درمان و باز توانی اعتیاد

۲-۲-۲-۱-اعتیاد

اعتیاد به مواد یک اختلال ماندگار است که مشخصه بارز آن جست و جو و مصرف تکانشی مواد، از دست دادن کنترل بر میزان مصرف و حالات هیجانی منفی مانند بی‌لذتی، اضطراب و تحریک‌پذیری در صورت عدم مصرف مواد می‌باشد. بسیاری از افراد سابقه مصرف تفنی مواد را دارند، تخمین زده می‌شود ۳۶ درصد افراد بین ۱۶ تا ۵۹ سال مواد مصرف کنند، بیشترین وقوع مصرف در افراد زیر ۲۵ سال گزارش شده است (عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۳).

هم‌اکنون در کشور ما جمعیت معتادان بیش از دو میلیون نفر تخمین زده می‌شود (زرین کلک، ۱۳۹۲). با آن که اعتیاد دارای عوارض بسیار گسترده‌ای است روش‌های رایج درمان آن دارای کارایی کافی نیستند. حتی در بهترین روش‌های درمانی میزان موفقیت یک ساله ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (براین و مک‌کلان^۲، ۱۹۹۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود^۳ می‌شوند (زرین کلک، ۱۳۹۲).

اعتیاد به مواد مخدر پدیده‌ای چندوجهی است، که امروزه شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و گسترش جهانی یافته است و متناسب با گسترش و مصرف روز به روز، به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، در بین مردان پراکنده شده است. به ویژه اعتیاد به مواد افیونی و محرک که از مهم‌ترین مشکلات جوامع امروزی است. مواد مورد مصرف، عموماً فراورده‌هایی طبیعی یا صناعی هستند که وقتی تدخین، تزریق، خورده و یا انفییه و استنشاق می‌شوند، خلق یا رفتار را تغییر داده و باعث دگرگونی در سطح هوشیاری و عملکرد مغز می‌شوند و شامل مواد افیونی، توهم زها، محرک‌ها، کانابیس‌ها، داروهای جوان بنزودیازپین‌ها و ... می‌باشند. مواد افیونی شامل تریاک، شیر و سوخته تریاک، هروئین، مرفین، کدئین، متادون و داروهای حاوی مشتقات تریاک می‌باشد. سوء مصرف مواد افیونی باعث اختلالاتی از جمله مسمومیت با مواد افیونی، سندرم ترک مواد افیونی و کژکاری ناشی از مواد افیونی، دلیریوم مسمومیت با مواد

1. Developmental
2. Brien & Mclellan
3. Relapse

افیونی، اختلال سایکوتیک، اختلال خلقی و اختلال اضطرابی می‌شود. دسته دیگری از مواد مصرفی مواد محرک هستند که شامل آمفتامین‌ها و موادی که دارای ترکیبات آمفتامینی مانند قرص اکستازی، کوکائین و مت آمفتامین (شیشه) می‌باشد و جزء خطرناک‌ترین مواد مصرفی محسوب می‌شود. مصرف این دسته از مواد باعث اختلالاتی مانند حالت جنون (روان‌پریشی) ناشی از اعتیاد، توهم، اختلال خواب، اختلال کژکاری جنسی، اختلال سایکوتیک همراه با هذیان، آشفتگی ادراک و قضاوت، بدبینی و اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی می‌شود. از آنجا که اعتیاد یک بیماری روانی اجتماعی زیستی است، در بعد روانی بیماری، بیشتر ویژگی‌های فردی مستعد کننده به اختلال مورد توجه قرار می‌گیرد. یکی از این ویژگی‌ها شخصیت فرد است که توسط افراد خانواده، همسالان، اجتماع و وراثت از سنین کودکی تا بزرگسالی شکل می‌گیرد خود را به صورت الگوی سالم، یا ناسالم، انعطاف‌ناپذیر و گاهاً آسیب پذیر نشان می‌دهد. (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲)

۲-۲-۲- تعاریف اعتیاد

اعتیاد عبارت از تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر پیدا می‌کنند، به عبارت دیگر، منظور از اعتیاد استفاده‌ی غیر طبی و مکرر از داروست که به ضرر خود مصرف کننده یا دیگران می‌باشد (نریمانی، ۱۳۹۳).

منظور از اعتیاد تعلق یا تمایل غیر طبیعی و مداومی است که برخی از افراد نسبت به بعضی از مواد مخدر پیدا می‌کنند. به عبارت دیگر، منظور از اعتیاد استفاده‌ی غیر طبی و مکرر از داروست که به ضرر خود مصرف کننده یا دیگران می‌باشد (پورافکاری، ۱۳۸۸). اعتیاد را می‌توان نوعی بیماری روانی تکرار شونده که فرد معتاد علی رغم تمام عوارض مصرف داروی مخدر آن را اکتیاف و بدون اراده مصرف می‌کند.

امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد از وابستگی به مواد نام برده می‌شود، هر چند که در میان مردم این بیماری اعتیاد و خود بیمار معتاد شناخته شده است. بیمار وابسته به مواد علیرغم تجربه‌ی مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد قادر بر قطع آن نیست. مصرف مواد یک الگوی رفتاری ناسازگارانه و بیمار گونه است که بروز علائم رفتاری، روانی، شناختی و جسمی به اختلالهای بالینی در فرد مصرف کننده منجر می‌شود.

در سال ۱۹۶۴ میلادی سازمان جهانی بهداشت (WHO) به این نتیجه رسید که واژه‌ی اعتیاد و معتاد یک واژه‌ی علمی نیست و از دقت و وضوح کافی برخوردار نیست و به جای استفاده از واژه‌های اعتیاد دارویی و عادات دارویی، واژه‌ی وابستگی دارویی معرفی شد. در حال حاضر در DSM-IV به جای واژه‌ی دارو از واژه‌ی ماده و در ICD-10 از ماده‌ی روانگردان استفاده می‌شود.

در DSM-IV برای توضیح وجوه وابستگی دو مفهوم مورد استفاده قرار می‌گیرد: وابستگی رفتاری که در آن بر فعالیت‌های فرد برای کسب دارو و الگوی مصرف بیمار گونه تاکید می‌شود. وابستگی جسمی که عمدتاً بر علایم ترک و تحمل تاکید دارد. ترک یک وضعیت فیزیولوژیک است که به دنبال قطع یا کاهش مقدار ماده‌ی مصرفی ایجاد می‌گردد. یعنی فرد به دنبال قطع یا کاهش مقدار ماده‌ی مصرفی ایجاد می‌گردد. یعنی فرد به دنبال قطع یا کاهش مقدار ماده‌ی مصرفی دچار علایم رفتاری یا جسمانی می‌شود.

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای وابستگی عبارتند از الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده که به ناراحتی قابل ملاحظه‌ای بالینی منجر می‌شود و با سه تا (یا بیشتر) از علایم زیر که زمانی در طی ۱۲ ماه روی می‌دهد، تظاهر می‌کنند.

۱. تحمل که با هر یک از موارد زیر مشخص می‌شود: الف) نیاز به مقادیر بسیار بالاتر یک ماده برای رسیدن به مسمومیت (مستی) یا تأثیر دلخواه ب) کاهش قابل ملاحظه‌ی تأثیر با ادامه‌ی مصرف همان ماده.
۲. ترک با هر یک از موارد زیر مشخص می‌شود: الف) سندرم ترک که برای هر ماده‌ی خاص مشخص است. ب) همان ماده (یا ماده‌ی مشابه) برای رفع یا جلوگیری از علایم ترک مصرف می‌شود.
۳. ماده غالباً به مقادیر بیشتر و دوره‌ای طولانی‌تر از آنچه که مورد نظر است مصرف می‌شود.
۴. میل دایم یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد.
۵. وقت زیادی در فعالیت‌های لازم برای به دست آوردن ماده (برای مثال، مراجعه به پزشکان مختلف یا رانندگی‌های طولانی) مصرف ماده (برای مثال، تدخین طولانی) یا رهایی از آثار ماده صرف می‌شود.
۶. به خاطر مصرف ماده فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی کاهش یافته یا کنار گذاشته می‌شود.
۷. ادامه‌ی مصرف مواد علیرغم آگاهی به وجود مشکلات مستمر یا عود کننده‌ی جسمی یا روانشناختی که از مصرف مواد ناشی شده یا در نتیجه‌ی مصرف آن تشدید می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

۲-۲-۳- ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ برای اختلال وابستگی به مواد

طبق آمار اختلالات روانی، وابستگی به مواد مخدر الگوی ناسازگارانه‌ای از مصرف مواد است که به اختلال یا ناراحتی قابل توجه بالینی منجر می‌شود و اغلب با موارد زیر مشخص می‌شود:

- داروهای مسکن و ضد اضطراب مانند باربیتورات و الکل
- داروهای محرک مانند آمفامین و کوکائین
- داروهای توهم زا مثل ال اس دی، پی سی پی و شاهدانگان (باچر^۲ و همکاران، ۱۳۹۴)

1. Diagnostic and statistical Manual of Disorder
2. Bucher

منظور از مواد مخدر نیز همان مواد روانگردان است اگرچه معمولاً اصطلاح مواد مخدر را برای مواد افیونی به کار می‌برند. تریاک‌ها مثل شیر، هروئین و کدئین داروهای مخدری هستند که از لحاظ داروشناسی شبیه مرفین می‌باشند. داروهای این دسته احساس سرخوشی آرامش و بالا رفتن خلق را ایجاد می‌کند. آنها همچنین توانایی کاهش درد، اضطراب، پرخاشگری و تمایلات جنسی را دراند و شدیداً اعتیاد را در نظر گرفته می‌شوند (بک و همکاران، ۱۳۹۱).

تریاک ماده‌ای طبیعی است که از گیاه خشخاش به دست می‌آید و تقریباً شامل ۲۰ ماده‌ی شیمیایی است که به آلکالوئیدها معروفند و ماده‌ی اصلی آن مورفین است که در سال ۱۸۰۵ از تریاک به دست آمد. هروئین از آغشته کردن مورفین با اسنیک آنهیدراید به دست می‌آید (باچر و همکاران، ۱۳۹۴).

۲-۲-۴- وابستگی به نیکوتین و کافئین

کافئین و نیکوتین نیز داروهای وابستگی‌زا هستند و اختلالات مرتبط با توتون و کافئین در سیستم طبقه بندی تشخیصی وارد شده است. وابستگی به نیکوتین همراه با وابستگی به سایر مواد مخدر فعال ساز روانی آمده است. فرایند اعتیادزایی سیگار و سایر دخانیات شبیه فرایند اعتیادزایی سایر مواد فعال ساز روانی است. مصرف سیگار به طور مداوم در سال‌های نوجوانی غالباً به اعتیاد به مواد مخدر منجر می‌شود (باچر و همکاران، ۱۳۹۴).

۲-۲-۵- سبب‌شناسی سوء مصرف و وابستگی به مواد

عوامل متعددی در تعامل با یکدیگر باعث سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر می‌شوند. مثلاً عوامل جامعه شناختی مثل وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، نبود فرصت‌های تحصیلی و شغلی و بیکاری و همچنین عوامل فرهنگی و تاریخی مثل تعلق داشتن به خرده فرهنگ‌های خاص و یا وقوع جنگ‌ها و یا پیشرفت‌های پزشکی و دارویی در مصرف مواد تأثیر دارند. همین‌طور عوامل اجتماعی مثل معاشرت با افراد مصرف کننده و عوامل روانشناختی مانند اختلالات روانی، سابقه‌ی خانوادگی، عقاید و نگرش‌ها و آسیب پذیری‌های روانی مثل استرس، تحمل کم در برابر ناکامی فقدان مهارت‌های لازم و روابط ناموفق همه می‌توانند نقشی در بروز این پدیده داشته باشند (بک و همکاران، ۱۳۹۱).

۲-۲-۶- نظریه‌های سوء مصرف و وابستگی به مواد (اعتیاد)

اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری پیچیده زیستی، روانی و اجتماعی است و نظریات مختلفی سعی نموده‌اند که این پدیده را تبیین نمایند و البته هر کدام تاحدی توانسته است قسمت‌هایی از مسائل این پدیده پیچیده را تبیین نمایند.

۲-۲-۶-۱- نظریه‌های روان تحلیل‌گری

نظریه‌های کلاسیک روان تحلیل‌گری سوء مصرف مواد را معادل خودارضایی و یک مکانیسم دفاعی در برابر تکانه‌های همجنس‌گرا و یا تظاهری از پسریت دهانی دانسته‌اند. در عین حال فرمول بندی‌های روان پویشی اخیر به روابط بین مصرف مواد و افسردگی مربوط می‌شود یا مصرف مواد را بازتاب عملکرد مختل ایگو معرفی می‌کنند (سادوک^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

فنیچل^۲ (۱۹۴۵) در یک چارچوب روان تحلیل‌گرانه می‌کوشد دلائل برای گرایش به مواد روانگردان را وجود ناکامی‌های بیرونی و یا بازدارنده‌های درونی معرفی می‌کند به گونه‌ای که فرد جرأت فعالیت مجدد فرامن را بدون دریافت کمک مصنوعی ندارد (کردمیزاد و همکاران، ۱۳۹۲).

۲-۲-۶-۲- نظریه‌های رفتاری

نظریه‌های رفتاری نگر برای تبیین اعتیاد بر رفتار قابل مشاهده تمرکز دارند. این مدل‌ها بر رفتار جستجوی مواد تأکید دارند تا علائم جسمی و روحی وابستگی. از دید آنان مواد روانگردان به عنوان یک تقویت‌کننده برای رفتار خودخواهانه عمل می‌کند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). نظریه‌های رفتاری بر عواملی از قبیل کاهش تنش، الگوهای آشکار رفتاری و شرطی‌سازی تأکید دارند. از نظر این دیدگاه نوع و مدت استرس که احتمالاً پایه‌ی تنش است بر میزان مصرف مواد و تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به آن اثر گذار است (کالپی و گرلی^۳، ۱۹۷۸؛ به نقل از کردمیزاد و همکاران، ۱۳۹۲).

۲-۲-۶-۳- نظریه شناختی

طبق دیدگاه شناختی که متأثر از نظریه‌ی یادگیری اجتماعی شناختی بندورا است شیوه‌ی تفسیر افراد از موقعیت‌های خاص، احساسات، انگیزش‌ها و اعمال آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (تیفنی^۴، ۱۹۹۰). مثلاً یک موقعیت اجتماعی ممکن است عقیده‌ی منحصر به فردی مثل (مواد مرا اجتماعی‌تر می‌کند) را فعال نماید و به میلی برای مصرف منجر گردد (بک و همکاران، ۱۳۹۱). از نظر بک و دیگران (۱۳۹۱) زنجیره‌ای از عقاید زیر بنایی و عقاید اعتیادی منجر به رفتار اعتیادی می‌شود. اشخاص در معرض خطر اعتیاد دارای عقاید هسته‌ای هستند که حول تنها بودن و بی‌یاور بودن یا مورد پذیرش واقع نشدن آنهاست. مثلاً این عقیده که (کسی مرا دوست ندارد) منجر به عواطفی از قبیل

1. Sadock

2. Fennichel

3. Caple & Greeley

4. Tiffany

غمگینی یا خشم می‌شود و در این هنگام عقاید اعتیادی مثل این عقیده که (داروها راهی برای فرار هستند) یا (داروها مرا اجتماعی‌تر می‌کند) عقال می‌شود که در نهایت باعث ایجاد میل و در نهایت رفتار مصرف مواد می‌شود.

مارلات یکی دیگر از نظریه پردازان رویکرد شناختی، سوء مصرف مواد و در پی آن وابستگی را نتیجه فرایندهای شناختی چون انتظارات در مورد پیامدها، فرایندهای تصمیم گیری، احساس بسندگی (خودکارآمدی) و اسندهای علی می‌داند. به عنوان مثال خودکارآمدی یا احساس بسندگی شخصی که به قضاوت فرد در مورد توانایی خود در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر مربوط می‌شود. چنانچه در سطح بالا و مطلوبی باشد منجر به این اعتقادات می‌شود (می‌توانم به مواد مخدر نه بگویم). یا (می‌توانم به طور موثری با هوس‌های تحریک کننده‌ی مصرف دارو مقابله کنم) نمونه‌هایی از احساس بسندگی پایین عبارتند از (من برده‌ی داروها هستم) یا (من نمی‌توانم پاک باشم و ممکن است در مواجهه با دارو آن را مصرف کنم) (همان، ۱۳۹۱). یا در جای دیگر مارلات توضیح می‌دهد که هر اندازه فرد در مورد مصرف داروها پیامدهای مثبت را بیشتر از پیامدهای منفی پیش بینی کند احتمال بیشتری می‌رود که مصرف داروهای مخدر را ادامه دهد (همان، ۱۳۹۱).

۲-۲-۷- نگرش به مواد مخدر (اعتیاد)

تحقیقات و بررسی‌های انجام شده نشان داده‌اند که فرایندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران حول مواد مخدر است (هولمن^۱، ۲۰۰۴ به نقل از نریمانی، ۱۳۹۳). یکی از شیوه‌هایی که به معتاد کمک می‌کند تا خودش را بشناسد بررسی نوع نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد مخدر است (دلور و همکاران، ۱۳۸۳).

دی مایتو^۲ (۱۹۹۱، به نقل از مؤمنی، ۱۳۸۷) نگرش را در کل به عنوان آمادگی برای نشان دادن یک پاسخ رفتاری تعریف کرده است. از نظر بارون^۳ (۱۹۹۶، به نقل از رسائی، ۱۳۹۰) نیز نگرش عبارت است از باورهای دائمی و ارزیابی جنبه‌های خاص از دنیای فیزیکی اجتماعی که نقش مهمی در تفکرات و عملکرد اجتماعی بازی می‌کند. در واقع نگرش‌ها عقایدی هستند که بیانگر تمایلات تمایل و علاقه مندی یا عدم آن نسبت به مواد مخدر یا عدم آن می‌باشد. به عنوان مثال برخی از نگرش‌های مثبت به مواد عبارتند از اعتقاد به نقش موثر مواد در کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی و توانایی مصرف مواد بدون احتمال بروز اعتیاد.

البته نگرش سه مولفه عاطفی، رفتاری و شناختی دارد. مولفه عاطفی به هیجان‌های مثبت و منفی، مولفه رفتاری به شیوه‌ی ویژه از کنش فرد و آمادگی برای عمل و مولفه شناختی به اندیشه و برداشت‌های ویژه اشاره دارد (بارون و

1. Holman

2. Dimateo

3. Baron

برن، ۲۰۰۴). طبق نظریه تعاملی نگرش (استیتزر^۱، ۱۹۹۱؛ به نقل از زرین کلک، ۱۳۸۹) عناصر نگرش به صورت تعاملی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و موجب بروز رفتار در فرد می‌شوند.

سه عنصر نگرش به مواد مخدر که هریک می‌توانند مثبت یا منفی باشد به شرح زیر است.

(الف) عنصر شناختی:

- نگرش مثبت: باور غلط، غیرواقع بینانه و خوش باورانه نسبت به اعتیاد و مواد مخدر
- نگرش منفی: باور صحیح، منطقی و بدبینانه نسبت به اعتیاد و مواد مخدر

(ب) عنصر عاطفی:

- نگرش مثبت: حالت هیجانی و احساس ناخوشایند به مواد مخدر
- نگرش منفی: حالت هیجانی و احساس ناخوشایند به مواد مخدر

(ج) عنصر رفتاری:

- نگرش مثبت: هرگونه آمادگی برای عمل که حاکی از روی آوردن فرد به مواد مخدر باشد.
- نگرش منفی: هرگونه آمادگی برای عمل که حاکی از اجتناب فرد از مواد مخدر باشد (سهرابی و همکاران،

۱۳۸۷)

براساس نظریه یادگیری شناختی اجتماعی بندورا افراد نگرش‌ها و باورهای خود را درمورد مواد از الگوهای نقش خصوصاً دوستان نزدیک و والدین کسب می‌کنند. عامل نگرش هم به عنوان یک عامل حفاظت کننده و هم خطر ساز در چگونگی و میزان مصرف مواد مخدر تأثیر دارد (مومنی، ۱۳۸۷). بدین معنی که چنانچه ما نگرش مثبت یعنی علاقه مندی و اعتقاد به تأثیرات مثبت مواد داشته باشیم در نتیجه آمادگی لازم را داریم که به مصرف مواد و ادامه آن کشیده شود. و چنانچه نگرش منفی داشته باشیم آمادگی لازم برای اجتناب از مواد را پیدا می‌کنیم. نگرش‌های مثبت به مواد مخدر از این عوامل سرچشمه می‌گیرد: نگرش‌های مثبت والدین به

مواد، تماشای صحنه‌های مصرف مواد مخدر، احساس نا ایمنی در خانواده و شیوه‌های تربیتی نامتعادل والدین (پاشا

شریفی و رضایی، ۱۳۸۵).

۲-۲-۸- وابستگی به مواد مخدر و سلامت روان

بهترین تعریف از سلامت روان را سازمان بهداشت جهانی ارائه کرده است که عنوان می‌کند سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب (مومنی، ۱۳۹۲). در سلامت روان دو ملاک مدنظر است: ۱- نداشتن

1. stitzer

بیماری‌ها و اختلالات روانی ۲- داشتن سطح بالای خرسندی در ارتباط با خود، خانواده، کار و محیط (کیانی دولت آبادی، ۱۳۸۹). در مجموع افراد وابسته به مواد مخدر از سلامت روان پایینی برخوردارند و دچار بیماری‌های روانی هستند.

۲-۲-۱-۸-۱- تأثیر متادون در مصرف مواد و سلامت روان

در رابطه با مصرف مواد چند پژوهشگر نتیجه گرفته‌اند که متادون در کاهش دادن مصرف هروئین موثر است (بیرن^۱، ۲۰۰۳ و سیلورمن^۲ و دیگران، ۱۹۹۶، به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۹۴). بعلاوه این پژوهشگران نشان داده‌اند که متادون به افزایش سلامت روان و جامعه پذیر کردن مجدد فرد کمک می‌کند. متادون کمک می‌کند تا افراد کاهش اشتیاق را تجربه کنند و به آنها امکان می‌دهد تا شرایط زندگی ناامیدکننده‌ی خود را تغییر دهند (باچر و همکاران، ۱۳۹۴). مصرف متادون به طور واضح و آشکار از جرم و جنایت ابتلا به ایدز و رفتارهای تکانه‌ای می‌کاهد (توافقنامه‌ی موسسه‌ی بهداشت روان، ۱۹۹۸، به نقل از وزارت بهداشت، ۱۳۸۱). و در مجموع پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که متادون باعث کاهش و یا قطع مصرف مواد می‌شود و به علاوه وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد را بهبود می‌بخشند. (به عنوان مثال بل^۳ و همکاران، ۲۰۰۰ و ولف^۴ و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از عارف نسب، ۱۳۹۴).

در یک تحقیق داخلی نیز عارف نسب (۱۳۹۴) به بررسی تأثیر متادون در کاهش مصرف مواد مخدر افیونی و بهبود سلامت روانی در معتادان پرداخت و نتیجه گرفت که متادون در کاهش مصرف مواد و افزایش سلامت روان معتادان اثربخشی بالایی دارد.

۲-۲-۲-۹- مراحل درمان وابستگی به مواد در کلینیک‌های ترک اعتیاد

اکثر معتادان در کشور ما برای ترک اعتیاد به کلینیک‌های ترک اعتیاد تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند. در این کلینیک‌ها عمده‌ی فرایند درمان متمرکز بر دارو درمانی می‌باشد ولی در کنار آنها از درمان‌های روانی اجتماعی نیز استفاده می‌شود که البته کیفیت و محتوای این درمان‌های همراه بسته به امکانات کلینیک‌ها و بذل توجه به این درمان‌ها از سوی مسئول کلینیک متفاوت می‌باشد. درمان اعتیاد یک فرایند است و از زمانی شروع می‌شود که فرد مصرف کننده‌ی مواد مخدر به مراکز درمانی مراجعه می‌کند و تحت یک برنامه‌ی درمانی خاص قرار می‌گیرد. این برنامه ممکن است تا زمانی که فرد به بالاترین سطح بهداشتی و احساس سالم بودن برسد ادامه یابد. به طور کلی درمان اعتیاد شامل ۳ مرحله‌ی سم زدایی، توانبخشی و پیشگیری می‌باشد.

1. Byrne
2. silverman
3. Bell
4. Walf

۲-۲-۲-۹-۱- سم زدایی

در حالت وابستگی حاد که مواد مخدر به مقدار زیاد در بدن وجود دارند و فرد احتیاج روزانه به این مقدار دارو دارد ابتدا روی سم زدایی یعنی دفع کردن مواد از بدن فرد و درمان نشانه‌های ترک که بر اثر قطع مصرف داروی مخدر ایجاد می‌شود تمرکز می‌شود. اهداف این مرحله از درمان پاک کردن بدن از مواد مخدر است. در این مرحله از داروهایی مثل متادون یا بپونورفین به همراه داروهای مسکن و آرامش بخش از قبیل بنزودیازپین‌ها برای کنترل علائم ترک از قبیل بی خوابی، سردرد، ناراحتی‌های معده‌ای و روده‌ای و بی قراری استفاده می‌شود (باچر و همکاران، ۱۳۹۴). سم زدایی به شیوه‌ی ساده با داروهای مسکن و آرامش بخش و نیز اشکال پیچیده که نیاز به بستری شدن و بیهوشی دارند امکان پذیر است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۶).

۲-۲-۲-۹-۲- توانبخشی

پس از اتمام دوره‌ی سم زدایی و پاک شدن بدن از مواد مخدر، فرد دیگر وابستگی فیزیولوژیکی به مواد مخدر ندارد. اما این امکان وجود می‌آید که فرد بر اثر مشکلاتی که در محیط اجتماعی بیرون از کلینیک به وجود می‌آید دوباره به سمت مواد مخدر کشیده شود. لذا بایستی توان لازم برای مقابله با مشکلات زندگی رادر آنها تقویت کرد. درحال ایده‌آل پس از دوره‌ی سم زدایی برای این بیماران درمان روانشناختی، مشاوره‌ی خانوادگی، اشتغال‌زایی با استفاده از امکانات جامعه و بهبود جنبه‌های دیگر سازگاری اجتماعی فرد صورت می‌گیرد.

۲-۲-۲-۹-۳- پیشگیری از عود

اکثر بررسی‌ها و مطالعاتی که در زمینه‌ی کارایی و تأثیر درمان‌های دارویی انجام گرفته است نشان داده‌اند که هرچند به طور کلی درمان‌های دارویی موفقیت‌های چشمگیری در سم زدایی معتادان داشته‌اند. ولی نتوانسته‌اند به مدت طولانی از بازگشت مجدد بیماران به مواد مخدر جلوگیری کنند (کوری و بال ۱، ۱۹۸۷، بال و رانزوبل ۲، ۱۹۹۵، به نقل از وزارت بهداشت، ۱۳۹۶). به طور کلی برای پیشگیری از بازگشت مجدد معتادان که به طور وسیعی اتفاق می‌افتد (وزارت بهداشت، ۱۳۹۶) از درمان نگهدارنده با متادون استفاده می‌شود. در این روش برای افراد وابسته به مواد که دارای ریسک بالایی برای بازگشت هستند به صورت روزانه تا ماه‌ها و سال‌ها یا تا آخر عمر داروی متادون تجویز می‌شود.

1. Cory Ball
2. Ball & Rounsaville

۲-۲-۱۰- نقش کاردرمانی در درمان و بازتوانی اعتیاد

اختلالات مصرف مواد می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر عملکرد فرد در تمامی حوزه‌های کار و اشتغال داشته باشد. مشکلات جسمانی و روانی اجتماعی ناشی از اعتیاد می‌تواند بر عملکرد شغلی تأثیر بگذارد. نقش‌های ناخوشایند زندگی و اختلال در فعالیت معنی دار می‌تواند ناشی از فقدان ساختار یا روند زندگی، فقدان انگیزه‌ی کافی، مهارت‌های محدود و شبکه‌های اجتماعی ضعیف باشد. این نقائص ممکن است بر میزان استرس فرد نیز تأثیرگذار باشد که خود می‌تواند بر توانایی مقابله با چالش‌ها تأثیر گذار باشد. بنابراین به دلیل این که اختلالات مصرف مواد می‌تواند مشارکت مراجع در درمان و توانایی پیروی از توصیه‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، کاردرمانگران برای تسهیل مشارکت و عملکرد شغلی فرد مصرف کننده می‌توانند تأثیر بسزایی داشته باشند (استوفل و مویرز، ۲۰۰۴).

به طور معمول، در حرفه کاردرمانی اختلالات سوء مصرف مواد به عنوان یک اختلال همزمان در نظر گرفته می‌شود که اشاره به مشکلات ثانویه روانی، جسمانی و اجتماعی بیماران دارد.

کاردرمانگران با مراجعینی که با مسائل مربوط به سوء مصرف مواد مبارزه می‌کنند نیز سروکار دارند. آنها می‌توانند برای کمک به شناسایی نقاط قوت، ارزش‌ها، منافع، منابع و چالش‌ها برای اجرای برنامه‌های بازتوانی موثر واقع گردند. درمانگران شغلی معتقدند، عملکرد، رضایت و گزینه‌های شغلی تحت تأثیر رابطه میان عوامل شخصی و محیطی قرار دارند. کاردرمانگران به فرد معتاد از دیدگاه منحصر به فردی می‌نگرند که طی آن به نیازهای فرد در چارچوب خانواده و جامعه نگرسته می‌شود. از مهمترین فعالیت‌های کاردرمانگر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- بحث و شناسایی اثرات منفی الگوی مصرف مواد در زندگی مراجع
- ایجاد الگوهای رضایت بخش و معنی دارتری از زمان مورد استفاده و ایجاد فرصت‌های خودشناسی
- کار با مراجعین و خانواده‌های آنها برای شناسایی مشاغل و فعالیت‌های که برای زندگی خانوادگی، شخصی و

شغلی مهم هستند

- کمک به جایگزینی فعالیت‌های نامنظم با فعالیت‌های سالم و معنی دار
- کمک به برنامه ریزی، ایجاد و پیگیری اهداف کوتاه مدت و بلند مدت که مشارکت در فعالیت‌های دیگر را امکان پذیر می‌سازد.

- حمایت از سرمایه گذاری‌های دولت در برنامه‌های جامع استفاده از مواد مخدر و قوانین و سیاست‌ها برای جلوگیری و کاهش سوء مصرف مواد (استوفل و مویرز، ۲۰۰۴).

از طرف دیگر، با اینکه مداخلات دارویی در درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر مکانیسم‌های نورولوژیکی تحریک کننده‌ی عود مجدد را هدف قرار می‌دهد، بازتوانی اعتیاد یک فرایند طولانی مدت و به دارازای طول عمر بیمار

می‌باشد که همچنان نشانه‌هایی از قبیل دوره‌های تکرار شونده‌ای از مصرف مواد و خودداری از مصرف را در بر دارد. بنابراین، به دلیل اینکه عوامل فیزیولوژیکی و محیطی هر دو در فرایند اعتیاد نقش دارند، دارودرمانی به تنهایی جهت درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر کافی نمی‌باشد (شارون و گوتمان، ۲۰۰۸).

اعتیاد یک اختلال چندوجهی است که می‌بایست در سطوح مختلف هیجانی، اجتماعی و عصب شناختی مورد توجه قرار گیرد. با این وجود، چالش درمان اعتیاد با شیوه‌های مراقبتی مدیریت شده که به دنبال کاهش طول درمان و بازپرداخت خدمات است، پیچیده‌تر شده است. با توجه به اینکه موسسات مراقبتی به دنبال کوتاه‌تر شدن طول پروسه‌های درمانی اعتیاد می‌باشند، کاردرمانگران شغلی می‌توانند با تمرکز بر ویژگی‌های از فرایند اعتیاد، که مورد توجه مداخلات دارویی و سایر روش‌های درمانی و مراقبتی قرار نگرفته است، کمک‌های منحصر به فردی به تیم درمانی اعتیاد نمایند. چنین مواردی به ویژه در موسسات درمانی حاضر که در آن هزینه‌ی سرویس‌های درمانی تکراری مجدداً پرداخت نخواهند شد، اهمیت بسیار زیادی خواهد داشت. زمینه‌های مداخله‌ای که در آن کاردرمانگران می‌توانند منحصرأ در بهبود اعتیاد کمک کنند عبارتند از: کمک به مراجعین و بیماران برای (الف) به چالش کشیدن تفکر تحریف شده که توأم با فرایند اعتیاد هستند، به طوری که آنها بتوانند عوارض سوء مصرف مواد در زندگی خود را درک نمایند. (ب) یاد بگیرند که از محرک‌های حسی مرتبط با مواد مخدر جلوگیری کنند که می‌تواند سبب عود مجدد سوء مصرف شوند. (ج) ایجاد نقش‌ها، فعالیت‌ها، عادت‌ها جدید که با استفاده از مواد در گذشته مرتبط نیستند؛ (د) تکنیک‌های مدیریت استرس را یاد بگیرند تا قادر به حل تعارضات و تحمل هیجاناتی که می‌تواند سبب تسهیل عود بیماری گردند، باشد و (ه) به دست آوردن مهارت‌های اجتماعی مناسب که می‌تواند جایگزین رفتارهای ناسازگارانه آموخته شده‌ای همچون جستجو جهت به دست آوردن مواد مخدر باشد (داویس، جیسون، فراری، اولسن و آلوارز، ۲۰۰۵).

در حالی که استراتژی مداخله‌ای فوق می‌تواند توسط سایر متخصصان درمانی و مراقبتی نیز ارائه گردد، خصوصاً به چالش کشیدن تفکر تحریف شده که توأم با اعتیاد هستند، توجه به تفاوت‌هایی که در رویکردهای درمانی میان کاردرمانی و سایر خدمات درمانی حائز اهمیت می‌باشد. در حالی که بسیاری از متخصصان حوزه سلامت از گفتگو درمانی و رواندرمانی به عنوان راهکار اصلی در مداخلات درمانی استفاده می‌کنند، کاردرمانگران از فعالیت‌های زندگی واقعی فرد در محیط طبیعی استفاده می‌کنند تا مشاغل و نقش‌هایی که در نتیجه اعتیاد ناکارآمد شده‌اند را مورد توجه قرار دهند. استفاده از فعالیت‌های زندگی واقعی در محیط طبیعی می‌تواند موثرتر از درمان کلامی که در محیط مصنوعی درمان تنظیم شده است واقع گرد (داویس، جیسون، فراری، اولسن و آلوارز، ۲۰۰۵).

برخی از محققان معتقدند که مهارت‌های مورد نیاز برای مقاومت در برابر رفتارهای اعتیادآور ممکن است در شرایط و بستری طبیعی، به بهترین شکل ممکن بدست آید. چنین بستری محرک‌های که در زندگی واقعی سبب ایجاد

ولع مصرف می‌گردند را فراهم می‌نماید که می‌تواند توانایی خود کنترلی فرد در مواجهه با مواد مخدر را به چالش بکشد که محیط‌های مرسوم و مصنوعی درمانی در این امر ناتوانند. علاوه بر این، کاردرمانگران به طور منحصر به فردی قادرند تا با تجزیه و تحلیل فعالیت‌های فرد و درجه بندی آنها برای کمک به مراجعین، تغییرات کوچک پیشرونده‌ای را انجام دهند تا اهداف بزرگ تری همچون پرهیز از مواد مخدر و حفظ آن حاصل گردد (شارون و گوتمان، ۲۰۰۸).

۲-۲-۱۱- اعتیاد به عنوان شغل

یک دیدگاه جذاب که توسط واسموس، کربتری و اسکات (۲۰۱۴) پیشنهاد شده است این است که شاید بهتر باشد وابستگی به مواد مخدر با مدل "اعتیاد به عنوان شغل" مورد تبیین قرار گیرد. با توجه به میزان ۹۰ درصدی عود مصرف در سال اول ترک، ایجاد رویکردی درمانی از نقطه نظر کاردرمانی می‌تواند در فراهم ساختن بازتوانی اثربخش و طولانی مدت سودمند واقع گردد. مدل‌های روانشناختی و جامعه شناختی همراه با مداخلات مبتنی بر عصب شناختی در ادبیات پژوهشی مورد حمایت قرار گرفته است. با این حال، میزان بالایی از نارضایتی از این قبیل درمان‌ها و بازگشت به مصرف مواد، می‌بایست به عنوان نشانه‌هایی از این امر که این نوع مداخلات نیاز به بازنگری و تکامل دارند، مورد توجه قرار گیرند.

آمورلی (۲۰۱۶) در مصاحبه‌ای فردی با افرادی که تجارب مختلفی از ترک مواد مخدر و مدت زمان آن داشته اند، ۷ تم کلی بازگشت و عود را مورد توجه قرار داده‌اند که شامل ارتباط، مکان کنترل، میزان نفوذ، هویت، انگیزه، سازگاری/گریز و خوگیری و عادت می‌باشد. در عناصر در این تم‌ها فرض شده است که اعتیاد یک شغل همه جانبه و تمام عیار است. آنها از اعتیاد خود استفاده می‌کنند تا نیازانسان به معنابخشی به زندگی و ساختار زمانی را پاسخ دهند و هویتی برای خود فراهم کنند. کاردرمانگران بر بازگرداندن افراد به استقلال عملکردی از طریق استفاده از مشاغل معنی دار تمرکز می‌کنند. با توجه به پیچیدگی اختلالات سوء مصرف مواد مخدر، ضروری است که کاردرمانگران شرایط زیربنایی را درک و از مداخلات مبتنی بر شواهد برای درمان این اختلال به عنوان یک شرایط اولیه یا توانمند استفاده کنند. کاردرمانگران شغلی متخصصانی بسیار ماهر هستند که فرد را به عنوان یک موجود جامع ارزیابی می‌کنند و زمینه‌های محرومیت شغلی و اختلال عملکرد را شناسایی می‌کنند. آنها در نهایت قادرند، به افراد درگیر با اختلالات سوء مصرف مواد مخدر در کشف معنا و هدف در یک جهان بدون وابستگی یاری رسانند.

۲-۳- پیشینه تحقیق

۲-۳-۱- پیشینه داخلی تحقیق

عسگری (۱۳۸۲) به بررسی نقش کاردرمانی در درمان افراد دچار سوء مصرف مواد مخدر پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد، کاردرمانی با توجه به تاکید بر جنبه‌های اساسی زندگی انسان با استفاده از رویکردهای درمانی مناسب و حمایت‌های منطقی و همه جانبه می‌تواند در این جهت موثر واقع شود.

میرزایی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی نقش کاردرمانی در درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر پرداخت. نتایج پژوهش وی حاکی از این بود که مهارت‌های به خصوص کاردرمانگران می‌تواند در ایجاد تغییراتی در جهت اصلاح شیوه‌ی زندگی و حفظ بهبودی پس از ترک موثر واقع گردد.

۲-۳-۲- پیشینه خارجی تحقیق

نتایج پژوهش مارتین، بلیون و بویسورت (۲۰۱۵) با هدف بررسی تغییرات در عملکرد شغلی، عزت نفس و کیفیت زندگی در میان مراجعینی که برنامه بهبودی سوء مصرف مواد را به اتمام رسانده بود که شامل یک برنامه مهارت‌های زندگی بود که توسط یک درمانگر حرفه‌ای انجام شده بود نشان داد، همه اقدامات انجام شده تاثیرگذار بوده و از لحاظ آماری معنی دار بودند

پژوهش بویزرت، مارتین، گروسک و کلر (۲۰۰۸) نشان داد، عود و بازگشت مجدد به سمت مواد مخدر در افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد که در یک برنامه جامعه‌ی حمایت از همسالان که توسط یک کاردرمانگر طراحی شده بود شرکت کردند، به طور قابل توجهی کاهش مییابد. از طرف دیگر مارتین و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند، برنامه‌های کاردرمانی می‌تواند هویت شغلی را در میان شرکت کنندگان افزایش دهد. نتایج هر دو پژوهش نشان داد، کاردرمانی می‌تواند به عنوان یک جنبه حیاتی از برنامه درمانی استفاده گردد. علاوه بر این، هر دو مطالعه بر اهمیت کاردرمانی به عنوان گزینه‌ای ارزشمند برای بیمارانی که از اختلال سوء مصرف مواد بهبود می‌یابند می‌بایند، مورد توجه قرار گیرد.

مطالعه بالینی دیگر توسط بویجس، کان و داویس (۱۹۹۹) با به کارگیری کاردرمانی در یک برنامه‌ی درمانی بین رشته‌ای و تیمی جهت درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نشان داد، خدمات کاردرمانی از موثرترین شیوه‌ها در برنامه‌های تیمی است. این مطالعه حاکی از منافع منحصر به فرد کاردرمانی در افزایش مهارت‌های فرد، اعتماد به نفس و توانایی حل مسئله بود

پژوهش چاکسویل و فورشاو (۱۹۹۷) به طور خلاصه نقش کارآمدی در ارزیابی و درمان بیماران با مشکلات سه گانه اختلال روانی، خطرناکی و رفتار اعتیاد آور را مورد بررسی قرار داد. نتایج پژوهش آنان نشان داد، اعتیاد با عوامل خطر شغلی، ماهیت اشغال، تاثیرات محیطی، جریان کار و خستگی افراد در ارتباط بوده و در نتیجه اعتیاد در طبیعت شغلی می‌تواند منجر به اختلال شغلی شود. بر اساس این بحث، پیشنهاد شده است که مشاهده اعتیاد از دیدگاه شغلی ممکن است درک جدیدی در مورد راه‌های به حداکثر رساندن سلامت و ظرفیت افراد مبتلا به اعتیاد را نشان دهد. تحقیقات برای توسعه و آزمایش یک دیدگاه شغلی اعتیاد از سوی دانشمندان حمایت می‌شود (هللیک و مک کی، ۲۰۰۳).

تامپسون (۲۰۱۵) به بررسی تاثیر کاردرمانی بر اختلالات سوء مصرف مواد مخدر پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد استفاده از این رویکرد در پیشگیری از عود مجدد بیماری و همچنین درمان سودمند می‌باشد.

فصل سوم

روش شناسی

۳-۱- طرح پژوهش

برای بررسی موضوع این تحقیق از روش پیمایشی استفاده شده است. این تحقیق چون به بررسی تاثیر کاردرمانی بر درمان و بازتوانی معتادان می‌پردازد و موضوع آن شامل مطالعه ابعاد درونی و جنبه‌های اجتماعی می‌شود، بنابراین از روش علی-مقایسه‌ای استفاده شده است. تکنیک شامل مقایسه دو گروه آزمون و گواه در بین معتادان است. ابزارهای اندازه‌گیری در این تحقیق، پرسشنامه‌هایی است که با استفاده از تکنیک مصاحبه به کار گرفته شده است. مطالعه از نوع پیمایشی است. کلیه واحدهای مورد پژوهش در همه گروه‌ها در یک مقطع زمانی مورد مطالعه قرار می‌گیرند و متغیر تبیین کننده به درمان در نمونه آماری مورد مطالعه، اندازه‌گیری می‌شوند.

۳-۲- جامعه آماری

جامعه پژوهش شامل کلیه معتادان تحت درمان کاردرمانی و بهبود یافته استان آذربایجان شرقی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ در کمپهای ترک اعتیاد تحت درمان قرار می‌گیرند که این موارد به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شده است. تعداد مراکز ترک اعتیاد در استان به شرح جدول شماره ۱ می‌باشد. با در نظر گرفتن مراجعه متوسط تعداد ۴۰۰ نفر در طی یک سال به هر مرکز، مجموع اعضای جامعه آماری مورد مطالعه شامل ۴۵۲۰۰ نفر در سطح استان می‌شود. استاندار آذربایجان شرقی دکتر جبارزاده، تعداد معتادان شناسایی شده استان را ۴۷ هزار نفر اعلام کرد (خبرگزاری جمهوری اسلامی در تاریخ ۸ مرداد ۱۳۹۴). اما تنها در تعداد محدودی از این مراکز، کاردرمانی انجام می‌گیرد. به همین دلیل جامعه آماری معتادین تحت کاردرمانی، در مجموع حدود نفر می‌باشد.

جدول شماره ۳-۱: توزیع تعداد مراکز ترک اعتیاد استان به تفکیک شهرستان‌ها

شهرستان	تعداد	شهرستان	تعداد	شهرستان	تعداد
تبریز	۱۴۵	هشت‌رود	۱	ایلخچی	۲
مراغه	۱۶	شبستر	۱	باغ معروف	۵
مرند	۷	جلفا	۱	بناب	۵
اهر	۶	کلایر	۱	آذرشهر	۲
ملکان	۳	سراب	۳	اسکو	۱
میانه	۱۱	بستان‌آباد	۳	هریس	۲
عجیب‌شیر	۱	چاراویماق	۱	سایر	۳

۳-۳- نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

تعداد ۱۲۰ نفر بعنوان گروه آزمون و ۱۲۰ نفر به عنوان گروه گواه که کاردرمانی هنوز بر روی آنها انجام نگرفته است، برآورد حجم نمونه بود که با در نظر گرفتن تعداد مراکز ترک اعتیاد در شهرستان‌ها و توزیع نسبی آن، در قالب نمونه‌گیری طبقه‌ای از هر شهرستان به صورت تصادفی تعدادی از مراکز انتخاب و معتادان درمان شده مراکز واحدهای تحلیل به عنوان گروه نمونه، انتخاب شده‌اند. با در نظر گرفتن تعداد مراکز ترک اعتیاد در شهرستان‌ها و توزیع نسبی آن، در قالب نمونه‌گیری طبقه‌ای از هر شهرستان به صورت تصادفی تعدادی از مراکز انتخاب و معتادان مراجعه کننده به همان مراکز تحت مداخلات درمان در دو گروه منجر به ترک و عدم ترک، واحدهای تحلیل و به عنوان گروه نمونه، پاسخگویان انتخاب شدند.

۳-۴- ابزارهای پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو قسمت است. بخش اطلاعات مربوط به متغیر بازتوانی که با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی یعنی شاخص بازتوانی معتادان تحت درمان قرار گرفته استفاده شده است. پرسش‌های آزمون موضوعات متفاوتی را پوشش می‌دهند. برخی از پرسش‌ها بر واقعیت تاکید دارند و روایی صوری آن‌ها بالاست. اما به صورت بالقوه استدلال کردن را با محتوا ترکیب می‌کنند. امروزه در اغلب تحقیقات برای اندازه‌گیری توانبخشی و باز توانی، از مفهوم کیفیت زندگی استفاده می‌کنند. بنابراین در این تحقیق نیز اندازه‌گیری بازتوانی در قالب نمرات افراد در پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤال سازمان بهداشت جهانی SF است که بعد از اتمام دوره کاردرمانی تعریف می‌شود.

این پرسشنامه متشکل از هشت بخش که شامل عملکرد جسمی (۱۰ آیتم)، درد جسمی (۲ آیتم)، عملکرد اجتماعی (۲ آیتم)، سلامت روان (۵ آیتم)، سلامت عمومی (۵ آیتم)، نشاط (۴ آیتم)، مشکلات جسمی (۴ آیتم) و مشکلات روحی (۳ آیتم) و در مجموع شامل ۳۶ سوال می‌باشد. بنابراین پرسشنامه ذکر شده با بررسی وضعیت سلامت فرد در هشت بعد تلاش می‌کند تا ارزیابی جامعی از وضعیت فعلی سلامت فرد به محقق ابراز کند. در نهایت امتیاز فرد در هر بخش توسط ۳۶ خرده سوال که فرد به آنها پاسخ می‌دهد امتیاز دهی می‌شود. در صورتی که فرد در هر مورد دارای مشکل باشد نمره پایین و در صورتی که عاری از مشکل باشد نمره بالا را به آن مقیاس اختصاص می‌دهد. در نهایت میانگین نمره هر فرد در هر بعد به صورت کلی بیان می‌شود که حداقل آن صفر و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه معتبر است و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می‌شود. در ایران این فرم توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال)، که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به غیر از خرده مقیاس سر زندگی که ۰/۶۵ بوده است. در مجموع یافته‌ها نشان داده‌اند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است.

بخش دوم پرسشنامه مربوط به اندازه‌گیری میزان به کارگیری درمانی است. به منظور سنجش شدت اعتیاد معتادان با اتکا به سه شاخص ماده مصرفی مرتبط با تعریف اعتیاد و معتاد، روش مصرف و سابقه مصرف استفاده شده است. منظور از مواد مخدر تریاک، حشیش، کرک، شیشه، متادون و سایر مواد است و روش مصرف نیز شامل تدخین، خوردن، تزریق، استنشاق می‌شود. نمرات هر پاسخگو، در قالب پایان دوره، به صورت شدت اعتیاد، فرد در نظر گرفته شده است.

علاوه بر آن، پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر برای اندازه‌گیری میزان نگرش پاسخگویان به مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس است که عبارتند از: ۱) نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر؛ ۲) نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر؛ ۳) نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر. اعتبار پرسشنامه برای هر یک از مقیاس‌ها توسط دلاور و همکاران (۱۳۸۳) به شیوه باز آزمایی و آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اثرات استفاده از مواد مخدر ۰/۹۰۸، تمایل با مصرف مواد مخدر ۰/۹۱۸، و خطرات استفاده از مواد مخدر برابر ۰/۹۱۰ بود که بیانگر آن است، پرسشنامه از ضریب همگونی درونی خوبی برخوردار است و همین طور، ضریب اعتبار محاسبه شده از راه باز آزمایی برای خرده مقیاس اثرات استفاده از مواد مخدر ۰/۸۴۷، تمایل با مصرف مواد مخدر ۰/۸۶۱، و خطرات استفاده از مواد مخدر برابر ۰/۸۵۱ است که بیانگر آن است، پرسشنامه از پایایی و ثبات در طول زمان برخوردار است. بنابراین، می‌توان به نتایج آن در اندازه‌گیری‌های متعدد اعتماد کرد. پس از

بررسی اعتبار پرسشنامه، به بررسی روایی پرسشنامه پرداخته و بدین منظور از روش تحلیل عاملی اکتشافی بهره گرفته شد. اطلاعات به دست آمده نشان داد، در مجموع ۴۰ سوال پرسشنامه، ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۴ دارند و می‌توانند به لحاظ نگرشی بین افراد تمایز قائل شوند. نتایج چرخش واریماکس نشان داد، این سه عامل روی هم ۴۴/۹۵ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کنند. از این مقدار ۱۷/۷۶ درصد واریانس توسط مولفه اول (نگرش نسبت به اثرات مواد مخدر)، ۱۸/۶۴ درصد واریانس توسط مولفه دوم (نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر) ۸/۵۴ درصد واریانس توسط مولفه سوم (نگرش نسبت به خطرات مواد مخدر) تبیین می‌شود.

مدت زمان ترک اعتیاد نیز یکی دیگر از متغیرها است که به دلیل عینی بودن با سؤال مستقیم پرسیده شده است. همچنین پرسشنامه ghq برای اندازه‌گیری سلامت روانی پاسخگویان استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۸ عبارت است. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. اعتبار یابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی در ایران تا کنون توسط پالاهنگ، نصر و شاه محمدی در سال ۱۳۷۵، نجفی صولتی دهکردی و فروزبخش در سال ۲۰۰۰ و نوربالا و همکاران در سال ۱۹۹۹ انجام گرفته است. نوربالا و همکاران در بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ۲۸-) دریافتند که حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه بندی این مقیاس با نقطه برش ۶ به ترتیب ۸۴/۷٪، ۹۳/۸٪ و ۸/۲٪ بود. اعتبار پرسشنامه ۲۸-GHQ بر روی نمونه‌ای متشکل از ۹۰ شرکت کننده که یک هفته پس از مراجعه اولیه مورد آزمون قرار گرفتند، مورد ارزیابی قرار گرفت. همبستگی درون طبقه‌ای برآورد شده بین نمرات آزمون- بازآزمون ۰/۸۵ بود. علاوه بر متغیرهای اصلی فوق الذکر، خصوصیات جمعیت شناختی نیز در پرسشنامه آورده شده است.

پس از آماده شدن پرسشنامه و اطمینان از اعتبار و روایی آن، گروه نمونه انتخاب شده و جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه‌های حضوری انجام شده است. دلیل این امر ماهیت مطالعات اجتماعی و طریق سنجش آن است که در صورت داشتن فرصت در چهارچوب مصاحبه غیر حضوری، ممکن است به دنبال پاسخ‌های ملاحظه کارانه با افراد دیگری مشورت صورت گیرد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از همکاری پرسشگرانی انجام گرفته است که با در نظر گرفتن ضوابطی از قبیل آشنائی با تحقیق و فنون پرسشگری و داشتن تحصیلات متناسب پس از فراگیری آموزش‌های مربوط به چگونگی انجام کار، در کنار محققین اطلاعات را جمع‌آوری کرده‌اند. اطلاعات جمع‌آوری شده مورد بازبینی

قرار گرفته و به منظور تجزیه و تحلیل وارد کامپیوتر شده و با استفاده از برنامه آماده آماری spss مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات در دو سطح توصیفی (جداول فراوانی و آماره‌های مرتبط از جمله میانگین، انحراف معیار و...) و استنباطی (بر اساس اهداف و فرضیه‌ها) رابطه تاثیر کاردرمانی با متغیر درمان و بازتوانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به این که سطوح سنجش اغلب متغیرها، فاصله‌ای و فرضیه‌های مرتبط نیز حاوی مفهوم تاثیر هستند و از سوی دیگر با در نظر گرفتن این که همه متغیرها در زمان گذشته اتفاق افتاده اند، بررسی از نوع پیمایشی است. به همین دلیل برای آزمون هر یک از فرضیه‌های مربوط به ارتباط متغیرها، نظیر بازتوانی (کیفیت زندگی) و شدت اعتیاد و... از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. چون برخی از فرضیه‌ها دارای مفهوم مقایسه بین دو گروه معتادان تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادانی که هنوز درمان آنها شروع نشده است، هستند، بنابراین برای آزمون این فرضیه‌ها از آزمون آماری تفاوت میانگین دو گروهی استفاده شده است.

فصل چهارم

یافته‌های تحقیق

۴-۱- مقدمه

در این فصل یافته‌های حاصل از بررسی‌های آماری متغیرهای تحقیق ارائه می‌شود. ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخگویان و سپس میزان هر یک از متغیرهای کیفیت زندگی، شدت اعتیاد، سلامت روانی، نگرش به اعتیاد مدت زمان کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد به همراه شاخصهای آماری مورد نیاز توضیح داده می‌شود. در ادامه سایر متغیرها توصیف می‌شوند و آنگاه برای پاسخگویی به مسئله طرح شده و همچنین تصمیم‌گیری در مورد تأیید یا رد فرضیه‌ها، با استفاده از روش‌های آماری مناسب، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. در فصل حاضر، تحلیل داده‌ها در دو قسمت آماره‌های توصیفی و استنباطی تنظیم شده است. در بخش توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. این روش‌ها ضمن توصیف آماری متغیرها، شامل تحلیل استنباطی اطلاعات به دست آمده، نیز می‌شوند. در بخش استنباطی از آزمون‌های تفاوت میانگین و ضریب همبستگی پیرسون استفاده و تحلیل داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار SPSS انجام شده است به همین دلیل به دنبال توضیحات مربوط به توصیف متغیرها، آزمونهای فرضیه‌های تحقیق نیز ذکر شده‌اند.

۴-۲- مشخصات جمعیت شناختی

به منظور شناخت هر چه بیشتر و بهتر ماهیت جامعه و نمونه‌ای که در پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است و آشنایی بیشتر با متغیرهای پژوهش و شناساندن آنها، قبل از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری، لازم است این داده‌ها توصیف شوند. همچنین توصیف آماری داده‌ها، گامی در جهت تشخیص الگوی حاکم بر آنها و پایه‌ای برای تبیین روابط بین متغیرهایی است که در پژوهش بکار می‌رود.

اعضای گروه نمونه معتادان بهبود یافته‌ای هستند که شامل دو گروه تحت کار درمانی و سایر معتادان بهبود یافته، می‌باشند. در مجموع نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۴۰ نفر می‌شوند که در هر گروه ۱۲۰ وجود دارد.

۴-۲-۱- جنسیت

در جدول شماره ۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس جنسیت نوشته شده است. تعداد پاسخگویان زن ۸۸ نفر است که شامل ۲۸/۸ درصد از پاسخگویان و تعداد مردان در مطالعه حاضر ۱۷۱ نفر است که ۷۱/۲ درصد از کل پاسخگویان را شامل می‌شود.

جدول شماره ۴-۱: توزیع فراوانی جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۸۸	۲۸/۸
مرد	۱۷۱	۷۱/۲
کل	۲۴۰	۱۰۰

۴-۲-۲- سن

در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سن آمده است. تعداد ۳۵ نفر یعنی ۱۴/۶ درصد از پاسخگویان در گروه سنی تا ۲۰ سال قرار دارند. ۸۳ نفر یعنی ۳۴/۶ درصد بین ۲۱ تا ۳۰ ساله هستند. تعداد ۸۶ نفر یعنی ۳۵/۸ درصد بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۶ نفر یعنی ۱۰/۸ درصد در گروه سنی بین ۴۱ تا ۵۰ ساله هستند. تعداد ۱۰ نفر یعنی ۴/۲ درصد بالاتر از ۵۱ سال را شامل می‌شود. ملاحظه می‌شود که در حدود ۷۰ درصد پاسخگویان در محدوده سنی بین ۲۱ تا ۴۰ سال قرار دارند. و در حدود ۸۱ درصد پاسخگویان در محدوده سنی بین ۲۱ تا ۵۰ سال قرار دارند. میانگین سن محاسبه شده در گروه نمونه برابر ۳۲/۷۷ سال با انحراف معیار ۱۱/۰۳ می‌باشد. میانه توزیع سنی نیز عدد ۳۱ سال است که نیمی از پاسخگویان در پایین و نیمی دیگر در بالاتر از آن سن یعنی ۳۱ سال قرار دارند.

جدول شماره ۴-۲: توزیع فراوانی سن

طبقه سنی	فراوانی	درصد
تا ۲۰ سال	۳۵	۱۴/۶
بین ۲۱ تا ۳۰	۸۳	۳۴/۶
بین ۳۱ تا ۴۰	۸۶	۳۵/۸
بین ۴۱ تا ۵۰	۲۶	۱۰/۸
بالاتر از ۵۰ سال	۱۰	۴/۲
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۲-۳- وضعیت تاهل

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که از مجموع ۲۴۰ نفر پاسخگو، تعداد ۸۱ نفر مجرد بوده‌اند. ۶۶ درصد پاسخگویان (۱۵۹ نفر)، متاهل هستند.

جدول شماره ۴-۳: توزیع فراوانی وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	تعداد	درصد
مجرد	۸۱	۳۳/۸
متاهل	۱۵۹	۶۶/۲
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۲-۴- تعداد فرزند

جدول فراوانی شماره ۴ توزیع پاسخگویان بر اساس تعداد فرزند (اعم از دختر یا پسر) را نشان می‌دهد. تعداد ۱۰۳ نفر از پاسخگویان که شامل ۴۲/۹ درصد آنان می‌شود، فاقد فرزند هستند. نزدیک به ۱۷ درصد دارای یک فرزند بوده و همچنین ۱۷ درصد نیز دارای دو فرزند می‌باشند. بعبارت دیگر ۳۴ درصد از پاسخگویان دارای یک یا دو فرزند هستند. تعداد فراوانی‌های پاسخگویان در طبقات بعدی که مربوط به تعداد فرزندان بیشتر می‌شود، کاسته شده و پاسخگویان دارای تعداد بیش از ۵ فرزند از ۱۶ نفر فراتر نمی‌رود. میانگین تعداد فرزند برابر ۱/۵۵ با انحراف معیار ۱/۹۹ است. میانه ۱ چولگی توزیع این متغیر برابر ۱/۶۹ و کشیدگی آن برابر ۲/۹۷ است.

جدول شماره ۴-۴: توزیع فراوانی تعداد فرزند پاسخگویان

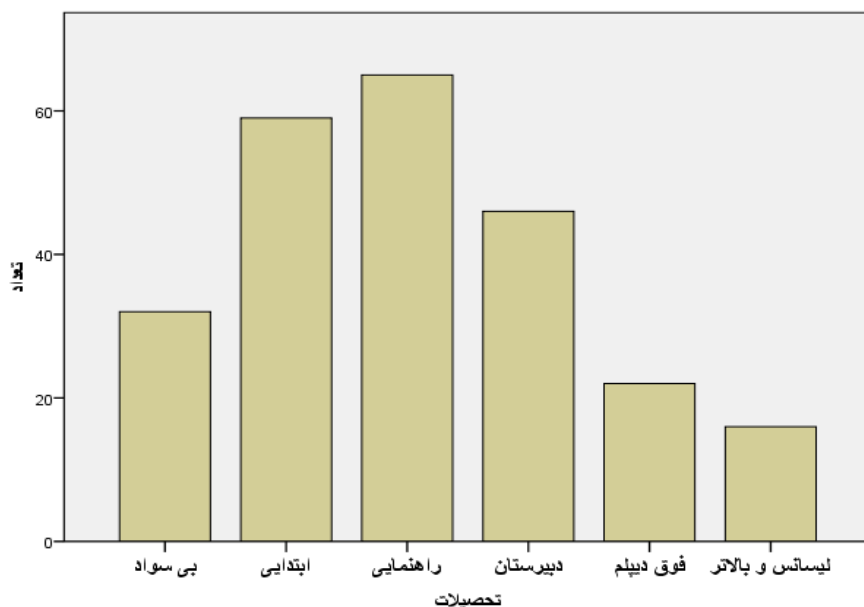
تعداد فرزند	تعداد	درصد
بدون فرزند	۱۰۳	۴۲/۹
۱	۴۱	۱۷/۱
۲	۴۱	۱۷/۱
۳	۲۵	۱۰/۴
۴	۸	۳/۳
۵	۶	۲/۵
۶	۸	۳/۳
۷	۳	۱/۲
۸	۲	۰/۸
۹	۲	۰/۸
۱۰	۱	۰/۴
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۲-۵- میزان تحصیلات

در جدول شماره ۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان تحصیلات آنها نوشته شده است. تعداد ۴۶ نفر که شامل بیش از ۱۹/۲ درصد کل پاسخگویان می‌شود، دارای تحصیلات در حد دیپلم هستند. فقط ۱۶ درصد از پاسخگویان دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم هستند. در حدود ۶۵ درصد از پاسخگویان دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم هستند و ۱۳/۳ درصد آنان را افراد بیسواد تشکیل می‌دهند. نمودار شماره ۱ نیز طبقات تحصیلات پاسخگویان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴-۵: توزیع فراوانی میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	تعداد	درصد
بیسواد	32	3/13
ابتدایی	59	6/24
راهنمایی	65	1/27
دبیرستان	46	2/19
فوق دیپلم	22	2/9
لیسانس و بالاتر	10	7/6
جمع	240	100



نمودار شماره ۴-۱: طبقات تحصیلات پاسخگویان

۴-۲-۶- وضعیت مسکن

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۶ تعداد ۸۸ نفر از پاسخگویان دارای مسکن استیجاری هستند. این گروه شامل ۳۷/۷ درصد پاسخگویان می‌شوند. بیشترین تعداد (۱۰۱ نفر) دارای مسکن شخصی هستند (۴۲/۱ درصد). علاوه بر موارد فوق، بر اساس ابراز پاسخگویان، ۵۱ نفر دیگر بی‌خانمان هستند که شامل ۲۱/۲ درصد پاسخگویان می‌شوند.

جدول شماره ۴-۶: توزیع فراوانی وضعیت مسکن

وضعیت مسکن	تعداد	درصد
استیجاری	۸۸	۷/۳۷
شخصی	۱۰۱	۱/۴۲
بی‌خانمان	۵۱	۲/۲۱
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۲-۷- محل سکونت

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۷ تعداد ۱۷۸ نفر از پاسخگویان ساکن شهر هستند. این گروه شامل ۷۳/۸ درصد پاسخگویان می‌شوند. علاوه بر آن، بر اساس ابراز پاسخگویان، ۶۲ نفر دیگر ساکن روستاها هستند که شامل ۲۶/۲ درصد پاسخگویان می‌شوند.

جدول شماره ۴-۷: توزیع فراوانی محل سکونت

محل سکونت	تعداد	درصد
شهر	۱۷۸	۸/۷۳
روستا	۶۲	۲/۲۶
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۲-۸- میزان درآمد پاسخگو

توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان درآمدهای ماهانه در جدول شماره ۸ نشان داده شده است. بیشترین تعداد پاسخگویان در طبقه درآمدی "کمتر از یک میلیون تومان در ماه" قرار دارند که شامل ۱۷۱ نفر یعنی نزدیک به سه چهارم از پاسخگویان می‌شود. پس از این طبقه، درآمدهای بین "یک میلیون تا دو میلیون" شامل ۳۹ نفر و درآمدهای بالای دو میلیون شامل ۳۰ نفر از پاسخگویان می‌شود که تنها شامل ۱۲/۵ درصد از کل پاسخگویان دارای می‌شوند. ملاحظه می‌شود که بیش از ۷۰ درصد پاسخگویان دارای درآمد کمتر از یک میلیون تومان در ماه هستند.

جدول شماره ۴-۸: توزیع فراوانی میزان در آمد پاسخگو

میزان درآمد به تومان در ماه	تعداد	درصد
کمتر از یک میلیون	۱۷۱	۷۱/۲
بین یک میلیون تا دو میلیون	۳۹	۱۶/۲
بالای دو میلیون	۳۰	۱۲/۵
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۳-۴- متغیرهای تحقیق

۳-۴-۱- تعداد دفعات ترک

جدول فراوانی شماره ۹ توزیع پاسخگویان بر اساس تعداد دفعات ترک اعتیاد را نشان می‌دهد. تعداد ۹۴ نفر از پاسخگویان که شامل ۳۹/۲ درصد آنان می‌شود، یک یا دو بار اعتیاد را ترک کرده‌اند. نزدیک به ۲۶ درصد آنان به تعداد ۳ و یا ۴ بار دارای ترک کرده‌اند. عبارت دیگر، بیش از ۶۵ درصد از پاسخگویان بین یک تا چهار بار ترک اعتیاد کرده‌اند و همچنین ۱۲ درصد نیز ۵ و یا ۶ بار ترک کرده‌اند. تعداد فراوانی‌های پاسخگویان در طبقات بعدی که مربوط به تعداد دفعات ترک بیشتر از ۶ بار می‌شود، کاسته شده و پاسخگویان دارای تعداد دفعات ترک بیش از ۱۰ بار فقط ۲۱ نفر هستند. میانگین تعداد دفعات ترک اعتیاد برابر ۴/۷ با انحراف معیار ۴/۶ است. میانه توزیع نیز ۳ بار ترک اعتیاد است.

جدول شماره ۴-۹: تعداد دفعات ترک اعتیاد

دفعات ترک	تعداد	درصد
۱-۲	۹۴	۳۹/۲
۳-۴	۶۳	۲۶/۲
۵-۶	۲۹	۱۲/۱
۷-۸	۱۵	۶/۳
۹-۱۰	۱۸	۷/۵
بیشتر از ۱۰ بار	۲۱	۸/۷
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۳-۲- سلامت روانی

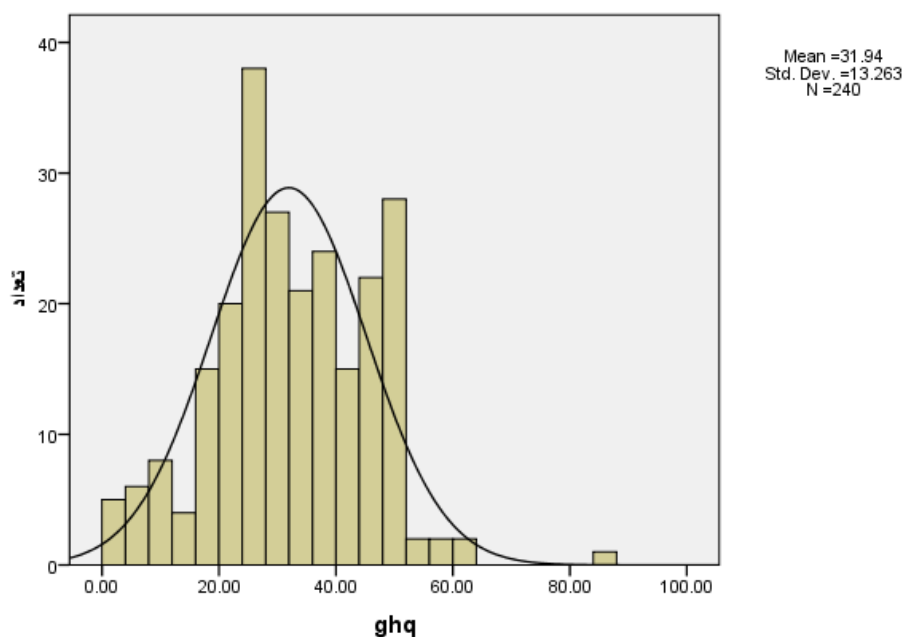
توزیع فراوانی پاسخ‌های پاسخگویان بر حسب سلامت روانی در جدول شماره ۱۰ نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات جدول، تنها تعداد ۴۴ نفر (۱۸/۳) درصد دارای سلامت روانی "مطلوب" هستند. تعداد ۱۳۶ نفر (۵۶/۷) درصد نیز در طبقه سلامت روانی "آسیب در برخی زمینه‌ها" و تعداد ۵۹ نفر از پاسخگویان در طبقه سلامت روانی "آسیب در بسیاری از زمینه‌ها" قرار دارند (۲۴/۶ درصد). فقط تعداد ۱ نفر (کمتر از ۱ درصد) در طبقه "وخامت سلامت روانی" قرار دارد. میانگین محاسبه شده برابر ۳۱/۹۴ با انحراف معیار ۱۳/۲۶ در دامنه از صفر تا ۸۴، نشان دهنده متوسط میزان سلامت روانی در حد پایین‌تر از میانگین نظری ۴۱ است (در مقیاس ghq نمره بالاتر نشانه عدم سلامت روانی و نمره پایین‌تر نشانه سلامت روانی است). میانه توزیع نیز برابر عدد ۲۴ است که نیمی از پاسخگویان در پایین و نیمی دیگر در بالاتر از عدد ۲۴ قرار می‌گیرند.

جدول شماره ۴-۱۰: توزیع فراوانی طبقات نگرش به اعتیاد

درصد	تعداد	سلامت روانی
۱۸/۳	۴۴	سلامتی مطلوب
۵۶/۷	۱۳۶	آسیب در برخی زمینه‌ها
۲۴/۶	۵۹	آسیب در بسیاری از زمینه‌ها
۰/۴	۱	وخامت سلامت روانی
۱۰۰	۲۴۰	جمع

نمودار شماره ۲ نیز نشان می‌دهد که توزیع متغیر سلامت روانی بر اساس آزمون کولوموگروف-سمیرونوف، نرمال است.

Histogram



نمودار شماره ۴-۲: توزیع هیستوگرام سلامت روانی

۴-۳-۳- نگرش به اعتیاد

توزیع فراوانی پاسخ‌های پاسخگویان بر حسب نگرش به اعتیاد در جدول شماره ۱۱ نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات جدول، تنها تعداد ۶۸ نفر (۲۸/۳) درصد دارای نگرش "بسیار منفی" به اعتیاد هستند. تعداد ۱۲۷ نفر (۵۳/۱) درصد نیز دارای نگرش "منفی" به اعتیاد و تعداد ۲۱ نفر از پاسخگویان از نگرش به اعتیاد در حد "متوسط" برخوردارند (۸/۸ درصد). تعداد ۲۲ نفر (اندکی بیش از ۹ درصد) نیز از نگرش "مثبت" به اعتیاد برخوردارند. نگرش به اعتیاد در حد بسیار مثبت مربوط به ۴ نفر یعنی ۱/۷ درصد پاسخگویان می‌شود. میانگین محاسبه شده برابر ۶۳/۰۲ با انحراف معیار ۱۶/۱۵ در دامنه از ۴۰ تا ۱۲۰، نشان دهنده متوسط میزان نگرش به اعتیاد در حد پایینتر از میانگین نظری ۸۰ است. میانه توزیع نیز برابر عدد ۶۰ است که نیمی از پاسخگویان در پایین و نیمی دیگر در بالاتر از عدد ۶۰ قرار می‌گیرند.

جدول شماره ۴-۱۱: توزیع فراوانی طبقات نگرش به اعتیاد

طبقات نگرش	تعداد	درصد
بسیار مثبت	۴	۱/۷
مثبت	۲۲	۹/۱
بینابین	۲۱	۸/۸
منفی	۱۲۷	۵۳/۱
بسیار منفی	۶۸	۲۸/۳
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۳-۴- شدت اعتیاد

توزیع فراوانی پاسخ‌های پاسخگویان بر حسب شدت اعتیاد در جدول شماره ۱۲ نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات جدول، تنها تعداد ۵۵ نفر (۲۲/۹) درصد دارای شدت اعتیاد "بسیار ضعیف" هستند. تعداد ۶۱ نفر (۲۵/۳۶) درصد نیز دارای شدت اعتیاد "پایین" و تعداد ۴۴ نفر از شدت اعتیاد "متوسط" برخوردارند (۱۸/۴ درصد). تعداد ۲۹ نفر (اندکی بیش از ۱۲ درصد) نیز از شدت اعتیاد بالاتر از متوسط برخوردارند. شدت اعتیاد بسیار شدید مربوط به ۵۶ نفر یعنی ۲۳/۳ درصد پاسخگویان می‌شود. میانگین محاسبه شده برابر ۵۰/۴۱ با انحراف معیار ۳۰/۹۷ در دامنه از صفر تا ۱۰۰، نشان دهنده متوسط میزان شدت اعتیاد در حد اندکی بالاتر از میانگین نظری ۵۰ است. میانه توزیع نیز برابر عدد ۴۴ است که نیمی از پاسخگویان در پایین و نیمی دیگر در بالاتر از عدد ۴۴ قرار می‌گیرند.

جدول شماره ۴-۱۲: توزیع فراوانی شدت اعتیاد

شدت اعتیاد	تعداد	درصد
بسیار ضعیف	۵۵	۲۲/۹
ضعیف	۶۱	۲۵/۳
متوسط	۴۴	۱۸/۴
شدید	۲۹	۱۲/۱
بسیار شدید	۵۶	۲۳/۳
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۳-۵- مدت زمان کاردرمانی

توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس مدت زمان کاردرمانی در جدول شماره ۱۳ نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات جدول ۱۳ در گروه آزمون که شامل ۱۲۰ نفر از پاسخگویان می‌شوند، ۲۸ نفر (۱۱/۷ درصد از کل ۲۴۰ نفر) به مدت زمان ۱ ماه تحت کاردرمانی قرار گرفته‌اند. تعداد ۲۸ نفر دیگر (۱۱/۷ درصد) نیز به مدت زمان ۲ ماه تحت کاردرمانی و ۱۴ نفر (۵/۸ درصد) به مدت زمان ۳ ماه تحت کاردرمانی قرار گرفته‌اند. سایر پاسخ‌ها شامل حدود ۲۰ درصد پاسخگویان می‌شود. میانگین محاسبه شده مدت زمان کاردرمانی در گروه آزمون، برابر ۶/۱۱ ماه با انحراف معیار ۶/۳۸ یا عبارتی متوسط تقریباً ۶ ماه کاردرمانی برای هر آزمودنی است. میانه توزیع نیز برابر ۳ ماه است

جدول شماره ۴-۱۳: توزیع فراوانی تعداد ماه کاردرمانی

کاردرمانی به ماه	تعداد	درصد
بدون کاردرمانی	۱۲۰	۵۰
۱ ماه	۲۸	۱۱/۷
۲ ماه	۲۸	۱۱/۷
۳ ماه	۱۴	۵/۸
۴ تا ۱۱ ماه	۲۱	۸/۷
۱۲ ماه	۱۴	۵/۸
بیش از یک سال	۱۵	۶/۲
جمع	۲۴۰	۱۰۰

۴-۳-۶- مدت زمان ترک اعتیاد

توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس مدت زمان ترک اعتیاد در جدول شماره ۱۴ نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات جدول ۱۴ تعداد ۹۸ نفر از پاسخگویان (۴۰ درصد از کل ۲۴۰ نفر) ابراز کرده‌اند که به مدت زمان ۱-۳ ماه است که ترک اعتیاد کرده‌اند. تعداد ۵۸ نفر دیگر شامل (۲۴/۲ درصد) نیز به مدت زمان ۴-۶ ماه است که ترک اعتیاد کرده‌اند و مدت زمان ترک اعتیاد ۷-۹ ماه مربوط به ۲۳ نفر (۹/۶ درصد) از پاسخگویان است. پاسخ‌های ۳۴ نفر شامل حدود ۱۴/۹ درصد پاسخگویان نیز نشان می‌دهد که آنها بین ۱۰ الی ۱۲ ماه است که اعتیاد را ترک کرده‌اند و بالاخره ۲۹ نفر دیگر مدت زمان بیش از ۱۲ ماه از ترک اعتیادشان سپری می‌شود. میانگین محاسبه شده مدت زمان ترک اعتیاد در بین دو گروه، برابر ۷ ماه با انحراف معیار ۶/۷ است. میانه توزیع نیز برابر ۵ ماه است.

جدول شماره ۴-۱۴: توزیع فراوانی مدت زمان ترک

مدت زمان ترک	تعداد	درصد
۱-۳ ماه	۹۸	۴۰
۴-۶ ماه	۵۸	۲۴/۲
۷-۹ ماه	۲۳	۹/۶
۱۰-۱۲ ماه	۳۴	۱۴/۹
بیشتر از ۱۰ ماه	۲۹	۱۲/۱
جمع	۲۴۰	۱۰۰

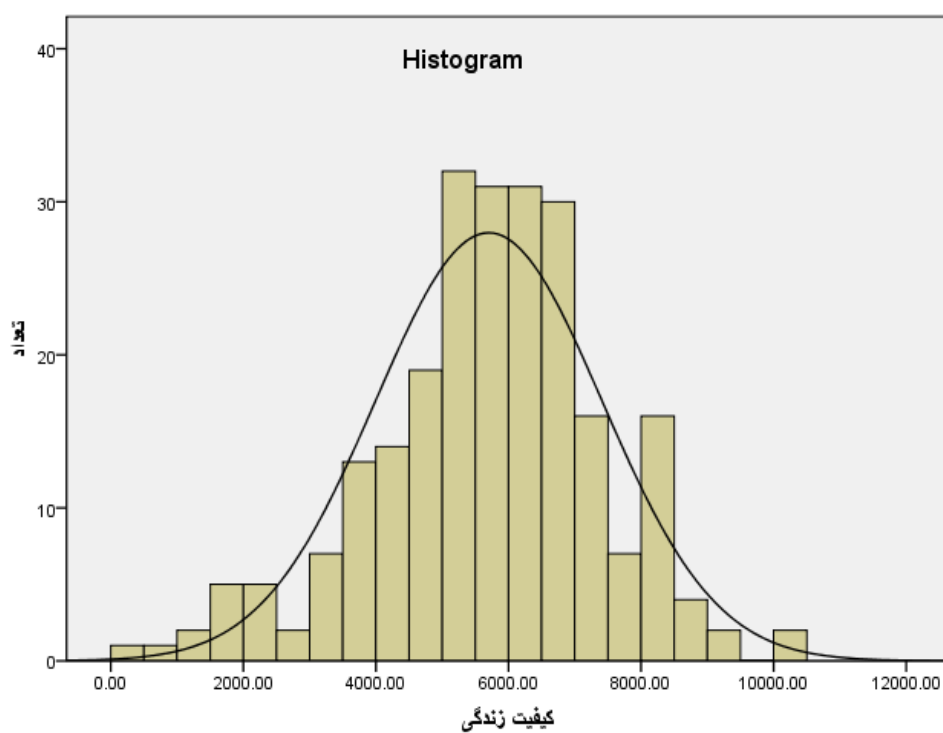
۴-۳-۷- کیفیت زندگی

توزیع فراوانی پاسخ‌های پاسخگویان بر حسب کیفیت زندگی در جدول شماره ۱۵ نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات جدول، تنها تعداد ۴۷ نفر (۱۹/۶) درصد دارای کیفیت زندگی "بسیار پایین" هستند. تعداد ۱۴۳ نفر (۵۹/۶) درصد نیز دارای کیفیت زندگی "پایین" و تعداد ۳۴ نفر از کیفیت زندگی "متوسط" برخوردارند (۱۴/۲ درصد). تعداد ۱۴ نفر (نزدیک به ۶ درصد) نیز از کیفیت زندگی بالاتر از متوسط برخوردارند. کیفیت زندگی بسیار بالا فقط مربوط به ۲ نفر یعنی ۰/۸ پاسخگویان می‌شود. میانگین محاسبه شده برابر ۲۵/۵۲ با انحراف معیار ۱۲/۹ در دامنه از صفر تا ۱۰۰، نشان دهنده متوسط میزان برخورداری از کیفیت زندگی در حد بسیار پایین‌تر از میانگین نظری ۵۰ است. میانه توزیع نیز برابر عدد ۲۴ است که نیمی از پاسخگویان در پایین و نیمی دیگر در بالاتر از عدد ۲۴ قرار می‌گیرند.

جدول شماره ۴-۱۵: توزیع فراوانی مدت زمان ترک

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
کیفیت بسیار پایین	۴۷	۶/۱۹
کیفیت پایین	۱۴۳	۵۹/۶
کیفیت متوسط	۳۴	۱۴/۲
کیفیت بالا	۱۴	۵/۸
کیفیت بسیار بالا	۲	۰/۸
جمع	۲۴۰	۱۰۰

نمودار شماره ۳ نیز نشان می‌دهد که توزیع متغیر کیفیت زندگی بر اساس آزمون کولموگروف-سمیرونوف، نرمال است.



نمودار شماره ۴-۳: توزیع هیستوگرام کیفیت زندگی

۴-۴- آزمون فرضیه ها

به منظور بررسی ارتباط متغیرها و آزمون فرضیه‌ها با در نظر گرفتن اینکه متغیر مستقل (مداخله کاردرمانی) با توجه به ماه‌های تحت کاردرمانی معتادین بهبود یافته، در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده و دارای میزان کمی است و متغیرهای کیفیت زندگی، شدت اعتیاد، سلامت روانی و نگرش به اعتیاد نیز در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌اند، ارتباط متغیرهای فاصله‌ای با یکدیگر، با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بررسی شده است. ارتباط متغیر مداخله کاردرمانی به صورت دو گروه آزمون و گواه به عنوان متغیر مستقل نیز با متغیرهای فاصله‌ای مدت زمان ترک، کیفیت زندگی، شدت اعتیاد، سلامت روانی و نگرش به اعتیاد نیز بر حسب سطوح اندازه‌گیری با آزمون تفاوت میانگین دو گروهی آزمون قرار گرفته است.

۴-۴-۱- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی در بین دو گروه کاردرمانی و عادی

فرضیه اول تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است" با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۱۶ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه (۱/۷۸) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می‌باشد ($sig=0/075$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. به این معنی که میانگین کیفیت زندگی گروه تحت کاردرمانی که برابر ۲۶/۹۵ (در مقیاس صفر الی ۱۰۰) است، بسیار نزدیک به میانگین کیفیت زندگی گروه عادی (با میانگین ۲۴/۰۹) است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان کیفیت زندگی وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. سطح معنی داری (۰/۰۷۵) حاکی از میزان خطای تعمیم رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های دو گروه است. تفاوت میزان کیفیت زندگی در بین این دو گروه برابر ۲/۸۶ واحد است.

جدول شماره ۴-۱۶: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان بهبود یافته تحت کاردرمانی و معتادان بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	sig
گروه عادی	۲۴/۰۹	۱۰	۱۲۰	۱/۷۸	۰/۰۷۵
گروه کاردرمانی	۲۶/۹۵	۴۶/۱۴	۱۲۰		

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی‌شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، کیفیت زندگی آنان تغییر چندانی نخواهد داشت.

۴-۲-۴- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی در بین دو گروه زنان

فرضیه دوم تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۱۷ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه ($1/73$) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می‌باشد ($sig=0/088$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. به این معنی که میانگین کیفیت زندگی گروه تحت کاردرمانی که برابر $31/88$ (در مقیاس صفر الی ۱۰۰) است، بسیار نزدیک به میانگین کیفیت زندگی گروه عادی (با میانگین $27/44$) است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان کیفیت زندگی وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. سطح معنی داری ($0/088$) حاکی از میزان خطای تعمیم رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های دو گروه است. تفاوت میزان کیفیت زندگی در بین این دو گروه برابر $4/44$ واحد است.

جدول شماره ۴-۱۷: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین کیفیت زندگی در بین زنان معتاد بهبود یافته تحت کاردرمانی و معتادان زن بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	T	sig
گروه عادی	$44/27$	$8/88$	۴۳	$1/73$	$0/088$
گروه کاردرمانی	$88/31$	$36/12$	۲۶		

در تفسیر این یافته هم می‌توان گفت که کیفیت زندگی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی‌شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند کیفیت زندگی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان زن بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، کیفیت زندگی آنان تغییر چندانی نخواهد داشت.

۴-۳- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی در بین دو گروه مردان

فرضیه سوم تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۱۸ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه (۱/۷۹) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می باشد ($\text{sig} = ۰/۰۹۱$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. به این معنی که میانگین کیفیت زندگی گروه تحت کاردرمانی که برابر ۲۵/۵۹ (در مقیاس صفر الی ۱۰۰) است، بسیار نزدیک به میانگین کیفیت زندگی گروه عادی (با میانگین ۲۲/۲۲) است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان کیفیت زندگی وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. سطح معنی داری (۰/۰۹۱) حاکی از میزان خطای تعمیم رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین های دو گروه است. تفاوت میزان کیفیت زندگی در بین این دو گروه برابر ۳/۳۷ واحد است.

جدول شماره ۴-۱۸: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین کیفیت زندگی در بین مردان معتاد بهبود یافته تحت کاردرمانی و عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	T	Sig
گروه عادی	۲۲/۲۲	۱۰/۱۵	۷۷	۱/۷۹۲	۰/۰۹۱
گروه کاردرمانی	۲۵/۵۹	۱۴/۷۶	۹۴		

همانطوریکه در مورد کل معتادان مطالعه شده و نیز در مورد زنان معتاد بهبود یافته گفته شد، در تفسیر این یافته هم می توان گفت که کیفیت زندگی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان مرد بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، کیفیت زندگی آنان تغییر چندانی نخواهد داشت. به طور خلاصه می توان گفت که برنامه های به کار گرفته شده کاردرمانی نمی تواند موجب بهبود کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد بشود. چرا که به نظر می رسد اغلب برنامه های کاردرمانی برای نیل به هدف ترک اعتیاد طراحی شده اند. مهمترین شاخص های کیفیت زندگی عبارتند از: بهداشت، مسکن، خدمات عمومی، شادمانی خانوادگی، تعلیم و تربیت، فرصت های اشتغال، درآمد، خوراک، حق رای، امید به زندگی، مصرف سرانه پروتئین حیوانی، درصد ثبت نام در مدارس، متوسط تلفن و روزنامه و نظایر آن (اسمیت، ۱۳۸۱). بنابراین در صورتی که کاردرمانی بتواند (مثلاً از

طریق افزایش درآمد) بر بخشی از مولفه‌های فوق موثر باشد، در این صورت می‌توان انتظار بهبود کیفیت زندگی معتادان را داشت.

۴-۴-۴ - فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین نگرش به مواد مخدر در بین دو گروه

فرضیه چهارم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۱۹ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه ($0/044$) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می‌باشد ($sig = 0/96$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. به این معنی که میانگین نگرش به مواد مخدر معتادان بهبود یافته گروه تحت کاردرمانی که برابر $62/97$ (در مقیاس ۴۰ الی ۱۲۰) با انحراف معیار $17/38$ است، بسیار نزدیک به میانگین نگرش به مواد مخدر گروه عادی (با میانگین $63/06$) با انحراف معیار $14/90$ است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان نگرش به مواد مخدر وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. سطح معنی داری ($0/96$) حاکی از میزان خطای تعمیم بسیار بالای رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های دو گروه است. تفاوت میزان نگرش به مواد مخدر در بین این دو گروه برابر $0/09$ واحد است.

جدول شماره ۴-۱۹: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین نگرش به مواد در بین معتادان بهبود یافته تحت کاردرمانی و معتادان بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	Sig
گروه عادی	۶۳/۰۶	۱۴/۹۰	۱۲۰	۰/۰۴۴	۰/۹۶
گروه کاردرمانی	۶۲/۹۷	۱۷/۳۸	۱۲۰		

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که نگرش به مواد مخدر معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی‌شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند نگرش به مواد مخدر معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، نگرش آنان به مواد مخدر تغییر چندانی نخواهد داشت.

۴-۴-۵- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین نگرش به مواد مخدر در بین دو گروه زنان

فرضیه پنجم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۲۰ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه ($0/065$) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می باشد ($sig=0/95$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. به این معنی که میانگین نگرش به مواد مخدر زنان گروه تحت کاردرمانی که برابر $57/35$ (در مقیاس ۴۰ الی ۱۲۰) با انحراف معیار $8/0$ است، بسیار نزدیک به میانگین نگرش به مواد مخدر زنان گروه عادی (با میانگین $57/23$) با انحراف معیار $8/0$ است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان نگرش به مواد مخدر وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. سطح معنی داری ($0/95$) حاکی از میزان خطای تعمیم بسیار بالای رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین های دو گروه است. تفاوت میزان نگرش به مواد مخدر در بین این دو گروه برابر $0/22$ واحد است.

جدول شماره ۴-۲۰: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان زن بهبود یافته تحت کاردرمانی و معتادان زن بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	sig
گروه عادی	۵۷/۳۵	۸/۰۸	۴۳	۰/۰۶۵	۰/۹۵
گروه کاردرمانی	۵۷/۲۳	۵/۹۰	۲۶		

در تفسیر این یافته می توان گفت که نگرش به مواد مخدر معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند نگرش به مواد مخدر معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، نگرش آنان به مواد مخدر تغییر چندانی نخواهد داشت.

۴-۴-۶- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین نگرش به مواد مخدر در بین دو گروه مردان

فرضیه ششم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۲۱ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه (۰/۶۱) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می‌باشد ($\text{sig}=0/54$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. به این معنی که میانگین نگرش به مواد مخدر مردان گروه تحت کاردرمانی که برابر ۶۶/۲۶ (در مقیاس صفر الی ۸۴) با انحراف معیار ۱۶/۸۱ است، بسیار نزدیک به میانگین نگرش به مواد مخدر مردان گروه عادی (با میانگین ۶۴/۵۶) با انحراف معیار ۱۳/۰۶ است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان نگرش به مواد مخدر وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. سطح معنی داری (۰/۵۴) حاکی از میزان خطای تعمیم بسیار بالای رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های دو گروه است. تفاوت میزان نگرش به مواد مخدر در بین این دو گروه برابر ۱/۷ واحد است.

جدول شماره ۴-۲۱: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت کاردرمانی و

معتادان مرد بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	sig
گروه عادی	۶۴/۵۶	۹/۰۸	۷۷	۰/۶۱	۰/۵۴
گروه کاردرمانی	۶۶/۲۶	۱۶/۸۱	۹۴		

همانطوریکه در مورد کل معتادان مطالعه شده و نیز در مورد زنان معتاد بهبود یافته گفته شد، در تفسیر این یافته می‌توان گفت که نگرش به مواد مخدر معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی‌شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند نگرش به مواد مخدر معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، نگرش آنان به مواد مخدر تغییر چندانی نخواهد داشت. به طور خلاصه می‌توان گفت که برنامه‌های به کار گرفته شده کاردرمانی نتوانسته است موجب بهبود نگرش معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد به مواد مخدر بشود و لازم است در کنار محتوای برنامه‌های کاردرمانی عناصر مربوط به تغییر نگرش از جمله برنامه شناخت درمانی نظیر استفاده از استدلال دوسویه و ایجاد ناهماهنگی شناختی (به منظور ایجاد تغییر شناختی)، ورزش برنامه ریزی شده و الگودهی (به منظور ایجاد آمادگی برای عمل)، ایجاد هراس (به منظور ایجاد تغییر عاطفی) و فنون قابلیت اعتماد و ارائه راهنمایی (ملک پور و قربانی، ۱۳۸۳) معتادان نسبت به مواد مخدر (البته تحت نظر متخصصین) نیز گنجانده شود.

۴-۷- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین سلامت روانی در بین دو گروه

فرضیه هفتم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۲۲ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه ($0/778$) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می باشد ($sig=0/69$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. به این معنی که میانگین سلامت روانی گروه تحت کاردرمانی که برابر $31/6$ (در مقیاس صفر الی ۸۴) با انحراف معیار $13/92$ است، بسیار نزدیک به میانگین سلامت روانی گروه عادی (با میانگین $32/27$) با انحراف معیار $12/61$ است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان سلامت روانی وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. سطح معنی داری ($0/69$) حاکی از میزان خطای تعمیم رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین های دو گروه است. تفاوت میزان سلامت روانی در بین این دو گروه برابر $0/67$ واحد است.

جدول شماره ۴-۲۲: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت کاردرمانی و معتادان بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	sig
گروه عادی	۳۲/۲۷	۱۲/۶۱	۱۲۰	۰/۷۷۸	۰/۶۹
گروه کاردرمانی	۳۱/۶	۱۳/۹۲	۱۲۰		

در تفسیر این یافته می توان گفت که میزان سلامت روانی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند میزان سلامت روانی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، میزان سلامت روانی آنان تغییر چندانی نخواهد داشت. به طور خلاصه می توان گفت که برنامه های به کار گرفته شده کاردرمانی نتوانسته است موجب بهبود میزان سلامت روانی معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد به مواد مخدر بشود و لازم است در محتوای برنامه های کاردرمانی عناصر مربوط به تغییر نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر نیز گنجانده شود.

۴-۸- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین سلامت روانی در بین دو گروه زنان

فرضیه هشتم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۲۳ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه ($0/83$) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می باشد ($sig=0/41$)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. به این معنی که میانگین سلامت روانی گروه تحت کاردرمانی که برابر $27/69$ (در مقیاس صفر الی ۸۴) با انحراف معیار $9/08$ است، بسیار نزدیک به میانگین سلامت روانی گروه عادی (با میانگین $29/9$) با انحراف معیار $13/06$ است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان سلامت روانی وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می شود. سطح معنی داری ($0/41$) حاکی از میزان خطای تعمیم بسیار بالای رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین های دو گروه است. تفاوت میزان سلامت روانی در بین این دو گروه برابر $2/21$ واحد است.

جدول شماره ۴-۲۳: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین سلامت روانی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت کاردرمانی و معتادان زن بهبود یافته عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	sig
گروه عادی	۲۹/۹	۹/۰۸	۴۳	۰/۸۳	۰/۴۱
گروه کاردرمانی	۲۷/۶۹	۱۳/۰۶	۲۶		

در تفسیر این یافته می توان گفت که میزان سلامت روانی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند میزان سلامت روانی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، میزان سلامت روانی آنان تغییر چندانی نخواهد داشت.

۴-۹- فرضیه مربوط به تفاوت بین میانگین سلامت روانی در بین دو گروه مردان

فرضیه نهم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است"، نیز با استفاده از آزمون تفاوت میانگین دوگروهی مورد آزمون قرار گرفته است. نتایج آزمون در جدول شماره ۲۴ نوشته شده است.

با توجه به مقدار t محاسبه (۰/۴۱۹) شده که از t بحرانی جدول و سطح معنی داری محاسبه شده، کمتر می‌باشد (sig=۰/۶۷۶)، با اطمینان بیش از ۹۵٪ می‌توان گفت که فرضیه اصلی رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. به این معنی که میانگین سلامت روانی گروه تحت کاردرمانی که برابر ۳۲/۶۹ (در مقیاس صفر الی ۸۴) با انحراف معیار ۱۴/۰۳ است، بسیار نزدیک به میانگین سلامت روانی گروه عادی (با میانگین ۳۳/۵۹) با انحراف معیار ۱۴/۰۸ است. یعنی تفاوت معنی داری بین این دو گروه از نظر میزان سلامت روانی وجود ندارد و فرضیه اصلی در این مورد رد و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. سطح معنی داری (۰/۶۷۶) حاکی از میزان بسیار بالای خطای تعمیم رابطه بر اساس تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های دو گروه است. تفاوت میزان سلامت روانی در بین این دو گروه برابر ۰/۹ واحد است.

جدول شماره ۴-۲۴: آزمون تفاوت میانگین. مقایسه میانگین سلامت روانی در بین مردان معتاد بهبود یافته تحت کاردرمانی و عادی

مداخله کاردرمانی	میانگین	انحراف معیار	تعداد	t	sig
گروه عادی	۳۳/۵۹	۱۴/۰۸	۷۷	۰/۴۱۹	۰/۶۷۶
گروه کاردرمانی	۳۲/۶۹	۱۴/۰۳	۹۴		

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که میزان سلامت روانی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان تقریباً یکسان است و تفاوت چشمگیری در این زمینه دیده نمی‌شود. به بیان دیگر، شرایط و برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند میزان سلامت روانی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، تحت کاردرمانی قرار بگیرند یا تحت کاردرمانی قرار نگیرند، میزان سلامت روانی آنان تغییر چندانی نخواهد داشت. به طور خلاصه می‌توان گفت که برنامه‌های به کار گرفته شده کاردرمانی نتوانسته است موجب بهبود میزان سلامت روانی معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد به مواد مخدر بشود و لازم است در محتوای برنامه‌های کاردرمانی، روشهای مربوط به بهبود میزان سلامت روانی معتادان به کار گرفته شود. تناسب بین نوع کار و مهارت و تخصص معتاد، در نظر گرفتن گروه کاری بر مبنای نظریه‌های مدیریت انسانی، امکان برقراری احساس وجود ارتباط بین کار و نتیجه حاصل از آن برای فرد تحت کاردرمانی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد.

۴-۴-۱۰- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی

فرضیه دهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲۵ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در

مورد معتادان با کیفیت زندگی در بین معتادان ارتباط معنی داری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی به دست آمده (۰/۱۷۷) $r =$ بود. این رابطه با اطمینان بیش از ۹۹ درصد ($P=0/006$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه اصلی تأیید، و فرضیه صفر رد می‌شود. با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان (اعم از زن و مرد)، میزان برخورداری آنان از کیفیت زندگی نیز بیشتر می‌شود.

جدول شماره ۴-۲۵: ضریب همبستگی پیرسون به کارگیری کاردرمانی با کیفیت زندگی

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با کیفیت زندگی	۰/۱۷۷	۰/۰۰۶

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که اگر چه با توجه به مطالب مربوط به مقایسه میزان کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان، تفاوت چشمگیری در بین این دو گروه مشاهده نشد، اما یافته اخیر نشان می‌دهد که در گروه معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، با افزایش میزان زمان کاردرمانی، کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود. به بیان دیگر، افزایش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده می‌تواند کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، مدت زمان بیشتری تحت کاردرمانی قرار بگیرند، میزان کیفیت زندگی آنان تغییر قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت.

۴-۱۱- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی در بین زنان

فرضیه یازدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲۶ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته زنان تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با کیفیت زندگی در بین معتادان ارتباط معنی داری وجود ندارد و مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/101$) بود. این نتیجه با اطمینان بیش از ۹۵ درصد ($P=0/101$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه صفر تأیید، و فرضیه اصلی رد می‌شود. کاهش یا افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان زن، میزان کیفیت زندگی آنان را تغییر نمی‌دهد.

جدول شماره ۴-۲۶: ضریب همبستگی پیرسون. رابطه به کارگیری کاردرمانی با کیفیت زندگی در بین زنان

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با کیفیت زندگی	۰/۱۰۱	۰/۴۱۰

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، افزایش میزان زمان کاردرمانی، موجب بهبود کیفیت زندگی آنان نمی‌شود. به بیان دیگر، افزایش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده نمی‌تواند کیفیت زندگی معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته زن، مدت زمان‌های متفاوتی تحت کاردرمانی قرار بگیرند، میزان کیفیت زندگی آنان تغییر قابل ملاحظه‌ای نخواهد داشت.

۴-۱۲- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی در بین مردان

فرضیه دوازدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲۷ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته مردان تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با کیفیت زندگی در بین معتادان مرد ارتباط معنی داری وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/194$) بود. این نتیجه با اطمینان بیش از ۹۵ درصد ($P = 0/011$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه اصلی تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود. با در نظر گرفتن علامت مثبت ضریب همبستگی، با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود.

جدول شماره ۴-۲۷: ضریب همبستگی پیرسون. رابطه به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی در بین مردان

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با کیفیت زندگی	۰/۱۹۴	۰/۰۱۱

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که اگر چه با توجه به مطالب مربوط به مقایسه میزان کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان، تفاوت چشمگیری در بین این دو گروه مشاهده نشد، اما یافته اخیر نشان می‌دهد که در گروه معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، با افزایش میزان زمان کاردرمانی، کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود. به بیان دیگر، افزایش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده می‌تواند

کیفیت زندگی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، مدت زمان بیشتری تحت کاردرمانی قرار بگیرند، کیفیت زندگی آنان تغییر قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت.

به طور خلاصه می‌توان گفت که برنامه‌های به کار گرفته شده کاردرمانی فقط در بین معتادان مرد بهبود یافته توانسته است موجب بهبود کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته مرد بشود و لازم است در بین مردان معتاد تحت کاردرمانی، مدت زمان به کارگیری کاردرمانی بیشتر شود. با توجه به اینکه میانه توزیع مدت زمان ترک اعتیاد برابر ۳ ماه است، بنابراین بهتر است که مدت زمان به کارگیری کاردرمانی بیش از ۳ ماه باشد.

۴-۱۳- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد

فرضیه سیزدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲۸ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با مدت زمان ترک اعتیاد در بین معتادان ارتباط معنی داری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/22$) بود. این رابطه با اطمینان بیش از ۹۹ درصد ($P=0/007$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه اصلی تأیید، و فرضیه صفر رد می‌شود. با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان (اعم از زن و مرد)، میزان مدت زمان ترک اعتیاد آنان نیز بیشتر می‌شود. بعبارت دیگر هر اندازه میزان مدت به کارگیری کاردرمانی بیشتر می‌شود، مدت زمان بیشتری از ترک اعتیاد پاسخگویان می‌گذرد.

جدول شماره ۴-۲۸: ضریب همبستگی پیرسون به کارگیری کاردرمانی با مدت زمان ترک اعتیاد

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با مدت زمان ترک اعتیاد	۰/۲۲	۰/۰۰۷

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، با افزایش میزان زمان کاردرمانی، مدت زمان ترک اعتیاد آنان نیز بیشتر می‌شود. به بیان دیگر، افزایش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده می‌تواند موجب طولانی‌تر شدن مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته شود. یا ماندگاری درمان و برگشت ناپذیری مجدد آنان را افزایش می‌دهد. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، مدت زمان بیشتری تحت کاردرمانی قرار بگیرند، عود مجدد اعتیاد آنان در مدت زمان کوتاهی اتفاق نخواهد افتاد و ماندگاری درمان و بهبود آنان بیشتر خواهد شد.

۴-۴-۱۴- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در بین زنان

فرضیه چهاردهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲۹ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته زنان تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان زن، با مدت زمان ترک اعتیاد در بین آنان ارتباط معنی داری وجود ندارد. مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/207$) بود. این نتیجه با اطمینان بیش از ۹۵ درصد ($P = 0/168$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه صفر تأیید، و فرضیه اصلی رد می‌شود. کاهش یا افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان زن، مدت زمان ترک اعتیاد آنان را تغییر نمی‌دهد.

جدول شماره ۴-۲۹: ضریب همبستگی پیرسون. رابطه به کارگیری کاردرمانی با مدت زمان ترک اعتیاد در بین زنان

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با مدت زمان ترک اعتیاد	۰/۲۰۷	۰/۱۶۸

برخلاف یافته مربوط به کل معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد، در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، با افزایش میزان زمان کاردرمانی، مدت زمان ترک اعتیاد آنان تغییر محسوسی پیدا نمی‌کند. به بیان دیگر، افزایش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده در بین زنان، نمی‌تواند موجب طولانی‌تر شدن مدت زمان ترک اعتیاد آنان شود. یا ماندگاری درمان و برگشت ناپذیری مجدد آنان تغییری نمی‌کند. در واقع اگر معتادان زن بهبود یافته، مدت زمانهای متفاوت (بیشتر یا کمتر) تحت کاردرمانی قرار بگیرند، عود مجدد اعتیاد آنان از نظر زمان تغییری نخواهد کرد و ماندگاری درمان و بهبود آنان بیشتر نخواهد شد.

۴-۴-۱۵- فرضیه مربوط به رابطه بین به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد در بین مردان

فرضیه پانزدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳۰ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با مدت زمان ترک اعتیاد در بین معتادان مرد ارتباط معنی

داری وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/221$) بود. این نتیجه با اطمینان بیش از ۹۵ درصد ($P = 0/029$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه اصلی تأیید، و فرضیه صفر رد می‌شود. با در نظر گرفتن علامت مثبت ضریب همبستگی، با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان مدت زمان ترک اعتیاد آنان نیز بیشتر می‌شود.

جدول شماره ۴-۳: ضریب همبستگی پیرسون. رابطه به کارگیری کاردرمانی با مدت زمان ترک اعتیاد در بین مردان

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با مدت زمان ترک اعتیاد	۰/۲۲۱	۰/۰۲۹

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، با افزایش میزان زمان کاردرمانی، مدت زمان ترک اعتیاد آنان نیز بیشتر می‌شود. به بیان دیگر، افزایش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده در مورد مردان می‌تواند موجب طولانی‌تر شدن مدت زمان ترک اعتیاد آنان پس از بهبود شده یا ماندگاری درمان و برگشت ناپذیری مجدد آنان را افزایش می‌دهد. در واقع اگر معتادان مرد بهبود یافته، مدت زمان بیشتری تحت کاردرمانی قرار بگیرند، عود مجدد اعتیاد آنان در مدت زمان کوتاهی اتفاق نخواهد افتاد و ماندگاری درمان و بهبود آنان بیشتر خواهد شد.

به طور خلاصه می‌توان گفت که برنامه‌های به کار گرفته شده کاردرمانی فقط در بین معتادان مرد بهبود یافته توانسته است موجب طولانی‌تر شدن مدت زمان ترک اعتیاد بشود و لازم است در بین مردان معتاد تحت کاردرمانی، مدت زمان به کارگیری کاردرمانی بیشتر شود. با توجه به اینکه میانه توزیع مدت زمان ترک اعتیاد برابر ۳ ماه است، بنابراین بهتر است که مدت زمان به کارگیری کاردرمانی بیش از ۳ ماه باشد.

۴-۴-۱۶- فرضیه مربوط به رابطه به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد

فرضیه شانزدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد." نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳۱ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با شدت اعتیاد در بین معتادان ارتباط معنی داری وجود ندارد و مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/075$) بود. این رابطه با اطمینان بیش از ۹۹ درصد ($P = 0/25$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه صفر تأیید، و

فرضیه اصلی رد می‌شود. با افزایش یا کاهش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان (اعم از زن و مرد)، شدت اعتیاد آنان بیشتر یا کمتر نمی‌شود. عبارت دیگر شدت اعتیاد تابع به کارگیری میزان‌های مختلفی از کاردرمانی بیشتر نیست.

جدول شماره ۴-۳۱: ضریب همبستگی پیرسون به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با شدت اعتیاد	۰/۰۷۵	۰/۲۵

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، مدت زمان کاردرمانی ارتباطی با شدت اعتیاد آنان ندارد. به بیان دیگر، افزایش یا کاهش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده نمی‌تواند موجب کاهش یا افزایش شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی شود. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، مدت زمان‌های متفاوتی (بیشتر یا کمتر) تحت کاردرمانی قرار بگیرند، شدت اعتیاد آنان تغییر قابل ملاحظه‌ای نخواهد داشت.

۴-۴-۱۷- فرضیه مربوط به رابطه به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در بین مردان

فرضیه هفدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳۲ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با شدت اعتیاد در بین معتادان مرد ارتباط معنی داری وجود ندارد. مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/021$) بود. این نتیجه با اطمینان بیش از ۹۵ درصد ($P = 0/78$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه صفر تأیید، و فرضیه اصلی رد می‌شود. با در نظر گرفتن معنی دار نبودن آزمون ضریب همبستگی، با افزایش یا کاهش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان شدت اعتیاد آنان بیشتر یا کمتر نمی‌شود.

جدول شماره ۴-۳۲: ضریب همبستگی پیرسون. رابطه به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در بین مردان

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با شدت اعتیاد	۰/۰۲۱	۰/۷۸

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، مدت زمان کاردرمانی ارتباطی با شدت اعتیاد آنان ندارد. به بیان دیگر، افزایش یا کاهش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار

گرفته شده نمی‌تواند موجب کاهش یا افزایش شدت اعتیاد معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی شود. در واقع اگر معتادان مرد بهبود یافته، مدت زمانهای متفاوتی (بیشتر یا کمتر) تحت کاردرمانی قرار بگیرند، شدت اعتیاد آنان تغییر قابل ملاحظه‌ای نخواهد داشت.

۴-۱۸- فرضیه مربوط به رابطه به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در بین زنان

فرضیه هیجدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد". نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳۳ نوشته شده است. آزمون فرضیه مربوط به وجود ارتباط بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته زنان تحت درمان کاردرمانی که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شده است، نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان زن، با شدت اعتیاد در بین آنان ارتباط معنی داری وجود ندارد. مقدار ضریب همبستگی به دست آمده ($r = 0/225$) بود. این نتیجه با اطمینان بیش از ۹۵ درصد ($P = 0/063$) قابل تعمیم است. بنابراین فرضیه صفر تأیید و فرضیه اصلی رد می‌شود. کاهش یا افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان زن، شدت اعتیاد آنان را تغییر نمی‌دهد.

جدول شماره ۳۳-۴: ضریب همبستگی پیرسون. رابطه به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد در بین زنان

متغیرها	(r)	سطح معنی داری (P)
به کارگیری کاردرمانی با شدت اعتیاد	۰/۲۲۵	۰/۰۶۳

در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، مدت زمان کاردرمانی ارتباطی با شدت اعتیاد آنان ندارد. به بیان دیگر، افزایش یا کاهش مدت زمان برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده نمی‌تواند موجب کاهش یا افزایش شدت اعتیاد معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی شود. در واقع اگر معتادان زن بهبود یافته، مدت زمانهای متفاوتی (بیشتر یا کمتر) تحت کاردرمانی قرار بگیرند، شدت اعتیاد آنان تغییر قابل ملاحظه‌ای نخواهد داشت. در واقع برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده نتوانسته‌اند بر شدت اعتیاد (نوع ماده مصرفی، سابقه اعتیاد و تنوع مواد مصرفی) تاثیر گذاشته و از شدت اعتیاد آنان بکاهند. بنابراین لازم به نظر نمی‌رسد که برای معتادینی که دارای میزانهای متفاوتی از شدت اعتیاد هستند، میزانهای متفاوتی از کاردرمانی به کار گرفته شود. اما ممکن است تغییر نوع برنامه‌های کاردرمانی برای میزانهای مختلفی از شدت اعتیاد مناسب‌تر خواهد بود. در هر حال برای کاهش شدت اعتیاد معتادان، نیازی به استفاده از برنامه‌های کاردرمانی فعلی نیست.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱- مقدمه

در فصل حاضر، نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها مطرح شده و همسو و ناهمسو بودن این نتایج با تحقیقات انجام یافته مورد بحث قرار گرفته و در مورد نتایج بحث و تفسیر ارائه گردیده است. سپس به محدودیت‌های تحقیق اشاره شده و در بخش بعدی پیشنهاد‌های پژوهشی و محدودیت‌ها ارائه گردیده است.

۵-۲- بحث و نتیجه گیری

۵-۲-۱- فرضیه نخست پژوهش "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از سوال نخست تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان افراد گروه تحت کاردرمانی و گروه افراد عادی در شاخص کیفیت زندگی وجود ندارد. نتایج به دست آمده را می‌توان به دلیل تعداد کم نمونه نسبت داد. عدم وجود تفاوت، شاید به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۲- فرضیه دوم تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان زن بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه دوم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان زنان گروه تحت کاردرمانی و گروه عادی در شاخص کیفیت زندگی وجود ندارد. معنادار نبودن این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد. عدم وجود تفاوت، شاید به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در

ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۳- فرضیه سوم تحقیق "میانگین کیفیت زندگی در بین معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه سوم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان مردان گروه تحت کاردرمانی و گروه عادی در شاخص کیفیت زندگی وجود ندارد. معنادار نبودن این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد.

۵-۲-۴- فرضیه چهارم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه چهارم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان وجود ندارد.

۵-۲-۵- فرضیه پنجم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه پنجم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان وجود ندارد. معنادار نبودن این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد. عدم وجود تفاوت، شاید به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۶- فرضیه ششم تحقیق "میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه ششم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان میانگین نگرش به مواد مخدر در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان وجود ندارد. معنادار نبودن این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد.

۵-۲-۷- فرضیه هفتم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه هفتم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان وجود ندارد.

۵-۲-۸- فرضیه هشتم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه هشتم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان وجود ندارد. معنادار نبودن این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد.

۵-۲-۹- فرضیه نهم تحقیق "میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان متفاوت است".

نتایج حاصل از فرضیه نهم تحقیق حاضر نشان داد، تفاوت معناداری میان میانگین سلامت روانی در بین معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی و سایر معتادان مراجعه کننده برای درمان وجود ندارد. معنادار نبودن این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد. عدم وجود تفاوت، شاید به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۱۰- فرضیه دهم پژوهش "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه دهم تحقیق حاضر نشان داد، بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد و با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان (اعم از زن و مرد)، میزان برخورداری آنان از کیفیت زندگی نیز بیشتر می شود. نتیجه‌ی بدست آمده با پژوهش عسگری (۱۳۸۲)، میرزایی (۱۳۹۳)، مارتین، بلیون و بویسورت (۲۰۱۵)، بویزرت، مارتین، گروسک و کلر (۲۰۰۸) و مارتین و همکاران (۲۰۰۸) همسو بود.

نتیجه‌ی فوق می‌تواند به این دلیل باشد که کاردرمانگران با مراجعینی که با مسائل مختلف اجتماعی و خانوادگی و ... مربوط به سوء مصرف مواد مبارزه می‌کنند سروکار دارند. آنها می‌توانند برای کمک به شناسایی نقاط قوت، ارزش‌ها، منافع، منابع و چالش‌ها برای اجرای برنامه‌های بازتوانی موثر واقع گردند. کاردرمانگران معتقدند، عملکرد، رضایت و گزینه‌های شغلی تحت تاثیر رابطه میان عوامل شخصی و محیطی قرار دارند. کاردرمانگران به فرد معتاد از دیدگاه منحصر به فردی می‌نگرند که طی آن به نیازهای فرد در چارچوب خانواده و جامعه نگریسته می‌شود که این امر می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی معتادین در خانواده و جامعه گردد.

۵-۲-۱۱- فرضیه یازدهم پژوهش: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه یازدهم تحقیق حاضر نشان داد، بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه معناداری وجود ندارد. به طوری که، کاهش یا افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان زن، میزان کیفیت زندگی آنان را تغییر نمی‌دهد. معنادار نبودن این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد. عدم وجود رابطه، شاید به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۱۲- فرضیه دوازدهم این بررسی بدین قرار بود: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه دوازدهم تحقیق حاضر نشان داد، بین میزان به کارگیری کاردرمانی و کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد. به طوری که، با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود. این یافته با نتایج به دست آمده توسط واسموس، کربتری و اسکات (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. با توجه به اهمیت مسائل شغلی و همچنین اهمیت بیشتر چنین مسائلی بر روحیه‌ی مردان در جامعه‌ی ما، به نظر می‌رسد نتایج به دست آمده می‌تواند بیانگر این باشد که کاردرمانی از طریق ارتقا و پرورش و ایجاد الگوهای رضایت بخش می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی در آنان گردد.

۵-۲-۱۳- فرضیه سیزدهم پژوهش: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه سیزدهم پژوهش حاضر نشان داد، بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد. این یافته با نتایج به دست آمده توسط داویس، جیسون، فراری، اولسن و آلوارز، (۲۰۰۵)، واسموس، کربتری و اسکات (۲۰۱۴)، آمورلی (۲۰۱۶) همسو بود.

با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان (اعم از زن و مرد)، میزان مدت زمان ترک اعتیاد آنان نیز بیشتر می‌شود. بعبارت دیگر هر اندازه میزان مدت به کارگیری کاردرمانی بیشتر می‌شود، مدت زمان بیشتری از ترک اعتیاد پاسخگویان می‌گذرد. از طرف دیگر، با اینکه مداخلات دارویی در درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر مکانیسم‌های نورولوژیکی تحریک کننده‌ی عود مجدد را هدف قرار می‌دهد، بازتوانی اعتیاد یک فرایند طولانی مدت و به دارازای طول عمر بیمار می‌باشد که همچنان نشانه‌هایی از قبیل دوره‌های تکرار شونده‌ای از مصرف مواد و خودداری از مصرف را در بر دارد. بنابراین، به دلیل اینکه عوامل فیزیولوژیکی و محیطی هر دو در فرایند اعتیاد نقش دارند، دارودرمانی به تنهایی جهت درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر کافی نمی‌باشد (شارون و گوتمان، ۲۰۰۸).

اعتیاد یک اختلال چندوجهی است که می‌بایست در سطوح مختلف هیجانی، اجتماعی و عصب شناختی مورد توجه قرار گیرد. با این وجود، چالش درمان اعتیاد با شیوه‌های مراقبتی مدیریت شده که به دنبال کاهش طول درمان و بازپرداخت خدمات است، پیچیده‌تر شده است. با توجه به اینکه موسسات مراقبتی به دنبال کوتاه‌تر شدن طول پروسه‌های درمانی اعتیاد می‌باشند، کاردرمانگران شغلی می‌توانند با تمرکز بر ویژگی‌های از فرآیند اعتیاد، که مورد توجه مداخلات دارویی و سایر روش‌های درمانی و مراقبتی قرار نگرفته است، کمک‌های منحصر به فردی به تیم درمانی اعتیاد نمایند. چنین مواردی به ویژه در موسسات درمانی حاضر که در آن هزینه‌ی سرویس‌های درمانی تکراری مجددا پرداخت نخواهند شد، اهمیت بسیار زیادی خواهد داشت.

۵-۲-۱۴- فرضیه چهاردهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه چهاردهم پژوهش حاضر نشان داد، بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه معناداری وجود ندارد. بنابراین، کاهش یا افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان زن، مدت زمان ترک اعتیاد آنان را تغییر نمی‌دهد. معنادار نبودن این رابطه می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد. عدم وجود رابطه، شاید

به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۱۵- فرضیه پانزدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت زمان ترک اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه پانزدهم پژوهش حاضر نشان داد، که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با مدت زمان ترک اعتیاد در بین معتادان مرد ارتباط معنی داری وجود دارد. بنابراین، با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان مدت زمان ترک اعتیاد آنان نیز بیشتر می‌شود. این یافته با نتایج به دست آمده توسط استوفل و مویرز (۲۰۰۴)، داویس، جیسون، فراری، اولسن و آوارز، (۲۰۰۵) و شارون و گوتمان (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. در همین راستا، میرزایی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی نقش کاردرمانی در درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر و تاثیر آن بر مدت زمان ترک اعتیاد معتادین پرداخت. نتایج پژوهش وی حاکی از این بود که مهارت‌های به خصوص کاردرمانگران می‌تواند در ایجاد تغییراتی در جهت اصلاح شیوه‌ی زندگی و حفظ بهبودی پس از ترک موثر واقع گردد که همسو با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد.

۵-۲-۱۶- فرضیه شانزدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه شانزدهم پژوهش حاضر نشان داد، بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با شدت اعتیاد در بین معتادان ارتباط معنی داری وجود ندارد. با افزایش یا کاهش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان (اعم از زن و مرد)، شدت اعتیاد آنان بیشتر یا کمتر نمی‌شود. بعبارت دیگر شدت اعتیاد تابع به کارگیری میزان‌های مختلفی از کاردرمانی بیشتر نیست.

۵-۲-۱۷- فرضیه هفدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته مرد تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه هفدهم پژوهش حاضر نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان با شدت اعتیاد در بین معتادان مرد ارتباط معنی داری وجود ندارد. بنابراین، با در نظر گرفتن معنی دار نبودن آزمون ضریب همبستگی، با افزایش یا کاهش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان شدت اعتیاد آنان بیشتر یا

کمتر نمی‌شود. عدم وجود رابطه، شاید به این دلیل باشد که جنسیت عنصر کلیدی در ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر نیست و ریشه‌ی این اختلالات را باید در عوامل دیگری همچون سبک زندگی و ویژگی‌های اجتماعی، روانشناختی و اجتماعی جستجو کرد.

۵-۲-۱۸- فرضیه هیجدهم: "بین میزان به کارگیری کاردرمانی و مدت شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته زن تحت درمان کاردرمانی رابطه وجود دارد".

نتایج حاصل از فرضیه هیجدهم پژوهش حاضر نشان داد که بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان زن، با شدت اعتیاد در بین آنان ارتباط معنی داری وجود ندارد. به عبارت بهتر، کاهش یا افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان زن، شدت اعتیاد آنان را تغییر نمی‌دهد. معنادار نبودن این رابطه می‌تواند به دلیل تفاوت چشمگیر در فراوانی مردان و زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر باشد.

۵-۳- بحث و نتیجه گیری کلی:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، کاردرمانی با ارائه‌ی خدمات منحصر به فرد خود و با توجه به تاکید بر جنبه‌های اساسی زندگی انسان با استفاده از رویکردهای درمانی مناسب و حمایت‌های منطقی و همه جانبه می‌تواند در بازتوانی و توانبخشی معتادان در کنار تیم درمانی، موثر واقع گردد.

۵-۴- محدودیت‌های پژوهش

عدم دسترسی به تعداد نمونه‌ی کافی برای بررسی تاثیر کاردرمانی بر گروه‌های مختلف معتادین با توجه به نوع ماده‌ی مخدر مصرفی.

محدود بودن پژوهش به استان آذربایجان شرقی و عدم امکان لازم جهت تعمیم نتایج بدست آمده به سایر استان‌های کشور

۵-۵- پیشنهادات پژوهش

با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی معتادان کلیه‌ی مواد مخدر مصرفی انجام گرفت، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، بررسی تاثیر کاردرمانی بر بازتوانی مواد مخدر مختلف به تفکیک مورد بررسی و پژوهش قرار بگیرد.

۲- پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده پژوهش حاضر در نمونه‌های بزرگ‌تر و در سطح ملی مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند.

پیشنهاد می‌گردد اثر بخشی روش یاد شده بر سایر اختلالات و نقائص عصبی شناختی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گیرد.

پیشنهاد می‌گردد با توجه به این امر که ادبیات پژوهشی پیشین و همچنین پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن کاردرمانی بر درمان اعتیاد و بازتوانی معتادان می‌باشد، این روش بدل به رویه‌ای جاری در برخورد با درمان و پیشگیری از اعتیاد گردد.

منابع

منابع فارسی:

۱. آلپورت، گوردن، دبلیو. (۱۳۷۱). روانشناسی اجتماعی از آغاز تاکنون (ترجمه محمد تقی طوسی)، انتشارات آستان قدس رضوی
۲. اسمیت، دیوید (۱۳۸۱). رفاه انسانی و عدالت اجتماعی، ترجمه حسین حاتمی نژاد و حکمت شاهی اردبیلی، نشریه مطالعات سیاسی-اقتصادی، سال هفدهم. شماره‌های ۱۸۵ و ۱۸۶
۳. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IVPTR). ترجمه دکتر محمدرضا نیکخو و همکاران. تهران: سخن.
۴. باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ هولی، جیل (۱۳۹۴). آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، ویراست بیستم. تهران، ارسباران.
۵. بک، آرون تی، رایت، تی. اف؛ نیومن، سی. اف؛ لیز، بی. (۱۳۹۱). درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر، ترجمه محمد علی گودرزی، شیراز: راهگشا.
۶. تورانی، سوگند؛ کمالی، محمد؛ بهزادی، فرانک؛ نوروزی، حسام الدین (۱۳۹۱). بررسی تأثیر مدیریت جامع کیفیت بر عملکرد بخش کاردرمانی دانشکده توان بخشی شیراز، پژوهش در علوم توانبخشی، سال ۸، شماره ۱، صص ۹۳-۱۰۳.
۷. جوهری، سحر؛ رصافیانی، مهدی؛ فطوره چی، سعید؛ دالوند، حمید (۱۳۹۲). مروری بر عوامل مؤثر بر رضایتمندی والدین از برنامه منزل کاردرمانی، مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۱، صص ۵۲-۶۱.
۸. حدادی، روح ا...، رستمی، رضا، رحیمی نژاد، عباس، اکبری زردخانه، سعید (۱۳۹۰)، اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک. اعتیاد پژوهی.
۹. حسینی، سید علی؛ قمری، نرگس؛ حیاتی زاده، زهرا (۱۳۹۵). بررسی مروری مداخلات تکلیف مدار در کاردرمانی، فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی، دوره ۶، شماره ۳، صص ۲۳۹-۲۴۸.

۱۰. حوائی، ناصر (۱۳۹۵). نقش کاردرمانی در بهبود اختلال نوشتن دانش آموزان دوره ابتدایی، مجله تعلیم و تربیت استثنائی، سال ۱۶، شماره ۵، پیاپی ۱۴۲، صص ۲۳-۱۸.
۱۱. دبیرخانه مبارزه با مواد مخدر، (۱۳۹۲).
۱۲. دلاور، علی (۱۳۸۳). ساخت و استاندارد سازی آزمون نگرش سنج به مواد مخدر و تعیین رابطه میان مولفه‌های فردی و خانوادگی با آن در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران. فصلنامه تعلیم و تربیت. شماره ۳.
۱۳. رسائی، مژگان (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین نگرش فرد نسبت به مواد مخدر با میزان بازگشت مجدد به سوء مصرف مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۱۴. رسولی آزاد، مراد؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ طباطبائی، سید محمود. (۱۳۸۸). تأثیر گروه‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساسی، مجله‌ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال یازدهم، شماره ۳، پیاپی (۴۳). صص ۲۰۴-۱۹۵.
۱۵. زرین کلک، حمیدرضا (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مولفه‌های تاب‌آوری در کاهش اعتیادپذیری و تغییر نگرش دانش آموزان مقطع متوسطه‌ی ساکن در حومه تهران نسبت به مصرف مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۱۶. سادوک، بنجامین جمیز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی، (ترجمه: فرزین رضاعی) (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
۱۷. سهرابی، فرامرز؛ هادیان، مینا؛ دائمی، حمیدرضا؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه‌ی آموزشی رفتارهای سالم در نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد. مجله علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۳، صص ۲۲۰-۲۰۹.
۱۸. عارف نسب، زهرا (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان نگهدارنده‌ی متادون (MMT) در کاهش مصرف مواد مخدر افیونی (هرویین و تریاک) و بهبود سلامت روانی درمعتادان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۱۹. عسگری، تیمور. (۱۳۸۲) نقش کاردرمانی در درمان افراد با سوء مصرف مواد، چهارمین سمینار دانشجویی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، تهران
۲۰. عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ نیا، محمد؛ کارگری، بهروز، (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوء مصرف مواد، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۶، شماره ۱، صص ۸۰-۷۴.

۲۱. فرشچی، فرناز؛ اکبر فهیمی، ملاح؛ نظری، محمد علی (۱۳۹۰). بررسی تاثیر نوروفیدبک و کاردرمانی بر عملکرد حرکتی بیماران سکته مغزی مزمن، مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۵، شماره ۴، صص ۴۹-۴۲.
۲۲. قمری، نرگس؛ رفیعی، شهلا؛ سلطانی، رمضان؛ قمری، زهرا؛ یزدانی، فرزانه (۱۳۹۳). بررسی تاثیر مداخلات کاردرمانی بر عملکرد درکی حرکتی و مهارت‌های ترسیمی کودکان کم توان ذهنی، فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی، دوره چهارم، شماره اول، صص ۱۶-۷.
۲۳. قوامی، مرجان؛ اکبری کامرانی، احمد علی؛ سرافراز، زهره؛ فلاح پور، ماندانا؛ رهگذر، مهدی (۱۳۹۰). تأثیر مداخلات کاردرمانی مراجع مدار بر رضایتمندی و عملکرد سالمندان مبتلا به سکته مغزی در فعالیت‌های خودمراقبتی، سالمند (مجله سالمندی ایران)، سال ۶، شماره ۲۱، صص ۳۳-۲۶.
۲۴. کاووسی، سمیه؛ فلاحتی خشک‌ناب، مسعود (۱۳۹۰). تجارب و دیدگاه‌های کاردرمان‌گران از حرفه کاردرمانی، مجله توانبخشی، دوره دوازدهم، شماره چهارم، صص ۲۶-۱۴.
۲۵. کردمیرزا، عزت‌الله؛ آزاد، حسین؛ اسکندری، حسین (۱۳۹۲). هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. مجله اعتیاد پژوهی، سال اول، شماره ۲، صص ۴۷-۸۰.
۲۶. کیانی دولت‌آبادی، رسول (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری از طریق ارتقای تاب‌آوری برپیشگیری از عود افراد وابسته به مواد. پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۲۷. گنجی، حمزه، بهداشت روانی. تهران: ارسباران، ۱۳۷۶.
۲۸. لطفی کاشانی، فرح؛ مجتبیایی، مینا؛ علی مهدوی، منصور، (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال چهاردهم، شماره ۴، صص ۲۶-۱۹.
۲۹. ملک پور، مختار، قربانی، بیژن، (۱۳۸۳)، تاثیر روشهای تغییر نگرش و ابراز وجود بر عدم گرایش به مصرف مواد معتادان داوطلب. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، شماره ۱۹ و ۲۰.
۳۰. مومنی، خدامراد (۱۳۸۷). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در تغییر نگرش به سوء مصرف مواد به منظور ارائه‌ی یک مدل آموزشی در بین دانشجویان در معرض خطر وابستگی. پایان نامه دکتر روانشناسی بالینی. دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

۳۱. مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله؛ پور شهباز، عباس، (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره ۲۷، صص ۷۹-۹۲.
۳۲. میرزایی، ادریس. (۱۳۹۳) نقش کاردرمانی در اختلالات سوء مصرف مواد، اولین همایش ملی پرستاری، روانشناسی، ارتقای سلامت و محیط زیست سالم، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران تهران
۳۳. نریمانی، محمد (۱۳۹۳). بررسی تأثیر روان درمانی شناختی رفتاری در ترک اعتیاد و توان بخشی افراد معتاد. مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره، جلد اول، شماره ۹ و ۱۰، صص ۴۲-۵۹.
۳۴. نوبهار، منیره؛ شجاعی، عقیل (۱۳۹۵). مداخله های کاردرمانی در اختلال های ادراک دیداری، مجله تعلیم و تربیت استثنائی، سال ۱۶، شماره ۵، پیاپی ۱۴۲، صص ۳۷-۳۱.

منابع انگلیسی:

35. Catherine AT, Trombly Latham CA. Occupational therapy for physical dysfunction. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
36. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? Can J Occup Ther 1995; 62(5): 250-257
37. Miller, W., Forcehimes, A., & Sweben, A. (2011). Treating Addiction a Guide for Professionals. New York: The Guilford Press
38. Atkins, Randolph G . Hawdon, James E. (2007). Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction journal of Substance Abuse Treatment 33 321– 331
39. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. Hakim Research Journal. 2009; 11(4): 47- 53. [In Persian]
40. Najafi M, Solati Dehkordi SK, Foruzbakhsh F. The relationship between staff burnout and mental health in Esfahan Nuclear Fuel Research and Production Center. Shahrekord University of Medical Sciences. 2000;2(2): 34-41. [In Persian]
41. Sánchez-Hervás E, Gómez FJS, Villa RS, García-Fernández G, García-Rodríguez O, Romaguera FZ. Psychosocial predictors of relapse in cocaine-dependent patients in treatment. *The Spanish journal of psychology* 2012; 15(02): 748-55.
42. American Occupational Therapy Association (2005). Telerehabilitation position paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(6), 656-660.
43. SÁNCHEZ-CABEZA, Ángel. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido [Occupational Therapy and acquired brain damage]. *Acción Psicológica*, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 27-33, July 2012.

44. Myers D. G. (2002) Social Psychology, Boston: McGraw-Hill
45. Helander, B. (1995). Disability as incurable illness: Health, process, and personhood in Southern Somalia. In B. Ingstad & S. Whyte (Eds.), *Disability and Culture* (pp. 73-93). Berkeley: University of California Press.
46. Mandal, A. K., & Mokashi, S. P. (2015). Effect of Occupational Therapy Task Oriented Approach on Recovery of Upper-Extremity Motor Function and Activities of Daily Living In Stroke Patients. *Indian Journal of Occupational Therapy*. 41(2).
47. Daley, D.C., & Marlatt, G.A. (2012). Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 772-785.
48. Carroll, M.K. (2010). *Therapy manual drug addiction: A cognitive behavioral approach*. National Institute on drug abuse press.
49. Baron, R. A.; & Byrne, D. (2004). *Social psychology*, (10th Ed). New York: Allyn & Bacon Inc.
50. Hemphill, B. (2015). Spiritual assessments in occupational therapy. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 3(3), 9.
51. Kruijsen-Terpstra, A. J., Verschuren, O., Ketelaar, M., Riedijk, L., Gorter, J. W., Jongmans, M. J., ... & LEARN 2 MOVE 2-3 Study Group. (2016). Parents' experiences and needs regarding physical and occupational therapy for their young children with cerebral palsy. *Research in developmental disabilities*, 53, 314-322.
52. Wuang, Y. P., Ho, G. S., & Su, C. Y. (2013). Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 528-537.
53. Creek, J., & Lougher, L. (2011). *Occupational therapy and mental health*. Elsevier Health Sciences.
54. Martin, L. M., Bliven, M., Boisevert, R. (2008). Occupational performance, self-esteem, and quality of life in substance addictions recovery. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 28(2), 81-88 .
55. Martin, L. M., Smith, M., Rogers, J., Wallen, T., & Boisevert, R. (2011). Mothers in recovery: An occupational perspective. *Occupational Therapy International*, 18, 152-161.
56. Davis, M. I., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Olson, B. D., & Alvarez, J. (2005). A collaborative action approach to researching substance abuse recovery. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 537-553.
57. Sharon A. Gutman PhD, OTR (2008) Why Addiction Has a Chronic, Relapsing Course. *The Neurobiology of Addiction, Occupational Therapy in Mental Health*, 22:2, 1-29

58. Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 570-586
59. Buijsse, N., Caan, W., & Davis, S. F. (1999). Occupational therapy in the treatment of addictive behaviors. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 6(6), 300-307.
60. Kelly Thompson (2009) Occupational Therapy and Substance Use Disorders: Are Practitioners Addressing These Disorders in Practice?, *Occupational Therapy In Health Care*, 21:3, 61-77.
61. Catrinna R. Amorelli (2016) Psychosocial Occupational Therapy Interventions for Substance-Use Disorders: A Narrative Review, *Occupational Therapy in Mental Health*, 32:2, 167-184
62. Wasmuth, S., Crabtree, J. L., & Scott, P. J. (2014). Exploring addiction-as-occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(12), 605–613.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the role of occupational therapy in the treatment and rehabilitation of addiction and provide appropriate Iranian models. This research was done by using survey method. The statistical population includes all addicts exposed to the addicted camps in the province of East AZARBAIJAN who have undergone occupational therapy. The sample size consists of 120 individuals as a test group and 120 individuals as a control group that has not yet undergone occupational therapy. Considering the number of addiction treatment centers in cities and their relative distribution, in a stratified sampling from each city, a number of selected centers and drug addicts were selected as sample groups. Measurement tools of this research included a quality of life questionnaire used to measure rehabilitation index. Also, GHQ questionnaire and DELAWARE drug attitude scale were used to measure mental health and drug attitude variables. The severity of addiction is based on three types of substance, type of drug, and history of consumption. For test the hypotheses, Pearson correlation coefficient tests and the T-test groups were used. The results showed that the increase in the rate of occupational therapy use improves the quality of life, as well as the increase and continuation of the addiction withdrawal period among men. Also, occupational therapy is not affected at addict attitudes toward drug use and their mental health does not improve and they do not reduce the severity of addiction.

تعهد نامه

اینجانب محسن سقطی زاد مجری طرح پژوهشی / پایان نامه با عنوان " بررسی نقش کاردرمانی بر درمان و بازتوانی اعتیاد و ارائه الگوهای مناسب ایرانی " متعهد می‌شوم از ارائه‌ی هر گونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی / پایان نامه (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده با هماهنگی دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری: محسن سقطی زاد

امضاء

نتایج کاربردی طرح پژوهشی

- یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و اجتماعی رابطه‌ی محتوایی با دسترسی به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها دارد.

- میانگین کیفیت زندگی کل گروه تحت کاردرمانی اعم از مرد و زن، بسیار نزدیک به میانگین کیفیت زندگی گروه عادی است و تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه از نظر میزان کیفیت زندگی وجود ندارد.

- برنامه‌های به کار گرفته شده کاردرمانی نمی‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد بشود. مگر اینکه کاردرمانی بتواند (مثلاً از طریق افزایش درآمد) بر ابعاد کیفیت زندگی نظیر فرصت‌های اشتغال، درآمد، خوراک و ... موثر باشد.

- نگرش به مواد مخدر، در بین معتادان بهبود یافته زن و مرد گروه تحت کاردرمانی و گروه عادی تفاوت معنی‌داری ندارد.

- برنامه‌های به کار گرفته شده کاردرمانی نتوانسته است موجب بهبود نگرش معتادان بهبود یافته اعم از زن و مرد نسبت به مواد مخدر شود و لازم است در کنار برنامه‌های کاردرمانی تغییر نگرش از جمله برنامه شناخت درمانی نظیر استفاده از استدلال دوسویه، الگودهی، ایجاد هراس (به منظور ایجاد تغییر عاطفی) و ارائه راهنمایی معتادان نسبت به مواد مخدر نیز گنجانده شود.

- میانگین سلامت روانی گروه تحت کاردرمانی اعم از زن و مرد بسیار نزدیک به میانگین سلامت روانی گروه عادی است و تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه از نظر میزان سلامت روانی وجود ندارد.

- کاردرمانی به کار گرفته شده طوری نیست که بتواند میزان سلامت روانی معتادان مرد بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی را ارتقا دهد و لازم است در محتوای برنامه‌های کاردرمانی، روش‌های مربوط به بهبود سلامت روانی معتادان به کار گرفته شود. تناسب بین نوع کار و مهارت و تخصص معتاد، در نظر گرفتن گروه کاری بر مبنای نظریه‌های مدیریت انسانی، امکان برقراری احساس وجود ارتباط بین کار و نتیجه حاصل از آن برای فرد تحت کاردرمانی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد.

- بین به کارگیری کاردرمانی در مورد معتادان مرد و کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. با افزایش میزان به کارگیری کاردرمانی در مورد پاسخگویان مرد، میزان کیفیت زندگی نیز بهتر می‌شود.

- در تفسیر این یافته می‌توان گفت که در گروه معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی، با افزایش میزان زمان کاردرمانی، کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود. در واقع اگر معتادان بهبود یافته، مدت زمان بیشتری تحت کاردرمانی قرار

بگیرند، کیفیت زندگی آنان تغییر قابل ملاحظه ای بهبودخواهد یافت. پیشنهاد می‌شود که مدت زمان به کارگیری کاردرمانی بیش از ۳ ماه باشد و در بین زنان حداقل ۶ ماه و درآمدزایی برای آنان داشته باشد.

- کاردرمانی در بین معتادان مرد موجب می‌شود که مدت زمان ترک اعتیاد دوام بیشتری داشته باشد اما در بین زنان این رابطه دیده نمی‌شود.

- اگر معتادان بهبود یافته مرد، مدت زمان بیشتری تحت کاردرمانی قرار بگیرند، عود مجدد اعتیاد آنان در مدت زمان کوتاهی اتفاق نخواهد افتاد و ماندگاری درمان آنان بیشتر خواهد شد. به نظر می‌رسد کاردرمانی در بین زنان نیازمند بازنگری بیشتری است.

- بین میزان به کارگیری کاردرمانی و شدت اعتیاد معتادان بهبود یافته تحت درمان کاردرمانی در بین معتادان بهبود یافته اعم ز زن یا مرد، ارتباط معنی داری وجود ندارد. یعنی کاهش یا افزایش مدت زمان به کارگیری کاردرمانی در مورد، شدت اعتیاد را تغییر نمی‌دهد.

- برنامه‌های کاردرمانی به کار گرفته شده نتوانسته‌اند بر شدت اعتیاد(نوع ماده مصرفی، سابقه اعتیاد و تنوع مواد مصرفی) تاثیر گذاشته و از شدت اعتیاد آنان بکاهند. پس تغییر نوع برنامه‌های کاردرمانی برای میزان‌های مختلفی از شدت اعتیاد مناسب تر خواهد بود و برای کاهش شدت اعتیاد معتادان، نیازی به استفاده از برنامه‌های کاردرمانی فعلی نیست.

پیوست‌ها

به نام خدا

پاسخگوی گرامی پرسشنامه حاضر که به منظور بررسی مسائل مرتبط با اعتیاد تنظیم شده، در اختیار شما قرار داده می‌شود. هدف از این بررسی پی بردن به زمینه‌های ایجاد و نیز راههای پیش گیری و درمان اعتیاد است. امیدواریم با پاسخهای دقیق و صادقانه‌تان ما را در انجام این پژوهش یاری فرمایید. بدیهی است که پاسخهای شما فقط به صورت کد وارد تجزیه و تحلیلها شده و مجموع پاسخهای همه پاسخگویان منجر به نتیجه گیری شده و نظرات افراد در جایی منتشر نمی‌شود. قبلا از همکاری صمیمانه شما سپاسگزاری می‌نماییم.

جنسیت: مونث ☐ مذکر ☐ سن تعداد دفعات ترک بار

وضعیت تأهل: متأهل ☐ مجرد ☐ تعداد فرزندان:

تحصیلات: بی‌سواد ☐ ابتدایی ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس به بالا ☐

وضعیت مسکن: استیجاری ☐ شخصی ☐ بی‌خانمان ☐

محل سکونت: شهر ☐ روستا ☐

درآمد ماهیانه: کمتر از یک میلیون ☐ بین یک تا دو میلیون ☐ بالای دو میلیون ☐

الف - در حالت کلی وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (۱) عالی ☐ (۲) خیلی خوب ☐ (۳) خوب ☐ (۴) متوسط ☐ (۵) بد ☐

ب - در مقایسه با یکسال گذشته وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (۱) خیلی بهتر از سال گذشته ☐ (۲) تا حدی بهتر از سال گذشته ☐

(۳) فرقی نکرده ☐ (۴) تا حدی بدتر از سال گذشته ☐ (۵) خیلی بدتر از سال گذشته ☐

- با توجه به وضعیت سلامتی خود آیا تا بحال بابت انجام فعالیت‌های زیر دچار مشکل شده اید؟.

ردیف	سوال	جواب	بله، خیلی دچار مشکل هستم	تا حدی احساس مشکل می‌کنم	نه ، اصلا مشکلی ندارم
۱	دویدن یا پیاده روی طولانی مدت یا بلند کردن اجسام سنگین				
۲	جابه جا کردن یک میز یا جارو کردن خانه با استفاده از جاروبرقی				
۳	خرید از سوپرمارکت محله و حمل پلاستیک میوه و خواربار به خانه				
۴	بالا رفتن از چندین پله				
۵	بالا رفتن از یک پله				
۶	نشستن بر روی زانو یا خم شدن				
۷	پیاده روی بیش از یک کیلومتر به طور مداوم				
۸	پیاده روی برای ۱۰ دقیقه به صورت مداوم				
۹	پیاده روی برای ۵ دقیقه به صورت مداوم				
۱۰	حمام کردن یا پوشیدن لباس				

ج- در طی یک ماه گذشته کدامیک از موارد زیر به علت وضعیت جسمانی تان برای شما اتفاق افتاده است؟

ردیف	سوال	جواب	بله (۱)	خیر (۰)
۱	کاستن از ساعات کاریا فعالیتهای روزمره به دلیل احساس بیماری			
۲	داشتن کارآیی و عملکردی کمتر از حد انتظار			
۳	محدودیت در انتخاب شغل یا کار دلخواه به دلیل مشکلات جسمانی			
۴	ناتوانی و مشکل در انجام کارهای روزانه یا وظایف شغلی			

ش - در طول یک ماه گذشته به دلیل برخی مشکلات یا ناراحتیهای عصبی مانند اضطراب یا افسردگی شرایط زیر را در رابطه با کار یا فعالیتهای روزمره تان تجربه کرده اید؟

ردیف	سوال	جواب	بله (۱)	خیر (۰)
۱	کم نمودن از ساعات کاری یا فعالیتهایی که قبلا انجام می دادید			
۲	کارآیی و عملکردی کمتر از آنچه که از خودتان انتظار داشتید			
۳	کم شدن دقت و تمرکزتان به کار یا فعالیتهای روزمره در مقایسه با گذشته			

د- در طول یک ماه گذشته ناراحتیهای جسمانی یا روانی تا چه حدی مانع رسیدگی به امور خانه و دیدار با فامیل و دوستان و همسایگان شده است؟

- ۱- اصلا ☐ ۲- کمی ☐ ۳- تا حدی زیاد ☐ ۴- زیاد ☐ ۵- خیلی زیاد ☐
- و- در طول یک ماه گذشته تا چه حد درد و ناراحتی جسمانی را تجربه کردید؟
- ۱- اصلا ☐ ۲- خیلی کم ☐ ۳- کم ☐ ۴- تا حدی زیاد ☐ ۵- زیاد ☐ ۶- خیلی زیاد ☐

ز - در طول یک ماه گذشته احساس درد و ناراحتی جسمانی تا چه حدی کار و فعالیت شما را دچار مشکل و اختلال کرده است؟

- ۱- اصلا ☐ ۲- کمی ☐ ۳- تا حدی زیاد ☐ ۴- زیاد ☐ ۵- خیلی زیاد ☐

ط- در طول یک ماه گذشته شرایط روحی و روانی شما چگونه بوده است:

ردیف	سوال	جواب	تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت ها	بعضی وقت ها	به ندرت	هیچ وقت
۱	احساس شادی و نشاط می کردم							
۲	فردی عصبی بودم.							
۳	احساس افسردگی شدیدی داشتم که احساس می کردم هیچ چیزی نمی تواند مرا از این وضع خارج کند							
۴	احساس راحتی و آرامش داشتم							
۵	احساس می کردم انرژی و توان زیادی دارم							
۶	احساس یاس و ناامیدی می کردم.							
۷	احساس می کردم که از کار افتاده و ناتوان شده ام							
۸	فرد شادی بودم							
۹	احساس خستگی می کردم							

ی - در طی یک ماه گذشته ناراحتیهای جسمانی و مریضی یا مشکلات عصبی و روانی و بی حوصلگی تا چه حدی باعث شده است که شما نتوانید فعالیتهای اجتماعی مانند دیدار با دوستان یا رفت و آمد با فامیل یا حضور در مکانهای عمومی را تجربه نمایید. ۱-

- همه اوقات ☐ ۲- بیشتر اوقات ☐ ۳- گاهی اوقات ☐ ۴- خیلی به ندرت ☐ ۵- اصلا ☐

ک- جملات زیر را تا چه حدی تایید می کنید؟

ردیف	سوال	جواب	کاملا درست	تا حدی درست	تا بحال توجه نکرده ام	تا حدی نادرست	کاملا نادرست
۱	فکر می کنم در برابر بیماریهای آسیب پذیر تر از بیشتر مردم هستم و سریعتر از اغلب مردم مریض می شوم.						
۲	از نظر سلامتی و امکان ابتلای به بیماری فرقی با بقیه افراد ندارم						
۳	فکر می کنم روز به روز وضعیت سلامتیم بدتر می شود.						
۴	وضعیت سلامتی خود را عالی ارزیابی می کنم.						

لطفاً این قسمت را بدقت مطالعه کنید:

سؤالات زیر مربوط به سلامت عمومی شما در طی یک ماه گذشته تا به امروز است. پاسخی را که فکر میکنید با وضع شما بیشتر مطابقت دارد مشخص کنید. لطفاً به تمامی سؤالات پاسخ دهید و جواب خود را در محل مربوط با علامت ضربدر مشخص فرمائید. از همکاری شما بسیار متشکریم.

- ۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟
- ۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟
- ۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟
- ۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟
- ۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سر درد داشته‌اید؟
- ۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اند یا اینکه فشاری به سرتان وارد میشود؟
- ۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بعضی وقتها بدنن داغ و یا سرد می‌شود؟
- ۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بیخوابی شده باشید؟
- ۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می‌شوید؟
- ۱۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟
- ۱۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟
- ۱۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده‌اید؟
- ۱۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام هر کاری خارج از توانائی شما است؟
- ۱۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟
- ۱۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟
- ۱۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده‌اید؟
- ۱۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که کارها را بخوبی انجام می‌دهید؟
- ۱۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می‌کنید؟
- ۱۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟
- ۲۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانائی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟
- ۲۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمره زندگی لذت ببرید؟
- ۲۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که شخص بی ارزشی هستید؟
- ۲۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟
- ۲۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
- ۲۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مساله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟
- ۲۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصابتان خراب است نمی‌توانید کاری انجام دهید؟
- ۲۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده‌اید که ايكاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می‌شدید؟
- ۲۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟

۱	بیشتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی کمتر از حد معمول
۲	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۳	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۴	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۵	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۶	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۷	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۸	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۹	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۰	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۱	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۲	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۳	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۴	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۵	بیشتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۶	کمتر از حد معمول	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱۷	بہتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی کمتر از حد معمول
۱۸	بیشتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی کمتر از حد معمول
۱۹	بیشتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی کمتر از حد معمول
۲۰	بیشتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی کمتر از حد معمول
۲۱	بیشتر از حد معمول	در حد معمول	کمتر از حد معمول	خیلی کمتر از حد معمول
۲۲	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۲۳	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۲۴	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۲۵	اصلاً	فکر نمی‌کنم	به ذهنم خطور کرده	قطعاً بله
۲۶	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۲۷	اصلاً	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۲۸	اصلاً	فکر نمی‌کنم	به ذهنم خطور کرده	قطعاً بله

ل- در حال حاضر چه مدتی است که اعتیاد را ترک کرده‌اید؟
 م- سن شروع مصرف ...

ردیف	نوع ماده مصرفی	روش مصرف	زمان شروع مصرف
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

ن- چه مدت مشغول کاردرمانی بودید؟

س- به عنوان کار درمانی چه فعالیت‌هایی انجام می‌دادید؟

ف- به طور متوسط هر روز چند ساعت تحت کاردرمانی قرار گرفته اید؟

خ - سؤالات زیر مربوط به سنجش نگرش شما در مورد مواد مخدر می‌باشد. پاسخی را که فکر میکنید با وضع شما بیشتر مطابقت دارد مشخص کنید. لطفاً به تمامی سؤالات پاسخ دهید و جواب خود را در محل مربوط با علامت ضربدر مشخص فرمائید. از همکاری شما بسیار متشکریم.

ردیف	سوال	جواب	موافقم	نظری ندارم	مخالفم
۱	مصرف مواد مخدر موجب افزایش توانایی‌های هنری می‌شود.				
۲	مصرف مواد مخدر موجب افزایش قدرت جسمانی می‌گردد.				
۳	با مصرف مواد مخدر، کارایی مغز و قدرت حافظه افزایش می‌یابد.				
۴	با مصرف مواد مخدر، اعتماد به نفس و خلاقیت افزایش می‌یابد				
۵	مصرف مواد مخدر منجر به درک بهتر از زیبایی‌های جهان می‌گردد.				
۶	مصرف مواد مخدر انسان را سرزنده و با حال می‌کند.				
۷	مصرف مواد مخدر موجب افزایش قدرت تحمل مشکلات می‌شود.				
۸	مصرف مواد مخدر از پیری زودرس جلوگیری می‌کند.				
۹	مصرف مواد مخدر به نوعی برای گذراندن اوقات فراغت و تعطیلات مناسب است.				
۱۰	با مصرف مواد مخدر احساس سبکی و نشاط به انسان دست می‌دهد.				
۱۱	مصرف مواد مخدر موجب افزایش جرات و شهامت می‌گردد.				
۱۲	مصرف مواد مخدر برای رفع طاسی سر، سرطان، سل، سرفه و سینه درد مفید است.				
۱۳	با مصرف مواد مخدر انسان به شادی و خوشحالی قابل توجه دست می‌یابد.				
۱۴	مصرف مواد مخدر برای درد پای ورزشکاران مفید است.				
۱۵	مصرف مواد مخدر موجب پیدا کردن دوستان مناسب می‌شود.				
۱۶	مصرف مواد مخدر به افزایش احساس بزرگی در کنار دوستان منجر می‌شود.				
۱۷	مصرف مواد مخدر به کاهش درد منجر می‌شود.				
۱۸	مصرف مواد مخدر موجب درمان بیماری‌های مفاصل می‌گردد.				
۱۹	مصرف مواد مخدر به کاهش اضطراب و ناراحتی می‌انجامد.				
۲۰	مصرف مواد مخدر، اسهال، سرماخوردگی، تب، روماتیسم و... را درمان می‌کند.				
۲۱	مصرف مواد مخدر از ابتلای انسان به بیماری‌های مسری جلوگیری می‌کند.				
۲۲	اگر منع قانونی نباشد من هم در آینده مواد مخدر مصرف می‌کنم.				
۲۳	منتظر فرصتی هستم که مواد مخدر را به دست آورم و مصرف کنم.				
۴	مصرف مواد مخدر رویایی است که مدت هاست در سر دارم				
۵	اگر خانواده ام مرا منع نکنند مواد مخدر مصرف می‌کنم.				
۶	گاهی اوقات احساس می‌کنم من هم در آینده مواد مخدر مصرف می‌کنم.				
۷	گاهی فکر مصرف مواد مخدر به کله ام می‌زند.				

ردیف	سوال	جواب	موافقم	نظری ندارم	مخالفم
۸	برای یک بار هم که شده دوست دارم مواد مخدر مصرف کنم.				
۹	مصرف مواد مخدر ب برای سرگرمی بد نیست.				
۱۰	یک بار مصرف مواد مخدر به امتحانش می‌ارزد.				
۱۱	اگر ترس از اعتیاد نبود مواد مخدر مصرف می‌کردم.				
۱۲	کسانی که وضع مالی مناسبی دارند ایرادی ندارد که مواد مخدر مصرف کنند.				
۱۳	در صورت داشتن اراده قوی مصرف مواد مخدر گاهی اشکالی ندارد.				
۱۴	کسانی که هیچ گاه مواد مخدر مصرف نمی‌کنند عقاید خشک و متحجری دارند.				
۱۵	خطر مصرف مواد مخدر در مصرف بیش از اندازه آن هاست.				
۱۶	مواد مخدر تنها در صورتی که در زمان‌های مشخصی مصرف شود، سبب اعتیاد می‌شود.				
۱۷	فقط افرادی که حد مجاز مصرف را رعایت نکنند معتاد می‌شوند.				
۱۸	خطر مصرف مواد مخدر فقط زمانی است که مواد مخدر غیرخالص باشد.				
۱۹	یکبار مصرف مواد مخدر فرد را به سوی مواد مخدر نمی‌کشاند.				
۲۰	استفاده از مواد مخدر در سنین بالا اعتیاد نمی‌آورد.				



Islamic Republic of Iran

Iranian Drug Control Headquarters

Islamic Republic of Iran's Presidency

Iranian Drug Control Headquarters

The Office of Research and Training

Research Title

The Study of the role of occupational therapy in the treatment and rehabilitation of addiction and Iran's suitable patterns

Project Executive:

Mohsen Saghatyzad Sorkhob

Project Supervisor:

Majid Mahmood Alilo (Ph.D)

Spring 2018