

مقایسه اثربخشی دو روش بازتوانی همراه با ورزش و بدون ورزش بر کیفیت زندگی و عزت نفس افراد معتاد

محمد حسن شیرسوار^۱، علی محمد امیر تاش^۲، شهین جلالی^۳، محسن کوشان^۴، فهیمه کیوانلو^۵، محمد سیداحمدی^۶

^۱ کارشناس ارشد تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قشم، قشم، ایران

^۲ دانشیار گروه تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۳ استادیار گروه تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۴ عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۵ عضو هیأت علمی گروه تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایرانشهر، ایرانشهر، ایران

^۶ عضو هیأت علمی گروه تربیت بدنی، دانشگاه ولایت، ولایت، ایران

نشانی نویسنده مسؤول: ایرانشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه تربیت بدنی، فهیمه کیوانلو

E-mail: Fahimeh.keayvanloo@gmail.com

وصول: ۹۱/۶/۱۹، اصلاح: ۹۱/۹/۲۵، پذیرش: ۹۱/۱۱/۳

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد ابتلای اسارت‌آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و کلیه رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌عنوان مهمترین آسیب اجتماعی جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است. لذا هدف از این تحقیق مقایسه تأثیر بازتوانی همراه با ورزش بر کیفیت زندگی و عزت نفس افراد معتاد در مقایسه با شیوه‌های معمول است.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق نیمه تجربی، از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز ترک اعتیاد کنگره شصت، تعداد ۶۰ بیمار به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول ۳۰ نفر از افرادی بودند که پس از سم‌زدایی در برنامه‌های ورزشی شرکت نداشته و فقط درمان‌های دارویی و مشاوره دریافت می‌کردند، گروه دو، ۳۰ نفر از افرادی بودند که علاوه بر درمان‌های دارویی و مشاوره پس از سم‌زدایی در برنامه‌های ورزشی شرکت داشتند. آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌های مربوط به کیفیت زندگی و عزت نفس پاسخ دادند. نهایتاً اطلاعات با استفاده از آزمون‌های تی دو گروه مستقل و وابسته از طریق نرم‌افزار SPSS 16 در سطح معناداری ($p < 0/05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: گروه‌ها در پیش‌آزمون به لحاظ کیفیت زندگی ($t = 2/011$ ، $p = 0/87$) و عزت نفس ($t = 0/65$ ، $p = 0/49$) با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند، اما در پس‌آزمون گروه‌های دارای تمرین ورزشی به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل دارای کیفیت زندگی ($t = -3/27$ ، $p = 0/002$) و عزت نفس ($t = -2/81$ ، $p = 0/007$) بهتری بودند. همچنین مشاهده شد که، هر دو گروه در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معناداری ($p < 0/001$) به لحاظ کیفیت زندگی و عزت نفس بهبود یافته بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که بیمارانی که علاوه بر دارو درمانی از روشهای ترکیبی مانند فعالیت منظم ورزشی با شدت متوسط استفاده کرده‌اند، بهبود بیشتری در کیفیت زندگی و عزت نفس از خود نشان دادند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، کیفیت زندگی، عزت نفس، سوء مصرف مواد، تمرینات ورزشی.

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی مواد، یکی از معضلات و نگرانی های عمده جهان امروز است. از آنجایی که سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده می باشد. وابستگی و سوء مصرف مواد، به عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود (۱-۳).

اعتیاد ابتلای اسارت آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و کلیه رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می دهد و به عنوان مهمترین آسیب اجتماعی جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است (۴).

در ایران نیز شمار مصرف کنندگان مواد، نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می باشد (۵). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ درصد تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می گیرند، دچار عود می شوند (۵).

امروزه سلامتی به عنوان یکی از حقوق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است. مفهوم آن نیز در نظر متخصصان گسترش یافته است و آنها در بررسی‌های خود از رویکردی زیستی، روانی و اجتماعی، که در آن تعامل این عوامل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بهره می‌جویند. در این رویکرد مفهوم کیفیت زندگی نقشی محوری دارد (۶). کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی است و در بر گیرنده وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد است. کیفیت زندگی در افراد بیمار به‌حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که شامل دو جزء است: توانایی انجام کار روزانه که منعکس کننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد است و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان. بیماری‌ها و اختلالات مزمن و طولانی مانند ایدز و اعتیاد، به‌تنهایی یا همزمان با هم به‌طور پیوسته در زندگی مبتلایان، بحران

ایجاد می‌کنند و می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی گردند. مبتلایان به اعتیاد یا ایدز، نیازمندی‌های زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با نیازهای افراد سالم متفاوت هستند (۶).

در سبب‌شناسی اختلال وابستگی به مواد، نظریه‌های گوناگون، بر عوامل مختلف، از جمله عوامل بین‌فردی، عوامل رفتاری-روانی و عوامل زیستی-ژنتیکی تأکید دارند (۷) بررسی‌های جدید روی این اختلال، حاکی از بروز ناهنجاریهای مختلف در عملکرد مغزی بیماران در اثر سوء مصرف انواع مواد بوده است (۸) براساس مطالعات انجام گرفته در درمانگری اختلال وابستگی به مواد، تا به امروز هیچ روش درمانگری (انواع دارو درمانگری و روان‌درمانگری) به‌تنهایی نتوانسته نتایج کامل و پایداری بر جای گذارد. بنابراین امروزه در فرآیند درمانگری و بهبود این اختلال، گرایش به کاربرد همزمان چند روش درمانگری است.

برونر و همکاران پژوهشی بر روی ۷۱۶ نفر از افرادی که در برنامه دریافت متادون شرکت کرده بودند، دریافتند که برخی اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلالات شخصیت و بی‌حوصلگی، در میان این افراد بسیار بارز است. اختلالات سایکوتیک و اختلالات عاطفی در معتادین بالاتر از افراد غیرمعتاد است. این‌گونه اختلالات در زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان است (۹).

پژوهش انجام شده توسط کریج نشان داد افراد معتادی که برای مدتی طولانی از مواد مخدر استفاده می کنند، بیشتر به اختلالات اضطرابی دچار می شوند و از میان کسانی که جهت ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند درصد افراد معتادی که دچار اختلالات روانی هستند نیز به‌طور معنی‌داری بیشتر است (۱۰).

مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به‌علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای

ورزشی بر کیفیت زندگی و عزت نفس افراد معتاد پرداختیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و جامعه پژوهش را معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد کنگره شصت در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌داد. از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز ترک اعتیاد کنگره شصت، افرادی که دارای سابقه سوء مصرف مواد بوده و موفق به ترک شده و در مرحله پس از سم‌زدایی قرار داشتند، تعداد ۶۰ نفر به‌طور تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. واحدهای پژوهش شامل دو دسته بودند: گروه اول (گروه کنترل) شامل ۳۰ نفر که پس از سم‌زدایی در برنامه‌های ورزشی شرکت نداشته و فقط درمانهای دارویی و مشاوره دریافت می‌کردند، گروه دوم (گروه تجربی) ۳۰ نفر از افرادی بودند که علاوه بر درمانهای دارویی و مشاوره پس از سم‌زدایی در برنامه‌های ورزشی شرکت داشتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش برای این گروه عبارت بود از: داشتن سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (۱۳)، سپری شدن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به برنامه درمان. ملاک‌های حذف آزمودنی‌ها عبارت بود از: ابتلا به اختلالات روان‌پریشی دوقطبی و یا تجزیه‌ای، بیماری شدید جسمی که فرد را از شرکت در درمان باز دارد و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر.

آزمودنی‌های گروه کنترل فقط داروی نالترکسون و رفتاردرمانی شناختی دریافت کردند. آزمودنی‌های گروه تجربی بعد از پرکردن رضایت‌نامه کتبی علاوه بر دریافت داروی نالترکسون و رفتاردرمانی شناختی به‌مدت هشت هفته (هر هفته ۴ روز، هرروز ۲ ساعت) در برنامه ورزشی

ریزش، ضعیف می‌باشد (۱۱). در حال حاضر انجمن روانپزشکی آمریکا درمان‌های روانی اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی سوء مصرف مواد در نظر می‌گیرد. در سال‌های اخیر در زمینه سوء مصرف مواد در سطوح مختلف سبب شناسی، تشخیص و درمان، پیشرفت‌های چشم‌گیری به‌دست آمده و در درمان از یک رویکرد چند رشته‌ای و الگوی روانی-اجتماعی و معنوی بهره گرفته می‌شود (۱،۲).

در مداخله‌های مبتنی بر راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی، بر خلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر، به‌جای تغییر محتوای افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکز زدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار، به‌عنوان نوعی واقعیت‌ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و افزایش تحمل، حالت‌های هیجانی منفی، افکار و تصورات تأکید می‌شود (۳).

در بررسی سبب شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای و خلاء معنوی را عنوان نموده‌اند (۱۲). بنابراین در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد مخدر، استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری بوده و می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد.

با توجه به این یافته‌ها و توانایی ورزش در تخلیه هیجانی و ارضای حس هیجان‌طلبی، هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی روش پیشگیری از عود بر پایه ورزش متعادل در کنار درمان‌های دارویی و روانشناختی در درمان وابستگی به مواد افیونی و افزایش سلامت روانی و جسمانی بیماران در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی و داروی نگهدارنده نالترکسون است. براین‌اساس در این پژوهش به بررسی اثرات یک دوره تمرینات منتخب

شرکت کردند.

کیفیت زندگی ($t = -3/27$ $p = 0/002$) و عزت نفس بدون برنامه تمرینی ($t = -2/81$ $p = 0/007$) دو گروه دارای برنامه تمرینی و بدون برنامه تمرینی تفاوت معناداری وجود داشته است.

با توجه به جدول (۱) و آزمون تی دو گروه وابسته در سطح معناداری ($P < 0/05$) مشاهده شد که، بین میزان عزت نفس در دو مرحله آزمون در هر دو گروه تفاوت معناداری ($P < 0/05$) وجود دارد، به عبارت دیگر هر سه گروهی که تحت درمان بودند به طور معناداری به لحاظ عزت نفس بهبود یافته‌اند.

اما تنها کیفیت زندگی گروه فعال ورزشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون به طور معنادار بهبود یافته است و در گروه غیرفعال تفاوت معناداری مشاهده نشد، هرچند که در این گروه نیز تا حد زیادی بهبودی حاصل شده است.

بحث

این تحقیق جهت مقایسه تأثیر یک دوره بازتوانی با ورزش و بدون ورزش بر کیفیت زندگی و عزت نفس افراد معنادار پس از سم‌زدایی صورت گرفت. نتایج نشان داد که افراد صرف‌نظر از گروهی که در آن قرار داشتند، پس از ترک و دریافت برنامه‌های بازتوانی در پس‌آزمون، افزایش معناداری را در سطح کیفیت زندگی و عزت نفس داشتند. باین‌حال، شرکت در فعالیت‌های ورزشی به طور هم‌زمان با درمان‌های دیگر موجب ارتقاء بیشتر کیفیت زندگی و عزت نفس شده است.

نتایج پژوهشی نشان داده، تمرینات ورزشی تأثیر معنی‌داری در افزایش میزان شادی و لذت از زندگی افرادی که به تمرینات و فعالیت‌های هوازی پرداخته‌اند،

آزمودنی‌ها طی دو مرحله به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (پایایی ۰/۸۹) (۱۴) و عزت نفس (پایایی ۰/۹۱) (۱۵) پاسخ دادند. مرحله اول یک هفته پس از سم‌زدایی صورت گرفت. در این مرحله توضیح مختصری درباره تحقیق ارائه شد و به آزمودنی‌ها کدهای شخصی جهت شناسایی در دو مرحله داده شد. پس از گذشت ۲ ماه از مرحله اول مجدداً از آزمودنی‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی (WHOQOL_26) و عزت نفس آیزنک پاسخ دهند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف، تی‌مستقل و وابسته در سطح معناداری (۰/۰۵) از طریق نرم‌افزار SPSS.16 انجام گرفت.

یافته‌ها

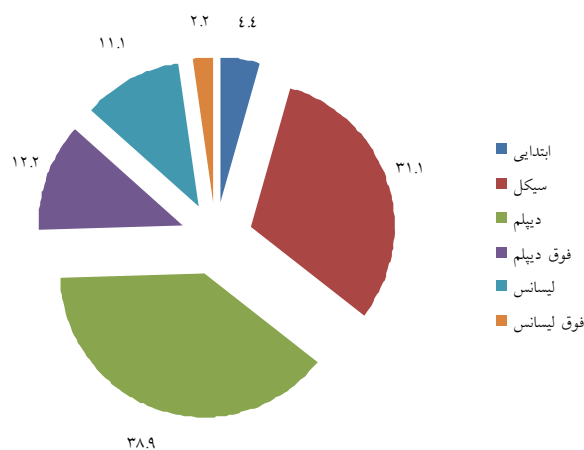
طبق اطلاعات به‌دست آمده، دامنه سنی آزمودنی‌ها در گروه بدون فعالیت ورزشی ($31/92 \pm 8/92$) سال و در گروه دارای فعالیت ورزشی ($32/42 \pm 9/10$) سال بوده است. همچنین مشاهده شد بیشتر واحدهای پژوهش به‌لحاظ تحصیلات در سطح دیپلم ۳۸/۹ درصد و سیکل ۳۱/۱ درصد بوده‌اند (نمودار ۱).

نتایج طبق نمودار (۲) نشان داد که، بین کیفیت زندگی ($t = 2/011$ $p = 0/87$) و عزت نفس ($p = 0/49$) دو گروه پیش از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته است. در حالی که نتایج پس‌آزمون طبق نمودار (۳) نشان داد که،

جدول ۱: مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کیفیت زندگی و عزت نفس در گروه بدون فعالیت ورزشی و دارای فعالیت ورزشی

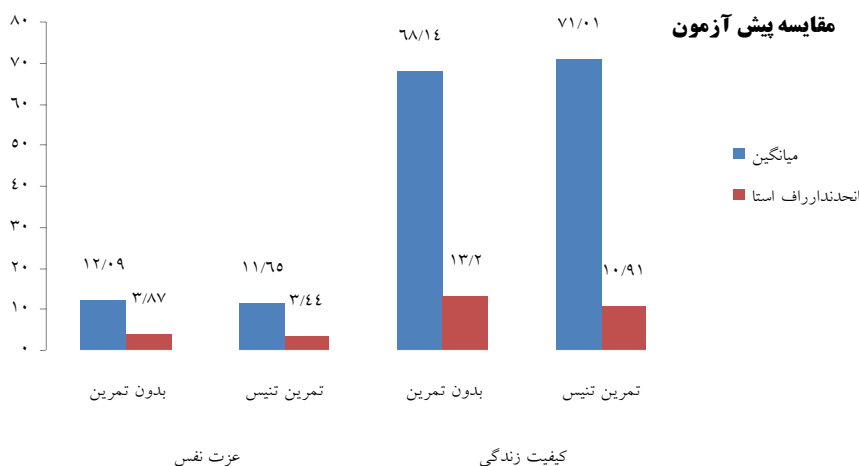
Sig (2-tailed)	df	t	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مؤلفه‌ها	گروه‌ها
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
0/031	29	4/55	96/14	11/59	71/01	10/91	کیفیت زندگی	تمرین ورزشی
<0/01	29	6/89	22/76	4/97	11/65	3/44	عزت نفس	
0/051	29	3/68	84/84	13/55	68/14	13/20	کیفیت زندگی	بدون فعالیت ورزشی
<0/01	29	5/84	19/02	4/67	12/09	3/87	عزت نفس	

درصد فروانی



نمودار ۱: درصد توزیع نمونه ها به لحاظ سطح تحصیلات

مقایسه پیش آزمونها



نمودار ۲: مقایسه پیش آزمون گروهها

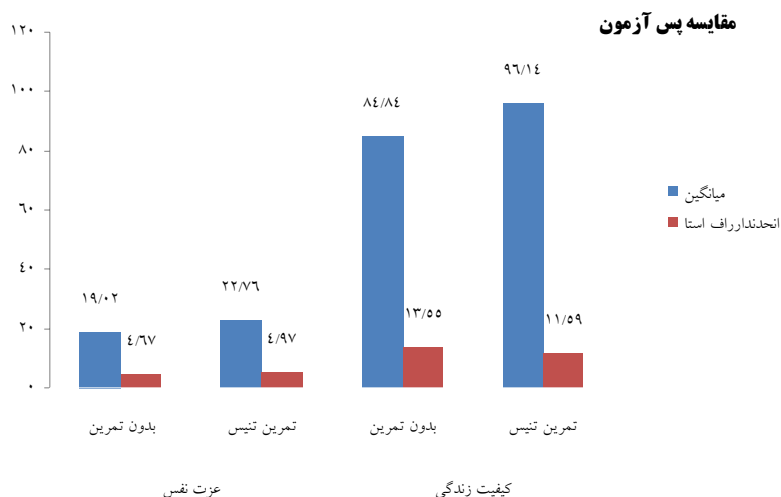
و تنش روانی، عصبانیت و بدخلق بودن، ترس و وحشت بی دلیل و دل شوره از علائم اضطراب است (۲۶). مشاهده شد که تمرینات ورزشی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کاهش نشانه‌های اضطراب داشته است.

مطالعات لاندرز و پتروزیلو (۱۹۹۴) در زمینه بررسی نتایج ۲۷ مطالعه بین سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۱ نشان داد که ۸۱ درصد پژوهشگران به این نتیجه دست یافته‌اند که فعالیت جسمانی با کاهش اضطراب مرتبط است (۲۷). بررسی‌های فراتحلیلی نیز ارتباط بین کاهش اضطراب و فعالیت‌های ورزشی را به‌طور معناداری نشان داده است (۲۸).

داشته است (۲۱). پلنت و همکارانش در پژوهشی به بررسی تأثیر ورزش بر سلامت روانی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تمرینات ورزشی موجب بهبود خلق و خو، سلامت روانی، افزایش خودباوری و عزت نفس افراد شرکت کننده شده است (۲۲).

نتایج این پژوهش با تحقیقات حاتمی، بلومنتال و تهور انزابی همسو است (۲۳-۲۵). نتایج گزارش شده، بهبود کیفیت زندگی، کاهش خستگی و بهبود عملکرد جسمانی و خواب افراد را پس از انجام فعالیت بدنی تأیید می کند.

داشتن نشانه‌هایی از قبیل بی‌خوابی، احساس فشار



نمودار ۳: مقایسه پس آزمون گروه‌ها

مداخلات روانشناختی، بخش اجتناب‌ناپذیر درمان اعتیاد هستند. این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود. از آنجا که داروی نالترکسون یک آنتاگونیست خالص است، بنابراین باعث مهار گیرنده‌های اپیویدی می‌شود و هیچ نوع خاصیت تقویت‌کنندگی ندارد، لذا از سوی بیماران بدون مداخله‌های روانشناختی کمتر پذیرفته می‌شود. بنابراین بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از ساز و کارهای عمل پیشنهاد شده در روش ذهن‌آگاهی، مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم هیجان باشد (۳۶،۳۵).

اگر بپذیریم که رفتار انسان از نگرش او نشأت می‌گیرد و باورها و اعتقادات او و حتی میزان حس ارزشمندی که انسان برای خود قائل است روی واکنش وی اثر می‌گذارد، لذا باید در درمان افراد معتاد نگرش آنها و باورها و اعتقادات منفی و غیرمنطقی‌شان تغییر ایجاد کرد. مکانیسم فنون رفتاری شناختی تأثیرشان بیشتر از طریق اصلاح و تغییر همین باورهای منفی و غیرمنطقی است. از طرفی افراد با مشارکت ورزشی با بالابردن توان بدنی، ارتباط مؤثر اجتماعی و همچنین احساس مفید بودن، عزت نفس خود را تقویت می‌کنند. مشاهده شده که افراد

احساس‌هایی چون بی‌ارزش بودن خود و زندگی، ناامیدی و خودکشی بیان‌گر افسردگی است. نتایج تحقیق براندون نشان داد که، بین افزایش در آمادگی هوازی و کاهش میزان افسردگی رابطه معناداری وجود دارد (۲۹). همچنین تحقیقات کوپر و مسعودی، نتایج به‌دست آمده از این پژوهش‌ها را تأیید می‌کند (۲۱،۳۰).

شاید علت این پدیده این باشد که با شرکت در فعالیت‌های فیزیکی سطح سروتونین، نوراپی‌نفرین و اپیوئیدها در هنگام فعالیت‌های ورزشی افزایش می‌یابند و موجب کاهش افسردگی می‌شوند (۳۱).

از سوی دیگر کاهش مصرف مواد نیز از طریق کاستن از افسردگی همبسته با ترک مواد، به بهبودی علائم افسردگی منجر شده و در پی آن الگوهای طبیعی خواب و بیداری و کاهش رویارویی با سایر پیامدهای منفی سوء مصرف مواد شکل می‌گیرد (۳۲).

بررسی فراتحلیلی کرافت (۱۹۹۷) نشان داد که فعالیتهای ورزشی با کاهش معنادار افسردگی در آزمودنی‌ها مرتبط است. یافته‌ها نشان می‌دهد که اثر ضدافسردگی فعالیتهای ورزشی از جلسات اولیه فعالیت‌های ورزشی آغاز شده و پس از پایان فعالیتهای ورزشی تداوم می‌یابد (۳۳،۳۴).

این تحقیق در زمینه اثربخشی مداخلات روانپزشکی همخوان با سایر بررسی‌ها نشان داد که،

معتاد در مقایسه با آزمودنی‌های غیرمعتاد از عزت‌نفس پایین برخوردار هستند (۳۷). همین عزت‌نفس پایین یکی از عوامل مرتبط با گرایش به اعتیاد و عود آن است، در جلسات درمانی وقتی که درمانگر با افراد معتاد ارتباط مطلوب درمانی، یعنی رابطه حسنه برقرار می‌کند، آن موقع است که افراد معتاد احساس ارزشمندی می‌کنند که عزت‌نفس انسان همان حس ارزشمندی است و این حس ارزشمندی به دنبال ارتباط مطلوب و مشاوره در درمان‌جویان معتاد ایجاد می‌شود. در راستای تأیید این مطلب اگر به نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها در رابطه با عزت‌نفس برگردیم، می‌بینیم که نمرات عزت‌نفس افراد معتاد در هر سه گروه بهبود یافته است، اما در گروه‌های تجربی این بهبودی بیشتر بوده است. یعنی ارتباط مشاوره‌ای مناسب و بکارگیری فعالیت‌های ورزشی گروهی و انفرادی توانسته است عزت‌نفس درمان‌جویان را افزایش داده و آنها را برای شروع یک زندگی نوین توانمند سازد.

ذکایی (۱۳۷۹) نشان داد افراد معتاد دارای افسردگی بالا و عزت‌نفس پایین هستند (۳۸). همچنین میلر نشان داد که اکثر افراد معتاد به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، نداشتن اعتماد به نفس و عزت‌نفس و اراده ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند. اساس توجه به عزت‌نفس معتادان این است که آنان بتوانند با افزایش عزت‌نفس خویش در برابر فشار گروهی مقاومت نمایند و به سادگی تسلیم وسوسه و فشار دوستان و آشنایان خود برای سوء مصرف مواد نگردند (۳۹). نتایج این تحقیق نشان داد که گروه‌ها در اثر دریافت جلسات روان‌درمانی و مشارکت در

فعالیت‌های ورزشی توانسته‌اند عزت‌نفس خود را ارتقاء دهند، که این مسئله می‌تواند عاملی جهت جلوگیری از مصرف مجدد مواد شود. همان‌طور که می‌دانیم درمان اعتیاد از دو بخش درمان دارویی و غیردارویی تشکیل می‌شود. سهم درمان‌های دارویی در حدود ۵ تا ۱۰ درصد و سهم درمان‌های غیردارویی در حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد درمان یک فرد معتاد است. تحقیقات نشان داده است که اگر اختلالات همراه با اعتیاد را کاهش و یا کنترل نماییم، فرد معتاد هم به راحتی ترک می‌کند و هم به مصرف مجدد روی نمی‌آورد. از جمله این اختلالات می‌توان به افسردگی قبل یا بعد از اعتیاد، اضطراب و انواع آن، خودپنداره منفی و عزت‌نفس اشاره نمود. بنابراین کنترل یا کاهش هر کدام از این اختلالات در درمان یک فرد معتاد مهم است.

با علم به ناکافی بودن روش‌های رایج در درمان‌گری اختلال وابستگی به مواد، از جمله دارو درمان‌گری‌ها، و با اثبات وجود مشکلات روان-عصب شناختی در این اختلال، و تأیید کاربرد و اثربخشی مداخلات عصب روان‌شناختی (۳) و ورزشی (۴۰) بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس، به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های ترکیبی که شامل دارودرمانی، درمان‌های روان‌شناختی و فعالیت منظم ورزشی با شدت متوسط می‌تواند اثر بخش‌تر باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از افرادی که به‌عنوان آزمودنی، ما را در انجام پژوهش یاری نموده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Brook DW, Spitz HI. The group therapy of substance abuse. New York: The Howrth Medical Press, 2002:158-65.
2. Wallace J. Theory of 12-step oriented treatment. In FJ. Rotgers and SW Morgenstern (Eds.), Treating substance abuse: Theory and technique. New York: The Guilford Press, 2003: 9-31.

3. Dabaghi P, Asghar Nejad F, Atef Vahid MK, Bulbahry J. Efficacy of relapse prevention based of mind knowledge in treatment of opioid dependence and mental health. Substance abuse. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 7: 366-75. (Persian).
4. Mehr Yar AH, Jazayeri M. Addiction, prevention and treatment. Publication of Ravan poor, 1998: 145-52. (Persian)
5. Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Archives of Iranian Medicine, 2002; 5, 184-90. (Persian)
6. Shahivand A. Study of physicians 'and dentists' knowledge about AIDS in Yazd [dissertation]. Shahid Ghodosi Univ., 1998. (Persian)
7. Zakariaei M. Sociology of Drug Use, Drug Abuse, 2003; 5: 55-60. (Persian)
8. Sokhadze T, Stewart CM, Hollifield M. Integrating cognitive neuroscience research and cognitive behavioral treatment with neuro feedback therapy in drug addiction comorbid with Posttraumatic Stress Disorder: A conceptual review. Journal of Neuro therapy. 2007; 11(2):13-44.
9. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use co morbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54(1):71-80.
10. Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction 1998; 93(1):73-92.
11. Roozen HG, Waart RD, Windt D, Brink W, Yong CA, Kerkbof AFM. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. European Neuropsychopharmacology. 2006; 16: 311-23.
12. Blume AW. Treating drug problems. New York: Wiley: 2005.
13. Robert L. Gibbon S M, Andrew E. Dsm-IV-Tr(r) Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Publishing. 2002: 250-75.
14. World Health Organization. World Health Organization Quality of life instrument, WHOQOL-BREF. Publication of the World Health Organization (WHO). 1997: 1-15.
15. Doulatbadi H. The Comparison of levels self-esteem and depression between physical disabilities employed and unemployed workers [dissertation]. Ferdowsi univ., 1997.
16. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. 2005; 4(2):113-20.
17. Joghataei MT, Nejadi V. The study of Health status of elderly in the city of Kashan. Salmand. 2006; 1(1): 3-9.
18. Barnett DB. Assessment of quality of life. The American journal of cardiology. 1991; 67(12):41-4.
19. Von Strauss E, Agüero-Torres H, Kareholt I, Winblad B, Fratiglioni L: Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. J Clin Epidemiol 2003, 56:669-77.
20. Jafarzade Fakhari M, Behnam Vashani HM, Vahedian Shahroudi M. The Quality of Life of the Elderly in Sabzevar. 2010; 17(3): 213-17. (Persian)
21. Cooper K. Aerobic program for total well – being Bantam Books Toronto: Human Kinetics; publish Inc: 1989.
22. Plante TG, Rodin J. Physical fitness and enhanced psychological health. Current – Psychology – Research and Review. 1994; 21: 36-9.
23. Hatami Milagerdi L, Kermanshahi S, Memarian R. Survey the exercise effects of regular training program on depressive children age 8-12 years old underling of hemodialysis in medical center in Tehran. Daneshvar Medicine, 2002; 9(40): 23-8. (Persian)
24. Blumental JA. Long-term effects of exercise of psychological functioning in older men and women. Journal of sport medicine. 1991; No: 37-41.
25. Anzabi M, Rajabi S. Comparative study of the mental health of athletes and non- athletes prisoners [dissertation]; Ardabil Univ., 2006. (Persian)
26. Sedaghati P, Khalaji H, Kouzehchian H, Arjmand A. Dose a regular walking have any effect on the general, trait and state anxiety of pregnant women? Olympic. 2008; 42: 19-28. (Persian)
27. Landers DM, Petruzzello SJ. Physical activity, fitness, and anxiety. Champaign IL, Human Kinetics Publishers. Calfas KJ, Taylor WC. 1994. Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. Pediatric Exercise Science. 1994; 6(4):406-23.
28. McDonald DG, Hodgdon JA. The psychological effects of aerobic fitness training: research and theory. Springer-Verlag, New York: 1991.
29. Brandon JE, loftin JM. Relationship of fitness to depression, State and trait anxiety, internal health locus of control and self-control. Percept Mot Skills. 1991; 73: 125-30.
30. Masoudnia E. the impact of aggression on martial arts participation. Olympic. 2007; 39: 55-66. (Persian)

31. Donohue B. Examination of psychiatric symptoms in student athletes. *J of Gen Psycho*. 2004; 131: 29-36.
32. Carroll M Kathleen. *Therapy manuals for drug addiction. A cognitive behavioral approach treating cocaine addiction*. Translated by Bakhshi poor A. Spand honar publication: 2002.
33. Craft LL. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology (JSEP)*. 1998; 20(4): 339 - 57.
34. North TC, McCullagh P, Tran ZV. Effect of exercise on depression. *Exerc Sport Sci Rev*. 1990; 18:379-415.
35. Breslin, FC, Zack M, McMair S. An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology, Science and Practice*. 2002; 9: 275-99.
36. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*. 2003; 10: 125-43.
37. Narimani M, Ghafari M, Abolghasemi A, Ganji M. The comparison of mental health and locus of control in professional and amateur athletes. *Harakat*. 2007; 30:15-28. (Persian)
38. Zakaei A. The comparison sensation seeking, Position control and Extroversion Addicts and non-addicts [dissertation]. Islamic Azad Univ., 2000. (Persian)
39. Miller N. *Addiction psychiatry*. New York. 1995.
40. Mogharnasi M, Koushan M, Golestaneh F, Seyedahmadi M, Keavanlou. The Effect of Aerobic Training on the Mental Health of Addict Women. 2011; 18(2): 91-7. (Persian)

Comparing the effectiveness of rehabilitation methods with and without exercise on quality of life and self-esteem addicts

Shirsavar MH.,

Master of Physical Education, Islamic Azad University, Qeshm Branch, Qeshm, Iran

Amirtash AM.,

Associate Professor of Physical Education, Islamic Azad University, science and Research Branch, Tehran, Iran

Jalali S.,

Assistant Professor of Physical Education, Islamic Azad University, science and Research Branch, Tehran, Iran

Koushan M.,

Faculty Member of Department of Nursing, Sabzevar University of Medical School, Iran

Keavanlou, F.,

Faculty Member of Department of Physical Education, Islamic Azad University, Iranshahr Branch, Iranshahr, Iran.

Seyedahmadi, M.,

Faculty Member of Department of Physical Education, Velayat University, Iranshahr, Iran

Received:10/09/2011, Revised:16/12/2011, Accepted:23/01/2012

Corresponding Author:

Iranshahr, Islamic Azad University,
Department of Physical Education,
Fahimeh Keavanlou
E-mail:
Fahimeh.keavyanloo@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Addiction is a dependence on the drug that makes him the physical and psychological dependence on drugs and will affect all his personal and social behavior and has been attacked as an important social pathology of human society. Therefore, the aim of this study was Effect of a given exercise program on quality of life and self-esteem of addicts.

Methods and materials: The study was quasi-experimental. Between drug addiction in the center of the 60 Congress, 60 of whom were purposefully selected and divided into two groups. The first group, There were 30 people after detoxification and drug treatments did not participate in exercise programs and advice received, the second Group, There were 30 people on drug treatment and counseling after detoxification were involved in sports programs. In two pre-test and post test subjects responded to questionnaires about quality of life and self-esteem. Data analysis was performed using the dependent and independent T test with Using software SPSS16 at significant level ($p < 0.05$).

Results: The groups were not significantly different from each other in pre-test, quality of life ($p=0/87$, $t= 2/011$) and self-esteem ($p=0/49$, $t=0/65$) but in the post-test groups with exercise training significantly with quality of life ($p=0/002$, $t=-3/27$) and self-esteem ($p=0/007$, $t= -2/81$) were better than the control group. It was observed that two groups of pre-test to post-test significantly ($p < 0/001$) in terms of quality of life and self-esteem had improved.

Conclusion: The results showed that the drug addicts who have used a combination of methods, such as regular exercise of moderate intensity, Had a greater improvement in quality of life and self-esteem.

Key words: addiction, quality of life, self-esteem, substance abuse, exercise.