



بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون با بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین

لیلا جبل زایجانی

دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

Ramin3677s@yahoo.com

۰۹۳۰۵۶۹۶۹۳۰

مرتضی کشاورز

استادیار گروه روانشناسی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

Ramin3677s@yahoo.com

علی محمد رضایی

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

Ramin3677s@yahoo.com

چکیده

سوء مصرف مواد یک فاجعه برای افراد مصرف کننده، خانواده شان و جامعه می باشد. روند روبه افزایش آن به یک مسأله مهم بهداشت عمومی تبدیل شده و موجب نگرانی سیاست گزاران شده است. در حالی که کشورهای پیشرفته زیادی از درمان های دارویی برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر استفاده می نمایند در بسیاری از کشورهای در حال توسعه این روش ها پذیرفته شده نیست. در زمینه مداخله های درمانی اعتیاد تلاش های فراوانی انجام شده که در حال حاضر دو نوع اصلی از داروهای درمان اعتیاد، متادون و بوپرنورفین نام دارند. در این تحقیق به مقایسه امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون با بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین پرداخته شده است. در این راستا از روش شامل t مستقل استفاده شده، داده ها مربوط به ۱۰۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده متادون و بیماران تحت درمان نگهدارنده بوپرنورفین در مراکز خصوصی ترک اعتیاد سرپایی شهرستان شیراز است که در دو گروه ۵۰ نفری قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) بود. طبق نتایج هر دو فرض بر اساس روش t مستقل تأیید می شوند به این معنا که درمان با متادون امید به زندگی و سلامت عمومی را بیش از بوپرنورفین افزایش می دهد. با توجه به نتایج این مطالعه و یافته های دیگران و مباحث مطروحه می توانیم تأثیر برنامه جایگزینی متادون را مثبت و مفید، برای درمان بیماران وابسته به مواد مخدر ارزیابی نموده و نتیجه گیری نمود که درمان پزشکی و دارویی و به ویژه بهره گیری از روش درمانی متادون به طور بالقوه می تواند در کشور ایران نیز یک روش مناسب برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: متادون، بوپرنورفین، امید به زندگی، تاب آوری، سلامت عمومی.

۱- مقدمه

اعتیاد یکی از مهم ترین معضلات اجتماعی محسوب می شود که همه ابعاد زندگی افراد اعم از فردی، اجتماعی، جسمی و روانی را تحت الشعاع قرار می دهد با توجه به نرخ در حال افزایش این بیماری خسارات جبران ناپذیری بر زندگی خود فرد و بطن جامعه وارد می شود باید به این مسأله و راه های جلوگیری از ابتلا و درمان آن توجه خاص مبذول داشت (جعفری کهخا، ۱۳۹۶). با توجه به رشد روزافزون اعتیاد در کشورهای مختلف و لزوم درمان مناسب تر این بیماری و تأثیر این درمان ها بیشتر می شود و بزرگسالانی که مواد مصرف می کنند اکثراً توانایی تفکر و حافظه و توجه شان



ضعیف است و در نتیجه سوء مصرف مواد رفتارهای اجتماعی نامناسبی دارند و کارایی شغلی و ارتباطات فردی شان ضعیف است (ممتازی و همکاران ۱۳۹۱). اعتیاد امری قابل پیشگیری و درمان است اما درمان آن ساده نیست چرا که اعتیاد ابعاد گوناگونی دارد. پیشگیری، موثرتر و کم هزینه تر از درمان است و با شناخت عوامل و ویژگی های که افراد را در مقابل اعتیاد آسیب پذیرتر می کند شروع می گردد (گرابر، وانارسدال، ویگ و هانگ، ۲۰۱۶).

درمان های نگهدارنده مخصوصاً متادون، نقش چشمگیری در جلوگیری از جلوگیری از مصرف داروهای اپیوئیدی تریقی و ترک اعتیاد به آنها را دارند. به نظر می رسد درمان نگهدارنده با متادون خوراکی یک مداخله مؤثر و پذیرفته شده برای وابستگی به مواد افیونی (هروئین) است و به طور گسترده در برخی کشورها استفاده می شود. با این حال، درمان نگهدارنده با متادون دارای تعدادی ویژگی منفی است که به طور بالقوه بر اثربخشی آن تأثیر می گذارد و منجر به توجه به درمان های دارویی و روش های ارائه درمان جایگزین شده است (ماتیک و همکاران^۱، ۲۰۰۳). جنبه های منفی متادون به این دلیل است که متادون یک آگونیست کامل اپیوئیدی در گیرنده های مو (μ) است. بنابراین، یکی از جنبه های منفی متادون، پتانسیل آن برای تولید و/یا حفظ وابستگی به مواد افیونی است، به طوری که در صورت فراموشی یک دوز روزانه، بیماران ولع مصرف را تجربه می کنند و سم زدایی می تواند یک فرآیند طولانی و دشوار باشد که بیماران را از تلاش برای ترک منصرف می کند. علاوه بر این، به دلیل اثر آگونیستی کامل آن، هیچ سقفی برای سطح سرکوب یا آرام بخشی که متادون می تواند ایجاد کند وجود ندارد و بنابراین مصرف بیش از حد متادون می تواند کشنده باشد. همچنین اگرچه این ماده افیونی طولانی اثر است، اما در برخی کشورها و مکان ها، ناراحتی ناشی از دوز روزانه و مراجعه مکرر به کلینیک ممکن است برای مراجعان جذاب نباشد و محدودیت های اعمال شده ناشی از برنامه دوز روزانه متادون بر سبک زندگی کلی بیماران و فرصت های شغلی پایدار اثرگذار است. این عوامل ممکن است از جذابیت متادون برای جذب بیماران وابسته به مواد به درمان محدود کند، و بررسی داروهای جایگزین در سال های اخیر تمرکز تحقیقات بوده است که امیدوارکننده ترین آنها شامل دارودرمانی هایی است که بیماران را با مواد افیونی با خواص دارویی که مدت اثر طولانی تری نسبت به متادون دارد، درمان می کنند (کارول و ویس^۲، ۲۰۱۷). یکی از این مواد دارویی، بوپرنورفین است که یک ضد درد مخدر مصنوعی قوی است که در ابتدا برای مدیریت درد حاد استفاده می شد. از نظر فارماکولوژیک، بوپرنورفین باعث اثرات ذهنی مورفین مانند و ایجاد تحمل متقاطع به سایر مواد افیونی می شود. برخلاف متادون و هروئین (که آگونیست کامل هستند)، بوپرنورفین یک آگونیست نسبی است و اثرات مخدر ضعیف تری را در محل های گیرنده مواد افیونی اعمال می کند. به نظر می رسد که این اثر آگونیستی جزئی، بوپرنورفین را در مصرف بیش از حد ایمن تر می کند. سایر مزایای بوپرنورفین ممکن است شامل مرحله ترک آسانتر و به دلیل طولانی تر بودن اثر، گزینه مناسبی برای دوز متناوب در روز باشد (لینک و همکاران^۳، ۲۰۱۳). دوز مطلوب متادون برای درمان های نگهدارنده کوتاه مدت و طولانی مدت مورد بحث قرار گرفته و در ضمن داروی بوپرنورفین برای درمان نگهدارنده مورد مقایسه با متادون قرار گرفته است و مشخص شده که قدرت بوپرنورفین برای درمان های نگهدارنده و جلوگیری از مصرف نابجای اپیوئیدهای تریقی قابل مقایسه است و در مواردی نیز نسبت به متادون برتری دارد (خدایارپور، ۱۳۷۶).

یکی از فاکتورهای مهم در کمک به بهبود سریع تر و ماندگاری درمان امید به زندگی است به طوری که پژوهشگران عنوان کردند بین امید به زندگی با طول دوره پاکی مصرف کنندگان مواد مخدر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد به عبارتی هر چه افراد از امید به زندگی بیشتری برخوردار باشند به همان نسبت نیز طول دوره پاکی مصرف کنندگان بیشتر خواهد بود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶). امیدواری و ناامیدی نسبت به آینده از موضوع های مهم و مورد توجه علوم انسانی است که از اواخر سال ۱۹۶۰ در چارچوب علمی بررسی و از دهه ۷۰ به گونه های دیگری در رابطه با احساسات منفی، سازگاری و بقاء مطرح شده است، امیدوار بودن مهمترین انگیزه در زندگی انسان است، زیرا اگر کسی امید به چیزی داشت به آن دست می یابد و زمینه های دست یابی به آن هدف را برای خود فراهم می کند امید انسان ها را در راه رسیدن به اهداف خود یاری می کند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۴). امید را حالت انگیزشی مثبتی می دانند که به احساس موفقیت به عنوان عامل فعال (انرژی و هدف گرایی) و مسیر (برنامه ریزی

¹ Mattick et al.

² Carroll & Weiss

³ Ling et al.



رسیدن به هدف) عمل می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که امیدواری واریانس بدیلی برای خوش بینی به وجود می‌آورد و می‌تواند کمک خوبی به پیش بینی متغیرهای مختلف داشته باشد (قریشی، ۱۳۸۸). افرادی که امید به زندگی بالاتری دارند، تلاش در جهت شکست مشکلات بیشتری داشته که این امر می‌تواند منجر به کوچک نشان دادن مشکلات آنها در زندگی گردد. امید از ضرورت‌های زندگی انسانی است که در طول تاریخ زندگی با او همراه بوده است. بدون امید، زندگی از حرکت باز می‌ایستد و نبود آن باعث اضطراب استرس و نبود انگیزه برای درمان است این امید است که آن را به سوی تلاش بیشتر می‌کشانند. شناخت میزان سطح امیدواری و عوامل موثر بر آن برای زندگی سالم‌تر و سازنده‌تر هم برای خود و هم برای جامعه حایز اهمیت است (فریدونی وفتحی اقدم، ۱۳۹۷، به نقل از آتنا هاشمی، ۱۳۹۸). یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند تاثیر مهمی بر روند درمان بیماران اعتیاد داشته باشد تاب آوری است. تاب آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی و روانی، در شرایط خطرناک است (کاتر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (لوتارد، سیچتی و بکر، ۲۰۱۴). تاب آوری مستلزم سطح عمیقی از پذیرش است، تاب آوری به این معناست چنانچه اتفاقی بیافتد که زندگی ما را به معنای واقعی تکان داده و تحت شعاع خود قرار دهد و ما را در هم بشکند به معنای اتمام یافتن کار و زندگی ما نباشد و سلامت ما را تحت تاثیر قرار ندهد سلامتی شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است، سلامت عمومی به طور کلی در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت حالت خوب بودن از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است. امروزه نیز رابطه سلامت عمومی و عوامل مختلف روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است (فخری و همکاران، ۱۳۹۱). اعتیاد یکی از مهمترین و بزرگترین مشکلات سلامت عمومی در جهان امروز به شمار می‌رود (مارگولین، بیتل، الیورو آوانتز، ۲۰۰۶). خوبی، جعفری، نودوشان و علیپور (۲۰۱۹) نشان دادند که سطح سلامت عمومی در افراد مصرف کننده مواد مخدر بسیار پایین است. اعتیاد بیماری جسمی، اجتماعی و روانی است سلامت چه به صورت فردی چه به صورت جمعی بی تردید مهمترین جنبه از مسایل حیات اجتماعی است ومهمترین خطرات مطرح برای سلامت، رفاه و آسایش فرد، معمولا ازیک شیوه زندگی ناسالم وخطرآفرین ایجاد میشود واین واقعیتی است که در مورد برخی بیماری‌ها مطرح است. ازسوی دیگر شیوه زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر توانایی فرد برای زندگی طولانی‌تر و سالمتر ارتقاء می‌بخشد بنابراین سلامت عمومی ضرورت هر جامعه و توجه به عوامل اجتماعی موثر بر آن غیر قابل اغماض است (پیلتن و قانعی، ۱۳۹۱، به نقل از عباسی، ۱۳۹۳).

۲- روش شناسی

این پژوهش از نوع کاربردی و روش تحقیق در این پژوهش علی- مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش را ۱۰۰ نفر از بیماران درمان اعتیاد با دونوع درمان نگهدارنده متادون و بوپرنورفین تشکیل می‌دهند که به مراکز درمان اعتیاد مراجعه کردند. روش نمونه گیری در دسترس می‌باشد. نمونه گیری از بین مراکز درمان اعتیاد در سطح شهر شیراز انجام شد که با توجه به لزوم همتا سازی و به حد نصاب رسیدن بیماران بوپرنورفین ۳ مرکز انتخاب و روی بیماران هر دوگروه درمانی، پرسشنامه‌های سلامت عمومی، امید به زندگی و تاب آوری اجرا شد. بدین منظور پس از تصویب پیشنهاد در شورای پژوهشی دانشگاه و اخذ مجوز همکاری از معاونت آموزشی، فهرستی از مراکز ترک اعتیاد خصوصی در شهر شیراز مشخص شد، جمع آوری داده‌ها تکمیل شد و پس از جمع آوری ابزار، فرضیه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مقایسه بین دو گروه انجام گردید.

ابزارها

پرسشنامه امید به زندگی

پرسشنامه امید به زندگی توسط اسنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایرونیک (۱۹۹۱) تهیه شده است. این پرسشنامه خود گزارشی دارای ۱۲ سؤال و دو خرده مقیاس تفکرعاملی و تفکر راهبردی یا گذرگاه می‌باشد. ۴ سؤال مربوط به خرده مقیاس تفکرعاملی و ۴ سؤال مربوط به خرده مقیاس تفکر راهبردی (گذرگاه) سوالات ۱، ۴، ۷، ۸ است و ۴ سؤال انحرافی شامل سوالات ۳، ۵، ۶، ۱۱ بوده و نمره گذاری نمی‌شود. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای بوده و مجموع نمرات خرده مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمره کل امید را مشخص می‌کند. نمره بین ۱۲ تا ۲۴ میزان امید به زندگی پایین، بین ۲۴ تا ۳۶ امید به زندگی پایین متوسط است و نمره بالاتر از ۳۶ امید به زندگی بالا است. شواهد اولیه در مورد اعتبار و پایایی این آزمون توسط اسنایدر فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن



در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آمده است. تحلیل عامل اکتشافی و تأیید الگوی دو عاملی (عامل و گذرگاه) مقیاس را تأیید کرده است. همچنین روایی و پایایی آن توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم در پژوهش کریمیان (۱۳۹۱) به روش آلفای کرانباخ ۰/۸۰ بدست آمد. برایانت و ونگروس (۲۰۰۱) همسانی درونی کل آزمون را ۰/۷۹۱ تا ۰/۷۱۱ بدست آورده اند.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ- ۲۸):

شناخته‌ترین آزمون غربالگری است که تاکنون در روانپزشکی تأثیر بسیار زیادی بر پیشرفت پژوهشهای داشته است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۴ (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته است. امروزه این پرسشنامه به منظور استفاده، به ۳۶ زبان ترجمه شده است. بسیاری از محققین تصریح کرده‌اند که این پرسشنامه هم استفاده بالینی داشته و هم در جامعه کاربرد دارد. لازم به ذکر است که نمره برش در این پرسشنامه نیز نمره ۲۳ در نظر گرفته می‌شود. محقق برای اینکه بتواند داده‌های متناسب با تحقیق را گردآوری نماید و از طریق این داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها زمینه‌های مورد نظر را بیازماید و به سؤال تحقیق پاسخ دهد، ابزار سنجش باید از روایی و پایایی لازم برخوردار باشد. فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال بوده است. به تناسب شرایط، فرم‌های کوتاه‌تری از پرسشنامه سلامت عمومی مشتمل بر ۱۲، ۲۸، ۳۰ ماده نیز تهیه شد. نتایج چندین مطالعه بنجامین^۵ (۱۹۸۲) دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از پرسشنامه ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت عمومی و تشخیص اختلالات روان شناختی دارد. متن پرسشنامه درباره وضع سلامت عمومی افراد با تأکید بر مسائل روانشناختی در زمان حال است. در تمامی سؤالاها، آزمودنی باید گزینه‌هایی را که با اوضاع و احوال بیشتر مطابقت دارد مشخص نماید. پاسخ آزمودنی به هر یک از پرسشها در یک طیف ۵ درجه‌ای مشخص می‌شود در همه گزینه‌ها درجات پائین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی در فرد است.

پرسشنامه سلامت عمومی در بر گیرنده ۲۸ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه چهار مقیاس فرعی را در برمی گیرد که بدین شرح است.

الف) نشان‌های جسمانی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می‌دهد.

ب) علائم اضطراب: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. اضطراب، بی خوابی، تحت فشار بودن و عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می‌دهد. ج) اختلال در کنش اجتماعی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره زندگی را بررسی می‌کند.

د) علائم افسردگی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. احساس بی ارزشی، ناامیدی، احساس بی ارزشی بودن زندگی، افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها.

روش نمره گذاری گزینه های GHQ با استفاده از مدل ساده لیکرت بوده است که به ترتیب به گزینه های ۱-۵ تعلق می‌گیرد. برای غلبه بر محدودیت‌های مربوط به عدم کارایی پرسشنامه سلامت عمومی در شناسایی تشخیص اختلالات روانی مزمن، استفاده از روش ساده نمره گذاری لیکرت در این پرسشنامه بر سایر روشهای ارجح است (پالاهنگ، ۱۳۸۹). در پژوهش پالاهنگ (۱۳۸۹) پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها و پایایی کلی بیش از ۰.۸۰ به دست آمد. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان ۱۹۸۵ پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس ۱۹۸۶ از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکته قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه پرسشنامه را تکمیل کنند تحلیل نتایج ضریب پایایی ۰/۹۰ را بدست داد.

⁴ Goldberg

⁵ Benjamin



تقوی پایایی پرسشنامه را بر اساس سه روش باز آزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ بدست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه از روش همزمان و تحلیل عوامل استفاده شد که از طریق اجرای همزمان پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (MHQ ۰/۵۵) گزارش شده است.

۳- یافته ها

آمار توصیفی شامل: میانگین، میانه، حداکثر و حداقل متغیرها طی جدول ارائه شده است.

جدول ۱. آماره های توصیفی

انحراف معیار	میانگین	بزرگ ترین	کوچک ترین	N	علامت متغیر	نام متغیر
0.50	1.50	2	1	100	DRMAN	نوع درمان متادون ۲
11.8	44.1	85	12	100	AGE	سن
0.27	0.08	1	0	100	SEX	جنس
0.44	0.25	1	0	100	TSHOL	تأهل
4.11	11.1	24	0	100	EDU	سواد
0.34	0.13	1	0	100	JOB	شغل ازاد = ۰
0.39	0.19	1	0	100	BIMARI	بیماری دارد= ۱
4.61	6.18	16	0	100	TIME	مدت زمان ترک به سال
0.39	0.19	1	0	100	MF	پدر مصرف کننده= ۱
0.14	0.02	1	0	100	MM	مادر مصرف کننده= ۱
5.13	7.74	19	0	100	EDUF	سواد پدر سال
5.07	6.75	19	0	100	EDUM	سواد مادر
6.82	40.60	56	26	100	OM	جمع امید
4.45	13.58	21	4	100	SALJ	علائم جسمانی سلامت
4.80	13.71	21	3	100	SALZ	اضطراب
3.76	13.44	21	3	100	SALE	اختلال عملکرد اجتماعی
5.20	16.78	21	1	100	SALF	افسردگی
15.07	57.51	81	22	100	SAL	جمع سلامت عمومی (اضطراب افسردگی اجتماعی)

جدول ۲. نتایج کشف همخطی از طریق روش نسبت های واریانس

Dimension	مقادیر ویژه	شاخص وضعیت	نسبت های واریانس
			EDUM EDUF MM MF TIME DRMAN BIMARI JOB EDU TSHOL SEX AGE (Constant)
1	6.93	1.00	0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
2	1.22	2.39	0.31 0.02 0.00 0.00 0.16 0.01 0.00 0.00 0.00 0.10 0.00 0.00
3	1.05	2.57	0.06 0.00 0.00 0.00 0.03 0.31 0.00 0.13 0.00 0.00 0.00 0.00
4	1.00	2.63	0.12 0.01 0.00 0.00 0.01 0.02 0.00 0.05 0.48 0.00 0.00 0.00



0.00	0.00	0.00	0.77	0.00	0.00	0.05	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.97	0.79	5
0.03	0.01	0.11	0.01	0.01	0.00	0.21	0.25	0.00	0.16	0.02	0.00	0.00	3.25	0.66	6
0.02	0.02	0.30	0.05	0.00	0.00	0.43	0.00	0.00	0.23	0.08	0.00	0.00	3.71	0.50	7
0.02	0.05	0.02	0.00	0.45	0.00	0.02	0.08	0.00	0.06	0.12	0.00	0.00	4.21	0.39	8
0.09	0.03	0.01	0.02	0.42	0.02	0.02	0.04	0.00	0.06	0.05	0.05	0.01	5.46	0.23	9
0.70	0.81	0.04	0.08	0.06	0.00	0.04	0.08	0.00	0.00	0.13	0.00	0.00	9.10	0.08	10
0.13	0.02	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01	0.07	0.62	0.01	0.00	0.21	0.00	9.93	0.07	11
0.00	0.01	0.01	0.01	0.03	0.72	0.02	0.10	0.14	0.28	0.01	0.15	0.00	11.14	0.06	12

جدول ۳. نتایج کشف همخطی از طریق تلرانس و عامل تورم واریانس

Model	اماره های همخطی	
	VIF ^۶	Tolerance
DRMAN	۱.۶۷۹	۰.۵۹۶
AGE	۱.۱۹۷	۰.۸۳۵
SEX	۱.۲۵۴	۰.۷۹۷
TSHOL	۱.۵۶۱	۰.۶۴۱
EDU	۱.۷۴۳	۰.۵۷۴
JOB	۱.۴۴۴	۰.۶۹۳
BIMARI	۱.۲۲۱	۰.۸۱۹
TIME	۱.۰۹۲	۰.۹۱۶
MF	۱.۱۴۶	۰.۸۷۳
MM	۱.۲۱۹	۰.۸۲۱
EDUF	۲.۳۵۱	۰.۴۲۵
EDUM	۲.۴۱۳	۰.۴۱۴

طبق جداول ۲ و ۳ مقادیر ویژه نزدیک به صفر و شاخص وضعیت کمتر از ۱۵ و VIF کمتر از ۱۰ و تلرانس بالای ۰/۰۲ است پس همخطی مشکل ساز نیست.

با توجه به نتایج آزمون های نرمالیده و همخطی به برآورد ضرایب متغیر درمان DARMAN پرداخته شده است.

آزمون فرض «بین امید به زندگی بیماران نگهدارنده با متادون MMT و بوپرنورفین BMT تفاوت وجود دارد». با روشی آزمون میانگین نمونه های مستقل.

خصوصیات آماری دو گروه از معتادان طی جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خصوصیات آماری گروه ها

متغیر	نوع درمان	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار میانگین
امید به زندگی	OM	متادون	۴۰.۱۴	۷.۰۵
		بوپرنورفین	۴۱.۰۶	۶.۶۲
امید به زدگی - تفکر عاملی	OMA	متادون	۱۱.۵۶	۲.۵۲
		بوپرنورفین	۱۱.۸۴	۳.۲۶
امید به زدگی - تفکر راهبردی	OMR	متادون	۱۳.۸۰	۳.۲۶
		بوپرنورفین	۱۴.۱۰	۲.۵۱

^۶ اگر $VIF > 10$ ، باید چند هم خطی بودن مدل بررسی شود. اگر $VIF > 1$ ، ممکن است رگرسیون اریب دار باشد. اگر $Tolerance < 0.01$ ، یک مشکل جدی وجود دارد. اگر $Tolerance < 0.02$ ، یک مشکل حاد وجود دارد.



متادون	۱۴.۷۸	۳.۱۶	۰.۴۵
بوپرنورفین	۱۵.۱۲	۲.۹۹	۰.۴۲

OMT

امید به زندگی -
انحرافی

منبع: یافته‌های تحقیق، داده‌ها گرد شده‌اند

همان‌طور که از جدول ۴ مشخص است میانگین دو گروه شامل بوپرنورفین و متادون به ترتیب برابر با ۴۰/۱۴ و ۴۱/۰۶ برای نمره کلی امید به زندگی است و ظاهراً تفاوت زیادی باهم ندارند، تفاوت میانگین زیر مقیاس‌های امید به زندگی شامل امید به زندگی -تفکر عاملی، تفکر راهبردی و انحرافی تفاوت زیادی ندارند. برای اطمینان بیشتر از آزمون تفاوت دو میانگین استفاده شده که نتایج به‌صورت جدول ۵ است.

جدول ۵. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه امید به زندگی و مقیاس‌های آن بین درمان شده‌ها با متادون و بوپرنورفین

متغیر	F	سطح معناداری	t	سطح معناداری	میانگین تفاوت	انحراف از معیار تفاوت	فاصله اطمینان ۹۵٪	
							حد بالا	حد پایین
با فرض تساوی واریانس‌ها	۱.۹۷	۰.۶۵۸	-۰.۶۷	۰.۵۰۳	-۰.۹۲	۱.۳۷	۳.۶	۱.۷۹
بدون فرض تساوی واریانس‌ها	OMT ^۷		-۰.۶۷	۰.۵۰۳	-۰.۹۲	۱.۳۷	۳.۶	۱.۷۹
با فرض تساوی واریانس‌ها	۱.۲۲	۰.۲۷۲	-۰.۴۸	۰.۶۳۲	-۰.۲۸	۰.۵۸	۱.۴	۰.۸۷
بدون فرض تساوی واریانس‌ها	OMA ^۸		-۰.۴۸	۰.۶۳۲	-۰.۲۸	۰.۵۸	۱.۴۳	۰.۸۷
با فرض تساوی واریانس‌ها	۳.۲۲	۰.۰۷۵	-۰.۵۲	۰.۶۱	-۰.۳	۰.۵۸	۱.۴۵	۰.۸۵
بدون فرض تساوی واریانس‌ها	OMR ^۹		-۰.۵۲	۰.۶۱	-۰.۳	۰.۵۸	۱.۴۵	۰.۸۵
با فرض تساوی واریانس‌ها	۰.۳۴	۰.۸۵۳	-۰.۵۵	۰.۵۸	-۰.۳۴	۰.۶۱	۱.۵۶	۰.۸۸
بدون فرض تساوی واریانس‌ها	OMT ^{۱۰}		-۰.۵۵	۰.۵۸	-۰.۳۴	۰.۶۱	۱.۵۶	۰.۸۸

منبع: یافته‌های تحقیق، داده‌ها گرد شده‌اند

همان‌طور که پیداست تفاوت معنادار بین امید به زندگی و زیر مقیاس‌های آن دیده نمی‌شود چون اولین ستون سمت چپ همه اعداد که سطح معناداری را نشان می‌دهند بالای ۰/۰۵ است پس فرض اول رد می‌شود (علاوه بر آن طبق حدود بالا و پایین فاصله اطمینان نیز فرض مذکور رد می‌شود چون عدد صفر نیز در این فاصله قرار دارد به‌طور کلی زمانی فرض پذیرفته می‌شود که حد پایین و بالای فاصله اطمینان هم علامت باشند) به این معنا که با داده‌های موجود نمی‌توان گفت بین تأثیر دو روش بر امید به زندگی تفاوت وجود دارد یا به عبارت دیگر نمی‌توان در مورد ترجیح تأثیر یک روش بر دیگری روی امید به زندگی آنها اظهار نظر نمود.

جدول ۶. خصوصیات آماری گروه‌ها

متغیر	نوع درمان	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار میانگین
سلامت عمومی	SAL	متادون	۵۵.۱۴	۱۴.۸۶
				۲.۱۰

^۷ امید به زندگی

^۸ امید به زندگی تفکر عاملی

^۹ امید به زندگی تفکر راهبردی

^{۱۰} امید به زندگی انحرافی



۲.۱۳	۱۵.۰۵	۵۹.۸۸	بوپرنورفین		
۰.۶۶	۴.۶۴	۱۲.۹۰	متادون	SALJ	علائم جسمانی سلامت
۰.۵۹	۴.۱۹	۱۴.۲۶	بوپرنورفین		
۰.۷۱	۵.۰۲	۱۳.۰۰	متادون	SALZ	اضطراب
۰.۶۴	۴.۵۰	۱۴.۴۲	بوپرنورفین		
۰.۵۱	۳.۵۹	۱۳.۰۴	متادون	SALE	اختلال عملکرد اجتماعی
۰.۵۶	۳.۹۳	۱۳.۸۴	بوپرنورفین		
۰.۸۰	۵.۶۵	۱۶.۲۰	متادون	SALF	افسردگی
۰.۶۶	۴.۶۹	۱۷.۳۶	بوپرنورفین		

منبع: یافته‌های تحقیق، داده‌ها گرد شده‌اند

جدول ۷. نتایج آزمون مقایسه میانگین‌های سلامت عمومی و مقیاس‌های آن بین دو گروه متادون و بوپرنورفین

آزمون لوین	اماره F	سطح معناداری	T	سطح معناداری	میانگین تفاوت	انحراف از معیار تفاوت	تساوی میانگین‌ها	
							فاصله اطمینان ۹۵٪	حد بالا حد پایین
SAL	۰.۶۴	۰.۴۳	-۱.۵۸	۰.۱۲	-۴.۷۴	۲.۹۹	-۱۰.۶۸	۱.۲۰
SALJ	۰.۶۹	۰.۴۱	-۱.۵۴	۰.۱۳	-۱.۳۶	۰.۸۸	-۳.۱۱	۰.۳۹
SALZ	۰.۶۲	۰.۴۳	-۱.۴۹	۰.۱۴	-۱.۴۲	۰.۹۵	-۳.۳۱	۰.۴۷
SALE	۰.۰۴	۰.۸۵	-۱.۰۶	۰.۲۹	-۰.۸۰	۰.۷۵	-۲.۲۹	۰.۶۹
SALF	۴.۳۱	۰.۰۴	-۱.۱۲	۰.۲۷	-۱.۱۶	۱.۰۴	-۳.۲۲	۰.۹۰

منبع: یافته‌های تحقیق، داده‌ها گرد شده‌اند

همان‌طور که پیداست سطح معناداری سلامت عمومی (SAL) برابر با ۰/۱۲ است که بر این اساس فرض سوم رد می‌شود (علاوه بر آن طبق حدود بالا و پایین فاصله اطمینان نیز فرض مذکور رد می‌شود چون عدد صفر نیز در این فاصله قرار دارد به طور کلی زمانی فرض پذیرفته می‌شود که حد پایین و بالای فاصله اطمینان هم علامت باشند) به این معنا که با داده‌های موجود نمی‌توان گفت بین تأثیر دو روش بر سلامتی تفاوت وجود دارد یا به عبارت دیگر نمی‌توان در مورد تفاوت تأثیر یک روش بر دیگری روی سلامتی عمومی اظهار نظر نمود. همه زیر مقیاس‌های سلامتی شامل علائم جسمانی سلامت (SALJ)، اضطراب (SALZ)، اختلال عملکرد اجتماعی (SALE) و افسردگی (SALF) نیز معنادار نشده‌اند پس با داده‌های موجود نمی‌توان گفت نوع درمان بر متغیرهای مذکور تأثیر دارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

متادون دارویی است که برای درمان اختلال مصرف و همچنین برای کنترل درد تأیید شده است. متادون به افراد کمک می‌کند تا به بهبودی دست یابند و آن را حفظ کنند و زندگی فعال به دست آورند و احساس و عملکرد بهتری داشته باشند همچنین درمان نگهدارنده با متادون همواره به عنوان عامل کاهش‌دهنده میزان مرگ و میر در نظر گرفته شده است؛ بنابراین انتظار می‌رفت که باعث افزایش امید به زندگی نسبت به روش دوم گردد. نتایج این بخش از تحقیق با یافته‌های جیاکوموزی و همکاران (۲۰۰۳) همسو نیست. متادون با کاهش رفتارهای مجرمانه و بهبود رفتارهای مناسب و سلامت روانی ر این امکان را فراهم می‌سازد که سلامت فرد را افزایش دهد. علاوه بر آن، از شیوع بیماری‌های عفونی ناشی از تزریق جلوگیری می‌کند. درحالی‌که عوارض جانبی بوپرنورفین شامل سرکوب تنفسی، اضطراب، تعریق، یبوست، سردرد، بی‌خوابی، حالت تهوع، سرگیجه و خواب‌آلودگی دارد. همسو با یافته‌های اسماعیلی و همکاران (۱۴۰۱)، غیرهمسو با



یافته‌های سالاری مقدم (۱۳۹۶) در اضطراب، همسو با یافته‌های دگنهارت و همکاران (۲۰۲۳) غیرهمسو با یافته‌های بهادری و همکاران (۲۰۲۲)، همسو با یافته‌های گوئیلری و همکاران (۲۰۲۲) و همسو با یافته‌های یانگ و همکاران (۲۰۲۲) است.

یافته‌های این مطالعه نشان داده است که مصرف مواد افیونی بیشتر بر جنبه‌های روانی سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. همان گونه که نشان داده شد، اضطراب و افسردگی در بیماران تحت مطالعه در مقایسه با سایر ابعاد مربوط به وضعیت سلامت افراد در وضعیت به مراتب پایین تری قرار داشته است. این یافته با نتایج مطالعه فرهادی نسب، که شیوع بالای افسردگی در بین معتادان و همچنین تأثیر مثبت متادون در بهبود آنرا اعلام نموده اند، هماهنگی داشته است. مطابق نتایج این مطالعه برنامه درمانی MMT منجر به تغییر در کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر در تمام ابعاد پنج گانه و همچنین سطح سلامت افراد اندازه گیری شده بر مبنای خط کش سلامت شده است و این بهبودی حتی طرف یکماه از شروع برنامه درمانی دارای پیشرفت چشم گیری بوده است. لذا سطح کیفیت زندگی افراد در پایان ماه اول در مقایسه با شروع درمان بیشتر افزایش یافته است این الگوی روند بهبودی در کیفیت زندگی معتادان در طول درمان در مطالعه دیگران نیز نتیجه گیری شده است. یافته‌های ما در رابطه با تأثیر برنامه درمانی متادون روی کیفیت زندگی معتادان با مطالعات انجام شده در همین زمینه در کشورهای چین، ایتسوانی، اسپانیا، لهستان، مالزی و سایرین هم خوانی داشته است. همچنین سایر یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۹۹ درصد افراد تحت پوشش این برنامه درمانی از جنس مرد بوده اند. اگرچه مواد مخدر در سراسر دنیا بیشتر در بین مردان رواج دارد.

در تبیین اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون می‌توان گفت که در حیطه‌های مرتبط با سلامت، امید به عنوان یک عامل تسهیل کننده در تامین سلامت جسمی می‌باشد و تقریباً در هیچ درمانی بدون در نظر گرفتن عنصر امید نمی‌توان به نتیجه مطلوبی دست یافت. امید درمانی با برقراری رابطه عاطفی بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون با دیگران و محیط اطراف، خود به آنان کمک می‌کند تا بتوانند در برابر سد هولناک اضطراب درونی خود ایستادگی کرده و بر آن فایق آیند و از اثرات منفی و عواقب مضر آن در زندگی خود بکاهند یا مصون بمانند. علاوه بر آن امید به بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون کمک کند تا با ایجاد تغییر در نظام انگیزشی، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی، باز نمودن مسیرهای جدید تفکر و افزایش مقاومت، کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. علاوه بر آن، نتایج مطالعات نشان دادند که، بین کیفیت زندگی با امیدواری ارتباط معنادار وجود دارد و تکنیک‌های امید درمانی، باعث ایجاد انگیزه برای حرکت فرد به سوی انتخاب‌های جدید و سازگاری و تطابق بیشتر برای فرد می‌شود.



منابع

- احمدی، زارع، داوودی. (۱۳۹۹). تاثیر باورهای دینی بر افزایش میزان تاب آوری و عزت نفس همسران افراد معتاد به مواد مخدر. *روان شناسی و دین*، ۵۲ (۱۳)، ۲۳-۳۸.
- اسماعیلی شاهزاده علی اکبری، پیمان، بخشی کاشی، شاه فضل، بنفشه، بارفروش، قادری. (۱۴۰۱). بررسی ارتباط سلامت معنوی و سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون در کاشان در سال ۱۳۹۹. *مجله علمی پژوهشی فیض: دانشگاه علوم پزشکی کاشان*، ۲۶ (۵)، ۵۶۸-۵۷۸.
- اقدسی، علی نقی، عیدی، روح انگیز. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی (فصلنامه)*، ۴ (۱۶)، ۵۱-۶۷.
- آموزگار، دکتر فریده سادات، صالحی، دکتر مهرداد، طراح، دکتر محمدجواد، مرادی نسب. (۱۴۰۱). ارزیابی مقایسه‌ای تأثیر درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین بر عملکرد جنسی زنان وابسته به/سوء مصرف مواد اپیوئیدی (داروهای افیونی). *مجله زنان، مامایی و نازایی/ایران*، ۲۴ (۳)، ۲۳-۳۲.
- اوجی، امنه، حیدری، بختیارپور، سراج خرمی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در مردان وابسته به مت آمفتامین تحت درمان با داروی بوپرنورفین. *اعتیاد پژوهی*، ۵۴ (۱۳)، ۴۷-۶۶.
- باباپور، تینا. (۱۳۹۶). مقایسه تاب آوری و رضایت زناشویی بین معتادین ترک کننده در مراکز درمان اقامتی میان مدت، معتادین تحت درمان با متادون و افراد عادی. *نشریه سلامت اجتماعی و اعتیاد*. پاییز ۱۳۹۶. شماره ۱۵.
- بخشایش، علیرضا، دهقانی، فهیمه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۱ (۲)، ۴۳-۵۲.
- برجلی، محمود، عباسی، مسلم، اسدیان، آرزو، اعیادی، نادر. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۵ (۶)، ۶۳۵-۶۴۴.
- بشرپور، سجاد، رهبری غزانی، نسرين. (۱۳۹۹). رابطه حساسیت پردازش حسی و سبک‌های پردازش اطلاعات با نشانگان بالینی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴ (۵۷)، ۲۹۳-۳۰۹.
- بیگلر، محمود؛ حیاطی، یگانه؛ رحمانی، حجت؛ رجب نژاد، زینب و درگاهی، حسین. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت سلامت عمومی در میان مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله علوم پزشکی تهران*، ۸ (۱)، ۱۳-۲۴.
- پیرنیا، بیژن، ریحانی، رضا. (۱۳۹۷). مقایسه ولع مصرف و بهزیستی روانی در بیماران تحت درمان با نگهدارنده متادون و مصرف کنندگان هروئین. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱۳ (۴)، ۱۴۷-۱۶۲.
- جعفری کهخا، سعیده. (۱۳۹۶). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر تاب آوری، تنظیم هیجان و سلامت روان معتادان در حال ترک. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سیستان و بلوچستان دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- حاتمی، حسین، خداکریم، سهیلا، اقبالی، حمید، رجب پور، مجتبی. (۱۳۹۵). اثرات درمان نگهدارنده متادون و بوپرنورفین بر عملکردهای اجرایی معتادان تحت درمان. *کومش*، ۳ (۱۷)، ۱۲۰-۱۲۳.
- حاجی عزیزی، ا. و بهمنی، ب. و مهدی، ن. و منظری توکلی، و. و برشان، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی شهر کرمان. *سالمند*، ۱۲ (۲)، ۲۲۰-۲۳۰.
- خدایارپور، شهرام. (۱۳۷۶). بررسی جدیدترین راههای پیشگیری، درمان و ترک اعتیاد به مواد مخدر افیونی. پایان نامه دکتری حرفه ای. دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز.



دهاقین، وحیده، رستمی. (۱۳۹۸). مروری بر درمان های تحریک مغناطیسی فراجمه ای تکراری بر ولع مصرف و رفتارهای اعتیادی. *نشریه علمی رویش روان شناسی*، ۱ (۱۰)، ۲۷-۳۸.

دوستی، پیمان و هدایتی همدانی، سیده سپیده و جعفری، داود، ۱۳۹۴، رابطه بین صفات شخصیت با سلامت عمومی دانشجویان، همایش بین المللی روانشناسی و فرهنگ زندگی.

ذوقی، لیلا، آجیل چی، بیتا، غلامعلی، مرضیه. (۱۴۰۰). ادراک درد، تاب آوری، تحمل ناکامی و پرخاشگری زنان و مردان تحت درمان با متادون در شهر تهران. *طب انتظامی*. ۱۱ (۴)، ۱-۱۰.

- Aghajani, S. , & Rahbari Ghazani, N. (2021). The role of sensory processing sensitivity and emotional processing in predicting psychological disturbances in drug-dependent individuals. *Journal of Research in Psychopathology*, 2 (5) , 1-7.
- Ai, Amy L. Park, Crystal L. Hung, Bu. Rodgers, Willard. Tice. Terrence N. (2014). Psychosocial Mediation of religious diac surgery, *Personal and Social Psychology Bulletin*, 33 (6) , 867-882.
- Al'Absi, M. (2020). The influence of stress and early life adversity on addiction: Psychobiological mechanisms of risk and resilience. *International review of neurobiology*, 152, 71-100.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asnaani, A. , Alpert, E. , McLean, C. P. , & Foa, E. B. (2015). Resilient but addicted: the impact of resilience on the relationship between smoking withdrawal and PTSD. *Journal of psychiatric research*, 65, 146-153.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychological inquiry*, 1 (1) , 101-105.
- Bell, J., & Zador, D. (2000). A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Safety*, 22, 179-190.
- Bilgin, O. , & Taş, İ. (2018). Effects of perceived social support and psychological resilience on social media addiction among university students. *Universal journal of educational research*.
- Bolger, N. , & Zuckerman, A. (2015). A fram work for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 809-902.
- Bonhomme, J., Shim, R. S., Gooden, R., Tysu, D., & Rust, G. (2012). Opioid addiction and abuse in primary care practice: a comparison of methadone and buprenorphine as treatment options. *Journal of the National Medical Association*, 104(7-8), 342-350.
- Brooks, S. , Amlot, R. , Rubin, G. J. , & Greenberg, N. (2020). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. *BMJ Mil Health*, 166 (1) , 52-56.
- Cadet, J. L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular neurobiology*, 53, 545-560.
- Carroll, K. M., & Weiss, R. D. (2017). The role of behavioral interventions in buprenorphine maintenance treatment: a review. *American journal of psychiatry*, 174(8), 738-747.
- Carver, C. S. , Scheier, M. F. , & Weintaub, J. K. (2017). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and Social Psychology*, 56, 267-283. 802
- Clausen, T., Anchersen, K., & Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and alcohol dependence*, 94(1-3), 151-157.