

## تأثیر متابعت از درمان و گروه درمانی بر کیفیت زندگی، عملکرد کلی و پذیرش مراقبت‌های بعد از بیماری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تحت درمان متادون

مریم غنی زاده<sup>۳</sup>

\*سید سلمان علوی<sup>۲</sup>

حمید پیروی<sup>۱</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه نقش درمان‌های غیردارویی در درمان اعتیاد اهمیت بسیاری دارد. متابعت از درمان یکی از روش‌هایی است که در کاهش عوارض ناشی از درمان و هزینه‌های درمانی و از همه مهم‌تر در ارتقای سلامت افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نقش مؤثری دارد. مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر متابعت از درمان به همراه گروه درمانی بر کیفیت زندگی، عملکرد کلی و پذیرش مراقبت‌های بعد از بیماری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تحت درمان متادون (Methadone Maintenance Therapy or MMT) طراحی شده است.

**روش بررسی:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که بر روی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر که در فاز بهبود قرار داشتند، در چهار مرکز ترک اعتیاد در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. تعداد ۱۲۰ نفر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که در مرحله بهبود قرار داشتند به صورت تصادفی به چهار گروه شامل: گروه درمانی، گروه درمانی همراه با جلسات متابعت درمانی، گروه جلسات متابعت درمانی و گروه کنترل تقسیم شدند. متغیرهای مورد بررسی شامل کیفیت زندگی، عملکرد کلی و پذیرش درمان به ترتیب از طریق پرسشنامه‌های Function QLS- Global Assessment، مقیاس متابعت از درمان و مقیاس سنجش عملکرد کلی (GAF) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های توصیفی و آزمون تحلیلی ANOVA و ANCOVA در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

**یافته‌ها:** تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که اختلاف معنی‌داری در زیر مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ارتباطات بین فردی، فعالیت‌ها و اهداف مشترک، نمره کل کیفیت زندگی در بین چهار گروه وجود دارد ( $P < 0/05$ ) اما این تفاوت در بین حیطه پایه‌های شخصیت و سودمندی نقش مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری کلی:** نتایج مطالعه نشان داد که مراقبت‌های بعد از درمان نظیر گروه درمانی، متابعت از درمان یا هرگونه درمان روانشناختی در گروه مداخله بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی در درمان اعتیاد مؤثر بوده است.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، متابعت بیمار، گروه درمانی، متادون

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۳

<sup>۱</sup>. استاد، دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
<sup>۲</sup>. دکترای روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول)  
تماس: ۰۲۱۵۵۴۰۲۰۰۲ Email: alavi@sdirc.mui.ac.ir شماره  
<sup>۳</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر گسترش جهانی داشته و امروزه بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می‌دهند. طبق گزارش برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل سال ۲۰۱۷، ۲۹/۵ میلیون نفر در جهان مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد بوده‌اند<sup>(۱)</sup>. ایران یکی از جدی‌ترین کشورهای است که درگیر مشکلات اعتیاد بوده و بر اساس آخرین ارزیابی‌ها تعداد مصرف‌کنندگان مواد، هم سوءمصرف و هم مصرف‌کننده تفننی ۲/۱ میلیون برآورده شده است<sup>(۲)</sup>. اعتیاد یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روانپزشکی بوده که شناخت، هیجان، درک و دیگر ابعاد رفتاری را متأثر می‌سازد و سبب افت تحصیلی، ناتوانی شغلی، عواقب اجتماعی و اختلال در روابط خانوادگی و اقتصادی در مبتلایان می‌گردد.

در کشور ما نیز به دلیل شیوع فراوان مصرف مواد افیونی<sup>(۳،۴)</sup> کار روی این پدیده از اولویت‌های بهداشتی-درمانی تلقی می‌گردد. بسیاری از مراجعین طلاق به مراکز مشاوره و مداخله در بحران و دادگاه‌ها از اعتیاد همسران‌شان شکایت دارند<sup>(۵)</sup> و بسیاری از نوجوانان و جوانان بزهکار و ناسازگار محصول خانواده‌های معتادند.

بیشتر پژوهش‌ها بر این نکته توافق دارند که هر نوع مداخله مؤثر برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، ضمن کنترل علائم موجود بیمار، در جلوگیری از عود، بهبود عملکرد کلی بیمار و بالاخره بهبود کامل بیماری مؤثر می‌باشد<sup>(۶)</sup>.

در مطالعات انجام شده در زمینه تأثیرگذاری اعتیاد بر کیفیت زندگی گزارش شده است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اعتیاد در مراحل مختلف بیماری چه از نظر عینی و چه از نظر ذهنی در ابعاد مختلف کاهش دارد. همچنین بررسی مسئله کیفیت زندگی می‌تواند در تعیین اثر بخشی انواع مداخلات دارویی و غیر دارویی مورد استفاده قرار گیرد<sup>(۷)</sup>.

درمان‌های مختلف دارویی از جمله درمان با متادون (یعنی روشی که در آن مصرف دوزهای بالای متادون تمایل به مصرف مواد را کاهش داده و مانع از ایجاد سرخوشی

حاصل از مصرف آن خواهد شد) و درمان‌های غیر دارویی شامل انواع شیوه‌های رفتاری، افزایش مهارت‌های بین فردی، تقویت اعتماد به نفس، گسترش ارتباطات خانوادگی و توسعه شبکه‌های حمایتی و بازتوانی‌های شغلی و خانوادگی است<sup>(۸)</sup>. همچنین توجه به تمام ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند بر روند بیماری تأثیر داشته و باعث فروکش کردن علائم بیماری‌های جسمی و روانی گردد.

در مطالعات انجام شده مشخص شده است که درصد بالایی از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در درمان‌های دارویی همکاری نکرده یا همکاری ضعیف دارند<sup>(۹)</sup>. بنابراین نقش کلیدی مداخلات غیر دارویی همچون متابعت از درمان (Compliance therapy) در کنار مداخلات دارویی بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌گیرد. امروزه انواع مداخلات غیردارویی مانند مداخله خانوادگی (Family intervention)، آموزش روانی (Psycho education)، مدیریت استرس (Stress management)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (Social skill training) جهت ارتقاء کیفیت زندگی، بهبود عملکرد کلی و پیشگیری از عود هر بیماری به کار می‌رود<sup>(۱۰)</sup>. متابعت از درمان یکی از انواع درمان‌های شناختی-رفتاری است که در شش تا هشت جلسه به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه انجام می‌شود. هدف از این درمان افزایش تمایل به درمان دارویی بعد از دوره سم زدایی می‌باشد و شامل بررسی بدون قضاوت عقاید هر فرد در مورد درمان، ارزیابی منابع دلسردی به درمان و تلاش برای پایبندی به درمان با اهداف تعریف شده توسط خود بیمار می‌باشد<sup>(۱۱)</sup>. علاوه بر استفاده از متابعت از درمان در بهبود همکاری درمانی، امروزه از این نوع درمان در جهت ارتقاء بینش معتاد نسبت به اعتیاد خود، بهبود کیفیت زندگی بیمار و تأثیر بر علائم اعتیاد استفاده می‌گردد.

به هر حال بدیهی است که دوره‌های بازگشت به اعتیاد بار سنگینی بر افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و خانواده آنها

اثربخشی انواع درمان‌های روانشناختی بر روی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی انجام شده است اما تاکنون تحقیقی درباره میزان اثربخشی متابعت از درمان در بهبود اعتیاد به مواد افیونی پژوهشی انجام نشده است. لذا با توجه به تحقیقات بسیار محدود و به منظور شناسایی عوامل مرتبط با تبعیت درمانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در ایران، این مطالعه با هدف تعیین میزان تبعیت از درمان روانشناختی و عوامل مرتبط با آن در این افراد طراحی و اجرا گردیده است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی می‌باشد که بر روی ۱۲۰ نفر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر که در فاز بهبود و تحت درمان متادون (MMT) قرار داشتند در چهار مرکز درمان اعتیاد در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. معیارهای ورود به طرح عبارت بودند از:

- ۱) افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که در فاز بهبود قرار داشتند.
  - ۲) داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی برای درک و فهم سوالات
  - ۳) حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال
- معیارهای خروج از طرح عبارت بودند از:

- ۱) خودداری نمونه‌ها از تکمیل پرسشنامه یا پرسشنامه‌های مخدوش
- ۲) افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که به علت عدم مصرف داروها یا هرگونه بیماری جسمی ناتوان کننده جلسات را ترک نمودند. هر کدام از چهار مرکز ترک اعتیاد ذکر شده بطور تصادفی و بوسیله قرعه کشی به چهار گروه مداخله و غیر مداخله تقسیم شدند و در هر مرکز افراد برای ورود به همان گروه وارد مطالعه شدند. گروه اول، گروهی که فقط در جلسات گروه درمانی شرکت کردند. گروه دوم، گروهی که هم در جلسات گروه درمانی و هم در جلسات متابعت از

تحمیل می‌کند و بر عملکرد روانی- اجتماعی این افراد تأثیر معکوس گذاشته و هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی را برای خانواده و جامعه ایجاد می‌نماید. لازمه پیشگیری از بازگشت به اعتیاد، همکاری با تیم درمانی بویژه روانپزشک و مصرف دارو طبق تجویز وی در برنامه درمانی اینگونه افراد می‌باشد. گرچه برخی مطالعات نشان می‌دهند که متابعت از درمان باعث پذیرش درمانی بهتر و عملکرد کلی بیمار می‌شوند<sup>(۱۱)</sup> برخی از مطالعات حاکی از آن است که این درمان تأثیری بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی آنها ندارد<sup>(۶)</sup>.

وجود تناقضاتی که در اثربخشی این نوع درمان در متون علمی وجود دارد، همچنین تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ما که مردم ما را در شرایط متفاوتی در زمینه اعتیاد قرار می‌دهد، علاوه بر میزان بالای مواجهه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که متابعت از درمان ندارند یا همکاری آنها ضعیف است یا مشکل عود مجدد (Relapse) در آنها زیاد است ما را برآن داشت که تأثیر روش مذکور را همراه با جلسات گروه درمانی به عنوان یکی از انواع درمان‌های مراقبتی و شناختی در تکمیل سایر درمان‌ها بر کیفیت زندگی، پذیرش درمان و عملکرد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در جامعه خود بسنجیم تا در صورت وجود اثربخشی مناسب آن را به صورت یکی از اجزاء ثابت درمان در جلسات درمانی اینگونه افراد پیشنهاد دهیم.

از طرف دیگر یکی از پیامدهای مورد توجه که به تازگی در مطالعات روانپزشکی و روانشناسی وارد شده است کیفیت زندگی و ارزیابی‌های ذهنی فرد از سلامت است که به مدل‌های مختلف مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد<sup>(۱۲)</sup>. ادامه درمان دارویی اعتیاد از عوامل مهمی است که بر ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است. همچنین درمان به روش مداخلات روانشناختی یکی از عواملی است که منجر می‌شود درمان دارویی ادامه یافته و در نتیجه کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد ارتقاء پیدا کند. با این که تحقیقات مشخصی درباره میزان

رفتارهای ناشی از آن و تفکیک و تبیین نقش اعتقادات و خرافات در درمان بیماری نیز به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد ارائه شد همانگونه که مطالعات در آسیا نشان داده است که آموزش متابعت از درمان در اختلالات روانپزشکی بسیار مؤثر می‌باشد<sup>(۱۴)</sup>.

## مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آن

### ۱- پرسشنامه سنجش عملکرد کلی (Global Assessment of Function): GAF

این مقیاس از پرسشنامه‌های معتبر جهانی است و عملکرد فرد را در زمینه علایم اعتیاد، کارایی روانی و اجتماعی می‌سنجد. این پرسشنامه از طریق مصاحبه با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و خانواده‌اش تکمیل می‌شود. نمره دهی این پرسشنامه بین ۱۰۰-۰ متغیر بوده و دو حیطة عملکرد (اجتماعی، شغلی، تحصیلی) و علائم (علایم و نشانه‌های بیمار) را می‌سنجد. پرسشنامه فوق از نظر پایایی جزو معتبرترین پرسشنامه‌های ارزیابی عملکرد در روانپزشکی است که سالهاست در مطالعات مختلف و ارزیابی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد<sup>(۱۵)</sup>. روایی همزمان پرسشنامه با چند مقیاس مرتبط با شدت بیماری و عملکرد بیمار بر روی ۴۴ بیمار مطلوب گزارش شده است ( $r=0/76$ ,  $P<0/001$ ) همچنین پایایی  $ICC>0/7$  نیز برای این پرسشنامه گزارش شده است<sup>(۱۶)</sup>.

### ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality of Life Questionnaire)

پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality Of life Questionnaire)، پرسشنامه‌ای است که بطور گسترده جهت سنجش کیفیت زندگی فرد بکار می‌رود. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال در چهار بعد ارتباطات بین فردی (هشت سؤال)، سودمندی نقش (چهار سؤال)، پایه‌های

درمان شرکت کردند، گروه سوم، گروهی که فقط در جلسات متابعت درمانی شرکت کردند و گروه چهارم (گروه کنترل)، گروهی که در هیچگونه جلسات شرکت نکردند اما برای رعایت اصول اخلاقی در لیست انتظار برای اجرای هر کدام از روش‌های درمانی بودند. متغیرهای مورد بررسی شامل کیفیت زندگی، میزان پذیرش درمان و عملکرد کلی بیماران بود که پرسشنامه‌های مذکور برای واحدهای مورد مطالعه در زمان‌های ابتدای طرح و بعد از مداخله تکمیل شد. شروع جلسات از زمانی بود که افراد مورد مطالعه در فاز بهبود قرار گرفته و تحت درمان MMT قرار داشت. جلسات به صورت هشت جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی توسط روانشناس طرح انجام شد. تمامی نمونه‌ها فرم رضایت شرکت در مطالعه را تکمیل نمودند و تمامی جلسات درمانی در هر مرکز ترک اعتیاد انجام شد. در این مرحله، از فرمول میانگین برای محاسبه حجم نمونه در کارآزمایی بالینی استفاده شد. لذا برای هر گروه تعداد ۳۰ نفر و در مجموع ۱۲۰ نفر محاسبه شد. این پژوهش در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2015112825270N1 به ثبت رسیده و همچنین در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره IR.IUMS.REC.1394.26433 به تأیید رسیده است.

### محتوای جلسات درمانی

جلسات درمانی شامل هشت جلسه با عناوین زیر بود:

- ارزیابی بیماری اعتیاد (۲) حل مشکلات درمان طبی (۳) مدت زمانی که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بایستی درمان شود (۴) کشف تعارضات موجود در درمان (۵) بحث در مورد نظرها و دقت به نحوه درمان (۶) استفاده از درمان در آینده به عنوان راه حل دائمی برای برطرف کردن مشکل<sup>(۱۳)</sup>. همچنین بر اساس تجربیاتی که در برخورد با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد وجود دارد موضوعات دیگری نظیر باورها و نگرش‌های اشتباه در مورد بیماری و

پژوهش خود شاخص روایی محتوای این پرسشنامه را برابر با ۰/۹ و برای محاسبه پایایی از روش همسانی درونی استفاده کردند. میزان آلفای کرونباخ برای عوامل تشکیل دهنده پرسشنامه از ۰/۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است<sup>(۱۹)</sup>.

۴- **مصاحبه روانشناختی:** در حین مطالعه برای تشخیص بهتر و دقیقتر و درمان اعتیاد از مصاحبه روانشناسی مبتنی بر ملاک‌های تشخیص یا بهبود اعتیاد استفاده شد. این تشخیص بر اساس ملاک‌های مطرح شده در DSM-5 برای تشخیص اعتیاد به مواد مخدر انجام شد<sup>(۲۰)</sup>.

۵- **پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:** این پرسشنامه متغیرهای زمینه‌ای کمی و کیفی شامل سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل، شرایط زیستی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، طول مدت اعتیاد، تعداد روزهای بستری افراد در مرکز ترک اعتیاد را ارزیابی می‌کند.

برای تحلیل داده‌های کارآزمایی بالینی از آزمون آماری تحلیل واریانس و آنالیز کواریانس توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان در این مطالعه  $33/1 \pm 7/3$  سال بود. در مجموع ۵۷ درصد از نمونه‌ها میزان پذیرش درمان منظم و بالاتر داشتند. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شرایط زیستی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، طول مدت ابتلای به اعتیاد و تعداد روزهای بستری در مراکز ترک اعتیاد در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

شخصیت (هفت سؤال)، فعالیت‌ها و اهداف مشترک (دو سؤال) می‌باشد. بر اساس این پرسشنامه کمترین و بیشترین نمره ممکن برای بعد ارتباطات بین فردی ۰-۴۸، بعد سودمندی نقش ۰-۲۴، بعد پایه‌های شخصیت ۰-۴۲ و بعد فعالیت‌ها و اهداف مشترک ۰-۱۲ و کل کیفیت ۰-۱۲۶ می‌باشد که هر چه نمره کیفیت زندگی بالاتر باشد نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر محسوب می‌گردد. این پرسشنامه خود اجرا بوده و نمره بالا در هر یک از حیطه‌ها و بالا بودن نمره کل مقیاس بیانگر کیفیت زندگی مطلوب است. برای هر حیطه پرسشنامه نمره‌دهی از صفر تا شش نمره‌گذاری می‌شود. میانگین مجموع نمرات کسب شده در هر بعد به عنوان نمره کیفیت زندگی بیماران در آن بعد می‌باشد. این پرسشنامه دارای روایی صوری معتبر و در مطالعه‌ای در داخل کشور میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۷ گزارش شده است<sup>(۱۷)</sup>. در مطالعه فعلی نیز میزان همسانی درونی پرسشنامه (آلفای کرونباخ) برابر با ۰/۹۴ و پایایی بیرونی (روش بازآزمایی) پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد که نشان دهنده میزان مطلوب پایایی پرسشنامه می‌باشد.

### ۳- مقیاس متابعت از درمان ( Compliance Therapy Scale )

این مقیاس که در مقالات مشابه جهت تعیین میزان متابعت از درمان استفاده شده است، میزان متابعت از درمان را بر اساس یک مصاحبه ساختار یافته با شرکت کنندگان و کمک عضو کلیدی خانواده از طریق چهار امتیاز زیر ارزیابی می‌کند: امتیاز یک: مصرف همیشگی داروها و تحت درمان بودن به طور نامنظم است (۰-۲۴٪) امتیاز دو: مصرف دارو و تحت درمان بودن خیلی اوقات نامنظم است (۲۵-۴۹٪) امتیاز سه: مصرف دارو و تحت درمان بودن نامنظم است (۵۰-۴۷٪) امتیاز چهار: مصرف دارو و تحت درمان بودن بطور منظم است (۱۰۰٪-۷۵) و نمره مساوی سه یا بیشتر به عنوان پذیرش درمانی مورد قبول واقع می‌شود<sup>(۱۸)</sup>. غلامعلی و همکاران در

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک نمونه ها

p-value	گروه				مشخصات فردی
	کنترل	متابعت درمانی و گروه درمانی	متابعت درمانی	گروه درمانی	
	میانگین (انحراف معیار)				
۰/۲*	۲۹ ± ۵/۱	۳۲ ± ۸	۳۴ ± ۶/۱	۳۵ ± ۷	سن
۰/۳*	۶/۱ ± ۶	۹ ± ۹/۱	۸ ± ۵/۱	۱۲/۱ ± ۹	مدت زمان ابتلا به اعتیاد
۰/۰۵۴*	۵۷ ± ۱۶/۱	۱۲۱ ± ۲۲/۱	۶۶ ± ۱۱/۱	۶۶ ± ۱۲	تعداد روزهای بستری
۰/۵***	۲۹ (۹۶٪)	۳۰	۳۰	۳۰	جنسیت
	۱ (۴٪)	-	-	-	مذکر مؤنث
۰/۰۵۹**	۲۰ (۶۶٪)	۱۷ (۵۶٪)	۱۸ (۶۰٪)	۱۶ (۵۳٪)	وضعیت تأهل
	۸ (۲۶٪)	۶ (۲۰٪)	۲ (۶/۲٪)	۹ (۳۰٪)	متاهل همسر فوت شده
۰/۰۵۲***	-	۳ (۱۰٪)	۲ (۶/۲٪)	-	مطلقه
	۲ (۶٪)	۴ (۱۳٪)	۸ (۲۶/۶٪)	۵ (۱۶٪)	سیکل و زیر دیپلم دیپلم دانشگاهی
۰/۰۵۱***	۸ (۲۶٪)	۱۱ (۳۶٪)	۱۰ (۳۳٪)	۱۲ (۴۰٪)	میزان تحصیلات
	۱۷ (۵۶٪)	۱۴ (۴۶٪)	۱۰ (۳۳٪)	۱۲ (۴۰٪)	با دوستان و بستگان با فرزندان با همسر و فرزندان با پدر و مادر
۰/۰۶**	۶ (۲۰٪)	۱ (۳٪)	۲ (۶٪)	۳ (۱۰٪)	شرایط زیستی افراد
	۴ (۱۳٪)	۲ (۶٪)	۴ (۱۳٪)	-	متلا به سوء مصرف
۰/۰۵۵**	۳ (۱۰٪)	۲ (۶٪)	۴ (۱۳٪)	۷ (۲۳٪)	مواد (درصد) فراوانی
	۱۴ (۴۶٪)	۱۷ (۵۶٪)	۱۸ (۶۰٪)	۱۵ (۵۰٪)	تنها
۰/۰۵۵**	۳ (۱۰٪)	۸ (۲۶٪)	۲ (۶٪)	۵ (۱۶٪)	شرایط شغلی افراد
	۲۳ (۷۶٪)	۲۳ (۷۶٪)	۱۷ (۵۶٪)	۱۲ (۴۰٪)	آزاد دولتی بیکار
۰/۰۵۵**	۱ (۳٪)	۳ (۱۰٪)	-	۲ (۶٪)	مواد (درصد) فراوانی
	۶ (۲۰٪)	۴ (۱۳٪)	۱۳ (۴۳٪)	۱۶ (۵۳٪)	

\* آزمون ANOVA، \*\* آزمون X<sup>2</sup>، \*\*\* آزمون فیشر

جدول شماره ۲ تحلیل نتایج آنالیز واریانس و آنالیز کواریانس در مورد متغیرهای مطالعه در قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. از آنجایی که نمرات قبل از مداخله در حیطه‌های ارتباطات بین فردی، سودمندی نقش، فعالیت‌ها و اهداف مشترک و متابعت از درمان در گروه‌های چهارگانه معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ) برای بعد از مداخله از آنالیز کواریانس استفاده شد و برای بقیه متغیرها در قبل و بعد از مداخله از آزمون آنالیز واریانس استفاده گردید.

همچنین آزمون تعقیبی scheffe نشان داد در مورد متغیر کیفیت زندگی میان گروه‌های چهارگانه تفاوت معنی‌داری

نتایج اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آورده شده است. متغیرهای زمینه‌ای کمی و کیفی شامل سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل، شرایط زیستی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، طول مدت ابتلای اعتیاد، تعداد روزهای بستری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس، آزمون کای دو، یا آزمون فیشر بین چهار گروه آزمایش و کنترل مقایسه شدند. نتایج، در هیچ کدام از متغیرهای زمینه‌ای کمی یا کیفی، اختلاف معنی‌داری را بین گروه‌ها نشان نداد ( $P\text{-value} > 0/05$ ). بنابراین هیچکدام از این متغیرها به عنوان متغیر مداخله‌گر در نتایج تأثیرگذار نبودند.

وجود داشت ( $P < 0/05$ ) و در متغیر علائم (علایم و نشانه‌های بیمار) نیز این تفاوت میان گروه‌های چهارگانه

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس یک طرفه و تحلیل کواریانس حیطه‌های کیفیت زندگی، سنجش عملکرد کلی و متابعت از درمان در چهار گروه مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله

P-value	F	کنترل		متابعت درمانی و گروه درمانی		گروه درمانی		متغیرها
		(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	گروهها		
0/00	1	30 ± 11	28 ± 10	29 ± 10	26 ± 13	1*	ارتباطات بین فردی	
0/00	1	37 ± 9	37 ± 8	38 ± 7	33 ± 11	2**		
0/00	1	10 ± 5	7 ± 6/1	7 ± 5	6 ± 1	1	سودمندی نقش	
0/063	2	15 ± 5	13 ± 7	11 ± 6	11/1 ± 7	2		
0/09	2	13	14 ± 15	21 ± 14	16 ± 14	1	پایه‌های شخصیت	
0/08	2	28 ± 13	20 ± 16	23 ± 15/1	19 ± 15	2		
0/017	3	4 ± 3	3 ± 2/1	3 ± 2	2 ± 2	1	فعالیت‌ها و اهداف	
0/00	10	7 ± 3	4 ± 3/1	4 ± 2	4 ± 3	2	مشترک	
0/068	2	68 ± 28	54 ± 28	61 ± 26	51 ± 31	1	نمره کل کیفیت زندگی	
0/00	2/1	88 ± 28	76 ± 28	77 ± 26	68 ± 33	2		
0/087	1	59 ± 15	50 ± 13	54 ± 13	57 ± 12	1	سنجش عملکرد کلی	
0/08	2	62 ± 20	52 ± 13	57 ± 13	60 ± 11	2	(اجتماعی، شغلی، تحصیلی)	
0/07	1	59 ± 22	49 ± 12	57 ± 20	60 ± 15	1	علائم (علایم و نشانه‌های بیمار)	
0/05	2/1	61 ± 22	51 ± 11	59 ± 15	62 ± 15	2		
0/00	1	2/4 ± 0/5	2/4 ± 0/6	2 ± 0/1	2 ± 0/6	1	متابعت از درمان	
0/00	1/1	2/5 ± 0/5	3/6 ± 0/5	3 ± 1/1	2 ± 0/1	2		

\*: مرحله قبل از مداخله

\*\*2: مرحله بعد از مداخله

همچنین آزمون تعقیبی scheffe نشان داد در مورد متغیر کیفیت زندگی میان گروه‌های چهارگانه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ) و در متغیر علائم (علایم و نشانه‌های بیمار) نیز این تفاوت میان گروه‌های چهارگانه معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ).

جدول شماره ۲ تحلیل نتایج آنالیز واریانس و آنالیز کواریانس در مورد متغیرهای مطالعه در قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. از آنجایی که نمرات قبل از مداخله در حیطه‌های ارتباطات بین فردی، سودمندی نقش، فعالیت‌ها و اهداف مشترک و متابعت از درمان در گروه‌های چهارگانه معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ) برای بعد از مداخله از آنالیز کواریانس استفاده شد و برای بقیه متغیرها در قبل و بعد از مداخله از آزمون آنالیز واریانس استفاده گردید.



**بحث و نتیجه‌گیری**

هدف از این مطالعه اثر بخشی متابعت از درمان برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر که در فاز بهبود قرار داشتند، به صورت جلسات آموزشی و به شکل گروهی بود. این جلسات بر روی گروه نمونه که به صورت تصادفی در چهار گروه‌های مختلف قرار داده شده بودند انجام شد. متغیرهای مورد بررسی شامل کیفیت زندگی، عملکرد کلی و پذیرش درمان در گروه نمونه بود.

بر اساس تحلیل واریانس یک طرفه، اختلاف معنی‌داری در زیر مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی از جمله ارتباطات بین فردی، فعالیت‌ها و اهداف مشترک و نمره کل کیفیت زندگی در بین چهار گروه وجود داشت اما این تفاوت در بین حیطه پایه‌های شخصیت و سودمندی نقش مشاهده نشد.

در پژوهش‌های قبلی هم بیشتر افراد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، ناتوانی و حقارت، آسیب‌پذیری به انتقاد و بی‌کفایتی و وابستگی را تجربه کرده‌اند. آنها، تکبر و خودنمایی را به عنوان مکانیزم دفاعی واکنش وارونه که به اضطراب حالت همبسته است، نشان می‌دهند<sup>(۲۱)</sup>. همچنین عودهای مکرر، علائم حاد بیماری، نوسانات خلقی، تغییر در روابط بین فردی، ایجاد مشکلات شغلی، بحران‌های خانوادگی، هراس از پرچسب خوردن در اجتماع، فشارهای مالی ناشی از درمان، برخی از مواردی است که نه تنها برای بیمار ایجاد نگرانی و استرس می‌نماید بلکه خانواده وی را نیز دچار آشفتگی می‌نماید<sup>(۲۲،۲۳)</sup> که تأثیرگذاری نتایج این مطالعه در بهبود برخی از موارد گفته شده مشهود بود. ولی تفاوت مشاهده نشده در حیطه شخصیتی می‌تواند ناشی از تغییرات شخصیتی در طول زمان باشد. از آنجایی که تغییرات ویژگی‌های شخصیتی در زمان طولانی رخ می‌دهد شاید درمان ما در این زمینه نتوانسته است تغییراتی را ایجاد نماید. طبق نتایج بدست آمده از این مطالعه بعد از مداخله، میانگین میزان پذیرش درمانی و عملکرد کلی سه گروه

آزمایشی نیز بهبود یافته است. پژوهش‌های گذشته نیز نشان می‌دهند علاوه بر توجه به بیمار، انجام اقدامات درمانی و نگهدارنده برای وی از نکات قابل توجه و ضروری در امر روانپزشکی می‌باشد چرا که اعتیاد ماهیتی مزمن و سیری فرساینده دارد و می‌تواند منبعی برای استرس دراز مدت و مزمن به شمار رود<sup>(۲۴)</sup>. بنابراین این مساله بیان کننده نمره بهتر عملکرد افراد در گروه مداخله می‌باشد و می‌تواند مطرح کننده این نکته باشد که این قبیل مداخلات حتی در پیگیری‌های طولانی‌تر می‌توانند تأثیرگذاری قابل توجهی داشته باشند.

یکی از نتایج این پژوهش بهبود ارتباطات بین فردی (شامل ارتباطات خانوادگی، فعالیت‌های اجتماعی، روابط جنسی و رضایت شغلی) بین گروه‌های متابعت از درمان به همراه گروه درمانی و گروه متابعت از درمان پس از دوره درمانی بود. در پژوهش‌های پیشین بیان شده است که بیماران تحت درمان با داروهای نگهدارنده دچار اختلال در عملکرد و مخصوصاً عملکرد جنسی می‌شوند و میزان شیوع این اختلال در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بین هفت تا ۳۳ درصد گزارش شده است<sup>(۲۵-۲۸)</sup> و بسیاری از داروهایی که برای درمان ناخوشی‌های همراه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تجویز می‌شود نیز به نوبه خود تأثیر منفی بر عملکرد جنسی دارند<sup>(۲۹)</sup>. لذا با توجه به یکی از جنبه‌های این مطالعه که تأکید بر همدلی و روابط بین فردی می‌باشد، این امر نیز در بهبود روابط جنسی و مخصوصاً در متأهلین تأثیرگذار بوده است.

از دیگر موضوعات مورد بررسی در این مطالعه بررسی تأثیر مداخلات همکاری درمانی در کیفیت زندگی افراد بود. بر اساس نتایج بدست آمده، نمره کیفیت زندگی بعد از مداخلات آموزشی در گروه‌های مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از گروه مشاهده بود. به عبارت بهتر مداخلات توانسته است تأثیر مثبت و قابل درک در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد داشته باشد. در مطالعه دیگری نیز



مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تحت درمان MMT ملاحظه شد. هر چند، اندازه‌های اثر قابل قبولی در افزایش متغیرهای نامبرده مشاهده شد، این بدین معناست که این روش‌های درمانی می‌توانند بعد از مداخله نیز افزایش پیدا کرده و این یافته ممکن است ناشی از محیط صمیمی جلسات برای ابراز انتقاد و بیان مشکلات به جای پرخاشگری یا عدم پذیرش درمان باشد.

مداخلات روانشناختی مختلفی، از قبیل مداخلات خانواده و فرزند پروری، درمان چند سیستمی، آموزش مدیریت والدین، درمان خانوادگی کارکردی، راهبردهای مدیریت رفتاری مختلف، مراقبت پرورشی چند بعدی، برنامه‌های ایجاد مهارت‌های رفتاری شناختی، کاهش علائم برخی از بیماریها را مطرح کرده‌اند<sup>(۳۳-۳۶)</sup>. اما گاهی این مداخلات، اثربخشی کمی را در درمان برخی از اختلالات دارند<sup>(۳۷)</sup>. اما آنچه از نتایج این طرح به دست می‌آید این است که متغیرهایی نظیر گروه‌بندی (اعم از گروه درمانی، متابعت از درمان)، یا هر دو به همراه وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی می‌توانند اثر معنی‌داری بر میانگین نمره کیفیت زندگی در مقیاس‌های مختلف و عملکرد کلی و پذیرش مراقبت‌های بعد از بیماری داشته باشند و در مجموع درمان‌های جایگزین و تکمیلی بیماران به همراه دارو درمانی علاوه بر این که موجب کاهش هزینه‌های درمانی و بستری می‌گردند، موجب تمایل و آمادگی بیشتر افراد برای پذیرش درمان و ترک اعتیاد می‌شوند.

بطور کلی، با توجه به اینکه تاکنون، روان درمانی‌های مرسوم مانند آموزش مدیریت والدین، آموزش مهارت‌های حل مسأله و درمان چند سیستمی در درمان اعتیاد، در موارد شدید و موارد همراه با آشفتگی‌های شدید خانوادگی، اثربخشی چندانی نداشته‌اند<sup>(۳۷-۳۸)</sup>، برای اولین بار همراه با روش‌های دارودرمانی و گروه درمانی، روش درمانی به نام متابعت از درمان در کنار هم طراحی و در قالب مطالعه مقدماتی و کارآزمایی بالینی اجرا شد. نتایج این پژوهش

نشان داده شد که اعتیاد نیز همانند بسیاری از بیماری‌های روانی دوره درمانی حاد دارد و در دوره بازتوانی و بهبودی، فرد فشارهای زیادی را متحمل شده و کیفیت زندگی وی کاهش می‌یابد و این موارد همراه با بروز افسردگی و اضطراب در فرد خواهد بود<sup>(۳۹)</sup>. لذا چنین می‌توان استدلال کرد که یکی از دلایل تأثیر مثبت مداخله آموزشی بر کیفیت زندگی این است که در اینجا کیفیت زندگی فرد و خانواده وی ارتقاء یافته و مسلماً نقش آموزش بهداشت روانی در ایجاد دیدگاه مثبت در افراد و خانواده‌ها بسیار مؤثر می‌باشد. به عبارت بهتر در بررسی کیفیت زندگی بیشتر مسایل مثبت در محیط اجتماعی مانند امید به زندگی، لذت بخش بودن فعالیت‌ها و غیره مورد بررسی قرار گرفته و مسایل مثبت در ذهن فرد تداعی می‌گردد و از این رو مداخلات انجام شده در بهبود کیفیت زندگی به طور معنی‌داری مؤثر می‌باشد<sup>(۴۰)</sup>. اگر چه انتظار می‌رود که کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد پس از یک دوره حاد و افت علائم و بازگشت خود به خودی بهبود یابد و این امر می‌تواند توجیه مناسبی برای بهبود آن در گروه کنترل باشد، اما همانگونه که نتایج نشان می‌دهد این تغییرات در گروه مداخله مشهودتر بود و بین دو گروه این اختلاف معنی‌دار است. بدون شک اساس درمان افراد مبتلا به اعتیاد درمان دارویی است ولی نتایج مطالعه فعلی و سایر مطالعات متشابه بر اهمیت و تأثیر این قبیل مداخلات آموزشی بر بهبود عملکرد کلی و کیفیت زندگی بیش از پیش تأکید می‌کند.

این مطالعه، اولین پژوهش در زمینه طراحی و معرفی مداخله درمانی مبتنی بر متابعت از درمان به همراه گروه درمانی برای افراد مبتلا به اعتیاد و اجرای آن در قالب مطالعه مقدماتی و کارآزمایی بالینی است. در این مطالعه، قابلیت اجرای جلسات درمان گروهی در قالب مطالعه مقدماتی، بررسی و اعتبار این مداخله توسط متخصصان ارزیابی شد و تأثیرات این درمان بر افزایش کیفیت زندگی، عملکرد کلی و پذیرش مراقبت‌های بعد از بیماری در افراد

نتایج این پژوهش و دست‌یابی به یافته‌های بیشتر، این روش درمانی بصورت یک بسته درمانی طراحی شده و در سایر مراکز ترک اعتیاد و بر روی نمونه‌های بزرگ‌تر، در قالب کارآزمایی بالینی اجرا شود. همچنین توصیه می‌شود این جلسات آموزشی-درمانی به منظور پیشگیری از ابتلا به اعتیاد برای گروه‌های در معرض خطر ابتلا به این اختلال، طراحی و اجرا شود.

### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچگونه تعارض منافی در رابطه با این مقاله ندارند.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین، کارکنان و مددجویان چهار مرکز ترک اعتیاد آهنگ، راهی به سوی نور، دی و پیشگامان سلامت که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

نشان داد که این روش‌های درمانی بر افزایش عملکرد کلی و پذیرش مراقبت‌های بعد از بیماری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تحت درمان MMT، مقابله با خشم، استرس و بهبود الگوهای زندگی این افراد مؤثر هستند. البته پژوهش ما محدودیت‌هایی داشت. در این مطالعه بازدارنده عاطفی یکی از محدودیت‌هایی بود که می‌توانست دقت پرکردن پرسشنامه‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، انتخاب شرکت کنندگان از مراکز ترک اعتیاد مانع این شد که آنها نماینده همه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باشند. به علاوه، بر اساس نقش عوامل فرهنگی و محیطی، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که در تهران زندگی می‌کنند، احتمالاً تجارب متفاوت‌تری در مقایسه با افراد ساکن شهرهای دیگر ایران دارند. بنابراین لازم است مطالعات دیگری در سایر شهرهای ایران برای بسط یافته‌های این مطالعه، انجام شود. دسترسی به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بعد از ترخیص و انجام جلسات درمانی در مراکز ترک اعتیاد مورد توافق تعداد زیادی از بیماران نبود که این در نتایج طرح تأثیرگذار است. لذا پیشنهاد می‌شود برای بسط

### فهرست منابع

1. UNODC in Islamic Republic of Iran 2017. Available at : [https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/fa/world-drug-report-2017\\_-29-5-million-people-globally-suffer-from-drug-use-disorders--opioids-the-most-harmful-fa.html](https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/fa/world-drug-report-2017_-29-5-million-people-globally-suffer-from-drug-use-disorders--opioids-the-most-harmful-fa.html)
2. Aliverdina A, Rezaie A, Peiro F. [A sociological analysis of University students attitude's toward suicide]. *Applied Sociology*. 2012;22(4):1-18. Persian
3. Sarami H, Ghorbani M, Minoie M. [Four decades of research on the prevalence of drug abuse in Iran]. *Quarterly Journal of Research on Addiction*. 2013;7(26):29-52. Persian
4. Tabebordbar F. [Meta-Analysis of Effectiveness of Cbt Treatment on Addiction and General Health of Addicted]. *Methods and Models in Psychology*. 2014;3(14): 1-11. Persian
5. Najarzadegan M, Tavalaee A. [A Prevention Survey about the Treatment Protocols For the Substance Abuse In War Injured Soldiers]. *Ann Mil Health Sci Res*. 2012;10(2):163-73. Persian
6. Zemestani M, Babamiri M, Sepyani A. [On the Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Substance Abuse and the Severity of Comorbidity of Depression and Anxiety Symptoms in the Addicts of Therapeutic Community Centers]. *Journal of research on addiction. Presidential Drug Control Headquarters*. 2016;10(39): 179-94. Persian
7. Mahmoodi Gh, Amiri M, Jahani MA, Hajibagloo E. [A Survey on the Mental Health and Quality of Life of Addicts Referring to Methadone Therapy in Sari, 2012]. *Health management (health system)*. 2011;3(3-4): 7-17. Persian

8. Moradi A. [Evaluation of the Effect of Methadone Maintenance Therapy (MMT) on Reducing Injury in Male client, Hamadan Central Prison, 2009]. *The Journal of Toloo-e-behdasht ( Shahid Sadoughi University of Medical Sciences)*.2010;8(3-4): 3. Persian
9. Ghorbani T, Mohammadkhni S, Sarami G. [The comparison of the effectiveness of group cognitive-behavior therapy and methadone maintenance therapy on changing beliefs related to substance and relapse prevention]. *Research on Addiction*. 2012;6(22):23-38. Persian
10. Vornganti LP. Medications and Quality of life. *Psychiatric times*. 2008;25(5):1-2.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia; Williams and Wilkins. 2017.
12. Beygi A, Farahani M, Mohammadkhani S, Mohammadifar MA. [The Discriminative Role of Quality of Life and Hope in Narcotic Anonymous and Methadone Maintenance Groups]. *Journal of clinical psychology*.2011;3(3) : 75-84. Persian
13. Jannesari Z, Omranifard V, Maracy MR, Soltani S. [The effect of compliance therapy on quality of life and global function of schizophrenic patients]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011;9(2):114-22. Persian
14. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Nurs*. 2007;16(7):1302-12.
15. Sadock BJ, Sadock VA. *Textbook of Psychiatry*(chapter 1). Shahrab Publication. 2008.
16. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, et al. Reliability and validity of DSM-IV axis V. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1858-63.
17. Kalateh-jari M, Bagheri H, Hassani M. [The effect of aerobic exercise program on quality of life in schizophrenic patients]. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2007;9(3):28-36. Persian
18. O'donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ*. 2003;327(7419):834.
19. Gholamaliei B, Karimi-Shahanjarini A, Roshanaei G, Rezapour-Shahkolaei F. [Medication Adherence and its Related Factors in Patients with Type II Diabetes]. *J Educ Community Health*. 2016;2(4):3-12. Persian
20. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5)*, 5<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
21. Cramer P. *Protecting the self: Defense mechanisms in action*: Guilford Press; 2006.
22. Rouget BW, Aubry J-M. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2007;98(1):11-27.
23. Miklowitz DJ. Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *J Clin Psychol*. 2012;68(5):502-13.
24. Safari H, Miladi Gorji H. [Anxiety-like behavior profile in morphine dependent rats exposed to acute and chronic stress]. *Tehran University Medical Journal*. 2013:709-16. Persian
25. Quaglio G, Lugoboni F, Pattaro C, Melara B, Mezzelani P, Des Jarlais DC. Erectile dysfunction in male heroin users, receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2008;94(1):12-8.
26. Zhang H-S, Xu Y-M, Zhu J-H, Zhong B-L. Poor sleep quality is significantly associated with low sexual satisfaction in Chinese methadone-maintained patients. *Medicine*. 2017;96(39).
27. Bang-Ping J. Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: a preliminary report. *J Sex Med*. 2009;6(4):1072-80.
28. Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, Attia J. Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *J Sex Med*. 2008;5(3):684-92.
29. Lari MA, Faramarzi H, Shams M, Marzban M, Joulaei H. [Sexual dysfunction, depression and quality of life in patients with HIV infection]. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2013;7(1):61. Persian
30. Salimi M. [Substance abuse and mental illness]. *Social Health & Addiction*, 2015;1(2) : .29-40. Persian

31. Tay S-EC. Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007;45(6):29-37.
32. Farnam A. [The Effect of Positive Thinking Training in Enhancement of Quality and Hope of life among the Elderly]. *Positive Psychology.* 2016;2(1): 75-88. Persian
33. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Eslami M, Alaghemandan H, Setare M. Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *Int J Prev Med.* 2012;3(4):290.
34. Kimonis ER, Frick PJ. Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown-up. *J Dev Behav Pediatr.* 2010;31(3):244-54.
35. Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P, Scheepers F, Glennon J, Rommelse NN. Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(1):49-54.
36. Alavi SS, Jannatifard F, Maracy MR, Alaghemandan H, Setare M. Comparison of national and personal identity between person with internet addiction disorder and normal internet users. *Journal of education and health promotion.* 2014;3.
37. Dulcan M. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry: American Psychiatric Pub; 2010.
38. Alavi SS, Jannatifard F, Eslami M, Rezapour H. [Evaluation of diagnostic criteria of DSM-IV-TR for diagnosis of internet addiction disorder]. *ZJRMS.* 2011; 13 (6) :31-5. Persian

Archive of SID

## The Effect of Compliance with Group Therapy on Quality of Life, Global Function and Care after Treatment in Opium Addicted under MMT (Methadone Maintenance Therapy)

Peyravi H. PhD<sup>1</sup>

\*Alavi SS. PhD<sup>2</sup>

Ghanizadeh M. MS<sup>3</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Today, the role of non-drug treatment is important in the treatment of addiction. Compliance therapy plays effective role in improvement of quality of life, reducing the effects sides of treatment and especially in mental health promotion. The present study has been designed to determine the effect of “compliance therapy” with group therapy on quality of life, general function, acceptance and care after illness in opioid addicted under Methadone Maintenance Therapy (MMT).

**Material & Method:** The clinical trial methodology was done on the addicted persons who are in recovery phase, in 4 addiction treatment centers in Tehran city during 2016 year. Initially, 120 patients were selected randomly, they were divided in four groups (group therapy, group therapy and compliance therapy, compliance therapy and control group). The variables of study were quality of life (QOL), Global Function, treatment acceptance, this variables were assessed by Quality of Life Questionnaire, and Global Assessment Function and compliance therapy scale. To data analysis we used descriptive and inferential statistic (ANOVA) and ANCOVA via SPSS 20 software.

**Results:** Based on ANOVA analysis, there are significant differences in sub scales of quality of life questionnaire (including interpersonal relationship, activities and Common goals), Global Function Assessment in Social, vocational and educational fields and score of compliance between 4 groups. (P-value<0.05), But there isn't significant differences in “personality foundation” and “role effectiveness” between 4 groups.

**Conclusion:** The results showed that, care after treatment such as group therapy, compliance therapy or matrix therapy are effectiveness in treatment of addiction.

**Key words:** Quality of life, Patient Compliance, Group Therapy, Methadone

Received: 14 Nov 2017

Accepted: 12 Feb 2018

<sup>1</sup>. Professor, PhD of Nursing, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>. PhD of Clinical Psychology, Psychiatry and Psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author). Tel: 021554022002 E-mail:alavi@sdlrc.mui.ac.ir

<sup>3</sup>. Ms of Psychology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.