

بررسی اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

جواد نمازپور^۱، مولود رادفر^۲، هاله قوامی^۳، ناصر شیخی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۲/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: لغزش از چالش‌های عمده در درمان نگهدارنده با متادون بوده که منجر به عود مصرف مواد می‌شود. اشتیاق نیز مهم‌ترین عامل لغزش و بازگشت به مصرف مواد پس از دوره‌های درمانی است. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۹۵ نفر از بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تمام شماری انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۴۸ نفر) و کنترل (۴۷ نفر) تقسیم شدند. مدل مراقبت پیگیر شامل مراحل آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی روی گروه مداخله طی مدت ۳ ماه اجرا شد و در پایان دو گروه از نظر لغزش و اشتیاق مورد مقایسه قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد و چک‌لیست لغزش و غیبت گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تی مستقل و وابسته، کای دو و همبستگی پیرسون استفاده شد. **یافته‌ها:** اجرای مراقبت پیگیر در لغزش و اشتیاق بیماران تأثیر معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). میانگین لغزش در گروه مداخله از (۲/۰۷±۰/۸۹) به (۱/۵۷±۱/۱) کاهش و میانگین اشتیاق در گروه مداخله از (۵۳/۷۳±۱۳/۵۸) به (۵۰/۴۷±۱۵/۱) کاهش یافت که تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای مدل مراقبت پیگیر در کاهش لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر بود. لذا پیشنهاد می‌شود در کنار درمان نگهدارنده با متادون جهت پیشگیری از لغزش و کاهش اشتیاق از این الگوی مراقبتی استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت پیگیر، عود، اشتیاق به مواد، متادون

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۹۱، اردیبهشت ۱۳۹۶، ص ۱۲۷-۱۳۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۷۵۹۶۱

Email: mradfar1343@gmail.com

مقدمه

می‌کند. بنابراین، تعداد معتادان سالانه بیش از ۳ برابر جمعیت رشد می‌کند (۳). دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل^۱ در گزارش سال ۲۰۱۶ خود اعلام کرد که در سال ۲۰۱۴ در جهان ۲۴۷ میلیون نفر در جهان اقدام به استفاده از مواد مخدر کرده‌اند که ۲۹ میلیون نفر از آن‌ها وضعیتی وخیم دارند (۴). یکی از اقدامات انجام‌گرفته در برخورد با معضل اعتیاد، تأسیس مراکز ترک اعتیاد در کشور می‌باشد (۵).

یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمان مبتنی بر شواهد مستدل علمی در درمان وابستگی به مواد، درمان نگهدارنده با متادون

اعتیاد به مواد مخدر، یک مشکل فراگیر جهانی است که منبع نگرانی بسیاری از جوامع بشری شده و شیوع آن با سرعت در جهان و ایران در حال افزایش است (۱). اعتیاد به‌عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی، اجتماعی قرن حاضر، علاوه بر این‌که ابعاد جسمی، عاطفی و اجتماعی فرد معتاد را تحت تأثیر قرار داده، موجب مشکلات روانی، اجتماعی برای جامعه و همچنین خانواده‌های آنان نیز شده است (۲). رشد اعتیاد در کشور سالانه حدود هشت درصد است درحالی‌که جمعیت کشور سالانه حدود ۲/۶ درصد رشد

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار گروه پرستاری، دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ کارشناس ارشد آمار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۱ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

می‌باشد (۶). متادون با متوقف نمودن گیرنده‌های اوبیوئیدی، در جلوگیری از بروز علائم محرومیت و کاهش اشتیاق برای مصرف، در درمان اعتیاد به مواد مؤثر واقع می‌شود (۷). این درمان در راستای کاهش آسیب انجام می‌شود و امکان استفاده از مواد مخدر افیونی غیرمجاز و تزریق مواد را به شدت کاهش می‌دهد (۸).

در درمان نگه‌دارنده با متادون به‌اندازه‌ای متادون داده می‌شود که بیماران علائم ترک یا محرومیت نداشته و نیازی به مصرف دوباره مواد در خود احساس نکنند (۹). باوجود اثربخشی این روش درمانی، در پاره‌ای موارد مشاهده می‌شود که با گذشت مدت‌زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی از سوی برخی بیماران تجربه‌شده و زمینه عود در آن‌ها فراهم می‌شود (۱۰) بیشتر بیماران وابسته به مواد تحت درمان، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً مصرف مواد را از سر می‌گیرند (۱۱). تحقیقات انجام‌شده توسط صیادی (۱۲) و صادقیه (۱۳) رقم بازگشت به مصرف مواد را ۸۰ تا ۸۷ درصد ذکر کرده‌اند. در تحلیل‌های آماری بیشترین بازگشت مربوط به ۶ ماه اول بوده است. بر اساس مطالعه مقدماتی انجام‌شده توسط اصلی نژاد، میزان شیوع لغزش بیماران بیش از ۴۰ درصد بوده است (۱۴).

لغزش و عود با اینکه مترادف با بازگشت به مصرف مواد به کار می‌روند ولی معنی متفاوتی دارند. لغزش بازگشت ناگهانی یا یک‌باره به مصرف مواد است ولی عود، مصرف مجدد مواد به‌صورت منظم بعد از ترک آن است که به دنبال لغزش ایجادشده و دوباره وابستگی کامل به مصرف مواد را پیش می‌آورد. لغزش لزوماً به عود منجر نمی‌شود (۱۵). لغزش یکی از چالش‌های عمده در درمان نگه‌دارنده با متادون بوده و مرحله‌ای است که قبل از عود اتفاق می‌افتد. لغزش به معنی یک‌بار آزمایش مثبت یا عدم مراجعه برای کمتر از یک هفته و عود به معنی دو بار آزمایش مثبت متوالی به فاصله دو هفته یا عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته می‌باشد (۱۶). از آنجاکه لغزش موجب مشکلات عدیده‌ای از قبیل ادامه رفتارهای پرخطر و انتقال عفونت‌ها به جمعیت عمومی، مسمومیت، ارتباط با موادفروشان، عدم ماندگاری در درمان و دست نیافتن به اهداف درمانی می‌گردد، توجه به لغزش و کاهش آن به‌وسیله مداخلات حمایتی، روانی و اجتماعی ضروری است (۱۴). یکی از علل مهم لغزش، اشتیاق یا ولع مصرف (وسوسه) یا همان نیاز روانی شدید به مصرف ماده موردنظر است (۱۵).

مطالعات انجام‌شده توسط تاجری و همکاران (۲۲)، فیروزآبادی و همکاران (۲۳)، عاشوری و همکاران (۲۴)، خانی‌ها و همکاران (۲۵)، ریتشر و همکاران^۲ (۲۶)، مک کی و همکاران^۳ (۲۷) و گو و همکاران^۴ (۲۸) تأثیر معنی‌دار روش‌ها و درمان‌های غیردارویی و حمایتی را در کاهش اشتیاق و جلوگیری از لغزش و عود بیماران وابسته به مواد تحت درمان را نشان داد.

ازجمله مداخلات حمایتی دیگر که می‌توان در کنار درمان نگه‌دارنده با متادون جهت پیشگیری از لغزش و کاهش اشتیاق به کار برد، استفاده از مدل مراقبت پیگیر می‌باشد. این مدل که شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی می‌باشد در ایران توسط احمدی (۱۳۸۰) در مورد بیماران مزمن عروق کرونر طراحی و اجرا شده است (۲۹). مراقبت پیگیر فرآیندی منظم برای برقراری ارتباط مؤثر و تعامل بین مددجو و پرستار به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراقبتی به‌منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس سازی مددجویان نسبت به قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ، بهبود و ارتقای سلامتی آن‌هاست (۳۰). مطالعات متعددی که بر روی بیماری‌های مزمن و عودکننده همچون بیماران دیابتی (۳۰، ۳۱)، نارسایی قلبی (۳۲)، برونشیت

می‌باشد (۶). متادون با متوقف نمودن گیرنده‌های اوبیوئیدی، در جلوگیری از بروز علائم محرومیت و کاهش اشتیاق برای مصرف، در درمان اعتیاد به مواد مؤثر واقع می‌شود (۷). این درمان در راستای کاهش آسیب انجام می‌شود و امکان استفاده از مواد مخدر افیونی غیرمجاز و تزریق مواد را به شدت کاهش می‌دهد (۸).

در درمان نگه‌دارنده با متادون به‌اندازه‌ای متادون داده می‌شود که بیماران علائم ترک یا محرومیت نداشته و نیازی به مصرف دوباره مواد در خود احساس نکنند (۹). باوجود اثربخشی این روش درمانی، در پاره‌ای موارد مشاهده می‌شود که با گذشت مدت‌زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی از سوی برخی بیماران تجربه‌شده و زمینه عود در آن‌ها فراهم می‌شود (۱۰) بیشتر بیماران وابسته به مواد تحت درمان، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً مصرف مواد را از سر می‌گیرند (۱۱). تحقیقات انجام‌شده توسط صیادی (۱۲) و صادقیه (۱۳) رقم بازگشت به مصرف مواد را ۸۰ تا ۸۷ درصد ذکر کرده‌اند. در تحلیل‌های آماری بیشترین بازگشت مربوط به ۶ ماه اول بوده است. بر اساس مطالعه مقدماتی انجام‌شده توسط اصلی نژاد، میزان شیوع لغزش بیماران بیش از ۴۰ درصد بوده است (۱۴).

لغزش و عود با اینکه مترادف با بازگشت به مصرف مواد به کار می‌روند ولی معنی متفاوتی دارند. لغزش بازگشت ناگهانی یا یک‌باره به مصرف مواد است ولی عود، مصرف مجدد مواد به‌صورت منظم بعد از ترک آن است که به دنبال لغزش ایجادشده و دوباره وابستگی کامل به مصرف مواد را پیش می‌آورد. لغزش لزوماً به عود منجر نمی‌شود (۱۵). لغزش یکی از چالش‌های عمده در درمان نگه‌دارنده با متادون بوده و مرحله‌ای است که قبل از عود اتفاق می‌افتد. لغزش به معنی یک‌بار آزمایش مثبت یا عدم مراجعه برای کمتر از یک هفته و عود به معنی دو بار آزمایش مثبت متوالی به فاصله دو هفته یا عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته می‌باشد (۱۶). از آنجاکه لغزش موجب مشکلات عدیده‌ای از قبیل ادامه رفتارهای پرخطر و انتقال عفونت‌ها به جمعیت عمومی، مسمومیت، ارتباط با موادفروشان، عدم ماندگاری در درمان و دست نیافتن به اهداف درمانی می‌گردد، توجه به لغزش و کاهش آن به‌وسیله مداخلات حمایتی، روانی و اجتماعی ضروری است (۱۴). یکی از علل مهم لغزش، اشتیاق یا ولع مصرف (وسوسه) یا همان نیاز روانی شدید به مصرف ماده موردنظر است (۱۵).

اشتیاق یک میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد است (۱۷) که به‌عنوان مهم‌ترین عامل بازگشت به مصرف مواد پس از دوره‌های درمانی و همچنین عامل اصلی وابستگی به مواد شناخته می‌شود

⁴ Go & et al

² Ritsher & et al

³ McKay & et al

انسدادی (۳۳)، اسکیزوفرنی (۳۴)، همودیالیزی (۳۵، ۳۶) انجام شده حاکی از آن است که اجرای مدل مراقبت پیگیر تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی و پیشگیری از عود حاد بیماری داشته است. پس از جست‌وجو در بسیاری از منابع در زمینه اعتیاد مطالعه‌ای در خصوص به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر جلوگیری از لغزش و عود اعتیاد و کاهش اشتیاق به مواد یافت نشد. با توجه به آنکه لغزش سبب آسیب از طریق استفاده از مواد مخدر غیرمجاز و تزریق مواد و سوق یافتن به سمت عود شده و همچنین اشتیاق مهم‌ترین عامل لغزش و عود بوده و از چالش‌های اصلی درمان نگاه‌دارنده با متادون می‌باشد، لذا هدف این مطالعه تعیین اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه در سال ۱۳۹۵ می‌باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (IR.umsu.rec.1395.95) در سال ۱۳۹۵ بر روی بیماران تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام شد. طرح در IRCT کشور ثبت گردید (IRCT2016042816564N6). معیارهای ورود به این مطالعه شامل داشتن سن بین ۱۸-۴۸ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر اساس نظر روان‌پزشک، گذشتن حداقل ۳ ماه از قرار گرفتن تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون، سکونت در شهرستان ارومیه بود. معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به اختلال‌های روانی در حین درمان که به بستری در بیمارستان نیاز داشته باشند، مصرف داروهای ضد روان‌پریشی و ضدصرع و عدم تمایل یا توانایی شرکت در جلسات مشاوره مراقبت پیگیر بود.

نمونه‌گیری به روش تمام شماری انجام گرفت به طوری که از کل ۲۱۲ پرونده فعال موجود در واحد ترک اعتیاد مرکز آموزشی درمانی رازی، ۹۵ پرونده بر اساس معیارهای ورود واجد شرایط پژوهش بودند که جنسیت همه آن‌ها مرد بود. این ۹۵ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب گردیدند که به روش تخصیص تصادفی با استفاده از روش پاکت‌های در بسته به دو گروه ۴۸ نفر مداخله و ۴۷ نفر کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله تعداد ۲ نفر بعد از غربالگری مراجعه ننموده، ۱ نفر از جلسه اول حساس سازی و ۱ نفر از جلسه دوم حساس سازی و ۲ نفر نیز از جلسه چهارم حساس سازی حاضر به

ادامه همکاری نشدند. بنابراین تعداد افراد گروه مداخله به ۴۲ نفر کاهش یافت. در گروه کنترل نیز تعداد ۳ نفر بعد از نمونه‌گیری مراجعه ننموده و ۲ نفر نیز حاضر به ادامه همکاری نبودند که در مجموع گروه کنترل نیز به تعداد ۴۲ نفر رسید.

ابزارهای گردآوری داده شامل پرسشنامه سنجش وسوسه (اشتیاق) مصرف مواد و چکلیست لغزش و غیبت می‌باشد. پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد توسط صالحی، برعرفان و ضیایی (۱۳۸۷) در ایران ساخته شده است. این مقیاس لیکرتی حاوی ۲۰ گویه است که میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف که پس از ترک تجربه می‌شوند را می‌سنجد. هر گویه که در یک دامنه "کاملاً درست" تا اصلاً درست نیست" دارای یک مقیاس درجه‌بندی شده از صفر تا پنج درجه می‌باشد که هر فردی در هر سؤال حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵ می‌گیرد. همچنین در کل پرسشنامه یک فرد می‌تواند از صفر تا ۱۰۰ نمره بگیرد. نمره پایین‌تر از ۴۰، اشتیاق پایین، بین ۴۰ تا ۶۰، اشتیاق متوسط و بالاتر از ۶۰، اشتیاق بالا را نشان می‌دهد. (۳۷). برای سنجش پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شده که میزان آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۴ به‌دست آمده و برای سنجش روایی آنکه به‌صورت ملاکی بوده، از پرسشنامه‌های اطمینان موقعیتی^۵ آنیس و گراهام^۶ (۱۹۸۸) ($r = 0/001, p = 0/43$)، هوس روانی (راب و همکاران^۷) (۲۰۰۴) ($r = 0/48, p = 0/001$) و عواطف مثبت (۰/۰۰۱) ($r = 0/32, p = 0/001$) و منفی (۰/۵۵) ($r = 0/55, p = 0/001$) واتسون، کلارک و تلگان^۸ (۱۹۸۸) استفاده شده که جهت و اندازه همبستگی‌های به‌دست آمده تأییدکننده روایی آن است (۳۷).

چکلیست لغزش و غیبت، تعداد دفعات لغزش بر اساس مثبت شدن تست ادرار و تعداد غیبت ثبت شده در پرونده‌ها را می‌سنجد. تست ادرار برای تمامی بیماران در فاصله هفته‌ای یکبار در مرکز ترک اعتیاد انجام شده و در پرونده آن‌ها ثبت می‌شود. میزان لغزش برای دو فاصله زمانی، از سه ماه قبل از برگزاری جلسات تا شروع جلسات و از زمان شروع اجرای الگوی مراقبت پیگیر طی مدت ۳ ماه تا پایان آن محاسبه شد. این چکلیست بر اساس تعریف پروتکل درمان وابستگی به مواد با متادون از لغزش که قبلاً به آن اشاره شده است (۱۶) تنظیم شده و توسط روان‌پزشکان و متخصصین امر تأیید شد.

الگوی مراقبت پیگیر بر روی گروه مداخله به‌صورت انفرادی و چهره به چهره توسط یک نفر از تیم تحقیق طی مدت ۳ ماه اجرا شد که بسته به مراحل مدل و تعداد مراجعین به مرکز ترک اعتیاد،

⁷ Rabbe & et al

⁸ Watson & Clark & Tellegen

⁵ Situational Confidence Questionnaire (SCQ)

⁶ Annis & Graham

انجام ورزش، برقراری روابط سالم و انجام فعالیت‌های اجتماعی، استفاده از تجربیات افراد درمان شده، ترک محیط و عادات نامناسب تحت نظر بودند. در این مرحله مشاوره‌ها، جهت حفظ ارتباط متقابل با توجه به نیازهای مراقبتی و باهدف بررسی روند مراقبت‌ها و توجه به مسائل و مشکلات جدید مراقبتی و چگونگی بازخورد مربوط به جلسات قبلی ادامه یافت و روند تداوم رفتارهای بهداشتی و ادامه درمان و عدم انحراف از آن با مشاهده، پرسش، مرور چک لیست‌ها و تست‌های دوره‌ای انجام‌شده موجود در پرونده بیمار کنترل شد.

ارزشیابی: به‌عنوان گام چهارم و نهایی مدل بوده ولی در تمامی مراحل موردتوجه قرار داده شد. این مرحله در یک جلسه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه برای هر بیمار انجام شد. در این مرحله روند مراقبت، موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها و ارزیابی شاخص‌های موردنظر به‌وسیله تکمیل پرسشنامه سنجش اشتیاق به‌صورت پس‌آزمون و یافته‌های کلینیکی (تست ادرار) موجود در پرونده با استفاده از چک‌لیست لغزش و غیبت موردبررسی قرار گرفت.

از آنجایی که رویکرد پیوستگی مراقبت‌ها، وضعیتی پویا و متغیر داشته و در خصوص هر بیمار، ویژه و منحصربه‌فرد است، انعطاف‌پذیری روند کار از خصوصیات بارز این مدل بود. لازم به ذکر است که هرکدام از بیماران پس اتمام جلسات مشاوره خود رها نشده و در طول مدت این سه ماه از نظر موارد ذکرشده در مرحله کنترل تحت پیگیری حضوری و تلفنی قرار داشتند.

برای آنالیز آماری، از نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون‌های تی گروه‌های مستقل و وابسته، آزمون کای دو و آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

داده‌های به‌دست‌آمده از ۸۴ نفر از بیماران که همه آن‌ها مرد بودند نشان داد که متوسط سنی نمونه‌ها ($37 \pm 6/7$) می‌باشد. آزمون تی، بین میانگین‌های سنی مددجویان دو گروه رابطه معنی‌دار آماری نشان نداد بدین معنی که دو گروه از این‌جهت همسان می‌باشند ($P = 0/36$). از نظر وضعیت تأهل ۲۴ ($57/1$) نفر از بیماران گروه مداخله متأهل و ۱۸ ($42/9$) نفر مجرد و ۲۷ ($64/3$) نفر از بیماران گروه کنترل متأهل و ۱۵ ($35/7$) نفر مجرد بودند. از نظر تحصیلات در هرکدام از دو گروه ۴ ($9/5$) نفر بی‌سواد و ۲ ($4/8$) نفر تحصیلات دانشگاهی داشته و به‌طورکلی بیشتر آن‌ها دارای تحصیلات راهنمایی ($39/3$ درصد) و دبیرستان ($27/4$ درصد) بودند. آزمون کای دو نشان داد گروه مداخله و گروه کنترل از نظر متغیرهای وضعیت تأهل ($P = 0/5$ ، $df = 1$ ، $\chi^2 = 0/44$) و تحصیلات ($P = 0/57$ ، $df = 4$ ، $\chi^2 = 2/87$) همسان می‌باشند.

روزانه ۴ تا ۷ نفر تحت مشاوره‌های مراقبت پیگیر قرار گرفتند. کلیه جلسات در اتاقی در مرکز ترک اعتیاد مرکز رازی انجام شد. این الگو شامل ۴ مرحله به شرح ذیل می‌باشد.

آشناسازی: هدف این مرحله شناخت متعامل بیمار و پرستار و تبیین مراحل مدل است. بعد از معرفی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و انتشار نتایج اطلاعات به‌صورت کلی، اطمینان داده شد و خاطرنشان شد که در صورت عدم تمایل در هر مرحله، می‌توانند از ادامه همکاری صرف‌نظر نمایند و سپس رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از بیمار اخذ گردید. این مرحله در طی یک جلسه، به مدت حدود ۲۰ تا ۴۰ دقیقه باهدف آشناسازی و ترغیب بیماران و چگونگی انتظارات از یکدیگر، توضیح اهداف و نحوه اجرای طرح، زمان و مکان تشکیل جلسات انجام شد. این جلسه برای هر دو گروه مداخله و کنترل برگزار شد ولی از نقطه‌نظر زمان و نوع انتظارات و برنامه‌های بعدی، کمی تفاوت داشت. گروه کنترل طبق روند جاری و رویکردهای مراقبتی عادی موجود در مرکز مورد پیگیری قرار گرفتند. در این مرحله اطلاعات فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و چک‌لیست لغزش و غیبت در سه ماه گذشته در مورد تمامی نمونه‌ها بر اساس مستندات پرونده جمع‌آوری شد و پرسشنامه‌های سنجش اشتیاق به‌صورت پیش‌آزمون در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید.

حساس سازی: هدف از این مرحله، شناخت ماهیت اعتیاد و درگیرسازی بیمار با این مشکل است. این مرحله به شکل مشاوره‌های مراقبتی در چهار جلسه به فاصله هفته‌ای یک و هر جلسه به مدت ۲۰ تا ۴۰ دقیقه برای هرکدام از بیماران حین مراجعه به مرکز ترک اعتیاد جهت دریافت دوز هفتگی متادون، در مرکز ترک اعتیاد به‌صورت انفرادی انجام شد. در این جلسات در مورد ویژگی‌های اعتیاد، علائم محرومیت و مسمومیت، عوامل وسوسه‌انگیز، ضرورت مراجعه به‌موقع و منظم به مرکز ترک اعتیاد، اهمیت تغذیه، ورزش و انحراف توجه، روابط سالم و فعالیت‌های اجتماعی، استفاده از تجربیات افراد درمان شده، لزوم ترک محیط و عادات نامناسب تداوم رفتارهای بهداشتی جهت افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران گفتگو و مشاوره به عمل آمد.

مرحله کنترل: به مدت چهار جلسه به فاصله هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه به مدت ۲۰ تا ۴۰ دقیقه برای هرکدام از بیماران انجام شد. در این مرحله هدف نهادینه کردن و استمراربخشی رفتارهای بهداشتی در جهت حفظ و ارتقای حالت ترک مواد بود. در این جلسات نیز با ادامه

مشاوره‌ها، بیماران در مورد آگاهی از ویژگی‌های اعتیاد، علائم محرومیت و مسمومیت، کنترل عوامل وسوسه‌انگیز، بررسی از نظر مراجعه به‌موقع و منظم به مرکز ترک اعتیاد، رعایت رژیم تغذیه،

در گروه کنترل ($1/83 \pm 0/96$) بوده ($P=0/25$) و میزان اشتیاق گروه مداخله ($50/47 \pm 15/1$) و در گروه کنترل ($49/52 \pm 12/79$) می‌باشد ($P=0/75$) که در سطح خطاپذیری $0/05$ معنی‌دار نبوده به عبارت دیگر در بین گروه‌های کنترل و مداخله بعد از مداخله تفاوت وجود ندارد (جدول ۲).

آزمون تی وابسته نشان داد که میانگین نمره لغزش در گروه کنترل قبل از مداخله ($2/02 \pm 1/04$) و بعد از مداخله ($1/83 \pm 0/96$) بود ($P=0/16$) که معنی‌دار نبوده و میانگین نمره اشتیاق در این گروه از ($51/38 \pm 15/18$) به میزان ($49/52 \pm 12/79$) رسیده است که سطح معنی‌داری آن ($P=0/049$) می‌باشد؛ اما در گروه مداخله که میانگین نمره لغزش قبل از مداخله ($2/07 \pm 0/89$) بود بعد از مداخله به ($1/57 \pm 1/1$) کاهش ($P=0/001$) و میانگین نمره اشتیاق که قبل از مداخله در گروه آزمون ($53/73 \pm 13/58$) بود به ($50/47 \pm 15/1$) کاهش یافته است ($P=0/008$) که در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (جدول ۳ و ۴).

برای به دست آوردن ارتباط بین لغزش و اشتیاق از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. این آزمون نشان داد که ضریب همبستگی به دست آمده معنی‌دار بوده و بین لغزش و اشتیاق رابطه مثبت وجود دارد ($r=0/56$, $p=0/00$).

آزمون آماری تی مستقل نشان داد میانگین نمره لغزش قبل از مداخله در گروه مداخله ($2/07 \pm 0/89$) و در گروه کنترل ($2/02 \pm 1/04$) بوده ($P=0/82$) و میانگین نمره اشتیاق قبل از مداخله در گروه مداخله ($53/73 \pm 13/58$) و در گروه کنترل ($51/38 \pm 15/18$) می‌باشد ($P=0/45$) که در سطح خطاپذیری $0/05$ معنی‌دار نبوده به عبارت دیگر در میانگین نمره اشتیاق و لغزش در بین گروه‌های کنترل و مداخله قبل از مداخله همسانی وجود داشت. (جدول ۱)

همچنین نتایج آزمون آماری تی مستقل در مقایسه بین گروهی میانگین نمره لغزش و اشتیاق بعد از مداخله در گروه‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره لغزش در گروه مداخله ($1/57 \pm 1/1$) و

جدول (۱): نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه میانگین نمره لغزش و اشتیاق قبل از مداخله در گروه‌های مطالعه

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آماره t	P-Value
لغزش	مداخله	2/07	0/89	0/22	0/82
	کنترل	2/02	1/04		
اشتیاق	مداخله	53/73	13/58	0/75	0/45
	کنترل	51/38	15/18		

جدول (۲): نتایج آزمون آماری تی مستقل در مقایسه میانگین نمره لغزش و اشتیاق بعد از مداخله در گروه‌های مطالعه

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آماره t	P-Value
لغزش	مداخله	1/57	1/1	-1/15	0/25
	کنترل	1/83	0/96		
اشتیاق	مداخله	50/47	15/1	0/31	0/75
	کنترل	49/52	12/79		

جدول (۳): نتایج آزمون تی وابسته در مقایسه میانگین نمره لغزش قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مطالعه

گروه‌ها	مداخله	میانگین	انحراف معیار	آماره t	P-Value
مداخله	قبل	2/07	0/89	3/43	0/001
	بعد	1/57	1/1		
کنترل	قبل	2/02	1/04	1/43	0/16
	بعد	1/83	0/96		

جدول (۴): نتایج آزمون تی وابسته در مقایسه میانگین نمره اشتیاق قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مطالعه

گروه‌ها	مداخله	میانگین	انحراف معیار	آماره t	P-Value
مداخله	قبل	۵۳/۷۳	۱۳/۵۸	۲/۷	۰/۰۰۸
	بعد	۵۰/۴۷	۱۵/۱۰		
کنترل	قبل	۵۱/۳۸	۱۵/۱۸	۲/۰۳	۰/۰۴۹
	بعد	۴۹/۵۲	۱۲/۷۹		

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر که باهدف تعیین اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی ارومیه انجام یافت، تمام نمونه‌های مورد مطالعه مرد، اکثراً متأهل و بیشتر آن‌ها دارای تحصیلات راهنمایی یا دبیرستان بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۳۷ سال بود. وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سن از جمله عوامل مؤثر بر لغزش و عود می‌باشند. نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود نداشته و همسان می‌باشند. لذا وجود اختلاف معنی‌دار آماری در متغیرهای وابسته در گروه مداخله بعد از اجرای مدل نشان‌دهنده تأثیر مثبت اجرای مدل مراقبت پیگیر بود.

نتایج به عمل آمده نشان داد که در میانگین نمره لغزش در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تفاوت وجود دارد ولی در میانگین نمره لغزش در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله این تفاوت معنی‌دار نبود. یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر این است که مداخلات حمایتی مراقبتی و روانی اثربخشی درمان نگاه‌دارنده با متادون را نسبت به درمان نگاه‌دارنده با متادون بدون این مداخلات، افزایش می‌دهد و موجب کاهش میزان لغزش بیماران وابسته به مواد تحت درمان می‌گردد. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات مشابه است. مطالعه تاجری و همکاران (۱۳۹۰) باهدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه (۲۲) و مطالعه فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۸) باهدف تعیین اثربخشی تکنیک‌های فراگیر انفضالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه‌ی مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر تأثیر معنی‌دار روش‌ها و درمان‌های حمایتی را در کاهش لغزش بیماران وابسته به مواد تحت درمان را نشان داد (۲۳). در مطالعه ریتشر و همکاران (۲۰۰۲) (۲۶) مراقبت مداوم در بهبودی و کاهش عود و در مطالعه مک کی و همکاران (۲۰۰۶) (۲۷) بر

پرهیز بیماران وابسته به مصرف مواد تأثیر معنی‌داری داشته است. مطالعه عاشوری و همکاران (۲۰۰۸) و خانی‌ها و همکاران (۲۰۰۸) که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخلات حمایتی مراقبتی و روانی بر کاهش لغزش یا عود در افراد وابسته به مواد مخدر بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو بودند (۲۴، ۲۵).

نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت در میانگین نمره لغزش بیماران در گروه مداخله که همراه با درمان نگاه‌دارنده با متادون، مراقبت پیگیر را نیز دریافت کردند قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بوده، درحالی‌که در گروه کنترل که مراقبت‌های معمول در مرکز ترک اعتیاد را دریافت می‌کردند تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. شایان ذکر است با اینکه در میانگین نمره لغزش در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، ولی شواهد نشان داد که در این گروه میانگین نمره لغزش بعد از مداخله، نسبت به میانگین نمره لغزش قبل از مداخله، نسبتاً کاهش یافته است.

کاهش در میانگین نمره لغزش بعد از مداخله در گروه کنترل، می‌تواند به‌دلیل حمایت‌ها و مشاوره‌های روانشناسی که توسط روانشناسان و مددکاران، برای تمامی نمونه‌ها در مرکز ترک اعتیاد انجام شده است، بوده باشد. این حمایت‌ها و مشاوره‌ها جزء برنامه‌های عادی موجود در مرکز ترک اعتیاد می‌باشد که برای همه مراجعین انجام می‌گردد. از علل دیگر کاهش میانگین نمره لغزش در گروه کنترل، می‌توان به تأثیرپذیری گروه کنترل از گروه مداخله در اثر ارتباط نزدیک و معاشرت بیماران گروه مداخله با بیماران گروه کنترل اشاره نمود که به‌دلیل عدم امکان جداسازی کامل گروه مداخله از گروه کنترل و ملاقات اجتناب‌ناپذیر و مرادده‌های این دو گروه قبل و بعد از انجام ویزیت‌ها و دریافت دوز روزانه متادون، در سالن انتظار و همچنین در بیرون از مرکز بوده که باعث انتقال و رد و بدل شدن اطلاعات به‌دست‌آمده از مشاوره‌ها و پیگیری‌های انجام شده در طی فرآیند مراقبت پیگیر، به‌صورت غیرمستقیم بین دو گروه مطالعه شده است.

مقایسه میانگین نمره لغزش حاصله قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل نشان داده شد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره‌های لغزش بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد به عبارت دیگر در بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله همسانی وجود دارد. مقایسه میانگین نمره لغزش بعد از مداخله در بین دو گروه مداخله و کنترل نیز تفاوت معنی‌داری را نشان نداد به عبارت دیگر در میانگین نمره لغزش در بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله تفاوت وجود نداشت.

نتایج به دست آمده نشان داد که در گروه مداخله، بین میانگین نمره اشتیاق قبل از مداخله در مقایسه با میانگین نمره اشتیاق بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بعد از بررسی و مقایسه میانگین نمره اشتیاق قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره اشتیاق قبل از مداخله با میانگین نمره اشتیاق بعد از مداخله مشاهده شد ولی تفاوت معنی‌داری آن به میزان ($P=0/049$) بود.

مؤمنی و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای باهدف تعیین اثربخشی شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معتادان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون نشان دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش اشتیاق تأثیر داشته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۳۸). مطالعه تاجری و همکاران (۱۳۹۰) و مطالعه فیروزآبادی و همکاران (۱۳۸۸) نیز تأثیر معنی‌دار روش‌ها و درمان‌های حمایتی را در کاهش اشتیاق بیماران وابسته به مواد تحت درمان را نشان داد (۲۲، ۲۳).

با اینکه در گروه کنترل نیز میانگین نمره اشتیاق قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت، ولی با مقایسه تفاوت میانگین نمره‌های به دست آمده، مشاهده شد که میانگین نمره اشتیاق در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، کاهش بیشتری را نشان داده است. همان طور که قبلاً در مورد کاهش در میانگین نمره لغزش بعد از مداخله در گروه کنترل بحث شد این کاهش در مورد میانگین نمره اشتیاق بعد از مداخله در گروه کنترل نیز می‌تواند به دلیل حمایت‌ها و مشاوره‌های روانشناسی انجام شده توسط روانشناسان و مددکاران، برای تمامی نمونه‌ها بوده باشد. همانطور که ذکر شد این حمایت‌ها و مشاوره‌ها جزء برنامه‌های عادی موجود در مرکز ترک اعتیاد است که برای همه مراجعه کنندگان به صورت معمول انجام می‌شود. همچنین تأثیرپذیری گروه کنترل از گروه مداخله در اثر ارتباط نزدیک و معاشرت بیماران گروه مداخله با بیماران گروه کنترل از علل دیگر کاهش میانگین نمره اشتیاق در

گروه کنترل می‌تواند باشد که به دلیل عدم امکان جداسازی کامل گروه مداخله از گروه کنترل و ملاقات اجتناب ناپذیر و مراوده‌های این دو گروه قبل و بعد از انجام ویزیت‌ها و دریافت دوز روزانه متادون، در سالن انتظار و همچنین در بیرون از مرکز بود که باعث انتقال و رد و بدل شدن اطلاعات به دست آمده از مشاوره‌ها و پیگیری‌های انجام شده در طی فرآیند مراقبت پیگیر، به صورت غیرمستقیم بین دو گروه مطالعه شده است.

مقایسه میانگین نمره اشتیاق به دست آمده بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان نداد به عبارت دیگر بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت وجود نداشت و هر دو گروه مداخله و کنترل همسان بودند. میانگین نمره اشتیاق به دست آمده بعد از مداخله بین گروه مداخله و گروه کنترل نیز مورد مقایسه قرار گرفت و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نگردید و نشان داد در میانگین نمره اشتیاق بین گروه مداخله و گروه کنترل بعد از مداخله تفاوت وجود ندارد.

بر اساس نتایج به عمل آمده اجرای مدل مراقبت پیگیر در کاهش لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون تأثیر معنی‌داری داشت. گو و همکاران (۲۰۱۱) نقش پرستار در حمایت از مددجویان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون را مورد مطالعه قرار دادند که یافته‌ها بر مهم بودن رسیدگی به نیازهای متخصصان سلامت، جهت فراهم آوردن نیازهای مراقبتی مددجویان تحت درمان نگره‌دارنده با متادون تأکید داشت (۲۸). طبق نظر کاپلان و سادوک^۱ (۲۰۰۷) بیماری وابستگی به مواد یک بیماری مزمن و عود کننده بوده و اکثر افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند اندکی بعد از دوره درمان دچار لغزش یا عود می‌شوند (۳۹). از این رو بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می‌شود که درمان‌های دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی ترکیب شوند (۱۶). در مطالعه شرباما و همکاران^۲ (۲۰۰۵) باهدف تعیین تأثیر روان‌درمانی گروهی رفتاری- شناختی در کاهش مصرف مواد مخدر نتایج نشان داد که بیماران که در گروه مداخله قرار داشتند نسبت به گروه کنترل مصرف مواد کم‌تری را هم‌زمان با درمان داشتند (۱۰). در درمان وابستگی به مواد درمان‌های غیر دارویی واجد اهمیت بسیار بالایی در حفظ دستاوردهای درمان دارویی می‌باشند (۴۰).

یافته‌های به دست آمده در مطالعاتی که در آن‌ها از مدل مراقبت پیگیر در بیماران مزمن استفاده شده نشان می‌دهد که استفاده از این مدل تأثیرات چشمگیری بر کیفیت زندگی و پیشگیری از عود حاد بیماری داشته است. مقایسه نتایج مطالعات مذکور با مطالعه حاضر نشان می‌دهد در پژوهش حاضر اجرای مدل مراقبت پیگیر،

² Scherbauma & et al

¹ Kaplan & Sadock

در بیماران وابسته به مواد، نسبت به سایر بیماران مزمن، تأثیر نسبتاً کم‌تری داشته است. چون استفاده از مواد مخدر در دراز مدت تغییراتی در بخش‌های مربوط به انگیزش، داوری، تصمیم‌گیری، فراگیری، یادآوری و کنترل رفتار ایجاد می‌کند (۴۱). طرز فکر ناسالم و غیر طبیعی شده و عملکرد جسمی غیرعادی می‌شود. این عوامل باعث مشکل شدن درمان اعتیاد و کاهش اثربخشی درمان‌های مراقبتی و حمایتی می‌شود.

مطالعات متعدد دیگری که در رابطه با مراقبت پیگیر در سایر بیماری‌های مزمن انجام شده، بر ثمربخشی فراوان و چشمگیر این الگو صحه گذاشته‌اند. در مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۸۴) که به‌منظور تعیین تأثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر چگونگی درد قفسه سینه و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر انجام شد، میانگین نمره دفعات بستری و میانگین نمره دفعات درد قفسه سینه در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به نحو مطلوبی کاهش یافته بود (۲۹). در مطالعه صادقی شرمه و همکاران (۱۳۸۸) باهدف تعیین تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، یافته‌ها حاکی از ارتقای کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی در گروه مداخله بود (۳۲). مطالعه بقایی و همکاران (۱۳۹۴) بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی تأثیر قابل توجه کاربرد مدل مراقبت پیگیر را نشان می‌دهد (۴۲).

موضوع دیگری که در این مطالعه می‌تواند مورد بحث باشد عدم امکان درگیر کردن خانواده بیمار در فرآیند اجرای الگوی مراقبت پیگیر در پژوهش حاضر بود. درست است که خانواده‌ی تعدادی از بیماران مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد که بیمار آن‌ها اخیراً در دام اعتیاد افتاده و یا خانواده آن‌ها به تازگی از اعتیاد آن‌ها با خبر شده بودند تمایل زیادی به همکاری با طرح پژوهشی داشتند، ولی بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق مصاحبه با بیماران و شرح حال موجود در پرونده آنان، درواقع تمام مددجویان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مرکز رازی، دارای خانواده حمایت‌گر نبودند، یا در خانواده‌هایی به دنیا آمده بودند که از اول والدین معتاد داشتند یا پس از وابستگی به مواد، حمایت خانواده‌های خود را در اثر متارکه یا طرد شدن از دست داده بودند و یا دارای خانواده نابسامان و از هم گسیخته بودند. تلاش‌های به عمل آمده برای جلب همکاری خانواده این بیماران نیز موفقیت‌آمیز نبوده و این خانواده‌ها اکثراً از همکاری امتناع نمودند. به این دلیل درگیر کردن کامل خانواده‌های همهی افراد تحت درمان کاری غیر ممکن بود. به نظر می‌آید به‌دلیل انگ^۳ اجتماعی که در رابطه با مصرف مواد وجود دارد، مشکلات سوء مصرف مواد در خانواده‌ها مخفی می‌ماند، این امر ممکن است از

مساعدت و همکاری که خانواده می‌تواند برای بهبود فرد معتاد انجام دهد، جلوگیری کند (۴۳). واقعیت این است، در خانواده‌هایی که به تازگی متوجه گرفتاری عضوی از خانواده به اعتیاد می‌شوند، در ابتدا اعضای خانواده در برابر فرد معتاد احساس مسئولیت می‌کنند و همه تلاش خود را به کار می‌گیرند تا بیمار خود را از مصرف مواد مخدر منصرف کرده و او را نجات داده، محافظت و کنترل کنند، اما زمانی که متوجه می‌شوند که تمام سعی و تلاششان بی‌فایده بوده و علیرغم همه تلاش‌هایشان، فرد معتاد کماکان به مصرف مواد ادامه می‌دهد به نوعی دچار خستگی، فرسودگی، ناتوانی، اضطراب، ترس، احساس گناه و عصبانیت می‌شوند (۴۴). محی الدینی (۱۳۹۰) در مطالعه خود تحت عنوان مقایسه مقیاس‌های مدل فرآیند و محتوای خانواده در افراد معتاد و غیر معتاد به این نتیجه رسید که مهارت‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری، مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی در خانواده‌های افراد معتاد پایین‌تر و در وضعیت بدتری نسبت به خانواده‌های افراد غیر معتاد قرار دارند لذا جهت درگیر کردن خانواده بیمار وابسته به مواد در فرآیندهای درمانی، مراقبتی و حمایتی برای بیمار، همچون مدل مراقبت پیگیر، ابتدا باید خانواده بیمار را با روش‌هایی مثل خانواده درمانی یا آموزش خانواده و غیره، آماده نمود (۴۵، ۴۶).

در زمینه ارتباط بین لغزش و اشتیاق با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از طریق آزمون همبستگی پیرسون نتیجه گرفته می‌شود که ضریب همبستگی به‌دست‌آمده معنی‌دار بوده و بین لغزش و اشتیاق رابطه مثبت وجود دارد. این نشان می‌دهد که با افزایش در میزان اشتیاق، احتمال بروز لغزش در این بیماران بیشتر می‌شود.

این پژوهش نیز همانند بسیاری از مطالعات دیگر دارای محدودیت‌هایی از قبیل عدم امکان درگیر کردن خانواده بیمار و تأثیرپذیری گروه کنترل از گروه مداخله در اثر ارتباط نزدیک آن‌ها باهم بود که به آن‌ها اشاره شد. پیشنهاد می‌شود اجرای این الگو در قالب مطالعه طولانی‌مدت مثل روش کهورت مورد بررسی قرار گیرد و همانطور که ذکر شد خانواده بیماران با روش‌هایی مثل خانواده درمانی یا آموزش خانواده برای انجام مطالعه، قبلاً آماده شوند و گروه مداخله و کنترل طوری جداسازی شوند که کم‌تر در ارتباط باشند.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، استفاده از مدل مراقبت پیگیر در کاهش اشتیاق و لغزش بیماران وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مؤثر بوده، لذا برای نتیجه‌گیری بهتر و مطلوب‌تر و کاهش هزینه‌های درمانی در مراکز درمانی ترک اعتیاد، از این مدل

³ Stigma

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. به این وسیله نویسندگان مقاله از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مسؤولین و پرسنل محترم مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی و بیماران که بدون همکاری و مساعدت آن‌ها انجام این تحقیق ممکن نبود، صمیمانه تشکر و و سپاسگزاری می‌نمایند.

جهت جلوگیری از عود و بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر و کاهش آسیب، در کنار سایر درمان‌های مورد استفاده جهت ترک اعتیاد، از این الگوی مراقبتی و حمایتی می‌توان استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

References:

1. Ghorbani M, Asayesh H, Jahangir F, Badeleh MT, Rezapoor A, Soleimani MA, et al. Substance Abuse and Correlation between of Route of Administration and Age Factors in Substance Abuser. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2013;9(2): 82-9. (Persian)
2. Mancheri H, Heidari M, Ghodusi Borujeni M. Correlation of Psychosocial problems with perception of social support families with addicted member admitted. *Iran J Psychiat Nurs* 2013;1: 1-9. (Persian)
3. Tafreshi S, Iran Pio. Addiction statistics in Iran. *Med J Razi* 2012;23(2): 145. (Persian)
4. Fedotov Y. *World Drug Report 2016* By United Nations Office on Drugs and Crime: 2016 ISBN: 978-92-1-148286-7. New York: 2016.
5. Nastizayi N, Hezareh Moghadam M, Mollazehi A. The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment center of zahedn. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2010;8(3): 169-74. (Persian)
6. Calsyn DA, Malcy JA, Saxon AJ. Slow tapering from methadone maintenance in a program encouraging indefinite maintenance. *J Subst Abuse Treat* 2006;30(2): 159-63.
7. Oraki M, Bayat S, Khodadust S. Study of Effectiveness Mindfulness Cognitive Therapy and Marlaat Relapse Preventive Intervention for Mental Health in Male Crack Addictions. *Health Psychol* 2012;11(2): 29. (Persian)
8. Abidizadeghan A, Moradi A, Farnam R. Study of Executive Function in Patients Treated with Methadone. *Adv Cogn Psychol* 2008;10(3): 75-81. (Persian)
9. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Kalbag AS, Garawi F, Nunes EV. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depen* 2006;81(2): 137-48.
10. Scherbauma N, Kluwiga J, Specka M, Krause D, Mergeta B, Finkbeinera T, et al. Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment—a controlled trial. *Eur Addict Res* 2005;11: 163-71.
11. McKay JR, Franklin TR, Patapis N, Lynch KG. Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clin Psychol Rev* 2006;26(2): 109-27.
12. Sayyadi Anari A, Esmaili A, Nazer M, Khaleghi E. Demographic features of opium dependent patients with successful withdrawal attempts at RUMS outpatient clinic. *J Ardabil Univ Med Sci* 2002;8(1): 29-38. (Persian)
13. Sadeghieh Ahari S, Azami A, Barak M, Amani F. Factors affecting the relapse among the patients referring voluntarily to addiction-abandoning centers, 2000. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2004;4(2): 36-41. (Persian)
14. Aslinejhad MA, Moshki M, Alimardani MS, Tavakolizadeh J. The effectiveness of behavioral group therapy and cognitive-behavioral group therapy on the laps rate and persistence in the treatment of patients with opioid dependency under the treatment of MMT. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013;17(2): 103-12. (Persian)

15. Vaziryani M, Yazdi S, Mostashary G, Shamsalizadeh N, Abedin A. Guidelines for the prevention and treatment of drug abuse, especially for physicians. In: Health MoHaMEDo, editor. tehran iran: Institute of Psychiatry; 2005. p. 121-2. (Persian)
16. Mokri A, Noroozi A. Protocol on Management of Opioid Dependence with Methadone. In: Office of Mental Health Saa, Office of Substance Abuse Prevention and Treatment, editor. 3th ed. Tehran: Departement of Treatment; 2014. (Persian)
17. Skinner MD, Aubin H-J. Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neurosci Biobehav R* 2010;34(4): 606-23.
18. Chehri A, Mirzaee F, Khazaie H, Rezaei O, Ekhtiari H, Mokri A, et al. Comparison of craving for opioid in opioid-dependent individuals and people under methadone maintenance treatment. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2014;17(11): 718-26. (Persian)
19. Badger GJ, Bickel WK, Giordano LA, Jacobs EA, Loewenstein G, Marsch L. Altered states: The impact of immediate craving on the valuation of current and future opioids. *J Health Econ* 2007;26(5): 865-76.
20. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16(5): 311-23.
21. Naderi S, Bynazadeh M, Safatian S, Peyvandi A. Comprehensive package of addiction treatment Tehran: Center of combing substance abuse; 2009. P. 24-58. (Persian)
22. Tajery B, Ahadi H, Jomhovi F. The effect of cognitive behavioral therapy to avoid temptation, craving, relapse and changing attitudes of addicts *Studies in clinical psychology*. 2012;3(7): 1-29. (Persian)
23. Firoozabadi A, Ghanbari B-A, Tabatabaei SM. The efficacy of detached mindfulness and distraction techniques in craving and relapse rates in opiate dependent male subjects. *J Fundam Ment Health* 2009;11(44): 292-301. (Persian)
24. Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Improvement of Coping Skills and Relapse Prevention in Addicted Individuals. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14(3): 281-8. (Persian)
25. Khaniha A, HR Q, Panaghi L. Effectuality of contingency management and cognitive-behavioral therapy in substance dependency (opioid). *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006;12(1): 3-8. (Persian)
26. Ritscher JB, Moos RH, Finney JW. Relationship of Treatment Orientation and Continuing Care to Remission Among Substance Abuse Patients. *Psychiatr Serv* 2002;53(5): 595-601.
27. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiat* 2005;62(2): 199-207.
28. Go F, Dykeman M, Santos J, Muxlow J. Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *J Psychiatr Ment Hlt* 2011;18(1): 17-27.
29. Ahmadi F, Ghofranipour F, Abedi H, Arefi S, Faghihi-zadeh S. Effect of continuous consultation care model on re hospitalization and chest pain in patients with coronary artery disease. *J Qazvin Univ Med Sci* 2005;35(9): 99-103. (Persian).
30. Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H, Faghih Zadeh S. Effectiveness of applying continuous care model on diabetic patients body mass index and weight. *Ofogh-e-Danesh* 2006;12(2): 10-6.
31. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. The effect of continuous care model on diabetic

- patients' blood pressure. *Iran J Med Educ* 2006;6(2): 87-95. (Persian)
32. Sadeghi S, Alavi FF, Ahmadi F, Karimi Z, Babatabar HD, Ebadi A, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. *J Res Behav Sci* 2009;3(1): 9-13. (Persian)
33. Aslani J, Zebardast J, Mahmoudi H, Naderi Z, Mehdizadeh S, Ebadi A. Influence of continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. *Kowsar Med J* 2009;14(2): 101-7. (Persian)
34. Khanke H, Anjomaniyan V, Ahmadi F, Fallahhi K, M, Rahgozar M, Ranjbar M. Continuous Care effect on quality of life in schizophrenic patients discharged from hospital Sina Hamadan. *Iran J Nurs Res* 2010;4(15): 60-70. (Persian)
35. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on blood tests in hemodialysis patients. *Tehran Univ Med J* 2008;66(1): 43-51. (Persian)
36. Sadeghi H, Azizzadeh Forouzi M, Hagh dust A A, Mohammad Alizadeh S. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. *Iran J Crit Care Nurs* 2010;3(1): 13-8. (Persian)
37. Salehi Fadardi J, Barerfan Z. The effect of drugs-attention control training program on drug-related attentional bias and improving other indices of recovery. *studies in education & psychology. Stud Educ Psychol* 2011;2(11): 29-56. (Persian)
38. Momeni F, Moshtagh Bidokhti N, Porshahbaz A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reduction of Craving, Depression and Anxiety Symptoms among the Opiate Abusers Under MMT. *J Res Addiction* 2009;3(11): 83-98. (Persian)
39. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P.385-8.
40. Ahmadi G, Sohrabi F, Borjali A, Ghaderi M, Mohseni M. Effectiveness of emotion regulation training on mindfulness and craving in soldiers with opioid use disorder. *J Mil Psychol* 2015;6(22): 5-21. (Persian)
41. Volkow ND. Science of addiction: drugs, brains, and behavior. Collingdale: DIANE Publishing 2009; P.11.
42. Baghaei R, mashallahi A, khalkhali H. The effect of applying continuous care model on the quality of life in heart failure patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(8): 666-75. (Persian)
43. Frye S, Dawe S, Harnett P, Kowalenko S, Harlen M. Supporting the Families of Young People with Problematic Drug Use: Investigating Support Options: Australian National Council on Drugs; 2008.
44. Lin C, Wu Z, Detels R. Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health* 2011;125(5): 269-74.
45. ghaffari F, Rafiey H, Sanaei Zaker B. The effectiveness of family training from "Bowen family system" on self differentiation and the function of families with addicted children. *J Fam Res* 2010;6(2): 227-39. (Persian)
46. Mohiuddini H, sadeghi Z, cheraghi S, Zaree R. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on improving family in the families of addicts. *Psychol Model Methods* 2013;3(12): 1-9. (Persian)

THE EFFECTIVENESS OF APPLYING CONTINUOUS CARE MODEL ON LAPSE AND CRAVING OF PATIENTS THAT ARE TREATED WITH METHADONE MAINTENANCE THERAPY

Namazpoor Javad¹, Radfar Moloud^{2}, Ghavami Haleh³, Sheikhi Naser⁴*

Received: 15 Jan, 2017; Accepted: 16 Mar, 2017

Abstract

Background & Aims: One of the major challenges in methadone maintenance treatment that leads to relapse in patients is lapse. Craving is also the most important factor of lapse and return to drug use after the treatment periods. The aim of this study is to determine the effectiveness of applying continuous care model on lapse and craving of patients that are treated with methadone maintenance therapy in Razi Psychiatric Hospital, Urmia, Iran.

Material and Methods: This quasi-experimental study was conducted on 95 patients (N=95) who were selected through the census sampling and randomly assigned to intervention (N=48) and control (N=47) groups. Continuous Care Model which consisted of four stages (orientation, sensitization, control and evaluation) was conducted on intervention group over a period of 3 months. At the end, two groups were compared. Craving questionnaire and lapse-and-absence check list were used to collect the data. The data were analyzed via SPSS.v22 using the dependent and independent *t*-test and Pearson correlation and Chi-square tests.

Results: At the end of third month, the mean of the lapse reached in the experimental group from 2.07 ± 0.89 to 1.57 ± 1.1 and the mean of craving reached from 53.73 ± 13.58 to 50.47 ± 15.1 that showed a significant difference compared to the control group. (P -value < 0.05)

Conclusion: The findings showed that continuous care model is effective to reduce lapse and craving of patients that were treated with methadone maintenance therapy. Therefore, it is suggested that this model should be implemented along with a medical treatment to prevent lapse and craving of patients.

Keywords: Continuous care model, Craving, Relapse, Methadone

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 4432754961

Email: mradfar1343@gmail.com

¹ MSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

² Assistant Professor of Nursing Department, PhD of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

³ Master of Nursing, Instructor of Nursing Department, PhD of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Statistics Expert of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran