

تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان به تریاک و هروئین

The Effect of Methadone Maintenance Treatment (MMT) on the Mental Health of Opium and Heroin Addicts

Zahra Arefnasab

M. A. in Clinical Psychology

Changiz Rahimi, PhD

Shiraz University

دکتر چنگیز رحیمی

دانشگاه شیراز

زهرا عارف نسب

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

Nourolah Mohammadi, PhD A. Reza Baba Mahmoudi, GP

Shiraz University

General Physician

دکتر عبدالرضا بابا محمودی

پزشک عمومی

دکتر نوراله محمدی

دانشگاه شیراز

Abstract

This study examined the effects of Methadone Maintenance Treatment (MMT) on the mental health of opium and heroin addicts. Participants included 60 Iranian heroin and opium addicts (equal sample size from each group) whose age ranged from 18 to 45 years. In the pretest stage, the participants' mental health was assessed using the General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1972). Then, for six months, participants received MMT and their mental health was assessed once a month using GHQ. The results of repeated measures and t-test showed an improvement in the mental health of participants. This improvement began from the first month of treatment and continued over the six month period of treatment.

Key words: addiction, methadone maintenance treatment, mental health, general health questionnaire.

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر درمان نگهدارنده متادون MMT بر بهبود وضعیت سلامت روانی معتادان به تریاک و هروئین طی یک دوره ۶ ماهه پرداخت. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ ایرانی معتاد به هروئین و تریاک (به تعداد مساوی در هر گروه) با طیف سنی ۱۸ تا ۴۵ سال و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی بود که با روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. در مرحله پیش - آزمون، سلامت روانی شرکت‌کنندگان با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ؛ گلدبرگ، ۱۹۷۲) ارزیابی شد. سپس در خلال شش ماه، بیماران افزون بر دریافت متادون، هر ماه با پرسشنامه GHQ ارزیابی شدند. نتایج با استفاده از روش آماری اندازه‌های تکراری و آزمون t نشان دادند که روند بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران از همان ماه نخست مصرف متادون آغاز و تا پایان درمان، حفظ شد. نتایج این پژوهش استفاده از MMT در درمان معتادان و تأثیر مثبت آن بر سلامت روانی آنها را نشان دادند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، درمان نگهدارنده متادون، سلامت روانی، پرسشنامه سلامت عمومی.

Correspondence concerning this article should be address to Changiz Rahimi. Department of clinical psychology, Shiraz university. e-mail: crahimi@hotmail.com

مقدمه

در بین روشهای متعدد درمان معتادان به مواد مخدر، به درمان نگهدارنده متادون^۱ (MMT) بیش از سایر روشها توجه شده است (ماتیک، کیمبر، برین و داوولی، ۲۰۰۳؛ تاک، ولف، فینچ و استرانگ، ۲۰۰۱؛ مارشال، ۱۹۹۸). بررسیهای متعدد نشان داده‌اند که متادون، مصرف مواد مخدر و به خصوص هروئین را کاهش می‌دهد. دال، رابینسون، اوراکا، تانز، سیرسی و کین (۱۹۹۶) در بررسی ۳۲ نفر زندانی در دو گروه ۱۶ نفره، شامل گروه تحت درمان با متادون و گروه بدون دریافت متادون، به این نتیجه رسیدند که پس از ۱۲ ماه هیچیک از افراد تحت درمان با متادون، هروئین مصرف نکرده بودند، در حالی که تمام افرادی که تحت درمان با متادون نبودند متنوباً از هروئین استفاده کرده بودند. نیومن و وایت هیل (۱۹۹۷) در هنگ‌کنگ با بررسی ۱۰۰ نفر که تحت درمان با روش MMT بودند، به این نتیجه رسیدند که ۵۶ درصد از آنان بعد از ۳ سال پیگیری به درمان با متادون ادامه دادند اما در گروه کنترل که به جای متادون از دارونما^۲ سود جسته بودند، تنها ۲ درصد به درمان ادامه دادند و ۴ برابر افراد تحت درمان با متادون، هروئین مصرف کردند. پژوهش مترگ و وودی (۱۹۹۳) در ۲۵۵ نفر معتاد تزریقی نشان داد که استفاده از روش MMT باعث کاهش مصرف تزریق هروئین می‌شود.

هابارد، مارسدن، راجل، هاروود، کاوانو و گینزبرگ (۱۹۸۹) تعداد ۱۱۰۰۰ معتاد را که برای ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند با استفاده از سه روش MMT، بستری شدن برای سم‌زدایی و درمان سرپایی به کمک دارو و مشاوره بررسی کردند. در این پژوهش روش MMT موفق‌ترین شیوه در کاهش مصرف هروئین گزارش شد. مطالعه سیمپسون و سل (۱۹۸۲) در نمونه‌ای متشکل از ۴۴۰۰ نفر معتاد به مواد مخدر نشان داد که استفاده از MMT بیش از روش سم‌زدایی در کاهش مصرف مواد مؤثر است. گاسوپ، مارسدن و استوارد (۱۹۹۸) در انگلیس بعد از ۶ ماه مطالعه دریافتند که

MMT باعث کاهش قابل توجه مصرف هروئین، کوکائین، تزریق و استفاده از سوزن مشترک می‌شود. فارل و وارد (۱۹۹۴) نیز گزارش کردند که روش MMT به کاهش تزریق و کاهش مصرف هروئین می‌انجامد. مسون و دیگران (۲۰۰۴) گزارش کردند که متادون در کاهش مصرف مواد مخدر تأثیر قابل توجهی دارد و حتی از سم‌زدایی مؤثرتر است. پژوهشهای متعدد دیگری در سالهای اخیر نیز مؤثر بودن MMT در درمان اعتیاد به مواد مخدر، به خصوص هروئین را نشان داده‌اند (اسپانت، ۲۰۰۳؛ جوزف، استنکلیف و لانگ راد، ۲۰۰۰؛ ماتیک و دیگران، ۲۰۰۳).

با مروری بر پیشینه پژوهش می‌توان دریافت که استفاده از روش MMT نه تنها به کاهش یا قطع کامل مصرف هروئین منجر می‌شود، بلکه با ایجاد بهبود در سلامت روانی افراد و کاهش جرایم اجتماعی مرتبط با سو، مصرف آنها، توانایی فرد برای تبدیل به فردی مولد را افزایش می‌دهد (براندز، برونا و مارشال، ۱۹۹۷؛ مارشال، ۱۹۹۸؛ بل و زادورا، ۲۰۰۰؛ تاک و دیگران، ۲۰۰۱؛ جوزف و دیگران، ۲۰۰۰؛ بست و دیگران، ۲۰۰۱). بست، گاسوپ، من، فینچ، گرین‌وود و استرانگ، (۲۰۰۰). در این راستا بررسیهای مرتبط با اثر درمانهای اعتیاد بر کیفیت زندگی و سطح سلامت عمومی محدودترند. در پژوهشی که توسط استبان، گیمنوز، باریل، آراگونز، کلایمنت و دولاکروزپلین (۲۰۰۳) انجام شد، پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که استفاده از روش MMT علاوه بر بهبود و ارتقای سطح سلامت، باعث افزایش امید به حیات در افراد معتاد به هروئین می‌شود. گیاکوموزی، ریمری، ارتل، کملر، راسلر و هینترهابر (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که پس از ۶ ماه استفاده از متادون، سطح سلامت عمومی افراد معتاد به شکل قابل توجهی افزایش می‌یابد و این بهبود در قلمروهای اوقات فراغت، وضعیت مالی، همسراری و مشارکت، سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایتمندی کلی آنان به خوبی قابل مشاهده است.

مطالعه رایان و وایت (۱۹۹۶) نشان داد افراد معتادی که برای استفاده از درمان نگهدارنده متادون مراجعه

این روش درمانگری موجب بهبود وضعیت روانی در معتادان شود. پژوهش حاضر به بررسی این پرسش پرداخته است: آیا روش MMT در سلامت روانی معتادان طی یک دوره ۶ ماهه مؤثر است؟

روش

جامعه آماری در این تحقیق شامل افراد معتادی بود که از آبان ماه ۱۳۸۳ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۴ شخصاً برای دریافت درمان نگهدارنده متادون به یکی از مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد در شهر شیراز مراجعه کرده بودند. معتادان پس از معاینه و تشخیص پزشک متخصص برای دریافت درمان نگهدارنده متادون ارجاع می‌شدند. از بین مراجعه‌کنندگان با روش نمونه‌برداری زمانی در دسترس ۶۰ آزمونی به عنوان گروه نمونه (معتاد به تریاک = ۳۰ نفر، معتاد به هروئین = ۳۰ نفر) انتخاب شدند. ابتدا مصاحبه اولیه و مصاحبه انگیزشی با آزمودنیها صورت گرفت و سپس در جریان فرایند درمان قرار گرفتند. گروه نمونه قبل از شروع درمان و ماهی یکبار در طول درمان به پرسشنامه سلامت عمومی GHQ^۱ (گلدبرگ، ۱۹۷۲) پاسخ دادند. با توجه به آنکه مراجعان به دلیل مصرف مواد از تمرکز کافی برخوردار نبودند سؤالهای پرسشنامه برای آنها خوانده می‌شد و پاسخهایشان یادداشت می‌گردید. گروه نمونه هر روز برای دریافت دارو و ماهی یکبار به منظور تکمیل پرسشنامه مراجعه می‌کردند. دامنه سنی آزمودنیها بین ۱۸ تا ۴۵ سال با میانگین، ۲۶/۶ و انحراف معیار ۶/۷۱ و میزان تحصیلات آنها حداقل ۸ کلاس و حداکثر لیسانس بود.

ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی بود. این پرسشنامه ۲۸ سؤالی، خود گزارش‌دهی، به بررسی وضعیت روانی فرد در چند هفته گذشته می‌پردازد (تقوی، ۱۳۸۰). پرسشنامه سلامت عمومی دارای چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی^۲، اضطراب^۳ و بی‌خوابی، نارسانگی^۴ و اجتماعی^۵ و افسردگی^۶ است. نشانه‌های بدنی شامل موادّی دربارهٔ احساس افراد در مورد وضع سلامت خود و

می‌کنند نسبت به جمعیت عمومی جامعه از نظر سلامت جسمانی و روانی در وضعیت بسیار بدی قرار دارند و هر چه مصرف هروئین آنان بیشتر باشد وضعیت وخیم‌تر است. در پژوهشی که تورنز، سن، مارینز، کاستیلو، دومینگو سالوانگ و آلونسو (۱۹۹۷) انجام دادند، از «نیمرخ سلامتی نائینگهام^۱» برای بررسی سطح سلامت افراد مراجعه‌کننده برای درمان MMT استفاده شد. نتایج حاصل از این پژوهش، به خوبی بیانگر اثر مثبت متادون در بهبود سلامت روانی و جسمانی مراجعه‌کنندگان بود. به عنوان مثال افراد معتاد بعد از یکسال درمان با MMT، از نظر فعالیت جسمانی (توان حرکتی) و احساس درد شبیه گروه گواه، یعنی افراد عادی بودند.

درمان با متادون یکی از اقدامهای پراهمیت و اساسی است که در راستای برنامه‌های کاهش آسیب^۲ انجام می‌شود. این برنامه‌ها مجموعه راهبردهایی از نوع پیشگیری ثانویه هستند که با دو هدف افزایش ارتباط معتادان با مراکز اجتماعی، به خصوص مراکز بهداشتی و امساک کامل، در کشورهای مختلف شکل گرفته‌اند. درمان با متادون توانایی عدم استفاده از مواد غیرقانونی را برای بیمار فراهم می‌آورد. در عین حال، مصرف منظم و درازمدت آن، از عود مجدد مصرف مواد غیرقانونی پیشگیری می‌کند. به دنبال این درمان دارویی، عموماً کیفیت وضعیت روانی و جسمانی بیمار بهبود می‌یابد. هدفهای درمان با متادون عبارتند از: عادی کردن زندگی بیمار، کمک به جذب مجدد وی به جامعه و نگاه داشتن وی در درمان تا زمانی که او از آن سود ببرد (وزیران و مستشاری، ۱۳۸۲). اگرچه در مطالعات متعدد تأثیر MMT بر درمان هروئین بررسی شده، اما کمتر مطالعه‌ای در مورد اثر این روش در درمان معتادان به تریاک انجام شده است. در حال حاضر روش درمانی MMT در ایران به صورت آزمایشی اجرا می‌شود و انتظار می‌رود با توجه به موفقیت این روش در کشورهای دیگر (ماتیک و دیگران، ۲۰۰۳؛ تاک و دیگران، ۲۰۰۱؛ مارشال، ۱۹۹۸؛ اسپانت، ۲۰۰۳؛ جوزف و دیگران، ۲۰۰۰) در کشور ما نیز

1. Nottingham Health Profile (NHP)
2. Harm Reduction (HR)

3. General Health Questionnaire
4. somatic symptoms

5. anxiety
6. social dysfunction
7. depression

کمتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار است (دادستان، ۱۳۷۷). ضرایب اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان با سه روش بازآزمایی^۱، دو نیمه سازی^۲ و آلفای کرونباخ^۳ به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۶ و ۰/۹۰ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی و در قالب ردیفهای زمانی است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون اندازه‌های تکراری دو عاملی استفاده شد. در این تحلیلها دو گروه آزمودنی به عنوان عامل برون آزمودنی (زمان) و ارزیابیهای ماهانه در طول درمان به عنوان عامل درون آزمودنی (گروهها) در نظر گرفته شدند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی دو گروه (معتادان به تریاک و هروئین)، پیش از شروع درمان و در طول درمان در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

احساس خستگی آنهاست. با این زیر مقیاس، دریافت‌های حسی بدنی - که اغلب با برانگیختگیهای هیجانی همراهند - ارزشیابی می‌شود. نمره این زیر مقیاس نشان‌دهنده سلامت جسمانی است. اضطراب و بی‌خوابی: شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبطاند. نارسا کنش‌وری اجتماعی: گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسهای آنان را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیتهای متداول زندگی آشکار می‌کند. افسردگی: در بر گیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش شخصی به خودکشی مرتبطاند. تمام پرسشها ۴ گزینه‌ای از نوع لیکرت بین صفر تا سه نمره‌گذاری شدند. نمره کلی هر آزمودنی که نشان‌دهنده سلامت عمومی است از حاصل جمع نمره‌های چهار زیر مقیاس به دست آمد. دامنه نمره هر زیر مقیاس از صفر تا ۲۱ و دامنه نمره کلی پرسشنامه از صفر تا ۸۴ است. هر چه نمره فرد

جدول ۱: مشخصه‌های توصیفی نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی در پیش آزمون و طول درمان به تفکیک دو گروه

| | معتادان به تریاک (n = ۳۰) | | معتادان به هروئین (n = ۳۰) | | |
|-----------|---------------------------|------------------|----------------------------|------------------|--|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| پیش آزمون | ۴۷/۰۸ | ۱۹/۴۰ | ۵۳/۸۲ | ۱۸/۴۰ | |
| ماه اول | ۲۶/۴۱ | ۱۵/۱۹ | ۲۷/۲۱ | ۱۴/۷۶ | |
| ماه دوم | ۲۵/۸۵ | ۱۸/۵۹ | ۲۷/۰۳ | ۱۷/۶۵ | |
| ماه سوم | ۲۰/۱۴ | ۱۲/۲۹ | ۲۲/۷۱ | ۱۱/۷۷ | |
| ماه چهارم | ۲۳/۳۲ | ۱۸/۸۶ | ۲۱/۱۷ | ۱۵/۶۷ | |
| ماه پنجم | ۲۲/۶۴ | ۱۵/۳۹ | ۱۷/۶۷ | ۱۶/۱۷ | |
| ماه ششم | ۱۶/۹۷ | ۱۲/۳۵ | ۱۷/۰۳ | ۱۳/۶۵ | |

عمومی در جدول ۲ منعکس شده‌اند. نتایج منعکس شده در جدول ۲ بیانگر این امر است که زیر مقیاسهای نشانه‌های بدنی ($F = ۴۱$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F = ۱۸/۲۸$)، نارسا کنش‌وری اجتماعی ($F = ۲۶/۲۶$)، افسردگی ($F = ۱۶/۷۴$) و نمره کلی

همانطور که در جدول ۱ دیده می‌شود میانگین نمره‌های آزمودنیها در طول درمان دائماً در حال کاهش بود. به عبارت دیگر سلامت روانی گروه نمونه در فرایند درمان افزایش می‌یافت. خلاصه محاسبه‌های اندازه‌های تکراری دو عاملی در زیر مقیاسها و نمره کلی پرسشنامه سلامت

جدول ۲: خلاصه محاسبه‌های اندازه‌های تکراری زیر مقیاسها و نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی

| F | درجه آزادی | میانگین مجذورها | مجموع مجذورها | منبع تغییر | شاخصهای GHQ |
|--------|------------|-----------------|---------------|------------------|-----------------------|
| *۴۱ | ۶ | ۵۱۲/۶۸ | ۳۰۱۷۶ | طول درمان | نشانه‌های بدنی |
| ۰/۱۲ | ۱ | ۵/۲۴ | ۵/۲۶ | گروه | |
| ۱/۳۳ | ۶ | ۲۱/۳۶ | ۱۲۸/۱۵ | طول درمان × گروه | |
| *۱۸/۲۸ | ۴/۹۴ | ۳۳۵/۲۵ | ۱۶۵۸/۳۹ | طول درمان | اضطراب و بی‌خوابی |
| ۰/۱۹ | ۱ | ۱۱/۸۵ | ۱۱/۸۵ | گروه | |
| ۱/۲۲ | ۴/۹۴ | ۲۱/۴۱ | ۱۱۰/۸۶ | طول درمان × گروه | |
| *۲۶/۲۶ | ۳/۹۲ | ۹۸۰/۴۷ | ۳۸۴۹/۵۵ | طول درمان | نارسا کنش‌وری اجتماعی |
| ۰/۰۳ | ۱ | ۲/۲۹ | ۲/۲۹ | گروه | |
| ۱/۰۹ | ۳/۹۲ | ۴۰/۶۷ | ۱۵۹/۷۱ | طول درمان × گروه | |
| *۱۶/۷۴ | ۴/۲۲ | ۵۴۰/۲۴ | ۲۲۸۳/۷۵ | طول درمان | افسردگی |
| ۰/۰۱ | ۱ | ۱/۲ | ۱/۲ | گروه | |
| ۰/۵۱ | ۴/۲۲ | ۱۶/۷۰ | ۷۰/۶۲ | طول درمان × گروه | |
| *۴۱/۰۷ | ۴,۷۱ | ۹۷۵۵/۸۰ | ۴۶۰۴۱/۹۲ | طول درمان | نمره کل |
| ۰/۰۶ | ۱ | ۴۰/۷۲ | ۴۰/۷۲ | گروه | |
| ۱/۱۱ | ۴,۷۱ | ۲۶۵/۴۰ | ۱۲۵۲/۵۷ | طول درمان × گروه | |

* P کمتر از ۰/۰۱

تفکیک زیر مقیاسها و نمره کلی پرسشنامه در جدول ۳ آمده است.

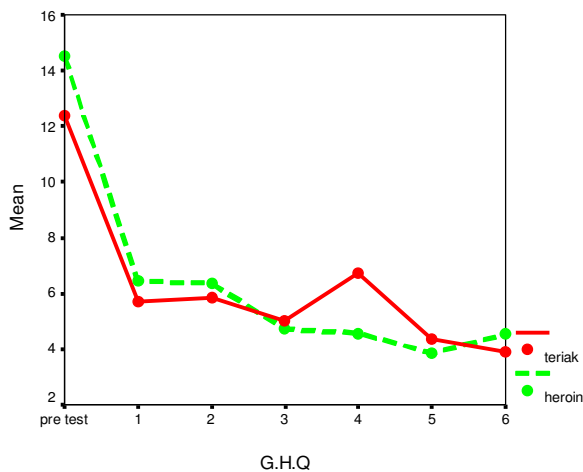
نمودارهای ۱ تا ۵ نیز به ترتیب نتایج آزمونهای t وابسته برای مقایسه وضعیت سلامت روانی قبل از درمان و در طول درمان در زیر مقیاسهای نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی، افسردگی و نمره کلی سلامت عمومی را نشان می‌دهند. تمام تفاوتها در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند.

($F = ۴۱/۰۷$) در طول درمان معنادار ($P < ۰/۰۱$) بود. به عبارت دیگر، بین نمره‌های پیش آزمون و تمام سطوح درمان (ماه اول تا ششم) تمام زیر مقیاسها و نمره کلی GHQ تفاوت معنادار داشتند. بدون آنکه بین دو گروه معنادار به تریاک و هروئین تفاوت معناداری وجود داشته باشد.

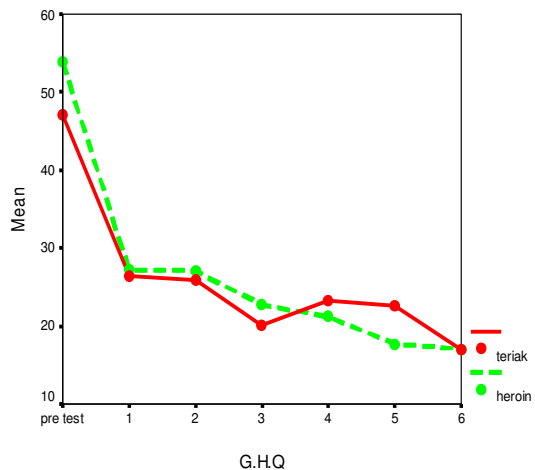
برای تحلیل بیشتر تفاوت بین سطوح مختلف وضعیت سلامت روانی آزمودنیها در طول درمان از روش آزمونهای t وابسته استفاده شد که نتایج محاسبه‌های آزمون t، به

جدول ۳: نتایج آزمونهای t وابسته برای مقایسه وضعیت سلامت عمومی آزمودنیها در طول درمان نسبت به قبل از درمان
($P < 0/001$ و $df = 60$)

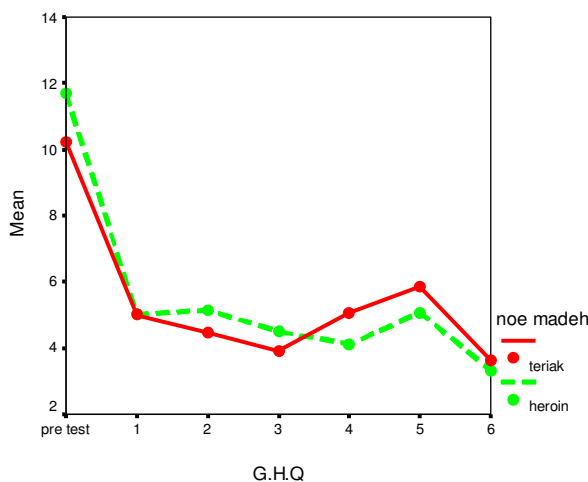
| t | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | مقایسه‌ها | زیر مقیاسها |
|-------|------------------|---------------|-----------|-----------------------|
| ۶/۲۹ | ۷/۰۹ | ۵/۶۷ | ماه اول | نشانه‌های بدنی |
| ۶/۶۰ | ۶/۵۹ | ۵/۵۳ | ماه دوم | |
| ۸/۳۶ | ۶/۹۲ | ۷/۳۷ | ماه سوم | |
| ۸/۱۰ | ۶/۷۲ | ۶/۹۱ | ماه چهارم | |
| ۱۰/۶۵ | ۵/۸۴ | ۷/۹۰ | ماه پنجم | |
| ۱۰/۹۰ | ۶/۱۲ | ۸/۴۳ | ماه ششم | |
| ۶/۳۱ | ۰/۶۹ | ۴/۳۷ | ماه اول | اضطراب و بی‌خوابی |
| ۶/۵۰ | ۰/۷۷ | ۵/۰۱ | ماه دوم | |
| ۷/۳۲ | ۰/۸۰ | ۵/۸۸ | ماه سوم | |
| ۶/۷۸ | ۰/۸۸ | ۶ | ماه چهارم | |
| ۶/۹۷ | ۰/۸۰ | ۵/۶۲ | ماه پنجم | |
| ۷/۱۷ | ۰/۸۳ | ۶ | ماه ششم | |
| ۷/۵۷ | ۷/۵۹ | ۷/۳۰ | ماه اول | نارسا کنش‌وری اجتماعی |
| ۷/۲۸ | ۷/۸۴ | ۷/۲۵ | ماه دوم | |
| ۸/۱۵ | ۸/۱۶ | ۸/۴۵ | ماه سوم | |
| ۵/۵۸ | ۱۰/۷۰ | ۷/۵۹ | ماه چهارم | |
| ۹/۴۱ | ۷/۷۰ | ۹/۲۰ | ماه پنجم | |
| ۹/۱۵ | ۷/۸۶ | ۹/۱۴ | ماه ششم | |
| ۶/۷۵ | ۶/۸۶ | ۵/۸۸ | ماه اول | افسردگی |
| ۷/۴۵ | ۶/۴۴ | ۶/۱۱ | ماه دوم | |
| ۷/۷۲ | ۶/۸۴ | ۶/۷۰ | ماه سوم | |
| ۶/۸۵ | ۷/۱۹ | ۶/۲۵ | ماه چهارم | |
| ۵/۲۱ | ۵/۱۳ | ۵/۳۸ | ماه پنجم | |
| ۷/۸۶ | ۷/۴۰ | ۷/۴۰ | ماه ششم | |
| ۸/۳۲ | ۲۲/۱۱ | ۲۳/۳۸ | ماه اول | نمره کلی پرسشنامه GHQ |
| ۸ | ۲۳/۳۷ | ۲۳/۷۷ | ماه دوم | |
| ۹/۴۲ | ۲۴/۰۹ | ۲۸/۸۵ | ماه سوم | |
| ۸/۸۳ | ۲۴/۷۷ | ۲۷/۸۵ | ماه چهارم | |
| ۱۱/۱۴ | ۲۱/۰۲ | ۲۰/۸۰ | ماه پنجم | |
| ۱۰/۹۶ | ۲۳/۸۱ | ۳۳/۱۶ | ماه ششم | |



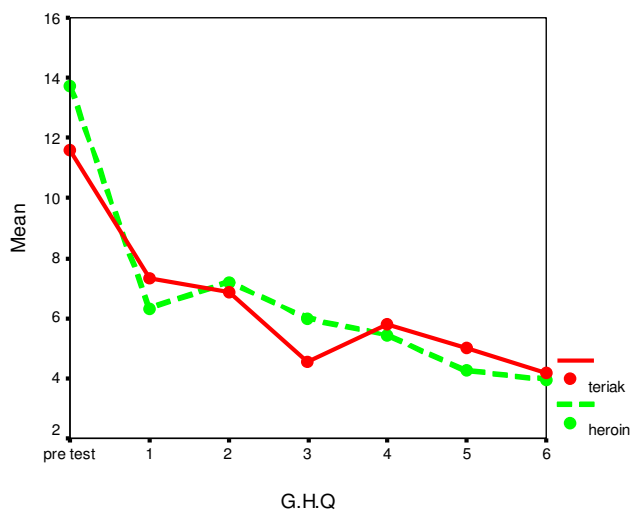
نمودار ۴: مقایسه زیر مقیاس افسردگی در دو گروه، در طول درمان



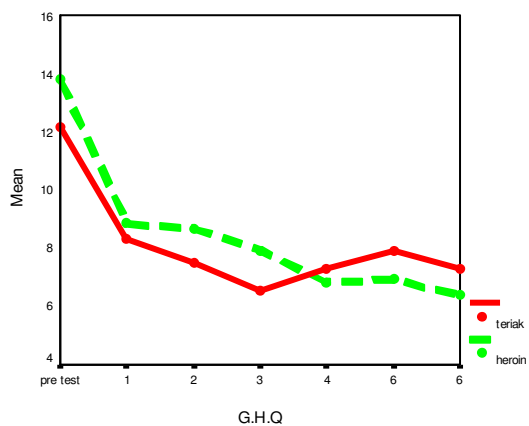
نمودار ۱: مقایسه زیر مقیاس نشانه‌های بدنی در دو گروه، در طول درمان



نمودار ۵: مقایسه وضعیت سلامت عمومی (نمره کلی G.H.Q) در دو گروه، در طول درمان



نمودار ۲: مقایسه زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی در دو گروه، در طول درمان



نمودار ۳: مقایسه زیر مقیاس نارضاکنش‌وری اجتماعی در دو گروه، در طول درمان

نمودارهای ۱ تا ۵ نشان می‌دهند آزمودنیها در طول مدت درمان به تدریج نمره‌های کمتری (به معنای سلامت بیشتر) در زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارضاکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و نمره کلی سلامت عمومی کسب کردند.

بحث و تفسیر

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی افراد معتاد به تریاک و هروئین بود. نتایج نشان دادند بین دو گروه افراد معتاد به تریاک و هروئین تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین نمره‌های پیش آزمون و تمامی سطوح درمان (ماه اول تا ششم)

در تمام زیر مقیاسها و نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی تفاوتها معنادار بودند که بیانگر بهبود سلامت روانی افراد تحت درمان، از همان ماه نخست اجرای درمان و حفظ نتایج تا پایان درمان بود. از بُعد بهبود سلامت روانی، یافته‌های این پژوهش نتایج تحقیقات گیاکوموزی و دیگران (۲۰۰۲)، استبان و دیگران (۲۰۰۳)، رایان و وایت (۱۹۹۶) و تحقیق تورنر و دیگران (۱۹۹۷) را تأیید می‌کند. از بُعد افزایش کنش‌وری اجتماعی نیز با مطالعه براند، بلاک و مارش (۲۰۰۲) و تحقیق رایان و وایت (۱۹۹۶) همسو است. در بعد کاهش افسردگی نتایج تحقیق حاضر با نتایج مطالعه استبان و دیگران (۲۰۰۳) که درمان MMT را موجب افزایش امید به حیات در افراد معتاد می‌دانستند، همسو است. همچنین نتایج با مطالعه تورنر و دیگران (۱۹۹۷) که درمان MMT را موجب کاهش انزوای اجتماعی و بهبود وضعیت خواب گزارش کرده بودند، که به نوعی بیانگر کاهش افسردگی در معتادان است، همخوانی دارد. نتایج تحقیق حاضر مانند پژوهش گیاکوموزی و دیگران (۲۰۰۲) نشان داد استفاده از متادون از نظر نشانه‌های بدنی باعث افزایش سلامت جسمانی معتادان می‌شود. همچنین درمان MMT، بهبود وضعیت انرژی، توان حرکتی و کاهش درد در معتادان را در پی دارد. یافته‌های مشابهی قبلاً توسط تورنر و دیگران (۱۹۹۷) گزارش شده‌اند. به نظر می‌رسد استفاده از روش MMT به دلیل فوایدی که برای بیمار دارد نه تنها به کاهش یا قطع کامل مصرف هروئین منجر می‌شود بلکه با بهبود سلامت روانی و کاهش جرایم اجتماعی نیز همراه است. مثلاً به دلیل قانونی بودن مصرف دارو موقعیت اجتماعی فرد از یک مجرم به یک بیمار تبدیل می‌شود، بیمار از عوارض ترک رنج نمی‌برد، آرامش نسبی روانی و جسمانی تقریباً مشابه زمان مصرف مواد را به دست می‌آورد و می‌تواند به فردی مولد تبدیل شود. معنادار نبودن نتایج تحلیل واریانس اثرات تعاملی و همچنین F بین آزمودنیها، حاکی از عدم تفاوت دو گروه معتادان به هروئین و تریاک از نظر وضعیت سلامت روانی آنها قبل و بعد از درمان است. عدم تفاوت بین دو گروه می‌تواند دلایل

مختلف داشته باشد. تریاک و هروئین هر دو از مواد آرام‌بخش هستند و مصرف آنها تغییرات جسمانی و روانی تقریباً مشابهی در فرد ایجاد می‌کند. مصرف متادون توانایی تحمل ترک هر دو ماده را برای بیماران فراهم می‌آورد. همچنین مصرف تریاک و هروئین مشکلات روانی و اجتماعی تقریباً مشابهی برای هر دو گروه به وجود می‌آورد. از سوی دیگر، مصرف متادون به شیوه‌ای مشابه به رفع یا کاهش چشمگیر این مشکلات در هر دو گروه کمک می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد واکنش هر دو گروه نسبت به این نوع درمان مشابه است. نتایج این پژوهش مفید بودن روش درمان نگهدارنده متادون در کشور ما را نشان داد.

فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج پژوهش، فقدان معتادان زن و تکیه نتایج بر داده‌های خود گزارش‌دهی که امکان تحریف واقعیت را توسط بیمار فراهم می‌کند از محدودیت‌های این پژوهش است. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که روایی پرسشنامه سلامت روانی برای دانشجویان به دست آمده و باید نتایج را با احتیاط تفسیر کرد. در ضمن دسته‌بندی بیماران به دو گروه معتاد به تریاک و هروئین براساس اظهارات آنها بوده است. بنابراین، در تحقیقات بعدی باید به روش مطمئن‌تری گروهها را انتخاب کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی زمان بیشتری برای مطالعه تأثیرات درمان نگهدارنده متادون و بررسی ثبات تغییرات ایجاد شده در نظر گرفته شود، مشاوره و گروه درمانگری همراه با MMT برای ایجاد انگیزش بیشتر در معتادان و تقویت پیامدهای درمان به کار رود؛ از گروه گواه معتادان - گروه بدون دریافت درمان MMT - برای ارزیابی بهتر نتایج درمان، استفاده شود. گروههای کنترل شامل گروههای دریافت‌کننده درمانهای نوع دیگر مانند سم‌زدایی و یا درمانهای روان‌شناختی مختلف در نظر گرفته شوند.

منابع

تقوی، م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان‌شناسی، دوره جدید، ۵ (۴)*، ۳۹۸-۳۸۱.

- nance treatment in opiate dependents : A review. *Br. Med. J., Vol. 309*, 997-1001.
- Giacomuzzi, S. M., Rimery, M., Ertl, M., Kemmler, G., Rossler, H., & Hinterhuber, H. (2002).** Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulation setting, a health-related quality of life assessment. *Addiction*, 98, 693-702.
- Gossop, M., Marsden, J. & Steward, D. (1998).** *The national treatment outcome research study at one year changes in substance use health and criminal behavior after one year.* London: Department of Health.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. & Ginzburg, H. M. (1989).** *Drug abuse treatment A: national study of effectiveness.* Chapel Hill (NC) : University of North California Press.
- Joseph, H., Stancliff, S., & Longrod, J. (2000).** Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historical and clinical issue. *Mt-Sinai. J. Med.*, 67 (5-6), 347-64.
- Marshal, L. A. (1998).** The efficacy of methadone maintenance intervention in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta analysis. *Addiction*, 93 (4), 515-532.
- Masson, M., Barnett, P. G., Sees, K. L., Delucchi, K. L., Rosen, A., Wong, W., & Halls, S. M. (2004).** Cost and cost effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched methadone detoxification. *Addiction*, 99 (6), 78-92.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2003).** Metabolic maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependency. *Coherence, Database, Syst, Rev.* (2) CD00-209.
- دادستان، پ. (۱۳۷۷).** تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، پیوست ۲. تهران: انتشارات رشد.
- وزیریان، م. مستشاری، گ. (۱۳۸۲).** راهنمای کاربرد درمان سوء مصرف‌کنندگان مواد. ویرایش دوم. تهران: انتشارات پرشکوه.
- Bell, G., & Zadora, D. (2000).** A risk benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Safety*, 22 (3), 179-190.
- Best, D., Gossop, M., Man, L. H. Finch, E., Greenwood, J., & Strang, J. (2000).** Accidental and deliberate overdose among opiate addicts in methadone maintenance treatment: are deliberate over dose systematically different? *Drug and Alcohol Review*, 19, 213-216.
- Best, D., Harris, J., Gossop, M. Farrell, M., Finch, E., Noble, A. & Strong, J. (2001).** Use of non-prescribed methadone and other illicit drugs during methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review*, 19, 916-921.
- Brand, B., Blake, J., Marsh, D. (2002).** Changing patient characteristics with increased methadone maintenance availability. *Drug-Alcohol Depend*, 66 (1), 11 – 20.
- Brands, H., Bruna, M. & Marshal, M. (1997).** Methadone maintenance treatment: A Canadian perspective. *Canadian Medical Association Journal*, 157 (4), 718-723.
- Dole, V. P., Robinson, J. W., Orraca, J., Towns, E., Seurcy, P. & Caine, E. (1996).** Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N. Eng. J. Med.*, 280, 1372-1375.
- Esteban, J., Gimense, C., Barril, J., Aragones, A., Climent, J. M., & de la Cruz, P. (2003).** Survival study of opioid addiction in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend*, 70 (2), 193–200.
- Farrel, M.; & Ward, J. (1994).** Methadone mainte-

Abuse., 2, 7-29.

Spunt, B. (2003). The current New York city heroin science. *Subst-Use-Misuse*, 38 (10), 1539-1549.

Tacke, U., Wolff, K., Finch, E., & Strang, J. (2001). The effect of tobacco smoking on subjective symptoms of inadequacy (not holding) of methadone dose among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Addiction Biology*, 6, 137-145.

Torrens, M., San, L., Marinez, A., Castillo, C. Domingo-Salvang, A., & Alonso, J. (1997). Use of nothing health statues of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92 (6), 707-716.

Meterge, D. S., & Woody, G. E. (1993). HIV seroconversion among intravenous drug user in and out of treatment prospective follow up. *J. AIDS*, 6, 1049-1055.

Newman, R. G., & Whitehill, W. B. (1997). Double blind comparison of methadone and placebo maintenance treatment of narcotic addicts in Hong Kong. *Lancet II*, 8141, 485-488.

Ryan, C. F., & White, J. M. (1996). Health status entry to methadone maintenance treatment survey questionnaire. *Addiction*, 91 (1), 39 – 45.

Simpson, D. D., & Sell, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse on overview of the DARP research program. *Adv. Alcohol Subst.*