ORIGINAL ARTICLE

Impact of Methadone Maintenance Treatment on the Quality of Life of Opioid Dependent Patients in City of Babol

Samad Roohani[1],
Iraj Salarieh[2],
Saleh Abedi[3],
Farzan Kheyrkhah[4]

[1] Department of Public Health, Psychiatry & Behavioral Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] General Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[3] Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
[4] Department of Psychiatry, Faculty of Mediicne, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received November 19, 2011 ; Accepted February 28, 2012)

Abstract

Background and purpose: Drug abuse is a catastrophe for abusers, their families and the society. Increasing trends of opioid dependence has raised the concern of authorities and is considered as an important public health problem. Many developed countries use pharmacological treatments for opioid dependence, however, this is not accepted in many developing countries. Methadone maintenance treatment is one of the most frequently used methods to treat such patients. This study aimes at investigating the impact of MMT on the quality of life of patients under treatment.

Materials and methods: In a quasi-experimental study, 203 opioid dependent under MMT program were studied in Omid treatment centre in Babol. EQ-5D questionnaire was used to evaluate the quality of life of patients before treatment, one and six month after treatment and then comparisons were made. Some information was also collected from the patient's treatment record. All data were analyzed using SPSS.

Results: Based on the findings of this study, among 5 dimensions of quality of life, the results showed that the health statues of individuals on two of them (pain/discomfort and anxiety/depression) were lower than the other dimensions. Methadone therapy significantly improved the quality of life of patients and this improvement was considerable at the end of first month.

Conclusion: Pharmacological treatment and use of methadone therapy could be a useful method to treat opioid dependence in Iran. Furthermore, it could significantly improve the patients' quality of life.

Key words: Opioid substance, methadone, addiction, quality of life

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(87): 47-55 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و دوم شماره ۸۷ فروردین سال ۱۳۹۱ (۵۵-۴۷)

بررسی تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر

صمد روحانی[۱]
ایرج سالاریه[۲]
صالح عابدی[۳]
فرزان خیرخواه[۴]

چکیده

سابقه و هدف: سوء مصرف مواد یک فاجعه برای افراد مصرف کننده، خانواده‌شان و جامعه می‌باشد. روند روبه افزایش آن به یک مسأله مهم بهداشت عمومی تبدیل شده و موجب نگرانی سیاست‌گزاران شده است. در حالی که کشورهای پیشرفته زیادی از درمان‌های دارویی برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر استفاده می‌نمایند در بسیاری از کشورهای در حال توسعه این روش‌ها پذیرفته شده نیست. برنامه درمانی متادون از رایج‌ترین روش‌های دارویی به‌کارگرفته شده برای این بیماران می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه درمانی متادون روی کیفیت زندگی افراد تحت درمان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه شبه تجربی تعداد ۲۰۳ نفر از افراد وابسته به مواد مخدر تحت درمان با برنامه درمانی متادون در یک مرکز درمانی در شهرستان بابل مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه EQ-5D کیفیت زندگی افراد قبل از درمان و یک‌ماه و شش ماه بعد از درمان ارزیابی و مقایسه شدند. همچنین از برخی از اطلاعات موجود در سوابق درمانی موجود در پرونده آنان نیز استفاده شده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد برنامه Excel شده و با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر مبنای یافته‌های این تحقیق و با توجه به محورهای پنج‌گانه وضعیت سلامت افراد، وضعیت مربوط به جنبه روانی و احساس درد و ناراحتی جسمانی در وضعیت پایین‌تری نسبت به سایر ابعاد قرار داشته است. درمان با متادون سبب بهبود معنی‌داری در سطح کیفیت زندگی افراد شده است و این بهبودی در پایان ماه اول بیشتر از پایان ماه ششم بوده است.

استنتاج: درمان دارویی و بهره‌گیری از روش درمانی متادون می‌تواند یک شیوه مناسب برای معالجه افراد وابسته به مواد مخدر بوده و می‌تواند سبب بهبود در چشم‌گیری کیفیت زندگی آن‌ها گردد.

واژه‌های کلیدی: مواد مخدر، متادون، اعتیاد، کیفیت زندگی

مقدمه

سوء مصرف مواد یک فاجعه برای افراد مصرف‌کننده، خانواده‌شان و جامعه می‌باشد. لذا به‌عنوان یک عامل اصلی مشکلات اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و جرم شناخته می‌شود(۱). روند وابستگی به مواد مخدر در

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۷۲- ۸۸ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

مولف مسئول: صمد روحانی- ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail: samad.rouhani@gmail.com
۱. گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳. دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴. گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ دریافت : ۹۰/۸/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۹۰/۱۱/۳ تاریخ تصویب : ۹۰/۱۲/۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

کشورهایی مانند چین، هند، اندونزی، روسیه، مالزی، پاکستان، ایران (۲) و خیلی ازکشورهای دیگر در سراسر دنیا در حال افزایش است به‌طوری که در سال‌های اخیر بار جهانی آن بر روی سلامت حدود ۰/۷ درصد تخمین زده شده است(۳،۲). لذا اعتیاد موجب نگرانی‌های سیاست‌گزاران شده و به یک مسأله مهم بهداشت عمومی تبدیل شده است که نیازمند مداخلات و برنامه‌های مقتضی می‌باشد(۴). درمان با متادون یکی از روش‌های درمان دارویی می‌باشد که به افراد معتاد در کنترل وابستگی‌شان به مواد مخدر کمک می‌نماید(۵). درمان نگه‌دارنده با متادون (MMT) که به‌طور بین‌المللی یک مداخله مؤثر، ایمن، هزینه اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر شناخته شده است(۶،۵). بیشترین و گسترده‌ترین روش به‌کار گرفته شده برای درمان معتادین به مواد مخدر می‌باشد که از سال ۱۹۶۴ در ایالت متحده وجود دارد(۹-۷). اعتقاد بر این است که در این روش متادون هم مشکلات مربوط به ترک را از بین برده و هم دارای تأثیر مثبت بر جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی افراد می‌باشد(۱۰).

در صورتی که در کشورهای پیشرفته درمان‌های دارویی مانند بوپرنورفین و متادون برای وابستگی به مواد مخدر استفاده می‌شود اما در بسیاری از کشورهای در حال توسعه روش‌های دارویی پذیرفته نمی‌شود بلکه در این کشورها سعی می‌شود تا با به‌کارگیری روش‌های غیر دارویی مانند زور، زندان، حبس و غیره با مسأله وابستگی به مواد مخدر برخورد گردد(۱۱).

علی رغم مبارزه بسیار شدید دولت ایران در سه دهه گذشته با موضوع قاچاق و مصرف مواد مخدر، آمارهای ذکر شده نشان می‌دهد که شیوع سوء مصرف مواد به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت حدوداً ۲۷ می‌باشد (۱۲) که بسیار بالاتر از سایر کشورها مانند چین(۱)، آلمان و فنلاند(۳) ایتالیا و لوگزامبورگ(۱۰)، لیتوانی(۵،۱) می‌باشد(۱۴،۱۳) که مؤید آسیب‌پذیری کشور ما در مقابل سوء مصرف مواد به لحاظ موقعیت جغرافیایی و دموگرافیکی آن می‌باشد.

اگرچه دولت و مسئولین کشور مصمم به مبارزه با این پدیده شوم می‌باشند، ولی به‌نظر می‌رسد که راهکارهای غیر دارویی به‌کار گرفته شده در دهه‌های قبلی نتوانسته‌اند اهداف مورد نظر را تأمین نمایند. لذا در سال‌های اخیر روش درمان دارویی مانند درمان جایگزینی متادون در سطح کشور و به‌طور مدون در حال اجرا می‌باشد.

کیفیت زندگی به مفهوم سطحی از احساس و خوشنودی افراد از وضعیتی که در آن به‌سر می‌برند بوده و تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل مرتبط با سلامت مانند ابتلا، ناخوشی و رنج، ناتوانی و مانند آن می‌باشد(۱۶،۱۵). طی سال‌های اخیر در تحقیقات حوزه بهداشتی به‌طور فزآینده‌ای از کیفیت زندگی به عنوان معیار تأثیر برنامه‌های بهداشتی استفاده می‌گردد به‌طوری‌که امروزه یکی از اهداف برنامه‌های مراقبت، بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد(۲۱-۱۷). اگر چه مطالعات در سایر کشورها در رابطه با درمان معتادان و تأثیر درمان نگهدارنده متادون روی کیفیت زندگی در حال گسترش می‌باشد(۱۴،۸، ۲۶-۲۲)، ولی در کشور ما هیچ‌گونه مطالعه‌ای در رابطه با تأثیر این رویکرد جدید درمان معتادان روی کیفیت زندگی آن‌ها وجود ندارد. لذا در این مقاله سعی می‌شود تا به تأثیر برنامه درمانی متادون بر روی کیفیت زندگی افراد تحت درمان با این روش پرداخته شود.

مواد و روش ها

از آن‌جایی‌که این بررسی بر مبنای تأثیر مداخله انجام شده بدون انتخاب تصادفی نمونه‌ها بوده و از نوع بررسی قبل و بعد از مداخله[1] می‌باشد لذا در گروه مطالعات شبه تجربی یا Quasi-experimental دسته‌بندی می‌گردد(۲۷).

1. Pre-post intervention

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

در این مطالعه قبل و بعد، افراد تحت درمان با برنامه متادون در مرکز درمانی امید شهرستان بابل در سه مرحله شامل قبل از جایگزینی متادون، یک‌ماه و شش ماه پس از جایگزینی متادون از نظر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. سطح کیفیت زندگی افراد قبل از برنامه درمانی متادون به‌عنوان اطلاعات پایه با میزان تغییرات این شاخص در ماه‌های یک و شش درمان مقایسه و تحلیل شد. تعداد نمونه اولیه حدود ۲۰۰ نفر از جامعه آماری افراد وابسته به مواد مخدر در مرکز مورد مطالعه در نظر گرفته شده است. اگرچه در مطالعات جور شده حتی برای شرایطی که کمترین همبستگی بین گروه‌ها وجود داشته باشد؛ ماکزیمم حجم ۵۴ نمونه کفایت می‌نماید(۳۱) ولی در این مطالعه به دلیل کثرت متغیرها و همچنین اطلاع داشتن از احتمال بالای ترک برنامه درمان بین ۴۹ تا ۷۸ درصد(۳۲)، و یا انصراف پاسخ‌دهندگان از ادامه شرکت در مطالعه در مراحل بعدی، لذا حجم نمونه به اندازه کافی بزرگ در نظر گرفته شد. برای دستیابی به حجم نمونه مذکور از آبان سال ۱۳۸۸ تا مرداد سال ۱۳۹۰ به روش سرشماری کلیه افراد جدید مراجعه کننده به مرکز مورد بررسی که حاضر به شرکت در مطالعه بودند انتخاب شدند. برای مطالعه برخی از مهم ترین متغیرهای مداخله‌گر مثل سن، جنس و ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی افراد، با تهیه یک چک لیست و استفاده از پرونده بیماران در مرکز مورد نظر اطلاعات مربوطه استخراج شد.

برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی، ابزارهای متفاوتی در سطح دنیا وجود دارد که در این بررسی از EQ-5D[1] استفاده شد. روایی و پایایی این ابزار قبلاً در جمعیت ایرانی توسط محقق تأیید شده است. در رابطه با Psychometric properties پرسشنامه EQ-5D باید اضافه گردد که با استفاده از پایایی به روش آزمون بازآموزی[2] و روایی گروه‌های شناخته شده[3] و با توجه به این که نتایج این پرسشنامه دارای ضریب مطلوبیت با ویژگی Ratio Scale می‌باشد با به کارگیری آزمون اندازه‌گیری مکرر یا تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری[4] در سطح معنی‌داری ۹۹ درصد نتیجه گیری شد که این ابزار دارای ویژگی‌های مذکور بوده و برای استفاده در کشورمان مناسب تشخیص داده شده بود(۲۸).

این پرسشنامه دارای پنج سوال سه گزینه‌ای مربوط به جنبه‌های مختلف سلامت افراد می باشد و بسته به این‌که افراد چه گزینه‌ای را در رابطه با سلامت خود انتخاب نمایند، در یکی از ۲۴۳ وضعیت ممکن مربوط به وضعیت سلامت قرار خواهند گرفت(۲۹). بر مبنای این ۲۴۳ حالت از وضعیت‌های ممکن سلامت، کیفیت زندگی افراد مطابق با جدول مربوط به نمره‌گذاری سطح سلامت EQ-5D[5] بین ۰ تا ۱ نمره گذاری می‌شود(۳۰). همچنین این پرسشنامه دارای یک خط‌کش اندازه‌گیری سطح سلامت یا Thermometer می‌باشد که بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ درجه بندی شده که نمره ۰ نشانگر بدترین وضعیت قابل تصور سلامت و نمره ۱۰۰ نشانگر بهترین وضعیت قابل تصور سلامت بوده و افراد با توجه به احساسشان از وضعیت تندرستی خود می‌توانند با علامت گذاری عدد مورد نظر را انتخاب نمایند(۲۹). در ضمن از آن‌جایی که در پرسشنامه برای ۵ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به ابعاد سلامت عدد ۱ نشانه بهترین وضعیت در بعد مربوطه و عدد ۳ مربوط به بدترین وضعیت می‌باشد لذا برای همسو نمودن وضعیت بهتر سلامت افراد با رتبه کسب شده، ابتدا عدد مربوط به گزینه‌های انتخاب شده از عدد ۳ کسر و حاصل آن در بیان وضعیت سلامت افراد در محورهای پنج‌گانه استفاده شد که در این صورت اعداد بزرگتر نشانه وضعیت سلامت بهتر و ارقام کوچک‌تر عکس آن‌را بیان می‌نمایند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد کامپیوتر شد برای تجزیه و تحلیل داده‌های نمره سلامت و سطح سلامت که با مقیاس نسبتی می‌باشد، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکراری و برای تعیین رابطه بین

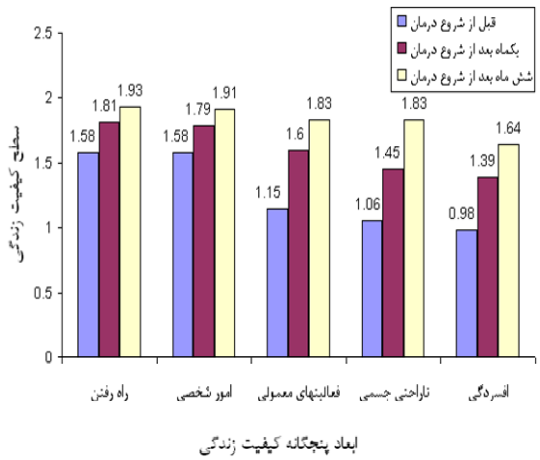
1. European Quality of Life Five Dimensions
2. Test-retest reliability
3. Known group validity
4. Repeated Measures
5. Scoring EQ-5D Health States

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

داده‌های اجتماعی و اقتصادی که دارای مقیاس نسبتی نبودند با شاخص مربوط به سطح سلامت از آزمون ANOVA در برنامه SPSS استفاده است.

یافته ها

تعداد نمونه اولیه ۲۰۳ نفر بوده که در پایان ماه اول به ۱۸۳ (۹۰/۱ درصد) و در ماه ششم به ۹۴ نفر (۴۶/۳ درصد) تقلیل یافتند. ۹۹ درصد از افراد مطالعه شده مرد می‌باشند. میانگین سنی افراد حدود ۱۰/۷ ± ۳۶/۱ بوده است و سن شروع مصرف مواد به‌طور متوسط ۸/۳ ± ۲۴/۴ سال اعلام شده بود بنابراین به طور میانگین ۸/۵ ± ۱۱/۸ سال مواد مخدر استعمال می‌نموده‌اند. ۸۶ درصد درصد از افراد متأهل و ۷۲ درصد آن‌ها دارای فرزند بودند. از نظر تحصیلات نیز حدود ۴/۶ درصد بی‌سواد، ۹۰/۶ درصد در حد دیپلم یا پایین‌تر و حدود ۴/۹ درصد بالاتر از سطح دیپلم تحصیلات داشتند. از نظر وضعیت مسکن حدود ۴۹/۸ درصد مالک منزل شخصی، ۲۹/۶ درصد در منزل پدری و ۲۰/۲ درصد دیگر مستأجر بودند. از نظر شغل و منبع درآمد فقط حدود ۵/۹ درصد فاقد شغل بودند ولی مابقی در مشاغلی مانند آزاد (۴۶/۸ درصد)، کارگر (۱۲/۸ درصد)، راننده (۱۳ درصد)، کارمند (۱۱/۸ درصد) و کشاورز (۹/۹ درصد) مشغول بوده و دارای منبع درآمد بودند. نوع مواد مصرفی شامل ۴۶ درصد تریاک، ۲۵ درصد کراک و بقیه از انواع دیگر مواد و یا به صورت ترکیبی از این مواد بوده است. نحوه مصرف مواد در ۵۴ درصد تدخینی، ۱۸ درصد خوراکی و بقیه از روش‌های دیگر یا به‌صورت ترکیبی از روش‌ها ذکر شده بوده است. از نظر مقایسه هزینه مصرف مواد و هزینه درمان با روش MMT یافته‌ها حاکی از کاهش حدود سه برابری در هزینه برای بیماران می‌باشد. افراد تحت درمان با مقادیر مختلفی از متادون تحت درمان بودند که به‌طور متوسط بین حدود ۱۹/۱ ± ۴۳/۶ میلی‌گرم در روز بوده است. از نظر میزان برخورداری از سلامتی، وضعیت سلامت افراد قبل و بعد از شروع درمان جایگزین متادون در پنج محور پرسشنامه EQ-5D شامل راه رفتن و حرکت، انجام امور شخصی، فعالیت‌های معمولی، احساس درد و ناراحتی جسمی، اضطراب و افسردگی در نمودار شماره ۱ ارائه و مقایسه شده است. همان‌گونه که در قسمت مواد و روش‌ها توضیح داده شد، برای همسو نمودن ارقام مربوطه با بهبود وضعیت سلامت اعداد استخراج شده از پرسشنامه پس از کسر از عدد سه در نمودار آورده شده است.



نمودار شماره ۱: سطح کیفیت زندگی افراد قبل و بعد از درمان با متادون در پنج محور مربوط به سلامتی

همان‌گونه که نمودار فوق نشان می‌دهد وضعیت سلامت افراد به‌دنبال درمان با متادون در تمام ابعاد پنج‌گانه بهبود پیدا نموده است که بیشترین تأثیر روی ابعاد احساس درد و ناراحتی جسمی، فعالیت‌های معمولی و سپس روی اضطراب و افسردگی بود در صورتی‌که کمترین تأثیر روی راه رفتن و توانایی در انجام امور شخصی آن‌ها بوده است.

همچنین با استفاده از خط‌کش سلامت که مربوط به اندازه‌گیری سلامت افراد می‌باشد وضعیت سلامت افراد قبل و بعد از درمان با متادون اندازه‌گیری شد که در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است.

همان‌گونه که نمودار فوق نشان می‌دهد وضعیت سلامت افراد بعد از درمان با متادون بهبود یافته است که

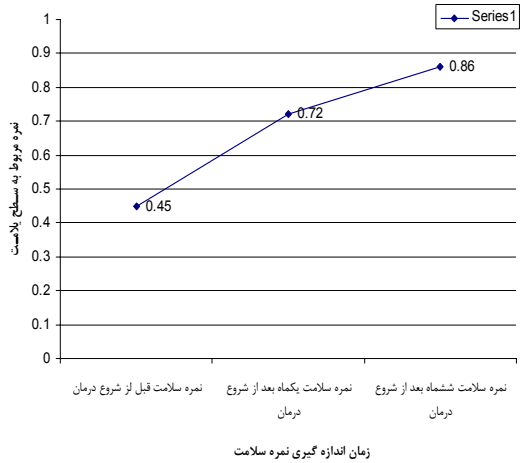
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

این بهبودی در اندازه گیری ماه اول رشد بیشتری از اندازه‌گیری ماه ششم داشته است.



نمودار شماره ۲: وضعیت سلامت افراد قبل و بعد از درمان با متادون بر مبنای اندازه گیری با خط کش سلامت

در نهایت نمره سلامتی افراد استخراج شده از روی ابعاد پنج‌گانه سلامتی در قبل و بعد از درمان با متادون در جدول نمودار شماره ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که در قسمت مواد و روش‌ها توضیح داده شد با استفاده از جدول مربوط به نمره‌گذاری سطح سلامت EQ-5D وضعیت سلامت افراد بر مبنای پاسخ به پنج سوال مربوطه بین ۰ تا ۱ نمره‌گذاری و محاسبه شده است.



نمودار شماره ۳: نمره سلامت افراد قبل و بعد از درمان با متادون بر مبنای وضعیت سلامت آن‌ها در محورهای پنج گانه

همان‌گونه که در نمودار فوق نشان داده شده است نمره سلامت افراد در قبل و بعد از درمان با متادون تقریباً دو برابر افزایش یافته است که این افزایش در ماه اول بعد از درمان، بیش از ماه ششم بعد از درمان بوده است.

با بهره‌گیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکراری در برنامه SPSS تمام تغییرات ذکر شده در نمودارهای شماره ۱ تا ۳ به لحاظ آماری و در سطح ۰/۰۵ به لحاظ آماری معنی‌دار بودند.

همچنین با بهره‌گیری از آزمون ANOVA رابطه معنی‌دار آماری بین بهبود وضعیت سلامت با کیفیت زندگی و سایر متغیرهای فردی، اجتماعی و اقتصادی مشاهده نشده است.

بحث

در رابطه با چگونگی تأثیر متادون بر روی کیفیت زندگی معتادان، یافته‌های این تحقیق همان‌گونه که در نمودار شماره ۱ آمده است، حاکی از بهبود کیفیت زندگی افراد تحت درمان با متادون در همه ابعاد پنج‌گانه کیفیت زندگی و به‌ویژه ابعاد مربوط به سلامت جسمانی (احساس درد و ناراحتی جسمی)، بهبود در انجام فعالیت‌های معمولی و سلامت روانی (اضطراب و افسردگی) آن‌ها می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داده است که مصرف مواد افیونی بیشتر بر جنبه‌های روانی سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. همان‌گونه که در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است اضطراب و افسردگی در بیماران تحت مطالعه در مقایسه با سایر ابعاد مربوط به وضعیت سلامت افراد در وضعیت به مراتب پایین‌تری قرار داشته است. این یافته با نتایج مطالعه فرهادی نسب، که شیوع بالای افسردگی در بین معتادان و همچنین تأثیر مثبت متادون در بهبود آنرا اعلام نموده‌اند، هماهنگی داشته است(۳۳). مطابق نتایج این مطالعه برنامه درمانی MMT منجر به تغییر در کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر در تمام ابعاد پنج‌گانه و همچنین سطح سلامت افراد اندازه‌گیری شده بر مبنای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

خط‌کش سلامت شده است و این بهبودی حتی ظرف یک‌ماه از شروع برنامه درمانی دارای پیشرفت چشم‌گیری بوده است. همان‌گونه که در نمودار شماره ۳ مشاهده می‌گردد شیب منحنی مربوط به بهبودی در کیفیت زندگی بیماران در ماه اول بعد از شروع درمان بیش از شیب این منحنی در بقیه طول درمان تا ماه ششم بوده است. لذا سطح کیفیت زندگی افراد در پایان ماه اول در مقایسه با شروع درمان بیشتر افزیش یافته است تا سطح کیفیت زندگی افراد در پایان ماه ششم در مقایسه با ماه اول. این الگوی روند بهبودی در کیفیت زندگی معتادان در طول درمان، در مطالعه دیگران نیز نتیجه‌گیری شده است(۳۴،۲۶،۱). یافته‌های ما در رابطه با تأثیر برنامه درمانی متادون روی کیفیت زندگی معتادان با مطالعات انجام شده در همین زمینه در کشورهای چین(۱)، لیتوانی(۱۴)، اسپانیا(۸)، لهستان(۳۵)، مالزی(۳۶) و سایرین(۲۵) هم‌خوانی داشته است. همچنین سایر یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۹۹ درصد افراد تحت پوشش این برنامه درمانی از جنس مرد بوده‌اند. اگرچه مواد مخدر در سراسر دنیا بیشتر در بین مردان رواج دارد ولی زنان تحت پوشش در این مطالعه بسیار کمتر از میزان رواج مواد مخدر در بین زنان در استان مازندران(۵/۳) می‌باشد. این عدم تناسب نیز در مطالعات بهدانی و همکاران در مشهد گزارش شده است و به‌طور کلی حاکی از این است که در رابطه با اعتیاد زنان کشور اطلاعات بسیار محدودی وجود دارد(۳۷). متوسط سن افراد وابسته به مواد مخدر ۳۶ سال بوده است که نزدیک به میانگین سن اعلام شده برای معتادین استان مازندران (۳۴ سال) در مطالعات دیگران بوده است(۳۸). درصد افراد متأهل مشاهده شده در این بررسی ۸۶ درصد بوده است که بیشتر از درصد متأهلین معتاد به مواد مخدر در استان مازندران (۵۸/۷ درصد) می‌باشد(۳۷). این تفاوت مشاهده شده احتمالاً می‌تواند بدین صورت تفسیر شود که متأهلین به‌دلیل فشارها و حمایت خانوادگی بیشتر به‌دنبال ترک می‌باشند تا افراد مجرد. سایر مطالعات نیز در زمینه تأثیر مثبت حمایت خانواده در طول درمان جایگزین متادون، در بهبود کیفیت زندگی(۴۰،۳۹) و عدم استفاده هم‌زمان از مواد مخدر(۴۰)، و تأثیر مثبت حمایت‌های اجتماعی و محیطی در کاهش تأثیر منفی و افزایش تأثیر مثبت درمان نگدارنده با متادون بر روی کیفیت زندگی را نتیجه‌گیری نموده‌اند(۴۱). عدم وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین متغیرهای اقتصادی- اجتماعی و فردی با متغیر وابسته یعنی بهبود کیفیت زندگی افراد مطالعه شده را باید به مفهوم تأثیر مطلوب برنامه درمانی متادون در همه افراد وابسته به مواد مخدر صرف نظر از تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی و فردی آن‌ها تفسیر کرد.

در این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات(۴۲،۳۲) میزان ترک برنامه توسط افراد تحت درمان در حد ۵۰ درصد می‌باشد که با توجه به اثربخشی این برنامه درمانی برروی کیفیت زندگی معتادان، این میزان قابل ملاحظه بوده و سبب از دست رفتن فرصت‌ها برای کمک به افراد نیازمند می‌گردد. لذا با توجه به نتایج این مطالعه و یافته‌های دیگران و مباحث مطروحه می‌توانیم تأثیر برنامه جایگزینی متادون را مثبت و مفید، برای درمان بیماران وابسته به مواد مخدر ارزیابی نموده و نتیجه‌گیری نمود که درمان پزشکی و دارویی و به‌ویژه بهره‌گیری از روش درمانی متادون به‌طور بالقوه می‌تواند در کشور ایران نیز یک روش مناسب برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد. لذا از آن جایی که این روش درمانی نیز ممکن است مانند بسیاری از روش‌های دیگر در عمل دست خوش انحرافاتی گردد که اثربخشی مورد نظر را ایجاد ننماید، لذا بررسی‌های دوره‌ای و ارزشیابی مداوم آن امری ضروری است. در ضمن با توجه به میزان ترک افراد توصیه می‌گردد تا در کنار توسعه این روش، تحقیقات بیشتری برای تعیین علل ترک و راه‌های کاهش آن انجام گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان لازم می‌دانند تا مراتب سپاس و تشکر خود را از کلیه بیماران شرکت کننده در این تحقیق که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

در تکمیل پرسشنامه همکاری نمودند را اعلام نمایند. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل و مازندران و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران که طرح پیشنهادی را بررسی، تصویب و حمایت مالی نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد. از کارکنان و مسئولین مرکز درمانی امید بابل که این طرح در آن‌جا به انجام رسید نیز سپاسگزاری به‌عمل می‌آید.

References

1. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of Life of Outpatients in Methadone Maintenance Treatment Clinics. J Acquir Immune Defic Syndr 2010; 53(Suppl 1): 116-120.
2. Degenhardt L, Hall WD, Warner-Smith M, Lynskey MT. Illicit drug use. In: Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, (eds). Geneva: World Health Organization; 2004. p. 1109-1176.
3. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360(2): 1347-1360.
4. Hall WD, Mattick RD. Oral substitution treatments for opioid dependence. Lancet 2008; 371(9631): 2150-2151.
5. Erdelyan M, Young C. (2009). Methadone maintenance treatment: A community planning guide. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Available: http://knowledgex.camh.net/policy_health/substance_use/mmt_community_guide/Documents/mmt_community_guide.pdf. Accessed July 5, 2011.
6. World Health Organization: Office on Drugs and Crime. (2004). WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and hiv/aids Prevention. Available: http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf. Accessed October 15, 2011.
7. Dole VP, Nyswander ME, Kreek MJ. Narcotic blockade. Arch Intern Med 1966; 118: 304-309.
8. Torrens M, Domingo AS, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. Lancet 1999; 353: 1101.
9. Ward J, Mattick RP, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998.
10. Mostashari G. Preliminary guideline for the execution of methadone maintenance treatment, Ministry of Health & Medical Education, Office for prevention and treatment of substance abuse, (Persian). 2001; Available at: http://www.sapto.hbi.ir/PDF/mmprimp1.pdf. Accessed October 21, 2011.
11. Van den Brink W, Haasen C. Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. Can J Psychiatry 2006; 51(10): 635-646.
12. Iran drug control headquarters, news headline, International day against drug abuse and illicit trafficking. (Persian). 2011; Available at: http://www.dchq.ir. Accessed October 21, 2011.
13. WHO. The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe. Report. 2004.
14. Padaiga Z, Subata1 E, Vanagas G. Outpatient

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

methadone maintenance treatment program, Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. Medicina (Kaunas) 2007; 43(3): 235-241.

15. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Health economics for developing countries, A practical guide, MACMILAN, UK. 2000.
16. Bullinger M. Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. Restor Neurol Neurosci 2002; 20: 93-101.
17. Andrews FM. Social indicators of perceived life quality. Soc Indic Res 1974; 1(3): 279-299.
18. Priebe S, Roeder-Wanner UU, Kaiser W. Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. Psychol Med 2000; 30(1): 225-230.
19. Addington J, Young J, Addington D. Social outcome in early psychosis. Psychol Med 2003; 33(6): 1119-1124.
20. Lehman A.F. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996; 31: 78-88.
21. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314: 1657-1664.
22. Eklund C, Melin L, Hiltunen A, Borg S. Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. Int J Addict 1994; 29: 627-645.
23. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Kemmler G, Ertl M, Richter R, Rossler H, et al. Subjective wellbeing and somatic markers in methadone substitution. Evaluation of 61 heroin addicts. Fortschr Med Orig 2001; 119(3-4): 103-108.
24. Karow A, Verthein U, Krausz M, Schafer I. Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. Eur Addict Res 2008; 14(1): 38-46.
25. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12monthsamongbuprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. J Subst Abuse Treat 2007; 33(1): 91-98.
26. Ponizovsky AM, Grinshpoon A. Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance. Am J Drug Alcohol Abuse 2007; 33(5): 631-642.
27. Harris AD, McGregor JC, Perencevich EN, Furuno JP, Zhu J, Peterson PE, et al. The Use and Interpretation of Quasi-Experimental Studies in Medical Informatics. J Am Med Inform Assoc 2006; 13(1): 16-23.
28. Rouhani S. The relative efficiency of public and non-public health centres in Iran, Ph.D thesis, Institute of Public Policy and Management, University of Keele, UK. 2006.
29. Brooks R, Rabin R, Charro F. The measurement and evaluation of health status using EQ-5D: a European perspective, evidence from the EuroQol BIOMED research programme. Netherlands: Kluwer Academic publishers; 2003.
30. Brooks R, Rabin R, Charro F. The measurement and evaluation of health status using EQ-5D: a European perspective, evidence from the EuroQol BIOMED research programme. Netherlands: Kluwer Academic publishers; 2003.
31. Sadat-Hashemi S. M, Ghorbani R, Kavehei B. Determination of sample size of pair-matched studies. J Semnan Univ Med Sci 2006; 8(1): 55-62 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

32. Deck D, Carlson MJ. Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two western states. J Behav Health Serv Res 2005, 32(1): 43-60.
33. FarhadiNasab A, ManiKashani K. Examining the impact of methadone maintenance on the depression associated with the drug quitting among addicted patients in Hamedan city, Iran. J Ilam Univ Med Sci 2008; 16(2): 44-50 (Persian).
34. Liu E, Liang T, Shen L, Zhong H, Wang B, Wu Z, et al. Correlates of methadone client retention: a prospective cohort study in Guizhou province, China. International Journal of Drug Policy 2009; 20(4): 304-308.
35. Torrens M, San L, Garrell E, Castillo C, Martinez A, Domingo A. Quality of life in a methadone maintenance program. Eur Neuropsychopharmacol 1989; 136: 598-602.
36. Huong WGA, Guan NC, Nordin ASA, Adlan ASA, Habil H. Quality of life assessment of opioid substance abusers on methadone maintenance therapy (MMT) in University Malaya Medical Centre. Asian J Psychiatry 2009; 10(1): 1-11.
37. Behdani F, Hebrani P, Arshadi H. Assessing the demographic characteristics of patients under methadone maintenance treatment in Mashhad Hejazi hospital in 2005-2006. J Fundam Ment Health 2007; 8(33,34): 53-59 (Persian).
38. Emran MR, Rahimi A, Hosseni M, Madani S, Chatterjee A. Rapid Situation Assessment (RSA) Of Drug Abuse In Iran (1998-1999), Prevention department, State Welfare Organization Ministry of Health, Tehran, I.R. Of Iran & International RSA consultant Society for Applied Studies, Calcutta, India. Available at: http://www.unodc.org/pdf/iran/publications/RSA2000SUMMARY.pdf. Accessed November 10, 2011.
39. Chia-Nan Y, Carol SMW, Tzu-Yun W, Hsiao-Fang C, Hsun-Cheng C. Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci 2011; 27(5): 177-183.
40. 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): 269-274.
41. Maeyer DJ, Vanderplasschen W, Camfield L, Vanheule S, Sabbe B, Broekaert E. A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. Int J Nurs Stud 2011; 48(10): 1244-1257.
42. Che Y, Assanagkornchai S, Mcneil E, Chongsuvivatwong V, LI J, Geater A, et al. Predictors of early dropout in methadone maintenance treatment program in Yunnan province, China. Drug Alcohol Rev 2010; 29(3): 263-270.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]