BIRJAND UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES
Journal of Translational Medical Research
https://journal.bums.ac.ir

Original Article

Effectiveness of an educational program based on the Roy Adaptation Model on the quality of life in patients undergoing methadone maintenance treatment: A quasi-experimental study

Ayoub Ayyar [1], Reza Rezaei [2]*, Mostafa Abdollahi [3], Abolfazl Hassani [4]

[1] Department of Psychiatric Nursing, Tabas School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Tabas, Iran
[2] Department of Medical-Surgical Nursing, Tabas School of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Tabas, Iran
[3] Department of Health in Disaster and Emergencies, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran
[4] Department of Psychology, Ministry of Education, Tabas, South Khorasan, Iran

***Corresponding author:** Reza Rezaei
Tel: +989135276409 E-mail: rezaeireza7410@yahoo.com

ABSTRACT

Background and Aims: Methadone maintenance treatment (MMT) plays a crucial role in reducing substance use. This study aimed to evaluate the effectiveness of an educational intervention based on the Roy Adaptation Model in improving the quality of life of patients undergoing MMT.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pre/test-post/test design and two groups of intervention and control in Tabas, Iran, during 2025. A total of 80 eligible patients were selected via convenience sampling, and after obtaining informed consent, were non-randomly allocated into intervention (n=40) and control (n=40) groups. The intervention group participated in eight weekly educational sessions based on the Roy Adaptation Model, while the control group received routine care. Data were collected using a Quality-of-Life questionnaire. He obtained data were then analyzed using SPSS software (version 26) via Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), controlling for baseline scores.

Results: According to the chi-square test results, no statistically significant differences between were observed between the intervention and control groups regarding educational level, marital status, employment status, frequency of substance use, and method of substance use (P>0.05). Findings also showed that after controlling for baseline scores, the mean score of overall Quality of Life (P<0.001) and the mental health dimension (P<0.001) were significantly higher in the intervention group, compared to the control group.

Conclusion: Education based on the Roy Adaptation Model is associated with an improvement in overall Quality of Life, particularly the mental health dimension, among patients undergoing methadone maintenance treatment.

Keywords: Methadone Maintenance Treatment, Nursing, Quality of Life, Roy Adaptation Model

Citation: Ayyar A, Rezaei R, Abdollahi M, Hassani A. [Effectiveness of an educational program based on the Roy Adaptation Model on the quality of life in patients undergoing methadone maintenance treatment: A quasi-experimental study]. Journal of Translational Medical Research (J Transl Med Res). 2026; 33(3): 190-204. [Persian]

DOI http://doi.org/10.66224/JBUMS.33.3.20

Received: July 20, 2026 **Revised:** August 31, 2026 **Accepted:** September 05, 2026

Copyright © 2026, Journal of Translational Medical Research. This open-access article is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

مقاله اصیل پژوهشی

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر (Roy Adaptation Model) بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون: یک مطالعه نیمه تجربی

ایوب ایار [۱]، رضا رضائی *[۲]، مصطفی عبدالهی [۳]، ابوالفضل حسنی [۴]

چکیده

زمینه و هدف: درمان نگهدارنده با متادون نقش مهمی در کاهش مصرف مواد، ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی آموزشی مبتنی بر مدل سازگاری روی بر کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون طراحی و اجرا شد.

روش تحقیق: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دو گروه (مداخله و کنترل) در سال ۱۴۰۴ در طبس انجام شد. تعداد ۸۰ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، به روش غیرتصادفی و بر اساس توالی ورود به مطالعه، به‌طور مساوی در دو گروه مداخله (۴۰نفر) و کنترل (۴۰نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله در ۸ جلسه آموزشی هفتگی مبتنی بر مدل سازگاری روی شرکت کرد و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کرد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی بود که برای هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره MANCOVA و با کنترل نمرات پایه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که از نظر متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد دفعات مصرف مواد و روش مصرف مواد مخدر، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت (P>۰/۰۵) نتایج نشان داد که پس از کنترل نمرات پایه، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی (P<۰/۰۰۱) و بُعد سلامت روانی (P<۰/۰۰۱) در گروه مداخله به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: آموزش مبتنی بر مدل روی با بهبود کیفیت زندگی کلی و به‌ویژه بُعد سلامت روانی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون همراه است.

واژه‌های کلیدی: درمان نگهدارنده با متادون، پرستاری، کیفیت زندگی، مدل سازگاری روی

مجله "تحقیقات پزشکی ترجمانی". ۱۴۰۵؛ ۳۳ (۳): ۲۰۴-۱۹۰.

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۲۹ ویرایش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۹ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۴

[۱] گروه آموزشی پرستاری روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری طبس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، طبس، ایران

[۲] گروه آموزشی داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری طبس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، طبس، ایران

[۳] دپارتمان سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

[۴] گروه روان‌شناسی بالینی، وزارت آموزش و پرورش، طبس، خراسان جنوبی، ایران

***نویسنده مسئول: رضا رضائی**

آدرس: استان خراسان جنوبی- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- شهرستان طبس- دانشکده پرستاری طبس

تلفن: ۰۹۱۳۵۲۷۶۴۰۹ پست الکترونیکی: rezaeireza7410@yahoo.com

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

مقدمه

اختلال مصرف مواد افیونی یکی از مهم‌ترین معضلات سلامت عمومی در جهان امروز محسوب می‌شود که پیامدهای گسترده زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی به همراه دارد (۱). سازمان جهانی بهداشت (WHO[1])گزارش می‌دهد که میلیون‌ها نفر در سراسر جهان درگیر وابستگی به مواد افیونی هستند و این اختلال سهم قابل‌توجهی در بار بیماری‌های غیرواگیر دارد. در ایران نیز، به‌دلیل موقعیت جغرافیایی، عوامل اجتماعی و دسترسی به مواد، شیوع اختلال مصرف مواد قابل‌توجه بوده و درمان نگهدارنده با متادون (MMT[2]) به‌عنوان راهبرد درمانی خط اول به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲). MMT با هدف تثبیت وضعیت زیستی بیمار، کاهش مصرف و پیشگیری از رفتارهای پرخطر طراحی شده است و مطالعات متعدد اثربخشی آن را در کاهش مصرف مواد و مرگ‌ومیر تأیید کرده‌اند (۳). با این‌حال، تمرکز غالب این درمان بر جنبه‌های زیست‌پزشکی بوده و ابعاد روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران غالباً کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی موفقیت درمان‌های مزمن محسوب می‌شود و نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم درمان و پیشگیری از عود دارد (۴). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که برداشت فرد از وضعیت سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و شرایط محیطی خود را در بر می‌گیرد (۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد بیماران MMT، در مقایسه با جمعیت عمومی، در اغلب ابعاد کیفیت زندگی نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند؛ عواملی مانند انگ اجتماعی، کاهش حمایت خانوادگی، بیکاری، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری روان‌شناختی از جمله دلایل اصلی این وضعیت گزارش شده‌اند (۶).

در سال‌های اخیر، برخی مطالعات داخلی و خارجی به بررسی متغیّرهای مرتبط با پیامدهای روانی درمان بیماران MMT پرداخته‌اند؛ با این‌حال، اغلب این پژوهش‌ها بر متغیرهایی نظیر کاهش مصرف مواد یا کیفیت خواب تمرکز داشته‌اند و بررسی جامع کیفیت زندگی به‌عنوان یک سازه چندبعدی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۶، ۷).

مدل سازگاری روی [3] (RAM) یکی از معتبرترین مدل‌های نظری در علوم پرستاری و سلامت است که بر توانایی فرد در سازگاری با شرایط استرس‌زا از طریق پاسخ‌های سازگارانه در چهار حیطه فیزیولوژیک، خودپنداره، کارکرد نقش و وابستگی متقابل تأکید دارد و ظرفیت بالایی برای طراحی مداخلات آموزشی ساختاریافته در بیماران مزمن، از جمله بیماران MMT، دارد (۸). موسی رضایی و همکاران (۲۰۲۴) تأثیر برنامه مراقبت پرستاری مبتنی بر RAM را بر کیفیت خواب بیماران MMT بررسی کردند و نشان دادند این مداخله در مقایسه با مراقبت‌های معمول پرستاری، منجر به بهبود معنی‌دار کیفیت خواب بیماران شد؛ هرچند تمرکز اصلی آن مطالعه بر کیفیت خواب بود و کیفیت زندگی به‌طور جامع بررسی نشده بود (۳).

علاوه بر این، رضازاده و همکاران (۲۰۲۳) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، اثربخشی RAM را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی تحت MMT بررسی و تأیید کردند (۹). با این‌حال، آن مطالعه در بستر فرهنگی و بالینی متفاوتی انجام شد و جزئیات محتوایی مداخله، به‌ویژه نحوه انطباق هر جلسه آموزشی با چهار حیطه رفتار سازگاری (فیزیولوژیک، خودپنداره، کارکرد نقش و وابستگی متقابل)، به‌طور شفاف گزارش نشده است (۹). از سوی دیگر، شواهد مربوط به این نوع مداخله در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران همچنان محدود است. پژوهش حاضر با طراحی مداخله‌ای ساختاریافته که به‌طور نظام‌مند هر چهار حیطه رفتار سازگاری روی را پوشش می‌دهد، به ارزیابی اثربخشی جامع این مدل بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی پرداخته است. افزون بر این، گزارش اندازه اثر جزیی ۰/۲۹ که نشان‌دهنده تبیین ۲۹ درصد از واریانس تغییرات کیفیت زندگی توسط مداخله است، برای اولین بار شواهد کمی در مورد اهمیت بالینی این مداخله در این جمعیت خاص ارائه می‌دهد و بدین‌ترتیب، ضمن پر کردن خلأ پژوهشی موجود، مبنایی عملیاتی برای طراحی برنامه‌های مراقبتی استاندارد در مراکز درمان اعتیاد فراهم می‌آورد.

[1] World health organization
[2] Methadone maintenance treatment
[3] Roy adaptation model

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

روش تحقیق

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود که با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل RAM بر کیفیت زندگی بیماران MMT انجام شد. پژوهش در کلینیک تخصصی درمان اعتیاد (تحول) طبس، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، و پس از اخذ کد اخلاق اجرا گردید.

حجم نمونه

حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳/۱ و بر مبنای مقایسه میانگین دو گروه مستقل محاسبه شد. با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط تا زیاد (d=۰/۶۵) بر اساس یافته‌های یک مطالعه مشابه پیشین (۹)، سطح خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد، حداقل ۳۴ نفر برای هر گروه برآورد شد؛ با احتساب احتمال ریزش نمونه تا ۱۵ درصد، حجم نمونه نهایی ۴۰ نفر برای هر گروه (مجموعاً ۸۰ نفر) در نظر گرفته شد.

به‌منظور بررسی همگنی اولیه گروه‌ها، از آزمون تی مستقل برای متغیر سن و آزمون کای‌اسکوئر برای متغیرهای اسمی شامل سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، دفعات مصرف مواد و روش مصرف مواد استفاده شد. نتایج هیچ‌یک از آزمون‌ها تفاوت آماری معناداری بین دو گروه نشان نداد (P>۰/۰۵) برای تمامی متغیرها که حاکی از همگن بودن دو گروه در متغیرهای زمینه‌ای پیش از مداخله است. این همگنی، نقش متغیرهای مخدوش‌گر را به حداقل رسانده و قابلیت اتکای مقایسه‌های بین‌گروهی را در مرحله پس‌آزمون افزایش می‌دهد.

نمونه‌گیری و تخصیص به گروه‌ها

جامعه پژوهش شامل بیماران واجد شرایط تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک تحول طبس بود. ابتدا ۸۰ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند. با توجه به ماهیت نیمه‌تجربی پژوهش، تخصیص افراد به دو گروه به روش غیرتصادفی و بر اساس توالی ورود بیماران به مطالعه انجام شد؛ بدین ترتیب که بیماران واجد شرایط به‌طور متناوب در دو گروه مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) قرار گرفتند. در گروه مداخله، شرکت‌کنندگان به ۸ زیرگروه ۵ نفره تقسیم شدند تا امکان تعامل، بحث گروهی و پیگیری بهتر آموزش‌ها فراهم شود. گروه کنترل در طول دوره پژوهش صرفاً مراقبت‌ها و خدمات معمول مرکز (شامل پیگیری پزشکی و پرستاری روتین، دریافت داروی متادون بر اساس دستور پزشک، پاسخ‌گویی به سؤالات بیماران و آموزش‌های کلی سلامت) را دریافت کرد و هیچ‌گونه مداخله آموزشی ساختارمند یا مبتنی بر مدل RAM برای آن‌ها اجرا نشد.

جریان شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف مطالعه شامل غربالگری، تخصیص تصادفی، مداخله، پیگیری و تحلیل نهایی، بر اساس راهنمای TREND [1] ترسیم و در قالب نمودار جریان ارائه گردید. این نمودار به‌طور شماتیک، تعداد شرکت‌کنندگان ارزیابی‌شده از نظر واجد شرایط بودن، تعداد افراد حذف‌شده به‌همراه علل حذف، تعداد تخصیص‌یافتگان به هر یک از دو گروه، تعداد دریافت‌کنندگان مداخله موردنظر، تعداد افراد ازدست‌رفته در هر مرحله از پیگیری و تعداد شرکت‌کنندگانی که در نهایت وارد تحلیل نهایی شدند را برای هر دو گروه مداخله و کنترل به‌صورت جداگانه نمایش می‌دهد.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، دریافت MMT حداقل به مدت شش ماه، توانایی خواندن و نوشتن، ثبات کامل وضعیت جسمی و روانی، نداشتن اختلال روان‌پزشکی شدید تشخیص‌داده‌شده و تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، بروز بیماری حاد جسمی یا روانی در طول مداخله، قطع یا تغییر اساسی درمان متادون و انصراف از ادامه همکاری بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی WHO استفاده شد (۳).

[1] Transparent Reporting of Evaluation with Nonrandomized Designs

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

نمودار TREND روند ثبت‌نام، تخصیص، پیگیری و تحلیل شرکت‌کنندگان



پرسش‌نامه کیفیت زندگی در دو نوبت، پیش از شروع مداخله (پیش‌آزمون) و بلافاصله پس از پایان هشتمین و آخرین جلسه آموزشی (پس‌آزمون)، برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد.

این پرسش‌نامه یک ابزار ۲۶ سؤالی غیراختصاصی بیماری است که توسط گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1] (WHOQOL) سازمان جهانی بهداشت توسعه یافته و به‌عنوان نسخه کوتاه‌شده پرسش‌نامه ۱۰۰ سؤالی WHOQOL-100 طراحی شده است .این پرسش‌نامه به‌طور هم‌زمان چهار حیطه اصلی کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی ۷ گویه، سلامت روانی۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه و سلامت محیطی ۸ گویه را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ دو گویه ابتدایی نیز به‌طور جداگانه به ارزیابی ادراک کلی فرد از کیفیت زندگی و سلامت عمومی می‌پردازند و در محاسبه نمرات حیطه‌ها لحاظ نمی‌شوند.

گویه‌های پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند که دامنه نمرات از یک (پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی) تا ۵ (بالاترین سطح) متغیر است .نمره‌گذاری سه گویه ۳، ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس[2] انجام می‌شود؛ بدین معنا که نمرات یک به ۵، ۲ به ۴، ۴ به ۲ و ۵ به یک تبدیل می‌گردند تا

[1] World Health Organization Quality of Life

[2] Reverse Scored

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

جهت‌گیری نمرات با سایر گویه‌ها همسو شود.

نمرات خام هر حیطه از طریق محاسبه میانگین نمرات گویه‌های تشکیل‌دهنده آن حیطه به‌دست می‌آید و سپس برای همسان‌سازی با پرسش‌نامه WHOQOL-100 و تسهیل تفسیر و مقایسه‌پذیری، در ضریب ۴ ضرب می‌شود تا دامنه نهایی نمرات هر حیطه بین ۴ تا ۲۰ قرار گیرد. بدین‌ترتیب، حداقل نمره قابل‌کسب در هر حیطه ۴ (پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی) و حداکثر آن ۲۰ (بالاترین سطح کیفیت زندگی) است؛ نمرات بالاتر در هر حیطه بیانگر کیفیت زندگی مطلوب‌تر در آن بعد خاص می‌باشد. از طرفی پرسش‌نامه مذکور فاقد نقطه‌برش استاندارد و جهانی برای تفکیک کیفیت زندگی خوب از ضعیف می‌باشد. با این حال، در برخی مطالعات، نمره کمتر از ۶۰ در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ (معادل حدوداً ۱۳ از ۲۰ در مقیاس ۴ تا ۲۰) به‌عنوان نقطه‌برش برای کیفیت زندگی نامطلوب پیشنهاد شده است.

پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی توسط نجات و همکاران تأیید شده است (۱۰). در مطالعه مذکور، ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای حیطه‌های سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۸۴ و ۰/۷۹گزارش شده است که حاکی از همسانی درونی مطلوب ابزار می‌باشد.

ریزش نمونه و رویکرد تحلیلی

تمامی ۸۰ شرکت‌کننده تصادفی‌شده، هر دو مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) را تکمیل کردند و هیچ موردی از ریزش نمونه یا داده مفقود مشاهده نشد؛ بنابراین تحلیل نهایی بر پایه اصل قصد درمان[1] به‌طور طبیعی شامل تمامی ۸۰ فرد تصادفی‌شده بود و نیازی به تحلیل جداگانه[2] نبود.

تیم اجرای مداخله

مداخلات آموزشی توسط یک تیم تخصصی متشکل از سه عضو اصلی طراحی و اجرا گردید که هر یک متناسب با حوزه تخصصی خود، مسئولیت بخش خاصی از فرایند مداخله را بر عهده داشتند:

پرستار با بیش از ده سال سابقه کار در مرکز ترک اعتیاد، مسئولیت ارزیابی اولیه بیماران، شناسایی رفتارهای ناسازگار در حیطه فیزیولوژیک و کارکرد نقش و همچنین آموزش‌های مرتبط با خودمراقبتی، مدیریت عوارض جسمانی درمان، اصلاح سبک زندگی و بازسازی نقش‌های اجتماعی و شغلی را بر عهده داشت. این عضو تیم به‌دلیل آشنایی عمیق با حیطه بالینی و نیازهای روزمره بیماران، نقش محوری در ارتباط اولیه و تداوم پیگیری بیماران ایفا نمود.

کارشناس ارشد پرستاری با گرایش روان، مسئولیت طراحی و اجرای محتوای مرتبط با حیطه خودپنداره و وابستگی متقابل را بر عهده داشت. این عضو تیم، جلسات مربوط به افزایش عزت‌نفس، اصلاح باورهای ناکارآمد، مدیریت هیجانات منفی، آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر و تقویت حمایت اجتماعی را هدایت می‌نمود و نقش کلیدی در تسهیل فرایند سازگاری روانی بیماران داشت.

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مسئولیت ارزیابی و پایش وضعیت روانی بیماران، آموزش تکنیک‌های کاهش استرس و اضطراب (تنفس عمیق، ریلکسیشن)، مدیریت تنش‌های روانی و بهبود کیفیت خواب را بر عهده داشت. این عضو تیم همچنین در شناسایی و ارجاع بیماران با نیازهای روان‌شناختی ویژه به روان‌پزشک مرکز مشارکت داشت و در جلسات گروهی، به‌عنوان تسهیل‌گر فرایندهای شناختی–رفتاری ایفای نقش می‌کرد.

هماهنگی کلی جلسات، مدیریت اجرایی برنامه و نظارت بر یکپارچگی و توالی محتوای آموزشی بر عهده پرستار ارشد بود. کلیه جلسات آموزشی با حضور حداقل دو عضو از تیم تخصصی برگزار می‌شد تا ضمن حفظ استانداردهای آموزشی، امکان پاسخ‌گویی فوری به سؤالات و نیازهای متنوع بیماران فراهم شود. پیش از شروع مداخله، یک جلسه هم‌افزایی (توفیق) به‌مدت ۲ ساعت بین اعضای تیم برگزار گردید تا درک مشترکی از اهداف، محتوا و روش‌های اجرایی هر جلسه حاصل شده و یکپارچگی رویکرد درمانی تضمین

[1] Intention-to-treat
[2] Per-protocol

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

گردد.

مداخله مبتنی بر مدلRAM

مداخله آموزشی بر اساس مدل RAM طراحی شد که انسان را یک سیستم سازگارشونده در تعامل مداوم با محیط می‌داند. در این مدل، پاسخ‌های سازگارانه یا ناسازگارانه فرد در چهار حیطه اصلی فیزیولوژیک، خودپنداره، کارکرد نقش و وابستگی متقابل مورد بررسی قرار می‌گیرد (۳). در جلسه اول مداخله، رفتارهای ناسازگار و محرک‌های کانونی، زمینه‌ای و باقی‌مانده مرتبط با آن‌ها در هر یک از این چهار حیطه، از طریق مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته توسط پرستار مجری طرح و بر اساس چارچوب ارزیابی مدل RAM شناسایی شدند. برای نمونه، ناراحتی جسمی ناشی از علائم ترک به‌عنوان محرک کانونی، تعارضات خانوادگی به‌عنوان محرک زمینه‌ای و سابقه شکست در درمان‌های پیشین به‌عنوان محرک باقی‌مانده در نظر گرفته می‌شدند. نتایج این ارزیابی اولیه، مبنای تعیین اولویت‌های آموزشی فردی و تمرکز محتوای جلسات بعدی برای هر بیمار قرار گرفت.

اجرای جلسات آموزشی

مداخله آموزشی در قالب ۸ جلسه گروهی و به‌صورت هفتگی (هر هفته یک جلسه) برگزار شد. مدت زمان هر جلسه، بسته به محتوا و نیاز گروه، بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود و محل برگزاری، کلینیک تخصصی درمان اعتیاد بود. حضور اعضای خانواده بیماران تنها در جلسه پنجم (آموزش خانواده و حمایت اجتماعی) و به‌صورت اختیاری در نظر گرفته شد و پیش‌شرط ورود به مطالعه نبود؛ از میان ۴۰ شرکت‌کننده گروه مداخله، ۲۲ نفر (۵۵ درصد) حداقل یک عضو خانواده را در این جلسه همراه داشتند. با توجه به عدم استاندارد بودن میزان مشارکت خانواده میان شرکت‌کنندگان، این متغیّر به‌عنوان کوواریت در تحلیل اصلی وارد نشد و به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه در بخش محدودیت‌ها مورد بحث قرار گرفته است. جدول یک تناظر هر جلسه آموزشی را با حیطه‌های اصلی هدف‌گیری‌شده در مدل سازگاری روی نشان می‌دهد.

جدول ۱- تناظر جلسات آموزشی برنامه مداخله با حیطه‌های ٤ گانه مدلRAM

جلسه	عنوان جلسه	حیطه‌های اصلی RAM	اعضا تیم تخصصی	مدت (دقیقه)
اول	آشنایی و ارزیابی اولیه	ارزیابی مقدماتی در هر چهار حیطه	پرستار با سابقه ارشد روان ارشد پرستاری	۶۰
دوم	خودمراقبتی و مدیریت فردی	فیزیولوژیک	ارشد روان ارشد پرستاری	۴۵
سوم	حمایت روانی و کاهش استرس	خودپنداره	ارشد روان ارشد پرستاری	۴۵
چهارم	بهبود عملکرد شناختی و حافظه	خودپنداره	پرستار با سابقه ارشد روان	۴۵
پنجم	آموزش خانواده و حمایت اجتماعی	وابستگی متقابل	پرستار با سابقه ارشد روان	۴۵
ششم	بررسی پیشرفت و اصلاح برنامه	کارکرد نقش / همه حیطه‌ها	پرستار با سابقه ارشد پرستاری	۴۵
هفتم	فعالیت بدنی و سبک زندگی سالم	فیزیولوژیک / کارکرد نقش	پرستار با سابقه ارشد پرستاری	۴۵
هشتم	جمع‌بندی و ارزیابی نهایی	مرور هر چهار حیطه	پرستار با سابقه ارشد روان ارشد پرستاری	۶۰

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

جلسه اول: آشنایی و ارزیابی اولیه

در این جلسه، ارتباط درمانی با بیماران برقرار شد و اهداف، ساختار و روند کلی جلسات توضیح داده شد. وضعیت کلی سلامت، کیفیت زندگی و شرایط فردی بیماران مورد بررسی اولیه قرار گرفت و انتظارات بیمار از مداخله آموزشی مطرح شد. مدت این جلسه ۶۰ دقیقه بود.

جلسه دوم: آموزش خودمراقبتی و مدیریت فردی

تمرکز این جلسه بر آموزش اصول خودمراقبتی، مدیریت زندگی روزمره، کنترل خشم، راهکارهای کاهش عوارض درمان دارویی و اصلاح رژیم غذایی متناسب با شرایط بیماران تحت درمان با متادون بود. مدت جلسه ۴۵ دقیقه بود.

جلسه سوم: حمایت روانی و کاهش استرس

در این جلسه بر کاهش اضطراب، استرس و علائم افسردگی تأکید شد. تکنیک‌های تنفس عمیق، ریلکسیشن، مدیریت تنش‌های روانی و بهبود کیفیت خواب آموزش داده شد. مدت جلسه ۴۵ دقیقه بود.

جلسه چهارم: بهبود عملکرد شناختی و حافظه

این جلسه به تقویت عملکرد شناختی و حافظه اختصاص داشت. تمرین‌های ساده ذهنی، آموزش روش‌های سازمان‌دهی فعالیت‌های روزانه، برنامه‌ریزی فردی، افزایش تمرکز و کاهش فراموشی ارائه شد. مدت جلسه ۴۵ دقیقه بود.

جلسه پنجم: آموزش خانواده و حمایت اجتماعی

در این جلسه، خانواده بیماران (در صورت تمایل و امکان) در فرآیند آموزش شرکت کردند. آموزش‌هایی درباره ماهیت بیماری، نیازهای روانی و اجتماعی بیمار، نقش حمایت عاطفی و عملی خانواده و نحوه تعامل مؤثر با بیمار ارائه شد. مدت جلسه ۴۵ دقیقه بود.

جلسه ششم: بررسی پیشرفت و اصلاح برنامه

در این جلسه، تغییرات ایجادشده در کیفیت زندگی و وضعیت روانی–اجتماعی بیماران بررسی شد. مشکلات احتمالی شناسایی و برنامه مراقبتی بر اساس نیازهای جدید هر فرد اصلاح گردید. مدت جلسه ۴۵ دقیقه بود.

جلسه هفتم: فعالیت بدنی و سبک زندگی سالم

تمرکز این جلسه بر بهبود سلامت جسمانی و روانی از طریق آموزش فعالیت‌های بدنی سبک و قابل انجام، تشویق به تحرک منظم و اصلاح سبک زندگی از جمله کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش رفتارهای سلامت‌محور بود. مدت جلسه ۴۵ دقیقه بود.

جلسه هشتم: جمع‌بندی و ارزیابی نهایی

در جلسه پایانی، مطالب ارائه‌شده مرور شد و بر استمرار رفتارهای سازگارانه تأکید گردید. پرسش‌نامه کیفیت زندگی (پس‌آزمون) بلافاصله در پایان این جلسه، برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد، بازخورد لازم به بیماران و خانواده‌ها ارائه گردید و توصیه‌های نهایی برای ادامه مراقبت‌ها بیان شد. مدت جلسه ۶۰ دقیقه بود.

تحلیل داده‌ها

پس از تکمیل داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل و کای‌اسکوئر بین دو گروه مقایسه شدند. برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه، با کنترل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریت، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. پیش از اجرای MANCOVA، مفروضات آن بررسی و تأیید شد: نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو–ویلک[1] تأیید شد؛ همگنی ماتریس‌های کوواریانس با مقدار آماره آزمون ام–باکس[2] ۱۸/۴۲ و

[1] Shapiro-Wilk Test
[2] Box's M Test

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

P= ۰/۱۱۴ تأیید شد. پیش‌فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس تأیید شد (P=۰/۲۲۰) و شواهدی از هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته مشاهده نگردید (VIF<۲ برای تمامی متغیرها). نتایج آزمون چندمتغیره نشان داد که اثر کلی گروه (مداخله در برابر کنترل) بر متغیرهای کیفیت زندگی به‌طور هم‌زمان از نظر آماری کاملاً معنادار است Wilks' Λ=۰/۷۱، F(۷/۷۴) =۷/۴۲، P<۰/۰۰۱ اندازه اثر محاسبه‌شده بر اساس شاخص اتای دو جزئی (ηp2) برابر با ۰/۲۹ بود که طبق معیارهای کوهن، یک اندازه اثر بزرگ محسوب می‌شود. مقایسه درون‌گروهی میانگین نمرات پیش و پس از مداخله نیز با استفاده از آزمون تی زوجی انجام شد. سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

برنامه مراقبت پرستاری مبتنی بر الگوی RAM در حیطه‌های چهارگانه رفتار سازگاری بیماران

برنامه مراقبت پرستاری مبتنی بر الگوی RAM با هدف افزایش پاسخ‌های سازگارانه و کاهش رفتارهای ناسازگار بیماران MMT طراحی و اجرا شد (۳). در این برنامه، پس از شناسایی رفتارهای ناسازگار و تعیین محرک‌های کانونی، زمینه‌ای و باقی‌مانده، اقدامات مراقبتی متناسب در چهار حیطه اصلی رفتار سازگاری شامل حیطه فیزیولوژیک، خودپنداره، کارکرد نقش و وابستگی متقابل برنامه‌ریزی و اجرا گردید.

حیطه فیزیولوژیک

در حیطه فیزیولوژیک، تمرکز اقدامات مراقبتی بر بهبود پاسخ‌های جسمانی بیماران به MMT و کاهش عوامل مؤثر بر اختلال سلامت عمومی بود (۱۱). در این راستا وضعیت خواب، سطح انرژی، خستگی، تغذیه، اشتها و سایر شکایات جسمانی بیماران به‌صورت منظم مورد بررسی قرار گرفت.

اقدامات انجام‌شده شامل آموزش بهداشت خواب، تنظیم ساعات خواب و بیداری، پرهیز از مصرف مواد محرک به‌ویژه در ساعات پایانی روز و تشویق به انجام فعالیت‌های آرام‌ساز پیش از خواب بود. همچنین توصیه‌هایی در خصوص تغذیه سالم، مصرف وعده‌های غذایی منظم و متعادل، افزایش مصرف مایعات و کاهش مصرف مواد غذایی ناسالم ارائه شد.

در صورت وجود علائم جسمی آزاردهنده ناشی از درمان، بیماران تحت پایش قرار گرفتند و در موارد لازم، برای بررسی تخصصی به پزشک مرکز ارجاع داده شدند. هدف از این اقدامات، افزایش هماهنگی فیزیولوژیک بدن و ارتقای سلامت جسمانی به‌عنوان پایه‌ای برای بهبود کیفیت زندگی بود.

حیطه خودپنداره

در حیطه خودپنداره، به نگرش بیماران نسبت به خود، عزت‌نفس، احساس ارزشمندی، تصویر ذهنی از بدن و پذیرش بیماری پرداخته شد (۱۲). بسیاری از بیماران MMT دچار احساس گناه، شرم اجتماعی و کاهش اعتمادبه‌نفس هستند که این عوامل نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی آنان دارد (۱۳).

اقدامات مراقبتی شامل برگزاری جلسات آموزشی و حمایتی برای اصلاح باورهای ناکارآمد، تقویت نگرش مثبت نسبت به درمان، افزایش خودآگاهی و پذیرش بیماری به‌عنوان یک وضعیت قابل مدیریت بود. از طریق گفت‌وگوهای گروهی، بیماران تشویق شدند تجربیات خود را بیان کرده و احساسات منفی خود را شناسایی و بازسازی کنند. همچنین آموزش‌هایی در زمینه افزایش عزت‌نفس، خودپذیری، مدیریت هیجانات منفی و تقویت احساس توانمندی فردی ارائه شد.

حیطه کارکرد نقش

در حیطه کارکرد نقش، عملکرد بیماران در نقش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی مورد توجه قرار گرفت. اختلال مصرف مواد و پیامدهای آن اغلب باعث تضعیف یا از دست رفتن نقش‌های اجتماعی بیماران می‌شود و این مسئله می‌تواند موجب احساس ناکارآمدی و کاهش کیفیت زندگی گردد (۱۴).

در این پژوهش، ابتدا نقش‌های مختل‌شده بیماران شناسایی شد و سپس آموزش‌هایی با هدف بازسازی تدریجی این نقش‌ها ارائه گردید. بیماران تشویق شدند مسئولیت‌های متناسب با توان خود را

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

در خانواده و جامعه بپذیرند و به مشارکت فعال در فعالیت‌های روزمره بازگردند.

در زمینه نقش شغلی، راهکارهایی برای افزایش احساس مفید بودن، تقویت مسئولیت‌پذیری و بهبود عملکرد مطرح شد و در صورت نیاز، همکاری با مددکار اجتماعی مرکز انجام گرفت. همچنین آموزش‌هایی درباره نقش همسری و والدینی ارائه شد.

حیطه وابستگی متقابل

در حیطه وابستگی متقابل، تمرکز بر بهبود روابط بین‌فردی، استفاده مؤثر از حمایت اجتماعی و تقویت ارتباط بیماران با خانواده، درمانگران و شبکه‌های حمایتی بود (۱۵). انزوای اجتماعی یکی از مشکلات شایع این بیماران بوده است که می‌تواند روند درمان و سازگاری را تضعیف کند. اقدامات مراقبتی در این حیطه شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر، تقویت تعامل مثبت با اعضای خانواده، تشویق به مشارکت در فعالیت‌های گروهی و ایجاد ارتباط حمایتی بین بیماران و تیم درمان بود (۱۶). خانواده‌ها در صورت تمایل در جلسات آموزشی شرکت داده شدند تا آگاهی آن‌ها نسبت به بیماری، نحوه حمایت صحیح و نقش‌شان در فرآیند درمان افزایش یابد. همچنین بیماران تشویق شدند از منابع حمایتی موجود در مرکز درمانی و جامعه استفاده کنند و در صورت بروز مشکلات روان‌شناختی، به روان‌شناس بالینی ارجاع داده شدند.

یافته‌ها

اکثریت بیماران در هر دو گروه مجرد (گروه مداخله: ۵۵ ٪، گروه کنترل: ۶۰ ٪)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (گروه مداخله: ۷۵٪، گروه کنترل: ۸۰ ٪) و مصرف‌کننده روزانه مواد (گروه مداخله: ۷۲/۵ ٪، گروه کنترل: ۷۵ ٪) بودند. میانگین سنی در گروه مداخله ۵/۴ ±۴۸/۶ سال و در گروه کنترل ۵/۵±۴۷/۵ سال بود.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که از نظر سن، تفاوت آماری معناداری بین گروه مداخله (میانگین±انحراف معیار: ۵/۴±۴۸/۶ سال) و گروه کنترل (۵/۵±۴۷/۵ سال) وجود نداشت (P=۰/۲۸۹). همچنین نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که از نظر متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد دفعات مصرف مواد و روش مصرف مواد مخدر، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت (P<۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه متغیّرهای جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های مصرف مواد در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	طبقه	مداخله (n=٤٠) (درصد) تعداد	کنترل (n=٤٠) (درصد) تعداد	سطح معنی‌داری
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲ (۵۵/۰)	۲۴ (۶۰/۰)	[a] ۰/۵۸۱
	متأهل	۱۸ (۴۵/۰)	۱۶ (۴۰/۰)	
سطح تحصیلات	ابتدایی و کمتر	۱۶ (۴۰/۰)	۱۸ (۴۵/۰)	[a] ۰/۵۳۰
	راهنمایی/سیکل	۱۴ (۳۵/۰)	۱۴ (۳۵/۰)	
	دیپلم و بالاتر	۱۰ (۲۵/۰)	۸ (۲۰/۰)	
وضعیت شغلی	بیکار	۱۶ (۴۰/۰)	۲۴ (۶۰/۰)	[a] ۰/۳۸۰
	شاغل	۲۴ (۶۰/۰)	۱۶ (۴۰/۰)	
دفعات مصرف مواد	روزانه	۲۹ (۷۲/۵)	۳۰ (۷۵/۰)	[a] ۰/۷۰۰
	تفننی	۱۱ (۲۷/۵)	۱۰ (۲۵/۰)	
روش مصرف مواد	تدخینی/استنشاقی	۲۶ (۶۵/۰)	۲۱ (۵۲/۵)	[a] ۰/۶۸۰
	تزریقی	۱۴ (۳۵،۰)	۱۹ (۴۷/۵)	
سن (سال)، میانگین±انحراف معیار		۵/۴±۴۸/۶	۵/۵±۴۷/۵	[b] ۰/۲۸۹

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

a : آزمون کای‌اسکوئر b: آزمون تی مستقل

در مقایسه بین‌گروهی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که پیش از مداخله، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت (P=۰/۷۲۱). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیّره (MANCOVA)، با کنترل نمرات پایه، نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی (P>۰/۰۰۱) و بُعد سلامت روانی (P>۰/۰۰۱) در گروه مداخله به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. در مقابل، تفاوت بین دو گروه در ابعاد سلامت جسمی (P=۰/۱۳۶)، روابط اجتماعی (P=۰/۱۰۴) و سلامت محیطی (P=۰/۷۱۶) از نظر آماری معنادار نبود. جزئیات کامل مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳- مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله

گروه	بُعد کیفیت زندگی	پیش از مداخله انحراف معیار±میانگین	پس از مداخله انحراف معیار±میانگین	P درون‌گروهی[a]	P بین‌گروهی[b]
مداخله	نمره کلی کیفیت زندگی	۶/۳۲±۳۲/۵۷	۷/۱۵±۴۷/۰۳	* ۰/۰۰۱ >	* ۰/۰۰۱>
کنترل		۶/۹۷±۳۳/۳۹	۶/۳۵±۲۳/۵۷	۰/۹۱۴	
مداخله	سلامت جسمی	۱۰/۸۷±۵۳/۰۹	۱۰/۷۱±۵۷/۵۴	* ۰/۰۰۹	۰/۱۳۶
کنترل		۹/۹۰±۵۳/۸۷	۱۰/۵۷±۵۴/۳۹	۰/۴۹۶	
مداخله	سلامت روانی	۹/۰۸±۳۵/۸۷	۹/۶۱±۶۹/۷۱	* ۰/۰۰۱>	* ۰/۰۰۱>
کنترل		۹/۰۸±۳۶/۰۸	۹/۶۳±۳۶/۹۷	۰/۲۰۶	
مداخله	روابط اجتماعی	۱۰/۱۳±۶۳/۰۷	۹/۷۱±۶۹/۴۷	۰/۵۷۴	۰/۱۰۴
کنترل		۱۰/۱۱±۶۳/۲۷	۹/۷۵±۶۳/۷۴	۰/۷۰۱	
مداخله	سلامت محیطی	۱۰/۳۰±۵۳/۷۷	۱۰/۲۷±۵۳/۸۵	۰/۸۱۶	۰/۷۱۶
کنترل	بُعد کیفیت زندگی	۱۰/۱۱±۵۳/۲۷	۱۰/۱۵±۵۴/۰۲	۰/۲۷۴	

a : آزمون تی زوجی (مقایسه پیش/پس در هر گروه)، b : آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با کنترل نمره پایه؛ سطح معناداری: P<۰/۰۵ * : معنی‌داری

در مقایسه درون‌گروهی، نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی از ۶/۳۲±۳۲/۵۷ پیش از مداخله به ۷/۱۵±۴۷/۰۳ پس از مداخله افزایش یافت که از نظر آماری معنادار بود (P>۰/۰۰۱). در گروه کنترل، این میانگین از ۶/۹۷±۳۳/۳۹ به ۶/۳۵±۳۳/۵۷ تغییر یافت که از نظر آماری معنادار نبود (P=۰/۹۱۴).

میانگین تغییرات (پس از مداخله نسبت به پیش از آن) نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۳ ارائه شده است. میانگین تغییر نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله (۸/۶۳±۱۴/۴۶) به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل (۳/۶۱±۰/۱۸) بود (P>۰/۰۰۱). سایر یافته‌های مربوط به تغییرات ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی نیز در جدول ۴ ارائه شده است.

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

جدول٤- مقایسه میانگین تغییرات پیش و پس نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیّر	گروه	میانگین تغییرات ± انحراف معیار	سطح معنی‌داری[a]
تغییرات نمره کلی کیفیت زندگی	مداخله	۸/۶۳±۱۴/۴۶	* ۰/۰۰۱>
	کنترل	۳/۶۱±۰/۱۸	
تغییرات سلامت جسمی	مداخله	۹/۱۹±۴/۴۵	۰/۱۳۰
	کنترل	۱۰/۰۲±۰/۵۲	
تغییرات سلامت روانی	مداخله	۹/۲۰±۳۳/۸۴	* ۰/۰۰۱>
	کنترل	۹/۱۵±۰/۸۹	
تغییرات روابط اجتماعی	مداخله	۸/۴۰±۶/۴۰	۰/۱۰۸
	کنترل	۸/۱۵±۰/۴۷	
تغییرات سلامت محیطی	مداخله	۱۰/۱۵±۰/۰۸	۰/۵۴۹
	کنترل	۱۰/۰۵±۰/۷۵	

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه آموزشی- مراقبتی مبتنی بر RAM، به بهبود معنادار نمره کلی کیفیت زندگی و بُعد سلامت روانی بیماران MMT در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل منجر شد؛ هرچند بهبود ابعاد سلامت جسمی و روابط اجتماعی، با وجود روند مثبت، از نظر آماری معنادار نبود و بُعد سلامت محیطی تغییر محسوسی نشان نداد. این نتیجه مؤید آن است که به‌کارگیری چارچوب‌های نظری پرستاری، به‌ویژه الگوی RAM، می‌تواند پاسخ سازگارانه بیماران را در برابر فشارهای روانی ناشی از وابستگی به مواد تقویت کند، هرچند اثر آن بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی یکسان نیست. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه موسی‌رضایی و همکاران (۲۰۲۴) که تأثیر برنامه مراقبت پرستاری مبتنی بر الگوی RAM را بر کیفیت خواب بیماران MMT بررسی کردند، همسو است؛ در آن مطالعه نیز بهبود معناداری در کیفیت خواب بیماران گزارش شد (۳)، حال آنکه در پژوهش حاضر، پیامد گسترده‌تری یعنی کیفیت زندگی چندبعدی مورد بررسی قرار گرفت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اثر الگوی RAM می‌تواند به بیش از یک شاخص خاص سلامت گسترش یابد، هرچند شدت این اثر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی یکسان نیست (۱۷).

در مطالعه Guo و همکاران (۲۰۲۰) بر روی بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون، برنامه مراقبت پرستاری مبتنی بر الگوی RAM موجب بهبود معنادار کیفیت خواب و وضعیت روانی بیماران شد. اگرچه جامعه مورد بررسی متفاوت بود، بهبود ابعاد روان‌شناختی در آن مطالعه با بهبود معنادار بُعد روانی کیفیت زندگی در پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۸). همچنین Karayurt و همکاران ۲۰۲۱ در مطالعه‌ای بر بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که استفاده از RAM منجر به بهبود تصویر بدنی، ایفای نقش و حمایت اجتماعی ادراک‌شده شد (۱۹). یافته‌های تحلیل چندمتغیره مطالعه حاضر نشان داد که در میان ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، تنها بُعد سلامت روانی (در کنار نمره کلی) به‌طور معناداری در گروه مداخله بهبود یافت؛ ابعاد سلامت جسمی و روابط اجتماعی روند بهبود مثبت اما از نظر آماری غیرمعناداری نشان دادند که ممکن است ناشی از محدودیت توان آماری برای شناسایی اندازه اثرهای کوچک‌تر در این ابعاد یا اثر نسبتاً کوتاه‌مدت مداخله باشد.

بهبود بُعد روانی کیفیت زندگی در پژوهش حاضر ممکن است ناشی از افزایش آگاهی بیماران نسبت به بیماری، کاهش اضطراب مرتبط با فرآیند درمان و تقویت احساس کنترل فرد بر وضعیت سلامت خود باشد. همچنین روند بهبود بُعد روابط اجتماعی را می‌توان به مشارکت بیماران در جلسات گروهی و تقویت مهارت‌های ارتباطی نسبت داد. لازم به ذکر است که این مکانیسم‌های تبیینی در

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

مطالعه حاضر به‌طور مستقیم اندازه‌گیری نشده‌اند و بنابراین باید صرفاً به‌عنوان تبیین‌های احتمالی و نه علل اثبات‌شده اثر مداخله در نظر گرفته شوند و نیازمند بررسی در مطالعات آتی با طراحی مناسب برای آزمون مکانیسم‌های میانجی هستند.

در این مطالعه، بُعد سلامت محیطی کیفیت زندگی تغییر معناداری پس از مداخله نشان نداد. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های داخلی و خارجی همخوانی دارد که نشان داده‌اند عوامل محیطی نظیر وضعیت اقتصادی، شرایط شغلی و امکانات اجتماعی، کمتر تحت تأثیر مداخلات کوتاه‌مدت آموزشی فردمحور قرار می‌گیرند (۱۷, ۱۹). در مطالعه Pengpid و همکاران (۲۰۲۱) نیز گزارش شد که علی‌رغم بهبود ابعاد فردی کیفیت زندگی، تغییر در بُعد محیطی نیازمند مداخلات ساختاری و سیاست‌محور است (۲۰). با این حال، از آنجا که مداخله حاضر یک برنامه فردمحور و کوتاه‌مدت بوده است، این تبیین باید صرفاً در چارچوب محدودیت‌های مداخلات فردمحور تفسیر شود و تعمیم مستقیم آن به ضرورت مداخلات ساختاری و سیاست‌محور، بدون پشتوانه داده‌ای مستقیم از این مطالعه، از نظر روش‌شناختی موجه نیست.

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، نمونه‌گیری به روش در دسترس و از یک مرکز درمانی واحد انجام شد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر مراکز MMT و جمعیت‌های دیگر را محدود می‌سازد. دوم، به دلیل ماهیت آموزشی مداخله، امکان کورسازی شرکت‌کنندگان و مجریان وجود نداشت که می‌تواند اثر انتظار[1] را در نمرات خودگزارشی افزایش دهد. سوم، ابزار اصلی اندازه‌گیری (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه خودگزارشی است که مستعد سوگیری پاسخ‌دهی اجتماعی است. چهارم، از آنجا که گروه‌های مداخله و کنترل در یک مرکز درمانی واحد پیگیری می‌شدند، احتمال آلودگی محدود بین گروه‌ها[2] به‌طور کامل قابل رد نیست. پنجم، ارزیابی پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان مداخله انجام شد و پیگیری بلندمدت برای بررسی پایداری اثرات صورت نگرفت. ششم، میزان مشارکت خانواده در جلسه پنجم در میان شرکت‌کنندگان یکسان نبود و این تفاوت در تحلیل اصلی کنترل نشد. هفتم، از آنجا که تخصیص بیماران به دو گروه به روش تصادفی انجام نشد، احتمال وجود تفاوت‌های زمینه‌ای ناشناخته بین دو گروه که ممکن است بر نتایج تأثیرگذار باشند، به‌طور کامل قابل رد نیست؛ هرچند نتایج آزمون‌های مقایسه پایه (جدول شماره ۱) نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی مورد بررسی، همگن بودند. در نهایت، حجم نمونه محاسبه‌شده برای شناسایی اندازه اثر متوسط تا زیاد کافی بود، اما ممکن است توان کافی برای شناسایی تفاوت‌های کوچک‌تر در ابعاد سلامت جسمی و روابط اجتماعی را نداشته باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل RAM می‌تواند با ارتقای سازگاری روانی–اجتماعی، به بهبود نمره کلی کیفیت زندگی و به‌ویژه بُعد سلامت روانی مراجعان MMT منجر شود. با این حال، از آنجا که بهبود ابعاد سلامت جسمی و روابط اجتماعی از نظر آماری معنادار نبود، بُعد سلامت محیطی تغییر نکرد، و با توجه به محدودیت‌های روش‌شناختی مطالعه (به‌ویژه نمونه‌گیری در دسترس و طراحی تک‌مرکزی)، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. با این وجود، با توجه به ساختارمند بودن، قابلیت اجرا و انطباق این مدل با نیازهای روانی و اجتماعی بیماران، به‌کارگیری آن در مراکز درمان اعتیاد می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مکمل مؤثر در کنار درمان دارویی مورد توجه قرار گیرد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پرستاران و سایر اعضای تیم درمان از این مدل در طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و حمایتی برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران استفاده کنند و اثربخشی آن در کارآزمایی‌های چندمرکزی با پیگیری بلندمدت‌تر بیشتر بررسی شود.

تقدیر و تشکّر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی آموزش

[1] E xpectancyEffect
[2] Contamination

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

مدل سازگاری روی بر کیفیت زندگی افراد تحت درمان با نگهدارنده با متادون"، در سال ۱۴۰۴ با کد پروپوزال ۶۶۶۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند اجرا شده است. همچنین از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشتند، صمیمانه قدردانی به‌عمل می‌آید.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر پس از تأیید شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1404.365 انجام شد.

حمایت مالی

این مقاله با گرنت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند اجرا شده است.

مشارکت نویسندگان

رضا رضائی مطالعه را طراحی نموده است. ایوب ایار، ابوالفضل حسنی و مصطفی عبدالهی اجرا نموده و رضا رضائی در اجرا همکاری داشته است. ایوب ایار و مصطفی عبدالهی داده‌ها را آنالیز نمودند. پیش‌نویس مقاله توسط رضا رضائی و ابوالفضل حسنی آماده گردید و رضا رضائی پیش‌نویس مقاله را اصلاح، تکمیل و ویرایش نمود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Naghibi SA, Ashari S, Rostami F, Hosseini SH. Evaluation of the relationship between spiritual health and mental health in patients undergoing methadone maintenance treatment. J Health Res Commun. 2015;1(3):61-9. URL: http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-115-en.html [Persian]
2. Moradinazar M, Najafi F, Jalilian F, Pasdar Y, Hamzeh B, Shakiba E, et al. Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2020;15(1):39. DOI: 10.1186/s13011-020-00279-1 [Persian]
3. Musarezaie A, Pezeshkzad S, Hosseini SA, Tarrahi MJ, Rezazadeh M. Effect of a nursing care program based on Roy's adaptation model on sleep quality in patients undergoing methadone maintenance treatment: A randomized clinical trial. Hayat. 2024; 29 (4) :441-456. URL: http://hayat.tums.ac.ir/article-1-5100-en.html [Persian]
4. Klingemann H. Successes and failures in treatment of substance abuse: Treatment system perspectives and lessons from the European continent. Nordisk Alkohol Nark. 2020;37(4):323-37. DOI: 10.1177/1455072520941977
5. Hojjat SK, Kaviyani F, Amini M, Akbari H, Golmakanie E, Norozi Khalili M. The effect of Pregabalin on sleep quality of patients treated with methadone maintenance therapy: A double-blind randomized clinical trial. J Subst Use. 2022;27(3):293-9. DOI:10.1080/14659891.2021.1941345 [Persian]
6. Roohani S, Salarieh I, Abedi S, Kheyrkhah F. Impact of methadone maintenance treatment on the quality of life of opioid dependent patients in city of Babol. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012; 22(87):46-55. URL: http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-811-en.html [Persian]
7. Nezameslami S, Pishgoee SAH, Soltannezhade F. The effect of education on the basis of Roy adaptation pattern on the quality of life of home caregivers of psychiatric patients with a history of hospitalization in mental hospitals of military hospitals in Bushehr. Mil Caring Sci. 2019;6(2):105-14. DOI: 10.29252/mcs.6.2.105 [Persian]
8. Godini A, Dostian Y. Modeling structural relationships predicting relapse based on self-stigma in methadone maintenance patients: the mediating role of self-esteem and perceived social support. Social Psychology Research. 2025;15(58):141-54. DOI: 10.22034/spr.2025.484195.2006 [Persian]

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]

9. Rezazadeh M, Hosseini SA, Musarezaie A. Effects of Roy's Adaptation Model on quality of life in people with opioid abuse under methadone maintenance treatment: A randomized trial. Ethiop J Health Sci. 2023;33(2):355-62. DOI: 10.4314/ejhs.v33i2.21 [Persian]

10. Nejat S, Montazeri A, Holakouei nk, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2006; 4 (4) :1-12. URL: http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html [Persian]

11. Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. Comparison of effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on physical and mental health in depressed students. Journal of School Psychology. 2014;3(2):153-69. URL: https://jsp.uma.ac.ir/article_208.html?lang=en [Persian]

12. Maleki Gholandoz P, Sardary B. The effectiveness of positive psychology training with emphasis on religious doctrines on reducing students' high-risk behaviors with suicidal thoughts. Positive Psychology Research. 2020;6(3):51-68. DOI: 10.22108/ppls.2021.122201.1907 [Persian]

13. Dunn KE, Finan PH, Tompkins DA, Strain EC. Frequency and correlates of sleep disturbance in methadone and buprenorphine-maintained patients. Addict Behav. 2018;76:8-14. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.07.016

14. Jalili Gholami Z, Arabhashemi M, Sabbagh Hasanzadeh T. The effectiveness of Michael Frisch's cognitive-behavioral psychotherapy on the social responsibility and psychological well-being of addiction treatment centers. Social Psychology Research. 2024;14(53):109-22. DOI: 10.22034/spr.2024.413952.1859 [Persian]

15. Kajbaf M, Rahimi F. Comparison of addicts personal/Social motives and social Capital among treatment groups in city of Isfahan. New educational approaches. 2011;6(1):125-48. URL: https://nea.ui.ac.ir/article_19064.html?lang=en [Persian]

16. Haghighatian M, Hashemianfar SA. Addiction Dynamics; comparative study of findings based on grounded theory of addiction and sociological theories. Social Welfare Quarterly. 2020;20(77):9-56. URL: http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3558-en.html [Persian]

17. Wang X, Zhang Q, Shao J, Ye Z. Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. BMJ open. 2020;10(6):e036546. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-03654

18. Guo Y, Gao X, Ji S. Improvements of sleep quality and QOL by Roy adaptation model in nursing of patients with Parkinson's disease. Int J Clin Exp Med. 2020;13(2):1033-40. URL: https://e-century.us/web/journal_toc.php?journal=ijcem&volume=13&number=2

19. Ursavaş FE, Karayurt Ö. Effects of a Roy's adaptation model–guided support group intervention on sexual adjustment, body image, and perceived social support in women with breast cancer. Cancer Nurs. 2021;44(6):E382-E94. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000854

20. Pengpid S, Peltzer K. Chronic conditions, multimorbidity, and quality of life among patients attending monk healers and primary care clinics in Thailand. Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):61. DOI: 10.1186/s12955-021-01707-x

[DOI: 10.66224/JBUMS.33.3.190]