

دلایل قطع درمان نگهدارنده با متادون در مراجعان به مرکز ملی مطالعات اعتیاد:

یک پژوهش کیفی

زهرة کریمی طلاپری⁽¹⁾، دکتر مرتضی نوری خواجوی⁽²⁾، دکتر حسن ربیعی⁽³⁾

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفی دلایل قطع درمان با متادون در مراجعان به مرکز ملی مطالعات اعتیاد انجام شد. **روش:** پژوهش از نوع کیفی بود. بدین منظور، در یک نمونه گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع داده‌ها، با 16 نفر از مراجعان به مرکز مزبور مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته انجام شد. مصاحبه‌ها پیاده و تایپ و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای استقرایی بررسی شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد، بر اساس دیدگاه شرکت‌کنندگان در مصاحبه، دلایل قطع درمان را می‌توان در سه مقوله جای داد: دلایل مربوط به خود بیمار، دلایل مربوط به سامانه درمان و برخورد خانواده و شبکه اجتماعی همراه. مرزهای هر یک از این سه عامل بر یکدیگر تأثیر گذار است. بیمار با مسائلی مانند انگیزه پایین و بی‌ثبات و اختلال‌های روانپزشکی همراه مواجه است. خانواده از شیوه درمان آگاهی ندارد، بنابراین در درمان همکاری لازم را انجام نمی‌دهد. سامانه درمان نیز از بسیاری جهات (مانند نادرستی و انعطاف‌ناپذیری برنامه درمانی، انگ درمان، برخورد خصمانه یا تحقیرآمیز با بیمار و رابطه غیرمراقبانه درمان‌گر، ندادن اطلاعات به بیمار، وقت کافی نگذاشتن برای بیمار و نداشتن همدلی با بیمار) برای بیمار پرهزینه است. در این سامانه درمانی به کمیت بیشتر از کیفیت پرداخته می‌شود و درمان‌گر دارویی بسیار کم‌رنگ است. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد سیستم درمانی و روش‌های جاری اداره مرکز برای افرادی با انگیزه بالا و وابستگی شدید طراحی شده است و پاسخ‌گوی افرادی با انگیزه پایین و وابستگی متوسط نیست. بنابراین این دسته از افراد در این سامانه درمانی رها می‌شوند و درمان را قطع می‌کنند.

کلیدواژه: متادون؛ مواد افیونی؛ اعتیاد؛ وابستگی به مواد

[دریافت مقاله: 1390/11/3؛ پذیرش مقاله: 1391/3/6]

مقدمه

شده است (2). الگوهای مداخله‌ای مورد استفاده در حوزه کاهش تقاضا برای مصرف مواد، چه در بخش پیش‌گیری و چه در بخش درمان، خشک، کلیشه‌ای و نامتناسب با موقعیت‌های روانی، فرهنگی و اجتماعی طراحی شده‌اند و این ویژگی درست بر خلاف خصوصیت مشتری‌مدار سامانه اعتیاد است (1). از این رو، با وجود حرکت به سوی درمان، درصد زیادی از معتادان به دلیل مسایل و مشکلاتی که دارند، به‌طور ناگهانی روش‌های درمانی را قطع می‌کنند و سپس طولی نمی‌کشد که دچار عود¹ می‌شوند (3).
بیشترین پژوهش در مورد روش‌های درمانی اعتیاد، در

تاریخ درازمدت اعتیاد بیان‌گر یک واقعیت است: مبارزه همه جوامع همراه با تنفر و انزجار از آن از یک سو و بقای آن از سوی دیگر. حوزه‌های گوناگون جامعه‌شناختی، روانپزشکی، روان‌شناختی، سیاسی، نظامی و امنیتی در این خصوص وجه اشتراک کمی دارند، جز این که همگی مدعی تلاش شبانه‌روزی برای ریشه‌کنی اعتیاد هستند. اما این مبارزه دست کم تا کنون پیامد قابل‌قبولی، به‌ویژه در ایران، نداشته است (1). در بررسی سریع سوءمصرف مواد در سال 1386، شیوع اعتیاد در کشور یک میلیون و دویست هزار نفر برآورد

(1) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن. رودهن، خیابان دانشگاه. دورنگار: 021-88141137 (نویسنده مسئول) E-mail:zkarimit@yahoo.com

(2) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم‌پهزیستی و توانبخشی؛ (3) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم‌پهزیستی و توانبخشی.

روش

جامعه پژوهش حاضر عبارت بود از تمام مردانی که در مرکز ملی مطالعات اعتیاد، درمان با متادون را قطع کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت (16 نفر). بنابراین در پژوهش حاضر افرادی با سطوح تحصیلی، شرایط اقتصادی، نوع و الگوی مصرف متفاوت شرکت کردند.

از آنجا که راهبرد تحقیق میدانی است، برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. پیش از مصاحبه دلیل انجام پژوهش بیان شد و رضایت آزمودنی‌ها برای ضبط مصاحبه جلب شد. پرسش‌های مصاحبه پس از مشورت با دو نفر از روانپزشکان عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که در زمینه اعتیاد سوابق و مسئولیت‌های بسیاری داشتند، تدوین شد. مصاحبه با یک پرسش باز و کلی آغاز می‌شد: «چه شد که درمانتان را قطع کردید؟» و از پرسش‌های تدوین شده برای کمک به عمیق‌تر شدن مصاحبه استفاده می‌شد. گردآوری داده‌ها و رسیدن به حد اشباع سه ماه طول کشید. مصاحبه‌ها پیاده و تایپ شدند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای استقرایی⁵ بررسی شدند. جمله به جمله مصاحبه بررسی و جمله‌های اصلی آن استخراج و به صورت کدهایی (مفاهیم) ثبت شد. آن‌گاه کدهای شبیه به هم از نظر مفهومی، در یک دسته قرار گرفتند. در مرحله بعد، کدها و دسته‌های ایجاد شده با یکدیگر مقایسه شدند و با ادغام موارد مشابه، دسته‌هایی که به یکدیگر مربوط می‌شدند، در محور مشترکی قرار گرفتند. روایی مصاحبه نیمه‌ساختاریافته از مصاحبه ساختاریافته کمتر و از مصاحبه ساختاریافته بیشتر است. برای تأمین قابلیت اعتماد⁶، یافته‌های پژوهش برای چهار کارشناس و استاد حوزه اعتیاد مطرح شد تا تحت تأثیر ذهنیت قرار نگرفته باشد. در این مرحله یافته‌ها تأیید شدند، ولی این نظر نیز مطرح شد که کذبندی مشاهده‌ها نادیده گرفته شده است. این نقص با بررسی دوباره کارشناسان برطرف شد. هم‌چنین برای بررسی هم‌خوانی/ناهم‌خوانی نظر آزمودنی‌ها با یافته‌های به‌دست آمده، واریسی آزمودنی‌ها⁷ انجام شد. یافته‌های به‌دست آمده برای مصاحبه‌شوندگان خوانده شد تا نقاط ابهام رفع شود و آزمودنی‌ها بتوانند تفسیرهای انجام شده را نسبت به

مورد درمان نگهدارنده با متادون¹ (MMT) انجام شده است. این درمان عبارت است از جایگزین کردن مواد افیونی با اپیوئید² مصنوعی متادون، که یک داروی خوراکی طولانی‌اثر است (4).

ارتباط قابل توجهی میان بهبود ادراک شده آزمودنی‌ها و سطح رضایت آنان از خدمات دریافت شده در مدت درمان MMT وجود دارد (5). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان اختلال وابستگی به مواد به‌طور متوسط سودمند است و زمان صرف شده برای درمان، پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای یافته‌های پس از درمان است. بیمارانی که زمان کوتاه‌تری در درمان می‌مانند یا نمی‌خواهند درمانشان را کامل کنند، در معرض خطر بیشتر عود هستند. آمارها نشان می‌دهد 30-10 درصد افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، درمان را قطع می‌کنند (6). پژوهش دیگری (سیمپسون³ و همکاران، 1997، نقل از 7) نشان داد 50 درصد درمان‌جویان در برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون، بدون آن که درمان را کامل کنند، در سال نخست آن را رها می‌کنند. یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (بل⁴ و همکاران، 2006، نقل از 7) در این زمینه نشانگر رها شدن درمان در نزدیک به دو سوم شرکت‌کنندگان در برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون در سال نخست درمان است. این در حالی است که افرادی که درمان را رها می‌کنند، به احتمال زیاد به سرعت به مصرف مواد مخدر باز می‌گردند.

هر چند در ایران آماری از قطع درمان در دست نیست، ولی هر روزه شاهد قطع درمان بسیاری از مراجعانی هستیم که برای درمان سوءمصرف مواد اقدام کرده بودند.

هنگامی که فرد مصرف‌کننده تصمیم می‌گیرد برای ترک اقدام کند، یکی از چالش‌های ذهنی او و خانواده‌اش، این است که کدام مرکز درمانی و کدام شیوه درمانی بهتر است؟ شاید مسأله بسیاری از مراجعه‌کنندگان برای درمان سوءمصرف مواد این باشد که کدام مرکز او را به‌عنوان بیماری که راه‌گزینی ندارد، می‌پذیرد؟ بنابراین، این پرسش پیش می‌آید که علت قطع درمان چیست؟ به احتمال زیاد، دلایل قطع درمان از دید بیمار، خانواده و متخصصان گروه درمانی متفاوت است و به نظر می‌رسد تا کنون دلایل قطع درمان از نگاه بیماران مورد توجه قرار نگرفته است، در حالی که درمان برای آنها طراحی شده است. با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر به بررسی دلایل قطع درمان با متادون از نگاه بیماران می‌پردازد.

1- methadone maintenance treatment
2- opioid
3- Simpson
4- Bell
5- deductive content analysis
6- credibility
7- member check

در ادامه برخی از نقل قول‌هایی که مفاهیم بیان شده در بالا از آن‌ها استخراج شده است، آورده می‌شود:

مردی 34 ساله: «مادرم مجبورم کرد، دیدم تا به حدی خیلی ناراحت‌ه؛ به خاطر این اوادم. (اومدم که) تو خونه سر به سرم نذاره، مجبور بودم دیگه، هی غُر می‌زد، اعصابمون (را) خرد می‌کرد. بعد با سلیقه مادرم اوادم این مرکز» (مربوط به پایین بودن انگیزه بیمار و فشار دیگران برای اقدام به درمان).

مردی 35 ساله: «یه پرونده‌ای هم برام پیش اومد، مشکل دادگاهی پیدا کردم، یه تداخلاتی پیدا شد، گرفتاری‌هایی پیدا شد؛ ول کردم این قضیه رو؛ درانم را ول کردم» (مربوط به مشکلات جانبی پیش آمده حین درمان).

«یکی مسأله جنسی بود (که) من خیلی اذیت می‌کرد، دیگه کلاً می‌رسوند به حد صفر، خوب این تأثیر می‌داشت، زنم اذیت می‌کرد، زندگیم آشفته می‌شد... گفتن برید فلانی دارو میده، منم نرفتم» (مربوط به عوارض متادون).

یک مرد متأهل 27 ساله: «از خیلی‌ها شنیده بودم تریاک بدتر از متادون... یه موقع صحبت می‌شد می‌گفتن متادون زیاد خوب نیست، عین تریاک می‌مونه» (تحت تأثیر صحبت‌های دیگران قرار گرفتن و اشتغال ذهنی پیدا کردن با آن).

مردی 31 ساله: «دکترم... می‌گفت قرص ندارم، می‌تونید کلینیکتون رو عوض کنید، اصلاً دوست ندارم برم، دوست دارم اینو نکشم، ولی (دوست دارم) هی نرَم جای دیگه ثبت نام کنم! اصلاً این مواد به نظرم یه جور خوب نیست، آدم یه جایی می‌ره هی بگی آقا من یه آدم معتادم! اوادم اینجا دارو بگیرم» (مربوط به ترس از انگ اعتیاد).

مردی 34 ساله: «انگیزه‌ای برای روانشناسی نداشتم، اعتقاد نداشتم» (مربوط به رویکرد زیستی بیمار به درمان).

نکته‌ای که لازم است در اینجا تأکید شود و صحبت‌های نیمی از آزمودنی‌ها حاکی از آن بود، نگرانی آزمودنی‌ها از انگ اعتیاد بود. آزمودنی‌ها از این که یک نفر به آن‌ها به عنوان یک معتاد نگاه کند، واهمه داشتند و حتی گاه با این مسأله به صورت ذهنی درگیر بودند. حتی اگر احساس می‌کردند که در مرکز ترک مواد نیز، به دلیل این که مصرف کننده مواد بوده‌اند، به آن‌ها نگاه تحقیرآمیزی می‌شود، ادامه مصرف مواد را به ترک ترجیح می‌دادند.

عوامل مربوط به سامانه درمان در 12 مقوله فرعی قرار گرفت: 1- انگ درمان؛ 2- دشواری دسترسی به درمان؛

آنچه در ذهنشان است، ارزیابی کنند. در کل، آزمودنی‌ها با یافته‌های به دست آمده موافق و بر این باور بودند که هر یک از عوامل اشاره شده می‌تواند در ترک درمان نقش داشته باشد. آنان در میان عوامل بیان شده، بر عواملی که تأثیر عمده‌ای در قطع درمان خودشان داشت و در مصاحبه نیز به آن اشاره کرده بودند، بیشتر تأکید کردند.

برای تأمین شدن روایی بیرونی¹، توصیف‌ها بسیار مفصل² و دقیق انجام شد، یعنی همه جزئیات گفته شده مصاحبه‌شوندگان نوشته شد تا بتوان بررسی کرد که آیا می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را به موضوع یا فرد مشابه دیگری تعمیم داد. برای تأمین شدن قابلیت تأیید³، جلوگیری از سوگیری و تحت تأثیر علایق قرار نگرفتن پژوهش، یادداشت‌ها دقیق و مفصل نوشته شد. هم چنین با بیان دوباره پرسش‌ها به گونه‌ای دیگر در همان جلسه، روایی و پایایی⁴ پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان بررسی می‌شد.

یافته‌ها

دامنه سنی گروه نمونه 27-63 سال و میانگین ماندن در درمان 86 روز بود.

یافته‌ها در سه مقوله اصلی (که هر کدام مقوله‌های فرعی نیز داشتند) قرار گرفتند: 1- دلایل مربوط به خود بیمار، 2- دلایل مربوط به سامانه درمان و 3- برخورد خانواده و شبکه اجتماعی همراه.

عوامل مربوط به خود بیمار در 9 مقوله فرعی قرار گرفت:

1- پایین بودن انگیزه اولیه بیمار (اقدام برای ترک به علت فشار خانواده و نه خودانگیزه، اقدام به ترک به علت فشار جامعه، و اقدام به ترک به علت عوارض مواد یا مسمومیت)؛ 2- کاهش انگیزه در فرایند درمان (مشکلات جانبی پدید آمده هنگام درمان، عوارض متادون و تداخل متادون با داروهای

دیگر، کسب اطلاعات اشتباه در فرایند درمان از منابع غیرمعتبر مانند بیماران و پزشکان دیگر و نداشتن اطلاعات، عوارض قطع مصرف مواد، انتظار غیرواقعیانه از درمان، مقایسه درمان و اعتیاد، قطع درمان به علت لذت طلبی، و قطع درمان به علت مشکل ارتباطی با همسر)؛ 3- ناتوانی در حل مسأله، از جمله مسائل پدیدآمده حین درمان؛ 4- تأثیر اختلالات روانپزشکی همراه؛ 5- روان‌پریشی ناشی از مصرف شیشه؛ 6- نبود پذیرندگی⁵ و همکاری بیمار با درمان؛ 7- تلقین پذیری بالا؛ 8- ترس از انگ اعتیاد؛ و 9- رویکرد زیستی بیمار به درمان.

9- رویکرد زیستی بیمار به درمان.

1- external validity
3- confirmability
5- compliance

2- describing thick
4- reliability

3- انعطاف ناپذیری برنامه درمانی / دشواری اجرای برنامه درمانی؛ 4- برخورد خصمانه یا تحقیرآمیز؛ 5- نادرستی برنامه درمانی (درمان مادام‌العمر)؛ 6- اشکال در اجراء برنامه درمانی؛ 7- هزینه / اشکال در مدیریت دریافت هزینه؛ 8- رابطه غیرمراقبانه¹ (برخورد مجرم‌انگارانه با مراجع در حال درمان؛ نداشتن وفاق و همدلی؛ ندادن اطلاعات به بیمار؛ وقت کافی نگذاشتن / بی‌دقتی؛ برخورد ابزارانگارانه)؛ 9- رعایت نکردن اخلاق حرفه‌ای؛ 10- درمان غیردارویی ناکافی؛ 11- پزشک‌محور بودن مرکز / نبود همکاری میان اعضای گروه درمان؛ و 12- ضعف شبکه اجتماعی کمک‌کننده به درمان.

نمونه‌هایی از اظهارات شرکت‌کنندگان در زیر آورده شده است:

مردی 31ساله: «بیشتر قطع درمان من به خاطر سختی راه بود» و «یه وقتایی دسترسی واقعاً ندارم، نمی‌تونم پیام ولی خیلی دوست دارم داروم راحت تهیه کنم، اذیت نشم» (مربوط به دشواری دسترسی به درمان).

مردی 45 ساله: «مشکل چی بود، هفته‌ای یه بار باید سر بزنی، بعضی موقع‌ها که هر روز باید بیای، حتماً در روز فلان، در ساعت فلان، بابا آخه اصلاً این دارو، خوب بگو بیا برو از داروخانه بگیر، دیگه این قدر درد سر نداره، حتماً در مرکز مطالعات اعتیاد، حتماً حتماً می‌دونید چیه آدم یه جوری آبونمان میشه این‌جا؛ میشه خوش. آدم یه دفعه می‌خواد دو هفته بره مسافرت، نمی‌شه، نه حالا ببینم؛ بعداً به آقای دکتر، آخرایی که یه دفعه من اومدم، گفتم من این مشکل دارم، گفت ما یه پروتوکل نوشتیم، گفتم ببینم مگه میشه پروتوکل نوشت و از بیمار کسی توش نباشه» (مربوط به انعطاف‌ناپذیری برنامه درمانی)

«طبق پروتوکل هر کس یه دفعه اومد اینجا، مثلاً آزمایش مثبت شد، ده روز باید بیاد بره، گفتم بابا من تازه شغل پیدا کردم؛ من اگه ده روز پیام برم شغلم از دست می‌دم، گفتن نه... حالا علت چیه، بعضی موقع‌ها یه پروژه‌ای تو دنیا تعریف می‌شه، طرف برای این که مقاله‌ای بده اون طرف... پروژه تحقیقاتیش میاره عین موش آزمایشگاهی رو مردم... من دارم میگم بابا تو، تو ایران زندگی می‌کنی، من تازه شغل به‌دست آوردم، ده روز باید بیای هر روز، می‌دونی مثل اینکه کسی خرس از پل گذشته، دیگه سواره! به مریض... خوب این درست نیست» (مربوط به نادرستی برنامه درمانی)

مردی 31ساله: «نظر شخصیم اینه که مثلاً حالا بیماری که میان یه برگه‌ای یه چیزی مثلاً به عنوان مطالعه بهشون بدن

که بگن این دارو این عوارض رو داره، این خصلت‌ها و خوبی‌ها رو هم داره که مثلاً میشه باهاش مواد کنار گذاشت، به مرور زمان طی چند وقت این مواد و دوزشو بیارن پایین، چی کار کنند، چی کار کنند که بتونند ترک کنند و حالا NA و یا هر چیز دیگه‌ای که وابسته‌شن به اونا که دیگه دارو مصرف نکنند که بشن یه آدم پاک، بعد از اون ورشمن بیان بگن که بابا این دارو این عوارض رو داره فقط نشه پول بگیرن و به قول یارو گفتمی امضا کنن بگن بسم... شروع کن دارو خوردن، یا مثلاً برداشتی که من داشتم مثل موش آزمایشگاهی بگن دارو تو باید بیاریم بالا، روی یه خط ببریم» (اشکال در اجراء برنامه درمانی، بدین معنی که از همان ابتدا شرایط درمان برای بیمار توضیح داده نشده است و این امر باعث سردرگمی و اضطراب آزمودنی شده است).

مردی 37ساله: «تریاکت از کار کردم در روز دوتومن می‌دم، می‌خرم، هر روز. ولی این چون ماهی یک دفعه پنجاه، شصت تومن می‌اومد، می‌رسید، احساس می‌کردم خیلی سنگینه برام. در صورتی که همون هزینه می‌شد. شاید من این دوتومن یادم می‌رفت، ده روز دیگه بیست تومن زورم می‌اومد بذارم کنار» (مربوط به اشکال در مدیریت هزینه، زیرا ممکن است بیمار در آمد روزانه یا هفتگی داشته باشد و از سوی دیگر در مدیریت هزینه خود مشکل داشته باشد).

مردی 39ساله: «این دکتر فکر کرده من یه معتاد خیابونی کارتون خوابم که پول ندارم. همون‌جا زنگ زد با پیک برام تریاک آوردند تا به این دکتر نشون بدم که من معتاد خیابونی نیستم» و «اصلاً این دکتر من، زمانی که باهاش صحبت می‌کردم، اخماش توهم، انگار که من یه دونه شاگرد پادوآم! به ایشون هم گفتم: شما روانشناسی؟ گفت: بله، گفتم: اصلاً بهت نمی‌خوره روانشناس باشی» (مربوط به برخورد خصمانه درمانگر با بیمار که باعث برانگیخته شدن احساس خشم و حقارت در آنها می‌شود).

مردی 45ساله: «قرار است متادون بخورم که درگیری ذهنی این که برم دنبال مواد، وای من نگیرن، نگن این ضداجتماعیه، این مجرمه، این رو نداشته باشم. ولی اگه قراره اینجا هم پیام، دایم: مجرم چیه؟ برو آزمایشگاه! مجرم یه استامینوفون کدئین خوردی! ده روز بیا، خوب اینم که شد عین اون» (مربوط به رابطه غیرمراقبانه و نگاه مجرمانه به بیمار).
«اصلاً راجع به متادون روز اول توضیح ندادن! هیچی به من نگفتن» (مربوط به نداشتن اطلاعات).

یک مرد 39 ساله: «اصلاً دکتر... اجازه نمی‌داد صحبت کنی، می‌گفتم دکتر، (می‌گفت) دستت بذار، مانیتور نگاه می‌کرد، پاشو برو تست بده، مثلاً می‌گفتم دکتر این قرص... برو حالا بعداً (با صدای بلند و خشن)، اِ چه جور می‌خورد می‌کنی؟ اصلاً خیلی اف‌ت‌ض‌اح... سری اول او مدم این دکتر نبود، دوز داروم رو از هفت سی‌سی، هشت سی‌سی، بعد به مرور زمان می‌رفت بالا، بعد یه سری سؤال ازم می‌کرد. جالب این که با این دکتر بحثم شد، گفتم دکتر شما اصلاً از حال من نمی‌پرسی، شب چی جوری می‌خوابی؟ صبح چی جوری بیدار می‌شی؟ تأثیر غذایی داره واست؟ حتی برای حمام رفتن؟ می‌گفتم دکتر چرا این سؤال‌ها رو از من نمی‌کنی؟ سرت رو انداختی پایین؛ خودکار!» (مربوط به وقت کافی نگذاشتن و بی‌دقتی. شاید به علت زیاد بودن تعداد بیماران مرکز بیشتر آزمودنی‌ها احساس نارضایتی داشتند و این تنها به توضیح ندادن راجع به آن چه ضرورت داشته است، مربوط نمی‌شد. بلکه در مواردی آزمودنی از پزشک معالج خود در مورد درمانش سؤال داشته، اما پزشک اجازه صحبت به وی نداده است و یا حتی به نظر می‌رسد نگاه پزشک به بیماران به صورت کلیشه‌ای است که این‌ها همه به یک روال درمانی نیاز دارند و نیاز به گرفتن شرح حال و پرسیدن مسأله اصلی بیمار نیست و بنابراین همه چیز از پیش مشخص است. بنابراین به شرایط پیش آمده در حین درمان اهمیت داده نمی‌شود.

مردی 45 ساله: «دکترها به ما به شکل اسکناس نگاه می‌کنند، چون پزشکای ما این درد نکشیدند، عشق کمک کردن ندارند، یعنی این قدر تو مسائل مالی غرق‌اند. متأسفانه خیلی هم پزشکی را دوست ندارند» و «بعد من دیدم یه چیز دیگه‌ای پشت قضیه است، اینا دارن... مرکز مطالعات اینجا، یعنی دیگه مرکز درمان شده درجه دو... از برخوردشون (متوجه شدم)... اینجا مرکز مطالعات، ما هم موش آزمایشگاهی» (مربوط به برخورد ابزارانگاران؛ آزمودنی‌ها مفاهیمی مانند نگاه کردن به آنها به چشم یک مشتری یا منبع درآمد یا ابزاری برای پژوهش را مطرح می‌کردند. بنابراین، آنان این احساس را پیدا کرده‌اند که به درمانشان اهمیت داده نمی‌شود و تنها وسیله‌ای هستند تا دیگران به اهدافشان برسند.) «(مصاحبه‌گر از مردی 35 ساله): دوز متادون که می‌گید زیاد می‌شد، تو این مشکله (خانوادگی) به شما کمک خاصی نمی‌کرد، می‌خوام ببینم چی می‌شد سری بعد مشکل پیدا می‌کردید دوباره متادونتون رو اضافه می‌کردید؟ واسه این که راه‌حل دیگه‌ای نیستش!» (مربوط به درمان غیردارویی ناکافی؛ این امر به صورت آموزش ناکافی روان‌شناس و نبود مصاحبه

انگیزشی اولیه و نیز مشاوره در طول درمان در گفته‌های بیماران قابل ردیابی بود. بر پایه مشاهده انجام‌شده، بخشی از این مسأله به پزشک‌محور بودن مرکز برمی‌گشت و بخشی نیز به اهمیت دادن به کمیت درمانی و نه کیفیت درمانی. بدین معنا که تعداد روان‌شناسان مرکز از نیاز بیماران کمتر بود. هم‌چنین با توجه به پرونده بیماران، مشاهده پژوهشگر و آن‌چه از یکی از اعضای گروه درمان شنیده شد، بیماران حتی در ابتدای پذیرش نیز، به روان‌شناس مراجعه نمی‌کردند و دیگر آن‌که با توجه به پزشک‌محور بودن مرکز، به‌طور اصولی روان‌شناسان در جریان مسائل و مشکلات بیماران قرار نمی‌گرفتند.

عوامل مربوط به برخورد خانواده و شبکه اجتماعی همراه در سه مقوله فرعی قرار گرفت: 1- ناآگاهی خانواده از درمان؛ 2- همکاری نکردن خانواده در درمان؛ 3- ناآگاهی اطرافیان از نشانه‌های بیماری و تفکیک آن از نشانه‌های مربوط به متادون.

با توجه به ماهیت روانی-اجتماعی-زیستی اعتیاد و درگیری خانواده با پیامدها و آسیب‌های اعتیاد، خانواده یکی از سه ضلع مثلث درمانی است. رفتار اعضای خانواده در روند درمان و انگیزه بیمار برای درمان، اهمیت بالایی دارد. با توجه به از دست رفتن اعتماد خانواده نسبت به فرد مصرف‌کننده، ممکن است رفتارهایی از اعضای خانواده بروز کند که خشم بیمار را برانگیزد. برای مثال، اگر خانواده از نشانه‌های پس از ترک و یا عوارض متادون آگاهی نداشته باشد، به جای ایجاد یک محیط امن در خانه، ممکن است بیمار را زیر سؤال ببرد و نشانه‌های محرومیت و عوارض متادون را به مصرف مواد ربط دهد و یا تصور کند متادون دارویی خطرناک است، یا این که فکر کند هر چه فرزندش مقدار بیشتری متادون بخورد، بهتر است: «(مادرم) دوست داشت زیادم (متادون) بخورم».

هم‌چنین در مواردی که بیمار افزون بر وابستگی به مواد، به اختلال‌های روانپزشکی همراه نیز مبتلا است و یا بر اثر مصرف مواد دچار اختلال‌هایی شده است، لازم است خانواده با نشانه‌های بیماری و شیوه درمان آن، نشانه‌های مصرف مواد و عوارض مصرف متادون آشنا شوند تا مانند نقل قولی که در زیر آمده است، به بیمار خود بازخورد اشتباه ندهند: «این خانوم می‌گه تو از موقعی که تریاک می‌خوری حالت خیلی بهتره؛ می‌گفت عصبی هستی، اصلاً هیچی متوجه نمی‌شی، مثلاً متادون که می‌خوری غم و شادی متوجه نمی‌شی، پرخاشگر می‌شی. بعد مثلاً مثل این که یه انرژی مضاعف مغزی به آدم میده، صدام نهایت بلند می‌شه، احساس می‌کنم

گوشام کیپ می‌شه، یعنی همه می‌گن بابا آروم، می‌گم من که داد نمی‌زنم».

بنابراین اطلاعات ناقص و منابع اطلاعاتی اشتباه بیمار و خانواده در طول درمان و آموزش ندیدن آنان مشکل اصلی در این زمینه است.

بحث

در پژوهش حاضر سعی شد دلایل قطع درمان از دیدگاه بیماران بررسی شود. دلایل به دست آمده در سه مقوله دلایل مربوط به بیمار، سامانه درمانی و خانواده جای گرفت. به نظر می‌رسد سه مفهوم به دست آمده سه ضلع مثلث درمانی هستند که هر یک تأثیر بسزایی در شروع درمان و ماندگاری در درمان دارند. مرزهای این سه سامانه نیز روی هم تأثیرگذار است؛ هر چند میزان تأثیر هر یک از آن‌ها مشخص نیست، اشتراک‌های زیادی (برای مثال اطلاعات ناقص) دارند و بدون همکاری آنها درمان با مشکلاتی مواجه می‌شود که در نهایت قطع درمان را به همراه دارد. بیمار در رأس این مثلث قرار دارد؛ میل بیمار برای ورود به درمان و نیز ماندن در درمان با متادون که می‌تواند با مصاحبه انگیزشی تقویت شود، عامل مهمی برای شروع و ادامه درمان است (8). یافته‌های پژوهش حاضر بر انگیزه پایین آزمودنی‌ها در ورود به درمان یا کاهش انگیزه در فرایند درمان دلالت دارد. به دلیل پایین بودن انگیزه، بیمار ممکن است به دلایلی از جمله فشار خانواده، فشار جامعه یا عوارض جسمی و روانی مواد وارد درمان شود. پژوهشی نشان داد 67/7 درصد بیماران به دلیل فشار خانواده، برای درمان مراجعه می‌کنند (9). در پژوهش دیگری انگیزه‌های معتادان مراجعه کننده به کلینیک خصوصی لقمان برای ترک اعتیاد بدین صورت بود (10): عوارض جسمی (29 درصد)، فشار خانواده (23 درصد)، مشکلات اجتماعی (19 درصد)، و مشکلات قانونی (13 درصد). یک پژوهش کیفی (بال¹ و دیگران، 2006؛ نقل از 11) نشان داد موارد مربوط به انگیزه بیمار، تأثیر بیشتری در قطع درمان دارد. بررسی بال و همکاران نشان داد فقدان انگیزه، ناامیدی نسبت به تغییر و بی‌ثباتی‌های انگیزشی از رایج‌ترین دلایل قطع درمان هستند به طوری که نیمی از گروه نمونه درمانشان را به دلیل انگیزه پایین یا ناامیدی نسبت به تغییر قطع کرده بودند. این یافته با یافته پژوهش حاضر مبنی بر پایین بودن انگیزه هم‌خوان است. این یافته در دیگر پژوهش‌ها نیز تأیید شده است: عملکرد اجتماعی و مقابله‌ای معیوب و انگیزه یا آمادگی پایین برای تغییر، از بیشترین موارد مرتبط با قطع درمان سوء مصرف مواد است

(11). مدل فرانظریه‌ای² برای تغییر رفتار، پنج مرحله ارائه کرده است: 1- مرحله پیش از تفکر: توجه نکردن به مشکل و ندیدن مشکل. در این مرحله فرد انگیزه‌ای برای تغییر ندارد. 2- مرحله تفکر: کسانی که در این مرحله قرار دارند، به تغییر فکر می‌کنند، ولی از این که خود را به عمل کردن متعهد سازند، بسیار فاصله دارند. 3- آمادگی: تهیه طرح‌های مشخص برای اقدام سریع: فرد در این مرحله در حال آماده شدن برای تغییر است. 4- عمل: انجام کاری برای ایجاد تغییر. 5- نگهداری: کوشش برای حفظ تغییر (12). یافته پژوهشی (13) در این زمینه نشان داد میزان مشارکت مراجع در درمان، نتیجه درمان و تغییر رفتار در درازمدت، به آمادگی انگیزشی و وضعیت مرحله‌ای که او در آن به سر می‌برد، بستگی دارد. یافته پژوهش حاضر نشان داد آزمودنی‌ها در یکی از مراحل اولیه تغییر (پیش از تفکر، تفکر یا آمادگی) قرار داشتند. بنابراین، ورود آن‌ها به درمان فرصتی است برای ورود به مراحل بعدی تغییر. ولی این آزمودنی‌ها تحت مصاحبه انگیزشی قرار نگرفتند و حتی با مسائلی ناشی از سامانه درمان نیز مواجه شدند که زمینه کاهش هر چه بیشتر انگیزه آنان را فراهم می‌آورد. این در حالی است که بالا بردن انگیزه، اثربخشی درمان MMT را افزایش می‌دهد (14). انگیزه پایین برای درمان پیش‌بینی کننده مهمی برای قطع درمان است. برخی یافته‌ها نشان داده‌اند شدت کمتر مصرف مواد و نشانه‌های خفیف‌تر اعتیاد، با انگیزه کمتر برای درمان ارتباط دارد. دیگر یافته‌ها نیز نشان داده‌اند مصرف بیشتر مواد با قطع درمان مرتبط است (6). پژوهش حاضر نشان داد برخی آزمودنی‌هایی که درمان را قطع کرده بودند، افرادی بودند که تریاک مصرف می‌کردند، بدون آنکه دچار عوارضی شده باشند، و به دلایلی مانند فشار خانواده برای درمان مراجعه کرده بودند. بنابراین، این افراد انگیزه پایینی داشتند و پس از ورود به درمان، در مقایسه میان مصرف مواد و درمان (چهارچوب‌های سخت درمانی از جمله مراجعه روزانه برای دریافت متادون، محدود بودن ساعت کار مرکز و...) مصرف مواد را کم‌هزینه‌تر یافتند! و بنابراین، درمانشان را قطع کردند. گروه دیگر، آزمودنی‌هایی بودند که شدت اعتیادشان بسیار بالا بود و مواد مختلفی مصرف می‌کردند. این موضوع، در کنار توجه ناکافی درمانی به آنها، به کاهش انگیزه برای ادامه درمان و در نهایت قطع درمان منجر شده بود. در پژوهش انجام شده در چین نشان داده شد دسترسی نداشتن به کلینیک

مصرف مواد، اختلال‌های همراه نیز داشتند، به‌میزان قابل توجهی بهبود داشت. اگر فرد مصرف‌کننده مواد به یکی از اختلال‌های محور I مبتلا باشد، به درمان دارویی بیماری مزبور و روان‌درمانی توأم با MMT نیازمند است (8).

قطع درمان فرایند ثابتی نیست که تنها به بیمار مرتبط باشد، بلکه فرایند پویایی است که تعامل میان بیمار و محیط درمان را منعکس می‌کند (6). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شرکت‌کنندگان معتقدند که MMT انعطاف‌پذیری ندارد و بنابراین، آزمودنی‌ها در حین درمان با مشکلاتی مواجهه می‌شوند. طبق برنامه درمانی بیمار باید به مدت سه ماه، هر روز، برای دریافت دارو مراجعه کند. بنابراین، اگر در این سه ماه، در مدت زمانی که مرکز درمانی باز است، مراجعه نکند، برای آن روز دارو ندارد. این مسأله در بیشتر آزمودنی‌ها ناراحتی و اضطراب ایجاد می‌کرد. به‌دلیل دوری راه یا برخی مشکلات غیرقابل پیش‌بینی که ممکن است برای هر فردی پیش آید، بیمار ممکن است نتواند برای دریافت دارو مراجعه کند. این امر نشان‌دهنده انعطاف‌ناپذیری برنامه MMT است. این درحالی است که مواد مخدر به‌وفور در دسترس است و حتی ممکن است لازم نباشد فرد برای تهیه آن از منزل بیرون بیاید. باز طبق برنامه درمانی، اگر بیماری بیش از سه روز مراجعه نکند، دوز دارویش نصف خواهد شد، در صورتی که ممکن است بیمار طی این مدت مواد مصرف نکرده باشد و حتی متادون را از منابع دیگری، مانند دوستانش، تهیه کرده باشد. از آنجایی که هر فردی خصوصیات ویژه‌ای دارد، می‌توان تصمیم‌گیری در مورد این مسأله را تشخیص پزشکی کرد (نادرستی برنامه درمانی). آزمودنی‌ها احساس می‌کردند دارو اهرمی است در اختیار مرکز درمانی و بنابراین، اگر برخورد یا اعتراضی کنند، دارو قطع خواهد شد. هر چند که ممکن است در عمل این اتفاق نیفتد، اما بیان کردن این جمله برای بیماری که تحت درمان است، تهدیدی است اضطراب‌آور (رابطه غیرمراقبانه). اگر مراجع تحت درمان را به‌عنوان یک بیمار پذیریم، باید بدانیم که مصرف مواد تنها نشانه این بیماری نیست و فرد مراجعه‌کننده ممکن است از بسیاری جهات (مانند ویژگی‌های شخصیتی) نیاز به درمان و نیز صبر گروه درمانی داشته باشد و تنبیه و ایجاد احساس تحقیر کارساز نخواهد بود. یافته پژوهش حاضر نشان داد شرایط و قوانین درمانی طوری

با قطع درمان در ارتباط است (14). پژوهش دیگری در آمریکای شمالی نشان داد در دو روش درمانی MMT و درمان با کمک هروئین، بیماران با انگیزه، پاسخ مطلوب‌تری به درمان نشان دادند (15).

انتظار غیرواقع‌بینانه از درمان از دیگر دلایل مربوط به خود بیمار است که به قطع درمان منجر می‌شود. آزمودنی‌های پژوهش حاضر انتظار داشتند با شروع درمان همه مشکلاتشان حل شود، یا این که با قطع مصرف و خوردن متادون دچار هیچ عارضه‌ای نشوند. تأثیرپذیری بیش از حد بیمار (برای مثال کم و زیاد کردن مقدار دارو تحت تأثیر صحبت‌های دیگران) نیز باعث همکاری کمتر بیمار در درمان می‌شود. این یافته با یافته دیگر پژوهش‌ها (11) هماهنگ است: میزان پایین رعایت قوانین به‌ویژه با شاخص‌های تعارض با کارکنان مرکز (مانند تعامل با کارکنان، اعتماد به آن‌ها و احساس این که کارکنان مرکز ارزشی برای آنها قائل نیستند)، اهمیت مرزها (مانند در میان گذاشتن مسائل خصوصی خود با کارکنان و بیش از حد صمیمی شدن) و انتظار از برنامه درمان (توقع نابه‌جا و غیرواقع‌بینانه از درمان) در ارتباط است.

هم‌چنین یافته پژوهش حاضر نشان داد تلقین‌پذیری بالای بیمار باعث می‌شود فرد بسیار سریع تحت تأثیر صحبت‌های دیگران قرار گیرد و در مواردی موجب تردید در ادامه درمان یا تصمیم برای تغییر نوع درمان به درمان‌های دیگری، مانند درمان با شربت تریاک و بوپرنورفین، شود.

مشکل ارتباطی با همسر نیز از دلایلی است که باعث کاهش انگیزه در فرایند درمان می‌شود. مشکلات خانوادگی و بحث‌های مکرر همسر باعث می‌شود فردی که از مهارت‌های حل مسأله ضعیفی برخوردار است، برای رسیدن به آرامش و فرار از مشکلات، دوباره به مصرف مواد روی آورد.

شدت نشانه‌های همراه نیز یکی از دلایل قطع درمان بوده است (11). یافته‌های پژوهشی (کلوس¹ و کایندر برگر²، 2002؛ نقل از 11) حاکی از آن است که اختلال روانپزشکی همراه و شدت نشانه‌های روانپزشکی با قطع زودهنگام درمان ارتباط دارند. در پژوهش حاضر از 17 آزمودنی، سه نفر اختلال روانپزشکی همراه نیز داشتند که این امر باعث قطع درمان، عود و تشدید نشانه‌ها شده بود. در پژوهشی (کاچولا³، 2001؛ نقل از 8) اختلال‌های محور I و II سومین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی⁴ (DSM-III-R) (16) در بیماران تحت درمان با متادون بررسی شد. یافته‌ها نشان داد مصرف مواد و مشکلات روانی - اجتماعی حتی در افرادی که افزون بر

1- Claus
2- Kindleberger
3- Kachyula
4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rded. Revised)

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد حدود یک سوم گروه نمونه، قطع درمان را به مشکلات خاص در تعامل با کارکنان، اعتماد به آن‌ها و یا احساس این که کارکنان مرکز ارزشی برای آن‌ها قائل نیستند، نسبت دادند. هم‌سو با آن، یافته‌ها (بال و همکاران، 2006؛ نقل از 11) نشان داده است تعارض با کارکنان مرکز درمانی، مهم‌ترین دلیل قطع درمان، پس از پایین بودن انگیزه، است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر که نشانگر ضعف سامانه درمانی است، کاستی شبکه اجتماعی در درمان، همراهی نکردن خانواده در درمان و فقر درمان غیردارویی است. از آنجا که وابستگی به مواد ماهیتی چندبُعدی (زیستی، روانی و اجتماعی) دارد، یک درمان کامل باید به همه ابعاد توجه کند. یافته پژوهش حاضر نشان داد در مرکز مورد مطالعه، درمان ماهیتی تک‌بُعدی دارد و به ابعاد روانی و اجتماعی درمان پرداخته نمی‌شود. محوریت درمان، استفاده از متادون است و با توجه به پزشک‌محور بودن مرکز و توجه‌نداشتن به کیفیت درمان، به آزمودنی‌ها مشاوره کافی ارائه نمی‌شود یا مشاور به‌اندازه کافی در امر مشاوره تبحر ندارد. هم‌چنین هیچ‌یک از آزمودنی‌ها تحت درمان گروهی قرار نگرفته بودند و در بیشتر موارد اعضاء خانواده نیز در درمان حضور نداشتند و بنابراین، برای برخورد با بیمار آموزش ندیده بودند. شیوه برخورد اعضاء خانواده با آزمودنی‌ها نشانگر آن بود که خانواده از شرایط درمانی با متادون آگاهی ندارد. این، با یافته‌های پژوهشی در چین (14) هماهنگ است که نشان داد خدمات جامع و فراگیر (مانند مشاوره روان‌شناختی، گروه‌درمانی و آموزش مهارت‌ها و مشاوره با اعضاء خانواده) با نام‌نویسی بیماران ارتباط مثبت داشت، بدین معنا که تعداد مراجعه‌کنندگان و نیز مدت ماندگاری در درمان بالاتر بود. به بیان دیگر، خدمات فراگیر و پاداش‌دهی به بیمارانی که همکاری می‌کردند، با مصرف مواد ارتباط منفی دارد. بررسی دیگر (آماتو² و دیگران، 2008؛ نقل از 17) با پی‌گیری بیماران نشان داد اضافه کردن درمان روان‌شناختی به MMT در افزایش ماندگاری در درمان مؤثر است. بررسی دیگر (چانکینگ³ و دیگران، 2010؛ نقل از 17) نشان داد کارکنان مراکز MMT در چین از سطوح متفاوت آموزشی و صلاحیتی برخوردارند؛ اگرچه آموزش‌های ملی در دسترس‌اند، در نیمی از کلینیک‌های MMT تنها یک یا دو نفر از کارکنان آموزش‌دیده بودند و سایر کارکنان غیرمستقیم

بیمار را تحت فشار قرار می‌دهد که به‌ویژه اگر انگیزه بیمار بی‌ثبات یا پایین باشد، ممکن است زیر این فشارها و جریمه‌ها تاب نیاورد و درمان را رها کند؛ به قول یکی از آزمودنی‌ها «عطایش را به لقایش بخشیدم». هماهنگ با این یافته‌ها نشان داده شده است (مک‌کلر¹ و دیگران، 2006، نقل از 6) اگر حمایت محیط‌های درمانی از بیمار کمتر یا کنترل این محیط‌ها بر بیمار بیشتر باشد، احتمال قطع درمان بیشتر است. به‌ویژه کنترل بیشتر در مورد بیمارانی که در معرض خطر بیشتری هستند، با خطر قطع درمان بیشتری همراه است. احتمال قطع درمان افرادی که در معرض خطر بیشتر قطع درمان هستند، با کاهش کنترل کارکنان تعدیل شده است، کمتر می‌شود؛ این در حالی است که برنامه درمانی کنونی کشور بر کنترل بیش از حد تأکید دارد.

در پژوهش دیگری در چین (14) به بیمارانی که به‌طور مستمر در برنامه شرکت می‌کردند، پاداش‌هایی داده شد. این امر ماندگاری افراد در درمان را در گروه آزمایش افزایش و گزارش فردی مصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی را کاهش داد. تأثیر مثبت تقویت ممکن است به دلیل کاهش موانع مالی و بهبود عزت‌نفس و رضایت بیمار باشد.

بررسی دیگری (17) نشان داد کلینیک‌هایی که بیش از هشت ساعت در روز یا هنگام ظهر باز بودند، مراجعان بیشتری را پوشش می‌دادند. مراکز که ساعات کاری زیاد دارند و در روزهای تعطیل فعال هستند، برای مراجعان شرایطی فراهم می‌کنند که در خلال کارکردن و برنامه‌های خانوادگی به درمان دسترسی داشته باشند.

از دیگر یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، برخورد خصمانه و تحقیرآمیز و رابطه غیرمراقبانه درمانگر با آزمودنی‌ها بود، عامل مهمی در قطع درمان که بیشتر آزمودنی‌ها به آن اشاره کردند. از جمله نشانه‌های مبتنی بر رابطه غیرمراقبانه، می‌توان به دقت‌نداشتن درمانگر و نداشتن هم‌دلی اشاره کرد. هماهنگ با این یافته، نشان داده شده است سطوح بالای حمایت در محیط درمان (مانند تشویق، توجه و دقت از سوی کارکنان، کمک‌کننده و دلسوز بودن و همدلی داشتن کارکنان با بیمار) به یافته‌های درمانی بهتر و قطع‌نشدن درمان منجر می‌شود. هم‌چنین در بیماران دچار اختلال روانپزشکی همراه، سطوح بالاتر حمایت، رضایت‌مندی بالاتر در درمان را پیش‌بینی می‌کند و احتمال تنظیم اهداف فردی در درمان را افزایش و نیاز به داروهای روانپزشکی را کاهش می‌دهد (6).

كم تجربگى و كم اطلاعى درمانگر خود مى شوند و اين مسأله انگيزه آن‌ها را براى ادامه درمان كاهش مى دهد. 5- اگر پزشكى كه اجازه درمان به او داده شده است، دانش و آگاهى كافى دارد، لازم نيست برخى اصول از پيش تعيين شده و غير منعطف را رعايت كند. در هر درمانى لازم است درمان گر استقلال داشته باشد كه بتواند با توجه به شرايط بيمار تصميم گيرى كند. نمى توان يك نسخه واحد را در مورد همه بيماران به كار برد. بنا بر اين پيشنهاده مى شود برنامه درمانى تنها به اصول پردازد، نه به روش‌ها و جزئيات برنامه‌ها. 6- انگك اعتياد در سامانه درمانى نيز وجود دارد، بر اساس مشاهدات اين مطالعه به نظر مى رسد از اين نظر تفاوتى ميان نگرش يك پزشك و يك غيرپزشك وجود ندارد. اين مسأله ضرورت درمان همه‌جانبه را باز مى نماياند. بنا بر اين، افراد گروه درمان دركنار دانش و آگاهى لازم، بايد به شيوه برخورد و نگرش خود نسبت به بيماران نيز توجه داشته باشند. 7- با توجه به تأثير جديدي ناپذير درمان و خانواده، آموزش خانواده براى برخورد صحيح و كمك به بهبود بيمار ضرورت دارد.

از محدوديت‌هاى پژوهش حاضر مى توان به اين موارد اشاره كرد: 1- پژوهش انجام شده كیفى است و روى تعداد نمونه محدودى از مصرف كنندگان مواد در يك مركز درمانى انجام شده است. بنا بر اين قابل تعميم به تمامى مصرف كنندگان مواد نيست و يافته‌هاى به دست آمده تنها در مورد اين مركز صدق مى كند (مركز مطالعات ملي اعتياد از مراكز دولتى جنوب شهر تهران است. اگرچه افرادى از شمال شهر تهران كه به اين مركز مراجعه كرده بودند، نيز در نمونه حضور داشتند، ولي تعداد آنها نسبت به كسانى كه در جنوب تهران ساكن بودند، كمتر بود). 2- با در نظر گرفتن اين كه بيماران عيب‌ها و مسائل مربوط به خود را كمتر مى بينند، در صحبت‌هايشان بيشتر بر عوامل بيرونى تأكيد كردند و بنا بر اين، وزن عوامل بيرونى بيشتر شده است. 3- مواردى كه در مورد معايب برنامه درمانى با متادون بيان شد، با مشورت با استادانى به دست آمد كه در دستگاه وزارت بهداشت فعاليت نداشتند و در بهزيستى فعال بودند.

سپاسگزارى

از مسئولان مركز مطالعات ملي اعتياد، براى فراهم آوردن امكان نمونه گيرى و از مددكار اجتماعى مركز، خانم محبويه عباسى، براى هم يارى‌هايشان در فراهم كردن شرايط نمونه گيرى بسيار قدردانى مى شود.

از آن فرد آموزش ديده چيزهاى ياد گرفته بودند. هم چنين آموزش‌هاى مربوط به مداخله‌هاى رفتارى، مشاوره روان شناختى و آموزش سلامت بسيار محدود بود.

در جمع بندي نهايى مى توان گفت: 1- سامانه درمانى براى افراد با انگيزه بالا طراحى شده است و پاسخ گوى مراجعان با انگيزه پايين و افرادى كه ميزان مصرفشان پايين است، نيست. مراجعانى كه درمان را قطع مى كنند، نظر قاطعانه‌اى در مورد رها كردن درمان ندارند و مردد هستند و انگيزه بى ثباتى دارند. اين افراد پس از ورود به سامانه درمانى و مقايسه سود و زيان مواد مخدر و متادون، فوايد مصرف مواد را نسبت به درمان با متادون يكسان و بلكه بيشتر يافته و در نتيجه تحت فشار مقررات درمانى، در نهايت دوباره به مصرف مواد روى مى آورند. 2- سامانه درمان طورى طراحى شده است كه انگار بيماران بايد رفتار كاملاً بهنجار داشته باشند. بنا بر اين سامانه درمان انعطاف پذيرى لازم را در مقابل برخى رفتارهاى انحرافى بيماران ندارد. 3- بنا بر اين، علت نهايى قطع درمان اين است كه درمان از بسيارى جهات (روابط غير مراقبانه يا ناهم دلانه درمانگر با بيمار، درمان غير دارويى ناكافى، برخورد خصمانه و تحقير آميز با بيمار، ضوابط سخت درمانى و...) براى بيمار پرهزينه است و با توجه به پزشك محور بودن سامانه درمانى و اهميت به كميت و نه كيفيت درمان، افراد با انگيزه پايين و بى ثبات رها مى شوند و درمانشان را قطع مى كنند. با توجه به اين يافته‌ها پيشنهاده مى شود: 1- سامانه درمانى به گونه‌اى طراحى شود كه بيمار از بدو ورود با گروه درمان (مددكار، روان شناس، پزشك و روانپزشك) آشنا شود و در مورد خدماتى كه هر يك از كاركنان ارائه مى دهد، آگاهى كامل به دست آورد. با اين روش تنها به رويكرد زيستى در درمان تأكيد نمى شود. به نظر مى رسد تقويت رويكرد زيستى، تقويت مدار وابستگى است كه به بيمار القا مى كند راه حل نهايى همه مسائل به دارو ختم مى شود. 2- با توجه به انگيزه پايين برخى بيماران در بدو ورود به درمان و كاهش انگيزه در فرايند درمان، پيشنهاده مى شود مصاحبه انگيزشى و آموزش‌هاى لازم براى مهارت‌هاى حل مسأله انجام شود. 3- در بدو پذيرش همه روش‌هاى درمانى موجود براى بيمار و خانواده بيمار شرح داده شود، تا درمان را با آگاهى آغاز كند. لازم است عوارض احتمالى و سير درمانى به طور كامل توضيح داده شود تا كسب اطلاعات از افراد خارج از گروه باعث ايجاد اختلال در درمان نشود. 4- آموزش‌هاى تكميلي اعضا گروه درمان، به ويژه روان شناسان، ضرورت دارد. بيماران به سرعت متوجه

- maintenance therapy. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2010; 18(3): 152-8. [Persian]
10. Haydari Mokarrar M. study of addict's motivation that refer to Luqman private clinic for withdrawaing from October 2001 until October 2002. [dissertation]. [Zahedan]: Zahedan university of Medical Sciences; 2006. 300p. [Persian]
11. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. Addict Behav. 2006; 31(2):320-30.
12. Marden VM, Gadi MG, kerauch C. Group treatment for substance abuse (the stage of change therapy manual). [Translated by Nuranipoor R And Ghorbani M]. Tehran: Nashre Ravan; 2001. [Persian]
13. Judit A, Robert K, Garigoori A. Substance abuse counseling: An individualized approach. [Translated by khademi A and Roshan R]. Tehran: Roshd Publication; 2006. [Persian]
14. Che Y, Assanangkomchai 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):263-70.
15. Nosyk B, Geller J, Guh DP, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. The effect of motivational status on treatment outcome in the North American opiate medication initiative (NAOMI) study. Drug Alcohol Depend. 2010; 111(1-2):161-5.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
17. Lin C, Wu Z, Rou K, Yin W, Wang C, Shoptaw S, et al. Structural-level factors affecting implementation of the methadone maintenance therapy program in China. J Subst Abuse Treat. 2010; 38(2):119-27.
- [این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در سال 1390 است].
- [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].
- ### منابع
- Noori khajavi, M. Herame varune. Tehran : moavenate pishgiri sazeman behzisti keshvar; 2004. [Persian].
 - Narenjiha H, Rafiei H, Noori R, Shirinbayan P, Farhadi MH, Etemadi H. Rapid assessment of drug abuse in Iran. Tehran: Danjeh; 2009. [Persian]
 - Lejuez CW, Zvolensky MJ, Daughters SB, Bornovalova MA, Paulson A, Tull MT, et al. Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. Behav Res Ther. 2008; 46(7):811-8.
 - Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. Lancet. 1999; 353(9148):221-6.
 - Perreault M, White ND, Fabrès E, Landry M, Anestin AS, Rabouin D. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. Eval Program Plann. 2010; 33(4):410-7.
 - McKellar J, Kelly J, Harris A, Moos R. Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. Addict Behav. 2006; 31(3):450-60.
 - Coviello DM, Zanis DA, Wesnoski SA, Lynch KG, Drapkin M. Characteristics and 9-month outcomes of discharged methadone maintenance clients. J Subst Abuse Treat. 2011; 40(2):165-74.
 - Zarafshan, M. [Che avameli mitavanand movafaghiyate darmani dar raveshe negahdarande ba methadone ra pishbini konand?] Faslnameh Etiyad. 2007; 2:67-8. [Persian]
 - Hosseini F, Yassini M, Ahmadieh M, Vafaei Nasab M, Kholasezadeh G, Dastjerdi G. Retention rate in methadone

Original Article

**Reasons of Methadone Maintenance Therapy Drop out in Clients
of Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS):
A Qualitative Study**

Abstract

Objectives: The present study has done with purpose of survey the reasons of methadone maintenance therapy drop out in clients of Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS). **Method:** In a qualitative study, sixteen clients underwent face-to-face deep semistructured interviews which continued until informational saturation. The interviews were written and studied by inductive-deductive content analysis method. **Results:** According to the analyzed data, treatment system, the patients, and the family are three effective factors in dropping out and bands of these factors influence each other. The patient encounters with issues including low motivation, unstable motivation, and comorbid psychiatric disorders. On the other hand, the family is not conversant about technique's treatment, therefore don't cooperate adequately. Also treatment system regarding many aspects (such as protocol inaccuracy, labeling, contemptuous behavior with client, and undertaking behavior with patient for example seeing him as a wrongdoer person, not to inform him, lack of enough appointment and empathy with him) is unaffordable for client. In this system, quantity is more emphasized than quality and psychological treatment, is too colorless. **Conclusion:** It seems that the current system and clinic's conduct ways have been desined for patients with high motivation and severe dependency and it is not useful enough for patients with low motivation and moderate dependency. Hence these patients are not taken care of in the treatment program and drop out.

Key words: *methadone; opioid; addiction; substance dependence*

[Received: 23 January 2012; Accepted: 26 May 2012]

Zohreh Karimi Talabari *, **Morteza Noori Khajavi ^a**, **Hassan Rafiei ^a**

* Corresponding author: Roudehen Islamic Azad University, Roudehen, Iran, IR.

Fax: +9821-88141137

E-mail: zkarimit@yahoo.com

^a University of Social Wafer and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran, IR.