

بررسی علل شکست درمان در بیماران تحت درمان با متادون در مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر

علی ریاحی^۱، نرگس خانجانی^{۲*}، حبیبه احمدی پور^۳

• دریافت مقاله: ۹۴/۷/۲۳ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴/۹/۱۵ • پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۱۷



چکیده

مقدمه: یکی از روش‌های کنترل اعتیاد و کاهش آسیب‌های ناشی از آن، درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد، اما عوامل مرتبط با شکست درمان با متادون به اندازه کافی مطالعه و بررسی نشده‌اند، لذا این مطالعه به بررسی علل شکست درمان بیماران تحت درمان با متادون در شهر رفسنجان انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی بر روی پرونده کلیه بیماران مراجعه کننده به دو مرکز درمان سوء مصرف مواد در شهرستان رفسنجان در طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۰ انجام شده است. پرونده‌های مورد بررسی در دو گروه از بیماران بررسی شدند. گروه اول (۲۹۱ نفر) بیمارانی که با شکست در درمان، مواجه گردیدند و گروه دوم (۳۰۹ نفر)، بیمارانی که بدون شکست با متادون، درمان شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، تی تست و رگرسیون لجستیک و در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران $37 \pm 10/5$ سال بود. دو گروه بیماران مورد بررسی، در نوع ماده مصرفی ($P=0/001$)، بیماری روانی همراه ($P=0/011$)، مرکز درمان کننده بیمار ($P<0/001$)، دوز متادون مصرفی ($P=0/018$) و وضعیت تأهل ($P<0/001$) دارای اختلاف معنی‌دار آماری بودند. سن، مدت اعتیاد، مصرف همزمان دو ماده یا بیشتر از دو ماده مخدر، تعداد موارد درمان قبلی اعتیاد، وجود بیماری جسمی و سابقه مشکلات قانونی اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد اگر درمان نگهدارنده با متادون با درمان بیماری‌های روانی بیماران، رفع مشکلات خانوادگی، دوز کافی متادون و کاهش هزینه‌های درمانی همراه شود، می‌تواند برای کنترل و درمان اعتیاد بیش از پیش مؤثر واقع گردد.

واژگان کلیدی: متادون، درمان نگهدارنده، شکست درمان، مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر

• **ارجاع:** ریاحی علی، خانجانی نرگس، احمدی پور حبیبه. بررسی علل شکست درمان در بیماران تحت درمان با متادون در مراکز سوء مصرف مواد مخدر. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۲(۲): ۱۱۵-۱۲۲.

۱. دانشجوی MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

* نویسنده مسؤول: کرمان، ابتدای بزرگراه هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی.

Email: n_khanjani@kmu.ac.ir

تلفن و فاکس: ۰۳۴۳۱۳۲۵۱۰۲

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی، روانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. بر اساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵، تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر موجود در جمعیت ۴۴-۱۵ سال سراسر دنیا، ۲۰۰ میلیون نفر یا به عبارتی، ۰.۵٪ کل جمعیت بود که از این تعداد در حدود ۱۶۰ میلیون نفر یا به عبارتی ۰.۴٪ جمعیت، مصرف کننده مواد افیونی هستند (۱). در ایران، مواد افیونی بیشترین مواد غیر مجاز مصرفی می باشد (۲).

از آثار مصرف مواد مخدر بر فرد می توان بیش مصرفی، انتقال بیماری های عفونی و اختلالات سلامت روان را نام برد. اثرات سوء مصرف مواد بر جامعه شامل جنایت، مشکلات قانونی، فروپاشی بنیان خانواده و کاهش بهره‌وری می باشد. نکته مهم در درمان، اختلال وابسته به مواد آن است که هرچه بیمار به مدت بیشتری بر درمان باقی بماند، پیامد بیماری وی بهتر شده و عملکردش بهبود می یابد. از این رو تمامی سیاست های درمان، متمرکز بر نگهداری بیمار در مسیر درمان و افزایش راهکارهایی برای افزایش مدت باقی ماندن وی بر درمان است (۳).

در درمان اعتیاد به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون به عنوان داروی نگهدارنده دراز مدت، یکی از روش های معتبر و شناخته شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف مواد می باشد (۴).

برنامه های درمان نگهدارنده با متادون می توانند درمان مؤثری را برای وابستگان به مواد مخدر ارائه دهند. درمان نگهدارنده با متادون می تواند کیفیت عملکرد زندگی، وضعیت روان پزشکی و سازگاری عمومی

بیماران را برای یک دوره طولانی مدت افزایش دهد (۵).

یکی از چالش های عمده در این روش درمانی، میزان موفقیت در درمان است. با توجه به مزایای مذکور باز هم مشاهده می شود که برخی از بیماران قادر به مصرف منظم متادون، بدون مصرف مواد نمی باشند که این امر در مواردی منجر به شکست درمان (عود بیماری اولیه) می شود (۶).

در مطالعه ای دیگر که توسط حسینی و همکاران بر روی ۱۵۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر یزد انجام شد، مشخص گردید که با افزایش سن و متأهل بودن، وضعیت بهتر سلامت جسمی و روانی، دریافت دوزهای بالاتر از ۱۲۵ میلی گرم متادون و مصرف تریاک و شیره (در مقایسه با مصرف هروئین)، شانس موفقیت و ماندگاری بر درمان نگهدارنده با متادون افزایش می یابد (۷).

در مطالعه معینی و همکاران که بر روی ۱۹۸ نفر از بیماران مرکز ملی مطالعات اعتیاد تهران در سال های ۸۹ - ۱۳۸۵ انجام شد، بالا بودن دوز متادون مصرفی با عود بیماری اعتیاد، رابطه معکوس و وجود بیماری روانی و مصرف همزمان چند ماده مصرفی با عود بیماری رابطه مستقیم داشته است (۸).

در مطالعه سلیمانی و همکاران که بر روی ۱۵۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز درمان نگهدارنده شفای شهر رشت انجام شد، مشخص گردید که در بیماران مبتلا به علائم اضطرابی و افسردگی، دوز متادون بالاتری برای درمان مورد نیاز است (۹). در مطالعه اورکی و همکاران که بر روی ۸۰ نفر از مددجویان مراکز اصلی مطالعات اعتیاد، جمعیت آفتاب و آفتاب مهرورزی و یک درمانگاه خصوصی در شهر تهران انجام شد، مشخص شد که از علل مهم شکست

درمان، مصرف چندگانه مواد مخدر است (۱۰).

هدف از انجام این مطالعه، شناسایی عوامل مؤثر در شکست درمان نگهدارنده با متادون و در نتیجه افزایش ماندگاری درمان بیماران با آن و کاهش خسارات فردی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد در بین بیماران تحت درمان در شهر رفسنجان بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی تمامی بیماران مراجعه کننده به دو مرکز درمان سوء مصرف مواد بازگشت سبز (خصوصی) و مرکز درمان سوء مصرف مواد مرکز بهداشت رفسنجان (دولتی) که در سال‌های ۹۲-۱۳۹۰ پذیرش گردیده بودند، انجام گردید. اطلاعات موجود در همه پرونده‌های بیماران این دو مرکز در طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۰ که ۶۰۰ عدد بودند (۳۰۳ پرونده از مرکز درمان سوء مصرف مواد بازگشت سبز و ۲۹۷ پرونده از مرکز بهداشت) توسط روان‌شناس مراکز تکمیل شد و مورد استفاده پژوهشگر قرار گرفت. سپس بیماران بر اساس شکست یا موفقیت در درمان به دو گروه تقسیم شدند.

اطلاعات مورد استفاده با کمک روان‌شناس این دو مرکز از پرونده بیماران و در صورت وجود نقص با انجام مصاحبه از بیماران اخذ شد. قبل از ورود به مطالعه از بیماران رضایت آگاهانه گرفته شد و کلیه اطلاعات اخذ شده به طور محرمانه نگهداری شد.

در ابتدا برای بررسی تأثیر هریک از متغیرهای مستقل (سن، وضعیت ازدواج، نوع ماده مصرفی، دوز متادون تجویز شده، طول مدت اعتیاد، تعداد مواد مخدر یا روان‌گردان مصرفی، بیماری روانی یا جسمی همراه،

تعداد دفعات درمان قبلی و سابقه مشکلات قانونی یا زندان) بر متغیر وابسته (موفقیت یا شکست درمان) به صورت جداگانه، رگرسیون لجستیک به تفکیک برای هر متغیر مستقل انجام شد. سپس برای بررسی اثر همه متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته نتیجه درمان، رگرسیون لجستیک با حضور کلیه متغیرهای مستقل و به روش پسرو انجام شد.

این اطلاعات با استفاده از روش‌های آماری تحلیلی نظیر Chi-Square، T-test، رگرسیون لجستیک و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معنی داری آماری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

تعریف شکست درمان طبق پروتکل کشوری درمان اعتیاد عبارت است از دو تست مورفین مثبت متوالی به فاصله دو هفته یا عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته (۱۴). با توجه به این که انجام مطالعه در اکثر مراکز سوء مصرف مواد مخدر، به علت عدم رضایت بیماران با مخالفت مسئولین فنی این مراکز همراه بود، مطالعه حاضر تنها در دو مرکز انجام گردید. پرونده‌هایی که اطلاعات مندرج در آن‌ها ناقص تکمیل شده بود یا اطلاعات بیمار در آن ثبت نشده بود و همچنین پرونده‌های بیمارانی که طول مدت درمان آنان، کمتر از یک ماه بود از مطالعه خارج گردیدند.

یافته‌ها

در این مطالعه همه بیماران مرد بودند و میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها ۳۶/۹۶±۱۰/۴۶ بود. در جدول ۱، آمار توصیفی مربوط به متغیرهای کمی و کیفی به تفکیک دو گروه شکست در درمان و موفق در درمان و کل بیماران ارائه شده است. همان طور که مشاهده می‌شود در بیماران با شکست درمان، وجود

بیماری‌های همراه به طور معنی‌داری بیشتر بود. بود و بیشترین افراد به مرکز خصوصی (بازگشت همچنین تأهل در این افراد به طور معنی‌داری کمتر سبز) مراجعه کرده بودند.

جدول ۱: بررسی خصوصیات دموگرافیک بیماران مورد بررسی در مراکز سوء مصرف مواد مخدر

| P-value | کل بیماران | | با موفقیت در درمان | | با شکست در درمان | | نوع گروه | |
|---------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|--------------------------------|--|
| | میانگین±انحراف معیار | | میانگین±انحراف معیار | | میانگین±انحراف معیار | | متغیر مورد بررسی | |
| ۰/۱۱ | ۳۶/۹۶±۱۰/۴۶ | | ۳۸/۰۳±۱۰/۶۴ | | ۱۰/۱۵±۳۵/۸۳ | | سن | |
| ۰/۹۳۸ | ۱۴±۸/۹۴ | | ۱۴/۱۹±۸/۴۷ | | ۱۴/۱۳±۹/۴۲ | | طول مدت اعتیاد(سال) | |
| ۰/۰۴۱ | ۶۳/۶۵±۲۲ | | ۲۲/۸۲±۶۵/۴۲ | | ۲۰/۵۵±۶۱/۷۷ | | دوز متادون تجویز شده(میلی گرم) | |
| ۰/۵۱۳ | ۴/۰۶±۲/۸۵ | | ۲/۷۴±۳/۹۴ | | ۴/۲±۲/۹۶ | | تعداد موارد درمان اعتیاد قبلی | |
| | | | | | | | متغیر کیفی | |
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| ۰/۰۸ | ۱۴/۷ | ۸۸ | ۱۵/۵۳ | ۴۸ | ۱۳/۷۴ | ۴۰ | تریاک | |
| | ۳۰/۸ | ۱۸۵ | ۳۴/۳۰ | ۱۰۶ | ۲۷/۱۵ | ۷۹ | شیره | |
| | ۵۴/۵ | ۳۲۷ | ۵۰/۱۶ | ۱۵۵ | ۵۹/۱۰ | ۱۷۲ | هروئین | |
| ۰/۵۷ | ۶۱/۳ | ۳۶۸ | ۶۱/۸۱ | ۱۹۱ | ۶۰/۴۸ | ۱۷۶ | یک ماده | |
| | ۲۶/۳ | ۱۵۸ | ۲۶/۸۶ | ۸۳ | ۲۵/۷۷ | ۷۵ | دو ماده | |
| | ۱۲/۳ | ۷۴ | ۱۱/۳۳ | ۳۵ | ۱۳/۷۵ | ۴۰ | بیش از دو ماده | |
| ۰/۰۲ | ۹۰/۵ | ۵۴۳ | ۹۳/۲۰ | ۲۸۸ | ۸۷/۶۲ | ۲۵۵ | ندارد | |
| | ۹/۵ | ۵۷ | ۶/۸۰ | ۲۱ | ۱۲/۳۸ | ۳۶ | دارد | |
| ۰/۱۰ | ۹۰/۷ | ۵۴۴ | ۹۲/۵۵ | ۲۸۶ | ۱۱/۳۵ | ۲۵۸ | ندارد | |
| | ۹/۳ | ۵۶ | ۷/۴۴ | ۲۳ | ۸۸/۶۵ | ۳۳ | دارد | |
| <۰/۰۰۱ | ۱۷/۲ | ۱۰۳ | ۱۳/۵۹ | ۴۲ | ۲۰/۹۶ | ۶۱ | مجرد | |
| | ۵/۸ | ۳۵ | ۲/۹۱ | ۹ | ۸/۹۳ | ۲۶ | جدا شده | |
| | ۷۷ | ۴۶۲ | ۸۳/۴۹ | ۲۵۸ | ۷۰/۱۰ | ۲۰۴ | متأهل | |
| ۰/۰۰۱ | ۵۰/۲ | ۳۰۱ | ۴۳/۶۸ | ۱۳۵ | ۵۷/۷۳ | ۱۶۸ | بازگشت سبز | |
| | ۴۹/۸ | ۲۹۹ | ۵۶/۳۱ | ۱۷۴ | ۴۲/۲۶ | ۱۲۳ | مرکز بهداشت | |
| ۰/۱۸ | ۷۷/۵ | ۴۶۵ | ۷۹/۶۱ | ۲۴۶ | ۷۵/۲۵ | ۲۱۹ | ندارد | |
| | ۲۲/۵ | ۱۳۵ | ۲۰/۳۹ | ۶۳ | ۲۴/۷۴ | ۷۲ | دارد | |
| | | ۶۰۰ | | ۳۰۹ | | ۲۹۱ | جمع | |

موفقیت درمان افرادی که بیماری روانی نداشتند، بیش از افرادی بود که بیماری روانی داشتند. شانس موفقیت در درمان افراد متأهل نیز از افراد مجرد یا جدا شده بیشتر بود (جدول ۲).

در رگرسیون لجستیک نتایج نشان داد که شانس موفقیت در درمان افرادی که تریاک یا شیره مصرف می‌کردند، بیش از افرادی بود که هروئین مصرف می‌نمودند. با افزایش دوز متادون مصرفی، شانس موفقیت در درمان فرد، افزایش می‌یافت. شانس

جدول ۲: نتایج تحلیل تک متغیره و چند متغیره عوامل مؤثر بر شکست درمان سوء مصرف مواد با درمان نگهدارنده متادون

| متغیر | نسبت شانس خام | دامنه اطمینان ۹۵٪ | نسبت شانس تعدیل شده | دامنه اطمینان ۹۵٪ |
|-------------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| ماده مصرفی | ۱ | | ۱ | |
| هروئین | ۱/۳۳۲ | (۰/۸۳-۲/۱۳۶) | ۲/۳۴۷ | (۱/۳۴۷-۴/۰۸۹) |
| تریاک | ۱/۴۸۹ | (۱/۰۳۵-۲/۱۴۱) | ۲/۰۸۵ | (۱/۳۵۹-۳/۱۹۵) |
| شیره | ۱/۰۰۸ | (۱/۰۰۰-۱/۰۱۵) | ۱/۰۱۰ | (۱/۰۰۲-۱/۰۱۹) |
| دوز متادون تجویز شده | ۱ | | ۱ | |
| ندارد | ۰/۵۱۶ | (۰/۲۹۴-۰/۹۰۸) | ۰/۴۵۴ | (۰/۲۴۸-۰/۸۳۲) |
| بیماری روانی همراه | ۱ | | ۱ | |
| بازگشت سبز | ۱/۸۰۷ | (۱/۳۰۸، ۲/۴۹۸) | ۲/۶۲۹ | (۱/۷۷۷، ۳/۸۹۰) |
| مرکز بهداشت | ۱ | | ۱ | |
| متأهل | ۰/۵۴۴ | (۰/۰۳۵۳/۸۴) | ۰/۵۵ | (۰/۳۴۸-۰/۸۷۱) |
| مجرد | ۰/۲۷۴ | (۰/۱۲۵، ۰/۵۹۷) | ۰/۲۴۷ | (۰/۱۰۹، ۰/۵۵۹) |
| وضعیت تأهل | ۱ | | ۱ | |
| ندارد | ۰/۶۲۹ | (۰/۳۶-۱/۰۹۹) | ۰/۵۷۲ | (۰/۳۱۴-۱/۰۴۰) |
| بیماری جسمی همراه | ۱ | | ۱ | |
| سن | ۱/۰۲۱ | (۱/۰۰۵-۱/۰۳۷) | ۰/۰۱۳ | (۰/۹۹۵-۱/۰۳۱) |
| طول مدت اعتیاد | ۱/۰۰۱ | (۰/۹۸۳-۱/۰۱۹) | ۰/۹۸۲ | (۰/۹۵۸-۱/۰۰۶) |
| تعداد مواد مخدر یا روان گردان مصرفی | ۱ | | ۱ | |
| یک ماده | ۰/۰۱۴ | (۰/۶۹۸-۱/۴۷۳) | ۱/۲۶۶ | (۰/۸۴۰-۱/۹۰۸) |
| دو ماده | ۰/۷۷۹ | (۰/۴۷۲-۱/۲۸۶) | ۱/۰۶۶ | (۰/۵۸۶-۱/۹۳۷) |
| سه ماده یا بیشتر | ۰/۹۸۷ | (۰/۹۴۹-۱/۰۲۷) | ۰/۹۸۳ | (۰/۹۴۱-۱/۰۲۷) |
| تعداد دفعات درمان قبلی | ۱ | | ۱ | |
| ندارد | ۰/۷۷۹ | (۰/۵۳۱-۱/۱۴۴) | ۰/۹۶۳ | (۰/۶۰۲-۱/۵۴۱) |
| سابقه مشکلات قانونی | ۱ | | ۱ | |
| ندارد | ۰/۷۷۹ | (۰/۵۳۱-۱/۱۴۴) | ۰/۹۶۳ | (۰/۶۰۲-۱/۵۴۱) |
| دارد | | | | |

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه مشخص گردید که نوع ماده مصرفی، بیماری روانی فرد مراجعه کننده، مرکز درمان کننده بیمار، دوز متادون مصرفی و وضعیت تأهل بر شکست در درمان تأثیر گذار می باشند.

در مطالعه حاضر، شانس موفقیت در درمان افرادی که تریاک استفاده می کردند در مقایسه با افرادی که شیره و هروئین استفاده می نمودند، بالاتر بود. همچنین موفقیت در درمان افرادی که شیره استفاده می کردند نیز از افرادی که هروئین استفاده می نمودند، بالاتر بود. در مطالعه کیانی و پوررضا که بر روی ۹۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز درمان اعتیاد یاران شهر کهنوج انجام شد نیز مشخص گردید افرادی که تریاک

مصرف می کردند در مقایسه با بیمارانی که کراک (هروئین) مصرف می کردند، دارای موفقیت بالاتری در درمان بودند (۱۱). علت آن می تواند وابستگی روانی زیاد و وسوسه شدید در مصرف کنندگان هروئین باشد که احتمال شکست درمان را در آن ها نسبت به مصرف کنندگان تریاک و شیره افزایش می دهد.

در این مطالعه با افزایش دوز متادون شانس موفقیت در درمان افراد افزایش می یافت. در مطالعه معینی و همکاران که بر روی ۱۹۸ بیمار مراجعه کننده به مرکز ملی اعتیاد تهران انجام شد نیز مشخص شد که با افزایش دوز متادون، طول ماندگاری درمان افزایش می یابد (۸). احتمالاً با بالا رفتن دوز متادون، وسوسه مصرف مواد کاهش می یابد که می تواند بر شانس

موفقیت بر درمان بیفزاید.

در مطالعه حاضر، شانس موفقیت در درمان افرادی که به مرکز درمان نگهدارنده با متادون (مرکز بهداشت دولتی) مراجعه نمودند، بیش از افرادی بود که به مرکز بازگشت سبز (خصوصی) مراجعه کردند. در مطالعه‌ای که توسط Booth و همکاران بر روی ۵۷۷ بیمار معتاد تزریقی خیابانی تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد هم مشخص گردید که رایگان بودن درمان، یکی از عوامل افزایش موفقیت در درمان می‌باشد (۱۲).

داشتن انگیزه با توجه به رایگان بودن یا کم هزینه‌تر بودن درمان در مراکز وابسته به مرکز بهداشت دولتی می‌تواند انگیزه‌ای برای همکاری بیشتر بیماران برای درمان باشد تا با داشتن تست‌های مورفین منفی و نداشتن غیبت از درمان (که می‌تواند منجر به اخراج از مرکز شود) موقعیت خود را در مرکز از دست ندهند، در حالی که در مرکز خصوصی امکان بازگشت همواره وجود دارد و حتی در صورت اخراج از مرکز، فرصت مراجعه به سایر مراکز خصوصی هم وجود خواهد داشت.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که شانس موفقیت در درمان افراد متأهل، بالاتر از افراد مجرد و جدا شده بود. همچنین شانس موفقیت در افراد مجرد نیز از افراد جدا شده بالاتر بود که با نتایج مطالعه افسر و همکاران که بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر همدان انجام شد (۱۳) مطابقت داشت. حمایت روانی خانواده و قدرت تحمل استرس بیشتر، می‌تواند یکی از دلایل مؤثر در این موضوع محسوب شود.

همچنین در این مطالعه مشخص گردید که طول مدت اعتیاد، تأثیری در موفقیت بر درمان نداشت که با مطالعه حسینی و همکاران که بر روی ۱۵۵ نفر از

بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر یزد انجام شد (۷)، همخوانی داشت. طول مدت اعتیاد در مقایسه با نوع ماده مصرفی اثر بسیار کمتری بر میزان وابستگی به مصرف مواد دارد.

وجود بیماری جسمی در بیماران تحت درمان در این مطالعه، تأثیری بر موفقیت در درمان نداشت در حالی که در مطالعه حسینی و همکاران، افراد دارای بیماری جسمی، ماندگاری کمتری در درمان داشتند (۷) و در مطالعه Booth و همکاران سلامت جسمی یکی از عوامل مهم در تعیین پیش آگهی اختلالات روانپزشکی از جمله درمان وابستگی به ترکیبات اویپوئیدی بود (۱۲) که علت این تفاوت می‌تواند عدم اظهار بیماری جسمی توسط بیماران یا دقیق نبودن شرح حال گرفته شده توسط روان‌شناسان مراکز باشد.

در مطالعه حاضر، سابقه مشکلات قانونی (بازداشت یا زندان) تأثیری در موفقیت درمان نداشت که با نتیجه مطالعه حسینی و همکاران مطابقت دارد (۷). علت این که مشکلات قانونی باعث بهتر یا بدتر شدن میزان موفقیت در درمان نمی‌شوند می‌تواند ناشی از آن باشد که اکثر بیماران تحت درمان در مرکز بهداشت، سابقه مشکلات قانونی داشتند ولی به علت ارزان‌تر بودن هزینه درمان در این مرکز، موفقیت در درمان بیشتر از مرکز درمان کننده بخش خصوصی بازگشت سبز بود و در نتیجه این عامل باعث نامشهود شدن تفاوت در بین افرادی که سابقه مشکلات قانونی داشتند یا نداشتند می‌گردید.

محدودیت‌های انجام این طرح شامل عدم امکان پرسش از بیمارانی که در حال حاضر تحت درمان قرار نداشتند و این که در بسیاری از موارد باید به گفته‌های بیمار اعتماد شود؛ مانند سابقه وجود بیماری روانی یا جسمی، نوع ماده مصرفی و سابقه مشکلات قانونی و

پیشنهادها

با توجه به اهمیت پیشگیری د درمان اعتیاد در کشور پیشنهاد می شود که تحقیقات بیشتری در زمینه عوامل بازدارنده درمان موفق اعتیاد در کشور انجام شود.

سیاسگذاری

نویسندگان مقاله لازم می دانند تا از تمامی عزیزانی که در این مطالعه یاری رسانیده اند تشکر و قدردانی به عمل آورند. این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی جهت اخذ گواهی عالی بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی کرمان می باشد.

زندان، در حالی که ممکن است گفته های بیمار صحت نداشته باشد بود. احتمال شکست درمان در افرادی که از مواد مخدر صنعتی (هروئین) استفاده می کردند، بیماری روانی داشتند، درمان با استفاده از دوزهای پایین و ناکافی متادون انجام می دادند و افرادی که به صورت مجرد (ازدواج نکرده یا جدا شده) زندگی می کردند بیشتر بود. همچنین احتمال شکست درمان (ترک درمان) در مراکز خصوصی، احتمالاً به علت هزینه بالاتر، بیشتر بود. لذا باید این گروه ها را به عنوان گروه های خطر برای عود یا شکست درمان در نظر گرفت و برنامه ریزی مناسب برای حمایت بیشتر از این افراد به عمل آورد.

References

1. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). Annual Report; 2007. [cited 2015 Nov 13]. Available from: http://www.unodc.org/pdf/annual_report_2007/AR06_fullreport.pdf
2. Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iranian Med. 2002;5(3):184-90.
3. Stein MD, Herman DS, Kettavong M, Cioe PA, Friedmann PD, Tellioglu T, et al. Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons. J Subst Abuse Treat. 2010;39(2):157-66.
4. Grusser SM, Thalemann CN, Platz W, Golz J, Partecke G. A new approach to preventing relapse in opiate addicts: a psychometric evaluation. Biol Psychol. 2006;71(3):231-5.
5. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. J Subst Abuse Treat. 2007;33(1):91-8.
6. Iran Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Deputy of Health. The Protocol for Treating Opium Addiction by Antagonist Drugs; 2006. 2th ed. [cited 2015 Nov 13]. Available from: <http://incas.tums.ac.ir/files/site1/files/Darman-Tarketiad-ProtcolMMT.pdf>
7. Hosseini F, Yassini Ardakani M, Ahmadi MH, Vafaei Nasab MR, Kholasezadeh G, Dastjerdi G. Retention rate in methadone maintenance therapy. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2010;18(3):152-8. Persian.
8. Moeini M, Mohammad Razzaghi O, Mahmoodi M, Pashaei T. Analysis of retention time among a sample of opioid dependents participating in the methadone maintenance treatment program in Iran. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2013;11(3):55-64. Persian.
9. Solimani R, Najafi K, Allahi M, Sharghi A. Anxiety and depression in the patients under going methadone main tenance therapy. J Guilan Unive Med Sci. 2013;22(87):64-9. Persian.
10. Oraki M, Mokri A, Kiaei Ziabari SM. Relationship between craving for methamphetamine and personality characteristics among patients in methadone maintenance treatment program. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2013;19(3):177-86. Persian.
11. Kiani O, Pourzad A. The study of the role of contributor factors in addiction withdrawal. Journal of Research on Addiction. 2013;6(22):39-54. Persian.
12. Booth RE, Corsi KF, Mikulich-Gilbertson SK. Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. Drug Alcohol Depend. 2004;74(2):177-85.
13. Afsar A, Bashirian S, Poorolaja J, Hazavehei SM, Vatan Nawaz E, Zinat Motlagh F. Predictive factors of relapse among patients treated with methadone maintenance treatment referred to addiction centers in Hamadan based on health belief model. J Health Syst Res. 2014;9(14):2034-45. Persian.

Factors Related to Treatment Failure in Patients under Methadone Treatment at Drug Rehabilitation Centers

Riahi Ali¹, Khanjani Narges^{2*}, Ahmadipour Habibeh³

• Received: 15. 10. 2015

• Revised: 06. 12. 2015

• Accepted: 08. 12. 2015



Abstract

Introduction: One of the ways for addiction control and damage reduction is methadone treatment. However, the factors related to treatment failure have not been fully studied. In this study the characteristics related to treatment failure in Rafsanjan city has been studied.

Method: This descriptive and analytical cross-sectional study was done based on records of patients visiting two rehabilitation centers in Rafsanjan in 2011-2013. The records were evaluated in two groups of patients. The first group (291 patients) were people with treatment failure, and the second group (309 people) were those successfully treated. Data analysis was done using t-test, chi-square, and logistic regression through SPSS 22 software.

Results: The mean age of participants was 37 ± 10.5 years. The two groups were significantly different in regard to kind of substance use ($P = 0.001$), existence of mental illness ($P = 0.011$), treatment center ($P < 0.001$), the dose of methadone consumption ($P = 0.018$), and marital status ($P < 0.001$); but the difference in age, addiction duration, the concomitant use of two or more psychotropic substances, number of previous treatment, presence of physical illness, and the history of legal problems was insignificant.

Conclusion: Methadone maintenance treatment is likely to be more effective if it is associated with treating the patients' mental illness, solving family problems, adequate doses of methadone, and reducing the health care costs.

Keywords: Methadone, Maintenance therapy, Treatment failure, Rehabilitation Centers

• **Citation:** Riahi A, Khanjani N, Ahmadipour H. Factors Related to Treatment Failure in Patients under Methadone Treatment at Drug Rehabilitation Centers. *Journal of Health Based Research* 2015; 1(2): 115-122.

1. MPH Student, School of Public Health, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran.

2. Associate Professor, Neurological Research Center, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Social Medicine, School of Medicine, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran.

***Correspondence:** Kerman, Haftbagh Highway, Kerman University of Medical Science, School of Public Health, Department of Epidemiology and Biostatistics.

Tel/Fax: 034-31325102

Email: n_khanjani@kmu.ac.ir