

● مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره شانزدهم، شماره ۲، ص ۱۵۴-۱۴۴، ۱۳۸۸

مقاله پژوهشی

تجارب افراد وابسته به مواد افیونی از رابطه درمانی ایجاد شده در مراکز توزیع متادون شهر کرمان

دکتر نبی بنزاده^۱، دکتر حیدرعلی عابدی^۲، دکتر علی خردمند^{۳*}

خلاصه

مقدمه: درمان نگهدارنده با متادون شکلی از درمان است که برای افراد وابسته به مواد افیونی استفاده می‌شود. درک چگونگی تجارب حین درمان این افراد در ادامه درمان آنها اهمیت داشته و می‌تواند باعث فهم بهتر و عمیق‌تر از مفهوم درمان نگهدارنده با متادون شده و در تجدید نظر در استانداردهای درمانگاه‌های متادون و بهبود کیفیت خدمت‌رسانی نیز استفاده شود. این مطالعه با هدف توصیف ماهیت و ساختار تجربه حین درمان افراد وابسته به مواد افیونی از درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

روش: در این مطالعه از روش فنومنولوژی که رویکردی کیفی است، استفاده شده است. نمونه‌ها از میان افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های متادون شهر کرمان در سال ۱۳۸۶ انتخاب گردیدند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده و تا اشباع اطلاعات که در آخر، تعداد شرکت‌کنندگان به ۳۲ نفر رسید، ادامه یافت. روش کلایزی برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به کار رفت و استحکام این مطالعه بر اساس دو معیار اطمینان‌پذیری و باورپذیری بود.

یافته‌ها: حاصل این پژوهش ۲۶ کد بود که همان مفاهیم تدوین شده می‌باشند و در سه دسته موضوعی اصلی رابطه درمانی مثبت، رابطه درمانی منفی و نیازها قرار گرفتند. این سه دسته موضوعی ساختار اصلی تجربه رابطه درمانی ایجاد شده در مراکز توزیع متادون را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: مراجع محور بودن در مراکز درمان نگهدارنده با متادون سبب روابط مثبت درمانی و ادامه درمان در شرکت‌کنندگان می‌شود و در مقابل عدم احترام به مشارکت‌کنندگان از مهم‌ترین موارد رابطه درمانی منفی است. لذا برقرار شدن رابطه نزدیک میان مشارکت‌کنندگان با مراکز درمانی و سهیم شدن آنها در امر درمان می‌تواند در بهبود اهداف درمانی مؤثر باشد. جلسات مشاوره فردی، گروهی، خانوادگی و شغلی حین درمان و سایر آموزش‌ها باید در کنار درمان نگهدارنده متادون مد نظر قرار داده شود.

واژه‌های کلیدی: تجارب، متادون، روابط کارکنان بهداشتی و بیمار

۱- استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان،

اصفهان ۳- دستیار روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نویسنده مسؤل، آدرس: بیمارستان شهید بهشتی، بلوار جمهوری اسلامی، کرمان • آدرس پست الکترونیک: alikhheradmand2007@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۸/۱۲ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۷/۱۰/۳ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۱۱

مقدمه

درمان نگهدارنده با متادون (Methadone maintenance therapy) شکلی از درمان است که برای افراد وابسته به مواد افیونی استفاده می‌شود. گرچه جستجو برای یافتن اشکال دیگر درمان در موارد وابستگی به مواد افیونی ادامه دارد، اما هنوز هم درمان نگهدارنده با متادون بیشترین استفاده را به خود اختصاص داده است (۱). درمان نگهدارنده با متادون در ایران از چهار سال پیش ابتدا به صورت پایلوت و هم اکنون به صورت سراسری در کشور و با عنوان طرح متادون به اجرا درآمده است و سرمایه‌گذاری زیادی در این زمینه صورت گرفته است که نمونه آن راه‌اندازی مراکز متعدد توزیع قرص متادون در زندان‌ها، مراکز بهزیستی، مراکز ترک اعتیاد و... می‌باشد و نیروهای زیادی برای اجرای آن به کار گرفته شده‌اند (۲). به نظر می‌رسد هنوز درصد اندکی از افراد وابسته به مواد افیونی تحت درمان با متادون می‌باشند و از طرفی گروهی از افراد وابسته به مواد افیونی علی‌رغم این که به دفعات متعدد نیز این درمان را تجربه کرده‌اند، ولی دوباره درمان را ناقص رها کرده‌اند و درمان طولانی مدت نگهدارنده با متادون را درمان مناسبی برای خودشان نمی‌دانند.

در ارزیابی و ارزشیابی کیفیت سیستم درمانی، رضایت‌سنجی و دسترسی به دیدگاه مراجعین سازمان بسیار ضروری است و ارزیابی رضایت مراجع (داخلی و خارجی) می‌تواند نمایی را برای ارزشیابی بهتر خدمات و سرویس‌های ارائه شده به دست داده و دست‌اندرکاران را از این طرز فکر نادرست که دلیل هر نقصی را باید در عوامل مربوط به مراجع جستجو کرد، رها سازد.

هر چند توجه به ایده کارشناسان و دیدگاه آنان می‌تواند در شرایط خاصی به افزایش کیفیت خدمات ارائه شده منجر گردد اما به همان اندازه در نظر گرفتن دیدگاه عمده مراجعان این مراکز نیز خالی از فایده نخواهد بود (۳).

سازمان جهانی بهداشت (WHO)، دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNDCP) و مراکز کنترل مواد مخدر و اعتیاد اروپا (EMCDDA)، دستورالعمل مشترکی را تحت عنوان «راهنمای بین‌المللی برای ارزیابی سیستم‌های درمانی معتادین به مواد مخدر» منتشر کرده‌اند. در این دستورالعمل برای ارزشیابی سیستم‌های درمانی معتادین، نوعی ارزشیابی توصیه شده است که شامل نیازسنجی، ارزشیابی فرآیند، ارزشیابی برآیند، رضایت‌سنجی مشتری و ارزشیابی اقتصادی می‌شود. در صدر فعالیت‌های مرحله نیازسنجی، تحلیل گروهی مخاطب و پژوهش‌های کیفی به عنوان یکی از روش‌های اصلی جای دارد. هم‌چنین در قسمت ارزشیابی فرآیند از مصاحبه‌های گروهی و فردی عمیق به عنوان یکی از فعالیت‌های اصلی یاد شده است (۴).

با وجود این که روش پژوهش‌های کیفی در عرصه علوم اجتماعی قدمتی طولانی دارد، اما در زمینه علوم بهداشتی و به ویژه مطالعه پیرامون مواد مخدر به تازگی وارد شده‌است. تاکنون مطالعات متعددی در زمینه ارزیابی سیستم‌های گوناگون درمان معتادین صورت گرفته‌است ولی آنچه جلب نظر می‌کند تعداد کم مطالعات انجام شده به روش کیفی و تعداد کمتری در مورد گروه‌های پرخطر است (۵).

در برنامه درمانی متادون نگهدارنده تأکید زیادی بر توجه به نیازهای مراجع وجود دارد که شناخت و اجرای آن تأثیر به‌سزایی در حفظ درمان خواهد داشت (۶). در صورتی که مراجعان قادر به حفظ و پابندی به درمان نباشند، شانس کمی برای کسب منافع بالقوه درمان خواهند داشت و طول مدتی که افراد درگیر درمان هستند، ارتباط مستقیمی با دستیابی به دیگر پیامدهای مثبت درمان دارد (۷). این زمان به‌ویژه در کاهش استعمال سایر مواد افیونی و کاهش فعالیت‌های مجرمانه نیز مؤثر است (۸). از جمله عوامل مؤثر در افزایش طول درمان رابطه مناسب مراجعین

زندگی بودند، انتخاب گردیدند. حجم نمونه معمولاً بر اساس نیازهای اطلاعاتی مشخص می‌شود (۱۴). در این مطالعه تا به اشباع رسیدن اطلاعات، نمونه‌گیری ادامه یافت و با توجه به این که نمونه باید منبع اطلاعات باشد، افراد در درمانگاه‌های متادون تا به اشباع رسیدن اطلاعات، انتخاب و مصاحبه شدند و با انجام مصاحبه و مشاهده و یادداشت‌برداری‌های در عرصه اشباع حاصل شد و زمانی که حجم نمونه به ۳۲ شرکت‌کننده رسید دیگر نیازی به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر نبود.

در این مطالعه به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه عمیق بدون ساختار استفاده شده‌است. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، توضیحات لازم به آنان داده شد و پس از گرفتن رضایت آنها، زمان و مکان مصاحبه با نظر شرکت‌کننده تعیین شد. قبل از شروع مصاحبه مجدداً از شرکت‌کننده در مورد ضبط مصاحبه‌ها اجازه و رضایت گرفته‌شد و نیز در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و صدای شرکت‌کنندگان به آنها اطمینان داده شد. مدت زمان هر مصاحبه ۴۵-۳۰ دقیقه و حداکثر ۹۰ دقیقه بود.

مصاحبه‌ها تماماً بر روی نوار کاست ضبط شدند. حرکات غیرکلامی در حین مصاحبه مثل گریستن و تون صدا یا حرکات سایر افراد حاضر در محیط و مشاهدات در باره ارتباطات حاکم بر محیط پس از اتمام مصاحبه و در غیاب شرکت‌کننده یادداشت و ثبت شدند.

در این پژوهش، در نیمه دوم سال ۱۳۸۶ مصاحبه با مراجعین به درمانگاه‌های متادون منتخب انجام‌شد. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۳۲ مراجع (۲ زن و ۳۰ مرد) بودند که در جدول یک مشخصات دموگرافیک و در جدول ۲ وضعیت درمانی آنها آمده‌است.

مصاحبه با سؤال وسیع و کلی «تجربه رابطه درمانی خود را با مرکز توزیع متادون توضیح دهید» شروع شد و سؤالات

حین درمان با مراکز توزیع‌کننده متادون بوده و روابط نامناسب مراجعین با مراکز توزیع‌کننده متادون و عدم رسیدگی به نیازهای مراجعین از جمله عوامل ناکارآمدی این درمان می‌باشد (۱). لذا درک چگونگی تجارب حین درمان افراد وابسته به مواد افیونی از مراکز توزیع‌کننده متادون در ادامه درمان آنها اهمیت داشته و بررسی این تجارب می‌تواند باعث فهم بهتر و عمیق‌تر از مفهوم درمان نگهدارنده با متادون گردد. بدیهی است این مفهوم می‌تواند در تجدید نظر استانداردهای درمانگاه متادون و بهبود کیفیت خدمت‌رسانی آنان نیز مورد بهره‌برداری قرارگیرد. هدف این مطالعه، توصیف ماهیت و ساختار تجربه حین درمان افراد وابسته به مواد افیونی از درمان نگهدارنده با متادون است.

روش بررسی

روش پژوهش در این مطالعه، فنومنولوژی است. فنومنولوژی، مطالعه تجارب زندگی است و محقق تجارب زندگی را از طریق مصاحبه و توصیف ارائه شده به وسیله افرادی که در تجربه زندگی می‌کنند، بررسی می‌کند (۹) یا به عبارتی فنومنولوژی کشف و ایجاد بینش نسبت به دنیا «آن طور که تجربه می‌شود» است (۱۰). فنومنولوژی، یکی از روش‌های تحقیق کیفی و روشی سیستماتیک، تعاملی و هدفمند برای توصیف تجارب زندگی و معنی دادن به آنها است (۱۱،۱۲). تحقیق کیفی برای شناسایی احساسات و عواطف بشری به کار می‌رود که این امر با روش‌های کمی مشکل می‌باشد (۱۳).

جامعه پژوهش، مراجعین به درمانگاه‌های متادون منتخب و محیط پژوهش، درمانگاه‌های متادون منتخب بود. انتخاب نمونه‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند بود و افرادی که درمان نگهدارنده با متادون را تجربه کرده بودند و مایل به مصاحبه و قادر به یادآوری و بیان تجارب روزمره

شرکت کنندگان ارجاع شدند و با تأیید آنان یافته‌ها معتبر شدند. هم‌چنین محقق یافته‌ها و کدهای استخراج شده را به شخص صاحب نظر در تحقیق کیفی ارجاع داده و اعتبار یافته‌های تحقیق از نظر ایشان مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این برای اطمینان‌پذیری یافته‌ها محقق فرایند پژوهش را با ذکر جزئیات توضیح داده و چگونگی رسیدن به نتایج را به تفصیل شرح داد، تا محققین دیگر را در درک چگونگی رسیدن به نتایج کمک کند.

نتایج

مشخصات دموگرافیک و وضعیت درمانی شرکت کنندگان در این پژوهش در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده‌است. بعد از نوشتن و خواندن مصاحبه‌ها طبق مرحله اول کلایزی، در مرحله دوم کلایزی جملات مهم مشخص شدند. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱ که زن ۴۴ ساله مطلقه است و از ۶ ماه پیش تحت درمان می‌باشد، می‌گوید: «روزهای اول فکر می‌کردم چیز دیگری به جای قرص می‌کوبند می‌ریزند توی لیوان و به ما می‌دهند، چون درد داشتم فکر می‌کردم گولمان می‌زنند». شرکت کننده شماره ۶ که مرد ۳۲ ساله و متأهل است و از حدود ۴ سال پیش تحت درمان می‌باشد، می‌گوید: «روانشناس مرا از خودکشی به جایی رساند که بهترین‌ها را برای خودم می‌خواستم». شرکت کننده شماره ۱۱ که زن ۲۳ ساله مطلقه است و از ۱۰ ماه پیش تحت درمان ۲۰ قرص می‌باشد، می‌گوید: «.....و دکتر مرکز برخورد بدی با من داشت...». سپس مهم‌ترین عبارات از گفته‌ها استخراج شد. به عنوان مثال در توصیف بیان‌شده توسط شرکت کننده شماره ۱ عبارت «فکر می‌کردم گولمان می‌زنند» معنی بی‌اعتمادی استنباط شد و در توصیف بیان‌شده توسط شرکت کننده شماره ۶ مفهوم رابطه درمانی مثبت و در توصیف بیان شده توسط شرکت کننده شماره ۱۱، معنی برخورد نامناسب

بعدی با توجه به شرایط مصاحبه و صحبت‌های مراجعین در مورد تجربه حین درمان از مراکز توزیع متادون پرسیده شد و در صورت ابهام در پاسخ، سؤالات بیشتری در همان زمینه پرسیده شد.

در این پژوهش، روش تجزیه و تحلیل کلایزی، راهنمای فعالیت‌های اساسی بود. مطابق مرحله اول کلایزی، در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت‌برداری در عرصه، ابتدایه بیانات ضبط شده شرکت کنندگان مکرراً گوش داده شد و اظهاراتشان، کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شدند و مصاحبه نوشته شده، جهت درک احساسات و تجارب شرکت کنندگان چند بار مطالعه شد و طبق مرحله دوم کلایزی، پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت کننده و هم احساس شدن و درک احساس وی، زیر اطلاعات با معنی، خط کشیده شد و به این طریق جملات مهم مشخص شدند. در مرحله سوم کلایزی که استخراج مفاهیم فرموله بود، بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بود، استخراج شود. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده، سعی شد تا مرتبط بودن معنی تدوین شده با جملات اصلی و اولیه مورد بررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آنها اطمینان حاصل شود. مرحله چهارم، سازمان‌بندی مفاهیم تدوین شده به دسته‌های موضوعی بود و در مرحله پنجم نتایج برای توصیف جامع از پدیده تحت مطالعه به هم پیوستند و دسته‌های کلی‌تری را به وجود آوردند. مرحله ششم تدوین توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه تا حد امکان با بیان واضح و بدون ابهام بود و مرحله هفتم اعتباربخشی که به وسیله ارجاع به هر نمونه و پرسیدن درباره یافته‌ها تا این مرحله انجام شد (۱۱).

در این پژوهش برای استحکام تحقیق از دو معیار اطمینان‌پذیری و باورپذیری استفاده شد به این صورت که برای باورپذیری یافته‌ها، کدهای استخراج شده به

موضوعی تشکیل شدند. سپس دسته‌های موضوعی مختلف که معانی مشابهی داشتند، در دسته‌های موضوعی بزرگ‌تری قرار داده شد به عنوان مثال، دسته‌های موضوعی اختیارات کم و برخورد نامناسب مرکز و مشکل برقراری ارتباط و بی‌اعتمادی، در دسته‌بندی موضوعی رابطه درمانی منفی و دسته‌های موضوعی رابطه درمانی مثبت و رابطه درمانی منفی در دسته موضوعی بزرگ‌تری به نام رابطه درمانی حین درمان با مرکز قرار گرفتند.

در مطالعه حاضر تعدادی از شرکت کنندگان رابطه مثبت و تعدادی دیگر رابطه منفی با مرکز حین درمان را ذکر کردند. همچنین نیاز به مشاوره و روان‌درمانی و مددکاری نیز عنوان شد. سرانجام مفهوم کلی‌تری تحت عنوان رابطه درمانی با مرکز از این بیانات استنباط شد.

استنباط شد. حاصل این مرحله پژوهش حاوی ۲۵ کد بود. البته لازم به یادآوری است که پس از استخراج کدهای هر مصاحبه، نسبت به انجام مصاحبه بعدی اقدام شد. در این مرحله کلیه کدهای استخراج شده به صورت لیست تهیه و تدوین گردیدند که در جدول ۳ ذکر شده‌اند. بعد از استخراج کدها، مطابق مرحله چهارم کلایزی، مفاهیم تدوین شده به دسته‌های موضوعی یا تم‌ها دسته‌بندی گردید. بدین صورت که کدهای ۴-۱ دلالت بر رابطه درمانی مثبت و کد ۵ در دسته موضوعی اختیارات کم و کدهای ۱۱-۶ در دسته موضوعی برخورد نامناسب مرکز و کدهای ۱۲ و ۱۳ در دسته موضوعی مشکل برقراری ارتباط و کدهای ۱۸-۱۴ در دسته موضوعی بی‌اعتمادی جای گرفتند. کدهای ۲۵-۱۹ در دسته موضوعی نیاز به مشاوره قرار گرفت. به این ترتیب همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده‌است، دسته‌های

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مصاحبه‌های افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های متادون شهر کرمان

مشخصات	سن			وضعیت تأهل			تخصیلات			شغل		اعتیاد قبلی		
	۲۰ >	۲۰-۴۰	۴۰ <	متاهل	مجرد	طلاق یا فوت همسر	زیر دیپلم	دیپلم	بالای دیپلم	یکار	کارمند	کارگر	تریاک و شیره	هروئین و غیره
مرد	۱	۸	۲۱	۱۱	۱۰	۹	۱۴	۱۱	۵	۱۰	۵	۱۵	۴	۲۶
زن	۰	۱	۱	۰	۰	۲	۱	۱	۰	۲	۰	۰	۱	۱

جدول ۲: وضعیت درمانی شرکت کنندگان در مصاحبه‌های افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های متادون شهر کرمان

مشخصات درمان	تعداد قرص (عدد)			مدت درمان (سال)	
	۱۰ >	۱۰-۲۰	۲۰ <	۱ >	۱ <
مرد	۹	۱۷	۵	۱۱	۱۹
زن	۱	۰	۱	۲	۰

جدول ۳: کدهای استخراج شده از مصاحبه‌های افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های متادون شهر کرمان

ردیف	جملات مهم	دسته‌های موضوعی	مفهوم اصلی
۱	اعصاب بهتر و عدم داشتن وسوسه به دلیل مراجعه به مرکز جهت درمان و بر عکس عصبی تر شدن و وسوسه داشتن با مصرف خود سرانه متادون در خانه متادون	رابطه درمانی مثبت	مفهوم اصلی
۲	دیدگاه بیمار گونه به مراجعین		
۳	شخصیت قائل شدن		
۴	صحبت با پزشک مرکز و ارائه راهکار و رفع مشکل		
۵	اختیارات کم و مداخله زیاد پزشک	اختیار کم	رابطه درمانی منفی
۶	ندادن عمدی دارو توسط پزشک	برخورد نامناسب مرکز	
۷	عدم توجه روانشناس و دکتر اعصاب به مراجعین		
۸	مصرف مواد به دلیل برخورد نامناسب پزشک		
۹	تصمیم به ترک درمان بعد از دعوا با پرسنل مرکز		
۱۰	درگیری بعضی مراجعین با مسولین درمانگاه و اخراج آنها		
۱۱	تبعیض در برخورد با مراجعین		
۱۲	عدم درک مسولین مرکز و عدم آشنائی با او	مشکل برقراری ارتباط	
۱۳	عدم صحبت با پزشک خانم مرکز در مورد مشکلات جنسی و مشورت با افراد دیگر جهت رفع مشکل		
۱۴	خارج کردن مراجعین به هر نحوی به دلیل مجانی بودن طرح	بی‌اعتمادی	
۱۵	مرگ تعدادی مراجعین و کوتاهی مسولین مرکز در دادن داروها		
۱۶	احساس آسپیرین بچه بودن قرص‌ها به خاطر درد در دو سه روز اول		
۱۷	احساس تقلبی بودن قرص‌ها در چند روز اول درمان		
۱۸	اعتقاد به کم دادن شربت از طرف مرکز		
۱۹	کمک روانشناس مرکز در غلبه بر وسوسه		نیاز به مشاوره
۲۰	لزوم صحبت با مشاور در مرکز برای مراجعین		
۲۱	مفید بودن مرور خاطرات و علل اعتیاد جهت جلوگیری از مصرف مواد		
۲۲	مؤثر بودن روانشناس مرکز		
۲۳	رسیدن از خود کشی به احساس بهترین بودن توسط روانشناس مرکز		
۲۴	برگزار کردن کلاس‌های روان درمانی تک نفری جهت حل مشکلات روحی		
۲۵	تقاضای رسیدگی بیشتر مددکار و صحبت با والدین در مورد وضعیت شخصی و حل مشکل کاری		

بحث و نتیجه گیری

رابطه مثبت درمانی از نظر شرکت کنندگان (کدهای ۴-۱) شامل دیدگاه بیمارگونه، شخصیت قائل شدن، تحت نظر پزشک بودن و مشورت با پزشک بود که تمام این موارد نشان می‌داد مراجع محوری از مزایای مهم این برنامه درمانی از دیدگاه شرکت کنندگان بود. همان‌طور که در مطالعه گویاچارد ارزیابی توسط پزشک سبب بهتر شدن درمان و جلوگیری از ایجاد شکاف بین مراجعین و مرکز شده بود. این شکاف می‌توانست سبب سوءمصرف مواد شود (۱۵). در تحقیق کیفی که در مراکز درمانی متادون کشور روسیه انجام شده یکی از علل برداشتهای مثبت افراد وابسته به مواد از درمان نگهدارنده با متادون نگرش‌های غیرقضاوتگرانه (nonjudgmental) نسبت به آنها در مراکز درمانی ذکر شده است (۱۶). پوتیک با استفاده از تئوری وینیکات (Winnicott)، مدل سایکودینامیک را برای وابستگی به مواد و درمان جایگزین با داروهای نگهدارنده ارائه کرده است. وی بیان می‌دارد که درمان نگهدارنده با متادون با تغییراتی در راه و روش زندگی بیماران و رفتارهای آنها همراه است که برابر با مرحله گذرا (transitional state) در تئوری وینیکات می‌باشد و متادون، مشاوره و خدمات ارائه شده از مرکز به مثابه اژه بینابینی (transitional object) می‌باشد و در آخر مقاله چنین نتیجه می‌گیرد که درمان با داروهای نگهدارنده جنبه‌های بسیاری از زندگی معتادان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بعضی از درمانگران برگزیده توسط مراجعین در مراکز توزیع متادون، تأثیرات مفیدی در نتیجه درمانی خواهند داشت (۱۷). جنبه‌های منفی رابطه درمانی (کدهای ۱۸-۵) که مراجعین بیان کردند شامل اختیارات کم مراجعین، برخورد نامناسب کارکنان مرکز، مشکل در برقراری ارتباط مناسب با کارکنان مرکز و بی‌اعتمادی

نسبت به کارکنان مرکز بود.

همان‌طور که قبلاً گفته شد تحت نظر پزشک بودن در این طرح از جمله محاسن طرح توسط مراجعین برشمرده شد اما از طرفی تعدادی از مراجعین از ویژگی‌های مکرر پزشک و اختیارات کم خود، ابراز نارضایتی می‌کردند و تقاضا داشتند که ویژگی‌های پزشک کمتر شود تا مقدار دارو کمتر تغییر کند. در این موارد به نظر می‌رسد رابطه پزشک و مراجع، رابطه‌ای یک‌طرفه بوده که در آن فقط پزشک به دلخواه خود مرتباً مقدار دارو را بدون توجه به نیازهای مراجع تغییر می‌داده است.

عدم توجه پزشک و روانشناس مرکز، برخورد بد و تبعیض در برخورد با مراجعین از سوی کارکنان مرکز، درگیری با مسئولین مرکز از جمله برخوردهای نامناسب مرکز با مراجعین بیان شد. از جمله مخرب‌ترین رابطه‌های درمانی ذکر شده، برخورد نامناسب و تبعیض قائل شدن از سوی کارکنان مرکز و در بعضی موارد درگیری با مسئولین مرکز بود. این برخوردها نه تنها در خروج مراجعین از طرح بلکه در ایجاد عوارض خطرناک بعدی مثلاً مسمومیت به دنبال مصرف مقادیر بالای مواد مخدر نقش داشت. در تحقیق کیفی کشور روسیه از جمله برداشتهای منفی افراد وابسته به مواد افیونی در طول درمان، برخوردهای نامناسب قضاوتگرانه (judgmental) نسبت به آنها از سوی مراکز درمانی متادون بود (۱۶).

از جمله دیگر موارد در رابطه منفی درمانی، مشکل در برقراری ارتباط با کارکنان مرکز بود به طور مثال یکی از آقایان شرکت کننده که در شروع درمان دچار مشکلات جنسی به صورت انزال زودرس و محتمل شدن مکرر شده بود، ناتوانی در بیان مشکل خود با پزشک خانم مرکز را بیان کرد و برای درمان مشکل خود به پیشنهاد دوستانش

شروع به مصرف دوباره مواد کرده بود.

در تحقیقی که روی ۲۸ مراجعه کننده برای دریافت متادون نگهدارنده در کشور فرانسه انجام شده است، چهار الگوی ارتباطی زیر بین مراجعین و پزشک یافت شده: ۱- ارتباطی که در آن فقط روی مقادیر تجویز شده دارو صحبت می شده است. ۲- ارتباطی که پذیرش دارویی موضوع اصلی آن بوده است. ۳- اتحاد درمانی پزشک و مراجع که در آن پزشک و مراجع تصمیم مشترک را می گرفته اند. ۴- ارتباطی که از نظر مراجع این ارتباط سبب فراهم گردیدن یک داروی آزاد و قانونی برای اورمی شده است. مشاهده شده که در همه این چهار نوع ارتباط، مراجعین در بیان استفاده از دیگر داروها یا تزریق داروهای دیگر به خاطر ترس از عواقب بیان وابستگی دارویی، دچار مشکل بوده اند (۱۵).

برخورد نامناسب کارکنان مرکز هم چنین در شکل گیری قضاوت های عامیانه و شایعات نادرست و بی اعتمادی ها، نقش داشت. تعدادی از شرکت کنندگان احساس تقلبی بودن دارو و یا کم دادن دارو از مرکز را متذکر بودند. این بی اعتمادی ها در اوایل درمان به علت شروع سخت و یا در هنگام تغییر شکل دارو از قرص به شربت گزارش شد. به طوری که تعدادی از شرکت کنندگان عنوان می کردند که داروهای دیگری به غیر از متادون به آنها داده می شود. لذا آگاه سازی و اطلاع رسانی مناسب به خصوص در اوایل درمان و مواقعی که تغییر در رویه سیستم درمانی ایجاد می شود، می تواند بسیاری از بی اعتمادی ها را کاهش دهد.

جنبه سوم تجربه از مرکز، نیازهای ذکر شده در حین درمان توسط شرکت کنندگان بود. اکثر شرکت کنندگان نیاز به مشاوره و روان درمانی را ذکر کردند و نقش

روانشناس یا مشاور مرکز را در طول درمان خود به خصوص در مواقع استرس های ایجاد شده و جلوگیری از لغزش ها، مهم قلمداد کردند. هم چنین مشاوره و راهنمایی را در بهبود کیفیت زندگی خود مؤثر ذکر کردند. در مطالعه کیفی که به روش اتنوگرافی روی ۱۷ بیمار در مراکز درمانی متادون کشور آمریکا، انجام شد، مشاهده گردید که بیمارانی که برنامه های سازمان دهی شده در سطح بالا و روش های شناختی رفتاری را به کار برده بودند، کاهش مؤثر در مصرف دوباره مواد افیونی داشتند. هم چنین بهبود روحی و روانی نیز در این افراد مشاهده شد (۱۸).

در تحقیق جو که در طول ۶ ماهه اول درمان نگهدارنده با متادون در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شده، میزان ارتباط مراجعین و مشاوران آنها در مراکز درمانی متادون با کاهش یافتن مقدار داروی تجویز شده ارتباط مستقیم و با میزان مثبت شدن آزمایش ادرار آنها از نظر سوء مصرف مواد افیونی در خلال درمان رابطه معکوس داشت (۱۹).

همان گونه که در مطالعه آقای گواپچارد نیز به آن اشاره شده است (۱۵)، امکان وقت برای مشاوره و روان درمانی و عدم آگاه سازی بیمار از اهداف طرح میزان مراجعات فرد را (که می تواند در جهت یکی شدن درمان با ارکان زندگی اش کمک کننده باشد) محدود می سازد. موقعیت های مختلف و شکننده مراجعین و اهداف درمانی، ارزیابی های منظم توسط کارکنان مرکز را در طول رابطه درمانی می طلبد و برگزاری کلاس های درمانی و مشاوره در مراکز متادون در طول درمان در مراکز درمان نگهدارنده متادون باید مدنظر قرار گیرد.

جالب این که مراجعین شرکت کننده در این طرح روان درمانی های انفرادی را به روان درمانی گروهی ترجیح می دادند که شاید به خاطر درونگرا بودن و تمایل کمتر به

شرکت در جمع در افراد جامعه ایرانی باشد.

تعدادی از مراجعین نیز درخواست داشتند که در مورد درمان آنها با خانواده آنها نیز صحبت شود این گونه مراجعین سطح بروز هیجانی بالا (high emotional expression) و استرس بالا در خانواده را داشتند. تعدادی دیگر نیز درخواست مددکار اجتماعی را داشتند. این مراجعین معمولاً شغل خاصی نداشته واز بیکاری رنج می بردند. در تحقیقی در ایالت ماساچوست آمریکا بر روی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، در مراکزی که خدماتی در زمینه فراهم شدن شغل، اسکان و خانواده مناسب به مراجعین ارائه می دادند، ماندگاری درمان به طور چشمگیری بالاتر بود (۲۰).

در تحقیق دیکینسون نیز دیده شده است به غیر از مقدار داروی متادون تجویز شده، نظارت و بازتوانی عواملی مهم در ادامه درمان نگهدارنده با متادون می باشند (۲۱).

لذا افراد وابسته به مواد افیونی، نیازمند دستیابی به دامنه وسیعی از خدمات و حمایتها از سوی مراکز درمانی متادون (علاوه بر تجویز و توزیع متادون) به منظور کاهش استعمال مواد افیونی و بهبود کیفیت زندگی هستند و این خدمات و حمایتها نقش به سزایی در مراقبت پیوسته و دائمی و همچنین طول مدت درمان مراجعین دارد. برنامه های درمانی مراکز باید به ارائه سطوح مختلفی از خدمات و حمایتها پردازند و خدمات اجتماعی، مشاوره های

و خانوادگی، کاربایی و دیگر منابع موجود در جامعه باید مطابق با نیازهای متفاوت مراجعین انتخاب شوند.

به طور کلی از مهم ترین مزایای مثبت درمانی، مراجع محوری در این درمان بود و در مراکزی که این اصل بهتر رعایت شده بود پایداری و طول درمان مشارکت کنندگان نیز بیشتر بود. احترام به مقام و منزلت مشارکت کنندگان و عدم احترام به حق انتخاب آنها در درمان خود از مهم ترین موارد روابط درمانی منفی مرکز بود که نشان می دهد در صورت تشویق درگیر شدن مراجعان در تصمیم گیری درمان و برقرار شدن رابطه نزدیک میان مشارکت کنندگان با مرکز درمانی خود می توان نتیجه درمان را بهبود چشمگیر بخشید. به مراجعان مراکز درمانی باید در تمامی مراحل درمان خدمات مشاوره و راهنمایی ارائه شود. جلسات مشاوره فردی، گروهی، خانوادگی، شغلی و مشاوره برای مصرف مواد و سایر آموزشها باید در کنار برنامه های درمان نگهدارنده متادون در مراکز درمانی متادون مدنظر قرار گیرد.

سپاسگزاری

از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه و مسئولین و کارکنان درمانگاه های متادون که همکاری لازم را با ما نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. بدین وسیله از حمایت های مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان کمال امتنان را داریم.

Opiate Dependants' Experiences of the Established Therapeutic Relationship in Methadone Centers: Qualitative Study

Banazadeh N., M.D.¹, Abedi H.A., Ph.D.², Kheradmand A., M.D.^{3*}

1. Assistant Professor of Psychiatry, School of Medicine and Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

2. Assistant Professor of Nursing Education, Khorasegan Azad University, Isfahan, Iran.

3. Resident of Psychiatry, School of Medicine and Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

* Corresponding author, e-mail: alikheradmand2007@yahoo.com

(Received 2 Nov. 2008 Accepted 31 Dec. 2008)

Abstract

Background & Aims: Methadone maintenance therapy is one of the treatment choices for opiate users. Understanding opiate dependants' experiences of their treatment period is important for continuing the treatment with methadone and assessing their experiences may help to revise the standards of methadone centers and thus to improve the quality of treatment. This study aims to describe the structure and essence of opiate dependants' experiences with methadone centers during treatment.

Method: It was a qualitative phenomenological approach in which participants were selected from opiate dependants referred to methadone centers in Kerman city in 2007 by applying purposive sampling continued until data saturation and obtaining a sample size of 32 participants. Data were collected by in-depth interviews. Colaize' s Method was applied for data analysis. The rigor of the present study was based on transferability and credibility.

Results: In whole, 26 themes were extracted and put into structural components. The structural components were put into topical components including: 1- positive therapeutic alliance 2- negative therapeutic alliance and 3- therapeutic alliance requests. These components show the basic structure of participants' experiences of therapeutic relationship in methadone centers.

Conclusion: Client – based strategy in methadone clinics, not only leads to a positive therapeutic alliance, but can persuade patients to continue their treatment programs for long time period. Establishing a good relationship with patients in methadone centers during treatment procedure is an effective way to meet the goals of methadone maintenance treatment.

Keywords: Methadone, Experiences, Professional-patient Relation, Qualitative research, Opiate dependence

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2009; 16(2): 144-154.

References

1. Brands B, Marsh D, Hart L, Jamieson W. Health Canada Literature review-Methadone Maintenance Therapy. Ottawa: Minister of public works and Government Services, Canada, 2002; PP1-94.
2. Radfar SA, Zamani GH, Asasi N. Qualitative evaluation of treatment and rehabilitation system at Isfahan self-introduced outpatient clinic. *Addiction J* 2008; 2: 49-53 [Persian].
3. Lebow JL. Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies. Assessing consumer statis faction. *Eval Program Plann* 1983; 6(3-4): 237-45.
4. Marsden J, Ogborne A, Farrell M, Rush B. International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Genva; WHO/ UNDCP / EMCDDA, 2000; P27.
5. Clatts MC, Davis WR, Atillasoy A. Hitting a moving target: The use of ethnographic methods in the

- development of sampling strategies for the evaluation of AIDS outreach programs for homeless youth in New York City. In: Lambert EY, Ashery RS, Needle RH (Editors), *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*, NIDA Research Monograph 1995; 157: PP117-35.
6. Anglin MD, McGlothlin WH. Outcome of narcotic addict treatment in California. *NIDA Res Monogr* 1984; 51: 106-28.
 7. Ball JC, Ross A, Jaffe JH. Cocaine and heroin use by methadone maintenance patients. *NIDA Res Monogr* 1989; 95:328.
 8. Ward P, Sutton M. The effectiveness of methadone maintenance treatment 4: Cost - effectiveness. In: Ward J, Mattick RP, Hall W (Editors), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam, Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers, 1998; P117.
 9. Langford RW. *Navigating the maze of nursing research*. St. Louis, Mosby; 2001; P153.
 10. Paton B, Martin S, McCluine-trust P, Weir N. Doing phenomenological research collaboratively. *J Contin Educ Nurs* 2004; 35(4): 176-81.
 11. Burns N, Grove S. *The practice of nursing research, conduct, critique and utilization*. Philadelphia, W. B. Saunders; 2005; P747.
 12. Salsali M. *Qualitative Research Methods*. Boshra Publicator, Tehran, 2004; P1.
 13. Wood GL, Harber J. *Nursing research. Methods, critical appraisal and utilization*. St. Louise, Mosby, 2002; P140.
 14. Polit D, Beck CT, Hungler Bd. *Essential of nursing research Methode: Appraisal and utilization*. Phyladelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001; P174.
 15. Guichard A, Lert F, Brodeur JM, Richard L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor – user relationship. *Soc Sci Med* 2007; 64(12): 2578–93.
 16. Bobrova N, Alcorn R, Rhodes T, Rughnikov L, Neifeld E, Power R. Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: a qualitative study in three Russian cities. *J Subst Treat* 2007; 33(4): 373-8.
 17. Potik D, Adelson M, Schreiber S. Drug addiction from a psychodynamic perspective: methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychol Psychother* 2007; 80(Pt2): 311–25.
 18. Lovejoy M, Rosenblum A, Magura S, Foote J, Handelsman L, Stimmel B. Patients' perspective on the process of change in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12(4): 269–82.
 19. Joe GW, Simpson DD, Greener JM, Rowan-Szal GA. Integ
 20. rative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addict Behav* 1999; 24(5): 649-59.
 21. Lundgren LM, Sullivan LM, Maina AW, Schilling RF. Client factors associated with length of stay in methadone treatment among heroin users who inject drugs: quantitative analysis of state-level substance abuse treatment utilization data. *J Addict Med* 2007; 1(1): 26-32.
 22. Dickinson GL, Rostami – Hodjegan A, Lagundoye O, Seivewright N, Pratt P, Lennard MS. A six – year evaluation of methadone prescribing practices at a substance misuse treatment center in the UK. *J Clin Pharm Ther* 2006; 31(5): 477–84.