

چالش‌های درمان اعتیاد با داروهای آگونیست افیونی از دیدگاه دینفعان: یک مطالعه کیفی

محمدباقر صابری زعفرندی^۱ (M.D)، ندا واحد^{۱*} (Ph.D Student)، هادی رنجبر^۲ (Ph.D)، نرگس سعیدی^۳ (M.Sc)، میترا شیرازی^۴ (M.Sc)

۱- گروه اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۴- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۷

vahed.n@iums.ac.ir

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۴۶۱۴۷۸۲۱

چکیده

هدف: اختلال مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن یکی از معضلات چالش‌برانگیز جهانی است. یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی برای درمان وابستگی به مواد مخدر اپیوئیدی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست؛ از جمله درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی چالش‌های ارائه این نوع درمان از نگاه دینفعان بود. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا است. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به روش اکتشافی و نمونه‌گیری دینفعان به صورت هدفمند به دست آمد. دینفعان شامل تعدادی از پزشکان به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات و جمعی از بیماران به عنوان دریافت‌کنندگان خدمات بودند. نمونه‌گیری با تعداد ۲۱ نفر به اشباع رسید. داده‌ها مطابق با مدل گرانهایم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها هشت چالش و مانع مهم را نشان داد که شامل عامل رفت و شد (تردد) و زمان، در دسترس بودن داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده به صورت غیرقانونی، میزان داروی (دوز) تجویزی برای مصرف در منزل، امانتداری و حفظ اسرار مراجع، هزینه درمان و بودجه مراکز، خط مشی و عوامل فرهنگی، روند تشکیل پرونده و عوامل خانوادگی بودند. نتیجه‌گیری: الگوی فعلی و فرایند جاری درمان با داروهای آگونیست به میزان قابل قبولی مورد استقبال قرار گرفته است. در صورتی که موانع و مشکلات این روش درمانی مورد توجه قرار نگیرد می‌تواند نتایج مفید آن با چالش‌هایی روبه‌رو گردد.

واژه‌های کلیدی: داروهای آگونیست، متادون، بوپره نورفین، چالش درمانی، دینفعان، پژوهش کیفی

مقدمه

کرده‌اند و تعداد افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در کل جهان ۳۶ میلیون نفر بوده است [۴]. در سالیان اخیر از روش‌های درمانی متفاوتی برای درمان افراد وابسته به مواد افیونی استفاده شده که درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست رایج‌ترین و مؤثرترین درمان‌ها می‌باشند که از میان آن‌ها درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین به شکل وسیع‌تری مورد استفاده قرار گرفته است. میزان مصرف پزشکی این داروها از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۹ شش برابر شده است که نشان‌دهنده افزایش دسترسی به درمان‌های دارویی مبتنی برشواهد برای درمان اختلال مصرف اپیوئیدها است [۴]. با توجه به تأثیرات مفید درمان‌های جایگزین با داروهای آگونیست، در کشور ما نیز این روش درمانی از دهه هشتاد به رسمیت شناخته شده است و به صورت فراگیر در مراکز درمان

مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن باعث دگرگونی ساختاری جامعه در حیطه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی می‌شود [۱]. این پدیده از معضلات چالش‌برانگیز جهانی است و در اغلب کشورها بین اقشار مختلف به خصوص جوانان در حال گسترش است [۲]. بررسی شیوع مصرف مواد در یک پیمایش ملی بر روی جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی نشان داد؛ ۸/۵ درصد افراد حداقل یک‌بار سابقه مصرف در طول عمر، ۴/۳ درصد سابقه مصرف در هفته گذشته، ۵/۴ درصد در یک ماه گذشته و ۴/۹ درصد در یک سال گذشته را داشته‌اند. بیش‌ترین مصرف مواد در ایران مواد افیونی بوده است [۳]. در سال ۲۰۱۹، ۲۷۵ میلیون نفر در جهان مواد مصرف

مواد و روش‌ها

کد اخلاق اختصاص یافته از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به پژوهش حاضر IR.IUMS.REC.1398.037 می‌باشد. این پژوهش یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا است. برای به دست آوردن اطلاعات از ذینفعان، از مصاحبه اکتشافی و نیمه ساختاریافته استفاده شده است. جامعه آماری شامل ذینفعان؛ متشکل از ارائه‌دهندگان خدمات که شامل پزشکان فعال در مراکز با حداقل دو سال سابقه فعالیت و گیرندگان خدمات شامل بیماران که حداقل یک سال تحت درمان در مرکز بوده‌اند، می‌باشند. برای اطمینان از گزارش بخش‌های مهم تحقیق از سیاهه (چک‌لیست) ۳۲ مقوله ای (آیتمی) COREQ که برای مطالعات کیفی با ابزار مصاحبه و مصاحبه گروهی متمرکز (focus groups) طراحی گردیده، استفاده شد [۱۵].

تیم پژوهش. مصاحبه‌ها توسط نویسنده مسئول این پژوهش که قبل از آغاز به کار توسط اساتید همکار که دارای تجارب زیادی در انجام مطالعات کیفی بودند، آموزش دیده بود، انجام شد (آیتم‌های ۱ تا ۵ چک‌لیست COREQ). جهت تنظیم زمان مصاحبه و تشریح اهداف پژوهش با تعدادی از مراکز درمان با داروهای آگونئیست تماس تلفنی برقرار شد (آیتم‌های ۶ تا ۸ چک‌لیست COREQ).

شرکت‌کنندگان. نمونه‌گیری مطالعه حاضر از نوع هدفمند بود. همه مصاحبه‌ها چهره به چهره و در مجموع ۲۱ مصاحبه انجام شد. محل مصاحبه با پزشکان به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات در مرکز درمانی بود، ۸ از نفر از گیرندگان خدمات در مرکز درمانی و از ۳ نفر نیز در محل کار ایشان مصاحبه به عمل آمد. تمام شرکت‌کنندگان مرد بودند. در جدول یک جزئیات اطلاعات شرکت‌کنندگان ارائه شده است (آیتم‌های ۹ تا ۱۶ چک‌لیست COREQ).

جمع‌آوری داده‌ها. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته عمیق جمع‌آوری شدند. به منظور تدوین عبارت‌های مورد نیاز برای انجام مصاحبه از سوالات اصلی پژوهش و مرور متون مرتبط استفاده شد. برخی از سوالات پژوهش شامل "از نظر شما انواع خدماتی که باید ارائه شود، چگونه باید باشد؟، به نظر شما محتوای خدماتی که ارائه می‌شود چه نکات مثبت و یا منفی دارد؟، به نظر شما نحوه ارائه خدمات درمان با داروهای آگونئیست چگونه باید باشد؟، مهم‌ترین مشکلات و موانع درمان با داروهای آگونئیست چیست؟". هنگام مصاحبه یادداشت برداشته شد. هر مصاحبه تنها یک بار انجام و از ۲۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. در ابتدا هدف از مطالعه شرح و در مورد حفظ محرمانگی اطلاعات و عدم درج نام افراد در

با داروهای آگونئیست در سراسر کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد [۵، ۶]. در همین راستا دستورالعمل (پروتکل) راه‌اندازی مراکز درمان با داروهای آگونئیست با تمرکز بر درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و بوبره نورفین (BMT) توسط وزارت بهداشت تدوین و به مراکز درمان نگهدارنده در سطح کشور ابلاغ گردید. متعاقب این ابلاغ؛ توصیه‌ها و استانداردهای درمانی لازم برای همه ذینفعان خدمات درمان اعتیاد در کشور لازم‌الاجرا شد. در این برنامه بیمارانی که شرایط ورود به درمان را دارند با تشکیل پرونده و بعد از قطع کامل مواد مخدر غیرقانونی و با تعیین میزان (دوز) مناسب داروی جایگزین، بر روی درمان قرار می‌گیرند. در کنار خدمات دارویی خدمات روان‌شناختی نیز به بیماران عرضه می‌شود [۷]. مبارزه با پدیده اعتیاد و اختلال مصرف مواد مستلزم شناخت همه ابعاد آن است، بنابراین برنامه‌هایی برای مقابله موفق خواهند بود که با شناخت واقع‌گرایانه تدوین شوند [۸] از طرفی به واسطه تأثیر عوامل مختلف در معضل اعتیاد، مبحث درمان نیز با چالش‌های خاصی همراه است [۱۰، ۹]. از آنجایی که یکی از نگرانی‌های اساسی سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات درباره کیفیت و نحوه ارائه خدمات بوده است، بنابراین لزوم توجه همه‌جانبه به چالش‌های این حوزه در جهت تبیین مشکلات و موانع از نگاه ذینفعان آن یکی از اولویت‌ها خواهد بود. پژوهش لین و همکاران (۲۰۱۰) در کشور چین نشان داد که مشکلات عمده در ارائه خدمات در مراکز درمان نگهدارنده شامل کمبود منابع، آموزش حرفه‌ای و حمایت‌های نهادی می‌باشد [۱۱]. در پژوهش بوبرا و همکاران (۲۰۰۸) در کشور روسیه چالش‌های عمده از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات شامل کمبود منابع، برنامه‌های توان‌بخشی و حمایت اجتماعی بود [۱۲]. پژوهش زمانی و همکاران (۲۰۰۸) در زندان قزل‌حصار نشان داد که این الگوی درمانی اثر مثبتی بر سطح رفاه خانواده‌های زندانی‌ها داشته با این وجود، موانعی از جمله؛ کمبود پرسنل، محدودیت فیزیکی زندان، نگرانی‌های شایع در مورد اثرات جانبی و استیگمای تحت درمان بودن با متادون وجود دارد [۱۳]. مطالعه جسک و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد برخی قوانین و خط‌مشی‌ها موجود در جهت ارائه درمان برای مراجعان محدودیت ایجاد می‌کند [۱۴]. در ایران مطالعات قابل توجهی در این زمینه در دسترس نیست و پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های ارائه درمان با داروهای آگونئیست از دیدگاه ذینفعان اعم از ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات به صورت یک مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران انجام شد.

اطلاعات و تجزیه و تحلیل به اضافه‌ی سایر شرایط مشابه قادر باشد درباره همان پدیده به توضیحات نظری یکسان برسد و اگر تعارض‌هایی پیش آمد می‌توان آن‌ها را از طریق بازنگری داده‌ها و شناسایی شرایط گوناگونی که ممکن است در هرکدام از موارد عمل کند، حل نمود. در این پژوهش کیفی برای رسیدن به پایایی از دو شاخص ثبات‌پذیری (پایایی بازآزمون) و شاخص تکرارپذیری (پایایی بین دوکدگذار) استفاده شده است. در مجموع روایی و پایایی تحقیق مطلوب ارزیابی شد.

ملاحظات اخلاقی. مصاحبه‌کننده در ابتدا توضیح کافی و کوتاه در مورد پژوهش و اهداف آن به شرکت‌کنندگان ارائه نمود سپس فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش به آن‌ها ارائه و همگی پس از مطالعه آن و اطمینان از رعایت اصول اخلاقی، مصاحبه را آغاز کردند. برخی از این اصول شامل امکان خروج از مطالعه در هر مرحله، محرمانه بودن اطلاعات و انتشار نتایج به صورت ناشناس بود. در صورتی که نمونه مورد نظر تمایلی برای انجام مصاحبه نداشتند، از انجام مصاحبه با آن‌ها خودداری شد. از نظرات مصاحبه‌شوندگان فقط از طریق کدگذاری استفاده شد و نام آن‌ها در پژوهش ذکر نشد.

جدول ۱. اطلاعات شرکت‌کنندگان

ردیف	تحصیلات	شغل	نقش	سابقه (سال)
۱	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۳
۲	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۴
۳	دکترای تخصصی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۱۰
۴	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۲
۵	دکتری عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۳
۶	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۶
۷	دکترای تخصصی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۵
۸	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۴
۹	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۳
۱۰	دکترای عمومی	پزشک	ارائه دهنده خدمات	۶
۱۱	دیپلم	پیک	گیرندگان خدمات	۲
۱۲	راهنمایی	کارگر	گیرندگان خدمات	۳
۱۳	لیسانس	کارمند	گیرندگان خدمات	۲
۱۴	ابتدایی	بازنشسته	گیرندگان خدمات	۳
۱۵	دیپلم	کارمند	گیرندگان خدمات	۴
۱۶	لیسانس	کارگر	گیرندگان خدمات	۱
۱۷	راهنمایی	راننده	گیرندگان خدمات	۵
۱۸	دیپلم	کارگر	گیرندگان خدمات	۲
۱۹	دیپلم	بازاری	گیرندگان خدمات	۱
۲۰	دیپلم	مغازه‌دار	گیرندگان خدمات	۲
۲۱	دیپلم	مکانیک	گیرندگان خدمات	۳

نتایج

در این پژوهش هشت مقوله اساسی از تحلیل مصاحبه‌ها به دست آمد که عبارتند از: عامل رفت و شد (تردد) و زمان، در دسترس بودن داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده به صورت غیرقانونی، میزان داروی (دوز) تجویزی برای مصرف

گزارشات توضیح داده شد. شرکت در مصاحبه کاملاً داوطلبانه بود. برای افزایش دقت در جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط شد. مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که اطلاعات مورد نیاز به اشباع رسید. به طوری که هیچ کد جدیدی پیدا نشد (آیتم‌های ۱۷ تا ۲۲ چک‌لیست COREQ).

تجزیه و تحلیل داده‌ها. برای تجزیه و تحلیل (آنالیز) داده‌ها متن هر مصاحبه پیاده و به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد و در پنج مرحله مطابق با مدل گرانهایم و لاندمن تجزیه و تحلیل صورت گرفت: ۱- متن را بارها خواندیم تا مفهوم کلی آن را متوجه شویم ۲- متن را به واحدهای معنایی تقسیم کردیم ۳- قسمت‌های اضافه متن را برای مختصر و مفید کردن متون حذف کرده و فقط مهم‌ترین هسته‌ها را حفظ کردیم ۴- کدها بر اساس شباهت‌های محتوایی کنار هم قرار گرفتند و طبقات (categories) را ایجاد کردند ۵- در نهایت مقوله‌ها (theme) ایجاد شدند که زیربنای محتوایی هستند که در طبقات کنار هم قرار گرفته‌اند. چون تحلیل کیفی نیازمند به یک فرایند حلقوی است ما برای تکمیل کردن مراحل بارها به عقب برگشتیم [۱۶]. واحدهای معنایی متون پیاده‌سازی، استخراج کدها و طبقات و مقوله‌ها (تم) با رویکرد تحلیل محتوای کیفی استقرایی تنظیم شد، از این رویکرد زمانی استفاده می‌شود که پژوهشگر نمی‌خواهد برای تحلیل اطلاعات از پیش‌فرض‌هایی که از قبل تعیین شده‌اند استفاده کند [۱۷]. مدیریت داده‌ها به صورت دستی و بدون استفاده از نرم‌افزار انجام شد. برای روشن شدن کدها، طبقات و مقوله‌ها، نقل قول‌های مستقیمی از مصاحبه در بخش نتایج ارائه می‌شود (آیتم‌های ۲۳ تا ۳۲ چک‌لیست COREQ).

دقت و اعتبار داده‌ها. برای تقویت روایی تحقیق از سه روش به شرح ذیل استفاده شده است. الف: ابزار گردآوری اطلاعات، استفاده از نظرات خبرگان در اصلاح و تکمیل آن، آزمودن آن در مصاحبه اولیه و اصلاح و تأیید آن از سوی دیگر؛ به شکل نظام‌مند طراحی گردید. ب: ترکیبی از کارشناسان و صاحب‌نظران برخوردار از تجربه انتخاب شدند. ج: تمامی داده‌های مفید استخراج شده از متن مصاحبه‌ها در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت تا نظرات خود را برای تکمیل اطلاعات ارائه دهند. فرد مصاحبه‌کننده نیز ابتدا یک دوره‌ی آموزشی درباره‌ی چگونگی مصاحبه عمیق را طی کرده بود. تحقق پایایی این پژوهش با رسیدن به مرحله‌ی اشباع نظری تا نمونه‌ی بیست و یکم انجام شده است. در خصوص پایایی در تحقیق کیفی می‌توان گفت که محقق دیگری باید با در نظر گرفتن نگرش نظری مشابه همان محقق قبلی و تعقیب کلی گردآوری

بی‌رویه و بدون نظارت توسط پزشک آن‌ها زیان‌آور است. توسعه بی‌رویه مراکز نیز باعث یک رقابت کاذب شده که اجرای دقیق پروتکل درمانی را تحت‌الشعاع قرار داده است. مصاحبه‌شونده کد ۶ در این باره گفت: "الان آن‌قدر متادون تو بازار فراوانه که مریض به قوانین این پروتکل سخت تن میده مگر خانواده شدیداً ساپورتش کنن یا مسیرش نزدیک باشه یا به جورایی ما خیلی دیگه به هر حال سعی کنیم که هر روز ویزیت روانشناسی روان‌پزشکیش اینا برقرار باشه به هر حال اکثرشون می‌گن خب وقتی متادون رو راحت می‌تونیم تو هر عطاری بگیریم لزومی نداره دو ماه هر روز صبح پاشیم بیایم این‌جا دیگه. معمولاً ما چنین چیزایی داریم دیگه از هر سه نفر که میان برای شروع درمان دوتا ش ممکنه نیان دیگه علتشم همینکه که راحت می‌تونن تو هر خیابونی هر جا که بخوان خریداری کنن".

میزان داروی (دوز) تجویزی برای مصرف در منزل. تجویز دارو مطابق پروتکل درمانی وزارت بهداشت در بعضی موارد مشکل‌ساز می‌شود. هر چند پزشک معالج اختیار دارد تا حسب شرایط و وضعیت بیمار میزان مصرف را تعیین کند ولی خطر مصرف بی‌رویه و بیش‌مصرف و هم‌چنین مسمومیت تصادفی کودکان با داروها در منزل وجود دارد. بخشی از درمان‌جویان به دلایل متعدد درمان‌گران را مجبور می‌کنند تا برخلاف پروتکل میزان دارو و خصوصاً میزان داروی مصرفی در منزل را بالاتر از حد مجاز تجویز کنند. برخی نیز از تفاوت کیفیت دارو با توجه به شرکت تولیدکننده شکایت داشتند. مصاحبه‌شونده کد ۱۷ گفت: "این درمان خیلی خوبه من هم زندگی‌مو میکنم هم سرکار میرم و هم اضطراب پیدا کردن مواد رو ندارم ولی خیلی وقت‌ها نیاز دارم دارو رو ۴ صبح که از خواب پا شدم بخورم ولی برا منزل به سختی بهمون دارو میدن، کیفیت داروها بعضی وقت‌ها فرق میکنه انگار کارخونه‌های سازنده دارو فرق میکنه مثلاً گریبی که اولاً داشت خب دیگه نداشت".

امانت‌داری و حفظ اسرار مراجع. از نظر فرهنگی بیماران علاقمند هستند تا اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه باقی بماند؛ از طرفی به دلایل قانونی و طبی احراز هویت مراجعین برای شروع درمان اجتناب‌ناپذیر است. همین امر موجب ایجاد یک حس ناامنی در مراجعین شده است. عدم ارتباط الکترونیک مراکز نیز ممکن است باعث شود افراد از چند مرکز مختلف دارو دریافت کنند. از طرفی به دلیل اطمینان نداشتن به حفظ محرمانگی هنگام سفر احتمال قطع درمان وجود دارد چرا که مراجعه به مراکز جدید مستلزم ثبت نام و احراز هویت مجدد است. برای مثال مصاحبه‌شونده شماره ۲ در این خصوص گفت: "میگن باید امضا بگیریم اثر انگشت بگیریم از طرفی بیمار

در منزل، امانت‌داری و حفظ اسرار مراجع، هزینه درمان و بودجه مراکز، خط مشی و عوامل فرهنگی، روند تشکیل پرونده و عوامل خانوادگی که در ادامه به صورت جداگانه تشریح می‌گردند.

رفت و شد (تردد) و زمان. طبق شیوه‌نامه درمانی (پروتکل) ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درمان‌جویان باید به صورت روزانه برای دریافت دارو به مراکز درمان مراجعه نمایند. این امر باعث بروز مشکلاتی در نظم زندگی افراد می‌گردد. مسافت زیاد، مدت زمانی که باید در مرکز به انتظار نشست تا دارو دریافت کنند و هزینه ایاب و ذهاب از جمله مشکلاتی بود که در این مصاحبه‌ها به آن‌ها اشاره شد. ساعات کاری مراکز درمانی که اغلب صبح‌ها می‌باشد نیز از سویی دیگر باعث اختلال در خدمت‌رسانی این مراکز به مراجعین خود شده است. شاغل بودن برخی از بیماران باعث می‌شود تا این افراد نتوانند طبق پروتکل هر روز برای دریافت دارو به مراکز مورد نظر مراجعه کنند و این مشکلات در مراکزی که تنها در نوبت صبح ارائه خدمات می‌کنند دارای مشکلات مضاعف است. این موارد باعث می‌شود که بیماران ترتیب دریافت داروی خود را به روشی که در پروتکل ارائه شده است دریافت نمایند. برای مثال مصاحبه‌شونده شماره ۱ در این خصوص گفت: "پروتکل میگه هر روز مریض باید بیاد. خب هر روز کدوم مریض میاد یکی کارگره مثلاً تایم کاری ما ساعت ۹ هست تا ۵ بعدازظهر. یکی کارمنده کارمند یا اول صب میاد یه سری کارگرام همین‌طور دیگه اول صبح می‌خوان بیان ۹ دیره براشون نمیتونه بیاد یا بعداز ظهر هم تا بیاد به ما برسه خب سخته براش، بعضیاشون نمیرسن به اون تایم ما بعد هر روز نمیتونن بیان یه سریا هستن خونواده‌ها خبر ندارن مسافتنا طولانیه و تو تهران این امکان‌پذیر نیست". هم‌چنین مصاحبه‌شونده کد ۱۱ گفت: "این ساعتی که گذاشتن مثلاً چون سرکار میریم و میایم بعدازظهرها بیشتر بهتره برامون تا صبح، یه مرکز بود پارسال می‌رفتم اونجا صبحا بود نمی‌تونستم هم کارم و نمی‌تونستم ول کنم بیام هم سردرد داشتم مجبور بودم برم آزاد بخرم".

در دسترس بودن داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده به صورت غیرقانونی. دسترسی آسان و در برخی موارد ارزان به داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده از مکان‌هایی به‌غیر از مراکز درمانی از جمله موانع مهم در اجرای درمان منطبق با پروتکل درمانی رسمی کشور است. تهیه و توزیع داروهای آگونیست در اختیار وزارت بهداشت می‌باشد ولی عملاً این دارو در جاهایی به‌غیر از مراکز مجاز درمانی نیز در دسترس افراد قرار دارد. این موضوع، خود درمانی با داروهای آگونیست را ایجاد می‌کند با این توضیح که مصرف

برطرف می‌شود. همیشه با محیط و فرهنگ ایران همخوانی داشته باشد. بعضی قسمت‌ها پروتکل ابلاغی طوری هست که انگار با مریض معتاد ایرانی هیچ ارتباطی نداشته خب اینا باعث میشه که دست مراکز بسته شه."

تشکیل پرونده. روند پذیرش و تشکیل پرونده و تعداد فرم‌هایی که درمانگران باید تکمیل نمایند در مواردی باعث شده است که یا پرونده‌ها ناقص و یا این‌که نادرست تکمیل شده باشد و این امر در هنگام بروز مشکلات حقوقی می‌تواند برای مراکز و یا درمان‌جویان عواقبی را به دنبال داشته باشد. طول مدتی که افراد باید برای اخذ پذیرش در این مراکز باید طی نمایند به همراه اطلاعاتی که در بدو ورود از آن‌ها اخذ می‌شود و در کنار شیوه تشکیل پرونده مشکلاتی را می‌تواند به همراه داشته باشد. مصاحبه‌شونده کد ۷ در این باره گفت: "به من میگن بیا آیداتیس و بز، جدا از مشکلات حالا آیداتیس، ولی از اون طرف پرونده هم بنویس جدیداً دوباره یه فرم میدن که روزانه همون موقع که دارو رو دارین به مریض تحویل میدین بنویسین امضا بگیرین نمیدونم دوز بزئید دوباره تک تک این کارارو انجام بدین، باید حواسمون باشه پرونده نظمش بهم نخور خب مریض که منظم نییاد در واقع انگار که مارو وادار می‌کنند رسماً دروغ بگیریم بهشون، پرونده‌سازی کنیم، مثلاً میگن مریضی که تحت نظر کنگره ۶۰ هست اونو که اصلاً داروشو ما تعیین نمی‌کنیم ما فقط دارو رو بهشون میدیم مریضای کنگره شصت و که شربت میخورن اینارو فرض کنید هفتگی اصلاً میان دارو میگیرن ولی من باید برا اینا روزانه بنویسم. خب اصلاً مریضی در کار نیست روزانه که من روزانه بنویسم ولی مجبورم بنویسم برای این‌که فردا میان به من میگن چرا ننوشتی و اینا و چجوری بهش دارو دادی وقتی مریض داره هفتگی میاد من چرا دروغ بنویسم روزانه میاد."

عوامل خانوادگی. به دلیل نگرانی از انگ اجتماعی معمولاً درمان‌جویان بدون اطلاع و همراهی خانواده به مراکز مراجعه می‌کنند. درگیر نشدن خانواده‌ها در فرایند درمان می‌تواند نتیجه قابل انتظار از درمان را برآورده نکند. اختلالات جنسی مثل بی‌میلی متعاقب مصرف دارو نیز چالش‌هایی را در زندگی زناشویی مراجعین ایجاد کرده است. برخی خانواده‌ها نیز انتظاری فراتر از درمان از درمانگران دارند. به این معنی که فکر می‌کنند با این شیوه درمانی قرار است همه مشکلات در زمان کوتاهی مرتفع شود. مصاحبه‌شونده کد ۲۱ گفت: "الان مشکلمون اینه که همه خانواده‌ها فکر می‌کنن متادون یا فلان که بخوری تموم شد دیگه بچمون خوب شد و فلان بعد که مثلاً میبینن یه ذره گذشت و مثلاً یه کارایی آدم کرد که اون موقع مصرفش می‌کرده میگن خب این متادونم عینه همونه دیگه

می‌خوان مخفی بمونن، میگن حتماً باید کپی کارت شناسایی و شناسنامه و خیلی اطلاعات ریز دیگه این باعث مشکلات توی افرادی میشه که به‌هرحال شغلای دولتی دارن خیلی از بیمارا از این روند می‌ترسن چون خیلی از مراجعین به‌خاطر این‌که میخوان اطلاعاتشون مخفی بمونه اصلاً به کلینیکا مراجعه نمی‌کنن میرن از عطاریا میگیرن چون براشون خیلی مهمه اطلاعاتشون قابل پیگیری نباشه از طرفی حتی مریض به هر دلیلی مرکز دریافت داروش تغییر کنه باید این اطلاعاتو از اول ازش بگیریم فرضاً مریضی که ۵ ساله داره دارو می‌گیره باید بگیریم دوباره باید تشکیل پرونده داده بشه به این دوز روزانه باید بدیم ولی واقعا مریض قبول نمیکنه."

هزینه درمان و بودجه مراکز. تعرفه‌های درمان اعتیاد در هیات دولت تعیین و توسط وزارت بهداشت ابلاغ می‌گردد. از طرفی درمان تحت پوشش حمایت‌های بیمه‌ای نیست. مراجعین نیز عموماً توان مالی کافی برای پرداخت هزینه‌ها را ندارند. ورود بخش خصوصی در صورتی‌که با حمایت دولت همراه نباشد از نظر هزینه فایده به صرفه نیست و همین امر می‌تواند موجب بروز برخی از تخلفات در مراکز، مثل فروش دارو گردد. افزایش تعرفه‌ها متناسب با هزینه‌های بخش خصوصی نیز موجب ریزش و عدم مراجعه و نهایتاً تهیه دارو از مراکز غیر مجاز و گسترش خوددرمانی و به تبع آن خطر بیش‌مصرفی و مرگ و میر خواهد بود. مصاحبه‌شونده کد ۱۰ در این خصوص گفت: "بیمه که هیچ هزینه رو متقبل نمیشه از طرفی به مریض بگی همین الان پول خود دارو و مشاوره و آزمایشا رو بده که از اندازه دیگه توان حداکثریشه بیش‌تر ما بخوایم هزینه‌ای بگیریم ببخشید دیگه میره دنبال خود مواد یعنی ما باید یه کاری کنیم این‌جا ارزون برا مریض تموم شه ارزون باشه. ما الان تعرفه هامونم که میگیریم مال امساله زدیم به دیوار ولی مال پارسال و داریم میگیریم چون اصن با این اوضاع مریض نمیتونه هضم کنه این‌که اینم بیش‌تر شده خیلیام دیدم که میرن سمت دارو از مراکز غیر درمانی مثل عطاری و اینا."

خط مشی و عوامل فرهنگی. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی همه مراکز قادر نیستند از یک خط‌مشی ثابت منطبق با پروتکل ابلاغی پیروی کنند. همین امر حس اعتماد بین درمان‌جو و درمانگر را در برخی موارد خدشه‌دار کرده است. ارائه مشاوره و برخی آموزش‌ها و گرفتن دارو از جمله مواردی می‌باشد که تقریباً در اغلب مراکز وجود دارد و رضایت نسبی مراجعین از این خدمات وجود دارد. مصاحبه‌شونده شماره ۵ در این خصوص گفت: "اصل قضیه هیچ مشکل نداره درسته ایراداتی هست ولی وجود این درمان و پروتکل مشخص لازمه ولی به نظر من باید نشسته بشه به هر حال ایراداتش ریز ریز

حالا مشکلات بدنی و جنسی به خاطر مصرف اون هم که دیگه هیچی".

تدوین نهایی مقوله‌ها

مقوله‌های ذکر شده به منظور بررسی دقیق‌تر در جدول ۲ دسته‌بندی شده‌اند.

میدونی فرهنگ و هنوز درست بلد نیستن، انتظار دارن با شروع متادون همه چی تموم بشه در صورتی‌که این خوب شدن نیاز داره به حمایت خیلی زیاد دور و بری‌ها این جا نیفتاده. خونواده‌ها رو خیلی باید روشن کرد فکراشون درست نیست،

جدول ۲. طبقه‌بندی مقوله‌ها

مقوله	طبقه	کد
آمد و شد (تردد) و زمان	ساعات حضور و دریافت دارو	- مسافت موجود بین فرد و مرکز - حضور در مرکز - ساعات کار - دریافت دارو
در دسترس بودن داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده به صورت غیرقانونی،	توزیع دارو	- تجربه استفاده از درمان نگهدارنده - هزینه های درمان - مکان‌های توزیع دارو
میزان داروی (دوز) تجویزی برای مصرف در منزل	تجویز دارو	- دوز تجویزی تجویز - دوز تجویزی نسبت به برندهای متفاوت - کیفیت دارو - وابستگی به داروهای نگهدارنده - دوز منزل
امانتداری و حفظ اسرار مراجع	نحوه حفظ محرمانگی	- مخفی ماندن روند درمان - انتقال بین مراکز - اطلاعات خیلی شخصی
هزینه درمان و بودجه مراکز	هزینه‌های دریافت دارو	- تورم - افزایش هزینه ها - وضعیت اقتصادی مردم
خط مشی و عوامل فرهنگی	روش کار مراکز	- عدم تطابق درمان استاندارد پروتکل با واقعیات در برخی موارد - انگیزه برای شروع - قابلیت اجرایی درمان - پاسخ به سوالات فرد بیمار
تشکیل پرونده	روند پذیرش افراد در درمان	- پروسه تشکیل پرونده‌ها
عوامل خانوادگی	ارتباط درمان با خانواده بیماران	- تاثیر درمان بر روابط زناشویی - انتظارات خانواده‌ها

وقت مقرر، عدم توانایی بیمار در استفاده به صورت آزادانه از آن در هر زمان را می‌توان از موارد قابل اصلاح تلقی کرد.

نقاط قوت. نقاط قوت درمان؛ تشویق و ترغیب افراد به شروع درمان می‌باشد. نظم موجود در مراکز توزیع درمان نگهدارنده مطابق پروتکل به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند راه درستی را برای درمان خود در پیش بگیرند و با ممارست در این راه بتوانند بر مشکلی که با آن دست به گریبان هستند غلبه کنند. در این راستا نقاط قوت درمان حاضر باید مشخص شود و برای حفظ و ارتقای آن تلاش شود.

موارد نیازمند اصلاح. برخی از مواردی که در این پژوهش مورد استناد قرار گرفته است نیازمند اصلاحاتی است. یکی از مشکلات مطرح در این زمینه قابلیت اجرایی در برخی موارد

حیطه‌های بررسی. مصاحبه‌ها بعد از جمع‌آوری در چهار حیطه مورد ارزیابی قرار گرفتند که عبارتند از موارد نیازمند بررسی، نقاط قوت، موارد نیازمند اصلاح و بیماران، که در ادامه توضیح داده می‌شوند.

موارد نیازمند بررسی. داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده، به عنوان دارویی که جایگزین مواد مخدر در درمان می‌شود، در برخی از موارد دارای کاستی‌هایی می‌باشد که انتظار می‌رود برنامه‌های طراحی شده به این نیاز پاسخگو باشند. یکی از اصلی‌ترین کاستی‌های این داروها وابستگی بیماران به آن می‌باشد که باعث به وجود آمدن مشکلاتی می‌شود. دشواری تعویض مرکز درمان و یا تنظیم زمان به منظور دریافت دارو در

تعداد موارد بیش مصرف (اوردوز) و مسمومیت به علت متادون آزاد (خیابانی) رو به افزایش است. از میان مسمومیت‌ها با مواد ترکیبی با متادون، مسمومیت با ترکیب متادون و الکل شایع‌تر است [۱۸]. هم‌چنین نتایج مطالعه‌ای در کانادا با هدف ارزیابی میزان در دسترس بودن متادون غیرقانونی بین افرادی که مواد تزریق می‌کنند بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵، بیانگر افزایش مصرف متادون غیرقانونی و قاچاق بود [۱۹].

تم سوم مربوط به دوز تجویزی است که باید توسط پزشک معالج به صورت تجربی ارائه شود. نتایج پژوهشی با عنوان مقایسه دو گروه از بیمارانی که درمان را با موفقیت گذرانده و بیمارانی که با شکست مواجه شده‌اند، بیانگر اختلاف معنادار این دو گروه در نوع ماده مصرفی و دوز متادون مصرفی بود [۲۰]. تم چهارم در مورد اخذ امضا و اثرانگشت و ثبت کد ملی از شرایط ثبت‌نام و پذیرش در مراکز است که باعث تردید مراجعین در مورد حفظ اطلاعات شخصی ایشان می‌شود. هم‌چنین عدم همکاری مراکز در جابه‌جایی فرد، مشکلاتی را در ثبت‌نام مجدد در مرکز جدید ایجاد می‌کند. یافته‌های مطالعه‌ای کیفی در کشور روسیه با هدف بررسی چالش‌های درمان با داروهای آگونیست از دیدگاه ارائه‌دهندگان این خدمات، نشان داد نگرش منفی به ثبت‌نام مراجعان از چالش‌های این درمان است. حفظ حریم شخصی و اطلاعات مراجع می‌تواند بیمار بیش‌تری را به این درمان جذب کند. در واقع شرایط پذیرش بیمارانی یکی از عواملی است که می‌تواند آن‌ها را به سمت درمان‌های غیررسمی سوق دهد که یا اثربخشی ثابت‌شده ندارند یا اثر خیلی کمی دارند [۱۲].

تم پنجم به این امر می‌پردازد که بودجه کافی برای هزینه‌های جاری مراکز براساس تورم موجود در کشور، تخصیص نمی‌یابد. نتایج مطالعه‌ای در روسیه بیان می‌کند سیستم دارویی روسیه به شدت نیاز به تخصیص منابع برای مراقبت از کیفیت و تنوع در خدمات آن جهت دستیابی به بهبود درازمدت دارد [۱۲]. پژوهشی دیگر عنوان می‌کند که درآمد کم از دلایل فرسودگی ارائه‌دهندگان خدمات این درمان در چین است و برنامه‌های درمان نگهدارنده در چین به شدت به تخصیص منابع اضافی و پشتیبانی نهادی برای گسترش برنامه‌های آینده نیاز دارد [۱۱].

تم ششم شامل احتیاج به بازبینی خط‌مشی درمان در پروتکل و تطبیق بیش‌تر آن با فرهنگ جامعه ایران و متناسب با هزینه‌ها است. چرا که عوامل فرهنگی هم می‌تواند محرک جهت بهبود هم مانع در مسیر نتیجه مطلوب باشد. هرچند که اکثریت مراجعین از عمومیت خدمات رضایت داشتند با این حال آموزه‌های فرهنگی نقش بسیار مهمی در این درمان دارد [۲۱].

می‌باشد که با آنچه در واقعیت است و آنچه مطابق استانداردها بیان شده تفاوت دارد.

بیماران. با وجود مشاهده بیماران از کارایی درمان نگهدارنده که طبق پروتکل به مراکز ابلاغ شده است یکی از موارد مطرح شده انتظارات خانواده‌ها از درمان فرد بیمار است که در برخی مواقع برآورده نمی‌گردد و این کاستی نه به دلیل عدم کارایی درمان ارائه شده بلکه به دلیل سطح انتظار غیرواقعی خانواده‌ها می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کیفی حاضر با هدف بررسی چالش‌های ارائه درمان با داروهای آگونیست از دیدگاه ذی‌نفعان انجام شد تا با مشخص کردن موانع و مشکلات این نوع درمان به بهبود فرایند و ارتقای کیفیت خدمات درمانی کمک کند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها مقولاتی شامل (۱) رفت و شد (تردد) و (۲) در دسترس بودن داروهای مورد استفاده در درمان نگهدارنده به صورت غیرقانونی، (۳) میزان داروی (دوز) تجویزی برای مصرف در منزل، (۴) امانت‌داری و حفظ اسرار مراجع، (۵) هزینه درمان و بودجه مراکز، (۶) خط‌مشی و عوامل فرهنگی، (۷) روند تشکیل پرونده و (۸) عوامل خانوادگی به عنوان چالش‌های درمان اعتیاد با داروهای آگونیست بودند.

تم اول و تم هفتم مربوط به زمان است. تم اول بیان می‌کند که به دلیل الزام به حضور روزانه در مراکز، با توجه به بعد مسافت، هزینه ایاب و ذهاب و مدت زمان انتظار برای تحویل دارو مشکلاتی را برای بیماران به ویژه بیمارانی که شاغل هستند، ایجاد می‌کند. این مشکلات در مراکزی که تنها در نوبت صبح خدمات ارائه می‌دهند، مضاعف است و باعث می‌شود بیماران ترتیب داروی خود را به روشی که در پروتکل توصیه شده است دریافت نکنند. آنچه تم هفتم در بر دارد مربوط به طول مدت زیاد تشکیل پرونده بر اساس ضوابط پروتکل و عدم تطابق آن با همکاری بیمار است که باعث ساختگی شدن پرونده‌ها می‌گردد. مطالعه جسک و همکاران (۲۰۱۹) که با تأکید بر دیدگاه و انتظارات بیماران دریافت‌کننده خدمات درمان نگهدارنده انجام شد، نشان داده بیماران احساس خوبی نسبت به تست ادرار اعتیاد ندارند زیرا به نظر ایشان حریم شخصی در نظر گرفته نمی‌شود. برخی قوانین و خط‌مشی‌ها، نیز باعث ایجاد محدودیت برای درمان‌جویان می‌شود که پژوهش مذکور توصیه می‌کند که برای دسترسی آسان به درمان بهتر است هیچ زمان انتظاری برای عضویت و آغاز درمان وجود نداشته باشد [۱۴].

تم دوم به استفاده خودسرانه دارو به علت وجود غیرقانونی آن در بازار آزاد اشاره می‌کند. پژوهشی در اوکراین نشان داد

مراکز ارائه‌دهنده درمان نگهدارنده را جهت سهولت ارائه خدمات و رسیدن به نتیجه مطلوب‌تر یاری کرد. از محدودیت‌های این پژوهش، تمایل کم درمانگران و مراجعین برای مصاحبه، سخت‌گیری مراکز نظارتی در مورد همکاری برای انجام پژوهش بود، که طی تماس تلفنی که قبل از مراجعه حضوری با مراکز انجام شد ضمن تشریح اهداف پژوهش و دستاوردهای مورد انتظار بعد از انجام پژوهش، هم‌چنین یادآوری حقوق معنوی مشارکت در پژوهش سعی کردیم با جلب همکاری شرایط انجام پژوهش فراهم شود و در مواردی که به هر دلیلی امکان همکاری فراهم نشد از مراکز جایگزین استفاده نمودیم، جهت جلوگیری از طولانی شدن فرایند انجام پژوهش، به طور دقیق برای انجام کلیه فعالیت‌ها به ویژه انجام مصاحبه‌ها از قبل برنامه‌ریزی کرده و زمان انجام مصاحبه و شرایط آن از قبل با مراکز مورد نظر هماهنگ شد. هم‌چنین زمان‌های انجام مصاحبه‌ها را طوری تنظیم کردیم که بین آن‌ها حداقل یک روز زمان باشد تا فرصت کافی برای پیاده‌سازی در اختیار داشته باشیم. پیشنهاد می‌شود با بازنگری متعاقب بازخورد از درمانگران و درمان‌جویان در شیوه‌نامه درمان نسبت به کاهش برخی موانع اقدام شود با تاکید بر این‌که اصول درمان رعایت گردد. هم‌چنین با توجه به این‌که این پژوهش در شهر تهران و بر روی جمعیت مردان انجام شده است پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر شهرهای کشور و بر روی جمعیت زنان نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه پزشکان مراکز درمان اعتیاد و بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و هم‌چنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر بیمارستان روانپزشکی ایران که حامی مالی پژوهش بودند و موجب فراهم آوردن بستر انجام پژوهش حاضر شدند به عمل می‌آورند.

مشارکت و نقش نویسندگان

نقش هر یک از نویسندگان این مقاله به شرح زیر است: دکتر محمدباقر صابری زفرقندی: طراحی ایده مطالعه، نظارت، اجرا، ویراستاری. ندا واحد: جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تفسیر نتایج. دکتر هادی رنجبر: راهنمای آماری پژوهش و نظارت بر مراحل تفسیر نتایج. نرگس سعیدی و میترا شیرازی: جمع‌آوری نمونه‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله. همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید کردند.

نتایج پژوهش لین و همکاران (۲۰۱۰) اعتقاد کم بین جامعه چینی نسبت به درمان با داروهای آگونیست را از موانع این درمان ذکر کرد [۱۱]. در مطالعه بوبرا و همکاران (۲۰۰۸) نیز حمایت اجتماعی در زمره چالش‌های عمده درمان اعتیاد با داروهای آگونیست ذکر شده است [۱۲]. مطالعه‌ای که در زندان قزل‌حصار ایران انجام شد استیگمای تحت درمان بودن با متادون را از جمله موانع این درمان معرفی کرده است [۱۳]. هم‌چنین جسک و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند هرچند درمان با آگونیست برای کسانی که آن را به عنوان یک درمان استفاده می‌کنند، می‌تواند تأثیر مثبتی داشته باشد اما موانع متعددی از جمله دیدگاه جامعه می‌تواند درمان مذکور را تحت تأثیر قرار دهد [۱۴].

تم هشتم به تأثیر اعتیاد و درمان آن بر اعضای خانواده بیماران می‌پردازد. از طرفی آرامش خاطر و پایان یافتن مشکلات ناشی از اعتیاد و از طرف دیگر اختلالاتی نظیر کاهش میل جنسی را در برمی‌گیرد. خانواده نقش بسیار مهمی در این درمان به عهده دارد [۲۱]. در پژوهش ریاحی و همکاران (۲۰۱۵) دو گروه پژوهش (یکی با شکست در درمان و دیگری بدون شکست) در عامل وضعیت تأهل اختلاف معنی‌داری داشتند [۲۰]. در مورد اختلال عملکرد جنسی مرتبط با متادون، یافته‌های تحقیقی بیانگر رابطه مستقیم میزان (دوز) متادون با اختلال عملکرد جنسی بود، هرچند هیچ یافته‌ای مبنی بر تأیید دوره درمان و شدت این اختلال به دست نیامد [۲۲]. هم‌چنین نتایج پژوهشی با هدف مقایسه میل جنسی مردان تحت درمان با متادون و مردان تحت درمان با بوپرنورفین، نشان داد بیماران تحت درمان با متادون میل جنسی کم‌تری را در مقایسه با بیماران تحت درمان با بوپرنورفین گزارش کرده‌اند [۲۳]. نتایج مطالعه کیفی عزتی و همکاران (۲۰۲۰) بر دیدگاه بیماران و خانواده آن‌ها، نشان داد درمان نگهدارنده می‌تواند تأثیر مطلوبی بر زندگی بیماران گذاشته و به ایشان کمک کند تا روند درمان و توان‌بخشی را علی‌رغم عوارض جانبی پزشکی بگذرانند. هم‌چنین باعث افزایش اعتماد به نفس در بیماران و اعضای خانواده آن‌ها شده و به آماده‌سازی روانی بیمار جهت ادامه درمان و پرهیز طولانی‌مدت از مواد کمک می‌کند. بیماران و اعضای خانواده ایشان باور دارند درمان نگهدارنده می‌تواند منجر به تأثیر روانی مثبتی از خود و باور به خود گردد زیرا باعث می‌شود بیماران از مصرف اپیوئید فاصله بگیرند و علائم ترک را نیز کاهش می‌دهد [۲۴]. در کل می‌توان گفت اگرچه فرایند فعلی درمان اعتیاد با داروهای آگونیست نقاط قوت زیادی دارد اما با چالش‌هایی روبه‌روست که می‌تواند نتایج درمانی را با مشکل روبه‌رو کند لذا با اصلاح این موانع می‌توان

منابع

- <https://www.unodc.org/documents/islamicrepublicofiran/publications/Sub-programme2Documents/17may2015QualitativeRepMMTGhezHesarPrison.pdf>
- [14] Jeske CP, O'Byrne P. Perceptions and experiences of methadone Maintenance treatment: a qualitative descriptive research study. *J Addic Nurs* 2019; 30: 24853. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000307> PMID:31800515
- [15] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> PMID:17872937
- [16] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> PMID:14769454
- [17] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15: 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687> PMID:16204405
- [18] Andryushchenko V, Kalish N, Kurdil N. The features of the course of combined poisonings with "street" methadone. *Emer Med* 2018; 136-141.
- [19] Reddon H, Ho J, DeBeck K, Milloy M-J, Liu Y, Dong H, et al. Increasing diversion of methadone in Vancouver, Canada, 2005-2015. *J Subst Abuse Treat* 2018; 85: 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.010> PMID:29291766 PMID:PMC5753607
- [20] Riahi A, Khanjani N, Ahmadipoor H. Factors related to treatment failure in patients under methadone treatment at drug rehabilitation centers. *J Health Base Res* 2015; 1: 115-122.
- [21] Peyrovi H, Seyedfatemi N, Jalali A. The role of family atmosphere in the relapse behavior of Iranian opiate users: a qualitative study. *J Caring Sci* 2015; 4: 189. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.019> PMID:26464835 PMID:PMC4591608
- [22] Llanes C, Álvarez AI, Pastor MT, Garzón M, González-García N, Montejo ÁL. Sexual dysfunction and quality of life in chronic heroin-dependent individuals on methadone maintenance treatment. *J Clin Med* 2019; 8: 321. <https://doi.org/10.3390/jcm8030321> PMID:30866482 PMID:PMC6463066
- [23] Yee A, Loh HS, Loh HH, Riahi S, Ng CG, bin Sulaiman AH. A comparison of sexual desire in opiate-dependent men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Ann Gen Psychiatry* 2019; 18: 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0249-z> PMID:31649742 PMID:PMC6805364
- [24] Ezzati E, Jalali A, Hasanpour-Dehkordi A. Exploring the effectiveness of methadone treatment from the perspective of drug users and their families: a qualitative study in Iran. *J Soc Work Pract Addict* 2020; 20: 230-237. (Persian). <https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1793065>
- [1] Hemmati A, Yaghoobi SF, Hatami H, Shadnough M, Baniasadi M. Assessing anthropometric indices changes and related factors in patients under methadone maintenance therapy. *Koomesh* 2018; 20: 447-452. (Persian).
- [2] Eskandarieh S, Jafari F, Yazdani S, Hazrati N, Saberi-Zafarghandi MB. Compulsory maintenance treatment program amongst Iranian injection drug users and its side effects. *Int J High Risk Behav Addict* 2014; 3: e21765. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.21765> PMID:25741482 PMID:PMC4331656
- [3] Roshanpajouh M, Mirkazemi R, Ehterami M, Narenjiha H, Afzali HM, Sarrami H, et al. The prevalence of drug and stimulant substance abuse among households in Tehran Province, Iran. *J Sch Publ Health Instit Publ Health Res* 2019; 16. (Persian).
- [4] United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2021. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
- [5] Saberi-Zafarghandi MB, Jadidi M, Khalili N. Iran's activities on prevention, treatment and harm reduction of drug abuse. *Int J High Risk Behav Addict* 2015; 4. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.22863> PMID:26870709 PMID:PMC4744908
- [6] Sotodehasi N, Mahigir S, Paknazar F, Mirmohammadkhani M. A comparative study of the attitude of patients participating in narcotics anonymous program and undergoing methadone maintenance therapy towards substance abuse. *Koomesh* 2020; 22: 550-555. (Persian). <https://doi.org/10.29252/koomesh.22.3.550>
- [7] Mokri A, Noruzi A. Protocol on management of opioid dependence with methadone. office of prevention and treatment of substance abuse; office of mental, social and addiction Health; Third Edition, Fall 2014. (Persian).
- [8] Saberi Zafarghandi M. Some of the challenges of mental health and addiction in Iran. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 2011; 17: 161-157. (Persian).
- [9] Dehkoneh SG, Azadi S, Rasouli-Azad M, Jalilian J, Ghasemineghad A, Vahed N, et al. Oxidative stress, glycemic control, inflammation, and lipid profiles in substance abuse disorders: Current knowledge and future perspectives. *Int J Pharmac Res* 2020; 12: 1062-1071.
- [10] Shanmugam PK. Exploring trends and challenges from mandated treatment to voluntary treatment outcomes in addiction treatment in Malaysia: moving toward a person-centered service provision. *J Subst Use* 2020; 25: 141-145. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1664669>
- [11] Lin C, Wu Z, Rou K, Pang L, Cao X, Shoptaw S, et al. Challenges in providing services in methadone maintenance therapy clinics in China: service providers' perceptions. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.09.002> PMID:19818591 PMID:PMC2847064
- [12] Bobrova N, Rughnikov U, Neifeld E, Rhodes T, Alcorn R, Kirichenko S, et al. Challenges in providing drug user treatment services in Russia: providers' views. *Subst Use Misuse* 2008, 43: 13. <https://doi.org/10.1080/10826080802289291> PMID:19016164
- [13] Zamani S. Methadone Maintenance Treatment (MMT) for drug-using prisoners in Ghezel Hesar Prison, Karaj, Iran. A qualitative study Kyoto, Japan: UNAIDS/Collaborating Centre on Socio-Epidemiological HIV Research, Kyoto University. 2008.

Challenges of addiction treatment with opioid agonist drugs from the perspective of stakeholders: A qualitative study

Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi (M.D)¹, Neda Vahed (Ph.D Student)^{*1}, Hadi ranjbar (Ph.D)², Narges saeidi (M.Sc)³, Mitra shirazi (M.Sc)⁴

1 – Dept. of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Dept. of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 9146147821

Vahed.n@tak.iuums.ac.ir

Received: 19 Jul 2021; Accepted: 17 Jan 2022

Introduction: Drug use disorder and dependency is one of the most challenging problems in the world. One of the most common therapy for opioid use disorder is agonist maintenance therapy especially methadone maintenance treatment and buprenorphine maintenance treatment. The study aimed to investigate the challenges of providing agonist therapy from the perspective of stakeholders.

Materials and Methods: The present study is a qualitative study with a content analysis method that has used exploratory and semi-structured interviews and purposeful sampling. Interviews were conducted individually to collect data from the view of stakeholders; including some of the physicians as service providers and a group of patients as service recipients. Sampling reached saturation with 21 people. The data were analyzed based on the Graneheim and Lundman model.

Results: Data analysis revealed eight important challenges and barriers, including travel and time spent, availability of agonist drugs (used in maintenance therapy) illegally, take-home dose (home dose of methadone), trust and confidentiality of authorities, the cost of treatment and income and expenditure, policy and cultural issues of the centers, file filing process, and family factors.

Conclusion: The current pattern and the process of treatment with the agonist drugs reasonably have been well received. If the obstacles and problems of this treatment method are not considered, its useful results can face challenges.

Keywords: Agonist Drugs, Methadone, Buprenorphine, Treatment Challenges, Stakeholders, Qualitative Research