

## میزان عود در افراد وابسته به اپیوئید تحت درمان نگهدارنده با نالترکسون مراجعه کننده به مرکز درمانی - بازتوانی بهزیستی کرمانشاه (۸۲-۱۳۸۱)

دکتر فائزه تاتاری\*، دکتر جلال شاکری\*، دکتر آرش نصیری\*\*، دکتر لادن قلیچی\*\*\*، مهندس غلامرضا عبدلی\*\*\*\*

### چکیده

**سابقه و هدف:** امروزه اعتیاد به صورت معضل بهداشتی، روانی و اجتماعی در آمده است و در همه طبقات به کاهش عملکرد شغلی، تحصیلی و انواع اعمال ضد اجتماعی منجر می شود. راه های متفاوتی برای درمان اعتیاد تجربه شده است. نخستین گام سم زدایی است، اما اگر بیمار پس از آن وارد چرخه درمان نگهدارنده نشود، موفقیت چندانی در درمان نخواهد داشت و با عود بالایی همراه خواهد بود. نالترکسون آنتاگونیست خوراکی اپیوئیدی است که باعث کاهش میل به مصرف آن ها می شود و از ۶ سال قبل در مرکز درمانی - بازتوانی بهزیستی کرمانشاه برای درمان نگهدارنده معتادان به کار می رود. در این مطالعه میزان عود در معتادان تحت درمان با نالترکسون از فروردین ۱۳۸۱ تا پایان شهریور ۱۳۸۲ همراه با ویژگی های جمعیت شناختی آن ها مورد تحقیق قرار گرفته است. منظور از عود استفاده مجدد و منظم از مواد مخدر پس از یک دوره سم زدایی است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه به روش توصیفی از نوع پی گیری روی ۱۵۰ معتاد خود معرف انجام شد. افراد مورد مطالعه پس از سم زدایی به مدت ۶ ماه نالترکسون مصرف کردند و هر ماه با آزمایش اپیوم به روش T.L.C کنترل شدند. پس از آن تا یک سال آزمایش اپیوم به صورت سه ماهه انجام گرفت. اطلاعات جمعیت شناختی نیز با ۱۳ سؤال همراه با وضعیت سوء مصرف مواد اخذ و ثبت شد.

**یافته ها:** عود در حین ۶ ماه درمان ۵۶/۷، عود در فاصله یک سال پس از درمان ۴/۷ و موفقیت درمان بیماران ۳۸/۷ درصد بود. گروه سنی ۱۸-۲۵ سال بیشترین عود را داشتند. از لحاظ تحصیلات و شغل، مقطع دیپلم و لیسانس و کارمندان بالاترین موفقیت را داشتند و از نظر نوع ماده ی مصرفی، روش مصرف و دفعات مصرف، بیشترین موفقیت به ترتیب مربوط به ماده هروئین، روش انفیه و تعداد مصرف ۳-۲ بار در روز بود. درمان در افرادی که درآمد ماهیانه ی ۱۰۰-۷۰ هزار تومان و سابقه خانوادگی اعتیاد منفی داشتند، موفق تر بود.

**بحث:** در پی گیری ترک اعتیاد با نالترکسون، کسانی که طی ۹ ماه دچار عود نشوند، احتمال بیشتری برای ترک طولانی تر دارند. ترک در افرادی که تحت انضباط شغلی و اجتماعی مؤکدتری قرار دارند، با موفقیت بیشتری همراه است و با سطح اقتصادی و میزان تحصیلات بالاتر ارتباط مستقیم دارد.

«دریافت: ۱۴/۴/۶ پذیرش: ۱۵/۳/۹»

**کلیدواژه ها:** درمان اعتیاد، نالترکسون، عود

\* روان پزشک - استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*\*\* پزشک عمومی

\*\* پزشک عمومی - مسئول مرکز درمانی - بازتوانی بهزیستی کرمانشاه

\*\*\*\* کارشناس ارشد آمار - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، خیابان دولت آباد، مرکز آموزشی درمانی فارابی. تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۰۷۰۰

## مقدمه

اعتیاد مسمومیت حاد یا مزمن با دارویی طبیعی یا صنعتی به شمار می‌رود، به نحوی که شخص در نتیجه استعمال آن دچار مقاومت اکتسابی می‌شود و به دلیل کاسته شدن تدریجی تأثیرات آن، مقادیر بیشتری از دارو را بدون بروز ناراحتی مصرف می‌کند (۱). هم اکنون آمارهای رسمی میزان معتادان به مواد مخدر را در ایران ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر اعلام می‌کند. قریب ۷۰ درصد معتادان در ایران تریاک، ۱۶ درصد هرویین، ۴ درصد حشیش و ۱۰ درصد مخلوطی از این نوع و دیگر مواد همچون سوخته، شیر و ... مصرف می‌کنند (۲). در سال ۱۳۷۷، به‌طور میانگین در هر ماه ۱۰۰ نفر در ایران مستقیماً در ارتباط با سوء مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده اند (۳).

راه‌های متفاوتی برای درمان اعتیادارایه شده است. سم‌زدایی نخستین گام برای بیماران است. پس از سم‌زدایی اقدام اساسی پیشگیری از عود سوء مصرف است که به دو روش کلی دارویی و غیردارویی به‌طور مستقل یا توأم انجام می‌شود. روش‌های غیردارویی بر محور درمان شناختی- رفتاری قرار دارد که بدو توسط مکتب شناخت‌درمانی فیلادلفیا (آرون بک و همکاران) برای درمان اختلالات عاطفی پیشنهاد شده بود و این مدل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آن‌ها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح نمود و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی او را بازسازی و تقویت کرد (۴).

مطالعات در خصوص اثربخشی این روش‌ها به دلیل طیف گسترده اجتماعی مددجویان و نیز خود مواد مورد سوء مصرف و نوع نگرش و تبعات قانونی سوء مصرف مواد در کشورهای مختلف متفاوت بوده است و معیار مشخصی ارائه نشده است (۵).

روش دارویی مبتنی بر مهار اشتیاق و میل مفرط فرد به مواد است. این میل بر اثر ایجاد سرخوشی توسط اپیات‌هاست که به واسطه گیرنده‌های (مو) ایجاد می‌شود (۵). نالترکسون آنتاگونیست خوراکی گیرنده (مو) است که توسط FDA برای درمان وابستگی به الکل و توقف تأثیرات اپیات‌ها تجویز شده است. از لحاظ بالینی مصرف یک دوز نالترکسون در مدت ۷۲ ساعت به‌طور مؤثر مانع تأثیرات اپیوئیدها می‌شود (۶).

موفقیت نالترکسون ارتباط زیادی با عوامل اجتماعی نظیر تحصیلات، شغل، تأهل، انگیزه بالا، حمایت خانوادگی و اجتماعی مناسب و ادامه‌ی رفتار درمانی دارد (۷). مشاهده شده که در مصرف‌کنندگان بیکار هرویین، پابندی به مصرف نالترکسون بسیار اندک است و پس از یک ماه حدود ۴۰ درصد آن‌ها درمان را رها می‌کنند. این رقم بعد از ۶ ماه به ۹۰-۸۰ درصد می‌رسد (۸).

در بررسی Roozen ۲۴ معتاد هرویین که نالترکسون و روان درمانی دریافت کرده بودند، با یک گروه ۲۰ نفری که فقط درمان دارویی داشتند، مقایسه شدند. با گذشت شش ماه در گروه اول دست‌کم ۵۵ درصد هنوز در شرایط پرهیز بودند (۹).

Hulse نالترکسون زیرپوستی را با نوع خوراکی به مدت ۵ ماه مقایسه کرد و نتایج نشان داد که این روش، موفقیت روش خوراکی را ندارد (۱۰). بررسی Catalano

به مدت ۶ ماه اجرا شد (T.L.C) رنگ نگاری لایه ظریف)، روش اختصاصی برای تشخیص و تفکیک بر اساس اطلاعات مختلف دارو و مواد مخدر و کنار گذاردن مثبت‌های کاذب است که بر اثر مصرف داروهای چون ایمی پرامین، دیفنوکسیلات، استامینوفن کدیین و ... ایجاد می‌شود. برای هر فرد قبل از قرارگرفتن در برنامه دریافت نالتراکسون و سپس همراه آزمایش کامل فعالیت‌های کبدی انجام می‌گرفت. حداکثر مقدار نالتراکسون براساس پروتکل دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ۵۰ mg در روز تجویز گردید. همچنین در کنار برنامه دارودرمانی از روان‌درمانی انفرادی و گروهی استفاده می‌شد. در این دوره ۶ ماهه در پایان همراه با آزمایش اپیوم پی‌گیری انجام شد. پس از آن به مدت یک‌سال که هر سه‌ماه آزمایش اپیوم به روش (T.L.C) انجام می‌گرفت، کنترل شدند و زمان عود در پرونده هر یک ثبت شد.

با توجه به این‌که مراجعه‌کنندگان خود داوطلب بودند و از سوی خانواده نیز به این امر تشویق می‌شدند مصرف نالتراکسون در آنان اجباری نبود، و در هر بار مراجعه نیز مصرف دارو توسط خانواده تأیید می‌شد. در صورت وجود هر نوع تناقض بین اظهارات فرد و خانواده، معیار نهایی تأیید خانواده بود. از هر یک از آنان نیز اطلاعات جمعیت‌شناختی به کمک ۱۳ سؤال اخذ گردید و داده‌های مربوط به سوء مصرف نیز توسط پزشک و روان‌شناس مرکز جمع‌آوری و ثبت شد. نکته مهم در مصرف مجدد مواد تفکیک عود (Relapse) و لغزش (Lapse) است. عود، مصرف مجدد مواد به صورت منظم و دایمی است؛ در حالی که لغزش به یک بار بازگشت بر اثر میل مفرط

و همکاران (۱۱) میزان عود پس از یک سال را ۷۵ درصد و مطالعه Hunt (۱۲) آن را بین ۶۵ تا ۷۰ درصد نشان داد. بیشترین میزان عود در فاصله ۳ ماه بعد از تکمیل دوره بوده است. هم اکنون نزدیک به ۶ سال از اجرای طرح استفاده از نالتراکسون در پیشگیری از عود و درمان معتادان به مواد مخدر می‌گذرد و شهر کرمانشاه یکی از پیشگامان اجرای آن بوده است. با این حال تاکنون آمار چندانی از چگونگی اثر بخشی و میزان تداوم مصرف آن گزارش نشده است. در این مطالعه فراوانی عود اعتیاد در میان مراجعان مرکز درمانی-بازتوانی بهزیستی کرمانشاه در فاصله ۱۸ ماهه فروردین ۱۳۸۱ تا مهر ماه ۱۳۸۲ و نیز خصوصیات مراجعان همچون سن و جنس، مدت اعتیاد و نوع و میزان ماده مصرفی مورد بررسی قرار گرفته است.

### مواد و روش‌ها

این تحقیق به صورت توصیفی-از نوع پیگیری در روی معتادان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی - بازتوانی بهزیستی کرمانشاه از فروردین ۱۳۸۱ تا شهریور ۱۳۸۲ انجام گرفت. انتخاب افراد با روش سرشماری صورت گرفت. در مجموع تعداد ۱۶۵ نفر وارد مطالعه شدند که ۱۵ نفر به دلایل مختلف از جمله عدم ادامه درمان و مراجعه کنار گذاشته شدند. مراجعه‌کنندگان خودمعرف بودند و هیچ‌یک براساس حکم قضایی اجبار به مراجعه نداشتند. قبل از شروع درمان نگهدارنده با نالتراکسون، ابتدا سم‌زدایی در مورد آن‌ها با متادون انجام گرفته بود و پس از پایان سم‌زدایی با تأیید به وسیله منفی بودن آزمایش به روش (T.L.C)، درمان نگهدارنده

در جدول ۴ میزان عود و موفقیت بر حسب شغل نشان داده شده است. کارمندان کمترین عود (۲۷/۳٪) و بیشترین موفقیت (۷۲/۷٪) را داشتند. (جدول ۵). در جدول ۵ میزان عود و موفقیت بر حسب درآمد نشان داده شده است. کمترین موفقیت را افراد دارای درآمد کمتر از ۷۱ هزار تومان (۲۷/۴٪) داشتند. شایع ترین روش مصرف تدخین (۴۷/۳٪) و سپس

اطلاق می‌گردد که تکرار نشده و مانع ادامه درمان نگردیده است (۴). بهبودی و موفقیت (Recovery) در درمان به معنای بازگشت به حالت طبیعی و سلامت پیش از بیماری است، ولی در مورد اعتیاد بهبودی کاملاً نسبی بوده و بسته به عوامل مختلف می‌تواند از ترک کامل ماده تا کم کردن میزان یا دفعات مصرف ماده باشد (۶). با توجه به این نکته میزان موفقیت عدم عود در یک دوره یک‌ساله تعیین گردید.

#### جدول ۱- توزیع فراوانی عود و موفقیت درمان بیماران تحت

درمان نالترکسون مرکز بهداشتی درمانی کرمانشاه

درصد	فراوانی	عود و موفقیت درمان	نوع
۵۰/۷	۷۶	عود در چهار ماه اول درمان	بسیار کم
۶	۹	عود در ماه پنجم درمان	کم
۲	۳	عود در سه ماهه اول پی‌گیری	عود در یک سال
۱/۳	۲	عود در سه ماهه دوم پی‌گیری	
۰/۷	۱	عود در سه ماهه سوم پی‌گیری	
۰/۷	۱	عود در سه ماهه چهارم پی‌گیری	
۳۸/۷	۵۸	موفقیت در درمان	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	

#### یافته‌ها

در مدت مطالعه ۱۵۰ بیمار بررسی شدند. ۱۴۷ نفر (۹۸٪) مرد بودند و اکثراً (۷۶ نفر) در گروه سنی ۲۶ تا ۳۴ سال قرار داشتند. میزان عود به طور کلی ۶۱/۴ درصد بود و بیشترین عود در چهار ماه اول (۷۶ نفر) رخ داد و کمترین میزان در سه ماهه سوم و چهارم (۰/۷٪) بود (جدول ۱). بالاترین میزان عود (۶۹/۶٪) در ۶ ماهه اول در گروه سنی ۱۸-۲۵ سال مشاهده شد (جدول ۲). کمترین میزان موفقیت درمان (۰/۷٪) در افراد بی‌سواد بود (جدول ۳).

#### جدول ۲- توزیع فراوانی عود و موفقیت درمان بیماران تحت درمان نالترکسون مرکز بهزیستی کرمانشاه بر حسب سن (۸۲-۱۳۸۱)

سن								عود و موفقیت درمان
بیشتر از ۴۰ سال		۳۵ - ۴۰		۲۶ - ۳۴		۱۸ - ۲۵		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۱/۵	۱۷	۳۸/۹	۷	۵۹/۲	۴۵	۶۹/۶	۱۶	عود در حین ۶ ماه درمان
۶/۱	۲	۵/۶	۱	۳/۹	۳	۴/۳	۱	عود در فاصله یک‌سال پس از درمان
۴۲/۴	۱۴	۵۵/۶	۱۰	۳۶/۸	۲۸	۲۶/۱	۶	موفقیت پس از یک‌سال از درمان
۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۲۳	جمع

**جدول ۳- توزیع فراوانی عود و موفقیت درمان بیماران تحت درمان نالترکسون مرکز بهزیستی کرمانشاه برحسب تحصیلات**

(۱۳۸۱-۸۲)

لیسانس		دیپلم		سواد خواندن و نوشتن		بی سواد		عود و موفقیت درمان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۴/۵	۶	۴۵/۵	۲۰	۶۲/۸	۵۹	۰	۰	عود درحین ۶ ماه درمان
۹/۱	۱	۹/۱	۴	۲/۱	۲	۰	۰	عود درفاصله یکسال پس از درمان
۳۵/۴	۴	۴۵/۵	۲۰	۳۵/۱	۳۳	۱۰۰	۱	موفقیت پس از یکسال از درمان
۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	۹۴	۱۰۰	۱	جمع

**جدول ۴- توزیع فراوانی عود و موفقیت درمان بیماران تحت درمان نالترکسون مرکز بهزیستی کرمانشاه برحسب شغل**

(۱۳۸۱-۸۲)

سایر مشاغل		بی کار		مغازه دار		کارمند		دانشجو		عود و موفقیت درمان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۵/۱	۴۳	۶۲/۸	۲۷	۶۶/۷	۱۰	۲۷/۳	۳	۶۶/۷	۲	عود درحین ۶ ماه درمان
۵/۱	۴	۲/۳	۱	۶/۷	۱	۰	۰	۳۳/۳	۱	عود درفاصله یکسال پس از درمان
۳۹/۷	۳۱	۳۴/۹	۱۵	۲۶/۷	۴	۷۲/۷	۸	۰	۰	موفقیت پس از یکسال از درمان
۱۰۰	۷۸	۱۰۰	۴۳	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۳	جمع

**جدول ۵- توزیع فراوانی عود و موفقیت درمان بیماران تحت درمان نالترکسون مرکز بهزیستی کرمانشاه برحسب درآمد ماهیانه**

(۱۳۸۱-۸۲)

< ۱۰۰ هزار تومان		۱۰۰-۷۱ هزار تومان		> ۷۱ هزار تومان		عود و موفقیت درمان
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۴/۸	۱۴	۴۳/۳	۱۳	۴۶/۸	۵۸	عود در حین ۶ ماه درمان
۷/۷	۲	۱۰	۳	۱/۶	۲	عود تا یکسال پس از درمان
۳۸/۵	۱۰	۴۶/۷	۱۴	۲۷/۴	۳۴	موفقیت در درمان
۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۱۲۴	جمع

جدول ۶- توزیع فراوانی عود و موفقیت درمان بیماران تحت درمان نالترکسون مرکز بهزیستی کرمانشاه برحسب نوع ماده مصرفی

قبل از شروع درمان						عود و موفقیت درمان
نوع ماده مصرفی						
سایر موارد		هروئین		تریاک		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۵۳/۸	۷	۵۲/۲	۳۶	۶۱/۲	۴۱	عود درحین ۶ ماه درمان
۷/۷	۱	۲/۹	۲	۶	۴	عود درفاصله یکسال پی گیری پس از درمان
۳۸/۵	۵	۴۴/۹	۳۱	۳۲/۸	۲۲	موفقیت در درمان
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۶۹	۱۰۰	۶۷	جمع

### بحث

مشکل بزرگ در برخورد با اعتیاد میزان بالای عود است. در این تحقیق نیز میزان عود در پایان ۶ ماه اول بیشتر از نیمی از افراد را در بر می گرفت. بالاترین درصد عود در پایان ماه اول بود، با توجه به تفاوت اندک تعداد عود در پایان ۹ ماه و پایان ۱۸ ماه به نظر می رسد بیماری که تا ۹ ماه مجدداً روی به مصرف مواد نیاورده باشند، احتمال بالایی برای ترک درازمدت تر دارند. این نتیجه گیری با بررسی Green Stein هم خوانی دارد و حاکی از لزوم تمرکز بیشترین امکانات درمان نگهدارنده در فاصله ۹ ماه اول پس از ترک است (۱۳). در بین گروه های شغلی مختلف بیشترین موفقیت را در تداوم ترک، کارمندان داشتند. Cornish و همکاران نتیجه گیری کرده اند افرادی که تحت فشار انضباطی از جانب کارفرمایان و سیستم قانونی قرار دارند، پای بندی بهتری به برنامه نالترکسون نشان می دهند و پس از ۶ ماه بیشتر از ۵۰ درصد همچنان در برنامه باقی می مانند. در مطالعه ما نیز کارمندان که الزاماً انضباط کاری بیشتری را نسبت به سایر مشاغل

خوراکی (۲۴/۷٪) بود. روش تزریقی توسط ۲۱ نفر (۱۴٪) استفاده می شد، اما بیشترین عود را روش تزریق (۷۱/۴٪) داشتند. بالاترین میزان موفقیت (۵۷/۱٪) در روش انفیبه دیده شد. بیشترین میزان مصرف روزانه (۸۰/۷٪) ۲ تا ۳ بار بود. اکثر مراجعہ کنندگان (۶۶٪)، متأهل بودند که از این تعداد ۵۶ نفر (۵۶/۶٪) در شش ماه اول عود داشتند. هم چنین افراد مجرد ۳۷ نفر (۲۴/۷٪) بودند که ۲۴ نفر (۶۶/۹٪) از آنان در شش ماه اول عود داشتند. ۱۳۱ نفر (۸۷/۳٪) از بیماران سابقه ترک قبلی داشتند، اما میزان عود در آنان و افراد بدون سابقه ترک یکسان بود. سابقه ی خانوادگی اعتیاد در ۲۹ نفر (۱۹/۳٪) وجود داشت که در شش ماه اول ۱۸ نفر (۶۲/۱٪) از آنان عود داشتند. همچنین ۱۲۱ نفر (۸۰/۷٪) دارای سابقه اعتیاد خانوادگی نبودند که از این تعداد ۶۷ نفر (۵۵/۴٪) در شش ماه اول عود داشتند. جدول ۶ میزان عود و موفقیت را برحسب نوع ماده مصرفی نشان می دهد، مصرف کنندگان تریاک بیشترین عود (۶۷/۲٪) و کمترین موفقیت (۳۲/۸٪) را داشتند.

حمایت‌های بعدی ضعیف‌تری برای جلوگیری از مصرف مجدد دارند.

در این بررسی گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال بالاترین میزان عود را داشتند. این امر باید زنگ خطری برای یک ضایعه اجتماعی جدی محسوب گردد. ایران یکی از جوان‌ترین جمعیت‌ها را دارد و بروز آسیب‌های شدیدی چون اعتیاد در این گروه سنی شاید تا حدی معطوف به این امر باشد. اما این یافته دیگر که بیشترین میزان عود در افراد دارای سابقه خانوادگی مثبت رخ داد، لایه‌های عمیق‌تری از این آسیب شناسی را آشکار می‌کند. اعتیاد در مواردی که وارد حریم خانواده شده باشد، ضمن درگیرکردن جوانان، امکان درمان را نیز کاهش می‌دهد. Oicovner نیز که نتایج مشابهی گرفته است معتقد است وجود سابقه خانوادگی مثبت علاوه بر ارابه الگوی همانند سازی برای اعتیاد دیگر اعضای خانواده، زمینه دسترسی به مواد را فراهم‌تر می‌سازد (۷). همچنین بیشتر بودن میزان عود در افراد با درآمد ماهیانه کمتر از ۴۰ هزار تومان، بار دیگر نشان می‌دهد سطح اقتصادی بهتر امکان موفقیت آمیزتر بودن درمان با نالترکسون را بیشتر می‌کند، که با مطالعه Oiconner هم‌خوان است (۷).

### نتیجه‌گیری

به این ترتیب از ۱۵۰ معتاد خودمعرف تحت درمان با نالترکسون طی ۶ ماه بیش از ۵۰ درصد دوباره به مصرف مواد روی آوردند. با این شرایط می‌توان وضعیت را در سایر معتادان تخمین زد. جوانان بیشتر در معرض عود قرار داشتند. چنانچه در خانواده مواردی از اعتیاد وجود

دارند، چنین پاسخی نشان دادند. بالاترین میزان عود در افراد کم‌سواد (خواندن و نوشتن) و بیشترین موفقیت در افراد در سطح دیپلم و لیسانس، با نتیجه‌گیری GreenStein هم‌خوان است که تأثیر تحصیلات بالا را در موفقیت بیشتر برنامه نالترکسون گزارش داده است. درخصوص ارتقای فرهنگی معتادان برنامه حاد و کوتاه‌مدت چندانی نمی‌توان انجام داد و توان و امکانات جامعه نیز قادر به این کار نیست، اما هر برنامه ریشه‌ای در مقابله با اعتیاد باید در درجه اول بالابردن سطح سواد جامعه را برآورده سازد و بدون این‌گام سایر اقدامات چندان مؤثر نخواهد بود. نسبت بالاتر عود در مجردها با مطالعه Washton هم‌خوانی دارد و بر نقش حمایتی خانواده به طور کلی در موفقیت برنامه‌های نالترکسون دلالت می‌کند. ارتباط عود با نوع ماده مصرفی، حاکی از بالاترین میزان عود و پایین‌ترین موفقیت در تریاک است، در حالی که هرویین بیشترین موفقیت و کمترین عود را دارا بوده است، البته مصرف تریاک متأسفانه در بعضی فرهنگ‌های پیرامونی در منطقه مورد بررسی به عنوان نوعی آداب میهمان‌نوازی رواج نسبی دارد و شاید این امر و همچنین دست‌یابی آسان‌تر به آن نسبت به هرویین در این مسأله دخالت دارند. بالاتر بودن میزان عود در روش تزریقی نیز با نتیجه‌گیری GreenStein مشابه است و می‌توان علت آن را تا حدی به تخریب شدیدتر مکانیسم‌های دفاعی و حمایتی معتادان تزریقی نسبت داد (۱۳). اعتیاد تزریقی به ویژه در منطقه مورد بررسی، جزو مراحل نهایی اعتیاد محسوب می‌شود و چنین افرادی معمولاً از چرخه فعالیت اجتماعی رسمی خارج شده‌اند و در نتیجه امکان

داشت، عود بیشتر می‌شد. هم‌چنین هرچه درآمد و تحصیلات افراد پایین‌تر بود عود آنان بیشتر بود. نظریات جدیدتر در مورد اعتیاد، آن را در یک الگوی زیستی- روانی- اجتماعی ارزیابی می‌کند و بر نقش دو عامل زیستی (ژنتیک) و روانی (اختلالات روان‌پزشکی) هم تأکید دارد، اما نتایج این مطالعه و مشاهدات دیگران بر اهمیت فراوان‌تر عامل اجتماعی دلالت دارد. برنامه‌های مبارزه با اعتیاد و پیشگیری باید به آن به عنوان یک بیماری اجتماعی وخیم نگاه کند. به این ترتیب هر برنامه درمان نگهدارنده اعتیاد را باید با نظارت و انضباط اکید اجتماعی و شغلی هماهنگ کرد تا بیشترین نتیجه را به دست دهد. این

بیماری در صورت رخنه به محیط خانواده مقاوم‌تر می‌شود و هزینه‌های بسیاری را از جامعه تلف می‌کند.

### پیشنهادها

طرح تجویز نالترکسون را باید در مدت‌های طولانی‌تر نیز آزمایش کرد. در مورد اعتیاد هنوز به اقدامات کارشناسی نیاز هست. از جمله اساسی‌ترین آن‌ها تعمیق نگرش اجتماعی به این مسأله است. اعتیاد جزئی از بافته نابسامانی‌های اجتماعی است، توسعه مراکز بازتوانی و اعطای کمک‌هایی به آن‌ها به‌نحوی که متناسب با جمعیت معتادان قادر به ارائه خدمات باشند ضروری به نظر می‌رسد.



**Abstract:*****Naltrexone Therapy and Relapse Rates of Opioid Dependent Individuals***

*Tatary, F.<sup>1</sup>; Shakeri, J.<sup>1</sup>; Nasiri, A.<sup>2</sup>; Ghelichi, L.<sup>3</sup>; Abdoli, Gh.<sup>4</sup>*

*1. Assistant Professor in Psychiatics, Kermanshah University of Medical Sciences.*

*2. General Physician, Kermanshah Rehabilitation and Therapy Center.*

*3. General Physician*

*4. MSc in Biostatistics, Kermanshah University of Medical Sciences.*

**Introduction:** Drug addiction and drug dependency are major problem in the “mental”, “social”, and “health-care” fields. It decreases occupational performance and educational abilities in different social groups, and may lead to miscellaneous crimes. Different methods are recommended for drug addiction treatments. Detoxification is the first step however it would not be successful without follow up and vigorous maintenance therapy. Naltrexone introduced as an opium antagonist to decrease desire for opiates and is used for maintenance therapy of drug treatments in Kermanshah Rehabilitation and Therapy Center since 2001. This study aimed to determine the relapse rates of drug addict patients under maintenance therapy by Naltrexone after 18 months follow up.

**Materials & Methods:** 150 drug addicts who were admitted in Kermanshah Rehabilitation and Therapy Center were recruited flowing detoxification period. They received Naltrexone maintenance therapy for six months and followed for 12 months to find out their drug addiction relapse. Opium test (T.L.C) were measured monthly during six months and followed with three-month intervals for next 12 months.

**Results:** Relapse rate in the maintenance therapy period were 56.7% and 4.7% respectively. The achievement rate was 38.7%. Socio-demographic findings showed that relapse rate were highest in young adults (18-25 years old) and lowest in employed subject. According to the drug type, consumption method and interval; heroin users, drug inhalation and 2-3 times daily users showed more achievements than other drug addicts.

**Conclusion:** We conclude that the first nine months after detoxification is more critical period, Naltrexone maintenance therapy, helps to long lasting give up drug addiction. The employees and subjects with well social discipline and educational background have more chance to stop opium abuse.

**Key Words :** Treatment of Addiction, Naltrexone, Kermanshah Rehabilitation and Therapy Center - Relapse

## منابع

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1995, PP. 851-61
۲. شادی افروز سیدهادی. گزارش تکان‌دهنده از وضعیت اعتیاد در مشهد. نشریه خراسان، مورخ ۷۹/۶/۲۴، ص ۲
۳. اعتیاد و معتادان در ایران از نگاه آمار، نشریه جمهوری اسلامی، مورخ ۸۱/۱/۹، ص ۲.
۴. وزیران محسن، مستشاری گلاره. راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، سال ۱۳۸۱
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2003, PP.466-98
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of psychiatric drug treatment. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2001, PP.158-64
7. O'conner PG. Pharmacologic treatment of heroin dependent patients. Annal Internal Med 2000; 133:40- 45
۸. کرم‌پور رضا. ارزیابی تحقیقات و بررسی‌های انجام گرفته در خصوص اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر ستاد مبارزه با مواد مخدر دانشگاه‌های تهران و علامه طباطبایی؛ نشریه ژرفای تربیت، سال ۱۳۷۹؛ شماره دهم، ص ۱۰-۱۱
9. Roozen HG. Experiences with outpatient relapse program (community reinforcement approach): Combined with naltrexone in the treatment of opioid dependence. Eur Addict Res 2003; 9(2):53-80
10. Hulse GK. Use of oral implantable naltrexone in the management of the opioid impaired physician. Anaesth Intensive Care 2003; 31(2):196-201
11. Catalano R, Howard M, Hawkins JD, Meyer R. Relapse in the addiction: rates, determinants, and promising prevention strategies. In 1988 surgeon general report on health consequences of smoking. Washington DC. 1988
12. Hunt W, Barnett L. Relapse rates in addiction programs. J Clin Psychol 1971; 27:455-56
13. Green Stein RA. Alternative pharmacotherapy for opiate addiction: In: Lowinson JH, editor. Substance abuse: a comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, PP. 120-4
14. Cornish JW, Metzger D, Woody GE, Wilson D, McClellan AT, Vendergrift B, et al. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. J Substance Abuse Treatment 1997; 14:529-34
15. Washton AM. Structured outpatient group therapy: In: Lowinson JH, editor. Substance abuse: a comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1996, PP. 215-17