**علت انتخاب**

**متادون درمانی**

**در ترک اعتیاد**



**تهیه کننده : سمیه کتابی**

**کارشناسی ارشد – روان شناسی عمومی**

**دانشگاه پیام نور – تهران جنوب**



#

[فهرست مندرجات 2](#_Toc385908768)

[متادون چیست؟ 5](#_Toc385908769)

[متادون چه احساسى در فرد  ایجاد مى‌کند؟ 6](#_Toc385908770)

[اثرات متادون براى چه مدت باقى مى‌ماند؟ 6](#_Toc385908771)

[آیا متادون خطرناک است؟ 7](#_Toc385908772)

[آیا متادون اعتیادآور است؟ 7](#_Toc385908773)

[اثرات طولانى مدت متادون 8](#_Toc385908774)

[چکیده های فارسی: 8](#_Toc385908775)

[چکیده های انگلیسی: 12](#_Toc385908776)

#  متادون چیست؟

متادون از خانواده مواد شبه افیونى است و بیشتر در درمان وابستگى به سایر شبه‌افیونى‌ها نظیر هروئین، کدئین و مورفین کاربرد دارد
متادون یک شبه افیونى (اپیوئید) مصنوعى است، یعنى از مواد شیمیایى در آزمایشگاه به دست مى آید. سایر شبه افیونى‌ها یا طبیعى هستند مانند مرفین و کدئین که فرآورده‌هاى طبیعى بوته خشخاش هستند و یا شبه‌افیونیهاى نیمه‌مصنوعى هستند مانند هروئین، که مرفینى است که به طریقه شیمیایى پردازش شده است. (دى استیل مورفین
متادون در طى جنگ دوم جهانى در آلمان ساخته شد و اولین بار براى تسکین درد به کار رفت. درمان با دوز نگهدارنده متادون که از بروز علائم ترک تریاک جلوگیرى کرده و تقاضاى آن را کاهش داده و یا از بین مى‌برد، براى اولین بار در سال‌هاى ۱۹۶۰ برای درمان اعتیاد به این ماده متداول شد.
استفاده از دوز نگهدارنده متادون به تنهایی منجر به معالجه فرد معتاد نمى شود، بلکه به عنوان جزئی از  فرآیند درمان معتادان  به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این افراد از حمایت هاى طبى و اجتماعى لازم براى تثبیت و بهبود زندگى بهره مند و تشویق مى شوند مادامى که این دارو در مورد آنها موثر است، به درمان ادامه دهند.
بیشتر کسانى که متادون برای‌شان تجویز مى‌شود، براى وابستگى به  مواد افیونى ها تحت درمان قرار گرفته اند.
این افراد شامل کسانى هستند که به داروهاى غیرقانونى مانند تریاک و هروئین و داروهاى تجویز شده توسط پزشک نظیر کدئین وابستگى پیدا کرده‌اند.
افراد معتاد به مواد شبه افیونى هاى کوتاه اثر مانند هروئین باید متادون را به طور منظم دریافت کنند تا از بروز علائم ترک جلوگیرى شود.
همچنین متادون براى کسانى که به طور مرتب از مواد شبه افیونى به طو رتزریقی استفاده مى‌کنند و آلوده به ویروس ایدز  HIV یا هپاتیت C هستند، تجویز مى‌شود تا به ادامه روند ترک در این افراد کمک کند و خطر انتشار عفونت را از طریق استفاده از سوزن مشترک کاهش دهد.
متادون گاه در تسکین درد افراد مبتلا به درد شدید مزمن یا درد همراه با بیمارى هاى علاج ناپذیرى که منجر به مرگ مى شوند، به کار مى رود.

# متادون چه احساسى در فرد  ایجاد مى‌کند؟

برخى از افرادى که درمان با متادون را شروع مى‌کنند، سرخوشى و آرامشى را احساس مى‌کنند که در میان تمامى داروهاى شبه افیونى مشترک است.
با ادامه درمان و رسیدن به یک دوز ثابت، تحمل به این اثرات ایجاد مى‌شود. کسانى که در حال درمان با متادون هستند، غالباً احساس خویش را از استعمال متادون، “طبیعى” عنوان مى‌کنند.
درمان با متادون بر تفکر آنها تاثیرى ندارد، مى توانند کار کنند، به مدرسه بروند و یا از خانواده مراقبت کنند. متادون همچنین از تاثیر نشئه آور هروئین و سایر شبه افیونیها ممانعت مى‌کند و بدین ترتیب اثر این داروها را کاهش مى‌دهد.
درمان با متادون، عوارض جانبى هم ممکن است به همراه داشته باشد از جمله تعریق، یبوست و افزایش وزن.

# اثرات متادون براى چه مدت باقى مى‌ماند؟

متادون ماده‌ای طولانی‌اثر است .شخصى که به مواد شبه افیونى وابستگى دارد با یک دوز متادون در شبانه‌روز از علائم ترک مصون مى‌ماند. در مقابل کسى که به هروئین براى پرهیز معتاد است، برای جلوگیری از بروز علائم ترک در خود باید سه تا چهار بار در روز این ماده را مصرف کند.
درمان روزانه با متادون مى تواند تا بى نهایت ادامه یابد اما اگر فردى که متادون دریافت مى کند و پزشک با وى براى پایان درمان به توافق برسد، از دوز متادون به تدریج در طول هفته ها یا ماه هاى متعدد کاسته مى شود و فرآیند ترک تسهیل مى‌شود.
در صورت قطع ناگهانى متادون علائمى چون دل پیچه، اسهال و دردهاى عضلانى و استخوانى بروز خواهند کرد.
این علائم در طول یک تا سه روز پس از آخرین دوز شروع شده، در طول سه تا پنج روز به اوج خود رسیده و سپس به تدریج از بین مى روند، گر چه سایر علائم مانند اختلال خواب و تمایل به مصرف دارو مى تواند براى ماه ها ادامه یابد.

# آیا متادون خطرناک است؟

زمانى که متادون طبق تجویز پزشک دریافت مى شود، بسیار بى خطر بوده و آسیبى به اعضاى داخلى و یا قدرت تفکر وارد نمى کند، حتى اگر براى سال ها به طور روزانه مصرف شود.
از سوى دیگر متادون یک داروى قوى است و مى‌تواند براى کسانى که آن را به طور منظم دریافت نمى کنند فوق العاده خطرناک باشد، چرا که این افراد نسبت به اثرات آن تحمل پیدا نکرده اند.**این دارو حتى دوزهاى بسیار پائین نیز مى‌تواند براى کودکان کشنده باشند.**
از این رو تجویز متادون با دقت پایش و کنترل مى شود.
یک مزیت مهم متادون این است که این ماده مصرف هروئین را کاهش مى‌دهد. خطرات مصرف هروئین شامل مرگ بر اثر دریافت دوز بى رویه، ابتلا به عفونت HIV و هپاتیت C از راه کاربرد سوزن مشترک است. درمان متادون کمک مى کند که فرد از فجایع ناشى از استعمال هروئین مصون بماند.

# آیا متادون اعتیادآور است؟

تعاریف جدید از “اعتیاد”، عوامل متعددى را در ارزیابى مصرف دارو توسط فرد مدنظر قرار مى دهند. این عوامل شامل “تحمل” یا نیاز به افزایش مداوم دوز دارو براى رسیدن به اثر یکسان؛ “وابستگى جسمی” یا بروز علائم ترک با قطع مصرف و “استعمال همراه با اضطرار” به رغم نتایج منفى حاصل از ادامه مصرف دارو هستند.
برخى مى گویند که متادون به همان اندازه هروئین اعتیادآور است. کسانى که متادون مصرف مى کنند، مسلماً نسبت به برخى اثرات آن تحمل پیدا کرده و در صورتى که دارو را به شکل منظم دریافت نکنند، دچار علائم ترک مى شوند.
اما اگر چگونگى و علت مصرف دارو را مورد توجه قرار دهیم، متادون در تعریف کامل “ماده اعتیادآور” نمى گنجد. اول از همه این که تجویز متادون برای بیماران  به عنوان یک درمان طبى در نظر گرفته مى شود و تنها براى کسانى تجویز مى شود که خود هم اکنون وابسته به داروهاى شبه‌افیونى مانند هروئین هستند
. براى این افراد، متادون یک جایگزین مطمئن براى روش هاى خطرناکى چون استفاده از هروئین به شمار مى رود. متادون ایشان را از اضطرار براى مصرف ماده مخدر رها کرده و بدان ها امکان بهبود زندگى شان را مى بخشد.
متادون گاه به عنوان داروى خیابانى مورد استفاده قرار مى گیرد، اما استعمال آن بیشتر به منظور پیشگیرى از علائم ترک هروئین است. اثرات متادون کندتر از آن ظاهر مى شوند و بیشتر از آن مى پایند که بتوان از آن به عنوان ماده اى مناسب براى سوء مصرف یاد کرد.

# اثرات طولانى مدت متادون

درمان با دوز نگهدارنده متادون یک درمان طولانى مدت است. درمان از یک تا دو الى بیست سال و یا بیشتر به طول مى‌انجامد. این درمان طولانى مدت به لحاظ پزشکى بى خطر و موثرترین درمان موجود براى وابستگى به مواد شبه‌افیونى است.

# چکیده های فارسی:

|  |
| --- |
| 1. **چکيده مقاله:**
 |
|  |
| چکيده مقدمه: افسردگی در معتادان از شيوع بالايی برخوردار است. ترک اعتياد و قطع مصرف ماده مخدر نيز با علايمی همراه می شود که يکی از آنها افسردگی است. يکی از درمانهای جايگزين در ترک اعتياد به مواد مخدر، درمان جايگزين با متادون است. متادون يک نوع ماده مخدر صناعی است که می تواند از بروز علايم ترک پيشگيری نمايد. تجويز متادون برای معتادان به مواد مخدر حداقل با دو هدف عمده صورت می گيرد: الف) دسترسی به ماده ای خوراکی و کاهش اعتياد تزريقی و بيماری های عفونی مرتبط با آن (ايدز، و ...) ب) کاهش ارتباط معتاد با توزيع کنندگان مواد مخدر و کم شدن ميزان بزهکاری در جوامع هدف تحقيق حاضر بررسی تأثير درمان جايگزين با متادون در کاهش افسردگی بعد از درمان است تا بر پايه شناخت موضوع، بتوان با طراحی برنامه های مناسب در راستای بهينه شدن فرايند درمانی اقدام نمود. مواد و روش ها: در مطالعه حاضر که از دسته مطالعات کارآزمائی قبل و بعد (Before and after trial) بود، با در نظر داشتن حداکثر خطای نمونه گيری برابر 5 درصد و حدود اطمينان 95 درصد، نمونه هايی شامل 323 نفر از معتادان مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی، انتخاب شده و مورد پرسش قرار گرفتند. پرسشنامه 21 سوالی Beck در دو مقطع (قبل از شروع درمان با متادون و يکماه پس از درمان با متادون) در اختيار نمونه ها قرار گرفت. نمرات هر دو آزمون Beck توسط نرم افزار آماری SPSS ويرايش سيزدهم مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت. برای مقايسه فراوانی افسردگی و همچنين شدت آن در بيماران مورد مطالعه، از آزمون های غيرپارامتريک Mc-Nemar و Wilcoxon استفاده گرديد. سطــح معنادار مطالعه حاضر 01/0 در نظر گرفته شد. يافته های پژوهش: از مجموع 323 نفر معتاد مورد مطالعه ، 261 نفر (8/80 درصد) قبل از شروع درمان جايگزينی با متادون دچار افسردگی بودند (6/68 درصد نوع خفيف ، 8/26 درصد نوع متوسط و 6/4 درصد نوع شديد). يکماه پس از شروع درمان جايگزينی با متادون، افراد مذکور مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند. در اين مرحله 195 نفر (3/60 درصد) دچار افسردگی بودند (7/86 درصد نوع خفيف، 3/12 درصد نوع متوسط و يک درصد نوع شديد) تفاوت مشاهده شده در ميزان افسردگی قبل و بعد از درمان از نظر آماری معنادار بود (01/0 P<). بحث و نتيجه گيری: شيوع افسردگی در معتادان به مواد مخدر با يا بدون درمان جايگزين با متادون از شيوع افسردگی در جمعيت عمومی بيشتر است، درمان جايگزين با متادون می تواند در کاهش شيوع و شدت افسردگی در معتادان به مواد مخدر مؤثر واقع شود.  |

1. چکیده مقاله

هدف از اين مطالعه تعيين هزينه اثربخشي درمان نگهدارنده با بوپرنورفين در مقايسه با متادون درماني در درمان اعتياد به مواد افيوني مي باشد. جستجو در بين پايگاههاي داده اي )شامل مدلاين، كاكرين و ...( بدون محدوديت زماني انجام شد. دراين مطالعه ما مطالعات چاپ شده و چاپ نشده به زبان فارسي و انگليسي را بررسي كرديم. خلاصه مقالات و ارائه در كنفرانس ها بدليل ارائه ناكافي روش و نتايج مطالعات شامل اين مطالعه نشدند. مطالعاتي كه در نهايت از نظر كيفيت ومعيارهاي تعيين شده متناسب بودند براي نتيجه گيري نهايي باقي ماندند. در نهايت دو مطالعه باقي ماندند، شامل يك مورد مطالعه مرور سيستماتيك و ارزشيابي اقتصادي در مورد هزينه اثربخشي اين دو دارو و يك مطالعه اناليز هزينه-اثربخشي در مورد اين دو دارو. با توجه به مطالعات موجود و نتايج انها، شواهد مبني بر اين است كه هر دو داروي موجود داروهاي مناسبيبراي درمان معتادان به مواد افيوني مي باشند و تفاوتهايي كه بين انها وجود دارد چندان چشمگير نيست، طور كلي مي توان گفت كه اثر بخشي متادون بهتر و هزينه ان مقداري بيشتر است كه مي تواند بدليل تعداد روزهاي پيگيري بيشتر و نياز به ارجاعهاي بيشتر باشد، در صورتي كه هزينه يك مقدار بوپرنورفين از متادون بيشتر است اما چون به تعداد روزهاي كمتريبراي پيگيري نياز دارد، هزينه اثربخشي ان بهتر است

|  |
| --- |
| 1. **چکيده مقاله:**
 |
| مقدمه: درمان نگهدارنده با متادون يک رويکرد شناخته شده ای جهت درمان وابستگی به مواد و به خصوص کاهش آسيب است. يکی از چالش های عمده دراين روش درمانی ميزان ماندگاری در درمان است. هدف اين مطالعه بررسی ميزان ماندگاری بر درمان در درمان نگهدارنده با متادون است. روش بررسی: در اين تحقيق بيمارانی که به مراکز درمان اعتياد دانشگاه علوم پزشکی شهيد صدوقی يزد مراجعه کرده بودند و تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفتند اين نمونه ها حداقل يک سال و حداکثر 5/2 سال مورد پيگيری قرار داشتند. نتايج: در اين تحقيق 155 بيمار با ميانگين سني10± 8/35 سال با دامنه تغييرات 62- 18 سال مورد بررسی قرارگرفتند. 80% مراجعين تحصيلات زير ديپلم داشتند. 2/43% سابقه مصرف حشيش و 2/54% سابقه مصرف الکل را ذکر کردند و 7/49% در منزل استيجاری زندگی می کردند. 60% بيماران به دليل مشکلات اقتصادی و 5/15% به دلايل قانونی و 7/67% به دليل فشار خانواده مراجعه کرده بودند. 6/31 % ترياک و شيره و60% هروئين و 4/8% کراک مصرف می کردند. در 9/21% از مراجعين، مصرف به روش تزريق بود. 8/76% حداقل يک رفتار پرخطر داشتند. ميانگين دوز متادون مصرفی 35+5/86 ميلی گرم بوده است. ميانگين طول ماندگاری 80 هفته با حدود اعتماد 95% از 90-71 هفته بوده است. فراوانی ريزش 3/3% در ماه اول، 9/13% در طول 3 ماه اول، 2/23% در 6 ماهه اول و 8/31% در سال اول و 7/41% در کل ريزش داشته اند. طول مدت بقا با سن رابطه مستقيم و معنی داری داشت و همچنين با نوع ماده مصرفی و روش مصرف رابطه معنی-داری داشت. نتيجه گيری: با توجه به آمار بدست آمده از اين مطالعه که ميزان ماندگاری بر درمان را که تا يک سال 2/68 % و بالای يک سال 3/58% می باشد و مقايسه آن با مطالعات ديگر که تقريباً همين ميزان را گزارش شده است می توان نتيجه گرفت که اين روش درمانی می تواند روش موثر در کنترل وابستگی به مواد باشد.  |

# چکیده های انگلیسی:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Abstract
 |   |

|  |
| --- |
| Despite the demonstrated benefits of [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) maintenance, there have been concerns about the ethics, necessity and expense of maintaining addicts on [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) indefinitely. The inability of many patients to achieve normative levels of psychosocial functioning with [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807), combined with widely held attitudes favoring drug abstinence over replacement medication, has led to attempts to promote time-limited [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) treatment. This paper reviews the published research literature on post-discharge outcomes of patients exiting from extended [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) detoxification, "abstinence-oriented" [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) programs, and regular [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) maintenance programs. Virtually all of these studies document high rates of relapse to opioid use after [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) treatment is discontinued. Most of the patients studied left treatment without meeting clinical criteria for detoxification, although high relapse rates were also reported for patients who completed this program. The detrimental consequences of leaving [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) treatment are dramatically indicated by greatly increased [death](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_go_term=http://www.ebi.ac.uk/ego/GTerm?id=GO:0016265) rates following discharge. Until more is learned about how to improve post-detoxification outcomes for [methadone](http://europepmc.org/abstract/MED/11135508/?whatizit_url_Chemicals=http://www.ebi.ac.uk/chebi/searchId.do?chebiId=CHEBI%3A6807) patients, treatment providers and regulatory/funding agencies should be very cautious about imposing disincentives and structural barriers that discourage or impede long-term opiate replacement therapy.  |

1. ABSTRACT

TEN YEARS ago in The Journal, we reported on the use of methadone hydrochloride to treat a small group of intractable heroin addicts. The encouraging results of this pilot experiment suggested that larger-scale maintenance programs might provide a treatment alternative for a significant number of heroin addicts.

To some extent this expectation has been supported by the experience of clinicians using methadone in treatment programs throughout the United States and abroad. Many thousands of former heroin addicts have been rehabilitated, but on balance today, it must be recognized that the projections of ten years ago were overly optimistic. The great majority of heroin addicts in our cities remain on the streets, and the programs have lost their ability to attract them to treatment.

An unfortunate consequence of the early enthusiasm for methadone treatment is today's general disenchantment with chemotherapy for addicts. What was not anticipated at the onset was the

1. Abstract

The potential motivation of criminal addicts for methadone treatment was tested in the New York City Correctional Institute for Men. Of 165 inmates seen, all with records of five or more jail sentences, 116 (70 per cent) applied for treatment after a single interview. None of them had previously made application to the methadone program.

Of 18 randomly selected from all applicants with release dates between January 1 and April 30, 1968, 12 were started on methadone before they left jail and then referred to the program for aftercare. None of them became readdicted to heroin, and nine of 12 had no further convictions during the 50 weeks of follow-up study. All of an untreated control group became readdicted after release from jail, and 15 of 16 were convicted of new crimes during the same follow-up period.