

پروتکل درمان به کمک تنتور اپیوم

(ویرایش مهر ۱۳۹۰)

بر گرفته از یافته‌های اولیه طرح کشوری راه‌اندازی درمان
به کمک آگونیست (تنتور اپیوم - اپی تینگ) و ارزیابی نتایج دراز مدت آن

مرکز ملی مطالعات اعتیاد

نگارش

دکتر آدرخش مگری

مهرماه ۱۳۹۰

پروتکل درمان به کمک تننور اپیوم

بر گرفته از یافته‌های اولیه طرح کشوری راه‌اندازی درمان به کمک آگونیسست (تننور اپیوم - اپی تینک) و ارزیابی نتایج دراز مدت آن

مقدمه

درمان نگهدارنده یعنی جایگزین نمودن مصرف مواد مخدر غیر مجاز مانند هروئین و تریاک با داروهای دارای خواص مشابه، طی سه دهه اخیر به‌صورت یکی از سنگ بناهای عمده درمان اعتیاد درآمده است. در این روش، دارویی که دارای خواص معین افیونی است به‌صورت کنترل شده به معنایان عرضه می‌گردد و بیماران بجای مصرف مواد مخدر غیر مجاز به مصرف این مواد می‌پردازند. از جمله داروهایی که بعنوان درمان نگهدارنده از اقبال زیادی برخوردار شده‌اند می‌توان از متادون (Methadone)، بوپرنورفین (Buprenorphine)، ال ای ام (LAAM) و سولفات مورفین نام برد. ویژگی‌های خاصی در ترکیبات فوق وجود دارد که آنها را کاندیدای مناسبی جهت درمان نگهدارنده ساخته است. در اینباره می‌توان به وجوه مشترک زیر اشاره کرد:

۱. عوارضی هستند، یعنی نیازی به تزریق ندارند.
۲. خالص بوده و عاری از ترکیبات فرعی با خواص نامشخص هستند.
۳. طول اثر دراز مدت داشته لذا دفعات مصرف آنها کمتر است.
۴. جذب و دفع دقیق تر و مشخص تری در مقایسه با هروئین و تریاک دارند، لذا تجویز راحت‌تر بوده و احتمال مسمومیت کمتر است.

از طرفی از آنجائیکه این داروها به‌صورت کنترل شده و تحت نظر پزشک و در مراکز درمانی عرضه می‌گردند از تماس بیماران با شبکه قاچاق کاسته و عوارض اجتماعی، قضایی و اقتصادی وابستگی به مواد مخدر می‌کاهد. جایگزین نمودن مصرف مواد افیونی با ترکیبات دارویی باعث کاهش سود آوری عرضه مواد مخدر شده و از توسعه شبکه‌های عرضه و قاچاق نیز می‌کاهد. این ترکیبات دارویی در برنامه‌های موفق با پارانه بالا و به قیمت اندک عرضه می‌گردند لذا معنایان برای تامین نیاز خود به مواد مخدر مجبور به فعالیت‌های ضد اجتماعی جهت کسب درآمد نبوده و از عوارض اعتیاد کاسته می‌شود.

در مجموع نکات مثبت فوق باعث شده که درمان‌های نگهدارنده به ارکان سه‌گانه درمان در کشورهای پیشرفته تبدیل گردد. بعنوان مثال در کشورهای فرانسه، ایرلند و سوئد بیش از ۷۵ درصد اقدامات درمانی اعتیاد در راستای درمان نگهدارنده است. تنها دو کشور اروپایی ایتالیا و یونان سهم درمان نگهدارنده از کل درمان‌های وابستگی به مواد افیونی زیر ۳۰ درصد است. در کشورهای چون آلمان، اسپانیا، هلند، اتریش و انگلستان نیز بین ۵۰ تا ۷۵ درصد درمان‌های اعتیاد به درمان نگهدارنده اختصاص دارد.

در میان درمان‌های نگهدارنده، درمان با متادون از قدمت بیشتری برخوردار بوده و در جهان نیز بسورری فراگیر تعبیه شده‌است. در ایالات متحده ۲۰۵۰۰۰ نفر، در اسپانیا ۷۰۰۰۰ نفر و در آلمان ۶۰۰۰۰ نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند. این درمان در

اولین دهه ۶۰ میلادی طراحی شده است و تاکنون اثر بخشی آن در کاهش مصرف مواد مخدر، تزریق هروئین، رفتارهای مجرمانه و انتقال HIV به کرات به اثبات رسیده است.

درمان دیگری که در کنار درمان متادون در اواسط دهه ۸۰ به مجموعه درمانهای نگهدارنده اضافه گردید درمان با بوپروپرفین است.

با وجود ابتلا بالا و درصد قابل توجهی از جمعیت مردان بین ۱۵ تا ۶۵ سال به سوء مصرف مواد مخدر در کشور، از تمیبه درمان نگهدارنده مدت زیادی نمی گذرد و عملاً تجربه این درمان در کشور کمتر از ۵ سال است. در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون بصورت افزایشی باینده ای در مراکز دولتی و خصوصی عرضه می گردد و تخمین ها حکایت از آن دارند که از حدود ۲ میلیون مصرف کننده مواد مخدر، حدود ۱۴۰،۰۰۰ نفر از این درمان بهره مند هستند. با توجه به این مسئله نیاز مبرم به توسعه سریع درمان نگهدارنده در کشور، در اوایل سال ۱۳۸۲ آیین نامه مراکز خصوصی درمان نگهدارنده با آگونیسست به تصویب وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید. بر اساس این مصوبه، پزشکان عمومی اعم از شامل در بخش خصوصی یا دولتی پس از گذراندن دوره آموزشی و احراز شرایط لازم مجاز به تاسیس مراکز درمان نگهدارنده می شوند. در سال اول (۱۳۸۲) حدود ۳۰۰ مرکز و تا انتهای سال بعد جمعاً ۶۰۰ مرکز در کشور فعالیت داشتند. هر مرکز بنا به تعریف قادر است تا سقف ۲۰۰ بیمار را تحت درمان با متادون قرار دهد. البته اشاره گردیده که درمان با متادون با پستی به بیماران تزریق کننده هروئین تعلق گیرد.

بنظر می رسد مصوبه فوق حرکتی مناسب جهت توسعه درمان نگهدارنده در کشور باشد. مراکز مذکور طبق تعریف مجاز به عرضه ترکیبات آگونیسست ایونی هستند. تا اسفندماه ۱۳۸۲ تنها ماده آگونیسست مجاز جهت درمان وابستگی به مواد مخدر، داروی متادون بود که به صورت فرس های ۵ میلی گرمی توسط شرکت داروبخش عرضه می گردید. از تاریخ مذکور به بعد بوپروپرفین نیز در قالب فرس های زیرزبانی ۲ و ۸ میلی گرم به منظور درمان معتادان وارد فهرست دارویی کشور گردید و عملاً مراکز درمان نگهدارنده با آگونیسست بسان متادون مجاز به عرضه این دارو نیز شدند.

از طرفی در درمان نگهدارنده توجه به موارد زیر مهم است:

- § هر قدر درمان ها متنوع تر باشند امکان موفقیت بالاتر می رود.
- § عده ای به متادون یا بوپروپرفین پاسخ نمی دهند.
- § در عده ای بویژه معتادان تریاک استفاده از سایر درمان ها (بویژه متادون) به سنگین شدن بی مورد وابستگی منجر می گردد.
- § در ایران یکی از اهداف درمان نگهدارنده ممکن است توقف حرکت از تریاک به کراک و هروئین باشد.
- § کشور ایران به دلیل دارا بودن تیرمخ خاص اعتیاد یعنی فوور اعتیاد به تریاک نیازمند درمان های خلاصانه، بدیع و منحصر به فرد است.
- § به دلیل وسعت کمی اعتیاد در ایران یافتن آنتراژنهای متعدد ضروری است. بویژه در صورتی که آنها عوارض کمتری در مقایسه به متادون داشته باشند.
- § توسعه زیرساخت درمان و پژوهش در کشور در زمینه درمان نگهدارنده بسیار حیاتی و استراتژیک است و هر قدر محققین ایرانی از آگاهی بیشتری برخوردار باشند، کشور در موقعیت مهم تری قرار خواهد داشت.
- § از میان داروها با مزاد پیشنهادی جهت درمان نگهدارنده می توان از تننور اپیوم نام برد. تننور اپیوم که در حالت ۱ و ۲ درصد عرضه می گردد، در واقع عصاره الکلی (۲۰ درصد) تریاک است.

شربت برای چه کسانی مناسب است انتخاب بیمار

با توجه به چند مرحله پژوهش‌های انجام شده در زمینه استفاده از تنتور ایپوم، نیرخ نسبتاً جامعی از بیماران مستعد دریافت این درمان بدست آمده است. این نیرخ در قالب:

- موارد مصرف قطعی
 - موارد عدم مصرف قطعی
 - موارد ارجح مصرف
 - موارد با ترجیح عدم مصرف
- قابل ارائه است.

موارد مصرف و عدم مصرف قطعی (Absolute indications and contraindications)

۱- رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار

تحت هرگونه شرایطی هیچ بیماری نباید بصورت اجباری چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، وارد درمان با تنتور ایپوم گردد. ورود کلیه بیماران باید آگاهانه و آگاهانه صورت گیرد. قبل از ورود بیمار نیز لازم است بیمار از ماهیت و ویژگی‌های تنتور ایپوم (بنا بر فرم اخذ رضایتنامه آگاهانه پیوست) کاملاً مطلع گردد. لازم است درمانگران ویژگی‌های درمان با تنتور را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند. در اینباره به پیوست مربوط به "اسلایح رسانی به بیمار و بستگان" مراجعه فرمایید.

اما لازم به ذکر است در صورتیکه بیمار بنا به دستور قضایی، محکوم به درمان اجباری بعنوان مثال درمان اجباری اقامتی شده باشد، اگر در جریان درمان، خود علاقمند و راضی به دریافت تنتور ایپوم باشد، درمان با این ماده مجاز خواهد بود.

۲- وابستگی به مواد افیونی

اصولاً بیمار باید بر اساس معیارهای DSM-IV وابسته به مواد افیونی یا opioid dependent باشد. مصرف مواد افیونی در ایشان باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاک‌های تشخیصی، مصداق وابستگی تلقی گردد. عبارت دیگر عدم وابستگی به مواد افیونی و یا مصرف کنندگان تلقینی مواد افیونی و لو آنکه همزمان از وابستگی به سایر مواد غیر افیونی از جمله مواد محرک، حشیش و ... رنج برند، مجاز به استفاده از شربت ایپوم نمی‌باشند. مواردی مشاهده شده که بیماران سوءمصرف کننده و نه وابسته به مواد افیونی هستند ولی بدلیل وابستگی همزمان به مواد محرک از جمله متامفتامین، به تصور اینکه در هر حال از اعتیاد شدید رنج می‌برند، وارد درمان با تنتور ایپوم شده‌اند. این اقدام مجاز نمی‌باشد و باید از این عمل خودداری کرد. بدیهی است چنانکه بیماری دارای وابستگی به مواد افیونی باشد، وابستگی همزمان وی به سایر مواد غیر افیونی از جمله متامفتامین لزوماً مانع درمان با تنتور نیست.

۳- وابستگی به مواد افیونی سنگین (hardcore) =

بیمار علاوه بر آنکه باید وابسته به مواد آلیونی باشد، وابستگی وی بایستی به مواد آلیونی سنگین باشد. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است:

- کراک هرویین
- هرویین
- شیوه
- تریاک
- نورچیزیک
- مورفین غیر مجاز
- متادون¹ غیر مجاز
- تمجیزیک

وابستگی به مواد آلیونی چون کدین، دیفنوکسیلات، اکسی کدن، هیدروکسن، دی‌هیدرهگکدین (DHC) بوپرنورفین زیر زبانی (غیر تزریقی) و ترامادول مجاز به استفاده از لتور هستند.

۴- بیمارانی که دارای اختلالات شدید روان‌پزشکی فعال و مهار نشده (پسگوز، بیمار دوقطبی، بیماری خلقی شدید، افکار خودکشی و دیگرکشی دمانس، اختلالات روانی یا منشا ارگانیک، عقب ماندگی ذهنی و اتیسم) هستند نباید در درمان با شربت لتور قرار گیرند بویژه باید دقت شود که بیماران از نظر روانی و شناختی آگاه و هوشیار و سالم بوده و قادر به تولید رشایت نامه کتبی باشند.

۵- بیمارانی که دارای افکار خودکشی هستند یا درمانگر اقدام به خودکشی را محتمل می‌داند نباید در درمان با شربت لتور قرار گیرند.

۶- بیمارانی که دچار بیماری‌های عمده و فعال غیر روانی مانند بیماری پیشرفته کبدی، قلبی، روی، کلیوی، انواع بیماری‌های نئوپلاسمیک، بیماری‌های فعال اتوایمیون هستند موارد فوق، شرایط منع مطلق می‌باشند. ابتدا به عفونت HIV یا هپاتیت C به خودی خود مانع استفاده از لتور نیست اما وجود بیماری پیشرفته کبدی به گونه‌ای که بر متابولسم لتور و الکل موجود در آن اثر گذارد چیز موارد منع مصرف است. در غیر اینصورت درمانگر با قضاوت بالینی خود مجاز به گزینش بیماران جهت درمان با لتور خواهد بود.

۷- زنان باردار نباید در درمان با لتور ایبوم قرار گیرند.

موارد مصرف و عدم مصرف نسبی (Relative indications and contraindications)

مابقی شرایط برای پذیرش بیماران جنبه نسبی داشته و بر اساس صلاح‌دید پزشک معالج و وضعیت بیمار تعیین می‌گردد. در این زمینه راهکارها و توصیه‌های زیر کمک کننده هستند:

¹ یکی از نکات بحث انگیز استفاده از لتور ایبوم در مصرف کنندگان و وابستگان متادون است که متادون غرقه را در قالب برنامه درمان نگهدارنده و بصورت مجاز دریافت می‌زند ولی علائمش به انتقال به لتور هستند. در ایبوم به نسبت مربوط به انتقال از متادون به لتور مراجعه فرمایید.

- 1- بیماری که از سایر درمانهای اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته و گماکان به مصرف مواد ادامه می‌دهند کاندیدهای مناسبی جهت درمان با نئوراپیوم هستند. در اینباره می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
 - بیمار بیش از ۲ بار اقدام به سمزدایی کرده اما هیچگاه به پاک‌ی نرسیده است.
 - چنانکه بیماری بیش از ۲ بار اقدام به سمزدایی کرده ولی پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از ۲ ماه) حاصل نشده باشد.
 - بیماری که سمزدایی موفق دارند اما متعاقب سمزدایی بجای بهبودی بسوی تشدید علائم و لغت روانی اجتماعی حرکت می‌کنند.
 - بیماری که از سندرم محرومیت طول کشنده protracted withdrawal syndrome رنج می‌برند. بدین معنا که بعد از سمزدایی و پرهیز بیش از یکماه گماکان از علائم ترک، کاهش انرژی، احساس خستگی مفرط، اختلال در خواب، وسوسه شدید، بی‌حوصلگی، شغف و بی‌اشتهایی رنج می‌برند.
 - بیماری که بواسطه تجارب قبلی، نگرش منگی به روش‌های پرهیز مدار داشته و از آن گریزانند.
 - بیماری که انگیزه پایین برای پرهیز دارند.
 - بیماری که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خود زنی و پرخاشگری شدید، مسومیت، مصرف ناهنجاری و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار اینگونه عوارض در صورت شکست مجدد سم‌زدایی می‌رود.
 - بیماری که در درمان نگهدارنده با متادون یا بوبرپرورفین موفق نبوده‌اند، و از آن خارج شده یا با وجود ارائه درمان نگهدارنده با کیفیت مطلوب با یکی از دو ماده مذکور گماکان به مصرف ادامه می‌دهند برای درمان با نئوراپیوم مناسب هستند.
 - بیماری که در روش‌های اجتماع محور و یا جلسات خودیاری چون مبتدیان گمنام شرکت کرده اما بهبودی نداشته‌اند.
- 2- بیماری که مصرف کننده سنگین مواد افیونی بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی انگیزه‌ای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیر مجاز خود ندارند مانند مصرف‌کنندگان خیابانی؛ چنین بیماری اکثرأ علاقمند به سمزدایی نبوده و در صورت عرضه درمان نگهدارنده نیز با عیب‌های مکرر و مصرف توأم موادمخدر از ادامه درمان بصورت موثر سرباز می‌زنند. اصولاً انگیزه خود را بر ذوری جستن از مواد پایین تلقی کرده و از شبکه حمایتی قوی نیز برخوردار نیستند. انگیزه ورود به طرح شربت نئور در این بیماران ممکن است صرفاً عدم توان پرداخت هزینه ماده مخدر غیر مجاز یا ترس از عواقب قانونی باشد. با این وجود، ورود اینگونه بیماران با نیت کاهش آسیب و علاقمند سازی به استمرار درمان بلاشع است.
- 3- بیماری که مصرف کننده شیره و تریاک هستند و قصد جدا شدن کامل از مواد افیونی را دارند ولی مصرف خود را سنگین‌تر از آن ذکر می‌کنند که قادر به جدا شدن بیکاره از آن باشند. چنین بیماری معمولاً سابقه مصرف دراز مدت شیره و تریاک و گاهی با مقادیر بسیار زیاد را دارند اما سابقه مصرف موادی چون هروئین و کراک را نمی‌دهند و از نظر کارکرد اجتماعی و فردی در وضع نسبتاً مطلوبی در مقایسه با سایر مبتدیان قرار دارند. در برخی ممکن است مصرف تریاک محدود به مقادیر کم و در حد ۲-۳ گرم در روز باشد. با اینحال چنین بیماری ذکر می‌کنند که قادر به جدا شدن از مصرف وار اندک خود بوده و قطع مصرف با عود همراه است. چنین بیماری از طرح شربت تریاک بویژه مدل قطع تدریجی استقبال کرده و پاسخ مطلوب نیز می‌گیرند.

- ۴- بیمارانی که اصولاً علاقه یا باور قوی به سوزدایی بسیار تدریجی (در حد ۶-۱۲ ماه) دارند، این بیماران مواردی هستند که معمولاً خود از طریق قطع آهسته و تدریجی (tapering) ماده مخدر مصرفی خود به‌ویژه تریاک یا شیره سعی در رسیدن به پرهیز دارند و باور قوی فرهنگی یا خانوادگی دارند که راه درمان آن‌ها، چندان شدن تدریجی از مواد مخدر است. بسیاری شخصاً یا در اطرافیان خود از روش تهیه شربت سوخته تریاک و رقیق کردن تدریجی آن پاسخ مناسب دیده یا به آن اعتقاد دارند. تجربه نشان داده که اینگونه بیماران در برنامه‌های کاهش بسیار تدریجی متادون یا MTT معمولاً موفق نبوده و قادر به جدا شدن از متادون نیستند لذا نتور می‌تواند جایگزین مناسبی برای این بیماران باشد.
- ۵- بیمارانی که تجربه سایر درمان‌های رایج از جمله سوزدایی، NA و سایر گروه‌های خودیاری، درمان نگهدارنده را ندارند و مراجعه آنها اولین اقدام درمانی بعد از ابتلا به اعتیاد است بهتر است به درمان‌های رایج ارجاع شوند. هر چند چنین استوری مطلق نبوده و برخی بیماران به ویژه مانند موارد ۳ یا ۴ گاهی کاندیدانهای موفق و مطلوبی جهت درمان نتور هستند.
- ۶- بیمارانی که سومصرف مواد مخدر غیر الیونی مانند سومصرف شیشه، حبشیش، اکستازی و ... در کنار وابستگی به مواد الیونی دارند، جزء موارد بحث انگیز درمان هستند. پژوهش‌ها فعلاً از آن چکاپ دارند که سومصرف چند ماده علاوه بر مواد الیونی باعث کاهش اثربخشی و موفقیت درمان با نتور ایبوم می‌گردد. لذا از طرفی این کاهش موفقیت درباره سایر درمان‌های پرهیز مدار و نگهدارنده نیز صادق است. در چنین مواردی با توجه به اینکه شواهد قاطع در چنین مواردی نه یا علیه درمان با نتور ایبوم برای اینگونه بیماران وجود ندارد و تجارب فعلی نیز کافی نیستند لذا توصیه می‌شود درمانگر علی بررسی و مشاوره با بیمار و بهره‌گیری از تجربه خود اقدام به تصمیم‌گیری نماید. در چنین مواردی احتمال مسومیت و عوارض داخلی-جسمی (به‌نویس مثال در مصرف کنندگان همزمان الکل و مواد الیونی) بیماران باید همواره مد نظر باشد. با وجودی که مصرف کنندگان چند ماده‌ای در اکثر درمانها موارد مشکل سازتر را تشکیل می‌دهند اما از آنجائیکه امکان بهره بردن آنها از درم‌های جدید مانند درمان با شربت ایبوم نیز محتمل است، نباید به صرف مصرف چند ماده بیماران را از درمان با نتور محروم کرد.
- ۷- بیمارانی که راضی یا قادر به رعایت شواهد درمان با شربت نتور (از جمله مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت سهمیه، پرداخت حق الزحمه و ...) نیستند طبعاً بهتر است وارد درمان نگردند.
- ۸- با توجه به عرضه محدودتر درمان با نتور ایبوم در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله درمان‌های نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین، بیمارانی که هرگونه قصد سفر به خارج از کشور را دارند یا در داخل ایران قصد مسافرت بیش از ۵ روز در طی سال آنی را دارند یا قرار است به مکان دیگری نقل مکان نمایند بهتر است در درمان با نتور ایبوم قرار نگیرند.
- ۹- در هنگام درمان با نتور ایبوم، آزمایش ادرار بیماران از نظر مورفین همواره مثبت خواهد بود. بنابراین چنانکه برای بیماری از لحاظ جنبه‌های قانونی، مانند آزمایش قبل از ازدواج، تایید گواهی‌نامه یا استخدام و سایر موارد مشابه، دارا بودن آزمایش منفی مورفین ضروری باشد طبعاً بیمار نباید در درمان با نتور ایبوم قرار گیرد. لازم به ذکر است که از آنجائیکه با تکنولوژی فعلی امکان تمایز مصرف مواد الیونی غیر مجاز از نتور ایبوم بصورت عینی وجود ندارد و گفته‌های بیمار تا پایان درمان عملاً تنها منبع آگاهی‌مست، لذا مراکز درمانی نمی‌توانند جهت بیماران گواهی دال بر پرهیز از مواد مخدر غیر مجاز صادر کنند. اگر بیماری نیازمند اینگونه گواهی‌ها باشد، نمی‌تواند در درمان با نتور ایبوم شرکت کند.

۱۰- میزان اطلاعات ما درباره اثرات خفیف شناختی در تنبور ایپوم اندک است. تا زمان تکمیل یافته‌ها و تجارب بیشتر، از مصرف تنبور ایپوم در افرادی که دارای مشاغل پرخطر بوده (نظیر کار در ارتفاع، کار با ماشین‌آلات خطرناک و حساس، رانندگان بهایانی) یا در افرادی که نیازمند هوشیاری بالا جهت فعالیت هستند، خودداری شود.

مراکز که قادر به عرضه درمان به کمک تنبور ایپوم هستند:

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش در چند مرکز، تاکید بر این است که تنبور ایپوم تنها در مراکز عرضه دانه از سرپای و اقامتی گردد که مجاز به ارائه درمان نگهدارنده بر اساس مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند. این مراکز می‌توانند در قالب امکانات و نیروی انسانی موجود خود در کنار ارائه سهمیه متادون، اقدام به پذیرش بیمار در قالب درمان با تنبور ایپوم نیز بنمایند. با اینحال علاوه بر این شرط لازم است:

- ۱- مرکز سابقه ارائه حداقل ۱ سال درمان نگهدارنده با متادون و با بوبرلورفین را داشته باشد.
- ۲- طی سابقه کاری خود، لثو پروانه یا شکایت منجر به محکومیت قضایی نداشته باشد.
- ۳- دارای فضای امن جهت ذخیره تنبور ایپوم باشد. با توجه به اینکه ممکن است هر بیمار در ماه حدود ۰/۵ تا ۱ لیتر مصرف تنبور داشته باشد و در صورت دارا بودن ۵۰ بیمار در فهرست درمان، نیاز به ذخیره ۵۰ لیتر تنبور است. این فضا باید ظرفیت حداقل این مقدار را داشته باشد. بدیهی در اغلب موارد ذخیره‌سازی چنین حجمی در گاوصندوق میسر نبوده و لازم است اطاق یا انباری با حفاظت یا در محکم با قفل مناسب برای این منظور در نظر گرفته شود. هر مرکز درمانی باید گنجایش انبار یکماه مصرف روزانه خود را دارا باشد.
- ۴- فضای مناسب جهت توزیع تنبور را دارا باشد. در این زمینه باید دقت گردد که تنبور در قالب شیشه‌های ۲۵۰ میلی-لیتری عرضه می‌گردد و نیاز روزانه بیمار باید در شیشه‌های مجزا تقسیم گردد. با توجه به اینکه بو و ظاهر تنبور ممکن است برای سایر بیماران (مانند بیماران متادون، بوبرلورفین، سیزدایی، رولاندرومانی و غیره) تحریک کننده بوده و باعث شروع trigger و سوسه گردد، فرایند توزیع و پیمانه کردن dispensing باید حتی‌الامکان در مکانی مجزا از مراجعه بیماران شیر تنبور قرار داشته و واجد تهویه مناسب نیز باشد. البته چنانکه در چنین فضایی تنبور پیمانه شده و در شیشه‌های یکبار مصرف تقسیم شده و برچسب خورد، عرضه شیشه‌های در بسته در سایر مکان‌های مرکز از جمله اطاق توزیع متادون یا بوبرلورفین پلامانع است.
- ۵- مرکز درمانی دارای ابزار پیمانه کردن تنبور با دقت ۱/۴ میلی-متر مک. (سی.سی) باشد. این امر از طریق پیمانه کننده-های آزمایشگاهی dispenser یا سایر ابزار آزمایشگاهی چون پورت، استوانه مدرج، سرنگ مدرج امکان پذیر است.

مشخصات درمانگران مراکز عرضه تنبور ایپوم

نیروی انسانی مراکز درمان با تنبور ایپوم باید واجد شرایط مقررات مراکز درمان با داروی آگونیسٹت مسوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند. با اینحال با توجه به حساسیت درمان پکمک این ماده و همچنین تجربه بسیار کمتر درمان با آن در مقایسه با متادون و بوبرلورفین، دارا بودن موارد تکمیلی زیر الزامی است:

۱. پزشک مسئول فنی و پزشکان درمانگر حداقل یک سال سابقه فعالیت در درمان نگهدارنده داشته باشند.

۲. پزشک مسئول فنی و پزشکان علاوه بر دوره ۱۴ روزه درمان نگهدارنده که لازمه تاسیس و فعالیت در مراکز درمان با آگونست است مجموعاً حداقل بمدت ۱۰ روز (یا ۴۰ ساعت) آموزش‌های تکمیلی در قالب سمینارهای یک‌روزه، کنفرانس‌های علمی، کارگاهها، دوره‌های آموزشی تخصصی دریافت داشته و دارای گواهی مربوطه باشد. آموزش‌ها باید در برخی از حوزه‌های زیر باشد:

- مصاحبه با بیمار
 - اصول مصاحبه انگیزشی
 - تکنیک‌های رفتاری در درمان نگهدارنده (از جمله مدیریت مشروطه، قرار داد کوتاه مدت، نظارت ساختاری)
 - روان‌درمانی شناختی بیماران
 - مداخلات کوتاه Brief drug counseling
 - مداخلات دارویی و غیر دارویی در مواد محرک
 - مداخلات غیر دارویی در درمان‌های نگهدارنده
 - ارزیابی ساختاری درمان‌های نگهدارنده
 - برنامه‌های ساختاری پیشگیری از عود
 - درمان اختلالات خواب، مشکلات جنسی، درد مزمن، بیماری‌های خلقی در درمان‌های نگهدارنده
 - تناخلات دارویی در درمان نگهدارنده
 - سوءمصرف مواد محرک، الکل، حشیش، بنزودپازین‌ها در درمان‌های نگهدارنده
 - درمان نگهدارنده در بیماران و گروه‌های خاص
 - مدیریت استرس
 - مدیریت خشم
 - مهارت‌های حل مسئله
 - اصول بازتابی و فعالسازی رفتاری در معتادان
 - درمان‌های گشتالت، معنوی و خودپاری در معتادان
 - اصول مشاوره و آموزش خانواده در معتادان
۳. مرکز باید به ازای بیش از ۵۰ بیمار تحت درمان با ننتور اپوم دارای یک روانشناس، مشاور یا مددکار تمام وقت مختص درمان با ننتور اپوم باشد. بدیهی است در صورت درمان کمتر از ۵۰ نفر، نیروی انسانی موجود قادر به پوشش درمان خواهد بود.
۴. روانشناسی، مددکار یا مشاور مرکز لازم است حداقل دارای یک سال سابقه فعالیت در مراکز درمان با آگونست بوده و علاوه بر آن حداقل مجموعاً به مدت ۸۰ ساعت در حوزه‌های زیر آموزش دیده باشد:
- اصول درمان نگهدارنده

- اصول مشاوره، مصاحبه و برخورد با معتلان
- مداخلات غیر دارویی در درمان نگهدارنده
- مداخلات غیر دارویی در درمان مواد محرک
- مداخلات غیر دارویی در مشکلات خاص در معتلان از جمله اختلالات جنسی، خواب، افسردگی، پرخاشگری و خشم، مدیریت استرس، احساسازی عاطفی و هیجانی، ارتباطات بین فردی، خانواده
- بازتوانی
- پیشگیری از عود ساختاری
- ارزیابی و سنجش سوءمصرف مواد مخدر
- گروه درمانی
- خانواده درمانی

ارزیابی بیماران

انجام ارزیابی دقیق از بیماران لازمه موفقیت و پیگیری درمان با نکتور ایوم است. از آنجاییکه نکتور ایوم یک مخدر با قدرت سوءمصرف است، لازم است هر مرکز ضمن اخذ شرح حال دقیق و بررسی جامع تریخ بیماران، مجموعه‌ای از اطلاعات زیر را بدو شروع درمان درباره هر بیمار بدست آورده و بشکل الکترونیک ذخیره نماید. این اطلاعات با حفظ امنیتاری در هویت بیماران و رعایت اصول اخلاقی و رازداری حرفه‌ای در اختیار مسئولین درمانی قرار خواهد گرفت.

۱. مشخصات فردی (نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، محل تولد). از مجموع این اطلاعات کد ۱۰ رقمی استخراج شده و مبنای احراز هویت فرد در مین حفظ گمنامی خواهد بود. جهت این مسئله به پیوست مربوطه در انتهای پروتکل مراجعه نماید.
۲. مشخصات دموگرافیک پایه شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات
۳. ماده مخدر اصلی مصرفی
۴. سابقه سوءمصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد الیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم* زاهار، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی عمر
۵. مصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد الیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم زاهار، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی ۳۰ روز گذشته با اشاره به روش غالب مصرف هر کدام
۶. میزان مصرف ماده مخدر در ماه گذشته از نظر مقدار یا ارزش نقدی آن
۷. سابقه درمان‌های قبلی در زمینه امتیاد از جمله روش‌های بستری، بازتوانی القامتی، اردوگاه‌ها، سرپای، خودداری و غیره
۸. وضعیت تزیوق در گذشته و حال
۹. سابقه زندان
۱۰. شمه از رفتارهای جنسی بیمار بویژه نکاهی به رفتارهای جنسی پر خطر
۱۱. سابقه بیماری جسمی عمده

۱۲. سابقه بیماری روانی در گذشته و یا حال (افسردگی، اضطراب، اقدام یا افکار خودکشی، پسگوز، بستری روانپزشکی)
۱۳. داروهای مورد استفاده بیمار
۱۴. اطلاع از وضعیت هیپانت و آلودگی به ویروس اینفلنزا
۱۵. وضعیت درآمد بیمار و اشتغال ایشان
۱۶. وضعیت سکونت و شرایط زندگی بیمار
۱۷. سوءمصرف مواد مخدر در خانواده و همچنین افرادی که با بیمار زندگی می‌کنند
۱۸. سابقه مسمومیت با مواد آبیونی
۱۹. میزان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی از بیمار
۲۰. چگونگی ارجاع و یا انگیزه بیمار در مراجعه به مرکز درمانی

در کنار ارزیابی‌های فوق لازم پزشک معالج معاینات و بررسی‌های زیر را بعمل آورد:

۱. معاینه عمومی و علایم حیاتی
 ۲. آزمایش روتین خون، قند، آنزیم‌های کبدی، مارکدر کلیوی، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول
 ۳. نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی یا سن بالای ۵۰ سال
 ۴. آزمایش پایه اندر از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و متامفتامین
- علاوه بر معاینات مذکور در بدو ورود لازم است همراه بخشی از این ارزیابی‌ها تکرار گردد. اطلاعاتی که لازم است ماهانه از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر است:

۱. مصرف انواع مواد مخدر به تفکیک در ماه گذشته و هزینه آن
 ۲. وضعیت اشتغال بیمار در ماه گذشته
 ۳. تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی در ماه گذشته
 ۴. عوارض جانبی و نشانه‌های مسمومیت در طی ماه قبل
 ۵. حالات روانی از جمله خلق افسرده، اضطراب، افکار خودکشی یا خود زنی، توهم و هذیان، پرشاشگری، مصرف داروهای اعصاب در طی ماه قبل
- در خلال و علاوه بر ارزیابی‌های ماهانه، لازم است پزشک معالج بر اساس جدول زیر بیمار را ویزیت کرده و همچنین آزمایش‌های اندر از نظر مصرف مواد غیر آبیونی بعمل آورد.

ویزیت				
هر روز	هفته‌ای ۲ بار	هفته‌ای ۱ بار	هر ۲ هفته یکبار	هر ۲ هفته یکبار
بند درمان	هفته‌ای ۱ بار	هر ۲ هفته یکبار	هر ۲ هفته یکبار	هر ۲ هفته یکبار

* انجام آزمایش جهت ویروس اینفلنزا و حمایت از ایمنی نیست و چنانچه بیمار راغب است با انجام داده نتیجه آن پرسیده و ثبت گردد.

جهت سهولت انجام ارزیابی‌های فوق، توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد کتابچه مدونیتی تحت عنوان "پرونده درمان سوءمصرف مواد مخدر" با ISAP: INCAS Substance Abuse Profile جهت پایش و ارزشیابی بیماران در بدو درمان و خلال ماه‌های بعدی طراحی گردیده‌است. توصیه می‌شود جهت پیگیری و ثبت اطلاعات بیماران از این دفترچه استفاده گردد. موارد فوق، بر اساس باور نگارندگان پروتکل حداقل ضروری ارزیابی علمی و کاربردی بیماران است. بدیهی است هر مرکز درمانی، نه تنها مجاز است از ارزیابی‌های کامل‌تر استفاده نماید، بلکه اخذ اطلاعات بیشتر و ثبت آنها در پرونده بیمار توصیه نیز می‌شود.

الگوهای درمانی به کمک شربت تننور اپیوم

طی بررسی‌های مقدماتی چند الگوی موثر درمانی به کمک شربت تننور اپیوم بدست آمده است که مختصراً شرح داده خواهد شد. هر الگو از دو جز درمان دارویی (یعنی استفاده از تننور اپیوم) و جز غیر دارویی یعنی مداخلات غیر دارویی (روانشناختی) تشکیل شده‌است. ابتدا الگوهای دارویی توضیح داده می‌شود:

• الگوی درمان نگهدارنده با هدف اولیه کاهش آسیب:

در این الگو با روش، بیماران روزانه مقدار ثابتی از شربت را مصرف می‌کنند و در جریان دوره درمانی میزان شربت بیماران کاهش نمی‌یابد. هدف از این الگو جایگزین سازی شربت تننور با ماده مخدر غیر مجاز بیماران است و شباهت زیادی به درمان‌های استانه پائین Low threshold متادون دارد. بیماران مصرف ماده مخدر خود را کنار گذاشته و طی چند روز به طور کامل به درمان با تننور منتقل می‌گردند. به نظر می‌رسد در این الگو فواید زیر برای درمان با تننور مشهور است:

۱. شربت بطور قانونی در اختیار بیماران قرار می‌گیرد لذا از تماس معتادان با شبکه قاچاق و دلالان مواد مخدر کاسته می‌شود. باور طراحان این الگوی درمانی بر این است که کاهش تماس معتادان با نظام توزیع غیر قانونی فواید اجتماعی، قانونی، فردی و روانی زیادی به همراه خواهد داشت.

۲. شرشی که توسط تولید کننده عرضه می‌شود عاری از ناخالصی و ترکیبات افزودنی مشکل ساز است و با وجود مشکلات ناشی از رسوب و ته نشینی گماکان درمقایسه با ترکیبات غیر مجاز، از خلوص و ثبات بسیار بیشتری برخوردار است و به ثبات کردن دوز مصرفی و حذف نوسانات جسمی و روانی و مسمومیت احتمالی ناشی از ناپایداری دوز روزانه کمک خواهد کرد.

۳. در بیماران تزریقی طریماً انتقال از مصرف به شکل وریدی یا تزریقی به سمت مصرف خوراکی کمک برجسته‌ای به سلامت بیمار و اطرافیان است. این مسئله به کاهش انتقال بیماری‌های ناشی از تزریق مانند HIV و هپاتیت در جامعه نیز احتمالاً اثر گذار خواهد بود.

۴. تبدیل مصرف کراک و هروئین به تریاک و مشتقات آن (شربت تننور) احتمال زیاد به ثبات و سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و خانوادگی بیشتری در بیماران همراه است.

۵. شربت تننور با به صورت رایگان یا قیمت ارزان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد و از فشار مالی ناشی از خرید کردن برای مواد مخدر می‌کاهد. این مسئله قاعدتاً باید به سلامت بیشتر بیمار و خانواده منجر گردد.

۶. عدم خرید و مصرف مواد مخدر غیر مجاز بر شبکه توزیع چه در حد کلان و چه در حد فرد اثر گذاشته و سودآوری و استحکام آنرا متزلزل می‌سازد.
۷. مراجعه مرتب و منظم بیماران به مراکز درمانی به منظور دریافت تشنور فرصت استثنایی در اختیار نظام درمانی قرار می‌دهد تا با ارائه خدمات پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی، مشاوره و مددکاری به سلامت بیماران کمک کنند.
۸. مجموع شرایط فوق عده‌ای از بیماران را جهت ورود به درمانهای دیگر از جمله رویکردهای پرهیز مدار علاقمند ساخته و ممکن است درمان نگهدارنده با تشنور در این عده به عنوان مرحله انتقالی در شروع درمانهای دیگر عمل کند. شواهدی وجود دارد که بعد از مدتی حضور در درمان نگهدارنده با تشنور، عده زیادی از بیماران علاقمند به دریافت خدمات دیگر شده و گاهی خواستار قطع تدریجی شربت نیز می‌شوند.

• الگوی کاهش تدریجی شربت تشنور با هدف قطع کامل و رسیدن به پرهیز

- در این الگو بیماران بعد از ثابت شدن بر روی شربت تشنور و کنار گیری از ماده مخدر مصرفی غیر مجاز طی مدت نسبتاً طولانی به عنوان مثال ۶ تا ۱۲ ماه به کاهش تدریجی و قطع کامل شربت اقدام می‌کنند. شواهدی قابل توجهی از پژوهشهای قبلی در این باره نیز بدست آمده است. قطع تدریجی احتمالاً از راههای زیر برای بیماران کمک کننده است:
۱. از آنجائیکه قطع و جدا شدن از ماده مخدر بسیار تدریجی است عملاً بسیاری از فواید " الگوی درمان نگهدارنده با مصرف اولیه کاهش آسبید " نیز برای آن متصور است. به ویژه در چند ماه اول بسیاری از بیماران شایعات زیادی بین دو الگو احساس می‌کنند.
 ۲. قطع بسیار تدریجی با علائم کمتر محرومیت و ناراحتی ناشی از آن همراه است.
 ۳. بنظر می‌رسد در فرایند ترک اعتیاد آنچه از علائم محرومیت اهمیت بیشتری دارد علائم استرس عمومی است. بدین معنی که جدا شدن از یک رفتار اعتیادی با بروز یک واکنش استرس عمومی همراه است. در طی ماههای اول افزایش ترشح کورتیزول، ACTH، TNF، IL-2 و سایر پروتئین‌ها و هورمون‌های وابسته به اثرس مشاهده می‌شود. همزمان چرخه‌های شبانه روزی circadian با مدت‌ها بعد از ترک اختلال نشان داده و به حالت اول خود باز نمی‌گردند. این سندرم فراگیر مرتبط با استرس نه تنها سلامت عمومی بیماران را به خطر می‌اندازد، بلکه با حساس سازی آنها به استرس، زمینه‌ساز عود نیز می‌گردد. در جریان ترک تدریجی این فرصت برای سیستم عصبی مرکزی فراهم می‌گردد تا به این تغییرات انطباق یافته و از شدت اثر آن بر عود کاسته شود.
 ۴. قطع بسیار تدریجی به بیماران فرصت می‌دهد تا طی فرایند جدا شدن از ماده مخدر خود (شربت تشنور) همزمان به ترمیم جنبه‌های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فردی زندگی خود اقدام نمایند. بسیاری بیماران طی ماههای اول الگوی قطع تدریجی تا حد قابل قبولی به محیط طبیعی و سالم خود باز می‌گردند و همزمان به اصلاح مشکلات اقتصادی و قانونی زندگی خود اقدام می‌کنند. بازگشتن به محیط قبل از اعتیاد reintegration در درستی از بیماران به‌سورت مشهودی اتفاق می‌افتد.
 ۵. سرانجام عده‌ای از بیماران به پرهیز کامل abstinence از تمام مواد افیونی می‌رسند و زندگی بدون ماده مخدر را دنبال می‌کنند.

• الگوی مرکب

این الگو آمیزهای از فرایندهای فوق است بدین صورت که برای مدتی به عنوان مثال ۳ تا ۶ ماه حوز بیمار ثابت نگه داشته شده و بعد از آن قطع تدریجی ۶ تا ۱۲ ماهه آغاز می‌گردد. واضح است که این الگو مخلوطی از روش‌های فوق بوده و فواید هر دو آنها را به همراه خواهد داشت.

روش تمبیه الگوهای درمانی دارویی:

تجارب متعددی درباره چگونگی تمبیه الگوهای مختلف دارویی بکمک تئور اپیوم طی ۳ سال اخیر بدست آمده است. در قسمت ذیل به اختصار شیوه‌های شروع و استمرار درمان بر اساس الگوهای "درمان نگهدارنده" و "کاهش تدریجی" توضیح داده می‌شود.

مراجعه به مراکز درمانی، DIC های همکاری کننده در طرح یا زنگانی در یکی از زندان‌های شرکت کننده در درمان بعد از توضیح جزییات فرایند درمان توسط گروه درمانی، در صورت اعلام رضایت کتبی به شرکت در برنامه درمان، توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گرفته و در جریان مصاحبه اطلاعات لازم در زمینه سابقه سوءمصرف موادمخدر، بیماری‌های روانی همراه، بیماری‌های جسمی، سابقه مصرف داروهای غیر مخدر، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی کسب خواهد شد. مشروح موارد مورد ارزیابی در قسمت ارزیابی بیماران ذکر گردیدند.

در صورت وجود شرایط ورود به درمان و نبود شرایط عدم درمان و صلاحیت و تأیید پزشک معالج، بیمار جهت درمان سرپایی با تئور معرفی می‌گردد. قبل از شروع درمان، بیماران علاوه بر انجام آزمایش‌های روتین، در صورتی که دارای سابقه بیماری قلبی ریوی و یا بیماری‌های عمده داخلی باشد، توسط همکاران متخصص داخلی معاینه و ویزیت می‌گردند. در صورت نبود منبع طبی درمان و رعایت ۷ بند مندرج در قسمت اندیکاسیون‌های مطلق، درمان با تئور اپیوم آغاز می‌گردد.

در بدو درمان پرسشنامه ساختاری ISAP با پرسشنامه‌ای با محتوای مشابه توسط پزشکان معالج و روانشناسان تکمیل شده و گزارشات روزانه در زمینه علایم و عوارض جانبی داروها تهیه خواهد شد.

در الگوی درمان نگهدارنده و همچنین در الگوی کاهش تدریجی اصولاً به ترتیب ۴ و ۳ مرحله نسبتاً مجزا قابل تعریف است.

این مراحل جهت درمان نگهدارنده عبارتند از:

۱. مرحله انقاع
۲. مرحله ثبات اولیه یا زودرس
۳. مرحله ثبات اصلی یا پایدار
۴. مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده

در جریان الگوی کاهش تدریجی نیز این مراحل به قرار زیر تعریف می‌شوند:

۱. مرحله انقاع
۲. مرحله ثبات اولیه یا زودرس
۳. مرحله کاهش تدریجی

مرحله القاء: همانگونه که مشاهده می‌شود، صرف نظر از نوع الگوی درمانی ("درمان نگهدارنده" یا "گامش کنده‌چی") این مرحله مشترک است. هدف از آن تبدیل مصرف ماده مخدر بیمار ام از تریاک، شیره، هروین، کراک یا سایر ترکیبات اوپیویدی به معادل فارماکولوژیک آن توسط ننتور اپیوم است. بعبارت دیگر بیمار به حدی ننتور دریافت دارد تا از نظر تجربه علائم محرومیت در حد مصرف ماده مخدر معمول عود باشد. این مرحله در درمان نگهدارنده با متادون هم وجود دارد اما از آنجا که ننتور اپیوم شباهت زیادی به مواد معمول بیماران دارد گذر از آن مواد به ننتور راحت‌تر بوده و بیماران آنرا به سهولت تحمل می‌کنند. اساس آن بسیار ساده است. از بیمار درخواست می‌شود تا از شب قبل از شروع درمان مصرف مواد مخدر خود را متوقف نماید و از مصرف خودسر داروهای آرام‌بخش نیز پرهیز کند. بر این اساس بیمار صبح روز شروع درمان در صورت رعایت عدم مصرف از شب قبل با علائم محرومیت مواجه خواهد کرد. در این زمان جهت ایشان ۱۰ سی‌سی ننتور اپیوم تجویز می‌گردد و ۱ ساعت بعد بیمار مجدداً ارزیابی می‌شود. در صورت وجود علائم محرومیت تجویز ۵ سی‌سی ننتور تکرار می‌گردد و ۱ ساعت دیگر بیمار تحت نظر می‌ماند. پروسه فوق‌العاده تجویز ۵ سی‌سی ننتور و بررسی مجدد بعد از یکساعت آنگاه تکرار می‌گردد تا بیمار از علائم محرومیت عباری گردد.

در چنین حالتی تجویز ننتور متوقف شده و بیمار بعد از یکساعت مراقبت از نظر بروز احتمالی عوارض جانبی، مرخص می‌گردد. بیمار مذکور بعد از ظهر همان روز (حوالی ۵ بعد از ظهر) مجدداً ویزیت می‌شود. در چنین شرایطی در صورت وجود علائم محرومیت دوز عصرگاهی تجویز می‌شود. مقدار این دوز بر اساس توصیه‌های زیر است:
عدم وجود علامت ترک: ترخیص جهت ویزیت روز بعد
علائم ملایم ترک: معادل یک سوم (حدود ۳۰٪) دوز صبح تکرار گردد.
علائم متوسط ترک: معادل نصف دوز صبح تکرار گردد.
علائم شدید ترک: تا حداکثر ۷۵ درصد دوز صبحگاهی تکرار گردد.

بعنوان مثال اگر بیمار در صبح مجموعاً ۲۰ سی‌سی ننتور دریافت داشته و عصرگاه علائم متوسط ترک دارد، جهت ایشان $20 \times 10 \text{ cc} = 50\%$ بعنوان دوز عصر تجویز می‌گردد. در چنین حالتی دوز کل روزانه بیمار $20 + 10 = 30$ سی‌سی خواهد بود. در اکثر موارد مقادیر بدست آمده به الگوی نهایی بیمار بسیار شبیه است و بندرت طی روزهای آتی به تغییر عمده نیاز پیدا می‌شود. همچنین الگوی تقسیم دوزها به دو دوز صبح و عصر جهت روزهای بعدی نیز تکرار می‌گردد با اینحال گاهی لازم است پزشک معالج در روزهای بعد بر اساس شدت علائم صبحگاهی و بعد از ظهر، دوزهای مربوطه را بصورت ظریف‌تر تنظیم نماید. نکته دیگری که توصیه می‌گردد این است که سعی شود در روزهای بعدی بتدریج و تا حد امکان از دوز عصرگاهی کاسته شده و بجای آن بر دوز صبح افزوده شود. دلیل این امر نداشتن برای حداقل رساندن دوز عصرگاهی است زیرا در اکثر بیماران (بجز از بیماران زندهانی) ممکن است مرکز درمانی مجبور به ارائه دوز منزل (take-home) گردد. در چنین شرایطی بهتر است دوز منزل عصرگاهی در حداقل بوده و از ۵۰٪ دوز صبحگاهی تجاوز ننماید.

در جریان مرحله القاء بیماران به طور روزانه به درمانگاه مراجعه نموده و سهمیه داروی هر روز خود را دریافت خواهند داشت. این عمل ترجیحاً در ایام تعطیل نیز صورت خواهد گرفت و توصیه می‌گردد ننتور روزانه در اختیار بیمار قرار نگردد. بیمار موظف است دوز روزانه خود را نیز در حضور پرستار یا پزشک مطرح مصرف کند. بیماران غیر از درمان‌شوندگان در زندان‌ها، تنها مجاز به دریافت حداکثر معادل ۵۰ درصد دوز صبحگاهی خود برای منزل خواهند بود. بعبارت دیگر ۲۳٪ دوز کل روزانه صبح و ۱/۳ ماهی

جهت عصر تجویز خواهد شد. در برنامه درمانی در زندان‌ها اصولاً دوز برهن بی‌معنا بوده و مجاز نیست. بیماران در صورت نیاز به دوز مکمل عصرگاه باشند، باید شبانه به درمانگاه مراجعه نمایند. پیش‌بینی می‌شود که مرحله اقیاء ظرف مدت یک هفته پایان یابد. در جریان آن لازم است علاوه بر مراجعه روزانه جهت دریافت تئتور، بیمار هر روز توسط پزشک معالج ویزیت گردد. مرحله ثبات اولیه یا زودرسی؛ بعد انتقال بیمار از ماده مخدر غیر مجاز به تئتور، لازم است بیمار مدتی بر روز تئتور تثبیت گردد. این امر حتی در صورتیکه هدف درمان کاهش تدریجی و نه درمان نگهدارنده باشد، گمان‌ناپذیر است. در جریان آن علائم ترک و وسوسه بیماران تقابل یافته و بیمار احساس رشایت از دوز خود خواهد داشت. در طی این مرحله بیمار روزانه جهت دریافت تئتور خود مراجعه نموده و لازم است بصورت هفته‌ای ۲ بار توسط پزشک معالج ویزیت شوند. چنانکه بیمار از علائم محرومیت رنج ببرد یا وسوسه خود را بسیار زیاد قید کند، پزشک می‌تواند در جریان این مرحله دوز بیمار را مجموعاً تا حداکثر یک سوم افزایش دهد. اما لازم به ذکر است که این افزایش در هر نوبت نباید بیش از ۱۰٪ دوز قبلی باشد. بعنوان مثال اگر بیماری روزانه (مجموع صبح و عصر) ۳۰ سی‌سی شربت دریافت می‌کند و بواقع دوز مرحله اقیاء او این مقدار باشد، چنانکه بعد از گذشت مثلاً ۳ هفته علائم ترک را تجربه کند، پزشک مجاز خواهد بود دوز او را حداکثر به ۴۰ سی‌سی برساند. توجه داشته باشید رساندن دوز از ۳۰ سی‌سی به ۴۰ سی‌سی یکباره مجاز نبوده (بدلیل امکان مسمومیت) و حداکثر روزانه ۱۰٪ یعنی حدود ۳ سی‌سی می‌توان به دوز بیمار افزود. در بعضی بیماران ممکن است در چند هفته اول بدلیل تحمل به شربت تئتور، نیاز به افزایش دوز بسته به زمان بروز علائم، چه صبح و چه عصرگاه باشد.

مرحله ثبات اصلی یا پایداری؛ در الگوی درمان نگهدارنده بعد از سپری شدن مرحله ثبات اولیه بیمار وارد مرحله اصلی درمان نگهدارنده می‌شود. در جریان این مرحله دوز بیمار در حد ثابت نگه‌داشته می‌شود و بیمار روزانه جهت مصرف دوز صبح‌گاه خود به مراکز درمان مراجعه می‌کند. باور بر این است که این دوره به بیمار کمک خواهد کرد تا به الگوی زندگی طبیعی بازگشته و آسیب‌های امتیاد در وی تا حد امکان تقلیل یابد. جهت موفقیت این امر همانطور که اشاره خواهد شد، نقش روان‌درمانی و مشاوره بسیار برجسته بوده و بر اساس یافته‌های فعلی بدون مداخلات غیر دارویی، شانس موفقیت بسیار اندک خواهد بود. در این مرحله به غیر از ایام تعطیل بیمار دوز منزل روزانه نخواهد داشت و تنها در ایام غیر تعطیل مجاز به دریافت دوز منزل عصرگاه است. مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده؛ در صورت بهرمنندی صحیح از مداخلات غیر دارویی و پایبندی به رژیم دارویی تئتور بسان سایر درمان‌های نگهدارنده، انتظار می‌رود بیماران بعد از چندین ماه یا چند سال، به ثبات رفتاری رسیده و از نظر شاخص‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، شغلی، خانوادگی و قضایی به حد قابل قبول برسند. در چنین حالتی لازم است درمانگر با توافق بیمار به کاهش بسیار تدریجی دوز بیمار مبادرت نماید. این کاهش از پروتکل خاصی پیروی نمی‌کند و صرفاً بر اساس کاهش سپس‌ارزایی سپس کاهش استوار است. گاهی این مرحله می‌تواند شبیه مرحله سوم الگوی کاهش تدریجی که به آن اشاره خواهد شد، باشد. گاهی نیز لازم است حتی از آن نیز بصورت بطور اعمال گردد و پیش از یکسال به‌طول انجامد. نکته‌ای که انرا از مرحله ۳ الگوی کاهش تدریجی متمایز می‌کند، این است که در الگوی کاهش تدریجی، میزان کاهش و زمان هر کاهش از ابتدا مشخص شده و بایستی حتی‌الامکان بدان پایبند بود ولی در مرحله ۴ الگوی درمان نگهدارنده، عملاً توانایی و تمایل بیمار زمان جدا شدن را تعیین می‌کند. شناسا مانند سایر مراحل درمان نگهدارنده با تئتور بیمار در این مرحله نیز باید روزانه جهت دوز روزانه خود مراجعه نماید و تا زمانیکه دوز بیمار به زیر مقدار معینی که بدان اشاره خواهد شد برسد، دوز منزل مجاز نخواهد بود.

الگوی کاهش تدریجی: در الگوی کاهش تدریجی، بعد از مشخص گردیدن دوز روزانه و تنظیم نسبت دوز صبح به عصر و سبزی شدن مرحله ثبات اولیه که انتظار می‌رود بعد از ماه اول حاصل گردد، کاهش تدریجی آغاز می‌گردد. در جریان کاهش تدریجی هر ماه دوز بیمار به ۸۰ درصد دوز ماه قبل می‌رسد. بعبارة دیگر هرماه ۲۰ درصد دوز ماه قبل کاسته می‌شود. بعنوان مثال اگر دوز کل روزانه بیمار ۲۰ سی‌سی است، بعد از یکماه به $24cc \approx 80\% \times 30$ می‌رسد. در ماه بعد این رقم به $24 \times 80\% \approx 19cc$ و در ماه سوم به $19 \times 80\% \approx 15cc$ می‌رسد. کاهش تدریجی استمرار یافته تا نتور کاملاً قطع گردد. لازم است کلیه وزیته‌ها و مداخلات درمانی در قسمت‌های مربوطه در پرونده بیماران و ترجیحاً پرسشنامه ISAP تکمیل گردد. همچنین لازم به یادآوری است که کلیه بیماران می‌بایستی بر اساس شاخص‌های مقیّر ISAP با ابزارهای مشابه که مورد استفاده مراکز درمانی قرار می‌گیرند، طی ارزیابی‌های ماهانه مواردی شامل: سومصرف موادمخدر، رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، استفاده از سرنگ اشتراکی، ارتکاب جرم و جنایت و بازداشت، وضعیت شفلی، سلامت جسمی عمومی و روابط خانوادگی ارزیابی گردد. رضایت بیمار از درمان و استمرار حضور وی برنامه‌ها و تلاوم مصرف نتور، تعداد مراجعات بیماران به درمانگاه، تعداد دفعات بهره‌مندی از خدمات مشاوره و روان‌درمانی نیز باید بصورت دقیق ثبت گردد.

مداخلات غیر دارویی

بر اساس بررسی‌های اخیر در درمان بکمک نتور اپیوم، واضحاً مشخص گردیده که درمان بدون ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی محکوم به موفقیت اندک بوده و با احساس ناامیدی در درمانگر و بیمار همراه است. تقویت مداخلات غیر دارویی از لوازم درمان با موفقیت بالاست. متأسفانه هنوز بدرستی نمی‌توان درباره حجم مطلوب مداخلات غیر دارویی اظهار نظر نمود. البته این ابهام مختص نتور اپیوم نبوده و درباره درمان نگهدارنده با متادون که بیش از ۲۵ سال از عمر آن می‌گذرد، صادق است. با توجه به بررسی مراکز مختلف و الگوهای متعدد درمانی، موارد زیر جهت استفاده از درمان‌های غیر دارویی ناگهید می‌گردد:

- یک الگوی درمانی که با موفقیت بسیار بالا همراه است و عملاً موفق‌ترین الگو تلقی می‌گردد، همراهی درمان با نتور با الگوی مداخله‌ای بر اساس کنگره ۶۰ است. در جریان این الگو، بیمار در کاهش تدریجی ۱۱ تا ۱۲ ماهه نتور قرار می‌گیرد و در کنار مصرف نتور از نظام حمایتی و مشاوره‌ای بصورت مددجو راهنما بهره‌مند می‌شوند. هر مددجو تحت نظارت یک راهنما که خود قبلاً به شیوه کاهش تدریجی شربت نتور و گاهی حتی کاهش تدریجی تریاک، موفق به رهایی از اعتیاد شده‌است قرار می‌گیرد. راهنما علاوه بر ایجاد بستر آموزش، مشاوره و حمایت فردی، مددجو را در مصرف دقیق و کنترل شده نتور اپیوم یاری می‌کند. مددجو نیز علاوه بر بهره‌مندی از نظارت و حمایت راهنمای خود، ماهانه در حدود ۱۲ جلسه خودیاری در محل‌های وابسته به کنگره شرکت می‌نماید. بدیهی است فرایند تبع نتور در انحصار مراکز درمانی مانده و پزشک مرکز درمانی وزیته بیماران، بررسی عوارض دارویی، انجام آزمایشات مقیّر را مانند دستورالعمل مندرج در بخش‌های فوق ادامه می‌دهد. موفقیت این الگو بسیار بالا ارزیابی می‌شود و از آنجاییکه گروه‌های خودیاری مانند کنگره ۶۰ بخش عمده‌ای از مداخلات غیر دارویی در درمان را بدون اخذ هزینه از بیمار بهمهده می‌گیرند اثر فایده درمان نیز به طرز محسوس افزایش می‌یابد. از آنجاییکه آمیزه درمان با کاهش تدریجی بکمک نتور اپیوم از یک سو و مشارکت در برنامه‌های کنگره ۶۰ از سوی دیگر با موفقیت به مراتب بیشتری در مقایسه سایر روش‌ها و الگوهای درمانی به کمک نتور اپیوم برخوردار است، این آمیزه بعنوان الگوی مجزا قابل تعنیه می‌باشد. پروتکل درمان بر

اساس آمیزه فوق در قسمت پیوست ارائه گردیده است و با توجه به شواهد بسیار مثبت آن، لازم است اپولیت و مزایای خاص به مراکز که از این الگو پیروی می‌کنند داده شود.^۲

• ارائه خدمات رواندرمانی و مشاوره در مرکز و یکمک پرسنل درمانی الگوی دیگر مداخلات غیر دارویی است. بر این اساس بیماران و خانواده آنها باید از حداقل خدمات زیر بهره‌مند شوند:

۱. رواندرمانی فردی بر مبنای "درمان‌های غیر دارویی در درمان نگهدارنده" یا "BDRC: Brief Drug and Risk Behavior Counseling" به مدت ۲ ماه و به میزان هفتگی ۲ جلسه یک ساعته (جهت ۳ ماه

اول)

۲. ۶ جلسه آموزش خانواده (در ۳ ماه اول)

۳. جلسات یک ساعته رواندرمانی حمایتی و مشاوره فردی به میزان هفتگی ۱ جلسه از انتهای ماه سوم بعد تا پایان درمان^۳

برنامه دوز منزل

بدلیل امکان بالای سوءمصرف آگونست‌ها بویژه نتنور اپوم، سیاست سختگیرانه‌های جهت دوز منزل لازم است. لازم سیاست زیر بدین منظور اعمال گردد:

۱. در هفته اول و تا زمانی که دوز بیمار تنظیم نشده است، دوز منزل صرفاً به دوز عصرها و روزهای ایام تعطیل رسمی محدود گردد.

۲. بعد از تنظیم دوز و سپری شدن ماه اول، در الگوی درمان نگهدارنده در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبح‌گاهی و عصرانه) بالای ۲۰ سی‌سی باشد، دوز منزل به دوز عصرها و روزهای تعطیل رسمی محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه بین ۱۵ و ۲۰ سی‌سی باشد، بیماران بصورت یک روز در میان (جمعا ۳ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین ۱۰ تا ۱۵ سی‌سی سیاست دوز منزل به ۲ روز در میان (جمعا ۲ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش باید. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از ۱۰ سی‌سی دوز منزل به ۶ روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید.

۳. در الگوی کاهش تدریجی (بغیر از موارد هشکاری با سازمان‌های خودباری از جمله کنگره ۶۰ و مشابه آن) بعد از تنظیم دوز و سپری شدن هفته اول، در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبح‌گاهی و عصرانه) بالای ۲۰ سی‌سی است، دوز منزل مانند الگوی درمان نگهدارنده به عصرها و ایام تعطیل محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه به بین ۱۵ و ۲۰ سی‌سی

^۲ در واقع استفاده از گروه‌ها و سازمان‌های خودباری در کنار درمان‌های رسمی و آکادمیک سوء مصرف مواد مخدر نه تنها امروزه مجاز شایسته می‌شود بلکه استفاده توأم از آنها و داخل کردن درمان کلاسیک در مداخلات خودباری پشت‌توصیه می‌شود. امروزه استفاده از گروه‌های خودباری بویژه گروه‌های ۱۲ قدمی در کنار رواندرمانی‌های شناختی رفتاری بصورت امری مرسوم و موثر در آمده است. از آنجائیکه تعلق استفاده از نتنور اپوم با روش‌های ۱۲ قدمی منزل بسیار مرسوم نیست، تنها الگوی رایج که بنظر می‌رسد در دنیا منحصراً برده باشد، آمیزه الگوی کنگره ۶۰ با الگوهای مشابه آن با درمان یکمک آگونست (نتنور اپوم) است.

^۳ در صورت ارائه درمان‌های اختصاصی چون کنترل ششم، مدیریت اسرس، مهارت‌های بین‌فردی، زوج درمانی، خانواده درمانی و مشابه آن‌ها، ساعات این درمان‌ها می‌فرآید. جز ساعات موظف ارائه خدمات رواندرمانی معناسه شده و از ساعات فوق کسر گردد.

رسیده باشد، بیماران بصورت یک روز درمیان (جمعاً ۳ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین ۱۰ تا ۱۵ سی‌سی سیاست دوز منزل به ۲ روز در میان (جمعاً ۲ مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از ۱۰ سی‌سی دوز منزل به ۶ روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. بدیهی است که سیاست ارائه دوز منزل منوط به رعایت کلیه ضوابط توسط بیماران و پیروی به موقع از پروتکل کاهش تدریجی است.

۴ در صورتی که بیمار بصورت فمالانه در گروه‌های خودیاری از جمله کنگره ۶۰ شرکت نموده و حضور وی توسط اینگونه سازمان‌ها تأیید گردد، و مبنای درمان وی الگوی کاهش تدریجی است، می‌توان سیاست دوز منزل آزادانه‌تری را اعمال نمود. بدین منظور بیماران می‌توانند در صورتیکه دوز روزانه به بین ۲۵ و ۴۰ سی‌سی رسیده باشد، بصورت یک روز درمیان (۳ مراجعه در هفته) دوز منزل دریافت دارند. در دوز روزانه بین ۲۰ تا ۲۵ سی‌سی سیاست دوز منزل به ۲ روز در میان (۲ مراجعه در هفته) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از ۲۰ سی‌سی دوز منزل به ۶ روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. جهت اطلاعات بیشتر به پروتکل پیوست درباره همکاری با مراکز خودیاری مراجعه نمایید.

شرایط نگهداری و توزیع :

شریت ننتورایوم را در شرایط متعارف نگهداشته و از نور غورشید، دمای بالا یا پائین دور نگهدارید. قبل از توزیع شریت تأکید می‌شود حتماً شیشه را بخوبی تکان دهید. مواردی مشاهده شده است که شریت بر اثر گذشت زمان تعشیش شده و خلطت آن از قسمت‌های مختلف تفاوت کرده است. به گونه‌ای که برخی از بیماران ایراز داشته‌اند اثر و قدرت آن کاسته شده ولی عده‌ای دیگر بناگاه اثر آنرا پیش از دفعات قبل احساس کرده‌اند. مسئله تعشیشی و رسوب به جدار شیشه نکته‌ای مهم است که باید بدان توجه کرد؛ شریت قبل از توزیع بخوبی تکان داده شود. تولیدکننده در مراحل بعدی با اصلاح فورمالاسیون این نقص را بر طرف خواهد کرد.

جهت مصرف و توزیع ننتور، قسمت آلومینیومی در شیشه را بشکند و درپوش پلاستیکی را بردارید. بدلیل لسیظ بودن ننتور، سعی نکنید یکمک سرنگ و سوزن (مانند سرم تزریقی یا آمبول) آنرا از ظرف خارج سازید. توجه داشته باشید محتویات ننتور استریل نبوده و مطلقاً قابل تزریق نیست.

چند ملاحظه اخلاقی:

- شرکت بیماران در درمان کاملاً اختیاری بوده و نباید هیچگونه درمان اجباری صورت پذیرد.
- قبل از شرکت هر بیمار توسط همکاران طرح و توسط جزوات مکتوب با مشخصات درمان با آشنا شده و تنها بعد از رضایت کتبی آگاهانه قادر به حضور در طرح خواهند بود.
- در کلیه مراحل درمان بیماران باید بتوانند با رضایت شخصی از درمان خارج شوند.
- کلیه مدارک و پرسشنامه و سوابق محرمانه مانده تنها مورد استفاده از اطلاعات بدست آمده، پژوهش و تحقیق است. دیگران حتی بستگان بیماران نیز مجاز به دسترسی به آن نمی‌باشند. هرگونه استفاده دیگر از نتایج بدست آمده منوط به اجازه کتبی از بیماران و مجربان طرح است.

- بیماران بعد از اتمام دوره درمان و دوره پیگیری و خروج از طرح، گماکان می‌توانند بر اساس شواهد هر مرکز از خدمات درمانی، مشاوره‌ای و حمایتی بهره‌مند شوند. هیچ بیماری نباید به دلیل اتمام یا انصراف از طرح تئوراً بی‌بوم از دریافت درمان‌های موجود در مراکز محروم گردد.
- در صورت عدم تمایل به حضور در طرح، بیماران باید بتوانند از سایر خدمات درمانی موجود در مراکز مربوطه از جمله درمان با متادون و بوپروپین مانند سایر بیماران بهره‌مند شوند.

پیوست: اطلاع‌رسانی به بیماران و بستگان

اعتقاد یک بیماری طولانی مدت و مزمن است، به این معنی که در اغلب موارد بیمار مبتلا به اعتیاد، سالهای زیادی با آن دست به گریبان است و در صورت عدم مداخله و درمان، بیماری او معمولاً سیور پیش رونده، تخریبی و عودکننده دارد. با گذشت زمان، در بسیاری از موارد میزان استفاده از مواد مخدر در معتادان بیشتر شده و این بیماران به سوی مراد مشکل آفرین‌تری چون هروئین و کراک و روش‌های پرخطری چون تزریق کشیده می‌شوند. از طرفی به تدریج این مصرف‌کنندگان از نظر روانی، جسمی، اجتماعی، رفتاری، اقتصادی و خانوادگی آلت می‌کنند و گاهی مشکلات قانونی نیز به این عوارض افزوده می‌گردد. بسیار اتفاق می‌افتد که با پیشرفت اعتیاد، بیمار شغل خود را از دست می‌دهد و از نظر اقتصادی آلت می‌کند. در زندگی زناشویی و خانوادگی دچار اشکال می‌شود، به ظاهر و نطفات خود بی‌توجه می‌گردد، با اطرافیان به مشاجره می‌پردازد، از پذیرش مسئولیت می‌گریزد، مشکلات جنسی پیدا می‌کند، دچار افسردگی و اضطراب می‌شود، مردم او را طرد کرده و به وی بی‌اعتماد می‌شوند. از عوارض جنسی رایج می‌برد و -

در چنین شرایطی بیماران تصمیم می‌گیرند که رفتار خود را تغییر دهند و مصرف خود را قطع کنند. عده‌ای از بیماران اصولاً قادر نیستند مصرف خود را و لو به مدت اندکی متوقف کنند. در این عده، ترک مصرف مواد بقدری بنا علامت شدید جسمی و روانی همراه است که در میانه راه بیمار منصرف شده و از پرهیز باز می‌ماند. اگر هم به پرهیز هرچند کوتاه مدت می‌رسد، بدلیل زیادی علائم، ترجیح می‌دهد که مصرف مواد مخدر را از سر گیرد. عده‌ای نیز بنا به مشقت فراوان و تحمل عوارض جسمانی شدید ترک، مواد مخدر را کنار می‌گذارند، اما بعد از مدتی دوباره به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند و با وجود اینکه به خود و اطرافیان قول داده‌اند که آخرین بار مصرفشان باشد، در ناکامی و ناپاوری دوباره مصرف را شروع می‌کنند. دوره‌های مصرف و قطع مصرف، گاهی آنقدر تکرار می‌شود که برای بیمار و خانواده، هیچ امید و اعتمادی بر جای نمی‌گذارد. در این موارد، گاهی بیمار و خانواده، متأسفانه به سرزنش یکدیگر می‌پردازند و هر یک، دیگری را مقصر می‌شمارد. خانواده، انگیزه بیمار را زیر سوال برده و مدعی می‌شود او تلاش کافی نکرده است. بیمار نیز خانواده یا شراب! بیرون را مقصر دانسته و مدعی است آنها با ایجاد فشار روحی باعث عود مصرف شده‌اند. گاهی نیز عوامل دیگری مثل استمرار علائم جسمی، وسوسه، مشکلات اقتصادی، و غیره مسئول شکست بیمار شناخته می‌شوند.

در چنین شرایطی به بیماران توصیه می‌شود، بجای درمان‌های کوتاه مدت به درمان‌های طولانی‌تر از جمله درمان‌های نگهدارنده روی آورند.

در حال حاضر در ایران دو داروی متادون و بوپرنورفین به منظور درمان نگهدارنده استفاده می شوند. دستور ایوم نیز بدین منظور به مجموعه داروهای مجاز در درمان نگهدارنده و دراز مدت افزوده شده است. این دو داروها خواصی مشابه با مواد مخدر بر روی بیمار دارند، با این تفاوت که:

شروع و ناپدید شدن اثر آنها آهسته و ملایم تر است. معنی این حرف آن است که با مصرف این مواد وضعیت جسمی معنادار در حالت متعادل مانده و از نظر روحی دچار نوسانات نخواهد شد. این درحالیست که مواد مخدر غیر مجاز بویژه کراک، در اکثر اوقات نوسانات شدیدی ایجاد می کنند، گاهی بیمار را بسیار سرخوش و نشئه و گاهی او را دچار خماری شدید می کنند. این نوسانات بر روحیه بیمار اثر مخرب گذاشته و قسمت زینتبار عوارض اعتیاد را سبب می شود. این داروها از طریق کاملاً بهداشتی تهیه شده اند، لذا فاقد هرگونه ناخالصی بوده و عوارض آنها بر بدن معنادار به ویژه کلیه و کبد و دستگاه گوارش در حداقل ممکن است. در حالیکه مصرف مواد غیرقانونی مشکلات جسمی فراوانی تولید می کند. با استفاده از این داروها به صورت درمان نگهدارنده، علائم جسمانی و وسوسه به میزان زیادی در بدن بیمار کنترل می شود. نداشتن وسوسه و کنترل علائم جسمانی بر روحیه بیمار و خانواده اثر خیلی مثبتی دارد و در بیمار، تمایل به مصرف مواد را تا حد زیادی متوقف می کند. تعادل رفتاری به وجود آمده در بیمار، به وضوح باعث خواهد شد که کمتر خشمگین شود و به دلیل آن مشکلات خانوادگی، شغلی و حقوقی کمتری خواهد داشت. عدم نیاز به تهیه ماده مخدر غیرقانونی، باعث می شود بیمار نیازی به تماس با قاچاقچیان و فروشندگان مواد نداشته باشد و علاوه بر از بین رفتن خطر دستگیری، نیازی به پرداخت هزینه برای تهیه ماده مخدر هم نخواهد داشت.

با قرار گرفتن بیمار روی این روش درمانی، شبکه دوستان فرد تغییر می کند، به این معنی که بیمار زمان، انگیزه و شرایط مناسبی برای تماس با افراد سالم خواهد داشت.

داروهای درمان نگهدارنده خوراکی هستند، بنابراین اگر بیمار قبلاً مواد مخدر را تزریق می کرده است، رفتار تزریقی در او کاهش خواهد یافت. برای بسیاری از بیماران، تزریق منجر به ایجاد زخم های وسیعی در سطح بدن شده و با لهدام رگ ها همراه است. در درمان نگهدارنده، این عوارض از بین می رود. با توقف تزریق، احتمال سرایت بسیاری از بیماری های عفونی (به ویژه ایدز) از راه سرنگ و سوزن برطرف می شود.

با استفاده صحیح از درمان نگهدارنده، امکان مسومیت با مواد مخدر بسیار کاهش می یابد. متأسفانه یکی از دلایل مرگ و میر در متادان، مصرف ناگهانی و بیش از حد ماده مخدر است که منجر به

مسومیت یا بیش مصرف ۱ می شود. به دلیل خلوص این داروها، کسی که درمان نگهدارنده دریافت می کند، کمتر در معرض مسومیت قرار می گیرد. در نهایت با توقف مصرف مواد مخدر و کاهش وسوسه و علائم روحی و جسمی، فرصت بازگشت بیمار به زندگی عادی، انتخاب شغل و توجه به زندگی خانوادگی فراهم می شود.

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰
۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۳۹	۴۰
۴۱	۴۲	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۴۷	۴۸	۴۹	۵۰	۵۱	۵۲	۵۳	۵۴	۵۵	۵۶	۵۷	۵۸	۵۹	۶۰

پیوست: پروتکل همکاری با سازمان‌های خودیاری از جمله کنگره ۶۰

اشاره گردید که انگوی همکاری با سازمان‌ها و گروه‌های خودیاری که درمان با آگونوست را در کنار فعالیت‌های غیر دارویی، مشاوره، بازتوانی و حمایتی خود پذیرا هستند، بصورت بسیار قابل توجهی باعث افزایش اثربخشی درمان می‌گردد. لذا مراکز درمان می‌توانند رسماً با اینگونه سازمان‌ها وارد تعامل و همکاری شوند. در اینباره موارد زیر باید رعایت گردد.

۱. مراکز درمانی عرضه کننده درمان با تئور اپیوم با سازمان‌ها و گروه‌های خودیاری که درمان با آگونوست (در این مورد تئور اپیوم را پذیرا بوده و آنرا لازمه درمان موفق می‌دانند) رسماً اعلام همکاری کنند.
۲. بیماران از نظر دارو درمانی از جمله دریافت تئور کاملاً تحت نظر مرکز درمانی مانده و کلیه مقررات از جمله شرایط پذیرش، ارزیابی، ویژگی‌های مقرر بر اساس پروتکل اصلی صورت می‌پذیرد. در اینباره پزشک و مرکز درمانی مسئول کلیه مداخلات دارویی بیمار از جمله برنامه تنظیم و کاهش دوز است. البته بدهی است در چنین شرایطی پزشک و مرکز درمانی می‌تواند و توصیه می‌شود از دیدگاه و نظرات راهنماها و اعضای سازمان و گروه‌های خودیاری جهت تنظیم دوز بهره جوید. تجربه نشان داده که خود بیماران و متانان اسبق در چنین مواردی بسیار دقیق عمل کرده و حداکثر رضایت بیمار فراهم می‌گردد. با اینحال نظر نهایی با مرکز درمانی و پزشک معالج است و ایشان مسئول مراقبت از نظر اعلام و عوارض دارو هستند.
۳. مرکز درمانی علاوه بر تنظیم دوز تئور بیمار بر پیشرفت کلی، اعلام روانی و سیر درمان و مصرف مواد مخدر از راه ارزیابی منظم و آزمایش‌های مقرر بر اساس پروتکل اصلی اقدام می‌نمایند.
۴. بیمار از مداخلات غیر دارویی تحت نظر گروه‌های خودیاری بهره‌مند می‌گردد. در اینصورت بیمار و مرکز مختار هستند خود نیز مداخلات غیر دارویی بر اساس پروتکل اصلی را به اجرا گذارند یا تماماً آنرا از راه گروه‌های خودیاری تسامح نمایند. بمارت دیگر در صورت رضایت بیمار و تصمیم مرکز درمانی و پزشک معالج، می‌توان کلیه یا بخشی از مداخلات غیر دارو (مانند مشاوره فردی، آموزش خانواده، جلسات ساختاری BDRC، غیره را بر گزار نکرده و به گروه‌های خودیاری محول نمود).
۵. مرکز درمانی هزینه‌های خود از جمله هزینه تئور و حق ویزیت و سایر خدمات عرضه شده خود را بر اساس مقررات دریافت می‌دارد. سازمان‌های خودیاری مجاز به دریافت هزینه از بیماران نیستند و کلیه خدمات در قالب خودیاری صورت خواهد گرفت.