**پروتکل درمان به کمک تنتور اپیوم**

**(ویرایش مهر 1390)**

**بر گرفته از یافته­های اولیه طرح کشوری راه‌اندازي درمان**

 **به كمك آگونيست (تنتور اپيوم- اپی تینک) و ارزيابي نتايج دراز مدت آن**

**مرکز ملی مطالعات اعتیاد**

نگارش

**دکتر آذرخش مکری**

**مهرماه 1390پروتکل درمان به کمک تنتور اپیوم**

**بر گرفته از یافته­های اولیه طرح کشوری راه‌اندازي درمان به كمك آگونيست (تنتور اپيوم- اپی تینک) و ارزيابي نتايج دراز مدت آن**

**مقدمه:**

درمان نگهدارنده يعني جايگزين نمودن مصرف مواد مخدر غير مجاز مانند هروئين و ترياك با داروهاي داراي خواص مشابه، طي سه دهه اخير بصورت يكي از سنگ بناهاي عمده درمان اعتياد درآمده است. در اين روش، داروئي كه داراي خواص معين افيوني است بصورت كنترل شده به معتادان عرضه مي‌گردد و بيماران بجاي مصرف مواد مخدر غير مجاز به مصرف اين مواد مي‌پردازند.

 از جمله داروهائي كه بعنوان درمان نگهدارنده از اقبال زيادي برخوردار شده‌اند مي‌توان از متادون (Methadone)، بوپرنورفين (Buprenorphine)، ال اي ام (LAAM) و سولفات مورفين نام برد. ویژگی های خاصی در ترکیبات فوق وجود دارد که آنها را کاندیدای مناسبی جهت درمان نگهدارنده ساخته است. در اینباره می­توان به وجوه مشترك زير اشاره كرد :

1. خوراكي هستند يعني نيازي به تزريق ندارند.
2. خالص بوده و عاري از تركيبات فرعي با خواص نامشخص هستند.
3. طول اثر دراز مدت داشته لذا دفعات مصرف آنها كمتر است.
4. جذب و ‌ دفع دقيق تر و مشخص تري در مقايسه با هرويين و ترياك دارند، لذا تجويز راحت‌تر بوده و احتمال مسموميت كمتر است.

از طرفي از آنجائيكه این داروها بصورت كنترل شده و تحت نظر پزشك و در مراكز درماني عرضه مي گردند از تماس بيماران با شبكه قاچاق كاسته و عوارض اجتماعي ، قضائي و اقتصادي وابستگي به مواد مخدر مي كاهد. جايگزين نمودن مصرف مواد افيوني با تركيبات داروئي باعث كاهش سود آوري عرضه مواد مخدر شده و از توسعه شبكه‌هاي عرضه و قاچاق نيز مي‌كاهد. اين تركيبات داروئي در برنامه‌هاي موفق با يارانه بالا و به قيمت اندك عرضه مي‌گردند لذا معتادان براي تامين نياز خود به مواد مخدر مجبور به فعاليت‌هاي ضد اجتماعي جهت كسب درآمد نبوده و از عوارض اعتياد كاسته مي‌شود.

در مجموع نكات مثبت فوق باعث شده كه درمانهاي نگهدارنده به اركان عمده درمان در كشورهاي پيشرفته تبديل گردد.

بعنوان مثال در كشورهاي فرانسه، ايرلند و سوئد بيش از 75 در صد اقدامات درماني اعتياد در راستاي درمان نگهدارنده است. تنها دو كشور اروپائي ايتاليا و يونان سهم درمان نگهدارنده از كل درمانهاي وابستگي به مواد افيوني زير 30 درصد است. در كشورهائي چون آ لمان، اسپانيا، هلند، اتريش و انگلستان نيز بين 50 تا 75 درصد درمانهاي اعتياد به درمان نگهدارنده اختصاص دارد.

در ميان درمانهاي نگهدارنده، درمان با متادون از قدمت بيشتري برخوردار بوده و در جهان نيز بصورتي فراگير تعبيه شده‌است. در ايالات متحده 205000 نفر، در اسپانيا 70000 نفر و در آلمان 60000 نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند. اين درمان در اوايل دهه 60 ميلادي طراحي شده است و تاكنون اثر بخشي آن در كاهش مصرف مواد مخدر، تزريق هروئين، رفتارهاي مجرمانه و انتقال HIV به كرات به اثبات رسيده است.

درمان ديگري كه در كنار درمان متادون در اواسط دهه80 به مجموعه درمانهاي نگهدارنده اضافه گرديد درمان با بوپرنورفين است.

با وجود ابتلا بالا و درصد قابل توجهي از جمعيت مردان بين 15 تا 65 سال به سوءمصرف مواد مخدر در كشور، ازتعبيه درمان نگهدارنده مدت زيادي نمي‌گذرد و عملا تجربه اين درمان در كشور كمتر از5 سال است. در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون بصورت افزایش یابنده ای در مراكز دولتي و خصوصي عرضه مي‌گردد و تخمين‌ها حكايت از آن دارند كه از حدود 2 ميليون مصرف كننده مواد مخدر، حدود 140،000 نفر از اين درمان بهره‌مند هستند. با توجه به اين مسئله نياز مبرم به توسعه سريع درمان نگهدارنده در كشور، در اوايل سال 1384 آيين نامه مراكز خصوصي درمان نگهدارنده با آگونيست به تصويب وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشكي رسيد. بر اساس اين مصوبه، پزشكان عمومي اعم از شاغل در بخش خصوصي يا دولتي پس از گذراندن دوره آموزشي و احراز شرايط لازم مجاز به تاسيس مراكز درمان نگهدارنده مي‌شوند. در سال اول (1384) حدود 300 مركز و تا انتهاي سال بعد جمعا 600 مركز در كشور فعاليت داشتند. هر مركز بنا به تعريف قادر است تا سقف 200 بيمار را تحت درمان با متادون قرار دهد. البته اشاره گرديده كه درمان با متادون بايستي به بيماران تزريق كننده هرويين تعلق گيرد.

بنظر مي‌رسد مصوبه فوق حركتي مناسب جهت توسعه درمان نگهدارنده در كشور باشد. مراكز مذكور طبق تعريف مجاز به عرضه تركيبات آگونيست افيوني هستند. تا اسفندماه 1383 تنها ماده آگونيست مجاز جهت درمان وابستگي به مواد مخدر، داروي متادون بود كه به صورت قرص‌هاي 5 ميلي‌گرمي توسط شركت داروپخش عرضه ‌مي‌گرديد. از تاريخ مذكور به بعد بوپرنورفين نيز در قالب قرص‌هاي زيرزباني 2 و 8 ميلي‌گرم به منظور درمان معتادان وارد فهرست دارويي كشور گرديد و عملاً مراكز درمان نگهدارنده با آگونيست بسان متادون مجاز به عرضه اين دارو نيز شدند.

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

* هرقدر درمان­ها متنوع تر باشند امکان موفقیت بالاتر می رود.
* عده­ای به متادون یا بوپرنرفین پاسخ نمی دهند.
* در عده­ای بویژه معتادان تریاکی استفاده از سایر درمان­ها (بویژه متادون) به سنگین شدن بی­مورد وابستگی منجر می گردد.
* در ایران یکی از اهداف درمان نگهدارنده ممکن است توقف حرکت از تریاک به کراک و هرویین باشد.
* کشور ایران به دلیل دارا بودن نیمرخ خاص اعتیاد یعنی وفور اعتیاد به تریاک نیازمند درمان های خلاقانه، بدیع و منحصر به فرد است.
* به دلیل وسعت کمی اعتیاد در ایران یافتن آلترناتیوهای 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 هرقدر محققین ایرانی از آگاهی بیشتری برخوردار باشند، کشور در موقعیت مهم تری قرار خواهد داشت.

از میان داروها یا مواد پیشنهادی جهت درمان نگهدارنده می­توان از تنتور اپیوم نام برد. تنتور اپیوم که در 2 حالت 1 و 2 درصد عرضه می گردد. در واقع عصاره الکلی (20 درصد) تریاک است.

**شربت براي چه كساني مناسب است :انتخاب بیمار**

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

* موارد مصرف قطعی
* موارد عدم مصرف قطعی
* موارد ارجح مصرف
* موارد با ترجیج عدم مصرف

قابل ارائه است.

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

1. رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار

تحت هرگونه شرايطي هيچ بيماري نبايد بصورت اجباري چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، وارد درمان با تنتور اپیوم گردد. ورود كليه بيماران بايد آزادانه و آگاهانه صورت گيرد. قبل از ورود بيمار نيز لازم است بيمار از ماهيت و ويژگي­هاي تنتور اپيوم (بنا بر فرم اخذ رضايت­نامه آگاهانه پيوست ) كاملاً 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 "اطلاع رسانی به بیمار و بستگان" مراجعه فرمایید.

اما لازم به ذکر است درصورتیکه 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 اپیوم باشد، درمان با این ماده مجاز خواهد بود.

1. وابستگی به مواد افیونی

اصولا بيمار بايد بر اساس معيارهاي DSM-IVوابسته به مواد افيوني ياopioid dependent باشد. مصرف مواد افیونی در ایشان باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاک­های تشخیصی، مصداق وابستگی تلقی گردد. عبارت ديگر عدم وابستگان به مواد افیونی و یا مصرف كنندگان تفنني مواد افيوني و لو آنکه همزمان از وابستگی به سایر مواد غیر افیونی از جمله مواد محرک، حشیش و ... رنج برند، مجاز به استفاده از شربت اپيوم نمي­باشند. 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 اپیوم شده­اند. این اقدام مجاز نمی باشد 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 لزوما مانع درمان با تنتور نیست.

1. وابستگی به مواد افیونی سنگین (hardcore)

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

* کراک هرویین
* هرویین
* شیره
* تریاک
* نورجزیک
* مورفین غیر مجاز
* متادون[[1]](#footnote-1) غیر مجاز
* تمجزیک

وابستگان به مواد افیونی چون کدیین، دیفنوکسیلات، اکسی­کدن، هیدروکدن، دی­هیدرهکدیین (DHC) بوپرنورفین زیر زبانی (غیر تزریقی) و ترامادول مجاز به استفاده از تنتور نیستند.

1. بيماراني كه داراي اختلالات شديد روانپزشكي فعال و مهار نشده( پسيكوز، بيمار دوقطبي، بيماري خلقي شديد، افكار خودكشي و ديگركشي دمانس، اختلالات رواني با منشا ارگانيك، عقب ماندگي ذهني و اتيسم) هستند نبايد در درمان با شربت تنتور قرار گيرند بويژه بايد دقت شود كه بيماران از نظر رواني و شناختي آگاه و هوشيار و سالم بوده و قادر به تائيد رضايت نامه كتبي باشند.
2. بيماراني كه داراي افكار خود­كشي هستند يا درمانگر اقدام به خود­كشي را محتمل مي­داند نبايد در درمان با شربت تنتور قرار گيرند.
3. بيماراني كه دچار بيماري­هاي عمده و فعال غير رواني مانند بيماري پيشرفته كبدي، قلبي، ريوي، كليوي، انواع بيماريهاي نئوپلاسميك، بيماريهاي فعال اتوايميون هستند موارد فوق، شرايط منع مطلق مي­باشند. ابتلا به عفونت HIV یا هپاتیت C به خودی­خود مانع استفاده از تنتور نیست اما وجود بیماری پیشرفته کبدی به گونه­ای که بر متابولسیم تنتور و الکل موجود در آن اثر گذارد جز موارد منع مصرف است. در غير اينصورت درمانگر با قضاوت باليني خود مجاز به گزينش بيماران جهت درمان با تنتور خواهد بود.
4. زنان باردار نباید در درمان با تنتور اپیوم 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 اين زمينه راهکارها و توصيه­هاي زير كمك كننده هستند:

1. بيماراني كه از ساير درمانهاي اعتياد پاسخ مطلوب نگرفته و كماكان به مصرف مواد­ ادامه مي­دهند كانديدهاي مناسبي جهت درمان با تنتور­اپيوم هستند. در اینباره می­توان به موارد زیر اشاره کرد:
* بیمار بیش از 2 بار اقدام به سم­زدایی کرده اما هیچگاه به پاکی نرسیده است.
* چنانکه بیماری بیش از 2 بار اقدام به سم­زدایی کرده ولی پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از 3 ماه) حاصل نشده باشد.
* بیمارانی که سم­زدایی موفق دارند اما متعاقب سم­زدایی بجای بهبودی بسوی تشدید علایم و افت روانی اجتماعی حرکت می­کنند.
* بیمارانی که از سندرم محرومیت طول کشنده protracted withdrawal syndrome رنج می­برند. بدین معنا که بعد از سم­زدایی و پرهیز بیش از یکماه کماکان از علایم ترک، کاهش انرژی، احساس خستگی مفرط، اختلال در خواب، وسوسه شدید، بی حوصلگی، ضعف و بی اشتهایی رنج می­برند.
* بیمارانی که بواسطه تجارب قبلی، نگرش منقی به روش­های پرهیز مدار داشته و از آن گریزانند.
* بیمارانی که انگیزه پایین برای پرهیز دارند.
* بیمارانی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خود زنی و پرخاشگری شدید، مسمومیت، مصرف ناگهانی و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار اینگونه عوارض در صورت شکست مجدد سم­زدایی می­رود.
* بيماراني كه در درمان نگهدارنده با متادون يا بورپرنورفين موفق نبوده­اند و از آن خارج شده يا با وجود ارائه درمان نگهدارنده با كيفيت مطلوب با يكي از دو ماده مذكور كماكان به مصرف ادامه مي­دهند براي درمان با تنتور مناسب هستند.
* بیمارانی که در روش­های اجتماع محور و یا جلسات خودیاری چون معتادان گمنام شرکت کرده اما بهبودی نداشته­اند.
1. بيماراني كه مصرف كننده سنگين مواد افيوني بويژه كراك و هروئين تزريقي هستند ولی انگيزه­اي براي درمان و توقف مصرف ماده افيوني غير مجاز خود ندارند مانند مصرف­كنندگان خياباني: چنين بيماراني اكثراً علاقمند به سم­زدايي نبوده و در صورت عرضه درمان نگهدارنده نيز با غيبت­هاي مكرر و مصرف توام مواد­مخدر از ادامه درمان بصورت موثر سرباز مي­زنند. اصولا انگيزه خود را بر دوري جستن از مواد پایين تلقي كرده و از شبكه حمايتي قوي نيز برخوردار نيستند. انگيزه ورود به طرح شربت تنتور دراين بيماران ممكن است صرفاً عدم توان پرداخت هزينه ماده مخدر غير مجاز يا ترس از عواقب قانوني باشد. با اين وجود، ورود اينگونه بيماران با نيت كاهش آسيب و علاقمند سازي به استمرار درمان بلامانع است.
2. بيماراني كه مصرف كننده شيره و ترياك هستند و قصد جدا شدن كامل از مواد افيوني را دارند ولی مصرف خود را سنگین­تر از آن ذکر می ­کنند که قادر به جدا شدن یکباره از آن باشند. چنين بيماراني معمولاً سابقه مصرف دراز مدت شيره و ترياك و گاهي با مقادير بسيار زياد را دارند اما سابقه مصرف موادي چون هروئين و كراك را نمي­دهند و از نظر كاركرد اجتماعي و فردي در وضع نسبتاً مطلوبي در مقايسه با ساير معتادان قراردارند. در برخي ممكن است مصرف ترياك محدود به مقادير كم و در حد 3-2 گرم در روز باشد. با اينحال چنين بيماراني ذكر مي­كنند كه قادر به جدا شدن از مصرف ولو اندك خود بوده و قطع مصرف با عود همراه است. چنين بيماراني از طرح شربت ترياك بويژه مدل قطع تدريجي استقبال كرده و پاسخ مطلوب نيز مي­گيرند.
3. بيماراني كه اصولاً علاقه يا باور قوي به سم­زدايي بسيار تدريجي ( در حد 12-6 ماه ) دارند. اين بيماران مواردي هستند كه معمولاً خود از طريق قطع آهسته و تدريجي ( tapering ) ماده مخدر مصرفي خود به­ويژه ترياك يا شيره سعي در رسيدن به پرهيز دارند و باور قوی فرهنگی یا خانوادگی دارند که راه درمان آن­ها، جدا شدن تدریجی از مواد مخدر است. بسیاری شخصا 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 كه اينگونه بيماران در برنامه­هاي كاهش بسيار تدريجي متادون يا MTT معمولاً موفق نبوده و قادر به جدا شدن از متادون نيستند لذا تنتور مي­تواند جايگزين مناسبي براي اين بيماران باشد.
4. بيماراني كه تجربه ساير درمانهاي رايج از جمله سم­زدايي، NA و ساير گروه­هاي خود­ياري، درمان نگهدارنده را ندارند و مراجعه آنها اولين اقدام درماني بعد از ابتلاء به اعتياد است بهتر است به درمان هاي رايج ارجاع شوند هر چند چنين دستوري مطلق نبوده و برخي بيماران به ويژه مانند موارد 3 يا 4 گاهي كانديداهاي موفق و مطلوبي جهت درمان تنتور هستند.
5. بيماراني كه سوءمصرف مواد مخدر غير افيوني مانند سوءمصرف شيشه، حشيش، اكستازي و .... **در كنار** وابستگي به مواد افيوني دارند، جزء موارد بحث انگيز درمان هستند. پژوهش­ها فعلا از آن جکایت دارند که سوءمصرف چند ماده علاوه بر مواد افیونی باعث کاهش اثربخشی و موفقیت درمان با تنتور اپیوم می­گردد. اما از طرفی این کاهش موفقیت درباره سایر درمان­های پرهیز مدار و نگهدارنده نیز صادق است. در چنین مواردی با توجه به اينكه شواهد قاطع در چنين مواردي له يا عليه درمان با تنتور اپيوم براي اينگونه بيماران وجود ندارد و تجارب فعلي نيز كافي نیستند لذا توصیه مي­شود درمانگر طي بررسي و مشاوره با بيمار و بهره­گیری از تجربه خود اقدام به تصميم­گيري نمايد. در چنين مواردي احتمال مسموميت و عوارض داخلي-جسمي ( بعنوان مثال در مصرف كنندگان همزمان الكل و مواد افيوني ) بيماران بايد همواره مد نظر باشد. با وجودي كه مصرف كنندگان چند ماده­اي در اكثر درمانها موارد مشكل سازتر را تشكيل مي­دهند اما از آنجائيكه امكان بهره بردن آنها از درمانهاي جديد مانند درمان با شربت اپيوم نيز محتمل است، نبايد به صرف مصرف چند ماده بيماران را از درمان با تنتور محروم كرد.
6. بيماراني كه راضی یا قادر به رعايت ضوابط درمان با شربت تنتور ( از جمله مراجعه به مركز درماني جهت دريافت سهميه، پرداخت حق الزحمه و ....) نیستند طبعاً بهتر است وارد درمان نگردند.
7. با توجه به عرضه محدودتر درمان با تنتور اپیوم 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 5 روز در طی سال آتی را دارند یا قرار است به مکان دیگری نقل مکان نمایند بهتر است در درمان با تنتور اپیوم قرار نگیرند.
8. در هنگام درمان با تنتور اپیوم، آزمایش ادرار بیماران از نظر مورفین همواره مثبت خواهد بود. بنابر این 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 تنتور اپیوم قرار گیرد. لازم به ذکر است که از آنجاییکه با تکنولوژی فعلی امکان تمایز مصرف مواد افیونی غیر مجاز از تنتور اپیوم بصورت عینی وجود ندارد و گفته­های بیمار تا پایان درمان عملاً تنها منبع آگاهی ماست، لذا مراکز درمانی نمی­توانند جهت بیماران گواهی دال بر پرهیط از مواد مخدر غیر مجاز صادر کنند. اگر بیماری نیازمند اینگونه گواهی­ها باشد، نمی­تواند در درمان با تنتور اپیوم شرکت کند.
9. میزان اطلاعات ما درباره اثرات خفیف شناختی در تنتور اپیوم اندک است. تا زمان تکمیل یافته­ها و تجارب بیشتر، از مصرف تنتور اپیوم در افرادی که دارای مشاغل پر خطر بوده (نظیر کار در ارتفاع، کار با ماشین­آلات خطرناک و حساس، رانندگان بیابانی) یا در افرادی که نیازمند هوشیاری بالا جهت فعالیت هستند، خودداری شود.

**مراکزی که قادر به عرضه درمان به کمک تنتور اپیوم هستند:**

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش در چند مرکز، تاکید بر این است که تنتور اپیوم تنها در مراکزی عرضه (اعم از سرپایی 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 تنتور اپیوم نیز بنمایند. با اینحال علاوه بر این شرط لازم است:

1. مرکز سابقه ارائه حداقل 1 سال درمان نگهدارنده با متادون و یا بوپرنورفین را داشته باشد.
2. طی سابقه کاری خود، لغو پروانه یا شکایت منجر به محکومیت قضایی نداشته باشد.
3. دراری فضای امن جهت ذخیره تنتور اپیوم باشد. با توجه با اینکه ممکن است هر بیمار در ماه حدود 5/0 تا 1 لیتر مصرف تنتور داشته باشد و در صورت دارا بودن 50 بیمار در فهرست درمان، نیاز به ذخیره 50 لیتر تنتور 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 حفاظ 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.
4. فضای مناسب جهت توزیع تنتور را دارا باشد. در این زمینه باید دقت گردد که تنتور در قالب شیشه­های 250 میلی­لیتری عرضه می­گردد و نیاز روزانه بیمار باید در شیشه­های مجزا تقسیم گردد. با توجه به اینکه بو و ظاهر تنتور ممکن است برای سایر بیماران (مانند بیماران متادون، بوپرنورفین، سم­زدایی، رواندرمانی و غیره) تحریک کننده بوده و باعث شروع trigger وسوسه گردد، فرایند توزیع و پیمانه کردن dispensing باید حتی­الامکان در مکانی مجزا از مراجعه بیماران غیر تنتور قرار داشته و واجد تهویه مناسب نیز باشد. البته چنانکه در چنین فضایی تنتور 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 بوپرنورفین بلامانع است.
5. مرکز درمانی دارای ابزار پیمانه کردن تنتور با دقت 4/1 میلی­متر مکعب (سی­سی) باشد. این امر از طریق پیمانه کننده­های آزمایشگاهی dispenser یا سایر ابزاز آزمایشگاهی چون بورت، استوانه مدرج، سرنگ مدرج امکان­پذیر است.

**مشخصات درمانگران مراکز عرضه تنتور اپیوم**

 نیروی انسانی مراکز درمان با تنتور اپیوم باید واجد شرایط مقررات مراکز درمان با داروی آگونیست مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند. با اینحال با توجه به حساسیت درمان بکمک این ماده و همچنین تجربه بسیار کمتر درمان با آن در مقایسه با متادون و بوپرنورفین، دارا بودن موارد تکمیلی زیر الزامی است:

1. پزشک مسئول فنی و پزشکان درمانگر حداقل یک سال سابقه فعالیت در درمان نگهدارنده داشته باشند.
2. پزشک مسئول فنی و پزشکان علاوه بر دوره 14 روزه درمان نگهدارنده که لازمه تاسیس و فعالیت در مراکز درمان با آگونیست است مجموعاً حداقل بمدت 10 روز (یا 40 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 مشروط، 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
* تداخلات دارویی در درمان نگهدارنده
* سوءمصرف مواد محرک، الکل، حشیش، بنزودیازپین­ها در درمان­های نگهدارنده
* درمان نگهدارنده در بیماران و گروه­های خاص
* مدیریت استرس
* مدیریت خشم
* مهارت­های حل مسئله
* اصول بازتوانی و فعالسازی رفتاری در معتادان
* درمان­های گشتالت، معنوی و خودیاری در معتادان
* اصول مشاوره و آموزش خانواده در معتادان
1. مرکز باید به ازای **بیش** از 50 بیمار تحت درمان با تنتور اپیوم دارای یک روانشناس، مشاور یا مددکار تمام وقت مختص درمان با تنتور اپیوم باشد. بدیهی است در صورت درمان کمتر از 50 نفر، نیروی انسانی موجود قادر به پوشش درمان خواهند بود.
2. روانشناس، مددکار یا مشاور مرکز لازم است حداقل دارای یک سال سابقه فعالیت در مراکز درمان با آگونیست بوده و علاوه بر آن حداقل مجموعا به مدت 80 ساعت در حوزه­های زیر آموزش دیده باشد:
* اصول درمان نگهدارنده
* اصول مشاوره، مصاحبه و برخورد با معتادان
* مداخلات غیر دارویی در درمان نگهدارنده
* مداخلات غیر دارویی در درمان مواد محرک
* مداخلات غیر دارویی در مشکلات خاص در معتادان از جمله اختلالات جنسی، خواب، افسردگی، پرخاشگری و خشم، مدیریت استرس، فعالسازی 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 تنتور اپیوم است. از آنجاییکه تنتور اپیوم یک مخدر با قدرت سوءمصرف است، لازم است هر مرکز ضمن اخذ شرح حال دقیق و بررسی جامع نیمرخ بیماران، مجموعه­ای از اطلاعات زیر را بدو شروع درمان درباره هر بیمار بدست آورده و بشکل الکترونیک ذخیره نمایید. این اطلاعات با حفظ امانتداری در هویت بیماران و رعایت اصول اخلاقی و رازداری حرفه­ای در اختیار مسئولین درمانی قرار خواهد گرفت.

1. مشخصات فردی (نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، محل تولد). از مجموع این اطلاعات کد 10 رقمی استخراج شده و مبنای احراز هویت فرد در عین حفظ گمنامی خواهد بود. جهت این مسئله به پیوست مربوطه در انتهای پروتکل مراجعه نمایید.
2. مشخصات دموگرافیک پایه شامل جنس، سن، وضعیت تاهل،تحصیلات
3. ماده مخدر اصلی مصرفی
4. سابقه سوءمصرف دسته­های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم­زاها، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی عمر
5. مصرف دسته­های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم­زاها، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی 30 روز گذشته با اشاره به روش غالب مصرف هرکدام
6. میزان مصرف ماده مخدر در ماه گذشته از نظر مقدار یا ارزش نقدی آن
7. سابقه درمان­های قبلی در زمینه اعتیاد از جمله روش­های بستری، بازتوانی اقامتی، اردوگاه­ها، سرپایی، خودیاری و غیره
8. وضعیت تزریق در گذشته و حال
9. سابقه زندان
10. شمه از رفتارهای جنسی بیمار بویژه نگاهی به رفتارهای جنسی پر خطر
11. سابقه بیماری جسمی عمده
12. سابقه بیماری روانی در گذشته و یا حال (افسردگی، اضطراب، اقدام یا افکار خودکشی، پسیکوز، بستری روانپزشکی)
13. داروهای مورد استفاده بیمار
14. اطلاع از وضعیت هپاتیت و آلودگی به ویروس ایدز[[2]](#footnote-2)
15. وضعیت درآمد بیمار و اشتغال ایشان
16. وضعیت سکونت و شرایط زندگی بیمار
17. سوءمصرف مواد مخدر در خانواده و همچنین افرادی که با بیمار زندگی می­کنند
18. سابقه مسمومیت با مواد افیونی
19. میزان حمایت­های خانوادگی و اجتماعی از بیمار
20. 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:

1. معاینه عمومی و علایم حیاتی
2. آزمایش روتین خون، قند، آنزیم­های کبدی، مارکرد کلیوی، وضعیت تری­گلیسریدها و کلسترول
3. نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی یا سن بالای 50 سال
4. آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین­ها و متامفتامین

علاوه بر معاینات مذکور در بدو ورود لازم است هرماه بخشی از این ارزیابی­ها تکرار گردد. اطلاعاتی که لازم است ماهانه از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر است:

1. مصرف انواع مواد مخدر به تفکیک در ماه گذشته و هزینه آن
2. وضعیت اشتغال بیمار در ماه گذشته
3. تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی در ماه گذشته
4. عوارض جانبی و نشانه­های مسمومیت در طی ماه قبل
5. حالات روانی از جمله خلق افسرده، اضطراب، افکار خودکی یا خود زنی، توهم و هذیان، پرخاشگری، 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 ادرار از نظر مصرف مواد غیر افیونی بعمل آورد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| اقدام لازم | هفته اول | هفته 2 | هفته 3 تا 8 (ماه 2) | ماه 3 ببعد |
| ویزیت | هر روز | هفته­ای 2 بار | هفته­ای 1 بار | هر 2 هفته یکبار |
| آزمایش ادرار از نظر متامفتامین و بنزودیازپین­ها | بدو درمان | هفته­ای 1 بار | هر 2 هفته یکبار | هر 2 هفته یکبار |

جهت سهولت انجام ارزیابی­های فوق، توسط مرکز ملی مطالعات اعتیاد کتابچه مدونی 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.

**الگوهاي درماني به كمك شربت تنتور اپيوم**

طي بررسي­هاي مقدماتي چند الگوي موثر درماني به كمك شربت تنتور­اپيوم بدست آمده است كه مختصراً شرح داده خواهد شد. هر الگو از دو جز درمان دارویی (یعنی استفاده از تنتور اپیوم) و جز غیر دارویی یعنی مداخلات غیر دارویی (روانشناختی) تشکیل شده­است. ابتدا الگوهای دارویی توضیح داده می­شود:

**⦁ الگوي درمان نگهدارنده با هدف اوليه كاهش آسيب :**

 در اين الگو يا روش، بيماران روزانه مقادير ثابتي از شربت را مصرف مي­كنند و در جريان دوره درماني ميزان شربت بيماران كاهش نمي­يابد. هدف از اين الگو جايگزين سازي شربت تنتور با ماده مخدر غير مجاز بيماران است و شباهت زيادي به درمانهاي آستانه پائين Low threshold متادون دارد. بيماران مصرف ماده مخدر خود را كنار گذاشته و طي چند روز به طور كامل به درمان با تنتور منتقل مي­كردند. به نظر مي­رسد در اين الگو فوايد زير براي درمان با تنتور متصور است:

1. شربت بطور قانوني در اختيار بيماران قرار مي­گيرد لذا از تماس معتادان با شبكه قاچاق و دلالان مواد مخدر كاسته مي­شود. باور طراحان اين الگوي درماني بر اين است كه كاهش تماس معتادان با نظام توزيع غير قانوني فوايد اجتماعي، قانوني ، فردي و رواني زيادي به همراه خواهد داشت.
2. شربتي كه توسط توليد كننده عرضه مي-شود عاري از ناخالصي و تركيبات افزودني مشكل ساز است و با وجود مشكلات ناشي از رسوب و ته نشيني كماكان درمقايسه با تركيبات غير مجاز، از خلوص و ثبات بسيار بيشتري برخوردار است و به ثابت كردن دوز مصرفي و حذف نوسانات جسمي و رواني و مسموميت احتمالي ناشي از ناپايداري دوز روزانه كمك خواهد كرد.
3. در بيماران تزريقي طبعاً انتقال از مصرف به شكل وريدي يا تزريقي به سمت مصرف خوراكي كمك برجسته­اي به سلامت بيمار و اطرافيان است. اين مسئله به كاهش انتقال بيماري­هاي ناشي از تزريق مانند HIV و هپاتيت در جامعه نيز احتمالاً اثر گذار خواهد بود.
4. تبديل مصرف كراك و هروئين يه ترياك و مشتقات آن ( شربت تنتور) احتمال زياد به ثبات و سلامت رواني، جسمي، اجتماعي و خانوادگي بيشتري در بيماران همراه است.
5. شربت تنتور يا به صورت رايگان يا قيمت ارزان در اختيار بيماران قرار مي­گيرد و از فشار مالي ناشي از خريد كردن براي مواد مخدر مي­كاهد. اين مسئله قاعدتاً بايد به سلامت بيشتر بيمار و خانواده منجر گردد.
6. عدم خريد و مصرف مواد مخدر غير مجاز بر شبكه توزيع چه در حد كلان و چه در حد فرد اثر گذاشته و سود­آوري و انسجام آنرا متزلزل مي­سازد.
7. مراجعه مرتب و منظم بيماران به مراكز درماني به منظور دريافت تنتور فرصت استثنايي در اختيار نظام درماني قرار مي­دهد تا با ارائه خدمات پزشكي، روانپزشكي، روانشناسي، مشاوره و مددكاري به سلامت بيماران كمك كنند.
8. مجموع شرايط فوق عده­اي از بيماران را جهت ورود به درمانهاي ديگر از جمله رويكردهاي پرهيز مدار علاقمند ساخته و ممكن است درمان نگهدارنده با تنتور در اين عده به عنوان مرحله انتقالي در شروع درمانهاي ديگر عمل كند. شواهدي وجود دارد كه بعد از مدتي حضور در درمان نگهدارنده با تنتور، عده زيادي از بيماران علاقمند به دريافت خدمات ديگر شده و گاهي خواستار قطع تدريجي شربت نيز مي شوند.

**⦁ الگوي كاهش تدريجي شربت تنتور با هدف قطع كامل و رسيدن به پرهيز**

در اين الگو بيماران بعد از ثابت شدن بر روي شربت تنتور و كناره گيري از ماده مخدر مصرفي غير مجاز طي مدت نسبتاً طولاني به عنوان مثال 6 تا 12 ماه به كاهش تدريجي و قطع كامل شربت اقدام مي­كنند. شواهدي قابل توجهي از پژوهشهاي قبلي در اين باره نيز بدست آمده است. قطع تدريجي احتمالاً از راه­هاي زير براي بيماران كمك كننده است:

1. از آنجائيكه قطع و جدا شدن از ماده مخدر بسيار تدريجي است عملاً بسياري از فوايد " الگوي درمان نگهدارنده با مصرف اوليه كاهش آسيب " نيز براي آن متصور است. به ويژه در چند ماه اول بسياري از بيماران شباهت زيادي بين دو الگو احساس مي­كنند.
2. قطع بسيار تدريجي با علائم كمتر محروميت و ناراحتي ناشي از آن همراه است.
3. بنظر می­رسد در فرایند ترک اعتیاد آنچه از علایم 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 اترس مشاهده می­شود. همزمان چرخه­های شبانه روزی circadian تا 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.
4. قطع بسیار تدريجي به بيماران فرصت مي­دهد تا طي فرايند جدا شدن از ماده مخدر خود (شربت تنتور) همزمان به ترميم جنبه­هاي خانوادگي، اجتماعي، اقتصادي و فردي زندگي خود اقدام نمايند. بسياري بيماران طي ماههاي اول الگوي قطع تدريجي تا حد قابل قبولي به محيط طبيعي و سالم خود باز مي­گردند و همزمان به اصلاح مشكلات اقتصادي و قانوني زندگي خود اقدام مي­كنند. بازگشتن به محيط قبل از اعتياد reintegration در درصدي از بيماران بصورت مشهودي اتفاق مي­افتد.
5. سرانجام عده­اي از بيماران به پرهيز كامل abstinence از تمام مواد افيوني مي­رسند و زندگي بدون ماده مخدر را دنبال مي­كنند.

**⦁ الگوي مركب**

اين الگو آميزه­اي از فرايندهاي فوق است بدين صورت كه براي مدتي به عنوان مثال 3 تا 6 ماه دوز بيمار ثابت نگه داشته شده و بعد از آن قطع تدريجي 6 تا 12 ماهه آغاز مي­گردد. واضح است كه اين الگو مخلوطي از روش­هاي فوق بوده و فوايد هر دو آنها را به همراه خواهد داشت.

**روش تعبیه الگوهاي درماني دارویی:**

تجارب متعددي درباره چگونگي تعبیه الگوهاي مختلف دارویی بكمك تنتور اپيوم طي 3 سال اخير بدست آمده است. در قسمت ذيل به اختصار شيوه­هاي شروع و استمرار درمان بر اساس الگوهاي "درمان نگهدارنده" و " كاهش تدريجي" توضيح داده مي­شود.

مراجعين به مراکز درمانی، DIC های همکاری کننده در طرح یا زندانی در یکی از زندان­های شرکت کننده در درمان بعد از توضیح جرییات فرایند درمان توسط گروه درمانی، در صورت اعلام رضایت کتبی به شرکت در برنامه درمان، توسط پزشک مورد ارزيابي قرار گرفته و در جريان مصاحبه اطلاعات لازم در زمينه سابقه سوءمصرف موادمخدر، بيماري‌هاي رواني همراه، بيماري‌هاي جسمي، سابقه مصرف داروهاي غير مخدر، وضعيت اقتصادي ـ اجتماعي و خانوادگي كسب خواهد شد. مشروح موارد مورد ارزیابی در قسمت ارزیابی بیماران ذکر گردیده­است.

در صورت وجود شرایط ورود به درمان و نبود شرایط عدم درمان و صلاحديد و تأييد پزشك معالج، بيمار جهت درمان سرپايي با تنتور معرفي مي گردد. قبل از شروع درمان، بيماران علاوه بر انجام آزمايش‌هاي روتين، در صورتي كه داراي سابقه بيماري قلبي ريوي و يا بيماري‌هاي عمده داخلي باشد، توسط همكاران متخصص داخلي معاينه و ويزيت مي‌گردند. در صورت نبود منع طبي درمان و رعایت 7 بند مندرج در قسمت اندیکاسیون­های مطلق، درمان با تنتور اپیوم آغاز مي گردد.

در بدو درمان پرسشنامه‌ ساختاری ISAP یا پرسشنامه­ای با محتوای مشابه توسط پزشكان معالج و روانشناسان تكميل شده و گزارشات روزانه در زمينه علايم و عوارض جانبي داروها تهيه خواهد شد.

در الگوی درمان نگهدارنده و همچنین در الگوی کاهش تدریجی اصولا به ترتیب 4 و 3 مرحله نسبتا مجزا قابل تعریف است.

این مراحل جهت درمان نگهدارنده عبارتند از:

1. مرحله القاء
2. مرحله ثبات اولیه یا زودرس
3. مرحله ثبات اصلی یا پایدار
4. مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده

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

1. مرحله القاء
2. مرحله ثبات اولیه یا زودرس
3. مرحله کاهش تدریجی

**مرحله القاء:** همانگونه که مشاهده می­شود، صرف نظر از نوع الگوی درمانی ("درمان نگهدارنده" یا "کاهش تدریجی") این مرحله مشترک است. هدف از آن تبدیل مصرف ماده مخدر بیمار اعم از تریاک، شیره، هرویین، کراک یا سایر ترکیبات اوپیودی به معادل فارماکولوژیک آن توسط تنتور اپیوم است. بعبارت دیگر بیمار به حدی تنتور دریافت دارد تا از نظر تجربه علایم محرومیت در حد مصرف ماده مخدر معمول عود باشد. این مرحله در درمان نگهدارنده با متادون هم وجود دارد اما از آنجا که تنتور اپیوم شباهت زیادتری به مواد معمول بیماران دارد گذر از آن مواد به تنتور 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 پرهیزکند. بر این اساس بیمار صبح روز شروع درمان در صورت رعایت عدم مصرف از شب قبل با علایم محرومیت مراجعه خواهد کرد. در این زمان جهت ایشان 10 سی­سی تنتور اپیوم تجویز می­گردد و 1 ساعت بعد بیمار مجدداً ارزیابی می­شود. در صورت وجود علایم محرومیت تجویز 5 سی­سی تنتور تکرار می­گردد و 1 ساعت دیگر بیمار تحت نظر می­ماند. پروسه فوق یعنی تجویز 5 سی­سی تنتور و بررسی مجدد بعد از یکساعت آنقدر تکرار می­گردد تا بیماز از علایم محرومیت عاری گردد.

در چنین حالتی تجویز تنتور متوقف شده و بیمار بعد از یکساعت مراقبت از نظر بروز احتمالی عوارض جانبی، مرخص می­گردد. بیمار مذکور بعد از ظهر همان روز (حوالی 5 بعد از ظهر) مجدداً ویزیت می­شود. در چنین شرایطی در صورت وجود علایم محرومیت دوز عصرگاهی تجویز می­شود. مقدار این دوز بر اساس توصیه­های زیر است:

عدم وجود علامت ترک:ترخیص جهت ویزیت روز بعد

علایم ملایم ترک: معادل یک سوم (حدود 30%) دوز صبح تکرار گردد.

علایم متوسط ترک: معادل نصف دوز صبح تکرار گردد.

علایم شدید ترک: تا حداکثر 75 درصد دوز صبحگاهی تکرار گردد.

بعنوان مثال اگر بیمار در صبح مجموعا 20 سی­سی تنتور دریافت داشته و عصرگاه علایم متوسط ترک دارد، جهت ایشان 20 x 50%= 10 cc بعنوان دوز عصر تجویز می­گردد. در چنین حالتی دوز کامل 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 علایم 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 تلاش برای حداقل رساندن دوز عصرگاهی است زیرا در اکثر بیماران (بغیر از بیماران زندانی) 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 50% دوز صیحگاهی تجاوز ننماید.

 در جریان مرحله القاء بيماران به طور روزانه به درمانگاه مراجعه نموده و سهميه داروي هر روز خود را دريافت خواهند داشت. اين عمل ترجیحاً در ايام تعطيل نيز صورت خواهد گرفت و توصیه می­گردد تنتور روزانه در اختيار بيمار قرار نگيرد. بيمار موظف است دوز روزانه خود را نیز در حضور پرستار يا پزشك طرح مصرف كند. بیماران غیر از درمان­شوندگان در زندان­ها، تنها مجاز به دريافت حداکثر معادل 50 درصد دوز صبحگاهی خود براي منزل خواهند بود. بعبارت دیگر 3/2 دوز کل روزانه صبح و 3/1 مابقی جهت عصر تجویز خواهد شد. در برنامه درمانی در زندان­ها اصولاً دوز بردن بی­معنا بوده و مجاز نیست. بیماران در صورت نیاز به دوز مکمل عصرگاه باشند، باید شخصاً به درمانگاه مراجعه نمایند. پیش­بینی می­شود که مرحله القاء ظرف مدت یک هفته پایان یابد. در جریان آن لازم است علاوه بر مراجعه روزانه جهت دریافت تنتور، بیمار هر روز توسط پزشک معالج ویزیت گردد.

**مرحله ثبات اولیه یا زودرس:** بعد انتقال بیمار از ماده مخدر غیر مجاز به تنتور، لازم است بیمار مدتی بر روز تنتور تثبیت گردد. این امر حتی در صورتیکه هدف درمان کاهش تدریجی و نه درمان نگهدارنده باشد، کماکان صادق است. در جریان آن علایم ترک و وسوسه بیماران تقلیل یافته و بیمار احساس رضایت از دوز خود خواهد داشت. در طی این مرحله بیمار روزانه جهت دریافت تنتور خود مراجعه نموده و لازم است بصورت هفته­ای 2 بار توسط پزشک معالج ویزیت شوند. چنانکه بیمار از علایم 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 10% دوز قبلی باشد. بعنوان مثال اگر بیماری روزانه (مجموع صبح و عصر) 30 سی­سی شربت دریافت می­دارد و بواقع دوز مرحله القاء او این مقدار باشد، چنانکه بعد از گذشت مثلا 2 هفته علایم ترک را تجربه ­کند، پزشک مجاز خواهد بود دوز او را حداکثر به 40 سی­سی برساند. توجه داشته باشید رساندن دوز از 30 سی­سی به 40 سی­سی یکباره مجاز نبوده (بدلیل امکان مسمومیت) و حداکثر روزانه 10% یعنی حدود 3 سی­سی می­توان به دوز بیمار افزود. در بعضی بیماران ممکن است در چند هفته اول بدلیل تحمل به شربت تنتور، نیاز به افزایش دوز بسته به زمان بروز علایم، 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 اعتیاد 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 منرل عصرانه است.

**مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده:** در صورت بهره­مندی صحیح از مداخلات غیر دارویی و پایبندی به رژیم دارویی تنتور بسان سایر درمان­های نگهدارنده، انتظار می­رود بیماران بعد 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 صرفا بر اساس کاهش سپس ارزیابی 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 بطئ­تر اعمال گردد و بیش از یکسال بطول انجامد. نکته­ای که آنرا از مرحله 3 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 4 الگوی درمان نگهدارنده، عملا توانایی و تمایل بیمار زمان جدا شدن را تعیین می­کند. ضمنا مانند سایر مراحل درمان نگهدارنده با تنتور 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 سپری 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 80 درصد دوز ماه قبل می­رسد. بعبارت دیگر هرماه 20 درصد دوز ماه قبل کاسته می­شود. بعنوان مثال اگر دوز کل روزانه بیمار 30 سی­سی است، بعد از یکماه به 30 x 80%= 24cc می­رسد. در ماه بعد این رفم به 24 x 80%=~19cc و در ماه سوم به 19 x 80%= 15cc می­رسد. کاهش تدریجی استمرار یافته تا تنتور کاملا قطع گردد.

لازم است کلیه ویزیت­ها 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 مقرر ISAP یا ابزارهای مشابه که مورد استفاده مراکز درمانی قرار می­گیرند، طی ارزیابی­های ماهانه مواردی شامل: سوءمصرف موادمخدر، رفتارهاي جنسي مخاطره‌آميز، استفاده از سرنگ‌ اشتراكي، ارتكاب جرم و جنايت و بازداشت، وضعيت شغلي، سلامت جسمي عمومي و روابط خانوادگي ارزیابی گردد. رضايت بيمار از درمان و استمرار حضور وی برنامه­ها و تداوم مصرف تنتور، تعداد مراجعات بيماران به درمانگاه، تعداد دفعات بهره‌مندي از خدمات مشاوره و روان‌درماني نیز باید بصورت دقیق ثبت گردد.

**مداخلات غیر دارویی**

بر اساس بررسی­های اخیر در درمان بکمک تنتور اپیوم، واضحا 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. متاسفانه هنوز بدرستی نمی­توان درباره حجم مطلوب مداخلات غیر دارویی اظهار تظر نمود. البته این ابهام مختص تنتور اپیوم نبوده و درباره درمان نگهدارنده با متادون که بیش از 45 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 تاگید می­گردد:

* یک الگوی درمانی که با موفقیت بسیار بالا همراه است و عملاً موفق­ترین الگو تلقی می­گردد، همراهی درمان با تنتور با الگوی مداخله­ای بر اساس کنگره 60 است. در جریان این الگو، بیمار در کاهش تدریجی 11 تا 12 ماهه تنتور قرار می­گیرند و در کنار مصرف تنتور از نظام حمایتی و مشاوره­ای بصورت مددجو راهنما بهره­مند می­شوند. هر مددجو تحت نظارت یک راهنما که خود قبلاً به شیوه ­کاهش تدریجی شربت تنتور 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 تنتور اپیوم یاری می­کند. مددجو نیز علاوه بر بهره­مندی از نظارت و حمایت راهنمای خود، ماهانه در حدود 12 جلسه خودیاری در محل­های وابسته به کنگره شرکت می­نماید. بدیهی است فرایند توزیع تنتور در انحصار مراکز درمانی مانده و پزشک مرکز درمانی ویزیت بیماران، بررسی عوارض دارویی، انجام آزمایشات مقرر را مانند دستورالعمل مندرج در بخش­های فوق ادامه می­دهد. موفقیت این الگو بسیار بالا ارزیابی می­شود و از آنجاییکه گروه­های خودیاری مانند کنگره 60 بخش عمده­ای از مداخلات غیر دارویی در درمان را بدون اخذ هرینه از بیمار بعهده می­گیرند اثر فایده درمان نیز به طرز محسوسی افزایش می­یابد. از آنجاییکه آمیزه درمان با کاهش تدریجی بکمک تنتور اپیوم از یک سو و مشارکت در برنامه­های کنگره 60 از سوی دیگر با موفقیت به مراتب بیشتری در مقایسه سایر روش­ها و الگوهای درمانی به کمک تنتور اپیوم برخوردار است، این آمیزه بعنوان الگوی مجزا قابل تعبیه می­باشد. پروتکل درمان بر اساس آمیزه فوق در قسمت پیوست ارائه گردیده است و با توجه به شواهد بسیار مثبت آن، لازم است اولویت و مزایای خاص به مراکزی که از این الگو پیروی می­کنند داده شود.[[3]](#footnote-3)
* ارائه خدمات رواندرمانی و مشاوره در مرکز و بکمک پرسنل درمانی الگوی دیگر مداخلات غیر دارویی است. بر این اساس بیماران و خانواده آنها باید از حداقل خدمات زیر بهره­مند شوند:
	1. رواندرمانی فردی بر مبنای "درمان­های غیر دارویی در درمان نگهدارنده" یا “BDRC: Brief Drug and Risk Behavior Counseling” به مدت 3 ماه و به میزان هفته­ای 2 جلسه یک ساعته (جهت 3 ماه اول)
	2. 6 جلسه آموزش خانواده (در 3 ماه اول)
	3. جلسات یک ساعته رواندرمانی حمایتی و مشاوره فردی به میزان هفته­ای 1 جلسه از انتهای ماه سوم ببعد تا پایان درمان[[4]](#footnote-4)

**برنامه دوز منزل**

بدلیل امکان بالای سوءمصرف آگونیست­ها بویژه تنتور اپیوم، سیاست سختگیرانه­های جهت دوز منزل لازم است. لازم سیاست زیر بدین منظور اعمال گردد:

1. 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.
2. بعد از تنظیم دوز و سپری شدن **ماه اول**، در الگوی درمان نگهدارنده در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبح­گاهی و عصرانه)بالای 20 سی­سی باشد، دوز منزل به دوز عصرها و روزهای تعطیل رسمی محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه بین 15 و 20 سی­سی باشد، بیماران بصورت یک روز درمیان (جمعاً 3 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین 10 تا 15 سی­سی سیاست دوز منزل به 2 روز در میان (جمعاً 2 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از 10 سی­سی دوز منزل به 6 روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید
3. در الگوی کاهش تدریجی (بغیر از موارد همکاری با سازمان­های خودیاری از جمله کنگره 60 و مشابه آن) بعد از تنظیم دوز و سپری شدن **هفته اول**، در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبح­گاهی و عصرانه)بالای 20 سی­سی است، دوز منزل مانند الگوی درمان نگهدارنده به عصرها و ایام تعطیل محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه به بین 15 و 20 سی­سی رسیده باشد، بیماران بصورت یک روز درمیان (جمعاً 3 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین 10 تا 15 سی­سی سیاست دوز منزل به 2 روز در میان (جمعاً 2 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از 10 سی­سی دوز منزل به 6 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.
4. در صورتی که بیمار بصورت فعالانه در گروه­های خودیاری از جمله کنگره 60 شرکت نموده و حضور وی توسط اینگونه سازمان­ها تایید 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 25 و 40 سی­سی رسیده باشد، بصورت یک روز درمیان (3 مراجعه در هفته) دوز منزل دریافت دارند. در دوز روزانه بین 20 تا 25 سی­سی سیاست دوز منزل به 2 روز در میان (2 مراجعه در هفته) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از 20 سی­سی دوز منزل به 6 روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. جهت اطلاعات بیشتر به پروتکل پیوست درباره همکاری با مراکز خودیاری مراحعه نمایید.

**شرايط نگهداري و توزيع :**

شربت تنتور­اپيوم را در شرايط متعارف نگهداشته و از نور خورشيد، دماي بالا يا پائين دور نگهداريد. قبل از توزيع شربت تاكيد مي­شود حتماً شيشه را بخوبي تكان دهيد. مواردي مشاهده شده است كه شربت بر اثر گذشت زمان ته­نشين شده و غلظت آن از قسمت­هاي مختلف تفاوت كرده است. به گونه­اي كه برخي از بيماران ابراز داشته­اند اثر و قدرت آن كاسته شده ولي عده­اي ديگر بناگاه اثر آنرا بيش از دفعات قبل احساس كرده­اند. مسئله ته­نشيني و رسوب به جدار شيشه نكته­اي مهم است كه بايد بدان توجه كرد: شربت قبل از توزيع بخوبي تكان داده شود. توليد­كننده در مراحل بعدي با اصلاح فورمالاسيون اين نقص را بر طرف خواهد كرد.

جهت مصرف و توزیع تنتور، قسمت آلومینیومی در شیشه را یشکنید و درپوش پلاستیکی را بردارید. بدلیل غلیظ بودن تنتور، سعی نکنید بکمک سرنگ و سوزن (مانند سرم تزریفی یا آمپول) آنرا از ظرف خارج سازید. توجه داشته باشید محتویات تنتور استریل نبوده و **مطلقاً** قابل تزریق نیست.

**چند ملاحظه اخلاقي:**

* شركت بيماران در درمان كاملاً اختياري بوده و نباید هيچگونه درمان اجباري صورت ‌پذيرد.
* قبل از شركت هر بيمار توسط همكاران طرح و توسط جزوات مكتوب با مشخصات درمان با آشنا شده و تنها بعد از رضايت كتبي آگاهانه قادر به حضور در طرح خواهند بود.
* در كليه مراحل درمان بيماران باید ب‌توانند با رضايت شخصي از درمان خارج شوند.
* كليه مدارك و پرسشنامه‌ و سوابق محرمانه مانده تنها مورد استفاده از اطلاعات بدست آمده، پژوهش و تحقیق است. دیگران حتی بستگان بيماران نيز مجاز به دسترسی به آن نمی­باشند. هرگونه استفاده دیگر از نتایج بدست آمده منوط به اجازه كتبي از بيماران و مجریان طرح است.
* بيماران بعد از اتمام دوره درمان و دوره پيگيري و خروج از طرح، كماكان می­توانند بر اساس ضوابط هر مرکز از خدمات درماني، مشاوره‌اي و حمايتي بهره‌مند شوند. هيچ بيماري نباید به دليل اتمام یا انصراف از طرح تنتور اپیوم از دریافت درمان­های موجود در مراکز محروم گردد.
* درصورت عدم تمايل به حضور در طرح، بيماران باید ب‌توانند از ساير خدمات درماني موجود در مراکز مربوطه از جمله درمان با متادون و بوپرنورفين مانند سایر بیماران بهره‌مند شوند.

**پیوست: اطلاع رسانی به بیماران و بستگان**

اعتياد يك بيماري طولاني مدت و مزمن است، به اين معني كه در اغلب موارد بيمار مبتلا به اعتياد، سالهاي زيادي با آن دست به گريبان است و درصورت عدم مداخله و درمان، بيماري او معمولاً **سير پيش رونده، تخريبي و عودكننده** دارد. با گذشت زمان، در بسياري از موارد ميزان استفاده از مواد مخدر در معتادان بيشتر شده و اين بيماران به سوي مواد مشكل آفرين تري چون هروئين و كراك و روش هاي پرخطري چون تزريق كشيده مي­شوند. از طرفي به تدريج اين مصرف كنندگان از نظر رواني، جسمي، اجتماعي، رفتاري، اقتصادي و خانوادگي افت مي كنند و گاهي مشكلات قانوني نيز به اين عوارض افزوده مي گردد. بسيار اتفاق مي­افتد كه با پيشرفت اعتياد، بيمار شغل خود را از دست مي دهد و از نظر اقتصادي افت مي كند، در زندگي زناشويي و خانوادگي دچار اشكال مي شود، به ظاهر و نظافت خود بي توجه مي گردد، با اطرافيان به مشاجره مي پردازد، از پذيرش مسئوليت مي گريزد، مشكلات جسمي پيدا مي كند، دچار افسردگي و اضطراب مي­شود، مردم او را طرد كرده و به وي بي اعتماد مي شوند، از عوارض جنسي رنج مي برد و ...

در چنین شرایطی بیماران تصمیم می­گیرند که رفتار خود را تغییر دهند و مصرف خود را قطع کنند.

عده ای از بیماران اصولا قادر نیستند مصرف خود را و لو به مدت اندکی متوقف کنند. در این عده، ترک مصرف مواد بقدری با علایم 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 علایم، ترجیح می­دهد که کصرف مواد مخدر را از سر گیرد. عده اي نيز با مشقت فراوان و تحمل عوارض جسماني شديد ترك، مواد مخدر را كنار مي گذارند. اما بعد از مدتي دوباره به مصرف مواد مخدر روي مي آورند و با وجود اينكه به خود و اطرافيان قول داده اند كه آخرين با مصرفشان باشد، در نااميدي و ناباوري دوباره مصرف را شروع مي كنند. دوره هاي مصرف و قطع مصرف، گاهي آنقدر تكرار مي شود كه براي بيمار وخانواده، هيچ اميد و اعتمادي برجاي نمي گذارد. در اين موارد، گاهي بيمار و خانواده، متاسفانه به سرزنش يكديگر مي پردازند و هريك، ديگري را مقصر مي شمارد. خانواده، انگيزه بيمار را زير سوال برده و مدعي مي شود او تلاش كافي نكرده است. بيمار نيز خانواده يا شرايط بيرون را مقصر دانسته و مدعي است آنها با ايجاد فشار روحي باعث عود مصرف شد ه اند. گاهي نيز عوامل ديگري مثل استمرار علائم جسمي، وسوسه، مشكلات اقتصادي، و غيره مسئول شكست بيمار شناخته مي شوند.

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

در حال حاضر در ايران دو داروي متادون و بوپرنورفين به منظور درمان نگهدارنده استفاده مي شوند. تنتور اپیوم نیز بدین منظور به مجموعه داروهای مجاز در درمان نگهدارنده و دراز مدت افزوده شده است. اين دو داروها خواصي مشابه با مواد مخدر بر روي بيمار دارند، با اين تفاوت كه:

شروع و ناپديد شدن اثر آنها آهسته و ملايم­تر است. معني اين حرف آن است كه با مصرف اين مواد وضعيت جسمي معتاد در حالت متعادل مانده و از نظر روحي دچار نوسانات نخواهد شد. اين درحاليست كه مواد مخدر غير مجاز بویژه کراک، در اكثر اوقات نوسانات شديدي ايجاد مي كنند، گاهي بيمار را بسيار سرخوش و نشئه، و گاهي او را دچار خماري شديد مي كنند. اين نوسانات بر روحيه بيمار اثر مخرب گذاشته و قسمت زيانبار عوارض اعتياد را سبب مي شود. اين داروها از طريق كاملا بهداشتي تهيه شد ه ا ند، لذا فاقد هرگونه ناخالصي بوده و عوارض آنها بربدن معتاد به ويژه كليه و كبد و دستگاه گوارش در حداقل ممكن است. در حاليكه مصرف مواد غيرقانوني مشكلات جسمي فراواني توليد مي كند. با استفاده از اين داروها به صورت درمان نگهدارنده، علائم جسماني و وسوسه به ميزان زيادي در بدن بيمار كنترل مي­شود. نداشتن وسوسه و كنترل علائم جسماني بر روحيه بيمار و خانواده اثر خيلي مثبتي دارد و در بيمار، تمايل به مصرف مواد را تاحد زيادي متوقف مي كند. تعادل رفتاري به وجود آمده در بيمار، به وضوح باعث خواهد شد كه كمتر خشمگين شود و به دنبال آن مشكلات خانوادگي، شغلي و حقوقي كمتري خواهد داشت. عدم نياز به تهيه ماده مخدر غيرقانوني، باعث مي شود بيمار نيازي به تماس با قاچاقچيان و فروشندگان مواد نداشته باشد و علاوه بر از بين رفتن خطر دستگيري، نيازي به پرداخت هزينه براي تهيه ماده مخدر هم نخواهد داشت.

با قرار گرفتن بيمار روي اين روش درماني، شبكه دوستان فرد تغيير مي كند، به اين معني كه بيمار زمان، انگيزه و شرايط مناسبي براي تماس با افراد سالم خواهد داشت.

داروهاي درمان نگهدارنده خوراكي هستند. بنابراين اگر بيمار قبلا مواد مخدر را تزريق مى كرده است، رفتار تزريقي در او كاهش خواهد يافت. براي بسياري از بيماران، تزريق منجر به ايجاد زخم هاي وسيعي در سطح بدن شده و با انهدام رگ ها همراه است. در درمان نگهدارنده، اين عوارض از بين­ می­رود. با توقف تزريق، احتمال سرايت بسياري از بيماريهاي عفوني (به ويژه ايدز) از راه سرنگ و سوزن برطرف می­شود.

با استفاده صحيح از درمان نگهدارنده، امكان مسموميت با مواد مخدر بسيار كاهش می­يابد. متاسفانه يكي از دلايل مرگ و مير در معتادان، مصرف ناگهاني و بيش از حد ماده مخدر است كه منجر به

مسموميت يا بيش مصرف 1 مي­شود. به دليل خلوص این داروها، كسي كه درمان نگهدارنده دريافت مي­كند، كمتر در معرض مسموميت قرار می­گيرد. در نهایت با توقف مصرف مواد مخدر و كاهش وسوسه و علائم روحي و جسمي، فرصت بازگشت بيمار به زندگي عادي، انتخاب شغل و توجه به زندگي خانوادگي فراهم مي­شود.

**پیوست: راهنمای دریافت اطلاعات شخصی و تبدیل آن به کد 10 رقمی**



توصيه می شود اطلاعات اين صفحه، براساس شناسنامه يا كارت ملى مراجعه كننده تكميل گردد. چنانچه شناسنامه يا كارت ملى فرد در دسترس نيست و دريافت خدمات درمانى براساس آيین نامه مركز بلامانع است، درج اين نكته در سؤال مربوط به آن ضرورت دارد. كد اختصاصى مراجع، براساس مجموع هاى از اطلاعات شخصى بيماران، در ده رقم و حرف تهيه مى گردد. اين كد براى هر بيمار منحصر به فرد بوده و امكان حذف اطلاعات شخصى مراجعان را در هنگام اشتراك اطلاعات جهت پروژه­هاى پژوهشى يا امور ادارى، فراهم مى­آورد.

كد بيمار براساس مجموع اطلاعات ثبت شده در ده شماره مندرج در شش نوع اطلاعات شخصى مراجعين تهيه می­شود. لازم است تمامى خانه­هاى مربوطه به دقت پر شود و سپس اقلام يك تا ده هما نطور كه در پرسشنامه مشخص شده، استخراج و در خانه­هاى مربوطه قرار داده شود. براى مثال كد اختصاصى مراجعى با مشخصات

نام و نام خانوادگى: حسين حسينى، نام پدر: على، تاريخ تولد یازده تیرماه سال 57 با محل تولد: تهران، شمار ة شناسنامه:12345 ، كد مقابل خواهد بود: (ه 11471 ل س ح س (كد از چپ به راست خوانده مى­شود. كد اختصاصى بيمار بايد در پرونده در جايگاه مربوطه نيز ثبت گردد تا در صورت جدا كردن صفحة مربوط به مشخصات فردى و رضايتنامه، اطلاعات پرونده­ها از يكديگر قابل تفكيك و شناسايى باشد.



**پیوست: پروتکل همکاری با سازمان­های خودیاری از جمله کنگره 60**

اشاره گردید که الگوی همکاری با سازمان­ها و گروه­های خودیاری که درمان با آگونیست را در کنار فعالیت­های غیر دارویی، مشاوره، بازتوانی و حمایتی خود پذیرا هستنتد، 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.

1. مراکز درمانی عرضه کننده درمان با تنتور اپیوم با سازمان­ها و گروه­های خودیاری که درمان با آگونیست (در این مورد تنتور اپیوم را پذیرا بوده و آنرا لازمه درمان موفق می­دانند) رسماً اعلام همکاری کنند.
2. بیماران از نظر دارو درمانی از جمله دریافت تنتور کاملا تحت نظر مرکز درمانی مانده و کلیه مقررات از جمله شرایط پذیرش، ارزیابی، ویزیت­های 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 بدیهی است در چنین شرایطی پزشک و مرکز درمانی می­تواند و توصیه می­شود از دیدگاه و نظرات راهنماها و اعضای سازمان و گروه های خودیاری جهت تنظیم دوز بهره جوید. تجربه نشان داده که خود بیماران و معتادان اسبق در چنین مواردی بسیار دقیق عمل کرده و حداکثر رضایت بیمار فراهم می­گردد. با اینحال نظر نهایی با مرکز درمانی و پزشك معالج است و ایشان مسئول مراقبت از نظر علایم و عوارض دارو هستند.
3. مرکز درمانی علاوه بر تنظیم دوز تنتور بیمار بر پیشرفت کلی، علایم روانی و سیر درمان و مصرف مواد مخدر از راه ارزیابی منظم و آزمایش­های مقرر بر اساس پروتکل اصلی اقدام می­نمایند.
4. 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 گروه های خودیاری تامین نمایند. بعبارت دیگر در صورت رضایت بیمار و تصمیم مرکز درمانی و پزشک معالج، می­توان کلیه یا بخشی از مداخلات غیر دارویی (مانند مشاوره فردی، آموزش خانواده، جلسات ساختاریBDRC ، غیره را بر گزار نکرده و به گروه­های خودیاری محول نمود).
5. مرکز درمانی هزینه­های خود از جمله هزینه تنتور 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 عدمات در قالب خودیاری صورت خواهد گرفت.
1. يکي از نکات بحث انگيز استفاده از تنتور اپيوم در مصرف کنندگان و وابستگان متادون است که متادون خود را در قالب برنامه درمان نگهدارنده و بصورت مجاز دريافت مي­دارند ولي علاقمند به انتقال به تنتور هستند. در اينباره به قسمت مربوط به انتقال از متادون به تنتور مراجعه فرماييد. [↑](#footnote-ref-1)
2. انجام آزمايش جهت ويروس ايدز و هپاتيت الزامي نيست و چنانچه بيمار راغب است يا انجام داده نتيجه آن پرسيده و ثبت گردد. [↑](#footnote-ref-2)
3. در واقع استفاده از گروه­ها و سازمان­هاي خودياري در کنار درمان­هاي رسمي و اکادميک سوء مصرف مواد مخدر نه تنها امروزه مجاز شناخته مي­شود بلکه استفاده توام از آنها و داخل کردن درمان کلاسيک در مداخلات خودياري بشدت توصيه ­مي­شود. امروزه استفاده از گروه­هاي خودياري بويژه گروه­اي 12-قدمي در کنار رواندرماني­هاي شناختي-رفتاري بصورت امري مرسوم و موثر در آمده است. آز آنجاييکه تلفيق استفاده از تنتور اپيوم با روش­هاي 12-قدمي هنوز ميسر و مرسوم نيست، تنها الگوي رايج که بنظر مي­رسد در دنيا منحصربفرد باشد، آميزه الگوي کنگره 60 يا الگوهاي مشابه آن با درمان بکمک آگونيست ( تنتور اپيوم) است. [↑](#footnote-ref-3)
4. در صورت ارائه درمان­هاي اختصاصي چون کنترل خشم، مديريت استرس، مهارت­هاي بين­فردي، زوج درماني، خانواده درماني و مشابه آن­ها، ساعات اين درمان­ها مي­تواند جز ساعات موظف ارائه خدمات رواندرماني محاسبه شده و از ساعات فوق کسر گردد. [↑](#footnote-ref-4)