مقاله
پژوهشی

# مقایسه میزان ماندگاری در درمان در سه روش درمان نگهدارنده با متادون، تنتور اپیوم و بوپره نورفین در بیماران مراکز ترک اعتیاد

سیدکاوه حجت[1]، مهدی رضایی[2]، محمد محمدی پور[3]، مینا نوروزی خلیلی[4]، مهسا دانش[5]، سید اسماعیل حاتمی[6*]

[1]استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[2]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[3]استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران
[4]گروه پزشکی اجتماعی و اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[5]دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، گروه روانشناسی و مشاوره، بجنورد، ایران.
[6]کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
پست الکترونیک: ss_hatami2011@yahoo.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** *بر طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران، در حال حاضر در ایران ۶۵۷ هزار بیمار وابسته به مواد، تحت درمان نگهدارنده می باشند. هدف از این مطالعه مقایسه میزان ماندگاری درمان در سه روش درمان نگهدارنده با متادون، تنتور اپیوم و بوپره نورفین در بیماران مراکز ترک اعتیاد شیروان می باشد. لازم به ذکر است که درمان با تنتور اپیوم تنها در ایران انجام می شود و سنجش میزان موفقیت در این روش از موضوعات چالش برانگیز می باشد.*

**مواد و روش کار:** *این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی می باشد. جامعه مورد پژوهش تمام بیماران فعال و خارج شده از درمان در سال ۱۳۹۴ در ۶ مرکز خصوصی و دولتی درمان اعتیاد شهرستان شیروان می باشد. این مطالعه به صورت نمونه گیری در دسترس و با همکاری روانشناسان مراکز انجام شد و اطلاعات لازم از طریق مصاحبه و تکمیل چک لیست گردآوری گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای مقایسه ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد.*

**یافته ها:** *میزان ماندگاری در درمان با متادون ۸۴/۵٪ و در بوپره نورفین معادل ۷۱/۸٪ و در اپیوم معادل ۹۰/۱٪ می باشد. بین سه روش درمانی اختلاف معنا داری مشاهده شد به صورتی که درمان با تنتور اپیوم بالاترین میزان ماندگاری را داشت.*

**نتیجه گیری:** *نتایج تحقیق نشان داد که میزان ماندگاری در درمان با تنتور اپیوم بالاتر از دو روش دیگر می باشد . اگر به اهداف برنامه کاهش آسیب تمرکز داشته باشیم ، این نتایج نشان می دهد که درمان با تنتور اپیوم، با وجود ادامه مصرف تریاک می تواند میزان آسیبهای اجتماعی اعتیاد را به طور چشم گیری کاهش دهد.*

**واژه های کلیدی:** *متادون، بوپره نورفین، تنتور اپیوم، نتایج درمان*

وصول: ۹۵/۶/۱
اصلاح: ۹۵/۶/۱۶
پذیرش: ۹۵/۶/۲۳

***DOI:*** *10.18869/acadpub.jnkums.8.2.245*
***Cite this article as:*** *Hojjat S, Rezaei M, mohamadipoor M, Norozi Khalili M, Danesh M, Hatami S. The comparison of Retention in three methods with Methadone, opium and Buprenorphine in patients admitted to addiction treatment centers . jnkums. 2016; 8 (2) :245-256*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۵؛ دوره ۸ (۲): ۲۵۶-۲۴۵
*Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(2):245-256*

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

## مقدمه

مصرف مواد یکی از جدی ترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی است که ایران در دو دهه اخیر تجربه کرده است [۱، ۲]. بر طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد بیشترین اعتیاد جهان در ایران گزارش شده است [۲]، ۲/۸ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال معتاد می باشند و این در حالی است که آمار جهانی در حدود ۰/۵ درصد می باشد [۳]. بر طبق آخرین سرشماری، یک میلیون و دویست هزار نفر تا دو میلیون نفر وابسته به مواد مخدر در ایران وجود دارد که از این میان ۹ تا ۱۶ ٪ آنان مصرف کنندگان تزریقی مواد می باشند [۴].

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست یکی از متداول ترین درمانها برای بیماران با رفتارهای پرخطر می باشد [۵، ۶]. دو داروی متادون و بوپرونورفین در میان داروهای اگونیست از همه بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد. متادون یک اگونیست گیرنده های مو و یک ضد درد ترکیبی است که قدرت چسبندگی بالاتری به گیرنده های اپیوئیدی نسبت به تریاک و مشتقات آن دارد [۷]. بوپره نورفین یک آگونیست نسبی گیرنده مو و آنتاگونیست گیرنده کاپا است و یکی از شایعترین داروهایی است که برای سم زدایی بیماران وابسته به مواد استفاده می شود [۸].

انتخاب نوع درمان نگهدارنده (متادون یا بوپرونورفین یا داروهای دیگر) به عوامل مختلفی نظیر ترجیح بیمار، نظر درمانگر ، دسترسی به دارو و هزینه ای درمان ارتباط دارد و در کشور های مختلف متفاوت است [۹]. یکی از فاکتور های مهمی که در کاندید شدن بیماران برای حضور در درمان های نگهدارنده تأثیر دارد، میزان رفتارهای پر خطر بیماران وابسته به مواد است. رفتارهای پر خطر در بیماران شامل رفتارهای پرخطر جنسی (روابط جنسی ناایمن و شرکای جنسی متعدد) و رفتارهای پر خطر در مصرف (مصرف تزریقی و استفاده از سوزن اشتراکی) می باشد. شواهد نشان می دهد که هر دو داروی متادون و بوپره نورفین در کاهش رفتارهای پر خطر بیماران موثر بوده اند [۸]. تحقیقات بارنت[1] نشان داد بیمارانی که وارد درمان نگهدارنده متادون می شوند در مقایسه با گروه گیرنده بوپره نورفین، به طور میانگین رفتارهای پر خطر بیشتری را در سابقه ی خود داشته اند این رفتارهای پر خطر شامل روش های جنسی ناایمن و مصرف تزریقی بود که پس از ورود به درمان نگهدارنده با متادون به میزان قابل توجهی کاهش یافته است [۱۰]. نتایج تحقیقات دولان[2] نشان داد که درمان متادون به طور معناداری با کاهش رفتارهای پر خطر نظیر مصرف تزریقی، اشتراک وسایل تزریق، رفتارهای جنسی ناایمن و انجام سکس برای پول یا مواد همراه بوده است [۱۱]. گزارشات مختلفی در مورد اثربخشی بیشتر هر کدام از این درمانها نسبت به دیگری وجود دارد. برخی مطالعات درمان متادون را موثرتر دانسته اند [۱۲] و برخی حاکی از موثرتر بودن درمان نگهدارنده بوپره نورفین می باشند [۱۰، ۱۳]. طی سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۱ تجویز بوپره نورفین رو به افزایش بوده است (از ۱۶٪ به بالای ۵۰٪) و تجویز متادون رو به کاهش (از ۸۲٪ به ۴۷ ٪) [۸]. در ایالات متحده ۹/۶٪ بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده هستند بوپره نورفین دریافت می کنند [۲، ۵]. اما در فرانسه به گونه ای متفاوت است و دو سوم بیماران وابسته به مواد اپیوئیدی (نزدیک به صد هزار بیمار) بوپره نورفین دریافت می کنند [۱۴].

در ایران، بیمارانی که وابسته به مواد می باشند تحت سه نوع درمان نگهدارنده قرار می گیرند یعنی علاوه بر متادون و بوپره نورفین، درمان با تنتور اپیوم نیز برای گروهی از بیماران مورد استفاده قرار می گیرد. تنتور اپیوم بر اساس سیاست های کاهش آسیب وزارت بهداشت مبنی بر کنترل وابستگی به تریاک و شیره که بیشترین ماده مخدر مصرفی در ایران است شکل گرفت [۱۵]. یکی از اهداف وزارت بهداشت این است که بیماران وابسته به تریاک به سراغ مواد سنگین تر مانند هرویین و شیشه نروند و درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم می تواند بعنوان جایگزین خوبی برای تریاک در کنار درمانهای نگهدارنده با متادون و بوپرونورفین مورد استفاده قرار بگیرد [۱۶].

1 -Barnett
2 -Dolan

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

بر طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، در حال حاضر در ایران ۶۵۷ هزار بیمار وابسته به مواد در ۵۸۰۰ کلینیک دولتی و خصوصی تحت درمان نگهدارنده می باشند [۱۷]. با توجه به اینکه نیمرخ عوارض و اثرات هر کدام از روش ها با یکدیگر متفاوت است، یکی از پرسشهای مهم این است که درصد ماندگاری در هر یک از سه روش درمانی چقدر بوده است و کدام یک از روش های درمانی میزان موفقیت بالاتری دارد. با توجه به اینکه در برنامه درمانهای نگهدارنده برای اعتیاد میزان موفقیت بر اساس کاهش آسیبهای جسمی، خانوادگی و اجتماعی اعتیاد اندازه گیری می شود. شاخص عدم مصرف مواد و میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده به عنوان یکی از شاخص های مهم موفقیت در درمان شناخته می شود که در این مطالعه نیز ما بدنبال آن هستیم تا میزان ماندگاری در درمان های نگهدارنده با متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم را با یکدیگر مورد مقایسه قرار دهیم و شاخص های دموگرافیک و نوع ماده مصرفی افراد عود کرده در هر گروه درمانی را نیز ارزیابی کنیم.

## روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ در مراکز درمان اعتیاد شهرستان شیروان استان خراسان شمالی به منظور بررسی میزان ماندگاری در درمان در سه روش درمان نگهدارنده با متادون، تنتور اپیوم و بوپره نورفین در بیماران مراجعه کننده به این مراکز صورت گرفت. جامعه مورد پژوهش تمام بیماران فعال و خارج شده از درمان در یک سال گذشته در ۶ مرکز خصوصی و دولتی درمان اعتیاد شهرستان شیروان بود. از کلیه بیماران واجد شرایط درخواست همکاری شد. این مطالعه به صورت نمونه گیری در دسترس و با همکاری روانشناسان مراکز انجام شد و اطلاعات لازم از طریق مصاحبه روانشناسان هر مرکز با بیماران همان مرکز و تکمیل چک لیست گردآوری شد در این مطالعه ۹۴۹ بیمار شرکت داشتند که ۷۹۸ بیمار فعال در طول یکسال گذشته تحت درمان بودند و۱۵۱ بیمار از ادامه درمانهای نگهدارنده منصرف شده بودند که همگی وارد مطالعه شدند.

متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش علاوه بر متغیرهای دموگرافیک، در برگیرنده نوع ماده مخدر مصرفی، نوع درمان نگهدارنده دریافتی و طول مدت تحت درمان نگهدارنده می باشد. اطلاعات استخراج شده در چک لیست مخصوصی که به این منظور طراحی شده بود ثبت گردید. جهت رعایت موازین اخلاق در پژوهش و حفظ رازداری بیماران، کلیه چک لیستها بدون نام بوده و تنها روانشناسان تکمیل کننده چک لیست با بیمار ارتباط مستقیم داشته و با بیمار مصاحبه نموده اند. تمامی افراد شرکت کننده در مطالعه از حضور در یک طرح پژوهشی اطلاع داشته و داوطلبانه و با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نموده اند.

داده های حاضر در نرم افزار SPSS 18 وارد شد. جهت تجزیه تحلیل داده ها، آمار توصیفی (فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی) مورد استفاده قرار گرفت. برای مقایسه ارتباط بین متغیرهای کیفی در گروههای تحت درمان نگهدارنده از آزمون کای دو استفاده شده است. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

میزان ماندگاری درمان در سه روش درمان نگهدارنده با متادون، تنتور اپیوم و بوپره نورفین در بیماران مراکز ترک اعتیاد شهرستان شیروان بر اساس نسبت کل بیماران فعال در هر روش درمانی به کل بیماران پذیرش شده در هر روش درمانی سنجیده شد.

## یافته ها

در این مطالعه ۱۵۱ بیمار از ادامه درمانهای نگهدارنده منصرف شده بودند که میزان عود کلی ۱۶٪ برآورد گردید که مشخصات دموگرافیک آنان به شرح ذیل می باشد.

میانگین سنی افراد خارج شده از درمان نگهدارنده با متادون در این مطالعه ۱۴/۸۴۳±۴۳/۱۶سال بود. کمترین سن بیماران مورد بررسی ۱۶ سال و بیشترین ۸۷ سال بود و میانگین سنی افراد خارج شده از درمان نگهدارنده با بوپره نورفین در این مطالعه ۱۶/۴۸۹ ±۴۳/۳۳ سال بود. کمترین سن بیماران مورد بررسی ۱۹ سال و بیشترین ۷۹ سال بود و میانگین سنی افراد خارج شده از درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم در این مطالعه ۱۵/۶۲۸ ±۵۲/۶۳ سال بود. کمترین سن بیماران مورد بررسی ۲۴ سال و بیشترین ۷۶ سال بود . بیشتر افراد خارج شده از درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپره نورفین در

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

جدول ۱: توزیع بیماران خارج شده از درمانهای نگهدارنده به تفکیک نوع درمان و جنسیت

| نوع درمان نگهدارنده | جنسیت | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| درمان نگهدارنده با متادون | مرد | ۸۷(۸۷/۹) |
| | زن | ۱۲(۱۲/۱) |
| | کل | ۹۹(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | مرد | ۲۹(۸۷/۹) |
| | زن | ۴(۱۲/۱) |
| | کل | ۳۳(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | مرد | ۱۵(۷۸/۹) |
| | زن | ۴(۲۱/۱) |
| | کل | ۱۹(۱۰۰) |

جدول ۲: توزیع بیماران خارج شده از درمانهای نگهدارنده به تفکیک نوع درمان و تحصیلات

| نوع درمان نگهدارنده | تحصیلات | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| درمان نگهدارنده بامتادون | بی سواد-ابتدایی | ۴۹(۴۹/۵٪) |
| | راهنمایی-دبیرستان | ۳۳(۳۳/۴٪) |
| | دیپلم | ۱۱(۱۱/۱٪) |
| | دانشگاهی | ۶(۶٪) |
| | کل | ۹۹(۱۰۰٪) |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | بی سواد-ابتدایی | ۱۱(۳۳/۳٪) |
| | راهنمایی-دبیرستان | ۷(۲۱/۳٪) |
| | دیپلم | ۱۱(۳۳/۳٪) |
| | دانشگاهی | ۴(۱۲/۱٪) |
| | کل | ۳۳(۱۰۰٪) |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | بی سواد-ابتدایی | ۶(۳۱/۶٪) |
| | راهنمایی-دبیرستان | ۶(۳۱/۶٪) |
| | دیپلم | ۶(۳۱/۶٪) |
| | دانشگاهی | ۱(۵/۲٪) |
| | کل | ۱۹(۱۰۰٪) |

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

جدول ۳: توزیع بیماران خارج شده از درمانهای نگهدارنده به تفکیک نوع درمان و محل سکونت

| نوع درمان نگهدارنده | محل سکونت | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| درمان نگهدارنده با متادون | شهر | ۶۹(۶۹/۷) |
| | روستا | ۳۰(۳۰/۳) |
| | کل | ۹۹(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | شهر | ۲۷(۸۱/۸) |
| | روستا | ۶(۱۸/۲) |
| | کل | ۳۳(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | شهر | ۱۶(۸۴/۲) |
| | روستا | ۳(۱۵/۸) |
| | کل | ۱۹(۱۰۰) |

جدول ۴: توزیع بیماران خارج شده از درمانهای نگهدارنده به تفکیک نوع درمان و وضعیت اشتغال

| نوع درمان نگهدارنده | وضعیت اشتغال | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| درمان نگهدارنده با متادون | شاغل | ۸۰(۸۰/۸) |
| | بیکار | ۳(۳) |
| | خانه دار | ۱۲(۱۲/۲) |
| | بازنشسته | ۴(۴) |
| | کل | ۹۹(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | شاغل | ۲۶(۷۸/۸) |
| | بیکار | ۲(۶/۱) |
| | خانه دار | ۴(۱۲/۱) |
| | بازنشسته | ۱(۳) |
| | کل | ۳۳(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | شاغل | ۱۳(۶۸/۴) |
| | بیکار | ۱(۵/۳) |
| | خانه دار | ۲(۱۰/۵) |
| | بازنشسته | ۳(۱۵/۸) |
| | کل | ۱۹(۱۰۰) |

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

جدول ۵: توزیع بیماران خارج شده از درمانهای نگهدارنده به تفکیک نوع درمان و وضعیت تأهل

| نوع درمان نگهدارنده | وضعیت تاهل | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| درمان نگهدارنده بامتادون | متأهل | ۷۹(۷۹/۸٪) |
| | مجرد | ۱۴(۱۴/۱٪) |
| | طلاق گرفته-بیوه-متارکه | ۶(۶/۱٪) |
| | کل | ۹۹(۱۰۰٪) |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | متأهل | ۲۸(۸۴/۸٪) |
| | مجرد | ۴(۱۲/۱٪) |
| | طلاق گرفته-بیوه-متارکه | ۱(۳٪) |
| | کل | ۳۳(۱۰۰٪) |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | متأهل | ۱۵(۷۹٪) |
| | مجرد | ۲(۱۰/۵٪) |
| | طلاق گرفته-بیوه-متارکه | ۲(۱۰/۵٪) |
| | کل | ۱۹(۱۰۰٪) |

جدول ۶: توزیع بیماران خارج شده از درمانهای نگهدارنده به تفکیک نوع درمان و نوع مخدر مصرفی

| نوع درمان نگهدارنده | نوع مخدر مصرفی | تعداد(درصد) |
|---|---|---|
| درمان نگهدارنده با متادون | تریاک-شیره | ۸۴(۸۴/۴) |
| | هروئین-کریستال | ۸(۸/۱) |
| | مصرف همزمان چند ماده | ۷(۷/۱) |
| | کل | ۹۹(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | تریاک-شیره | ۳۲(۹۷) |
| | هروئین-کریستال | - |
| | مصرف همزمان چند ماده | ۱(۳) |
| | کل | ۳۳(۱۰۰) |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | تریاک-شیره | ۱۹(۱۰۰) |
| | هروئین-کریستال | - |
| | مصرف همزمان چند ماده | - |
| | کل | ۱۹(۱۰۰) |

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

جدول ۷: مقایسه میزان ماندگاری در درمان در سه روش درمان نگهدارنده با متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم

| نوع درمان نگهدارنده | تعداد کل بیماران | بیماران فعال(تحت درمان) | درصد ماندگاری در درمان | بیماران خارج شده از درمان به دلیل عود | درصد بیماران خارج شده از درمان به دلیل عود | P value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| درمان نگهدارنده با متادون | ۶۴۰ | ۵۴۱ | ٪ ۸۴/۵ | ۹۹ | ٪۱۵/۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| درمان نگهدارنده با بوپره نورفین | ۱۱۷ | ۸۴ | ٪ ۷۱/۸ | ۳۳ | ٪۲۸/۲ | |
| درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم | ۱۹۲ | ۱۷۳ | ٪ ۹۰/۱ | ۱۹ | ٪۹.۹ | |

گروه سنی ۳۱-۴۰ سال بوده است، اما بیشتر افراد خارج شده از درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال قرار داشتند.

از ۹۹ بیمار خارج شده از درمان نگهدارنده با متادون ۸۷/۹ ٪ مرد و ۱۲/۱٪ زن بوده است. از ۳۳ بیمار خارج شده از درمان نگهدارنده با بوپره نورفین ۸۷/۹ ٪ مرد و ۱۲/۱ ٪ زن بوده و از ۱۹ بیمار خارج شده از درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم ۷۸/۹ ٪ مرد و ۲۱/۱ ٪ زن بوده است(جدول ۱).

بیشتر افراد خارج شده از هر سه نوع درمان نگهدارنده بی سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند(جدول ۲). و بیشتر افراد خارج شده از هر سه نوع درمان نگهدارنده در شهر سکونت داشتند(جدول ۳). و اغلب آنان دارای شغل هستند(جدول ۴). و اکثراً متاهل می باشند(جدول ۵) .

میانگین طول درمان دریافتی قبل از خروج در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون ۱۹/۹۱ ماه بود که کمترین آن ۶ ماه و بیشینه آن ۷۵ ماه می باشد. میانگین طول درمان دریافتی قبل از خروج در افراد تحت درمان نگهدارنده با بوپره نورفین ۱۸/۹۱ ماه بود که کمترین آن ۶ ماه و بیشینه آن ۵۵ ماه می باشد. میانگین طول درمان دریافتی قبل از خروج در افراد تحت درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم ۱۷/۷۹ ماه بود که کمترین آن ۶ ماه و بیشینه آن ۳۹ ماه می باشد.

بیشتر افراد خارج شده از درمان نگهدارنده با متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم، تریاک و شیره مصرف می کردند و مصرف هرویین-کریستال و مصرف همزمان چند ماده در رتبه های بعدی قرار داشتند (جدول ۶).

میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون ۸۴/۵ ٪ و در درمان نگهدارنده با بوپره نورفین ۷۱/۸ ٪ و در درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم ۹۰/۱ ٪ می باشد. بین سه روش درمانی اختلاف معناداری مشاهده شد (p=۰/۰۰۰۱ ) به صورتی که درمان با اپیوم بالاترین میزان موفقیت را داشت (جدول ۷) .

## بحث

نتایج مطالعه ما نشان می دهد که میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون ۸۴/۵٪، میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده با بوپره نورفین ۷۱/۸٪ و میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم ۹۰/۱٪ می باشد. البته باید توجه داشت که در درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم آزمایشات مورفین تست انجام نخواهد شد و سنجش این گروه با تست ادراری متاآمفتاین می باشد . هدف از درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم کاهش آسیب های اقتصادی ، اجتماعی و خانوادگی اعتیاد است با وجود این که مصرف فرد ادامه پیدا می کند. لازم است به این نکته نیز اشاره شود که درمان با تنتور اپیوم تنها در کشور ایران انجام می شود و مطالعاتی در این خصوص در کشورهای دیگر در

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

دسترس نمی باشد و در واقع سنجش میزان موفقیت در این روش از موضوعات چالش برانگیز می باشد.

مارلات[1] و گوردون[2] احتمال عود مصرف مواد را در درمان نگهدارنده با متادون در حدود ۵۰ ٪ گزارش دادند که از مطالعه ما بسیار بیشتر است [۱۸]. علت ماندگاری بالای بیماران در مطالعه ما می تواند به دلیل تفاوت در انتخاب بیماران برای درمان های نگهدارنده باشد. در بیشتر مطالعات خارجی بیماران مصرف کننده هروئین کاندید درمان های نگهدارنده می باشند ولی در ایران و در مطالعه ما اغلب بیماران مصرف شیره و تریاک دارند و شاید قابل مقایسه با بیماران هروئینی با وضعیت روان شناختی نابهنجارتر نباشند. اختلاف معنی دار میان ماندگاری در درمان در بیماران نگهدارنده با بوپره نورفین با روش های دیگر می تواند مرتبط با ترک کامل بوپره نورفین و بهبود کامل بیماران باشد نه مرتبط با خروج و عود اعتیاد. بسیاری از بیماران تحت درمان بوپره نورفین میزان مصرف داروی خود را به مقدار زیاد کاهش داده و هنگام مراجعه به مراکز تعداد زیادی قرص تحویل گرفته و چند ماه مراجعه به مراکز ندارند. لذا خروج از درمان این گروه از بیماران به دلیل عدم مراجعه، می تواند توجیه کننده نرخ بیشتر خروج از درمان در این روش باشد و به معنای شکست در درمان نیست.

در مطالعه ما میانگین سنی بیمارانی که از درمانهای نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین خروج پیدا کرده بودند ۴۳ سال بود و میانگین سنی بیمارانی که از درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم خروج پیدا کرده بودند ۵۲ سال بود. در مطالعه افسر و همکاران ، بیشترین افرادی که از درمان نگهدارنده با متادون خروج پیدا کرده بودند متعلق به گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بودند که ۵۷/۶٪ از کل میزان عود ها را شامل می شد [۱۹] این یافته با پژوهش ما همسو نمی باشد هم در مقایسه با جمعیت بیماران دریافت کننده متادون و هم در مقایسه با جمعیت بیماران دریافت کننده بوپره نورفین و تنتور اپیوم. این عدم تطابق در دو مطالعه می تواند ریشه در این موضوع داشته باشد که تعداد نمونه مورد پژوهش ما ۱۵۱ نفر بود و بیماران دریافت کننده ی متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم را شامل می شد که از درمان خارج شده بودند ولی نمونه آماری در مطالعه افسر و همکاران ۳۸۴ نفر را شامل می شد که برخی تجربه عود داشتند و برخی نیز نداشتند و فقط بیماران دریافت کننده متادون را در بر می گرفت [۱۹].

در مطالعه ما توزیع جنسی بیمارانی که از درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین خروج پیدا کرده بودند ۸۸ ٪ مرد و ۱۲ ٪ زن بودند و توزیع جنسی بیمارانی که از درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم خروج پیدا کرده بودند ۷۸٪ مرد و ۲۲ ٪ زن بودند. در مطالعه افسر و همکاران، آزمودنی های مورد پژوهش شامل ۷۴ ٪ زن و ۱۶ ٪ مرد بود [۱۹]. نتایج این مطالعه با مطالعه ما مغایر بود لذا دلیل آن ممکن است بخاطر تفاوت در تعداد جمعیت مورد مطالعه، تفاوت در شیوه نمونه گیری در دو مطالعه باشد به طوری که در مطالعه افسر و همکاران فقط بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار گرفتند.

در مطالعه ما اکثریت بیماران در گروه های درمانی متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم از لحاظ تحصیلی کم سواد و بی سواد بودند (در حدود ۳۸ ٪). در مطالعه افسر و همکاران، نیز اغلب بیماران از لحاظ تحصیلی بی سواد و کم سواد بودند ( ۷۵ ٪ بیماران) [۱۹]. در هر دو مطالعه بیشترین تعداد بیماران مورد پژوهش را قشر بی سواد و کم سواد در بر می گرفت ولی این میزان در مطالعه افسر بسیار بیشتر از مطالعه ما بود که این میزان بیشتر در مطالعه افسر بخاطر جامعه آماری بالاتر در آن مطالعه است. جمعیت بالای بیسواد و کم سواد در مطالعه ما همسو با مطالعه حجت و همکاران می باشد [۲۰].

در مطالعه ما بیشتر افراد خارج شده از هر سه نوع درمان نگهدارنده با متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم در شهر سکونت داشتند (۷۸٪ بیماران). در مطالعه افسر و همکاران که بر روی بیمارانی که تجربه عود داشتند انجام شده بود جامعه مورد پژوهش جامعه شهری بود و بیماران روستایی را شامل نمی شد [۱۹].

وضعیت تاهل بیمارانی که عود نموده بودند در ۳ روش درمانی متادون ، بوپره نورفین و تنتور اپیوم بررسی شد و میانگین تاهل در ۳ گروه نزدیک به ۸۱ ٪ بود. در مطالعه

1 -Marlatt
2- Gordon

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

افسر و همکاران، ۳۷/۲٪ از کل میزان عود در جامعه آماری مربوط به متاهلان بود [۱۹]. یافته های این دو مطالعه با یکدیگر همسو نمی باشد و این ناهمخوانی می تواند از علل مختلفی منتج شده باشد. یکی تفاوت در جامعه آماری در دو مطالعه می باشد به طوری که در مطالعه ما جامعه آماری شامل جمعیت شهری و روستایی بود ولی در مطالعه افسر و همکاران، جامعه آماری تنها شامل بیماران ساکن شهر می باشد. شاید این به آن علت باشد که اغلب در جوامع روستایی زن و مرد همراه با یکدیگر دچار سوء مصرف مواد می شوند و پروسه های ترک و عود مجدد نیز در آن ها همراه باهم اتفاق می افتد، در صورتی که در جامعه شهری به دلایل مختلف زن و شوهر در صدد پنهان نمودن سوء مصرف مواد از یکدیگر می باشند و این موجب می شود تا اگر عود هم نمایند یکدیگر را در جریان نگذارند و این موجب می شود میزان عود بالا نرود. از طرف دیگر در مطالعه ما بیماران شامل کسانی بود که در سه نوع درمان نگهدارنده حضور داشتند اما در مطالعه افسر آزمودنی ها فقط شامل بیمارانی بود که تحت درمان نگهدارنده متادون بودند [۱۹].

در پژوهش ما نزدیک به ۷۵ ٪ کسانی که عود مجدد نموده بودند ( در سه گروه درمانی متادون ، بوپره نورفین و تنتور اپیوم) شاغل بودند. در مطالعه افسر و همکاران، که ویژگیهای دموگرافیک بیماران عود یافته را بررسی نموده اند، ۵۸/۳٪ از کل میزان عود را کسانی تشکیل می دادند که از لحاظ شغلی هنوز به مرحله اشتغال نرسیده بودند و هنوز در حال تحصیل بودند [۱۹]. در این متغیر نیز در دو مطالعه تفاوت دیده می شود و شاید علت این موضوع تفاوت در جامعه مورد پژوهش در دو مطالعه است و دیگر اینکه تعداد آزمودنی ها در دو مطالعه متفاوت می باشد. عامل دیگری که ممکن است آن هم نقش داشته باشد روش نمونه گیری در دو مطالعه است. در مطالعه افسر و همکاران، قسمت عمده ای از آزمودنی های مطالعه از میان دانشجویان و افراد در حال تحصیل بوده است.

در مطالعه ما میانگین طول درمان دریافتی قبل از خروج در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون ۱۹/۹۱ماه بود که کمترین آن ۶ ماه و بیشینه آن ۷۵ ماه بود. میانگین طول درمان دریافتی قبل از خروج در افراد تحت درمان نگهدارنده با بوپره نورفین ۱۸/۹۱ ماه بود که کمترین آن ۶ ماه و بیشینه آن ۵۵ ماه بود و میانگین طول درمان دریافتی قبل از خروج در افراد تحت درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم ۱۷/۷۹ ماه بود که کمترین آن ۶ ماه و بیشینه آن ۳۹ ماه بود. در مطالعه افسر و همکاران، متغیر طول مدت تحت درمان و سابقه عود مجدد بررسی شد و نتایج آن نشان داد که ۵۴/۳ ٪ از کل میزان عود در میان کسانی اتفاق افتاده بود که بالای ۲۴ ماه در درمان نگهدارنده با متادون حضور داشته اند [۱۹]. نتایج هر دو مطالعه با پروتکل درمان نگهدارنده کشوری مغایر می باشد. بنا بر پروتکل درمان های نگهدارنده هر چه میزان طول درمان نگهدارنده متادون، بوپره نورفین و تنتور اپیوم بیشتر و نزدیک به ۲۴ ماه باشد امکان اینکه بیمار دچار لغزش شود کمتر خواهد شد و این مغایر با دو مطالعه مذکور است که بیان داشته اند بیشتر میزان عود مربوط به بیمارانی بوده است که بیشتر از ۲۴ ماه در درمان حضور داشته اند. این عدم تطابق می تواند ریشه در عوامل چندی داشته باشد، یک عامل تفاوت جامعه های مورد بررسی در پروتکل و مطالعه ما است. پروتکل درمان های نگهدارنده نسخه ای ترجمه شده می باشد و بر اساس جامعه ای غیر از جامعه ما نوشته شده است که امکان دارد قابل تعمیم به جامعه ما نباشد. علاوه بر این تعداد آزمودنی های مطالعه ما کم می باشد و قابل تعمیم به تمام بیمارانی نیست که تحت درمان نگهدارنده به سر می برند.

پژوهش ما برخی محدودیت های خاص خود را داشت که بایستی هنگام مطالعه این پژوهش آن ها را در نظر داشت. لازم به ذکر است که به دلیل محدودیت های خاص در معیار های ورود به درمانهای نگهدارنده با متادون، بوپره نورفین و یا تنتور اپیوم، اولویت پذیرش در مراکز درمان نگهدارنده بر اساس مصرف مواد مخدری نظیر هرویین وکراک یا وجود رفتارهای پر خطر نظیر مصرف همزمان شیشه صورت می گیرد و بسیاری از بیماران سعی در وخیم نشان دادن وضعیت اعتیادشان برای پذیرش سریع تر و یا کسب سهمیه داروی نگهدارنده با دوز بالاتر دارند. به این دلایل تفسیر نتایج نوع و الگوی ماده مخدر مصرفی باید با احتیاط انجام شود.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

## نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که میزان ماندگاری در درمان و موفقیت درمان نگهدارنده در درمان با تنتور اپیوم بالاتر از دو روش دیگر بوده است. با توجه به اینکه درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم تنها در کشور ایران انجام می شود، این نتایج قابل مقایسه با نتایج کشورهای دیگر نمی باشد. همچنین باید توجه داشت که در درمان با تنتور اپیوم، آزمایشات مورفین تست همواره مثبت خواهد بود و مصرف هروئین در این روش درمانی قابل تشخیص نخواهد بود. طبق پروتکل پیگیری این گروه از بیماران فقط از لحاظ مصرف شیشه انجام می پذیرد و معیار خروج از درمان بر اساس سوء مصرف شیشه خواهد بود لذا ماندگاری ۹۰/۱ ٪ در بیمارانی که از قبل مصرف کننده تریاک بودند قابل پیش بینی می باشد.

در سیاست های کارشناسی، هدف از درمان نگهدارنده شامل قطع ارتباط با سیستم قاچاق، ارتباط مستقیم بیماران با سیستم های بهداشتی – درمانی، کاهش هزینه های مصرف مواد مخدر در بیماران و کاهش فشار اقتصادی بر روی خانواده های بیماران درگیر اعتیاد و در نهایت کاهش جرم مرتبط با تهیه مواد مخدر بوده است. اگر به اهداف برنامه کاهش آسیب تمرکز داشته باشیم ، این نتایج نشان می دهد که درمان با تنتور اپیوم، با وجود ادامه مصرف تریاک می تواند میزان آسیب های اجتماعی اعتیاد را به طور چشم گیری کاهش دهد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه با همکاری مراکز درمان اعتیاد در شهرستان شیروان استان خراسان شمالی انجام شده است و بدین وسیله از کلیه روانشناسان و پزشکان و بیماران این مراکز قدردانی می شود. همچنین این طرح با کد شماره ۷۵۹/پ/۹۳ و به سفارش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان خراسان شمالی انجام شده است و بابت تامین هزینه مالی این طرح تحقیقاتی از ستاد مبارزه با مواد مخدر استان خراسان شمالی نیز تشکر و قدردانی می گردد.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

## References


1. Rahnama, Ruyan, Minoo Mohraz, Ali Mirzazadeh, George Rutherford, Willi McFarland, Gholamreza Akbari and Mohsen Malekinejad, "Access to harm reduction programs among persons who inject drugs: findings from a respondent-driven sampling survey in Tehran, Iran," International Journal of Drug Policy 25, no. 4, 2014; 717-723[Persian].
2. United Nations Office on Drugs and Crime, World drug report 2010: United Nations Publications; 2010.
3. Aflatoonian MR, Sharifi I, Parizi MH, Fekri AR, Aflatoonian B, Sharifi M, "et al", A prospective cohort study of cutaneous leishmaniasis risk and opium addiction in south eastern Iran, PloS one, 2014;9(2):e89043[Persian].
4. Alam-mehrjerdi Z, Abdollahi M, Higgs P, Dolan K, Drug use treatment and harm reduction programs in Iran: a unique model of health in the most populated Persian Gulf country, Asian journal of psychiatry 2015;16:78-83.
5. Abuse S, Mental Health Services Administration (SAMHSA),(2006) National Survey on Drug Use & Health, US Government Printing Office Retrieved from http://www oas samhsa gov/nhsda htm. 2012.
6. Robertson K, The European MonitoringCentre for Drugs and Drug Addiction, European Journal on Criminal Policy and Research, 1998;6(3):457-66.
7. Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PG, Yip B, O'Shaughnessy MV, Montaner JS, "et al", Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users, Jama. 1998;280(6):547-9.
8. Riksheim M, Gossop M, Clausen T, From methadone to buprenorphine: changes during a 10year period within a national opioid maintenance treatment programme, Journal of substance abuse treatment 2014;46(3):291-4.
9. Delorme J, Chenaf C, Kabore J-L, Pereira B, Mulliez A, Tremey A, "et al", Incidence of high dosage buprenorphine and methadone shopping behavior in a retrospective cohort of opioid-maintained patients in France, Drug and alcohol dependence, 2016;162:99-106.
10. Barnett PG, Rodgers JH, Bloch DA, A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence, Addiction 2001;96(5):683-90.
11. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD, A randomised controlled trial ofmethadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system, Drug and alcohol dependence, 2003;72(1):59-65.
12. Burns L, Randall D, Hall WD, Law M, Butler T, Bell J," et al",Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention, Addiction. 2009;104(8):1363-72.
13. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M, Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence,The cochrane library 2014.
14. Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouede J-P, Tignol J, French field experience with buprenorphine, American Journal on Addictions 2004;13(sup1):S17-S28.
15. Afkhami AA, From punishment to harm reduction: resecularization of addiction in contemporary Iran, Contemporary Iran: economy, society, politics 2009:194-210.
16. Berjas F, Govari F, Mohammad AZS, Haghdoost AA, The opinions of hospitalized addicts in Kerman rehabilitation centers about factors affecting theirtendency toward drugs 2011.
17. Moghanibashi-Mansourieh A, Deilamizade A, The state of data collection on addiction in Iran, Addiction, 2014; 109(5):854.
18. Marlatt G, Gordon J, Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive disorders, New York: Guilford, 1985.
19. Afsar A, Bashirian S, Poorolaja J, Hazavehei SM, Vatan Nawaz E, Zinat Motlagh F, Predictive factors of relapse among patients treated with methadone maintenance treatment referred to addiction centers in Hamadan based on health belief model, J Health Syst Res 2014; Health Education supplement: 2034-2045.
20. Hojjat Sk, Tabatabaeichehr M,Mortazavi H, Ebrahimi sani E, Moradian H ,jafari JThe comparison of the, psychological profile of patients on methadone maintenance treatment and opiate dependent persons in bojnurd, Journal of North Khorasan University of Medical Sciences,Winter 2012;4(4):562.


[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]

Original Article

# The comparison of Retention in three methods with Methadone, opium and Buprenorphine in patients admitted to addiction treatment centers

*Hojjat Sk[1], Rezaei M[2], mohamadipoor M[3], Norozi Khalili M[4], Danesh M[5], Hatami SE[6] **

[1]MD, Psychiatrist, Assistant Professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center , North Khorasan University of Medical Sciences. Bojnurd, Iran
[2]MA of Clinical Psychology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[3]Assistant Professor,Department of Psychology, Ghouchan Branch ,Islamic Azad University , Ghouchan , Iran
[4]MD, Department of Community Medicine and Ethics, Faculty of Medicine, North Khorasan University of MedicalSciences, Bojnurd, Iran
[5]PHD student of counseling,Department of Psychology and Counseling, Bojnourd Branch ,Islamic Azad University , Bojnourd , Iran
[6]MSc of Epidemiology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
***Corresponding Author:** Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
Email: ss_hatami2011@yahoo.com

## Abstract

**Background & Objectives:** *According to the report by Iran Drug Control Headquarters, 657 thousand drug-dependent patients are under maintained treatment in Iran. The aim of present study was investigation of treatment-retention in patients who were undergone the maintained therapy using Methadone, Buprenorphine, and opium tincture in Shirvan city. It should be noted that the treatment with opium tincture is done only in Iran. Therefore, the success of this method is a controversial issue.*

**Material & Methods:** *This is an analytical-descriptive study. The population of this study were included all active patients and also patients who have abandoned treatment in 6 public and private addiction treatment centers of Shirvan city in 1394. Data were analyzed by SPSS software, and chi-square test was used to compare the qualitative variables.*

**Results:** *Retention rate of Methadone, Buprenorphine, and opium treatments were 84.5%, 71.7%, and 90.1%, respectively. A significant difference was observed among these treatments, so the opium maintained treatment has the highest retention rate.*

**Conclusion:** *The results revealed that the retention rate in treatment with opium tincture is higher than that in the other two methods. If we focus on the goals of harm reduction programs, results show that the opium tinctures treatment can reduce significantly the amount of social damage.*

**Keywords:** *Methadone, Buprenorphine, opium tincture, treatment outcomes.*

*Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(2): 245-256*

Received: 22 Aug 2016
Revised: 6 Sep 2016
Accepted: 13 Sep 2016

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25 ]