مدیریت دستوری درمان اعتیاد در ایران

بوپرنورفین جایگزین متادون شود!

مرضیه نوری

راه‌اندازی خط تولید فرم بوپرنورفین دو میلی‌گرم از سوی «شرکت مهرسامدارو» در ۱۰ خردادماه امسال و اظهارنظر «اسکندر مؤمنی»، دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در مراسم افتتاحیه این کارخانه که «داروی بوپرنورفین می‌تواند نقطه‌عطفی در کاهش آسیب و درمان معتادان باشد»، جرقه اصلی تهیه این گزارش است. باتوجه به اینکه حدود ۱۵ سال است که داروی بوپرنورفین در سبد دارویی درمان اعتیاد کشور موجود است و ایران از سال ۱۳۹۵ در زمینه تولید این دارو به خودکفایی رسیده است، این سؤال مطرح می‌شود که این کارخانه بر اساس چه نیازی راه‌اندازی شده است؟ پاسخی که می‌توان به این سؤال داد این است که احتمالاً افتتاح این کارخانه بخشی از سیاست ستاد مبارزه با مواد مخدر برای جایگزین‌کردن بوپرنورفین به جای متادون در درمان اعتیاد است. سیاستی که پیش از یک سال است به اشکال مختلف از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر تبلیغ می‌شود. خبری که ۳۰ خردادماه در سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر درباره تایید شیوه‌نامه «ترویج و تسهیل استفاده از داروی بوپرنورفین و فرآورده‌های آن در درمان اختلال مصرف مواد در ایران» در هشتادمین جلسه کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر و ارسال آن برای تصویب در ستاد منتشر شد. شاهد دیگری است بر اینکه سیاست جایگزینی متادون با بوپرنورفین وارد فاز عملیاتی شده است.

اما نکته‌ای که باید به آن توجه کنیم، این است که پیشنهاد تغییر در سیاست‌های خود اعتیاد، مانند خود حوزه‌ها، الزامات، مقدمات، اسباب و لوازمی نیاز دارد که باید پیش از تغییر سیاست فراهم شده باشد. این گزارش در پی بررسی هدف ستاد مبارزه با مواد مخدر در سیاست جایگزینی بوپرنورفین با متادون و برنامه افزایش مصرف آن است. آیا پیش‌نیازهای لازم برای تغییر سیاست‌گذاری فراهم شده است؟ آیا این تغییر سیاست بر اساس تصویر درستی از وضعیت کشور در زمینه نوع بیماران و درمان اعتیاد بوده است؟ آیا این سیاست‌گذاری توجیه اقتصادی دارد و هزینه‌های این تصمیم قرار است از چه منبعی پرداخت شود؟

خلاصه وضعیت تولید و مصرف بوپرنورفین در کشور

سیدسجاد حسینی، مدیر امور دارو و تحلیل‌های اقتصادی فدراسیون اقتصاد سلامت ایران، به «شرق» می‌گوید: «درحال‌حاضر ۴ شرکت دارویی برای مصرف و واردات ماده مؤثره بوپرنورفین از وزارت بهداشت مجوز دارند. این شرکت‌ها عبارت‌اند از «بازرگانی تاک دشت»، «تولید مواد اولیه داروخش (تماد)»، «تولیدی فاران شیمی توسیرکان»، «داروسازی سها»، «دارو و درمان پارس»، «داروسازی اکسیر»، «داروی البرز فارمد»، «سجاد دارویی شرق»، «فرآیند شیمی بوعلی سینا»، «کیش مبدفارم»، «گروه مهندسی بازرگانی تجارت گستر پایا»، «مهیان شیمی»، «مهردارو» و «ناتو دارو پژوهان پردیس».

به گفته او از دی‌ماه سال ۱۳۹۴، دو شرکت «تولید مواد اولیه داروخش (تماد) و تولیدی فاران شیمی توسیرکان» پروانه تولید ماده اولیه را از وزارت بهداشت دریافت کرده‌اند (البته شرکت فاران شیمی تاریخ تولید ماده مؤثره بوپرنورفین را اواخر سال ۱۳۹۱ اعلام کرده است) و از آن زمان تاکنون کار تولید ماده مؤثره بوپرنورفین در کشور را انجام می‌دهند. به‌طوری‌که در سال ۱۳۹۵ شرکت داروسازی اکسیر در این زمینه به خودکفایی رسیده و واردات آن صفر شده است. بعضی شرکت‌هایی که در ایران تولید محصول نهایی بوپرنورفین را انجام می‌دهند ماده مؤثره خود را از این دو شرکت تهیه می‌کنند. تا پیش از اینکه ماده مؤثره در کشور تولید شود، واردات آن از کشور هند انجام می‌شد.

مدیرعامل شرکت مهرسام دارو در نکته‌ای که در این بخش از صحبت‌هایش مطرح می‌کند که جای بحث دارد، نکته اول مربوط به آماری است که مطرح می‌کند. با توجه به اینکه بیشترین ماده مخدر مصرفی در ایران تریاک و ترکیبات حاصل از آن نظیر سوخته، شیره و هروئین است که سهم کمتری از سید مصرفی مواد مخدر و بحران آن در دیگر جهان را به خود اختصاص می‌دهد، نباید سهم یک‌دهمی ایران از جمعیت کل جهان مبنای قضاوت قرار گیرد؛ بلکه باید درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر ایران را از کل مصرف‌کنندگان اپیوئیدها در جهان معیار مقایسه باشد؛ چراکه از حدود ۷۶ میلیون مصرف‌کننده در کل جهان، سهم تعداد کلی مصرف‌کنندگان ایرانی بین پنج تا شش درصد از مصرف‌کنندگان جهان است و به نوبه خود، عدد مطلق مصرف‌کنندگان ایرانی تریاک و ترکیبات سنتی حاصل از آن بسیار بیشتر از سایر کشورها، به‌ویژه کشورهای غربی است که عمده مصرف‌کنندگان ترکیبات اپیوئیدی (مشتقات تریاک)، مسواد و داروهای سنتیتیک حاصل از تریماک (مانند قرص‌های کدئین) را ترجیح می‌دهند و نه تریاک و سوخته و شیره آن را. این در حالی است که تجارب درمانگران در ایران نشان می‌دهد برای این دسته از مصرف‌کنندگان سنگین ترکیبات اپیوئیدی، متادون در مقایسه با بوپرنورفین دارویی ارزان‌تر است و از نظر هزینه‌فایده نیز مزیت دارد. ضمن اینکه یک سؤال هم می‌توان اینجا مطرح کرد. اگر فرض بگیریم که آماری که حقیقت‌نیا مطرح می‌کند، درست باشد. هدف این است که ایران به یک درصد جمعیت دنیا به جای مصرف ۳۰ تا ۳۵ درصد از متادون دنیا ۳۰ تا ۳۵ درصد از بوپرنورفین دنیا را مصرف کند؟

نکته دوم درباره ادعای کاهش ۲۵ درصدی قیمت بوپرنورفین است و اینکه این کاهش قیمت می‌تواند منجر به این شود که افرادی با استطاعت مالی اندک بتوانند از این فرآیند استفاده کنند. درحال‌حاضر قیمت هر عدد قرص متادون پنج میلی‌گرم، ۱۸۷ تومان و قرص بوپرنورفین دو میلی‌گرم، هزارو ۲۰ تومان است؛ بنابراین با فرض کاهش ۲۵ درصدی قیمت که شرکت آن را منوط به دریافت از وزارت دارو دانسته است، باز هم قیمت هر قرص بوپرنورفین ۷۵۰ تومان می‌شود؛ یعنی تقریباً سه برابر قیمت متادون که این هزینه هم عدد بالای است.

هم‌سرمایه‌گذاری در صندوق

حقیقت‌نیا همچنین در صحبت‌هایش به این نکته اشاره کرد که شرکت مهرسام دارو در حوزه تولید داروهای ناراکوتیک است. دقیقاً بر اساس همان داستان غرغره‌نقاشا انجام شده است. ستاد مبارزه با مواد مخدر نیازی را مطرح کرد و این شرکت به این نیاز پاسخ داد است.

و با بیان اینکه سیاست ستاد مبارزه با مواد مخدر جایگزینی مصرف متادون با بوپرنورفین است، توضیح می‌دهد: «این جایگزینی قرار است بتدریج هم در فرایند درمان در کلینیک‌های مرتبط مثلاً ستاد مبارزه با مواد مخدر منعقد شده است یا خیر؟ می‌گوید: «اتفاهمات بین معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری و دستگاه‌های دولتی مانند ستاد مبارزه با مواد مخدر در راستای سیاست‌گذاری در حوزه‌های اپیوئیدها و استفاده از شرکت‌های دارای فناوری و نوآوری در پایه‌ها به آن اولویت‌بخشیدن؛ بنابراین تفاهم‌ها به معنای قرارداد فروش نیست. شرکت باید با دانشگاه‌های علوم‌پزشکی که داروهای مورد نیاز مراکز درمان اعتیاد را تأمین می‌کنند، تعامل کند تا بتواند بازار فروش داشته باشد.

به گفته دیله‌پلمحاکمی، سرمایه‌گذاری ۵۶ میلیارد تومانی که تاکنون انجام شده، برای تولید ماده مؤثر است و اگر قرار باشد بحث صادرات مطرح شود که البته برای این برنامه‌ریزی‌هایی انجام شده است، نیازمند سرمایه‌گذاری مجدد و جذب سرمایه‌گذار خارجی است؛ برای صادرات به اوراسیا برنامه‌ریزی‌هایی صورت گرفته و تعاملاتی هم انجام داده‌ایم. اما چون کشورهای هدف ما از جمله اوکراین و بیلاروس دچار تغییرات شدید سیاسی شده، فعلاً دست نگه داشته‌ایم. البته به این موضوع هم واقف هستیم که برای صادرات تولیدات دارویی باید بتوانیم استانداردهای کشور مقصد را پاس کنیم.

مدیرعامل صندوق حمایت از سرمایه‌گذاری زیست‌فناوری در پاسخ به این سؤال که ماجرای ۳۰ میلیون دلار سرمایه‌گذاری اروپایی چیست؟ می‌گوید: «برای تولید بوپرنورفین از تولیدی تولید داخل استفاده می‌کنیم و ماده مؤثره هم در ایران تولید می‌شود. فقط یک سری حلال‌ها و کاتالیست‌ها از خارج از کشور وارد می‌شود که ارزری خیلی بالایی هم ندارد؛ بنابراین اگر نکته شده برای تولید بوپرنورفین قرار است ۳۰ میلیون دلار صرف‌نظر کنیم، اتفاق بیفتد. من این را تأیید نمی‌کنم. اما شرکت مهرسام دارو قرار است ۱۷ داروی ناراکوتیک تولید کند. اگر منظورتان این بود که سید دارویی تولیدی آتی این شرکت قرار است ۳۰ میلیون دلار صرف‌نظر کنیم، این ادعا رد می‌کنم. ممکن است درست باشد. من حساب‌وکتاب نکرده‌ام.

به گفته او بخش تحقیق و توسعه «R&D» شرکت مهرسام دارو بسیار فعال است. اما از آنجایی که این بخش بسیار پرهزینه است، اگر امروز تصمیم گرفته شود که کار جدیدی انجام شود، باید از صندوق سرمایه‌گذاری جدیدی است و تا زمانی که خود پروژه درآمدزایی نرسد، امکان تعریف محصولات جدید وجود ندارد. به عبارت دیگر، هزینه‌های بخش تحقیق و توسعه باید از محل درآمدهای خود شرکت تأمین شود.

از صحبت‌های دیله‌پلمحاکمی این‌طور می‌توان استنباط کرد که هم‌سرمایه‌گذاری که در حال حاضر انجام شده، صرف برای تولید بوپرنورفین است و سرمایه در گردش مورد نیاز برای تولید سایر میکولوجال‌ها قرار است از درآمد پروژه فعلی انجام شود؛ بنابراین عددی که برای صرف‌هزینه‌ای از سوی شرکت مهرسام دارو مطرح شده است، حداقل در آینده‌ای نزدیک امکان‌پذیر نخواهد بود.

دیله‌پلمحاکمی در پاسخ به این سؤال که آیا فکری می‌کند اهل جایگزینی مصرف با چک‌های صحت مصرف متادون با بوپرنورفین به‌آسانی امکان‌پذیر است و واقعاً کشور به داروهای این کارخانه نیاز پیدا خواهد کرد یا خیر، می‌گوید: «یکی از ریسک‌های پروژه همین موضوعی است که شما مطرح کردید و ما هم به آن آگاه بودیم و فکر کردیم. قطعاً مصرف در داروی جدید نیازمند فرهنگ‌سازی است؛ اما بوپرنورفین دارویی جدیدی نیست و سال‌هاست که بوپرنورفین در کشور ما مصرف می‌شود و این‌طور نیست که بیمار را به بیگانه باشد. من قبول دارم که بسیار بیماران با متادون آشنا هستند، اما بوپرنورفین مزیت‌هایی نسبت به متادون دارد که امیدوار هستیم این مزیت‌ها با سیاست‌گذاری‌هایی که ستاد مبارزه با مواد مخدر در این حوزه قرار است انجام دهد، منجر به این شود که تمایل به مصرف بوپرنورفین شرکت‌های موجود بیشتر شود. البته تعداد شرکت‌های موجود نیز در این حوزه در کشور افزایش پیدا کند. ضمن اینکه الان هم متادون بازار دارد و هم بوپرنورفین؛ تابه‌حال این طور بوده که تعیین نوع دارو در اختیار درمانگر و بیمار بوده؛ اما حالا سیاست بر این است که بیمار به دنبال این نیست که بوپرنورفین را به متادون ترجیح دهد. به همین‌دلیل افزایش مصرف بوپرنورفین در کشور اتفاق خواهد افتاد.

مسئولان این دو صندوق می‌گویند که اعلام نیاز ستاد مبارزه با مواد مخدر به این دو دارای علم و اصلی بوده که باعث شده آنها بر روی پروژه شرکت مهرسام دارو سرمایه‌گذاری کنند. آنها ستاد مبارزه با مواد مخدر را به‌عنوان یک نهاد تخصصی و سیاست‌گذار در حوزه مبارزه با مواد مخدر مرجع اصلی است، به رسمیت شناخته‌اند و فرض‌شان این بوده که ستاد همه جوانب مختلف موضوع را بررسی کرده است. این در حالی است که هیچ سنتی بینی بر اینکه ستاد مبارزه با مواد مخدر کار پژوهشی در حوزه‌های مطالعات اعتیاد، اقتصاد دارو، اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات درمانی و سیاست‌گذاری اعتیاد برای این تصمیم‌گیری انجام داده باشد. وجود ندارد. بدیهی است که اگر این شخص حقیقی حتی در بالاترین رده‌ها، شرکت‌کنندگان در کمیسیون‌های که حتی عناوین علمی دارند با تعامل محدودی از دارویسازان و شیمیست‌های داروی نمی‌توانند مثلاً چنین تصمیم‌هایی بشند و انجام مطالعات کافی از سوی کارشناسان حوزه‌های مختلف الزامی است. ضمن اینکه از گفته‌های دیله‌پلمحاکمی هم می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که او اصوداً است با سیاست دستوری و از بالا به‌پایین ستاد مبارزه با مواد مخدر و تعیین تکلیف برای درمانگر در زمینه تجویز دارو، مزیت مصرف بوپرنورفین در کشور افزایش پیدا کند و تقاضا برای این دارو بیشتر شود؛ اما از صحبت‌های مدیرعامل شرکت فاران شیمی که یکی از تولیدکنندگان قدیمی و اصلی بوپرنورفین در کشور است، این طور استنباط می‌شود که اصلاً دارد که ستاد مبارزه با مواد مخدر در محاسبات خود خیلی هم دقیق عمل نکرده باشد.

شرکت فاران شیمی

فاران شیمی یکی از اولین شرکت‌های تولیدکننده بوپرنورفین در کشور است. به گفته متولی سابق آمارنامه دارویی کشور، تامین نیمی از نیاز کشور به بوپرنورفین از سوی این شرکت صورت می‌گیرد. به گفته اکبر مولایی، مدیرعامل شرکت یادشده، سالانه حدود ۳۰۰ کیلوگرم بوپرنورفین که تقریباً معادل ۱۲۰ میلیون عدد قرص بوپرنورفین ۲ میلی‌گرمی و ۶۰۰ میلی‌گرمی، ۳۰ میلی‌گرمی و ۳۰۰ میلی‌گرمی تولید می‌کند، از سوی این شرکت تولید می‌شود.

او در پاسخ به این پرسش که چه میزان از تولیدات شما به فروش می‌رسد، می‌گوید: «تقریباً همه محصول تولیدی ما فروش می‌شود؛ چون ما به برنامه‌ریزی تولید می‌کنیم. سیاست ما تولید انبوه نیست و با توجه به وضعیت بازار و تقاضایی که وجود دارد، تولید را مدیریت می‌کنیم. برنامه‌ریزی ما برای سال گذشته این بود که ۲۰۰ میلیون عدد قرص بوپرنورفین تولید کنیم؛ اما با بررسی میزان فروش در هر ماه به این نتیجه رسیدیم که بهتر است روی همان ۱۲۰ میلیون عدد قرص بمانیم و بیشتر تولید نکنیم؛ چون نیاز بازار همین میزان است.

البته مولایی درباره دلیل کشور برای تولید فرم بوپرنورفین خیلی بیشتر است و اگر تقاضا افزایش پیدا کند، می‌توانند تولید را بالا ببرند: «ما در شرکت فاران شیمی ادعا نمی‌کنیم که ما بهترین تولیدکننده بوپرنورفین هستیم. ما در شرکت فاران شیمی ۱۲ سال است که داروی بوپرنورفین تولید می‌کنیم و منابع موردنیاز از سایر شرکت‌ها هم تأمین می‌شود؛ یعنی تقریباً سه برابر قیمت متادون بود که چرا به سمت درمان‌های دیگری که در دنیا به وجود آمده از قبیل استفاده از داروی بوپرنورفین و بوپرنورفین نالوکسان حرکت نکرده‌ایم؛ یعنی ما هم به‌عنوان متولی بهداشت و درمان کشور به دنبال پاسخ این سؤال هستیم و فکر می‌کنیم این اقدام شکل بگیرد».

شادنوش در عین‌حال که معتقد است باید استفاده از داروی بوپرنورفین در قالب ماده اعتیاد افزایش پیدا کند، به این نکته اشاره می‌کند که دیده‌ام وزارت بهداشت این است که باید در این زمینه جزء افراد پرطاقت شویم و این کار باید با آهنگ موزون و روش متعادل انجام شود و از تجارب دنیا و مقالات علمی در این زمینه بهره برده شود. او می‌گوید وزارت بهداشت از همه دست‌اندرکاران و تصمیم‌گیرندگان کشور دعوت کرده است تا به دور از هیجان‌ها و احساسات، با روش منطقی و قابل دفاع، بخشی از برنامه درمان و کاهش آسیب را به سمت بوپرنورفین و بخشی دیگر را هم به سمت بوپرنورفین نالوکسان حرکت دهند.

او درباره اینکه گفته می‌شود قرار است سالانه ۱۰ درصد از مصرف متادون کم شود و به بوپرنورفین افزایش داده شود، می‌گوید: «همه صاحب‌نظران حوزه اعتیاد این بر اعتقادند که بوپرنورفین برای کسانی که می‌توانند با آن سازگاری داشته باشند، داروی بسیار خوبی است؛ اما مسئله اینجاست که این دارو برای همه بیماران کاربرد ندارد. اینکه سالانه ۱۰ درصد به مصرف بوپرنورفین اضافه کنیم، به نظر می‌رسد عملی نباشد. این هدف‌گذاری در کشوری که سال‌ها بیماران برای درمان و کاهش آسیب اعتیاد از متادون استفاده کرده‌اند، بسیار سخت است. به‌خاطر ویژگی‌هایی که متادون دارد، بیماران با آن راحت‌تر هستند. ضمن اینکه امکان سوءاستفاده از متادون وجود دارد و بیماران ممکن است بخواهند به دور از چشم درمانگر برخی از دارویی که برای آنها تجویز می‌شود از متادون استفاده کنند و به عبارتی سوءمصرف داشته باشند؛ درحالی‌که به خاطر ویژگی‌های بوپرنورفین چنین امکانی برای این دارو وجود ندارد. ضمن اینکه قیمت بوپرنورفین برخی مطالعات مشکلات این نوع از درمان شامل دندرد موضعی، خوردیزی، خارش و ... است و در یک‌چهارم بیماران سبب شده تمایلی به ادامه درمان نداشته باشند».

او در مورد فرم تزریقی نیز می‌گوید: «فرم تزریقی به اشکال مختلف که بین یک هفته تا شش ماه دارند، موردپسندشان قرار می‌گیرد. آژانس دارویی فرانسه به‌عنوان پیش‌گام این نوع درمان تاکنون در موجود تحت توزیع و درمان گسترده بیماران سکوت اختیار کرده و اظهارنظری نداشته است. در مصرف فرم‌های تزریقی دارو ریزش بیماران پس از چند تزریق زیاد بوده است. بسیاری از محققان و درمانگران تاکید بر استفاده این فرم در شرایط کاملاً تحت کنترل مثل بیمارن بستری در بیمارستان یا بیماران سکانس در مراکزی مانند زندان‌ها دارند و این فرم از دارو را مناسب برای عرضه در جامعه و به‌طور فراگیر نمی‌دانند. این ذی‌یکسان و ثابت از دارو سبب افزایش ذرّ دارو در بیماران با ذرّ مصرفی پایین و احساس ناراحتی در بیماران نیازمند ذرّهای بالاتر می‌شود. در خصوص عوارض و مشکلات و پایبندی به درمان در فرم‌های تزریقی همچنان مطالعات کمی انجام شده است و اظهارنظر در مورد آن مشکل است».

جرخکرد درباره اینکه متادون یا بوپرنورفین کدام‌یک مؤثرترند هم می‌گوید: «مطالعات زیادی دراین‌رابطه انجام شده و بعضا نتایج متناقضی به‌دست‌آمده است. اما دریک نکته کلی برای مقایسه این دو دارو باید اذعان کرد در ذرّهای پایین متادون و بوپرنورفین، میزان ماندگاری در درمان و عدم لغزش بیماران تحت درمان با متادون بیشتر است اما در ذرّهای بالای این دو دارو نتایج ماندگاری در عدم لغزش بیماران تحت درمان با داروهای آکسیونی در یک ذرّ ثابت قابل توجه‌تر است. به نظر می‌رسد متادون در نه‌کاشتن بیمار در روند درمان و پرهیز از مصرف مخدرها اولویت قابل‌توجهی دارد».

به گفته او متادون اولین دارویی است که برای درمان وابستگی به مخدرها تایید شده و از حدود سال ۱۹۶۰ میلادی مورداستفاده قرار می‌گیرد؛ «اگرچه متادون رسیدگی بیشتری بوپرنورفین دارد اما در بیمارانی که تحت‌نظر پزشک‌اند و کنترل دارو را مصرف می‌کنند، این خطر به میزان قابل‌توجهی کاهش می‌یابد و بیشتر موارد اورژانس مربوط به مصرف خارج از شبکه درمانی و عدم دریافت دارو از پزشک است. در بیمارن تحت درمان و نظارت پزشک ریسک اوردوز و بیش‌مصرفی بسیار ناچیز است و اگر با ریسک اورژانس و بیش‌مصرفی مخدرها مقابسه شود، می‌توان ریسک اورژدز در متادون را نادیده فرض کرد».

جرخکرد توضیح می‌دهد که بوپرنورفین در مقایسه با متادون ریسک و خلمر کمتری برای ایجاد دیسترس تنفسی و اورژدز دارد. اما در مقایسه سوءمصرف متادون و بوپرنورفین باید به بد دانشته باشیم که سوءمصرف و اخراج از مصرف درمانی برای بیماران بستری بیشتر از متادون است و در فرم‌های تزریقی و اینترانازال (داخل بینی) سوءمصرف می‌شود. نگرانی عمده فرانسه به‌کاری که پیشگامان اعتیاد و پوشیگرفتن در درمان بیماران مصرف‌کننده مخدرها همچنان سوءمصرف بوپرنورفین و استفاده از آن در اشکال غیردارویی است. دکتر حسن رفیعی، روان‌پزشک و نایب‌رئیس انجمن روان‌پزشکان ایران هم درباره مبدیت جدید ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌گوید: «در درمان و بازتوانی افراد دچار اختلالات روانی یک اصل داریم: آن هم این است که افراد را نمی‌توان در زندان یا بازتوانی کرد آن جنازه یک مکانیک، ماشین را تعمیر می‌کند».

به گفته او اینکه بگویم باید سالانه ۱۰ درصد از مصرف متادون کم کنید و به بوپرنورفین اضافه کنید، منطقی نیست زیرا برنامه درمانی و بازتوانی همیشه باید با مشارکت خدمت‌گیرنده تدوین شود و باتوجه به آثار درمانی و عوارضی که مداخله درمانی ایجاد می‌کند، بازنگری شود: «در مورد استفاده از بوپرنورفین یا متادون در درمان اعتیاد بیماران هم همین اصل صدق می‌کند. بعضی افراد هستند که بوپرنورفین علایمشان را به فرد کمکی کنترلی نمی‌کند و پایندگی خوبی در برابر بوپرنورفین ندارند. اگر این افراد را مجبور کنیم که از این دارو برای درمان اعتیاد استفاده کنند، مشکلی که پیش می‌آید این است که ممکن است اسما درمان را رها کنند و دوباره لغزش کنند و پیامدهای منفی عود کند و این نقض‌غرض است؛ بنابراین باید مناسبت با تحمل و تولن فردی که برای درمان پیش‌قدم شده هست، فرایند درمانی تنظیم شود».

او درباره جریانی اصرار بر تقلیل مصرف متادون و جایگزینی با بوپرنورفین می‌گوید: «حدس می‌زنم یکی از اهداف طرح، کاستن از نشت کوفت به جامعه است. ولی این جواب برای آن صورت‌مسئله کافی نیست: چون ۵۰ درصد متادون تولید شده وارد بازار سیاه می‌شود و برای آن یک فکری جدی کرد. برای آن ۵۰ درصدی هم که پزشکان و روان‌پزشکان درمانگر اجتاج تجویز می‌کنند. برخورد درست این است که «راه‌های درمانی و بازتوانی اختلال مصرف مواد افیونی و داروهای جایگزین» تدوین شود و در آن، موارد درصورت (اندیکاسیون‌های) مطلق و غالباً نسبی برای انتخاب از بین این دو دارو تعیین شود و البته همان‌طور که گفتم، عمده انتخاب بایدبرعهده پزشک‌ها باشد و نه بیمار. مجدد می‌زنم».

به گفته او، مدارک موجود یک روایت تازه از اینکه نوع تجویز که متغیرهای طبی، اجتماعی و اقتصادی این دو دارو را از هم متمایز می‌کند. به گفته او یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های این دو دارو به لحاظ فارماکولوژیک این است که بیش‌مصرفی اعتیاد از ضوابط متادون می‌تواند مدت به اینست قلبی‌تنفسی و مرگ مرگ... ادامه در صفحه ۹

بوده که چرا به سمت درمان‌های دیگری که در دنیا به وجود آمده از قبیل استفاده از داروی بوپرنورفین و بوپرنورفین نالوکسان حرکت نکرده‌ایم؛ یعنی ما هم به‌عنوان متولی بهداشت و درمان کشور به دنبال پاسخ این سؤال هستیم و فکر می‌کنیم این اقدام شکل بگیرد».

شادنوش در عین حال که معتقد است باید استفاده از داروی بوپرنورفین در قالب ماده اعتیاد افزایش پیدا کند، به این نکته اشاره می‌کند که دیده‌ام وزارت بهداشت این است که باید در این زمینه جزء افراد پرطاقت و تفریط شویم و این کار باید با آهنگ موزون و روش متعادل انجام شود و از تجارب دنیا و مقالات علمی در این زمینه بهره برده شود. او می‌گوید وزارت بهداشت از همه دست‌اندرکاران و تصمیم‌گیرندگان کشور دعوت کرده است تا به دور از هیجان‌ها و احساسات، با روش منطقی و قابل دفاع، بخشی از برنامه درمان و کاهش آسیب را به سمت بوپرنورفین و بخشی دیگر را هم به سمت بوپرنورفین نالوکسان حرکت دهند.

او درباره اینکه گفته می‌شود قرار است سالانه ۱۰ درصد از مصرف متادون کم شود و به بوپرنورفین افزایش داده شود، می‌گوید: «همه صاحب‌نظران حوزه اعتیاد این بر اعتقادند که بوپرنورفین برای کسانی که می‌توانند با آن سازگاری داشته باشند، داروی بسیار خوبی است؛ اما مسئله اینجاست که این دارو برای همه بیماران کاربرد ندارد. اینکه سالانه ۱۰ درصد به مصرف بوپرنورفین اضافه کنیم، به نظر می‌رسد عملی نباشد. این هدف‌گذاری در کشوری که سال‌ها بیماران برای درمان و کاهش آسیب اعتیاد از متادون استفاده کرده‌اند، بسیار سخت است. به‌خاطر ویژگی‌هایی که متادون دارد، بیماران با آن راحت‌تر هستند. ضمن اینکه امکان سوءاستفاده از متادون وجود دارد و بیماران ممکن است بخواهند به دور از چشم درمانگر برخی از دارویی که برای آنها تجویز می‌شود از متادون استفاده کنند و به عبارتی سوءمصرف داشته باشند؛ درحالی‌که به خاطر ویژگی‌های بوپرنورفین چنین امکانی برای این دارو وجود ندارد. ضمن اینکه قیمت بوپرنورفین برخی مطالعات مشکلات این نوع از درمان شامل دندرد موضعی، خوردیزی، خارش و ... است و در یک‌چهارم بیماران سبب شده تمایلی به ادامه درمان نداشته باشند».

او در مورد فرم تزریقی نیز می‌گوید: «فرم تزریقی به اشکال مختلف که بین یک هفته تا شش ماه دارند، موردپسندشان قرار می‌گیرد. آژانس دارویی فرانسه به‌عنوان پیش‌گام این نوع درمان تاکنون در موجود تحت توزیع و درمان گسترده بیماران سکوت اختیار کرده و اظهارنظری نداشته است. در مصرف فرم‌های تزریقی دارو ریزش بیماران پس از چند تزریق زیاد بوده است. بسیاری از محققان و درمانگران تاکید بر استفاده این فرم در شرایط کاملاً تحت کنترل مثل بیماران بستری در بیمارستان یا بیماران سکانس در مراکزی مانند زندان‌ها دارند و این فرم از دارو را مناسب برای عرضه در جامعه و به‌طور فراگیر نمی‌دانند. این ذی‌یکسان و ثابت از دارو سبب افزایش ذرّ دارو در بیماران با ذرّ مصرفی پایین و احساس ناراحتی در بیماران نیازمند ذرّهای بالاتر می‌شود. در خصوص عوارض و مشکلات و پایبندی به درمان در فرم‌های تزریقی همچنان مطالعات کمی انجام شده است و اظهارنظر در مورد آن مشکل است».

جرخکرد درباره اینکه متادون یا بوپرنورفین کدام‌یک مؤثرترند هم می‌گوید: «مطالعات زیادی دراین‌رابطه انجام شده و بعضا نتایج متناقضی به‌دست‌آمده است. اما دریک نکته کلی برای مقایسه این دو دارو باید اذعان کرد در ذرّهای پایین متادون و بوپرنورفین، میزان ماندگاری در درمان و عدم لغزش بیماران تحت درمان با متادون بیشتر است اما در ذرّهای بالای این دو دارو نتایج ماندگاری در عدم لغزش بیماران تحت درمان با داروهای آکسیونی در یک ذرّ ثابت قابل‌توجه‌تر است. به نظر می‌رسد متادون در نه‌کاشتن بیمار در روند درمان و پرهیز از مصرف مخدرها اولویت قابل‌توجهی دارد».

به گفته او متادون اولین دارویی است که برای درمان وابستگی به مخدرها تایید شده و از حدود سال ۱۹۶۰ میلادی موردِاستفاده قرار می‌گیرد؛ «اگرچه متادون رسیدگی بیشتری بوپرنورفین دارد اما در بیمارانی که تحت‌نظر پزشک‌اند و کنترل دارو را مصرف می‌کنند، این خطر به میزان قابل‌توجهی کاهش می‌یابد و بیشتر موارد اورژدز مربوط به مصرف خارج از شبکه درمانی و عدم دریافت دارو از پزشک است. در بیمارن تحت درمان و نظارت پزشک ریسک اوردوز و بیش‌مصرفی بسیار ناچیز است و اگر با ریسک اورژدز و بیش‌مصرفی مخدرها مقابسه شود، می‌توان ریسک اورژدز در متادون را نادیده فرض کرد».

جرخکرد توضیح می‌دهد که بوپرنورفین در مقایسه با متادون ریسک و خلمر کمتری برای ایجاد دیسترس تنفسی و اورژدز دارد. اما در مقایسه سوءمصرف متادون و بوپرنورفین باید به بد دانشته باشیم که سوءمصرف و اخراج از مصرف درمانی برای بیماران بستری بیشتر از متادون است و در فرم‌های تزریقی و اینترانازال (داخل بینی) سوءمصرف می‌شود. نگرانی عمده فرانسه به‌کاری که پیشگامان اعتیاد و پوشیگرفتن در درمان بیماران مصرف‌کننده مخدرها همچنان سوءمصرف بوپرنورفین و استفاده از آن در اشکال غیردارویی است. دکتر حسن رفیعی، روان‌پزشک و نایب‌رئیس انجمن روان‌پزشکان ایران هم درباره مبدیت جدید ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌گوید: «در درمان و بازتوانی افراد دچار اختلالات روانی یک اصل داریم: آن هم این است که افراد را نمی‌توان در زندان یا بازتوانی کرد آن جنازه یک مکانیک، ماشین را تعمیر می‌کند».

به گفته او اینکه بگویم باید سالانه ۱۰ درصد از مصرف متادون کم کنید و به بوپرنورفین اضافه کنید، منطقی نیست زیرا برنامه درمانی و بازتوانی همیشه باید با مشارکت خدمت‌گیرنده تدوین شود و باتوجه به آثار درمانی و عوارضی که مداخله درمانی ایجاد می‌کند، بازنگری شود: «در مورد استفاده از بوپرنورفین یا متادون در درمان اعتیاد بیماران هم همین اصل صدق می‌کند. بعضی افراد هستند که بوپرنورفین علایمشان را به فرد کمکی کنترلی نمی‌کند و پایندگی خوبی در برابر بوپرنورفین ندارند. اگر این افراد را مجبور کنیم که از این دارو برای درمان اعتیاد استفاده کنند، ممکنی که پیش می‌آید این است که ممکن است اسما درمان را رها کنند و دوباره لغزش کنند و پیامدهای منفی عود کند و این نقض‌غرض است؛ بنابراین باید مناسبت با تحمل و تولن فردی که برای درمان پیش‌قدم شده هست، فرایند درمانی تنظیم شود».

او درباره جریانی اصرار بر تقلیل مصرف متادون و جایگزینی با بوپرنورفین می‌گوید: «حدس می‌زنم یکی از اهداف طرح، کاستن از نشت کوفت به جامعه است. ولی این جواب برای آن صورت‌مسئله کافی نیست: چون ۵۰ درصد متادون تولید شده وارد بازار سیاه می‌شود و برای آن یک فکری جدی کرد. برای آن ۵۰ درصدی هم که پزشکان و روان‌پزشکان درمانگر اجتاج تجویز می‌کنند. برخورد درست این است که «راه‌های درمانی و بازتوانی اختلال مصرف مواد افیونی و داروهای جایگزین» تدوین شود و در آن، موارد درصورت (اندیکاسیون‌های) مطلق و غالباً نسبی برای انتخاب از بین این دو دارو تعیین شود و البته همان‌طور که گفتم، عمده انتخاب بایدبرعهده پزشک‌ها باشد و نه بیمار. مجدد می‌زنم».

به گفته او، مدارک موجود یک روایت تازه از اینکه نوع تجویز که متغیرهای طبی، اجتماعی و اقتصادی این دو دارو را از هم متمایز می‌کند. به گفته او یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های این دو دارو به لحاظ فارماکولوژیک این است که بیش‌مصرفی اعتیاد از ضوابط متادون می‌تواند مدت به اینست قلبی‌تنفسی و مرگ مرگ... ادامه در صفحه ۹