

آخرین پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد

فهرست:

مقدمه (پس از دریافت نظرات اعضای کمیته، فهرست مورد بازبینی قرار خواهد گرفت)

فصل اول

صفحه ۴	.....	کلیات و مفاهیم اولیه
صفحه ۶	.....	بیان مساله
صفحه ۷	.....	تعریف داروهای آگونیست افیونی
صفحه ۹	.....	انواع درمان با متادون
صفحه ۹	.....	مزایا و مشکلات درمان نگهدارنده با متادون
صفحه ۱۰	.....	جایگاه درمان نگهدارنده با متادون در کاهش آسیب

فصل دوم

صفحه ۱۲	.....	فارماکولوژی بالینی و سم‌شناسی متادون
صفحه ۱۳	.....	ساخت و ساز
صفحه ۱۶	.....	نکات مهم فارماکوکینتیک متادون
صفحه ۱۹	.....	مسمومیت با متادون

فصل سوم

صفحه ۲۲	.....	ورود بیمار به درمان با متادون
صفحه ۲۴	.....	مشخص کردن هویت بیمار
صفحه ۲۵	.....	ارزیابی بیمار
صفحه ۲۶	.....	تشخیص بالینی
صفحه ۲۷	.....	ارائه اطلاعات در مورد سایر درمان‌های موجود

فصل چهارم

صفحه ۲۹	.....	واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست (درمانگاه متادون)
صفحه ۲۹	.....	شرایط واحد درمان وابستگی به مواد افیونی
صفحه ۳۰	.....	امکانات واحد درمان وابستگی به مواد افیونی
صفحه ۳۱	.....	شرح وظائف پرسنل
صفحه ۳۱	.....	نحوه تجویز متادون
صفحه ۳۴	.....	واحد درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری جهت خدمات‌رسانی به معتادان خیابانی
صفحه ۳۵	.....	راهاندازی واحد قمر برای معتادان سخت‌دسترس

۳۵ صفحه	.....	راهاندازی واحد درمان نگهدارنده در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری
		فصل پنجم
۳۷ صفحه	.....	درمان نگهدارنده با متادون
۳۷ صفحه	.....	معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون
۳۷ صفحه	.....	عوامل موثر در تعیین مقدار اولیه تجویز متادون
۳۸ صفحه	.....	تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران
۳۸ صفحه	.....	دوره القاء و پایداری سازی
۳۹ صفحه	.....	دوره نگهدارنده
۵۷ صفحه	.....	ویزیت پزشک
۵۸ صفحه	.....	سایر مداخله‌های غیردارویی
۶۷ صفحه	.....	ارزیابی نتایج درمان
۶۷ صفحه	.....	بیماران با نیازهای خاص
۶۸ صفحه	.....	بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی
۶۹ صفحه	.....	زنان باردار
۶۹ صفحه	.....	درمان علائم ترک در نوزادان
۶۹ صفحه	.....	بیماران با بیماری روان‌پزشکی همراه
۶۹ صفحه	.....	درمان درد مزمن و متادون
۷۰ صفحه	.....	بردن متادون تجویز شده به منزل
۷۴ صفحه	.....	ختم درمان
۷۵ صفحه	.....	پیشگیری از مرگ ناشی از مسمومیت با متادون
		فصل ششم
۸۳ صفحه	.....	شرایط لازم برای راهاندازی واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست
۸۳ صفحه	.....	دوره‌های آموزشی لازم برای پزشکان واحد
۸۴ صفحه	.....	فعالیت مرکز درمان نگهدارنده با متادون در روزهای تعطیل
۸۵ صفحه	.....	معیار جمعیتی و موقعیت جغرافیایی
		اعتبار مجوز مراکز درمان سوء مصرف مواد
		فصل هفتم
۸۵ صفحه	.....	پایش و ارزشیابی واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست
۸۵ صفحه	.....	سطوح پایش و ارزشیابی

اهداف پایش و ارزشیابی	 صفحه ۸۵
ابزار پایش و ارزشیابی	 صفحه ۸۵
نظارت در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی	 صفحه ۸۶
برنامه آموزشی برای ناظران درمان	 صفحه ۸۶
گردش کار سیستم نظارتی و ارزشیابی	 صفحه ۸۷
منابع	 صفحه ۹۰
پیوستها	 صفحه ۹۴
فرمهای واحد درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست افیونی	
فرم نرم افزاری	
چک لیست نظارت بر واحد درمان نگهدارنده با متادون	
دستورالعمل چک لیست نظارتی واحد درمان نگهدارنده با متادون	
جدول اطلاعات درمان مراکز و واحدها	
راهنمای تکمیل جدول اطلاعات درمان	

تدوین پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست بی شک یکی از مهمترین اقدامات معاونت درمان در امر ساماندهی درمان و کاهش آسیبهای ناشی از سوء مصرف مواد در سالهای اخیر بوده است. از سال ۱۳۸۰ به این سو و با شروع برخوردهای فعالانه وزارت متبوع با امر درمان اعتیاد و خصوصاً توجه ویژه به سیاست کاهش آسیب که تحت تأثیر گسترش روزافزون آلودگی به ویروس نقص ایمنی انسانی و بیماری ایدز در میان معتادان تزریقی در سالهای اخیر بوده است، یکی از کمبودهایی که نظام درمان اعتیاد در کشور با آن همواره روبرو بوده است، عدم پرداختن به انواع مؤثرتر درمان، همچون درمان نگهدارنده با متادون بوده است.

تا سال ۱۳۸۰ تنها درمان سم زدایی در کشور ما مقبولیت داشت که عمدتاً با داروهای غیرمخدر صورت می گرفت. با شروع درمان نگهدارنده با متادون به صورت پایلوت در چند درمانگاه در سطح تهران و معدودی شهرهای دیگر در سال ۱۳۸۱، به تدریج آثار مثبت این درمان بر کاهش رفتارهای پرخطر تزریقی و نیز بهبود وضعیت اجتماعی اقتصادی آنان مشهود گشت. در آن زمان هنوز پروتکل کشوری برای درمان با متادون وجود نداشت. این مهم در اواخر سال ۱۳۸۱ توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد با همکاری معدودی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران آغاز شد. به این ترتیب در سال ۱۳۸۲ پیش نویس پروتکل درمان با متادون جهت استفاده در طرحهای پایلوت توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد منتشر شد. در سال ۱۳۸۳ در حالیکه طرح درمان نگهدارنده با متادون هنوز مراحل آزمایشی خود را می گذرانید، مراکز خصوصی که عمدتاً از سازمان بهزیستی کشور مجوز فعالیت دریافت کرده بودند، اقبال گسترده ای به استفاده از متادون نشان دادند. این امر بدون هماهنگی با معاونت سلامت وزارتخانه و بدون نظارت معاونتهای درمان دانشگاهها صورت گرفت. لذا نگاه درمانی در این مراکز همان سم زدایی های کوتاه مدت بود که در اغلب موارد با اقدامات پیگیرانه پیشگیری از عود همراه نبود. این امر موجب شد معاونت سلامت در سال ۱۳۸۳ اقدام به تهیه آئین نامه جدیدی برای درمان اعتیاد کند تا از یکسو فعالیتهای این مراکز را تحت نظارت و کنترل خود گرفته و از سوی دیگر سیاست درمان طولانی مدت نگهدارنده با متادون را که چه در مطالعات خارجی و چه داخلی تفوق خود را بر سم زدایی نشان می داد، تحقق بخشد. در انتهای سال ۱۳۸۳ آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد توسط وزیر بهداشت وقت امضا شد و در ابتدای سال ۱۳۸۴ ابلاغ شد. هم زمان با آن دو پروتکل درمانی توسط معاونت سلامت ابلاغ گردید: پروتکل درمان سوء مصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست. در پروتکل اول، عمدتاً درمانهای دارویی و غیردارویی بدون استفاده از داروهای آگونیست افیونی توضیح داده شده بود و در پروتکل دوم به درمان با متادون پرداخته شده بود. در اصلاح این مجموعه سعی شده است نظرات سازمانها، نهادها،

مؤسسات دانشگاهی، صاحب نظران برجسته کشور در امر اعتیاد و ایدز تا حد امکان لحاظ گشته و انطباق با گایدلاینها و منابع مندرج در زمینه اعتیاد با در نظر گرفتن اولویت حداقل آسیب بیماران در طی درمان صورت گیرد. در انتها از تمامی پزشکان و درمانگران و صاحب نظران تقاضا می گردد هرگونه پیشنهاد و انتقادی نسبت به این پروتکل دارند با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکاتبه نموده و نظر ارزشمند خود را در اختیار این اداره قرار دهند.

فصل ۱

کلیات و مفاهیم اولیه

۱-۴ بیان مسئله

معضل مصرف و وابستگی به مواد مخدر مشکلی پیچیده و چند وجهی است. علل مصرف مواد بسیار متنوع بوده و مربوط به عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، بین فردی و فردی است و اغلب تشخیص علت اصلی آن دشوار است. حل این معضل نیز در بسیاری از مواقع مشکل تر از فهم علل و عوامل سبب ساز و تسهیل کننده آن است. طبق برخی مطالعات تعداد معتادان به مواد افیونی در کشور در حال افزایش است. اگر خانواده فرد معتاد که به انحاء مختلف درگیر مشکلات و مصائب ناشی از مصرف مواد می گردند به حساب آورده شود، متوجه می شویم که بخش قابل توجهی از مردم کشورمان با این مسئله دست به گریبان هستند. وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی در مراحل پیشرفته تر و به خصوص مصرف هروئین، همراه با مخاطرات بسیاری برای فرد و جامعه است. بسیاری از معتادان به هروئین قادر نیستند علی رغم درمان های مختلف به وضعیت پرهیز مداوم دست یابند و در صورت نبود درمانی محافظت کننده ناگزیر به ادامه حیاتی خواهند بود که تا آخر عمر تنها حول محور تهیه و مصرف مواد دور می زنند.

اگرچه در بسیاری از موارد معتادان به تریاک کمابیش از نظر شغلی فعال هستند، اما طبیعت اعتیاد به هروئین به علت شدت دوره های نشگی و خماری به گونه ای است که امکان کار کردن را از فرد معتاد سلب می کند. از آنجا که اغلب این افراد جوان و در بهترین سنین بهره وری هستند، احتساب فقدان نیروی کار ناشی از سوء مصرف مواد به خصوص هروئین و آسیبی که جامعه از خروج این افراد از چرخه کار می بیند چندان هم دشوار نیست.

بر اساس آمار مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۹۰، ۲۳۱۲۵ نفر مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شده اند که ۴، ۶۴ درصد آنها به علت رفتار اعتیاد تزریقی بوده

است. با در نظر گرفتن اینکه تقریباً تمامی زنان ثبت شده آلوده به این ویروس را همسران این افراد تشکیل می داده اند (هنوز در کشور بررسی های نظام مند درصد آلودگی در روسپیان صورت نگرفته است)، تاثیر سایر رفتارهای پرخطر این افراد بر خود، خانواده و جامعه روشن تر می شود. هیپاتیت B و C در بسیاری از معتادان تزریقی نسبت به جمعیت غیرمعتاد شیوع بسیار بالاتری دارد. افزایش شیوع این بیماریها عموماً پس از طی دوره ای از اپیدمی متمرکز میان معتادان تبدیل به اپیدمی منتشر در سطح جامعه خواهد شد.

اگر همچنانکه در بعضی مطالعات نشان داده شده است، هزینه تهیه هروئین برای هر معتاد به طور متوسط ۵۰۰۰ تومان در روز باشد، با فرض حدود ۲۵۰ هزار معتاد به هروئین، مخارج مصرف هروئین این افراد به طور ماهیانه برابر ۳۷/۵ میلیارد تومان و سالیانه ۴۵۰ میلیارد تومان خواهد بود.

در سالهای اخیر مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد در کشور در حال افزایش بوده است. علت این مرگ و میر اغلب مصرف بیش از اندازه و مسمومیت مرگبار متعاقب آن است. در بعضی موارد نیز مسمومیت تعمداً و به علت افسردگی به وقوع می پیوندد که به علت عدم مراجعه روانپزشکی درمان نشده است. اصولاً اختلال‌های روانپزشکی همراه در بسیاری از موارد مشاهده می شوند.

۲ + تعریف داروهای آگونیست افیونی

داروهای آگونیست^۱ افیونی، موادی هستند که همانند مواد افیونی^۲ طبیعی^۳ (تریاک) و نیمه صنعتی^۴ (هروئین^۵) برگیرنده^۶ مو (μ) اپیوئیدی اثر می گذارند. متادون^۷ و لوو آلفا استیل متادول^۸ یا لوومتادیل (LAAM) آگونیست خالص گیرنده^۹ مو هستند. بوپرنورفین^۹ که آگونیست نسبی گیرنده^۹ مو و آنتاگونیست نسبی گیرنده^{۱۰} کاپا است نیز در این دسته قرار دارد. از دیگر داروهای این دسته می توان به سولفات مورفین^{۱۱} و تئتور اپیوم^{۱۱} (TO) اشاره نمود.

در حال حاضر قرص زیرزبانی ۰/۴، ۲ و ۸ میلی گرمی بوپرنورفین در چرخه تولید دارو در کشور وجود دارد.

۳ + درمان با متادون

در درمان نگهدارنده مقدار دارو به تدریج افزایش داده می شود تا جایی که علائم ترک مشهود نباشند و ولع مصرف مواد غیرقانونی نیز به واسطه مصرف متادون به حداقل ممکن برسد. درمان نگهدارنده به مدت طولانی برای حداقل چندین ماه و معمولاً بیش از یک سال و گاهی مادام‌العمر انجام می شود. در کسانی که واقعاً به درمان نگهدارنده نیاز داشته باشند در صورت قطع این درمان اغلب پس از مدت بسیار کوتاهی عود

¹ Agonist

² Opiates

³ Natural

⁴ Semi- synthetic

⁵ Heroin

⁶ Receptor

⁷ Methadone

⁸ L- α - Acetyl- Methadole

⁹ Buprenorphine

¹⁰ Morphine Sulfate

¹¹ Opium Tincture

اتفاق می‌افتد و بیمار به مصرف مجدد مواد غیر قانونی روی خواهد آورد. بنابراین در صورت ختم درمان در این افراد حفظ ارتباط با مرکز درمانی برای پیگیری‌های بعدی و احیاناً شروع مجدد درمان ضروری است.

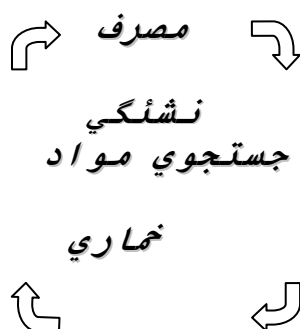
۴- ۱ مزایا و مشکلات درمان نگهدارنده با متادون:

درمان نگهدارنده با متادون فواید زیر را به همراه دارد:

- مصرف مواد غیرقانونی را کاهش می‌دهد.
- زندگی بیمار را ثبات می‌بخشد.
- مصرف خودسرانه داروها را کاهش می‌دهد.
- از ارتکاب اعمال غیرقانونی می‌کاهد.
- رفتارهای پرخطر به خصوص تزریق مشترک که با خطر انتقال بیماری‌های ناشی از پاتوژنهای خونی همانند ایدز و هپاتیت همراه است را کاهش می‌دهد.
- بیماری و مرگ و میر ناشی از مواد را کاهش می‌دهد.

بنابراین درمان نگهدارنده با متادون هم برای فرد و هم جامعه ثمربخش است.

درمان نگهدارنده با متادون هرچند خود نوعی وابستگی^۴ به این دارو است اما مساوی با اعتیاد^۵ تلقی نمی‌گردد. زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از «دور باطل مصرف» رها می‌شود:



مصرف و سواس گونه مواد که در کنار آن به ندرت جایی برای پرداختن به کارهای دیگر باقی می‌ماند به واقع اساس رفتار اعتیادی است. این رهایی برگشت مجدد فرد به جامعه و معطوف ساختن توان فرد به سایر زمینه‌ها را امکان‌پذیر می‌کند.

باوجود موفقیت اثبات شده این شیوه درمانی در بسیاری از کشورهای جهان، در صورت تجویز سهل‌انگارانه و غیر مسئولانه ممکن است مخاطراتی جدی ایجاد گردد. متادون دارویی بالقوه سمی با شاخص

^۴ Dependence

^۵ Addiction

درمانی پایین¹ است، یعنی مقدار داروی مورد نیاز برای درمان به مقدار مسمومیت‌زای این دارو بسیار نزدیک است. خصوصاً مصرف توأم آن با مواد و داروهای دیگر خطرات بالقوه زیادی به همراه دارد لذا تجویز و ارائه آن باید با دقت و احتیاط بسیار انجام شود.

در جدول الف خطرات درمان با متادون و اقدام های ممکن برای پیشگیری از آنها آورده شده است.

¹ Low therapeutic index

جدول الف : خطرهای ناشی از درمان با متادون و اقدامهای پیشگیرانه و درمانی لازم

خطر	اقدام
• عدم آشنایی پزشک با دارو • فارماکوکینتیک پیچیده • بازار سیاه • بیمار متادون را در اختیار افراد دیگر قرار دهد	• مصرف خوراکی متادون تحت نظارت تیم درمانی • دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند
خطر بالای مسمومیت در ده روز اول درمان	• توضیح در مورد خطر مسمومیت به بیمار • مراقبت تنگاتنگ بیمار • دقت و ظرافت در تنظیم دوز درمانی
تزریق متادون برده شده به منزل	• رقیق کردن متادون تجویز شده جهت بردن به منزل تا حداقل ۲۰۰ میلی لیتر • دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند.
مسمومیت اتفاقی اطرافیان بخصوص کودکان، از طریق متادون برده شده به منزل	• تأکید بر نگهداری دارو دور از دسترس دیگران خصوصاً کودکان • تأکید بر سمیت دارو برای افراد خارج از برنامه درمان با متادون
مرگ ناشی از مصرف چند ماده همزمان با مصرف متادون	• برقراری راپو (ارتباط درمانی) مناسب با بیمار • ارائه اطلاعات در مورد خطر مصرف چند ماده به طور همزمان • آموزش بیمار و خانواده در مورد علائم مسمومیت: بیدار نشدن، صداهای تنفسی اضافی، کاهش عمق و بسامد تنفسی، سیانوز
سوانح و تصادفات	توضیح به بیمار در مورد خطر رانندگی و کار روی ماشین‌های بالقوه خطرناک تا زمان تنظیم سطح خونی
بیماری‌های روانپزشکی همراه بخصوص خطر	• ارزیابی خطر خودکشی • ارزیابی وضعیت روانپزشکی

خودکشی	• شک زیاد پزشک به وجود خطر خودکشی • ارجاع به مراکز دارای امکانات درمان روانپزشکی در صورت نیاز
قطع درمان	برقراری راپو و ارتباط مناسب درمانی با بیمار

۵-۱ جایگاه درمان نگهدارنده با متادون در کاهش آسیب

در الگوی بهداشتی درمانی کاهش آسیب^۲، هدف اصلی کاهش خطرات ناشی از مصرف است و نه پرهیز^۳ از مصرف. آنچه چنین الگویی را موجه می‌سازد این واقعیت است که گروه قابل توجهی از مصرف‌کنندگان مواد علی‌رغم ورود به سیستم درمانی به مصرف مواد غیرقانونی خویش ادامه خواهند داد. برای پیشگیری از بروز عواقب منفی در این افراد انجام اقدام‌های کاهش آسیب کمک‌کننده است. این اقدام‌ها شامل آموزش روش‌های کم‌خطرتر مقاربت و تزریق و نیز توزیع کاندوم و وسایل استریل تزریق می‌باشد.

درمان نگهدارنده با متادون یکی از اقدام‌های پر اهمیت و کلیدی است که در راستای اهداف کاهش آسیب انجام می‌شود. این درمان امکان عدم استفاده از مواد غیرقانونی را برای بیمار فراهم آورده و عملاً نیاز به تزریق را منتفی می‌سازد. در عین حال مصرف منظم و درازمدت متادون خود از عود مجدد مصرف غیرقانونی پیشگیری می‌کند. به دنبال این درمان دارویی عموماً وضعیت روانی و جسمانی بیمار بهبود می‌یابد.

پس اهداف درمان با متادون عبارتند از: بازگرداندن بیمار به یک زندگی عادی، یاری به جذب مجدد^۱ وی در جامعه و نگاه‌داشتن بیمار در درمان تا زمانی که وی از آن سود ببرد.

^۲ Harm Reduction

^۳ Abstinence

^۱ Social Reintegration

فصل ۲

فارماکولوژی بالینی و سم‌شناسی متادون

برای استفاده موثر و مطمئن، آشنایی با سه ویژگی فارماکولوژیک متادون بسیار مهم است. اول آنکه پس از مصرف، سطح خونی متادون به آهستگی و در ظرف چهار ساعت به قله^۱ می‌رسد، دوم آنکه نیمه عمر آن طولانی و حدود ۲۵ ساعت است و دست آخر و از همه مهمتر آنکه شاخص درمانی متادون اندک است^۲.

فارماکولوژی متادون	
○	ایجاد قله سطح خونی آهسته (تا چهار ساعت)
○	نیمه عمر طولانی (حدود ۲۵ ساعت)
○	شاخص درمانی پائین
○	تجمع در بدن به دنبال مصرف

یعنی فاصله بین سطوح درمانی و سمی دارو در خون کم است.

دوز یکسان متادون می‌تواند در افراد مختلف اثرات متفاوتی داشته باشد. این دارو دارای مدت اثر طولانی بوده و مسکن و مخدر است. اثر درمانی متادون از اتصال آن به گیرنده‌های اوپیوئیدی ناشی می‌شود.

اثر عبور اولیه^۳ این دارو در کبد بسیار بالاست. متادون برای حمل در خون و در بافتها به آلبومین و

سایر پروتئینها در ریه، کلیه، کبد و طحال متصل می‌شود و به تدریج تعادلی آهسته میان این بافتها و خون در روزهای اولیه پس از درمان شکل می‌گیرد و پس از چند بار مصرف منجر به تجمع می‌شود.

برای استفاده مطمئن از متادون لازم است بیمارانی که دچار مشکل سوءمصرف مواد هستند فارماکولوژی آن را درک کنند. استفاده همزمان از سایر مواد و داروهای تضعیف کننده دستگاه اعصاب مرکزی به همراه متادون با خطر جدی مسمومیت همراه است. بیشترین خطر مسمومیت در روزهای آغازین درمان یعنی زمانی است که تعادل میان سطح متادون در بافتها و خون ایجاد می‌شود و این تعادل با مصرف مرتب دارو توسط بیمار برقرار می‌گردد.

نیمه عمر

نیمه عمر متادون در بار اول مصرف، (نسبت به نیمه عمر دارو در مصرف مداوم آن) کوتاهتر است، چراکه مقادیر قابل توجهی از دوز اولیه در بافتهای بدن پخش می‌شود. بدنبال مصرف خوراکی سطح خونی آن در ۴ ساعت اول بالا رفته و سپس شروع به کاهش می‌کند. نیمه عمر بدنبال مصرف بار اول ۱۲ تا ۱۸ ساعت (و بطور متوسط ۱۵ ساعت) است.

¹ Slow peak blood levels

² Low Therapeutic Index

³ First Pass Effect

آغاز درمان

بدنبال چند روز درمان، متادون به پروتئین‌های پلاسما و بافت‌ها (ریه، کلیه، کبد و طحال) متصل شده و میان سطح خونی و ذخایر بافتی تعادل برقرار می‌شود. نیمه عمر بتدریج به ۱۳ تا ۴۷ ساعت و بطور متوسط تا ۲۵ ساعت افزایش می‌یابد.

استفاده منظم

پس از آنکه سطح خونی و ذخایر بافتی به تعادل رسیدند، تغییرات سطح خونی بسیار اندک می‌شود. تجویز دارو به صورت یک بار در روز برای کنترل ولع و دستیابی به اهداف درمانی کفایت می‌کند. وعده فراموش شده

اگر یک وعده مصرف دارو در چارچوب یک برنامه منظم درمانی فراموش شود سطح خونی متادون طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت به تدریج سقوط می‌کند. ۲۴ ساعت پس از آخرین مصرف، سطح خونی تا حدود ۵۰٪ حداکثر سطح خونی (که ۴ ساعت پس از آخرین مصرف ایجاد شده بود) سقوط می‌کند. پس از گذشت ۲۴ ساعت دیگر، یعنی ۴۸ ساعت پس از آخرین مصرف سطح خونی به ۲۵٪ سطح قله‌ای کاهش می‌یابد. تحمل

تحمل نسبت به اثر مواد افیونی (از جمله متادون) در نتیجه تغییرات مغزی وابسته به مصرف منظم و حداقل چند روزه این مواد در بدن می‌باشد. در عین حال سرعت سوخت و ساز این مواد به تدریج در بدن افزایش می‌یابد. تغییرات پایانه‌های عصبی در این فرآیند، انطباق عصبی^۱ نامگذاری شده است.

۱-۲ سوخت و ساز^۲

متادون به صورت عمده توسط زیر گروهی از آنزیم **p450** یعنی **CYP3A4** متابولیزه می‌شود. بخش اعظم این آنزیم در کبد و مقادیر بسیار اندک در مخاط دستگاه گوارش یافت می‌شود. دفع کلیوی

در **PH** ادراری برابر ۷ مقادیر بسیار اندک متادون از طریق کلیه‌ها دفع می‌شوند. در **PH** اسیدی (یعنی **PH** کمتر از ۶) دفع کلیوی تا ۳۰٪ افزایش می‌یابد. اگر ادرار قلیایی باشد (یعنی **PH** بیش از ۷/۸)، دفع کلیوی کم می‌شود. باید به بیماران توضیحات لازم در مورد اثر مواد اسیدی و قلیایی کننده ادرار بر میزان دفع متادون داده شوند.

^۱ Neuroadaptation

^۲ Methabolism

دفع کلیوی متادون در زمان بارداری افزایش یا فته و باعث کاهش سطح خونی متادون می‌گردد. در صورت عدم توجه به این مسئله ممکن است این کاهش سطح خونی باعث عدم پاسخ درمانی مناسب، خود درمانی با مواد افیونی و در نهایت مسمومیت بیماران شود. زنان باردار ممکن است از تقسیم مقدار تجویز شده در دو دوز منقسم روزانه سود ببرند. به علت تغییرات دفع کلیوی متادون در زمان بارداری، این افراد می‌بایست جزو افراد پر خطر در درمان متادون در نظر گرفته شوند.

تداخل‌های دارویی^۱

داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیمهای P450 و خصوصاً CYP3A4 می‌شوند، می‌توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.

داروهایی که می‌توانند باعث مهار آنزیم CYP3A4 شوند (یعنی ممکن است سطح خونی متادون را افزایش دهند):

- فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین (SSRIs)
- ونلافاکسین و نفازودون (SNRIs)
- داروهای ضد قارچ مانند کلوتریمازول و کتوکونازول
- هورمونها مانند پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون و تستوسترون
- داروهای مسدودکننده کانال کلسیم مانند نیفدپین، وراپامیل و دیلتیازم
- آنتی بیوتیک‌هایی نظیر اریترومايسين و کلاریترومایسین
- سایر: کینیدین، میدازولام، ديازپام، سیکلوسپورین، وینبلاستین، بروموکریپتین، سایمت پین، لیدوکائین و

آفلا توکسین B

القا کننده‌های آنزیم CYP3A4 (یعنی داروهایی که ممکن است سطح خونی متادون را کاهش دهند):

- داروهای ضد صرع مانند فنوباریتال، فنی توئین، پریمیدون و کاربامازپین (البته والپروات سدیم و بنزودیازپین‌ها باعث کاهش سطح خونی متادون نمی‌شوند)
- داروهای ضد سل نظیر ریفامپین و ریفابوتین
- داروهای درمان ویروس نقص ایمنی / ایدز مانند: زیدوودین و زالتیویر
- گلوکوکورتیکوئیدها

¹ Drug Interactions

هیچیک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند. در صورتیکه بیمار پیش از آغاز درمان متادون از داروهای مهارکننده استفاده می‌کرده، باید شروع و بالا بردن متادون با دقت و احتیاط بسیار انجام شود. به بیمار باید راجع به تداخل احتمالی داروها تذکر داد و علائم مسمومیت احتمالی باید به دقت معاینه شوند.

مواد دیگری نیز هستند که به دلایلی به جز مهار آنزیم **Cyp450** بر متابولیسم متادون اثر می‌گذارند:

از جمله داروهایی که اثر مهار کننده بر متابولیسم متادون دارند عبارتند از: آلپورینول، پروپوکسی فن،

کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، دی‌سولفیرام، ایزونیازید و اتوکسازین.

الکل و سیگار هم اثر القا کننده (افزاینده) بر سوخت و ساز متادون دارند یعنی سطح خونی متادون را کاهش می‌دهند.

تقریباً تمام مرگهای ناشی از متادون در حضور سایر داروهای تضعیف کننده سیستم مرکزی عصبی به وقوع می‌پیوندد. بیمارانی که به این مواد وابسته بوده یا همراه متادون آن‌ها را مصرف می‌کنند، در خطر بالاتر مسمومیت با متادون قرار دارند. موارد زیر را باید مؤکداً به بیماران تذکر داد:

- هرچند بنزودیازپینها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی‌شوند، اما در حضور متادون می‌توانند خطر آنرا افزایش دهند.

- الکل تضعیف کننده دستگاه عصبی مرکزی است و می‌تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود. در حضور متادون خطر دپرسیون تنفسی افزایش می‌یابد.

- داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای در دوز بالا می‌توانند باعث دپرسیون تنفسی و ادم ریوی شوند. مصرف همزمان این داروها با متادون می‌تواند خطر مسمومیت را بالا ببرد. بیمارانی که داروهای سه حلقه‌ای دریافت می‌کنند باید از لحاظ خودکشی مورد بررسی دقیق‌تری قرار گیرند. در حین درمان نیز باید علائم احتمالی مسمومیت با دقت بیشتری مرور شوند.

در جدول ۲.۱ داروهایی که به دلایل فارماکوکینتیک یا فارماکودینامیک باعث تغییر سطح خونی متادون می‌شوند، آورده شده‌اند.

جدول 2.1

داروهایی که سطح خونی متادون را بالا می‌برند	
• فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین • ونلافاکسین، نفازودون • کلوتریمازول، کتوکونازول • پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون، تستوسترون • نفدیپین، وراپامیل، دیلتیازم • اریترومایسین، کلاریترومایسین • کینیدین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین بلاستین، بروموکریپتین، سایمتیدین، لیدوکائین، آفلاتوکسین B	به واسطه اثر مهارکننده بر CYP 3A4
• پروپوکسی فن دیسولفیرام • آلوپورینول • کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، ایزونیازید	با سایر مکانیسم‌های فارماکوکینتیک
الکل (در مصرف حاد)، بنزودیازپین ها، داروهای سه حلقه‌ای	فارماکودینامیک
داروهایی که سطح خونی متادون را پایین می‌آورند	
• فنوباریتال، فنی توین، پریمیدون • ریفامپین و ریفاپوتین • گلوکوکورتیکوئیدها • زایدوودین، ریلتوویر	به واسطه اثر القاکننده بر CYP 3A4
الکل (در مصرف مزمن) و سیگار	سایر مکانیسم‌ها

۲-۲ نکات مهم فارماکوکینتیک متادون

برای کاهش عوارض و تجویز مطمئن توجه به نکات زیر ضروری هستند.

- قله غلظت پلاسمایی یک الی پنج ساعت پس از مصرف خوراکی ایجاد می‌شود.
- متابولیسم متادون کبدی است، در صورت اختلال کارکرد کبدی باید افزایش مقدار دارو با احتیاط انجام شود.
- زمان دفع ممکن است بین ۱۵ تا ۶۰ ساعت نوسان کند یا در افراد مختلف متفاوت باشد.
- غلظت پلاسمایی هم بین افراد مختلف و هم در فرد واحد می‌تواند نوسانهای قابل توجهی نشان دهد، بنابراین مقدار مصرف باید با دقت بسیار تنظیم شود.

موارد احتیاط در مصرف

- سابقه حمله آسم همراه با دپرسیون تنفسی به خصوص همراه با سیانوز و ترشحات برونکیال بیش از اندازه

- مصرف بالای الکل
- ضربه سر اخیر، افزایش فشار داخل جمجمه‌ای
- درمان با مهار کننده‌های منوآمین اکسیداز
- بیماری کرون یا کولیت اولسروز فعال
- اختلال شدید کارکرد کبدی
- اسپاسم شدید مجاری صفراوی و کلیوی
- کهولت (افراد مسن)
- اختلال کارکرد کبدی
- هیپوتیروئیدیسم
- فتوکروموسیتوم و اختلالات دیگر فوق کلیوی

تنها مورد منع مصرف مطلق متادون، حساسیت دارویی به آن است.

عوارض مصرف متادون

عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است:

- وابستگی فیزیولوژیک
- تهوع و استفراغ
- سرگیجه، احساس سبکی در سر
- تعریق شبانه و منگی
- تغییر در عادت ماهیانه (اغلب سوء مصرف کنندگان مواد افیونی در این زمینه اختلال نشان می‌دهند که بامتادون بهبود می‌یابد)
- کاهش اشتها در اوایل مصرف (معمولاً به سرعت مرتفع می‌شود)
- ضعف تنفسی (دپرسیون تنفسی) (به خصوص در حضور سایر مواد تضعیف کننده دستگاه عصبی)
- گزارشهای موردی: افت فشار خون، ادم، کولاپس

در هنگام درمان، بیماران نسبت به اکثر این عوارض تحمل پیدا می‌کنند. اما متادون از جهاتی با سایر مواد افیونی تفاوت دارد: نیمه عمر طولانی‌تری دارد، مدت اثر آن در افراد مختلف متفاوت است، میزان انتشار آن در بافتها بیشتر است و به دنبال مصرف مداوم در بدن تجمع پیدا می‌کند.

سلامت دندانها

بیماران معتاد نسبت به مشکلات سلامت دندانها آسیب پذیر هستند. در مصرف کنندگان متادون شیوع بیماریهای پریدونتال و پوسیدگی دندان نسبت به جمعیت عادی بالاتر است. متادون همچون سایر مواد افیونی ممکن است باعث کاهش بزاق دهان و در نتیجه پوسیدگی دندان شود. در صورت وجود مشکلات دهان و دندان بهتر است از مواد افزودنی حاوی قند همراه متادون پرهیز کرد. اقدامهای زیر می‌توانند کمک‌کننده باشند:

- معاینه دهان و دندان و لثه‌ها در معاینه فیزیکی اولیه و معاینات بعدی
- اگر پوسیدگی ناشی از خشکی دهان است، می‌توان به بیمار توصیه کرد از آدامس بدون شکر یا آب لیمو رقیق شده با آب برای تحریک بزاق استفاده کند. لواشک، برگه هلو، زردآلو و آلو هم بسیار مفید هستند.
- مواد حاوی شکر به متادون مصرفی افزوده نشوند یا توصیه شود پس از مصرف خوراکی محلول متادون حاوی شکر، بیمار دهان خود را بشوید.
- آموزش راجع به اصول رعایت بهداشت دهان و دندان در صورت نیاز
- توصیه به مراجعه به دندانپزشک در موارد لازم

جدول ۲.۲. عوارض معمول درمان با متادون

عارضه	علت معمول	اقدام لازم
خواب آلودگی	- تجویز بیش از اندازه - مصرف سایر داروهای تضعیف اعصاب (الکل و بنزودیازپینها)	- بازبینی میزان مصرف و احیاناً کاهش میزان مصرف - کاهش مصرف سایر مواد
ولع برای مصرف هروئین	مقدار مصرف ناکافی	بازبینی مقدار مصرف و احیاناً افزایش مقدار مصرف
یبوست	- متادون - رژیم غذایی نا متناسب - شیوه زندگی	- توصیه به رژیم غذایی با مواد حاوی فیبر - توصیه به نوشیدن مایعات کافی - توصیه به پیاده روی و ورزش - در صورت نیاز: درمان دارویی یبوست
مشکلات دهان و دندان	- کاهش میزان بزاق به علت متادون - مشکلات بهداشت دهان و دندان از قبل از مصرف متادون - عدم رعایت بهداشت دهان و دندان در زمان حاضر	- توصیه به رعایت بیشتر بهداشت دهان و دندان - استفاده از مسواک و نخ دندان - توصیه به پرهیز از مصرف مواد غذایی حاوی قند و استفاده از آدامس بدون قند
افزایش وزن	- احتباس مایع - بهبود اشتها - کاهش تحرک	- بازبینی مقدار مصرف متادون - کاهش میزان مصرف نمک - تغییر رژیم غذایی - توصیه به افزایش تدریجی تحرک و ورزش
اختلال خواب	- مصرف بیش از اندازه یا ناکافی - زمان مصرف - استفاده از مواد محرک (چای، قهوه، سیگار، آمفتامین‌ها)	- بازبینی مقدار مصرف متادون - توجه به زمان مصرف متادون - شناسایی مصرف مواد محرک و توصیه به عدم مصرف به خصوص از عصر به بعد - بررسی رعایت اصول بهداشت خواب

عارضه	علت معمول	اقدام لازم
کاهش میل جنسی	• مقدار متادون بیش از نیاز • مشکلات روانی اجتماعی / وضعیتی	• بازبینی مقدار مصرف متادون • بررسی سابقه بیمار و توصیه به مشاوره

۳ ۴ مسمومیت با متادون در طی درمان نگهدارنده :

- مسمومیت با متادون مانند مسمومیت با سایر مواد افیونی است: خواب‌آلودگی، کوما، دپرسیون تنفسی و تنگی مردمکها (مردمک ته سنجاقی)
- تفاوت متادون با سایر مواد افیونی در فارماکوکینتیک آن است: فاصله زمانی طولانی‌تر بین مصرف و حداکثر اثر، نیمه عمر طولانی و در نتیجه تجمع در بدن
- تداخل با سایر داروهای تضعیف‌کننده دستگاه عصبی باعث تشدید اثر رخوت‌زایی و خواب‌آوری متادون می‌شود
- بیشترین خطر مسمومیت و مرگ در ده روز اول رخ می‌دهد. در این زمان بیمار بیش از هر وقت دیگری به مصرف سایر مواد مانند الکل و بنزودیازپین‌ها و یا مواد افیونی (مانند تریاک و هروئین) همراه متادون می‌پردازد.

علائم مسمومیت با متادون

- تکلم بریده‌بریده^۱
- راه رفتن بی‌ثبات
- اختلال در تعادل
- خواب‌آلودگی
- حرکات کند بدنی
- استوپور

مسمومیت با متادون یک اورژانس پزشکی است و اقدام فوری را طلب می‌کند. مسمومیت می‌تواند به حالات زیر منجر شود:

- اغماء (بیمار قابل بیدار کردن نیست، خرخر تنفسی دارد، تون عضلانی اندام‌ها کاهش یافته و سیانوزه است)

- دپرسیون تنفسی و هیپوکسی
- مرگ

مصرف وسواس گونه مواد ویژگی اصلی اعتیاد است. در این گروه از بیماران مصرف چند ماده مختلف بسیار رایج است که شامل استفاده غیر قانونی از داروها بدون تجویز پزشک هم می‌شود. بسیاری از این مواد تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی نیز هستند. مجموعه این مشکلات به همراه ویژگیهای خاص متادون وضعیت بالینی پیچیده‌ای را موجب می‌شود که مستلزم ارزیابی و مدیریت بالینی دقیق به خصوص در چند

¹ Slurred Speech

هفته اول درمان است. باید راجع به تداخل سایر مواد مصرفی با متادون و دپرسیون تنفسی ناشی از آن به طور جدی به بیمار هشدار داد.

فصل ۳

ورود بیمار به درمان با متادون

۳-۱ مشخص کردن هویت بیمار

ارائه شناسنامه، برای تجویز دوز منزل ضروری است. بنابراین در معتادان خیابانی و بی خانمان (که به آنها دوز منزل تعلق نمی گیرد)، نیازی به احراز هویت جهت دریافت دارو نیست. در بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی، بر اساس نام و نام خانوادگی ذکر شده توسط بیمار، پرونده تشکیل میگردد. اما به بیمار تذکر داده می شود که تنها در صورت احراز هویت، در ماههای بعد به او دوز منزل تحویل داده خواهد شد. تا قبل از راه اندازی شبکه رایانه ای، در مسافرت های بیمار که طول آن بیش از مدت زمان دوز منزل می باشد، لازم است که پزشک مربوطه (مبدأ) با مرکزی در شهرستان مقصد هماهنگی به عمل آورده، و بیمار را با معرفی نامهای که در آن مشخصات بیمار، مرحله درمان و دوز متادون دریافتی او قید شده است، به آن مرکز ارجاع دهد. لازم به ذکر است که بهتر است در هنگامی که بیمار در مرحله القای درمان است، مسافرت نکند.

۳-۲ ارزیابی بیمار

اطلاعات راجع به مصرف مواد که باید قبل از شروع درمان از بیمار پرسیده شود:

- انواع مواد مصرفی
- سن شروع مصرف هر یک از مواد
- دفعات مصرف روزانه و نوع مصرف (تزریقی، تدریجی و ...)
- مقدار مصرف روزانه طی هفتگی
- تاریخ و زمان آخرین مصرف مواد

بسیاری از بیماران از ترس بروز علائم ترک، میزان مصرف خویش را بیش از واقع گزارش می کنند. از سوی دیگر درصد خلوص مواد در بازار غیر قانونی بسیار متغیر و گوناگون است. بنابر این مقدار مورد نیاز برای آغاز درمان با متادون نباید تنها با اتکا به گفته بیمار تعیین شود و می بایست از سایر شواهد یاری گرفت.

بررسی انگیزه درمان

- دلیل اقدام به ترک در حال حاضر

- ارزیابی انگیزه و توانایی بیمار برای ادامه درمان

توجه به این نکته ضروری است که انگیزه اغلب بیماران فاقد ثبات ضروری است و لازم است پزشک با ابراز همدلی و حمایت و اجتناب از مجادله با بیمار، وی را در تداوم مراجعات درمانی تشویق کند.

سابقه درمانهای اعتیاد به مواد افیونی

- انواع درمانهای انجام شده
- مدت زمان درمانهای قبلی
- حداکثر مقدار داروهای استفاده شده در درمانهای قبلی
- مدت زمان پرهیز به دنبال درمانهای قبلی
- علت عود به دنبال درمانهای قبلی

سابقه بیماریهای جسمانی و روان پزشکی و وضعیت فعلی

- سابقه بیماریهای جسمانی
- سابقه بیماریهای روانی
- بستریهای بیمارستانی
- داروهای مصرفی فعلی
- آلرژی

تاریخچه شخصی و اجتماعی

- میزان تحصیلات، سابقه افت و عدم موفقیت در تحصیل
- وضعیت شغلی در گذشته و حال و میزان کارکرد فعلی
- وضعیت ارتباطهای اجتماعی از جمله تأهل، ارتباط با همسر و سایر بستگان
- وضعیت فعلی مسکن، و این که بیمار با چه کسانی زیر یک سقف زندگی می کند.
- وضعیت مصرف مواد در شریک زندگی

تاریخچه درگیری با قانون

- سابقه محکومیت و زندان
- سابقه دستگیری

- علت دستگیری و محکومیت
- وضعیت فعلی

سابقه خانوادگی

- سابقه مصرف مواد در خانواده، وضعیت فعلی
- سابقه بیماریهای جسمانی در خانواده
- سابقه بیماریهای روانی در خانواده

سابقه رفتارهای پر خطر

- استفاده از روش تزریق در گذشته و حال
- میزان رعایت بهداشت در مصرف تزریقی
- سابقه تزریق مشترک
- ارتباطهای جنسی متعدد
- ارتباطهای جنسی ناایمن
- رفتارهای غیر قانونی
- خالکوبی
- زد و خورد و درگیریهای فیزیکی

ارزیابی خطر مسمومیت با متادون

خطر مسمومیت زمانی بالاتر است که:

- اولین مراجعه برای درمان با متادون و سابقه قبلی مصرف کاملاً مشخص نباشد.
- خطر بالای سوء مصرف و وابستگی به چرخ ماده به طور همزمان وجود داشته باشد.
- میزان تحمل بیمار نامشخص باشد.
- سابقه مسمومیت با متادون یا سایر مواد مصرفی وجود داشته باشد.
- بیماری بارز دستگاه تنفسی وجود داشته باشد.
- بیماری کبدی یا اختلال بارز کارکرد کبدی وجود داشته باشد.
- بیمار از داروهایی استفاده کند که سطح خونی متادون را بالا می‌برند (ن.ک. فصل ۲)

به ندرت مرگ ناشی از درمان با متادون به تنهایی رخ می‌دهد. اغلب مصرف سایر مواد به همراه متادون باعث مسمومیت می‌شوند.

هرچه خطر مسمومیت بالاتر باشد، باید زمان بیشتری را به برقراری راپو¹ ب‌بیمار اختصاص داد. می‌بایست خطر مسمومیت ناشی از استفاده از سایر مواد قانونی و غیر قانونی را به وی متذکر شد و درمان با متادون را با مقدار کمتری آغاز کرد. مقدار دارو نباید در ۲ تا ۴ روز اول به سرعت افزایش داده شود. برای ارزیابی مسمومیت متادون، باید ۴ ساعت پس از اولین دوز متادون بیمار را مورد ارزیابی قرار داد.

ارزیابی پاراکلینیکی

آزمایش‌های زیر جهت بررسی وضعیت تندرستی بیمار توصیه می‌شود.

- آزمایش ادرار برای ردیابی مواد مصرف شده
- LFT
- HCV Ab
- HBS Ag
- HIV test
- RPR
- PPD

معاینه فیزیکی

در معاینه فیزیکی به‌خصوص باید بر موارد زیر تاکید کرد:

- علائم ترک
- علائم سوء تغذیه
- علائم بیماری کبدی (زردی، هپاتواسپلنومگالی،...)
- اندازه مردمکها
- سوفل قلبی
- علائم و شواهد عفونت با ویروس نقص ایمنی (HIV)
- جای تزریق و آبسه
- خالکوبی و یا جراحتهای گذشته به سبب خود درمانی یا درگیری و کشمکش با دیگران
- معاینه عمومی و علایم حیاتی: در بدو ورود به درمان معاینه عمومی توسط پزشک درمانگر الزامی است. یافتههای معاینه و علایم حیاتی باید در پرونده بیمار ثبت گردد.

¹ Rapport

- آزمایشهای پایه: آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیمهای کبدی،

شاخصهای کارکرد کبدی و کلیوی از جمله بیلروبین و کراتینین، وضعیت تریگلیسیریدها و کلسترول و

همچنین آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین و متامفتامین و متادون (جهت اطمینان از مصرف بیمار) جهت

کلیه بیماران توصیه میشود. ولی در صورتی که بیمار نشانه یا سابقهای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته

باشد، انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی

قلبی-عروقی یا سن بالای ۵۰ سال الزامی است هرچند اصولاً بهتر است قبل از شروع درمان نگهدارنده با

متادون، از کلیه بیماران نوار قلبی گرفته شود.

ویزیت روانپزشک :

ویزیت اولیه روانپزشک برای تمام بیماران الزامی است و تعیین دفعات مراجعات بعدی مطابق نظر روانپزشک می باشد .

۳-۳ تشخیص بالینی

معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی طبق طبقه بندی DSM-IV وجود سه مورد (و بیشتر) از موارد زیر در یک دوره ۱۲ ماهه است:

- بروز علائم ترک در صورت عدم مصرف مواد (مانند آبریزش بینی، پا درد یا اسهال) ، یا لزوم مصرف مواد برای اجتناب از بروز علائم ترک.
- تحمل، به معنای نیاز به افزایش تدریجی مقدار مصرف برای دستیابی به اثر دلخواه، یا عدم برخورداری از اثر دلخواه در صورت ادامه مصرف مقدار قبلی.
- مصرف به میزان یا مدتی بیش از انتظار خود فرد.
- تمایل دائمی یا کوششهای ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف.
- صرف زمان زیاد در فعالیت‌های لازم برای تهیه، مصرف یا بهبود آثار ناشی از ماده.
- قطع یا کاهش فعالیت‌های مهم شغلی، اجتماعی، و تفریحی به دلیل مصرف مواد.
- ادامه مصرف مواد علی‌رغم ایجاد مشکلات جسمی و روانی.

این درمان بیشتر برای بیماران وابسته به هروئین به خصوص در شیوه مصرف تزریقی مفید شناخته شده است. معیارهای ورود بیماران به درمان نگهدارنده با متادون در مبحث مربوطه درج شده است.

۳-۴ ارائه اطلاعات در مورد سایر درمانهای موجود

پس از انجام ارزیابی می‌بایست به بیمار راجع به سایر درمانهای موجود اطلاع کامل ارائه شود:

- سم‌زدائی با سایر داروها نظیر کلونیدین و بوپرنورفین
- درمان نگهدارنده با بوپرنورفین
- اجتماع درمان مدار^۱ (TC)
- درمانهای غیر دارویی

۳-۵ ارائه اطلاعات در مورد درمان با متادون

پزشک باید اطلاعات زیر را در اختیار بیماران قرار دهد:

- متادون دارویی با خواص اعتیادآور است و بنابراین مصرف آن می‌بایست تحت نظر پزشک باشد.
- از زمان مصرف متادون احتمالاً دو تا چهار ساعت طول خواهد کشید تا متادون به حداکثر اثر درمانی خود برسد.
- به بیماری که نامزد درمان نگهدارنده با متادون است، توضیح داده می‌شود که احتمالاً چند هفته طول خواهد کشید تا متادون به سطح نگهدارنده خود برسد.
- در هفته‌های اول به خصوص به دنبال مصرف سایر مواد تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی مانند الکل و بنزودیازپینها خطر مسمومیت زیاد است. مسطحی با الکل بالاخص از این جهت خطرناک می‌باشد.
- در مورد داروهایی که امکان دارد با سطح خونی متادون تداخل کرده و آنرا افزایش یا کاهش دهند، به بیمار توضیح داده شود (ن.ک. فصل ۲).
- آثار و عوارض مصرف متادون برای بیمار روشن گردد.
- شرایط درمان نگهدارنده با متادون همانند لزوم مراجعه روزانه (حتی در روزهای تعطیل) به بیمار اعلام گردد.
- توضیح داده شود که در هفته‌های اول درمان می‌بایست در رانندگی احتیاط کند.
- قرارداد درمانی (فرم شماره ۱) برای بیمار کاملاً توضیح داده شود، از جمله اینکه در مدت درمان اجازه فروش مواد به سایر بیماران و مشاخره و برخورد فیزیکی در مرکز درمانی ندارد.
- یادآوری مدت زمان لازم برای درمان نگهدارنده که حداقل یک سال بوده و ممکن است تا چند سال نیز به طول بیانجامد.
- مخارج درمانی برای بیمار شرح داده شود.

¹ Therapeutic Community

- راجع به علائم مسمومیت با بیمار و احیاناً بستگان او صحبت شود و بر ضرورت مراجعه اورژانس در صورت بروز علائم تاکید گردد.
 - در مورد سایر اقدامهای کاهش آسیب مانند تزریق بهداشتی و استفاده از کاندوم حین مقاربت به بیمار آموزش داده شود.
- پس از ارائه اطلاعات فوق، بیمار حائز شرایط وارد درمان می شود.

۴-۱ واحد درمان وابستگی به مواد افیونی دارای شرایط ذیل است:

- پرسنل درمانی مرکز درمان با داروهای آگونیست (به ازاء هر نوبت کاری و تا سقف پذیرش

۱۰۰ نفر) باید حداقل شامل افراد زیر باشد.

- روانپزشک یا پزشک دوره دیده حداقل یک نفر

- روانشناس / کارشناس مشاوره (واجد مدرک کارشناسی یا بالاتر) دوره دیده

حداقل یک نفر

- پرستار/بھیار/ ماما / کاردان هوشبری و تکنسین اطاق عمل و فوریت های پزشکی دوره

دیده حداقل یک نفر

- مددکار اجتماعی دوره دیده حداقل یک نفر

در هر شیفت، مراکز درمان سوء مصرف مواد مجازند یکصد بیمار تحت درمان با متادون، حداکثر ۵۰ بیمار تحت درمان با تتنور اوپیوم و ۳۰ بیمار جهت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بدون نیاز به افزایش امکانات پرسنلی و فیزیکی داشته باشند و پذیرش بیماران در سقف تعیین شده منوط به رعایت دقیق دستورالعمل و پروتکلهای مربوطه می باشد.

مراکز درمان سوء مصرف مواد پس از یک سال فعالیت بدون تخلف می توانند شیفت مقابل را با احراز شرایط بالا فعال نمایند.

۴-۲ امکانات مرکز درمان و شرایط مکانی مراکز درمان سوء مصرف مواد:

درمان با داروهای آگونیست متادون باید در مراکزی که واجد شرایط مندرج در دستورالعمل است و در مطب روانپزشکان با اختصاص دو ساعت از فعالیت که بایستی به اطلاع معاونت درمان دانشگاه متبوع رسانده شود صورت پذیرد. لازم به ذکر است زمان فعالیت مذکور باید در محل دید مراجعین نصب گردد.

مقررات عمومی، شرایط ساختمانی و تأسیساتی و تجهیزاتی مرکز مطابق با آیین نامه تأسیس درمانگاه ها بوده،

که حداقل شامل:

سطح کلی زیر بنا شامل (اتاق معاینه پزشک به متراژ حداقل ۸ مترمربع، اتاق روانشناس/مشاوره حداقل ۸

مترمربع، اتاق دارو حداقل ۸ مترمربع، اتاق مراقبت های پرستاری و احیاء حداقل ۱۰ مترمربع، اتاق انتظار با

قابلیت استفاده جهت گروه درمانی در ساعات خاص حداقل ۱۶ مترمربع و سرویس های بهداشتی) می باشد.

اتاق دارو و اتاق پرستاری می تواند یکی باشد.

امکانات و تجهیزات متناسب منطبق با مرکز درمان سرپایی سوء مصرف مواد شامل:

- فضای مناسب و ایمن جهت نگهداری داروهای آگونیست اعم از قرص یا شربت

- رایانه با امکان دسترسی به شبکه اینترنت

- لیوان یکبار مصرف برای تهیه ترکیبات محلول و آب

- ظرف دردار (تیره رنگ با برجسب هشدار و قفل کودک) برای بردن دارو به منزل

- لزوم دایر بودن در تمامی روزهای هفته حتی تعطیلات رسمی به استثنای روزهای جمعه. (البته مراکزی که دارای بیمار در فاز القا هستند موظفند روز جمعه به مدت حداقل یک ساعت فعال باشند).

- امکان مشاوره روانپزشکی و روانشناختی

- امکان ارجاع برای پیشگیری از عود

- امکان انجام کمکهای اولیه برای مسمومیت با متادون منجمله کپسول اکسیژن، آمپول نالوکسان....(ست احیا)
- فضای فیزیکی اختصاصی جهت ارائه متادون خوراکی به بیمار
- اتاق انتظار بیماران
- انباردارویی برای نگهداری داروهای آگونیست
- ظرفیت پذیرش روزانه تمام بیماران تحت درمان
- شرایط ساختمانی واحد متادون می بایست مطابق با دستورالعمل راهاندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد باشد.

۳-۴ شرح وظایف پرسنل درمانگاه و شرایط موسس:

پرسنل لازم برای واحد در بخش ۱-۴ قید شده است. فرمهای ابلاغی این پروتکل در کلیه مراکز بایستی در پرونده بیماران قرار داده شده و به طور مرتب تکمیل شود.

شرایط موسس:

شرایط موسس / موسسه حقیقی یک نفر پزشک و در صورت بیش از یک نفر یا موسسه حقوقی بعلاوه یک از گروه پزشکی (با مدرک حداقل کارشناس یا بالاتر) می باشد.

شرایط پزشک مسئول و پزشکان درمانگر واحد:

- گذراندن دوره آموزشی عملی و نظری مصوب این پروتکل (ن.ک فصل ۶)

شرح وظائف پزشک مسئول فنی:

- سرپرستی کلیه امور فنی - پزشکی واحد و مسئولیت رعایت موازین حقوقی و قانونی ذکر شده در «آئین نامه راهاندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد»

بعلاوه در صورتی که پزشک مسئول فنی، هم زمان به درمان بیماران میپردازد، کلیه وظائف پزشک درمانگر واحد را نیز باید ایفا نماید (ن.ک پایین)

شرح وظائف پزشک درمانگر:

صدور مجوز با عنوان « پزشک درمانگر» برای پزشک غیرمسئول فنی با احراز شرایط عدم سوءپیشینه کیفری، عدم محکومیت انتظامی از سازمان نظام پزشکی، گواهی عدم اعتیاد و گواهی دوره آموزشی مربوطه که به توشیح معاون درمان دانشگاه / دانشکده پزشکی برسد امکان پذیر خواهد بود .

فعالیت « پزشک درمانگر» تنها زیر نظر و با حضور مسئول فنی مجاز خواهد بود.

- ارزیابی بیماران مراجعه کننده و تکمیل فرم های مربوطه
- تصمیم گیری درباره تعیین فوریت بیمار مراجعه کننده و ارجاع به بیمارستان در صورت لزوم پس از اقدامات اولیه درمانی
- توضیح فرآیندهای لازم درمانی به بیمار و خانواده او و تصمیم گیری درباره اقدام لازم درمانی طبق پروتکل
- آغاز درمان و ارائه آموزش های لازم برای کاهش آسیب در صورت لزوم
- ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی
- پیگیری بیمار پس از ختم سم زدایی و ارائه راهکارهای پیشگیری از عود
- آموزش پرسنل شاغل در واحد در خصوص درمان با متادون
- ارجاع افرادی که رفتار پرخطر داشته اند، جهت انجام تست HIV ، HBS (Ag,Ab) و HBC پس از مشاوره برای افرادی که فعالیت های پرخطر داشته اند.
- ارجاع بیمار به روانپزشک در مواقع لزوم

شرح وظائف روانشناس:

وظایف روانشناس / مشاوره دوره دیده شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- مشاوره اعتیاد و پیشگیری از عود
- ۲- مشاوره کاهش آسیب در صورت نیاز
- ۳- آموزش خانواده
- ۴- هدایت گروه و انجام گروه درمانی
- ۵- مشاوره پیش و پس آزمون HIV
- ۶- تکمیل فرم های لازم
- ۷- حضور در تمام روزهای فعالیت مرکز

شرح وظائف پرستار/بیمار/ماما/تکنسین بیهوشی/تکنسین اتاق عمل/تکنسین فوریت های پزشکی:

- نگهداری متادون بیماران به تفکیک هر بیمار در انبار دارویی
- نظارت بر مصرف متادون بیمار در مرکز
- آموزش در ارتباط با چگونگی مصرف دارو و علائم و عوارض مصرف
- تکمیل فرم مخصوص مصرف متادون برای هر بیمار
- شناخت یکایک بیماران (به چهره)
- دریافت آموزش های لازم توسط پزشک درمانگر یافرد مسئول د یگر (در صورت ورود یک پرستار/بیمار... جدید به تیم درمانی، باید چند روز همراه پرستاران با سابقه مرکز آموزش یافته و با بیماران آشنا شود).
- ارجاع بیمار به پزشک در صورت لزوم
- گزارش غیبت بیمار به مسئول واحد یا پزشک مربوطه
- کلیه پرسنل موظف هستند فرمهای مربوطه را پر نمایند و فرمهای ابلاغی این پروتکل در کلیه مراکز بایستی در پرونده بیماران قرار داده شده و به طور مرتب تکمیل شود.
- شرح وظائف مددکار اجتماعی*:
- پیگیری مراجعات بیمار
- پیگیری مسائل و مشکلات خانوادگی و شغلی بیمار در حد امکان
- بررسی وضعیت مالی بیمار و در صورت امکان رایگان نمودن هزینه برای بیماران نیازمند

۴-۴ نحوه تجویز متادون

- پس از تعیین نوع درمان (نگهدارنده) و وارد کردن بیمار به برنامه درمانی، پزشک دوز مصرفی متادون را تا ویزیت بعدی تعیین می کند.
- مقدار متادون مورد نیاز با توجه به دوز تعیین شده توسط پزشک برای مدت یک هفته نسخه شده و نسخه به پرستار تحویل داده می شود.
- پرستار مقدار متادون مورد نیاز هفتگی هر بیمار را به تفکیک در انبار دارویی نگهداری می کند.
- بهای دارو و ویزیت توسط بیمار پرداخت می گردد.
- در موارد خاص با هماهنگی مددکاری می توان هزینه دارو را رایگان نمود.
- بیمار به طور روزانه و در ساعات تعیین شده برای دریافت متادون مراجعه می کند.

- در هنگام مراجعه بیمار، پرستار ... مقدار داروی ارائه شده به بیمار، و زمان تحویل را در فرم مربوطه ثبت می‌کند.
- پرستار ... مقدار داروی مورد نیاز را به بیمار تحویل می‌دهد و بیمار پس از مصرف آن یک لیوان آب می‌نوشد.
- تحت نظارت پرستار/... بیمار محلول متادون را به صورت خوراکی مصرف می‌کند.

۵-۴ واحد درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری^۱ جهت خدمات‌رسانی به معتادان خیابانی:

از آنجا که در برخی شهرهای بزرگ کشور معضل معتادان بی خانمان خیابانی و سخت دسترس وجود دارد که معمولاً به واحدهای درمانی معمولی مراجعه نمی‌نمایند، مراکز گذری جهت خدمت‌رسانی به این دسته از بیماران در نظر گرفته شده است. معاونت بهداشتی دانشگاه و دیگر دستگاهها و سازمانهای دولتی در امر کاهش آسیب که دارای مراکز گذری هستند می‌توانند درخواست خود برای تأسیس واحد آگونیست در مراکز گذری تحت پوشش خود را به < کمیته منطقه‌ای نظارت بر واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست > پیشنهاد نموده و در صورت تصویب، به ارائه درمان نگهدارنده با متادون به معتادان خیابانی و بی‌بضاعت بپردازند. لازم به ذکر است **که مطابق با فصل سوم دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان دولتی، غیر دولتی یا خصوصی یا سازمانهای مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مراکز گذری کمک‌رسانی به معتادان خیابانی، معادل مرکز ارزیابی شده و نیازی به اخذ پروانه بهره‌برداری مرکز ندارند، لکن اخذ مجوز راهاندازی واحد برای آنها الزامی است.** واحد درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند در داخل مرکز گذری، یا جنب آن، تأسیس شود. **در مرکز گذری، رعایت مقررات عمومی، شرایط ساختمانی و تاسیساتی مرکز مطابق با فصل سوم دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان دولتی، غیر دولتی یا خصوصی یا سازمانهای مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر لازم نمی‌باشد** و واحد با هر مترازی می‌تواند تأسیس گردد. اما رعایت کلیه موارد دیگر ذکر شده در آئین‌نامه راهاندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد و پروتکل، الزامی می‌باشد. تعداد بیماران تحت پوشش برای هر واحد درمان نگهدارنده در مرکز گذری می‌تواند تا حداکثر ۲۰۰ نفر باشد و نسبت پزشک و پرستار به تعداد بیماران تا ۱۰۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون، یک پزشک و یک پرستار/بیمار، و بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ بیمار، دو پزشک و ۲ پرستار/بیمار... خواهد بود. در واحد آگونیست مرکز گذری، صرفاً درمان

¹ Drop-in Center

نگهدارنده با متادون انجام شده و سم زدایی صورت نمی پذیرد و چنانچه بیمار از ابتدا چنین تقاضایی داشت، می بایست به یک واحد عادی معرفی گردد. البته چنانچه به هر علتی نیاز به ختم درمان نگهدارنده با متادون وجود داشته باشد، طبق مفاد این پروتکل عمل خواهد شد. درمان در این مراکز معمولاً به صورت رایگان انجام می شود.

در مرکز گذری، به هیچ عنوان دوز منزل داده نمی شود. یعنی به بیمار از ابتدا این آگاهی داده می شود که مادام که تحت نظر این واحد است، می بایست هر روز به واحد مراجعه کند و داروی خود را در همان جا مصرف نماید. چنانچه وضعیت اسکان و اشتغال بیمار بهبود یافته و دیگر لفظ معتاد خیابانی برای وی مصداق نداشته باشد، در صورت امکان بایستی هماهنگی لازم برای انتقال درمان وی به یک واحد عادی درمان نگهدارنده صورت پذیرد.

وجود روانشناس در واحد آگونست مرکز گذری الزامی نیست. اما مرکز موظف است بیماران مبتلا به اختلالات روانی را به روانپزشک از پیش تعیین شده (مثلاً روانپزشک قراردادی یا روانپزشک تعیین شده از سوی معاونت درمان) معرفی کند. حداکثر زمان پذیرش در واحد درمان نگهدارنده با متادون مراکز گذری ۶ ماه می باشد.

۴-۶ راه اندازی واحد قمر برای معتادان سخت دسترس

مرکز قمر به مرکز ثابت یا سیاری گفته می شود که زیر نظر مستقیم و با مسئولیت مرکز درمان سوءمصرف مواد، در مناطق سخت دسترس از جمله روستاها و حاشیه شهرها، که فاقد مراکز دولتی یا متقاضی تاسیس در بخش خصوصی هستند، ارائه خدمت مینماید. هدف از تاسیس واحد قمر، خدمت رسانی به بیمارانی است که به دلیل بعد مسافت، یا وضعیت نامساعد جسمی، یا دلایل دیگر، قادر به مراجعه روزانه به مرکز دولتی یا خصوصی شهری نمی باشند. همچنین برای بیمارانی که در مراکز دیگر به ثبات درمانی و مرحله دوز منزل رسیده اند، میتوان ادامه درمان را به این واحد محول نمود.

هر مرکز خصوصی یا دولتی داوطلب، می تواند درخواست تاسیس مرکز قمر در حاشیه شهر، یا روستاهای حوزه شهر مربوطه را به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی متبوع ارائه نماید. در واحد قمر، رعایت مقررات عمومی، شرایط ساختمانی و تاسیساتی مرکز مطابق با فصل سوم دستورالعمل تاسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان دولتی، غیر دولتی یا سازمانهای مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر لازم نمی باشد و واحد با هر مترازی می تواند تاسیس گردد. اما رعایت کلیه موارد دیگر ذکر شده در آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد و پروتکل، الزامی میباشد.

در حال حاضر امکان ارائه خدمات درمان نگهدارنده به صورت **outreach** و توسط نیروهای آموزش - یافته در اتومبیل‌های مخصوص، تحت بررسی است، که امید می‌رود در ویرایش‌های بعدی این پروتکل، ارائه گردد.

۴-۷ راه‌اندازی واحد درمان نگهدارنده در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در مراکز بهداشتی درمانی شهری برای تحت پوشش قرار دادن بیماران مبتلا به ویروس HIV، اعتیاد تزریقی، و نیز بیماری‌های منتقله از راه جنسی تعریف شده است. به همین جهت به این مراکز، کلینیک مثلی نیز گفته می‌شود. **مطابق با فصل سوم دستورالعمل تاسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان دولتی، غیر دولتی یا خصوصی یا سازمانهای مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر**، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه، معادل مرکز ارزیابی شده و نیازی به اخذ پروانه بهره‌برداری مرکز ندارند، لکن برای آنها اخذ مجوز راه‌اندازی واحد الزامی است. برای راه‌اندازی واحد درمان با آگونیست در این مراکز، می‌بایست حداقل فضا، شامل یک اتاق برای ویزیت بیماران توسط پزشک، و یک اتاق برای تحویل متادون به بیمار و مصرف متادون تحت نظارت پرستار، و اتاقی برای مشاوره توسط روانشناس وجود داشته باشد. کلیه مفاد این پروتکل، در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری نیز لازمالاجراست. به جز این که در این مراکز درمان سم‌زدایی انجام نمی‌شود.

فصل ۵

درمان نگهدارنده با متادون

۱-۵ معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون

با توجه به محدودیت تولید و عرضه متادون در کشور از یک سو و نقش کلیدی درمان نگهدارنده در برنامه‌های کاهش آسیب از سوی دیگر، فعلاً تنها بیمارانی وارد درمان نگهدارنده با متادون می‌شوند که واجد یکی از شرایط زیر باشند:

۱) وابستگی به مواد افیونی بر اساس معیارهای DSM IV

۲) وجود یکی از حالات زیر:

- مصرف تزریقی

- مصرف هروئین

- مصرف کراک / کریستال (فرم خالص هروئین)

- مصرف تریاک/شیره در صورت وجود سابقه حداقل سه بار عود پس از درمان یا حداقل ۱۰ سال سابقه مصرف مواد

- بیماران زن

- بیماران دارای سابقه زندان

- بیماران HIV مثبت

۳) سن بالای ۱۸ سال

بهبتر است اشخاص زیر ۱۸ سال در درمان نگهدارنده وارد نشوند. با اینحال این شرط مطلق نبوده و در صورتیکه درمانهای پرهیز مدار برای آنها میسر یا موفق نباشد با رضایت قیم میتوانند از درمان نگهدارنده بهره‌مند شوند. **درمان نگهدارنده در افراد زیر 18 سال مطابق با پروتکل درمان سوء مصرف مواد در نوجوانان خواهد بود .**

۴) امضای فرم تعهدنامه درمان

۲-۵ عوامل مؤثر در تعیین مقدار اولیه تجویز متادون

- درجه تحمل به مواد افیونی
- وضعیت فعلی جسمی منجمله وضعیت کبدی
- مدت زمان پس از آخرین مصرف

- میزان وجود علائم ترک یا مسمومیت زمان حاضر
- احتمال سوء مصرف همزمان الکل، یا بنزودیازپینها توسط بیمار
- وزن بیمار
- سایر داروهای مصرفی که با متابولیسم متادون ممکن است تداخل کنند (ن.ک. فصل ۲)

۳-۵ تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران

درمان نگهدارنده با متادون به ۴ دوره مجزا قابل تفکیک است:

دوره القا اولیه^۱ طی زود رس^۲ طی مرحله (فاز) ۱

دوره القا دی^۳رس^۲ طی پایدارسازی^۳ طی مرحله (فاز) ۲

مرحله نگهدارنده

مرحله جدا شدن تدریجی و ختم درمان

مرحله ۱: هدف از این مرحله انتقال بیمار با حداقل عوارض و حداکثر رضایتمندی از ماده مصرفی غی مجاز به معادل فارماکوکینتیک آن بر اساس متادون است. با توجه به تحمل متقابل^۴ بین متادون و کلین مواد افیونی، در این مرحله تلاش می‌شود که معادل^۵ سطح وابستگی فیزیولوژیک در بیمار بر اساس مطلق گرم متادون بدست آمده و به بیمار تجویز گردد. بعبارت دیگر در مرحله ۱ طی القا اولیه بیمار استفاده از ماده مخدر غی مجاز را متوقف کرده و به مصرف معادل آن بر اساس متادون رو می‌آورد. در چنین حالتی بیمار قاعدتاً نه علائم محرومیت را تجربه می‌کند نه دچار احساس خواب‌آلودگی و علائم بیش مصرفی خواهد شد. علائم محرومیت و علائم بیش مصرفی مواد افیونی در جدول زیر ارائه شده است.

^۱ Early induction

^۲ Late induction

^۳ Stabilization

^۴ Cross-tolerance

^۵ Equivalent

علائم مسمومیت ناشی از مواد افیونی		علائم مسمومیت از مواد افیونی	
خواب آلودگی	لرزش بدن	اضطراب و بیقراری	
کلام بریده بریده	عرق ریش	پرخاشگری و حساسیت افراطی به محیط	
عدم تعادل	احساس گرم و سرد شدن بدن	تهوع و استفراغ	
تنفس آهسته	خم‌لزه کشیدن مکرر	اسهال	
افت فشار خون و سرگیجه و احساس سبکی در سر	آبریزش از بینی و اشک ریزش	درد شکمی	
کند شدن حرکت و افزایش زمان واکنش	تکلم تو دماغی	درد استخوان و عضلات	
تهوع و استفراغ	عطسه مکرر و بی‌وقفه	بی‌اشتهایی	
مردمک کوچک و حتی سرسوزنی	پرش عضلات	بی‌خوابی	
	حساسیت به نور و گشادی مردمکها	کابوس شبانه	
	سردرد و سرگیجه	بر انگیزش موه‌ها و احساس پوست‌غازی	
	انزال خود بخود	احساس لختی و سستی	
	طپش قلب، افزایش ضربان قلب و فشار خون	حالت پای بیقرار بویژه در هنگام خواب رفتن	
		تند شدن تنفس	

در این مرحله انتقال، بیش از همه مهمتر این است که "انتقال کم عارضه و بی‌خطر" صورت گیرد و بخصوص از مسمومیت اجتناب گردد. همچنین لازم است حداکثر رضایتمندی بیمار فراهم گردد یعنی بیمار حداقل عوارض محرومیت و علائم ترک را تجربه کند. در واقع درمانگر باید حد تعادلی در تجویز متادون را رعایت نماید. در صورتیکه مقدار متادون تجویز شده زیاد بوده و بصورت ناگهانی و سریع افزایش یابد، بیمار در معرض خواب‌آلودگی و احتمال مسمومیت قرار می‌گیرد و از طرفی تجویز مقادیر کم متادون و تعلل در

افزایش دوز، علائم محرومیت زلّدی را به بهار تحمّل خواهد کرد. در چنین حالتی رضایت بهاران و ماندگاری و همکاری آنان در درمان کاهش یافته و موارد قطع درمان افزایش می‌ابد. همچنین تاخیر بیش از حد در رساندن متادون به دوز معادل و اقناع کننده ممکن است باعث افزایش مصرف مواد مخدر بصورت همزمان یا مصرف خود سر متادون در بهاران گردد. این مسئله بصورت غی مستقیم احتمال مسمومیت را افزایش می‌دهد (جدول ۱).

افزایش آهسته و تجویز مقادیر کم متادون	افزایش سریع و تجویز مقادیر زیاد متادون
تجربه زلّدی علائم محرومیت	تجربه اندک علائم محرومیت
احساس کجخلقی و بیقراری	احساس سرخوشتی و نشنگی گذرا در بهار
رضایت‌مندی کم و شکایت مستمر از علائم	رضایت بالاتر در بهار
اصرار بر تجویز بیشتر متادون و دارو	شکایت اندک از درمان و درخواست برای دارو
احتمال ترک درمان در جریان دوره القاء	ماندگاری بیشتر در درمان برای دوره القاء
بخوانی شلّنه	خواب‌آلودگی در طی روز
حالت برانگیختگی و ناپایداری اتونومی	اختلال در تکلم، رفتار حرکتی، دقت و توجه
وسوسه زلّدی و احتمال مصرف مواد مخدر	مصرف کمتر مواد مخدر در جریان دوره القاء
مصرف خودسرانه داروهای آرامبخش توسط بهار	مصرف کمتر خودسرانه دارو و خوددرمانی
احتمال کم مسمومیت با متادون	احتمال بیشتر مسمومیت با متادون
احتمال مسمومیت و مرگ و می بر اثر مصرف خودسر دارو، متادون یا مصرف توأم مواد مخدر	احتمال مرگ بر اثر وقفه تنفسی ناشی از مسمومیت با متادون

جدول ۱

از نظر علمی، حرفهای و اخلاقی درمانگر موظف است حد واسط بین تجویز زلّدی و سریع متادون از یک سو و تجویز بطبی و اندک متادون از سوی دیگر را رعایت نماید. فراموش نکردن وقتی اعطای عنوان یک بهاری مطرح می‌گردد، مانند سایر بهاری‌ها درمانگر موظف است تمام تلاش خود را جهت حفظ جان بهار و

دورنگهداشتن او از هر گزندى انجام داده و رضایت حداکثرى بىهار و تقلبى آلام و رنجهای وی را نهن در اولویت قرار دهد. لذا رسيهن به دوز معادل و ايهن متادون اولویت فاز یک درمان است.

به منظور تخمين معادل متادونی در فاز یک لازم است که از روش تجربی استفاده گردد. الگوی زی در این رابطه مد نظر قرار گئی:

۱- بىهار از روز قبل از شروع درمان با متادون مصرف ماده مخدر خود را متوقف سازد. از آنجاییکه برخی بىهاران ۲۴ ساعت وقفه در مصرف را بسطر دشوار می‌دانند، گذشت حداقل ۱۲ ساعت بی معادل زمانی حداقل ۲ وعده مصرف قوی توصیه می‌شود. بعنوان مثال در صورتیکه مقرر است بىهارى ۹ صبح شنبه درمان با متادون را آغاز نماید، از ۹ شب جمعه از مصرف مواد مخدر بایستی پرهی نماید. بی در مثالی دیگر اگر بىهارى ابراز می‌دارد که هر ۳ ساعت مجبور به مصرف ماده مخدر است، حتی‌المکان به اندازه ۲ وعده بىهارى ۶ ساعت از آخری مصرف خود را سپری کرده باشد. بدی است هر قدر فاصله بی آخری وعده مصرفی و شروع متادون بیشتر باشد، نتایج مطلوبتر بوده و درمانگر بایستی بىهاران را در این راستا راهنمایی و تشویق نماید. با وجود تلاش درمانگر و توصیه‌های وی، گاهی بىهاران کماکان قادر به رعایت فاصله مد نظر نیستند. در چنین شرایطی لازم به ذکر است در صورتی که بىهارى قادر به پرهی ولو بمدت ۱۲ ساعت بی به اندازه ۲ وعده مصرف نباشد، نبای از درمان با متادون محروم گردد و درمانگر بای با احتیاط بیشتر در نهایت درمان را آغاز نماید.

تجویز متادون در هر مرحله از درمان به فردی که دارای اختلال هوشیاری به هر دلیل است، ممنوع می‌باشد

۲- در زمان شروع درمان با متادون بهتر است علائم محرومیت و ترک در بىهار ظاهر شده باشد. در واقع در صورتیکه بىهار شرایط بند ۱ را رعایت کرده باشد، علائم محرومیت ذهنی و عینی در حد متوسط در زمان مراجعه در بىهار ظاهر خواهد شد. با اینحال شرط وجود علائم محرومیت در بىهار در هنگام شروع متادون هر چند بسطر مطلوب است و قوی توصیه می‌شود، اما نلز قطعی نیست. تنها نلز قطعی و غی قابل تغییر این است که "بىهار در هنگام شروع متادون نبای حالت نشئه، تخی شده ۱ بی خواب‌آلوده ۲ ناشی از مصرف مواد بی آرامبخشها باشد". وجود هوشردی کامل و سوگئی کامل ۳ به زمان و مکان و اشخاص الزامی است. این یک قانون غی قابل تخطی در درمان نگهدارنده با متادون است.

۳- مرحله اول: در این مرحله، درمان ترجیحا به صورت شربت آغاز می گردد.

^۱ Sedate

^۲ Drowsy

^۳ Intact orientation

در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی گرم در روز اول است.
در بیماران وابسته به تریاک، مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی گرم) برای شروع مناسب است.
بهتر است پس از مصرف متادون در روز اول، بیمار تا ۴ ساعت پس از مصرف تحت نظر باشد تا عوارض احتمالی مورد ارزیابی قرار گیرد.

چنانچه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالاتر بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می سازد، می توان دارو را به صورت منقسم تجویز نمود؛ به طوریکه ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم تجویز شده و ۲ ساعت بعد، علائم ترک ارزیابی می گردد. در صورت وجود علائم خفیف، دوز دوم تجویز نمی شود. در صورت بروز علائم متوسط (درد، تهوع، خمیازه، گشادی مردمک) ۵ تا ۱۰ میلی گرم، و در صورت بروز علائم شدید (استفراغ، افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، سیخ شدن موها = piloerection) ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم متادون تجویز می گردد.

در صورت بروز علائم مصرف بیش از اندازه نظیر خواب آلودگی پس از دوز اول از تجویز دوز بعدی خودداری می شود.

بایستی در روز اول بیمار بیش از ۴۰ میلی گرم متادون دریافت نکند.

بهتر است

دوز مصرفی در سه روز اول ثابت نگاه داشته شود، زیرا نیمه عمر متادون حدوداً ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵٪ وضعیت پایدار خواهد رسید.
پس از سه روز با توجه به وضعیت بالینی می توان دوز را افزایش داد.
بهتر است درمان با دوز کم شروع گردیده و مقدار مورد نیاز به تدریج بالا برده شود.
بدون ویزیت پزشک، نباید افزایش دوز صورت گیرد.

بیمارانی که علاوه بر مصرف متادون به مصرف مواد غیر قانونی همانند تریاک یا هروئین ادامه می دهند، در خطر بالای مسمومیت قرار دارند. مصرف همزمان الکل و بنزودیازپینها خطر مسمومیت را افزایش می دهد، پس باید حتماً در مورد مصرف خارج از برنامه به بیمار هشدار داد.
توضیح خطر مسمومیت به خانواده های بیماران نیز بسیار مهم است.

بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میلی گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز در میان و به میزان حداکثر ۵ الی ۱۰ میلی گرم در روز انجام شود.

¹ Steady State

² Start low, Go slow

۴- با تجوینی حداکثر ۴۰ میلی گرم متادون در روز اول نظراً در صد قابل توجهی از معتادان به ماده آگونیست برطرف می شود و این بهاران بدون علامت محرومیت به روز بعد ارجاع می شوند. در گروه قابل توجهی نفعی هرچند ممکن است با تجوینی حتی ۴۰ میلی گرم متادون علامت محرومیت باقی بماند، با این حال بعید است این علامت به حد بسط شدید برسند و در صورت وجود حمایت کافی روحی از ایشان و اطلاع رسانی دقیق، قادر به تحمل علامت هستند. بوئیه توجی بهاران به اینکه چرا متادون بیشتر تجوینی نمی گردد و اهمیت رعایت احتیاط به منظور پیشگیری از مسمومیت احتمالی، تحمل علامت را برای بهاران راحتتر می سازد. نقش همدلانه و حمایتگر^۲ درمانگر در اینگونه مواقع بسط کمک کننده است. در زمانی که بهاران به درمانگر اعتماد کافی نداشته و تصور نمایی دلی عدم تجوینی متادون بیشتر مواردی چون اهمالکاری پزشک، عدم وجود مهارت کافی در وی، انگیزه های منفعت طلبانه و بی توجهی به نظای بهاران است، شکایت وی از علامت محرومیت چندینی برابر می شود. در مقابل در صورتی که وی متوجه انگیزه های انسان دوستانه درمانگر شده و او را همسو با نظای خود ببیند، تحمل باقی مانده علامت آسان می شود. حتی در عده ای با وجود نشانه های عینی از علامت محرومیت، شکایت بهاران در حد اندک می ماند. به جرات می توان گفت که منش حرفهای و سبک برخورد گروه درمانی به اندازه همان میزان ۴۰ میلی گرم در کنترل علامت ترک موثر است.

۵- نکته بسط مهمی که درمانگر باین بدان واقف باشد این است که بدلی نفعی عمر طولانی متادون، حتی در صورت ثابت نگهداشتن دوز، تجمع آن در بدن تا ۵ روز (تقریباً معادل پنج نفعی عمر) و به تبع آن احتمال مسمومیت بوئیه در بهاران بالای ۴۰ سال وجود دارد. بنابراین لازم است علاوه بر زمانی که دوز بهاران در حال افزایش است و همچنین تا ۵ روز بعد از ثبات دوز و رسیدن به نقطه تعادل، بهاران بصورت روزانه توسط پزشک وینی شوند. در صورت بروز حالات لختی و سستی و خواب آلودگی کاهش دوز متادون توصیه می شود. در اکثریت بهاران دوره القاء اولی ظرف ۷ تا ۱۴ روز به اتمام می رسد.

در پالین مرحله اول بهاران قاعداً بایستی از مصرف ماده مخدر غنی مجاز خود جدا شده و به استفاده از دوز معادل متادون رو آورده باشد. توجه داشته باشیم که استفاده از دوز معادل متادون لزوماً به قطع کامل مصرف مواد مخدر و رفع وسوسه در بهاران منجر نخواهد شد. در واقع در دوز معادل استفاده از متادون در مقابل ماده مخدر برای بهاران عالی السویی است و بهاران بنا به نظای تمایلی خود می تواند به راحتی باین مصرف یک ماده به ماده دیگر (مثلاً هروین و متادون) نوسان کند. استفاده توأم متادون با مواد مخدر نفعی میسر است و با احساس سرخوشتی و احتمال مسمومیت نفعی همراه خواهد بود. در عمل نفعی بسطی از بهاران بنا به شرایط روانی خود و همچنین بعد از مواجه شدن با عوامل و شرایط ایجاد وسوسه به مصرف مواد مخدر اقدام می کنند. این

^۱ Empathic

^۲ Supportive

استفاده در آزمایش ادرار بهاران نفی منعکس شده و موارد مثبت به دفعات مشاهده می‌شوند. از آنجایی‌که در این مرحله مصرف مواد مخدر می‌تواند لذتبخش باشد و جنبه‌های تقویتی‌کنندگی آن هرچند با شدت کمتر کماکان پابرجاست، فرایند بهبودی مطلوب در درمان نگهدارنده شکل نمی‌گیرد. دستاوردهای مورد نظر در مرحله ۱ در جدول ۲ آورده شده‌است همانطور که مشاهده می‌شود، در تجویز دوز معادل، بیشتر دستاوردها جنبه کاهش آسیب دارند و آلترناتیو کمخطر و مطلوبی در مقایسه با مصرف مواد مخدر برای بهار و جامعه فراهم می‌نمایند.

آنچه ممکن است کماکان مشاهده شده و نظیر به بهبودی داشته باشد	آنچه در مرحله ۱ بدست می‌آید
احساس وسوسه	علائم محرومیت و ترک بصورت عمده برطرف می‌شود
توان مصرف مواد مخدر و احساس نشگی متعاقب آن	از وسوسه و لع مصرف کاسته می‌شود
آزمایش ادرار مثبت ناشی از مصرف گهگاه مواد	بهار در احساس دسترس کمتری بسر می‌برد
نوسان بین مصرف مواد مخدر و مصرف متادون	بهار به ثبات نسبی رفتاری می‌رسد
غیبت گهگاه از برنامه متادون	رفتارهای پرخطر از جمله تزریق مشترک کاهش عمده می‌یابند
امکان مسمومیت متعاقب مصرف مواد مخدر	توسل به رفتارهای پرخطر جهت تهیه مواد مخدر عملاً حذف می‌شود
خلق افسرده	
ناپایباری رفتاری و اقدامات تکانه‌ای	

جدول ۲

در این مرحله جهت رفع علائم محرومیت می‌توان از داروهای زیر استفاده کرد .

۱-دیمن هیدرینات ۵۰ میلی گرم خوراکی در صورت تهوع

۲-قرص ایبوپروفن ۲۰۰ میلی گرم در صورت میالژی سه بار در روز

۳-قرص ترازودون ۵۰ تا ۱۰۰ میلی گرم خوراکی در صورت بی خوابی

مرحله ۲: هدف از این مرحله افزایش تدریجی متادون ورای نقطه تعادل فارماکولوژیک و اشباع سازی گندهای افئونی بواسطه تجوئن آن است. بعبارت دیگر آنقدر متادون بھار افزایش مبی‌ابد تا بھار قادر به استفاده از مواد مخدر دیگر نباشد لی در صوریکه از مواد دیگر بصورت توام استفاده نماید ، بدلی اشباع بودن گندها و افزایش قابل توجه سطح تحمل وی به مواد افئونی، اثری چه در جهت نشگی و چه در جهت مسمومیتزا یی نداشته باشد. از آنجا که مصرف مواد مخدر دیگر نقش تقوئکنندگی^۱ نخواهد داشت، استفاده از آن بتدریج ناپدی شده و آزمایشها ی ادرار بھار نفی به سمت منفی کامل متمای خواهد شد. در این مرحله وسوسه بھار تقریباً از بنی می‌رود و ثبات خلقی و رفتاری در وی پررنگ می‌شود. دستاوردهای این مرحله از جنبه کاهش آسپ فراتر رفته و به درمان متعارف و الظم اثرات تخریبی اعظم شھتر می‌شود. در چرنی حالتی به اصطلاح گفته می‌شود که بھار در درمان پایار^۲ گردیده و لی به ثبات رسیده است. در این این مرحله بهتر است افزایش دوز پس از رسیدن به دوز ۶۰ تا ۸۰ میلی گرم در هر هفته از ۵ تا ۱۰ میلی گرم تجاوز نکند .

نشانههای رسپن به مرحله پایاری متعدد بوده و لزوماً تمامی آنها مورد تایید همه مراجع نیست. تعداد زیدی از نشانهها نفی در بسطری از بھاران مصداق ندارد. فهرستی از نشانههای پایاری بر اساس پروتکلها ی جهان در زی ارائه گردیده است. موارد عمدتدر فهرست زیر قید گردیده‌است.

حذف علائم ترک و محرومیت مصرف مواد افئونی

حذف احساس وسوسه برای مصرف مواد افئونی

نبود احساس سرخوشری بواسطه مصرف مواد افئونی

عدم مصرف مواد مخدر سنگین (هروئن، کراک، ترکاک) توسط بھار

عدم تکرار مسمومیت (overdose)

ارتباط منظم و مناسب درمانی و مراجعه مرتب و بدون غیبت جهت دریافت دارو

آزمایشها ی ادرار منفی برای مواد غیقانونی سنگین

نبود احساس خواب آلودگی و لی سرخوشری متعاقب دریافت دوز متادون

کاهش لی حذف تزریق مواد مخدر و آگاهی بھار از عوارض تزریق و احتمال انتقال انواع عفونتها

آگاهی بھار از تداخلها ی دارویی متادون با سای داروهای CNS depressant

نشانههای ثبات فردی و اجتماعی و وجود حس رضایت‌مندی از زندگی

دوری از شرایط مشکل آفرین و وسوسه ساز

^۱Reinforcing effect

^۲ Stabilized

تلاش مستدل جهت تغیر شیوه زندگی

شواهد دال بر توانایی بهار در حفظ و مراقبت از دوز منزل

ثبات مشکلات حاد فیزیکی و بهبودی کلی در مشکلات طبی از جمله بهبودی مشکلات دهانی و دندان

شرکت مرتب در جلسات درمانی، مشاوره و سایر فعالتهای مرکز

تامین وسایل اطب و ذهاب و درآمد ثابت و پایدار و توان پرداخت هزینه درمان

شرایط سکونت پایدار و امن

نبود فعالتهای غیرقانونی

در میان فهرست فوق، مواردی نسبت بسطح تنگاتنگی با دوز متادون دارند و عدهای نخی تا حد زیادی متاثر از عوامل اجتماعی، اقتصادی و حمایتی هستند. طبیعی است که برای احراز بسطری از موارد فوق، علاوه بر افزایش دوز متادون، تقویت مداخلات روانی و مددکاری نخی بسطح کمککننده است و نبایع از نظر دور ماند. از طرفی گاهی اوقات افزایش دوز متادون تاخی چندانی در برخی موارد ندارد. بعنوان مثال در بهاری که مصرف توام مواد محرک مانند شیشه وجود دارد، افزودن متادون کمکی به توقف مصرف متامفتمین نخواهد داشت. با انحال چرین بهاری را نمی توان در فاز پایکاری تلقی کرد. شایع بتوان انگونه گفت که افزایش دوز متادون برای رسیدن به پایکاری در بسطری بهاران مهم است اما هر افزایش دوزی منجر به پایکاری نشده و هر بهار غی پایکاری نلزمند افزایش دوز نیست.

در جرطن مرحله دوم، در مواردی که درمانگر بر اساس قضاوت خود به انی نتیجه می رسد که متادون بهار برای رسیدن به پایکاری ناکافی است، متادون بهار بتدریج بصورت هفتهای ۵ تا ۱۰ میلی گرم افزایش میابد تا شرایط فوق بوئه اقلام عمدتر اولی محقق شوند. بعبارت دیگر در جرطن وینیت هفتگی بهاران، در صورت عدم احراز شرایط پایارسازی، دوز متادون بهار به مقدار ۵ تا ۱۰ میلی گرم افزوده شده و بهار بعد از یک هفته مجدداً وینیت می شود. در جرطن وینیت بعدی در صورت پایار شدن بهار، دوز بهار ادامه میابد. اما چنانکه بعد از گذشت یک هفته، کماکان علائم ناپایکاری عمده مشاهده گردد، مجدداً دوز بهار به

مقدار ۵ تا ۱۰ میلی گرم افزوده می شود. انی فرایند آنقدر تکرار می شود تا بهار به مرحله پایکاری (موارد

حروف پررنگ در فهرست فوق احراز گردد) برسد. با توجه به خطرات دوزهای بالای ۱۲۰ میلی گرم و

افزایش ریسک مرگ و میر، در نظر گرفتن محدودیت ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرمی در این فاز الزامی است و

لازم است تاکید بیشتری در خصوص مداخلات روانپزشکی و روانشناختی در این بیماران صورت پذیرد.

توجه به نکات زی برای درمانگران مهم است:

۱. در جریان مرحله دوم، در هر مرحله از افزایش دوز با توجه به تفرخ بالینی و قضاوت درمانگر در صورتیکه بیمار به مرحله پایانی برسد، دوز بهینه وی تلقی می‌گردد.

۱. بر اساس مطالعات تجربی در دلتا و همچنین ایوان، دوز بهینه در اکثریت قابل توجه بیماران بین ۸۰ تا ۱۲۰ میلی گرم قرار دارد. اما بر اساس آنچه در بند ۱ گفته شد، دوزهای خارج از این محدوده در صورتیکه با احراز شرایط پایانی توأم باشند، (۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرم) قابل قبول هستند. ولی مستندات کامل و محدودیت دوزمنزل در این بیماران بایستی لحاظ گردد.

۲. دوز بهینه پائارسازی ارتباط تنگاتنگ و دقیقی با میزان تحمل اولیه بیمار به ماده افینونی ندارد. به بیان دیگر مقدار ماده‌ای که بیمار قبل از ورود به درمان نگهدارنده مصرف می‌کرده، پیش‌بینی کننده خوبی برای تعیین دوز مناسب در مرحله ۲ نیست.

۳. مطالعات بین‌المللی ارتباطی بین چند عامل و دوز بهینه مناسب جهت مرحله ۲ را نشان داده‌اند این عوامل عبارتند از:

– سمیاتی‌های قبلی. هر قدر بیمار اقدام به سم‌زدایی‌های ناموفق بیشتری کرده باشند دوز پائارسازی آنها بالاتر خواهد بود

– خلوص پایین تر مواد مخدر مورد استفاده بیمار. برخلاف تصور عام‌گانه، هر قدر مواد مخدر موجود در بازار و مورد استفاده بیمار ناخالص تر و نامرغوب تر باشد، دوز مورد نظر جهت پائارسازی بیمار بیشتر خواهد بود. بنظر می‌رسد که ناخالص بودن مواد بدل‌ی نوساناتی نیاز بعدی به متادون را جهت پائار نمودن بیمار و اطفاء وسوسه افزایش می‌دهد.

– سابقه استرس و ترومای روانی و ابتلا به سندرم استرس بعد از تروما^۱ با نظر بیشتر به متادون در بیمار همراه است

– افسردگی در هنگام مراجعه. بنظر می‌رسد که بیمارانی که هنگام مراجعه جهت درمان از افسردگی رنج می‌برند، نهایتاً جهت پائارسازی نظر مندم دوز بیشتر متادون خواهند بود.

– سندرم درد مزمن. بهارانی که دچار دردهای مزمن^۱ هستند در مرحله ۲ با دوزهای بیشتر متادون پائین خواهند شد.

با توجه به موارد مذکور در کلیه بیمارانی که نیاز به دوزهای بالای ۱۲۰ میلی گرم متادون دارند ویزیت روانپزشک الزامی و مراجعات روزانه بایستی صورت پذیرد، البته در صورت صلاحدید روانپزشک، مراجعات ۲ بار در هفته بعد از ماه ششم درمان جهت دریافت دارو امکان پذیراست. از طرفی مستندات کامل به صورت مکتوب جهت دریافت دوز بالای ۱۲۰ میلی گرم در پرونده ی این بیماران لازم است.

خطرات مصرف دوزهای بالای ۱۲۰ میلی گرم متادون:

اوپیوئید ها از جمله متادون، عوارض جانبی وابسته به دوز بالایی دارند از جمله خواب آلودگی، بیش مصرف منجر به مرگ، آپنه خواب و اختلالات جنسی.

دوز های بالای متادون می تواند سبب تورساده پوینت و آریتمی بطنی شود. یک مطالعه نشان داده که تقریباً ۵٪ بیمارانی که دریافت کننده متادون هستند QTC بالای ۵۰۰ میلی ثانیه دارند که می تواند سبب افزایش مرگ و میر شود. همه این بیماران دوز های بالای ۱۲۰ میلی گرم مصرف کرده بودند.

سایر ریسک فاکتورهای تورساده پوینت، استفاده همزمان از کوکائین و سایر محرکها، مصرف سنگین الکل، مشکلات قلبی ریوی، سابقه سکته قلبی و ناهنجاریهای دریچه ای می باشد.

ارزیابی و مانیتور کردن بیماران با مصرف مقادیر بالای متادون:

• پزشک mmt باید از بیمار یا خانواده او بخواهد که چرت زدن، خواب آلودگی، کاهش توجه و

تمرکز بیمار را مانیتور کند.

• در بررسی اولیه، پزشک باید ریسک فاکتورهای تورساده پوینت، سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی یا

استفاده اخیر دارویی که می تواند QT را طولانی کند در نظر بگیرد.

• یک ECG باید در بیمارانی که دوزهای ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرم دریافت می کنند گرفته شود.

ریسک فاکتورهای QT طولانی:

– بیماری قلبی همزمان مثل سکته قلبی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری دریچه ای، کاردیومیوپاتی

– سن بالا

– عفونت HIV

^۱ Chronic pain syndrome

-سطح پایین پتاسیم

-سطح پایین پروترومبین

-داروهایی که مهار کننده سیتو کروم P450 هستند مثل آنتی ویرال، ضد قارچها، کلسیم بلوکرها، ضد

افسردگی ها مثل فلووکسامین، قرصهای ضد حاملگی، مصرف میوه مثل گریپ فروت

-مصرف الکل

-مصرف کوکائین

-سابقه مثبت فامیلی QT طولانی، مصرف داروهایی مثل آمیودارون، سوتالول، آنتی سایکوتیک مثل کلر

پرومازین، هالوپریدول، پیموزاید، تیوریدازین و مصرف آنتی بیوتیکهایی مثل کلاریترو مایسین، اریترومایسین

-سابقه سنکوب یا مرگ ناگهانی قلبی در خانواده

مدیریت مصرف دوز بالا:

کاهش تدریجی دوز متادون ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم معمولاً به خوبی تحمل می شود و بیماران معمولاً گزارش می

کنند که وضعیت هوشیاری و افزایش انرژی بیشتری دارند.

اگر فاصله QT در مردان بالای ۴۵۰ میلی ثانیه و در زنان بالای ۴۷۰ میلی ثانیه باشد باید بیمار پیگیری شود.

وقتی QT به ۵۰۰ میلی ثانیه میرسد ارجاع به متخصص قلب و کاهش دوز متادون باید انجام شود.

۴. قضاوت درمانگر در تعیین وضعیت پایداری در بهاران مهم بوده و باخ مورد توجه قرار گیرد. عدم

احراز یک یا چند مورد از بندهای فوق بصورت خودکار نباید منجر به افزایش دوز گردد. بعنوان مثال

ممکن است درمانگر متوجه آزمایشهای مثبت بهار از نظر مواد افیونی گردد اما به این نتیجه برسد که

مصرف مواد در بهار ریشه در عناد و لجابت با خانواده داشته و از حس وسوسه یا علائم محرومیت

ناشی نمی شود. طبیعتاً در چنین حالاتی درمانگر باید بجای افزایش دوز دارو به مداخلات مشاوره‌ای

درباره بهار و خانواده وی مبادرت نماید. یا در مثالی دیگر، ممکن است بهار بواسطه مصرف مقادیر

بسیار نامتعارف مواد مخدر فرضاً به قصد خودکشی دچار علائم مسمومیت شود. این لزوماً به معنای

کمبود دوز متادون نبوده و نظماًند مداخلاتی دیگر بجای افزایش دوز است. ممکن است از طرفی دیگر

بواسطه شرایط بسیار مطلوب و استثنایی حمایتی، با وجود دوز پایین، تمامی موارد پررنگ فهرست

فوق احراز گردد اما درمانگر بر این باور باشد که ثبات بهار صوری و موقتی بوده و با حذف

حمایتها بهار سریعاً به مصرف مواد مخدر رو خواهد آورد. در چنین حالتی بویژه اگر دوز بهار

کمتر از ۸۰ میلی گرم باشد، درمانگر مجاز است دوز بهار را افزایش دهد.

۵. در جرطن درمان، مواردی از آزمایش ادرار مثبت بصورت جسته و گریخته مشاهده می‌شود. این موارد ممکن است ناشی از مصرف مواد افیونی نسخه‌های مانند کدینی‌لی ناشی از مثبت کاذب تست‌های ادرار باشد. در عده‌ای نفی صرفاً مصرف ماده مخدر توسط بیمار به انگیزه‌های گوناگون است. بهتر است هنگام برخورد با اینگونه موارد از افزایش دوز خودداری کرده و تنها در صورت تکرار آن و مسجل شدن مصرف مواد مخدر در بیمار، دوز بیمار افزوده گردد. در هر حال قضاوت درمانگر در چنین حالاتی بسط رهگشاست.

۶. معری دیگر مکانیسم افزایش دوز بر اساس توضیحات فوق این است که چنانکه بیماری مصرف مواد مخدر دارد، مراجعات وی به درمان نامنظم است، کماکان حالات نشگی را تجربه می‌کند، آزمایش‌های وی مثبت است و موارد مشابه دیگر، با افزایش دوز مواجه خواهد شد در صورتی که دوز بیماری که مراجعات منظم و بدون غیبت داشته و مصرف مواد ندارند و مرتب آزمایش منفی کسب می‌کنند، ثابت خواهد ماند. این مسئله می‌تواند اعتراض و شکایت برخی بیماران و علی‌اطرافین آنها را به همراه داشته باشد و گاهی آنرا نوعی بی‌عدالتی و بی‌حسابی درمان تلقی نمایند. برخی درمانگران نفی اینگونه می‌اندیشند که مسئله بایع برعکس باشد و متادون بیماری که مصرف دارند کاسته شود. در پاسخ به این ابهام علی‌اعتراض بایع اشاره داشت که متادون پاداش نبوده و دوز بیشتر نبایع بعنوان یک مزیت علی‌ارفاق تلقی شود. درمانگر موظف است برای بیمار و بستگان وی توضیح دهد که متادون هیچ جنبه پاداش و تنبی نداشته و مانند سایر داروها فقط بر اساس نظر درمانی تجویز می‌گردد. چنانکه بیماری هنوز به پایداری نرسیده است معری درمان وی هنوز ناکافی است و بایع درمان تقویت گردد و یکی از راههای تقویت درمان افزایش دوز است. در قسمت مداخلات غبی دارویی در درمان نگهدارنده به این مسئله بیشتر اشاره شده‌است

۷. در مرحله دوم، برخی بیماران متعاقب افزایش متوالی و مکرر دوز دچار حالات خواب آلودگی بعد از دریافت دوز علی‌در ساعات بعد از ظهر می‌شوند. این حالات چرت زدن گاهی باعث نگرانی خانواده و بیمار می‌شوند و نشانی از عدم پایداری بودن بیمار هستند. در موارد شدیدتر خواب آلودگی، کاهش دوز توصیه می‌شود. موارد خفیفتر با گذشت زمان خودبخود بهبود می‌یابند.

۸. برخلاف تصور، پائیز شدن با دوزهای بالاتر متادون در مرحله ۲ با خطر کمتر مسمومیت همراه است. می‌دانیم بهارانی که سابقه مسمومیت‌ها ی متعدد و شدید با مواد افیونی داشته‌اند، کاندیدهای مناسبی برای درمان نگهدارنده هستند. در اینگونه بهاران بالاتر بودن دوز متادون، به شرطی که افزایش تدریجی و با احتیاط صورت گرفته باشد، با مصون سازی بیشتری در مقابل مسمومیت همراه است و خطر را در بهاران کاهش می‌دهد. دوز بالاتر به معنی تحمل بیشتر به مواد افیونی و اشباع گیرنده‌های اوبیجینی است که اثر استفاده از مواد مخدر بر روی متادون^۱ را تعدیل می‌کند. یکی از اشتباهات درمانی، پایین نگهداشتن عمدی دوز متادون به منظور کاهش احتمال مسمومیت در صورت استفاده توأم مواد مخدر است. می‌دانیم این عمل نه تنها موثر نیست بلکه بهار را جهت مسمومیت مستعدتر می‌کند.

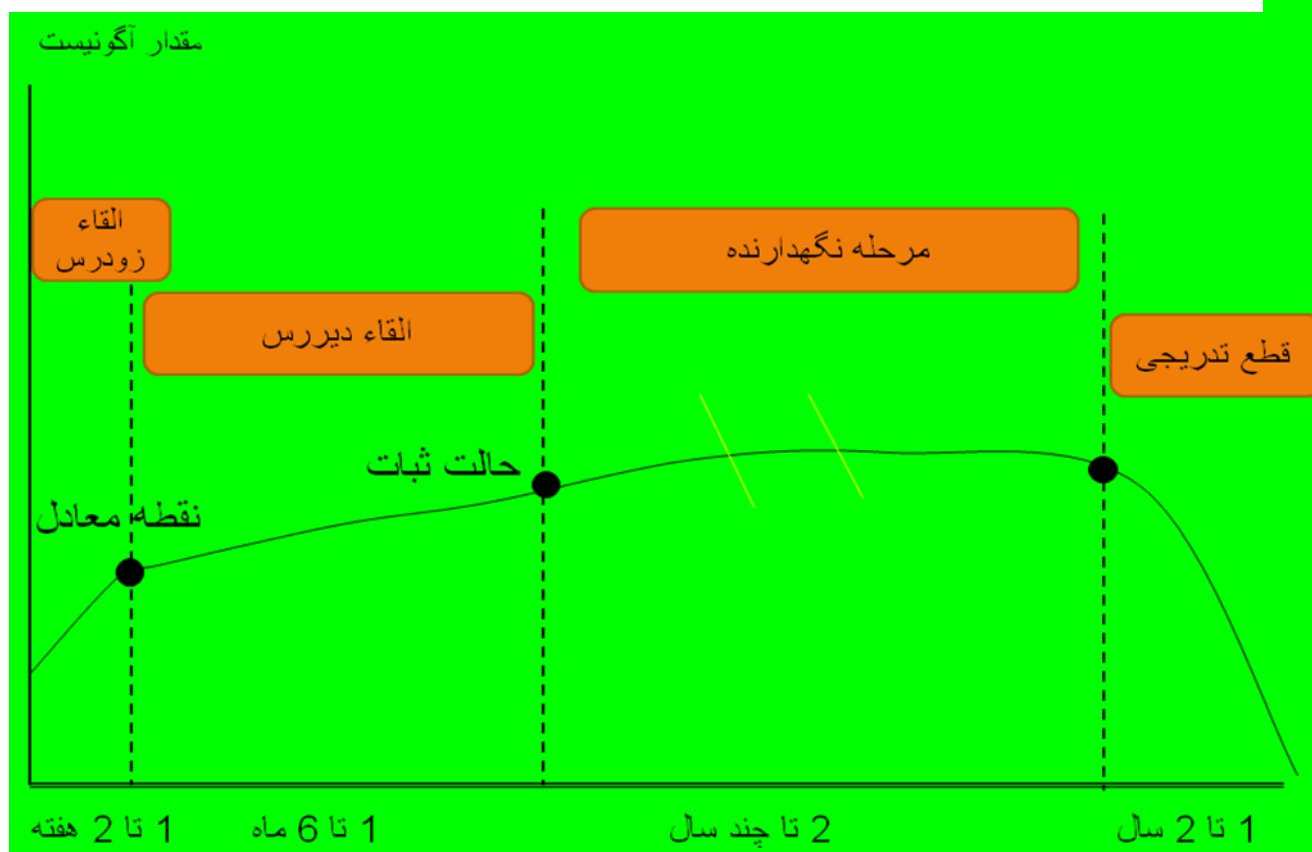
۹. اگر بهار مصرف کننده داروهایی است که متابولیسم متادون را تحت تاثیر قرار می‌دهد ی مبتلا به بهاری‌های کبدی و کلیوی است، تفاویتی در کارایی مرحله ۲ ایجاد نمی‌نماید. اگر بواسطه بهاری ی مصرف مهارکننده‌های آنزیم‌های کبدی، سرعت متابولیسم متادون کاهش یابد، بهار با دوز کمتری به ثبات خواهد رسید. از طرف دیگر، القاء کننده‌های متابولیسم متادون نظیر به دوز بالاتر را ایجاد می‌کنند.

با پائیز شدن بهار و احراز حداقل موارد پررنگ در فهرست فوق مرحله ۲ درمان نگهدارنده به پایان می‌رسد. انتظار می‌رود قریب به اتفاق بهاران طی ۱ تا ۶ ماه به انتهای مرحله ۲ برسند. البته برخی بهاران ممکن است حتی بعد از ۱۸ ماه نیز به ثبات نرسند. در پایان این مرحله مطلقاً نباید تصور شود که درمان بهار کامل شده است. متأسفانه برخی بهاران و خانواده آنها و حتی درمانگران بر این تصور هستند که چون وسوسه و مصرف مواد کنترل شده است و کلیه آزمایش‌ها ی ادرار منفی شده‌اند، پس درمان نگهدارنده کامل شده است. در واقع نقش درمانی درمان نگهدارنده تازه آغاز شده است و بهار باید وارد مرحله ۳ گردد.

مرحله ۳ ی مرحله نگهدارنده: هدف از این مرحله نگهداشتن بهار در وضعیت پائیزی تا بهبود و اصلاح شاخصه‌های عمده فردی، خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی، قانونی، روانی، جسمی و شغلی است. عبارت دیگر بهار آنقدر در وضعیت پائیز شده می‌ماند تا از نظر شاخصه‌های مذکور به یک شهروند معمول و

^۱ Top drug use

متعارف جامعه تبدیلی گردد. این مرحله ممکن است بین ۲ تا ۵ سال بطول انجامد. در عده‌ای نهن متاسفانه هیچگاه شرایط مدنظر مرحله سوم احراز نشده و بهار عملاً تا آخر عمر در مرحله ۳ می‌ماند. در جریان این مرحله معمولاً دوز متادون بی‌ثبات است با توجه به تغییر جثه بهار بی‌افزایش تحمل وی به متادون طی زمان اندکی تغییر نمایی. تغییر دوزها بندرت بیش از ۱۰٪ در سال خواهد بود. در این مرحله مهم است سیستم درمانی بهار را بسوی بازگشت به اجتماع، استقلال فردی، حس مسئولیت پذیری و ارتقاء جنبه‌های روانی اجتماعی سوق دهد. در این مرحله نقش مداخلات روانشناختی و مددکاری پررنگ است و فراهم بودن نظام‌های پیشرفته حمایت اجتماعی به سپری شدن موفقتر این مرحله کمک خواهد کرد. عده‌ای از بهاران صرفاً با گذشت زمان، خودبخود به جامعه باز گشته و پله‌های بهبودی را طی می‌کنند. عده‌ای بدون حمایت قاطع اجتماعی قادر به پیشرفت در این مرحله نیستند. در هر حال افزایش دوز متادون و مداخلات متعارف طی در این مرحله نقش برجسته‌ای نداشته و محور مداخلات بایع بر اجتماع و روان بهار متمرکز باشد.



مرحله ۴ بی‌مرحله جدا شدن تدریجی و ختم درمان: در صورتیکه ارزیابی درمانگر بر این باشد که بهار مرحله ۳ را به اتمام رسانده و از لحاظ شاخصهای روانی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، قانونی، شغلی و جسمی به فرد معمول تبدیلی شده باشد با رضایت بهار می‌توان فرایند مرحله ۴ را آغاز نمود. بایع توجه داشت که چنانکه بهار با وجود احراز شرایط مرحله سوم، علاقمندی راضی به مرحله چهارم نباشد،

درمانگر مجاز نیست که مرحله ۴ را شروع نماید. بیمار می‌تواند تا هر زمان که می‌خواهد در مرحله ۳ بماند. از طرف دیگر در صورتیکه بیماری به باور درمانگر هنوز نیازمند استمرار مرحله سوم باشد، می‌تواند به اختصار خود از درمانگر بخواهد که وارد مرحله ۴ گردد. در مرحله چهارم، متادون بیمار بصورت بسط‌پذیر تدریجی کاهش یافته و سرانجام قطع می‌گردد. میزان کاهش توصیفی شده در حد ۵ تا ۱۰ مطلق گرم در ماه است. از متادون بیمار هر ماه ۵ تا ۱۰ مطلق گرم کاسته شده و در انتهای ماه مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرد. در صورتیکه وضعیت بیمار ثابت مانده و کاهش دوز اثر مخربی بر روی جنبه‌های فوق‌الذکر بیمار نداشته باشد، کاهش دوز بعدی اعمال می‌گردد. معمولاً کاهش‌های دوز اولی به راحتی تحمل شده و تابشی بر کارکردهای فردی، روانی و اجتماعی بیمار نمی‌گذارد. اما با نقصان دوز به زی ۴۰ مطلق گرم، معمولاً فرایند بایع آهسته‌تر و در حد ۵ مطلق گرم در ماه صورت می‌گیرد. در هر مرحله که بیمار و درمانگر احساس نمایند که کاهش دوز اثرات نامطلوبی بر کارکرد بیمار گذاشته است، فرایند کاهش متوقف شده تا بیمار مجدداً به تعادل باز گردد. حتی چنانکه بیمار ابراز دارد اثر نامطلوب شدیدی و ناراحت‌کننده است، می‌توان ۵ تا ۱۰ مطلق گرم به دوز بیمار افزود و کاهش دوز را به بعد موکول کرد. بروز علائم زی‌نشانه این است که کاهش دوز بایع استمرار یابد و بیمار بهتر است در دوز ماه قبل ثابت بماند:

– وسوسه زنی و آزار دهنده

– بروز علائم محرومیت قابل توجه که بیش از ۳ روز

– مصرف مواد افیونی

– مصرف سایر مواد مخدر

– تغییرات خلقی مانند افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و کج خلقی

– اختلال عمده در خواب

– احساس خستگی و کاهش انرژی

– اختلال در کارکرد شغلی

– شکل‌گیری افکار نامحیی، بدبختی به آینده و وضعیت خود،

– هرگونه افکار و اعمال آسیب به خود ولو در حد خود زنی غبی جراحی

– بروز حالات خاص ترک و محرومیت افغنی مانند سندرم پای بیقرار، اشکال در انزال و نعوظ، پرش

عضلانی در حد آزار دهنده

بعبارت دیگر کاهش دوز تنها زمانی مجاز است که با رضایت تام بیمار همراه بوده و اثرات منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی نداشته باشد. هرچا چرین عواضی بروز کند فرایند کاهش با تعویق می‌افتد. مشاهده می‌شود که بیمارانی کاهش دوز متادون تا حد بسط پایینی مانند ۱۰ میلی‌گرم در روز را به راحتی تحمل می‌کنند اما بعد از آن کاهشها ی بعدی با ایجاد علائم فوق توام می‌شود. در چرین افرادی ممکن است درمانگر مجبور شود دوز بیمار را تا مدتها ی مدیی بر روی همان حداقل ممکن نگهدارد. از این بابت محدودیت زمانی وجود ندارد. اما چنانکه در همان حداقل دوز، مجدداً علائم فوق بروز نماید، بایع دوز بیمار تا حدی که به رفع این علائم منجر شود، افزایش یابد.

هیچگونه محدودیت زمانی برای مرحله 3 و 4 درمان نگهدارنده وجود ندارد

لازم است درمانگر و بیمار هر دو، درمان نگهدارنده با متادون را بجای یک تجویز ساده دارو، در قالب یک چرخه درمانی ببینند که از مرحله ۱ آغاز شده و به مرحله ۴ ختم می‌شود. بخشی از مداخلات مشاوره‌ای و روانشناختی در درمان نگهدارنده نفع معطوف به شناسایی و تبیین این چرخه برای بیمار بوده و بایع مد نظر قرار گیرد.

ارائه دوز مقرر متادون:

بهتر است دوز بیمار بصورت شربت یا محلول تجویز گردد بویژه دوزهایی که در مرکز درمانی تحت نظارت مصرف می‌شوند. با اینحال در برخی مواقع شربت موجود نیست ی بیمار مصر است از نوع غبی شربت استفاده کند. کلای دوزهایی که در مرکز ارائه می‌شوند بایع بصورت نظارت شده^۱ در حضور کادر درمانی ملی شوند. همچنین درمانگران که در این مورد اکثراً از گروه پرستاری هستند، بایع از بلع دارو توسط بیمار مطمئن گردد. تقاضای مودبانه برای گشودن دهان و ملی نوشیدن آب بعد از قرصها، منطقی و معقول است. تقاضاهای بیمار مبری بر اینکه در مرکز نمی‌تواند متادون خود را مصرف کند ملی می‌خواهد در ساعتی دیگر دور از نظارت درمانگران متادون خود را ملی نماید پذیفته نیست و مسئله مصرف تحت نظارت مگر در موارد دوز منزل الزامی است.

بهترین زمان مصرف دوز متادون روزانه صبحها و بویژه بین ساعات ۸ تا ۱۰ صبح است. بهتر است تمامی مراکز درمانی تمهیدی برای عرضه متادون در این ساعات بپندیشند. در صورت دوز منزل نمی به بشاران تاکن شود تا دوز خود را قبل از ظهر می نمایند.

در صورتیکه بشار بعد از دریافت متادون دچار استفراغ شود، اگر از زمان مصرف متادون بیش از ۳۰ دقیقه گذشته باشد تجدید دوز ضروری نیست اما اگر کمتر از ۱۵ دقیقه استفراغ نماید، کل دوز را باید مجدداً تکرار نمود. بین این دو زمان عری بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ارائه نصف دوز بعنوان جبران توصیه می شود. البته بخاطر داشته باشی، تکرار استفراغ بعد از هر بار دریافت متادون ممکن است موجب این اصل باشد که متادون بشار بیش از حد تحمل اوست. گاهی کاهش حدود ۱۰ درصد دوز، استفراغهای بعدی را متوقف می سازد.

چند تبصره و نکته مهم درباره تجویز متادون در روز اول:

۱. میدانیم که اثر تخدیر کنندگی و مهار تنفسی و نتیجتاً قدرت مسمومیتزایی مواد افیونی با چرخه

شبانهروزی بدن (circadian rhythm) مرتبط است و هر قدر به شب و ساعات خواب نزدیک

میشوم احتمال همسویی اثر آگونیست با خوابآلودگی طبیعی بیشتر شده و احتمال آپنه تنفسی

افزایش میابد. در واقع بسیاری از موارد مسمومیت و مرگ ناشی از متادون در خواب صورت

میگیرد. جهت اجتناب از این امر لازم است در دوره القاء اولیه بویژه روزهای اول تجویز

متادون، بین دوز متادون و ساعت خواب انسان (صرف نظر از اینکه ممکن است بیمار به خواب

دیر هنگام عادت داشته باشد) حداقل ۵ ساعت فاصله باشد. بنابر این اگر ساعت ۱۱ شب بعنوان

ساعت خواب تلقی شود، آخرین دوز متادون نباید بعد از ۶ بعداز ظهر تجویز شود. این فاصله

علاوه بر اینکه از تداخل اثر خوابآوری متادون با چرخه طبیعی شبانهروزی میکاهد، به بیمار و

خانواده وی فرصت کافی خواهد داد تا در ساعات بیداری علایم مسمومیت را رصد نموده و در

صورت بروز آنها اقدامات لازم را اعمال نمایند. بنابر این بعنوان یک اصل بیاد داشته باشید در

دوره القاء اولیه تجویز متادون بعد از ساعت ۶ بعداز ظهر صورت نگیرد. بدیهی است این

محدودیت مربوط به روزهای اولیه درمان بوده و با استمرار مصرف متادون و ایجاد تحمل به

عوارض آن در هفتههای بعد، تجویز متادون حتی در شبانگاه بلامانع خواهد بود.

از آنجا که بسیاری از مراکز درمان با متادون در ساعات بعدازظهر فعال هستند، لازم است شرایطی فراهم نمایند تا تجویز متادون در مرحله القاء اولیه قبل از ساعت ۶ متوقف شده و ادامه تجویز به روز بعد موکول گردد.

۲. در صورتیکه در هر مرحله از تجویز متادون بیمار دچار خواب‌آلودگی و افت هوشیاری شود باید

تجویز متوقف شده و بیمار تحت نظر قرار گیرد. ترخیص بیمار با حالت خواب‌آلودگی از مرکز

درمانی ممنوع است و باید تا برطرف شدن حالت خواب‌آلودگی یا در مرکز بماند یا به مرکز

مراقبت دیگر ارجاع گردد. البته خواب‌آلودگی ناشی از اضافه دوز متادون گذرا بوده و بعد از ۱ تا

۲ ساعت برطرف میشود. اما بروز این پدیده نشانه خوبی است که احتمالاً میزان متادون تجویز

شده به آستانه سطح تحمل بیمار نزدیک بوده و در حول وحوش دوز معادل است.

۳. در دوره القاء اولیه بویژه در روز اول باید با از تجویز داروهای آرامبخش قوی و کلونیدین

خودداری شود. تصور اینکه برای راحتی بیشتر بیمار و تقلیل علائم وی میتوان از این داروها

استفاده کرد، راه حل مناسبی نیست. زیرا از یک سو همسویی اثرات آرامبخشی این ترکیبات با

متادون احتمال ایجاد مسمومیت را افزایش داده و خطر مرگ و میر را بالا میرد که نقض غرض

در محدودسازی میزان متادون دریافتی در روز اول است. از سوی دیگر حالت خواب‌آلودگی و

تسکین دهنده‌گی ناشی از این مواد مانع رسیدن به تخمین دقیق درباره میزان متادون مورد نیاز در

دوره القاء میشود. در روزهای دوم بعد در مرحله القاء اولیه، میزان وجود علائم محرومیت از

جمله مهمترین شاخصهای تاثیر گذار در تخمین و تنظیم دوز متادون است. محو یا مخدوش

کردن این علائم توسط ترکیبات آرامبخش قوی و کلونیدین، درمانگر را با دشواری مواجه می

سازد. در دوره القاء اولیه باید حداکثر به داروهای آنتیهیستامین و مسکنهای معمول

NSAID بسنده کرد و از تجویز بنزودیازپینها خودداری شود.

۴-۵ ویزیت پزشک

- در دو هفته آغاز درمان بیمار یک روز در میان توسط پزشک ویزیت می شود. ضمن این که در روزهای اول درمان ممکن است لازم به چند بار ویزیت در روز باشد.
- تا هفته دوازدهم درمان، بیمار می‌بایست حداقل یک بار در هفته ویزیت گردد.

- از هفته دوازدهم تا هفته بیست و چهارم، بیمار باید حداقل هر دو هفته یک بار ویزیت شود.
 - پس از هفته بیست و چهارم، می‌بایست بیمار حداقل ماهی یک بار توسط پزشک ویزیت گردد.
 - در صورت مصرف مجدد یا لغزش^۱ یا عود^۲، تعداد ویزیت‌های پزشکی همراه با استفاده از درمان‌های غیر دارویی می‌بایست افزایش یابد.
 - در صورت وقوع حوادث استرس‌زا نیز می‌بایست بیمار بیشتر ویزیت گردد.
- ویزیت روانپزشک:

ویزیت اولیه روانپزشک برای همه بیماران الزامی است و مراجعات بعدی با تشخیص روانپزشک تعیین می‌گردد.

۵-۵ انواع مداخلات غی دارویی در درمان نگهدارنده:

- در صورت امکان و تمایل بیماران، شرکت در جلسات هفتگی گروه درمانی برای بالا بردن کیفیت زندگی بیمار و درمان بسیار مفید است.
- انجام مشاوره توسط روانشناس مرکز در رابطه با موارد زیر کمک‌کننده است:

- مصاحبه انگیزشی

- حصول اطمینان از تأمین سرپناه، غذا و پوشاک

- درگیری‌های قانونی

- مهارت‌های زندگی

- کنار آمدن با استرس

- آموزش درباره کاهش آسیب

- مشاوره خانواده و تربیت فرزندان

- عدم استفاده از مواد غیرقانونی و پیشگیری از عود مصرف آنها

- ارائه خدمات مددکاری در زمینه‌های زیر توصیه می‌شوند:

- سرپناه، نیازهای عادی اولیه زندگی

- درگیری‌های قانونی

- مسائل و درگیری‌های شغلی

¹ Lapse

² Relapse

- یاری در یافتن محل شغل

- مسائل خانوادگی

- مشکلات مالی در رابطه با درمان

- توصیه می‌شود بستگان نزدیک در صورت امکان و تمایل مشاوره خانواده دریافت نمایند.

مداخلات غبی دارویی در درمان نگهدارنده:

چقدر ارائه خدمات غبی دارویی در موفقیت درمان موثر است؟ آلی الزامی به انجام خدمات مشاوره، رواندرمانی و مددکاری در درمان نگهدارنده وجود دارد؟ آنچه بعنوان اصل مطرح است و همه بر آن اتفاق نظر دارند ۲ اصل زی است:

۱. امکان ارائه درمان نگهدارنده بدون انجام مداخلات روانشناختی خاص وجود دارد و در بستری از

کشورها شایع است. این گزینه به "مدیست پزشک" معروف است و در جرطن آن پزشک به تنهایی

مدیست درمانی بیمار را بعهده می‌گیرد. معمولاً به جلسات وینیت هفتگی و آنهم در حد ۲۰ دقیقه

برای هر جلسه بسنده شده و پزشک بسان سایی بیماری‌های طب داخلی با مشکلات بیمار برخورد

می‌کند. کل فرایند آموزش، ارزیابی، تعیین دوز و مشاوره در حد امکان در جلسه کوتاه وینیت ارائه

می‌شود. اثربخشی درمان نگهدارنده حتی با این حد کم درگیری درمانگران به اثبات رسیده و مقبول

است.

۲. با افزایش اقدامات مداخله‌ای غبی دارویی مانند مشاوره، رواندرمانی، رفتاردرمانی، آموزش بیمار و

خانواده، خانواده درمانی، بازتوانی، حرفه‌آموزی و مدیست مشروط بر میزان موفقیت درمان نگهدارنده

افزوده می‌شود و نتایج حاصل از درمان درخشانتر می‌گردد.

بنابر این درمان نگهدارنده بدون مداخلات غبی دارویی نفع مجاز و منطقی است اما افزودن اینگونه مداخلات

باعث بهبود نتایج می‌شوند. اما متأسفانه درباره اینکه کدام مداخلات غبی دارویی بهترین نوع مداخله بوده و بی

هزینه-اثربخشی و هزینه-فایده آنها چگونه است ابهامات زیادی وجود دارد. بعنوان مثال مشخص شده که

ارائه ۳۰ دقیقه مشاوره هفتگی می‌تواند موارد آزمایش ادرار منفی در درمان نگهدارنده را به نصف تقلیل دهد

اما افزایش جلسات مشاوره به ۳ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای در هفته ارجحیت چشمگیری به یکبار در هفته ایجاد نمی-

کند و تنها هزینه اضافی بر نظام درمانی تحمیل خواهد کرد.

نکاتی در مورد مداخلات روانشناسی:

^۱ PM: physician management

مداخلات گوناگونی برای افزایش موفقیت و کارایی درمان نگهدارنده توصیف می‌شود که فهرستی از آنها و توضیح مختصر هریک در قسمت زیر آمده است:

مدیعت بهار^۱ - در این مداخله نظای کوتاه مدت و دراز مدت بهار بکمک مصاحبه و جلسات مشاوره شناسایی شده و درمانگر (معمولاً روانشناس یا مددکار اجتماعی) به اتفاق بهار راههای کوتاه مدت و دراز مدت رسیدن به آنها را تعیین کرده و به حل موردی مشکلات می‌پردازند. نظای درمانی و مکمل هر بهار منحصر بفرد است و حل درست و بموقع آنها مانع عود شده و اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد. یک نفر روانشناس یا مددکار اجتماعی مسئولیت تعداد معینی بهار را بعهده گرفته و به کمک آنها راهبردها و راهکارهایی برای حل مجموعه از مشکلات هریک را تنظیم می‌کند. آنگاه بهاران را در رسیدن به اهداف طاری می‌دهد.

مشاوره^۲ - مشاوره می‌تواند حتی در قالب جلسات کوتاه و محدود اثربخشی محسوسی در حل مشکلات بهار و آموزش او در یافتن راه حل‌های بهتری برای خود داشته باشد. معمولاً جلسات بصورت ۳۰ دقیقه‌ای است و توسط روانشناس، مشاور، مددکار و حتی در صورت آموزش توسط پرستار ارائه می‌گردد. افزودن رویکردهای مصاحبه انگیزشی^۳ در مشاوره‌ها به افزایش اثربخشی آن کمک می‌کند. در اینگونه مشاوره‌ها سعی می‌شود با مقاومت‌های بهار مستقیماً مقابله نشده بلکه با واگذاری نقش فعال و مسئولانه به وی و گوش دادن فعال به مشکلات و بر مقاومت‌های او لغزیده و او را تشویق به ادامه درمان و مصرف متادون نمود.

از آنجاییکه درمان نگهدارنده یک مداخله دراز مدت است، لازم است بهار از ابتدای امر بر طولانی بودن مداخله واقف بوده و در جریان مشاوره فواید و مضار ورود به درمان را بسنجد. بهار بواسطه درمان، اموری را مانند اعتبار از دست رفته، بهبودی ظاهر، حذف وسوسه و افسردگی بدست خواهد آورد اما همزمان ممکن است اموری را از دست دهد. بعنوان مثال آزادی مسافرتی صرف ساعات زیادی از اوقات خود در مراجعه روزانه به مرکز درمانی در زمزه آن چینی‌هایی است که بهار از دست می‌دهد. در مشاوره انگیزشی، درمانگر به ترسیم نمایی تعادلی از آنچه در درمان به دست می‌آید در مقایسه به آنچه از دست می‌رود می‌پردازد. این نما که گاهی تحت عنوان "ترازوی تغییر" از آن یاد می‌شود به بهاران کمک می‌کند بر دودلی^۴ خود غلبه کرد و با تصمیم آگاهانه وارد درمان شوند. از دیگر موارد عمده مشاوره، پرداختن به نگرانی بهار از عوارض احتمالی درمان نگهدارنده است. خانواده‌ها و بهاران از طولانی بودن آن مضطرب شده و گاهی درمانگر را بخاطر این درمان سرزنش می‌کنند. گاهی نئی انتظارات نامعقول بهار از درمان و عدم تامل آنها، نگرش بهاران را به درمان منفی می‌سازد. تصور این‌که درمان نگهدارنده قرار است تمام توان از دست رفته روانی

^۱ Case management

^۲ Counseling

^۳ Motivational interviewing

^۴ Ambivalence

بهار را بوی بازگرداندی او را قادر به حل مشکلات زندگی نمایی از جمله این باورهاست. مشاور به ترسیم نمایی واقعی از اثربخشی درمان می‌پردازد.

جهت ارتقاء کیفیت مشاوره و تسهیل اجرای آنها و آموزش به پرسنل درمانی برنامه‌های ساختاری مشاوره نقش تنظیم شده است که بدانها اشاره خواهد شد.

مدیریت مشروط^۱ - در این حالت برای موفقیت‌ها ی درمانی بهار پاداشها یی (بی‌برعکس برای ناکامی‌های وی مجازاتها یی) در نظر گرفته می‌شود. این پاداشها می‌توانند حتی جنبه مالی داشته باشند و به قی قرعه بهار افراد موفقتر تعلق گیند. بعنوان مثال برای هرنوبت آزمائش ادرار منفی بهار، کارت ی ژتونی تعلق گرفته و در انتهای هر هفته ی ماه به قی قرعه به یک ی چند کارت هدیه نقدی ی غی نقدی تعلق می‌گید. گاه ی نقش قرعه‌کشی در میان نبوده و به تمامی واجدین شرایط پاداش ی هدیه‌های داده می‌شود. جالب است بدانید پشوانه علمی اثربخشی مدیریت مشروط با وجود سهولت اجرا و سادگی نظری، بیش از سایر مداخلات بوده و بیشتر از آنها شواهد علمی معتبر در تایید آن وجود دارد. البته درباره میزان پاداشها، زمانبندی ارائه آنها، قرعه ی غی قرعه بودن انتخاب دریافت کنندگان و نقدی ی غی نقدی آن اختلاف نظر وجود دارد اما ظاهراً طیف وسیعی از مداخلات با رویکرد مدیریت مشروط موفق هستند.

گروه درمانی حمایتی - در برخی مراکز جلسات گروه درمانی غی ساختاری با شرکت بهاران و درمانگران تشکیلی می‌گردد. این گروهها معمولاً در کاهش استرس بهاران و یادگیری راهکارهایی برای مبارزه با مشکلات روزمره و اجتناب از عود و وسوسه موثر هستند. همچنین منبع بی‌نظمی برای دریافت حمایت روحی و روانی هستند. هدایت گروهها را حتی می‌توان به معنادان با سابقه بهبودی بالا واگذار کرد. انجام این گروهها با حضور ۱۰ تا ۱۲ بهار و یک تا دوبار در هفته قویاً توصیه می‌شود.

آموزش بهار و خانواده - آموزش بهار و خانواده به صورت فردی ی گروهی ی یکی از ارکان مهم درمان نگهدارنده است. این درمان از منطق خاص خود برخوردار است و متأسفانه نه تنها گاه ی بهاران و خانواده آنها در باره ماهیت و عملکرد آن دچار خطا می‌شوند بلکه در مواردی درمانگران نقش برداشتهای نادرستی از ماهیت آن دارند و اطلاعات غلطی را به بهاران منتقل می‌کنند. آموزش بهار و خانواده وی بصورت مجزا ی مشترک در قالب ۲ تا ۴ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای توصیه می‌شود. این آموزش جهت سهولت و افزایش تعامل می‌تواند در قالب گروههای ۱۵ تا ۲۰ نفره با حضور چند بهار و خانواده برگزار گردد. البته بهاران باید از نظر جسمی در حالت مساعدی باشند تا بتوانند در آموزشها شرکت نمایند. از اجرای آموزش برای بهارانی که به تعادل جسمی نرسیده و از علائم مختلف بدنی شاکی هستند باید تا زمان رفع این علائم خودداری کرد. رئوس مطالبی که باید پوشش داده شود به قرار زیر است:

^۱ Contingency management

– اعطد چیست؟

– چرا اعطد را بیماری می‌دانیم؟

– چرا بعضی انسانها معتاد می‌شوند؟

– علام اعطد چیست؟

– مواد افیونی کدامند؟ و چه اثراتی دارند؟

– مواد محرک چیست؟ و علام مصرف آن کدامند؟

– برای درمان اعطد چه راههایی وجود دارد؟

– درمان نگهدارنده چیست؟ چرا درمان نگهدارنده موثر است؟

– درمان نگهدارنده برای چه کسانی مناسب است؟

– به غی از درمان نگهدارنده، چه گزینه‌هایی برای بیماران وجود دارد؟

– چند و چون و شرایط اجرای آن کدام است؟

– آلی درمان نگهدارنده خود اعطد نیست؟ چه تفاوتی بین درمان نگهدارنده و اعطد به مواد مخدر وجود دارد؟

– اثرات و شریه اثر متادون (لی‌بوپرنورفین) چیست؟

– درمان نگهدارنده تا چه مدت باید ادامه یابد؟

– برای اثر بهتر درمان نگهدارنده چه کارهایی می‌توان انجام داد؟

– چند باور غلط درباره متادون (لی‌بوپرنورفین) و درمان نگهدارنده به بحث گذاشته شود

– ضوابط اجرایی و مقررات درمان نگهدارنده (از جمله سلیست قطع اجباری درمان و مسئله هزینه درمان) و ضرورت انجام آنها توضیح داده شود.

- ضرورت آزمایش ادرار و تفسیر آن برای بیمار و خانوادهها توضیح داده شود.

- علائم مسمومیت افیونی و بیش مصرف متادون بطور کامل توضیح داده شود.

- تداخلات دارویی در درمان نگهدارنده توضیح داده شود.

- حقوق بیماران در درمان کدامند؟

- استفاده از سای درمانها از جمله شرکت در جلسات NA و ارتباط آن با درمان نگهدارنده به بحث گذاشته شود.

- مصرف خودسر دارو و متادون به بحث گذاشته شود.

- لزوم "فعالسازی" رفتاری در درمان نگهدارنده گوشزد گردد. به قسمت زیر مراجعه نمایید.

- بیماران جهت شرکت در جلسات مشاوره و بهره‌مندی از خدمات غی دارویی تشویق شوند.

- راههای مناسب برخورد با فرد معتاد چیست؟

- جایگاه بی‌اعتمادی خانواده به بیمار و تاثیر آن بر درمان به بحث گذاشته شود.

- برای بی‌اعتمادی خانواده چه باید کرد؟

- برای مشکلات شایع در درمان از جمله کاهش انرژی، افسردگی، بی‌خوابی و ناتوانی در انجام کار چه

راه‌حل‌های درست و نادرستی وجود دارد.

- مشکلات شایع و سوالات بیماران و خانوادهها پاسخ داده شود.

بخاطر داشته باشید که در دراز مدت اثر آموزش خانواده ملموس‌تر و با گذشت زمان متوجه خواهید شد که وقت و هزینه‌ای که صرف آن کردید به بهبود ماندگاری بیمار در درمان و موفقیت وی کمک قابل توجهی کرده است. این آموزشها را می‌توان توسط هر یک از درمانگران مرکز اعم از مشاور، روانشناس، مددکار، پرستار یا پزشک ارائه داد. حتی می‌توان بخشی از آن را بصورت فطم برای بیماران و خانواده آنها به نمایش گذاشت و طی در قالب کتابچه آموزشی تهیه کرده و در دسترس آنها قرار داد.

فعالسازی رفتاری^۱ - یکی از کوتاه‌های عمده در درمان نگهدارنده که سرانجام ممکن است درمان را به بن‌بست برساند عدم توجه به فعالسازی است. این کوتاه‌ای از آنجا نشأت می‌گیرد که تصور می‌شود اگر بیمار به هر طریقی از جمله بکمک متادون مصرف مواد مخدر را قطع کند، خودبخود مسری بهبودی را طی خواهد کرد. عبارت دیگر قطع مصرف نه تنها اولویت اصلی بلکه تنها اولویت درمان در می‌آید. در سری درمان و بویژه درمان نگهدارنده در مدت کوتاه‌ای بعد از آنکه بیمار بر روی آگونیست به ثبات می‌رسند، احساس رضایت بالایی از شرایط خود پیدا می‌کنند و مشکل خود را تمام شده تلقی می‌کنند. اما بعد از گذشت چند ماه از درمان بستری به یک حالت اِستیایی و رکود می‌رسند و پی‌وصلگی^۲ و افسردگی گریبان آنها را می‌گیرد. از این حالت گاهی بعنوان "دیوار"^۳ یاد می‌شود و یکی از چالش‌های درمان نگهدارنده است.

نکته مهم این است که علاوه بر توقف مصرف مواد مخدر، سوق دادن بیمار به سوی بازگشت به کارکرد طبیعی و زندگی معمول به همان اندازه مهم و کلیدی است. با این اعتراف کرد که متأسفانه این وجه از درمان نگهدارنده مغفول بوده و اکثراً بدان توجه نمی‌شود. درمانگر علاوه بر ارزیابی و نظارت مستمر بر عدم مصرف مواد مخدر باید روند بازگشت بیمار به سطح فعالیت طبیعی را نیز دنبال نماید. برخی بیماران ترجیح امور را اینگونه می‌بخشند که در درمان نگهدارنده مانده و بعد از آنکه مواد را کاملاً کنار گذاشتند و از وسوسه و میل مصرف دوری کردند سرانجام از درمان نگهدارنده جدا شده و بعد به زندگی خود باز می‌گردند. در حالیکه بازگشت تمام‌عطر به زندگی عادی نه بعد از درمان که هنگام درمان نگهدارنده باید صورت گیرد. بیمارانی که درمان نگهدارنده را فقط برای دوری جستن از مواد می‌خواهند و هنگام استفاده از آن تلاشی جدی برای بازگشت به زندگی عادی ندارند دی‌ال زود دچار افسردگی، پی‌وصلگی و سرخوردگی از درمان می‌شوند. متعاقب این حس سرخوردگی ممکن است به مصرف سایر مواد مخدر از جمله متامفتامین^۴ الکل و تپلورند^۵ طی مرتباً متادون خود را افزایش دهند. یکی از دلایل تقاضای مکرر و پی‌قفه برای افزایش دوز متادون رسیدن به حالت رکود و اِستیایی در درمان نگهدارنده و عدم فعالسازی به موقع است. بیمار برای فرار از خلق منفی و احساس سستی، ناتوانی و بی‌انگیزی متقاضی افزایش دوز خود می‌شود به این امید واهی و زودگذر که به کمک متادون مختصری از علائم خود را کاهش دهد. محورهای عمده فعالسازی که لازم است درمانگر پی‌گیری آنها باشد به قرار زیر است:

۱- جسمی و فیزیکی - بیمار از نظر فعالیت فیزیکی به سطح طبیعی جامعه بازگشته و آمادگی جسمی

وی معادل افراد نرمال جامعه گردد. بدیهی است این حالت با ورزش و برنامه منظم تمرین بدنی

می‌آید.

^۱ Behavioral activation

^۲ Boredom

^۳ The wall

- امور شخصی- بهار بای در جرطن درمان نگهدارنده بتدریج کای امور شخصی خود را شخصاً انجام دهد و درمانگر بای پیگی این سری بهبودی باشد.

- فعالیت روزانه- در جرطن اعظم فعالیت روزانه بهاران شامل خواب، غذاخوردن، ورود و خروج از منزل جنبه نامنظم و بهم ریخته می‌گید. در جرطن درمان، درمانگر بای به اصلاح سبک زندگی بهار همت گمارد. بدین منظور گاهی از برنامه‌های مدون رفتاری برای پایش و نظارت بر کای فعالیتها ی روزمره استفاده می‌شود.

- کار و اشتغال- بهار بای بتواند فعالیت شغلی سازنده و رضایتبخش را دنبال کند. درمانگر موظف است در جرطن جلسات مشاوره پیگی این امر بوده و او را هدایت و تشویق نماید. البته طبعاً ایجاد اشتغال از وظایف درمانگر نیست و مسئولیتی در قبال این مسئله ندارد.

- تفریح و سرگرمی- بهار بای قادر باشد برای اوقات فراغت خود فعالیتها ی مفرح و سرگم کننده ترغیب داده و فعالانه آنها را پیگی نماید. نبای تصور شود این مسئله جنبه تجملی دارد. بهارانی که بعد از گذشت ۶ ماه از درمان نگهدارنده از یافتن جایگزینی که بتوانند از آن لذت ببرند باز می‌مانند در معرض عود ی شروع مصرف مواد مخدر دیگر هستند.

- معاشرت‌ها - بهار با ورود به درمان، گروه وسیعی از معاشران و دوستان مصرف کننده خود را از دست خواهد داد و اگر از یافتن دوستان جدید باز بماند و نتواند به حلقه‌های صمیمی از افراد سالم غی مصرف کننده بپیوندد دی ی زود به دیار می‌رسد. درمانگر بای پیگی و مشوق بهار در حرکت به این سوئی باشد.

بطور خلاصه یادآوری می‌گردد که درمان نگهدارنده موفق دارای دو بعد بازدارنده از مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر و سازنده در جهت باز گشت به روابط طبعی و مفرح زندگی و یافتن جایگزینهای (آلترناتیوهای) مثبت است. غفلت از وجه دوم درمان نگهدارنده ی موکول سازی آن به بعد از اتمام درمان نگهدارنده، ناقض روح و فلسفه یک درمان موفق است. به محض آنکه بهار از نظر علائم محرومیت مواد افیونی و مشکلات عمده روانپزشکی به ثبات برسد بای برنامه‌های فعالسازی در دستور کار قرار گیند. قراردادهای درمانی-استفاده از قرار دادهای درمانی کوتاه مدت، مشخص و ساده یکی از روشها ی برقرار موفق مداخله غی دارویی است. قطع مصرف برای یک روز، حصول یک آزمایش ادرار منفی، یکساعت

ورزش در ۲ روز آلوده، رفتن به یک مهمانی، تلفن زدن به ۲ نفر از دوستان قدیمی، پرداخت قبض آب و برق و شستن اتومبیل می‌توانند هر کدام یک قرار داد درمانی باشند. بهار با انجام موفق هر قرارداد درمانی، متعهد به انجام یک قرار داد دیگر با مختصر تعهد بیشتر و فراگیری‌تر می‌گردد. با این توجه داشت در این تکریک از متعهد سازی به موارد دراز مدت، کاری، مبهم و متعدد خودداری می‌شود. بعنوان مثال امتناع از مصرف مواد مخدر، منضبط بودن در ملاقاتها، عدم تاخیر در انجام کارها، عصبانی نشدن در کارها و غیبه محتوای مناسبی برای قرارداد نیستند.

رواندرمانی شناختی رفتاری- این مداخلات با بهره‌گیری از مدل‌های کلاسیک رواندرمانی شناختی و رفتاری به بهار در کنترل وسوسه، گریز و مصرف ناخواسته ناگهانی، افکار منفی درباره مواد و رفتارهای خودکار جستجوی مواد کمک می‌کنند. برخی مداخلات فراتر رفته و مواردی چون کنترل خشم، مقابله با استرس‌های محیطی و برخورد با خانواده را نیز در برمی‌گیرند. رواندرمانی‌های شناختی رفتاری جنبه تخصصی‌تر داشته و نیازمند درمانگر بویژه روانشناس بالینی با تجربه و آموزش بیشتر است. معمولاً در قالب جلسات فردی ارائه می‌شود و می‌تواند حدود ۲۴ تا ۳۶ جلسه را در برگیرد.

مداخلات کوتاه مدت ساختاری^۱- اثربخشی مطلوب و نیاز به اجرای مداخلات روانشناختی استاندارد و با کیفیت از یکسو و نبود درمانگر باتجربه و آموزش دیده از سوی دیگر، عده‌ای را بر آن داشت تا به تعریف مداخلات ساختاری خاص در قالب بسته‌های^۲ درمانی غنی دارویی اقدام نمایند. این بسته‌ها معمولاً آمیخته‌ای از تکریک‌های فوق است و طراحی ساختار یافته آن به درمانگر کمک می‌کند تا درمان را در قالبی مطلوب و استاندارد عرضه دارد. ضمناً به دلیل ساختار تعریف شده و چارچوب معین مداخلات، آموزش آنها به درمانگران بسط ساده‌تر است. این بسته‌ها معمولاً ۱۲ تا ۲۴ ساعت را در برمی‌گیرند و شامل اجزایی چون آموزش، مشاوره انگیزشی، قراردادهای متعدد کوتاه مدت، بازخورد مثبت به موفقیتها، ثبت و نظارت به‌شرف بهار چه در کاهش مصرف و رفتارهای پرخطر و چه در بهگیری فعالسازی رفتاری، بکاربری چند تکریک در کنترل وسوسه و خشم و سایر تکانها، پایبندسازی و متعهد نمودن به مراجعه و مصرف متادون و بهگیری تلفری را در بر می‌گیرند.

^۱ Brief structured interventions
^۲ Package

۵-۶ ارزیابی نتایج درمان

درمان با متادون (در صورت موفقیت) کم و بیش با نتایج زیر همراه خواهد بود (که در این پروتکل توسط پرسش‌نامه مادزلی سنجیده می‌شود):

- مصرف مواد غیر قانونی کاهش می‌یابد.
 - مصرف سایر مواد کاهش می‌یابد.
 - شیوه زندگی بیمار نظم بیشتری می‌یابد.
 - کارکرد و موقعیت خانوادگی و اجتماعی وی بهبود پیدا می‌کند.
 - وضعیت سلامت جسمی و روانی وی بهبود می‌یابد.
 - رفتارهای غیر قانونی وی کاهش می‌یابند.
 - پیشرفت روند سایر بیماریهای همراه مانند ایدز کندتر می‌شود.
- علاوه بر اینها برای ارزیابی نتیجه درمان می‌توان از ارزیابی‌های روانشناختی، مانند شاخص درمان با مواد افیونی استفاده کرد.

۵-۷ بیماران با نیازهای خاص

۵-۷-۱ بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی (HIV+)

- معتادان تزریقی آلوده به ویروس نقص ایمنی باید برای درمان با متادون در اولویت قرار گیرند.
- در صورت دشواری در اداره این بیماران به علت مشکلات رفتاری و پیچیدگی‌های خاص آن بهتر است به مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (مراکز مثلثی یا بهداشتی- درمانی مرجع) ارجاع شوند.
- دقت در رعایت اصول بهداشتی برای پیشگیری از آلودگی بای د برای همه بیماران (صرفنظر از وضعیت ویروس نقص ایمنی) در نظر گرفته شود، باید توجه داشت که در دوره پنجره‌ای^۱ با وجود آلودگی بیمار، نتیجه آزمایش منفی گزارش می‌شود.
- در صورت مصرف داروهای آنتی رتروویرال توسط بیمار، باید احتمال تداخل دارویی مهارکنندهای پروتئاز با متادون را در نظر داشت.

¹ Window Period

مزایای استفاده از متادون در زنان باردار

- از آسیبهای ناشی از ناخالصی مواد غیر قانونی جلوگیری می‌کند.
- مقدار مصرفی متادون مشخص و مصرف آن منظم است.
- از بروز دوره‌های خماری که می‌تواند باعث سقط، کاهش رشد جنین یا مرگ درون رحمی شوند، پیشگیری می‌کند.
- نارسای جنین را کاهش می‌دهد.
- بروز اختلالاتی رشد درون رحمی را کاهش می‌دهد.
- مراجعه برای مراقبتهای دوران بارداری را افزایش می‌دهد.
- به طور کلی مقدار تجویز متادون در دوران بارداری باید:

- به اندازه کافی بوده تا باعث قطع استفاده مواد غیر قانونی شود.

- علائم ترک و خماری بروز نکند، کاهش مقدار تجویزی حتی در دوران آخر بارداری به علت

خطر سوء مصرف سایر مواد توصیه نمی‌شود. به هر حال آسیب رفتار تزریقی برای جنین بیشتر از متادون است.

- دو تا سه ماه پس از زایمان ادامه یافته و در صورت نیاز کاهش داده شود.

معمولاً در بارداری مقدار مورد نیاز متادون به علت افزایش حجم پلاسمایی و سوخت و ساز متادون افزایش می‌یابد. در دوران بارداری احتمال تجربه علائم ترک بیشتر است و این به نوبه خود ممکن است به قطع درمان و عود مجدد مصرف مواد غیر قانونی منجر شود.

برای بسیاری از زنان باردار ممکن است تجویز متادون در دو دوز منقسم روزانه ضروری باشد. با توجه به وضعیت بالینی بیمار، ممکن است انعطاف‌پذیری بیشتری در رابطه با مراجعه روزانه لازم باشد.

درمان علائم ترک در نوزاد متولد شده از مادر تحت درمان با درمان نگهدارنده با متادون

حدود سه چهارم نوزادان متولد شده از مادران معتاد به اویپوئیدها (هروئین، مورفین، متادون) نشانگان ترک را تجربه می‌کنند. از آنجا که نیمه عمر متادون طولانی است، ظهور علائم ترک ممکن است با تأخیر شروع شده و برای هفته‌ها ادامه یابد. این علائم معمولاً در ۷۲ ساعت اول پس از تولد رخ می‌دهند. علائم ترک به صورت بی‌قراری، لرزش، گریه با فرکانس صوتی بالا^۱، هیپرتونیسیت، خواب و تغذیه نامناسب،

¹ High pitch cry

خال خال شدن پوست^۱، خمیازه، استفراغ، اسهال، تعریق، تشنج، خراشیدگی پوست^۲ و هیپرونتیلیسیون و در نتیجه آکالوز تنفسی است. تشنج‌های ناشی از ترک می تواند جان نوزاد را تهدید کند.

داروی انتخابی درمان علائم ترک نوزادان، اویپاتها (داروهای افیونی) می باشند. با این حال علائم خفیف ترک با بغل کردن و تکان دادن کودک و شیردادن مکرر درمان می شود. علائم شدید با شربت پارگوریک^۳ که ۱۰ میلی گرم مورفین در سی سی دارد و ۲۵ بار با آب رقیق شده است، به میزان ۲ قطره خوراکی هر ۴ تا ۶ ساعت در صورت نیاز تجویز می شود. شربت پارگور یک در ایران در دسترس نمی باشد. داروی دیگر فنوباریتال است که به میزان ۵ تا ۷ میلیگرم در کیلو گرم در روز (5-7mg/kg/d) به صورت خوراکی یا عضلانی در سه دوز منقسم در کنترل علائم ترک کمک می کند. پس از تخفیف علائم، دارو در عرض چند روز تا چند هفته کاسته شده و قطع می شود. در کنترل علائم ترک در نوزادان می توان از محلول خوراکی مورفین و نیز از د یازپام استفاده کرد. بهتر است این درمان‌ها تحت نظارت متخصص کودکان انجام گیرد.

(توضیحات بیشتر و کاملتر در پروتکل ابلاغی درمان سوء مصرف مواد در دوران بارداری، زایمان و شیردهی ارائه شده است)

۳-۵-۷ بیماران با بیماری روانپزشکی همراه

- از آغاز درمان باید به طور خاص به سابقه و وضعیت روانپزشکی بیماران توجه کرد.
- سوء مصرف مواد با شیوع بالای اختلالات روانپزشکی همراه است. این اختلالات شامل اختلالات خلقی (به خصوص افسردگی)، اختلالات اضطرابی، اختلال شخصیت و سایکوز می شوند.
- در این بیماران به خطر خودکشی باید به طور خاص توجه کرد.
- برخی از بیماران باید برای درمان به مراکز تخصصی با امکانات درمان اختلالات روانپزشکی ارجاع شوند.
- در صورت وجود علائم خفیف تا متوسط افسردگی یا اضطراب، می توان از تجویز داروهای ضدافسردگی خودداری نمود. چرا که مطابق با مطالعات انجام شده، پس از ۲ هفته از شروع درمان نگهدارنده با متادون این علائم به میزان قابل ملاحظه‌ای تخفیف میابد.
- در صورت نیاز به تجویز داروهای ضد افسردگی، داروهای اختصاصی مهار کننده سروتونین^۴، مانند سیتالوپرام و فلوکستین، بر داروهای دیگر به خصوص داروهای سه حلقه‌ای ارجحیت دارند.

² Mottling

³ Skin excoriation

⁴ Paregoric

¹ SSRIs

متادون یک اویپوئید قوی با اثر اثبات شده ضددرد است. نقش مثبت آن در درمان درد مزمن من جمله سرطان به خوبی نشان داده شده است. به علت موفقیت درمانی آن در بیماران معتاد، استفاده از آن در بیماران با درد مزمن که به طور ثانویه به مواد افیونی معتاد شده‌اند کاملاً به جا و منطقی است. برای این بیماران نیز درمان با متادون مشابه درمان بیماران دیگر معتاد به مواد افیونی توصیه می‌شود. از جمله این که مقدار مصرفی تحت نظارت پرسنل بهداشتی در مراکز درمانی ارائه شود.

بیماران تثبیت شده در درمان متادون ممکن است در صورت بروز درد به مقادیر بیشتر دارو برای تسکین درد نیاز داشته باشند. در هر صورت درمان درد در این بیماران دشوارتر از افراد عادی است. در کنار متادون برای تسکین درد می‌توان از سایر داروهای درمان درد مزمن استفاده کرد. تجویز فیزیوتراپی، مشاوره و مداخله در بحران نیز در بسیاری از مواقع کمک کننده هستند.

۸-۵ دوز منزل

ممکن است بیماران متادون را مورد سوء مصرف قرار دهند و احیاناً برای نشئگی بیشتر با سایر مواد، نظیر بنزودیازپینها و الکل مخلوط کرده و یا آن را تزریق نمایند.

یکی از پدیده‌های رایج در سوء مصرف مواد مصرف مشترک آن توسط گروه هم‌سان^۱ است. گاهی اوقات مرگ ناشی از متادون به واسطه شراکت در مصرف متادون برده شده به منزل با دوستان یا بستگان رخ می‌دهد. گاهی اوقات نیز مرگ بعثت دزدی و مصرف متادون برده‌شده به منزل توسط اشخاص دیگر رخ داده است. متادون در مقادیر بالا سمی است. همانطور که پیشتر گفته شد، دوز مقادیر درمانی و مسموم کننده بسیار به هم نزدیک است. مقدار ۳۰ تا ۴۰ میلی گرم متادون که به خوبی توسط فرد تحت درمان تحمل می‌شود، ممکن است باعث مرگ سایرین شود. کودکان به طور خاص نسبت به مسمومیت آسیب پذیرند.

با این وجود ارائه دوز منزل در مواقعی که درست انجام شود باعث کاهش زحمت آن دسته از بیماران می‌گردد که قصد بازگشت مجدد به جامعه و از سرگیری وظایف شغلی و خانوادگی خویش را دارند. برای مواقع خاص همانند مأموریت شغلی، مسافرت و تعطیلات نیز بسیاری اوقات بردن متادون به منزل ضروری می‌شود. لذا بردن متادون به منزل در باقی ماندن بیمار در درمان بلند مدت بسیار کمک کننده است. تصمیم‌گیری در مورد بردن متادون به منزل باید با در نظر گرفتن خطرات احتمالی برای بیمار و اطرافیانش از یک سو و راحتی بیمار از سوی دیگر صورت پذیرد.

- در درمان متادون اصل بر مراجعه روزانه برای دریافت متادون مصرفی است.

- مراجعه روزانه باعث تحکیم پیوند با نظام درمانی و در نتیجه باقی ماندن طولانی‌تر در درمان می‌گردد.
- بیماران مشکلات زیادی دارند و در صورت ارتباط روزانه بخشی از آنها با پرسنل مطرح و از بار آنها کاسته خواهد شد.
- در دو ماه اول درمان بردن متادون به منزل ممنوع است.
- در صورت تغییر محل سکونت باید هماهنگی جهت معرفی به مرکز درمانی جدید توسط مرکز درمانی قبلی بعمل آید.
- در صورتی که وضعیت بیمار به هر علتی تثبیت نشده باشد، دادن دوز منزل ممنوع است.
- در شرایط ذیل نیز دادن دوز منزل ممنوع است:
 - افراد بی‌خانمان
 - وجود لغزش‌های متعدد
 - وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه
- در صورتی که وضعیت بیمار تثبیت شده باشد (عدم وجود تست مثبت برای ۸ هفته و تایید تیم درمانی)، پزشک می‌تواند به شرح زیر دوز منزل بیمار را تجویز نماید.
 - در ماه سوم درمان برای روزهای آخر هفته
 - در ماه چهارم یک روز درمیان
 - در ماه پنجم حداقل مراجعه دو روز در هفته ضروری است.
 - از ماه ششم به بعد حداقل مراجعه یک بار در هفته ضروری است (مراجعه بیمار به واحد هیچ‌گاه از یک بار در هفته کمتر نمی‌شود).
 - در بیمارانی که دوز دریافتی متادون ۱۰۰ تا ۱۲۰ میلی گرم می‌باشد از ماه پنجم به بعد مراجعه به صورت حداقل دو بار در هفته بوده و در افراد با دوز دریافتی بالای ۱۲۰ میلی گرم مراجعات روزانه بوده و از ماه ششم به بعد در صورت صلاحدید روانپزشک مراجعه سه بار در هفته بلا مانع می‌باشد.
 - در صورت بستری بیمارستانی دوز درمانی به پرسنل آن بیمارستان تحویل می‌گردد.
- قبل از ارائه دوز منزل، بیمار باید فرم مخصوص تعهدنامه را امضا کند.
- دوزهای برده شده به منزل حتماً در فرم بیمار قید می‌گردند.
- بیمار مسئول متادون تجویز شده جهت دوز منزل است، در صورت گم کردن متادون، دوز جایگزینی ارائه نخواهد شد.

- متادون تجویز شده بایستی به صورت محلول ارائه شود و دوز هر روز در یک شیشه جداگانه ریخته شده و تا حداکثر سه چهارم ظرف مخصوص ارائه شربت به آن آب اضافه شود. مثلاً وقتی بیمار در مرحله‌ای است که تنها یک بار در هفته مراجعه دارد، ۶ شیشه به بیمار تحویل داده شده و دوز هفتم در واحد مصرف شود.

- در صورت سوءاستفاده از متادون برده شده به منزل، این امکان باید لغو شود.

- باید توجه داشت بیماری که علائم ترک نشان می‌دهد ممکن است از متادون طبق دستور پزشک استفاده نکرده باشد.

- با آزمایش ادرار می‌توان از مصرف احتمالی سایر مواد افیونی مطلع شد.

- در صورت مشاهده علائمی دال بر عدم ثبات بالینی، باید دوز منزل را قطع کرد.

- در صورتی که بیمار به کرات گم شدن یا دزدیده شدن یا استفراغ متادون را گزارش کند، دوز منزل قطع می‌شود.

- در صورت لغزش (*lapse*)، یعنی یک بار آزمایش مثبت یا عدم مراجعه برای کمتر از یک هفته، دوز منزل قطع می‌شود.

- در صورت عود (*relapse*)، یعنی دو بار آزمایش مثبت متوالی به فاصله دو هفته یا عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته، درمان متوقف شده و مجدداً در مورد شروع درمان تصمیم‌گیری می‌شود. در صورت تصمیم به شروع درمان می‌بایست مجدداً از مرحله القا شروع کرد.

عدم حضور بیمار برای دریافت متادون

در جریان درمان نگهدارنده بستره اتفاق می‌افتد که بهاران موفق به حضور در درمان و دریافت متادون بر اساس برنامه از بخش تعیین شده نگردیده و به اصطلاح غیبت می‌کنند. هنگامی که بهاری از دریافت متادون مقرر باز می‌ماند، در اکثر موارد مبادرت به مصرف ماده مخدر می‌نماید. در برخی حالات نفی ممکن است از راههای متفرقه از جمله خرید از بازار آزاد، متادون تهی نماید. در موارد نادرتر بهار علائم محرومیت را تحمل کرده و از مصرف ماده افیونی پرهیز می‌نماید. متأسفانه راه مطمئنی برای تمایز این حالات وجود ندارد و ماهیت بهاری اعطای به گوناگون است که گفته‌های بهاران نفی ممکن است بر واقعیت استوار نباشد. اگر بهاران در خلل جلسات غایب به مصرف مواد مخدر چه بصورت متادون آزاد و چه به صورت مواد مخدر غبی مجاز اقدام کرده باشند، سطح تحمل آنان به مواد افیونی باقی مانده و متادون بعدی با بروز علائم خواب‌آلودگی و مسمومیت همراه نخواهد بود. اما در صورتیکه بهار علائم محرومیت را تحمل کرده باشد، ظرف مدت کوتاه میزان تحمل وی به مواد افیونی نقصان یافته و با دریافت دوز مقرر متادون ممکن است دچار

مسمومیت شود. از سوی دیگر سختگی بیش از حد مانع بازگشت بهاران به درمان شده و یک غیبت کوتاه به خروج کامل منجر خواهد شد. بنابراین لازم است در چرخه مواقعی اقدامی منطقی و متعادل از طرف درمانگر صورت پذیری. بدین منظور موارد زیر هنگام مواجه شدن با مسئله غیبت توصیه می‌شود:

۱. اگر بهاری از دررفت یک وعده دوز متادون خود باز ماند، بهتر است مرکز درمانی مکانیسم بگویی تلفری را فعال سازد. هرچند انجام بگویی زمانبر بوده و هزینه اضافی به مرکز درمانی تحمیل خواهد کرد اما اثربخشی آن در افزایش ماندگاری بهاران در درمان و موفقیت برنامه‌های درمان نگهدارنده مورد تایید است. مراکز درمانی باید اطمینان داشته باشند که هزینه‌های که بابت بگویی صرف می‌کنند بر کارایی مرکز اثر خواهد داشت. با این وجود انجام بگویی بعد از یک نوبت غیبت انتخابی است و مراکز مجبور به انجام آن نیستند. در صورتیکه بهار ظرف ۳ روز به مرکز مراجعه نماید یعنی روز سوم غیبت باشد و تنها از دررفت و مصرف ۲ دوز باز مانده باشد، به شرط آنکه در لحظه مراجعه در حالت طبیعی بوده و علائم خواب آلودگی و مسمومیت نداشته باشد، دوز قبلی بهار تبعی شده و بهار می‌تواند تحت نظارت، دوز خود را دررفت دارد. در چرخه مواقعی وینیت توسط پزشک معالج ضروری است.

۲. در صورتیکه غیبت بهار بیش از ۳ روز طول کشیده باشد، حتی در صورتیکه وی ابزار دارد در مدت غیبت مصرف خود سرانه آگونست داشته و علائم محرومیت را تجربه نکرده است بنابر قاعده احتیاط باید از تجویز دوز معادل قبل از غیبت امتناع کرد. در صورت غیبت بین ۳ تا ۷ روز ابتدا به بهار نصف دوز قبل از غیبت تجویز شده و بهار بمدت ۲ ساعت تحت نظر گرفته می‌شود. بعد از مدت مذکور در صورتیکه بهار کماکان از علائم محرومیت شاکی باشد معادل ۲۵ درصد دوز قبل از غیبت برای ایشان تجویز می‌گردد. یعنی در روز بازگشت بهار به درمان مجموعاً و حداکثر ۷۵ درصد دوز قبل از غیبت ارائه خواهد شد. توصیه می‌شود از ارائه مقدار متادون بیش از ۷۵ درصد مگر در صورت وجود علائم محرومیت بسط شدنی و عینی خودداری کرده و ادامه درمان به روز بعد موکول شود. ضمناً در صورت غیبت بیش از ۳ روز، شروع مجدد متادون منوط به وینیت بهار توسط پزشک است.

۳. اگر بیمار بیش از ۷ روز از دریافت متادون باز بماند، باید مراحل القاء و پائیز سازی از نو آغاز شود.

۴. در صورتیکه غیبت بیمار بیش از ۲ هفته بطول انجامد و بیمار نتواند شواهد مستدلی برای توجیح غیبت خود مانند گواهی بستری در مراکز درمانی یا بازداشت توسط مقامات قضایی ارائه نماید، مرکز درمانی می‌تواند بنا به صلاح دین خود پروند بیمار را مختومه اعلام کرده و موقعیت درمانی بیمار را به فرد دیگر اختصاص دهد.

۵. با وجود اختلالات فوق، توجه داشته باشید که تلاش برای نگهداری بیمار در درمان بسطی ثمربخش بوده و بازگرداندن بیمارانی غایب به درمان در درازمدت با بهبودی قابل توجه در آنها همراه است. بنابراین این به مراکز درمانی توصیه می‌شود با نگاهی مثبت و حمایت‌گرانه، تلاش لازم را برای حفظ بیمارانی و جلوگیری از خروج آنان با وجود غیبت‌ها می‌مکری، بخرج دهند.

۶. بنابر قاعده معروف و همبستگی: اگر بیمار دچار حالت خواب آلودگی باشد حتی اگر ابراز دارد خواب آلودگی وی بواسطه مصرف سایر مواد غی مخدر مانند داروهای بنزودیپینی است، تجویز متادون ممنوع است و تا رفع حالات خواب آلودگی باید متادون بیمار متوقف بماند.

«تجویز متادون به هرکس در حالت خواب آلودگی و کاهش هوشیاری ممنوع است»

۹-۵ ختم درمان

ممکن است برنامه درمان نگهدارنده با متادون تا آخر عمر ادامه یابد. اما با توجه به نظر بیمار و پزشک معالج، می‌توان درمان را پس از مدتی (حداقل یک سال) قطع کرد. با توجه به طولانی بودن نیمه عمر متادون، علائم ترک مدت بیشتری نسبت به ترک هروئین و تریاک طول می‌کشد. به نظر می‌رسد سرعت کمتر در سیرقطع درمان بهتر باشد. با اینحال برای هر بیمار می‌بایست به طور جداگانه تصمیم‌گیری نمود. بعضی از بیماران بهتر است از میزان کاهش دوز متادون خود آگاه نباشند تا مضطرب نشوند. البته این به معنای آن نیست که بدون رضایت بیمار درمان نگهدارنده او قطع شود. بلکه تنها از میزان کاهش دوز اطلاع نداشته باشد. مشاوره‌های حمایتی در حین کاهش دوز ضروری می‌باشد و بهتر است پس از قطع درمان هم ادامه یابد.

مسمومیت در آغاز درمان

بیشترین موارد مرگ ناشی از متادون در آغاز درمان رخ می‌دهد، زمانی که هنوز تعادل بین سطح خونی و ذخایر بافتی ایجاد نشده است. در این زمان شیوه زندگی بیماران اغلب هنوز توأم با هرج و مرج است. ممکن است در این دوره هنوز سطح خونی متادون برای کاهش دفع مصرف مواد افیونی کفایت نکند یا ممکن است در صورت عدم ارزیابی درست بالینی، سطح خونی تا سطوح مسمومیت افزایش یابد. ممکن است بیمار به دلیل سطح خونی ناکافی متادون به منظور خوددرمانی به مصرف مواد قانونی یا غیر قانونی ادامه دهد.

اقدام‌های ضروری

- اطلاعات لازم در ارتباط با خطر مسمومیت باید از آغاز درمان به بیمار داده شوند.
- بیمار باید در دو هفته اول به طور مرتب و ترجیحاً یک روز در میان ویزیت شود.
- توجه به خطر بیشتر مسمومیت در سه روز آغاز درمان بسیار مهم است.
- به علائم احتمالی مسمومیت در ویزیت‌ها و حین دریافت متادون باید توجه شود.

علائم مسمومیت

تریاد مسمومیت با مواد افیونی (کوما، دپرسیون تنفسی و مردمکهای تنگ) در مورد مسمومیت با متادون نیز صادق است. اما توجه به نکات زیر نیز کمک‌کننده است:

- در صورتی که اعضای تیم درمانی به استفادۀ بیمار از مواد دیگر به خصوص سایر مواد افیونی شک داشته باشند می‌بایست او را برای ویزیت به پزشک ارجاع دهند.
- مردمک‌های تنگ الزاماً در همه افرادی که مواد مصرف کرده و حتی مسموم شده‌اند مشهود نیست. بنابراین اگرچه وجود این علامت ارزشمند است، اما در غیاب آن نیز ممکن است مصرف رخ داده باشد.
- بسیاری از اوقات بیماران در صورت اعتماد به پزشک خود، مصرف مواد را مطرح می‌کنند.
- در صورت شک قوی به مصرف می‌توان آزمایش ادرار درخواست کرد.
- در هر ویزیت می‌بایست به طور دقیق به علائم مسمومیت احتمالی توجه کرد.
- در مراحل اول مسمومیت ابتدا حجم جاری^۱ تنفسی کاهش می‌یابد، یعنی تنفس سطحی می‌شود. در مراحل پیشرفته‌تر تعداد تنفس^۲ کاهش می‌یابد.
- در صورتی که علائم مصرف مواد افیونی در فرد مشهود باشد، نباید متادون به وی عرضه گردد.

^۱ Tidal volume

^۲ respiratory rate

علائم مسمومیت در فصل ۲-۳ توضیح داده شده است.

مسمومیت ناشی از مصرف چند ماده مختلف به طور همزمان

مرگ در مصرف متادون، در بسیاری از موارد ناشی از استفاده همراه از سایر مواد تضعیف کننده سیستم مرکزی اعصاب مانند بنزودیازپینها و الکل است.

گاهی نیز افرادی بدون آنکه تحت درمان با متادون قرار داشته باشند، آن را از بازار سیاه تهیه کرده و همراه با سایر مواد مبادرت به مصرف آن می کنند که منجر به مرگ می شود.

احتیاط های لازم:

- توصیه به عدم مصرف الکل و بنزودیازپینها به خصوص در اوایل درمان
- تجویز متادون طبق برنامه ای منظم و مشخص.

تشخیص کوما

- هنگام شروع درمان باید به بیمار و خانواده اش راجع به خطرات مسمومیت با متادون توضیح داده شود.
 - علائم مسمومیت باید برای آنها تشریح گردند.
 - در صورت بروز کوما بیمار را باید تا رسیدن به اورژانس به پهلوی خوابانده ، سر وی را به سمت عقب خم کرده و در صورت لزوم تنفس دهان به دهان انجام شود.
 - بیمار سریعاً به نزدیکترین مرکز بیمارستانی برای رفع علائم مسمومیت رسانده شود.
- در صورت بروز علائم مسمومیت در مراکز درمانی اقدامهای زیر انجام شوند:

- باز کردن راههای هوایی
 - خواباندن به پهلوی
 - رساندن اکسیژن و انتوباسیون بیمار در صورت نیاز
 - تزریق یک یا دو آمپول نالوکسان یعنی ۰/۴ تا ۰/۸ میلی گرم ترجیحاً به صورت وریدی ، و در صورت مشکل بودن تزریق وریدی به صورت زیر جلدی . معمولاً دپرسیون تنفسی با این مقادیر نالوکسان بهبود می یابد.
 - در تزریق نالوکسان باید توجه داشت که تزریق بیش از حد آن می تواند با علائم شدید وحاد ترک همراه شود.
- به علت نیمه عمر طولانی متادون، بهتر است پس از پاسخ درمانی به درمان با نالوکسان در مراکز اورژانس، بیمار جهت مراقبت به مرکزی مجهز برای درمان مسمومیت منتقل شود.

آزمایش ادرار از نظر وجود مواد افیونی یکی از حوزه‌هایی است که استفاده از این امکان یکی از ارکان درمان نگهدارنده بوده و ارائه یک درمان موفق بدون آن اگر غیر ممکن نباشد، بسیار دشوار است. اعتیاد یک بیماری است و با وجود آنکه بسیاری از بیماران مصمم هستند که از مصرف اجتناب کنند و به اصطلاح "اراده" کرده‌اند که مصرف خود را متوقف نمایند، با این وجود مصرف اتفاق می‌افتد. این لزوماً به معنی عدم انگیزه در بیمار یا غیر صادق بودن او با درمانگر نیست بلکه حکایت از ماهیت پیچیده و مرموز اعتیاد دارد. لذا بدون آنکه مسئله اعتماد و بیاعتمادی بین بیمار و درمانگر مطرح باشد، باید برنامه سنجش ادرار از نظر مصرف مواد مخدر در برنامه درمانی گنجانده شود. استفاده از آزمایش ادرار جنبه‌های متعددی دارد و میتواند به منظور موارد زیر استفاده گردد:

۱. نقش پیشگیرانه در مصرف مواد مخدر: وجود برنامه منظم نظارت بر مصرف مواد مخدر در بیمار

توسط آزمایش ادرار به خودی خودی به کاهش وسوسه و مصرف مواد مخدر در بیماران منجر می شود. این نقش زمانی که بیمار آزمایش را وراء یک ابزار تنبیه و مجازات دیده و بر سایر نقشهای آن وقوف یابد پررنگتر میشود. بسیاری از بیماران اظهار میدارند چون میدانستند آزمایشی در پیش است از مصرف خودداری کردند. هر قدر برنامه سنجش فشرده‌تر و منظم‌تر باشد این جنبه برجسته‌تر خواهد بود.

۲. آگاه سازی درمانگر از وضعیت بیمار: اعتیاد یک بیماری است بنابر این مانند سایر بیماریها لازم

است درمانگر از پیشرفت بیماری یا میزان اثربخشی درمان مطلع باشد. همانگونه که در طب عمومی، یک مداخله انجام میشود و بعد ارزیابی صورت میگیرد و بر اساس نتایج ارزیابی میزان و شدت مداخله بعدی تعیین میشود، در طب اعتیاد نیز میتوان اینگونه به مقوله آزمایش ادرار نگریست. آزمایش ادرار مثبت نه به معنی دروغ و فریب یا بیانگیزگی در بیمار بلکه نشان از ناکافی بودن میزان و یا نوع مداخله درمانی است.

۳. مواجه سازی بیمار با مصرف مواد مخدر: در بسیاری از مواقع بیماران از باور یا اعتراف به اینکه

مصرف مواد داشته‌اند گریزانند. مجدداً یادآوری مینماییم که این جنبه از انکار لزوماً برخاسته از فریب یا نیرنگ نیست. عواملی چون شرم، ترس از رودررو شدن با واقعیت یا خیالپردازی و تفکر

آرزومند در این مورد دخیل هستند. آزمایش ادرار به شرط آنکه بصورت صحیح انجام شده و با مشاوره و مداخلات روانشناختی لازم همراه باشد، ابزار بسیار مهمی و عینی در شکستن انکار در بیماران است. مواجه شدن با صحنه نتیجه مثبت به بیماران میقبولاند که هنوز نیازمند درمان هستند و باید اقدامات درمانی تشدید شوند. فراموش نکنید که بزرگترین توانایی بیماری اعتیاد این است که به مبتلایان میقبولاند که معتاد نیستند. گاهی نیز بیماران ضمن اعتراف به مصرف مواد مخدر و مثبت دانستن نتیجه احتمالی آزمایش، از انجام آن سرباز میزنند. در اینگونه موارد نیز توصیه میشود با وجود اطمینان به مثبت بودن، آزمایش صورت پذیرد. یادآوری میشود که هدف از آزمایش، تنها مچ گیری یا آشکارسازی مصرف نیست و جنبههای دیگری چون مواجه سازی بیماران با روند درمان وجود دارد.

۴. ابزاری برای مشارکت خانوادهها: در بسیاری از موارد درگیری بستگان در اعتیاد عزیزان خود جنبه افراطی و بیمارگونه گرفته و بیش مداخله آنان به تشدید مشکل منجر میشود. آزمایش ادرار ابزار عینی و علمی برای ایجاد نوعی تعادل در میزان دخالت خانواده و تعیین قراردادهای درمانی است. خانوادهها میتوانند با رضایت و توافق بیمار درباره واکنشهای خود در قبال نتیجه مثبت یا منفی تصمیم بگیرند.

۵. ابزاری برای مداخلات پاداشی و تنبیهی: مطالعات عدیده‌ای ارائه پاداش حتی جایزه نقدی برای آزمایش منفی ادرار را اثربخش نشان داده‌اند. این نوع مداخلات در قالب "مدیریت مشروط"^۱ امروزه از روشهای بسیار موفق ارتقاء کیفیت درمان نگهدارنده شناخته شده‌اند و بطور جدی جهت مراکز توصیه میشوند. در ضمن مطالعات نشان داده‌اند که جنبه‌های پاداش گونه بسیار موفقتر از تنبیه عمل میکنند. با اینحال در برخی موارد درمانگر مجبور است برای موارد مکرر آزمایش مثبت مجازاتهایی را در نظر بگیرد. البته باید در نظر داشت که محروم سازی از درمان در هیچ شرایطی نمیتواند مجازات آزمایش ادرار مثبت باشد.

با توجه به نکات فوق، لازم است مراکز درمانی موارد زیر را رعایت نمایند:

¹ Contingency management

۱. داشتن امکانات سنجش مواد مخدر در ادرار بصورت مستقیم (در مرکز) یا غیر مستقیم (در مراکز یا

آزمایشگاههای وابسته) برای مراکزی که قصد ارائه دوز منزل داروی آگونیست دارند الزامی است. در

ضمن در حال حاضر با توجه به شیوع بالا، نگران کننده و مشکل آفرین مصرف مواد محرک، علاوه

بر سنجش مورفین ادرار، سنجش آمفتامین یا متامفتامین ادرار نیز جهت اینگونه مراکز الزامی است.

۲. جنبه‌های پنجگانه فوق برای بیماران توضیح داده

شود. لازم است درمانگر موارد فوق را دقیقاً

توضیح دهد و بیمار واقف باشد که هدف از

آزمایش ادرار صرفاً مجازات وی نیست.

۳. مراکز درمانی باید امکان انجام آزمایش ادرار را

بصورت تحت نظارت و با احراز هویت صاحب

نمونه ادرار در محل داشته باشند. چنانکه مرکزی

فاقد این امکانات باشد باید با مرکز درمانی دیگری

یا آزمایشگاه تشخیصی در این باره به توافق رسیده

باشد. منظور از تحت نظارت این است که مطمئن

گردند بیمار به تنهایی و بدون همراه داشتن نمونه

ادرار فرد دیگری به محل جمعآوری نمونه

(دستشویی) رفته و نمونه ادرار را ارائه داده است.

از این بابت مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار

الزامی نیست. اما باید از هویت وی و تعلق نمونه

ادرار به وی اطمینان حاصل گردد.

نکات عملی در گرفتن نمونه ادرار:

بیمار لباسهای اضافی مانند کت،

کاپشن و ژاکت خود را در آورد.

با خود هیچ بسته، پاکت یا ساکی به

داخل دستشویی نبرد.

ظرف جمعآوری نمونه که اسم و مشخصات

بیمار روی آن نوشته شده بوی داده

شود.

بیمار به تنهایی به داخل توالت

برود.

داخل توالت ظرف حاوی نمونه ادرار

بیماران دیگر وجود نداشته باشد.

بیمار حداقل 30 میلیلیتر داخل ظرف

ادرار نماید.

ظرف نمونه ادرار را از توالت خارج

کرده و به مسئول مربوطه بسپارد.

از گذاشتن نمونهها در توالت به این

هدف که بعداً جمعآوری شوند خودداری

گردد.

بیمار میتواند بعد از تحویل نمونه

دستان خود را بشوید.

توصیه شده در حفظه توالت شیر

دستشویی حتی هرگونه شیر آب وجود

نداشته باشد و تنها مجهز به سیفون

باشد و بیمار تنها بعد از تحویل

نمونه و خروج از توالت به شیر آب

دسترسی داشته باشد. حتی میتوانید آب

داخل سیفون را با گذاشتن قرصهای

ضد عفونیکننده رنگی (معمولاً به رنگ

آبی) نشاندار کنید.

اگر امکانات اندازه گیری دمایی

ادرار وجود دارد، مانند ترمومتر

الکترونیکی، در لحظه دریافت نمونه،

دمای آن اندازهگیری شود.

محوطه جمعآوری نمونه را حتماً مکان خشک

نگهدارید و تسهیلات شستشو را به

بیرون محوطه منتقل کنید.

مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع

۴. هرچند انجام آزمایش ادرار بر اساس روش کروماتوگرافی دقیقتر و اختصاصیتر است اما بدلیل

سهولت و امکان اجرا در مراکز، استفاده از روش سریع بکمک کیت‌های یکبار مصرف مورد تایید

وزارت بهداشت بلامانع است. این کیت‌ها قادرند مصرف ماده مخدر مورد نظر را ۴۸ تا ۷۲ ساعت

بعد از مصرف نشان دهند. لازم به ذکر است که برخی درمانگران و بیماران نگران حساسیت و بویژه اختصاصی بودن^۱ این کیتها هستند و امکان موارد مثبت کاذب را یکی از محدودیت این روش می دانند. برای پاسخ خواهشمند است به بندهای بعد توجه فرمایید.

۵. ترجیح دارد امکانات آزمایشگاهی و نمونهگیری به گونهای باشد که درمانگر بلافاصله از نتیجه آزمایش مطلع گردد. با اینحال اگر امکانات مرکز اجازه دسترسی فوری به نتیجه را نمیدهد لازم است حداکثر طی ۳ روز نتیجه به درمانگر منتقل گردد.

۶. بیمار باید از نتیجه مطلع گردد. چنانکه در قسمت بالا اشاره شد، آزمایش ادرار فقط برای پایش و اعمال اقدامات تنبیهی نبوده و کارکرد عمده درمانی و پیشگیرانه دارد.

۷. مرکز تحت هیچ شرایطی مجاز نیست بدون اطلاع و رضایت بیمار (به شرط آنکه وی ۱۸ سال داشته و مهجور نباشد یعنی مبتلا به جنون، عقبماندگی یا زوال عقلی نباشد) نتیجه آزمایش را به دیگران حتی بستگان درجه یک وی منتقل نماید. نتایج آزمایش بیماران جز اسرار آنان تلقی شده و باید محرمانه بمانند. البته بسیاری از بیماران منعی برای اطلاعرسانی به خانواده خود ندارند یا آنرا اقدامی جهت ایجاد اعتماد در بستگان تلقی میکنند. بنابر این لازم است از ابتدای شروع درمان و انجام آزمایشات ادراری، مرکز درمانی و بیمار درباره سیاست اطلاعرسانی نتایج آزمایش به خانواده به توافق برسند. بیماران ممکن است رضایت دهند که افراد خاصی از نتایج مطلع شوند. اینگونه موارد باید از ابتدا مشخص شده و بصورت کتبی به تایید بیمار و برسد. البته بیمار میتواند در جریان درمان، توافق قبلی را تغییر دهد که این مسئله هم باید بصورت مکتوب در مرکز درمانی مستند گردد.

۸. از آنجاییکه مراکز درمانی مجاز به استفاده از روشهای سریع هستند و این روشها هنوز از نظر دقت و حساسیت کامل نیستند، نتایج آنها فقط جنبه درمانی داشته و فاقد هرگونه ارزش قضایی و انتظامی است و نمیتوانند مبنای تصمیمگیری حقوقی و کیفری قرار گیرند. در صورت استعلام مراجع ذیصلاح و قضایی، این امر باید به آنها اطلاع داده شود. این مسئله باید به آگاهی خانواده بیماران نیز برسد.

¹ Specificity

۹. بهتر است نتیجه یکبار آزمایش مبنای تصمیمات و اقدامات درمانی قرار نگیرد و بدین منظور به

مجموعه نتایج و یا چند آزمون پیدرپی توجه گردد. آگاه نمودن بیمار از این سیاست به برطرف شدن

بسیاری از نگرانیهای آنها منجر شده و از مجادلات بیمورد بر سر نتیجه یک مورد آزمایش خاص

جلوگیری خواهد کرد.

۱۰. تعداد آزمایشها و فواصل آنها بر اساس شرایط بیمار و نیاز وی و وضعیت دوز منزل متغیر است اما

بعنوان حداقل لازم است در ۳ ماه اول درمان، هر هفته یک آزمایش و بعد از آن هر دو هفته یکبار

حداقل یک آزمایش ادرار جهت سنجش مورفین و مواد محرک صورت پذیرد.

۱۱. انجام آزمایش ادرار جهت بنزودیازپینها، حشیش، کوکائین و سایر مواد مخدر برای تمامی بیماران

الزامی نیست و درمانگر در شرایطی که احتمال بالا یا مشکل آفرین سوء مصرف آنها را میدهد، با

قضاوت خود میتواند این مواد را نیز مورد سنجش قرار دهد.

۱۲. از آنجا که مصرف بسیار کم متادون باعث مثبت شدن آزمایش ادرار در کیتهای خاص سنجش

متادون میگردد و عملاً اطلاعات کمی^۱ ارائه نمیدهد، انجام آن برای پیگیری درمان و سنجش

مشارکت بیماران الزامی نیست.

۱۳. بیماران را نمیتوان صرفاً بدلیل امتناع از انجام آزمایش ادرار از درمان خارج نمود و اینگونه بیماران

میتوانند از درمان بهره‌مند شوند اما ارائه دوز منزل برای آنها مجاز نخواهد بود. بعبارت دیگر

بیمارانی که قادر به انجام آزمایش به هر دلیل نیستند یا تمایلی به انجام آن ندارند از دوز منزل محروم

میگردند ولی سایر خدمات درمانی را دریافت خواهند داشت.

۱۴. داشتن آزمایشات مثبت ولو بصورت مکرر و پیدرپی نیز نمیتواند مبنای قطع درمان یا حذف

خدمات درمانی گردد اما میتواند باعث محرومیت بیمار از دوز منزل گردد.

۱۵. از آنجاییکه بخشی از شرایط و دفعات انجام آزمایش ادرار با دوز منزل مرتبط است، توضیحات

تکمیلی در بخش مربوط به "دوز منزل" ارائه شده است.

¹ Quantitative

در مواردی پیش می‌آید که نتیجه آزمایش مثبت است و بیمار معترض شده و مدعی است مصرف هیچگونه ماده مخدري نداشته است. ممکن است بیمار مثبت شدن را به مصرف داروهای مجاز یا احیاناً استفاده از کدیین نسبت دهد. در برخی موارد نیز بیمار صرفاً به انکار می‌پردازد. از طرفی نیز اشاره گردید که آزمونهای سریع کامل نبوده و احتمال مثبت کاذب وجود دارد. برای حل این چالش رعایت نکات زیر کارگشاست:

– از مجادله با بیمار و سرزنش و تهدید وی بپرهیزید.

– یادآوری کنید که "یک آزمایش مبنای هیچ تصمیمگیری نیست". آنچه مهم است مجموعه‌های از آزمایشات است.

– آزمایش مورد اختلاف را تجدید کنید. به بیمار متذکر شوید هرگاه نتیجه آزمایش برای ایشان غیر قابل قبول باشد، تکرار آن بلامانع است. بهتر است تکرار به روز بعد موکول شود.

– در حالاتی که بیمار مدعی است ادرار برای نمونه ندارد، بهترین راه حل ارائه مقادیر فراوان مایعات و منتظر ماندن است.

– اعتبار آزمایشگاه و کیت درمانی خود را زیر سوال نبرید و اصولاً احتمال اشتباه را مطرح نکنید. اگر اختلافی هست تکرار آزمایش بهترین سیاست است.

– در بسیاری از موارد مشاهده میشود که با وجود آنکه بیمار منکر مصرف مواد مخدر است و علت مثبت بودن آزمایش را نمیداند، با برخورد حمایتی درمانگر و تاکید وی بر نیاز منفی شدن آزمایش قادر است به نتیجه منفی دست یابد.

شرایط لازم برای راهاندازی واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست

۱-۶ دوره‌های آموزشی لازم برای پزشکان مرکز/واحد (اعم از مسئول فنی و درمانگر):

- دوره آموزش کارگاهی عملی و نظری (مشمول بر ۵۰ ساعت) در مراکز آموزشی منتخب درمان سوء مصرف مواد، (مراکز منتخب جهت آموزش، همه ساله توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، به معاونت درمان دانشگاه معرفی می گردد). مهمترین عناوین دوره آموزشی عبارتند از:
 - انجام نظارت شده و مناسب مرحله القا در درمان نگهدارنده
 - انجام مصاحبه تشخیصی و انگیزشی
 - انجام پیگیری و مصاحبه و ارزیابی
 - شرکت در جلسه مشاوره روانپزشکی عوارض درمان
 - شرکت در جلسه گروه درمانی و مشاوره خانوادگی
 - نظارت در فرآیند توزیع متادون

غیبت بیش از ۲ ساعت در طی دوره، موجب عدم صدور گواهی شرکت در دوره خواهد شد. گواهی شرکت در دوره می‌بایست به امضای معاون درمان و آموزش دانشگاه مربوطه برسد.

۲-۶ دوره‌های آموزشی لازم برای روانشناسان مرکز/واحد: گذراندن دوره آموزش درمانهای غیر دارویی برای کلیه روانشناسان الزامی است. روانشناس در تمام روزهای فعالیت مرکز بایستی در مرکز حضور داشته باشد.

۳-۶ فعالیت مرکز درمان نگهدارنده با متادون در روزهای تعطیل:

مسئول فنی مرکز باید متعهد شود که واحد در تمام روزهای هفته، من جمله روزهای تعطیل حداقل یک شیفت دایر بوده و امکان مراجعه بیمار برای دریافت متادون روزانه وجود داشته باشد (در روزهای تعطیل، باز بودن مرکز برای حداقل یک ساعت مشخص که از قبل به اطلاع بیماران برسد، کافی است).

۴-۶ معیار جمعیتی تأسیس، ظرفیت و موقعیت جغرافیایی واحد درمان با متادون:

واحدهای دولتی مشمول معیار جمعیتی نیستند. اما در بخش خصوصی سطح بندی در اختیار معاونتهای درمان دانشگاههای علوم پزشکی با اولویت مناطق پر خطر است. در صورتیکه بزرگی جغرافیایی شهر مانعی برای دسترسی بیماران به واحد(ها) باشد، می توان حداکثر یک واحد اضافه بر نسبت فوق برای آن شهر و صرفاً در

واحد درمان با داروهای آگونیست در هر یک از زندان‌ها می‌باشد. تعداد بیماران تحت درمان بسته به نیاز زندان است.

- پراکندگی واحدهای درمان با داروهای آگونیست در سطح شهر، می‌بایست با پراکندگی بیماران مبتلا به اعتیاد تزریقی هم‌خوانی داشته باشد، که این امر توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه تعیین می‌گردد.

۵-۶ اعتبار مجوز مراکز درمان سوء مصرف مواد:

اعتبار مجوز برای بار اول یکساله و بار دوم به بعد، دو ساله می‌باشد. تمدید مجوزها منوط به اجرای دقیق

مفاد پروتکل درمان وابستگی به موادافیونی با داروهای آگونیست و رعایت ضوابط دستورالعمل، می‌باشد.

پایش و ارزشیابی واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست

سطوح پایش و ارزشیابی

پایش و ارزشیابی درمان با آگونیست در سه سطح دانشگاههای علوم پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت می گیرد.

اهداف پایش و ارزشیابی

- ۱- اطمینان از اینکه کلیه واحدها و مراکز از مفاد آئین نامه و پروتکل درمانی تبعیت می کنند.
- ۲- شناسایی موارد تخلف واحدها و برخورد بازدارنده مناسب با آن
- ۳- بررسی روند تغییر شاخصهای مهم مرتبط با درمان با آگونیست و بررسی همخوانی آن با اهداف نظام سلامت و کنترل مواد

- ۱- تعداد واحدهای درمان با آگونیست در سطح کشور
- ۲- تعداد بیماران روی درمان نگهدارنده با آگونیست
- ۳- نسبت بیماران مصرف کننده تزریقی به غیر تزریقی روی درمان نگهدارنده با آگونیست
- ۴- میزان ریزش بیماران در درمان نگهدارنده با آگونیست
- ۵- تعداد موارد مرگ و میر در بیماران روی درمان با آگونیست
- ۶- میزان رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی در مراجعان و تأثیر درمان بر آن
- ۷- میزان رفتارهای مجرمانه در مراجعان و تأثیر درمان بر آن

ابزار پایش و ارزشیابی

- ۱- فرمها، چک لیست و جداولی که توسط واحدهای درمانی و نیز دانشگاههای علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پر می شود (پیوست).
- ۲- نظام رایانه ای ثبت اطلاعات مراکز درمانی (در حال راه اندازی)
- ۳- بررسی های پیمایشی

نظارت در سطح دانشگاههای علوم پزشکی

نظارت بر مراکز درمان سوء مصرف مواد و واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی است. کمیته‌ای مشورتی نظارتی به نام «کمیته منطقه‌ای نظارت بر واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست» در معاونت درمان هر دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تشکیل می‌شود که مرکب از معاون درمان دانشگاه بعنوان رئیس، معاون بهداشتی دانشگاه، معاون غذا و داروی دانشگاه، معاون پیشگیری بهزیستی استان، مدیر گروه روانپزشکی یا یک روانپزشک با حکم ریاست دانشگاه، قائم مقام رئیس شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان و مدیر درمان دانشگاه به عنوان دبیر کمیته بدون حق رای و نماینده سازمان نظام پزشکی است. یکی از وظائف این کمیته ابراز نظر مشورتی در خصوص صدور مجوز واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست به معاونت درمان دانشگاه می‌باشد. یکی دیگر از وظائف این کمیته نظارت مستمر بر واحدهای درمان با داروی آگونیست است. طبعاً نتایج این نظارت در تمدید سالانه فعالیت واحدها موثر خواهد بود. ترکیب تیم نظارتی و سیاست‌های مربوطه نیز مطابق مصوبات این کمیته خواهد بود.

در واقع این کمیته جزئی از ساختار معاونت درمان بوده و کمک عمده‌ای به آن معاونت در نظارت بر واحدهای درمان با آگونیست ارائه می‌دهد. این کمیته بخصوص با توجه به وجود معاونت بهداشتی دانشگاه و سازمان بهزیستی استان که مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (کلینیکهای مثلثی)، مراکز درمان و بازتوانی معنادان و مراکز گذری را در اختیار دارند. این امکان وجود دارد که کارشناسان معاونت بهداشتی و اداره کل بهزیستی استان در قالب این کمیته به معاونت درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی در روند نظارت بر این مراکز کمک نمایند.

البته لازم به ذکر است که هر یک از سازمانهای دخیل در درمان وابستگی به مواد همچون سازمان بهزیستی کشور، سازمان زندانها، می‌توانند برنامه نظارتی و پایش و ارزشیابی خاص واحدهای خود را داشته باشند و در صورت تمایل با برنامه نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعامل و همکاری باشند، اما بدیهی است برنامه نظارتی آنان رافع مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نظارت عالی بر امر درمان در کشور نمی‌باشد.

برنامه آموزشی برای ناظران درمان

پیش از آنکه کمیته منطقه‌ای نظارت بر درمان با داروهای آگونیست یا معاونت درمان دانشگاه بتوانند نظارت صحیحی بر مراکز درمانی داشته باشد، باید خود با ویژگیهای درمان با داروهای آگونیست آشنا شده باشند. از آنجا که این درمانها در نظام درمانی کشور پدیده‌ای نسبتاً نوین می‌باشند، برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه ناظران درمان ضروری به نظر می‌رسد.

سرفصل آموزشی ناظران درمان که در طی یک دوره نظری- عملی دو روزه ارائه می گردد شامل موارد زیر است:

- آشنایی اجمالی با درمان نگهدارنده با متادون
 - آشنایی با آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد
 - آشنایی با رتبه بندی واحدها
 - آشنایی با شرح وظائف پرسنل مرکز و واحد
 - آشنایی با تخلفات شایع و جریمه های پیش بینی شده در آئین نامه
 - آشنایی با فرم هایی که توسط مراکز باید پر شود و نحوه ارزیابی آن
 - آشنایی با نحوه بررسی پرونده های بیماران در مراکز
 - آشنایی با نحوه پر کردن چک لیست نظارتی
 - آشنایی با انواع مختلف مراکز همچون مراکز مشاوره بیماری های رفتاری، مراکز گذری و...
- این دوره ها با نظارت اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، در دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تیپ یک به طور ادواری برگزار می گردد.

گردش کار سیستم نظارتی و ارزشیابی

نحوه راه اندازی مراکز درمان سوء مصرف مواد و واحدهای درمان با آگونیست، نحوه تمدید فعالیت واحد و وظائف کمیته منطقه ای نظارت بر درمان با داروهای آگونیست و معاونت های درمان دانشگاهها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص به طور کامل در آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد و فصول دیگر این پروتکل ذکر شده است و در اینجا از ذکر مجدد آن خود داری می گردد.

الف- در سطح دانشگاه های علوم پزشکی

کمیته منطقه ای نظارت بر درمان با داروهای آگونیست در سطح هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است طبق برنامه ای که خود مصوب می سازد رأساً و به کمک اداره نظارت بر درمان آن دانشگاه/ دانشکده به نظارت بر همه واحدهای دولتی، غیردولتی و خصوصی که درمان با آگونیست را ارائه می دهند بپردازد. این نظارت شامل واحدهای درمانی سازمان زندانها نیز می شود.

ناظران درمان، که انتظار می رود در دوره های آموزشی دو روزه یاد شده در فوق به طور کامل توجیه شده باشند، به طور دوره ای به بازدید از واحدهای درمان با آگونیست می پردازند. آنان چک لیست نظارتی (پیوست) را مطابق با مشاهدات خود و پرسش از مسئول فنی مرکز که باید در تمام ساعات کار مرکز در آن حضور داشته باشد، و نیز بیرون کشیدن تصادفی چند پرونده بیمار و بررسی نحوه پر شدن آن و دیگر دفاتر

مرکز و نیز با پرسش از بیماران در خصوص امور مرتبط با درمان پر می کنند. نحوه پر کردن چک لیست نظارتی در پیوست توضیح داده شده است. همچنین در صورت وجود هر گونه تخلفی آن را به کمیته منطقه ای نظارت بر درمان با داروهای آگونیست و معاونت درمان دانشگاه گزارش می دهند تا طبق مفاد دستورالعمل نظارت بر مراکز درمان سوء مصرف مواد با واحد خاطی برخورد شود.

ب- در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی گزارش نظارتی و ارزشیابی کمیته منطقه ای نظارت بر درمان با داروهای آگونیست را (که شامل نحوه فعالیت مراکز و موارد تخلف مشاهده شده، را به طور مرتب (هر ماه یکبار) به ادارات ذیربط در معاونت درمان وزارتخانه ارسال می کند. همینطور جدول اطلاعات مراکز درمان سوء مصرف مواد/ واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست در حوزه جغرافیایی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی (پیوست) هر سه ماه یکبار به اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ارسال می گردد. این جدول می تواند تعداد واحدهای فعال، تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین به تفکیک جنسیت، وضعیت ارجاع و روش مصرف، و خدمات روانشناختی انفرادی، گروهی و آموزش خانواده، تعداد بیماران تحت درمان بازگیری با بوپرنورفین و کلونیدین و سایر موارد را مطابق فرم های وزارت متبوع را مشخص سازد.

ج- در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد گزارش کلیه اقدامات انجام شده را در اختیار اداره کل درمان، بازپروری و حرفه آموزی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار می دهد تا ضمن آنکه در گزارش سالانه ستاد مبارزه با مواد مخدر درج گردد، بررسیهای لازم از نظر همخوانی برنامه های درمانی اعتیاد کشور با کل سیاستهای کنترل مواد مخدر در کشور در کمیته درمان، بازپروری و حرفه آموزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، که با ریاست معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان رئیس کمیته و عضویت دستگاههای دخیل در امر درمان، باز پروری و حرفه آموزی تشکیل می شود، و در نهایت جلسات اصلی ستاد مبارزه با مواد مخدر با حضور رئیس جمهور و وزرا و رؤسای سازمانهای عضو این ستاد صورت پذیرد. توضیح در خصوص جزئیات سیستم نظارتی و ارزشیابی در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر در مقدمات این پروتکل نمی باشد.

لازم به ذکر است که یک نظام رایانه ای ثبت فعالیت واحدها در اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در حال تدوین است. نصب این سیستم در سطح واحدهای درمانی، دانشگاههای علوم پزشکی و وزارتخانه

موجب سرعت بخشیدن روند گردش اطلاعات در کل نظام درمان اعتیاد شده و ضمن کاهش اتلاف زمان و سرمایه باعث تقویت و کارآمدتر شدن نظام پایش و ارزشیابی خواهد شد.

(۱) وزیران محسن و مستشاری گلاره: «راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف کنندگان مواد» (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر)، تهران- انتشارات پرشکوه

(۲) مستشاری گلاره: «طرح آزمایشی درمانگاه متادون»- تهران- اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

(۳) رزاقی عمران محمد، رحیمی موقر آ، حسینی م و همکاران (۱۳۷۷): «بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد» سازمان بهزیستی کشور

- 4) MC Dowel DM.; Spitz HI (1999): Substance Abuse from principles to practice; Taylor & Francis/ PA/ USA.
- 5) Lowinson J.H; Ruiz P; Millman R.B. (1997). Substance Abuse a comprehensive Textbook; Williams & Wittkins, Baltimore, Maryland
- 6) Sanchez-Carbonell X; Vilaregut A (2001): A 10-year follow-up study on the health status of heroin addicts based on official registers. *Addiction* 96(12): 1777-86
- 7) Langendam MW; van Brussel GH; Coutinho RA; Ameijden EJ (2001): The impact of HR-based methadone on mortality among heroin users. *Am J. Public Health*, 91(5): 776-80
- 8) Caplehorn JR; Dalton MS; Halder F et al (1996): Methadone Maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Subst. Use Misuse*. 31(2): 177-196
- 9) Poser W; Koc J; Ehrenreich H (1995): MMT. Methadone Treatment can Reduce Mortality. *BMJ*; 310(6977): 463
- 10) La Harpe R; PERRET G; Desgon JJ (2000): Rechtsmedizinische. Erfahrungen mit der Methadonsubstitution im Kanton Genf; *Arch Kriminol*. 206(1-2): 1-7
- 11) Farre M; Mas A; Torrens M et al (2002): Retention Rate & Illicit Opioid Use during Methadone Maintenance Interventions: a Meta-analysis. *Drug Alcohol Dep*; 65(3): 283-90
- 12) Murray JB (1998): Effectiveness of Methadone Maintenance for heroine Addiction. *Psycho. Rep.*; 83(1): 295-302
- 13) Yoast R; Williams MA; Deitchman SD; Champion HC (2001): Report on the council of Scientific Affairs; *J. Addict. Dis*; 20(2): 15-40

- 14) Judson BA; Oritiz S; Crouse L et al (1980): A Follow-up Study of heroin Addicts five years after first admission to a methadone Treatment program. *Drug Alcohol Depend.* 6(5): 295-313
- 15) Bale RH; Van Stone WW; Kuldau JM et al (1980): Therapeutic communities vs. Methadone Maintenance. *Arch Gen Psych.* 37(2): 179-93
- 16) Hilton BA; Thomson R; Moore-Dempsey L; Janzen RG (2001): Harm Reduction theories & strategies for control of HIV: a review of literature. *J. Adv. Nurs.* ; 33(3): 357-70
- 17) Zaric GS; Barnett PG; Brandeau ML (2000): HIV Transmission & the cost-effectiveness of Methadone Maintenance. *Am. J. pub. Health;* 90(7): 1100-11
- 18) Kwiathkowski: CF; Booth RE (2001): Methadone Maintenance as HIV risk reduction with Street-recruited Injecting Drug Users. *J. Acquir Immune Defic. Syn;* 26(5): 483-9
- 19) Wells EA; Calsyn DA; Clark LL; et al (1996): Retention in Methadone Maintenance is associated with reductions in different HIV risk behaviors for women & men. *Am J. Drug Alcohol Abuse;* 22(4): 504-21
- 20) Stark K; Muller R; Bienzle U; Guggenmoos-Holzman I (1996): MMT & HIV risk-taking Behavior among Injecting Drug Users in Berlin. *J. Epidemiol. Community Health;* 50(5): 534-7
- 21) Lollis CM; Strothers HS; Chitwood DD; Mc Gee M (2000): Sex, Drugs, and HIV: Does Methadone Maintenance reduce drug use & risky sexual behavior? *J. Behav. Med.;* 23(6): 545-57
- 22) Longshore D; Hsieh SC; Angsin MD (1994): Reducing. HIV risk behavior among Injection Drug Users: effect of methadone maintenance treatment on number of sex partners. *Int. J. Addiction* 29(6): 741-57
- 23) Gossop M; Mardsen J; Stewart D; Treacy S (2002): Reduced injection risk & sexual risk behavior after drug misuse treatment. *AIDS Care;* 14(1): 77-93
- 24) Barnett PG (1999): The cost- effectiveness of Methadone Maintenance as a Health Care Intervention. *Addiction;* 94(4): 479-88
- 25) Brienza RS; Stein MD; Chen M et al (2000): Depression among needle exchange program & methadone maintenance clients. *J. Subst. Abuse T.* 18(4): 331-7
- 26) Maddux JF; Desmond DP (1992): Ten- year follow-up after admission to Methadone Maintenance. *Am. J. Dry Alcohol Abuse;* 18(3): 289-303
- 27) Hiltunen AJ; Eklund C (2002): Withdrawal from MMT. Reasons for not trying to quit methadone. *Ear. Addict. Res.*

- 28) **Fellin DA; O'Connor PG; Chawarski M et al (2001 Methadone Maintenance in Primary Care: a randomized controlled trial. JAMA: 267(14): 1724-31**
- 29) **NIH Consensus Panel Recommends Expanding Access to and Improving Methadone Treatment Programs for Heroin Addicts. (1999) Eur. Addict. Res. 5(1): 50-1**
- 30) **Desland M; Baley R (1991): High retention rates within a prospective study of heroin users. Br. J. Addict. 86(7): 859-65**
- 31) **Goldsiein MF; Deren S; Kong SY et al (2002): Evaluation of an alternative program For Methadone Maintenance Treatment Programs dropouts: Impact on Treatment Re-Entry. Drug Alcoh Depend.; 66(2): 181-7**
- 32) **Formen RF; Bovasso G; Woody G (2001): Staff beliefs about addiction treatment. J. Subst. Abuse Treatm. 21(1): 1-9**
- 33) **Bell J (2000): Quality improvement. For MMT; Subst. Use Misuse 35 (12-14): 1735-56**
- 34) **Sadock BJ, Sadock VA, (2000) Comprehensive Textbook of Psychiatry; seventh edition, Lippincott Williams & Wilkins**
- 35) **Sadock BJ, Sadock VA, (2003) Synopsis of Psychiatry; ninth edition, Lippincott Williams & Wilkins**
- 36) **Tober G. , Strang J. (2003) Methadone Matters, Evolving community methadone treatment of opiate addiction, Martin Dunitz press**

