جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

ویرایش سوم، پاییز ۱۳۹۳

شناسنامه

عنوان راهنما	پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون
عنوان انگلیسی	Protocol on Management of Opioid Dependence with Methadone
مؤلفان	**دکتر آذرخش مکری**، روان‌پزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاون آموزشی و بالینی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد **علیرضا نوروزی**، روان‌پزشک، رئیس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
گروه مخاطب	سیاست‌گذاران و مدیران برنامه‌های درمان اختلالات مصرف مواد پزشکان و سایر درمان‌گران اختلالات مصرف مواد
ویرایش	سوم
زمان انتشار	پائیز ۱۳۹۳
تماس	تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برج آ، ط ۱۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

سپاس گزاری

پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون، ویرایش سوم توسط *اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت درمان وزارت بهداشت* با همکاری *اداره راهنماهای بالینی، دفتر ارزیابی فن‌آوری سلامت* این حوزه معاونت از طریق *واحد مدیریت دانش مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران* تدوین شده است.

گروه تدوین‌کننده راهنما فرصت را مغتنم شمرده مراتب سپاس خود را به حضور **جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی**، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر و **جناب دکتر احمد حاجبی**، قائم مقام معاونت درمان در حوزه سلامت روان و اعتیاد و مشاور معاونت بهداشت در امور سلامت روان و اعتیاد تقدیم می‌نماید.

محتوای توصیه‌های بالینی اصلی پروتکل حاضر در سی و دومین سمپوزیوم ماهانه «اعتیاد و آسیب‌های روانی» که در تاریخ ۲۶ تیر ۱۳۹۳ در محل سالن اجتماعات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی برگزار گردید، ارایه و از مباحث سیاست‌گذاران، صاحب‌نظران، پزشکان و درمان‌گران اعتیاد در نهایی نمودن توصیه‌های بالینی بهره گرفته شد. بدین‌وسیله از کلیه کسانی که با ارایه بازخوردهای ارزشمند خود ما را در بازبینی راهنماهای بالینی کمک نمودند، قدردانی می‌گردد. در این نشست **جناب آقای دکتر فرید براتی سده**، مدیر کل درمان و حمایت‌های اجتماعی انتظارت خود را در خصوص ارتقای استانداردهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست بیان نمودند و **جناب آقای دکتر علی فرهودیان**، رئیس محترم تحقیقات سوءمصرف و وابستگی مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی مبحثی را در خصوص چگونگی بهبود کیفی برنامه ارایه کردند که بدین وسیله از ایشان صمیمانه سپاس‌گذاری می‌گردد.

نهادهای نامبرده زیر در مراحل مختلف بازبینی پروتکل با ارایه نظرات کارشناسی خود ما را یاری رساندند که بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از ایشان ابراز می‌داریم:

- **اداره راهنماهای بالینی، دفتر ارزیابی فن‌آوری سلامت، معاونت درمان، وزارت بهداشت**
- **اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر**
- **انجمن علمی روان‌پزشکان ایران**
- **دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران**
- **سازمان بهزیستی کشور**
- **سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور**
- **مرکز بهداشت روانی بنیاد شهید و امور ایثارگران**

- **مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی**
- **مرکز سلامت خانواده و جمعیت، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت،**
- **مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت**
- **مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران**
- **معاونت بهداشت، امداد و درمان ناجا**
- **معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی اردبیل، تبریز، زاهدان، شاهرود، کاشان، قم و هرمزگان**

همچنین از صاحب‌نظران نامبرده ذیل که نظرات ارزشمند خود را درباره پیش‌نویس پروتکل با ما در میان گذاشتند، صمیمانه قدردانی می‌نماییم:

- **جناب آقای دکتر بهمن ابراهیمی**، معاون بهداشت و درمان، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- **جناب آقای دکتر مهرداد احترامی**، روان‌پزشک، سازمان بهزیستی کشور
- **سرکار خانم مهری امیری**، سازمان بهزیستی کشور
- **جناب آقای دکتر فرید براتی سده**، مدیر کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر
- **جناب آقای دکتر جعفر بولهری**، رئیس دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران
- **جناب آقای دکتر مصطفی ده‌مرده‌ئی**، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- **جناب آقای دکتر علی تقی زاویه**، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- **سرکار خانم دکتر نازنین حضرتی**، روان‌پزشک، کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
- **جناب آقای دکتر علی حیرانی**، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
- **جناب آقای دکتر داود خیرخواه**، سرپرست معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- **جناب آقای دکتر سیدرامین رادفر**، پزشک، دانشنامه عالی سلامت، مؤسسه فرهنگ و سلامت اصفهان
- **جناب آقای دکتر محسن روشن پژوه**، مدیر کل دفتر پیشگیری و درمان اعتیاد، سازمان بهزیستی کشور
- **جناب آقای دکتر سیدمحمدرضا سیداحمدیان**، معاون بهداشت، امداد و درمان ناجا
- **جناب آقای دکتر محمداسماعیل علیپور**، رئیس مرکز بهداشت روانی بنیاد شهید و امور ایثارگران
- **سرکار خانم دکتر مرضیه فرنیا**، مدیر کل بهداشت و درمان، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- **جناب آقای دکتر رابرت فرنام**، روان‌پزشک
- **جناب آقای دکتر بهنام فرهودی**، متخصص عفونی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد

- **جناب آقای دکتر علی فرهودیان**، روان‌پزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، رئیس مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- **جناب آقای دکتر حسن قبادی**، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
- **جناب آقای دکتر سیدابراهیم قدوسی**، کارشناس ارشد اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
- **سرکار خانم دکتر شیما محسنی شینی**، روان‌پزشک، دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری
- **جناب آقای دکتر محمدرضا مظفری**، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی قم
- **جناب آقای دکتر ناصر مقربیان**، سرپرست معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- **سرکار خانم سمیه یزدانی**، کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

پروتکل حاضر بازبینی پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، ویرایش دوم بوده و از این پس جایگزین آن خواهد بود. فرصت را غنیمت شمرده بدین وسیله از مؤلفان نسخه‌های پیشین **سرکار خانم دکتر ستاره محسنی‌فر**، **سرکار خانم دکتر گلاره مستشاری** و **جناب آقای دکتر محسن وزیریان** سپاس‌گزاری می‌گردد.

پیش گفتار

اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان پس از تصادفات جاده‌ای، سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی، عروقی و افسردگی در رتبه چهارم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها قرار دارد. در جمعیت مردان جوان ۱۸ تا ۳۰ ساله اعتیاد بعد از تصادفات جاده‌ای، سوانح و حوادث در مقام دوم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها قرار می‌گیرد. بر اساس آمار رسمی ارایه شده در کشور ۱/۳۵ میلیون نفر فرد مبتلا به وابستگی به مواد یا معتاد در کشور وجود دارد که با در نظر گرفتن بعد خانوار ایرانی ۳/٦ به معنای آن است که در حدود ٥ میلیون نفر جمعیت کشور سالانه مستقیماً با اختلالات مصرف مواد درگیر هستند.

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۲ روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد جان خود را از دست می‌دهند. شایع‌ترین راه انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون شامل اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی از طریق اعتیاد تزریقی است، به طوری که بیش از ٦٥٪ کلیه موارد شناسایی شده عفونت اچ‌آی‌وی مصرف‌کننده تزریقی مواد هستند. بر اساس تخمین‌های موجود در حدود ۲۰۰ هزار نفر افرادی که مواد را تزریقی می‌کنند، در کشور وجود دارند که در آخرین مطالعه زیستی- رفتاری کشوری انجام شده ١٤٪ آن‌ها مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند. شیوع هپاتیت سی در کسانی که مواد را تزریق می‌کنند، یکی دیگر از نگرانی‌های بهداشتی مرتبط با اعتیاد است، به طوری مه بیش از نیمی از این جمعیت مبتلا به هپاتیت سی هستند. بر اساس گزارش‌ها موجود سهم قابل ملاحظه‌ای از برخی مشکلات اجتماعی همچون طلاق، خشونت و فعالیت‌های غیرقانونی با اعتیاد مرتبط است. بر اساس آمار سازمان زندان‌های کشوری در حدود نیمی جرایم کشور مرتبط با مواد بوده و بیش از نیمی از جمعیت ورودی زندان مصرف‌کننده مواد هستند.

با گسترش مصرف مت‌آمفتامین در سال‌های اخیر الگوی مصرف مواد در کشور تغییر نموده است، با این وجود همچنان مواد افیونی همچون تریاک، کراک هروئین و هروئین شایع‌ترین مواد غیرقانونی مورد مصرف در کشور هستند و عامل اصلی بار بیماری در کشور را تشکیل می‌دهند.

در مجموع می‌توان اعتیاد گفت نه تنها با مرگ‌ومیر و ناتوانی بالایی در حوزه سلامت همراه است، بلکه همچنین عواقب جدی خانوادگی، اجتماعی و قانونی برای کشور به دنبال دارد.

تاریخچه و ضرورت شکل‌گیری

به دنبال تشدید عوارض ناشی از مصرف مواد افیونی شامل روند رو به رشد مرگ و میر ناشی از اعتیاد و بروز همه‌گیری عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد برنامه درمان نگهدارنده در اجتماع و جایگاه‌های تأدیبی شروع شد. اولین مورد عفونت اچ‌آی‌وی در کشور در سال ۱۳٦٥ در یک مصرف‌کننده تزریقی مواد شناسایی شد. تا سال ۱۳۷٤، سالانه ٥ تا ۱۰ مورد جدید اچ‌آی‌وی شناسایی گردید که، اما در سال ۱۳۷٥ به دلیل انفجار همه‌گیری عفونت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد تعداد موارد شناسایی شده عفونت ۲۳ برابر افزایش نشان داد.

با توجه به کارآیی نسبتاً پایین استفاده از رویکردهای درمانی پرهیزمدار در کاهش گسترش عفونت اچ‌آی‌وی در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، رویکرد کاهش آسیب از سال ۱۳۸۱ به منظور مدیریت و کاهش عوارض حاد و نگران‌کننده اعتیاد اتخاذ گردید. درمان نگهدارنده با متادون یکی از اصلی‌ترین اجزای این برنامه بوده و در ادامه شواهد اثربخشی آن مرور شده است.

در مجموع، بروز آسیب‌ها و عوارض سلامتی شدید ناشی از اعتیاد از یک سو و ناکارآمدی نسبی رویکردهای درمانی پرهیزمدار در مدیریت آن از سوی دیگر، منجر به شکل‌گیری برنامه درمان نگهدارنده با متادون در کشور گردید.

اثربخشی برنامه در سطح ملی و بین‌المللی

در اولین مطالعه روی درمان نگهدارنده با متادون در ایران در سال ۱۳۸۱، استفاده از متادون به صورت نگهدارنده با دوز ٤۰ و ۷۰ میلی‌گرم در درمان اعتیاد به مواد افیونی مورد آزمون قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد درمان نگهدارنده با متادون به صورت مؤثری **مصرف مواد افیونی غیرقانونی**، **تزریق مواد**، **تزریق مشترک**، **پرخاش‌گری و رفتارهای مجرمانه معتادان به مواد افیونی** را کاهش می‌دهد. نتایج مطالعه بالا یک سال بعد در یک مطالعه بازبرچسب چندمرکزی تأیید شد. در این مطالعه استفاده از دوز فردی شده درمان نگهدارنده با متادون توانست میزان **مصرف مواد افیونی**، **تزریق و تزریق مشترک** را کاهش داده و شاخص‌های **وضعیت خلقی**، **اجتماعی و کارکرد شخصی** را بهبود بخشد.

ایران یکی از کشورهای شرکت‌کننده در یک مطالعه چندمرکزی اجرا شده توسط سازمان جهانی بهداشت در ۸ کشور بود. نتایج این مطالعه که در کشورهای مختلف با پس‌زمینه‌های اجتماعی- اقتصادی متفاوت انجام شد دو یافته مهم داشت. اول آن که، **درمان نگهدارنده در پس‌زمینه‌های متفاوت به لحاظ ساختار سلامت و منابع در**

دسترس قابل اجرا بوده و دوم آن که این درمان نه تنها می‌تواند **مصرف مواد افیونی و تزریق آن** را کاهش دهد، بلکه همچنین **کیفیت زندگی مراجعان و کارکرد اجتماعی و اقتصادی** آن را به صورت قابل ملاحظه بالا می-برد.

در یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی در **زندان‌های ایران** نشان داده شد درمان نگهدارنده با متادون نه تنها **مصرف مواد افیونی** و **تزریق مواد** را به صورت اساسی کاهش می‌دهد، بلکه همچنین اقدام به **خودزنی و خودکشی** در زندان را کاهش می‌دهد.

مطالعات فراتحلیل انجام شده در سطح بین‌المللی نشان می‌دهد درمان نگهدارنده با متادون به صورت مؤثری می-تواند شاخص‌های زیر را بهبود بخشد:

- **مرگ و میر مرتبط با مواد افیونی**
- **مصرف مواد افیونی**
- **تزریق**
- **تزریق مشترک**
- **جرایم مرتبط با مواد**
- **تن‌فروشی در ازای پول یا مواد**
- **کارکردهای اجتماعی**

بر اساس یک فراتحلیل اخیر درمان‌های نگهدارنده اُپیوئیدی از این لحاظ از سایر مداخلات درمانی مؤثرتر هستند.

شواهد اولیه از برنامه کاهش آسیب ایران نشان می‌دهد این برنامه در متوقف نمودن روند رو به رشد عفونت اچ-آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد موفق بوده است. در یک مطالعه مدل‌سازی تخمین زده شد **در صورت تداوم برنامه کاهش آسیب** در کشور روند عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد معکوس خواهد شد.

شواهد داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد در صورت گسترش و تداوم برنامه درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی، این برنامه می‌تواند آسیب‌های شدید ناشی از اعتیاد را در مراجعان مبتلا کنترل نموده و روند آن را معکوس نماید.

اسناد بالادستی

- بند ششم سیاست های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) در سال ۱۳۸۵ که دستگاه‌های مرتبط را در اجرای خدمات استاندارد درمان و کاهش آسیب اعتیاد مکلف نموده است:

ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف:

- **درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان**
- **کاهش آسیب‌ها.**
- **جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پر خطر**

- ماده ۱۵ قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۸۹ درخصوص راه‌اندازی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
- آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۵ قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و دستورالعمل‌های مرتبط با آن

درباره پروتکل

با توجه به نیاز مبرم به ارتقای استانداردهای درمان وابستگی به مواد افیونی به منظور تأمین یک درمان همه-جانبه برای بیماران و خانواده آن‌ها و همچنین تغییرات پدید آمده در نیم‌رخ مواد مورد مصرف در کشور، همه-گیری مصرف مت‌آمفتامین با نام خیابانی شیشه و مراجعه بیماران مبتلا به مصرف چندگانه مواد افیونی و مواد محرک، بازبینی پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست در دستور کار وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گرفت.

متعاقب ابلاغ پروتکل حاضر کلیه توصیه‌های بالینی و استانداردهای درمانی ارایه شده برای کلیه ذی‌نفعان خدمات درمان اعتیاد در کشور لازم‌الاجرا بوده و کلیه ضوابط و بخش‌نامه‌های مغایر ملغی می‌گردد.

در تدوین ویرایش جدید پروتکل تلاش شده ضمن مرور آخرین شواهد بین‌المللی، تجارب کشوری حاصل از اجرای پروتکل در طول یک دهه گذشته مدّ نظر قرار گرفته و توصیه‌های بالینی ارایه شده متناسب با مقتضیات بومی باشد. تدوین توصیه‌های بالینی درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون به نحوی که از یک سو، بتواند به عنوان استانداردهای کشوری کیفیت خدمات را تضمین نموده و ارتقاء دهد و از سوی دیگر، انعطاف لازم برای پاسخ‌گویی به نیازهای اختصاصی مراجعان را داشته باشد، ساده نیست. در این جا فرصت را مغتنم شمرده و مجدداً از تلاش کلیه مؤلفان و صاحب‌نظران همکار در تدوین این پروتکل صمیمانه قدردانی می‌شود. امید است تدوین ویرایش سوم پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست گامی به پیش در تکامل نظام

درمان وابستگی به مواد افیونی و کاهش بار مرتبط با آن در کشور بوده و بتواند به عنوان بخشی از رویکرد هماهنگ کشوری برای ارتقای کیفیت خدمات درمان اعتیاد در کشور مؤثر واقع گردد.

دکتر محمد حاجی آقاجانی

معاون درمان

فهرست مطالب

مقدمه		۱۳
۱	کلیات درمان نگهدارنده	۱۷
۲	آشنایی با متادون	۳۱
۳	انتخاب بیمار برای درمان نگهدارنده	۴۲
۴	ارزیابی بیماران	۴۷
۵	مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران	۵۷
۶	آزمایش ادرار	۸۱
۷	دوز منزل	۸۷
۸	غیبت از درمان	۱۰۰
۹	خروج اختیاری از درمان	۱۰۴
۱۰	اخراج از درمان	۱۰۷
۱۱	مسمومیت با مواد افیونی در جریان درمان نگهدارنده	۱۱۰
۱۲	مداخلات غیردارویی در درمان نگهدارنده	۱۱۵
۱۳	درمان نگهدارنده در بارداری	۱۲۴
۱۴	ملاحظات درمانی در بیماری‌های طبی همراه	۱۳۵
۱۵	مدیریت درد	۱۴۳
۱۶	پایش قلبی	۱۴۶
۱۷	اختلال مصرف مواد چندگانه	۱۵۱

۱۸ ملاحظات درمانی در اختلالات روان‌پزشکی همبود ۱۵۶

۱۹ ملاحظات درمانی در سایر گروه‌های خاص ۱۶۳

۲۰ جنبه‌های اجرایی و مدیریتی درمان نگهدارنده ۱۶۷

فهرست منابع ۱۷۷

پیوست‌ها

پیوست یک- پایگاه‌های داده مورد جستجو ۱۸۱

پیوست دو- تداخلات دارویی مهم متادون ۱۸۲

پیوست سه- اطلاع‌رسانی به بیمار و خانواده ۱۸۸

پیوست چهار- فرم رضایت‌نامه آگاهانه ۱۹۶

پیوست پنج- ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد افیونی ۱۹۹

پیوست شش- فرم‌ها ۲۰۶

پیوست هفت- زمان شناسایی مواد از طریق آزمایش ادرار ۲۱۹

پیوست هشت- الگوریتم تجویز متادون در روز اول ۲۲۰

پیوست نه- الگوریتم تجویز متادون در روز دوم ۲۲۱

مقدمه

خصوصیت اصلی وابستگی به مواد افیونی از دست دادن کنترل بر روی مصرف و تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با مشکلات سلامتی، خانوادگی، شغلی و قانونی مرتبط است. در وابستگی به مواد، مصرف مواد به اولویت اصلی زندگی فرد تبدیل می‌شود. در واقع می‌توان گفت در اعتیاد مصرف مواد تبدیل به تنها منبع کسب لذّت و رضایت در زندگی فرد می‌شود. مواد در مغز از طریق سیستم‌هایی اثر خود را اعمال می‌کند که در اصل برای پاسخ به محرک‌هایی طراحی شده‌اند که کارشان حفظ بقای گونه محسوب می‌شود. در اعتیاد به مواد رفتارهای موادجویانه برای فرد به صورت غیرعادی «ارزش بقاء» پیدا می‌کند. این موضوع فرد را به لغزش و عود تا مدت‌ها پس از قطع مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌کند و اساس طبیعت مزمن و عودکننده وابستگی به مواد را تشکیل می‌دهد.

طبیعت مزمن و عودکننده وابستگی به مواد باعث شده این بیماری با سایر بیماری‌های طبی عودکننده همچون آسم، فشار خون و دیابت مقایسه شود. شباهت‌های این بیماری‌ها جالب توجه هستند. در تمام این بیماری‌ها ژنتیک، انتخاب شخصی و عوامل محیطی نقش مشابهی در سبب‌شناسی و سیر بیماری دارند. میزان‌های عود و پایبندی به دستورات درمانی در تمام آن‌ها مشابه هستند. در تمام این بیماری‌ها درمان قطعی وجود ندارد و میزان موفقیت در درمان ارتباط مستقیم با میزان پایبندی به درمان دارد. بیماران دارای سن بالاتر، شغل، خانواده و روابط بین‌فردی پایدار با احتمال بالاتری از دستورات درمانی پیروی می‌کنند. بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می‌گردد که درمان‌های دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی ترکیب شوند.

برای دستیابی به پرهیز، افراد وابسته به مواد افیونی باید بر اجبار و وسوسه مداوم برای مصرف مواد غلبه کنند. به علاوه، آن‌ها باید بر مشکلات روان‌شناختی و جسمی متعدد زمینه‌ساز و یا ناشی از مصرف مواد و سبک زندگی مرتبط با آن نیز فائق آیند. هر چقدر وابستگی شدیدتر و دیرپاتر باشد، توانایی فرد برای مواجهه با این مشکلات کمتر می‌شود. برای درمان اعتیاد فرد باید مجموعه‌ای از تغییرات جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را پشت سر بگذارد که این امر معمولاً زمان نسبتاً زیادی را می‌طلبد. منظور از درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست اُپیوئیدی در این پروتکل ترکیبی از درمان دارویی (متادون، بوپرنورفین و تنتور اُپیوم) و مداخلات روانی، اجتماعی است که توسط یک گروه چندرشته‌ای از درمان‌گران ارایه می‌گردد. استفاده از داروهای آگونیست اُپیوئیدی به صورت نگهدارنده علایم و نشانه‌های محرومیت را برطرف نموده، وسوسه را کاهش داده یا از بین می‌برد و اثرات نشئه‌آور ناشی از مصرف مواد افیونی غیرقانونی را مسدود می‌نماید. مداخلات روانی، اجتماعی مجموعه‌ای از مداخلات روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی هستند که به فرد برای ساختن یک سبک زندگی جدید و غیرمرتبط با مواد کمک می‌نماید. هر چند در شروع درمان دارو به تنهایی می‌تواند تا حدی وضعیت مراجعان را بهبود بخشد، اما

در طولانی‌مدت درمان‌های روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی بخش جدایی‌ناپذیری از درمان بوده و برای دستیابی به نتایج درمانی پایدار ضرورت دارند. بیماران وابسته به مواد افیونی در سیر درمان خود مراحل مختلفی را پشت سر می‌گذارند که خصوصیات این مراحل و طول دوره زمانی آن برای هر فرد منحصر به فرد است. درمان‌گران باید به صورت مستمر مراجعان روی درمان‌های دارویی را برای ایجاد تغییرات مثبت در سبک زندگی تشویق نماید. به این منظور تعیین اهداف قابل اختصاصی و البته دستیابی به صورت توافق شده با مراجع و ثبت و پایش دقیق پیش-رفت در طول زمان برای ترسیم خط سیر درمانی فرد اهمیت بالایی دارد. این رویکرد با ایجاد مفهوم «سرمایه بهبودی» به تثبیت نتایج درمانی کمک نموده و مانع ایجاد پدیده «توقف بهبودی» یا اصطلاحاً «پارک کردن بیمار روی دارو» می‌شود. متناسب با مراحل بهبودی اهداف درمان تغییر نموده و بازبینی و به‌روزرسانی اهداف درمانی در یک فرآیند مشترک با مراجع باید مورد توجه قرار گیرد.

برای دستیابی به نتایج بهینه در درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست باید بین «*دسترسی به درمان*» و «*کیفیت آن*» تعادلی برقرار نمود. تسهیل شرایط تجویز دارو، دسترسی به خدمات درمان با داروهای آگونیست را بالا می‌برد، اما کیفیت و ایمنی درمان را کاهش می‌دهد. در مقابل ایجاد محدودیت شدید در شرایط تجویز دارو به صورت بالقوه کیفیت و ایمنی خدمات را افزایش داده، اما دسترسی به درمان را کاهش می‌دهد. به منظور ایجاد تعادل بین دسترسی به درمان‌های وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست و کیفیت آن، به پزشکان عمومی آموزش دیده اجازه داده شده در مراکز سرپایی مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد در اجتماع و زندان این خدمات را ارایه نموده و در صورت نیاز بیماران را به خدمات تخصصی یا سطوح درمانی بالاتر ارجاع نمایند.

ادغام خدمات درمان اعتیاد به مواد افیونی در مراقبت‌های اولیه، یکی دیگر از راه‌های افزایش دسترسی محسوب می-گردد. ادغام خدمات اعتیاد در جریان اصلی خدمات پزشکی و روان‌پزشکی، اَنگ مرتبط با آن را کاهش داده و دسترسی را بهبود می‌بخشد، با این وجود در ادغام درمان با داروهای آگونیست اُپیوئیدی در سطح مراقبت اولیه برخی ملاحظات اجرایی همچون الزامات قانونی نگهداری و توزیع داروهای آگونیست، تعداد بالای ویزیت‌های مورد نیاز در درمان با داروهای آگونیست، الزام برای ارایه خدمات روانی، اجتماعی، مشکلات احتمالی مخلوط شدن بیماران مبتلاء به اعتیاد با سایر مراجعان مراکز بهداشتی، درمانی و حجم کاری بالای پزشک خانواده در سایر برنامه‌های سلامت، باید در نظر گرفته شود.

هدف از تدوین پروتکل

مراقبت بالینی باید مبتنی بر شواهد علمی و با در نظر گرفتن تجارب کشوری و بین‌المللی باشد. هدف از تدوین پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون فراهم کردن چارچوبی برای تضمین و ارتقای کیفیت این برنامه و به‌روزرسانی سیاست‌های کشوری در زمینه اهداف درمانی، ملاک‌های ورود، دوز دارو، دوز منزل، طول دوره درمان و مقررات درمانی است. در این پروتکل به مباحثی همچون ارتباط درمانی، ارزیابی جامع، برنامه‌ریزی درمان، رضایت آگاهانه، حفظ رازداری، مراحل ارایه درمان دارویی، مداخلات روانی، اجتماعی، پایش پیش‌رفت درمانی و ملاحظات درمانی در گروه‌های خاص پرداخته شده است. باید توجه داشت که پروتکل حاضر چارچوب عملکرد استاندارد را فراهم نموده و در اجرای آن، پزشک درمان‌گر باید قضاوت بالینی و ترجیحات مراجع را در نظر بگیرد.

دامنه

پروتکل حاضر راهنماهای بالینی و مقررات درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون را فراهم می‌نماید. گروه مخاطب اصلی راهنمای حاضر، پزشکان و سایر درمان‌گران شاغل در واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست هستند، هر چند مطالعه آن برای پزشکان شاغل در جایگاه‌های مراقبت اولیه یا سایر جایگاه‌های بهداشتی، درمانی مرتبط می‌تواند مفید باشد. جمعیت اصلی مورد تمرکز راهنما جمعیت بزرگسال (بالای ۱۸ سال) بوده، هر چند به صورت مختصر به ملاحظات درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان نیز پرداخته شده است.

فرآیند تدوین

در تدوین این راهنما از مرور مطالعات داخلی و بین‌المللی، راهنماهای تدوین شده توسط سایر کشورها و بازخوردهای حاصل از اجرای ویرایش دوم پروتکل در طول سال‌های اخیر بهره گرفته شده است. برای یافتن راهنماهای بالینی مرتبط علاوه بر مرور منابع داخلی، کلمات کلیدی «وابستگی به مواد افیونی» و «متادون» در پایگاه-های نمایه‌سازی راهنماهای بالینی و پایگاه‌های سازمان‌های بین‌المللی مهم فعال در حوزه تدوین راهنماهای اعتیاد جستجو شد (پیوست یک).

کلیه پاسخ‌های برگشتی از نظر سه شاخص «دسترسی به نسخه کامل راهنما»، «مشخص بودن پرسش‌های بالینی» و «ارتباط آشکار بین توصیه‌های بالینی و شواهد حمایت‌کننده آن» غربال‌گری شدند. سپس راهنماهای باقیمانده با استفاده از ابزار ممیزی راهنماهای بالینی[1] مورد ارزیابی قرار گرفته و دو راهنمای بین‌المللی «راهنماهای درمان

[1] Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) instrument

دارویی با کمک مداخلات روان‌شناختی در وابستگی به مواد افیونی» (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۹) و «راهنماهای ملی برای درمان وابستگی به مواد افیونی با کمک دارو» (گووینگ و همکاران ۲۰۱٤) به عنوان مبنای تدوین راهنمای حاضر انتخاب شدند. علاوه بر این، محتوای یک راهنمای تدوین شده توسط نگارندگان به منظور تشریح رویه‌های استاندارد و نکات کاربردی در اجرای برنامه درمان نگهدارنده در ایران، مورد استفاده قرار گرفت (مکری و نوروزی ۱۳۹۲). پیش‌نویس پروتکل متادون توسط گروهی از صاحب‌نظران و خبرگان درمان اعتیاد در کشور مرور و پس از اعمال بازخوردهای ایشان نهایی گردید. در فرآیند بومی‌سازی توصیه‌های بالینی تلاش شده است مقتضیات داخلی و چالش‌های درمان با متادون در کشور نظر گرفته شده و چارچوبی برای ارتقای کیفی برنامه ارایه گردد.

فصل یک- کلیات درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی عبارتست از جایگزین‌سازی مصرف مواد مخدر افیونی غیرمجاز بیمار با یک داروی آگونیست اُپیوئیدی مورد تأیید.

هر گونه جایگزینی مصرف ماده مخدر غیرمجاز با یک داروی آگونیست به طور خود به خود درمان نگهدارنده تلقی نمی‌شود. این درمان واجد شرایطی است که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. آگونیست خوراکی و غیرتزریقی است- امروزه موادی که بعنوان درمان جایگزین و نگهدارنده مصرف می‌شوند همگی خوراکی هستند و در برخی موارد مانند بوپرنورفین ترکیبی با نالوکسان فقط خوراکی هستند و استفاده از آن‌ها از راه‌های دیگر به ویژه تزریق امکان‌پذیر نیست. بنابراین اگر بیمار مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر است در نتیجه درمان نگهدارنده از تزریق به استعمال خوراکی روی خواهد آورد. البته توجه داشته باشید منظور از این که مواد آگونیست غیرتزریقی هستند، اشکال تزریقی به خصوص وریدی با اثر سریع است. زیرا در حال حاضر پژوهش بر روی حالات تزریقی با اثر طولانی و به شکل انباشتی[۲] در بدن ادامه دارد و امید است با ظهور این اشکال، پیشرفت قابل توجهی در طب اعتیاد ایجاد شود.

۲. اگونیست از مواد افیونی خالص و بطور بهداشتی تهیه شده است- برخلاف مواد مخدر موجود در بازار غیرمجاز که آمیزه‌ای از مواد مختلف و متعدد است که به شیوه غیربهداشتی تولید شده‌اند، مواد آگونیست در درمان نگهدارنده در محیط‌های صنعتی با دقت بالا تهیه شده و عاری از ناخالصی و آلودگی هستند. میزان ماده مؤثره آنها نیز به طور دقیق اندازه‌گیری و تعیین شده است.

۳. با قیمت ارزان‌تر از مواد مخدر یا حتی رایگان ارائه می‌شود- قیمت فروش مواد آگونیست جایگزین بسیار ارزان‌تر از معادل فارماکولوژیک آن‌ها با توجه به مواد موجود در بازار است. این اختلاف قیمت گاهی از یک بیستم نیز فراتر می‌رود. ارزان بودن قیمت مواد جایگزین از یک سو به دلیل تهیه قانونی آن‌ها در مقیاس وسیع توسط بخش صنعت است و از سوی دیگر در مورد برخی ترکیبات (بعنوان مثال متادون) به دلیل این است که آن‌ها ساختار شیمیایی ساده داشته و برای تهیه آن‌ها نیازی به کشت خشخاش نیست. ضمناً به یاد داشته باشید قیمت بسیار بالای برخی مواد مخدر نه به دلیل هزینه تولید آنها بلکه بدلیل سود سرشاری است که سیستم قاچاق بدست می‌آورد.

[2] depot

٤. دارای اثر ملایم و بطئی هستند- اگر از میان تفاوت‌های مواد آگونیست مجاز با مواد مخدر موجود در بازار بخواهیم مهم‌ترین را انتخاب کنیم، این تفاوت قطعاً باارزش‌ترین و عمده‌ترین خواهد بود. مواد مخدری که معتادان مورد مصرف قرار می‌دهند، اکثراً دارای نیمه عمر بسیار کوتاه بوده و اثرات آنها در زمان کوتاهی مستهلک می‌گردد. نیمه عمر هرویین تزریقی ۸ دقیقه است. اثرات مصرف تدخینی کِراک معمولاً یک تا دو ساعت بیش‌تر در بدن نمی‌ماند و معتادان روزانه بین ۳ تا ٥ بار از مواد مخدر افیونی غیرمجاز استفاده می‌کنند. این در حالیست که نیمه عمر متادون راسمیک[3] حدود ۲۰ ساعت است و مصرف یک بار در روز آن کاملاً ممکن است. متعاقب یک بار مصرف بوپرنورفین نیز تا حدود ۷۲ ساعت طول می‌کشد تا اشغال گیرنده‌ها افیونی «مو»[4] توسط این دارو به نصف برسد. به عبارت دیگر نیمه عمر فارماکولوژیکی بوپرنورفین نیز ۳ روز است. علاوه بر نیمه عمر طولانی ترکیبات آگونیست مجاز، شروع اثر آن‌ها نیز بر خلاف مواد مخدر موجود در بازار ملایم و تدریجی است. اوج اثر متادون و بوپرنورفین حدوداً ۲ تا ۳ ساعت بعد از مصرف اتفاق می‌افتد. مخلوط شروع اثر ملایم بعلاوه نیمه عمر طولانی ویژگی مهمی است که باعث می‌شود مواد آگونیستی چون متادون یا بوپرنورفین (البته به شکل خوراکی و نه تزریقی) قادر به ایجاد حس نشئگی بالا در مصرف کنندگان نباشند. نداشتن قدرت ایجاد نشئگی نیز بدین معنی است که قابلیت سوءمصرف[5] آنها پایین بوده و نمی‌توانند باعث رفتارهای اعتیادی در اکثر مصرف‌کنندگان شوند. توجه داشته باشید که عدم قدرت ایجاد نشئگی و قابلیت سوءمصرف ارتباط تنگاتنگی با منحنی شروع اثر و نیمه عمر اثر ماده دارد. برای ایجاد احساس نشئگی و به طبع آن ایجاد اعتیاد، ماده مخدر باید سریع اثر نماید و اثر آن سریع نیز ناپدید شود. شروع تدریجی اثر و حذف آهسته آن معمولاً ایجاد نشئگی قابل توجه‌ای ندارد. به همین دلیل است که بوپرنورفین در شکل زیر زبانی (خوراکی) قابلیت سوءمصرف اندکی دارد و عملاً استعمال خوراکی قرص‌های آن با نشئگی اندکی همراه است، اما همین ماده متعاقب تزریق که شروع اثر آن‌ها را چندین برابر تسریع می‌کند، قدرت نشئگی بالایی داشته و عملاً بسیاری از مصرف-کنندگان را گرفتار اعتیاد به خود می‌نماید. حتماً حالات شدید اعتیاد به تمجزیک[6] یا شکل تزریقی بوپرنورفین را خوانندگان محترم به یاد دارند.

٥. ماده آگونیست با دوز معین و کافی ارائه می‌گردد- در جریان درمان نگهدارنده قرار نیست بیمار بر اساس میل و اشتهای خود و در زمان دلخواه به مصرف ماده آگونیست اقدام نماید. زمان مصرف ماده آگونیست

[3] racemic
[4] μ
[5] abuse potential
[6] Temegesic

معین بوده و دوز آن نیز بعد از مدتی به حد ثابت می‌رسد. میزان دوز نیز در حدی است که تمایل مصرف مواد مخدر در بیمار را مهار کرده و او را از مصرف باز دارد.

٦. در محیط‌های سالم و اَمن عرضه می‌شوند- مواد آگونیست در مراکز درمانی به نیّت درمان ارائه می‌شود. محیط ارائه و مصرف مواد آگونیست، محیطی است سالم که توسط گروهی درمان‌گر یا صلاحیت اداره می‌شود. بیماران برای تهیه آگونیست خود روزانه به چنین محیطی مراجعه می‌کنند. تفاوت‌های بسیاری بین محیط درمان با محیط‌های آلوده و جرم‌خیز عرضه مواد مخدر وجود دارد.

۷. داروی آگونیست توسط درمان‌گران دارای صلاحیت به قصد درمان عرضه می‌شود- تفاوت‌های ماهوی بین عرضه دارو توسط درمان‌گر اعتیاد در مقایسه با عرضه مواد توسط فروشندگان مواد مخدر وجود دارد. در حالی که هدف اولیه تمامی عرضه‌کنندگان ماده مخدر سودجویی و فروش هرچه بیشتر ماده مخدر است، مراکز درمانی و درمان‌گران هدف درمان بیمار را دنبال می‌کنند. اکثر فروشندگان مواد مخدر دارای اختلالات رفتاری و مشکلات شخصیتی بوده و بسیاری خود نیز مصرف‌کننده مواد مخدر هستند. سابقه کیفری و سایر رفتارهای مجرمانه نیز شایع است. همه این موارد باعث می‌شوند ساختار رابطه بیمار-درمان‌گر یا رابطه معتاد-قاچاق‌فروش تفاوت زیادی داشته و نتایج کاملاً متفاوتی به جای بگذارد.

۸. عرضه ماده آگونیست به صورت قانونی است- عرضه ماده آگونیست قانونی است و فعل مراجعه به مرکز عرضه آن و خرید آن جرم محسوب نمی‌شود. بنابرین بسیاری از خطرات ناشی از جرم خرید مواد مخدر منتفی است.

۹. نظارت دقیق بر مصرف- مصرف آگونیست حداقل در مراحل اولیه درمان نگهدارنده تحت نظارت دقیق مرکز درمانی است. درمان‌گران بر استفاده نظارت دارند و حتی بیماران مجبورند دوز مصرفی خود را در دید مستقیم درمان‌گران مصرف کنند.

۱۰. پیش‌رفت درمان و نتایج آن ثبت و بررسی می‌شود- علاوه بر عرضه کنترل شده و تحت نظارت ماده آگونیست، اثرات آن و سیر بهبودی بیمار نیز ثبت می‌شود. تغییرات وضعیت بیمار، مصرف مواد مخدر در ایشان، بهبودی شاخص‌های فردی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، قانونی و اقتصادی اندازه‌گیری شده و سیر آن‌ها سنجیده می‌شود. یکی از ارکان این بررسی‌ها، استفاده از آزمایش ادرار برای شناسایی مصرف مواد مخدر غیرقانونی در جریان درمان توسط بیماران است.

۱۱. خدمات مکمل روانی، اجتماعی در کنار آگونیست ارائه می‌شود- علاوه بر دریافت آگونیست بیماران از خدمات جانبی مشاوره، مددکاری و روان‌درمانی بهره‌مند می‌شوند. همچنین در یک درمان مطلوب با آگونیست اضافه بر اقدامات مذکور، خانواده بیماران نیز ممکن است در برنامه درمانی به مشارکت گرفته شوند.

۱۲. کمک به تشخیص و درمان اختلالات جسمی و روان‌پزشکی همبود- به علت تداوم تماس بیمار با برنامه درمانی صورت می‌پذیرد و در مجموع باعث افزایش سطح سلامت جسمی و روانی بیمار و خانواده شده و در نهایت هزینه‌های درمانی کشور را کاهش خواهد داد.

بنابر این درمان نگهدارنده عبارت است از:

«جایگزینی قانونی مصرف مواد مخدر غیرمجاز و غیرقانونی مراجع، با یک ماده مخدر (آگونیست) غیرتزریقی ارزان قیمت، خالص و بهداشتی با اثر بطئی و ملایم در دوز مطلوب و بهینه توسط گروه درمان‌گران در محیط سالم درمانی به نیّت درمان فرد، همزمان با ارائه سایر مداخلات درمانی و ثبت و پایش دقیق پیشرفت و بهبودی»

همان طور که مشاهده نمودید درمان نگهدارنده با آگونیست برخلاف تصور ساده‌انگارانه و گاهی متأسفانه ناآگاهانه و غرض‌ورزانه تبدیل یک اعتیاد به اعتیاد دیگر نیست و درمان‌گر تبدیل به فروشنده و عرضه کننده مواد مخدر به جای شبکه قاچاق نمی‌شود. درمان نگهدارنده بسیاری از عوارض مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد. از این سو یک ابزار ایده‌آل کاهش آسیب[۷] به حساب می‌آید. اما فراموش نکنیم علاوه بر جنبه‌های ارزشمند کاهش آسیب، درمان نگهدارنده در صورتی که درست به کار رود یک ابزار تمام عیار درمان به معنی واقعی کلمه نیز هست. جنبه‌هایی از کاهش عوارض اعتیاد به قرار زیر است:

۱. حذف علایم محرومیت و ترک- ماده آگونیست در دوز مناسب قادر است کلیه عوارض محرومیت از مواد مخدر را بر طرف سازد. مراجعانی که بر روی درمان نگهدارنده قرار می‌گیرند، **نباید** از عوارض ترک شاکی باشند. متادون و بوپرنورفین در انتهای مرحله القاء اولیه کلیه علایم محرومیت بیمار را کنترل خواهند کرد. حتّی ادعاهایی که اظهار می‌دارند بوپرنورفین نمی‌تواند علایم محرومیت در تمامی بیماران را برطرف سازد،

[7] harm reduction

صحت نداشته و با استمرار چند روزه بیمار برروی دارو، علایم وی سرانجام ناپدید شده و بیمار به آرامش می‌رسد. حذف علایم محرومیت با ماندگاری بالای بیماران در درمان همراه است و رضایتمندی آنها را تأمین می‌کند. این امر برخلاف درمان‌های پرهیزمدار[8] است که تا مدت‌های مدیدی بیماران از مجموعه علایم ترک و حالت خماری شاکی هستند. مهم است القاء بر روی آگونیست به طرز صحیح صورت گیرد تا از یک سو علایم بیمار مهار گردد و از سوی دیگر عوارض آگونیست ایشان را آزار ندهد. در این صورت بیمار حتی بدون وقفه قادر به ادامه فعالیت‌های روزمره بوده و نیازی به بستری و حتی مرخصی از محل کار نیز نخواهد داشت. برای اطلاعات بیشتر به مبحث «ارائه و تجویز متادون به بیماران» مراجعه نمایید.

۲. حذف مسأله تزریق- در شرایطی که تا دو سوم موارد عفونت اچ‌آی‌وی به واسطه تزریق مشترک و غیربهداشتی مواد مخدر است، حذف مسأله تزریق اقدام بسیار مثبتی در کاهش ابتلا بیماران به این بیماری و گسترش آن در جامعه است. در مطالعات بین‌المللی، استفاده از درمان نگهدارنده یکی از راه‌های بسیار مؤثر گسترش عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد شناخته شده است. البته موفقیت این روش در جلوگیری از گسترش انتقال ویروس هپاتیت سی به درخشانی موفقیت آن در گسترش انتقال اچ‌آی‌وی نیست. شاید ابتلا سریع به ویروس هپاتیت سی که بواسطه قدرت بالای انتقال این ویروس است، درمان نگهدارنده را در این امر تا حدودی ناکام ساخته است.

۳. کاهش مسمومیت ناشی از مواد مخدر- با وجود آن که متادون خود یک آگونیست قوی است و احتمال مرگ و میر با مصرف نابجای آن وجود دارد، انتقال مراجعان به درمان نگهدارنده با کاهش بسیار چشم‌گیر مسمومیت با مواد افیونی همراه است. این موفقیت به قدری پررنگ است که یکی از موارد مصرف درمان نگهدارنده، در مُراجعانی است که سابقه مسمومیت‌های مکرر با مواد افیونی دارند و احتمال مسمومیت مجدد آن‌ها بالا تلقی می‌شود. هنگامی که بیمار بر روی درمان نگهدارنده با متادون به ثبات[9] می‌رسند، به دلیل افزایش تحمل ایجاد شده به مواد افیونی، سیستم عصبی مرکزی آن‌ها در مقابل تمامی مواد افیونی مقاوم گشته و ریسک مسمومیت با هر ماده افیونی کم می‌گردد. جالب است هرقدر دوز ثبات متادون بالاتر باشد، برخلاف انتظار بیمار در موقعیت امن‌تری قرار داشته و امکان مسمومیت کم‌تر می‌شود. برای اطلاعات بیش‌تر به مبحث «مسمومیت و درمان نگهدارنده» مراجعه کنید.

٤. حذف عوارض ناشی از ناخالصی‌های مواد مخدر- با افزایش موفقیت نیروهای انتظامی در مهار مواد مخدر و کاهش عرضه آن متأسفانه ناخالصی‌های مشکل‌آفرین در آنها نیز افزایش می‌یابد. فروشندگان سعی دارند

[8] abstinence based
[9] stabilized

با افزودن ترکیباتی جذابیت پایین محصول ضعیف خود را جبران کنند و محصول اندک و گران موجود را رقیق کرده با سود بیشتر به فروش برسانند. گاهی نیز ناخالصی‌ها تعمدی نبوده و صرفاً ناشی از ضعف تکنولوژی تولید است. در هر حال ناخالصی‌ها جنبه‌های متنوعی از خواص سمّی و روان‌گردان داشته و باعث تشدید اثرات تخریبی مواد مخدر می‌شوند. با ورود به درمان نگهدارنده و بهره‌مندی از مواد آگونیست خالص، این مشکل مرتفع می‌شود. نوسان خلوص مواد مخدر به واسطه افزودن ناخالصی‌های گوناگون، خطر مسمومیت را نیز افزایش می‌دهند زیرا مواد ناخالص میزان مختلفی از سطح تحمل به مواد افیونی ایجاد می‌کنند و با تغییر خلوص به ویژه افزایش ناگهانی آن، بیمار در معرض سطح متفاوتی از تحمل قرار گرفته و ممکن است دچار مسمومیت شده و در معرض خطر مرگ قرار گیرد.

۵. کاهش اَنگ[10] بر معتادان- بیمارانی که مصرف مواد مخدر غیرقانونی را رها کرده و وارد درمان نگهدارنده می‌شوند، متوجه کاهش انگ و مثبت شدن نسبی رویکرد جامعه به آن‌ها می‌شوند. سرزنش و تهدید، تحقیر و تمسخر معتادان برای آن‌ها استرس‌زا بوده و به جای ترک باعث تشدید مصرف مواد مخدر و مشکلات روانی آنها می‌گردد. زمانی که معتادان وارد درمان نگهدارنده می‌شوند، از قالب یک مجرم مستوجب طرد و مقابله، به قالب بیمار نیازمند حمایت در می‌آیند. جالب است که علاوه بر جامعه، این تغییر نگرش در بستگان نیز بسیار مشهود بوده و آن‌ها را به همراهی مراجع وا می‌دارد.

٦. کاهش بزهکاری در معتادان- قسمت عمده‌ای از بزهکاری در معتادان ناشی از تلاش آنان برای دستیابی به پول تهیه مواد مخدر است. اعتیاد یک بیماری است و به دلیل این بیماری معتادان به صورت اجبارگونه به مصرف مواد مخدر ادامه می‌دهند. بنابراین با کاهش مواد مخدر بازار یا افزایش قیمت آن یا اتمام توان مراجع در پرداخت هزینه آن، متأسفانه مصرف متوقف نمی‌شود و در درصد قابل توجهی از معتادان تلاش برای تهیه مواد مخدر و پول آن تشدید می‌شود. در این صورت روش‌های بزهکارانه برای تهیه مواد مخدر افزوده می‌شود. هنگامی که بیماران از مواد مخدر به آگونیست منتقل می‌شوند، نیاز نفس‌گیر به تهیه پول مواد مخدر ناگهان مرتفع می‌شود و احساس رهایی شکل می‌گیرد. این کاهش نیاز سریعاً در سطح خانواده و حتّی جامعه منعکس می‌گردد. خانواده‌ها احساس می‌کنند نگرانی و سماجت معتاد در تهیه پول ناگهان ناپدید می‌شود. جالب است بدانید که درصدی از معتادان انگیزه خود را در ورود به درمان نگهدارنده خسته و ناتوان شدن از تهیه هزینه مواد مخدر ذکر می‌کنند. در این گونه موارد نه تنها نباید از پذیرش مُراجع امتناع کرد بلکه او را باید تشویق به ورود به درمان نمود. داشتن انگیزه‌های مالی برای ورود به درمان مذموم نیست و باید درمان‌گر به این جنبه مثبت درمان تأکید نماید. اگر به خاطر داشته باشید، پیشتر اشاره شد که

[10] stigma

در درمان نگهدارنده مطلوب قیمت آگونیست اندک یا رایگان است. در هر حال بهتر است هزینه ثبات بر روی آگونیست همواره کمتر از هزینه مصرف مواد مخدر باشد تا این جنبه از اثربخشی نیز مورد توجه معتادان قرار گیرد. البته تمامی اثربخشی درمان نگهدارنده در کاهش جرم و بزهکاری صرفاً به ارزان‌تر بودن درمان نگهدارنده باز نمی‌گردد. فراموش نکنید سلامت محیط عرضه مواد آگونیست و شخصیت عرضه‌کنندگان آن و انگیزه آن‌ها نیز در کاهش رفتارهای مجرمانه مؤثر است. به علاوه مشاهده شده است که درصد قابل توجهی از رفتارهای مجرمانه در معتادان برای تهیه هزینه مواد نبوده و برخاسته از اثرات مواد مخدر بر روی قضاوت و قدرت خویشتن‌داری آنان است. موادی که نیمه‌عمر کوتاه و اثر سریع دارند، ثبات شخصیتی معتادان را بر هم زده و با ایجاد نوسانات شدید روانی، آن‌ها را در معرض رفتارهای پرخاش‌گرانه قرار می-دهد. از سوی دیگر مواد آگونیست با اثرات بطئی و ملایم خود، به دلیل ایجاد ثبات رفتاری و خلق پایدار، بیماران را از بسیاری نوسانات روحی و روانی در امان می‌دارد.

۷. کاهش پرداخت به شبکه قاچاق و و اُفت درآمدزایی آن- در این مورد مُراجع مستقیماً منتفع نمی‌گردد، بلکه جامعه است که از درمان نگهدارنده سود می‌برد. مطالعات نشان داده‌اند که بعد از شروع درمان نگهدارنده، مصرف مواد مخدر غیرمجاز سریعاً اُفت کرده و به صفر نزدیک می‌شود. با بررسی ساده می‌توان دریافت که با ورود بیمار به درمان، تقریباً معادل پولی که او صرف خرید مواد مخدر در ماه می‌کرده است دیگر برای تهیه مواد مخدر به دلالان داده نمی‌شود. با ورود روزافزون بیماران به درمان به تدریج شبکه توزیع مواد مخدر از عایدات سرشار فروش محروم شده و مشتریان خود را از دست می‌دهد. البته این امر گاهی باعث ارزان شدن مواد مخدر نیز می‌شود اما این ارزان شدن نه بدلیل افزایش کارآیی و بهره‌وری نظام توزیع بلکه به دلیل رکود بازار است. بنابر یک اصل کلی معادل هزینه‌ای که هر معتاد قبل از ورود به درمان بابت مواد مخدر پرداخت می‌کرده است بعد از ورود وی به درمان از فروش مواد مخدر کاسته می‌شود. این دستاوردی بزرگ برای حوزه کنترل عرضه و نیروهای انتظامی نیز است. هیچ تعجب ندارد که نیروهای انتظامی و قضایی بعد از پی بردن به اثرات درمان نگهدارنده، به طرفداران آن می‌پیوندند.

۸. ماندگاری بالا در درمان- مانایی[11] یا ماندگاری مراجعان در درمان نگهدارنده برخلاف درمان‌های پرهیزمدار بالاست و بیماران تمایل زیادی به ادامه درمان دارند. ماندگاری در درمان‌های نگهدارنده معمولاً بر مبنای ماندگاری ٦ ماهه سنجیده می‌شود و منظور درصدی از مراجعان است که بعد از گذشت ٦ ماه کماکان در درمان مانده‌اند. این رقم برای درمان نگهدارنده متغیر بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد، اما به طور میانگین بالای ۵۰ درصد و در محدوده ٦۰ تا ۷۰ درصد است. البته مواردی از ماندگاری ۸۰ درصد به بالا

[11] retention

نیز گزارش شده است. ماندگاری بالا در درمان و ریزش به نسبه اندک بیماران، این مداخله را به درمانی ایده‌آل تبدیل ساخته است. بخشی از ماندگاری بالا به این دلیل است که ماده آگونیست علایم محرومیت را برطرف کرده و میل به مصرف و ولع بیماران را نیز کنترل می‌کند. مصرف مواد مخدر افیونی بر روی دوز مناسبی از متادون یا بوپرنورفین بی‌اثر بوده و بیماران طَرفی از آن نمی‌بندند. از طرف دیگر جدا شدن از دوز بالای آگونیست به ویژه متادون با علایم شدید محرومیت همراه است و بیماران ترجیح می‌دهند مصرف آن را متوقف نکنند. در مبحث ارزیابی درمان اشاره خواهد شد که اصولاً ماندگاری در درمان یکی از مؤلفه-های عمده در ارزیابی اثربخشی یک درمان است.

۹. ارایه درمان‌های غیردارویی مکمل- ماندگاری بالا در درمان فرصت طلایی برای درمان‌گران فراهم می‌سازد تا مراجعان را تشویق به ورود به درمان‌های غیردارویی نمایند. یکی از دلایل عدم موفقیت درمان‌های غیردارویی از جمله خانواده درمانی و روان‌درمانی‌های فردی و گروهی در معتادان ریزش بالای بیماران و رهاسازی درمان است. با وجود درمان نگهدارنده و حضور تقریباً روزانه بیماران در مرکز درمانی امکان ارائه خدمات دیگر نیز فراهم می‌شود. مراجعه روزانه و منظم بیماران به مرکز درمانی فواید بسیاری داشته و باعث تغییرات رفتاری در سبک زندگی بیمار و حلقه معاشران او می‌گردد.

۱۰. استفاده از فرصت درمان نگهدارنده برای بازگشت به جامعه[۱۲]- بیماران از زمان حضور خود در درمان نگهدارنده بسان فرصتی استفاده می‌کنند تا فارغ از مجازات و پیگردهای قانونی، اَنگ و سرزنش اجتماع و خانواده و نیاز پرهزینه و زمان‌بر روزانه برای جستجو و تأمین مواد مخدر به یک زندگی عادی بازگردند. شعاری که لازم است به بیماران منتقل شود این است که «قرار نیست بعد از اتمام درمان به زندگی عادی بازگردند بلکه باید هنگام درمان به زندگی عادی برگردند».

مجموعه فوق گوشه‌ای از اثرات کاهش آسیب درمان نگهدارنده است. حتی اگر مصرف مواد مخدر در مراجعان به صفر نرسد و ایشان به مصرف مواد ادامه دهند، تقلیل شدّت اعتیاد و نکاتی که در فوق بدان‌ها اشاره شد باعث منتفع شدن بیمار، خانواده و جامعه خواهد شد. اما فراموش نکنیم، درمان نگهدارنده فقط کاهش آسیب نیست. اگر به شیوه صحیح اجرا شود یک مداخله کامل درمانی است. برای توضیحات بیشتر به بخش زیر مراجعه کنید.

[12] social reintegration

جنبه‌های درمانی واقعی در درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده در صورتی که درست اجرا شود باعث بهبودی روانی پایدار در مراجع شده و او را از آسیب‌های روانی ناشی از اعتیاد می‌رهاند. قبل از آن که بتوانیم این مسأله را توضیح دهیم بهتر است مختصری درباره آسیب ناشی از اعتیاد به بحث بپردازیم. مصرف دراز مدت مواد مخدر و اعتیاد ناشی از آن باعث آسیب‌های جدی به کارکردهای شناختی و روانی می‌شود. جدول ۱ به این آسیب‌ها اشاره دارد. نکته‌ای که حائز اهمیت است شناسایی مکانیسم این آسیب‌هاست. در نگاه اول ممکن است تصور شود که صرف مصرف مواد مخدر بر مراکز خاص مغزی اثر کرده و این آسیب‌ها را ایجاد می‌کند. اما شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، صرف ورود مواد افیونی به مغز باعث آسیب‌های اعتیاد نمی‌شود. بلکه برای آن که مواد مخدر قادر به ایجاد آسیب‌های روانی مرتبط با اعتیاد باشند باید حالات خاصی را در مغز ایجاد نمایند.

جدول ۱-۱- آسیب‌های و عوارض ناشی از مصرف مواد افیونی

آسیب‌های روانی مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی	عوارض فیزیولوژیک مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی
• اشتغال ذهنی[۱۳] با مصرف مواد • مصرف خارج از کنترل، اجبارگونه[۱۵] و عنان گسیخته با وجود عوارض فراوان ناشی از مصرف • ولع و وسوسه شدید و غیر قابل کنترل برای مصرف • کاهش توجه به سایر امور زندگی از جمله خانواده، شغل، تحصیل، سلامت عمومی و موقعیت اجتماعی • افت شدید روابط بین فردی و محدود شدن ارتباط	• تحمل[۱۴] • بروز علایم محرومیت به هنگام قطع مصرف مواد مخدر

[13] preoccupation
[14] tolerance
[15] compulsive use

آسیب‌های روانی مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی	عوارض فیزیولوژیک مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی
عاطفی با اطرافیان • خلق ناپایدار و اکثراً افسرده • رفتارهای تکانه‌ای[16] پرخطر، بی‌قید و بند و مخرب در حوزه‌های مختلف زندگی • عدم توان برنامه‌ریزی برای آینده و کوتاه شدن افق دوراندیشی[17] • ناتوانی در استمرار امور و از دست دادن پشتکار[18] • تصمیم‌گیری‌های غیرمنطبق بر واقعیت و مضر • یادآوری انتخابی جنبه‌های پاداش‌گونه مواد به همراه ندیدن عوارض مخرب و غفلت از آن‌ها • حساسیت مفرط به محرک‌های مرتبط با مواد مخدر[19] • بازگشت به مصرف مواد مخدر متعاقب وقفه و تلاش برای قطع مصرف: پدیده عود[20]	

[16] impulsive behavior
[17] future myopia
[18] lack of persistence
[19] drug cues
[20] relapse

مهم‌ترین این حالات ایجاد حالت سرخوشی و نشئگی است. در مغز حیوانات به ویژه پستانداران مسیرهایی وجود دارد که با پاداش و احساس لذت مرتبط هستند و اصطلاحاً سیستم پاداش مغز[21] نامیده می‌شوند. تحریک این مسیرها لذت‌بخش بوده و با تغییرات فراگیر رفتاری همراه است. این مسیرها همچنین ارتباطات گسترده‌ای با سایر مراکز سیستم لیمبیک و قشر مخ دارند. مواد مخدر با تحریک این مسیرها در فرد مصرف‌کننده باعث احساس لذت و سرخوشی می‌شوند. تحریک افراطی این مراکز و نواحی مرتبط در قشر مخ و سیستم لیمبیک در دراز مدت آسیب‌های روانی مندرج در جدول ۱-۱ را ایجاد می‌نمایند. بنابراین لازمه آسیب به مسیرهای پاداش و شکل‌گیری عوارض روانی همراه تحریک پاداش گونه مغز (یعنی ایجاد نشئگی) است. اگر ماده مخدر به شیوه‌ای مصرف گردد که بر مسیرهای پاداش تأثیر اندکی گذارد، طبیعتاً عوارض روانی اعتیادی شدید به جای نخواهد گذاشت. اگر به خاطر داشته باشید قبل‌تر اشاره گردید که ترکیباتی چون بوپرنورفین و متادون خوراکی به دلیل اثر بطئی و ملایم روانی باعث نشئگی شدید نشده و با توجه به آنچه گفته شد، علایم اعتیاد روانی در بیماران ایجاد نمی‌نمایند، امّا اگر بیماران بتوانند توسط مواد آگونیست به احساس نشئگی شدید برسند، مسئله تفاوت کرده و مشکل اعتیادزایی به وجود می‌آید. به عنوان مثال اگر بیماری اقدام به تزریق متادون یا بوپرنورفین خود نماید، می‌تواند به حس نشئگی رسیده و در نتیجه به صورت اعتیادی گرفتار آگونیست مربوطه شود. تمام تلاش علم فارماکولوژی بر آن است تا آگونیست را به شیوه‌ای در آورد که حداقل خواص نشئگی‌زایی را داشته باشد. یکی از این راه‌ها آهسته نمودن زمان اثر و زمان حذف اثر آگونیست است. هرقدر یک آگونیست آهسته‌تر اثر نماید و اثر آن به جای حذف یک باره، به تدریج حذف گردد، قابلیت آن در ایجاد نشئگی و در نتیجه اعتیاد روانی کمتر است.

اما تنها قدرت و قابلیت ایجاد اعتیاد و آسیب‌های روانی در مصرف مواد مخدر و درمان آن مطرح نیست. تأثیرات فیزیولوژیک نیز مطرح است (جدول ۱-۱ ستون سمت چپ). مواد افیونی قادر به ایجاد تحمل هستند. یعنی با استمرار مصرف، اثربخشی آنها تعدیل شده و برای حصول به اثرات مشابه نیازمند افزایش مقدار مصرف یا تجویز ماده مخدر هستیم. علاوه بر ایجاد تحمل، قطع مصرف مواد افیونی بعد از استفاده مکرر و طولانی‌مدت (به عنوان مثال یک ماه یا بیشتر) از آن‌ها با بروز علایم محرومیت و ترک همراه است. اما برخلاف قدرت ایجاد اعتیاد و آسیب روانی، ظاهراً توانایی مواد مخدر در ایجاد نشئگی عامل یا متغیر اصلی در ایجاد تحمل یا بروز علایم ترک متعاقب قطع مصرف نیست. توجه به این تفاوت نکته مهم و کلیدی است که درک مکانیسم درمان نگهدارنده را ممکن می‌سازد. ترکیباتی که قدرت آگونیستی بالا دارند یعنی تحریک‌کننده قوی گیرنده‌های افیونی μ هستند، توان بالایی نیز در ایجاد تحمل دارند و در زمان قطع مصرف آنها علایم محرومیت شدیدتری ظاهر می‌شود. از این لحاظ متادون در جایگاه بالاتری در مقایسه با بسیاری از مواد افیونی غیرمجاز قرار می‌گیرد. متادون هرچند اثری بطئی و ملایم دارد و در نتیجه مصرف

[21] Brain reward system

خوراکی آن با نشئگی کمتر و قدرت اعتیادزایی پایین‌تری همراه است، اما یک آگونیست قوی بوده و ایجاد تحمل شدیدتر و بالاتری دارد. قطع مصرف متادون نیز با علایم شدید و طولانی مدت محرومیت همراه است.

به طور خلاصه می‌توان گفت که ایجاد علایم روانی مرتبط با اعتیاد از یک سو و عوارض فیزیولوژیک مرتبط با مصرف مواد مخدر از سوی دیگر دو مقوله نسبتاً مستقل هستند. متادون و بوپرنورفین و سایر آگونیست‌هایی که در درمان نگهدارنده رایج هستند قدرت اعتیادزایی روانی پایینی دارند، اما لزوماً قدرت کمی در ایجاد وابستگی فیزیولوژیک و تحمل نداشته و اتفاقاً در مواردی چون متادون توان آنها در ایجاد تحمل و وابستگی جسمی بسیار برجسته است. برعکس مواد مخدر غیرمجازی مانند هرویین و کِراک–هرویین قدرت اعتیادزایی بالایی دارند اما قدرت ایجاد تحمل در آن‌ها و علایم محرومیت ناشی از قطع مصرف ممکن است از متادون کمتر باشد.

در این قسمت خواننده خود قادر است به این سؤال یا ایراد شایع در درمان نگهدارنده پاسخ دهد که «مگر متادون خود اعتیاد آور نیست؟ یا اعتیاد به متادون که بدتر است!» نه تنها لازم است که درمان‌گر پاسخ این ایراد را بداند بلکه در بسیاری مواقع مهم است که آن را به زبان ساده برای بیماران و خانواده آنها توضیح دهد.

جدول ۲–۱– تفاوت وابستگی به متادون و وابستگی و اعتیاد به مواد مخدر غیرمجاز

وضعیت الف: وابستگی به متادون	**وضعیت ب: اعتیاد به مواد افیونی**
• ثبات از نظر روانی، عدم نشئگی یا محرومیت در شبانه روز	• نوسان شدید در طی روز به صورت سرخوشی و خماری مکرر
• عدم اشتغال ذهنی با متادون	• اشتغال شدید ذهنی با مواد مخدر
• عدم وسوسه و بی‌تفاوتی به محرک‌ها	• وسوسه مصرف در هنگام برخورد با نشانه‌های محرک
• توان توجه به امور معمول زندگی و بازگشت به جامعه	• اشتغال ذهنی با مواد فعالیت روزانه را مختل ساخته است
• افزایش انگیزه برای کار و فعالیت سازنده	• تلاش فرد بیشتر در جهت به دست آوردن مواد و گریز و اجتناب از علایم محرومیت است
• ثبات رفتاری به صورت عدم پرخاش‌گری و	• تغییرات ناگهانی رفتاری و عدم پیگیری امور

وضعیت الف: وابستگی به متادون	وضعیت ب: اعتیاد به مواد افیونی
توان انجام مستمر امور روزانه و مسئولیت‌ها	
• چرخه فعالیت نسبتاً منظم روزانه	• چرخه روزانه آشفته و حتی آشوب‌گونه[۲۲]
• احساس آزادی ذهن و رها شدن انرژی	• احساس اجبار به مصرف و اشتغال همیشگی ذهن و استعدادها
• بهبودی روزافزون شاخص‌های اقتصادی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و جسمی	• افت روزافزون در حوزه‌های اقتصادی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و جسمی
• بازگشت اتصال عاطفی به بستگان و علاقمندی به محیط پیرامون	• گسست عاطفی از دیگران و سبک انزوا و گوشه‌گیری
• عدم امکان نشئگی و امکان کم مسمومیت با مواد افیونی	• امکان نشئگی و مسمومیت با مواد افیونی
• عدم درگیری با فعالیت‌های غیرقانونی	• درگیری با فعالیت‌های غیرقانونی برای تهیه هزینه مواد
• تحمل بالای فیزیولوژیک به متادون و کلیه مواد افیونی	• تحمل متوسط تا بالای فیزیولوژیک به مواد افیونی
• بروز علایم شدید و طولانی محرومیت هنگام قطع متادون	• بروز علایم متوسط تا شدید محرومیت هنگام قطع مصرف

[22] chaotic

در جدول ۲-۱ مقایسه‌ای بین وابستگی و اعتیاد به مواد مخدر و وابستگی به متادون آورده شده است. جالب است که بیماران و خانواده آنها با کمی تفکر و تعمق بر اساس تجربه خود می‌توانند دقیقاً به همین توضیحات برسند و درمان-گر را حتی شگفت‌زده کنند. در هر حال یادآوری محتویات این جدول به ویژه با اتکا بر تجارب شخصی مُراجعان در قانع‌سازی آنان به انتخاب درمان نگهدارنده بسیار مؤثر است. فراموش نکنید ظاهراً جنبه‌های کاهش آسیب درمان نگهدارنده به ویژه در کشورهای غربی و توان این درمان در پیشگیری از گسترش عفونت اچ‌آی‌وی به قدری جذّاب بوده که بسیاری را از دیدن درمان نگهدارنده به عنوان یک درمان کامل بازداشته است. متأسفانه در ایران نیز کماکان بین بسیاری از درمان‌گران و مسئولین بهداشتی با ذکر درمان نگهدارنده، اولین نکته‌ای که به ذهن می‌آید کاهش آسیب است. در حالی که تبدیل وابستگی و اعتیاد به مواد مخدر غیرمجاز به وابستگی به متادون یک قدم بزرگ در کاهش علایم روانی و شخصیتی بیمار است.

در مقایسه وابستگی به متادون با وابستگی به مواد مخدر غیرقانونی می‌بینید که به‌غیر از دو مورد آخر، در سایر موارد کفه ترازو واضحاً به نفع متادون است. بنابراین در پاسخ به سوال یا ایراد «مگر متادون خود اعتیادآور نیست؟ یا اعتیاد به متادون که بدتر است!» می‌توان ابراز داشت: اگر منظور معیارهای ۱۲ مورد اول در جدول فوق است، متادون نه تنها بدتر نیست بلکه حتی وابستگی به آن اعتیاد هم تلقی نمی‌شود. اما اگر برداشت فردی از اعتیاد و وابستگی صرفاً ۲ مورد آخر باشد، باید گفت که در این صورت متأسفانه در متادون حتی شدیدتر از مواد مخدر غیرمجاز است. اما مصرف کنندگان تفاوت بار و اهمیت ۲ مورد آخر را در مقایسه با ۱۲ معیار کلیدی اول درک می-کنند.

با تداوم حضور مُراجع در وضعیت الف یعنی وابستگی به متادون و دوری از مصرف مواد مخدر و تجربه مسمومیت و محرومیت و نوسان‌های روانی شدید ناشی از آن، آسیب‌های جسمی و روانی بیماران رو به بهبودی گذاشته و توان آن‌ها برای بازگشت به زندگی سالم و طبیعی روز به روز بیشتر می‌شود.

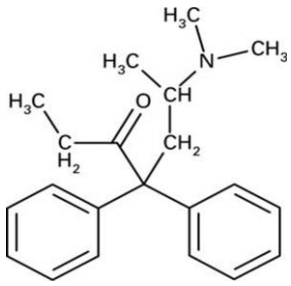
با این نگاه درمان نگهدارنده یک درمان تمام عیار است.

فصل دو- آشنایی با متادون

از اوایل دهه ۱۸۸۰ میلادی پژوهش‌های مداوم و طولانی‌مدت برای اکتشاف داروهای ضدتب و ضددرد صناعی شروع شده بود و متادون محصول این تلاش‌های پژوهشی است. ماکس باکمول[۱] و گوستاو ارهارت[۲] محققان آزمایشگاه داروسازی ای. گ. فاربن‌کونتسرم[۳] بخشی از شرکت هوخست[۴] کشور آلمان در سال ۱۹۳۹ برای اولین بار مولکول متادون را ساختند و در سال ۱۹۴۱ آن را ثبت نمودند.

متادون (۶- دی‌متیل‌امینو-۴-۴-دی‌فنیل-۳-هپتون[۵]) یا $C_{21}H_{27}NO$ مولکولی با حد بالای حلالیت در چربی است و حاوی یک اتم کربن با موقعیت فضایی[۶] است که باعث ایجاد دو شکل استریوایزومری[۷]، آر-(-)- متادون چپ‌گردان[۸] یا اِل- متادون[۹] و اِس- (+)- متادون راست‌گردان[۱۰] یا دی- متادون[۱۱] می‌شود (شکل ۱). اِل- متادون ودی- متادون از نظر فرمول شیمیایی یکسان هستند، اما از نظر آرایش فضایی متفاوتند. متادونی که معمولاً در درمان استفاده می‌شود ترکیب ۵۰:۵۰ یا مخلوط راسمیک دو اِنانتیومر[۱۲] است. اما نوع اِل مسئول بیش‌تر اثرات افیونی آن است. فعالیت ضددرد متادون تقریباً به طور کامل نتیجه اِل- متادون آن است. از لحاظ خواص ضددرد و افیونی نوع اِل حدوداً ۲۰ برابر قوی‌تر از ایزومر دی است. دی- متادون فاقد فعالیت قابل توجه مهار تنفس و ایجاد وابستگی است، اما دارای خواص ضد سرفه است.

شکل ۱-۲- ساختمان شیمیایی متادون



[1] Bockmuhl
[2] Ehrhart
[3] I.G Farbenkonzerm
[4] Hoechst
[5] 6-dimethylamino-4-4-diphenyl-3-heptone
[6] Chiral
[7] Stereo-isomeric
[8] Levorotatory R-(–)-methadone
[9] L- Methadone
[10] Dextrorotatory S-(+)- methadone
[11] D- Methadone
[12] Enantiomers

جذب و متابولیسم

متادون به سهولت از دستگاه گوارش جذب شده و میزان جذب آن در استفاده از اشکال دارویی مختلف اندکی متفاوت است. متادون در مصرف خوراکی جذب بالا بین ۷۹ تا ۹۵٪ دارد، گرچه تفاوت‌های بین‌فردی زیادی دیده می‌شود. غلظت‌های حداکثر پلاسمایی (و در نتیجه حداکثر کنترل علایم محرومیت و مهار تنفسی) ٤-۲ ساعت بعد از دریافت دوز خوراکی رخ می‌دهد.

متادون عمدتاً در کبد متابولیزه می‌شود، اما ممکن است آنزیم‌های روده‌ای نیز نقشی در متابولیسم متادون داشته باشند. آنزیم اصلی دخیل در متابولیسم متادون خانواده آنزیمی سیتوکروم P450 است. تقریباً ۱۰٪ متادون تجویز شده نیز به صورت خوراکی بدون تغییر دفع می‌شود. مابقی آن متابولیزه شده و متابولیت‌ها (که غالباً غیرفعال هستند) از طریق ادرار و مدفوع دفع می‌شوند. متادون همچنین در عرق و بزاق ترشح می‌شود. مسیر متابولیک اصلی متادون اِن- متیلاسیون به متابولیت غیرفعال اولیه ۲- اتیلیدن-۱، ٥- دی‌متیل- ۳، ۳- دی‌فنیل‌پیرولیدین[1] است. متادون همچنین ممکن است در حد جزئی به (±)-[α,β] متادول متابولیزه شود یا پس از هیدروکسیلاسیون به پاراهیدروکسی‌متادون تبدیل شود، هر چند درباره این متابولیت‌ها اطلاعات اندکی وجود دارد.

آنزیم اصلی دخیل در متابولیسم متادون CYP3A4 است. نشان داده شده است که سایر آنزیم‌های خانواده سیتوکروم 2B6، 2C8، 2C18، 2C19 و 2D6 نیز در متابولیسم متادون دخالت دارند. هر چند درباره میزان دخالت هر یک از آن-ها اختلاف نظر وجود دارد. تغییر میزان فعالیت این آنزیم‌ها، خصوصاً CYP3A4 می‌تواند تغییرات وسیعی در دوز، فاماکوکینتیک و پیامدهای درمان در مراجعان تحت درمان نگهدارنده با متادون ایجاد کند. اگر این آنزیم‌ها توسط سایر داروها تحریک شوند، سطح خونی متادون و طول مدت اثر آن ممکن است کاهش یابد و باعث القای علایم ترک شود. اگر این آنزیم‌ها توسط سایر داروها مهار شوند، متابولیسم متادون ممکن است کند شده و سطح سرمی و طول اثر آن افزایش یابد. نشان داده شده است که دوز مؤثر و ایمن متادون در درمان نگهدارنده با متادون به میزان فعالیت CYP3A4 وابسته است. اِل- و دی- متادون توسط آنزیم‌های مختلفی متابولیزه می‌شوند. آنزیم CYP2D6 به صورت انتخابی انانتیومر اِل-متادون را متابولیزه می‌کند. تولید این آنزیم تحت تاثیر عوامل ژنتیکی قرار دارد. بخش کوچکی از جمعیت عمومی CYP2D6 چندانی تولید نمی‌کنند، در حالی که در برخی دیگر فعالیت CYP2D6 بسیار بالاست. گروه اخیر، ممکن است نیاز به دوزهای بسیار بالاتر متادون برای جبران متابولیسم سریع اِل- متادون داشته باشند. افراد همچنین از نظر فعالیت CYP3A4 و CYP1A2 نیز تفاوت‌های زیادی دارند که عامل تفاوت در متابولیسم متادون محسوب می‌شود.

[1] 2-ethylidene-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidine (EDDP)

مهارکننده‌های آنزیم CYP450 همچون فلوکونازول، کتوکونازول، فلوکستین، پاروکستین، سرترالین، سیپروفلوکساسین و فلووکسامین غلظت‌های سرمی متادون را افزایش می‌دهند. به صورت مشابهی، ریفامپین، فنوباربیتال، فنی‌توئین، کاربامازپین، اسپیرونولاکتون، نویراپین، اِفاویرنز، آمپرناویر، نلفیناویر و ریتوناویر غلظت متادون پلاسما را از طریق القای آنزیم‌های CYP450 کاهش می‌دهد. کاهش حداقل غلظت[1] متادون در اواخر بارداری گزارش شده است و علت آن احتمالاً القای خودکار آنزیم‌های CYP3A4 است. متادون فعالیت CYP3A4 را در محیط آزمایشگاهی و در درون بدن مهار می‌کند، بنابراین در طول دوره القا، افزایش دوز متادون باید به دقت پایش شود، زیرا کلیرانس آن ممکن است کاهش یافته و منجر به سمّیت بیش از حد انتظار شود. شواهدی نیز وجود دارد که پیشنهاد می‌کند مواجه مزمن با متادون می‌تواند فعالیت CYP450 را القا کند، گرچه این موضوع همچنان محل مناقشه است. نشان داده شده که متادون فعالیت CYP2D6 را در محیط آزمایشگاهی و درون بدن مهار کرده و باعث تغییر در متابولیسم وسیع به متابولیسم ضعیف در مراجعان تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌شود.

نوروفارماکولوژی

متادون راسمیک بیش‌تر به گیرنده اُپیوییدی μ متصل می‌شود، گر چه تمایل ضعیفی نیز به گیرنده‌های اُپیوییدی δ و κ نشان می‌دهد. تمایل (آر)- متادون به گیرنده μ تقریباً ۲۰ برابر از تمایل (اس)- متادون به آن بیش‌تر است و به همین دلیل این آر- اِنانتیومر است که بیش‌تر اثرات اُپیوییدی را اعمال می‌کند. متادون خواص غیراُپیوییدی شامل اثرگذاری بر گیرنده‌های NMDA همچون یک آنتاگونیست غیررقابتی و مهار استرئوسلکتیو[2] بازجذب نوراپی‌نفرین و سروتونین دارد، گرچه اهمیت بالینی این تأثیرات کم‌تر شناخته شده است.

فارماکوکینتیک

فارماکوکینتیک متادون راسمیک با تجویز دوز منفرد و مزمن در گروه‌های درمان مختلف شامل داوطلبان سالم، مراجعان تحت درمان نگهدارنده و بیماران درد بررسی شده است، اما تفاوت چندانی یافته نشده است. متادون توزیع و اتصال بافتی قابل توجهی نشان می‌دهد و حجم توزیع آن بین ۲ تا ٦ لیتر بر کیلوگرم است. اتصال بافتی بالای متادون منجر به تجربه محرومیت طول‌کشیده‌تر بعد از قطع دوز مزمن در مقایسه با هروئین یا مورفین می‌گردد.

تنوع وسیع بین‌فردی در فارماکوکینتیک متادون وجود دارد، اما به طور کلی سطوح خونی متادون ۳-٤ ساعت پس از بلع دوز خوراکی افزایش یافته و سپس شروع به کاهش می‌کند. شروع این اثرات تقریبا ۳۰ دقیقه پس از بلع رخ می‌دهد. نیمه عمر دوز منفرد اولیه ۱۲-۱۸ ساعت با میانگین ۱۰ ساعت است. با مصرف مداوم نیمه عمر متادون به ۱۳-

[1] trough
[2] stereoselective

۴۷ ساعت با میانگین ۲۴ ساعت افزایش می‌یابد. متادون پس از ۴-۵ نیمه عمر یا تقریباً ۱۰-۳ روز (و به طور معمول ۷/۵-۵ روز) در بدن به سطح پایه می‌رسد، به طوری که میزان حذف دارو و دریافت آن به تعادل می‌رسد (جدول ۱-۲). هنگامی که تثبیت رخ می‌دهد، تغییرات سطح غلظت خونی نسبتاً کم بوده و سرکوب علائم ترک به خوبی اتفاق می‌افتد. هرچند نوسانات غلظت متادون در برخی مراجعان می‌تواند منجر به تجربه علایم ترک در بخش انتهایی فاصله زمانی بین دوزها شود. اگر افزایش دوز یا دوز منقسم از این حالت پیش‌گیری نکند، درمان جایگزین با سایر داروهای آگونیست نظیر بوپرنورفین باید در نظر گرفته شود.

جدول ۱-۲- فارماکوکینتیک متادون

شروع اثرات	۳۰ دقیقه
اوج اثر	تقریبا ۳ ساعت
نیمه عمر (در درمان نگهدارنده)	تقریبا ۲۴ ساعت
زمان رسیدن به تثبیت	۳-۱۰ روز

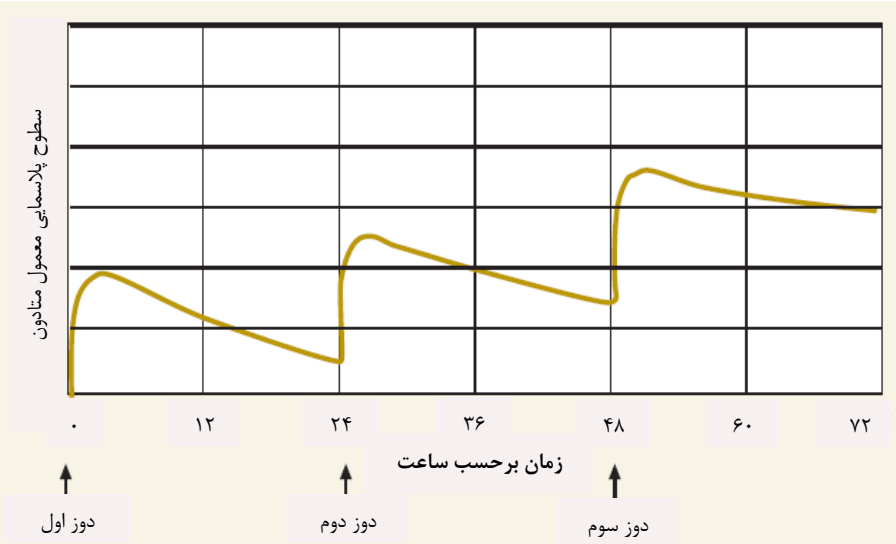
متادون محلول در چربی است و به برخی از بافت‌های بدن شامل ریه‌ها، کلیه‌ها، کبد و طحال متصل می‌شود، به طوری که غلظت متادون در این اعضای بدن از خون به مراتب بالاتر است. بنابراین جابجایی آهسته متادون میان این منابع و خون وجود دارد. زیست‌فراهمی[1] خوراکی متادون ۸۰٪ بوده و نیمه عمر حذف آن بالاست. وقتی متادون به صورت روزانه با دوزهای ثابت خوراکی تجویز می‌شود، سطح خونی آن باید مراجع را به مدت ۲۴ ساعت در حالت بدون علامت نگه دارد، بدون آن که او حالات مسمومیت یا ترک را تجربه نماید. در دوزهای درمانی، تقریباً ۹۰٪ متادون به پروتئین‌های پلاسما متصل می‌گردد، به طوری که میانگین کسر آزاد متادون راسمیک ۱۲٪ است. متادون بیشتر به α۱- اسید گلیکوپروتئین[2] متصل می‌شود. α۱- اسید گلیکوپروتئین تفاوت‌های بین‌فردی نشان می‌دهد و غلظت آن بسته به وضعیت سلامت فرد متفاوت است.

رابطه معنی‌داری بین نسبت اتصال متادون راسمیک و غلظت α۱- اسید گلیکوپروتئین وجود دارد و تفاوت ۶ برابر در سطح جزء آزاد متادون در افراد مختلف می‌تواند تا حدی ناشی از این موضوع باشد. به علاوه، متادون قویاً به پروتئین‌های بافت‌های مختلف متصل می‌شود. متادون بعد از تجویز دوزهای مکرر، تدریجاً در بافت‌ها تجمع می‌یابد.

[1] bioavailability
[2] α1-acid glycoprotein (AAG)

بعد از قطع تجویز، با رها شدن آرام متادون از جایگاه‌های اتصال خارج سلولی غلظت‌های پایین دارو در پلاسما حفظ می‌شود. این فرآیند احتمالاً مسؤل علایم ترک خفیف، اما طولانی‌مدت ناشی از قطع متادون است. با این که پژوهش-گران ارتباط نزدیکی میان دوز متادون و غلظت سرمی آن در برخی بیماران یافته‌اند، این ارتباط لزوماً خطی نیست و تفاوت‌های زیادی بین بیماران مختلف دیده می‌شود. سرعت تغییر نسبت بین غلظت اوج و نشیب می‌تواند از نظر بالینی مفید باشد. محققان بر این باورند که نسبت غلظت سرمی متادون اوج نباید از دو برابر میزان نشیب بیشتر باشد. سطح سرمی متادون نشیب معادل ۱۵۰ تا ۶۰۰ نانوگرم/میلیلیتر برای سرکوب وسوسه مواد ضرورت دارد. برخی درمان‌گران غلظت سرمی نشیب ٤۰۰ نانوگرم/میلیلیتر برای تأمین تحمل متقاطع کافی نسبت به مواد افیونی کافی در نظر می‌گیرند، هر چند پژوهش‌های بیش‌تر اعتبار این سطوح نشیب را تایید نکرده‌اند.

شکل ۲-۲- سطوح پلاسمایی متادون در طول ۳ روز اول



کلیرانس کلیوی متادون در PH طبیعی ادرار پایین است، اما اسیدی کردن ادرار کلیرانس کلیوی را تا ۳۵٪ کلیرانس کل افزایش داده و قلیایی کردن ادرار کلیرانس کلیوی را کاهش می‌دهد. برداشت کبدی پایین و ترشح کلیوی جزئی منجر به کلیرانس کل نسبتاً پایین متادون بین ۱۰۰ تا ۱۸۰ میلی‌لیتر/دقیقه می‌شود. کلیرانس سیتسمیک پایین متادون منجر به نیمه عمر حذف نسبتاً طولانی بین ۲۲ و ۵۲ ساعت می‌شود. نیمه عمر بیشتر از ۲٤ ساعت متادون باعث شده که تجویز یک بار در روز آن در پیشگیری از علائم ترک مؤثر باشد. پژوهش‌ها بر روی فارماکوکینتیک اِنانتیومرهای متادون نشان می‌دهد سرعت میانگین کلیرانس (آر)- متادون به صورت قابل توجهی از (اس)- متادون بالاتر است.

مرور مطالب بالا نشان می‌دهد، سطح سرمی و نیمه عمر حذف متادون تحت تاثیر عوامل مختلفی همچون جذب، متابولیسم، بارداری، اتصال به پروتیین‌های پلاسما، تغییرات PH ادرار، استفاده از سایر داروها، تغذیه، وضعیت جسمی، سن و استفاده از ویتامین‌ها و داروهای گیاهی قرار می‌گیرد.

فارماکودینامیک

پروفایل داروشناختی متادون از فعالیت پایدار در سطح گیرنده‌های افیونی μ حمایت می‌کند که منجر به کاهش قابل توجه نوسانات فیزیولوژیک ناشی از چرخه‌های تکراری مسمومیت (نشئگی) و محرومیت (خماری) همراه با اعتیاد به مواد افیونی کوتاه اثر می‌گردد. دوزهای درمانی کافی متادون همچنین اثرات نشئگی‌آور مواد افیونی غیرقانونی را کاهش داده یا مسدود می‌نماید. بیشتر اثرات فارماکودینامیک متادون به علت انانتیومر-(آر) است. گرچه این موضوع نقش کمی در اثرات اُپیوییدی متادون راسمیک دارد، مطالعات حیوانی نشان داده که (اس)-متادون ممکن است ایجاد تحمل به مواد افیونی را به تأخیر بیندازد. اثرات متادون بر روی دستگاه‌های مختلف بدن در جدول ۲-۲ فهرست شده است.

دوز درمانی مناسب متادون نسبت به اُپیوییدهای کوتاه اثر مثل تریاک، هروئین و کراک تحمل- متقاطع[1] ایجاد می‌کنند، و در نتیجه علایم ترک و وسوسه مواد افیونی را سرکوب می‌کنند. دوز مورد نیاز برای تولید تحمل متقاطع بستگی به سطح تحمل بیمار برای مواد افیونی و فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک متادون برای آن فرد خاص دارد. بنابراین دوز متادون باید به اندازه کافی و به صورت فردی برای هر بیمار تعیین گردد.

تغییرات پاسخ فارماکودینامیک در فاصله زمانی ۲٤ ساعته دریافت دوز، با تغییرات در غلظت پلاسمایی متادون هم-خوان بوده و در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون مشاهده شده است. اثرات اُپیوییدی شامل تنگی مردمک و سرکوب تنفسی با غلظت پلاسمایی متادون ارتباط دارد و حداکثر اثرات اُپیوییدی تقریباً ٤-۲ ساعت بعد از مصرف خوراکی متادون رخ می‌دهد. علایم ترک یک سیر زمانی اثر- زمان نشان می‌دهد که به طور معکوس با غلظت پلاسمایی متادون مرتبط است، به طوری که تغییرات کوچک در غلظت پلاسما منجر به تغییرات قابل توجه خلق می-شود. در صورت تجویز داخل عضلانی یا خوراکی، متادون درد را به مدت ٦-٤ ساعت سرکوب می‌کند. تزریق داخل عضلانی متادون در درمان اعتیاد به مواد افیونی جایگاهی ندارد، اما می‌توان از آن در صورت نیاز به تسکین درد در موارد اورژانس استفاده کرد. به علت زیست‌فراهمی وسیع و نیمه عمر طولانی‌تر دوز کافی متادون علایم ترک و وسوسه را به مدت ۲٤ تا ۳٦ ساعت سرکوب می‌کند. بیماران دارای نیازهای ویژه ممکن است نیاز به دوز منقسم متادون داشته باشند.

[1] cross-tolerance

جدول ۲-۲- اثر متادون بر دستگاه‌های مختلف بدن

اثرات متادون	عوارض جانبی
• بی‌دردی • آرام‌بخشی • مهار تنفسی • سرخوشی (متادون خوراکی سرخوشی کمتری در مقایسه با هروئین تدخینی یا تزریقی ایجاد می‌کند) **سایر اثرات** • کاهش فشار خون • انقباض مردمک‌ها • اثرات بر مسیر گوارشی – روده‌ای - تأخیر تخلیه معده - کاهش تحرک - افزایش تون اسفنکتر پیلور - افزایش تون اسفنکتر اُدی می‌تواند به اسپاسم صفراوی منجر شود • اثرات پوستی - آزاد شدن هیستامین • اثرات اندوکرین - کاهش هورمون تحریک کننده فولیکول (FSH)	• اختلالات خواب • تهوع و استفراغ • یبوست • خشکی دهان • افزایش تعریق • وازودیلاسیون و خارش • بی‌نظمی‌های قاعدگی در زنان • ژنیکوماستی در مردان • کژکارکردی جنسی شامل کاهش میل و ناتوانی جنسی در مردان • حبس مایع و افزایش وزن

- کاهش هورمون لوئتیزان (LH)
- افزایش پرولاکتین
- کاهش هورمون آدرنوکورتیکوتروفیک (ACTH)
- کاهش تستوسترون

(کارکرد اندوکرین ممکن است ۱۰-۲ ماه پس از مصرف متادون به حالت طبیعی بازگردد.)

- افزایش هورمون آنتی‌دیورتیک (ADH)

- ضدسرفه

متادون همچنین اثر آنتاگونیستی متوسط روی گیرنده‌های ان-متیل-دی-آسپارتات[1] (ان‌دی‌ام‌ای) دارد. نشان داده شده است که آنتاگونیست‌های NDMA از ایجاد تحمل به مواد افیونی جلوگیری نموده یا آن را تخفیف می‌دهند. این تأثیر متوسط آنتاگونیستی NMDA می‌تواند تا حدودی توضیح دهد که چرا بعد از تثبیت بیمار روی دوز متوسط یا بالای متادون تحمل پیش‌رونده نسبت به متادون رخ نمی‌دهد.

اکثر کسانی که مواد افیونی غیرقانونی مصرف می‌کنند متعاقب مصرف متادون عوارض جانبی اندکی تجربه می‌کنند. پس از آن که دوز متادون بیمار بر روی تثبیت می‌شود و نسبت به دوز تحمل ایجاد می‌شود، مهارت‌های شناختی و توجه کمتر متاثر خواهد شد. برخی از عوارض مصرف طولانی‌مدت متادون عبارتند از یبوست (که تحمل نسبت به آن کامل نیست)، تعریق زیاد، بی‌خوابی و کاهش میل جنسی. طولانی شدن فاصله QT در اثر مصرف متادون می‌تواند منجر به تورسادوپوینت[2] شود.

[1] NDMA: N-methyl-D-aspartate
[2] *torsades de pointes*

تداخلات دارویی

تداخل میان مصرف متادون و سایر داروها می‌تواند منجر به مسمومیت و مرگ شود. برخی مواد داروهای روان-گردان[1] که اثرات هم‌افزا[2] با متادون دارند، اثر آن را تشدید می‌کنند (برای مثال بنزوریازپین‌ها و الکل اثرات سرکوب تنفسی متادون را تشدید می‌کنند). گروهی از داروهای دیگر از طریق اثرگذاری بر روی متابولیسم متادون با آن تداخل می‌کنند. در پیوست دو فهرست کاملی از داروهایی که با متادون تداخل دارند، آورده شده است. داروهایی که متابولیسم متادون را القا می‌کنند ممکن است باعث ایجاد سندرم ترک شوند. در زمان مصرف متادون باید از مصرف این داروها اجتناب شود. مهارکننده‌های سیتوکروم 3A4 می‌توانند متابولیسم متادون را کاهش داده و باعث بیش-مصرفی (اُوردوز) شوند. اگر استفاده از یک داروی القاکننده یا مهارکننده فعالیت سیتوکروم P450 برای درمان بیماری دیگری در فرد ضروری باشد باید بیمار از نزدیک پایش شده و دوز متادون به نحو متناسبی پایش شود. برای اطلاعات بیشتر به پیوست ۲ مراجعه فرمایید.

ایمنی

عوارض جانبی مصرف طولانی مدت متادون خوراکی در دوزهای کنترل شده معدود است. متادون باعث آسیب به هیچ یک از ارگان‌ها یا دستگاه‌های اصلی بدن نمی‌شود و عوارض جانبی ناشی از مصرف آن به صورت قابل توجهی از عوارض ناشی از الکل، سیگار یا مواد افیونی غیرقانونی کمتر است. خطر اصلی همراه با تجویز متادون بیش-مصرفی (اُوردوز) است. این خطر اختصاصاً در زمان القاء درمان و هنگامی که متادون به صورت ترکیبی با سایر داروهای خواب‌آور به کار می‌روند بالا است.

شروع اثر نسبتاً کند و نیمه عمر طولانی به این معناست که بیش‌مصرفی (اُوردوز) متادون می‌تواند بسیار گمراه‌کننده باشد و اثرات سمّی تهدیدکننده حیات آن می‌تواند چندین ساعت پس از مصرف رخ دهد. چون سطوح متادون به صورت پیش‌رونده با دوزهای متوالی در طول القای درمان افزایش می‌یابد، اکثر مرگ‌ها در این دوره در روز سوم یا چهارم درمان رخ می‌دهد.

[1] psychotropic
[2] addictive

اشکال دارویی

متادون به اشکال مختلف شامل قرص، شربت، کنسانتره مایع، پودر، دیسکت[1] و آمپول در کشورهای مختلف دنیا در دسترس است. دیسکت متادون قرص‌هایی است که در آب حل شده و پس از حل نمودن با آب، آب میوه یا شربت قابل مصرف است. امتیاز این شکل دارویی این است که بیماران می‌توانند پیش از افزوده شدن آب مقدار داروی مصرفی خود را مشاهده کنند. اشکال این فرم دارویی این است که امکان تنظیم اجزای کوچک دوز را فراهم نمی‌کند. برای رفع این مشکل از قرص‌های مذکور می‌توان در دستگاه‌های توزیع دارو استفاده کرد.

جدول ۲-۳- اشکال دارویی متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی

شکل دارویی	دوزاژ
شربت متادون	پنج میلی‌گرم/میلی‌لیتر
قرص متادون	پنج میلی‌گرم بیست میلی‌گرم چهل میلی‌گرم
قرص بازشونده در آب[2]	بیست میلی‌گرم چهل میلیگرم

فقط اشکال خوراکی داروی متادون و سایر داروهای آگونیست برای درمان وابستگی به مواد افیونی مورد تأیید است. اشکال خوراکی در دسترس متادون در کشور عبارتند از شربت، قرص و قرص بازشونده در آب. از منظر کنترل نشت دارو، شربت متادون شکل دارویی ارجح در درمان وابستگی به مواد افیونی محسوب می‌گردد، اما تأکید بر تجویز شربت در سال‌های اخیر از یک سو با **افزایش شدید موارد مسمومیت اتفاقی و مرگ‌ومیر در اعضای خانواده بیماران و خصوصاً کودکان** شده و از سوی دیگر از دید کارشناسان **اثری بر کاهش نشت دارو به بازار غیرقانونی** نداشته است.

[1] disket
[2] dispersible

لذا فرمولاسیون دارویی مورد استفاده در درمان با متادون (قرص، قرص بازشونده در آب یا شربت) باید بر اساس ارزیابی شرایط مراجع و با نظر پزشک معالج تعیین گردد و **در خصوص تعیین سهمیه قرص یا شربت برای مراکز محدودیتی نباید اعمال گردد**. برای مطالب بیشتر در این خصوص به فصل ۷ مراجعه کنید.

فصل ۳- انتخاب بیماران برای درمان نگهدارنده

درمان نگهدارنده درمانی ریشه‌ای و دراز مدت است که جوانب متعددی از زندگی بیماران را متأثر می‌سازد. با وجود آن که از نظر تئوری هر فرد معتاد به مواد افیونی به درجاتی از درمان نگهدارنده سود می‌برد، اما طول درمان، هزینه مالی و زمانی آن، عوارض احتمالی متادون و تحمل زیادی که به مواد افیونی شکل می‌گیرد باید در مقابل کمکی که به بیمار می‌کند مقایسه شود. بنابراین درمان نگهدارنده با متادون برای همه مصرف‌کنندگان مواد افیونی انتخاب مناسبی نیست. در ادامه ملاک‌های ورود به درمان نگهدارنده با متادون شامل رضایت داوطلبانه و آگاهانه، وابستگی به مواد افیونی، سن و شدت بالای اعتیاد ارایه شده است.

ملاک‌های ورود به درمان نگهدارنده با متادون

۱. **رضایت داوطلبانه و آگاهانه مراجع**- تحت هیچ شرایطی نباید بیماران چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، به صورت اجباری وارد درمان نگهدارنده شوند. ورود کلیه بیماران باید آزادانه و آگاهانه صورت گیرد. قبل از ورود بیمار نیز لازم است بیمار از ماهیت و ویژگی‌های درمان نگهدارنده با متادون کاملاً مطلع گردد. لازم است درمان‌گران ویژگی‌های درمان با متادون را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند. در این باره به پیوست سه مربوط به «اطلاع‌رسانی به بیمار و بستگان» مراجعه فرمایید. پس از آشنا شدن بیمار از شرایط درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه‌های درمانی لازم است بیمار فرم رضایت‌نامه آگاهانه را (بنا بر فرم اخذ رضایت‌نامه آگاهانه پیوست چهار) امضاء نماید. توجه داشته باشید که در مواردی که درمان بر اساس قانون و رأی دادگاه صورت می‌گیرد و اصطلاحاً درمان اجباری گفته می‌شود[1]، دستور مستقیم به دریافت نوع خاصی از درمان به عنوان مثال متادون نیست، بلکه در این گونه موارد بیماران مخیّر به انتخاب بین چند گزینه هستند. به عنوان مثال یا به زندان بروند، یا به مراکز اقامتی یا به مراکز سرپایی متادون و بیمار عملاً می‌تواند بین متادون و آلترناتیوهای دیگر آزادانه انتخاب نماید. این گونه موارد مصداق این بند نیست.

بیمارانی که به دلیل علایم حاد مسمومیت، دلیریوم یا پسیکوز فعال قادر به ارائه رضایت آگاهانه نیستند، نمی‌توانند در درمان نگهدارنده وارد شوند. بدیهی است این گونه بیماران بعد از فروکش کردن پسیکوز و طبیعی شدن قدرت قضاوت، درک و شناخت می‌توانند در درمان نگهدارنده قرار گیرند. برای بیماران حاد روانی که از یک سو از علایم شدید وابستگی رنج می‌برند و از سوی دیگر قادر به ارائه رضایت آگاهانه

[1] mandatory treatment

نیستند، می‌توان از برنامه‌های انتقالی متادون[1] تا عادی شدن قدرت قضاوت و شناخت استفاده کرد. برای اطلاعات بیشتر به مبحث مربوطه مراجعه نمایید.

۲. **وابستگی یا اعتیاد به مواد افیونی**–اصولاً مصرف مواد افیونی در بیماران باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاک‌های تشخیصی، مصداق وابستگی[2] تلقی گردد (پیوست پنج). به عبارت دیگر افراد غیروابسته به مواد افیونی و یا مصرف‌کنندگان تفننی مواد افیونی و لو آنکه هم‌زمان از وابستگی به سایر مواد غیرافیونی از جمله مواد محرک، حشیش و... رنج ببرند، مجاز به استفاده از درمان نگهدارنده نیستند.

توجه داشته باشید که برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون بیمار باید در فاز فعّال وابستگی به ویژه وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی باشد. این موضوع با اخذ تاریخچه و وجود آزمایش ادرار مثبت برای مصرف اخیر مورفین احراز می‌گردد. با این وجود **در موارد خاص** در بیمارانی که تشخیص اخیر وابستگی به مواد افیونی دارند اما در حال حاضر فاقد وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی هستند، می‌توان درمان نگهدارنده با متادون را تجویز نمود. این موارد خاص شامل **افراد مقیم جایگاه‌های تأدیبی** و **زنان باردار** می‌شوند. در این حالت ممکن است آزمایش ادرار بیمار منفی بوده و از نظر فیزیولوژیک هم با توجه به آزمون چالش با نالوکسان[3]، واکنشی نشان ندهد اما به دلیل اثرات روانی وابستگی در معرض عود و شروع مجدد مصرف قرار گیرد. بیمارانی که تا ۳ ماه از فاز فعال وابستگی آنها به مواد افیونی می‌گذرد (یعنی تا **۳ ماه** است که مصرف مواد افیونی نداشته‌اند هرچند قبلاً وابسته به مواد افیونی بوده‌اند) نیز می‌توانند در درمان نگهدارنده وارد شوند.

از آن جا که مصرف مواد افیونی با هر مقدار در دوران بارداری می‌تواند منجر به بروز خطرات جدی برای مادر و جنین شود، درگیری با مواد افیونی در طول بارداری در حدّ تشخیص مصرف آسیب‌رسان نیز اندیکاسیون درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین محسوب می‌گردد.

۳. **سن**: درمان نگهدارنده با متادون جزء در موارد استثناء نباید برای اشخاص زیر ۱۸ سال مورد استفاده قرار گیرد. نوجوانان که مبتلا به اشکال شدید وابستگی به مواد افیونی نظیر مصرف هروئین و تزریق مواد هستند، وضعیت اقتصادی، اجتماعی ناپایدار، حمایت خانوادگی و اجتماعی پایین داشته و درگیر فعالیت‌های غیرقانونی هستند، در صورتی که سن بالای ۱۶ سال داشته و از مداخلات درمانی دیگر نظیر درمان با بوپرنورفین پاسخ مناسبی نگرفته باشند، مشروط به مستندسازی وضعیت مراجع از نظر ارزیابی سطح خطر و اخذ نظر تخصصی یک متخصصی روان‌پزشکی یا فوق تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آشنا به

[1] methadone transition programs
[2] opioid dependent
[3] naloxone challenge test (NCT)

حوزه درمان اختلالات مصرف مواد افیونی می‌توانند وارد درمان نگهدارنده با متادون شوند. هر گونه مداخله دارویی در درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان باید در پس‌زمینه یک برنامه درمانی جامع متمرکز بر درمان اختلالات طبی و روان‌پزشکی همبود و بهبود وضعیت روانی، اجتماعی و رفاهی فرد ارایه گردد.

٤. **بالا بودن شدت اعتیاد:**

درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان نگهدارنده با بوپرنورفین توانایی بالاتری در نگهداشتن بیماران در درمان و دستیابی به پرهیز دارد، با این وجود به دلیل نیم‌رخ عوارض جانبی شدیدتر درمان با متادون **مطلوب است درمان نگهدارنده با بوپرنورفین** نسبت به درمان نگهدارنده با متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی **اولویت** داده شود و در صورت عدم پاسخ درمانی مطلوب درمان با متادون در نظر گرفته شود.

استفاده از درمان نگهدارنده با متادون صرفاً برای بیماران مبتلا به اشکال شدید وابستگی به مواد افیونی توصیه می-گردد که در ادامه ملاک‌های شدّت بالای اعتیاد آمده است. **برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون وجود حداقل یکی از این ملاک‌های الزامیست.**

- **وابستگی به مواد افیونی سنگین**[1]- توصیه می‌شود مراجعانی در درمان نگهدارنده قرار گیرند که وابسته به مواد افیونی سنگین باشند. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است:
  - کراک هروئین یا هروئین فشرده
  - هروئین
  - متادون غیرمجاز
  - تمجزیک یا بوپرنورفین تزریقی غیرمجاز
  - نورجزیک (آمپول‌های دست‌ساز حاوی هروئین، مورفین و ترکیبات کورتیکواستروییدی)

وابستگان به مواد افیونی چون تریاک، شیره، کدیین، دیفنوکسیلات، بوپرنورفین زیرزبانی (غیرتزریقی) و ترامادول نباید وارد درمان نگهدارنده با متادون شوند هرچند این امر مطلق نبوده و درصورتی که بندهای دیگر شدّت بالای اعتیاد را احراز نمایند می‌توانند از این درمان بهره گیرند.

[1] hardcore

بیمارانی که مصرف کننده سنگین مواد افیونی بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی انگیزه‌ای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیرمجاز خود ندارند یا اصولاً توان خود را بر دوری جستن از مواد پایین تلقی کرده و از شبکه حمایتی قوی نیز برخوردار نیستند، کاندید درمان نگهدارنده با متادون هستند. انگیزه ورود به درمان نگهدارنده دراین بیماران ممکن است صرفاً عدم توان پرداخت هزینه ماده مخدر غیرمجاز یا ترس از عواقب قانونی باشد. با این وجود، ورود این گونه بیماران با نیّت کاهش آسیب و علاقمندسازی به استمرار درمان نه تنها ممنوع نیست، بلکه توصیه نیز می‌شود.

- **کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند**- درمان نگهدارنده برای اشخاصی که شیوه استفاده از مواد مخدر در آن‌ها اشکال پرخطرتر مانند تزریق است، توصیه می‌شود. مصرف تزریقی علاوه بر آن که مصرف کننده را در معرض ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی و هپاتیت قرار می‌دهد که خود یکی از اولویت‌های ورود به درمان نگهدارنده است، با امکان موفقیت کمتر در درمان‌های پرهیز مدار نیز همراه است. بنا به تعریف مصرف‌کنندگان مواد که **در سال گذشته حداقل یک بار** مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده‌اند، تزریقی در نظر گرفته می‌شوند.
- **اقدامات ناموفق درمانی به روش‌های دیگر**- بیمارانی که از سایر درمان‌های اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته و کماکان به مصرف مواد ادامه می‌دهند کاندیدهای مناسبی جهت درمان نگهدارنده با متادون هستند، شامل:
  - بیمارانی که در **درمان نگهدارنده با بورپرنورفین** یا **درمان با کمک تنتور اُپیوم** موفق نبوده‌اند و از آن خارج شده یا با وجود ارائه درمان با کیفیت مطلوب با داروهای مذکور کماکان به مصرف ادامه می‌دهند.
  - بیمار بیش از ۲ بار اقدام به **بازگیری** (سم‌زدایی) کرده اما هیچ گاه به پاکی نرسیده یا پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از ۳ ماه) حاصل نشده باشد.
- **تخریب بالا در حوزه‌های کارکردی مختلف**
  - بیمارانی که به واسطه مصرف مواد مخدر دچار آسیب‌های عدیده اجتماعی شده یا در معرض آن قرار دارند، مانند افرادی که جهت تهیه مواد مخدر خود دست به سرقت، تن‌فروشی و ارتکاب سایر جرایم می‌زنند نیز بهتر است از درمان نگهدارنده بهره‌مند شوند.
  - زندانیان و افرادی که در معرض خطر زندانی شدن یا دستگیری به واسطه اعتیاد یا عوارض آن هستند نیز کاندیدای مناسبی برای درمان نگهدارنده هستند.
  - افرادی که مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی، هپاتیت‌های ویروسی هستند، می‌توانند کاندید درمان نگهدارنده باشند. در فرآیند پذیرش ورود این بیماران به درمان نگهدارنده باید اولولیت داده شود.

- بیمارانی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خودزنی و پرخاش‌گری شدید، مسمومیت، مصرف ناگهانی و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار این گونه عوارض در صورت شکست مجدد سم‌زدایی و درمان پرهیز مدار می‌رود.
- وجود علایم و بیماری‌های روان‌پزشکی همبود شدید مانند ابتلا به افسردگی شدید، اختلال خلق دوقطبی، پسیکوز و اختلالات شخصیت، به نفع استفاده از درمان نگهدارنده در مقایسه با روش‌های پرهیز مدار است.

مشخص کردن هویت مُراجع

ارائه شناسنامه و یا کارت ملی، برای تجویز دوز منزل ضروری است. بنابراین تا زمانی که مراجع مشمول دریافت دوز منزل نباشد، احراز هویت او الزامی نیست. در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، بر اساس نام و نام خانوادگی ذکر شده توسط بیمار، پرونده تشکیل می‌گردد. اما به بیمار تذکر داده می‌شود که تنها در صورت احراز هویت، والبته پس از دستیابی به ثبات رفتاری به او دوز منزل تحویل داده خواهد شد (برای اطلاعات بیشتر به فصل ۷ مراجعه کنید). به منظور پیشگیری از مراجعه هم‌زمان بیمار به دو مرکز، و نیز برای تسهیل دریافت دارو در مسافرت-های احتمالی، سامانه ثبت خدمات درمان و کاهش در کشور در دست راه‌اندازی است که مبنای گزارش‌دهی مراجعان در سامانه مذکور یک «کد اختصاصی منحصر به فرد» خواهد بود. راهنمای نحوه ایجاد کد اختصاصی منحصر به فرد برای هر مراجع متعاقباً از طریق راهنمای سامانه مذکور به آگاهی می‌رسد (برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲۰ مراجعه کنید).

فصل چهار- ارزیابی بیماران

ارزیابی اولیه بیمار مبتلا به وابستگی به مواد افیونی باید از یک رویه استاندارد برای اخذ اطلاعات لازم درباره یک اختلال با ابعاد چندگانه زیستی، روانی و اجتماعی پیروی کند. در فرآیند ارزیابی اخذ اطلاعات تکمیلی از خانواده، همراهان، سایر مراکز درمانی و... می‌تواند مفید باشد. یک ارزیابی جامع زیستی، روانی، اجتماعی اطلاعات لازم برای برنامه‌ریزی درمان را در اختیار درمان‌گران قرار می‌دهد. این اطلاعات به انتخاب نوع مداخله درمانی، جایگاه درمانی و مداخلات تکمیلی مورد نیاز کمک می‌کند.

انجام ارزیابی دقیق از مراجعان لازمه موفقیت و انجام صحیح درمان دارویی است. ارزیابی مناسب به درمان‌گر در انتخاب بیمار برای درمان نگهدارنده کمک کرده و میزان پیش‌رفت بیمار در درمان و احیاناً نیاز به مداخلات جانبی را نیز آشکار می‌سازد. از طرفی از آنجایی که متادون یک مخدر با قدرت سوءمصرف و نشت به بازار است، ارائه آن به بیماران باید با اطلاع از مشخصات فردی و دموگرافیک دقیق همراه باشد. هر قدر اطلاع درمان‌گر از وضعیت بیمار کامل‌تر باشد، نظام درمانی در ارائه خدمات موفق‌تر خواهد بود. با این حال حجم مراجعان و هزینه جمع‌آوری، ثبت و تحلیل اطلاعات باعث می‌شود که در نهایت به حداقلی از مشخصات و داده‌ها بسنده شود. در این فصل حداقل اطلاعات مورد نیاز برای جمع‌آوری در ارزیابی اولیه و ارزیابی‌های دوره‌ای به تفصیل شرح داده شده است. ثبت کلیه ارزیابی‌ها و خدمات دارویی و روان‌شناختی ارایه شده به مراجع در پرونده الزامیست. لازم به یادآوری است که جمع‌آوری و ثبت این اطلاعات چه در قالب نرم افزار (واجد گواهی تبادل اطلاعات با سرور سامانه اطلاعاتی) و چه در قالب پرسشنامه مکتوب و کاغذی قابل قبول بوده و مهم اخذ آنها است.

ارزیابی در طب اعتیاد باید همه‌جانبه یا اصطلاحاً چندبُعدی[1] بوده و حوزه‌های مختلف کارکردی را که به طور معمول از اختلالات مصرف مواد متأثر می‌گردد، پوشش دهد.

اطلاعات پایه

در فرم اطلاعات پایه (پیوست شش) اطلاعات فردی شامل نام، نام خانوادگی، نشانی محل سکونت، تلفن‌های تماس و شرایط تماس درج می‌گردد. در سامانه اطلاعات خدمات درمان و کاهش آسیب مبنای گزارش‌دهی مراجعان یک «کد

[1] multi-dimensional

اختصاصی منحصر به فرد[1]» بوده که نحوه ایجاد آن با استفاده از اطلاعات شخصی و کار با آن متعاقباً از طریق راهنمای سامانه به اطلاع درمان‌گران خواهد رسید.

رازداری در این قسمت به ویژه بسیار مهم است و عدم حفظ آن حتّی می‌تواند عواقب قانونی برای درمان‌گران در پی داشته باشد. مراجعان به دلایل قابل فهم در ارائه اطلاعات هویتی خود خصوصاً در ابتدای درمان بسیار حسّاس بوده و گاهی امتناع می‌کنند. از طرف دیگر مسئولین حوزه درمان و دارو و غذا اصرار بر احراز هویت بیماران داشته و خواستار اطمینان از عدم مراجعه هم‌زمان یک بیمار به چند مرکز هستند. برای رفع این مشکل استفاده از کد اختصاصی منحصر به فرد برای ثبت و گزارش‌دهی اطلاعات درمانی الزامیست. این کد که از مخلوط اطلاعات پایه بیماران استخراج شده و از یک سو باعث استتار مشخصات بیماران می‌شود و از سوی دیگر در صورت مراجعه فرد به صورت هم‌زمان به دو یا چند مرکز به دلیل یکسان شدن کُد در مراجعات دیگر، این امر را برملا می‌سازد. احتمال یکسانی کد اختصاصی برای دو شهروند بسیار ناچیز بوده و عملاً قابل اغماض است. یکی از راه‌های دیگر ارتقاء رازداری برای بیماران جدا کردن اطلاعات فردی بیمار از بقیه پرونده است. در این حالت مشخصات فردی ازجمله نام و نشانی محل سکونت و تلفن‌های بیمار (فرم شماره یک) از پرونده درمانی جدا شده و در محلی دیگر نگهداری می‌شود و ارتباط بین آنها تنها از طریق کد برقرار می‌گیرد. در چنین حالتی اگر پرونده درمانی درجریان ویزیت‌ها و مراجعات به طور اشتباهی در معرض دید دیگران قرار گیرد یا احیاناً مفقود گردد، مشخصات صاحب آن علنی نخواهد شد.

ارزیابی پایه

اطلاعات کلی

در بخش اطلاعات کلی خصوصیات دموگرافیک فرد شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و منبع ارجاع درج می‌گردد. بیماران به دلایل مختلفی ممکن است برای درمان مراجعه نمایند. برخی از مراجعان به دلیل شدت اعتیاد یا عوارض ناشی از آن تصمیم به تغییر رفتار گرفته و به صورت خودمعرف برای درمان مراجعه می‌نمایند. برخی دیگر، ممکن است در اثر فشار خانواده یا اطرافیان مراجعه کرده باشند. برخی از سایر مراکز درمانی داخل اجتماع یا زندان ارجاع می‌شوند و در نهایت، در مواردی مراجعه درمانی متعاقب ارجاع از مَراجع قانونی است. ارزیابی علت مراجعه به درک بهتر اهداف درمانی کوتاه مدت از دیدگاه مراجعه‌کننده کمک می‌کند.

[1] UIC: Unique Identification Code

تاریخچه مصرف مواد

ارزیابی جامع تاریخچه مصرف مواد شامل تاریخچه طول عمر، یک ماه گذشته و طریقه مصرف مواد می‌شود. با توجه به آن که مصرف چندگانه مواد در افراد وابسته به مواد افیونی غیرشایع نیست، یک ارزیابی استاندارد باید در برگیرنده سابقه مصرف تمام مواد غیرقانونی و داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف نظیر بنزودیازپین‌ها باشد. تعداد سال‌های مصرف مستمر مواد و طریقه مصرف مواد (خوراکی، مشامی، استنشاقی، تدخینی، تزریق غیروریدی و تزریق وریدی) شاخص‌های مهم برای شدت اعتیاد بوده و در تعیین نوع مداخلات درمانی مورد نیاز تعیین‌کننده است. ارزیابی ارزش مادی موادی که فرد در ماه قبل از مراجعه مصرف کرده و میزان هزینه‌ای که فرد شخصاً پرداخت نموده اطلاعات عینی مهمی درباره بار مالی مصرف مواد در اختیار درمان‌گران می‌گذارد.

کسب اطلاع از تاریخچه مصرف مواد مخدر مختلف در مراجعان بسیار مهم و الزامی است. لازم است سابقه مصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم‌زاها، داروهای آرام-بخش و نیکوتین در طی عمر بیمار به سال قید گردد. یعنی مشخص شود بیمار در طی عمر خود چند سال درگیر مصرف آسیب‌رسان (و یا اعتیاد) هر یک از مواد مخدر عمده و شایع بوده است. همچنین مشخص گردد که اولین باری که بیمار هریک از مواد مذکور را تجربه کرده است (و نه این که لزوماً بدان معتاد شده باشد) در چند سالگی بوده است. به عنوان مثال ممکن است بیماری در ۱۷ سالگی برای اولین بار در عمر خود تریاک و در ۱۹ سالگی هروئین را تجربه کرده باشد. سپس از ۲۰ سالگی تا ۳۰ سالگی گرفتار مصرف تریاک شده ولی هیچگاه گرفتار مصرف آسیب‌رسان یا وابستگی (به معنی علمی و روان‌پزشکی کلمه) هروئین نشده باشد. در این حالت، تاریخ اولین مصرف تریاک و هروئین به ترتیب ۱۷ و ۱۹ سالگی خواهد بود و طول زمان مصرف تریاک ۱۰ سال و طول زمان مصرف هروئین صفر خواهد بود.

با وجود آن که در پرسشنامه‌های مشابه بین‌المللی مواد افیونی به اجزاء آن تفکیک نشده‌اند و اکثراً تنها به دسته کلی افیونی‌ها اشاره شده است به دلیل تنوع این مواد در ایران و عوارض و اثرات مختلف و متفاوتی که در اثر مصرف آنها مشاهده می‌شود بهتر است دسته مواد افیونی به اجزایی چون تریاک و شیره، هروئین، کراک، نورجزیک، بوپرنورفین تزریقی یا تمجزیک، متادون غیرقانونی و مخدرهای نسخه‌ای (شامل کدیین، ترامادول و دیفنوکسیلات) تفکیک گردد.

علاوه بر بیان مصرف در طی عمر، تعداد روزهای مصرف هریک از مواد به تفکیک در ۳۰ روز گذشته نیز حائز اهمیت است و باید پرسیده شود. این مسئله نیم‌رخی از شدّت اعتیاد و مصرف مواد مخدر را در روزهای قبل از مراجعه برای درمان ارائه می‌دهد.

در کنار روزهای مصرف هریک از مواد در ۳۰ روز اخیر، روش مصرف هریک نیز مورد پرسش قرار می‌گیرد. گاهی مشاهده می‌شود که بیمار در طی ۳۰ روز اخیر مصرف بیش از یک ماده را تجربه کرده است و ضمناً ممکن است اعتیاد در ایشان به بیش از یک ماده باشد. به ویژه اعتیاد توأم به مواد افیونی و مواد محرک شایع است. بدین منظور لازم است بیمار ماده اصلی و مشکل‌ساز مصرفی را که انگیزه مراجعه وی به مرکز درمانی را تشکیل می‌دهد معرفی نماید. البته او می‌تواند بیش از یک ماده را معرفی نماید. پرسش ۲ در بخش تاریخچه مصرف مصرف مواد مخدر در فرم ارزیابی پایه این امر را پوشش داده است.

علاوه بر روزهای مصرف، یکی از شاخص‌هایی که شدت اعتیاد را در مراجعان می‌سنجد و همچنین میزان بار اقتصادی مصرف مواد را ارزیابی می‌کند ارزش پولی ماده مخدر مصرف شده در ماه اخیر یا میزان پولی است که بیمار بابت آن پرداخت کرده‌است. فراموش نکنید که این دو رقم لزوماً برابر نیستند و مقدار پول پرداختی می‌تواند کمتر و یا حتی بیشتر باشد. به عنوان مثال اگر بیماری به جای پرداخت پول ماده اقدام به توزیع آن (به منظور دریافت سهم خود) یا معامله آن در ازای خدمتی خاص می‌نماید، طبعاً پول پرداختی کمتر از قیمت یا ارزش ریالی آن چیزی است که بیمار مصرف کرده است. گاهی نیز بیمار به واسطه روابط خاص با فروشندگان، جایگاه اجتماعی یا اشکال در دستیابی به مواد، بیش از آنچه لازم است می‌پردازد.

بالا بودن ارزش ریالی ماده مصرفی از سوی دیگر می‌تواند بیان‌گر سنگین‌تر بودن وابستگی جسمی به مواد مخدر باشد که به نوبه خود تجویز مقدار متادون بیشتر در مرحله القاء زودرس را ضروری می‌سازد.

سابقه بیش‌مصرف مواد مخدر و مسمومیت جایگاه خاصی در درمان نگهدارنده دارد. بیمارانی که سابقه مسمومیت با مواد افیونی را می‌دهند به ویژه مواردی که به مراجعه و بستری بیمار در مراکز درمانی منجر شده‌اند، کاندیداهای خوبی برای درمان نگهدارنده هستند و استفاده از این درمان با افزایش بقاء و طول عمر این بیماران همراه است. برعکس این گونه بیماران در درمان‌های پرهیز مدار دچار مشکل شده و در برخی مواقع به خصوص در ۳ ماه اول بعد از سم‌زدایی دچار مسمومیت مرگبار می‌شوند. در ضمن بیمارانی که قبلاً مسموم شده‌اند در مرحله القاء اولیه نیازمند مراقبت بیشتر بوده و افزایش دوز متادون باید با احتیاط و دقت بیشتری صورت گیرد.

تاریخچه اقدامات پیشین درمان

درمان‌گر باید نمایی از سابقه اقدامات درمانی پیشین بیمار و مدتی که بیمار به واسطه هر یک از روش‌های درمانی از مواد مخدر دور بوده است به دست آورد. به خاطر داشته باشید نداشتن سابقه درمان قبلی مانع ورود به درمان نگهدارنده نیست و بیمارانی که برای اولین بار به مراکز درمان مراجع کرده‌اند نیز در صورت صلاح‌دید درمان‌گران

می‌توانند از درمان بهره‌مند شوند هرچند در این گونه مراجعان تأمل و تشویق به تجربه سایر درمان‌ها و اقدامات پرهیزمدار توصیه می‌شود.

تعدد سم‌زدایی‌های ناموفق و دوره‌های پرهیز کوتاه متعاقب توقف مصرف مواد مخدر، از جمله شرایطی است که در آن‌ها استفاده از درمان نگهدارنده توصیه می‌شود. لازم است درمان‌گر درباره تعداد دفعات قبلی ترک و روش‌های بستری و سرپایی که بیمار تجربه کرده است، اطلاعات لازم را بدست آورد. جالب است بدانید که با افزایش دفعات سم‌زدایی ناموفق، نیاز بیمار به متادون برای رسیدن به نقطه ثبات افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر در مراجعانی که به کرّات سم‌زدایی شده‌اند، دوز متادون در انتهای مرحله القاء دیررس بالاتر است. همچنین بین سم‌زدایی‌های متعدد و امکان مسمومیت بعدی با مواد افیونی همبستگی مثبتی وجود دارد.

داشتن دوره‌های پرهیز طولانی مدت به خصوص بیش از یک سال در خلال سال‌های مصرف مواد مخدر امید به تکرار این دوره‌ها را افزایش می‌دهد و ممکن است نشانی از این باشد که بیمار با روش‌های پرهیزمدار و بدون استفاده از درمان نگهدارنده هم ممکن است بتواند از اعتیاد خود رهایی یابد. برعکس در سابقه برخی مراجعان نیز دوره‌های پرهیز دراز مدت وجود دارد اما مربوط به سال‌های اولیه اعتیاد است و با عمیق‌تر شدن مشکلات بیمار، توان پرهیز فقط به دوره‌های بسیار کوتاه تقلیل می‌یابد. این دسته از مراجعان برخلاف دسته اول ترجیح می‌دهند از درمان نگهدارنده استفاده کنند.

اقدام به هرگونه مداخله درمانی در ماه قبل از ورود به درمان نگهدارنده اهمیت ویژه‌ای دارد و باید به طور مجزا پرسیده شود. شدّت وابستگی و تحمل این گونه بیماران به ماده افیونی جنبه‌ای غیرمترقبه داشته و گاهی مقادیر کم متادون ممکن است برای آنان مرگبار باشد. تعادل روانی و خلقی این گونه بیماران نیز متفاوت بوده و احتمال آسیب به خود و خودکشی بیشتر است. سؤالات مربوط به میزان مصرف در ۳۰ روز قبل از ورود به درمان که در قسمت فوق بدان‌ها اشاره شد نیز در این گونه موارد ممکن است گمراه کننده بوده و پاسخ بیمار شدّت واقعی اعتیاد را نشان ندهد، زیرا بیمار بخشی از ۳۰ روز قبل را در حال کلنجار با مواد مخدر و قطع آن بوده است.

سابقه حضور در جلسات معتادان گمنام و آشنایی با روش آن‌ها نیز از اهمیت خاصی برخوردار است و لازم است مورد توجه قرار گیرد. برخورداری از حمایت‌های گروه‌های خودیاری و به کار بردن راهکارهای آن‌ها در برخورد با وسوسه و استرس کمک بزرگی به بیماران است. اما از سوی دیگر سوءبرداشت از برخی تعابیر رایج در گروه معتادان گمنام باعث می‌شود بیماران به درمان دارویی نگرش منفی پیدا کرده و از مصرف متادون بگریزند. به همین دلیل متأسفانه عملاً در مورد بیماری که نیاز به درمان نگهدارنده با متادون دارد، گاه درمان‌گر مجبور می‌شود بین درمان با متادون و استفاده از جلسات معتادان گمنام یکی را انتخاب نماید.

امّا در مجموع به یاد داشته باشید که تعدد دفعات درمان‌های قبلی به خودی خود سوگیری خاصی به نفع یا ضرر درمان نگهدارنده ندارد، بلکه برداشت بیمار از شکست‌های قبلی و عوارض آن تعیین کننده‌تر از خود شکست‌ها می-باشند.

سابقه رفتارهای پرخطر

درمان نگهدارنده ابزار نیرومندی در کاهش آسیب است و منجر به کاهش تزریق و برخی رفتارهای خطرآفرین در زمینه انتقال اچ‌آی‌وی می‌گردد. اطلاع داشتن از نیم‌رخ رفتارهای پرخطر مراجعان ضروری است. به ویژه تزریق اشتراکی مواد مخدر و ارتباط جنسی حفاظت نشده از شاخص‌های عمده است که باید مورد توجه قرار گیرند. سابقه زندانی شدن در طی عمر و علت آن نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. مطالعات داخلی نشان داده‌اند که سابقه زندان به ویژه به دلیل مواد مخدر ارتباط نزدیکی با ابتلاء به عفونت اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی دارد و افرادی که زندانی هستند یا در سال‌های قبل زندانی شده‌اند از جمله مهم‌ترین کاندیدهای دریافت درمان نگهدارنده هستند. فروش مواد مخدر و نزاع‌های خیابانی نیز جزو شاخص‌هایی است که سنجش آن‌ها ضروری بنظر می‌رسد.

برای سنجش رفتارهای پرخطر بخشی در فرم ارزیابی پایه وجود دارد و بعنوان مرجعی برای ارزیابی این گونه رفتارها توصیه می‌گردد. پاسخ‌گویی به سؤالات این بخش برای برخی مراجعان دشوار بوده و ممکن است آنها تمایلی به صحبت درباره رفتارهای پرخطر خود نداشته باشند. به همین دلیل در صورتی که مراجع راغب به پاسخ‌گویی نباشد می‌توان از گزینه «عدم تمایل به پاسخ‌گویی» استفاده نموده و به مباحث بعدی رفت. البته تجربه نشان داده که در صورتی که ارتباط درمانی مناسب بین درمان‌گران و بیمار ایجاد شود و آن‌ها از رازداری مرکز درمانی اطمینان حاصل کنند، چندان هم از پاسخ‌گویی به این گونه سؤالات خودداری نخواهند کرد.

مشکلات طبی و روان‌پزشکی

آگاهی از مشکلات طبی عمده در بیمار و مصرف داروهای مختلف در زمان مراجعه برای درمان نگهدارنده الزامی است. سؤالات ساده و مختصر ۱ و ۲ بخش اطلاعات طبی و روان‌پزشکی پرسشنامه به این مطلب می‌پردازند. لازم است بیمارهای عمده داخلی و داروهای مصرفی بیمار به دقت در پرونده درج گردد. علاوه بر بیماری‌های داخلی، لازم است سابقه مشکلات روان‌پزشکی و تجربه حالاتی مانند افسردگی، اضطراب، پرخاش‌گری شدید، افکار و اقدام به آسیب به خود و خودکشی و تجربه توهم و پسیکوز به صورت مجزا در طی عمر و ۳۰ روز گذشته ارزیابی و بررسی گردد. سابقه مراجعه به روان‌پزشک و دریافت درمان به صورت بستری و یا سرپایی در طی عمر و ماه گذشته نیز ضروری است. باید توجه داشت که بررسی‌های روان‌پزشکی جنبه غربال‌گری داشته و انتظار نمی‌رود

درمان‌گران با محدودیت زمانی قادر به تعیین تشخیص‌های قاطع روانپزشکی باشند. به خصوص آن که بسیاری از مراکز درمان نگهدارنده توسط پزشکان غیرروان‌پزشک و با تجربه محدودتر در برخورد با بیماری‌های روان‌پزشکی، اداره می‌شوند. بدیهی است بعد از شناسایی و یا شک به مشکلات عمده روانی در بیمار، ارجاع او برای مشاوره و یا درمان نزد متخصص روان‌پزشکی ضروری است.

در بیمارانی که سابقه رفتارهای پرخطر دارند انجام آزمایش از نظر عفونت‌های منتقله از راه خون توصیه می‌شود، هر چند انجام آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت برای ورود به درمان نگهدارنده الزامی نیست در صورتی که بیمار قبلاً آنها را انجام داده است یا داوطلبانه خواستار بررسی آنها است، بهتر است نتایج آن در پرونده بیمار ثبت گردد. برای اطلاعات بیشتر درباره آزمایش اچ‌آی‌وی به فصل ۱٤ مراجعه فرمایید.

وضعیت خانوادگی و اجتماعی

درمان نگهدارنده یک درمان جامع و فراگیر است. بنابراین اطلاع از وضعیت اجتماعی–اقتصادی و خانوادگی مراجعان نیز ضروری است. مواردی که باید به آنها توجه گردد شامل اجزا زیر می‌باشد.

- شرایط سکونت و افرادی که بیمار در طی ماه قبل از ورود به درمان با آنها زندگی کرده است.
- وضعیت شغلی وی اعم از شاغل تمام‌وقت، نیمه‌وقت، بیکار، بازنشسته، در حال تحصیل یا خانه‌دار در جریان ۳ ماه گذشته. توجه داشته باشید با وجود آن که در سنجش اکثر شاخص‌های فردی و طبی، بررسی ۳۰ روز قبل از ورود به درمان توصیه می‌گردد، درباره اشتغال ۳۰ روز قبل گویای حالات بیمار نبوده و اکثر مَراجع ۳ ماه را ملاک بهتری تلقی می‌کنند.
- علت ترک شغل‌های پیشین
- مهارت‌های فرد برای درآمدزایی
- درآمد مراجع در ماه قبل از ورود به درمان
- جَو کلی عاطفی خانواده یا اطرافیان بیمار و میزان حمایتی که بیمار از آنها دریافت می‌دارد.
- وجود افراد مصرف‌کننده مواد مخدر در محل سکونت بیمار

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

معاینه عمومی و علایم حیاتی

در بدو ورود به درمان معاینه عمومی توسط پزشک درمان‌گر الزامی است و باید متناسب با تاریخچه طبی و وضعیت مراجع هنگام انجام شود. یافته‌های معاینه و علایم حیاتی باید در پرونده بیمار ثبت گردد. محل‌های معمول تزریق از نظر وجود آثار تزریق اخیر یا قدیمی را معاینه کرده و هر گونه عفونت پوستی یا عارضه عروقی را مستند نمایید.

ارزیابی علایم و نشانه‌های مسمومیت و محرومیت برای تصمیم‌گیری‌های درمانی مورد نیاز است. شدّت محرومیت می‌تواند علامتی از نوع ماده مصرفی و شدت وابستگی فیزیولوزیک فرد بوده و به عنوان شاخصی برای زمان و مقدار دوز روز اول مورد توجه قرار گیرد. علایم مسمومیت نظیر کاهش هوشیاری، خواب‌آلودگی، تکلم جویده، جویده و.... در صورت وجود، نشان دهنده پایدار نبودن وضعیت جسمی بیمار بوده و شروع درمان با متادون باید در پایدار شدن فرد به تأخیر انداخته شود. درباره اهمیت علایم محرومیت و مسمومیت در درمان مراجعان در فصل ۵ مطالب بیشتری آورده شده است.

آزمایش‌های پایه

در صورتی که مراجع نشانه یا سابقه‌ای دال بر ابتلا به بیماری‌های داخلی داشته باشد، انجام آزمایش‌های پاراکلینیک متناسب نظیر آزمایش خون از نظر شمارش گلبولی و هماتوکریت، قند ناشتا، آنزیم‌های کبدی، شاخص‌های کارکرد کبدی و کلیوی از جمله بیلی‌روبین و کراتینین، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول ضروری خواهد بود. به عنوان مثال در بیماران مبتلا به هپاتیت سی انجام آزمایش‌های کارکرد کبدی در بدو ورود به درمان توصیه می‌گردد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص آزمایش‌های پاراکلینیک مورد نیاز به فصل ١٤ مراجعه کنید.

انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی–عروقی، سن بالای ۵۰ سال یا سایر عوامل خطرزای آریتمی قلبی توصیه می‌گردد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص نوار قلب به فصل ١٦ مراجعه فرمایید.

آزمایش مصرف اخیر مواد برای تکمیل شرح حال کمک کننده است. آزمایش مصرف اخیر برای مواد غیرقانونی مختلف با توجه به شرح حال باید انجام شود، هر چند با توجه به شیوع بالای مصرف چندگانه مواد افیونی با مت-آمفتامین آزمایش از نظر مورفین و مت‌آمفتامین به صورت معمول برای تمام مراجعان به عنوان رویه استاندارد توصیه می‌شود. آزمایش اخیر مواد در نمونه‌های زیستی مختلف همچون ادرار، بزاق، عرق، سرم و خون قابل انجام است. با توجه به آن که آزمایش ادرار برای مواد شایع نظیر مورفین و مت‌آمفتامین دوره زمانی طولانی‌تری (٦ تا ٧٢ ساعت) از مصرف اخیر مواد را پوشش می‌دهد، استفاده از آن برای ارزیابی مصرف اخیر مواد در جایگاه‌های

درمانی به عنوان خط اول توصیه می‌گردد. آزمایش بزاق به لحاظ اجرایی مطلوب‌تر است، اما به دلیل دوره زمانی کوتاه‌تر (٤ تا ٤٨ ساعت) نسبت به آزمایش ادرار هزینه- اثربخشی پایین‌تری دارد. دوره زمانی که مواد مختلف در ادرار از طریق آزمایش ادرار قابل ردگیری است، در پیوست هفت آورده شده است.

زمان و نحوه اجرای آزمایش ادرار باید برای تمام بیماران رویه یکسانی داشته بوده و به عنوان یک رویه استاندارد طبی برای ایشان توضیح داده شود تا از بروز هر گونه سوءتفاهم و اثر منفی بر ارتباط درمانی پرهیز شود. در فصل ٦ اطلاعات بیشتری درباره نحوه انجام آزمایش ادرار و نحوه برخورد با نتایج آن آورده شده است.

ارزیابی دوره‌ای

علاوه بر ارزیابی‌های مذکور که در بدو ورود بیمار به درمان نگهدارنده صورت می‌گیرد، لازم است بخشی از این ارزیابی‌ها به صورت دوره‌ای تکرار گردد. فواصل این ارزیابی‌ها حداقل باید به صورت پایان ماه اول، ماه سوم، ماه ششم، ماه نهم، ماه دوازدهم و سپس هر شش ماه یک بار باشد. اطلاعاتی که لازم است در ارزیابی‌های دوره‌ای از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر می‌شود:

- مصرف انواع مواد به تفکیک ماده در ماه گذشته و ارزش ریالی آن و یا هزینه‌ای که بیمار بابت آن پرداخت کرده است
- وضعیت اشتغال بیمار در ماه گذشته
- تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی در ماه گذشته
- عوارض جانبی و نشانه‌های مسمومیت در طی ماه قبل
- حالات روانی از جمله خلق افسرده، اضطراب، افکار خودکشی یا خودزنی، توهم و هذیان، پرخاشگری، مصرف داروهای اعصاب در طی ماه قبل

بدین منظور باید از فرم «ارزیابی دوره‌ای» (پیوست شش) استفاده گردد. تکرار منظم آزمایش ادرار به منظور بررسی مصرف مواد افیونی و همچنین مواد محرک در خلال درمان نیز الزامی است. جهت اطلاع از فواصل انجام آزمایش-های ادرار به بخش مربوط به آزمایش ادرار در این راهنما مراجعه کنید.

در خلال و علاوه بر ارزیابی‌های دوره‌ای، لازم است پزشک معالج حداقل بر اساس جدول زیر بیمار را ویزیت کرده و از شرایط وی و وجود عوارض احتمالی اطلاع حاصل نماید. برای ویزیت‌های مراجعان و ثبت نتایج معاینات و حالات بیمار می‌توان از برگه‌های ثبت ویزیت بیماران موجود در فرم‌های پرونده استفاده کرد.

جدول ۱-۴- حداقل دفعات ویزیت بیمار توسط پزشک معالج در جریان درمان نگهدارنده

اقدام درمانی	دوره القاء اولیه و زودرس	القاء دیررس	مرحله نگهدارنده		مرحله قطع تدریجی
			سال اول	سال دوم به بعد	
ویزیت	هفته اول روزانه سپس هفته-ای سه بار	هفته‌ای یک بار	ماهانه ۲ بار	ماهانه یک بار	هر ۲ هفته یک بار

ارزیابی‌ها و ویزیت‌های فوق، حداقل بررسی‌های ضروری علمی و کاربردی بیماران است. بدیهی است هر مرکز درمانی نه تنها مجاز است از ارزیابی‌های کامل‌تر استفاده نماید، بلکه اخذ اطلاعات بیشتر و ثبت آنها در پرونده بیمار توصیه نیز می‌شود.

فصل پنج- مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران

درمان نگهدارنده با متادون به ٤ دوره مجزا قابل تفکیک است:

۱. دوره القا اولیه[1] یا زودرس یا مرحله (فاز) ۱

۲. دوره القا دیررس[2] یا پایدارسازی[3] یا مرحله (فاز) ۲

۳. مرحله نگهدارنده

٤. مرحله جدا شدن تدریجی و ختم درمان

مرحله یک- دوره القاء اولیه

هدف از این مرحله انتقال بیمار با حداقل عوارض و حداکثر رضایت‌مندی از ماده مصرفی غیرمجاز به معادل فارماکوکینتیک آن بر اساس متادون است. می‌دانید که مواد افیونی مختلف دارای قدرت[4] یا اثربخشی آگونیستی متفاوتی هستند که در مراجعان وابسته با توجه به نوع ماده افیونی مصرفی، طرز مصرف، طول مدت استفاده، ساختار فیزیولوژیک بیمار به اثرات آن‌ها درجات مختلفی از تحمل[5] ایجاد می‌گردد.

با توجه به تحمل متقابل[6] بین متادون و کلیه مواد افیونی، در این مرحله تلاش می‌شود که معادل[7] سطح وابستگی فیزیولوژیک در بیمار بر اساس میلی‌گرم متادون به دست آمده و به بیمار تجویز گردد. به عبارت دیگر در مرحله ۱ یا القا اولیه بیمار استفاده از ماده مخدر غیرمجاز را متوقف کرده و به مصرف معادل آن بر اساس متادون رو می‌آورد. در چنین حالتی بیمار قاعدتاً نه علایم محرومیت را تجربه می‌کند، نه دچار احساس خواب‌آلودگی و علایم بیش‌مصرفی خواهد شد. علایم محرومیت و علایم بیش‌مصرفی مواد افیونی در جدول ۱-۵ ارائه شده است.

[1] early induction
[2] late induction
[3] stabilization
[4] potency
[5] tolerance
[6] cross-tolerance
[7] equivalent

جدول ۱-۵- علایم محرومیت و بیش‌مصرفی مواد افیونی

علایم محرومیت از مواد افیونی		علایم بیش‌مصرف و مسمومیت ناشی از مواد افیونی
اضطراب و بی‌قراری	لرزش بدن	خواب آلودگی
پرخاش‌گری و حساسیت افراطی به محیط	عرق ریزش	کلام بریده بریده
تهوع و استفراغ	احساس گرم و سرد شدن بدن	عدم تعادل
اسهال	خمیازه کشیدن مکرر	تنفس آهسته
درد شکمی	آب‌ریزش از بینی و اشک‌ریزش	افت فشار خون و سرگیجه و احساس سبکی در سر
درد استخوان و عضلات	تکلم تودماغی	کند شدن حرکت و افزایش زمان واکنش
بی‌اشتهایی	عطسه مکرر و بی‌وقفه	تهوع و استفراغ
بی‌خوابی	پرش عضلات	مردمک کوچک وحتی سرسوزنی
کابوس شبانه	حساسیت به نور و گشادی مردمک‌ها	
برانگیختگی موها و احساس پوست غازی	سردرد و سرگیجه	
احساس لختی و سستی	انزال خودبخود	
حالت پای بی‌قرار بویژه در هنگام به خواب رفتن	طپش قلب	
تند شدن تنفس	افزایش ضربان قلب و فشار خون	

در این مرحله‌ی انتقال، بیش از همه مهم‌تر این است که «انتقال کم عارضه و بی‌خطر» صورت گیرد و به خصوص از مسمومیت اجتناب گردد. همچنین لازم است حداکثر رضایت‌مندی بیمار فراهم گردد یعنی بیمار حداقلِ عوارض محرومیت و علایم ترک را تجربه کند.

جدول ۲-۵- مزایا و معایب افزایش سریع و آهسته دوز متادون

افزایش سریع و تجویز مقادیر زیاد متادون	افزایش آهسته و تجویز مقادیر کم متادون
تجربه اندک علایم محرومیت	تجربه زیاد علایم محرومیت
احساس سرخوشی و نشئگی گذرا در بیمار	احساس کج‌خلقی و بی‌قراری
رضایت بالاتر در بیمار	رضایت‌مندی کم و شکایت مستمر از علایم
شکایت اندک از درمان و درخواست برای دارو	اصرار بر تجویز بیشتر متادون و دارو
ماندگاری بیشتر در درمان برای دوره القاء	احتمال ترک درمان در جریان دوره القاء
خواب‌آلودگی در طی روز	بی‌خوابی شبانه
اختلال در تکلم، رفتار حرکتی، دقت و توجه	حالت برانگیختگی و ناپایداری اُتونومیک
مصرف کمتر مواد مخدر در جریان دوره القاء	وسوسه زیاد و احتمال مصرف مواد مخدر
احتمال کمتر مصرف خودسرانه دارو و خوددرمانی	مصرف خودسرانه داروهای آرام‌بخش توسط بیمار
احتمال بیشتر مسمومیت با متادون	احتمال کم مسمومیت با متادون
احتمال مرگ بر اثر وقفه تنفسی ناشی از مسمومیت با متادون	احتمال مسمومیت و مرگ و میر بر اثر مصرف خودسر دارو، متادون یا مصرف توام مواد مخدر

در واقع درمان‌گر باید حد تعادلی در تجویز متادون را رعایت نماید. در صورتی که مقدار متادون تجویز شده زیاد بوده و به صورت 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، علایم محرومیت زیادی را به بیمار تحمیل خواهد کرد. در چنین حالتی رضایت بیماران و ماندگاری و همکاری آنان در درمان کاهش یافته و موارد قطع درمان افزایش می‌یابد. همچنین تأخیر بیش از حد در رساندن متادون به دوز معادل و اقناع‌کننده ممکن است باعث افزایش مصرف مواد مخدر به صورت هم‌زمان یا مصرف خودسر متادون در بیماران گردد. این مسأله به صورت غیرمستقیم احتمال مسمومیت را افزایش می‌دهد (جدول ۲-۵).

از نظر علمی، حرفه‌ای و اخلاقی درمان‌گر موظف است حدّ واسط بین تجویز زیاد و سریع متادون از یک سو و تجویز بطئی و اندک متادون از سوی دیگر را رعایت نماید. فراموش نکنید وقتی اعتیاد به عنوان یک بیماری مطرح می‌گردد، مانند سایر بیماری‌ها درمان‌گر موظف است تمام تلاش خود را جهت حفظ جان بیمار و دور نگهداشتن او از هر گزندی برداشته و رضایت حداکثری بیمار و تقلیل آلام و رنج‌های وی را نیز در اولویت قرار دهد. لذا رسیدن به دوز معادل و ایمن متادون اولویت فاز یک درمان است.

یکی از راه‌های رسیدن به دوز معادل تبدیل ماده مصرفی بیمار به ویژه با توجه به محتوای مورفین آن به معادل متادون آن است. متون کنترل درد و فارماکولوژی مدعی هستند که ۱ میلی‌گرم متادون معادل ۵ میلی‌گرم مورفین خوراکی است. به عنوان مثال اگر بیماری روزانه ۵ گرم تریاک می‌خورد، با توجه به اینکه تریاک دارای ۵-۱۰٪ مورفین است، بنابر این مصرف روزانه او **معادل** ۲۵۰-۵۰۰ میلی‌گرم مورفین یا معادل ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم متادون خواهد بود.

اما بنا به دلایل زیر استفاده از مفهوم معادل‌های فارماکولوژیک در درمان با متادون توصیه نمی‌شود:

۱. معادل‌ها اکثراً برای درمان درد و استفاده در بیماران مبتلا به درد مزمن محاسبه شده و تعمیم آن‌ها به معتادان به خوبی به اثبات نرسیده‌اند.

۲. معادل‌ها برای قدرت ضددرد متادون و مورفین مقایسه شده‌اند، در حالی که در بسیاری از معتادان معادل بودن فراتر از معادل بودن از نظر قدرت ضددرد است و جنبه‌های دیگری چون توان مهار وسوسه، برطرف سازی علایم محرومیت، میزان ایجاد نشئگی و آرامش دخیل هستند.

۳. خلوص مواد مخدر موجود در بازار به طرز هولناکی متغیر بوده به گونه‌ای که تخمین محتوای مورفینی آن عملاً غیرممکن است.

٤. در جداول معادل‌یابی، متادون در مقابل مورفین خوراکی خالص محاسبه می‌گردد، در حالی که مورفین مصرفی مُراجعان در قالب تریاک، هرویین و کراک بوده که خلوص آن به درستی مشخص نیست.

٥. طرز استفاده بیمار (استنشاقی، تزریقی، تدخینی یا خوراکی) تأثیر بسزایی در میزان مورفین دریافتی داشته و بالطبع میزان متادون معادل را متأثر خواهد ساخت.

٦. تفاوت‌های بین‌فردی در معادل‌ها بسیار محسوس است.

٧. مُراجعان در بسیاری از موارد تخمین درستی از میزان مصرف خود ندارند یا به دلایلی آن‌را غیرواقعی ارائه می‌دهند.

٨. گاهی مصرف توأم چندین ماده به راه‌های مختلف وجود دارد، بنابراین محاسبه میزان مورفین دریافتی مخدوش‌تر می‌شود.

با توجه به موارد فوق قویاً تأکید می‌گردد که محاسبه معادل از طریق تبدیل محتوای مورفینی به متادون صورت نگیرد. بدیهی است این روش جهت آگاه‌سازی نسبی درمان‌گر از میزان وابستگی فیزولوژیک به مواد افیونی کمک-کننده و تا حدی هدایت‌گر است، اما نباید مبنای درمان فاز یک قرار گیرد.

به منظور تخمین معادل متادونی در فاز یک لازم است که از روش تجربی استفاده گردد. برخی بیماران ممکن است در بدو مراجعه شرح حال مصرف متادون غیرمجاز تهیه شده از بازار غیرقانونی را گزارش نمایند. در این گروه از مراجعان نیز به دلیل پایین بودن دقت گزارش شخصی و احتمال وجود ناخالصی در متادون تهیه شده از بازار غیرقانونی القای درمان باید با روش تجربی انجام پذیرد.

الگوی زیر به منظور القای درمان با متادون در افراد وابسته بع مواد افیونی باید مد نظر قرار گیرد:

١. بیمار از روز قبل از شروع درمان با متادون مصرف ماده مخدر خود را متوقف سازد. از آنجایی که برخی مُراجعان ٢٤ ساعت وقفه در مصرف را بسیار دشوار می‌دانند، گذشت حداقل ١٢ ساعت یا معادل زمانی حداقل ٢ وعده مصرف قویاً توصیه می‌شود. به عنوان مثال در صورتی‌که مقرر است بیماری ٩ صبح شنبه درمان با متادون را آغاز نماید، از ٩ شب روز جمعه از مصرف مواد مخدر پرهیز نمایید. یا در مثالی دیگر اگر بیماری ابراز می‌دارد که هر ٣ ساعت مجبور به مصرف ماده مخدر است، حتی‌المکان به اندازه ٢ وعده یعنی ٦ ساعت از آخرین مصرف خود را سپری کرده باشد. بدیهی است هرقدر فاصله بین آخرین وعده مصرفی و شروع متادون بیشتر باشد، نتایج مطلوب‌تر بوده و

درمان‌گر باید مُراجعان را در این راستا راهنمایی و تشویق نماید. با وجود تلاش درمان‌گر و توصیه-های وی، گاهی بیماران کماکان قادر به رعایت فاصله مد نظر نیستند. در چنین شرایطی لازم به ذکر است که در صورتی که بیماری قادر پرهیز ولو بمدت ۱۲ ساعت یا به اندازه ۲ وعده مصرف نباشد، نباید از درمان با متادون محروم گردد و درمان‌گر باید 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 است

۲. در زمان شروع درمان با متادون بهتر است علایم محرومیت و ترک در بیمار ظاهر شده باشد. در واقع در صورتی که بیمار شرایط بند ۱ را رعایت کرده باشد، علایم محرومیت ذهنی و عینی در حد متوسط در زمان مراجعه در بیمار ظاهر خواهد شد. با این حال شرط وجود علایم محرومیت در بیمار در هنگام شروع متادون هرچند بسیار مطلوب است و **قویاً** توصیه می‌شود، امّا نیاز قطعی نیست. تنها نیاز قطعی و غیر قابل تغییر این است که «بیمار در هنگام شروع متادون نباید حالت نشئه، تخدیر شده[۱] یا خواب‌آلوده[۲] ناشی از مصرف مواد یا آرامبخش‌ها باشد». وجود هوشیاری کامل و جهت‌یابی کامل[۳] به زمان و مکان و اشخاص الزامی است. این یک قانون غیرقابل تخطی در درمان نگهدارنده با متادون است.

۳. جهت بیمار درمان با ۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم متادون و ترجیحاً به صورت شربت آغاز می‌گردد. در صورتی که تخمین درمان‌گر به وابستگی ضعیف‌تر باشد شروع با حدود ۱۵ میلی‌گرم توصیه می‌شود و چنانچه درمان‌گر باور دارد که وابستگی بیمار به مواد افیونی شدیدتر است حداکثر ۳۰ میلی‌گرم به طور یک جا تجویز می‌شود. توجه داشته باشید که اصولا برای فرد بالغ سالم و هوشیاری که شدت وابستگی وی به مواد افیونی مشخص نیست، ۳۰ میلی‌گرم متادون حداکثر دوزی است که می‌توان به صورت یک جا تجویز نمود. در واقع این مقدار متادون در افرادی که حتی هیچ گونه وابستگی به مواد افیونی ندارند به ندرت می‌تواند باعث مرگ گردد. هرچند در این گونه افراد مصرف این مقدار با علایم

[1] sedate
[2] drowsy
[3] intact orientation

آزاردهنده‌ای چون خواب‌آلودگی شدید، تهوع و استفراغ، ضعف و سستی و اختلال تمرکز همراه خواهد بود.

در فرد بالغی که اطلاع دقیقی از میزان وابستگی و تحمل وی به مواد افیونی در دسترس نیست، ۳۰ میلی‌گرم متادون حداکثر مقداری است که می‌توان به صورت یک جا تجویز کرد.

٤. بعد از تجویز اولین دوز متادون، بیمار بمدت ۲ ساعت در مرکز تحت نظر باقی بماند. بعد از گذشت ۲ ساعت با توجه به علایم بیمار درباره ادامه تجویز متادون تصمیم‌گیری می‌شود: در صورتی که بعد از این مدت بیمار علایم محرومیت نداشته باشد یا علایم وی در حد بسیار خفیف باشد بیمار با توصیه-های لازم مرخص شده و برای ادامه درمان در روز بعد مراجعه نماید. در صورتی که بعد از ۲ ساعت بیمار کماکان از علایم محرومیت مواد افیونی رنج ببرد یا این علایم در وی ظاهر گردد، ۱۰ میلی‌گرم دیگر متادون تجویز شده و بیمار مجدداً بمدت ۲ ساعت تحت نظر قرار می‌گیرد. بعد از گذشت ۲ ساعت دوم (یعنی جمعاً ٤ ساعت بعد از شروع فرآیند تجویز متادون) مجدداً با توجه به حالات بیمار جهت ادامه تجویز متادون تصمیم‌گیری می‌شود. در صورتی که بعد از تجویز دوز ۱۰ میلی‌گرم مکمل، علایم بیمار برطرف شود، بیمار با توصیه‌های لازم ترخیص شده و ادامه درمان به روز بعد موکول می‌شود. اما چنان که بعد از سپری شدن زمان مذکور و علی‌رغم دریافت دو دوز متوالی متادون، کماکان علایم محرومیت باقی باشند، تجویز حداکثر ۱۰ میلی‌گرم متادون مجاز است. یعنی بیمار علاوه بر ٤۰ (۳۰+۱۰) میلی‌گرم متادون، ۱۰ میلی‌گرم دیگر نیز دریافت می‌دارد (جمعاً ۵۰ میلی‌گرم طی ۳ دوز و با فواصل حداقل ۲ ساعت بین دوزها). سرانجام بعد از تجویز دوز سوم، بیمار مجدداً تا ۲ ساعت تحت نظر مانده و با توصیه‌های لازم مرخص می‌گردد. توجه داشته باشید حداکثر دوز مجاز برای روز اول جمعاً ۵۰ میلی‌گرم خواهد بود و در صورتی که بیمار حتّی بعد از دریافت دوز سوم و سپری شدن زمان تحت نظر از علایم محرومیت شاکی باشد، در هر حال با توصیه‌های لازم مرخص می‌شود. برای درک دقیق‌تر به الگوریتم تجویز متادون در روز اول مراجعه نمایید (پیوست هشت). در ضمن به مبحث چند تبصره مهم درباره تجویز متادون در روز اول نیز توجه کافی مبذول دارید.

۵. با تجویز حداکثر ۵۰ میلی‌گرم متادون در روز اول نیاز درصد قابل توجهی از معتادان به ماده آگونیست برطرف می‌شود و این بیماران بدون علایم محرومیت به روز بعد ارجاع می‌شوند. در گروه قابل توجهی نیز هرچند ممکن است با تجویز حتی ۵۰ میلی‌گرم متادون علایم محرومیت باقی بماند، با این حال بعید است این علایم به حد بسیار شدید برسند و در صورت وجود حمایت کافی روانی از ایشان و اطلاع‌رسانی دقیق، قادر به تحمل علایم هستند. به ویژه توجیه بیمار به این که چرا متادون بیش‌تر تجویز نمی‌گردد و اهمیت رعایت احتیاط به منظور پیش‌گیری از مسمومیت احتمالی، تحمل علایم را برای بیماران راحت‌تر می‌سازد. نقش همدلانه[1] و حمایت‌گر[2] درمان‌گر در این گونه مواقع بسیار کمک‌کننده است. در زمانی که بیمار به درمان‌گر اعتماد کافی نداشته و تصور نماید دلیل عدم تجویز متادون بیش‌تر مواردی چون اهمال‌کاری پزشک، عدم وجود مهارت کافی در وی، انگیزه‌های منفعت‌طلبانه و یا بی‌توجهی به نیازهای بیمار است، شکایت وی از علایم محرومیت چندین برابر می‌شود. در مقابل در صورتی‌که وی متوجه انگیزه‌های انسان‌دوستانه درمان‌گر شده و او را همسو با نیازهای خود ببیند، تحمل باقیمانده علایم آسان می‌شود. حتی در عده‌ای با وجود نشانه‌های عینی از علایم محرومیت، شکایات بیمار در حد اندک می‌ماند. به جرأت می‌توان گفت که منش حرفه‌ای و سبک برخورد گروه درمانی به اندازه همان ۵۰ میلی‌گرم در کنترل علایم ترک مؤثر است. مطلقاً از آن غافل نشوید.

٦. تجویز متادون در روز دوم با توجه به میزان علایمی که بیماری در طی شبانه روز اول تجربه کرده و یا در روز دوم نشان می‌دهد ادامه می‌یابد. در صورتی که بیمار در روز دوم بدون علایم محرومیت مراجعه نماید یا علایم خود را در حد کم بیان دارد، معادل دوز روز قبل تکرار شده و بیمار ترخیص می‌گردد. در این گونه موارد دوز معادل روز قبل به صورت یک جا تجویز می‌شود و نیازی به تقسیم آن وجود ندارد. در حالتی‌که بیمار در روز دوم علایم شدید محرومیت نشان دهد، می‌توان علاوه بر دوز روز قبل، ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم بیشتر برای بیمار تجویز کرد. این مقدار نیز یک جا تجویز می‌شود و از بیمار درخواست می‌شود تا ۲ ساعت بعد از تجویز متادون در مرکز تحت نظر بماند. توجه داشته باشید که گاهی از اوقات به ویژه در زمانی که علایم محرومیت شدید است، درمان‌گر با اعتراض بیمار مواجه می‌شود و ممکن است بیمار ابراز دارد که با توجه به شدت علایم، افزایش ۵ تا ۱۰ میلی‌گرمی کارساز نبوده و لازم است مقادیر بیشتری افزوده شود. مهم است درمان‌گر ضمن اشاره مجدد به نگرانی از احتمال مسمومیت در صورت تجویز مقادیر بیشتر، برای بیمار مجدداً توضیح دهد که

[1] empathic
[2] supportive

متادون دارویی با نیمه‌عمر و اثربخشی طولانی است و مقادیر قابل توجهی از دوز روز قبل در بدن وی باقیمانده است. بنابراین با وجود افزایش تنها ۵ تا ۱۰ میلی‌گرمی نسبت به روز قبل، عملاً آنچه در بدن بیمار خواهد ماند به مراتب بیش از روز قبل خواهد بود. در واقع حتی اگر هیچ گونه افزایش دوزی نیز صورت نمی‌گرفت، اثر متادون روز دوم بیش از همان دوز در روز اول می‌بود. در حالت سوم ممکن است بیمار با علایم خواب‌آلودگی و کاهش هوشیاری مراجعه نماید. در این حالت لازم است علت خواب‌آلودگی روشن شود. در اکثر موارد چنان که درمان‌گر به طرز صحیح از راهنما پیروی کرده باشد، زمینه کاهش هوشیاری و خواب‌آلودگی با متادون دریافتی ارتباطی نداشته و به مصرف مواد مخدر یا استفاده خودسرانه از دارو و متادون برمی‌گردد. برای این بیماران طبق قاعده غیرقابل تخطی که اشاره گردید، تجویز متادون تا زمان وجود علایم خواب‌آلودگی و کاهش هوشیاری ممنوع است. باید بیمار تحت نظر مانده و تجویز متادون به بعد از رفع خواب‌آلودگی موکول گردد. بهتر است در صورتی که این حالت طولانی باشد، از تجویز متادون برای آن روز خودداری کرده و ادامه درمان به روز بعد موکول گردد. اما اگر حالت سریعاً برطرف شود و علایم محرومیت در بیمار ظاهر گردد، می‌توان بسته به سرعت و شدت بروز علایم محرومیت، تمام یا کسری از دوز روز قبل را تکرار نمود. برای درک بهتر به آلگوریتم تجویز متادون در روز دوم در پیوست نه مراجعه نمایید.

۷. روند تجویز متادون در روز سوم دقیقاً بسان روز دوم تکرار می‌گردد: تکرار دوز روز قبل در صورتی که بیمار علایم محرومیت ندارد یا در حد ملایم و متوسط است. اجازه افزودن ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم بر دوز روز دوم و تجویز آن در زمانی که بیمار از علایم شدید رنج می‌برد. برای موارد خواب‌آلودگی و کاهش هوشیاری مانند روز دوم اقدام می‌شود. این فرآیند برای بیماران در روزهای بعدی (چهارم، پنجم، ششم...) نیز عیناً تکرار می‌گردد. سرانجام تمامی بیماران به حالتی می‌رسند که علایم محرومیت در آنان برطرف می‌شود و افزایش دوز متوقف می‌گردد. در این زمان احتمالاً متادون تجویزی در حول حوش نقطه معادل قرار داشته و مرحله القاء اولیه به پایان می‌رسد.

۸. نکته بسیار مهمی که درمان‌گر باید بدان واقف باشد این است که به دلیل نیمه عمر طولانی متادون، حتی در صورت ثابت نگهداشتن دوز، تجمع آن در بدن تا ۵ روز (تقریباً معادل پنج نیمه عمر) و به تبعِ آن احتمال مسمومیت به ویژه در بیماران بالای ۴۰ سال وجود دارد. بنابراین لازم است علاوه بر زمانی که دوز بیمار در حال افزایش است و همچنین تا ۵ روز بعد از ثبات دوز و رسیدن به نقطه تعادل، بیماران به صورت روزانه توسط پزشک ویزیت شوند. در صورت بروز حالات لَختی، سستی و

خواب‌آلودگی کاهش دوز متادون توصیه می‌شود. در اکثریت بیماران دوره القاء اولیه ظرف ۷ تا ۱٤ روز به اتمام می‌رسد.

جدول ۳-۵- دستاوردهای مورد نظر در مرحله (فاز) یک

آنچه در مرحله ۱ بدست می‌آید	آنچه ممکن است کماکان مشاهده شده و نیاز به بهبودی داشته باشد
علایم محرومیت و ترک به صورت عمده برطرف می‌شود	احساس وسوسه
از وسوسه و ولع مصرف کاسته می‌شود	امکان تجربه احساس نشئگی متعاقب مصرف مواد مخدر
بیمار در احساس دیسترس کمتری بسر می‌برد	آزمایش ادرار مثبت ناشی از مصرف گهگاه مواد
بیمار به ثبات نسبی رفتاری می‌رسد	نوسان بین مصرف مواد مخدر و مصرف متادون
رفتارهای پرخطر از جمله تزریق مشترک کاهش عمده می‌یابند	غیبت گهگاه از برنامه متادون
توسل به رفتارهای پرخطر جهت تهیه مواد مخدر عملاً حذف می‌شود	امکان مسمومیت متعاقب مصرف مواد مخدر
	خلق افسرده
	ناپایداری رفتاری و اقدامات تکانه‌ای

در پایان مرحله اول بیمار قاعدتاً بایستی از مصرف ماده مخدر غیرمجاز خود جدا شده و به استفاده از دوز معادل متادون رو آورده باشد. توجه داشته باشید که استفاده از دوز معادل متادون لزوماً به قطع کامل مصرف مواد مخدر و رفع وسوسه در بیمار منجر نخواهد شد. در واقع در دوز معادل استفاده از متادون در مقابل ماده مخدر برای بیمار علی‌السویه است و بیمار بنا به نیاز یا تمایل خود می‌تواند به راحتی بین مصرف یک ماده به ماده دیگر (مثلاً هروئین و متادون) نوسان کند. استفاده توأم متادون با مواد مخدر نیز میسر است و با احساس سرخوشی و احتمال مسمومیت نیز همراه خواهد بود. در عمل نیز بسیاری از بیماران بنا به شرایط روانی خود و همچنین بعد از مواجه شدن با عوامل و شرایط ایجاد وسوسه به مصرف مواد مخدر اقدام می‌کنند. این استفاده در آزمایش ادرار بیماران

نیز منعکس شده و موارد مثبت به دفعات مشاهده می‌شوند. از آنجایی که در این مرحله مصرف مواد مخدر می‌تواند لذت‌بخش باشد و جنبه‌های تقویت‌کنندگی آن هرچند با شدّت کمتر کماکان پابرجاست، فرآیند بهبودی مطلوب در درمان نگهدارنده شکل نمی‌گیرد. دستاوردهای مورد نظر در مرحله ۱ در جدول ۳-۵ آورده شده‌است. همان طور که مشاهده می‌شود، در تجویز دوز معادل، بیشتر دستآوردها جنبه کاهش آسیب دارند و جایگزین کم‌خطر و مطلوبی در مقایسه با مصرف مواد مخدر برای بیمار و جامعه فراهم می‌نمایند.

مرحله دو- دوره القاء دیررس یا پایدارسازی

هدف از این مرحله افزایش تدریجی متادون ورای نقطه تعادل فارماکولوژیک و اشباع‌سازی گیرنده‌های افیونی به واسطه تجویز آن است. به عبارت دیگر آنقدر متادون بیمار افزایش می‌یابد تا بیمار قادر به استفاده از مواد مخدر دیگر نباشد یا در صورتی که از مواد دیگر به صورت توأم استفاده نمود، به دلیل اشباع بودن گیرنده‌ها و افزایش قابل توجه سطح تحمل وی به مواد افیونی، اثری چه در جهت نشئگی و چه در جهت مسمومیت‌زایی نداشته باشد. از آن جا که مصرف مواد مخدر دیگر نقش تقویت‌کنندگی[1] نخواهد داشت، استفاده از آن به تدریج ناپدید شده و آزمایش‌های ادرار بیمار نیز به سمت منفی کامل متمایل خواهد شد. در این مرحله وسوسه بیمار تقریباً از بین می‌رود و ثبات خلقی و رفتاری در وی پررنگ می‌شود. دستاوردهای این مرحله از جنبه کاهش آسیب فراتر رفته و به درمان متعارف و التیام اثرات تخریبی اعتیاد شبیه‌تر می‌شود. در چنین حالتی به اصطلاح گفته می‌شود که بیمار در درمان پایدار[2] گردیده و یا به ثبات رسیده است.

نشانه‌های رسیدن به مرحله پایداری متعدد بوده و لزوماً تمامی آن‌ها مورد تأیید همه مراجع نیست. تعداد زیادی از نشانه‌ها نیز در بسیاری از بیماران مصداق ندارد. فهرستی از نشانه‌های پایداری بر اساس پروتکل‌های جهان در زیر ارائه گردیده است. موارد عمده‌تر با حروف تیره و در ابتدا قید گردیده‌اند.

- **حذف علایم ترک و محرومیت مصرف مواد افیونی**
- **حذف احساس وسوسه برای مصرف مواد افیونی**
- **نبود احساس سرخوشی به واسطه مصرف مواد افیونی**
- **عدم مصرف مواد مخدر سنگین (هروئین، کراک، تریاک) توسط بیمار**

[1] reinforcing effect
[2] stabilized

- **عدم تکرار مسمومیت و بیش‌مصرف**[1]
- **ارتباط منظم و مناسب درمانی و مراجعه مرتب و بدون غیبت جهت دریافت دارو**
- **آزمایش‌های ادرار منفی برای مواد غیرقانونی سنگین**
- نبود احساس خواب‌آلودگی و یا سرخوشی متعاقب دریافت دوز متادون
- کاهش یا حذف تزریق مواد مخدر وآگاهی بیمار از عوارض تزریق و احتمال انتقال انواع عفونت‌ها
- آگاهی بیمار از تداخل‌های دارویی متادون با سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی
- نشانه‌های ثبات فردی و اجتماعی و وجود حس رضایت‌مندی از زندگی
- دوری از شرایط مشکل‌آفرین و وسوسه‌ساز
- تلاش مستدل جهت تغییر شیوه زندگی
- شواهد دال بر توانایی بیمار در حفظ و مراقبت از دوز منزل
- ثبات مشکلات حاد فیزیکی وبهبودی کلی در مشکلات طبی از جمله بهبودی مشکلات دهانی و دندانی
- شرکت مرتب در جلسات درمانی، مشاوره و سایر فعالیت‌های مرکز
- تأمین وسایل ایاب و ذهاب و درآمد ثابت و پایدار و توان پرداخت هزینه درمان
- شرایط سکونت پایدار و امن
- نبود فعالیت‌های غیرقانونی

در میان فهرست فوق، برخی نسبت بسیار تنگاتنگی با دوز متادون دارند و مواردی نیز تا حد زیادی متأثر از عوامل اجتماعی، اقتصادی و حمایتی هستند. طبیعی است که برای احراز بسیاری از موارد فوق، علاوه بر افزایش دوز متادون، تقویت مداخلات روانی و مددکاری نیز بسیار کمک‌کننده است و نباید از نظر دور ماند. از طرفی گاهی اوقات افزایش دوز متادون تاثیر چندانی در برخی موارد ندارد. به عنوان مثال در بیماری که مصرف توأم مواد محرک مانند مت‌آمفتامین (شیشه) وجود دارد، افزودن متادون کمکی به توقف مصرف مت‌آمفتامین نخواهد داشت. با این حال

[1] overdose

چنین بیماری را نمی‌توان در فاز پایداری تلقی کرد. شاید بتوان این گونه گفت که افزایش دوز متادون برای رسیدن به پایداری در بسیاری بیماران مهم است اما هر افزایش دوزی منجر به پایداری نشده و هر بیمار غیرپایداری نیازمند افزایش دوز نیست.

در جریان مرحله دوم، در مواردی که درمان‌گر بر اساس قضاوت خود به این نتیجه می‌رسد که متادون بیمار برای رسیدن به پایداری ناکافی است، متادون بیمار به تدریج به صورت هفته‌ای ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم افزایش می‌یابد تا شرایط فوق بویژه اقلام عمده‌تر اولیه محقق شوند. به عبارت دیگر در جریان ویزیت هفتگی بیماران، در صورت عدم احراز شرایط پایدارسازی، دوز متادون بیمار به مقدار ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم افزوده شده و بیمار بعد از یک هفته مجدداً ویزیت می‌شود. در جریان ویزیت بعدی در صورت پایدار شدن بیمار، دوز بیمار ادامه می‌یابد. اما چنان که بعد از گذشت یک هفته، کماکان علایم ناپایداری عمده مشاهده گردد، مجدداً دوز بیمار به مقدار ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم افزوده می‌شود. این فرایند آنقدر تکرار می‌شود تا بیمار به مرحله پایداری (موارد حروف پررنگ در جدول فوق) برسد. توجه به نکات زیر برای درمان‌گران مهم است:

۱. در جریان مرحله دوم، دوز حداقل و حداکثری وجود ندارد و در هر مرحله از افزایش دوز با توجه به **نیم-رخ بالینی** و **قضاوت درمان‌گر** بیمار به مرحله پایداری برسد، دوز بهینه وی تلقی می‌گردد.

۲. بر اساس مطالعات تجربی در دنیا و همچنین ایران، دوز بهینه در اکثریت قابل توجه بیماران بین ۸۰ تا ۱۲۰ میلی‌گرم قرار دارد. اما بر اساس آنچه در بند ۱ گفته شد، دوزهای خارج از این محدوده در صورتی که با احراز شرایط پایداری توأم باشند، کاملاً قابل قبول هستند.

۳. دوز بهینه پایدارسازی ارتباط تنگاتنگ و دقیقی با میزان تحمل اولیه بیماران به ماده افیونی 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.

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

- سم‌زدایی‌های قبلی: هرقدر بیماران اقدام به سم‌زدایی‌های ناموفق بیشتری کرده باشند دوز پایدارسازی آنها بالاتر خواهد بود
- خلوص پایین‌تر مواد مخدر مورد استفاده بیمار. برخلاف تصور عامیانه، هرقدر مواد مخدر موجود در بازار و مورد استفاده بیماران ناخالص‌تر و نامرغوب‌تر باشد، دوز مورد نیاز

جهت پایدارسازی بیماران بیشتر خواهد بود. به نظر می‌رسد که ناخالص بودن مواد به دلیل نوساناتی که در میزان تحمل فیزیولوژیک بیماران ایجاد می‌کند آسیب بیشتری به مغز وارد کرده و نیاز بعدی به متادون را جهت پایدار نمودن بیمار و اطفاء وسوسه افزایش می‌دهد.

- سابقه استرس و ترومای روانی و ابتلا به سندرم استرس پس از سانحه[1] با نیاز بیشتر به متادون در بیماران همراه است
- افسردگی در هنگام مراجعه. به نظر می‌رسد که بیمارانی که هنگام مراجعه جهت درمان از افسردگی رنج می‌برند، نهایتاً جهت پایدارسازی نیازمند دوز بیشتر متادون خواهند بود.
- سندرم درد مزمن. بیمارانی که دچار دردهای مزمن[2] هستند در مرحله ۲ با دوزهای بیشتر متادون پایدار خواهند شد.

۵. قضاوت درمان‌گر در تعیین وضعیت پایداری در بیماران مهم بوده و باید مورد توجه قرار گیرد. عدم احراز یک یا چند مورد از بندهای فوق به صورت خودکار نباید منجر به افزایش دوز گردد. به عنوان مثال ممکن است درمان‌گر متوجه آزمایش‌های مثبت بیمار از نظر مواد افیونی گردد امّا به این نتیجه برسد که مصرف مواد در بیمار ریشه در عناد و لجاجت با خانواده داشته و از حس وسوسه یا علایم محرومیت ناشی نمی-شود. طبیعتاً در چنین حالاتی درمان‌گر باید به جای افزایش دوز دارو به مداخلات غیردارویی درباره بیمار و خانواده وی مبادرت نماید. یا در مثالی دیگر، ممکن است بیمار به واسطه مصرف مقادیر بسیار نامتعارف مواد مخدر فرضاً به قصد خودکشی دچار علایم مسمومیت شود. این لزوماً به معنای کمبود دوز متادون نبوده و نیازمند مداخلاتی دیگر به جای افزایش دوز است. ممکن است از طرفی دیگر به واسطه شرایط بسیار مطلوب و استثنایی حمایتی، با وجود دوز پایین، تمامی موارد پررنگ فهرست فوق احراز گردد، امّا درمان‌گر بر این باور باشد که ثبات بیمار صوری و موقتی بوده و با حذف حمایت‌ها بیمار سریعاً به مصرف مواد مخدر رو خواهد آورد. در چنین حالتی به ویژه اگر دوز بیمار کمتر از ۸۰ میلی‌گرم باشد، درمان‌گر مجاز است دوز بیمار را افزایش دهد.

٦. ممکن است امکان محک زدن برخی بندها میسر نگردد. بعنوان مثال بیمار هیچگاه مصرف مواد نداشته باشد تا معلوم گردد که در صورت مصرف آیا حس سرخوشی و نشئگی را تجربه خواهد کرد یا نه؟ طبعاً

[1] PTSD
[2] chronic pain syndrome

لزومی نیست که تک تک موارد به صورت عینی احراز گردد. در چنین حالاتی باید به قضاوت درمان‌گر درباره احراز احتمالی بسنده شود.

۷. در جریان درمان، مواردی از آزمایش ادرار مثبت به صورت جسته و گریخته مشاهده می‌شود. این موارد ممکن است ناشی از مصرف مواد افیونی نسخه‌ای مانند کدیین یا ناشی از مثبت کاذب تست‌های ادرار باشد. در عده‌ای نیز صرفاً مصرف ماده مخدر توسط بیمار به انگیزه‌های گوناگون است. در مراکز درمانی هر گونه مثبت شدن لغزش در نظر گرفته می‌شود، اما بهتر است هنگام برخورد با این گونه 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 بسیار رهگشاست.

۸. معنی دیگر مکانیسم افزایش دوز بر اساس توضیحات فوق این است که چنان که بیماری مصرف مواد مخدر دارد، مراجعات وی به درمان نامنظم است، کماکان حالات نشئگی را تجربه می‌کند، آزمایش‌های وی مثبت است و موارد مشابه دیگر، با افزایش دوز مواجه خواهد شد. در صورتی که دوز بیمارانی 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 یا اطرافیان آنها را به همراه داشته باشد و گاهی آن را نوعی بی‌عدالتی و بی‌حسابی درمان تلقی نمایند. برخی درمان‌گران نیز این گونه می‌اندیشند که مسأله باید برعکس باشد و متادون بیمارانی که مصرف دارند کاسته شود. در پاسخ به این ابهام یا اعتراض باید اشاره داشت که متادون **پاداش** نبوده و دوز بیشتر نباید بعنوان یک مزیت یا ارفاق تلقی شود. درمان‌گر موظف است برای بیمار و بستگان وی توضیح دهد که متادون هیچ جنبه پاداش و تنبیه نداشته و مانند سایر داروها فقط بر اساس نیاز درمانی تجویز می‌گردد. چنان که بیماری هنوز به پایداری نرسیده است یعنی درمان وی هنوز ناکافی است و باید درمان تقویت گردد و یکی از راه‌های تقویت درمان افزایش دوز است. در قسمت مداخلات غیردارویی در درمان نگهدارنده به این مسأله بیشتر اشاره شده‌است.

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

۱۰. برخلاف تصور، پایدار شدن با دوزهای بالاتر متادون در مرحله ۲ با خطر کم‌تر مسمومیت همراه است. می‌دانیم بیمارانی که سابقه مسمومیت‌های متعدد و شدید با مواد افیونی داشته‌اند، کاندیدهای مناسبی برای درمان نگهدارنده هستند. در این گونه بیماران بالاتر بودن دوز متادون، به شرطی که افزایش تدریجی و با احتیاط صورت گرفته باشد، با مصون‌سازی بیشتری در مقابل مسمومیت همراه است و خطر را در بیماران کاهش می‌دهد. دوز بالاتر به معنی تحمل بیشتر به مواد افیونی و اشباع گیرنده‌های اُوپیوییدی است که اثر استفاده از مواد مخدر بر روی متادون[1] 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 مؤثر نیست بلکه بیمار را جهت مسمومیت مستعدتر می‌کند.

۱۱. با وجود آن که اشاره شد که دوز حداکثر برای متادون وجود ندارد و تا عدم احراز پایداری باید دوز بیمار به تدریج افزایش یابد، با این حال با توجه به نادر بودن نیاز به دوزهای بالای ۱۵۰ میلی‌گرم در روز، توصیه می‌شود که درمان‌گر هنگام مواجه شدن با این گونه موارد، به بررسی دقیق‌تر و مجدد علایم بیمار اقدام نماید. مواردی چون احتمال عدم مصرف متادون، وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه، تعبیر نادرست از علایم بیمار و تلاش عمدی بیمار برای مصرف با وجود عدم احساس نیاز و نشئگی مد نظر قرار گیرد.

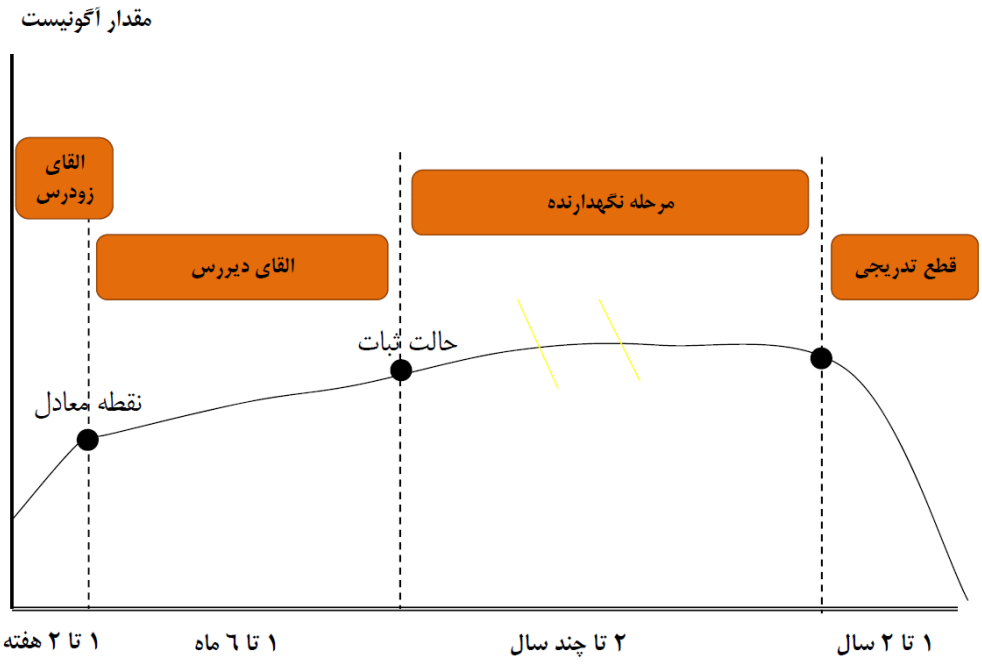
۱۲. بیاد داریم که در مرحله دوم به دنبال رسیدن به دوز خاصی از متادون نیستیم و عملاً آن قدر متادون به طور تدریجی افزایش می‌یابد تا نیم‌رخ بالینی بیمار به ثبات برسد. بنابر این اگر بیمار مصرف‌کننده داروهایی است که متابولیزم متادون را تحت تاثیر قرار می‌دهد یا مبتلا به بیماری‌های کبدی و کلیوی است، تفاوتی در کلیات مرحله ۲ ایجاد نمی‌نماید. اگر به واسطه بیماری یا مصرف مهارکننده‌های آنزیم‌های کبدی، سرعت متابولیزم متادون کاهش یابد، بیمار با دوز کمتری به ثبات خواهد رسید. از طرف دیگر، القاءکننده-های متابولیزم متادون نیاز به دوز بالاتر را ایجاب می‌کنند.

با پایدار شدن بیمار و احراز حداقل موارد پررنگ در فهرست فوق مرحله ۲ درمان نگهدارنده به پایان می‌رسد. انتظار می‌رود قریب به اتفاق بیماران طی ۱ تا ٦ ماه به انتهای مرحله ۲ برسند. البته برخی بیماران ممکن است حتی بعد از ۱۸ ماه نیز به ثبات نرسند. در پایان این مرحله مطلقاً نباید تصور شود که درمان بیمار کامل شده است. متأسفانه برخی بیماران و خانواده آنها و حتی درمان‌گران بر این تصور هستند که چون وسوسه و مصرف مواد کنترل شده است وکلیه آزمایش‌های ادرار منفی شده‌اند، پس درمان نگهدارنده کامل شده است. در واقع نقش درمانی درمان نگهدارنده تازه آغاز شده است و بیمار باید وارد مرحله ۳ گردد.

[1] top drug use

مرحله سه- نگهدارنده

هدف از این مرحله نگهداشتن بیمار در وضعیت پایداری تا بهبود و اصلاح شاخص‌های عمده فردی، خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی، قانونی، روانی، جسمی و شغلی است. به عبارت دیگر بیمار آنقدر در وضعیت پایدار شده می-ماند تا از نظر شاخص‌های مذکور به یک شهروند معمول و متعارف جامعه تبدیل گردد. این مرحله ممکن است بین ۲ تا ۵ سال به طول انجامد. در عده‌ای نیز متأسفانه هیچگاه شرایط مدّ نظر مرحله سوم احراز نشده و بیمار عملاً تا آخر عمر در مرحله ۳ می‌ماند. در جریان این مرحله معمولاً دوز متادون یا ثابت است یا با توجه به تغییر جثه بیمار یا افزایش تحمل وی به متادون طی زمان اندکی تغییر نماید. تغییر دوزها بندرت بیش از ۱۰٪ در سال خواهد بود. در این مرحله مهم است سیستم درمانی بیمار را به سوی بازگشت به اجتماع، استقلال فردی، حس مسئولیت‌پذیری 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 بیماران صرفاً با گذشت زمان، خودبخود به جامعه بازگشته و پله‌های بهبودی را طی می‌کنند. عده‌ای بدون حمایت قاطع اجتماعی قادر به پیش‌رفت در این مرحله نیستند. در هرحال افزایش دوز متادون و مداخلات متعارف طبی در این مرحله نقش برجسته‌ای نداشته و محور مداخلات باید بر اجتماع و روانِ بیمار متمرکز باشد.



شکل ۱-۵- چرخه درمان نگهدارنده با متادون

مرحله چهار- جدا شدن تدریجی و ختم درمان

در صورتی که ارزیابی درمان‌گر بر این باشد که بیمار مرحله ۳ را به اتمام رسانده و از لحاظ شاخص‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، قانونی، شغلی و جسمی به یک فرد معمول تبدیل شده باشد با رضایت بیمار می‌توان فرایند مرحله ٤ را آغاز نمود. بیمار مناسب برای کاهش تدریجی دوز متادون فردی است که حداقل ٦ ماه تا یک سال و در غالب موارد بیش از ۲ سال دوره درمان نگهدارنده را سپری کرده باشد، مراجعه منظم داشته، به طور فعّال در جلسات روان‌درمانی و مشاوره شرکت نموده، حداقل شش ماه هیچ ماده غیرقانونی مصرف نکرده، از نظر وضعیت خانوادگی باثبات است، روابط اجتماعی با افراد غیرمصرف‌کننده دارد، سرگرمی‌های غیرمرتبط با مواد دارد، شاغل است و مدت قابل قبولی در شغل خود بدون مشکل کار کرده و دارای انگیزه واقعی (نه اهداف تکانشی و یا با فشار اطرافیان) برای ورود به مرحله ٤ است.

باید توجه داشت که چنان که بیمار با وجود احراز شرایط مرحله سوم، علاقمند یا راضی به مرحله چهارم نباشد، درمان‌گر مجاز نیست که مرحله ٤ را شروع نماید. بیمار می‌تواند تا **هر زمان که می‌خواهد** در مرحله ۳ بماند. از طرف دیگر در صورتی که بیماری به باور درمان‌گر هنوز نیازمند استمرار مرحله سوم باشد، می‌تواند به اختیار خود از درمان‌گر بخواهد که وارد مرحله ٤ گردد. قاعده اصلی در مرحله ٤ این است: «هرچه کاهش دوز آهسته‌تر باشد بهتر است». در مرحله چهارم، متادون بیمار به صورت بسیار تدریجی کاهش یافته و سرانجام قطع می‌گردد. میزان کاهش توصیه شده در ابتدای اقدام به کاهش دوز در حد ٥ تا ۱۰ میلی‌گرم در ماه است. از متادون بیمار هر ماه ٥ تا ۱۰ میلی‌گرم کاسته شده و در انتهای ماه مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرد. در صورتی که وضعیت بیمار ثابت مانده و کاهش دوز اثر مخربی بر روی جنبه‌های فوق الذکر بیمار نداشته باشد، کاهش دوز بعدی اعمال می‌گردد. معمولاً کاهش‌های دوز اولیه به راحتی تحمل شده و تأثیری بر کارکردهای فردی، روانی و اجتماعی بیمار نمی‌گذارد، اما با نقصان دوز به زیر ٥۰ میلی‌گرم، معمولاً فرایند باید آهسته‌تر و در حد ٥- ۲/٥ میلی‌گرم در ماه صورت گیرد. در دوزهای زیر ۳۰ میلی‌گرم کاهش دوز ۲/٥ – ۱ میلی‌گرم در هفته توصیه می‌شود.

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 چنان که بیمار ابراز دارد اثر نامطلوب شدید و ناراحت کننده است، می‌توان ٥ تا ۱۰ میلی‌گرم به دوز بیمار افزود و کاهش دوز را به بعد موکول کرد. بروز علایم زیر نشانه این است که کاهش دوز نباید استمرار یابد و بیمار بهتر است در دوز ماه قبل ثابت بماند:

- وسوسه زیاد و آزاردهنده

- بروز علایم محرومیت قابل توجه که بیش از ۳ روز به طول انجامد
- مصرف مواد افیونی
- مصرف سایر مواد مخدر
- تغییرات خلقی مانند افسردگی، پرخاش‌گری، اضطراب و کج‌خلقی
- اختلال عمده در خواب
- احساس خستگی و کاهش انرژی
- اختلال در کارکرد شغلی
- شکل‌گیری افکار ناامیدی، بدبینی به آینده و وضعیت خود
- هرگونه افکار و اعمال آسیب به خود ولو در حد خودزنی غیرجراحتی
- بروز حالات خاص ترک و محرومیت افیونی مانند سندرم پای بی‌قرار، اشکال در انزال و نعوظ، پرش عضلانی در حد آزار دهنده

به عبارت دگر کاهش دوز تنها زمانی مجاز است که با رضایت تام بیمار همراه بوده و اثرات منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی نداشته باشد. هر جا چنین عوارضی بروز کند فرایند کاهش به تعویق می‌افتد. مشاهده می‌شود که بیمارانی کاهش دوز متادون تا حد بسیار پایینی مانند ۱۰ میلی‌گرم در روز را به راحتی تحمل می‌کنند اما بعد از آن کاهش‌های بعدی با ایجاد علایم فوق توأم می‌شود. در چنین افرادی ممکن است درمان‌گر مجبور شود دوز بیمار را تا مدت‌های مدیدی بر روی همان حداقل ممکن نگهدارد. از این بابت محدودیت زمانی وجود ندارد. اما چنان که در همان حداقل دوز، مجدداً علایم فوق بروز نماید، باید دوز بیمار تا حدی که به رفع این علایم منجر شود، افزایش یابد.

هیچ گونه محدودیت زمانی برای مرحله ۳ و ۴

درمان نگهدارنده وجود ندارد

لازم است درمان‌گر و بیمار هردو، درمان نگهدارنده با متادون را به جای یک تجویز ساده دارو، در قالب یک چرخه درمانی ببینند که از مرحله ۱ آغاز شده و به مرحله ٤ ختم می‌شود. بخشی از مداخلات مشاوره‌ای و روان‌شناختی در

درمان نگهدارنده نیز معطوف به شناسایی و تبیین این چرخه برای بیماران بوده و باید مد نظر قرار گیرد. مراحل این چرخه در شکل ۱-۵ ارائه شده است.

ارائه دوز مقرر متادون

بهتر است دوز بیماران بصورت شربت یا محلول تجویز گردد به ویژه دوزهایی که در مرکز درمانی تحت نظارت مصرف می‌شوند. با این حال در برخی مواقع شربت موجود نیست یا بیمار مصرّ است از نوع غیرشربت استفاده کند.

در این حالت، در صورتی که به تشخیص پزشک امکان نشت دارو به خارج سیستم درمانی در سطح مُراجع وجود داشته باشد، قرص‌ها باید به صورت کوبیده و خرد شده تحویل بیمار داده شود. به این منظور، لازم است مرکز قرص‌ها را به کمک هاون یا وسیله‌ای مشابه خرد کرده و تجویز نماید. کلیه دوزهایی که در مرکز ارائه می‌شوند باید بصورت نظارت شده[1] در حضور کادر درمانی میل شوند. همچنین درمان‌گران که در این مورد اکثراً از گروه پرستاری هستند، باید از بلع دارو توسط بیمار مطمئن گردند. تقاضای مؤدبانه برای گشودن دهان و یا نوشیدن آب بعد از قرص‌ها، منطقی و معقول است. تقاضاهای بیمار مبنی بر این که در مرکز نمی‌تواند متادون خود را مصرف کند یا می‌خواهد در ساعتی دیگر دور از نظارت درمان‌گران متادون خود را میل نماید متأسفانه پذیرفته نیست و **مسئله مصرف تحت نظارت مگر در موارد دوز منزل الزامی است**.

بهترین زمان مصرف دوز متادون روزانه صبح‌ها و به ویژه بین ساعات ۸ تا ۱۰ صبح است. مطلوب است تمامی مراکز درمانی تمهیدی برای عرضه متادون در این ساعات بیندیشند. در صورت دوز منزل نیز به بیماران تأکید شود تا دوز خود را قبل از ظهر میل نمایند.

در صورتی که بیمار بعد از دریافت متادون دچار استفراغ شود، اگر از زمان مصرف متادون بیش از ۳۰ دقیقه گذشته باشید تجدید دوز ضروری نیست، اما اگر کمتر از ۱۵ دقیقه استفراغ نماید، کل دوز را باید مجدداً تکرار نمود. بین این دو زمان یعنی بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ارائه نصف دوز به عنوان جبران توصیه می‌شود. البته به خاطر داشته باشید، تکرار استفراغ بعد از هر بار دریافت متادون ممکن است مؤید این اصل باشد که متادون بیمار بیش از حد تحمل اوست. گاهی کاهش حدود ۱۰ درصد دوز استفراغ‌های بعدی را متوقف می‌سازد.

[1] supervised

دوز منقسم

به طور سنتی درمان نگهدارنده با دوز واحد متادون توصیه شده است و درمان‌گران باور دارند که در اکثریت قریب به اتفاق بیماران نیازی به دوز منقسم عمدتاً به صورت دوبار در روز نیست. اما شواهدی طی سال‌های اخیر پیدا شده که مدعی هستند دوز منقسم شاید بیش از آنچه تصور می‌شود مورد نیاز است و برای گروهی از بیماران تقسیم دوز روزانه کمک‌کننده خواهد بود. به ویژه طی سال‌های اخیر مطالعات حساس تصویرسازی مغزی و الکتروفیزولوژیک نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران به واسطه اُفت قابل توجه سطح سرمی متادون قبل از دریافت دوز روز بعد دچار اختلالات شناختی، رفتاری و تحریک نواحی خاص مغزی شده و ثبات آن‌ها به خطر می‌افتد. جالب است این تغییرات لزوماً با شکایت درونی بیماران از افت سطح متادون و احساس کمبود دارو توسط بیمار همراه نبوده است. در جدول ٤-٥ فواید دوز واحد و منقسم مقایسه شده است.

جدول ۴-۵- فواید دوز واحد و منقسم

فواید دوز واحد	فواید دوز منقسم
نظارت راحت‌تر بر مصرف دوز روزانه	تجربه خفیف‌تر علایم محرومیت
مراجعه یک بار در روز به مرکز درمانی	اشباع کامل‌تر و ثابت‌تر گیرنده‌ها و نوسان کمتر سطح آگونیست
اشتغال ذهنی کمتر بیمار با متادون (یک بار مصرف می‌کند)	احتمالاً اثر درمانی بهتر (به دلیل بند فوق)
	نیاز به دوز پایین‌تر
	وسوسه کمتر در طی شبانه روز

یکی از راه‌های ارزیابی نیاز به دوز منقسم، سنجش سطح سرمی حداکثری (اوج) و حداقلی (نشیب) متادون در شبانه-روز است. اگر نسبت سطح حداکثر (یعنی زمان بعد از مصرف دوز روزانه) به سطح حداقل (یعنی زمان قبل از دریافت دوز بعدی) بیش از ۲ برابر باشد، تقسیم دوز جهت تقلیل این اختلاف توصیه شده‌است.

عمده‌ترین مشکل دوز منقسم، مشکل نظارت بر آن است و اگر بیمار در مرحله دوز منزل نباشد یا دفعات دوزهای منزل او در مقایسه با دوزهای مصرف تحت نظارت در اقلیت باشد، نظارت بر مصرف دو دوز دشوار شده و عملاً غیر ممکن می‌شود. به همین دلیل مخالفت جدی از جانب مسئولین حوزه درمان در زمینه دوز منقسم ابراز شده است.

بر اساس مجموعه یافته‌ها و نگرانی‌ها و نقاط قوت هریک از الگوهای تجویز متادون موارد زیر توصیه می‌شود:

- اگر بیماری با دوز واحد خود احساس رضایت و راحتی دارد از تقسیم دوز وی خودداری کنید. حتی در صورتی که بیمار دارای دوز منزل است، تأکید شود که دوز خود را یک جا مصرف نماید.
- قاعده و سیاست کلی توزیع را بر دوز واحد قرار دهید. به عبارت دیگر سعی شود که همه بیماران از دوز واحد استفاده نمایند مگر آنکه نیاز جدی به تقسیم باشد.
- بیمارانی که در نگهداری از دوز منزل دچار اشکال هستند و سابقه گم کردن یا فروش متادون را دارند، حتی در صورت شکایت از کم شدن میزان قدرت متادون در کنترل علایم در ساعات انتهایی، دوز منقسم دریافت ندارند. به عبارت دیگر اطمینان از مصرف متادون و حفاظت از آن در اولویت باشد. این گونه بیماران در صورتی که حاضر به استفاده از دوز واحد نباشند یا آن را تحمل نکنند، باید دوز منقسم خود را تحت نظارت مصرف نمایند. یعنی دو بار در روز به مرکز درمانی مراجعه نمایند.
- زنان باردار در صورتی که از دوز واحد ابراز ناراحتی نمایند، می‌توانند دوز منقسم دریافت دارند. در این گونه موارد نیازی به نظارت بر مصرف دوز دوم در محیط مرکز نمی‌باشد و بیماران می‌توانند بخش دوم را صرف نظر از مرحله پله‌های دوز منزل، با خود به منزل برند. برای اطلاعات بیشتر در این خصوص فصل ۱۳ را ببینید.
- در مرحله القاء اولیه، در صورتی که نیاز به دوز منقسم باشد، بیمار باید هر دو دوز را تحت نظارت مصرف نماید. یعنی دو بار در روز به مرکز مراجعه نماید.
- در مواردی که درمان‌گر اعتقاد قوی دارد که با دوز واحد بیمار دچار نوسانات شدید شده و علایم عینی محرومیت را نشان می‌دهد، به شرطی که بیمار **مرحله القاء اولیه** را پشت سر گذاشته باشد، می‌تواند معادل حداکثر یک‌سوم دوز روزانه را به حالت منقسم جهت بردن به منزل در اختیار بیمار قرار دهد. این حالت معمولاً در افرادی مشاهده می‌شود که یا متابولیزه کننده سریع متادون هستند و یا اینکه همزمان از داروهایی استفاده می‌کنند که القاء کننده آنزیم‌های کبدی هستند.

- در حال حاضر به دلیل نبود امکانات دقیق، معتبر، ارزان و فراگیر برای اندازه‌گیری سطح سرمی متادون، انجام این عمل برای انتخاب دوز واحد در برابر دوز منقسم توصیه نمی‌شود.

چند تبصره و نکته مهم درباره تجویز متادون در روز اول

۱. اشاره گردید که بعد از تجویز ۳۰ میلی‌گرم متادون و گذشت ۲ ساعت در صورت وجود علایم محرومیت درمان‌گر می‌تواند ۱۰ میلی‌گرم دیگر تجویز نماید و بعد از گذشت ۲ ساعت دیگر و استمرار علایم محرومیت، کماکان قادر به تجویز ۱۰ میلی‌گرم دیگر است. در واقع شرط تجویز ۱۰ میلی‌گرم‌های بعدی، **وجود و استمرار علایم محرومیت** قید گردیده است. باید توجه داشت که در این موارد منظور علایم اختصاصی و واضح و ترجیحاً عینی علایم ترک است. به بیان دیگر بیمار یا باید علایم عینی چون عرق‌ریزش، لرزش، خمیازه‌های متعدد، پرش عضلات، گرم و سرد شدن بدن، اسهال و استفراغ و ... را داشته باشد و یا از علایم غیرمبهم درونی چون درد شدید اندام‌ها شاکی باشد. موارد مبهم و کلی چون بی‌حالی، پرخاش‌گری، بدحالی، بی‌حوصلگی، بی‌قراری باید با احتیاط تلقی شوند. در بعضی از موارد ممکن است نیاز بیمار به ماده آگونیست به واسطه تجویز متادون تأمین گردیده باشد اما به دلایل روانی یا برداشت‌های نادرست بیمار از علایم، تصور گردد که نیاز بیشتر به ماده آگونیست وجود دارد. در این گونه موارد تجویز بیشتر متادون با خطر مسمومیت همراه خواهد بود. در جریان تجویز متادون لازم است درمان‌گر همواره بین علایم محرومیت ناشی از کمبود آگونیست و علایم عمومی بدحالی روانی (از جمله کج‌خلقی، بیقراری، افسردگی، پرخاشگری و...) تمایز قایل گردد. البته باید اذعان داشت که این تمایز راحت نبوده و گاهی افتراق بین آن‌ها غیر ممکن است. وجود علایم عینی ترک و همچنین موارد اختصاصی ناشی از کمبود آگونیست بسیار رهگشا است.

۲. می‌دانیم که اثر تخدیرکنندگی و مهار تنفسی و نتیجتاً قدرت مسمومیت‌زایی مواد افیونی با چرخه شبانه‌روزی بدن مرتبط است و هرقدر به شب و ساعات خواب نزدیک می‌شوم احتمال هم‌سویی اثر آگونیست با خواب‌آلودگی طبیعی بیشتر شده و احتمال آپنه تنفسی افزایش می‌یابد. 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 به ویژه روزهای اول تجویز متادون، بین دوز متادون و ساعت خواب انسان (صرف نظر از اینکه ممکن است بیمار به خواب دیرهنگام عادت داشته باشد) حداقل ۵ ساعت فاصله باشد. بنابراین اگر ساعت ۱۱ شب به عنوان ساعت خواب تلقی شود، آخرین دوز متادون

نباید بعد از ٦ بعداز ظهر تجویز شود. این فاصله علاوه بر این که 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.

بنابراین به عنوان یک اصل به یاد 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 بعد از ظهر فعال هستند، لازم است شرایطی فراهم نمایند تا تجویز متادون در مرحله القاء اولیه قبل از ساعت ٦ متوقف شده و ادامه تجویز به روز بعد موکول گردد.

۳. در صورتی که در هر مرحله از تجویز متادون بیمار دچار **خواب‌آلودگی** و **اُفت 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.
٤. در دوره القاء اولیه به ویژه در روز اول، **از تجویز داروهای آرام‌بخش قوی و کلونیدین خودداری شود**. تصور این که برای راحتی بیشتر بیمار و تقلیل علایم 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 می‌برد که نقض غرض در محدودسازی میزان متادون دریافتی در روز اول است. از سوی دیگر حالت خواب‌آلودگی و تسکین‌دهندگی ناشی از این مواد مانع رسیدن به تخمین دقیق درباره میزان متادون مورد نیاز در دوره القاء می‌شود. از روز دوم به بعد در مرحله القاء اولیه، میزان وجود علایم محرومیت از جمله مهم‌ترین شاخص‌های تأثیر گذار در تخمین و تنظیم دوز متادون است. محو یا مخدوش کردن این علایم توسط ترکیبات آرامبخش قوی و کلونیدن، درمان‌گر را با دشواری مواجه می‌سازد. در دوره القاء اولیه باید حداکثر به داروهای آنتی‌هیستامین و مسکن‌های معمول NSAID بسنده کرد و از تجویز بنزودیازپین‌ها خودداری نمود.

فصل شش- آزمایش ادرار

آزمایش ادرار از نظر وجود مواد افیونی یکی از حوزه‌هایی است که متأسفانه در برنامه‌های درمان متادون در کشور مورد غفلت قرار گرفته است. این در حالیست که استفاده از این امکان یکی از ارکان درمان نگهدارنده بوده و ارائه یک درمان موفق بدون آن اگر غیرممکن نباشد، بسیار دشوار است. اعتیاد یک بیماری است و با وجود آن که بسیاری از مُراجعان 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 بی‌انگیزگی در بیمار یا غیرصادق بودن او با درمان‌گر نیست بلکه حکایت از ماهیت پیچیده و مرموز اعتیاد دارد. لذا بدون آنکه مسأله 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 می‌شود. این نقش زمانی که بیمار آزمایش را ورای یک ابزار تنبیه و مجازات دیده و بر سایر نقش‌های آن وقوف یابد پررنگ‌تر می‌شود. بسیاری از مُراجعان اظهار می‌دارند چون می‌دانستند آزمایشی در پیش است از مصرف خودداری کردند. هرقدر برنامه سنجش فشرده‌تر و منظم‌تر باشد این جنبه برجسته‌تر خواهد بود.

۲. **آگاه‌سازی درمان‌گر از وضعیت مُراجع**: اعتیاد یک بیماری است بنابر این مانند سایر بیماری‌ها لازم است درمان‌گر از پیش‌رفت بیماری یا میزان اثربخشی درمان مطلع باشد. همان گونه 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 این گونه 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. **مواجه‌سازی بیمار با مصرف مواد مخدر**: در بسیاری از مواقع مُراجعان از باور یا اعتراف به این که مصرف مواد داشته‌اند گریزانند. مجدداً یادآوری می‌نماییم که این جنبه از انکار لزوماً برخواسته 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 آن که به صورت صحیح انجام شده و با مشاوره و مداخلات روان‌شناختی لازم همراه باشد، یک ابزار عینی و بسیار مهم در شکستن انکار در بیماران است. مواجه شدن

با صحنه نتیجه مثبت به مُراجعان 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 مُراجعان ضمن اعتراف به مصرف مواد مخدر و مثبت دانستن نتیجه احتمالی آزمایش، از انجام آن سرباز می‌زنند. در این گونه موارد نیز توصیه می‌شود با وجود اطمینان به مثبت بودن، آزمایش صورت پذیرد. یادآوری می‌شود که هدف از آزمایش، تنها مچ‌گیری یا آشکارسازی مصرف نیست و جنبه-های دیگری چون مواجه‌سازی بیماران با روند درمان وجود دارد.

٤. **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 می-توانند با رضایت و توافق مُراجع درباره واکنش‌های خود در قبال نتیجه مثبت یا منفی تصمیم بگیرند.

٥. **ابزاری برای مداخلات رفتاری**: مطالعات عدیده‌ای ارائه پاداش حتی جایزه نقدی برای آزمایش منفی ادرار را اثربخش نشان داده‌اند. این نوع مداخلات در قالب «مدیریت مشروط»[1] امروزه از روش‌های بسیار موفق ارتقاء کیفیت درمان نگهدارنده شناخته شده‌اند و به طور جدی جهت مراکز توصیه می‌شوند. در ضمن مطالعات نشان داده‌اند که جنبه‌های پاداش‌گونه بسیار موفق‌تر از تنبیه عمل می‌کنند. با این حال 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:

١. داشتن امکانات سنجش مواد مخدر در ادرار به صورت مستقیم (در مرکز) 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 مشکل‌آفرین مصرف مواد محرک، علاوه بر سنجش مورفین ادرار، سنجش آمفتامین یا مت‌آمفتامین ادرار نیز جهت این گونه مراکز الزامی است.

٢. جنبه‌های پنج‌گانه فوق برای مُراجعان 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.

[1] contingency management

۳. کلیه مراکز درمانی (به جز مراکز گذری) باید امکان انجام آزمایش ادرار را بصورت تحت نظارت و با احراز هویت صاحب نمونه ادرار در محل داشته باشند. 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. برای اطمینان از آن که نمونه دست‌کاری نشده است استفاده از ارزیابی‌های ساده‌ای همچون دمای نمونه (دمای نمونه ادرار تازه باید ۳۷ درجه باشد) و نوارهای اندازه‌گیری اوره و کراتینین ادرار کفایت می‌کند.

٤. هرچند انجام آزمایش ادرار بر اساس روش کروماتوگرافی دقیق‌تر و اختصاصی‌تر است، اما به دلیل سهولت و امکان اجرا در مراکز، استفاده از روش سریع به کمک کیت‌های یک بار مصرفِ مورد تأیید وزارت بهداشت بلامانع است. این کیت‌ها قادرند مصرف ماده مخدر مورد نظر را ٤٨ تا ٧٢ ساعت بعد از مصرف نشان دهند. برای اطلاعات بیشتر در این باره پیوست ۷ را ببینید. لازم به ذکر است که برخی درمان‌گران و مُراجعان نگران حساسیت و بویژه اختصاصی بودن[1] این کیت‌ها هستند و امکان موارد مثبت کاذب را یکی از محدودیت این روش می‌دانند. برای پاسخ خواهشمند است به بندهای بعد توجه فرمایید.

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

٦. مرکز تحت هیچ شرایطی مجاز نیست بدون اطلاع و رضایت بیمار (به شرط آن که وی ۱۸ سال داشته و مهجور نباشد یعنی مبتلا به جنون، عقب‌ماندگی یا زوال عقلی نباشد) نتیجه آزمایش را به دیگران حتّی بستگان درجه یک وی منتقل نماید. نتایج آزمایش بیماران جزء اسرار آنان تلقی شده و باید محرمانه بمانند. البته بسیاری از بیماران منعی برای اطلاع‌رسانی به خانواده خود ندارند یا آن را اقدامی جهت ایجاد اعتماد در بستگان تلقی می‌کنند. بنابراین لازم است از ابتدای شروع درمان و انجام آزمایش ادرار، 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. این گونه موارد باید از ابتدا مشخص شده و بصورت کتبی به تأیید بیمار برسد. البته بیمار می‌تواند در جریان درمان، توافق قبلی را تغییر دهد که این مسأله هم باید به صورت مکتوب در مرکز درمانی مستند گردد.

[1] specificity

۷. از آن جایی که 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 مسأله باید به آگاهی خانواده بیماران نیز برسد.

۸. بهتر است نتیجه یک بار 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.

۹. تعداد آزمایش‌ها و فواصل آنها بر اساس شرایط بیمار، نیاز وی و وضعیت دوز منزل متغییر است اما به عنوان حداقل لازم است در ۳ ماه اول درمان، هر هفته یک بار، در ماه‌های چهارم تا ششم هر دو هفته یک بار و سپس ماهانه حداقل یک بار آزمایش ادرار جهت سنجش مورفین و مت‌آمفتامین صورت پذیرد. بر حسب شرایط مراجع و در صورت تشخیص پزشک درمان‌گر آزمایش‌ها می‌تواند مکررتر و در فواصل کوتاه‌تر انجام شوند.

۱۰. انجام آزمایش ادرار جهت بنزودیازپین‌ها، حشیش، کوکایین و سایر مواد مخدر برای تمامی بیماران الزامی نیست و درمان‌گر در شرایطی که احتمال بالا مصرف مشکل‌آفرین این مواد را می‌دهد، با قضاوت خود می‌تواند این مواد را نیز مورد سنجش قرار دهد.

۱۱. از آنجا که مصرف بسیار کم متادون باعث مثبت شدن آزمایش ادرار در کیت‌های خاص سنجش متادون می‌گردد و عملاً اطلاعات کمّی[1] ارائه نمی‌دهد، انجام آن برای پیگیری درمان و سنجش مشارکت بیماران الزامی نیست.

۱۲. بیماران را نمی‌توان صرفاً به دلیل امتناع از انجام آزمایش ادرار از درمان خارج نمود و این گونه بیماران می‌توانند از درمان بهره‌مند شوند اما ارائه دوز منزل برای آنها مجاز نخواهد بود. به عبارت 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.

[1] quantitative

۱۳. داشتن آزمایش مثبت ولو به صورت مکرر و پی‌درپی نیز نمی‌تواند مبنای قطع درمان یا حذف خدمات درمانی گردد اما می‌تواند باعث محرومیت بیمار از دوز منزل گردد.

۱٤. از آنجایی که بخشی از شرایط و دفعات انجام آزمایش ادرار با دوز منزل مرتبط است، توضیحات تکمیلی در بخش مربوط به «دوز منزل» ارائه شده است.

نحوه برخورد با آزمایش مثبت

در مواردی پیش می‌آید که نتیجه آزمایش مثبت است و بیمار معترض شده و مدعی است مصرف هیچ گونه ماده مخدری 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.
- آزمایش مثبت را به صورت مستقیم ترجمه به مصرف مواد نکنید.
- یادآوری کنید که «یک آزمایش مبنای هیچ تصمیم‌گیری نیست». آنچه مهم است مجموعه‌ای از آزمایش‌ها است.
- آزمایش مورد اختلاف را تجدید کنید. به بیمار متذکر شوید هرگاه نتیجه آزمایش برای ایشان غیرقابل قبول باشد، تکرار آن بلامانع است، هر چند لازم است تکرار به روز یا ویزیت 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 سؤال نبرید و اصولاً احتمال اشتباه را مطرح نکنید. اگر اختلافی هست تکرار آزمایش در روز یا ویزیت بعد بهترین سیاست است.
- در بسیاری از موارد مشاهده می‌شود که با وجود آن که بیمار منکر مصرف مواد مخدر است و علت مثبت بودن آزمایش را نمی‌داند، با برخورد حمایتی درمان‌گر و تأکید وی بر نیاز منفی شدن آزمایش قادر است به نتیجه منفی دست یابد.

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 به وی داده شود.

بیمار به تنهایی به داخل توالت برود.

داخل توالت ظرف حاوی نمونه ادرار بیماران دیگر وجود نداشته باشد.

بیمار حداقل ۳۰ 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 محفظه توالت شیر دستشویی وحتی 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 ضدعفونی‌کننده رنگی (معمولاً به رنگ آبی) نشان‌دار کنید.

اگر امکانات اندازه گیری دمای ادرار وجود دارد، مانند ترمومتر الکترونیک، در لحظه دریافت نمونه، دمای آن اندازی‌گیری شود.

محوطه جمع‌آوری نمونه را حتی‌الامکان خشک نگهدارید و تسهیلات شستشو را به بیرون محوطه منتقل کنید.

مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار الزامی نیست.

فصل هفت- دوز منزل

دوز منزل یکی از بحث‌انگیزترین حوزه‌های درمان نگهدارنده است و بسیاری از مناقشات قانونی و اجرایی در درمان نگهدارنده به آن باز می‌گردد. عده‌ای اصرار بر حداقل دوز منزل دارند و با گسترش آن مخالف هستند. در مقابل عده‌ای طرفدار سیاست‌های کاملاً باز و مسامحه کار هستند. در پروتکل‌های کشورهای مختلف جهان نیز گستره وسیعی از سیاست دوز منزل و شرایط و میزان عرضه آن دیده می‌شود. اصولاً سیاست‌گذاران بهداشتی نگران جنبه‌های مختلفی از دوز منزل هستند که در ادامه به آنها اشاره می‌شود.

- **نگرانی از مرگ و میر و مسمومیت**: متادون دارویی است با سمّیت بالا! ۷۰ میلی‌گرم متادون می‌تواند باعث مرگ افراد بالغ غیروابسته گردد. این رقم برای اطفال حدود ۳۰ میلی‌گرم است. به بیان دیگر مصرف نابجای ٦ تا ۸ سی سی شربت متادون برای کودکان و ۱۵ تا ۲۰ سی سی شربت متادون برای بزرگسالان می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری داشته باشد. توجه داشته باشید اگر بیماری روزانه ۱۲۰ میلی‌گرم متادون مصرف نماید، دوز منزل یک هفته وی برای کشتن بیش از ۱۰ نفر بزرگسال فاقد تحمل به مواد افیونی کافیست. به همین دلیل عده‌ای از سیاست‌گزاران بهداشتی علاقمند به حداقل ارائه دوز منزل هستند. آن‌ها معتقدند که دوز منزل متادون تجویز شده ممکن است به طور غیرعمد و تصادفی یا عمدی به عنوان خودکشی یا قتل مشکل‌آفرین گردد. به ویژه آن که گروه معتادان خود گروه پرخطر و در معرض آسیب هستند. از آن جا که افسردگی و افکار آسیب به خود در معتادان شایع است، به ویژه استفاده از آن برای خودکشی یکی از دغدغه‌های درمان‌گران است. یکی از مزایایی که تولیدکنندگان بوپرنورفین در مقایسه با متادون از آن یاد کرده و مرتب بر آن تأکید دارند، سمّیت پایین آن است. آن‌ها مدعی هستند از آن جا که مسمومیت با بوپرنورفین نادر است، سیاست‌های دوز منزل باید به شدت به سوی آن متمایل شوند.

- **نگرانی از مصرف نادرست داروی آگونیست**: در برخی کشورهای دنیا، تزریق ترکیبات آگونیستی در معتادان به منظور رسیدن به نشئگی شایع بوده و از مشکلات درمان نگهدارنده است. متادون و بوپرنورفین در حالت خوراکی به دلیل اثر بطئی و ملایم، قادر به ایجاد حالات نشئگی نیستند و بنابراین جذابیت کمی برای مصرف نابجا دارند. اما تزریق آنها به ویژه بوپرنورفین با حس نشئگی بالا همراه است و مصرف آن گزارش شده است. در ایران نیز اعتیاد به فرم تزریقی بوپرنورفین یا تمجزیک یکی از مشکلات عمده درمانی بوده و هست. خوشبختانه برخلاف بسیاری از کشورهای صنعتی گزارش از تزریق متادون یا قرص‌های بوپرنورفین در ایران نادر است. با این حال این مسئله نباید از دید برنامه‌ریزان درمانی دور بماند. محدودسازی دوز منزل یکی از راه‌های کاهش احتمال مصرف نابجای مواد آگونیست به صورت تزریق

است. در حالتی خفیف‌تر ممکن است بیماران به جای تزریق، به مصرف مقادیر زیادتر از داروی آگونیست به صورت یک جا اقدام نمایند. به ویژه مصرف بیش از حد و یک جای دوز منزل متادون در برخی بیماران با احساس نشئگی توأم با لختی و آرامش همراه است و برخی از معتادان برای دستیابی به این حالت، دو یا چند دوز منزل خود را مصرف می‌کنند. مصرف تفننی و غیرمنظم دوز منزل، یکی دیگر از نگرانی‌های نظام درمانی است. برای استحصال به حداکثر نتیجه درمانی ممکن، لازم است سطح خونی ماده آگونیست حداقل نوسان را داشته باشد. مصرف گهگاه و نامرتب دوز منزل باعث بر هم خوردن سطح سرمی ماده شده و با ایجاد حالات نشئگی و خماری (محرومیت) و نوسان خلقی و رفتاری ترمیم ضایعات مغزی به تأخیر می‌افتند. برخی بیماران به واسطه مصرف نامنظم دوز حتی دچار حالات مسمومیت مزمن به صورت خواب‌آلودگی، لختی، عدم تعادل هنگام راه رفتن، لرزش بدن، عرق‌ریزش، پرش عضلات و کلام نامفهوم و بریده بریده می‌شوند. کلیه حالات فوق در صورت مصرف توأم با مواد غیرافیونی چون بنزودیازپین‌ها و الکل به شدت تشدید می‌شوند.

- **مفقود شدن داروی آگونیست**: از جمله مشکلات شایع در صورت ارائه دوز منزل، امکان مفقود شدن یا سرقت آن است. در این صورت بیمار بدون دارو مانده و امکان بروز علایم شدید محرومیت، وسوسه و عود افزایش می‌یابد. گاهی دیده می‌شود که بیماران برای جبران دوز مفقود شده مجدداً به مرکز درمانی مراجعه کرده و به مشاجره با درمان‌گران می‌پردازند. از آن جا که در اکثر مواقع اثبات مفقود شدن دارو غیرممکن است، برخورد صحیح مرکز با موضوع اهمیت اساسی دارد. جدول ۳-۷ را ببینید.

- **عرضه دارو به دیگران**: شاید مشکل‌سازترین جنبه دوز منزل امکان عرضه آن به دیگران و اصطلاحاً نشت دارو[1] به بازار است. ممکن است بیمار در ازای پول، مواد مخدر یا هرگونه پاداشی یا بر مبنای علاقه و دوستی، داروی خود را به دیگران دهد. گاهی نیز ممکن است به خاطر ترس یا تحت فشار مجبور به دادن دارو به دیگران گردد. شکل گیری بازار سیاه دارو و تجارت آن توسط معتادان یکی از جنبه‌های نگران کننده درمان نگهدارنده است و حساسیت زیادی در خانواده‌ها، درمان‌گران و نیروهای قضایی-انتظامی بر می‌انگیزد. متأسفانه اختلاف قیمت مواد آگونیست در بازار سیاه در مقایسه با قیمت رسمی و تمام شده آن، این ترکیبات را عنصر جذابی جهت قاچاق می‌سازد. نکته مهم تجربی این است که پول ناشی از فروش داروی آگونیست به ندرت صرف امور شخصی شده و بنابر قاعده صرف خرید مواد مخدر می‌شود. بنابراین بیماری که متادون خود را می‌فروشد، اکثراً پول آنرا برای خرید شیشه، حشیش یا الکل هزینه می‌کند.

[1] diversion

همبستگی بالایی بین فروش متادون و مثبت شدن آزمایش ادرار بیماران جهت ترکیبات مختلف مخدر و محرک وجود دارد.

- **استفاده از دوز منزل به عنوان ابزار پاداش و ایجاد حس مسئولیت:** امکان به منزل بردن داروی آگونیست و عدم نیاز به مراجعات روزانه برای بسیاری از بیماران پاداش قابل توجهی تلقی می‌شود و محروم سازی آنان از این امر نیز ناگوار بوده و با اعتراض همراه است. بنابراین استفاده صحیح از این امکان می‌تواند ابزار موفقی برای افزایش نظم و انضباط در بیماران باشد. موارد مثبت رفتاری با دوز منزل بیشتر تقویت و شکستن قوانین و مقررات با کاهش ارائه دوز منزل کنترل می‌گردد. از طرفی بیماران باید بیاموزند تا در قبال دوز ارائه شده احساس مسئولیت کرده و عواقب مفقود شدن یا استفاده نابجا از آن را به عهده گیرند. لازمه این امر قانون‌مند شدن عرضه دوز منزل و عدم ارائه خودکار آن به تمام بیماران است.

- **اصلاح و تنظیم سبک زندگی بیماران:** یکی از حوزه‌های مختل در معتادان سبک و برنامه روزانه زندگی است. بسیاری از آن‌ها از بی‌نظمی در چرخه خواب و بیداری و فعالیت روزانه رنج می‌برند. عدم ارائه دوز منزل و اجبار به مراجعه روزانه و در ساعاتی خاص به ویژه در هفته‌های ابتدایی برای بسیاری از بیماران جنبه درمانی داشته و آنها را در نظم‌دهی به فعالیت‌ها و اصلاح سبک آشفته زندگی یاری می‌کند. همچنین مراجعات مرتب و مکرر به مرکز درمانی فرصت خوبی برای ارائه سایر مداخلات درمانی مانند روان‌درمانی، مشاوره و گروه درمانی فراهم می‌نماید.

- **کاهش همکاری و ماندگاری در درمان:** مراجعه روزانه برای مصرف تحت نظر ماده آگونیست به ویژه در درازمدت برای بسیاری از بیماران دشوار و مشکل‌ساز است. هزینه و زمان رفت و آمد بخصوص در شهرهای بزرگ باعث می‌شود که بیماران در ادامه درمان دچار اشکال شوند. مسأله حفظ گمنامی و اسرار بیمار نیز با مراجعه روزانه به یک مرکز درمان درمانی به ویژه در شهرهای کوچک منافات دارد. در مجموع این عوامل در عده‌ای از بیماران احساس منفی به درمان نگهدارنده ایجاد می‌کند.

- **مشکلات اجرایی برای مراکز درمانی:** مراجعه روزانه باعث کثرت رفت و آمد در محیط درمانی شده و ظرفیت خدماتی مراکز را کاهش می‌دهد. فعال نگاه داشتن مراکز درمانی در ایام تعطیل نیز مشکلی مضاعف است. در چنین روزهایی محدود کردن پرسنل درمانی به پرستار توزیع‌کننده دارو نیز به دلایل فنی و امنیتی عملاً ممکن نبوده و نیاز به تعداد کادر درمانی و بالطبع هزینه‌های مرکز درمانی را افزایش می‌دهد.

برآیند نکات فوق بر این است که بیماران باید تحت ضابطه خاص قادر به دریافت دوز منزل باشند. ضمناً مطالعات زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند ارائه هدفمند دوز منزل باعث افزایش ماندگاری بیماران در درمان شده و

همکاری آنان را افزایش می‌دهد. در واقع نتایج بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از این است که موفقیت درمان و ماندگاری بیماران در مراکز درمانی که از پروتکل به صورت دقیق پیروی می‌کنند، بیشتر از مراکزی است که پروتکل‌ها را زیر پا می‌گذارند. به علاوه پایبندی و اجرای دقیق پروتکل توسط مراکز برای آنان حاشیه امن قانونی ایجاد کرده و آنها را در برابر شکایات و معضلات قضایی و حقوقی مصون می‌سازد. امروزه سیاست سخت‌گیرانه عدم ارائه دوز منزل منسوخ است اما بحث درباره میزان و زمان مجاز دانستن آن و پروتکل مطلوب کماکان ادامه دارد. جهت اطلاع، سیاست ارائه دوز منزل بر اساس چند پروتکل معروف جهان در جدول ۱-۷ نشان داده شده است.

همان طور که مشاهده می‌شود، علاوه بر **عامل زمان**، رسیدن به **ثبات رفتاری** نقش تعیین‌کننده‌ای در ارائه دوز منزل دارد. ثبات رفتاری تعاریف متعددی دارد، اما معمولاً بدین معنی است که بیمار از مصرف مواد مخدر سنگین مانند مورفین و مت‌آمفتامین خودداری نماید و عدم مصرف توسط آزمایش‌های مربوطه به تأیید برسد. در این مرحله دوز متادون نیز باید به ثبات رسیده و افزایش‌های ناگهانی و زیاد وجود نداشته باشد. بیمارانی که متادون خود را به صورت نامنظم مصرف می‌کنند یا بعضی روزها از درمان غیبت می‌کنند، در مرحله ثبات نیستند.

جدول ۱-۷- سیاست ارائه دوز منزل بر اساس پروتکل‌های مهم جهان

زمان و شرایط احتمالی*	میزان دوز منزل
دوز منزل بر اساس پروتکل نیو ساوت ویلز[1] استرالیا	
۳ ماه اول	مجاز نیست
ماه ۳ تا ۱۲	حداکثر ۲ دوز غیرمتوالی در هفته
ماه ۱۲ تا ۲٤	حداکثر ۳ دوز در هفته با احتساب عدم توالی بیش از ۲ دوز
ماه ۲٤ به بعد	حداکثر ٤ دوز در هفته با احتساب عدم توالی بیش از ۲ دوز
دوز منزل بر اساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی[2] برای آسیای جنوب شرقی و اقیانوسیه	

[1] New South Wales
[2] WHO

زمان و شرایط احتمالی*	میزان دوز منزل
ندارد	۲ ماه اول
۱ روز در هفته	ماه سوم
۲ روز در هفته	ماه چهارم
۳ روز در هفته	ماه پنجم
٤ روز در هفته	ماه ششم به بعد
دوز منزل بر اساس دستورالعمل موسسه سمسها[1] در آمریکا	
۱ روز + ۱ روز تعطیلی کلینیک	۳ ماه اول
۲ روز + ۱ روز تعطیلی کلینیک	ماه ۳ تا ٦
۳ روز + ۱ روز تعطیلی کلینیک	ماه ٦ تا ۹
٦ روز	ماه ۹ تا ۱۲
۱۵ روز	سال دوم
۳۰ روز	سال سوم

* ثبات رفتاری به معنی عدم مصرف مواد مخدر و منفی بودن آزمایش ادرار قبل از شروع دوز منزل الزامی است.

برنامه ارائه دوز منزل پیشنهادی راهنمای حاضر به قرار زیر است (جدول ۲-۷):

[1] SAMSHA

جدول ۲-۷- برنامه دوز منزل پیشنهادی راهنمای حاضر

پله	زمان و شرایط لازم	میزان دوز منزل
پله ۱	مرحله قبل از ثبات رفتاری*	فقط ایام تعطیل رسمی شامل جمعه‌ها
پله ۲	ثبات رفتاری برای یک ماه	۱ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ۳	ثبات رفتاری برای ۲ ماه	۲ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ٤	ثبات رفتاری برای ۳ ماه	۳ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ٥	ثبات رفتاری برای ٤ ماه	٤ روز در هفته + ایام تعطیل
پله ٦	ثبات رفتاری برای ٥ ماه و بیش‌تر	٥ روز در هفته + ایام تعطیل

* بیماری در **ثبات رفتاری** است که:

- مصرف مواد مخدر سنگین (کراک، هروئین، تریاک و شیشه) ندارد
- آزمایش هفتگی مورفین و مت‌آمفتامین ادرار منفی است
- غیبت از درمان ندارد و متادون را بدون وقفه مصرف می‌کند
- در جلسات مشاوره یا روان‌درمانی فردی یا گروهی حضور فعّال و منظّم دارد (۱۲ هفته اول و پس از آن به تشخیص تیم درمانی)
- افکار و اقدامات خودکشی و خودزنی ندارد
- مسمومیت و بیش‌مصرفی برای وی اتفاق نمی‌اُفتد
- مقررات مرکز درمانی را رعایت می‌کند
- هزینه درمان خود را می‌پردازد (به جز مراکز دولتی)

همان طور که ملاحظه می‌کنید توقف مصرف مواد مخدر لازمه رسیدن به ثبات و در نتیجه امکان ارائه دوز منزل است. در صورتی که بیمار قادر به احراز شرایط ثبات نباشد صرف نظر از طول مدت درمان قادر به دریافت دوز

منزل نخواهد بود. همچنین از شرایط فوق چنین بر می‌آید که مراکز گذری در صورتی که قادر به انجام آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی و مت‌آمفتامین و ارایه خدمات روان‌شناختی و مددکاری نباشند، مجاز به ارائه دوز منزل جهت بیماران نیست.بیمارانی نیز که از انجام آزمایش هفتگی ادرار امتناع می‌کنند از دریافت دوز منزل محروم خواهند بود.

همان طور که در جدول ۲-۷ نشان داده شده است در صورتی دستیابی به ثبات رفتاری پله اول دوز منزل از **ابتدای ماه دوم** آغاز می‌شود. با احراز شرایط ثبات پله برنامه دوز منزل بیمار به طور **ماهانه** ارتقاء می‌یابد. برعکس در صورت بهم خوردن ثبات درمانی و رفتاری بیمار پله برنامه دوز منزل جهت وی تنزل خواهد کرد. از آنجایی که تنزل پله ارائه دوز منزل یکی از حوزه‌های مناقشه برانگیز است، جهت یکسان سازی سیاست‌ها الگوی ارایه شده در جدول ۳-۷ توصیه می‌شود.

جدول ۳-۷- **تنزل پله ارائه دوز منزل به واسطه بر هم خوردن ثبات رفتاری بیمار**

واقعه	تغییر در پله ارائه دوز منزل
• مصرف ماده مخدر سنگین (کراک، تریاک، هرویین یا شیشه) • مثبت شدن آزمایش بیمار • امتناع از انجام آزمایش در چنین حالتی آزمایش بیمار هفتگی تکرار شده و اگر مجدداً مثبت شود یا کلاً در طی یک ماه ۲ بار نتیجه مثبت به دست آید...	یک پله تنزل
• غیبت غیرموجه از دریافت متادون یا امتناع از مصرف آن به صورت تحت نظر	یک پله تنزل برای هر یک بار یا یک روز
• اقدام به خودکشی • مسمومیت به واسطه مواد مخدر • غیبت بیش از ٦ روز از درمان • فروش متادون	تنزل به پله ۱

واقعه	تغییر در پله ارائه دوز منزل
• امتناع از پرداخت هزینه توافقی درمان (به جز مراکز دولتی)	تنزل به پله ۱ تا زمان تسویه و بازگشت به پله قبلی بعد از پرداخت هزینه‌ها
• مفقود شدن دوز منزل*	تجویز تحت نظارت دوز منزل مفقود شده به مدت ۱ هفته که در واقع به معنای تنزل به پله ۱ خواهد بود و سپس برگشت به پله قبلی در صورت احراز شرایط ثبات رفتاری
• عدم رعایت مقررات انضباطی مرکز درمانی**	بین ۱ تا ۵ پله تنزل بنا به صلاحدید مرکز درمانی

* در این گونه موارد ممکن است بیماران ترجیح دهند که از دریافت دوز جبرانی صرف نظر کنند و با علایم محرومیت خود بسازند اما مفقود شدن را اعلام ندارند تا دچار تنزل به پله ۱ به مدت یک هفته نشوند. ** برخی موارد انضباطی می‌تواند به اخراج کامل بیمار نیز منجر گردد. به مبحث «اخراج از درمان» مراجعه نمایید.

نکاتی عملی درباره دوز منزل

- دوز منزل ارائه شده، مگر در موارد خاص، نباید از ٦ دوز معادل ٦ روز تجاوز نماید
- دوزهای ارائه شده باید به صورت مجزا بسته‌بندی یا در ظروف و بطری‌های جداگانه عرضه شوند. به عنوان مثال اگر بیمار ۳ دوز منزل دریافت می‌دارد باید در ۳ پاکت یا شیشه جدا ریخته شوند.
- ارایه دوز منزل شربت در ظروف یک بار مصرف و ایمن در برابر کودکان[1] الزامیست. مشخصات بیمار و دوز مصرفی به همراه علامت خطر باید بر روی ظروف عرضه دوز منزل درج شود.
- در خصوص شرایط نگهداری دوز منزل در محل قفل شده و به دور از دسترسی کودکان باید به بیماران و در صورت امکان خانواده‌ها آموزش‌های لازم داده شود. مراجع تحت هیچ شرایطی نباید دوز منزل خود را در یخچال یا سایر جاهایی که کودکان دسترسی دارند نگهداری نماید. در صورتی که درمان‌گران در

[1] child proof

خصوص مسئولیت‌پذیری مراجع در نگهداری دوز منزل اطمینان نداشته باشند، می‌توانند از راهبرد درخواست برای بازگرداندن[1] دوز منزل استفاده نمایند. برای اطلاعات بیشتر در این خصوص فصل ۲۰ بخش پیشگیری از نشت دارو را ببینید.

- بهتر است دوز منزل به صورت شربت عرضه گردد. با این حال در صورت نبود شربت یا تمایل بیمار به دریافت قرص، می‌توان برای مراجع قرص تجویز نمود. در صورتی که به تشخیص پزشک امکان نشت دارو به خارج سیستم درمانی در سطح مُراجع وجود داشته باشد، قرص‌ها باید به صورت کوبیده و خرد شده تحویل بیمار داده شود.

- لازم است که بیماران بدانند که مسئولیت نگهداری از دوز منزل کاملاً به عهده آنان است و مرکز درمانی تعهدی به جبران دوز ضایع یا مفقود شده ندارد. درصورتی که بیمار نتواند فقدان آن را تحمل کند و از عوارض شدید رنج برد، مرکز درمانی مجاز است ضمن جبران دوز، وی را در برنامه دوز منزل ۲ پله تنزل دهد.

- سایر دوزهای غیر دوز منزل باید کماکان در مرکز درمانی و به صورت تحت نظارت میل شوند.

- دریافت هر نوبت دوز منزل باید کتباً توسط امضاء یا اثر انگشت بیمار گواهی شود. قبل از شروع دوز منزل نیز بیماران باید رضایت‌نامه و تعهدنامه‌ای در باب رعایت مقررات دوز منزل و پذیرفتن مسئولیت مصرف صحیح آنرا امضاء نمایند.

- از نظر علمی و اخلاقی سیاست ارائه دوز منزل نباید ارتباطی به میزان دوز دریافتی روزانه داشته باشد. به عنوان مثال بیماری که روزانه ٦٠ میلی‌گرم متادون دریافت می‌دارد، از نظر سیاست دوز منزل نباید تفاوتی با بیماری که ١٦٠ میلی‌گرم دریافت می‌دارد، داشته باشد. بالا بودن دوز روزانه دلیلی برای محدود ساختن دوز منزل بیماران نیست. فراموش نکنیم هنگامی که دوز بالاست، احتمال نشت به بازار و مسمومیت ناخواسته بیشتر می‌گردد. اما از طرفی به یاد داشته باشید که بیمار دریافت‌کننده دوز بالا نیز مانند سایرین باید قبل از رسیدن به فاز دریافت دوز منزل به مرحله ثبات رسیده باشد. طبیعتاً برای چنین بیمارانی رسیدن به مرحله ثبات بیش از دریافت‌کنندگان دوز پایین طول می‌کشد و خودبخود دریافت دوز منزل در آنها دیرتر از سایر بیماران خواهد بود.

[1] call back

- لازم است سیاست و شرایط عرضه دوز منزل به صورت واضح و بدون ابهام برای بیماران توضیح داده شود و بصورت مکتوب نیز در اختیار آنان قرار گیرد.

- همان طور که اشاره شد، در برخی موارد تنزّل پله دوز بیماران منشأ مناقشه بین بیمار و درمان‌گران می-گردد. در این گونه موارد داشتن مستندات مکتوب (بند فوق) بسیار کمک‌کننده است. ضمناً توصیه می‌شود، در موارد بحث‌انگیز به ویژه حالات توبیخ و انضباطی، تصمیم به تنزل دوز در قالب شورا یا کمیسیونی مرکب از کلیه درمان‌گران و پرسنل مرکز صورت پذیرد. با این عمل از فشار تصمیم‌گیری بر دوش پزشک درمان‌گر یا مسئول فنی مرکز کاسته می‌شود.

- اشاره گردید که انجام آزمایش ادرار جهت بیماران دریافت کننده دوز منزل الزامیست. در این گونه موارد زمان انجام آزمایش ادرار حتی‌الامکان باید طوری باشد که حداکثر روزهای دریافت دوز منزل را پوشش دهد. به عنوان مثال اگر بیماری روزهای سه‌شنبه و چهارشنبه و پنج‌شنبه (و طبعاً جمعه) دوز منزل دریافت می‌دارد بهترین روز انجام آزمایش ادرار شنبه است تا روزی مانند یکشنبه یا دوشنبه. در این حالت آزمایش مذکور حداقل روزهای چهارشنبه، پنج‌شنبه و جمعه را پوشش خواهد داد اما متأسفانه سه‌شنبه از دید آن دور خواهد ماند.

- در صورتی که بیماری قصد نقل مکان به محلی دیگر داشته باشد و یا مجبور به تعویض مرکز درمانی خود باشد، پله برنامه دوز منزل وی قابل انتقال به مرکز درمانی جدید است. در این حالت موافقت مرکز درمانی پذیرنده بیمار الزامی است و مرکز جدید مختار است بر اساس ارزیابی خود پله درمانی اسبق بیمار را اجرا نماید یا آنرا تعدیل نماید. در صورتی که مرکز جدید پذیرنده موافق ارایه دوز منزل بر اساس پله بیمار در مرکز قبلی باشد، لازم است مرکز ارجاع دهنده (قبلی) سوابق دوز منزل بیمار و پله وی را کتباً به مرکز جدید اطلاع دهد.

نشت دارو: یک نگرانی شایع

بسیاری از درمان‌گران نگران عرضه و فروش تمامی یا بخشی از متادون دوز منزل توسط بیماران هستند. از طرفی می‌دانیم یک بار آزمایش ادرار حداکثر سه روز قبل از خود را پوشش خواهد داد و اگر دوز منزل بیماران به ٦ روز برسد، در عمل ٣ روز از دید آن پنهان خواهد ماند. این احتمال وجود دارد که بیمار در ٣ روز اول متادون خود را به طور کامل مصرف ننماید و به مصرف مواد مخدر غیرمجاز مبادرت ورزد. در ٣ روز بعد مجدداً به مصرف متادون بازگشته و ضمن خودداری از مصرف مواد غیر مجاز، آزمایش منفی احراز دارد. جهت رفع این نگرانی باید ابراز داشت که خوشبختانه این سناریو نادر بوده و در عمل به ندرت اتفاق می‌افتد، زیرا اولاً هرچند ممکن است این عمل در

کوتاه مدت امکان‌پذیر باشد ولی انجام آن برای مدت طولانی با استرس و فشار بالا بر بیمار همراه است و دیر یا زود بیمار از آن دست خواهد کشید. ثانیاً استمرار مصرف مواد مخدر سریعاً بر شاخص‌های عمده بهبودی مانند کار، خلق، رفتار کلی، رعایت مقررات و کارکرد بیمار اثر کرده و درمان‌گر متوجه اُفت واضح بیمار در حوزه‌های دیگر خواهد شد. ثالثاً توانایی برنامه‌ریزی دقیق و آینده‌نگری با اعتیاد فعال در تضاد است. اگر بیمار مصرف‌کننده فعال مواد است بعید است قادر باشد با رعایت چارچوب‌های دقیق زمانی به تناوب حساب شده و قانون‌مند به مصرف مواد مخدر ادامه دهد. دیر یا زود ماهیت مخرب مصرف مواد او را در رعایت دقیق این چرخه ناتوان ساخته و درمان‌گر متوجه اُفت بیمار خواهد شد.

در سناریویی دیگر بیمار بخشی از دوز منزل خود را مصرف نمی‌کند اما در عوض مصرف مواد مخدر غیرقانونی ندارد. این حالت در مقایسه با حالت اول شایع‌تر است و به ویژه زمانی که مقدار میلی‌گرم دوز منزل بالاست، امکان-پذیرتر است. انگیزه عدم مصرف بخشی از متادون نیز بیشتر مالی بوده و بیمار بخش مصرف نشده را به دیگران می‌فروشد. از آن جایی که در ازای متادون مصرف نشده، مصرف مواد مخدری صورت نگرفته است، آزمایش ادرار کمکی در این باره نمی‌کند. خودداری از مصرف مواد باعث می‌شود که آسیب روانی یا رفتاری نیز شکل نگیرد و بیمار دچار اُفت واضح نشود. خوشبختانه در این حالت نیز نگرانی کمتر از آنی است که در ابتدا تصور می‌شود. اگر بیمار به مرحله پیشرفته‌ای از خویشتن‌داری رسیده که قادر است متادون مصرف نکند و هم‌زمان از مواد دور بماند، موفقیت بزرگی است و نشان از بهبودی وی دارد. فراموش نکنیم که بنابه قاعده‌ای طلایی در اعتیاد، پول خلاف (در این حالت درآمد ناشی از فروش متادون) همواره صرف مواد می‌شود. نکته دیگری که مانع استمرار افراطی این حالت می‌شود، دوزهایی است که بیمار مجبور است تحت نظارت در حضور درمان‌گر مصرف نماید. اگر بیمار سهم قابل توجهی از دوز منزل را مصرف نکند، به تدریج تحمل وی به متادون کاهش می‌یابد. در این حالت هنگام مصرف دوز بالای تحت نظارت ولو هفته‌ای یک بار در حضور درمان‌گر با عوارض شدید خواب‌آلودگی، تهوع و استفراغ و حتی مسمومیت مواجه خواهد شد. پس تنها کاستن از بخش کمی از متادون دوز منزل میسر است. این پدیده امکانی است که درمان‌گر باید با آن کنار بیاید و امکان نشت درصدی از متادون را بپذیرد.

دوز منزل در شرایط اضطراری

گاهی ممکن است بیمار بنا به شرایط اضطراری نیازمند دوز منزل گردد. بستری شدن در بیمارستان، بازداشت و سفر غیرمترقبه از موارد شایع درخواست دوز منزل هستند. گاهی نیز سانحه برای اقوام و فوت بستگان مانع مراجعه بیمار به مرکز می‌گردد. در این گونه موارد نکات زیر کمک کننده است:

- در صورت بستری بیمار در بیمارستان، لازم است مرکز بستری کننده یا پزشک معالج گواهی دال بر اقامت بیمار برای مرکز درمانی ارسال دارد. در این صورت مرکز درمانی مجاز خواهد بود در هر نوبت حداکثر ٦ دوز در اختیار بستگان بیمار قرار دهد. تمدید ارائه دوز منزل تا هر زمان که بیمار بستری باشد، بلامانع است. به عنوان مثال اگر بیمار ۵۰ روز در بیمارستان بستری باشد، بستگان او می‌توانند بمدت ۷ هفته، هر هفته مراجعه و دوز منزل وی را دریافت دارند. دوز منزل دریافتی باید به محل بستری تحویل داده شود و توسط پرسنل درمانی مربوطه در اختیار بیمار قرار گیرد. در صورتی که بیماری به واسطه مشکل جسمی در منزل بستری شود، جهت دریافت دوز منزل، لازم است پزشک معالج (منظور پزشک بیماری جسمی) وی نیاز بیمار به بستری در منزل را به صورت هفتگی به مرکز درمان آگونیست اطلاع دهد. متأسفانه ادعای صرف بیمار که به دلیل مشکلات جسمی قادر به مراجعه به مرکز درمانی نیست مورد قبول نیست و باید توسط پزشک معالج با تخصص مرتبط و ذکر دلیل تأیید گردد. در صورت ابهام یا نگرانی مرکز درمان آگونیست درباره وضعیت بیمار، مددکار مرکز می‌تواند در خلال بستری وی در محل سکونت، جلسات بازدید از منزل[1] به عمل آورد.

- در صورتی که بیمار به دلیل سانحه یا آسیب جدی به خود یا بستگان قادر به مراجعه به مرکز درمانی نباشد، درمان‌گر مجاز است تا بخاطر واقعه مورد نظرحداکثر یک بار و تا ٦ وعده دوز منزل در اختیار بیمار قرار دهد. بدیهی است در این گونه موارد قضاوت گروه درمانی جایگاه مهمی دارد و صلاح‌دید ایشان عامل تعیین کننده است.

- اشتغال به کار بیمار و یا گواهی محل خدمت مبنی بر عدم امکان مراجعه روزانه برای دریافت دارو نمی‌تواند مبنای تجویز دوز منزل قرار گیرد. بیماران قبل از انتخاب درمان نگهدارنده به ویژه درمان با متادون با جوانب امر را بسنجند و در صورتی که شغل و حرفه یا بُعد مسافت تا محل درمان را عاملی بازدارنده برای درمان می‌بینند از ورود به درمان نگهدارنده امتناع کنند. در اکثر کشورهای جهان سیاست دوز منزل درباره درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در مقایسه با متادون آسان‌تر بوده و به بیماران آزادی عمل بیشتری عطا

[1] home visit

می‌کند. برای بیمارانی که مراجعه روزانه را عامل عمده محدودیت در درمان با متادون می‌بینند، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین گزینه قابل توجهی است.

فصل هشت- غیبت از درمان

در جریان درمان نگهدارنده بسیار اتفاق می‌افتد که بیماران موفق به حضور در درمان و دریافت متادون بر اساس برنامه از پیش تعیین شده نگردیده و به اصطلاح غیبت می‌کنند. هنگامی که بیماری از دریافت متادون مقرر باز می-ماند، موارد مبادرت به مصرف مواد افیونی یا متادون تهیه شده از بازار غیرقانونی می‌نماید. در برخی حالات نیز ممکن است از راه‌های متفرقه از جلمه خرید از بازار آزاد، متادون تهیه نماید. در موارد نادرتر بیمار علایم محرومیت را تحمل کرده و از مصرف ماده افیونی پرهیز می‌نماید. متأسفانه راه مطمئنی برای تمایز این حالات وجود ندارد و ماهیت بیماری اعتیاد به گونه‌ایست که گفته‌های بیماران نیز ممکن است بر واقعیت استوار نباشد. اگر بیماران در خلل جلسات غایب به مصرف مواد مخدر چه بصورت متادون آزاد و چه به صورت مواد مخدر غیرمجاز اقدام کرده باشند، سطح تحمل آنان به مواد افیونی باقی مانده و متادون بعدی با بروز علایم خواب آلودگی و مسمومیت همراه نخواهد بود. اما در صورتی که بیمار علایم 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 سخت‌گیری بیش از حد مانع بازگشت بیماران به درمان شده و یک غیبت کوتاه به خروج کامل منجر خواهد شد. بنابرین لازم است در چنین مواقعی اقدامی منطقی و متعادل از طرف درمان‌گر صورت پذیرد. بدین منظور موارد زیر هنگام مواجه شدن با مسئله غیبت توصیه می‌شود:

۱. اگر بیماری از دریافت یک وعده دوز متادون خود باز ماند، بهتر است مرکز درمانی مکانیسم پیگیری تلفنی را فعال سازد. هرچند انجام پیگیری زمان‌بر بوده و هزینه اضافی به مرکز درمانی تحمیل خواهد کرد اما اثربخشی آن در افزایش ماندگاری بیماران در درمان و موفقیت برنامه‌های درمان نگهدارنده مورد تأیید است. مراکز درمانی باید اطمینان داشته باشند که هزینه‌ای که بابت پیگیری صرف می‌کنند بر کارایی مرکز اثر گذاشته و با افزایش سود و راندمان مرکز همراه خواهد بود. با این وجود انجام پیگیری بعد از یک نوبت غیبت انتخابی است و مراکز مجبور به انجام آن نیستند. برای اطلاعات بیشتر به «راهنمای پیگیری» مراجعه کنید.

۲. در صورتی که بیمار ظرف ۳ روز به مرکز مراجعه نماید یعنی روز سوم غیبت باشد و تنها از دریافت و مصرف ۲ دوز باز مانده باشد، **به شرط آنکه در لحظه مراجعه در حالت طبیعی بوده و علایم خواب آلودگی و مسمومیت نداشته باشد**، دوز قبلی بیمار تعبیه شده و بیمار می‌تواند تحت نظارت، دوز خود را دریافت دارد. در چنین مواقعی ویزیت توسط پزشک معالج قبل از تجویز دوز توسط پرستار و واحد توزیع متادون الزامی بوده و لازم است پس از تجویز دوز بیمار به مدت ۲ ساعت تحت نظر گرفته شود.

۳. در صورتی که غیبت بیمار بیش از ۳ روز طول کشیده باشد، حتی در صورتی که وی ابراز دارد که در مدت غیبت مصرف خودسر آگونیست داشته و علایم 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 بیمار نصف دوز قبل از غیبت تجویز شده و بیمار به مدت ۲ ساعت تحت نظر گرفته می‌شود. بعد از مدت مذکور در صورتی که بیمار کماکان از علایم محرومیت شاکی باشد معادل ۲۵ درصد دوز قبل از غیبت برای ایشان تجویز می‌گردد. یعنی در روز بازگشت بیمار به درمان مجموعاً و حداکثر ۷۵ درصد دوز قبل از غیبت ارائه خواهد شد. توصیه می‌شود از ارائه مقدار متادون بیش از ۷۵ درصد خودداری کرده و ادامه درمان به روز بعد موکول شود. ضمناً در صورت غیبت بیش از ۳ روز، شروع مجدد متادون منوط به ویزیت بیمار توسط پزشک است و مراحل این بند نباید مستقلاً توسط پرستاران اجرا گردد.

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

٥. در صورتی که غیبت بیمار بیش از ۲ هفته به طول انجامد و بیمار نتواند شواهد مستدلی برای توجیه غیبت خود مانند گواهی بستری در مراکز درمانی یا بازداشت توسط مقامات قضایی ارائه نماید، مرکز درمانی می‌تواند بنا به صلاح دید خود پرونده بیمار را مختومه اعلام کرده و موقعیت درمانی بیمار را به فرد دیگر اختصاص دهد.

٦. با وجود اختیارات فوق، توجه داشته باشید که تلاش برای نگهداری بیمار در درمان بسیار ثمربخش بوده و بازگرداندن بیماران غایب به درمان در درازمدت با بهبودی قابل توجه در آن‌ها همراه است. بنابراین به مراکز درمانی توصیه می‌شود با نگاهی مثبت و حمایت‌گرانه، تلاش لازم را برای حفظ بیماران و جلوگیری از خروج آنان با وجود غیبت‌های مکرر، به خرج دهند.

۷. بنابر قاعده معروف و همیشگی: اگر بیمار دچار حالت خواب‌آلودگی باشد حتی اگر ابراز دارد خواب آلودگی وی بواسطه مصرف سایر مواد غیرمخدر مانند داروهای بنزودیازپینی است، **تجویز متادون ممنوع است** و تا رفع حالات خواب آلودگی باید متادون بیمار متوقف بماند.

راهنمای عملی پیگیری تلفنی بیماران

هر زمان که بیمار نوبت مقرر مراجعه خود را به جای نیاورد، بهتر است از جانب مرکز درمانی فرایند پیگیری تلفنی فعال گردد. پیگیری صحیح ضمن افزایش رضایت‌مندی و ماندگاری بیمار در درمان، تأثیر بسزایی در شکل‌گیری ارتباط صحیح بیمار–درمان‌گر[1] و ارتباط درمانی[2] دارد. برای انجام پیگیری صحیح موارد زیر توصیه می‌شود:

- قبل از انجام هرگونه پیگیری باید موافقت بیمار بصورت کتبی درباره پیگیری اخذ شود. مرکز درمانی مجاز نیست بدون رضایت بیمار با منزل یا محل کار و یا حتی تلفن شخصی وی جهت پیگیری تماس حاصل نماید. قبل از شروع درمان، مرکز می‌تواند ضمن اخذ شماره‌های تلفن مربوطه، اجازه پیگیری را و این که پیگیری در چه زمان‌هایی و با کدام شماره‌ها و تحت چه شرایطی صورت پذیرد، از بیمار اخذ نماید. برخی بیماران به انجام پیگیری از خود وی راضی هستند، اما اجازه پیگیری مراجعات وی از طریق خانواده یا برخی بستگان را نمی‌دهند. تمامی موارد باید در پرونده بیمار یادداشت و به طور دقیق رعایت گردد. اما فراموش نکنید مرکز درمانی ولو با رضایت بیمار مجاز نیست با ذکر امور خلاف واقع و نادرست به نیّت پیگیری با بستگان بیمار تماس حاصل نماید. به عنوان مثال نمی‌تواند خود را بعنوان صاحب‌کار یا دوست بیمار معرفی نماید و یا به بهانه امری غیر از درمان، جویای وضعیت بیمار شود تا ظاهراً حساسیت خانواده بیمار برانگیخته نشود. اگر بیماری راضی نیست خانواده از پیگیری مرکز درمانی مطلع شوند، انجام پیگیری با بهانه‌های دیگر از نظر اخلاقی و علمی مردود است.
- در صورت عدم مراجعه بیمار در اولین فرصت ممکن عمل پیگیری را انجام دهید. هرقدر پیگیری سریع‌تر (فردای روز قرار مراجعه) اتفاق بیفتد، موفقیت آن بیشتر است. تأخیر در پیگیری با خروج بیمار از درمان همراه خواهد بود.
- تماس تلفنی بهتر است توسط درمان‌گر و نه کادر اداری مرکز صورت پذیرد. استفاده از فرد همجنس بیمار بسیار ارجح است اما در صورت نبود درمان‌گر یا شخص پیگیری کننده غیرهمجنس در صورت موافقت قبلی بیمار به ناچار صورت می‌پذیرد.
- هنگام تماس لازم است فرد بعد از اطمینان از صحت هویت بیمار، خود را دقیقاً معرفی کرده و حتی نشانه-های آشنایی با بیمار را ابراز دارد. به عنوان مثال «من آقای/خانم .... درمان‌گر و مشاور شما در مرکز هستم، اگر به خاطر داشته باشید هفته گذشته در جلسه مرکز مشاوره همدیگر را دیدیم و درباره ادامه درمان شما با هم صحبت کردیم».
- وقت ملاقات و این که بیمار در آن جلسه حاضر نشده است را یادآوری کرده و نگرانی خود را از عدم مراجعه بیمار ابراز دارید. فراموش نکنید هدف پیگیری توبیخ بیمار نیست و ایجاد رابطه درمانی و ارتباط صحیح بیمار–درمان‌گر حیاتی است. هم‌زمان علت عدم مراجعه را سؤال نمایید.
- در مرحله بعد پرسش از قصد آتی بیمار و گرفتن تأیید درباره ضرورت ادامه درمان بسیار کمک کننده است. بعنوان مثال ابراز دارید که «آیا هنوز علاقمند به ادامه درمان هستید؟ آیا نیاز به مراجعه بعدی به مرکز

[1] Rapport
[2] Therapeutic alliance

درمانی را در خود احساس می‌کنید؟ آیا احساس می‌کنید مرکز درمانی می‌تواند به شما کمکی کند؟» در صورت پاسخ‌های مثبت بیمار از وی بپرسید که پیشنهاد وی برای ادامه جلسات و مراجعات چیست؟ آیا فکر یا برنامه خاصی دارد؟

- در مرحله بعد مهم است بیمار را از طریق توافق دقیق و عینی به ادامه درمان متعهد نمود. بعنوان مثال بسنده کردن به این که «لطفاً مراجعات خود را فراموش نکنید، از قطع درمان خودداری کنید، بهتر است مرتب به مرکز مراجعه کنید و.. » کافی نیست. دقیقاً خواست خود را مطرح نمایید. «لطفاً دوشنبه ساعت ۱۰ صبح برای ادامه درمان در مرکز باشید. بعد از ظهر فردا رأس ساعت ۵ مراجعه کنید.» اگر بیمار قادر به انجام یا راضی به خواست شما نیست، پیشنهادهای خود را آنقدر تغییر دهید تا توافق حاصل شود اما لازم است توافق دقیق و عینی بدست آید.
- در صورت عدم مراجعه در زمان مقرر مجدداً مراحل پیگیری را تکرار کنید. مرکز می‌تواند تا زمانی که بیمار رسماً اعلام نماید که خواهان پیگیری نسبت، به تماس‌های خود ادامه دهد.

فصل نه- خروج اختیاری از درمان

برخی مواقع بیمار از ادامه درمان نگهدارنده منصرف می‌شود و به خارج شدن از درمان متمایل می‌گردد. متأسفانه در بسیاری از این موارد وضعیت بیمار بعد از خروج زودهنگام از درمان نه تنها بهتر نمی‌شود بلکه بسیاری به مصرف مجدد مواد مخدر رو می‌آورند. هنگامی که با بیماری مواجه می‌شوید که خواستار ختم زودهنگام درمان است، مهم است از انگیزه وی برای ختم درمان اطلاع حاصل کنید. در اکثریت مواقع انگیزه او برای جدا شدن از درمان به یک یا ترکیبی از حالات زیر باز می‌گردد:

۱. **جنبه نگرش و باور دارد**- در عده‌ای مجموعه‌ای از باورهای نادرست بیمار را به ترک زودهنگام درمان سوق می‌دهند. به عنوان مثال اعتقاد بیمار به این که درمان باید کوتاه باشد، درمان نگهدارنده خود نیز یک اعتیاد است و بهتر است هرچه زودتر پایان یابد، مصرف دراز مدت متادون حتماً عوارض دارد، هرقدر در درمان بیشتر بمانی جدا شدن از آن دشوارتر خواهد بود، پاکی که به کمک متادون باشد خوب است اما واقعی نیست، مهم این است که بدون دارو پاک بمانید، دلیل طولانی بودن درمان نگهدارنده لابد در این است که درمان خوبی نیست و اثربخشی آن کم است و به ناچار باید طول بکشد.

۲. **فشار اطرافیان و بستگان**- فراموش نکنید در بسیاری از موارد بیمار خود راغب به ادامه درمان است اما بستگان در درمان طولانی جنبه‌های منفی دیده و او را تشویق به ختم درمان می‌کنند. باورهای نادرستی که در بند اول اشاره شد در خانواده‌ها نیز دیده می‌شوند. از سوی دیگر گاهی نیز یک علامت خاص در نتیجه درمان نگهدارنده به وجود می‌آید که خانواده را به درمان حساس می‌کند. خانواده‌ها به علایمی مانند افزایش وزن، خواب‌آلوده بودن در طی روز و سست و شل بودن بدن به کرّات به عنوان جنبه منفی متادون اشاره کرده‌اند. به ویژه خواب‌آلودگی و چرت زدن، حساسیت خانواده‌ها را برانگیخته و آن را شاهد قوی در راستای مضر بودن درمان ذکر می‌کنند و بر این تصور هستند که قطع متادون از رخوت و بی‌انگیزگی بیمار کاسته و او را در انجام وظایف زندگی توانا می‌سازد.

۳. **عوارض خاص دارو**- در عده‌ای از بیماران عوارض خاص دارویی مانند یبوست، بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی، ناتوانی جنسی و یا اضافه وزن انگیزه اصلی بیمار در قطع درمان است. شناسایی این عوامل در حفظ بیماران در درمان اهمیت بسزایی دارد.

٤. **تداخل با زندگی بیمار**- مصرف روزانه داروی آگونیست به ویژه هنگامی که گزینه دوز منزل محدود است و بیمار مجبور به مراجعه روزانه به مرکز درمانی است، برای بسیاری یک بازدارنده عمده تلقی می‌شود. برخی نیز هزینه درمان نگهدارنده را یک عامل منفی در تداوم درمان به حساب می‌آورند.

٥. **توقف اثربخشی**- بعد از مدتی بهره‌مندی از درمان نگهدارنده و تجربه حالات خوشایند و رضایت‌بخش ناشی از قطع وابستگی به مواد، در برخی از بیماران یک حالت رکود و ایستایی ایجاد می‌شود و آن‌ها ابراز می‌دارند با گذشت زمان منفعت بیشتری نصیب آن‌ها نمی‌شود. این حالت معمولاً حدود ٦ ماه بعد از پاکی بیمار ظاهر می‌گردد و بیماران با وجود آن که مصرف مواد مخدر ندارند و مدت‌ها وسوسه آن را نیز تجربه نکرده‌اند، احساس افسردگی و بی‌حوصلگی پیدا می‌کنند. این حالتی است که از آن به دیوار رسیدن در درمان یاد می‌شود. گاهی اصرار زودهنگام بیماران به رها کردن درمان نگهدارنده از حس رسیدن به دیوار ناشی می‌شود.

٦. **شروع فرایند عود**- زیر سؤال بردن درمان و بی‌فایده دانستن آن در برخی افراد مقدمه و انعکاسی از فرآیند عود است. در عودهای قریب‌الوقوع بیماران به این نتیجه می‌رسند که اگر درمان را رها سازند از وضعیت بهتری برخوردار خواهند شد و بدون درمان قادر به حفظ خود در مقابل وسوسه و خطر مصرف مواد مخدر هستند. به همین دلیل اصرار به رهاسازی درمان گاهی علامتی هشداردهنده بوده و حکایت از احتمال بالای بازگشت به اعتیاد دارد.

٧. **پویایی‌های بین‌فردی**: یک عامل دیگر بهبودی بیمار و حضور یک هم‌وابسته[1] در کنار بیمار است که تمام موارد فوق را القاء نموده و مانع ادامه درمان می‌گردد.

هنگام مواجه شدن با درخواست بیمار برای قطع زودهنگام درمان نگهدارنده، درمان‌گر موظف است به انگیزه بیمار برای این اقدام توجه نماید و برای رفع یا بهبود هریک در حد مقررات و اختیارات خود اقدام نماید. با این حال اگر بیمار مصرّ به قطع درمان باشد، با اخذ رضایت می‌توان او را از درمان خارج ساخت. هنگام اقدام به خروج اختیاری بیماران از درمان توجه به نکات زیر ضروری است:

- بیمار نباید به واسطه خروج از درمان مورد سرزنش یا محرومیت از سایر خدمات قرار گیرد.
- پیشنهاد به انتقال به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در برخی از بیماران با استقبال مواجه شده و آنها را به ادامه درمان علاقمند می‌سازد.

[1] co-dependent

- از دادن امتیازات خارج از اختیارات مانند دوز منزل غیرمعمول و غیرمقرر به امید حفظ بیماران در درمان خودداری کنید. هرچند ماندن بیمار در درمان به نفع اوست، اما شما نمی‌توانید فلسفه و سلامت کل برنامه درمانی را به خاطر وی به خطر اندازید.

- جدا شدن از متادون به آهستگی صورت گرفته (در حد چند هفته تا چند ماه) و در صورتی که بیمار در هر نقطه مجدداً به درمان متمایل گردید، از بازگرداندن وی به درمان تمام عیار دریغ نگردد.

- با وجود آن که توصیه می‌شود جدا شدن از متادون حتی‌الامکان به آهستگی صورت گیرد، اما باید برنامه کاهش دوزها از قبل تنظیم و طبق برنامه رعایت گردد. از استفاده از دوز سیال و سیاست «کاهش دوز در حد مقدور» پرهیز کنید. سیاست مذکور بدین معنی است که هرنوبت به دلخواه بیمار و میزان تحمل وی از دوز کاسته شود. مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که این گونه کاهش دوز سرانجام به نوسان مقدار متادون منجر شده و بیمار مرتب درخواست‌های متناقض برای کاهش یا افزایش دوز خواهد داشت. به این حالت اصطلاحاً دوز «یویو»[1] هم گفته می‌شود و نه تنها کمکی به بیمار نمی‌کند بلکه وی را از نظر روانی به شدّت متأثر خواهد ساخت. با بیمار توافق نمایید که به صورت تدریجی (ترجیحاً در قالب یک برنامه ثابت، فصل ۵ را ببینید) دوز متادون وی کاسته شود تا مقدار متادون به صفر برسد یا این که بیمار در تصمیم خود تجدید نظر کرده و مجدداً درمان را انتخاب نماید.

- سیاست ارائه دوز منزل به سان بیماران دیگر با توجه به مرحله یا پله درمان و نتایج آزمایش‌های ادرار انجام پذیرد. برای اطلاعات بیشتر به فصل ۷ مراجعه نمایید.

[1] yoyo dosing

فصل ده- اخراج از درمان

در جریان درمان نگهدارنده مواقعی پیش می‌آید که ماندن بیمار در درمان با سلامت وی یا دیگر بیماران یا گروه درمان‌گران منافات پیدا می‌کند. در چنین شرایطی درمان‌گر مجبور به اخراج بیمار از درمان برخلاف خواست وی می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که خروج اجباری از درمان با امکان قریب به ۱۰۰٪ عود و شروع مجدد مواد غیرقانونی همراه است. برخی گزارش‌ها حکایت از آن دارند که خروج اجباری با افزایش احتمال مرگ و میر بیماران به واسطه مسمومیت، خودکشی و ابتلا به اچ‌آی‌وی نیز همراه است. بنابراین این گزینه باید حتی‌الامکان آخرین گزینه از سلسله اقدامات قرار گیرد. مواردی که مرکز درمانی مجاز به اخراج بیماران است به قرار زیر می‌باشد:

۱. پرخاش‌گری فیزیکی و خشونت به گروه درمان‌گران چه در محیط مرکز و چه خارج از آن و یا آسیب به اموال مرکز یا پرسنل آن- البته توجه داشته باشید در صورتی که حالات مذکور به واسطه پسیکوز یا دلیریوم در بیمار باشد، به عبارت دیگر بیمار مسئول رفتار خود نباشد، مرکز نباید به اخراج بیمار مبادرت نماید. لازم به توجه است در موارد دلیریوم و پسیکوز، تداوم درمان بیمار در مرکز سرپایی مجاز نبوده و بیمار باید به صورت فوری برای دریافت خدمات طبی یا روان‌پزشکی اورژانس ارجاع گردد.

۲. مصرف مواد مخدر یا خرید و فروش آن در محوطه مرکز درمانی- بیماران حق ندارند در مرکز درمانی یا اطراف آن اقدام به خرید و فروش هرگونه مواد مخدر نمایند و در صورت مشاهده، مرکز درمانی مجاز است به قطع درمان اقدام نماید. لازم به ذکر است که خرید و فروش مواد مخدر در سایر مکان‌ها نیز ناشایست بوده و جرم نیز تلقی می‌گردد اما از آن جا که اولاً اثبات امر بر عهده مراجع قضایی است و از طرفی مراکز درمانی متولی اجرای قوانین نیستند ارتکاب این حالات در خارج از محیط مرکز هرچند نادرست اما مستوجب اخراج از درمان نیست. فروش متادون تجویز شده در محیط درمانی نیز مشمول همین بند می‌گردد.

۳. ارتکاب جرم مانند سرقت، اخاذی، ایجاد مزاحمت ناموسی، فحاشی و کتک‌کاری در مرکز یا اطراف آن- در این گونه حالات مرکز درمانی نه تنها اختیار دارد تا بیمار را از درمان اخراج نماید، بلکه می‌تواند مَراجع انتظامی را آگاه سازد. اما فراموش نکنید مرکز درمانی مجاز به اخراج بیماران به خاطر ارتکاب جرم در سایر اماکن غیرمرتبط با مرکز درمانی نیست. درمان‌گران ضابطین یا مجریان قانون نیستند و نباید بیماران را بخاطر اقدامات‌شان در زندگی شخصی تحت تعقیب یا اخراج از درمان قرار دهند. گاهی مشاهده می‌شود که عده‌ای از بیماران یا بستگان آنها مورد تعرض، تهدید، سوءاستفاده یا خشونت بیماران دیگر قرار می‌گیرند. یا اموال آنها مورد سرقت قرار گرفته است. در این حالات نیز در صورتی که جرم در محیط بیرون از

مرکز اتفاق افتاده باشد، نمی‌توان بیمار را از درمان خارج ساخت. به بیماران شاکی توصیه می‌شود مانند هر شکایت دیگری آنرا مستقلاً توسط مراجع قانونی پیگیری نمایند. بازگشت به بند یک توجه داشته باشید ایجاد مزاحمت و ارتکاب خشونت کلامی و فیزیکی علیه درمان‌گران یا آسیب به اموال آن‌ها چه در محیط مرکز و چه خارج از آن، از این قاعده مستثنی بوده و مرکز جهت حفظ سلامت و مقام درمان‌گران خود می‌تواند به اخراج بیماران اقدام نماید.

٤. رفتارهای پرخطر در بیمار و عدم رعایت مقررات به گونه‌ای که سلامت بیمار تهدید شود- بیمارانی که برخلاف دستورات درمان‌گر به مصرف خودسر دارو ادامه می‌دهند یا به واسطه مصرف مواد مخدر یا الکل خود را در معرض مسمومیت، تصادفات رانندگی یا هرگونه آسیب ناشی از تداخل دارویی قرار می‌دهند به منظور حفظ جان‌شان باید از درمان خارج شوند و تحت درمان‌های دیگری قرار گیرند. نکته بسیار مهم این است که هدف از اخراج بیمار حفظ جان وی و جلوگیری از احتمال مرگ یا آسیب به خود و دیگران است **نه ناتوانی در ترک مصرف مواد مخدر**. در صورتی که بیماری با وجود درمان نگهدارنده کماکان به مصرف مواد مخدر ادامه دهد اما مصرف وی جنبه مخاطره‌آمیز جانی (به عنوان مثال مسمومیت یا رانندگی تحت خواب‌آلودگی) پیدا نکند، نباید او را از درمان محروم ساخت. عدم توان رسیدن به پاکی و استحصال آزمایش منفی ادرار ولو بعد از گذشت زمان طولانی نمی‌تواند مستمسکی برای اخراج بیمار باشد. این گونه بیماران تا زمانی که سایر مقررات را رعایت می‌کنند، باید از درمان بهره‌مند شوند اما می‌توان از طریق توقف دوز منزل محدودیت‌هایی برای آنان ایجاد کرد.

در صورتی که بیمار غیبت بیش از ۲ هفته از درمان بدون ارائه دلیل موجه داشته باشد مرکز مجاز به مختومه ساختن پرونده درمانی بیمار بوده، اما بیمار اخراج محسوب نمی‌شود و در صورتی که بعد از این دوره زمانی مراجعه نماید مرکز درمانی در صورت داشتن ظرفیت می‌تواند مجدداً وی را پذیرش نماید. درباره اقدامات مقتضی در صورت غیبت بیمار به مبحث مربوطه مراجعه نمایید.

اخراج بیماران با احتمال بالای عود همراه بوده و سرنوشت ناراحت‌کننده‌ای را برای وی رقم خواهد زد. از سوی دیگر برای درمان‌گران نیز خارج نمودن بیمار از مرکز درمانی دشوار است و آنها در مقابل فشار و درخواست‌های بیمار و بستگانش و دیگر مراجعان مرکز قرار می‌گیرند. این امر خود باعث استهلاک روانی کارکنان مرکز می‌گردد. نکات عملی زیر در این زمینه کمک کننده هستند:

- از اقدام به صورت ناگهانی، هیجانی و خشم‌آمیز اجتناب کنید. اقدامات ناگهانی و ضربتی نشان‌گر قاطعیت شما نبوده بلکه در نظر بیماران بیشتر جنبه انتقام، عصبانیت و مشاجره می‌گیرد.

- سعی کنید حالات حد وسط متعددی تا اخراج تعریف کرده و در صورت عدم اصلاح رفتار بیمار آنها را بصورت پلکانی تشدید نمایید. از حالاتی مانند تذکر کتبی، اخذ تعهد، تشدید نظارت، قطع موقت دوز منزل، معلق‌سازی موقت از درمان و سرانجام اخراج کامل می‌توانید استفاده کنید.

- تصمیمات انضباطی حتی‌الامکان به صورت جمعی و در قالب شورای مرکز درمانی یا جلسه گروه درمان-گران گرفته شود. از موکول کردن تصمیم به نظر نهایی یک نفر یا جلب رضایت از فردی خاص اجتناب نمایید.

- نتایج شورا با ذکر دلیل به صورت کتبی ولی محرمانه به بیمار داده شود. از هرگونه لفظ توهین یا تمسخرآمیز بپرهیزید و از عباراتی چون «بنا به دلایل مطرح شده و سنجش جوانب مختلف نظر گروه درمانی بر این است که مرکز متأسفانه قادر به ارائه خدمات ... به شما نبوده و مجبور به قطع آن است» استفاده کنید. هدف شما آزار بیمار نیست بلکه به این نتیجه رسیده‌اید که مرکز درمانی نمی‌تواند در جهت درمان بیمار اقدام بیشتری انجام دهد.

- به بیمار فرصت اعتراض و درخواست بازبینی دهید. در این گونه موارد ممکن است مرکز درمانی به صورت مشروط ادامه درمان بیمار را بپذیرد و محدودیت‌های تنبیهی وضع نماید.

- در صورت امکان از گزینه ارجاع بیمار به سایر مراکز استفاده کنید.

- در صورتی که سرانجام مجبور به اخراج بیمار شدید، به بیمار توصیه کنید درمان خود را در یک مرکز دیگر ادامه دهد و برای وی نامه ارجاع جهت تداوم درمان در مراکز درمانی دیگر صادر نمایید. در صورت اخراج بیمار مرکز درمانی می‌تواند به یک باره درمان را قطع نماید، اما در صورت درخواست بیمار مطلوب است به جای قطع ناگهانی درمان، دوز متادون را به تدریج ظرف ۲ تا ۳ هفته کم کنید تا سرانجام به قطع کامل برسد.

- کلیه مراحل را مستند کرده و در پرونده بیمار محفوظ نگاه‌دارید.

فصل یازده- مسمومیت با مواد افیونی در جریان درمان نگهدارنده

انتقال بیماران از مصرف مواد افیونی غیرمجاز به درمان نگهدارنده با متادون با کاهش چشم‌گیر موارد مسمومیت با مواد افیونی و مرگ ناشی از آن همراه است. در کشورهایی که اقدام به تعبیه فراگیر درمان نگهدارنده نموده‌اند، میزان موارد مرگ و میر ناشی از مسمومیت در سطح کشور تغییر یافته و در مواردی به یک پنجم رسیده‌است. اما متأسفانه مسمومیت با مواد افیونی در جریان درمان نگهدارنده با متادون مشاهده می‌شود و یکی از مشکلات کلیدی و دردسرآفرین است. زیرا بعد از تعبیه فراگیر درمان نگهدارنده الگوی مسمومیت عوض شده و بیماران به جای مرگ از بیش‌مصرفی مواد مخدر غیرمجاز، البته با میزانی بسیار کمتر از مسمومیت با متادون خواهند مرد. این امر بر افکار عمومی و خانواده بیماران اثر سوء بجا می‌گذارد و گاهی تحلیل‌های غیرعلمی ساده‌انگارانه متادون را عامل مرگ و میر در معتادان معرفی می‌کنند. در حالی که قبل از شروع برنامه‌های درمانی با متادون، معتادان با شدّتی بسیار بیشتر از مسمومیت ناشی از مواد مخدر جان خود را از دست می‌دادند. برای به حداقل رساندن نگرانی‌های جامعه، لازم است تا حد ممکن از هرگونه مسمومیت ناشی از متادون کاسته شود. در گروه بیماران تحت درمان با متادون، مسمومیت معمولاً به واسطه یکی از حالات زیر یا ترکیبی از آنها است:

۱. استفاده توأم بیمار از متادون و مجموعه‌ای از الکل و یا داروهای مجاز آرام‌بخش و مهارکننده فعالیت سیستم عصبی مرکزی[1] مانند بنزودیازپین‌ها و ترکیبات ضدافسردگی

۲. استفاده توأم از متادون و مواد مخدر افیونی غیرمجاز مانند هروئین و کِراک

۳. مصرف نادرست و بیش از حد متادون

تمامی بیماران در خطر یکسان مسمومیت قرار ندارند. بیمارانی که بیشتر در معرض خطر مسمومیت هستند در جدول ۱-۱۱ مورد اشاره قرار گرفته‌اند. اصولاً ترکیبات افیونی مختلف و همچنین داروهای مهار کننده سیستم عصبی مرکزی بر همدیگر اثر گذاشته و باعث تشدید علایم مسمومیت با مواد افیونی می‌شوند. از نظر آماری بیشترین موارد مسمومیت و مرگ و میر ناشی از آن در دو هفته اول شروع درمان نگهدارنده مشاهده می‌شود و این دوره تقریباً منطبق بر مرحله القاء اولیه بوده و پرخطرترین دوره درمان به حساب می‌آید. در مراحل اولیه مسمومیت بیمار احساس سبکی در سر، تهوع و سرگیجه دارد. چند نوبت عق‌زدن و استفراغ نیز ممکن است. بعد از آن بیمار بیشتر و بیشتر خواب‌آلود شده و به تدریج به محیط اطراف خود بی‌تفاوت می‌شود. پاسخ‌دهی به محرک‌ها به تدریج کم می‌شود تا جایی که محرک‌های دردناک نیز اثر خود را از دست می‌دهند. تنفس سطحی شده و بعد از مدتی از دفعات آن

[1] CNS depressant

نیز کاسته می‌شود. بیمار معمولاً در این زمان در خواب است و واکنشی به صداها یا محرک‌های متعارف ندارد. در مرحله بعد وی به کما رفته و به واسطه وقفه تنفسی دچار سیانوز و هیپوکسی خواهد شد. هیپوکسی و اسیدوز سرانجام باعث وقفه ضربان قلب شده و منجر به مرگ می‌شود.

جدول ۱-۱۱- بیمارانی که در معرض خطر بالاتر مسمومیت هستند

- افراد بالای ٤٠ سال
- افراد مبتلا به ناراحتی قلبی، ریوی و کبدی-کلیوی
- افراد دارای آسیب‌ها و ضایعات مغزی
- سابقه مسمومیت‌های قبلی با مواد افیونی
- مصرف‌کنندگان چند ماده
- افراد دارای اضافه وزن
- افرادی که به صورت منقطع مصرف مواد داشته یا مرتباً سم‌زدایی ناموفق شده‌اند.
- مصرف‌کنندگان مواد ناخالص با نوسان میزان محتوای ماده افیونی
- استفاده‌کنندگان از داروهایی که بر سیستم عصبی مرکزی یا متابولیزم کبدی-کلیوی اثر می‌گذارند

جهت به حداقل رساندن مسمومیت انجام موارد زیر ضروری است:

- در جریان آموزش بیمار و خانواده، ضمن توضیح کامل درباره متادون و خواص آن، امکان مسمومیت و علایم تذکر داده شود. به ویژه بر تداخل دارویی بین متادون و سایر مواد مخدر و همچنین داروهای تضعیف‌کننده سیستم عصبی مرکزی تأکید شود. معتادان در اکثر موارد تجربه استفاده از ترکیباتی با نیمه - عمر کوتاه را دارند. درباره نیمه عمر طولانی متادون و نقش آن در ایجاد مسمومیت توضیحات لازم را ارائه نمایید.

- تجویز متادون بر اساس آنچه در فصل ۵ «مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران» قید شده است صورت گیرد. افزایش سریع دوز در مرحله القاء اولیه یکی از شایع‌ترین دلایل مسمومیت با متادون است. به راهنمای درمانی پایبند بمانید و برای بیماران اهمیت افزایش آهسته و بطئی را یادآوری کنید.

- در مرحله القاء اولیه حتی‌الامکان هر روز و در غیر این صورت هفته‌ای ۳ بار بیماران توسط پزشک معالج ویزیت شوند. ضمناً تمهیداتی تعبیه شود که بیمار یا خانواده وی در صورت مشکل و نیاز به درمان‌گر دسترسی سریع داشته باشند. ارائه شماره تلفن پزشک برای تماس‌های ضروری یکی از این تمهیدات است.

- از ارایه دوز منزل در مرحله القاء اولیه خودداری کنید. اگر مرکز درمانی در ایام تعطیل و جمعه‌ها، قادر به ارائه خدمات نباشد، بهتر است یکی از بستگان مورد اعتماد، دوز منزل را در اختیار داشته باشد. سعی کنید از شروع درمان در زمانی که تعطیلی‌های پیاپی و متعدد پیش رو است مانند قبل از ایام نوروز خودداری کنید. در ایام هفته نیز بهترین روز شروع القاء شنبه‌ها است تا بیمار حداقل ٦ روز پیاپی برای مراجعه و ویزیت در پیش داشته باشد.

- متأسفانه برخی درمان‌گران در مراحل اولیه درمان تعدادی قرص متادون در اختیار بیمار قرار می‌دهند تا بیمار در هنگام لزوم[1] و به تشخیص خود آن‌ها را مصرف نماید. این اقدام خطا و غیر قابل توجیه است. در این گونه موارد برای تسکین حالات احتمالی بیمار باید به داروهای غیرمخدر و غیرتضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی بسنده کرد.

- در صورت عدم مراجعه بیماران به ویژه در ۲ هفته اول، پیگیری تلفنی را سریعاً به کار اندازید و جویای وضعیت بیمار شوید.

- به یاد داشته باشید که اکثر مسمومیت‌های ناشی از متادون بر خلاف حالاتی چون تزریق وریدی هرویین به آرامی و تدریجی ایجاد می‌شوند. موارد مرگ و میر به ندرت به صورت حاد و ناگهانی و در لحظات اولیه بعد از مصرف متادون است، بلکه اکثراً طی ٦ ساعت بعد و در حوالی شب و زمان خواب بیمار مشکل‌آفرین می‌شوند. معنی دیگر این پدیده این است که علاوه بر سطح سرمی متادون عواملی چون خستگی مزمن سیستم عصبی مرکزی و سیستم تنفسی در بروز مسمومیت نقش دارند. این امر به دلیل نیمه‌عمر طولانی متادون و تجمع تدریجی آن در بدن است. گذر از سطح سرمی حداکثر که معمولاً حدود ۲ ساعت بعد از مصرف متادون اتفاق می‌افتد، تضمینی بر سلامت نبوده و خطر مسمومیت و حتی مرگ تا ساعت‌ها بعد از افول سطح سرمی دارو مشاهده می‌شود. در بسیاری از موارد مسمومیت با متادون حالاتی چون خواب-

[1] PRN

آلودگی، تهوع و استفراغ، عدم تعادل در هنگام راه رفتن، کلام بریده بریده و اشکال در تمرکز و انجام امور ظریف از چند روز پیش مشاهده می‌شده است. با معاینه دقیق و ویزیت‌های فشرده به خصوص در ۲ هفته اول می‌توان این حالات را شناسایی و به راحتی پیشگیری نمود. آموزش خانواده‌ها به ردیابی این حالات نیز بسیار مؤثر است.

- در شروع درمان نگهدارنده به ویژه در ۲ هفته اول باید مراقب مصرف داروهای آرام‌بخش و الکل توسط بیماران بود. در صورتی که بیمار در پرهیز از مصرف مواد مختلف در اوایل درمان ناتوان باشد باید فواصل مراجعات و ویزیت‌های بیمار را کوتاه‌تر کرده و مراقبت‌های دقیق‌تری اعمال نمود. در برخی مواقع به قدری بیمار در کنترل مصرف سایر مواد و داروهای آرام‌بخش ناتوان است که چاره‌ای جز انجام القاء اولیه در شرایط بستری و تحت نظر وجود ندارد.

- به یاد داشته باشید، برخلاف مراحل اولیه درمان و القاء اولیه، در مراحل پیش‌رفته درمان و ثبات، دوز بالاتر متادون با امکان مسمومیت **پایین‌تر** همراه است. زیرا در دوزهای بالاتر بیماران تحمل بیشتری به مواد افیونی پیدا کرده و در صورت مصرف هرویین و سایر مواد افیونی، به آن‌ها واکنش کمتری نشان خواهند داد.

- برخی مراجع ارائه نالترکسون و نالوکسان به خانواده‌ها را در کاهش مرگ و میر معتادان هروییني مؤثر دانسته‌اند اما شواهد ارائه این داروها به خانواده بیماران به منظور استفاده اضطراری برای جلوگیری از مسمومیت با متادون بحث‌انگیز و غیرکافی هستند. به همین دلیل این اقدام توصیه نمی‌شود. فراموش نکنید همان طور که اشاره شد، مسمومیت با متادون اغلب تدریجی است و با علایم هشداردهنده قبلی همراه است. در صورت شناسایی زودهنگام فرصت برای رساندن بیمار به مراکز درمانی وجود دارد.

- مرکز درمانی مکلف است کلیه دوزهای منزل فرمولاسیون شربت دارو را در ظروف مخصوص که اطفال قادر به گشودن آن نباشند، ارایه نماید. دوز منزل متادون باید در محل امن و کاملاً دور از دسترس اطفال قرار داده شود.

- بیمارانی که افکار خودکشی دارند نباید دوز منزل دریافت دارند.

- در صورتی که بیماری به هر دلیل دچار خواب‌آلودگی و کاهش سطح هوشیاری گردد، نه تنها نباید متادون دریافت دارد بلکه نباید از مرکز ترخیص گردد. بیمار باید آن قدر تحت نظر مانده تا علایم مسمومیت وی برطرف شود یا به مرکز درمانی مجهزتر جهت بررسی بیشتر و یا بستری ارجاع گردد.

- گاهی اوقات سطح هوشیاری بیمار به قدری پایین است که به محرک‌ها پاسخ نداده و تنفس وی دچار اشکال می‌گردد. در این صورت باید ضمن خواباندن بیمار به پهلوی چپ، از باز بودن راه تنفسی اطمینان حاصل کرد. در صورت وقفه تنفس اقدام بسیار عاجل لازم است و باید به تنفس مصنوعی اقدام نمود. بخاطر داشته باشید ایست قلبی بواسطه وقفه تنفسی و هیپوکسی ایجاد می‌گردد. بنابراین رساندن اکسیژن و برقرار تهویه تنفسی اولویت دارد. برای این گونه بیماران همزمان می‌توان از ۰/۲ تا ۰/٤ میلی‌گرم نالوکسان عضلانی، زیرجلدی و یا وریدی استفاده نمود. نالوکسان سریعاً باعث افزایش سطح هوشیاری شده و تنفس بیمار را احیاء می‌کند. در صورت عدم پاسخ تکرار تزریق تا حد مجموعاً ۱/۵ میلی‌گرم نالوکسان مجاز است. فراموش نکنید تجویز مقادیر زیادتر نالوکسان ممکن است باعث بروز علایم شدید محرومیت شده و برای بیمار آزاردهنده باشد. در صورت عدم پاسخ به این مقدار از نالوکسان، احتمالاً بیش‌مصرف مواد افیونی یا متادون عامل کاهش سطح هوشیاری نبوده و مواد دیگر او را به اغماء برده‌اند.

- در صورت پاسخ بیمار به نالوکسان و بازگشت تنفس و هوشیاری، متأسفانه خطر هنوز رفع نشده است. متادون آگونیستی با نیمه‌عمر و اثر طولانی است و بعد از ناپدید شدن اثر کوتاه مدت نالوکسان، اثرات آن مجدداً به سراغ بیمار خواهد آمد. به همین دلیل لازم است بعد از احیاء تنفس و بازگرداندن سطح هوشیاری بیمار وی تا چندین ساعت تحت نظر باقی بماند.

تجویز متادون به هر کس در حالت خواب‌آلودگی و کاهش هوشیاری ممنوع است

ترخیص بیمار خواب‌آلوده و مبتلا به کاهش سطح هوشیاری از مرکز درمانی ممنوع است

فصل دوازده- مداخلات غیردارویی در درمان نگهدارنده

چقدر ارائه خدمات غیردارویی در موفقیت درمان مؤثر است؟ آیا الزامی به انجام خدمات مشاوره، روان‌درمانی و مددکاری در درمان نگهدارنده وجود دارد؟ پاسخ به این سؤال به راحتی ممکن نیست و در دنیا اختلاف نظرات فراوانی وجود دارد. آنچه به عنوان اصل مطرح است و همه بر آن اتفاق نظر دارند ۲ اصل زیر است:

۱. ارائه درمان نگهدارنده بدون انجام مداخلات روان‌شناختی در برخی از کشورها شایع است. این گزینه به «مدیریت پزشک»[1] معروف است و در جریان آن پزشک به تنهایی مدیریت درمانی بیمار را به عهده می‌گیرد. معمولاً به جلسات ویزیت هفتگی و آن هم در حد ۲۰ دقیقه برای هر جلسه بسنده شده و پزشک به سان سایر بیماری‌های طب داخلی با مشکلات بیمار برخورد می‌کند. کل فرایند آموزش، ارزیابی، تعیین دوز و مشاوره در حد امکان در جلسه کوتاه ویزیت ارائه می‌شود. اثربخشی درمان نگهدارنده حتی با این حدِ کم درگیری درمان‌گران به اثبات رسیده و مقبول است.

۲. با افزایش اقدامات مداخله‌ای غیردارویی مانند مشاوره، روان‌درمانی، رفتاردرمانی، آموزش بیمار و خانواده، خانواده درمانی، بازتوانی، حرفه‌آموزی و مدیریت مشروط بر میزان موفقت درمان نگهدارنده افزوده می-شود و نتایج حاصل از درمان درخشان‌تر می‌گردد.

درباره این که کدام مداخلات غیردارویی بهترین نوع مداخله بوده و یا هزینه-اثربخشی و هزینه-فایده آنها چگونه است ابهاماتی وجود دارد. به عنوان مثال مشخص شده که ارائه ٤٥ دقیقه مشاوره هفتگی می‌تواند موارد آزمایش ادرار منفی در درمان نگهدارنده را به نصف تقلیل دهد، اما افزایش جلسات مشاوره به ۳ جلسه ٤٥ دقیقه‌ای در هفته ارجحیت چشمگیری به یک بار در هفته ایجاد نمی‌کند و تنها هزینه اضافی بر نظام درمانی تحمیل خواهد کرد.

بر اساس آنچه گفته شد ارایه مداخلات روانی، اجتماعی به صورت یک جلسه در هفته در شروع درمان (شش ماه اول) به منظور تقویت نتایج درمانی برای تمام بیماران دریافت‌کننده درمان نگهدارنده با متادون در برنامه‌های سرپایی درمان (به جز مراکز گذری) به عنوان یک رویکرد استاندارد الزامی می‌باشد. مطلوب است خدمات روانی، اجتماعی در سیر درمان بیماران متناسب با مرحله درمان مراجع تداوم یابد.

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

[1] PM: physician management

مدیریت بیمار[1]- در این مداخله نیازهای کوتاه مدت و دراز مدت بیمار به کمک مصاحبه و جلسات مشاوره شناسایی شده و درمان‌گر (معمولاً روان‌شناس یا مددکار اجتماعی) به اتفاق بیمار راه‌های کوتاه مدت و دراز مدت رسیدن به آنها را تعیین کرده و به حل موردی مشکلات می‌پردازند. نیازهای درمانی و مکمل هر بیمار منحصر به فرد است و حل درست و به موقع آنها مانع عود شده و اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد. یک نفر روان‌شناس یا مددکار اجتماعی مسئولیت تعداد معینی بیمار را به عهده گرفته و به کمک آن‌ها راهبردها و راهکارهایی برای حل مجموعه‌ای از مشکلات هر یک را تنظیم می‌کند. آن گاه بیماران را در رسیدن به اهداف یاری می‌دهد.

مشاوره[2]- مشاوره می‌تواند حتی در قالب جلسات کوتاه و محدود اثربخشی محسوسی در حل مشکلات بیمار و آموزش او در یافتن راه حل‌های بهتری برای خود داشته باشد. معمولاً جلسات به صورت ۳۰ دقیقه‌ای است و توسط روان‌شناس، مشاور، مددکار و حتی در صورت آموزش توسط پرستار ارائه می‌گردد. افزودن رویکردهای مصاحبه انگیزشی[3] در مشاوره‌ها به افزایش اثربخشی آن کمک می‌کند. در این گونه مشاوره‌ها سعی می‌شود با مقاومت‌های بیمار مستقیماً مقابله نشده بلکه با واگذاری نقش فعال و مسئولانه به وی و گوش دادن فعال به مشکلات، بر مقاومت-های او لغزیده و او را تشویق به ادامه درمان و مصرف متادون نمود.

از آنجایی که درمان نگهدارنده یک مداخله درازمدت است، لازم است بیمار از ابتدای امر بر طولانی بودن مداخله واقف بوده و در جریان مشاوره فواید و مضار ورود به درمان را بسنجد. بیمار به واسطه درمان، اموری را مانند اعتبار از دست رفته، بهبودی ظاهر، حذف وسوسه و افسردگی به دست خواهد آورد، اما هم‌زمان ممکن است اموری را از دست دهد. به عنوان مثال آزادی مسافرت یا صرف ساعات زیادی از اوقات خود در مراجعه روزانه به مرکز درمانی در زمره آن چیزهایی است که بیمار 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 بیماران کمک می‌کند بر دودلی[4] خود غلبه کرد و با تصمیم آگاهانه وارد درمان شوند. از دیگر موارد عمده مشاوره، پرداختن به نگرانی بیمار از عوارض احتمالی درمان نگهدارنده است. خانواده‌ها و بیماران از طولانی بودن آن مضطرب شده و گاهی درمان‌گر را به خاطر این درمان سرزنش می‌کنند. گاهی نیز انتظارات نامعقول بیمار از درمان و عدم تأمین آن‌ها، نگرش بیماران را به درمان منفی می‌سازد. تصور این که درمان نگهدارنده قرار است تمام توان از دست رفته روانی بیمار را بوی بازگرداند یا او را قادر به حل مشکلات زندگی نماید از جمله این باورهاست. مشاور به ترسیم نمایی واقعی از اثربخشی درمان می‌پردازد.

---

[1] case management
[2] counseling
[3] MI: motivational interviewing
[4] Ambivalence

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

مدیریت مشروط[1]- در این حالت برای موفقیت‌های درمانی بیمار پاداش‌هایی (یا برعکس برای ناکامی‌های وی مجازات‌هایی) در نظر گرفته می‌شود. این پاداش‌ها می‌توانند حتی جنبه مالی داشته باشند و به قید قرعه بیمار افراد موفق‌تر تعلق گیرند. به عنوان مثال برای هر نوبت آزمایش ادرار منفی بیمار، کارت یا ژتونی به او تعلق گرفته و در انتهای هر هفته یا ماه به قید قرعه به یک یا چند کارت هدیه نقدی یا غیرنقدی تعلق می‌گیرد. گاهی نیز قرعه‌کشی در میان نبوده و به تمامی واجدین شرایط پاداش یا هدیه‌ای داده می‌شود. جالب است بدانید پشتوانه علمی اثربخشی مدیریت مشروط با وجود سهولت اجرا و سادگی نظری، بیش از سایر مداخلات بوده و بیشتر از آن‌ها شواهد علمی معتبر در تأیید آن وجود دارد. البته درباره میزان پاداش‌ها، زمان‌بندی ارائه آن‌ها، قرعه یا غیر قرعه بودن انتخاب دریافت‌کنندگان و نقدی یا غیرنقدی بودن 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 غیرساختاری با شرکت بیماران و درمان‌گران تشکیل می‌گردد. این گروه‌ها معمولاً در کاهش استرس بیماران و یادگیری راهکارهایی برای مبارزه با مشکلات روزمره و اجتناب از عود و وسوسه مؤثر هستند. همچنین منبع بی‌نظیری برای دریافت حمایت روحی و روانی هستند. هدایت گروه‌ها را حتی می‌توان به معتادان با سابقه بهبودی بالا واگذار کرد. انجام این گروه‌ها با حضور ۱۰ تا ۱۲ بیمار و یک تا دو بار در هفته قویاً توصیه می‌شود.

آموزش بیمار و خانواده- آموزش بیمار و خانواده به صورت فردی یا گروهی یکی از ارکان مهم درمان نگهدارنده است. این درمان از منطق خاص خود برخوردار است و متاسفانه نه تنها گاهی بیماران و خانواده آنها در باره ماهیت و عملکرد آن دچار خطا می‌شوند بلکه در مواردی درمان‌گران نیز برداشت‌های نادرستی از ماهیت آن دارند و اطلاعات غلطی را به بیماران منتقل می‌کنند. آموزش بیمار و خانواده وی بصورت مجزا یا مشترک در قالب ۲ تا ٤ جلسه ٤٥ تا ٦٠ دقیقه‌ای توصیه می‌شود. این آموزش جهت سهولت و افزایش تعامل می‌تواند در قالب گروه‌های ۱۵ تا ۲۰ نفره با حضور چند بیمار و خانواده برگزار گردد. البته بیماران باید از نظر جسمی در حالت مساعدی باشند تا بتوانند در آموزش‌ها شرکت نمایند. از اجرای آموزش برای بیمارانی که به تعادل جسمی نرسیده و از علایم مختلف بدنی شاکی هستند باید تا زمان رفع این علایم خودداری کرد. رئوس مطالبی که باید پوشش داده شود به قرار زیر است:

[1] Contingency management

- اعتیاد چیست؟
- چرا اعتیاد را بیماری می‌دانیم؟
- چرا بعضی انسان‌ها معتاد می‌شوند؟
- علایم اعتیاد چیست؟
- مواد افیونی کدامند؟ و چه اثراتی دارند؟
- مواد محرک چیست؟ و علایم مصرف آن کدامند؟
- برای درمان اعتیاد چه راه‌هایی وجود دارد؟
- درمان نگهدارنده چیست؟ چرا درمان نگهدارنده مؤثر است؟
- درمان نگهدارنده برای چه کسانی مناسب است؟
- به غیر از درمان نگهدارنده، چه گزینه‌هایی برای بیماران وجود دارد؟
- چند و چون و شرایط اجرای آن کدام است؟
- آیا درمان نگهدارنده خود نوعی اعتیاد نیست؟ چه تفاوتی بین درمان نگهدارنده و اعتیاد به مواد مخدر وجود دارد؟
- اثرات و شیوه اثر متادون (یا بوپرنورفین) چیست؟
- درمان نگهدارنده تا چه مدت باید ادامه یابد؟
- برای اثر بهتر درمان نگهدارنده چه کارهایی می‌توان انجام داد؟
- چند باور غلط درباره متادون (یا بوپرنورفین) و درمان نگهدارنده به بحث گذاشته شود
- ضوابط اجرایی و مقررات درمان نگهدارنده (از جمله سیاست قطع اجباری درمان و مسأله هزینه درمان) و ضرورت انجام آنها توضیح داده شود.
- ضرورت آزمایش ادرار و تفسیر آن برای بیمار و خانواده‌ها توضیح داده شود.

- علایم مسمومیت افیونی و بیش‌مصرف متادون به طور کامل توضیح داده شود.
- تداخلات دارویی در درمان نگهدارنده توضیح داده شود.
- حقوق بیماران در درمان کدامند؟
- استفاده از سایر 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 غیردارویی تشویق شوند.
- راه‌های مناسب برخورد با فرد معتاد چیست؟
- جایگاه بی‌اعتمادی خانواده به بیمار و تأثیر 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 راه-حل‌های درست و نادرستی وجود دارد.
- مشکلات شایع و سؤالات بیماران و خانواده‌ها پاسخ داده شود.

به خاطر 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 موفقت 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 فیلم برای بیماران و خانواده آنها به نمایش گذاشت و یا در قالب کتابچه آموزشی تهیه کرده و در دسترس آنها قرار داد.

فعال‌سازی رفتاری[1]- یکی از کوتاهی‌های عمده در درمان نگهدارنده که سرانجام ممکن است درمان را به بن‌بست برساند عدم توجه به فعال‌سازی است. این کوتاهی از آنجا نشأت می‌گیرد که تصور می‌شود اگر بیمار به هر طریق از

[1] behavioral activation

جمله به کمک متادون مصرف مواد مخدر را قطع کند، خودبخود مسیر بهبودی را طی خواهد کرد. به عبارت دیگر قطع مصرف نه تنها اولویت اصلی بلکه تنها اولویت درمان در می‌آید. در سیر درمان و به ویژه درمان نگهدارنده در مدت کوتاهی بعد از آن که بیماران 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 بسیاری به یک حالت ایستایی و رکود می‌رسند و بی‌حوصلگی[1] و افسردگی گریبان آنها را می‌گیرد. از این حالت گاهی بعنوان «دیوار»[2] یاد می‌شود و یکی از چالش‌های درمان نگهدارنده است.

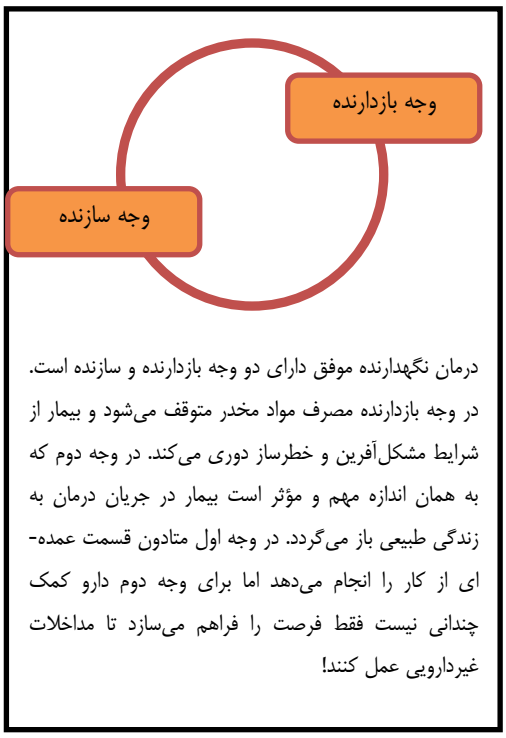
نکته مهم این است که علاوه بر توقف مصرف مواد مخدر، سوق دادن بیمار به سوی بازگشت به کارکرد طبیعی و زندگی معمول به همان اندازه مهم و کلیدی است. باید اعتراف کرد که متأسفانه این وجه از درمان نگهدارنده مغفول بوده و اکثراً بدان توجه نمی‌شود. درمان‌گر علاوه بر ارزیابی و نظارت مستمر بر عدم مصرف مواد مخدر باید روند بازگشت بیمار به سطح فعالیت طبیعی را نیز دنبال نماید. برخی بیماران ترتیب امور را این گونه می‌بینند که در درمان نگهدارنده مانده و بعد از آن که مواد را کاملاً کنارگذاشتند و از وسوسه و میل مصرف دوری کردند سرانجام از درمان نگهدارنده جدا شده و بعد به زندگی خود باز می‌گردند. در حالی که بازگشت تمام عیار 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 دیر یا زود دچار افسردگی، بی‌حوصلگی و سرخوردگی از درمان می‌شوند. متعاقب این حس سرخوردگی ممکن است به مصرف سایر مواد مخدر از جمله مت‌آمفتامین یا الکل رو بیاورند یا مرتباً متادون خود را افزایش دهند. یکی از دلایل تقاضای مکرر و بی‌وقفه برای افزایش دوز متادون رسیدن به حالت رکود و ایستایی در درمان نگهدارنده و عدم فعال‌سازی به موقع است. بیمار برای فرار از خلق منفی و احساس سستی، ناتوانی و بی‌انگیزگی متقاضی افزایش دوز خود می‌شود به این امید واهی و زودگذر که به کمک متادون مختصری از علایم خود را کاهش دهد. محورهای عمده فعال‌سازی که لازم درمان‌گر پیگیر آنها باشد به قرار زیر است:

- 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 بدین می‌آید.
- امور شخصی- بیمار باید در جریان درمان نگهدارنده به تدریج کلیه امور شخصی خود را شخصاً انجام دهد و درمان‌گر باید پیگیر این سیر بهبودی باشد.

[1] boredom
[2] the wall

- فعالیت روزانه- در جریان اعتیاد فعالیت روزانه بیماران شامل خواب، غذا خوردن، ورود و خروج از منزل جنبه نامنظم و بهم ریخته می‌گیرد. در جریان درمان، درمان‌گر باید به اصلاح سبک زندگی بیمار همت گمارد. بدین منظور گاهی از برنامه‌های مدون رفتاری برای پایش و نظارت بر کلیه فعالیت‌های روزمره استفاده می‌شود.

- کار و اشتغال- بیمار باید بتواند فعالیت شغلی سازنده و رضایت‌بخش را دنبال کند. درمان‌گر موظف است در جریان جلسات مشاوره پیگیر 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- بیمار باید قادر باشد برای اوقات فراغت خود فعالیت‌های مفرح و سرگرم کننده ترتیب داده و فعالانه آنها را پیگیری نماید. نباید تصور شود این مسأله جنبه تجملی دارد. بیمارانی که بعد از گذشت ٦ ماه از درمان نگهدارنده از یافتن جایگزینی که بتوانند از آن لذت ببرند باز می‌مانند در معرض عود یا شروع مصرف مواد مخدر دیگر هستند.

- معاشرت‌ها- بیمار 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 حلقه‌ای صمیمی از افراد سالم غیرمصرف‌کننده بپیوندد دیر یا زود به دیوار می‌رسد. درمان‌گر باید پیگیر و مشوق بیمار در حرکت به این سو نیز باشد.

به طور خلاصه یادآوری می‌گردد که درمان نگهدارنده موفق دارای دو بعد بازدارنده از مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر و سازنده در جهت بازگشت به روابط طبیعی و مفرح زندگی و یافتن جایگزین‌های (آلترناتیوهای) مثبت است. غفلت از وجه دوم درمان نگهدارنده یا موکول‌سازی آن به بعد از اتمام درمان نگهدارنده، ناقض روح و فلسفه یک درمان موفق است. به محض آنکه بیمار از نظر علایم محرومیت مواد افیونی و مشکلات عمده روان‌پزشکی به ثبات برسد باید برنامه‌های فعال‌سازی در دستور کار قرار گیرند.

قراردادهای درمانی-استفاده از قراردادهای درمانی کوتاه مدت، مشخص و ساده یکی از روش‌های بسیار موفق مداخله غیردارویی است. قطع مصرف برای یک روز، حصول یک آزمایش ادرار منفی، یک ساعت ورزش در ۲ روز

آینده، رفتن به یک مهمانی، تلفن زدن به ۲ نفر از دوستان قدیمی، پرداخت قبض آب و برق و شستن اتومبیل می‌توانند هرکدام یک قرارداد درمانی باشند. بیمار با انجام موفق هر قرارداد درمانی، متعهد به انجام یک قرار داد دیگر با مختصر تعهد بیشتر و فراگیرتر می‌گردد. باید توجه داشت در این تکنیک از متعهدسازی به موارد دراز مدت، کلی، مبهم و متعدد خودداری می‌شود. بعنوان مثال امتناع از مصرف مواد مخدر، منضبط بودن در ملاقات‌ها، عدم تأخیر در انجام کارها، عصبانی نشدن در کارها و غیره محتوای مناسبی برای قرارداد نیستند.

روان‌درمانی شناختی، رفتاری- این مداخلات با بهره‌گیری از مدل‌های کلاسیک روان‌درمانی شناختی و رفتاری به بیمار 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 ٢٤ تا ٣٦ جلسه را در برگیرد.

مداخلات ساختاری[1]- اثربخشی مطلوب و نیاز به اجرای مداخلات روان‌شناختی استاندارد و با کیفیت از یک سو و نبود درمان‌گر باتجربه و آموزش دیده از سوی دیگر، عده‌ای را بر آن داشت تا به تعریف مداخلات ساختاری خاص در قالب بسته‌های[2] درمانی غیردارویی اقدام نمایند. این بسته‌ها معمولاً آمیزه‌ای از تکنیک‌های فوق است و طراحی ساختاریافته آن به درمان‌گر کمک می‌کند تا درمان را در قالبی مطلوب و استاندارد عرضه دارد. ضمناً به دلیل ساختار تعریف شده و چارچوب معین این مداخلات، آموزش آن‌ها به درمان‌گران بسیار ساده‌تر است. در مواردی حتی آموزش به و اجرای بسته توسط افراد عادی غیرمتخصص[3] نیز مجاز شناخته شده است. در برخی موارد نیز از معتادان اسبق که دارای دوره سلامت طولانی هستند استفاده می‌شود. این بسته‌ها معمولاً ۱۲ تا ٢٤ ساعت را در برمی‌گیرند و شامل اجزایی چون آموزش، مشاوره انگیزشی، قراردادهای متعدد کوتاه مدت، بازخورد مثبت به موفقیت‌ها، ثبت و نظارت پیشرفت بیمار چه در کاهش مصرف و رفتارهای پرخطر و چه در پیگیری فعال‌سازی رفتاری، به کاربری چند تکنیک در کنترل وسوسه، خشم و سایر تکانه‌ها، پایبندسازی و متعهد نمودن به مراجعه و مصرف متادون و پیگیری تلفنی را در بر می‌گیرند. آموزش این مداخلات به افراد بدون تجربه درمانی در قالب دوره-های کوتاه مدت میسر است.[4]

[1] brief structured interventions
[2] package
[3] laymen
[4] Behavioral Drug and Risk Reduction Counselling (BDRRC)

سایر موارد- در کنار مداخلات فوق، استفاده از طیف وسیعی از مداخلات دیگر مجاز و رایج است. استفاده از تکنیک-های آرام‌سازی[1]، یوگا، طب سوزنی، هیپنوتیزم، سایکودرام و ایفای نقش، ورزش‌درمانی، موسیقی‌درمانی، حرفه-آموزی و بازتوانی، گروه‌های عرفانی با رویکردهای روحانی[2] و موارد بسیار دیگری با موفقیت‌هایی همراه بوده است.

بدیهی است استفاده از آنها منوط به داشتن تبحر کافی در ارائه کنندگان و رضایت آگاهانه و اختیار بیمار در استفاده از آن‌هاست.

[1] relaxation

[2] spiritual

فصل سیزده- درمان نگهدارنده در بارداری

اطلاعات کافی درباره شیوع مصرف مواد افیونی در زنان باردار یا تعداد زنان باردار تحت درمان با درمان نگهدارنده با متادون در کشور در دسترس نیست.

عوارض مصرف مواد در بارداری

زنان باردار وابسته به ترکیبات افیونی به دلایل زیر در معرض خطر افزایش یافته تجربه عوارض بارداری و سایر بیمازی‌ها هستند:

- مراقبت ناکافی بارداری
- عوامل مرتبط با سبک زندگی شامل سیگار کشیدن، تغذیه نامناسب، توجه ناکافی به وضعیت سلامتی، رفتارهای پرخطر جنسی، سطوح بالای محرومیت و استرس
- دوره‌های مکرر مسمومیت و ترک که می‌تواند به جنین آسیب زده یا زایمان زودرس یا سایر عوارض را القا کند

برخی بیماری‌های پزشکی شایع در زنان باردار در جدول ۱-۱۳ فهرست شده است. شیوع بالای مشکلات طبی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی اهمیت مراقبت بارداری به منظور شناسایی و درمان آن‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱-۱۳- عوارض شایع طبی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی

کم‌خونی	فلبیت	اچ‌آی‌وی
باکتریمی/سپتی‌سمی	پنومونی	سیفلیس
بیماری قلبی، خصوصاً اندوکاردیت	بهداشت دهان ضعیف	کزار
سلولیت	بیماری‌های منتقله از راه جنسی	سل
ادم	کلامیدیا	عفونت‌های مجاری ادرار
دیابت بارداری	کوندیلوماتا آکومیناتوم	سیستیت
هپاتیت (حاد و مزمن)	گونوره‌آ	پیلونفریت
فشار خون بالا/تاکیکاردی	هرپس	اورتریت

عوارض زایمانی در زنان باردار معتاد به مواد افیونی در جدول ۲-۱۳ فهرست شده است. تشخیص این عوارض ممکن است در بیمارانی که معتاد به مواد افیونی هستند دشوار باشد، زیرا آن‌ها اغلب وجود عوارض را انکار می-کنند یا از مراجعه درمانی پزشکی اجتناب می‌کنند.

جدول ۲-۱۳- عوارض زایمانی شایع در زنان معتاد به مواد افیونی

• پارگی جفت	• خون‌ریزی بعد از زایمان
• کوریوآمنیونیت	• پره‌اکلامپسی
• مرگ داخل رحمی	• زایمان زودرس
• تأخیر رشد داخل رحمی	• پارگی زودرس غشاءها
• خروج مکونیوم داخل رحمی	• ترومبوفلبیت عفونی
• نمرات آپگار پایین	• سقط خودبخودی
• نارسایی جفت	

تشخیص اعتیاد به مواد افیونی در زنان باردار

برخی زنان وابسته به مواد افیونی به سهولت متوجه بارداری نمی‌شوند یا نشانه‌های بارداری مثل خستگی، سردرد، تهوع و استفراغ، دل پیچه را به محرومیت از مواد افیونی نسبت می‌دهند. در نتیجه، شروع بارداری منجر به افزایش دوز مواد افیونی غیرقانونی یا سایر مواد در این بیماران گردد که علایم ناشی از بارداری را تسکین نمی‌دهد، اما جنین را در معرض سطوح افزایش یافته مواد قرار می‌دهد.

بسیاری از زنان معتاد به مواد افیونی آمنوره ایجاد شده در اثر سبک زندگی پراسترس و ناسالم را با ناباروری اشتباه می‌گیرند. آن‌ها ممکن است برای سال‌ها از نظر جنسی فعال باشند و بدون آن که از داروهای ضدبارداری استفاده کنند، باردار نشوند. از آن جا که متادون کارکردهای اندوکرین را به حالت طبیعی بازمی‌گرداند، غیرمعمول نیست که زنان در مراحل اولیه درمان دارویی به صورت ناخواسته باردار شود، خصوصاً اگر هیچ گونه مشاوره‌ای در مورد احتمال وقوع این موضوع دریافت نکرده باشند.

برای تشخیص اعتیاد به مواد افیونی و سایر مواد در زنان باردار باید اطلاعات به دست آمده از شرح حال پزشکی و مواد، معاینه فیزیکی، آزمایش مواد و علایم و نشانه‌های محرومیت را ادغام نمود. در صورت مواجهه با بیماری‌های همراه با مصرف مواد (برای مثال هپاتیت، اندوکاردیت باکتریایی، سلولیت)، مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری و ناهنجاری‌های رشد جنین توضیح داده نشده (برای مثال تأخیر رشد داخل رحمی) بررسی بیش‌تر از نظر اعتیاد اهمیت بالایی پیدا می‌کند. استفاده از آزمون چالش با آنتاگونیست برای تشخیص اعتیاد به مواد افیونی، طور کلی مجاز نبوده و به طور خاص در زنان باردار مطلقاً ممنوع است، زیرا حتّی القای محرومیت خفیف می‌تواند باعث زایمان زودرس یا سایر عوارض جانبی جنینی گردد.

درمان نگهدارنده به عنوان درمان استاندارد

شروع یا تداوم درمان نگهدارنده روش ترجیحی برای درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری است. درمان نگهدارنده به صورت اساسی نوسانات در سطوح خونی مواد اُپیوئیدی مادر را کاهش داده و بدین ترتیب از جنین در برابر چرخه‌های مکرر مسمومیت و محرومیت محافظت می‌کند. درمان نگهدارنده در بیماران باردار همان منافعی را دربردارد که در سایر بیماران به صورت عمومی دیده می‌شود. به علاوه، درمان نگهدارنده سترسی به مراقبت بارداری و نوزادی را افزایش داده و از این طریق خطر عوارض زایمانی و جنینی، تأخیر رشد داخل رحمی و مرگ و میر و بیماری‌های نوزادی را کاهش می‌دهد. گرچه متادون و بوپرنورفین به لحاظ مصرف در بارداری طبقه C هستند، درمان نگهدارنده با این داروها درمان انتخابی در باداری محسوب می‌شود. مواجهه داخل رحمی با متادون یا بوپرنورفین خطر ناهنجاری‌های جنینی را افزایش نمی‌دهد.

زنان مصرف‌کننده مواد افیونی باردار باید در پذیرش و فرآیند ارزیابی در مرکز درمانی اولویت داده شوند.

انتخاب نوع داروی نگهدارنده همچون سایر مراجعان بر اساس ملاک‌های پروتکل و ترجیح مراجع انجام می‌پذیرد. در باره مزایای و معایب انتخاب هر یک از درمان‌ها باید برای مراجع توضیح کافی داده شود. مطالعات نشان می-دهند درمان نگهدارنده با متادون از نظر ماندگاری و دستیابی به آزمایش منفی در درمان بر بوپرنورفین ارجحیت دارد، اما سندرم پرهیز نوزادی به صورت معنی‌داری با بوپرنورفین از متادون کمتر است. در صورت استفاده از بوپرنورفین در بارداری باید از محصول تکی استفاده شود و استفاده از محصول ترکیبی بوپرنورفین (بوپرنورفین+نالوکسان) در بارداری و شیردهی ممنوع است.

زنان باردار مصرف‌کننده مواد افیونی باید در فرآیند ارزیابی و شروع درمان نگهدارنده با متادون اولویت داده شوند. گاهی زنان روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست باردار می‌شوند. در این گونه موارد باید بیماران

را تشویق نمود تا پایان بارداری درمان نگهدارنده خود را قطع نکنند. برخی زنان وقتی متوجه می‌شوند که باردار شده‌اند، انگیزه و تمایل بالایی پیدا می‌کنند که مصرف داروی آگونیست خود را قطع کنند. در چنین شرایطی بازگیری از مواد افیونی یک گزینه درمانی پرخطر محسوب می‌شود، زیرا احتمال عود پس از بازگیری بالاست و عود اثرات منفی بر سیر بارداری و زایمان خواهد داشت. به علاوه، علایم بازگیری از مواد افیونی شدید می‌تواند باعث القای سقط خودبخودی در سه ماهه اول یا زایمان زودرس در سه ماهه سوم بارداری گردد. درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست در مقایسه با خطرات مصرف مواد افیونی عوارض تکاملی طولانی مدت اندکی دارد.

دوز متادون و درمان

با پیش‌رفت بارداری به علل زیر زیست‌فراهمی متادون کاهش می‌یابد:

- افزایش سوخت‌وساز
- افزایش حجم پلاسما
- افزایش پروتیین‌های پلاسما که به متادون متصل می‌شوند
- متابولیسم جفتی متادون

به همین دلیل ممکن است لازم باشد با پیش‌رفت بارداری در سه ماهه دوم و سوم دوز متادون افزایش داده شود.

در بیشتر مطالعات بین دوز نگهدارنده متادون و بروز یا شدت سندرم پرهیز نوزادی ارتباطی دیده نشده، بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از دوز پایین متادون در دوران بارداری خطر بروز سندرم پرهیز نوزادی را پایین نمی-آورد. به علاوه، کاهش دوز متادون می‌تواند منجر به تداوم مصرف مواد و افزایش خطر هم برای مادر و هم جنین شود. مطالعات درمان نگهدارنده با متادون در بارداری نشان داده است استفاده از رژیم «دوز کافی» با افزایش وزن، کاهش مصرف مواد غیرقانونی و بهبود پایبندی به مراقبت بارداری در مادر باردار و افزایش وزن تولد و دور سر، طولانی شدن بارداری و بهبود رشد نوزادان متولد شده از زنان روی درمان نگهدارنده با متادون همراه است.

توصیه می‌شود دوز متادون زنان باردار برای دستیابی به سطوح درمانی مؤثر به صورت فردی تعیین شود.

القاء و تثبیت

دوز متادون زنان باردار باید بر اساس همان ملاک‌هایی تعیین شود که در سایر بیماران انجام می‌شود. زنانی که پیش از بارداری متادون می‌گرفتند باید در اوایل بارداری با همان دوز به درمان خود ادامه دهند. گرچه، اگر زن

باردار بر روی متادون نباشد، توصیه می‌شود که درمان به روش استاندارد سرپایی برای بیمار القاء شود یا بیمار در بیمارستان (برای به طور میانگین ۳ روز) بستری تا وضعیت ارزیابی از نظر بارداری و وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی انجام و درمان نگهدارنده با متادون شروع شود. برای زنان بارداری که درمان نگهدارنده به صورت سرپایی القاء می‌شود، یک پروتکل وسیعاً پذیرفته شده شروع درمان با دوز ۱۰ تا ۳۰ میلی-گرم در صبح است. باید از بیمار خواسته شود بعد از ظهر برای ارزیابی پیگیری مراجعه نماید و بر اساس پاسخ درمانی دوز اولیه را می‌توان با ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم متادون بیشتر تکمیل نمود. در صورت القای درمان به صورت سرپایی **دو نوبت ویزیت در روز** باید تا زمان تثبیت بیمار ادامه یابد. اگر شواهدی از مسمومیت یا محرومیت ظاهر شود، باید دوز متادون بلافاصله تصحیح شود. اکثر زنان باردار در عرض ٤٨ تا ٧٢ ساعت بر روی متادون تثبیت می‌شوند. در جایگاه‌های سرپایی، که معمولاً امکان پایش جنین وجود ندارد، ثبت حرکات جنین در فواصل زمانی معین در طول دوره القای درمان اهمیت بالایی دارد.

دوز منقسم

تغییرات دوران بارداری باعث کاهش نیمه‌عمر متادون و افزایش نسبت اوج به نشیب متادون می‌شود، به همین دلیل کاربرد رژیم‌های دوز منقسم متادون در سه ماه دوم و سوم بارداری پذیرفته شده است، اما پژوهش‌های تجربی در خصوص اثرات آن بر سطوح خونی مادر و جنین محدود است. در سه ماهه دوم و سوم تجویز متادون در دوزهای منقسم ۱۲ ساعته بهتر می‌تواند علایم محرومیت و وسوسه مواد افیونی و مصرف هم‌زمان مواد محرک را کاهش دهد.

درمان بیش‌مصرف حاد مواد افیونی در بارداری

بیش‌مصرف مواد افیونی در بارداری هم مادر باردار و هم جنین او را به مخاطره می‌اندازد. نالوکسان، یک آنتاگونیست خالص کوتاه اثر اُپیوئیدی، درمان دارویی انتخابی برای بیش‌مصرف مواد افیونی است، اما با توجه به آن که القای محرومیت خطر سقط و زایمان زودرس را افزایش می‌دهد، در زنان باردار به عنوان آخرین گزینه در نظر گرفته شود. پس از گذاشتن یک راه هوایی برای اطمینان از تنفس کافی، بیمار باید نالوکسان داخل وریدی (۰/۰۱ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن) دریافت کند. پس از به دست آوردن مجدد هوشیاری، می‌توان دوزهای بیشتر نالوکسان را هر ٥ دقیقه برای بیمار تجویز نمود. طول اثر نالوکسان بسته به دوز و نوع ماده مصرف شده بین ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت متغیر است. بنابراین، علایم ممکن است در عرض ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت از درمان نالوکسان برگردد و درمان‌گران باید تجویز داخل وریدی یا عضلانی نالوکسان را تا زمان کاهش قابل توجه اثرات مواد افیونی ادامه دهند، که ممکن است ۲ تا ۳ روز به طول انجامد. برای اجتناب از محرومیت حاد از مواد افیونی که می‌تواند به جنین آسیب برساند، باید مراقبت ویژه انجام شود. درمان‌گران باید دوز نالوکسان طوری تنظیم کنند

که از بروز علایم محرومیت اجتناب شود و در صورت وقوع علایم محرومیت حاد، علایم را با استفاده از یک داروی اُپیوئیدی کوتاه اثر درمان کنند.

درمان بازگیری با متادون

بازگیری یا «سم‌زدایی» با استفاده متادون در زنان باردار توصیه نمی‌شود، زیرا خطر عود به مصرف مواد با این روش درمانی بسیار بالاست. تصور می‌شود بازگیری از ترکیبات افیونی در سه ماهه اول بارداری با افزایش خطر عوارض زایمان همراه باشد. بازگیری از ترکیبات افیونی در سه ماهه سوم بارداری می‌تواند با دیسترس و مرگ جنین همراه باشد. بنابراین مهم است که زنان باردار در سه ماهه اول یا سوم علایم محرومیت را تجربه نکنند. اگر بازگیری در طول بارداری مورد نظر قرار گیرد، باید در سه ماهه دوم انجام گیرد. در رژیم کاهش دوز در بارداری توجه به نکات زیر توصیه می‌گردد:

- کاهش دوز صرفاً باید در صورتی انجام پذبرد که وضعیت بارداری باثبات باشد.
- شدت و سرعت کاهش دوز متادون باید منعطف و متناسب با علایم تجربه شده توسط زن باردار باشد.
- باید از علایم محرومیت تا حد ممکن اجتناب شود، زیرا منجر به دیسترس قابل توجه برای جنین می‌شود.
- پایش دقیق بارداری و جنین باید در طول دوره کاهش دوز انجام شود.
- برای بازگیری از متادون، کاهش دوز متادون به میزان ۱/۰ تا ۲/۵ میلی‌گرم در روز در بیماران بستری و ۲/۵ تا ۱۰/۰ میلی‌گرم در هفته در بیماران سرپایی معمولاً بی‌خطر در نظر گرفته می‌شود.
- بازگیری از متادون باید در صورت ایجاد استرس جنینی یا تهدید به زایمان زودرس متوقف گردد.

تداوم درمان پس از زایمان

پس از تولد نوزاد با توجه به برگشت تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر دوز متادون باید کاهش داده شود. پیشنهاد می‌شود پس از زایمان درمان در زنانی که پیش از بارداری روی متادون بوده‌اند با دوز مشابه پیش از بارداری و در زنانی که درمان نگهدارنده را در طول بارداری شروع کرده‌اند، با دوز تقریباً نصف دوز سه ماهه سوم تداوم یابد. هر چند، داده‌های تجربی تأییدکننده این رویه‌ها محدود است و تنظیم دوز باید بر اساس نشانه‌های دریافت بیش از حد دارو یا علایم محرومیت در بیمار باشد.

شیردهی

شیردهی مزایایی متعددی دارد که شامل پیوند مادر- کودک، تغذیه مناسب و پیشگیری از بیماری‌ها در نوزاد می‌شود. باید زنان روی درمان نگهدارنده با متادون را به شیردهی تشویق کنیم مگر آن که مادر

- اچ‌آی‌وی مثبت باشد،
- مواد غیرقانونی همچون شیشه یا الکل مصرف کند یا
- به بیماری دیگری که ممنوعیت شیردهی محسوب می‌گردد مبتلا باشد.

هپاتیت سی دیگر یک مورد ممنوعیت شیردهی به حساب نمی‌آید. گرچه متادون در شیر مادر قابل ردیابی است، اما مطالعات نشان داده‌اند، انتقال متادون به داخل شیر مادر صرف نظر از دوز مادر بسیار جزئی است. فقط مقادیر اندکی متادون در شیر مادران روی دوز متادون نگهدارنده بالای ۱۸۰ میلی‌گرم در روز یافته می‌شود. بنابراین، شواهد علمی موجود از محدودیت دوز روزانه متادون در زنان شیرده حمایت نمی‌کند.

سندرم پرهیز نوزادی

نوزادان متولد شده از مادران وابسته به مواد افیونی یا مادران روی درمان نگهدارنده با متادون ممکن است پس از تولد دچار علایم محرومیت از مواد افیونی شوند که به آن در طب اعتیاد «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می‌شود. سندرم پرهیز نوزادی درمان نشده می‌تواند باعث بروز دیسترس قابل توجه و در موارد نادر تشنج در نوزاد شود. وقوع و شدت ترک نوزادی بسیار غیرقابل پیش‌بینی است. اگر نوزاد نزد مادر نگهداری شود احتمالاً شدت علایم محرومیت کمتر از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان است که می‌تواند پراسترس و تحریک‌کننده باشد، هرچند این کار همیشه مقدور نیست. نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی در جدول ۳-۱۳ آورده شده است. نوزادان مبتلا به سندرم پرهیز نوزادی اغلب شدیداً مشت یا شست خود را می‌مکند، اما ممکن است به علت ناهماهنگی رفلکس مکیدن در گرفتن سینه و شیر خوردن مشکل داشته باشند.

علائم ترک معمولاً در طول ۷۲ ساعت بعد از تولد ایجاد می‌شوند اما ممکن است در شمار اندکی از موارد ۱۴-۷ روز به تأخیر افتد. تجربه نشان می‌دهد که در مواردی که علائم ترک تأخیری است این احتمال وجود دارد که متادون همراه با بنزودیازپین مصرف شده باشد و نوزاد درحال تجربه علایم ترک بنزودیازپین‌ها باشد. نوزادان نارس نیز معمولاً علایم خفیف‌تری دارند و علایم در آن‌ها با تأخیر شروع می‌شود.

سندرم پرهیز نوزادی ممکن است خفیف یا گذرا باشد، شروع تأخیری داشته یا شدت آن به صورت پله‌ای افزایش یابد و یا سیر دومرحله‌ای داشته باشد به طوری که نشانه‌های محرومیت حاد نوزاد بهبود یافته و سپس یک دوره علایم محرومیت تحت‌حاد شروع شود. سایر بیماری‌های نوزادی ممکن است شروع سندرم پرهیز نوزادی را به

تأخیر اندازند. تشخیص افتراقی سندرم پرهیز نوزادی شامل هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی، سپسیس و بیماری‌های نورولوژیک می‌شود. برای ردّ این بیماری‌ها، باید از نوزادان مشکوک به سندرم پرهیز نوزادی آزمایش‌های شمارش کامل خون، الکترولیت‌ها، کلسیم، و قند خون به عمل آمده و در صورت ضرورت مشاوره نورولوژیک و سونوگرافی سر بعمل آید.

جدول ۳-۱۳ نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی

نشانه‌های شایع	علائم کمتر شایع
• تحریک پذیری و بهم‌ریختگی خواب • آب‌ریزش بینی • مکیدن مشت • گریه همراه با جیغ • مدفوع آبکی • بیش‌فعالی عمومی • مکش ناکارآمد هنگام شیر خوردن • وزن‌گیری کم • دوست نداشتن نورهای شدید • لرزش • افزایش تعداد تنفس	• خمیازه کشیدن • استفراغ • تولید موکوس افزایش یافته • پاسخ افزایش یافته به صدا • تشنج (نادر)

دوز متادون مادر و میزان سندرم پرهیز نوزادی

تعیین رابطه بین دوز متادون مادر و سندرم پرهیز نوزادی دشوار است و شواهد قانع‌کننده‌ای وجود ندارد که نشان دهد کاهش دوز متادون از سندرم پرهیز نوزادی پیشگیری می‌کند، هر چند در چند مطالعه رابطه معنی‌دار بین محرومیت نوزادی و دوز متادون مادر گزارش شده است، بیشتر مطالعات هیچ رابطه‌ای بین این دو نیافته‌اند.

درمان سندرم پرهیز نوزادی

به دلیل نیمه عمر طولانی‌تر متادون، سندرم پرهیز نوزادی ناشی از متادون ممکن است از هروئین طولانی‌تر باشد، اما با مراقبت و در صورت نیاز دارودرمانی مناسب، سندرم پرهیز نوزادی بدون عارضه خاصی قابل درمان است.

برای ارزیابی شروع، پیش‌رفت و فروکش علایم باید یک سیستم نمره‌دهی پرهیز برای پایش نوزادان مواجه یافته با مواد افیونی مورد استفاده قرار گیرد. نمره پرهیز نوزادی فینگان وسیعاً برای تخمین شدت سندرم پرهیز نوزادی، نیاز به دارودرمانی آن و پایش پاسخ بهینه به درمان استفاده می‌شود. تمام نوزادان مادران دارای سابقه مصرف مواد افیونی در طول بارداری باید هر ٤ ساعت از نظر نمره پرهیز ارزیابی شوند. کنترل زمانی حاصل می‌شود که نمره میانگین پرهیز نوزادی به کم‌تر از ۸ برسد، نوزاد چرخه‌های منظم تغذیه و خواب داشته و افزایش وزن بهینه باشد.

درمان حمایتی شامل به حداقل رساندن محرک‌های محیطی و کمک به آرامش نوزاد بوده و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- آرام کردن نوزاد از طریق نزدیک نگه داشتن به بدن و قنداق کردن
- پاک کردن دهان و بینی از ترشحات
- استفاده از یک پستانک برای تسکین تمایل افزایش یافته به مکیدن
- تغذیه مکرر با حجم اندک

درمان دارویی باید در نوزادانی که علائم ترک شدید نشان می‌دهند در نظر گرفته شود. اندیکاسیون‌های درمان دارویی عبارتند از:

- تشنج
- از دست دادن وزن (شیر نخوردن، اسهال و استفراغ، دهیدراتاسیون)

- خواب ناکافی
- تب

گزینه‌های درمانی مؤثر شامل موارد زیراست:

- محلول خوراکی مورفین هیدروکلراید ۰/۰۵٪ که در هر میلی‌لیتر آن ۰/۵ میلی‌گرم مورفین وجود دارد. درمان با دوز ۰/۰۵ تا ۰/۱ کیلوگرم شروع و با توجه به شدت علایم محرومیت این دوز هر ٤-۳ ساعت تا رسیدن به دوز حداکثر ۲ میلی‌گرم/کیلوگرم/روز تکرار می‌شود.
- اُپیوم تینکچر– هر میلی‌لیتر محلول حاوی ۰/٤ میلی‌گرم مورفین است. برای آماده‌سازی ۱ میلی‌لیتر اُپیوم تینکچر به ۲٤ میلی‌لیتر آب افزوده شده و ۲۵ میلی‌لیتر محلول خوراکی مورفین ۰/۰٤٪ به دست می‌آید. درمان با دوز ۰/٤ میلی‌گرم/کیلوگرم/روز خوراکی در ٦ تا ۸ دوز منقسم شروع می‌شود. دوز ۰/۰٤ میلی‌گرم/کیلوگرم/دوز تا زمان دستیابی به کنترل یا رسیدن به دوز حداکثر ۲ میلی‌گرم/کیلوگرم/روز افزایش داده می‌شود.
- اگر نمرات پرهیز نوزادی بالا باقی بماند، اما دوز روزانه به حداکثر برسد، علایم مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته و درمان هم‌زمان با فنوباربیتال در نظر گرفته می‌شود. پس از دستیابی به کنترل، دوز دارو ۷۲ ساعت ادامه یافته و سپس کاهش دوز شروع می‌شود. در مرحله کاهش دوز روزانه ۱۰٪ یا در حد تحمل دوز دارو کاهش داده می‌شود. وقتی به دوز ۰/۲ میلی‌گرم/کیلوگرم/روز رسید، می‌توان دارو را قطع کرد. تصمیم‌گیری در مورد کاهش دوز بر اساس نمرات پرهیز نوزادی، وزن نوزاد و معاینه فیزیکی او صورت می‌گیرد.
- فنوباربیتال (۷-۵ میلی‌گرم/کیلوگرم/روز در سه دوز منقسم به منظور ایجاد سطح پلاسمایی ۱۷۰-۵۰ میکرومول/لیتر)
- پاره‌گوریک (اُپیوم تینکچر کامفوریت شده)
- متادون

درمان نوزاد مبتلا به سندرم پرهیز نوزادی شدید باید در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و زیر نظر متخصص کودکان یا فوق‌تخصص نوزادان صورت پذیرد.

اهمیت خدمات جامع و ادغام‌یافته

زنان باردار وابسته به مواد افیونی از مشکلات متعدد روانی، اجتماعی رنج می‌برند، بنابراین ارایه برنامه درمانی جامع یعنی خدمات روانی، اجتماعی افزوده شده به برنامه درمان نگهدارنده با متادون اهمیت اساسی دارد. به علاوه مراقبت بارداری ناکافی در این گروه شایع است و برنامه‌ریزی برای ارایه مراقبت‌های بارداری چه به صورت ادغام‌یافته و در محل برنامه درمان نگهدارنده با متادون و چه از طریق ایجاد هماهنگی کافی با جایگاه-های ارایه‌کننده مراقبت بارداری و ارجاع بیمار پیامدها بارداری، زایمان و نوزادی را بهبود می‌بخشد.

زنان معتاد به مواد افیونی معمولاً با دشواری‌های مالی، اجتماعی و روان‌شناختی مواجهند که پیش‌رفت آن‌ها را در درمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. بسیاری از این زنان تجربیات ناخوشایند در زندگی خانوادگی و اجتماعی داشته‌اند که ممکن است باعث ایجاد مقاومت در آن‌ها نسبت به درمان شود. احساس گناه و شرم همراه با اعتماد به نفس و خودکارآمدی پایین می‌تواند باعث ایجاد رفتارهایی شود که برای برخی کارکنان غیرقابل تحمل است. این رفتارها شامل دیر آمدن، غیبت از جلسات، تداوم مصرف مواد غیرقانونی و رفتارهای تحریک‌کننده یا توقع بیش از حد می‌شود. برای درمان موفقیت‌آمیز این بیماران خدمات باید به صورت اختصاصی برای زنان، غیرتنبیهی و حمایت‌گرانه بوده و به ترس‌ها و شرایط خاص هر بیمار توجه نماید.

کار تیمی در ارایه یک برنامه درمانی جامع برای زنان وابسته به مواد افیونی اهمیت بالایی دارد. مراقبت بارداری و نوزادی زنان باردار وابسته به مواد افیونی باید با مشارکت نزدیک با مرکز بهداشتی ارایه‌کننده مراقبت بارداری و متخصص زنان و زایمان دارای دانش و تجربه در مراقبت بارداری زنان باردار معتاد به مواد افیونی انجام شود. مرکز درمانی باید با مرکز بهداشتی درمانی ارایه کننده مراقبت بارداری، متخصص زنان و زایمان و همچنین بیمارستان در نظر گرفته شده برای زایمان مادر باردار در تماس و ارتباط نزدیک باشد.

فصل چهارده- ملاحظات درمانی در بیماری‌های طبی همراه

برخی بیماری‌های طبی در افراد وابسته به ترکیبات افیونی با شیوع بالاتری دیده می‌شود که می‌تواند بر سیر درمان نگهدارنده با متادون تأثیر منفی داشته باشد. شناسایی و برنامه‌ریزی برای درمان این مشکلات طبی در خود مرکز درمانی یا از طریق ارجاع به سایر جایگاه‌های ارایه‌کننده خدمات نقش مهمی در ارتقای سلامت مراجعان و بهبود پیامدهای درمانی دارد.

تشخیص مشکلات طبی همراه

همان گونه که در فصل ارزیابی ذکر شد بیماران هنگام ورود به درمان نگهدارنده با متادون و سپس به صورت دوره‌ای باید مورد ارزیابی و معاینه فیزیکی از نظر مشکلات طبی همراه قرار گیرند. مطلوب است آزمایش‌های پاراکلینیکی پایه شامل شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کلسترول، تری‌گلیسیرید و آزمایش‌های کارکرد کبدی و کلیوی برای تمام بیماران پیش از شروع درمان انجام شود، اما در صورتی که بیمار مبتلا به بیماری‌های داخلی باشد، انجام این آزمایش‌های الزامی خواهد بود.

در بیمارانی که دارای سابقه رفتارهای پرخطر جنسی هستند آزمایش سیفلیس (RPR یا VDRL) و سایر عفونت-های منتقله از راه جنسی شامل هپاتیت ب و اچ‌آی‌وی و در افراد دارای سابقه رفتارهای پرخطر تزریق آزمایش هپاتیت سی و اچ‌آی‌وی توصیه می‌شود. در صورت تداوم رفتارهای پرخطر جنسی یا تزریق لازم است آزمایش-های ذکرشده **هر ۱۲-۶ ماه** تکرار گردد. انجام نیاز به انجام این آزمایش‌ها در بدو ورود و در سیر درمان بر اساس نتایج حاصله از ارزیابی پایه و ارزیابی‌های دوره‌ای، معاینات و... توسط پزشک درمان‌گر تعیین می‌گردد،

در مواردی به دلیل هزینه انجام آزمایش یا پایبندی پایین بیمار به دستورات درمانی، بیمار آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک را انجام نمی‌دهد، در این گونه موارد تیم درمانی باید موضوع را پیگیری نموده و مراجع را قویاً به انجام آزمایش‌های مورد نیاز تشویق نمایند، با این حال انجام آزمایش‌ها به هیچ وجه شرط شروع یا تداوم درمان نگهدارنده محسوب نمی‌گردد.

آزمایش اچ‌آی‌وی نباید بدون اطلاع فرد انجام شود و در صورت انجام نتیجه آن باید به صورت محرمانه به اطلاع فرد رسانده شود. در آزمایش اچ‌آی‌وی مشاورخواسته[1] نیاز به انجام آزمایش به تنهایی یا در کنار سایر آزمایش‌های معمول به اطلاع مراجع رسانیده شده و در صورت عدم مخالفت او درخواست می‌گردد[2].

[1] provider-initiated
[2] opt-out

مراجعانی که از علائمی همچون سرفه طولانی‌مدت (بیش از دو هفته)، تب، تعریق و کاهش وزن رنج می‌برند، ممکن است به عفونت سل مبتلا باشند. ارجاع این بیماران به مراکز بهداشتی، درمانی به منظور تست توبرکولین و آزمایش خلط ضرورت دارد.

بررسی‌های آزمایشگاهی بیشتر برای تشخیص سایر بیماری‌ها بسته به علایم و نشانه‌های یافته شده در شرح حال و معاینه فیزیکی ممکن است ضرورت داشته باشد.

بیماری‌های عفونی شایع

بیماری‌های عفونی زیر در جمعیت مصرف‌کننده مواد افیونی با شیوع بالاتری دیده می‌شوند.

اندوکاردیت

اندوکاردیت، عفونتی معمولاً باکتریایی است که جدار داخلی قلب و دریچه‌های آن را درگیر می‌کند. در مصرف-کنندگان تزریقی مواد واجد علایم و نشانه‌های تب، تنگی نفس، بدحالی و یا سوفل قلبی جدید باید تشخیص احتمالی اندوکاردیت در نظر گرفته شود.

پنومونی

عفونت‌های باکتریای مجاری تنفسی تحتانی در مصرف کنندگان تزریقی مواد و یا مبتلایان به اچ‌آی‌وی شایع هستند. استرپتوکوک پنومونیه و هموفیلوس آنفلوآنزا، شایع‌ترین پاتوژن‌های پنومونی های اکتسابی از جامعه در مبتلایان به اچ‌آی‌وی هستند. عوامل غیرتیپیک شامل مایکوپلاسما پنومونیه، لژیونلا پنوموفیلا و گونه‌های کلامیدیا نیز مشاهده می‌شوند. تشخیص پنومونی بر اساس علائم و نشانه‌های بالینی و پرتونگاری قفسه سینه انجام می-شود.

عفونت‌های بافت نرم

عفونت‌های بافت نرم همچون آبسه‌ها و سلولیت به صورت التهاب پوست و بافت‌های زیرجلدی خود را نشان می-دهد. این عفونت‌های در محل‌های تزریق مواد افیونی شایع هستند.

فاشئیت نکروزان

فاشئیت نکروزان، یک عفونت غیرشایع است که معمولاً توسط استرپتوکوکوس پیوژنز در بافت زیرجلدی از طریق سرسوزن آلوده ایجاد می‌گردد. فاشئیت نکروزان در مواردی با سایر باکتری‌ها نیز گزارش شده است. عفونت در طول بافت گسترش یافته و می‌تواند در اثر سپسیس شدید در عرض چند روز منجر به مرگ شود. برخی بیماران ممکن است بخش‌هایی از پوست، بافت زیرجلدی و حتی عضله خود را از دست بدهند و به پیوند

بافت نیاز پیدا کنند. در این بیماران ارجاع فوری جهت شروع آنتی‌بیوتیک‌های ضروری و مشاوره جراحی ضرورت دارد.

بوتولیسم زخم

بوتولیسم در اثر نوروتوکسین کلستریدیوم بوتولینیوم، یک باکتریوم که معمولاً در غذای آلوده یافت می‌شود، ایجاد می‌شود. بتولیسم زخم ممکن است در اثر رشد باکتری در زخم ایجاد شود و در این حالت زخم الزاماً ظاهری عفونی ندارد. بوتولیسم باعث از دست رفتن قوام عضلات از جمله ضعیف شدن عضلات تنفسی می‌شود و می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد. علایم و نشانه‌های هنگام مراجعه عبارتند از- دشواری بلع (دیسفاژی)، دشواری در حرف زدن (دیسفونی)، تاری دید و اختلال حرکات بدن (فلج نزولی)- می‌تواند علایم مسمومیت را تقلید نمایند.

سل

غربال‌گری عفونت سل در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون به لحاظ ارتقای سلامت خود بیمار و پیشگیری از انتقال بیماری به بیماران دیگر و کارکنان ضروری دارد. پزشک باید بیماران را از نظر وجود علایم سل فعال مثل **سرفه پایدار**، **تب**، **تعریق شبانه**، **کاهش وزن** و **خستگی مزمن** غربال‌گری نموده و در صورت وجود علایم فوق آن‌ها را برای بررسی بیشتر به مرکز بهداشتی، درمانی ارجاع کند.

تهویه مناسب اتاق‌های انتظار، مطب و اتاق‌های مشاوره برای پیشگیری از انتقال سل اهمیت بالایی دارد. در صورتی که فرد مصرف‌کننده مواد مخدر مبتلا به سل برای درمان مراجعه نماید، اولین اولویت درمانی باید درمان سل فعّال باشد تا از گسترش بیشتر آن پیشگیری گردد. اگر بتوان درمان وابستگی به مواد مخدر را برای بیمار به گونه‌ای شروع نمود که سایر بیماران در معرض خطر قرار نگیرند، ایده‌آل خواهد بود، در غیر این صورت بهتر است درمان تا زمان کنترل بیماری سل و منفی شدن آزمایش خلط به تعویق انداخته شود. در صورتی که بیمار بستری شود می‌توان درمان نگهدارنده با متادون را در بخش برای وی شروع نمود.

ارزیابی عملکرد کبدی در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون که ایزونیازید دریافت می‌کنند، به علت افزایش خطر سمّیت کبدی باید به صورت منظم هر سه ماه یک بار انجام شود. اگر ریفامپین برای درمان سل استفاده شود، دوز داروهای مورد استفاده در درمان اعتیاد باید به دقت تصحیح شود، زیرا ریفامپین کلیرانس متادون و سایر داروهای دارای متابولیسم کبدی را تشدید می‌کند. ریفابوتین می‌تواند بعنوان یک جایگزین در بیماران دریافت‌کننده متادون استفاده شود. هنگام دریافت درمان ضدسل ممکن است لازم باشد دوز متادون افزایش یافته و یا به صورت دوز منقسم تجویز گردد.

سیفلیس

تمام بیماران باردار یا دارای سابقه رفتارهای پرخطر جنسی باید از نظر سیفلیس با استفاده از یک آزمایش سرولوژیک خون نظیر RPR یا VDRL آزمایش شوند. به خاطر شیوع بالای نتایج مثبت کاذب با آزمون‌های سرولوژیک غیرترپونمال تمام آزمایش‌های مثبت باید با استفاده از یک آزمایش آنتی‌ژن ترپونمال نظیر جذب آنتی‌بادی پلاسمای تروپونمال[1] تأیید شوند. بیماران دارای آزمایش سرولوژیک مثبت تأییدشده برای سیفلیس نیاز به دریافت درمان در خود مرکز یا از طریق ارجاع به متخصص عفونی دارند. درمان سیفلیس اهمیت بالایی دارد زیرا نشان داده شده است که سیفلیس انتقال جنسی اچ‌آی‌وی را تسهیل می‌کند.

عفونت‌های کلامیدیا و گونوره‌آ

تشخیص و درمان عفونت‌های کلامیدیایی و گونوره‌آ خطر انتقال جنسی عفونت اچ‌آی‌وی را کاهش می‌دهد. استفاده از آزمایش‌های تشخیص اختصاصی برای این عفونت‌ها رایج نیست و پزشک درمان‌گر باید در مرور دستگاه‌ها بیمار را از نظر وجود علایم عفونت‌ها ارزیابی نموده و در صورت وجود به صورت سندرومیک درمان نماید.

هپاتیت‌ها

در صورتی که بیمار در بدو مراجعه علایم حاد یا جبران نشده کبدی نظیر زردی، انسفالوپاتی کبدی و ادم داشته باشد، شروع درمان نگهدارنده با متادون برای فرد کنتراندیکه بوده و بیمار باید به صورت فوری برای درمان به بیمارستان ارجاع گردد، هر چند در غیاب این علایم محدودیتی برای وارد کردن بیماران مبتلا به عفونت مزمن کبدی به درمان نگهدارنده با متادون وجود ندارد. این گروه از بیماران می‌توانند دوزهای مشابه سایر بیماران دریافت کنند. بیماران مبتلا به هپاتیت عفونی مزمن باید در بدو ورود به درمان و سپس هر سه ماه یک بار از نظر کارکرد کبدی مورد آزمایش قرار گیرند.

هپاتیت ب

واکسیناسیون هپاتیت ب می‌تواند از ابتلاء به این عفونت پیشگیری کند و بر اساس راهنمای ایمن‌سازی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از گروه‌های در معرض خطر بوده و باید برای دریافت واکسیناسیون اولویت داده شوند. در کسانی که مبتلا به عفونت مزمن هپاتیت ب هستند، حالات فعال و حامل با مثبت باقی ماندن آنتی‌ژن سطحی[2] مشخص می‌گردد. یک حامل مزمن کسی است که به مدت ٦ ماه یا

[1] FTA-ABS
[2] HbsAg

بیشتر آنتی‌ژن سطحی هپاتیت ب او مثبت باقی می‌ماند. بهبودی با محو آنتی‌ژن سطحی و جایگزین شدن آن با آنتی‌بادی سطحی[1] مشخص می‌شود.

در صورتی که فرد سابقه ابتلا به هپاتیت ب داشته باشد، آنتی‌بادی هسته (آنتی‌بادی به پروتئین‌های هسته ویروس هپاتیت ب) مثبت خواهد بود. اگر فردی با ویروس هپاتیت ب مواجهه نیافته باشند، آزمایش آنتی‌بادی هسته منفی خواهد بود. گروه اخیر در صورت مواجهه با عفونت هپاتیت ب نسبت به آن آسیب‌پذیر خواهند بود.

آزمایش برای شناسایی افراد مبتلا به هپاتیت ب حاد، کسانی که در وضعیت حامل مزمن هپاتیت ب هستند، افراد درمان نشده که از نظر هپاتیت ب مزمن فعال علامت‌دار هستند و کسانی که در برابر هپاتیت ب محافظت شده نبوده و نیاز به ایمن‌سازی دارند مهم است. تمام بیماران دارای سابقه رفتارهای پرخطر باید هنگام پذیرش از نظر **آنتی‌بادی هسته هپاتیت ب** و **آنتی‌ژن سطحی ویروس هپاتیت ب** آزمایش شوند. اگر بیماران از نظر آنتی‌ژن سطحی **مثبت** باشند، ارزیابی پزشکی بیشتر، ارجاع به متخصص عفونی و مشاوره در خصوص پیشگیری از انتقال عفونت به دیگران باید انجام پذیرد.

باید به بیمارانی که از نظر آنتی‌بادی هسته و آنتی‌ژن سطحی **منفی** هستند توصیه کرد به دلیل آسیب‌پذیری به عفونت هپاتیت ب واکسینه شوند. توصیه می‌گردد پزشک، پرستار یا سایر کارکنان درمانی که در معرض خطر مواجهه با عفونت هپاتیت ب هستند، خود را در برابر این عفونت واکسینه نمایند.

هپاتیت سی

درصد بالایی از معتادان تزریقی که وارد برنامه درمان نگهدارنده با متادون می‌شوند از نظر آنتی‌بادی اچ‌سی‌وی مثبت هستند. شیوع عفونت اچ‌سی‌وی در معتادان تزریقی بسیار بالاست و مطالعات مختلف بر روی جمعیت‌های مختلف مصرف‌کننده تزریقی در جایگاه‌های مختلف در کشور شیوع ۷۵-۵۰٪ را گزارش نموده‌اند. توصیه می‌شود که در تمام بیماران دارای سابقه رفتارهای پرخطر تزریق، آزمایش ایمونواسی آنزیمی از نظر مواجه با ویروس هپاتیت سی انجام گیرد. در صورت منفی بودن آزمایش، آموزش بیمار در مورد راه‌های انتقال هپاتیت سی و نحوه پیشگیری از آن مهم است. عموماً بیماران مبتلا به بیماری کبدی مزمن برای درمان نگهدارنده متادون **نیاز به تغییر دوز ندارد**، اما در صورت بروز تغییرات ناگهانی در کارکرد کبدی، اصلاح قابل توجه دوز ضروری خواهد بود.

قابلیت انتقال هپاتیت سی از طریق استفاده از وسایل تزریق استفاده شده توسط دیگران در مقایسه با هپاتیت ب و اچ‌آی‌وی بسیار بیشتر است. در یک مطالعه، اکثر آزمودنی‌ها در عرض دو سال اول مصرف تزریقی مواد به هپاتیت سی آلوده شده بودند. هپاتیت سی همچنین می‌تواند از طریق جنسی منتقل شود. گرچه، قابلیت انتقال از

[1] Hbs Ab

طریق جنسی بسیار از روش تزریقی کمتر است. انتقال جنسی هپاتیت سی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی بیشتر از سایرین رخ می‌دهد.

آزمایش مثبت آنتی‌بادی اچ‌سی‌وی نشان می‌دهد که بیمار با اچ‌سی‌وی مواجه یافته است، اما برای تعیین آن که عفونت اچ‌سی‌وی خود به خود پاک شده یا مزمن شده است، لازم است آزمایش ریبونوکلئیک اسید اچ‌سی‌وی انجام پذیرد. تقریباً ۱۵ تا ۲۵ درصد از بیماران مواجه‌یافته با عفونت اچ‌سی‌وی از عفونت پاک می‌شوند. یعنی با وجود مثبت بودن آنتی‌بادی اچ‌سی‌وی، آزمایش ریبونوکلئیک منفی دارند. در صورت مثبت شدن آزمایش ریبونوکلئیک اسید بیمار باید برای پیگیری درمان زیر نظر متخصص عفونی یا فوق‌تخصص گوارش ارجاع شود. درمان بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون مبتلا به هپاتیت سی باید با مشارکت و ارتباط نزدیک با پزشک متخصص عفونی یا فوق‌تخصص گوارش انجام پذیرد. تصمیم‌گیری برای درمان ضدویروسی بر حسب ژنوتیپ اچ‌سی‌وی، سطح بیماری کبدی، بیماری‌های همراه و تمایل به درمان انجام می‌شود. تعیین ژنوتیپ ویروس در صورتی که دارودرمانی در نظر گرفته شود مهم است، زیرا طول بهینه درمان ضدویروسی بر اساس نوع ژنوتیپ ویروس تعیین می‌شود. برخلاف اچ‌آی‌وی، ارتباطی بین بار ویروس اچ‌سی‌وی با شدت بیماری کبدی وجود ندارد.

بیماران مبتلا به عفونت مزمن هپاتیت سی ممکن است بدون علامت باشند یا علایم اندکی داشته باشند، لذا انگیزه اندکی برای پیگیری درمان خود دارند. توصیه می‌شود که پزشک به بیماران اچ‌سی‌وی مثبت آموزش‌های لازم برای به حداقل رساندن خطر آسیب کبدی را ارایه نموده و آن‌ها را تشویق نماید. برای بررسی بیشتر و در صورت لزوم دریافت درمان ضدویروسی به متخصص عفونی یا فوق‌تخصص گوارش مراجعه نمایند. این بیماران باید بدانند که مصرف الکل به صورت قابل توجهی سیر تخریب کبدی در هپاتیت سی را بدتر می‌کند. آن-ها همچنین اگر واکسینه نشده‌اند، باید از نظر هپاتیت ب آزمایش و واکسینه شوند. بیمارانی که اچ‌سی‌وی آنتی-بادی مثبت هستند، باید از مصرف دوزهای بالای استامینوفن اجتناب کنند، زیرا می‌تواند باعث آسیب کبد شود. این گروه بیماران همچنین باید در هر مراجعه پزشکی وضعیت آنتی‌بادی اچ‌سی‌وی خود را به پزشک معالج خود اطلاع دهند.

اچ‌آی‌وی

درمان نگهدارنده با متادون به صورت قابل ملاحظه‌ای خطر تزریق و بروز/شیوع عفونت اچ‌آی‌وی را در مصرف-کنندگان مواد کاهش می‌دهد. بررسی‌ها در شروع همه‌گیری اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نشان می-دهد احتمال ابتلاء به اچ‌آی‌وی در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با گروه‌هایی که روی درمان نیستند بسیار کمتر است و این میزان هر چقدر درمان طولانی‌تر باشد، پایین‌تر است.

رفتارهای پرخطر جنسی و تزریق خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی را در مصرف‌کنندگان مواد به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهند، لذا توصیه می‌شود به کلیه بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون که سابقه

رفتارهای پرخطر جنسی یا تزریق دارند، انجام آزمایش اچ‌آی‌وی پیشنهاد شود. در صورت عدم مخالفت بیمار، این آزمایش به تنهایی یا همراه با سایر آزمایش‌های وی درخواست می‌شود. نتیجه آزمایش اچ‌آی‌وی باید به صورت محرمانه به اطلاع مراجع رسانده شده و مفهوم آن برای فرد توضیح داده شود.

در مراکز درمانی استفاده از آزمایش سریع اچ‌آی‌وی دسترسی به خدمات آزمایش را تسهیل می‌نماید. مراکز درمانی می‌توانند کیت‌های آزمایش سریع اچ‌آی‌وی مورد تأیید وزارت بهداشت را از طریق واحد مبارزه با بیماری‌های دانشگاه مربوطه به دست آورند. پس از انجام آزمایش سریع، بیماران باید از نتایج آزمایش و تفسیر آن به صورت محرمانه آگاه شوند. کسانی که آزمایش منفی دارند باید درباره شیوه حفظ وضعیت منفی، مشاوره شوند. کسانی که آزمایش مثبت دارند باید در باره ضرورت انجام آزمایش‌های تأییدی مشاوره گردند و برای دریافت خدمات و انجام این آزمایش‌ها به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شوند.

تکرار آزمایش اچ‌آی‌وی هر ٦ تا ١٢ ماه برای بیمارانی که به رفتارهای پرخطر جنسی یا تزریق ادامه می‌دهند، ضرورت دارد.

مراکز درمانی باید بیماران اچ‌آی‌وی مثبت را برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون اولویت دهند. بیماران اچ-آی‌وی مثبت معمولاً قادرند از ملزومات و شرایط درمان نگهدارنده با متادون پیروی کنند، هر چند مشکلات پزشکی، روانی و اجتماعی آن‌ها ممکن است تأمین و عرضه خدمات بیشتر را ضروری سازد. زمانی که یک مصرف‌کننده مواد فعال مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی مراجعه می‌نماید، باید شروع درمان وابستگی به مواد افیونی اولویت داده شود. یعنی ابتدا بیمار بر روی درمان نگهدارنده با متادون تثبیت شده و سپس درمان ضدرتروویروسی برای او شروع گردد. توصیه می‌شود که کارکنان درباره نحوه انتقال اچ‌آی‌وی و راه‌های پیشگیری از آن به اندازه کافی آموزش ببینند تا هم از احتیاطات لازم برای پیشگیری از ابتلا به عفونت را رعایت نمایند و هم ترس‌های بی‌مورد درباره آلوده شدن در تعاملات روزمره با بیماران نداشته باشند.

تداخلات بین متادون و داروهای مورد استفاده در درمان اچ‌آی‌وی در فصل دو مرور شده است. برخی داروها مثل فلوکونازول سطوح متادون را افزایش داده و برخی دیگر مثل نویراپین، اِفاویرنز و ریتوناویر آن را پایین می-آورند. میزان اهمیت بالینی تداخل این داروها با درمان نگهدارنده با متادون برای داروهای مختلف و در اشخاص مختلف متفاوت است، به همین دلیل در صورت تجویز هم‌زمان درمان نگهدارنده با متادون با درمان‌های ضدرتروویروسی باید بیمار در ماه اول درمان در فواصل زمانی نزدیک‌تر ویزیت و در صورت وجود علایم مسمومیت یا محرومیت دوز متادون تنظیم شود. در طول درمان ضدرتروویروسی ممکن است استفاده از رژیم دوز منقسم ضرورت پیدا کند. اگر بیمار نتواند به علت بیماری به صورت روزانه مراجعه نماید ممکن است انعطاف نسبت به تجویز دوز بیمار ضروری باشد. این کار می‌تواند از طریق تحویل دارو به یک فرد بزرگسال مسؤل در خانواده بیمار یا تسهیل شرایط تجویز دوز منزل به خود بیمار صورت گیرد. برای مثال، می‌توان یک

فرد مسؤل خانواده را انتخاب و از او خواست دارو را به صورت تحت نظارت به بیمار تجویز کند. پس از کسب اجازه از بیمار، می‌توان به این فرد درباره درمان نگهدارنده با متادون آموزش داد و مسؤلیت گرفتن دارو از مرکز، نگهداری ایمن (مثلاً در جعبه‌های قفل‌شده) و تجویز روزانه به بیمار را به او سپارد.

مراقبت و درمان زودهنگام برای کنترل اچ‌آی‌وی و عفونت‌های فرصت‌طلب کیفیت و طول عمر بیماران اچ‌آی‌وی مثبت را بهبود می‌بخشد. منافع درمان عفونت‌ها و امکان دسترسی رایگان به خدمات درمان ضدرتروویروسی در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری باید باید به روشنی برای بیماران توضیح داده شود.

تشویق بیماران برای تداوم درمان نگهدارنده با متادون بی‌نهایت مهم است زیرا شرکت در درمان نگهدارنده با متادون پایبندی به درمان ضدرتروویروسی را افزایش داده و از این طریق پیامدهای درمان عفونت اچ‌آی‌وی را بهبود می‌بخشد.

فصل پانزده- مدیریت درد

بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون وقتی به دلایل دیگر در بیمارستان بستری می‌شوند، معمولاً برای کنترل درد درمان کافی دریافت نمی‌کند. اجتناب از تأمین درمان ضددرد کافی برای بیماران تحت درمان نگهدارنده معمولاً بر اساس این باور غلط شکل می‌گیرد که دوز داروی نگهدارنده می‌تواند درد حاد را نیز در بیماران تسکین می‌دهد. واقعیت این است که درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست تحمل به اثرات ضددرد مخدرهای اُپیوئیدی را به صورت قابل ملاحظه‌ای بالا می‌برد، بنابراین دوز معمول نگهدارنده اثرات ضددرد اندکی داشته یا فاقد اثرات ضددرد است. به علاوه، نشان داده شده که بیماران دریافت‌کننده درمان نگهدارنده با متادون هیپرآلجزیک[1] هستند به این معنا که درد را شدیدتر از دیگران ادراک می‌کنند.

یک نگرانی شایع دیگر عود اعتیاد به مواد افیونی متعاقب دریافت داروهای ضددرد اُپیوئیدی است. هر چند استفاده از درمان‌های غیردارویی یا داروهای مسکن غیراُپیوئیدی در مدیریت درد بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون اولویت دارد، اما در موارد درد حاد و شدید که به مداخلات دیگر پاسخ نمی‌دهد، می‌توان از داروهای ضددرد اُپیوئیدی برای کنترل درد به نحوی ایمن بهره برد.

درد حاد

گرچه ممکن است درمان‌گران گاه تصور کنند که شکایت بیماران معتاد از درد واقعی نیست و با هدف گرفتن داروی بیشتر انجام می‌شود، اما باید توجه داشت که کار درمان‌گران هیچ گاه گرفتن مچ بیماران نیست و بیماران معتاد به اندازه سایر بیماران حق دارند از درمان ضددرد کافی بهره‌مند شوند.

تحمل به مواد افیونی آستانه درد را در بیماران مبتلا به وابستگی به این مواد پایین می‌آورد. بیماران وابسته به مواد افیونی یا تثبیت شده روی متادون به درمان درد با مواد افیونی مقاوم‌تر هستند. در صورت وجود شکایت درد در بیماران وابسته به مواد افیونی همچون سایر بیماران ارزیابی کامل جهت تشخیص علت درد و سپس اقدام به درمان ضرورت دارد.

در مدیریت درد حاد در بیماران وابسته به مواد افیونی که بر روی درمان نگهدارنده نیستند، شروع درمان نگهدارنده با متادون امکان مدیریت هم‌زمان درد و وابستگی به مواد افیونی را فراهم می‌سازد. درمان ناکافی درد اغلب منجر به خودتجویزی مواد افیونی غیرقانونی در این بیماران می‌گردد.

در مدیریت درد در بیماران تثبیت‌شده روی درمان نگهدارنده با متادون باید به نکات زیر توجه کرد:

[1] hyperalgesic

- برای «دردهای حاد خفیف تا متوسط» می‌توان از داروهای ضددرد غیراُپیوئیدی نظیر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی در اشکال خوراکی، شیاف یا تزریقی استفاده کرد.

- برای «جراحی‌های انتخابی»، درمان درد در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون باید مشابه سایر بیماران انجام شود. بیماران تحت درمان با متادون که در بیمارستان بستری شده‌اند و از درد حاد رنج می‌برند، اغلب دوزهای ناکافی ضددرد اُپیوئیدی دریافت می‌کنند. برای بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون باید از همان روش‌های ضددردی استفاده شود که برای سایر بیماران استفاده می‌شود. این روش‌ها شامل استفاده از داروهای ضددرد اُپیوئیدی می‌شوند. ممکن است مجبور باشیم در کنار دوز نگهدارنده متادون دوزهای اُپیوئیدهای کوتاه‌اثر تجویز کنیم. این رویه بر افزایش دوز متادون در مدیریت درد حاد ارجحیت دارد. به دلیل تحمل به مواد افیونی بیمار روی درمان نگهدارنده با متادون به دوزهای بالاتری از ضددرد اُپیوئیدی در فواصل زمانی کمتر برای تسکین درد نیاز خواهند داشت.

- داروی مشابه ماده مورد مصرف قبلی بیمار نباید برای درمان ضددرد مورد استفاده قرار گیرد.

- درمان ضددرد تحت کنترل بیمار می‌تواند به صورت موفقیت‌آمیزی برای درمان درد بعد از عمل در بیماران معتاد به مواد افیونی استفاده شود، هر چند مقدار داروی استفاده شده باید برای به حداقل رساندن خواص نشئگی‌آور داروهای اُپیوئیدی مورد پایش قرار گیرد.

- در کنترل درد در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون باید از تجویز داروهای آگونیست نسبی مثل پنتازوسین و بوپرنورفین اجتناب گردد، زیرا باعث القای علایم محرومیت در بیمار می‌گردد.

- شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بین متادون و داروهای بی‌حسی تحمل متقاطع وجود دارد، بنابراین بیماران تحت درمان با متادون ممکن است نیاز به دوزهای بالاتری از داروهای بی‌حسی در اعمال دندان‌پزشکی یا جراحی‌های کوچک داشته باشند.

- در بیماران کاندید اعمال جراحی انتخابی متادون باید با دوز روزانه مشابه به صورت خوراکی یا داخل عضلانی ادامه داده شود. دوز را می‌توان به صورت منقسم تجویز نمود. برای مثال ۵۰٪ دوز را می‌توان قبل از جراحی و ۵۰٪ را پس از آن تجویز نمود. اگر متادون باید به صورت تزریقی تجویز شود، دوز تزریقی باید ۵۰٪ دوز خوراکی باشد، زیرا جذب متادون تزریقی دو برابر از متادون خوراکی بیش‌تر است.

- باید درباره خطرات مصرف مواد غیرقانونی به بیماران آموزش داده و به آن‌ها در مورد تسکین کافی درد اطمینان داده شود.

- پس از کنترل درد حاد و شدید انتقال به داروهای ضددرد غیراُپیوئیدی باید در نظر گرفته شود.

درد مزمن

درد مزمن در افراد غیروابسته به مواد افیونی می‌تواند شروع‌کننده مصرف داروهای ضددرد اُپیوئیدی نظیر ترامادول و استامینوفن کدیین شود و بیماران را در معرض وابستگی به این داروها قرار دهد. استفاده از داروهای ضددرد اُپیوئیدی بدون تجویز پزشک یا به میزان بیش از مقدار یا طول مدت توصیه شده توسط پزشک در این گروه از بیماران الگویی از مصرف را ایجاد می‌کند که با ملاک‌های وابستگی به مواد افیونی انطباق دارد.

در درمان این بیماران قدم اول ارزیابی جامع تمام علل احتمالی درد شامل علل جسمی و روان‌شناختی و درمان آن‌ها خواهد بود. در بیمارانی که روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست نیستند قدم بعدی برنامه‌ریزی برای درمان وابستگی به مواد افیونی در قالب یک رژیم بازگیری یا نگهدارنده خواهد بود. ورود بیمار به درمان نگهدارنده، وضعیت او را تثبیت نموده و چرخه‌های خماری- نشئگی ایجاد شده توسط مصرف خودسرانه داروهای ضددرد اُپیوئیدی را متوقف می‌کند. در صورت تداوم درد علی‌رغم تجویز دوز کافی از داوری آگونیست، تغییر داوری آگونیست استفاده شده (مثلاً از بوپرنورفین به متادون) باید در نظر گرفته شود.

در برخی بیماران ممکن است علی‌رغم تثبیت بر روی درمان نگهدارنده، درد به دلیل هیپرآلژی القاشده توسط اُپیوئید[1] تداوم یافته یا حتی بدتر شود. در این گونه موارد بازگیری از مواد افیونی به عنوان رویکردی برای از بین بردن هیپرآلژی ممکن است در نظر گرفته شود، گرچه با خطر عود به مصرف مواد افیونی غیرقانونی همراه است.

در صورتی که بیمار تثبیت‌شده روی درمان نگهدارنده با متادون درد مزمن داشته باشد، درمان شامل تصحیح علل زمینه‌ای و کنترل درد با استفاده از داروهای ضددرد غیراُپیوئیدی از جمله داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و درمان‌های غیردارویی همچون فیزیوتراپی می‌شود. به دلیل عوارض جانبی بالقوه و هیپرآلژی، استفاده از داروهای ضددرد اُپیوئیدی برای درمان درد مزمن در این گروه از بیماران محل اختلاف نظر است، با این وجود برخی از بیماران مبتلا به درد مزمن ممکن است از دریافت داروهای ضددرد اُپیوئیدی همراه با درمان نگهدارنده با متادون یا افزایش دوز نگهدارنده نفع ببرند. در این گونه موارد تجویز تحت نظارت داروهای ضددرد و پایش بیمار از نظر مصرف سایر مواد غیرقانونی و داروهای دیگر توصیه می‌گردد. فواصل تجویز دوز متادون برای درمان درد سه یا چهار بار در روز است. برخی بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون مبتلا به درد مزمن ممکن است از تجویز دوز روزانه متادون به صورت منقسم برای کنترل بهتر درد سود ببرند.

انواع خاصی از درد به خوبی به افزودن داروهای کمکی ضدتشنج مثل کاربامازپین یا فنی‌توئین پاسخ می‌دهند. هر دوی این داروها القاءکننده‌های قوی CYP450 3A هستند که می‌تواند منجر به کاهش شدید در سطوح متادون سرم گردد. گاباپنتین نیز در درمان درد نورپاتیک مؤثر است و اثری بر روی ایزوآنزیم‌های CYP450 3A ندارد، لذا اثری بر سطوح متادون نخواهد داشت.

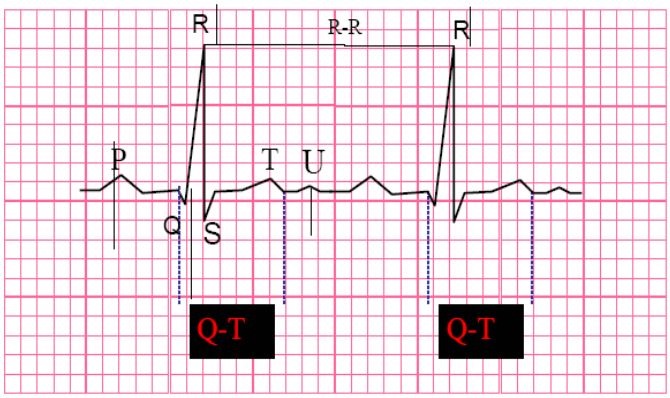
[1] opioid-induced hyperalgia

فصل شانزده- پایش قلبی

در هر انقباض عضلانی (از جمله انقباض عضله قلب) تغییرات الکتریکی به صورت دپولاریزاسیون رخ می‌دهد که توسط الکترودهای متصل‌شده به سطح بدن قابل اندازه‌گیری است. الکتروکاردیوگرام ثبت تغییرات الکتریکی هنگام انقباض عضله قلب است. گرچه قلب دارای چهار حفره است، از آن‌جا که دهلیزها و بطن‌ها همزمان با هم انقباض می‌یابند، از دیدگاه الکتریکی می‌توان آن را دارای دو بخش در نظر گرفت.

انقباض دهلیزها باعث ایجاد موج P می‌شود. توده عضلانی بطن‌ها بزرگ است و به همین دلیل متعاقب انقباض بطن‌ها تغییرات بزرگ‌تری ایجاد می‌شود. نام کمپلکس حاصل از انقباض بطن‌ها QRS است. موج T در اثر بازگشت توده عضلانی به حالت استراحت الکتریکی (رِپولاریزاسیون) ایجاد می‌شود. فاصله QT بر روی نوار قلب از ابتدای کمپلکس QRS شروع و تا پایان موج T ادامه می‌یابد (شکل ۱-۱۶). فاصله QT اصلاح‌شده (QTc) یک شاخص مفید برای ارزیابی خطر تاکیکاردی بطنی چندشکلی[1] یا تورسادِدوپوینت[2] است، که می‌توانند کشنده باشند. فاصله QT اصلاح‌شده از اصلاح فاصله QT برحسب تعداد ضربان قلب مطابق فرمول بازت[3] محاسبه می‌گردد (شکل ۲-۱۶).

شکل ۱-۱۶- اندازه‌گیری فاصله QT بر روی نوار قلب



شکل ۲-۱۶- فرمول بازت

ریشه دوم فاصله R-R /فاصلهQT برحسب میلی‌ثانیه = فاصله QT اصلاح‌شده بر حسب میلی‌ثانیه

$$QTc\ (ms) = QT\ (ms) / RR^{½}$$

[1] polymorphic
[2] Torsade de pointes
[3] Bazzett's formula

متادون و خطر طولانی شدن QTc

طولانی شدن فاصله QTc فراتر از مقادیر طبیعی (٤٥٠ میلی‌ثانیه در مردان و ٤٧٠–٤٦٠ میلی‌ثانیه در زنان) خصوصاً در مقادیر بالای ٥٠٠ میلی‌ثانیه با خطر افزایش‌یافته آریتمی‌های قلبی و مرگ ناگهانی همراه است. برخی ارزیابی‌های آینده‌نگر نشان می‌دهند فاصله QTc متعاقب القای درمان نگهدارنده با متادون به صورت معنی‌داری نسبت به ارزیابی پایه افزایش می‌یابد، هر چند اطلاعات موجود در خصوص اثر دوز و سطح خونی متادون بر افزایش فاصله QTc متناقض است و برخی از ارزیابی‌ها نتوانسته‌اند ارتباطی بین سطح خونی متادون و میزان افزایش QTc نشان دهند. برخی مطالعات موردی افزایش فاصله QTc و تورسادوپوینت را در بیماران تحت درمان با دوز بالای متادون و بهبود آن با کاهش یا قطع دوز متادون را گزارش کرده‌اند. یک محدودیت مطالعات این حوزه عدم کنترل شرایط بیماران از نظر مصرف مواد غیرقانونی دیگر نظیر مواد محرک است. برای مثال نشان داده شده است که کوکایین فاصله QT را به صورت حاد افزایش می‌دهد و می‌تواند عامل مخدوش‌کننده در بسیاری از مطالعات باشد. مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک یا ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای نیز می‌توانند از دیگر عوامل مخدوش‌کننده باشند. این احتمال وجود دارد که مصرف متادون در ترکیب با سایر عوامل خطرزای QT خطر طولانی شدن QT را افزایش دهد.

به طور خلاصه شواهد در دسترس نشان می‌دهد متادون یک عامل خطرزایِ طولانی شدن QT بوده و اثر آن احتمالاً وابسته به دوز است.

پایش قلبی بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون

طولانی شدن QT بالای ٥٠٠ میلی‌ثانیه با خطر قابل ملاحظه آریتمی قلبی همراه است. QT بالای ٥٠٠ میلی‌ثانیه در حدود ۲٪ بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون گزارش شده است. افزایش فاصله QT در دامنه ٤٥٠ تا ٥٠٠ میلی‌ثانیه در حدود ۲۰٪ بیماران تحت درمان نگهدارنده دیده می‌شود. این حالت نیز با خطر افزایش یافته برای تورسادوپوینت همراه است، هر چند خطر آن کمتر است.

ارزیابی بالینی

همان گونه که در فصل ٤ اشاره شد ارزیابی پیش از ورود به درمان نگهدارنده با متادون حتی‌الامکان باید جامع باشد. توصیه می‌گردد پیش از ورود تمام بیماران به درمان نگهدارنده با متادون از نظر وجود عوامل خطر افزایش فاصله QT و آریتمی قلبی مورد ارزیابی بالینی قرار گیرند.

در شرح حال پایه توجه به نکات زیر ضروری است:

- تاریخچه شخصی بیماری‌های ساختاری قلب و آریتمی قلبی

- تاریخچه خانوادگی بیماری‌های قلبی شامل مرگ ناگهانی قلبی، نارسایی قلب یا آریتمی
- مصرف هم‌زمان سایر داروهای دارای پتانسیل ایجاد QT طولانی، داروهای مهارکننده CYP 3A4 یا داروهای ایجادکننده هیپوکالمی (دیورتیک‌ها، مسهل)
- تاریخچه مصرف مواد، خصوصاً مصرف هم‌زمان مواد محرک
- بیماری‌هایی که می‌تواند عدم‌تعادل متابولیک ایجاد نماید برای مثال اختلالات خوردن، اسهال، استفراغ، بیماری کبدی و کلیوی، HIV و هپاتیت B

معاینه بالینی:

موارد زیر باید هنگام معاینه ارزیابی شوند:

- نبض
- فشار خون
- نبض ورید ژوگولار
- سوفل قلبی
- کریپتاسیون ریوی
- اِدم

ارزیابی‌های پاراکلینیک

- غربال‌گری مواد (آزمایش مصرف شیشه)
- ارزیابی از نظر هیپوکالمی (اوره و الکترولیت‌ها)
- ارزیابی از نظر بیماری کبدی و کلیوی
- هپاتیت‌های ویروسی

ارزیابی ECG

هر چند برخی راهنماها انجام روتین نوار قلب پیش از شروع درمان نگهدارنده با متادون و/یا در عرض ۳۰ روز پس از شروع آن را توصیه می‌کنند، اما به نظر می‌رسد اجرای این رویه برای تمام بیماران ارزشمند نیست. در

بیماران واجد عوامل خطرزا انجام نوار قلب پیش از ورود به درمان یا در عرض ۳۰ روز پس از شروع درمان توصیه می‌شود. این عوامل خطرزا عبارتند از:

- سن بالای ۵۰ سال
- تاریخچه بیماری‌های ساختاری قلب یا آریتمی قلبی
- علایم مطرح‌کننده آریتمی مثل دوره‌های سنکوپ، طپش قلب یا حملات سرگیجه
- مصرف هم‌زمان داروها یا مواد غیرقانونی طولانی‌کننده QT، داروهای بالابرنده سطح خونی متادون یا داروهای ایجادکننده هیپوکالمی
- تاریخچه خانوادگی مرگ در اثر بیماری قلبی یا آریتمی

در بیمارانی که از قبل روی درمان نگهدارنده با متادون هستند پایش قبلی با استفاده از الکتروکاردیوگرام در صورت عوامل خطرزای بالا یا دریافت دوز روزانه بالای ۱۲۰ میلی‌گرم توصیه می‌گردد. در کلیه بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون در صورت تداوم عوامل خطرزا تکرار سالانه نوار قلب توصیه می‌گردد.

علاوه بر این از هر بیماری که دچار سنکوپ یا تشنج توضیح داده نشده گردد باید نوار قلب به عمل آید. در صورت افزایش قابل ملاحظه فاصله QT (بالای ۵۰۰ میلی‌ثانیه) احتمال TdP مطرح شده و بیمار باید برای پایش قلبی طولانی مدت‌تر بستری شود.

توصیه‌های بالینی

در صورتی که فاصله بیش از ٤٥٠ در مردان و بیش از ٤٧٠ در زنان اما زیر ۵۰۰ میلی‌ثانیه باشد درمان با متادون را می‌توان شروع نمود یا ادامه داد، اما سایر عوامل خطر باید به حداقل رسانده شود. همچنین باید خطر بالقوه افزایش یافته بروز آریتمی قلبی به اطلاع بیمار رسانده شود تا بیمار در ارتباط با برنامه درمانی خود به صورت آگاهانه تصمیم‌گیری کند. این کار همچنین به جلب همکاری بیمار به منظور کاهش عوامل خطرزای بروز آریتمی همچون عدم مصرف هم‌زمان مواد محرک کمک می‌کند. در این بیماران تکرار نوار قلب هر ۳ تا ٦ ماه توصیه می‌گردد. در صورتی که همچنان QT بالای ٤٥٠ میلی‌ثانیه در مردان و بالای ٤٧٠ میلی‌ثانیه در زنان اما زیر ۵۰۰ میلی‌ثانیه باقی بماند کاهش دوز متادون یا انتقال به بوپرنورفین باید در نظر گرفته شود.

در صورت مشاهده افزایش قابل ملاحظه در فاصله QT (≤ ۵۰۰ میلی‌ثانیه) اقدامات زیر را باید در نظر گرفت:

- ارجاع به متخصص قلب
- حذف سایر عوامل خطرزا

- کاهش دوز متادون
- انتقال به بوپرنورفین
- قطع درمان با متادون

انجام اکوکاردیوگرافی روتین به منظور شناسایی بیماری‌های ساختاری قلب یا آزمایش ژنتیک برای تشخیص سندرم QT طولانی مادرزادی در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون توصیه نمی‌گردد.

فصل هفده- اختلال مصرف مواد چندگانه

مصرف همزمان مواد افیونی و سایر مواد یک مشکل جدی در درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست محسوب می‌شود. بیماران روی درمان نگهدارنده به صورت شایع مت‌آمفتامین یا شیشه، بنزودیازپین‌ها و سایر داروهای آرام‌بخش، الکل و حشیش را مورد مصرف قرار می‌دهند. الگوهای مصرف در دامنه‌ای از مصرف گاه‌گاه دوزهای پایین تا مصرف مستمر دوزهای بالا در حد ملاک‌های وابستگی متفاوت است. سرکوب‌کننده‌های دستگاه اعصاب مرکزی مثل الکل، بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها هنگامی که با داروهای آگونیست استفاده می‌شوند خطرناک هستند، زیرا خطر بیش‌مصرف را افزایش می‌دهند (فصل ۱۱ را ببینید).

یکی از اهداف ارزیابی پایه، ارزیابی‌های دوره‌ای و آزمایش ادرار شناسایی مصرف مواد دیگر در بیماران درمان نگهدارنده با متادون است (فصل ٤ را ببینید). اگر بیمار علاوه بر وابستگی به مواد افیونی، درگیر مصرف سایر مواد باشد، باید بر حسب نوع ماده یا مواد مورد مصرف، مداخلات دارویی و روانی، اجتماعی متناسب در برنامه درمانی او در نظر گرفته شود.

بررسی الگوی مسمومیت مواد در بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس‌های مسمومین کشور نشان می‌دهد، مصرف چندگانه مواد شیوع نسبتاً بالایی دارد. گزارش‌ها نشان می‌دهند شیوع مصرف مواد دیگر در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون غیرشایع نیست.

اثر مصرف مواد دیگر

مت‌آمفتامین و سایر مواد محرک

مصرف مواد محرک، خصوصاً مت‌آمفتامین (شیشه)، از مشکلات جدی برنامه‌های درمان با داروهای آگونیست به حساب می‌آید. عوارض جانبی این مواد شامل اختلالات روان‌پزشکی (پسیکوز و اختلالات خلقی) و بیماری‌های قلبی، عروقی (فشار خون بالا، سکته، آریتمی، سکته قلبی) می‌شود. مصرف مت‌آمفتامین‌ها پایبندی به درمان نگهدارنده با متادون را کاهش داده و پیش‌رفت در درمان نگهدارنده با متادون را به وقفه می‌اندازد.

برخی مطالعات نشان داده است استفاده از استاندارد درمان نگهدارنده با متادون استاندارد شامل تجویز دوز کافی و اجرای برنامه مدیریت مشروط می‌تواند به صورت معنی‌داری مصرف همزمان مواد محرک را کاهش دهد. هر چند متادون به صورت مستقیم مشکل مصرف مواد محرک را هدف قرار نمی‌دهد و بر روی اثرات تقویت‌کننده مثبت مواد محرک اثر مسدودکننده ندارد.

بنزودیازپین‌ها

بنزودیازپین‌هایی مثل دیازپام و کلونازپام اثرات ضداضطراب، آرام‌بخش و خواب‌آور دارند. این داروها در جدول طبقه‌بندی مواد در گروه چهار قرار دارند، که نشان دهنده پتانسیل نسبتاً پایین مصرف نابجای آن‌ها است. گرچه، کسانی که مبتلا به اختلالات اعتیادی هستند با احتمال بالاتری از جمعیت عمومی ممکن است بنزودیازپین‌ها را بدون تجویز پزشک و به منظور دستیابی به سرخوشی مصرف کنند.

مصرف هم‌زمان بنزودیازپین‌ها خصوصاً در دوزهای بالا در بیماران دریافت‌کننده متادون خطر مسمومیت و بیش‌مصرف دارویی را افزایش می‌دهد. بیمارانی که بنزودیازپین را بدون تجویز پزشک و به قصد دستیابی به حالات نشئه‌آور آن مصرف می‌کنند، به طور منظم برای جلسات درمانی مراجعه نمی‌کنند و پیش‌رفت آن‌ها در درمان با مشکل مواجه می‌شود. این بیماران معمولاً به بازگیری از بنزودیازپین‌ها و مداخلات روانی، اجتماعی مفصل برای پیشگیری از عود و تداوم درمان خود نیاز دارند.

در اجرای یک دوره بازگیری از بنزودیازپین‌ها در کنار درمان نگهدارنده با متادون به صورت سرپایی باید بی-نهایت احتیاط کرد، زیرا خطر مصرف کنترل نشده دوز بنزودیازپین و سرکوب تنفسی بالاست. در صورتی که برنامه‌ریزی برای انجام این کار، توصیه می‌شود بازگیری از بنزودیازپین توسط پزشک درمان نگهدارنده انجام پذیرد و دوز بنزودیازپین بیمار به صورت روزانه در کنار دوز متادون تجویز گردد.

داروهای آرام‌بخش غیربنزودیازپینی

داروهای آرام‌بخش غیربنزودیازپینی مثل باربیتورات‌های کوتاه‌اثر یا متوسط‌اثر با احتمال بالاتری ممکن است بیش‌مصرف کشنده ایجاد کنند، زیرا کسانی که آن‌ها را مصرف می‌کنند، نسبت به اثرات سرخوشی‌آور و آرام-بخش آن‌ها تحمل پیدا می‌کنند، اما نسبت به اثرات سرکوب‌کنندگی تنفسی تحمل پیدا نمی‌کنند. به همین دلیل، زمانی که این بیماران برای دستیابی به نشئگی دوز خود را افزایش می‌دهند، دچار بیش‌مصرف ناگهانی یا سرکوب تنفسی می‌شوند. افراد معتاد به مواد افیونی و آرام‌بخش‌های غیربنزودیازپینی معمولاً پیش از شروع درمان نگهدارنده نیاز به درمان بازگیری از داروهای آرام‌بخش غیربنزودیازپینی در یک جایگاه بستری دارند.

باربیتورات‌ها سیستم آنزیمی P450 3A4 را که در متابولیسم متادون (فصل ۲ را ببینید) نقش دارند، القاء نموده و می‌تواند تثبیت بیمار را دشوار نماید.

بیمارانی که با مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور درگیر هستند، با احتمال بیش‌تری ممکن است هنگام مراجعه جهت دریافت داروی روزانه خدمات دچار حالت مسمومیت باشند. پزشک و پرستار مرکز درمانی نباید تا زمان بر طرف شدن علایم مسمومیت، دوز روزانه بیمار را توزیع کنند.

الکل

مصرف الکل آرام‌بخشی و اثرات سرکوب تنفسی ناشی از متادون را افزایش داده و خطر بیش‌مصرف کشنده را افزایش می‌دهد (فصل ۱۱ را ببینید). مصرف الکل می‌تواند آسیب کبدی ناشی از هپاتیت سی را بدتر کند (فصل ۱٤ را ببینید).

مصرف الکل در بیماران روی درمان‌های دارویی پایبندی به درمان را متأثر نموده و بر نتایج درمان اثرات جانبی منفی دارد. تداوم مصرف الکل می‌تواند فعالیت آنزیم‌های کبدی را القاء نموده که منجر به افزایش متابولیسم متادون و در نتیجه کاهش سطوح پلاسمایی دارو شده و باعث ایجاد علایم دریافت داروی کم‌تر از حد و عارضه-دار شدن درمان می‌گردد.

نشان داده شده است که مصرف بنزودیازپین‌ها در بیمارانی که الکل مصرف می‌کنند، شایع است. درمان وابستگی به الکل شامل یک رویکرد جامع تشکیل یافته از بازگیری در صورت نیاز، مشاوره پیشگیری از عود و شرکت در گروه‌های خودیاری می‌شود.

حشیش

به طور کلی، مصرف حشیش به اندازه مت‌آمفتامین بر روی ماندگاری و پیامدهای درمان نگهدارنده اثر منفی نمی‌گذارد. در صورتی که مصرف هم‌زمان حشیش برای بیمار مشکل ایجاد کرده باشد، مداخلات درمانی شامل درمان‌های شناختی، رفتاری و درمان‌های دارویی علامتی برای بازگیری از حشیش خواهد بود.

نیکوتین

همچون جمعیت عمومی بیماری‌های مرتبط با تدخین تنباکو علت اصلی ناتوانی و مرگ در بیماران تحت درمان نگهدارنده است. برای مثال ٤۰٪ مرگ‌های بالای ۱۵ سال در یک برنامه درمان دارویی مبتنی بر مطب مرتبط با سیگار کشیدن بود که از مجموع مرگ‌های ناشی از اچ‌آی‌وی، هپاتیت سی و خشونت بالاتر بود. عموماً مراکز درمانی خدمات ترک سیگار به بیماران دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده ارایه نمی‌کنند، زیرا چنین تصور می-شود که اقدام به ترک سیگار می‌تواند استرس اضافی به بیماران وارد نموده و خطر عود را افزایش دهد. پژوهش‌ها نشان داده که مداخلات ترک سیگار نه بیماران را از مسیر بهبودی خارج می‌کند و نه با آن تداخل دارد و خطر عود به مصرف مواد افیونی بیمارانی که اقدام به ترک نیکوتین می‌کنند با سایر بیماران مشابه است. لذا توصیه می‌شود در تمام بیماران وابسته به نیکوتین پس از تثبیت درمان نگهدارنده با متادون مداخلات دارویی و مشاوره‌های اختصاصی ترک سیگار در نظر گرفته شود.

درمان اختلال مصرف مواد چندگانه در جریان درمان‌های نگهدارنده

گرچه برخی مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از رژیم دوز کافی متادون، مصرف مواد چندگانه را به صورت قابل توجهی کاهش می‌دهد، اما همچنان اختلال مصرف مواد چندگانه در بیماران دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده دیده می‌شود. یک سؤال مهم نحوه تعیین سطحی از درگیری با مصرف سایر مواد توسط بیماران است که نشان می‌دهد درمان نگهدارنده ناکافی است و سایر درمان‌ها باید افزوده شود.

مصرف مواد افیونی یا سایر مواد در بیماران دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده نباید بعنوان شاخصی برای ترخیص یا اخراج بیمار از درمان در نظر گرفته شود، بلکه برعکس این موضوع نشان می‌دهد خدمات درمانی ارایه شده برای تثبیت وضعیت بیمار کافی نبوده و بیمار نیاز به دریافت خدمات جامع‌تر دارد.

برخی کارکنان ممکن است احساس کنند که بیمارانی که علی‌رغم پیش‌رفت در بهبودی از اعتیاد به مواد افیونی به مصرف مواد دیگر ادامه می‌دهند، اعتبار مرکز درمانی را خدشه‌دار می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است چنین استدلال کنند که این بیماران جای بیمارانی را گرفته‌اند که از درمان نگهدارنده نفع بیش‌تری می‌برند. سیاست‌های معطوف به ختم درمان برای بیمارانی که مواد افیونی یا سایر مواد را مصرف کرده‌اند از یک اصل بنیادی غافل هستند و آن این است که پاسخ به درمان در همه مراجعان یکسان نیست و برخی مراجعان برای پیش‌رفت در درمان نیاز به دریافت مداخلات روان‌پزشکی یا روانی، اجتماعی تکمیلی هستند. تغییر نگرش کارکنان می‌تواند هم برای بیماران و هم برای مرکز درمانی مفید باشد.

یک عنصر کلیدی در درمان مصرف مواد چندگانه در بیماران دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده نیاز به خدمات بیشتر و تقویت ساختار و نظارت برنامه درمانی است. از آن جا که بیماری‌های مزمن معدودی به یک مدل مراقبت پاسخ می‌دهند، برای درمان مصرف مواد چندگانه استفاده از روش‌ها و مدل‌های درمانی مختلف ممکن است ضرورت پیدا کند. معمولاً بیمارانی که درگیر مصرف چندگانه مواد چندگانه هستند، برای یک دوره زمانی محدود نیاز به سطوح مراقبت جامع‌تر دارند. به این منظور ممکن است لازم باشد بیمار بستری شود و القای درمان نگهدارنده با متادون به صورت هم‌زمان با رژیم‌های بازگیری دیگر برای بیمار انجام شود. بیماران درگیر مصرف مواد چندگانه گاه برای قطع مصرف این مواد با مشکل مواجه می‌شوند، در این گونه موارد بازتوانی اقامتی در عین تداوم دریافت درمان نگهدارنده گزینه مناسبی خواهد بود.

یک مشکل شایع این است که برخی کارکنان مراکز درمانی و بیماران تصور می‌کنند قطع مصرف مواد افیونی تنها هدف درمان است و مصرف مواد دیگر نظیر مت‌آمفتامین در درمان آن‌ها مشکلی ایجاد نمی‌کند. مراکز درمانی باید سیاست روشن و صریحی در خصوص غیرقابل پذیرش بودن مصرف مواد دیگر نظیر مت‌آمفتامین، بنزودیازپین‌ها و الکل داشته و این موضوع را به اطلاع بیماران برساند. با توجه به وضعیت همه‌گیری مصرف

متامفتامین در کشور توصیه می‌گردد مراکز درمانی در ارزیابی‌های روتین خود علاوه بر آزمایش ادرار از نظر مورفین، متآمفتامین را نیز آزمایش کنند.

تنظیم دوز متادون

استفاده از دوز متادون کافی به طوری که دوز تجویزشده علایم محرومیت را سرکوب و نسبت به مصرف سایر مواد افیونی تحمل متقاطع می‌تواند مصرف مواد دیگر را نیز تا حدی کاهش دهد. بیماران ممکن است سایر مواد را به منظور خوددرمانی علایم محرومیت مواد افیونی ایجاد شده در اثر دوزهای ناکافی یا عوامل دیگر اثرگذار بر متابولیسم دارو مورد مصرف قرار دهند.

افزایش مشاوره و سایر خدمات روانی، اجتماعی

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که استفاده از مشاوره و درمان‌های شناختی، رفتاری افزوده شده به درمان نگهدارنده با متادون به صورت معنی‌داری مصرف مواد دیگر نظیر مواد محرک را کاهش می‌دهد.

افزایش آزمایش ادرار

انجام آزمایش ادرار روتین از نظر مورفین و متآمفتامین و آزمایش‌های دیگر در صورت لزوم به صورت تصادفی و در فواصل زمانی کوتاه (هفته‌ای یک بار) می‌تواند به تشخیص و پایش مصرف مواد چندگانه در بیماران دریافت‌کننده درمان نگهدارنده کمک کند.

بازگیری بستری کوتاه‌مدت

همان گونه که پیشتر اشاره شد ممکن است لازم باشد در بیماران مبتلاء به اختلال مصرف مواد چندگانه القای درمان نگهدارنده و بازگیری از مواد دیگر به صورت هم‌زمان و در یک جایگاه بستری صورت پذیرد. به عنوان مثال بیمار مبتلا به وابستگی هم‌زمان به مواد افیونی و الکل نیاز به پایش نزدیک طبی در طول دوره بازگیری از الکل و القای درمان نگهدارنده دارد که به صورت ایده‌ال در جایگاه‌های درمان بستری فراهم می‌گردد. به علاوه، تاریخچه تشنج یا سایکوز در دوره ترک یک داروی آرام‌بخش، خواب‌آور یا الکل اندیکاسیون قطعی درمان بستری محسوب می‌شود.

فصل هجده- ملاحظات درمانی در اختلالات روان‌پزشکی همبود

در این فصل اصول راهنمای غربال‌گری، تشخیص، و درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود در جریان درمان نگهدارنده مرور شده است. واژه «اختلال همبود» در این جا به معنای اختلال یا اختلالات روان‌پزشکی است که همراه با اختلالات مصرف مواد در یک فرد وجود دارد. پیشتر اصول راهنمای تشخیص و درمان بیماری‌های جسمی همراه در جریان درمان نگهدارنده مرور شده است (فصل ١٤ را ببینید).

اختلال روان‌پزشکی همبود می‌تواند «اولیه» باشد، یعنی مستقل از اعتیاد وجود داشته باشد یا «ثانویه» به مصرف مواد ایجاد شده و یک اختلال «القاء شده توسط مواد» باشد. بیماران ممکن است هنگام پذیرش اختلالات همبود قابل شناسایی داشته باشند یا ممکن است علایم در طول درمان پدیدار شوند. در صورت عدم شناسایی دقیق اختلالات همبود و پرداختن متناسب به آن‌ها، این اختلالات سیر بهبودی بیماران را متأثر نموده و کیفیت زندگی آن‌ها را پایین می‌آورند.

سبب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی همبود

چهار مدل شایع برای توضیح رابطه بین اختلالات مصرف مواد و اختلالات همبود شناسایی شده است:

- **اختلال مصرف مواد اولیه و اختلال همبود ثانویه**. بر اساس این مدل که به آن «مدل بیماری» گفته می‌شود اختلالات مصرف مواد علت اکثر اختلالات همبود در بیماران است. بر اساس این مدل درمان باید بر مصرف مواد زمینه‌ای متمرکز باشد.

- **اختلال همبود اولیه و اختلال مصرف مواد ثانویه**. این مدل، که به آن مدل «خوددرمانی» گفته می‌شود معتقد است اختلالات روانی از پیش موجود عامل پیدایش اختلالات مصرف مواد هستند. افراد معتاد به مواد، موادی را برای مصرف انتخاب می‌کنند که احساسات دردناک ایجاد شده توسط اختلال روانی‌شان را کاهش می‌دهد.

- **مسیر مشترک**. بر اساس این مدل، عوامل ژنتیکی و محیطی مشترک می‌تواند باعث اختلال مصرف مواد و اختلالات همبود گردد. برای مثال، نشان داده شده که بستگان بیماران معتاد به مواد افیونی میزان‌های بالاتری از افسردگی اساسی و اختلالات مصرف مواد دارند که نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی آسیب‌پذیری به اعتیاد و اختلالات همبود را افزایش می‌دهند.

- **مدل دوطرفه**. بر اساس این مدل عوامل محیطی، اجتماعی و عوامل بین‌فردی مثل فقر، انزوای اجتماعی، دسترسی مواد یا فقدان رسیدگی مراقبان بزرگسال، از طریق یک تداخل پیچیده بین محیط و آسیب‌پذیری ژنتیکی، هم در مصرف مواد و هم در اختلالات همبود نقش دارند.

شیوع اختلالات روان‌پزشکی همبود

مطالعات نشان می‌دهند بیماران تحت درمان نگهدارنده از میزان‌های بالاتر اختلالات همبود محور یک و دو در مقایسه با جمعیت عمومی رنج می‌برند. برخی عوامل شیوع اختلالات همبود را در بیماران مبتلا به اعتیاد افزایش می‌دهند که شامل سن بالا، وضعیت اجتماعی، اقتصادی پایین‌تر، اقامت در مناطق شهری، بی‌خانمانی و حبس می‌شوند.

میزان‌های اختلالات همبود بین زنان و مردان متفاوت است. برای مثال، نشان داده شده است که زنان معتاد به مواد افیونی با احتمال بیش‌تری از مردان اختلالات خلقی و اضطرابی مثل اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی دارند، در حالی که شیوع اختلال شخصیت ضداجتماعی و وابستگی به مواد دیگر در مردان شایع‌تر است.

انگیزه درمان و اختلالات روان‌پزشکی همبود

برخی مطالعات نشان داده‌اند که اختلالات همبود در بیماران معتاد انگیزه برای درمان ایجاد می‌کند. ارزیابی‌ها نشان داده است که در میان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، افراد مبتلا به اختلالات همبود با احتمال بیش‌تری برای اعتیاد درمان می‌گیرند.

غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود

اهداف غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود در سطح مرکز درمان اعتیاد به شرح زیر است:

- شناسایی هر گونه خطر خودزنی، خودکشی یا خشونت نسبت به خود یا دیگران
- شناسایی علایم و نشانه‌های اختلالات روان‌پزشکی
- شناسایی سابقه هر گونه تشخیص و درمان روان‌پزشکی قبلی شامل داروهای روان‌پزشکی، سابقه بستری روان‌پزشکی
- سابقه روان‌پزشکی در بستگان درجه اول بیمار

اصول راهنمای غربال‌گری و تشخیص اختلالات روان‌پزشکی همراه به شرح زیر است:

- توصیه می‌شود که در ارزیابی پایه و ارزیابی‌های دوره‌ای در جریان درمان نگهدارنده غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود به صورت روتین انجام شود.
- این غربال‌گری باید منجر به نتایج مثبت و منفی ساده، برحسب وجود یا عدم وجود نشانه‌ها و علایم روان-پزشکی گردد.
- نتیجه منفی معمولاً نیاز به اقدام آنی را بر طرف می‌کند و نتیجه مثبت باید با ارزیابی دقیق‌تر توسط روان-پزشک پیگیری شود.
- ارزیابی دقیق‌تر توسط روان‌پزشک می‌تواند از طریق مشاوره با روان‌پزشک در خود مرکز درمانی یا از طریق ارجاع به روان‌پزشک صورت پذیرد.
- مطلوب است غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود هنگام پذیرش بیمار در برنامه درمانی و برای اجتناب از دوباره‌کاری هم‌زمان با سایر ارزیابی‌ها انجام شود. با این وجود، در صورت محدودیت زمانی حداقل پرسش‌های غربال‌گری اصلی مرتبط با ایمنی بیمار (قصد خودکشی، خودزنی و علایم پسیکوز) باید هنگام پذیرش پرسیده شود. غربال‌گری از نظر سایر اختلالات همبود باید حداکثر تا پایان هفته اول درمان تکمیل شود.
- غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود توسط روان‌شناس یا پزشک مرکز انجام می‌شود.
- هنگام انجام غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود و همچنین سایر مصاحبه‌های ارزیابی بیمار باید ازنظر شناختی بدون نقص باشد، به همین دلیل اگر بیمار به خاطر مسمومیت یا محرومیت مواد اختلال هوشیاری یا جهت‌یابی دارد، انجام ارزیابی باید تا زمان برطرف شدن اختلال شناختی به تأخیر انداخته شود.
- در ابزارهای ارزیابی جامع پیامدهای درمان اعتیاد نظیر فرم‌های ارزیابی پایه و دوره‌ای پروتکل حاضر پرسش‌هایی برای غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی همبود یا ارزیابی وضعیت سلامت روان پیش‌بینی شده است. گروه تدوین‌کننده راهنمای حاضر توصیه می‌کنند مراکز ارایه‌کننده درمان نگهدارنده با استفاده از این فرم‌ها یا سایر ابزارهای استاندارد غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی نظیر فرمت غربال‌گری مصاحبه نوروسایکیاتری بین‌المللی کوتاه (مینی)[1] را در فرآیند معمول ارزیابی خود ادغام نمایند.

[1] the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

تشخیص اختلال روان‌پزشکی همبود

پس از شناسایی یک اختلال احتمالی روان‌پزشکی در طول غربال‌گری، باید ارزیابی بیشتر برای رسیدن به تشخیص توسط یک متخصص روان‌پزشکی انجام شود. پرکاربردترین سیستم‌های طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی کتابچه تشخیصی و آماری، ویرایش چهارم- متن بازبینی‌شده (DSM-IV-TR) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویرایش دهم (ICD-10) هستند. با تکامل این سیستم‌های طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی در چندین ویرایش، مؤلفان آن تغییرات مهمی در تعاریف اختلالات مرتبط با مواد دادند. به عنوان مثال DSM-IV-TR این اختلالات را به دو نوع: اختلالات مصرف مواد و اختلالات القاءشده توسط مواد تقسیم می‌کند. بنابراین همان گونه که پیشتر اشاره شد اختلالات روان-پزشکی همبود ممکن است اولیه و مستقل یا ثانویه و القاءشده توسط مواد باشند.

دقت در تشخیص افتراقی از نظر درمانی مهم است، زیرا اختلالات همبود مستقل و القاءشده توسط مواد از نظر سیر با هم تفاوت دارند. اختلالات مستقل معمولاً از سیر معمول اختلال روان‌پزشکی تشخیص داده شده پیروی می‌کنند و نیاز به درمان اختصاصی و طولانی‌مدت (دارودرمانی و روان‌درمانی) دارند. اختلالات القاءشده توسط مواد معمولاً از سیر اختلال مصرف مواد پیروی می‌کنند و با شروع پرهیز فروکش می‌کنند، گرچه اختلالات پایدار القاءشده توسط مواد ممکن است از این توالی پیروی نکنند. علایم روان‌پزشکی القاءشده توسط مواد می‌تواند در شروع درمان شدید باشد، اما معمولاً این علایم نیاز به درمان روان‌پزشکی طولانی‌مدت نخواهند داشت.

تشخیص دقیق اختلالات همبود مستقل در طول مراحل اولیه درمان نگهدارنده دشوار است. تشخیص قطعی اغلب باید تا زمان تثبیت بیمار بر روی درمان نگهدارنده برای حداقل ۲ هفته (اما ترجیحاً تا ٤ هفته) به تأخیر انداخته شود تا هر گونه مصرف مواد افیونی یا سایر مواد قطع شده باشد. ارزیابی روان‌پزشکی مجدد بعد از تثبیت بیمار بر روی درمان نگهدارنده می‌تواند دقت تشخیص را بالا ببرد.

علایم اختلالات همبود شدید همچون تمایل به خودکشی و علایم پسیکوز نیاز به توجه فوری دارد و می‌تواند نیاز به مداخله دارویی یا بستری فوری داشته باشند. علایم اختلالات همبود دارای شدت کمتر نیز می‌تواند مانع تثبیت بیمار در درمان نگهدارنده شود، به همین دلیل شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود در بهبود پیامدهای درمانی اهمیت اساسی دارد.

ملاحظات عمومی درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود در درمان نگهدارنده

بیماران مبتلا به اختلالات همبود در صورت دریافت درمان‌های روان‌پزشکی متناسب در کنار درمان نگهدارنده پیامدهای درمانی مطلوبی خواهند داشت، به همین دلیل درمان روان‌پزشکی جامع و متناسب با اختلال روان‌پزشکی

تشخیص داده شده برای تمام اختلالات روان‌پزشکی همبود توصیه می‌گردد. نتایج درمان تا حد زیادی به درمان‌های تکمیلی ارایه شده برای این اختلالات بستگی دارد و بیمارانی که علایم شدیدتری دارند نیاز به درمان مفصل‌تر دارند.

برای درمان اختلالات همبود در جریان درمان نگهدارنده اصول کلی زیر توصیه می‌گردد:

- اختلالات روان‌پزشکی همبود نباید مانعی برای پذیرش بیماران در برنامه‌های درمان با داروهای آگونیست باشد.

- در صورت حضور نشانه‌ها و علایم روان‌پزشکی حاد در ارزیابی‌های پایه مداخله متناسب باید از طریق ارجاع به روان‌پزشک یا معرفی جهت بستری روان‌پزشکی صورت پذیرد.

- در صورت عدم وجود نشانه‌ها و علایم روان‌پزشکی حاد توصیه می‌گردد ارزیابی مجدد روان‌پزشکی پس از تثبیت درمان نگهدارنده (٤-٢ هفته بعد) مجدداً انجام شود و برنامه‌ریزی برای اجرای مداخلات روان‌پزشکی مورد نیاز صورت پذیرد.

- مطلوب است درمان اختلالات همبود به صورت ادغام‌یافته با درمان نگهدارنده و در مرکز درمانی صورت گیرد. در صورتی که شرایط ارایه برنامه درمانی ادغام‌یافته مهیا نباشد، لازم است بیمار برای دریافت خدمات روان‌پزشکی ارجاع گردد.

- تجویز داروهای روان‌پزشکی باید تا زمان تثبیت بیمار روی درمان نگهدارنده (٤-٢ هفته) به تأخیر انداخته شود، مگر آن که بیمار تشخیص قبلی یک اختلال همبود مستقل بر اساس سوابق روان‌پزشکی قبلی داشته یا افت عملکرد قابل توجه در اثر علایم اختلال همبود وجود داشته باشد.

- پزشک و روان‌شناس درمان نگهدارنده باید پایبندی بیمار به رژیم دارویی روان‌پزشکی را ارزیابی و به بیمار در خصوص لزوم مصرف دارو و مراجعه روان‌پزشکی منظم آموزش دهند.

- پزشکان باید از تجویز داروهای دارای پتانسیل سوءمصرف اجتناب کنند. اگر چنین داروهایی تجویز شود، باید انواع داروهای دارای قابلیت سوءمصرف پایین‌تر انتخاب شوند، برای مثال در میان بنزودیازپین‌ها داروهایی که شروع اثر کندتر و طول اثر بیشتر دارند بر داروهای سریع و کوتاه اثر ارجحیت دارند.

نحوه برخورد با اختلالات روان‌پزشکی همبود

وجود علایم روان‌پزشکی زیر- چه ناشی از مسمومیت یا محرومیت مواد باشد و چه در اثر یک اختلال همبود مستقل پدید آمده باشد- نشان دهنده وجود نیاز به مداخله اورژانسی است:

- فکر یا تهدید به خودکشی یا دیگرکشی
- علایم پسیکوز برای مثال توهم و هذیان که با ایمنی یا کارکرد مستقل بیمار تداخل کند
- دلیریوم

هر چند این علایم ممکن است در مواردی کوتاه مدت باشد، اما در صورت پرخطر بودن درمان سرپایی، پذیرش در بیمارستان روان‌پزشکی ضرورت خواهد داشت. در صورت مثبت بودن مراجع در غربال‌گری اولیه از نظر این علایم، مشاوره روان‌پزشکی اورژانسی برای تعیین میزان خطر و نیاز به بستری روان‌پزشکی ضرورت خواهد داشت.

بیماران روی درمان نگهدارنده که در معرض خطر حاد نیستند، اما سابقه قبلی تشخیص و درمان اختلالات روان-پزشکی شدید (مثل اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی) داشته‌اند، باید در کنار درمان نگهدارنده، زیر نظر یک متخصص روان‌پزشکی درمان‌های استاندارد روان‌پزشکی دریافت کنند. توصیه می‌شود داروهایی برای درمان روان‌پزشکی این بیماران به کار رود که پتانسیل سوءمصرف ندارند یا حداقل پتانسیل سوءمصرف را دارند.

توصیه می‌شود بیماران روی درمان نگهدارنده دارای علایم اختلالات محور یک، اما فاقد تاریخچه اختلالات همبود اولیه تا زمان تثبیت روی درمان نگهدارنده، داروهای روان‌پزشکی دریافت نکنند، زیرا علایم آن‌ها ممکن است به صورت قابل ملاحظه‌ای بعد از تثبیت درمان فروکش کند. استثناها شامل بیماران دارای اختلالات حاد القاءشده توسط مواد مثل اضطراب یا بدبینی مفرط است که احتمالاً گذرا هستند اما نیاز به دارودرمانی موقت دارند.

در صورت تداوم علایم و نشانه‌های روان‌پزشکی پس از تثبیت بیمار بر روی درمان نگهدارنده، درمان‌های استاندارد روان‌پزشکی شامل روان‌درمانی، دارودرمانی یا ترکیب هر دو برای درمان اختلال همبود باید در نظر گرفته شود.

توصیه می‌شود در درمان اختلالات همبود در جریان درمان نگهدارنده یک رویکرد سلسله مراتبی در نظر گرفته شود. به طوری که مداخلات روانی، اجتماعی مثل مشاوره یا روان‌درمانی به عنوان خط اول درمان در نظر گرفته شود، مگر آن که بیمار مبتلا به اختلالی باشد که واضحاً به مداخله دارویی نیازمند است. اگر این مداخلات روانی، اجتماعی پاسخ درمانی کافی ایجاد نکنند، دارودرمانی با استفاده از داروهایی که حداقل پتانسیل سوءمصرف را دارند، باید افزوده شود.

درمان نگهدارنده برای شروع و پایش دارودرمانی روان‌پزشکی موقعیت منحصر به فردی به حساب می‌آید، زیرا بیماران (حداقل در مراحل اولیه درمان) به صورت روزانه مراجعه و پزشک و روان‌شناس مرکز می‌توانند پاسخ بیمار به داروی روان‌پزشکی و درمان اعتیاد را تحت نظر بگیرند. وقتی داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌شوند، به نکات زیر باید توجه کرد:

- تداخلات فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک داروهای تجویزشده با درمان نگهدارنده در نظر گرفته شود (فصل ۲ را ببینید).
- ارتباط درمانی نزدیکی بین روان‌پزشک تجویزکننده دارو و تیم درمان نگهدارنده وجود داشته و پیش‌رفت در درمان اختلال روان‌پزشکی همبود به صورت منظم پایش شود.
- آموزش در خصوص اهمیت پایبندی به رژیم درمانی و مداخلات روانی، اجتماعی اختصاصی برای درمان اختلال همبود، در مشاوره‌های معمول درمان نگهدارنده ادغام گردد.
- در انتخاب داروهای روان‌پزشکی دقت شود، زیرا برخی داروها (مثل ترامادول، بنزودیازپین‌ها، آمی-تریپتیلین) که در گروه‌های جمعیتی دیگر پتانسیل سوءمصرف اندکی دارند، در این گروه جمعیتی خطر سوءمصرف بالایی دارند.
- باید به بیمارانی که داروهای روان‌پزشکی مصرف می‌کنند در مورد منافع مورد انتظار، محدودیت‌ها و اشکالات بالقوه، عوارض جانبی، استفاده در بارداری و شیردهی، طول زمان پیش از شروع اثرات کامل دارو و احتمال ایجاد تحمل و محرومیت آموزش داد.
- هنگام تجویز داروهای روان‌پزشکی دارو، میزان کشندگی آن در صورت مصرف تکانشی یا عامدانه به قصد خودکشی باید در نظر گرفته شود.

فصل ۱۹- ملاحظات درمانی در سایر گروه‌های خاص

نوجوانان

برخی خانواده‌هایی که نگران مصرف مواد در فرزند نوجوان خود هستند ممکن است نوجوان خود را برای تشخیص یا درمان به مرکز درمانی بیاورند. همان گونه که می‌دانیم به طور معمول اولین تجربه مصرف مواد افیونی در معتادان کشور ما در اوایل دهه سوم زندگی بوده و معمولاً بین اولین مصرف و مصرف مستمر چند ماه و گاه چند سال فاصله زمانی وجود دارد. با در نظر گرفتن سیر طبیعی بیماری اعتیاد به مواد مخدر در جمعیت ایرانی احتمال آن که مصرف مواد افیونی در یک فرد نوجوان در حد وابستگی باشد، معمولاً پایین است و نوجوان مورد اشاره در سناریوی بالا حتی در صورت مثبت بودن آزمایش ادرار از نظر مورفین، ممکن است وابسته به مواد افیونی نباشد. در این مرحله استفاده از درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اندیکاسیون ندارد و باید از مداخلات دارویی سبک‌تر برای کنترل علایم محرومیت در کنار مداخلات غیرداوریی مفصل نظیر مشاوره فردی و خانواده‌درمانی بهره گرفت. با این وجود ممکن است برخی نوجوانان که وضعیت اقتصادی، اجتماعی بسیار پایینی دارند، بی‌خانمان هستند یا درگیر فعالیت‌های غیرقانونی شده‌اند، مواد مخدر سنگین نظیر کراک را به روش‌های مخاطره‌آمیز همچون تزریق مورد مصرف قرار می‌دهند. مصرف مواد در این زیرگروه خاص از نوجوانان ممکن است از مصرف مواد در بزرگسالانی که سال‌های مصرف مستمر تریاک داشته‌اند سنگین‌تر و پرخطرتر باشد. مطالعات نشان می‌دهد هر چقدر مصرف مواد در سنین پایین‌تر آغاز گردد، خطر وابستگی و عوارض جانبی برای سلامت فرد بالاتر خواهد بود.

تجربه مصرف مواد در بسیاری از مواد در نوجوانی شروع می‌شود، بنابراین می‌توان اعتیاد یا وابستگی به مواد را یک اختلال تکاملی دانست. برای پیش‌گیری از پیش‌رفت تجربه مصرف مواد به اعتیاد شناسایی مصرف مواد در مراحل اولیه و تأمین مداخلات مؤثر اهمیت بالایی دارد. شواهد اخیر نشان می‌دهد نوجوانان سریع‌تر از بزرگسالان از شروع مصرف به سمت وابستگی می‌روند. به علاوه، مصرف مواد در نوجوانان می‌تواند تکامل شناختی، هیجانی و اجتماعی فرد را با اشکال مواجه سازد. مداخله زودرس اولیه - به صورت ترکیبی از درمان‌های روانی، اجتماعی و مداخلات دارویی در صورت نیاز- می‌تواند مانع پیش‌روی مصرف مواد افیونی به وابستگی یا اعتیاد شود.

در کار با نوجوانان باید حساسیت‌های مرتبط با سلامت نوجوانان را به طور کلی در نظر داشت، زیرا مصرف مواد اغلب نتیجه شرایط زندگی فرد نوجوان به حساب می‌آید. به همین دلیل ارزیابی بیماران نوجوان باید همه‌جانبه بوده و جنبه‌های مختلف طبی، روان‌شناختی، تحصیلی، خانوادگی و سایر جنبه‌های زندگی نوجوان را در بر گیرد. درمان باید تا حد امکان جنبه‌های مختلف زندگی فرد نوجوان را پوشش دهد. نوجوانان احتمالاً به دلیل عدم تکمیل مناطق مغزی

مربوط به کنترل مهار در مقایسه با بزرگسالان معمولاً سطوح بالاتری از خطرپذیری، تنوع‌طلبی و پیروی از فشارهای گروه همتا نشان می‌دهند، لذا آموزش خودکنترلی، تاب‌آوری[1]، حل مسأله و تصمیم‌گیری باید در مداخلات روانی، اجتماعی در نظر گرفته شوند. در یک برنامه درمانی مؤثر برای فرد نوجوان باید نقاط قوت، وضعیت حمایت روانی، اجتماعی، تحصیلی، پزشکی و قانونی و الگوی مصرف مواد را در نظر گرفت.

پژوهش‌های اخیر اطلاعات مهمی درباره نیم‌رخ بالینی وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان ارایه نموده و شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی همراه را در این جمعیت نشان می‌دهد. اختلالات روان‌پزشکی که اغلب با وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان همراه است عبارتند از افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال سلوک[2] و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی[3]. برخی از این اختلالات (همچون اختلالات افسردگی) در میان نوجوانان دختر شایع‌تر است. مشخص نیست تا چه حد وجود اختلال روان‌پزشکی همراه عامل شروع مصرف مواد و اصطلاحاً «خوددرمانی» علایم روان‌پزشکی با مواد غیرقانونی بوده است، با این وجود درمان کافی اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد (فصل ۱۸ را ببینید).

نقش محیط خانواده در شروع مصرف مواد در نوجوانان بسیار برجسته است و به همان اندازه حمایت و برخورد صحیح والدین و خانواده در فرآیند بهبودی فرد نوجوان اهمیت اساسی دارد. به همین دلیل در درمان اعتیاد نوجوانان آموزش خانواده، مشاوره با خانواده و خانواده‌درمانی برای بهبود روابط بین والدین با بیمار یا کمک به والدین برای یادگیری حمایت از درمان جایگاه ویژه‌ای دارد. سطوح بالای مشارکت خانواده و سطوح پایین بی‌تفاوتی خانواده اثر محافظتی در برابر مصرف مواد نوجوانان روی درمان اعتیاد دارد.

مداخلات دارویی درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان

چندین کارآزمایی بالینی برای درمان وابستگی به مواد افیونی در نوجوانان با استفاده از داروهای آگونیست وجود دارد. این مطالعات استفاده از داروهای آگونیست را برای بازگیری از مواد افیونی یا درمان نگهدارنده گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه رژیم بازگیری ۲۸ روزه با بوپرنورفین با برچسب پوستی کلونیدین مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج مطالعه حاکی از آن بود میزان ماندگاری در درمان (۷۲٪ در مقایسه با ۳۹٪) و شروع درمان با نالترکسون (۶۱٪ در مقایسه با ۵٪) در گروه درمان با بوپرنورفین بالاتر است. در صورتی که دوره وابستگی به مواد افیونی کوتاه بوده و بیمار خانواده حمایت‌کننده دارد، استفاده از یک مداخله بازگیری از مواد افیونی با استفاده از بوپرنورفین و سپس پیگیری مداخلات روانی، اجتماعی پیشگیری از عود با یا بدون نالترکسون منطقی به نظر می‌رسد. در صورت وجود

[1] resilience
[2] conduct disorder
[3] ADHD

شاخص‌های شدّت بالای اعتیاد و احتمال اندک پاسخ به درمانِ بازگیری، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین را می‌توان در نظر گرفت. این شاخص‌ها شامل وابستگی به مواد افیونی سنگین همچون هروئین یا کراک هروئین، مصرف تزریقی مواد یا سابقه دو اقدام ناموفق درمان به روش بازگیری (سم‌زدایی) می‌شوند. در شرایط خاص استفاده از درمان نگهدارنده با متادون را نیز می‌توان در نظر گرفت (فصل ۱ را ببینید). در درمان نوجوانان مداخلات همه‌جانبه و چندسیستمی که حوزه‌های مختلف مشکل خصوصاً خانواده و محیط زندگی بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد از مداخلات درمانی متمرکز بر یک مشکل بالینی موفقیت بسیار بالاتری دارند.

زنان

الگوهای مصرف مواد در زنان تفاوت‌های زیادی با مردان دارد. زنان معمولاً مقادیر کم‌تر مواد افیونی مصرف می‌کنند، اما زودتر از مردان به سمت وابستگی می‌روند. زنان با احتمال بیش‌تری ممکن است داروهای دارای پتانسیل سوءمصرف همچون ترامادول، کدیین یا بنزودیازپین‌ها را مصرف کنند. زنان وابسته به مواد افیونی معمولاً تحصیلات پایین‌تر، منابع مالی محدودتر دارند و با احتمال بیشتری در معرض سوءرفتار جسمی یا جنسی قرار گرفته‌اند.

نیازهای زنان متقاضی درمان وابستگی به مواد افیونی نیز متفاوت است. به عنوان مثال مصرف مواد در زنان با اَنگ بیش‌تری همراه است و این موضوع دسترسی آن‌ها را به خدمات درمانی محدود می‌کند. راه‌اندازی مراکز یا برنامه‌های درمان اختصاصی برای زنان متناسب با نیازهای اختصاصی این گروه جمعیتی می‌تواند تا حدی مشکل دسترسی و انگ در این گروه را کاهش دهد.

توصیه می‌شود برای زنان گروه‌درمانی‌های اختصاصی تک‌جنسیتی برگزار گردد.

زندانیان

با توجه به شیوع بالای اختلال مصرف مواد افیونی در جمعیت ورودی و مقیم در زندان‌ها دسترسی به مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد شامل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون اهمیت اساسی دارد.

افراد وابسته به مواد افیونی در بدو ورود به زندان به دلیل تجربه علایم محرومیت در معرض خطر افزایش یافته برای خودزنی، اقدام به خودکشی و پرخاش‌گری هستند. به علاوه به دلیل عوارض ناشی از محرومیت توانایی فرد برای مراقبت از خود کاهش یافته و این مسأله او را در معرض خطر انواع سوءرفتارها قرار می‌دهد. به این دلیل دسترسی

به خدمات پایدارسازی اولیه با استفاده از متادون برای افراد وابسته به مواد افیونی در بدو ورود به زندان توصیه می‌گردد.

مصرف تزریقی مواد در زندان با خطر افزایش یافته ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های منتقله از راه خون همراه است. درمان نگهدارنده با متادون در افراد وابسته به مواد افیونی خطر تزریق و استفاده از وسایل تزریق مشترک را به صورت قابل ملاحظه‌ای کاهش داده و به صورت بالقوه می‌تواند از گسترش همه‌گیری عفونت اچ‌آی‌وی در زندان‌ها جلوگیری نماید. درمان نگهدارنده با متادون یکی از مهم‌ترین اجزای بسته جامع خدمات کاهش آسیب در زندان‌ها بوده و ارایه این مداخله درمان با کیفیت مناسب برای بیماران وابسته به مواد افیونی در زندان‌ها در چارچوب ملاحظات توصیف شده در پروتکل حاضر توصیه می‌گردد.

زندانیان وابسته به مواد افیونی پس از ترخیص در معرض خطر افزایش یافته مرگ ناشی از بیش‌مصرفی هستند. یکی دیگر از مشکلات مهم دوره پس از ترخیص عود به مصرف مواد و متعاقب آن عود به فعالیت‌های غیرقانونی و دستگیری مجدد است. تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد در صورتی که درمان نگهدارنده با متادون در داخل زندان شروع شده و پس از ترخیص ادامه یابد خطر عود، مرگ و میر و بازگشت به جرم و جنایت را کاهش می‌دهد. بر این اساس تداوم درمان نگهدارنده با متادون پس از ترخیص در کلیه بیماران ترخیص شده از جایگاه‌های تأدیبی توصیه می‌گردد.

با توجه به اهمیت بالا و همچنین ملاحظات خاص درمانی و اجرایی در ارایه درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون در زندان‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها پروتکل مجزایی به این منظور تدوین نموده است که جهت کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه مراجعه به آن توصیه می‌گردد.

رانندگی و کار با ماشین‌آلات

مسمومیت مواد افیونی می‌تواند در طول دوره القای متادون رخ دهد. باید به بیماران توصیه نمود که در صورت بروز حالات آرام‌بخشی از رانندگی اجتناب کنند. چون بیماران در شروع درمان و در زمان تغییرات دوز از میزان اثر دارو بر وضعیت هوشیاری خود بی‌اطلاع هستند، باید توصیه شود در این مواقع از رانندگی و کار با ماشین‌آلات اجتناب کنند.

فصل ۲۰- جنبه‌های اجرایی و مدیریتی درمان نگهدارنده

در این فصل جنبه‌های اجرایی و مدیریتی مراکز درمانی برای اجرای مؤثرتر درمان نگهدارنده با متادون مرور می-شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد توجه کافی به اصول مدیریتی و اجرایی درمان‌های نگهدارنده نتایج و پیامدهای درمانی را بهبود می‌بخشد. تعیین اهداف درمانی در درمان نگهدارنده و ایجاد اتفاق نظر در میان تمام کارکنان دخیل در ارایه خدمات پزشکی و روانی، اجتماعی اهمیت اساسی دارد، زیرا اختلاف نظر یا سوءتفاهم درباره اهداف درمان اثر منفی بر روند درمانی خواهد داشت.

صدور مجوز

مراکز ذیل می‌توانند راه‌اندازی مرکز/واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست را در چارچوب دستورالعمل مربوطه و پروتکل حاضر درخواست کنند:

- مراکز گذری
- مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر
- مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه (مراکز بهداشتی درمانی مرجع یا درمانگاه مثلثی)
- درمانگاه‌های سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
- مراکز درمان سرپائی وابستگی به مواد
- درمانگاه‌های عمومی
- درمانگاه‌های تخصصی روان‌پزشکی
- مطب‌های روان‌پزشکی
- مراکز جامع توان‌بخشی
- بیمارستان‌های عمومی
- بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی

تعیین محل احداث مراکز/واحدهای **سرپایی** درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست باید به گونه‌ای باشد که توزیع جغرافیایی مراکز متناسب با توزیع جمعیت در منطقه تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی بوده و حداکثر به ازای هر ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت عمومی یک مرکز/واحد سرپایی درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست مجوز داده شود.

سقف جمعیتی شامل واحد آگونیست مستقر در مراکز کاهش آسیب شامل مراکز گذری و زنان آسیب‌پذیر و مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری نمی‌شود.

ارایه درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری

از آنجا که در برخی مناطق بسیاری از شهرهای کشور معضل معتادان بی‌خانمان و سخت دسترس وجود دارد که به مراکز درمانی معمول مراجعه نمی‌نمایند، مراکز گذری جهت تسهیل دسترسی به خدمات کاهش آسیب و درمان اعتیاد در این مناطق راه‌اندازی شده‌اند. مراکز گذری دارای مجوز از معاونت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان بهزیستی کشور می‌توانند درخواست خود برای تأسیس **واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست** را به کمیته منطقه‌ای مراکز درمان با آگونیست معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی ارایه و نسبت به اخذ مجوز فعالیت در چارچوب دستورالعمل مربوطه و پروتکل حاضر اقدام نمایند.

با توجه به عدم پیش‌بینی خدمات پرستاری به منظور آزمایش ادرار از نظر مصرف مواد و خدمات روانی، اجتماعی تکمیلی مراکز گذری مجاز به ارایه **دوز منزل** (به جز روزهای تعطیل رسمی) به مراجعان نیستند. مراکز گذری در صورت

- تأمین **خدمات پرستاری** توسط پرستار، بهیار، ماما، کاردان هوشبری یا تکنسین اطاق عمل و
- **خدمات روانی، اجتماعی** توسط کارشناس روان‌شناسی یا مددکاری دوره دیده

می‌توانند پس از اخذ تأییدیه معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی در چارچوب پروتکل حاضر نسبت به ارایه دوز منزل برای مراجعان منتخب خود اقدام نمایند. لازم به توضیح است برخی مراجعان مراکز گذری ممکن است به دلیل تداوم مصرف مواد و آزمایش‌های مثبت متوالی، رفتارهای پرخطر، تاریخچه بیش‌مصرفی اخیر، بی‌ثباتی وضعیت اسکان و بی‌خانمانی شرایط لازم برای دریافت دوز منزل را نداشته باشند.

با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد و رابطه جنسی ارایه آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر مهارت کاهش آسیب توسط متصدی برنامه سرنگ و سوزن برای کلیه مراجعان الزامیست. علاوه بر این، به دلیل مشکلات خانوادگی، شغلی، اجتماعی و قانونی متعدد بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری، ارایه خدمات مددکاری توسط مسئول مرکز یا مسئول فنی واحد با تمرکز بر

- صدور گواهی تحت خدمات درمان و کاهش آسیب برای مراجعان،
- بسیج منابع برای حمایت از مراجعان و
- بازگرداندن مراجع به خانواده و اجتماع

الزامی است. در صورت امکان مطلوب است خدمات مددکاری در مراکز گذری توسط یک کارشناس مددکاری یا روان‌شناسی ارایه گردد.

وضعیت کارکردهای اجتماعی بیماران روی درمان نگهدارنده در مراکز گذری باید به صورت دوره‌ای توسط مسئول مرکز ارزیابی شده و در صورتی که وضعیت فرد از نظر اسکان و اشتغال تثبیت گردد، مراجع باید فعالانه برای تداوم درمان در یک مرکز درمان وابستگی به مواد افیونی در بخش دولتی یا خصوصی تشویق گردد. لازم به تأکید است در صورت عدم اطمینان از موفقیت ارجاع به دلیل عدم تمایل بیمار، دوری راه یا... تداوم درمان بیمار در واحد آگونیست مرکز گذری بلامانع است.

پزشک و مسئول مرکز گذری موظف‌اند بیماران مبتلا به اختلالات روانی را به روان‌پزشک از پیش تعیین شده (مثلاً روانپزشک قراردادی یا روانپزشک تعیین شده از سوی معاونت درمان) ارجاع نمایند.

کارکنان

آموزش

پیچیدگی‌های درمان بیماران معتاد به مواد افیونی نیاز به درمان‌گرانی دارد که بتوانند به نیازهای متنوع طبی و روان-شناختی بیماران در جریان درمان نگهدارنده با متادون پاسخ دهند و در موادی که بیماران نیاز به دریافت خدمات تکمیلی و تخصصی‌تر دارند، مشکل را به موقع شناسایی و بیمار را ارجاع دهند. امروزه در پروتکل‌های اعتباربخشی خدمات درمان اعتیاد، «آموزش» اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است.

با توجه به آن که در حال حاضر در برنامه آموزشی پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران و حتی در مواردی روان-پزشکان آموزش دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای ارایه درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست و خدمات روانی، اجتماعی مکمل آن به طور کامل ادغام نیافته است، توصیه می‌شود درمان‌گران اعتیاد علاوه بر داشتن مدارک تحصیلی مرتبط، دوره‌های آموزشی نظری و عملی مرتبط را به منظور اخذ صلاحیت‌های پایه بگذرانند. شرکت در دوره‌های آموزش مداوم مرتبط و دریافت نظارت بالینی نیز نقش مهمی در ارتقای خدمات درمانی در مراکز درمان اعتیاد ایفا می‌کند. همان گونه که پیشتر اشاره شد مطالعات نشان می‌دهد برخی درمان‌گران اعتیاد نسبت به درمان-های نگهدارنده نگرش منفی دارند که این موضوع به صورت منفی بر پیامدهای درمان بیمار اثر می‌گذارد. یک راه پرداختن به این گونه نگرش‌های منفی می‌تواند فراهم آوردن امکان مشاهده اثربخشی درمان‌های نگهدارنده از طریق آموزش‌های عملی باشد.

به جز روان‌شناسان، مددکاران و پزشکان شاغل در مراکز درمانی، پرستار، منشی و سایر کارکنان نیز نیاز به آموزش دارند. گروه تدوین‌کننده راهنمای حاضر توصیه می‌کنند پزشک مسؤل فنی مرکز درمانی سایر کارکنان مرکز را در خصوص نحوه اجرای استاندارد خدمات به صورت مستمر آموزش دهند.

الگوهای مصرف مواد در طول زمان تغییرات قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد و این موضوع اهمیت آموزش مستمر درمان‌گران حوزه اعتیاد برای مواجه با مشکلات نوپدید این حوزه را نشان می‌دهد. به عنوان مثال، در چند سال اخیر با همه‌گیری مصرف مت‌آمفتامین (شیشه) در کشور مواجه بوده‌ایم که اثر عمیقی بر نوع مشکلات بیماران و در نتیجه دانش و مهارت مورد نیاز برای درمان آن‌ها گذاشته است. لذا توصیه می‌گردد درمان‌گران اعتیاد به صورت فعال در برنامه‌های بازآموزی مرتبط با درمان اعتیاد شرکت نموده و در خصوص موارد مشکل و پیچیده سوپرویژن بالینی دریافت کنند.

ویژگی‌های بین‌فردی کارکنان

علاوه بر استخدام کارکنان دارای صلاحیت‌های علمی، توصیه می‌شود مؤسسین کارکنانی را استخدام کنند که دارای حس همدلی، حساسیت و انعطاف خصوصاً نسبت به بیماران معتاد باشند. کارکنان دارای حس همدلی در ایجاد یک محیط درمانی موفق عمل می‌کنند. به علاوه، کارکنان باید بتوانند مرزهای حرفه‌ای متناسب را با بیماران حفظ کنند.

برخی بیماران معتاد احساسات یا هیجان‌های خود را بر روی تأمین‌کنندگان درمان فرافکنی می‌کنند، پدیده‌ای که به آن **انتقال**[1] گفته می‌شود. برخی درمان‌گران نیز احساسات خود را بر روی بیماران فرافکنی می‌کنند که به آن **انتقال متقابل**[2] گفته می‌شود. در برخی مدل‌های روان‌درمانی از انتقال برای مقاصد درمانی استفاده می‌شود، اما انتقال متقابل، اگر برای درمانگر ناخودآگاه باشد، با درمان بیمار تداخل نموده و مانعی بر سر راه ارتباط درمانی مؤثر و حرفه‌ای به حساب می‌آید. درمان‌گران اعتیاد باید نسبت به ایجاد انتقال متقابل حساس بوده و توانایی و مهارت برخورد مناسب با آن را داشته باشند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد نگرش مناسب و مثبت کارکنان به درمان نگهدارنده و انعطاف‌پذیری در ارتباط با بیماران با ماندگاری و پیامدهای درمانی بهتر همراهی دارد. کارکنانی که با بیماران قضاوت‌گرانه برخورد می‌کنند یا نسبت به آن‌ها نگرش تنبیه‌گرانه دارند در حفظ بیماران در درمان نگهدارنده موفق نخواهند بود. در برخی از مطالعات نحوه تعامل کارکنان و بیماران و خصوصاً نگرش کارکنان نسبت به درمان نگهدارنده، پس از دوز کافی، مهم‌ترین تعیین‌گر

[1] transference
[2] counter-transference

اثربخشی درمان دانسته شده است. مسؤل فنی مراکز درمان با داروهای آگونیست باید نگرش‌ها کارکنان را به اعتیاد و درمان نگهدارنده ارزیابی نموده و آن‌ها را به منظور ایجاد نگرش‌های مناسب به بیماران آموزش دهند.

ترکیب بهینه کارکنان

خدمات درمان نگهدارنده به صورت ایده‌ال توسط یک تیم چندرشته‌ای درمانی متشکل از متخصصان زیر ارایه می-گردد:

- پزشک یا روان‌پزشک

توصیه می‌شود پزشک متقاضی فعالیت در مرکز درمان با داروهای آگونیست دوره کوتاه‌مدت حرفه‌ای «درمان سوءمصرف مواد مخدر با داروهای آگونیست و آنتاگونیست ویژه پزشکان» (موضوع نامه شماره ۵۰٤/۲۵۲/د مورخ ۹۱/۵/۱۷ مشاور وزیر و سرپرست آموزش مداوم جامعه پزشکی) را پیش از شروع فعالیت گذرانده باشد. با توجه شیوع بالای اختلال مصرف مواد محرک در بیماران مبتلا به مواد افیونی، پزشک مسئول فنی مرکز برای ارایه خدمات درمانی به بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک باید سه برنامه مصوب بازآموزی تحت عنوان «ملاحظات طبّی مرتبط با اختلال مصرف مواد محرک» (موضوع نامه شماره ۵۰٤/۷۷/د مورخ ۹۳/٤/۱۵ مدیر کل آموزش مداوم جامعه پزشکی) را گذرانده باشد.

کلیه مراکز/واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست که مسئول فنّی آن یک پزشک عمومی دوره دیده است باید از خدمات و منابع موجود جهت ارایه خدمات سرپایی و بستری روان‌پزشکی در محل استقرار خود مطلع بوده و در صورت نیاز بیماران را جهت دریافت خدمات تخصصی ارجاع دهند. مطلوب است در صورتی که روان‌پزشک در مرکز درمانی وجود ندارد، برنامه‌ریزی برای حضور پاره‌وقت یک روان‌پزشک حداقل هفته‌ای یک روز به منظور ویزیت بیماران مبتلا به اختلالات همبود و مشاوره در خصوص مشکلات درمانی دیگر انجام شود (فصل ۱۸ را ببینید).

- روان‌شناس یا مشاوره (مدرک کارشناسی یا بالاتر)

کارشناس روان‌شناسی متقاضی کار در مرکز درمان با داروهای آگونیست، باید دوره کوتاه‌مدت حرفه‌ای «درمان سوءمصرف مواد ویژه گروه هدف روان‌شناسی» (موضوع نامه شماره ۵۰٤/٤۰۷/د مورخ ۹۱/۷/۲۲ مشاور وزیر و سرپرست آموزش مداوم جامعه پزشکی) را گذرانده باشد.

با توجه به شیوع بالای همه‌گیری مواد محرک در کشور، روان‌شناسان شاغل برای ارایه خدمات درمانی به بیماران مبتلاء به اختلال مصرف مواد محرک باید دوره کوتاه مدت حرفه‌ای «آموزش درمان‌های روان‌شناختی اختلال مصرف مواد محرک» (موضوع نامه ۵۰٤/٤٤٤/د مورخ ۹۲/۱۲/۲۰ مدیر کل آموزش مداوم جامعه پزشکی) را بگذرانند.

در صورت امکان مطلوب است روان‌شناس به کار گرفته شده در مراکز واجد گرایش بالینی یا مشاوره باشد.

- کارشناس مددکاری
- پرستار

مراکز ارایه‌کننده درمان نگهدارنده باید تعداد پرسنل کافی به منظور پاسخ‌گویی به نیازهای مراجعان متناسب با ظرفیت مرکز داشته باشند.

محیط فیزیکی

محیط فیزیکی طراحی شده برای مرکز درمان با داروهای آگونیست باید به گونه‌ای باشد که ضمن رعایت اصول ایمنی و امنیت بیماران و کارکنان، فضاهای کافی برای ارائه خدمات فراهم شده و تمهیدات لازم به منظور ایجاد ارتباطات منطقی فضایی میان بخش‌های مختلف ارائه خدمات درمان شامل اتاق پزشک، اتاق مشاوره روان‌شناس، محل توزیع دارو، دستشویی مناسب برای آزمایش، اتاق انتظار و ... اندیشیده و به کار گرفته شود.

توصیه می‌شود فضاهای فیزیکی در نظر گرفته شده برای مقاصد درمانی و اجرایی تهویه و نور مناسب داشته باشد.

ظرفیت پذیرش

به منظور تضمین کیفیت خدمات توصیه می‌گردد در مراکز ارایه‌کننده خدمات درمان نگهدارنده با داروی آگونیست باید متناسب با سطح خدمات ارایه شده (آستانه پایین یا آستانه بالا)، جایگاه درمانی، فضای فیزیکی و کارکنان درمانی متبحر در دسترس برای هر نوبت کاری ظرفیت مشخصی برای پذیرش در برنامه درمان نگهدارنده با متادون مشخص گردد. هر تیم درمان‌گر در هر نوبت کاری مجاز به پذیرش **حداکثر ۱۰۰ بیمار** درمان نگهدارنده با متادون آستانه بالا بوده و **محدودیتی برای تعداد بیماران تحت درمان با بوپرنورفین وجود ندارد**.

سقف سهمیه دارو

میزان داروی تحویلی ماهانه به هر مرکز باید بر اساس نظارت دقیق بر میزان داروی مصرفی بیماران آن مرکز در ماه گذشته انجام شده و تعیین سقف سهمیه میانگین بدون در نظر گرفتن داروی مصرفی مراکز مجاز نمی‌باشد.

پیشگیری از نشت دارو

کارکنان مرکز درمانی به منظور به حداقل رساندن خطر نشت داروهای آگونیست باید نکات زیر را مد نظر داشته باشند:

- پزشک مسؤل فنی باید براساس اصول راهنمای توصیف شده در فصل ۷ در مورد تجویز دوز منزل تصمیم‌گیری نماید.
- پزشک مسؤل فنی و پرستار مرکز درمانی باید اطمینان داشته باشند که بیماران می‌توانند داروهای خود را در منزل به نحو ایمن نگهداری کنند.
- تمام ظروف دوز منزل باید دارای برچسب باشد و نام بیمار، دوز دارو، نام مرکز درمانی، آدرس و شماره تلفن آن بر روی آن درج شده باشد.
- دوز منزل شربت متادون باید در شیشه‌های واجد در محافظ کودک ریخته شود تا احتمال مسمومیت تصادفی کودکان با دوز منزل شربت متادون را به حداقل برساند.
- مسؤل فنی می‌تواند در صورت صلاحدید از سیاست درخواست برای بازگرداندن[1] دوز منزل به عنوان سیاستی برای پیشگیری از نشت دارو استفاده کند. در این روش ابتدا در خصوص اجرای سیاست و پیامدهای کم آوردن دارو به بیماران اطلاع‌رسانی می‌شود. سپس به صورت تصادفی از بیمارانی که دوز منزل می‌گیرند، خواسته می‌شود تا دوز منزل باقیمانده خود را به مرکز درمانی بازگردانند. در صورتی که بیمار نتواند تمام دوز منزل باقیمانده خود را بازگرداند، پزشک درمان‌گر می‌تواند بسته به میزان کم آوردن دارو پله بیمار را در دوز منزل کاهش داده یا دوز منزل او را قطع کند. در این گونه موارد مشاوره بیشتر در خصوص لزوم پایبندی به برنامه درمانی نیز می‌تواند برای بیماران کمک‌کننده باشد.
- میزان دقیق موجودی و مصرفی داروهای آگونیست مرکز درمانی باید به صورت دقیق و مستمر ثبت گردد.
- دریافت دارو و توزیع آن باید در فرم‌های گزارش روزانه درج گردد.

[1] callbacks

- ذخیره دارویی مورد استفاده روزانه باید بر اساس مقدار تحویل شده، مقدار توزیع شده و مقدار باقیمانده به صورت روزانه پایش شود. مدیر برنامه باید به صورت روزانه فرم‌های دارویی را چک کند.
- ریختن دارو برای روی زمین، شکستن شیشه متادون و سایر حوادث باید بلافاصله مستند و گزارش گردد.
- اخذ امضای بیماران هنگام تحویل دارو (اعم از دوز روزانه و دوز منزل) الزامی است.
- سهمیه داروی متادون هر مرکز باید در داخل مرکز نگهداری شده و مراکز مجاز به نگهداری تمام یا بخشی از سهمیه داروی خود در خارج از مرکز نیستند.

نرم‌افزار و سامانه اطلاعات درمان

در سامانه اطلاعات خدمات درمان اعتیاد مبنای گزارش‌دهی مراجعان یک «کد اختصاصی منحصر به فرد» بوده که نحوه ایجاد و کار با آن متعاقباً از طریق راهنمای سامانه به آگاهی خواهد رسید. این کد اختصاصی بر استفاده از اطلاعات شخصی فرد بر اساس یک لگاریتم یک طرفه به نحوی تولید می‌گردد که از یک سو احتمال تکراری بودن آن برای دو مراجع بسیار ناچیز بوده و از سوی دیگر از روی آن نمی‌توان مراجع را شناسایی نمود. بدین ترتیب ضمن حفظ محرمانه بودن اطلاعات شخصی بیماران امکان شناسایی مُراجعانی که برای دریافت دارو به بیش از یک مرکز مراجعه می‌نمایند فراهم می‌گردد.

اخذ اطلاعات شناسنامه و کارت ملی مراجعان به صورت اجباری برای شروع درمان با داروهای آگونیست مجاز نبوده و منجر به مخدوش شدن تعهد اخلاقی و قانونی پزشک به حفظ رازداری می‌گردد (فصل ۳ را ببینید). علاوه بر این، نگرانی درباره مخدوش شدن محرمانگیِ اطلاعات شخصی می‌تواند یک مانع جدی برای مراجعه به خدمات درمانی باشد.

استانداردهای نرم‌افزارهای مجاز برای استفاده در مراکز درمانی متعاقباً از طریق راهنمای سامانه اطلاعات خدمات درمان اعتیاد به آگاهی خواهد رسد و مراکز درمانی صرفاً مجاز به استفاده از نرم‌افزارهایی هستند که گواهی تبادل اطلاعات با سامانه مذکور را از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دریافت کرده باشند.

پایش و ارزشیابی

داده‌های مورد نظر برای پایش و ارزشیابی برنامه‌های درمان با داروهای آگونیست به سؤالات اساسی زیر پاسخ می‌دهند:

آیا مداخله درمانی درست اجرا شده است؟

ارزشیابی درون‌داد[1]

ارزشیابی فرآیند[2]

ارزشیابی برون‌ده[3]

آیا مداخله درمانی به اهداف خود دست یافته است؟

ارزشیابی پیامد[4]

ارزشیابی اثر[5]

آیا درمان نگهدارنده درست اجرا شده است؟

ارزشیابی درون‌داد نشان می‌دهد منابع سرمایه‌گذاری شده به منظور اجرای برنامه درمان با داروهای آگونیست چقدر است و کیفیت آن چگونه است. برخی شاخص‌های اصلی درون‌داد حوزه درمان اعتیاد عبارتند از:

- نسبت تعداد مراکز درمانی به جمعیت مصرف‌کنندگان مواد و توزیع جغرافیایی آن‌ها به تفکیک دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد
- نسبت نیروی انسانی واجد صلاحیت شاغل در مراکز درمانی به جمعیت مصرف‌کننده مواد

ارزشیابی فرآیند داده‌های ارزشمندی در خصوص نحوه اجرای برنامه درمان با داروهای آگونیست فراهم می‌نماید. برخی شاخص‌های اصلی فرآیند در درمان‌های نگهدارنده عبارتند از:

- میانگین دوز تثبیت داروی آگونیست
- درصد بیماران روی درمان نگهدارنده که دوز نگهدارنده کافی دریافت می‌کنند.
- درصد بیماران روی درمان نگهدارنده که خدمات روانی، اجتماعی دریافت می‌کنند

[1] input
[2] process
[3] output
[4] output
[5] impact

ارزشیابی برون‌داد برنامه درمان نگهدارنده با متادون خروجی‌ها برنامه درمان اعتیاد را نشان می‌دهد:

- تعداد افراد متقاضی درمان نگهدارنده به تفکیک روش مصرف (تزریقی، غیرتزریقی)، الگوی مصرف، خصوصیات دموگرافیک و...
- تعداد افراد تحت درمان به صورت مستمر (حداقل ٦ ماه)

آیا درمان نگهدارنده به اهداف خود دست یافته است؟

ارزشیابی پیامد در برنامه‌های درمان با داروهای آگونیست بر پیش‌رفت بیمار در حین یا پس از مشارکت در درمان تمرکز دارد. برخی شاخص‌های اصلی پیامد عبارتند از:

- میزان ماندگاری در درمان.

هر چند برخی مؤلفین میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده را یک شاخص فرآیند می‌دانند، اما به دلیل ارتباط بسیار نزدیک آن با پیامدهای درمان نگهدارنده در این جا به عنوان یک شاخص پیامد معرفی شده است.

- میزان کاهش یا حذف مصرف مواد افیونی غیرقانونی، و سایر مواد غیرقانونی و مصرف مشکل‌آفرین داروهای تجویزشده
- میزان کاهش یا حذف رفتارهای پرخطر در انتقال اچ‌آی‌وی و سایر بیماری‌های عفونی
- کاهش یا حذف فعالیت‌های مجرمانه
- بهبود کیفیت زندگی از طریق بازیابی سلامت جسمی و روانی و وضعیت کارکردی.

ارزشیابی اثر معمولاً نیاز به جمع‌آوری اطلاعات دقیق‌تر و محاسبات پیچیده‌تر برای تخمین میزان اثر برنامه درمان نگهدارنده با متادون بر کاهش بار بیماری اعتیاد یا شیوع/بروز مرگ مرتبط با مصرف مواد افیونی، عفونت‌های منتقله از راه خون و... دارد.

گروه تدوین‌کننده راهنمای حاضر توصیه می‌کنند درمان‌گران مراکز درمانی با استفاده از آزمایش ادرار و فرم‌های ارزیابی پایه و دوره‌ای به صورت منظم وضعیت بیماران را از نظر پیش‌رفت در خصوص شاخص‌های پیامد معرفی شده در بالا پایش نمایند و بر اساس نتایج آن در صورت لزوم برنامه درمان را بازبینی نمایند.

فهرست منابع

بیان زاده س ا، و همکاران. نقش درمان دارویی و مداخلات روان‌شناختی در کاهش آسیب مرتبط با مواد در معتادان زندانی. مجله روان‌پزشکی ایران ۱۳۸٦ ۱٤(٥٥): ٤٧-٥٥.

ستاد مبارزه با مواد مخدر. مصاحبه با مدیر کل آموزش و پژوهش ستاد. سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۱

ستاد مبارزه با مواد مخدر. گزارش فعالیت‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱. انتشارات دفتر برنامه‌ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۲

مکری آ، نوروزی ع. راهنمای درمان نگهدارنده با متادون در وابستگان به مواد افیونی. انتشارات ایرسا، ۱۳۹۲

نقوی م و همکاران. گزارش بار بیماری‌های ج.ا. ایران ۱۳۸۲. مرکز گسترش شبکه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸٥

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diangnostic and statistical manual of mental health disorders, 4th Edition- Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington D. C.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diangnostic and statistical manual of mental health disorders, 5th Edition (DSM-5). American Psychiatric Association, Washington D. C.

Center for Substance Abuse Treatment. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs (2005). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 05-4048. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Center for Substance Abuse Treatment (2005). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Dole VP, Nyswander M (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. J Am Med Assn; 193: 80–4.

Eap CB, Buclin T, Baumann P (2002). Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence. Clin Pharmacokin; 41(14):1153-1193.

Kamali K, Fahimfar N, Farhoudi B, Namdari Tabar H, Rajabpour Z, Shariatmadar S, et al. (2010). Situation analysis on universal access to HIV/AIDS Prevention, Care and Support I.R.Iran, July 2010. AIDS Control Office, Center for Communicable Disease Control, Ministry of Health and Medical Education.

Haghdoost A. A, Osouli M, Sadjadi L, Mirzazadeh A, Navadeh S, Mostafavi A. (2010). Bio-Behavioral Surveillance of Injecting Drug Users 2010: Project Report; Center for Communicable Disease

Management, Regional Knowledge Hub for HIV/AIDS Surveillance at Kerman University of Medical Sciences.

Hghdoost AA, Mostafavi E, Mirzazadeh A, Navadeh S, Feizzadeh, A, Fahimfar N, Kamali K. Modelling of HIV/AIDS in Iran up to 2014. (2011). Journal of AIDS and HIV Research 3(12), pp. 231-239.

Farnia M, Ebrahimi B, Shams A, Zamani S. (2010). Scaling up methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Iran. Int J Drug Policy 21(5):422-4. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.03.008.

Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R.(2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 10;(8):CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub4.

Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrell M, Lintzeris N (2014). National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Commonwealth of Australia.

Henry-Edwards S, Gowing L, White J, Ali R, Bell J, Brough R, Lintzeris N, Ritter A, Quigley A (2003). Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence. Australian Government Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.

Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, Chiamwongpaet S, Dvoryak S, Habrat B, et al. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. Addiction. 103(9):1484-92. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x.

Leavitt SB (2003). Methadone dosing and safety in the treatment of opioid addiction. Addiction Treatment Forum; 4(2):1-7.

Leavitt SB, Shinderman M, Maxwell S, Paris P (2000). When 'enough' is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. Mt Sinai J Med; 67: 404–11.

MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, Degenhardt L, Hickman M. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. BMJ. 3;345:e5945. doi: 10.1136/bmj.e5945.

Martin JA, Campbell A, Killip T, Kotz M, Krantz MJ, Kreek MJ, McCarroll BA, Mehta D, Payte JT, Stimmel B, Taylor T, Haigney MC, Wilford BB; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011). QT interval screening in methadone maintenance treatment: report of a SAMHSA expert panel. J Addict Dis. 30(4):283-306.

Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. Lancet 15 372(9651):1733-45.

McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. J Am Med Assn; 269: 1953–9.

Mokri A. (2003). Clinical trial of methadone maintenance treatment at Rouzbeh Hospital and the Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS). Final report submitted to United Nation Office of Drug and Crime (UNODC).

Mokri A, Schottenfeld R (2008) Drug Abuse and HIV Transmission in Iran- Responding to Public Health Challenges. In: Celentano D, Beyrer C (eds) Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries- Epidemiology, prevention and care. 1th edn. Springer, New York, 581-599.

Razzaghi, E. M., Mokri, A. Vazirian, M. (2005). Effectiveness of methadone maintenance program in reducing illicit drug use and HIV related high-risk behavior: A multi-center study. Report to UNODC.

National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) (2010). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal guidance 114.

World Health Organization (WHO) (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO) (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization (WHO), Switzerland.

World Health Organization regional office for South East Asia (WHO SEARO) (2008). Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region. World Health Organization (WHO).

پیوست‌ها

پیوست یک- پایگاه‌های داده مورد جستجو

فهرست پایگاه‌های داده مورد جستجو

پایگاه‌های نمایه‌سازی راهنماهای بالینی
National Guidelines Clearinghouse (NGC) http://www.guideline.gov
Guidelines International Network (G-I-N) http://www.g-i-n.net
National Institute for Clinical Excellence (NICE) http://www.nice.org.uk
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN Cochrane Database) http://www.sign.ac.uk
پایگاه‌های سازمان‌های بین‌المللی فعال در زمینه تدوین راهنماهای بالینی درمان اعتیاد
سازمان جهانی بهداشت http://www.who.int
دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل http://unodc.org
مرکز اروپایی پایش مواد و اعتیاد به مواد http://emcdda.eu
اداره خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد آمریکا http://samhsa.gov
راهبرد ملی مواد (استرالیا) http://www.nationaldrugstrategy.gov.au

پیوست دو- تداخلات دارویی مهم متادون

دارو	اهمیت تداخل	اثر	سازوکار
آباکاویر[1]	از نظر بالینی مهم	کاهش سطح سرمی متادون، برخی بیماران ممکن است به افزایش دوز نیاز داشته باشند.	القای CYP3A4
آب گریپ فروت	بصورت نظری تداخل دارد و چندین مورد گزارش شده است	سطوح پلاسمایی متادون را افزایش می‌دهد	کاهش متابولیسم متادون
آمی‌تریپتیلین	نامشخص	افزایش سطوح متادون	افزایش سطح متادون از طریق مهار یکی یا بیش‌تر از ایزوآنزیم‌های سیتوکروم (1A2، 2C9، 2C19، 2D6، 3A4)
اتانول	از نظر بالینی مهم	افزایش آرام‌بخشی، افزایش سرکوب تنفسی، ممکن است مسمومیت کبدی را افزایش دهد	نامشخص
اریترومایسین	بصورت نظری باید تداخل ایجاد نماید امّا ترکیب آن‌ها مطالعه نشده است	سطوح پلاسمایی متادون را افزایش می‌دهد	متابولیسم متادون را کاهش می‌دهد
اسپیرونولاکتون	نامشخص	افزایش کلیرانس متادون در بیماران سرطانی تحت درمان ضددرد با متادون گزارش شده است.	القای CYP3A4
اِفاویرنز[2]	از نظر بالینی مهم	۵۷٪ کاهش میانگین سطح زیر منحنی غلظت- زمان در ۱۱ بیمار- ۱ گزارش موردی از کاهش هر دو اِنانتیومر متادون	القای CYP3A4

[1] Abacavir
[2] Efavirenz

دارو	اهمیت تداخل	اثر	سازوکار
ایندیناویر[1]	از نظر بالینی مهم	سطوح پلاسمایی متادون را افزایش می‌دهد	کاهش متابولیسم متادون
اُمپرازول	تاکنون صرفاً در حیوانات دیده شده است	سطوح پلاسمایی متادون افزایش می‌یابد	احتمالاً بر روی جذب متادون در روده مؤثر است
باربیتورات‌ها	از نظر بالینی مهم	کاهش سطح متادون، افزایش آرام‌بخشی، افزایش سرکوب دستگاه اعصاب مرکزی- یک مورد گزارش ۳۱٪ کاهش در سطح سرمی نشیب متادون با مصرف فنوباربیتال	باربیتورات‌ها آنزیم‌های متابولیسم متادون را القا می‌دهند
بنزودیازپین‌ها	از نظر بالینی مهم	تقویت اثر آرام‌بخشی	افزایش سرکوب دستگاه اعصاب مرکزی
بوپرنورفین	از نظر بالینی مهم	اثرات آنتاگونیستی یا سرکوب تنفسی و اثرات آرام‌بخشی تقویت شده	بوپرنورفین یک آگونیست نسبی گیرنده‌های اُپیوییدی است
پاروکستین[2]	نامشخص	افزایش سطح سرمی (آر) – متادون در ۸ بیمار متابولیزه‌کننده شدید CYP2D6 (۳۲٪)، اما نه در متابولیزه کننده‌های ضعیف (۳٪)	مهار CYP2D6 که برای (آر)- متادون انتخابی است
پروپرانولول	تاکنون صرفاً در حیوانات گزارش شده، اهمیت آن در انسان نشان داده نشده، هنگام تجویز هم‌زمان احتیاط کنید.	افزایش کشندگی دوزهای سمّی	
پنتازوسین	از نظر بالینی مهم	اثر آنتاگونیستی یا اثر آرام‌بخشی و سرکوب تنفسی تقویت شده	پنتازوسین یک آنتاگونیست نسبی گیرنده‌های اُپیوییدی است و اثرات آنتاگونیستی ضعیفی دارد

[1] Indinavir
[2] Paroxetine

دارو	اهمیت تداخل	اثر	سازوکار
تیوریدازین	از نظر بالینی مهم	تقویت اثرات آرام‌بخش که وابسته به دوز است	سرکوب بیشتر دستگاه اعصاب مرکزی
دزیپرامین	از نظر بالینی مهم	سطح دزیپرامین را تا دو برابر افزایش می‌دهد	مکانیسم ناشناخته که در سایر سه حلقه‌ای ها دیده نشده
دیازپام	از نظر بالینی مهم	تقویت اثرات آرام‌بخشی	مکانیسم نامشخص- احتمالاً یک تداخل فارماکوکینتیک نیست
دی‌سولفیرام[1]	از مصرف هم‌زمان ترکیبات حاوی الکل پرهیز نمایید	واکنش بسیار ناخوشایند به الکل که می‌تواند خطرناک باشد	دی‌سولفیرام متابولیسم الکل را مهار نموده و مجال تولید متابولیت‌ها را فراهم می‌کند
دیفن‌هیدرامین و سایر آنتی هیستامین‌های آرام-بخش	از نظر بالینی مهم	تزریق دوزهای بالای دیفن هیدرامین برای دستیابی به حالت نشئگی گزارش شده است	تشدید اثرات روانگردانی. اثرات آنتی-موسکارینی در دوزهای بالا
ریتوناویر[2]	از نظر بالینی مهم	ریتوناویر می‌تواند سطح پلاسمایی متادون را کاهش دهد- کاهش میانگین ۳۶٪ سطح زیر منحنی غلظت- زمان در ۱۱ بیمار بعد از ۱۴ روز درمان- تنوع بین‌فردی بالا در کاهش سطح سرمی متادون	القای CYP3A4، القای احتمالی P-گلیکوپروتیین، القای CYP2C19 و/یا CYP2B6 توضیح‌دهنده علّت القای بیش‌تر متابولیسم (اس)- متادون در مقایسه با (آر)- متادون است
ریفامپیسین	بسیار مهم، اکثر بیماران احتمالاً متأثر می‌شوند	سطح متادون کاهش می‌یابد	افزایش متابولیسم متادون
زوپیکلون[3]	از نظر بالینی مهم	اثر آرام‌بخشی و سرکوب کننده تنفسی تقویت شده	سرکوب بیش‌تر دستگاه اعصاب مرکزی
زیدوودین[4]	از نظر بالینی مهم	سطح پلاسمایی زیدوودین افزایش میابد، اثری	ناشناخته

[1] Disulfiram
[2] Ritonavir
[3] Zopiclone
[4] Zidovudine

دارو	اهمیت تداخل	اثر	سازوکار
		روی سطح متادون ندارد	
سایمتیدین	۲ مورد در بیماران دریافت کننده متادون به عنوان داروی ضددرد نشان داده شده است.	افزایش محتمل در سطح پلاسمایی متادون	سایمتیدین آنزیم‌های دخیل در متابولیسم متادون را مهار می‌کند
سرترالین	از نظر بالینی مهم	سطح متادون را بالا می‌برد اما نه به اندازه‌ی فلووکسامین	مهار یکی یا بیش‌تر از ایزوآنزیم‌های CYP (1A2، 2C19، 3A4، 2C9 و 2D6)
سیپروفلوکسازین	یک مورد گزارش در بیمار دریافت-کننده متادون	تقویت اثرات آرام‌بخشی و سرکوب تنفسی که تجویز نالوکسان را ضروری ساخت	احتمالاً از طریق مهار آنزیم‌های کبدی CYP1A2 و/یا CYP3A4
سیزاپراید **متوکلوپرامید**	نامشخص	بصورت نظری می‌تواند سرعت جذب متادون را افزایش دهد اما اندازه آن را خیر	احتمالاً از طریق معکوس نمودن تخلیه تأخیری معده ایجادشده در اثر مصرف مواد افیونی
فلوکستین	از نظر بالینی مهم	سطح متادون را بالا می‌برد اما نه به اندازه فلووکسامین- ۳۲٪ افزایش میانگین در سطوح پلاسمایی (آر)- و نه (اس)- متادون در ۷ بیمار	کاهش متابولیسم متادون از طریق مهار CYP2D6 که برای (آر)- متادون انتخابی است
فلوکونازول	بصورت نظری مشابه کتوکونازول است	افزایش ۳۵٪ سطح زیر منحنی غلظت- زمان بعد از دریافت دوز ۲۰۰ میلی‌گرم روزانه به مدت ۱٤ روز	کاهش متابولیسم متادون
فلووکسامین	از نظر بالینی مهم	یک گزارش موردی از هیپوونتیلاسیون، هیپوکسی شدید و هیپرکاپنی- دو گزارش موردی از علایم ترک بعد از قطع فلووکسامین- یک گزارش موردی از مصرف فلووکسامین برای کاهش متابولیسم متادون القاشده توسط	مهار یکی یا بیش‌تر از ایزوآنزیم‌های CYP (1A2، 2C19، 3A4 و 2C9)

دارو	اهمیت تداخل	اثر	سازوکار
		باربیتورات	
کاربامازپین	از نظر بالینی مهم	کاهش سطوح پلاسمایی متادون	کاربامازپین آنزیم‌های متابولیسم متادون را افزایش می‌دهد.
کتوکونازول	از نظر بالینی مهم	سطوح پلاسمایی متادون را افزایش می‌دهد	کاهش متابولیسم متادون
مهارکننده مونوآمین اکسیدازها (نظیر سلژیلین[1] و ملکوبماید[2])	تداخل این گروه با پتیدین شایع است. با متادون نامحتمل است و تاکنون گزارش نشده است	برانگیختگی دستگاه اعصاب مرکزی، دلیریوم، تعریق زیاد، تشنج، هیپوتاسیون یا سرکوب تنفسی- یک مورد گزارش علایم ترک بعد از قطع موکلوبماید	نامشخص، حتی‌الامکان از تجویز هم-زمان پرهیز کنید، مکلوبماید با مهار CYP2D6 و/یا CYP1A2 می‌تواند سطح متادون را افزایش دهد.
نالترکسون	از نظر بالینی مهم	اثرات متادون را بلوکه می‌کند (طولانی اثر)	آنتاگونیست ترکیبات افیونی – برای اتصال به گیرنده‌های اُپیوییدی رقابت می‌کند
نلفیناویر[3]	از نظر بالینی مهم	کاهش سطوح سرمی متادون- کاهش ۵۵٪ سطح سرمی در ۲ بیمار	القای CYP3A4، القای احتمالی P-گلیکوپروتیین
نالوکسان	از نظر بالینی مهم	اثرات متادون را بلوکه می‌کند (کوتاه اثر)، اما ممکن است در صورت شک به بیش‌مصرف مورد نیاز باشد	آنتاگونیست ترکیبات افیونی –برای گیرنده های اُپیوییدی رقابت می‌کند
نِویراپین[4]	از نظر بالینی مهم	سطوح پلاسمایی متادون را کاهش می‌دهد	افزایش متابولیسم متادون
نیفدیپین	فقط در محیط آزمایشگاهی نشان داده شده است	سطح پلاسمایی نیفدیپین افزایش می‌یابد، اثری بر سطح متادون ندارد	متادون متابولیسم نیفدیپین را کاهش می‌دهد

[1] Selegiline
[2] Molobemide
[3] Nelfinavir
[4] Nevirapine

دارو	اهمیت تداخل	اثر	سازوکار
فنی‌توئین	از نظر بالینی مهم	سطوح پلاسمایی متادون کاهش یافته، کاهش میانگین ۲/٤ برابر سطح سرمی متادون همراه با علایم ترک متوسط تا شدید	فنی‌توئین آنزیم‌های کبدی دخیل در متابولیسم متادون را القا می‌کند
داروهای اسیدی کننده ادرار مثل اسید اسکوربیک (ویتامین C)	از نظر بالینی مهم	کاهش سطوح پلاسمایی متادون	افزایش ترشح ادراری متادون
داروهای قلیایی کننده ادرار مثل بیکربنات سدیم	از نظر بالینی مهم	افزایش سطوح پلاسمایی متادون	کاهش ترشح ادراری متادون
سایر آگونیست‌های اُپیوییدی	از نظر بالینی مهم	اثر آرام‌بخشی تقویت شده، سرکوب تنفسی بیش‌تر	سرکوب بیش‌تر دستگاه اعصاب مرکزی
سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی (مانند نورولپتیک‌ها، هیوسین)	از نظر بالینی مهم	تقویت اثرات سداتیو که وابسته به دوز است	سرکوب بیش‌تر دستگاه اعصاب مرکزی
سایر ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای	نامشخص	تقویت اثرات آرام‌بخشی که وابسته به دوز است	اثرات سرکوب بیش‌تر دستگاه اعصاب مرکزی
سایر مهارکننده‌های بازجذب سروتونین	نامشخص	سطوح پلاسمایی متادون را افزایش می‌دهد	کاهش متابولیسم متادون
سایر مهار کننده‌های پروتئاز	نامشخص	می‌تواند سطوح پلاسمایی را افزایش یا کاهش دهد	مهار متابولیسم متادون

پیوست سه- اطلاع‌رسانی به بیمار و خانواده

متادون چیست؟

متادون یک داروی مخدر ضددرد طولانی اثر است که در کنار مشاوره و سایر خدمات روانی، اجتماعی برای درمان اعتیاد به مواد افیونی استفاده می‌شود.

درمان نگهدارنده با متادون چیست؟

درمان نگهدارنده با متادون عبارت است از: «جایگزینی قانونی مصرف مواد مخدر غیرمجاز و غیرقانونی، با متادون خوراکی که خالص، بهداشتی و دارای اثر بطئی و ملایم بوده و در دوز مطلوب و بهینه توسط گروه درمان‌گران در محیط سالم درمانی به نیّت درمان بیماران هم‌زمان با ارائه سایر مداخلات درمانی و ثبت و پایش دقیق پیشرفت و بهبودی ارایه می‌گردد». درمان نگهدارنده با متادون باعث می‌شود کارکردهای عصبی و هورمونی بدن شما که در اعتیاد به مواد مخدر کوتاه اثر مثل تریاک، هروئین یا کراک مختل شده است، به حالت طبیعی بازگردد.

درمان نگهدارنده با متادون در صورتی که به نحو اصولی اجرا شود می‌تواند:

- وسوسه مصرف مواد افیونی غیرقانونی را از بین ببرد و در نتیجه به شما کمک می‌کند از مواد غیرقانونی جدا شوید.
- اثرات مصرف سایر مواد افیونی را مسدود نماید. به طوری که اگر در حین درمان مواد افیونی غیرقانونی مصرف نمایید، حالت مسمومیت یا نشئگی برای شما ایجاد نخواهد شد. این خاصیت باعث می‌شود درمان نگهدارنده با متادون خطر بیش‌مصرف ناشی از مصرف مواد را به صورت قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد.
- وضعیت سلامت روانی و جسمی شما را بهبود بخشد.
- کیفیت زندگی شما را به طور کلی ارتقاء می‌دهد.

آیا درمان نگهدارنده برای من مناسب است؟

درمان نگهدارنده با متادون برای آن دسته از افراد وابسته به مواد افیونی مناسب است که، بالای ۱۸ سال سن داشته باشند و به صورت آگاهانه رضایت خود را برای درمان اعلام کرده باشند، بنابراین در صورتی که شما در حال

حاضر صرفاً به مواد دسته‌های دیگر نظیر مواد محرک همچون مت‌آمفتامین (شیشه) وابسته هستید، از این روش درمانی نفعی نخواهید برد.

در شرایط استثنایی و به تشخیص پزشک درمان‌گر در صورتی که عوارض مصرف مواد بسیار شدید بوده و با خطر بالای مرگ و میر و عوارض ناشی از مصرف مواد همراه باشد می‌توان افراد زیر ۱۸ سال یا افرادی را که ملاک‌های وابستگی به مواد افیونی را به صورت کامل پر نمی‌کنند، وارد درمان نگهدارنده با متادون نمود. به عنوان مثال مصرف مواد افیونی در بارداری با خطر بالای سقط و عوارض زایمانی همراه است، لذا درمان نگهدارنده با متادون برای افرادی که در دوره بارداری مصرف مواد افیونی دارند، اما مصرف آن‌ها آن قدر سنگین نیست که تشخیص وابستگی یا اعتیاد به مواد افیونی مطرح شود مناسب است.

به علاوه، درمان نگهدارنده با متادون درمانی طولانی مدت، تعهدآور و سنگین است که جوانب مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به همین دلیل طول درمان، هزینه مالی، عوارض احتمالی متادون و تحمل زیادی که به مواد افیونی شکل می‌گیرد باید در مقابل کمکی که به بیمار می‌شود مقایسه شود.

آیا تاکنون سابقه اقدام به بازگیری یا همان سم‌زدایی ناموفق داشته‌اید؟ آیا سابقه عودهای مکرر بعد از اقدام به درمان‌های کوتاه مدت داشته‌اید؟ درمان نگهدارنده با متادون تا حد زیادی توانایی شما در برابر عود به مصرف مواد را افزایش می‌دهد. درمان نگهدارنده مجال کنار گذاشتن مصرف مواد غیرقانونی، بهبود جسمی و روانی و بازگشت مجدد به زندگی اجتماعی را فراهم می‌نماید. در صورتی که باردار هستید و هروئین یا کراک مصرف می‌کنید، در معرض خطر بالای سقط، زایمان زودرس، تأخیر رشد داخل رحمی و سایر عوارض بارداری، زایمان و نوزادی مواجه هستید. درمان نگهدارنده با متادون شما و جنین‌تان را در برابر عوارض بارداری و زایمان را محافظت خواهد کرد. آیا در دوره مصرف مواد افیونی سابقه بیش‌مصرف یا اُوردوز داشته‌اید؟ در این صورت، درمان نگهدارنده با متادون خطر بیش‌مصرف مواد را در شما به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش خواهد داد. در صورتی که به عفونت اچ‌آی-وی یا هپاتیت سی مبتلا هستید، درمان نگهدارنده می‌تواند کیفیت زندگی شما را بهبود می‌دهد و امکان بهره‌مندی از خدمات درمان عفونت ویروسی را فراهم کند. در صورتی که مواد افیونی را به صورت تزریقی است مصرف می‌کنید اما به عفونت‌های منتقله از راه خون مبتلا نیستید، در آن صورت درمان نگهدارنده با متادون به شما کمک می‌کند تزریق مواد را که راه اصلی ابتلا به این عفونت‌ها است را متوقف کنید.

شروع درمان نگهدارنده با متادون به شما کمک می‌کند وضعیت سلامت خود را تثبیت نموده و بهبود داده و برای شما مجال حرکت به سمت دریافت سایر مراقبت‌هایی را که نیاز دارید فراهم می‌کند.

شروع درمان نگهدارنده با متادون

بسته به این که کجا زندگی می‌کنید، ممکن است به مراکز ارایه‌کننده درمان نگهدارنده با متادون دسترسی داشته باشید یا خیر. با توجه به این که برای شروع درمان نگهدارنده با متادون نیاز به مراجعه روزانه به مرکز درمانی وجود دارد، لازم است نزدیک‌ترین مرکز درمانی به خود را برای درمان انتخاب کنید. برای یافتن نزدیک‌ترین مرکز درمان اعتیاد به خود می‌توانید با معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی یا بخش امور درمان شبکه بهداشتی، درمانی محل سکونت خود تماس حاصل فرمایید.

پس از توضیح درمان نگهدارنده و سایر گزینه‌های درمانی درمان موجود، مقررات و شرایط درمان نگهدارنده رضایت شما برای ورود به درمان و رعایت مقررات مرکز درمانی به صورت کتبی اخذ می‌گردد.

ارزیابی

اعتیاد علاوه بر مصرف مواد ممکن است مشکلات مختلفی از نظر وضعیت جسمی، روانی، خانوادگی و قانونی ایجاد نماید. برای آن که درمان‌گران مرکز درمان اعتیاد بتوانند برنامه درمانی را با نیازهای شما تطبیق دهند، نیاز دارند شما را از از نظر این جنبه‌ها مورد ارزیابی قرار دهند. بنابراین در شروع درمان نگهدارنده انتظار پرسیده شدن سؤالات مختلف در مصاحبه بالینی و معاینه جسمی کامل را داشته باشید. در صورتی که در این ارزیابی‌ها به صورت باز و صادقانه مشکلات خود را با درمان‌گران در میان بگذارید، فرصت درمان مناسب را برای خود فراهم کرده‌اید.

در صورتی که سابقه رفتارهای پرخطر برای ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه خون مثل عفونت اچ‌آی‌وی را دارید، ممکن است علاوه بر ارزیابی‌های معمول با شما درباره لزوم انجام آزمایش اچ‌آی‌وی مشاوره انجام و سپس از شما رضایت گرفته شود.

در مرحله ارزیابی علاوه بر آن شما سؤالاتی پرسیده می‌شود، فرصتی برای پاسخ دادن به پرسش‌های شما نیز هست. شما می‌توانید هر سؤالی درباره درمان خود دارید همچون علت انجام ارزیابی‌ها و آزمایش و نحوه استفاده از سایر خدمات تکمیلی را بپرسید.

برای اطمینان از آن که پیش‌رفت شما در درمان به خوبی انجام می‌شود، ارزیابی‌ها به صورت دوره‌ای تکرار خواهد شد.

تنظیم دوز متادون

به دلیل کاهش خطر بیش‌مصرف یا اُوردوز ناشی از مصرف متادون، دوز روز اول شما باید پایین یا در حد متوسط باشد. دوز شروع درمان نگهدارنده با متادون در بیماران جدید معمولاً ۲۰ تا ۵۰ میلی‌گرم است. در روزهای بعد پزشک شما دوز متادون را تدریجاً افزایش می‌دهد تا شما را وارد مرحله نگهدارنده درمان نماید. دوز نگهدارنده دوزی است که از یک طرف با مصرف آن علایم خماری و وسوسه برای مصرف مواد نداشته و از طرف دیگر احساس خواب‌آلودگی و عوارض جانبی ناشی از دریافت دوز بیش از حد متادون را نیز نخواهید داشت. با دوز مناسب، شما احساس انرژی بیشتری دارید، فکر شما آزاد است و می‌توانید بر روی بهبود وضعیت زندگی خود تمرکز کنید. متادون وقتی اثرات درمانی خود را ایجاد می‌کند که آن را هر روز و در زمان مشخصی به صورت منظم مصرف کنید.

اثر دوز دارو بر روی وضعیت شناخت و تمرکز شما معمولاً سه تا چهار روز بعد از تغییر دوز مشخص می‌شود. بنابراین در صورت افزایش دوز دارو تا سه تا چهار روز- یعنی تا زمان مشخص شدن اثرات دارو بر وضعیت شناختی شما- از رانندگی یا کار با ماشین‌آلات اجتناب کنید. در صورتی که با وجود مصرف منظم دوز متادون روزانه احساس وسوسه برای مصرف مواد دارید، موضوع را باید با پزشک خود در میان بگذارید. در چنین مواردی تنظیم دوز یا جلسات مشاوره می‌تواند برای شما مفید واقع شود.

آزمایش مواد

آزمایش ادرار از نظر مصرف اخیر مواد به طور معمول همراه با درمان نگهدارنده انجام می‌شود. هدف از این کار آن است که ببنیم شما تا چه هدف در دستیابی به پرهیز از مواد غیرقانونی موفقیت بوده‌اید. این موضوع امکان برنامه-ریزی‌های بعدی در درمان را میسر می‌سازد. برای آزمایش ادرار نمونه‌ها در خود مرکز و به صورت نظارت شده گرفته می‌شود تا اطمینان حاصل گردد که نمونه مال خود شماست. آزمایش منفی از نظر مصرف مواد مبنای اعطای دوز منزل به شما خواهد بود. آزمایش مثبت نشان می‌دهد شما برای دستیابی به پرهیز به کمک‌های بیشتری نیاز دارید.

دوز منزل

در شروع درمان شما باید برای مصرف دوز متادون خود روزانه به مرکز درمانی مراجعه کنید. مراجعه روزانه برای اطمینان از آن که شما دارو را مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید، لازم است. به علاوه با مراجعه روزانه پزشک

می‌تواند میزان کافی بودن دوز را برای شما ارزیابی و در صورت نیاز آن را تنظیم نماید. بعد از چند ماه پزشک درمان‌گر شما بسته به میزان پیش‌رفت شما در درمان می‌تواند برای‌تان «دوز منزل» در نظر بگیرد.

تجویز دوز منزل منوط به پیش‌رفت مناسب شما در درمان و تعهد شما نسبت به حفظ، نگهداری و مصرف دوز منزل مطابق دستور پزشک است. در صورتی که شما در مسیر درمان خود لغزش داشته باشید یا مقررات مربوط به دوز منزل را رعایت نکنید، پزشک درمان‌گر شما ممکن است دوز منزل شما را قطع نموده یا تعداد روزهای آن را کاهش دهد.

نحوه نگهداری دوز منزل

دوزی که شما به صورت روزانه مصرف می‌کنید و برای درمان شما لازم است، می‌تواند برای کسی که بدنش نسبت به مصرف متادون تحمل ندارد، مسمومیت‌زا یا حتی کشنده باشد. دوز منزل شما برای هر روز باید در بسته‌بندی مجزا ارایه شده و بر روی بسته‌بندی آن برچسبی حاوی مشخصات دوز و علامت هشدار وجود داشته باشد. در صورتی که شکل دارویی شما شربت باشد، دوز داروی مربوط به هر روز باید در ظروف واجد در محافظ کودک ارایه شود. این ظروف به نحوی طراحی شده است که باز کردن در آن برای کودکان به راحتی میسر نیست.

در خصوص نگهداری دوز منزل توجه به احتیاط‌های زیر الزامیست:

- هیچ وقت داروی خود را در دسترس افراد دیگر خصوصاً کودکان قرار ندهید.
- ظروف دوز منزل خود را در درون کشو یا قفسه‌ای نگه دارید که در آن قفل می‌شود.
- هیچ وقت دوز منزل خود را داخل ظروف متفرقه با ظروف مخصوص نگهداری مواد غذایی نریزید یا آن را در یخچال نگهداری نکنید.

در این ارتباط، توجه به این نکته مهم است که مسئولیت ارایه دوز منزل به صورت استاندارد متوجه مرکز درمانی و مسئولیت نگهداری از آن متوجه شماست.

عوارض جانبی درمان با متادون

درمان نگهدارنده با متادون ممکن است در برخی افراد عوارضی ایجاد کند. این عوارض عبارتند از:

- **یبوست**: برای پیشگیری از یبوست هنگامی که روی درمان با متادون هستید، آب زیاد بنوشید و در رژیم غذایی خود میوه‌جات و غذاهای حاوی فیبر بیش از گذشته مصرف کنید. هنگام درمان نگهداره دریافت چربی

رژیم غذایی خود را محدود کنید، زیرا هضم و دفع غذاهای پرچرب برای دستگاه گوارشی شما دشوار است و ممکن است خطر یبوست را افزایش دهد.

- **تعریق زیاد**. در صورتی که هنگام درمان نگهدارنده از تعریق زیاد رنج می‌برید، موضوع را با پزشک درمان‌گر خود در میان بگذارید. تنظیم دوز می‌تواند تا حدی در کاهش و قطع تعریق ناشی از درمان نگهدارنده مؤثر باشد. بعلاوه روش‌های درمانی دیگری وجود دارد که می‌تواند در این زمینه به شما کمک کند.

- **تغییر میل جنسی**. برخی افراد روی درمان نگهدارنده ممکن است از کاهش میل جنسی شکایت داشته باشند. ممکن است مصرف هم‌زمان سایر مواد یا داروها عامل تغییر در میل یا کارکرد جنسی شما باشد. در صورتی که شما نیز از این مشکل رنج می‌برید، موضوع را با پزشک درمان‌گر خود در میان بگذارید.

متادون و اشتغال

همان گونه که پیش‌تر اشاره شد، وقتی دوز نگهدارنده شما تثبیت شد، مصرف متادون اثری بر توانایی‌های شناختی و تمرکز شما برای کار نخواهد داشت.

تداخلات داورِیی

متادون با بسیاری از داروهای مورد استفاده در پزشکی و روان‌پزشکی تداخل دارد و تداخل دارویی آن ممکن است منجر به افزایش یا کاهش قابل توجه اثر دارو بر بدن شما شود. بنابراین مهم است اسامی و دوز تمام داروهایی که مصرف می‌کند به پزشک خود اطلاع دهید. تداخل دارویی در اثر مصرف هم‌زمان درمان نگهدارنده با متادون با مواد افیونی و سایر مواد یا داروهای مصرفی نیز می‌تواند بسیار خطرناک باشد، لذا باید قویاً از مصرف مواد دیگر هم-زمان با درمان نگهدارنده با متادون اجتناب کنید.

درمان نگهدارنده با متادون چه مدت طول می کشد؟

هر چقدر مدت درمان نگهدارنده با متادون شما طولانی‌تر باشد، احتمال آن که از درمان نگهدارنده بیش‌تر نفع ببرید، بالاتر است. کسانی که مدت اندکی بعد از شروع درمان از متادون جدا می‌شوند، خیلی زود ممکن است دوباره به مصرف مواد عود کنند. زمان مناسب برای خاتمه درمان نگهدارنده با متادون برای اشخاص مختلف متفاوت است. در واقع دستیابی به پرهیز از مصرف مواد برای خاتمه دادن درمان کافی نیست، بلکه شما زمانی باید درمان خود را خاتمه دهید که از نظر جسمی، روانی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی وضعیت پایدار و باثباتی پیدا کرده باشید.

در صورت که تصمیم به قطع درمان نگهدارنده با متادون دارید، موضوع را با پزشک درمان‌گر خود در میان بگذارید. پزشک درمان‌گر شما می‌تواند دوز داروی شما را تدریجاً کاهش داده و قطع نماید. در این مرحله هر چند دوز متادون تدریجاً کاهش داده می‌شود، اما ممکن است تا حدی علایم محرومیت را تجربه کنید. پیشنهاد می‌شود پس از قطع درمان دارویی تماس خود را با مرکز حفظ نموده و جلسات روان‌درمانی فردی یا گروهی خود را ادامه دهید.

در صورتی که پس از خاتمه درمان احساس کردید که نمی‌توانید پرهیز خود را ادامه دهید یا لغزش داشتید، برای شروع مجدد برنامه درمانی سریعاً به مرکز درمانی مراجعه کنید. بازگشت مجدد به مرکز درمانی نشان دهنده شکست شما نیست، بلکه نشان‌دهنده این است که شما به سلامت خود اهمیت می‌دهید!

حقوق شما

درمان اعتیاد در مراکز درمانی بر مبنای کاملاً داوطلبانه و اختیاری ارایه می‌گردد. شما مختارید هر زمان که خواستید به صورت داوطلبانه از برنامه درمانی خارج شوید و مصرف داروهای تجویزشده را قطع کنید. در صورت انتخاب این گزینه، داروی شما تحت نظارت طبی متناسب قطع خواهد شد.

یکی از حقوق شما در درمان اعتیاد همچون سایر مداخلات درمانی محرمانه نگهداشتن اطلاعات شخصی شما است. یعنی مرکز درمانی اعتیاد مکلف است اصل رازداری را در خصوص اطلاعاتی که شما در اختیار تیم درمانی می-گذارید رعایت نموده و آن‌ها را بدون اجازه شما در اختیار اشخاص ثالث قرار ندهد. البته باید توجه داشته باشید در صورتی که پزشک درمان‌گر شما دریابد که شما قصد آسیب به خود یا دیگران دارید، او دیگر نمی‌تواند اصل رازداری را رعایت کند و باید برای محافظت از سلامت شما یا سایرین موضوع را با دیگران در میان بگذارد. یکی دیگر از موارد استثنای اصل رازداری وجود حکم قضایی است. یعنی اگر شما درگیر یک دعوای قضایی باشید و قاضی پرونده از مرکز درمانی در خصوص وضعیت شما استعلام نماید، مرکز درمانی موظف است اطلاعات پرونده شما را در اختیار قاضی قرار دهد.

یکی دیگر از حقوق شما، دریافت خدمات درمان دارویی و غیردارویی باکیفیت و استاندارد است. در صورتی که از خدمات ارایه شده در یک مرکز درمانی رضایت ندارید، می‌توانید موضوع را با معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی یا بخش امور درمان شبکه بهداشتی، درمانی محل سکونت خود منعکس کنید.

مسؤلیت‌های شما در درمان نگهدارنده با متادون

شما همچنین مسؤلیت‌هایی در قبال برنامه درمان اعتیاد خود دارید. این مسؤلیت‌ها عبارتند از:

- از دستورات درمانی تیم درمان‌گر خود (شامل روان‌پزشک، پزشک، روان‌شناس، پرستار و سایر کارکنان درمانی) پیروی کنید و اجازه ندهید دیگران یا سایر بیماران (به غیر اعضاء گروه خودیاری) در درمان شما دخالت کنند. به علاوه باید توجه داشته باشید، شرایط هر بیمار منحصر به فرد است و شما نیز نباید در برنامه درمانی سایر بیماران مداخله کنید.

- درگیری کلامی و فیزیکی با کارکنان مرکز یا سایر بیماران، خرید و فروش متادون یا هر نوع دارو، مواد مخدر، هر نوع مادهٔ شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن، حمل سلاح‌های سرد، ایجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بیماران و خانواده‌ها یا همراهان ممنوع است. بعلاوه رعایت بهداشت و پاکیزگی مرکز درمانی الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای آن ممنوع است.

نقض مقررات و قوانین مرکز درمانی می‌تواند پیامدهایی همچون کاهش یا قطع دوز منزل، اخراج از درمان یا پیگرد قانونی به دنبال داشته باشد.

پیوست چهار- فرم رضایت‌نامه آگاهانه

اینجانب ..... فرزند ..... به شمارهٔ شناسنامه ..... که از تاریخ ..... به علت اختلال مصرف مواد در مرکز درمانی..... تحت درمان قرار گرفته‌ام، بدین‌وسیله اعلام می‌دارم که اطلاعات لازم درباره درمان نگهدارنده با متادون و سایر گزینه‌های درمانی ممکن به من داده شده و موارد زیر مورد تأیید من قرار دارد:

۱- رضایت آگاهانه خود را برای دریافت برنامه درمان نگهدارنده با متادون ارائه شده توسط مرکز درمانی و کارکنان درمانی آن برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی خود اعلام می‌نمایم. مداخلات درمان برنامه-ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چارچوب مقررات و آیین-نامه‌های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد.

۲- برای من توضیح داده شد که درمان نگهدارنده با متادون ممکن است همچون درمان‌های دارویی دیگر در صورتی که مطابق تجویز پزشک مصرف نشود آسیب‌رسان باشد. عوارض جانبی محتمل و خطرات و منافع سایر درمان‌های دارویی برای من توضیح داده شد.

۳- من مطلع شدم که لازم است جزئیات درمان خود را به پزشکانی که به دلیل سایر مسایل طبی مرا مورد درمان قرار می‌دهند اطلاع دهم به این صورت درمان‌گر من با آگاهی از داروهایی که مصرف می‌کنم، می-تواند بهترین مراقبت ممکن را عرضه نماید و از تجویز داروهایی که با درمان دارویی من تداخل داشته یا سیر بهبودی مرا متأثر می‌کند اجتناب نماید.

٤- خطرات و عوارض مصرف مواد و سایر داروها هنگامی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستم برای من توضیح داده شد.

٥- اثر درمان نگهدارنده با متادون بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشین‌آلات برای من توضیح داده شد.

٦- من مطلع شدم که می‌توانم هر زمان که اراده نمایم به صورت داوطلبانه از این برنامه درمانی خارج شوم و مصرف داروهای تجویزشده را قطع نمایم. در صورتی که این گزینه را انتخاب نمایم، داروی من تحت نظارت طبی متناسب قطع خواهد شد.

۷- *برای بیماران مؤنث در سنین باروری*: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردارم، در طول درمان با این دارو باردار شدم یا در حال شیردهی هستم، باید موضوع را به درمان‌گر خود اطلاع دهم تا مراقبت و ارجاع متناسب برای من قابل انجام باشد.

۸- از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آن-ها میدانم.

الف- تصمیم‌گیری در خصوص روش درمان و نحوهٔ مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب و اعضای گروه درمانی مرکز (شامل روان‌پزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر کارکنان درمانی درمان-گاه) گرفته می‌شود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر اعضاء گروه خودیاری) یا سایر افراد ارایه شود، غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

ب- مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه‌شده مستلزم رعایت انضباط، نظم و ترتیب بوده و همهٔ افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

پ- رعایت بهداشت و پاکیزگی مرکز درمانی الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای آن ممنوع است.

ت- هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با کارکنان مرکز یا سایر بیماران و حمل سلاح‌های سرد ممنوع است و با متخلفان برابر قوانین برخورد خواهد شد.

ث- خرید و فروش متادون، بوپرنورفین یا هر نوع دارو، هرگونه مواد مخدر، هر نوع مادهٔ شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

ج- ایجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بیماران و خانواده‌ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانین برخورد خواهد شد.

چ- هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوهٔ درمان یا طرز رفتار کارکنان مرکز یا سایر بیماران می‌بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

ح- ارائهٔ هرگونه اطلاعات غلط، ابهام انگیز، ارائه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده‌های بیماران یا سایر مراجعان مرکز درمانی به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی- روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

نام و امضاء همراه بیمار ———————— **نام و امضاء بیمار** ————————

پیوست پنج- ملاک‌های تشخیصی وابستگی به مواد افیونی

تعیین سطح مشخصی از درگیری با مصرف مواد افیونی پیش از ورود به درمان نگهدارنده یکی از پیش‌نیازهای ورود به درمان محسوب می‌گردد. علی‌رغم تغییرات رخ داده در طبقه‌بندی اختلالات مرتبط با مواد پنجمین طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به دلیل آشنایی بیشتر درمان‌گران با مفهوم وابستگی و هماهنگ با طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) در پروتکل حاضر تشخیص وابستگی به مواد بر اساس (ICD-10) مبنا قرار گرفته است.

در DSM-5 آستانه تشخیصی برای اختلال مصرف مواد از ICD-10 پایین‌تر بوده و بدین لحاظ برای مقاصد کاربردی در این پروتکل وجود **اختلال مصرف مواد افیونی متوسط و شدید** معادل تشخیص **وابستگی به مواد افیونی** در ICD در نظر گرفته می‌شود.

در ادامه، ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی از ICD و اختلال مصرف مواد افیونی DSM-5 ارایه شده است.

ICD

در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های (ICD-10) طبقه اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد افیونی[1] (F10) شامل تشخیص‌های زیر می‌شود:

- مسمومیت حاد
- مصرف آسیب‌رسان
- سندرم وابستگی
- حالت محرومیت
- حالت محرومیت با دلیریوم
- اختلالات سایکوتیک
- سندرم آمنستیک (فراموشی)
- اختلال سایکوتیک باقیه‌ای یا با شروع دیررس
- سایر اختلالات روانی و رفتاری

[1] F10: Mental and behavioural disorders due to use of opioids

- اختلالات روانی و رفتاری طبقه‌بندی نشده

اختلالات مرتبط با سطح درگیری با مصرف مواد افیونی در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها شامل **مصرف آسیب-رسان** و **سندرم وابستگی** می‌شوند. در ادامه ملاک‌های تشخیصی این اختلال‌ها آورده شده است:

مصرف آسیب‌رسان

الگویی از مصرف مواد که منجر به **آسیب به سلامتی** می‌شود. آسیب سلامتی می‌تواند جسمی (به عنوان مثال ابتلاء به هپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روانی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه به مصرف سنگین الکل) باشد.

راهنماهای تشخیصی

برای تشخیص لازم است که آسیب عملی به سلامت روانی یا جسمی فرد وارد شده باشد. الگوهای مصرف آسیب-رسان اغلب مورد انتقاد دیگران قرار می‌گیرند و مکرراً با پیامدهای منفی اجتماعی از انواع مختلف همراه است، اما این موضوع که یک الگو مصرف یا یک ماده خاص مورد تأیید دیگران یا اجتماع نیست برای تشخیص مصرف آسیب-رسان کفایت نمی‌کند.

در صورت پر شدن ملاک‌های تشخیصی برای سندرم وابستگی، یک اختلال سایکوتیک یا وجود یک اختلال اختصاصی مرتبط با الکل یا مواد دیگر تشخیص مصرف آسیب‌رسان نباید گذاشته شود.

سندرم وابستگی

مجموعه‌ای از پدیده‌های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی که در آن مصرف یک ماده یا یک کلاس از مواد در یک فرد از سایر رفتارهایی که قبلاً ارزش بالاتری داشتند، اولویت بالاتری پیدا می‌کند. یک خصوصیت توصیفی مرکزی در سندرم وابستگی میل (اغلب قوی، گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد، الکل یا تنباکو است. شواهدی ممکن است وجود داشته باشد که بازگشت به مصرف مواد بعد از یک دوره پرهیز منجر به پیدایی مجدد سریع‌تر سایر خصوصیات سندرم وابستگی در مقایسه با افراد غیروابسته می‌گردد.

راهنماهای تشخیصی

یک تشخیص قطعی باید فقط زمانی گذاشته شود اگر **سه مورد یا بیشتر** از موارد زیر به صورت هم‌زمان در طول سال گذشته وجود داشته باشند:

(الف) میل قوی یا احساس اجبار به مصرف ماده

(ب) دشواری در کنترل رفتار مصرف مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف

(ج) یک حالت محرومیت فیزیولوژک هنگامی که مصرف ماده قطع یا کاهش داده می‌شود، که با علایم سندرم محرومیت برای ماده؛ یا مصرف همان ماده (یا ماده نزدیک به آن) به قصد تسکین یا اجتناب از علایم محرومیت مشخص می‌شود

(د) شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش دوز ماده به منظور دستیابی به اثرات اولیه تولید شده با دوزهای پایین‌تر (مثال‌های مشخص آن در افراد وابسته به الکل و مواد افیونی دیده می‌شود که ممکن است دوزهای روزانه مصرف-شان برای ناکارآمد کردن یا کشتن افراد فاقد تحمل کافی باشد)

(ه) غفلت پیش‌رونده از لذت‌های یا علائق جایگزین به خاطر مصرف مواد، افزایش زمان لازم برای گرفتن یا مصرف مواد یا بهبودی از اثرات آن

(و) تداوم مصرف مواد علی‌رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب‌رسان بارز همچون آسیب به کبد از طریق مصرف بیش از حد، حالات خلقی افسرده متعاقب دوره‌های مصرف سنگین ماده یا نقایص کارکرد شناختی مرتبط با مواد؛ باید تلاش شود تا تعیین شود که مصرف‌کننده عملا از ماهیت و میزان آسیب آگاه است یا انتظار آن را داشته است.

محدود شدن عادات شخصی الگوهای مصرف مواد نیز به عنوان یک خصوصیت سندرم وابستگی توصیف شده است.

یک خصوصیت اساسی سندرم وابستگی آن است که یا مصرف ماده یا تمایل به مصرف آن باید وجود داشته باشد. اگاهی ذهنی از اجبار به مصرف مواد به شایع‌ترین شکل در طول اقدام به قطع یا کنترل مصرف ماده دیده می‌شود. این ملاک تشخیصی می‌تواند مبنای کنار گذاشتن برخی بیماران از تشخیص سندرم وابستگی شود. برای مثال بیماران جراحی که برای تسکین درد مواد افیونی دریافت می‌کنند، در صورت قطع ناگهانی مسکن‌های اُپیوئیدی دچار حالت محرومیت می‌شوند، اما ممکن است هیچ میلی برای تداوم مصرف مواد افیونی نداشته باشند.

تشخیص سندرم وابستگی می‌تواند بر اساس موارد زیر اختصاصی‌تر شود:

- در حال حاضر در پرهیز
- در حال حاضر در پرهیز اما در محیط محافظت شده (برای مثال بیمارستان، اجتماع درمان‌مدار، زندان و غیره)

- در حال حاضر روی رژیم نگهدارنده تحت نظارت بالینی (برای مثال با متادون، ادامس نیکوتین یا برچسب نیکوتین)
- در حال حاضر در پرهیز اما در حال درمان با داروهای مسدودکننده (برای مثال نالترکسون)
- در حال حاضر مصرف‌کننده ماده (وابستگی فعال)
- مصرف مداوم
- مصرف دوره‌ای

طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های در دست بازبینی بوده و یازدهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11) در سال ۲۰۱۷ ارایه خواهد شد. بر اساس نسخه بتا آن عنوان طبقه به صورت «اختلالات ناشی از مصرف مواد[1]» خلاصه شده، اما عناوین تشخیصی به صورت مصرف آسیب‌رسان و وابستگی حفظ خواهد شد.

DSM

در پنجمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) (انجمن روان‌پزشکان آمریکا ۲۰۱۳) طبقه تشخیصی اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی[2] در نظر گرفته شده که در آن علاوه بر اختلالات مرتبط با مواد، اختلال قمار نیز وارد شده است. اختلالات مرتبط با مواد به دو دسته کلی اختلالات مصرف مواد و اختلالات القاءشده توسط مواد (مسمومیت، محرومیت و سایر اختلالات روانی القاءشده با مواد/داروها شامل اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و اختلالات مرتبط، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، وسواس–اجبار و اختلالات مرتبط، اختلالات خواب، کژکارکردی‌های جنسی، دلیریوم و اختلالات عصبی، شناختی) تقسیم‌بندی می‌شود.

در ویرایش قبلی طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) (انجمن روان‌پزشکان آمریکا ۲۰۰۰) اختلالات مصرف مواد از دو طبقه سوءمصرف و وابستگی مواد تشکیل شده بود، اما در DSM-5 فقط یک تشخیص اختلال مصرف مواد برای هر یک از کلاس‌های ده‌گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-4 برای تشخیص‌های سوءمصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک «مشکلات قانونی مکرر» برای سوءمصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی «وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد» افزوده شده است.

به طور کلی، تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس یک الگوی پاتولوژیک رفتارهای مرتبط با مصرف گذاشته می‌شود. موارد پیش‌بینی شده ذیل ملاک الف را می‌توان به طور کلی ذیل زیرگروه‌های مفهومی زیر طبقه‌بندی نمود:

- نقص کنترل: موارد ٤–١

[1] Disorders due to substance use
[2] substance-related and addictive disorders

- نقص کارکرد اجتماعی: موارد ۷–۵
- مصرف پرخطر: موارد ۹–۸
- ملاک فارماکولوژیک: موارد ۱۱–۱۰

اختلال مصرف مواد افیونی

(الف) یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف الکل منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، که با وجود حداقل ۲ مورد از موارد زیر در طول یک دوره زمانی ۱۲ ماهه تظاهر می‌یابد:

۱- مواد افیونی اغلب در مقادیر بیشتر یا در طول یک دوره زمانی طولانی‌تر از آنچه قصد شده مصرف می‌شود.

۲- تمایل پایدار یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد افیونی وجود دارد.

۳- زمان قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های ضروری برای تهیه، مصرف یا بهبودی از اثرات مواد افیونی صرف می‌شود.

٤- وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق برای مصرف مواد افیونی.

٥- مصرف راجعه مواد افیونی منجر به نارسایی در انجام وظایف نقش اصلی در کار، تحصیل یا خانه می‌شود.

٦- تداوم مصرف مواد افیونی علی‌رغم داشتن مشکلات پایدار یا راجعه اجتماعی یا بین‌فردی ناشی از یا تشدید شده توسط اثرات مواد افیونی.

۷- فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد افیونی کنار گذاشته می‌شود یا کاهش می‌یابد.

۸- مصرف راجعه مواد افیونی در موقعیت‌هایی که از نظر جسمی مضر است.

۹- تداوم مصرف مواد افیونی علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی یا روان‌شناختی پایدار یا راجعه که احتمالاً در اثر الکل ایجاد یا تشدید شده.

۱۰-تحمل، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:

(الف) نیاز برای افزایش قابل توجه مقادیر مصرف مواد افیونی برای دستیابی به مسمومیت یا اثر مطلوب.

(ب) کاهش قابل ملاحظه اثر با تداوم مصرف مقادیر ثابت مواد افیونی.

۱۱-محرومیت، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:

(الف) سندرم محرومیت خاص مواد افیونی

(ب) مصرف مواد افیونی (یا مواد نزدیک به آن) برای تسکین یا اجتناب از علایم محرومیت.

مشخص کنید، اگر:

در فروکش زودرس: پس از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد افیونی، هیچ کدام از ملاک‌ها (به جز ملاک ٤ «وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق به مصرف الکل») برای حداقل ۳ ماه اما کمتر از ۱۲ ماه وجود نداشته باشند.

در فروکش طول‌کشیده: بعد از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد افیونی، هیچ یک از ملاک‌های اختلال مصرف الکل (به جز وسوسه) در طول ۱۲ ماه گذشته وجود نداشته باشد.

مشخص کنید اگر:

روی درمان نگهدارنده: این شاخصه افزوده شده زمانی کاربرد دارد که فرد یک داروی آگونیست تجویز شده نظیر متادون یا بوپرنورفین را مصرف می‌کند و هیچ کدام از ملاک‌های اختلال مصرف مواد افیونی را برای آن کلاس از مواد (به جز تحمل به، یا محرومیت از داروی آگونیست) را پر نمی‌کند. این طبقه همچنین برای کسانی که روی یک داروی آگونیست نسبی، یک داروی آگونیست/آنتاگونیست یا یک داروی آنتاگونیست کامل همچون نالترکسون یا نالترکسون دپوت هستند کاربرد دارد.

شاخصه «روی درمان نگهدارنده» به عنوان یک مشخصه برای فروکش زمانی که بیماری فرد در فروکش بوده و روی درمان نگهدارنده است استفاده می‌شود.

در محیط کنترل شده: این شاخصه افزوده شده زمانی استفاده می‌شود که فرد در محیطی است که در آن دسترسی به الکل وجود ندارد.

«در محیط کنترل شده» زمانی به عنوان یک شاخص افزوده شده به فروکش استفاده می‌شود که فرد هم در فروکش اختلال بوده و هم در محیط کنترل شده اقامت دارد. در واقع این شاخص برای توصیف دقیق‌تر وضعیت فروکش اختلال فرد کاربرد دارد (در فروکش اولیه در محیط کنترل شده یا در فروکش طول‌کشیده در محیط کنترل شده). مثال‌های این محیط‌ها شامل بازداتشگاه‌ها و زندان‌های تحت نظارت نزدیک، اجتماع‌های درمان‌مدار و بخش‌های بسته بیمارستان‌ها هستند.

شدت فعلی را *مشخص کنید*:

خفیف: وجود ۳-۲ علامت

متوسط: وجود ٥-٤ علامت

شدید: وجود ٦ علامت یا بیشتر

شدت اختلال بر اساس تعداد ملاک‌های تشخیصی تأیید شده برای فرد تعیین می‌شود. برای یک فرد، تغییر در شدت اختلال مصرف مواد افیونی در طول زمان همچنین در کاهش فرکانس (برای مثال تعداد روزهای مصرف در ماه) و/یا دوز (برای مثال تعداد دفعات تزریق یا مصرف) یک ماده افیونی، بر اساس گزارش شخصی یا گزارش اعضای مطلع خانواده، مشاهدات بالینی و آزمایش‌های پاراکلینیک بازتاب می‌یابد.

محل
الصاق
عکس

پیوست شش- فرم‌ها

فرم شماره ۱- فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی: .....

تاریخ پذیرش: ..... / ..... / .....

شماره پرونده: .....

نشانی محل سکونت: .....

.....

تلفن ثابت: .....

تلفن همراه: .....

شرایط تماس: .....

مصاحبه‌کننده: .....

تاریخ مصاحبه: .....

در سامانه اطلاعات خدمات درمان و کاهش آسیب مبنای گزارش‌دهی مراجعان یک «کد اختصاصی منحصر به فرد» بوده که نحوه ایجاد و کار با آن متعاقباً از طریق راهنمای سامانه به آگاهی خواهد رسید.

فرم شماره ۲- فرم ارزیابی پایه

یک- اطلاعات کلی

۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره پرونده:

۳- نام مصاحبه‌گر: ٤- تاریخ مصاحبه: روز ماه سال

٥- جنسیت: مرد ☐ زن ☐

٦- سن: ..... ۷- سال تولد: .....

۸- تحصیلات: (تعداد سال‌های تکمیل شده تحصیل) .....

۹- وضعیت تأهل:

در حال حاضر متأهل هستم. ☐

متارکه کرده‌ام (ولی هنوز طلاق نگرفته‌ام و متأهل هستم). ☐

بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام). ☐

طلاق گرفته‌ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام). ☐

هیچگاه ازدواج نکرده‌ام. ☐

۱۰- منبع ارجاع:

خود بیمار یا خانواده ☐

مرکز درمان اعتیاد دیگر در اجتماع ☐

مرکز درمان اعتیاد دیگر در زندان ☐

مواجع قانونی (پلیس یا دادگاه) ☐

سایر ☐ (مشخص کنید):.....

دو- تاریخچه مصرف مواد

۱- جدول تاریخچه مصرف مواد

ردیف	نام ماده	سن در اولین بار مصرف؟	تعداد سال-های مصرف مستمر؟	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	تزریق در ۱۲ ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	تنباکو						
۲	حشیش						
۳	مشروبات الکلی						
٤	تریاک و شیره						
٥	هروئین						
٦	کِراک هروئین						
۷	متادون غیرقانونی						
۸	بوپرنورفین غیرقانونی						
۹	مسکن‌های افیونی تزریقی (نورجزیک، تمجزیک...)						
۱۰	داروهای افیونی خوراکی (کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات)						
۱۱	مت‌آمفتامین (شیشه)						
۱۲	اِکستیسی (قرص اِکس)						
۱۳	کوکائین						
۱٤	داروهای آرام‌بخش و خواب-آور						
۱٥	استروئیدهای آنابولیک						
۱٦	مواد توهم‌زا (LSD، قارچ و...)						
۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینر و...)						

*__کد روش مصرف__: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ /استنشاقی = ٤ / تدخین = ۳ / تزریق غیر وریدی = ٤ / تزریق وریدی = ٥

۲- ماده یا مواد اصلی مشکل‌آفرین از دید بیمار که باعث مراجعه درمانی شده، کدام است؟

(کُد یا کُدهای مربوطه را از جدول بالا در این بخش درج نمایید) .....

۳- در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط **روزانه** چقدر بوده است؟ ..... تومان

٤- به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده‌اید؟ ..... تومان

٥- **تا کنون** چند بار به خاطر بیش‌مصرفی (اُوردوز) مواد به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده‌اید؟ ..... بار

سه- تاریخچه اقدامات پیشین درمان

۱- آیا **در طول عمر** خود اقدام به درمان برای وابستگی به مواد کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐

۲- جدول تعداد دفعات اقدام به درمان به تفکیک نوع روش درمانی

ردیف	روش درمان	تعداد دفعات اقدام؟ (دوره)	طولانی‌ترین دوره پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی؟ (روز)
۱	درمان نگهدارنده با متادون		
۲	درمان نگهدارنده با بوپرنورفین		
۳	درمان با کمک تنتور اُپیوم		
٤	درمان نگهدارنده با نالترکسون		
٥	سم‌زدایی سرپایی تحت نظر پزشک (برای مثال با بوپرنورفین یا کلونیدین)		
٦	سم‌زدایی بدون نظارت درمان‌گران		
۷	سم‌زدایی بستری بدون بی‌هوشی		
۸	سم‌زدایی بستری تحت بی‌هوشی (UROD)		
۹	بازتوانی اقامتی (TC)		
۱۰	درمان اقامتی (کمپ)		
۱۱	درمان در مراکز تأدیبی (زندان، مراکز اقامتی اجباری)		
۱۲	سایر، مشخص کنید		

۳- آیا **در ماه گذشته** تحت درمان بوده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐

٤- اگر بله، کد آن را از جدول بالا انتخاب کنید؟ .....

٥- **در سال گذشته** چند دوره در مراکز قانونی موجود در اجتماع تحت نظر درمان‌گران حرفه‌ای درمان گرفته-اید؟ ..... دوره

٦- آیا **تا کنون** در جلسات NA شرکت کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐

۷- اگر بله، مجموعاً چند ماه؟ ..... ماه

چهار- سابقه رفتارهای پرخطر

۱- آیا در **طول عمر خود** سابقه تزریق مواد داشته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

۲- اگر بله، سن شما در زمان اولین تزریق چند سال بود؟ ..... سال

۳- آیا در **سال گذشته** مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

٤- در **ماه گذشته**، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ ..... بار

٥- در **ماه گذشته** چند از بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟ ..... بار

٦- آیا **تا کنون** با کسی رابطه جنسی داشته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

۷- اگر بله، **در ماه گذشته**، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ..... بار

۸- چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ..... بار

۹- در **ماه گذشته**، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته‌اید؟ ..... بار

۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟

۱۱- چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ..... بار

۱۲- **تا کنون** در طی عمر خود چند بار زندانی شده‌اید؟ ..... بار

۱۳- چند بار آن مرتبط با مواد بوده است؟ ..... بار

۱٤- چند بار آن غیرمرتبط با مواد بوده است؟ ..... بار

۱٥- در **سال گذشته** چند بار زندانی شده‌اید؟ ..... بار

۱٦- در **ماه گذشته** چند بار پرخاش‌گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته‌اید؟ ..... بار

۱۷- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ..... بار

۱۸- در **طی عمر** خود آیا اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

۱۹- در **ماه گذشته** چطور؟ بله ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

پنج- وضعیت طبی و روان‌پزشکی

۱- آیا از بیماری مزمن طبی که نیازمند مداخله طبی باشد یا با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد، رنج می‌برید؟

بله ☐ مشخص کنید: ..... خیر ☐

۲- آیا **در حال حاضر** داروی خاصی برای بیماری‌های طبی خود مصرف می‌کنید؟

بله ☐ مشخص کنید: ..... خیر ☐

۳- آیا به دارویی حساسیت دارید؟ بله ☐ مشخص کنید: ..... خیر ☐

٤- آیا **تا کنون** آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است ☐ بله و پاسخ آن مثبت بوده است ☐

بله و پاسخ آن را نمی‌داند ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

٥- آیا **تا کنون** آزمایش اچ‌سی‌وی انجام داده‌اید؟

بله و پاسخ آن منفی بوده است ☐ بله و پاسخ آن مثبت بوده است ☐

بله و پاسخ آن را نمی‌داند ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

٦- جدول غربال‌گری مشکلات روان‌پزشکی

ردیف	سئوال	طول عمر؟	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناأُمیدی، از دست دادن علائق، بی‌حوصلگی شدید در انجام اُمور روزانه داشته‌اید؟			
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی‌قراری داشتید؟			
۳	حالات توهم داشته‌اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟			
٤	در کنترل رفتار پرخاش‌گرانه مشکل داشته‌اید؟ (حملات خشم یا خشونت)			
٥	اقدام به خودزنی داشته‌اید؟			
٦	افکار جدی خودکشی داشته‌اید؟			
۷	اقدام به خودکشی کرده‌اید؟			

۷- سابقه درمان‌های روان‌پزشکی

ردیف	سئوال	طول عمر؟	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	سابقه درمان سرپایی برای مشکلات روان‌پزشکی؟			
۲	سابقه درمان بستری برای مشکلات روان‌پزشکی؟			

۸- آیا **در حال حاضر** داروی روان‌پزشکی خاصی مصرف می‌کنید؟

بله ☐ مشخص کنید: ..... خیر ☐

شش- وضعیت خانوادگی و اجتماعی

۱- آیا شما مهارت شغلی خاصی دارید؟ بله ☐ مشخص کنید: ..... خیر ☐

۲- آیا شما گواهینامه رانندگی معتبر دارید؟ بله ☐ خیر ☐ توضیحات: .....

۳- وضعیت شغلی شما در طی **سه ماه اخیر** چگونه بوده است؟

شاغل تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت) ☐ شاغل پاره وقت منظم ☐ شاغل پاره وقت نامنظم ☐

بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر ☐ محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز ☐ خانه‌دار ☐

دارای درآمد بدون کار ☐ بیکار ☐

٤- در **ماه گذشته** از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته‌اید؟

۱	اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری؟	..... تومان
۲	بازنشستگی یا بیمه ازکاراُفتادگی؟	..... تومان
۳	کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و...)	..... تومان
٤	کمک خانواده، بستگاه یا دوستان	..... تومان

٥- در **ماه گذشته**، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته‌اید؟ ..... روز

٦- در **ماه گذشته**، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ ..... روز

۷- در حال حاضر وضعیت سکونت شما چگونه است (بیشتر اوقات در **ماه گذشته**)؟

زندگی در یک مکان مسکونی ☐ زندگی در یک سرپناه (شلتر) ☐

زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه) ☐ سایر ☐ مشخص کنید: .....

۸- در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می‌کنید (بیشتر اوقات در **ماه گذشته**)؟

با خانواده ☐ با دوستان یا همکاران ☐ تنها ☐ سایر ☐ مشخص کنید: .....

۹- در **ماه گذشته**، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟ ..... روز

۱۰-در **ماه گذشته**، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

اصلاً ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐

۱۱- آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی می‌کنید که مواد مصرف می‌کند؟ بله ☐ خیر ☐

۱۲-در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟

اصلاً ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐

توضیحات تکمیلی درباره وضعیت خانوادگی و اجتماعی: .....

فرم شماره سه- فرم ارزیابی دوره‌ای

۱- وضعیت تأهل در ماه گذشته: متأهل ☐ متارکه ☐ بیوه ☐ مطلقه ☐ هرگز ازدواج نکرده ☐

۲- جدول تاریخچه مصرف مواد

ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	ملاحظات	ردیف	نام ماده	تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟	کُد روش مصرف در ماه قبل؟*	ملاحظات
۱	تنباکو				۱۰	کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات			
۲	حشیش				۱۱	مت‌آمفتامین (شیشه)			
۳	مشروبات الکلی				۱۲	اِکستیسی (قرص اِکس)			
٤	تریاک و شیره				۱۳	کوکائین			
٥	هروئین				١٤	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور			
٦	کِراک هروئین				١٥	استروئیدهای آنابولیک			
۷	متادون غیرقانونی				١٦	مواد توهم‌زا (LSD، قارچ و...)			
۸	بوپرنورفین غیرقانونی				۱۷	مواد استنشاقی (چسب، تینر و...)			
۹	نورجزیک، تمجزیک...				*کد روش مصرف: خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ /استنشاقی = ٤ / تدخین = ۳ / تزریق غیر وریدی = ٤ / تزریق وریدی = ٥				

۳- در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط **روزانه** چقدر بوده است؟ ..... تومان

٤- به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده‌اید؟ ..... تومان

٥- در **ماه گذشته**، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده‌اید؟ ..... بار

٦- در **ماه گذشته** چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟ ..... بار

۷- **در ماه گذشته**، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ..... بار

۸- چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ..... بار

۹- در **ماه گذشته**، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته‌اید؟ ..... بار

۱۰- چند بار آن با کاندوم بوده است؟

۱۱- چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ..... بار

۲۰-در **ماه گذشته** چند بار پرخاش‌گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته‌اید؟ ..... بار

۲۱- چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ..... بار

۲۲- در **ماه گذشته** آیا اقدام به فروش مواد کرده‌اید ؟ بله ☐ خیر ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐

۲۳-جدول غربال‌گری مشکلات روان‌پزشکی

ردیف	سئوال	ماه گذشته؟	ملاحظات
۱	احساس افسردگی یا غمگینی جدی، ناأُمیدی، از دست دادن علائق، بی‌حوصلگی شدید در انجام اُمور روزانه داشته‌اید؟	بله ☐ خیر ☐	
۲	اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی‌قراری داشتید؟	بله ☐ خیر ☐	
۳	حالات توهم داشته‌اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟	بله ☐ خیر ☐	
٤	در کنترل رفتار پرخاش‌گرانه مشکل داشته‌اید؟ (حملات خشم یا خشونت)	بله ☐ خیر ☐	
٥	اقدام به خودزنی داشته‌اید؟	بله ☐ خیر ☐	
٦	افکار جدی خودکشی داشته‌اید؟	بله ☐ خیر ☐	
۷	اقدام به خودکشی کرده‌اید؟	بله ☐ خیر ☐	

۲٤- وضعیت شغلی شما در طی **سه ماه گذشته** چگونه بوده است؟

شاغل تمام وقت (حداقل ٥ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت) ☐ شاغل پاره وقت منظم ☐ شاغل پاره وقت نامنظم ☐

بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر ☐ محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز ☐ خانه‌دار ☐

دارای درآمد بدون کار ☐ بیکار ☐

۲٥-در **ماه گذشته** از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته‌اید؟

۱ اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری؟ ..... تومان

۲ بازنشستگی یا بیمه ازکاراُفتادگی؟ ..... تومان

۳ کمک مؤسسه‌های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و...) ..... تومان

٤ کمک خانواده، بستگاه یا دوستان ..... تومان

۲٦-در **ماه گذشته**، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته‌اید؟ ..... روز

۲۷-در **ماه گذشته**، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟ ..... روز

۲۸-در حال حاضر وضعیت سکونت شما چگونه است (بیشتر اوقات در **ماه گذشته**)؟

زندگی در یک مکان مسکونی ☐ زندگی در یک سرپناه (شلتر) ☐

زندگی در فضای بیرون (بی‌سرپناه) ☐ سایر ☐ مشخص کنید: .....

۲۹-در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می‌کنید (بیشتر اوقات در **ماه گذشته**)؟

با خانواده ☐ با دوستان یا همکاران ☐ تنها ☐ سایر ☐ مشخص کنید: .....

۳۰-در **ماه گذشته**، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟ ..... روز

۳۱-در **ماه گذشته**، چقدر با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

اصلاً ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐

۳۲-در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روانی خانواده برخوردار هستید؟

اصلاً ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد ☐

فرم چهار- فرم دستورات پزشک

ردیف	تاریخ	یادداشت پزشک	مهر و امضاء پزشک

فرم چهار- فرم روان‌شناس

ردیف	تاریخ	خدمات روان‌شناختی ارایه شده و یادداشت‌های روان‌شناس	امضاء روان-شناس

فرم پنج- فرم پرستار

ردیف	روز هفته	تاریخ	نتیجه آزمایش ادرار	دوز دارو توزیع شده	توضیحات

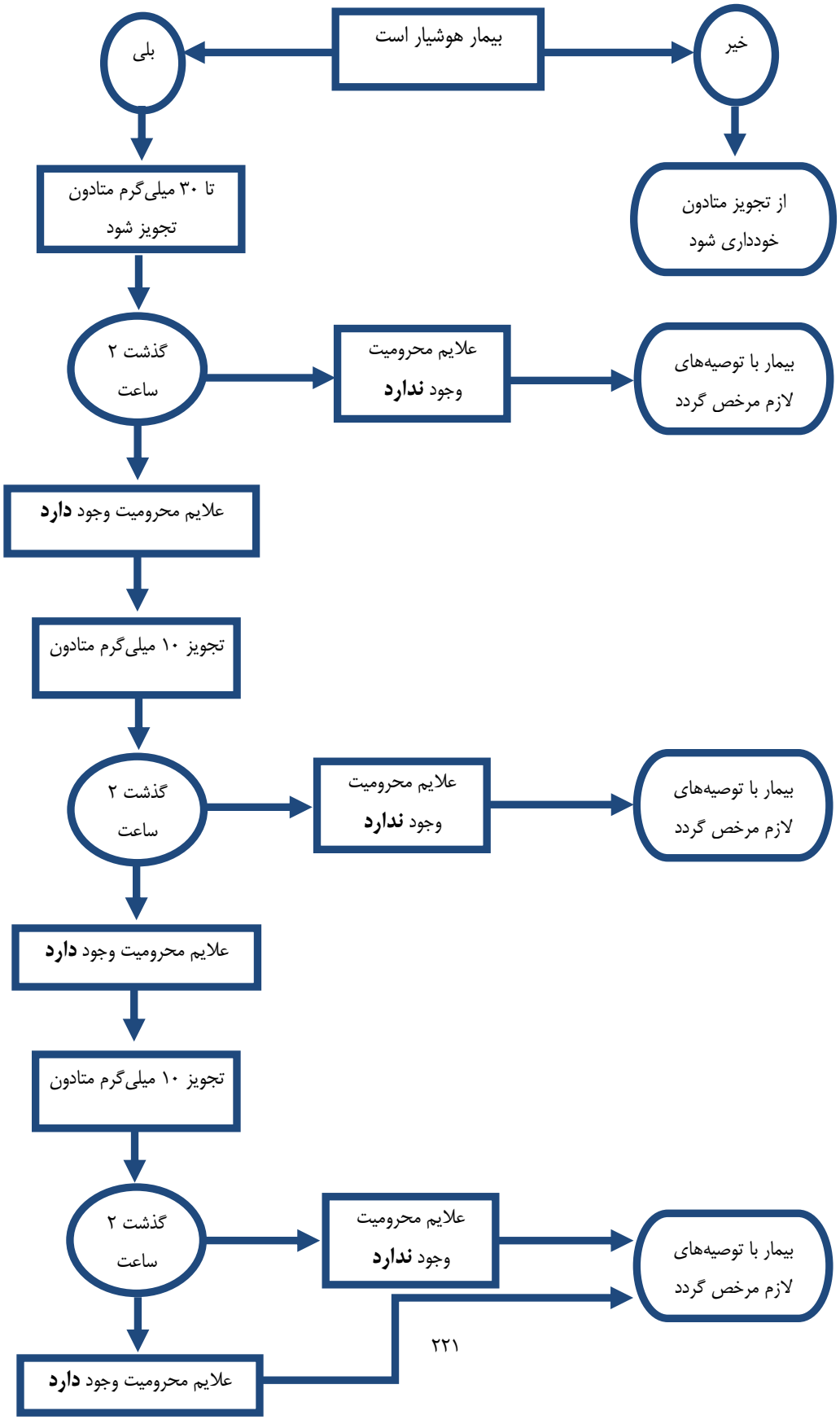
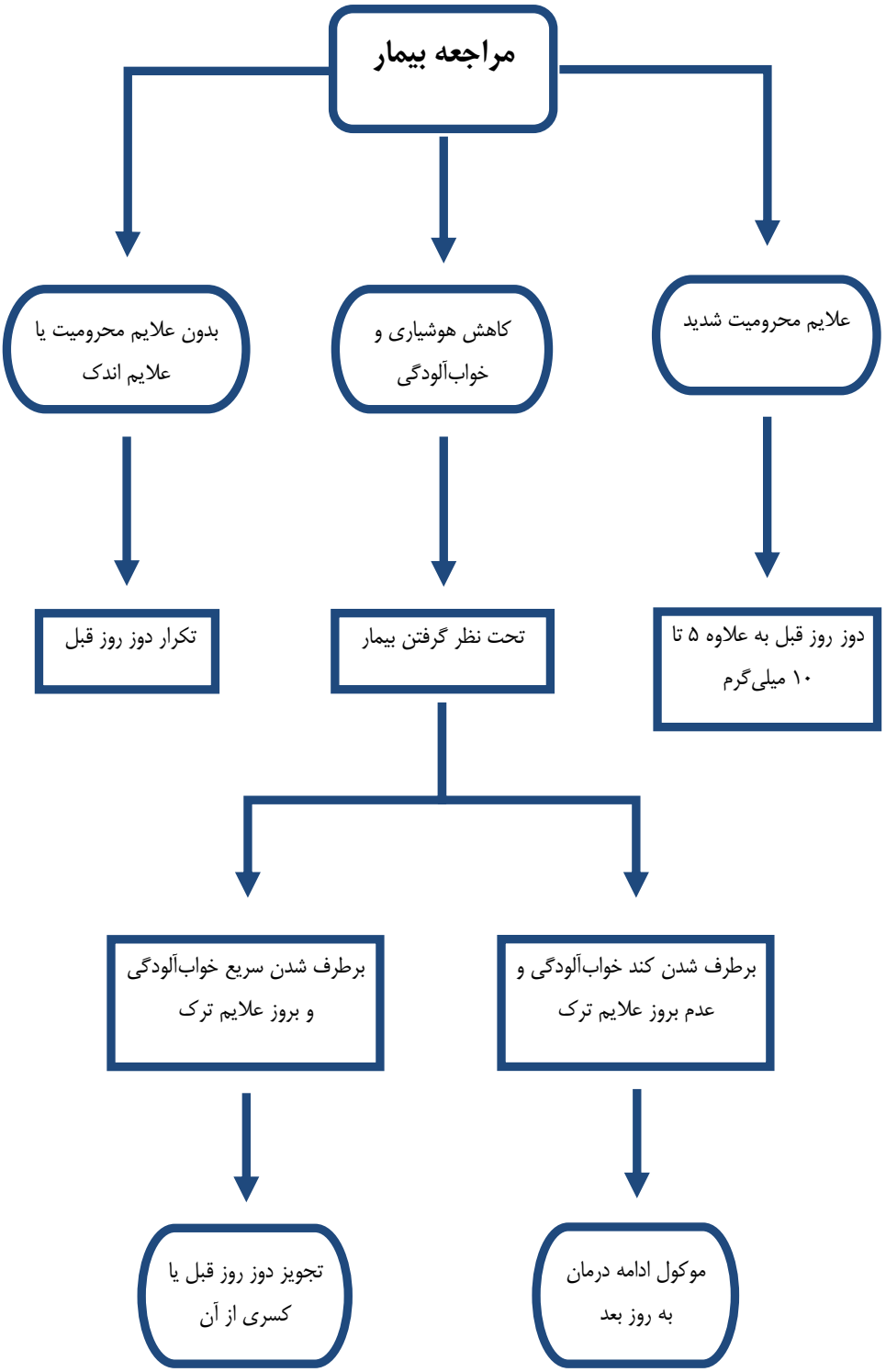
پیوست هفت- زمان شناسایی مواد از طریق آزمایش ادرار

زمان ارزیابی مواد در ادرار برای برخی مواد منتخب در جدول زیر ارایه شده است:

ماده	زمان
مورفین، مواد افیونی، کدئین	٤٨ تا ٧٢ ساعت
متادون	٣ تا ٤ روز
اکسی کدون	٢٤ تا ٤٨ ساعت
محرک‌های شبه‌آمفتامینی مثل مت‌آمفتامین و اکستیسی	٤٨ تا ٧٢ ساعت
بنزودیازپین‌ها	
- کوتاه اثر	٢٤ تا ٧٢ ساعت
- طولانی اثر	٧ تا ١٤ روز (تا حداکثر ٦ هفته)
حشیش	
- مصرف گاهگاهی	٧ تا ٢١ روز
- مصرف مزمن و سنگین	٤ تا ٦ هفته (ممکن است تا ١٢ هفته قابل شناسایی باشد)
متابولیت کوکائین	٢٤ تا ٤٨ ساعت
الکل	٤ تا ٢٤ ساعت

زمان‌های ارایه شده تخمینی بوده و در یک فرد بر حسب نوع ماده، دوز و متابولیسم می‌تواند متفاوت باشد.

پیوست هشت- الگوریتم تجویز متادون در روز اول



پیوست نه- الگوریتم تجویز متادون در روز دوم