

**معاونت درمان**

**پروتکل درمان**

**وابستگی به مواد افیونی**

**با متادون**

**اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد**

**دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**

**ویرایش سوم، تابستان 1393**

**شناسنامه**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان راهنما** | پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون |
| **عنوان انگلیسی** | Protocol for Treatment of Opioid Dependence  with Methadone |
| **گروه مخاطب** | سیاست­گذاران و مدیران برنامه­های درمان اختلالات مصرف مواد  پزشکان و سایر درمان­گران اختلالات مصرف مواد |
| **زمان انتشار** | 1393 |
| **تماس** | تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برج آ، ط 10، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد |

**تقدیر و سپاس­گزاری**

گردآورندگان راهنمای حاضر عبارتند از... هستند که بدین وسیله از تلاش­های ایشان در تدوین ویرایش سوم پروتکل تقدیر به عمل می­آید.

همچنین از صاحب­نظران و خبرگان نامبرده ذیل که با ارایه نظرات ارزشمند خود، به ما را در تدوین پروتکل حاضر یاری رساندند، صمیمانه قدردانی می­نماییم.

...

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 دكتر ستاره محسني­فر، دكتر گلاره مستشاری و دكتر محسن وزيريان سپاس­گزاری می­گردد.

**پیش­گفتار**

اعتیاد به مواد مخدر و روان­پردان پس از تصادفات جاده­ای، سوانح و حوادث، بیماری­های قلبی، عروقی و افسردگی در رتبه چهارم طبقه­بندی بار بیماری­ها قرار دارد. در جمعیت مردان جوان 18 تا 30 ساله اعتیاد بعد از تصادفات جاده­ای، سوانح و حوادث در مقام دوم طبقه­بندی بار بیماری­ها قرار می­گیرد (نقوی و همکاران 1385).

بر اساس آمار رسمی ارایه شده در کشور 1350000 نفر فرد مبتلا به وابستگی به مواد یا معتاد در کشور وجود دارد (ستاد مبارزه با مواد مخدر 1391) که با در نظر گرفتن بعد خانوار ایرانی 6/3 به معنای آن است که در حدود 5 میلیون نفر جمعیت کشور سالانه مستقیماً با اختلالات مصرف مواد درگیر هستند.

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور روزانه 8 نفر در اثر اعتیاد جان خود را از دست می­دهند (سازمان پزشکی قانونی کشور 1392). شایع­ترین راه انتقال عفونت­های منتقله از راه خون شامل اچ­آی­وی و هپاتیت سی از طریق اعتیاد تزریقی است، به طوری که بیش از 65% کلیه موارد شناسایی شده عفونت اچ­آی­وی مصرف­کننده تزریقی مواد هستند (دفتر مدیریت بیماری­های واگیر، وزارت بهداشت 1392). بر اساس مطالعات زیستی- رفتاری انجام شده 14% مصرف­کنندگان تزریقی مواد (حق دوست و همکاران 2010) مبتلا به اچ­آی­وی هستند. مطالعات زیستی- رفتاری انجام شده در کشور همچنین نشان می دهد در حدود 25 تا 80 درصد مصرف­کنندگان تزریقی مبتلا به هپاتیت سی هستند. بیشتر این مطالعات شیوع هپاتیت سی در حدود 50% گزارش نموده­اند. بر اساس یک مطالعه 5/26% موارد طلاق­ها مرتبط با درگیری با مصرف الکل با مواد است (توسلی و غیاثی 1390). 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 (فرنیا و همکاران 2010).

**به صورت خلاصه می­توان گفت اعتياد نه تنها با مرگ­ومیر و ناتوانی بالایی در حوزه سلامت همراه است، بلکه همچنین عواقب جدی خانوادگی، قانونی و اجتماعی 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 1365 در یک مصرف­کننده تزریقی مواد شناسایی شد. تا سال 1374، سالانه 5 تا 10 مورد جدید اچ­آی­وی شناسایی گردید که، اما در سال 1375 به دلیل انفجار همه­گیری عفونت در مصرف­کنندگان تزریقی مواد تعداد موارد شناسایی شده عفونت ،23 برابر افزایش نشان داد (کمالی و همکاران 2010).

با توجه به کارآیی بسیار پایین استفاده از رویکردهای درمانی پرهیزمدار در کاهش گسترش عفونت اچ­آی­وی در مصرف­کنندگان تزریقی مواد سیاست کاهش آسیب از سال 1381 به منظور برخورد با 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 درمان نگهدارنده با متادون، استفاده از متادون به صورت نگهدارنده با دوز 40 و 70 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 (مکری 2003).

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 (رزاقی و همکاران 2005).

در یک مطالعه اجرا شده توسط سازمان جهاني بهداشت 8 کشور که ایران نیز یکی از کشورهای شرکت­کننده بوده است. نتایج این مطالعه که در کشورهای مختلف با پس­زمینه­های اجتماعی- اقتصادی متفاوت انجام شد دو یافته مهم حاصل گردید. 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 بالار می­برد (لاورینسون و همکاران 2009).

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 (بیان زاده و همکاران 1386).

مطالعات فراتحلیل انجام شده در سطح بین­المللی نشان می­دهد درمان نگهدارنده با متادون به صورت مؤثری می­تواند شاخص­های زیر را بهبود بخشد (گووینگ و همکاران 2011، مک­آرتور و همکاران 2012):

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

بر اساس یک فراتحلیل اخیر درمان نگهدارنده با متادون از این لحاظ از سایر مداخلات درمانی مؤثرتر است (مک­آرتور و همکاران 2012).

شواهد اولیه از برنامه کاهش آسیب نشان می­دهد این برنامه در متوقف نمودن روند رو به رشد عفونت اچ­آی­وی 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 (حق دوست و همکاران 2011).

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

الزامات قانونی

* بند ششم سیاست های كلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) در سال 1385 که دستگاه­های مرتبط را در اجرای خدمات استاندارد درمان و کاهش آسیب اعتیاد مکلف نموده است:

**ايجاد و گسترش امكانات عمومي تشخيص، درمان، بازتواني و اتخاذ تدابير علمي جامع و فراگير با هدف:**

**-   درمان و بازتواني مصرف‌كنندگان**

**-   كاهش آسيب‌ها.**

**-   جلوگيري از تغيير الگوي مصرف از مواد كم‌ خطر به مواد پر خطر**

* ماده 15 قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال 1389 درخصوص راه­اندازی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
* آیین­نامه اجرایی ماده 15 قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و دستورالعمل­های مرتبط با آن

امید است تدوین ویرایش سوم پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست گامی به پیش در تکامل نظام درمان اختلالات مصرف مواد افیونی و کاهش بار مرتبط با آن در کشور باشد. 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 از تلاش کلیه مؤلفان و صاحب­نظران همکار در تدوین این راهنما صمیمانه قدردانی می­شود. امید است پروتکل حاضر کاربردی و مفید بوده و بتواند به عنوان بخشی از رویکرد هماهنگ کشوری برای ارتقای کیفیت خدمات درمان اعتیاد در کشور مؤثر واقع گردد.

**فهرست مطالب**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | مقدمه | |
|  | کلیات درمان نگهدارنده | 1 |
|  | آشنایی با متادون | 2 |
|  | انتخاب بیمار برای درمان نگهدارنده | 3 |
|  | ارزیابی بیماران | 4 |
|  | مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران | 5 |
|  | آزمایش ادرار | 6 |
|  | دوز منزل | 7 |
|  | غیبت از درمان | 8 |
|  | خروج اختیاری از درمان | 9 |
|  | اخراج از درمان | 10 |
|  | مسمومیت با مواد افیونی در جریان درمان نگهدارنده | 11 |
|  | مداخلات غیردارویی در درمان نگهدارنده | 12 |
|  | درمان نگهدارنده در بارداری | 13 |
|  | ملاحظات درمانی در بیماری­های طبی همراه | 14 |
|  | مدیریت درد | 15 |
|  | پایش قلبی | 16 |
|  | اختلال مصرف مواد چندگانه | 17 |
|  | ملاحظات درمانی در اختلالات روان­پزشکی همبود | 18 |
|  | ملاحظات درمانی در سایر گروه­های خاص | 19 |
|  | جنبه­های اجرایی و مدیریتی درمان نگهدارنده | 20 |
|  | پیوست­ها |  |
|  |  |  |

**مقدمه**

خصوصیت اصلی وابستگی به مواد از دست دادن کنترل مصرف مواد 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 کارشنا 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 عمچون آسم، فشار خون و دیابت مقایسه شود. شباهت­های این بیماری­ها جالب توجه هستند. در تمام این بیماری­ها ژنتیک، انتخاب شخصی و عوامل محطی نقش مشابهی در سبب­شناسی و سیر بیماری دارند. میزان­های عود و پایبندی به دستوران 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 طولانی مدت با احتمال بالاتری از دستورات درمانی پیروی می­کنند. بهترین نتایج درمانی زمانی حاصل می­گردد که درمان­های دارویی با مداخلات روانی، اجتماعی ترکیب شوند. در فصل 1، «کلیات درمان نگهدارنده» به جایگاه و سازوکار استفاده از داروهای آگونیست اًپیوئیدی در درمان وابستگی به مواد افیونی را به تفصییل پرداخته شده است.

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. در این پروتکل «*درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست*» به ترکیبی از درمان دارویی (متادون، بوپرنورفین و تنتور اُپیوم) با مداخلات روانی، اجتماعی اطلاق می­شود 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 درمان­های روان­شناختی و حمایت­های اجتماعی بخش جدایی­ناپذیری از دستیابی به نتایج درمانی پایدار در طولانی­مدت محسوب می­گردد. 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 (فصل 5). درمان وابستگی به مواد افیونی باید به صورت مستمر مراجع ر برای ایجاد تغییرات مثبت در سبک زندگی تشویق نماید. به این منظور تعیین اهداف قابل دستیابی و اختصاصی به صورت توافق شده با مراجع و ثبت و پایش دقیق پیش­رفت 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 توزیع دارو، دسترسی را بالا می­برد، اما کیفیت و ایمنی درمان را کاهش می­دهد. در مقابل ایجاد محدودیت شدید در دسترسی به دارو منافع ناشی از آن را کاهش می­دهد. در کشور ما 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 می­گردد، هر چند این کار در همه جا امکان­پذیر نیست. در صورت ارایه خدمات درمان اعتیاد به صورت ادغام یافته در مراقبت اولیه، باید پزشکان درمان­گر باید آموزش کافی دریافت نموده و ارتباط تعریف شده جهت مشاوره و ارجاع با مراکز تخصصی داشته باشند. ادغام خدمات اعتیاد در جریان اصلی خدمات پزشکی و روان­پزشکی، اَنگ مرتبط با آن را کاهش داده و مانع منزوی شدن درمان­گران اعتیاد می­گردد. به علاوه این کار برخی مشکلات ناشی از تجمع تعداد زیادی بیمار وابسته به مواد افیونی در یک محل را کاهش می­دهد. هر چند ادغام خدمات درمان وابستگی به مواد افیونی و درمان اعتیاد به طور کلی در مراقبت­های اولیه منافعی در بردارد، اما با توجه به برخی چالش­های اجرایی همچون الزامات و حساسیت­های نگهداری و توزیع داروهای آگونیست، شیوع بالای اختلالات مصرف مواد افیونی در کشور، تعداد بالای ویزیت­های مورد نیاز در درمان با داروهای آگونیست، الزام برای ارایه خدمات روانی، اجتماعی، مخلوط شدن بیماران اعتیاد با متقاضیان سایر خدمات سلامت و حجم کاری بالای پزشک خانواده در سایر برنامه­های سلامت، به نظر می­رسد ادغام خدمات درمان اعتیاد در شرایط فعلی نمی­تواند دربرگیرنده درمان با داروهای آگونیست باشد.

**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 18 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 پایگاه­های 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]](#footnote-2) مورد ارزیابی قرار گرفته و دو راهنمای بین­المللی «راهنماهای درمان دارویی با کمک مداخلات روان­شناختی در وابستگی به مواد افیونی» (سازمان جهانی بهداشت 2009) و «راهنماهای ملی برای درمان وابستگی به مواد افیونی با کمک دارو» (گووینگ و همکاران 2014) 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 1392). 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 عبارتست از جایگزین­سازی مصرف مواد مخدر افیونی غیرمجاز بیمار با یک آگونیست افیونی مورد تأیید. هر تبدیل مصرف ماده مخدر غیرمجاز با یک آگونیست بطور خودبخود درمان نگهدارنده تلقی نمی­شود. این درمان واجد شرایطی است که می­توان به موارد زیر اشاره کرد:

1. 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[[2]](#footnote-3) در بدن ادامه دارد و امید است با ظهور این اشکال، پیشرفت قابل توجهی در طب اعتیاد ایجاد شود.
2. 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.
3. 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.
4. ترکیبات 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 سوءمصرف قرار می­دهند، اکثراً دارای نیمه عمر بسیار کوتاه بوده و اثرات آنها در زمان کوتاهی مستهلک می­گردد. نیمه عمر هرویین تزریقی 8 دقیقه است. اثرات مصرف تدخینی کِراک معمولاً یک تا دو ساعت بیش­تر در بدن نمی­ماند و معتادان روزانه بین 3 تا 5 بار از مواد مخدر افیونی غیرمجاز استفاده می­کنند. این در حالیست که نیمه عمر متادون راسمیک[[3]](#footnote-4) حدود 20 ساعت است و مصرف یک بار در روز آن کاملاً ممکن است. متعاقب یک بار مصرف بوپرنورفین نیز تا حدود 72 ساعت طول می­کشد تا اشغال گیرنده­ها افیونی «مو»[[4]](#footnote-5) توسط این دارو به نصف برسد. به عبارت دیگر نیمه عمر فارماکولوژیکی بوپرنورفین نیز 3 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 2 تا 3 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]](#footnote-6) 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 مصرف­کنندگان را گرفتار اعتیاد به خود می­نماید. حتماً حالات بسیار سمج و شدید اعتیاد به تمجزیک[[6]](#footnote-7) یا شکل تزریقی بوپرنورفین را خوانندگان محترم به یاد دارند.
5. 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 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.
6. در محیط­های سالم 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.
7. 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.
8. عرضه ماده آگونیست بصورت قانونی است- عرضه ماده آگونیست قانونی است و فعل مراجعه به مرکز عرضه آن و خرید آن جرم محسوب نمی­شود. بنابرین بسیاری از ابعاد ناشی از جرم خرید مواد مخدر منتفی است.
9. 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.
10. 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.
11. خدمات مکمل 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 وارد مداخله می­شوند.

بنابر این درمان نگهدارنده عبارت است از:

**«جایگزینی قانونی مصرف مواد مخدر غیرمجاز و غیرقانونی بیمار، 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 بیماران 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[[7]](#footnote-8) 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:

1. حذف علایم محرومیت و ترک- ماده آگونیست در دوز مناسب قادر است کلیه عوارض محرومیت از مواد مخدر را بر طرف سازد. بیمارانی 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، 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]](#footnote-9) 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 کا نیز نخواهد داشت. برای اطلاعات بیشتر به مبحث «ارائه و تجویز متادون به بیماران» مراجعه نمایید.
2. حذف مسئله 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 بیمار 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.
3. 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 بیماران 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 بیمارانی 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]](#footnote-10) 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.
4. 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 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.
5. کاهش اَنگ[[10]](#footnote-11) 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 بیمار وا می­دارد.
6. 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 بیمار 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 بیمار 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 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 می­دهد. 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.
7. کاهش پرداخت به شبکه قاچاق و و اُفت درآمدزایی آن- در این مورد بیمار 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.
8. ماندگاری بالا در درمان- مانایی[[11]](#footnote-12) یا ماندگاری بیماران در درمان نگهدارنده برخلاف درمان­های پرهیزمدار بالاست و بیماران تمایل زیادی به ادامه درمان دارند. ماندگاری در درمان­های نگهدارنده معمولاً بر مبنای ماندگاری 6 ماهه سنجیده می­شود و منظور درصدی از بیماران است که بعد از گذشت 6 ماه کماکان در درمان مانده­اند. این رقم برای درمان نگهدارنده متغیر بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد اما بطور میانگین بالای 50 درصد و در محدوده 60 تا 70 درصد است. البته مواردی از ماندگاری 80 درصد به بالا 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 مؤلفه­های عمده در ارزیابی اثربخشی یک درمان است.
9. ارایه درمان­های غیردارویی مکمل- ماندگاری بالا در درمان فرصت طلایی برای درمان­گران فراهم می­سازد تا بیماران را تشویق به ورود به درمان­های غیردارویی نمایند. یکی از دلایل عدم موفقت 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. حتی اگر در هیچ درمان غیردارویی هم شرکت نکند، صرف مراجعه روزانه و منظم به مرکز درمانی فواید بسیاری داشته و باعث تغییرات رفتاری در سبک زندگی بیمار و حلقه معاشران او می­گردد.
10. استفاده از فرصت درمان نگهدارنده برای بازگشت به جامعه[[12]](#footnote-13)- 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 بیماران به صفر نرسد و ایشان به مصرف مواد ادامه دهند، تقلیل شدت 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.

**جنبه­های درمانی واقعی در درمان نگهدارنده**

درمان نگهدارنده در صورتی که درست اجرا شود باعث بهبودی روانی پایدار در بیمار 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 1 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 1-1-** آسیب­های و عوارض ناشی از سوءمصرف مواد مخدر

|  |  |
| --- | --- |
| **آسیب­های روانی مرتبط با اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر** | **عوارض فیزیولوژیک مرتبط با اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر** |
| * اشتغال ذهنی[[13]](#footnote-14) با مصرف مواد | * تحمل[[14]](#footnote-15) |
| * مصرف خارج از کنترل، اجبارگونه[[15]](#footnote-16) و عنان گسیخته با وجود عوارض فراوان ناشی از مصرف | * بروز علایم محرومیت به هنگام قطع مصرف مواد مخدر |
| * 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 عاطفی با اطرافیان |  |
| * خلق ناپایدار و اکثراً افسرده |  |
| * رفتارهای تکانه­ای[[16]](#footnote-17) پرخطر، بی­قید و بند و مخرب در حوزه­های مختلف زندگی |  |
| * عدم توان برنامه­ریزی برای آینده و کوتاه شدن افق دوراندیشی[[17]](#footnote-18) |  |
| * ناتوانی در استمرار امور و از دست دادن پشتکار[[18]](#footnote-19) |  |
| * 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]](#footnote-20) |  |
| * بازگشت به سوءمصرف مواد مخدر متعاقب وقفه و تلاش برای قطع مصرف: پدیده عود[[20]](#footnote-21) |  |

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]](#footnote-22) 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 1-1 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 سوءمصرف مواد مخدر و درمان آن مطرح نیست. تاثیرات فیزیولوژیک نیز مطرح است (جدول 1-1 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 (بعنوان 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 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 یاشد.

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 آنرا به زبان ساده برای بیماران و خانواده آنها توضیح دهد. در جدول 2-1 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 درمان­گر را حتی شگفت­زده کنند. در هر حال یادآوری محتویات این جدول به ویژه با اتکا بر تجارب شخصی بیماران در قانع سازی 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 جذاب 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.

**جدول 2-1**- 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 توان انجام مستمر امور | * تغییرات ناگهانی رفتاری و عدم پیگیری امور روزانه و مسئولیت­ها |

|  |  |
| --- | --- |
| * چرخه فعالیت نسبتاً منظم روزانه | * چرخه روزانه آشفته و حتی آشوب­گونه[[22]](#footnote-23) |
| * 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 |
| * تحمل بالای فیزیولوژیک به متادون و کلیه مواد افیونی | * تحمل متوسط فیزیولوژیک به مواد افیونی |
| * بروز علایم شدید و طولانی محرومیت هنگام قطع متادون | * بروز علایم متوسط محرومیت هنگام قطع مصرف |

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 11 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 2 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 2 مورد آخر را در مقایسه با 11 معیار کلیدی اول درک می­کنند.

با تداوم حضور بیمار در وضعیت الف یعنی وابستگی به متادون و دوری از مصرف مواد مخدر و تجربه نشئگی و خماری 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.

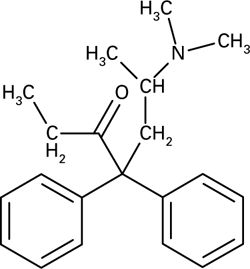
**با این نگاه درمان نگهدارنده یک درمان تمام عیار است.**

**فصل دو- آشنایی با متادون**

از اوایل دهه 1880 میلادی پژوهش­های مداوم و طولانی­مدت برای اکتشاف داروهای ضدتب و ضددرد صناعی شروع شده بود و متادون محصول این تلاش­های پژوهشی است. ماکس باکمول[[23]](#footnote-24) و گوستاو ارهارت[[24]](#footnote-25) محققان آزمایشگاه­ داروسازی ای. گ. فاربن­کونتسرم[[25]](#footnote-26) بخشی از شرکت هوخست[[26]](#footnote-27) کشور آلمان در سال 1941 برای اولین بار مولکول متادون را ساختند.

متادون (6- دی­متیل­امینو-4-4-دی­فنیل-3-هپتون[[27]](#footnote-28)) یا C21H27NO مولکولی با حد بالای حلالیت در چربی است و حاوی یک اتم کربن با موقعیت فضایی[[28]](#footnote-29) است که باعث ایجاد دو شکل استریوایزومری[[29]](#footnote-30)، آر-(-)- متادون چپ­گردان[[30]](#footnote-31) یا اِل- متادون[[31]](#footnote-32) و اِس- (+)- متادون راست­گردان[[32]](#footnote-33) یا دی- متادون[[33]](#footnote-34) می­شود (شکل 1). اِل- متادون ودی- متادون از نظر فرمول شیمیایی یکسان هستند، اما از نظر آرایش فضایی متفاوتند. متادونی که معمولاً در درمان استفاده می­شود ترکیب 50:50 یا مخلوط راسمیک دو اِنانتیومر[[34]](#footnote-35) 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 20 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 1-2- ساختمان شیمیایی متادون



**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 79 تا 95% دارد، گرچه تفاوت­های بین­فردی زیادی دیده می­شود. غلظت­های حداکثر پلاسمایی (و در نتیجه حداکثر کنترل علایم محرومیت و مهار تنفسی) 4-2 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 10% 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 2- اتیلیدن-1، 5- دی­متیل- 3، 3- دی­فنیل­پیرولیدین[[35]](#footnote-36) 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 آن­ها اختلاف نظر وجود دارد. تغییر میزان فعالیت این آنزیم­ها، خصوصاً CYP3A4 می­تواند تغییرات وسیعی در دوز، فاماکوکینتیک و پیامدهای درمان در بیماران 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.

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[[36]](#footnote-37) 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 بیماران روی 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 20 برابر از تمایل (اس)- متادون به آن بیش­تر است و به همین دلیل این آر- ِانانتیومر است که بیش­تر اثرات اُپیوییدی را اعمال می­کند. متادون خواص غیراُپیوییدی شامل اثرگذاری بر گیرنده­های NMDA همچون یک آنتاگونیست غیررقابتی و مهار استرئوسلکتیو[[37]](#footnote-38) 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، بیماران روی 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 2 تا 6 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 3-4 ساعت پس از بلع دوز خوراکی افزایش یافته و سپس شروع به کاهش می­کند. شروع این اثرات تقریبا 30 دقیقه پس از بلع رخ می­دهد. نیمه عمر دوز منفرد اولیه 12-18 ساعت با میانگین 10 ساعت است. با مصرف مداوم نیمه عمر متادون به 13-47 ساعت با میانگین 24 ساعت افزایش می­یابد. متادون پس از 4-5 نیمه عمر یا تقریباً 10-3 روز (و به طور معمول 5/7-5 روز) در بدن به سطح پایه می­رسد، به طوری که میزان حذف دارو و دریافت آن به تعادل می­رسد (جدول 1-2). 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 بیماران 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.

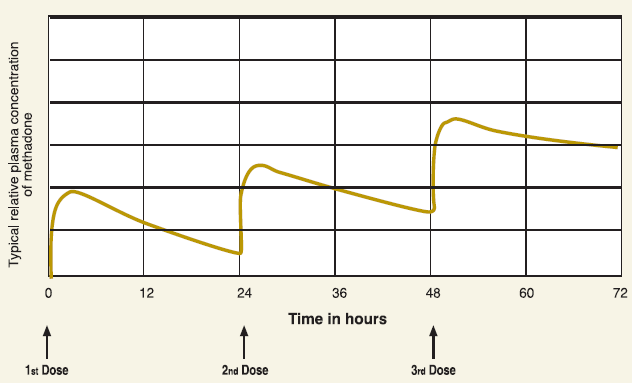
**جدول 1-2-** فارماکوکینتیک متادون

|  |  |
| --- | --- |
| **شروع اثرات** | 30 دقیقه |
| **اوج اثر** | تقریبا 3 ساعت |
| **نیمه عمر (در درمان نگهدارنده)** | تقریبا 24 ساعت |
| **زمان رسیدن به تثبیت** | 3-10 روز |

متادون محلول در چربی است و به برخی از بافت­های بدن شامل ریه ها، کلیه ها، کبد و طحال متصل می­شود، به طوری که غلظت متادون در این ارگان­ها از خون به مراتب بالاتر است. بنابراین جابجایی آهسته متادون میان این منابع و خون وجود دارد. زیست­فراهمی[[38]](#footnote-39) خوراکی متادون 80% بوده و نیمه عمر حذف آن بالاست. وقتی متادون به صورت روزانه با دوزهای ثابت خوراکی تجویز می­شود، سطح خونی آن باید بیمار را به مدت 24 ساعت در حالت بدون علامت نگه دارد، بدون آن که بیمار حالات مسمومیت یا ترک را تجربه نماید. در دوزهای درمانی، تقریباً 90% متادون به پروتئین­های پلاسما متصل می­گردد، به طوری که میانگین کسر آزاد متادون راسمیک 12% است. متادون ابتدائاً به 1α- اسید گلیکوپروتئین[[39]](#footnote-40) متصل می­شود. 1α- 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 1α- اسید گلیکوپروتئین وجود دارد و تفاوت 6 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. 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 پژوهش­گران 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 150 تا 600 نانوگرم/میلیلیتر برای سرکوب وسوسه مواد ضرورت دارد. برخی درمان­گران غلظت سرمی نشیب 400 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 2-2-** سطوح پلاسمایی متادون در طول 3 روز اول



0

12

24

36

48

60

72

**زمان برحسب ساعت**

دوز سوم

دوز دوم

دوز اول

|  |
| --- |
| سطوح پلاسمایی معمول متادون |

کلیرانس کلیوی متادون در PH طبیعی ادرار پایین است، اما اسیدی کردن ادرار کلیرانس کلیوی را تا 35% 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 100 تا 180 میلی­لیتر/دقیقه می­شود. کلیرانس سیتسمیک پایین متادون منجر به نیمه عمر حذف نسبتاً طولانی بین 22 و 52 ساعت می­شود. نیمه عمر بیشتر از 24 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 2-2 فهرست شده است.

دوز درمانی مناسب متادون نسبت به اُپیوییدهای کوتاه اثر مثل تریاک، هرویین و کراک تحمل- متقاطع[[40]](#footnote-41) 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.

**جدول 2-2-** اثر متادون بر دستگاه­های مختلف بدن

|  |  |
| --- | --- |
| **اثرات متادون**  **اثرات**   * بی­دردی * ­آرام­بخشی * مهار تنفسی * سرخوشی (متادون خوراکی سرخوشی کمتری در مقایسه با هرویین 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) * کاهش هورمون لوئتیزان (LH) * افزایش پرولاکتین * کاهش هورمون آدرنوکورتیکوتروفیک (ACTH) * کاهش تستوسترون   (کارکرد اندوکرین ممکن است 10-2 ماه پس از مصرف متادون به حالت طبیعی باز­گردد.)   * افزایش هورمون آنتی دیورتیک (ADH) * ضدسرفه | **عوارض جانبی**   * اختلالات خواب * تهوع و استفراغ * یبوست * خشکی دهان * افزایش تعریق * وازودیلاسیون و خارش * بی­نظمی­های قاعدگی در زنان * ژنیکوماستی در مردان * کژکارکردی جنسی شامل ناتوانی جنسی در مردان * حبس مایع و افزایش وزن |

تغییرات پاسخ فارماکودینامیک در فاصله زمانی 24 ساعته دریافت دوز، با تغییرات در غلظت پلاسمایی متادون همخوان 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 4-2 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 می­شود. در صورت تجویز داخل عضلانی یا خوراکی، متادون درد را به مدت 6-4 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 24 تا 36 ساعت سرکوب می­کند. بیماران دارای نیازهای ویژه ممکن است نیاز به دوز منقسم متادون داشته باشند.

متادون همچنین اثر آنتاگونیستی متوسط روی گیرنده­های ان-متیل-دی-آسپارتات[[41]](#footnote-42) (ان­دی­ام­اِی) 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[[42]](#footnote-43) شود.

**تداخلات دارویی**

تداخل میان مصرف متادون و سایر داروها منجر به مسمومیت و مرگ می­شود. برخی مواد داروهای روان­گردان[[43]](#footnote-44) که اثرات هم­افزا[[44]](#footnote-45) 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 می­تواند متابولیسم متادون را کاهش داده و باعث 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.

**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 بصورت قابل توجهی از عوارض ناشی از الکل، سیگار یا مواد افیونی غیرقانونی کم­­تر است. خطر اصلی همراه با تجویز متادون اُوردوز است. این خطر اختصاصاً در زمان القا 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 اًوردوز 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.

**اشکال دارویی**

متادون به اشکال مختلف شامل قرص، شربت، کنسانتره مایع، پودر، دیسکت[[45]](#footnote-46) و آمپول در کشورهای مختلف دنیا در دسترس است. دیسکت متادون قرص­های خط­داری است که در آب حل شده و پس از مخلوط نمودن با آب میوه یا شربت قابل تجویز 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. اشکال دارویی موجود در فارماکوپه کشور ما شامل قرص­، شربت و آمپول می­شود. لازم به ذکر است که فقط اشکال دارویی خوراکی متادون و سایر داروهای آگونیست برای درمان وابستگی به مواد افیونی مورد تآیید قرار گرفته و شکل دارویی شربت فرم دارویی ارجح برای استفاده در درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست به حساب می­آید.

اشکال دارویی زیر برای درمان وابستگی به ترکیات افیونی در دسترس است:

شربت متادون پنج میلی­گرم/میلی­لیتر

قرص متادون پنج میلی­گرم

بیست میلی­گرم

چهل میلی­گرم

**فصل 3- 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 مخدری انتخاب مناسبی نیست. در این باره می­توان به 2 دسته موارد مصرف و عدم مصرف مطلق[[46]](#footnote-47) موارد مصرف و عدم مصرف نسبی[[47]](#footnote-48) اشاره کرد.

موارد استفاده و عدم استفاده مطلق و قطعی:

1. **رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار-** تحت هیچ شرایطی نبايد بیماران چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، به صورت اجباري وارد درمان نگهدارنده شوند. ورود كليه بيماران بايد آزادانه و آگاهانه صورت گيرد. قبل از ورود بيمار نيز لازم است بيمار از ماهيت و ويژگي­هاي درمان نگهدارنده با متادون كاملاً 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 رضايت­نامه آگاهانه پيوست چهار) امضاء نماید. توجه داشته باشید که در مواردی که درمان بر اساس قانون و رای دادگاه صورت می­گیرد و اصطلاحاً درمان اجباری گفته می­شود[[48]](#footnote-49)، دستور مستقیم به دریافت نوع خاصی از درمان به عنوان مثال متادون نیست بلکه در این گونه موارد بیماران مخیر 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 نیستند، می­توان از برنامه­های انتقالی متادون[[49]](#footnote-50) تا عادی شدن قدرت قضاوت و شناخت استفاده کرد. برای اطلاعات بیشتر به مبحث مربوطه مراجعه نمایید.

1. **وابستگی یا اعتیاد به مواد افیونی**-اصولاً مصرف مواد افیونی در بیماران باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاک­های تشخیصی، مصداق وابستگی[[50]](#footnote-51) تلقی گردد (پیوست پنج). به عبارت ديگر افراد غیروابسته به مواد افیونی و یا مصرف­كنندگان تفنني مواد افيوني 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 رای ورود به درمان نگهدارنده با متادون نیازی نیست که بیمار در فاز فعّال وابستگی به ویژه وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی باشد. بنابراین ممکن است آزمایش ادرار بیمار منفی بوده و از نظر فیزیولوژیک هم با توجه به آزمون چالش با نالوکسان[[51]](#footnote-52)، واکنشی نشان ندهد اما به دلیل اثرات روانی وابستگی در معرض عود و شروع مجدد مصرف قرار گیرد. بیمارانی که تا 3 ماه از فاز فعال وابستگی آنها به مواد افیونی می­گذرد (یعنی تا 3 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 سوءمصرف نیز اندیکاسیون درمان نگهدارنده با متادون محسوب می­گردد. ملاک­های وابستگی و سوءمصرف مواد افیونی در پیوست پنج آورده شده است.

موارد استفاده و عدم استفاده نسبی:

به غیر از شرایط فوق­الذکر، سایر موارد استفاده یا عدم استفاده از درمان نگهدارنده جنبه نسبی دارند به این معنی که له یا علیه آنها توصیه می­شود اما درمان­گر می­تواند با توجه به قضاوت خود و اقتضای شرایط از آنها عدول نماید. موارد نسبی به قرار زیر هستند:

1. **وابستگی به مواد افیونی سنگین**[[52]](#footnote-53) -توصیه میشود بیمارانی در درمان نگهدارنده قرار گیرند که وابسته به مواد افیونی سنگین باشند. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است:
   * کراک هرویین یا هرویین فشرده
   * هرویین
   * مورفین
   * تریاک
   * شیره
   * متادون غیرمجاز
   * تمجزیک یا بوپرنورفین تزریقی غیرمجاز
   * نورجزیک (آمپول­های دست­ساز حاوی هرویین، مورفین و ترکیبات کورتیکواستروییدی)

وابستگان به مواد افیونی چون کدیین، دیفنوکسیلات، اکسی­کدن، هیدروکدن، دی­هیدروکدیین (DHC) بوپرنورفین زیرزبانی (غیرتزریقی) و ترامادول بهتر است وارد درمان نگهدارنده با متادون نشوند هرچند این امر مطلق نبوده و درصورتی که بندهای دیگر موارد نسبی استفاده را احراز نمایند می­توانند از این درمان بهره گیرند.

1. **­وابستگی سنگین به مواد افیونی**- بیمارانی که مقادیر بالایی از مواد افیونی مصرف می­کنند مانند مصرف روزانه بیش از نیم گرم کراک، یک گرم هرویین یا 5 گرم تریاک در ورود به درمان نگهدارنده ارجحیت دارند.
2. **معتادان تزریقی**- 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.
3. بيماراني كه از ساير درمانهاي اعتياد پاسخ مطلوب نگرفته و كماكان به مصرف مواد­ ادامه مي­دهند كانديدهاي مناسبي جهت درمان نگهدارنده هستند. در این باره می­توان به موارد زیر اشاره کرد:

* بیمار بیش از 2 بار اقدام به سم­زدایی کرده اما هیچ گاه به پاکی نرسیده است.
* چنان که بیماری بیش از 2 بار اقدام به سم­زدایی کرده ولی پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از 3 ماه) حاصل نشده باشد.
* بیمارانی که سم­زدایی موفق دارند اما متعاقب سم­زدایی بجای بهبودی به سوی تشدید علایم و افت روانی، اجتماعی حرکت می­کنند.
* بیمارانی که از سندرم محرومیت طول کشنده[[53]](#footnote-54) رنج می­برند. بدین معنا که بعد از سم­زدایی و پرهیز بیش از یک ماه کماکان از علایم ترک، کاهش انرژی، احساس خستگی مفرط، اختلال در خواب، وسوسه شدید، بی­حوصلگی، ضعف و بی­اشتهایی رنج می­برند.
* بیمارانی که به واسطه تجارب قبلی، نگرش منفی به روش­های پرهیزمدار داشته و از آن گریزانند.
* بیمارانی که انگیزه پایین برای پرهیز دارند.
* بیمارانی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، 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.
* بيماراني كه در درمان نگهدارنده با بورپرنورفين موفق نبوده­اند و از آن خارج شده يا با وجود ارائه درمان نگهدارنده با كيفيت مطلوب با ماده مذكور كماكان به مصرف ادامه مي­دهند.
* بیمارانی که در روش­های اجتماع محور و یا جلسات خودیاری چون معتادان گمنام شرکت کرده اما بهبودی نداشته­اند.

1. بيماراني كه مصرف كننده سنگين مواد افيوني بويژه كراك و هروئين تزريقي هستند ولی انگيزه­اي براي درمان و توقف مصرف ماده افيوني غيرمجاز خود ندارند یا اصولاً توان خود را بر دوري جستن از مواد پایين تلقي كرده و از شبكه حمايتي قوي نيز برخوردار نيستند. انگيزه ورود به درمان نگهدارنده دراين بيماران ممكن است صرفاً عدم توان پرداخت هزينه ماده مخدر غيرمجاز يا ترس از عواقب قانوني باشد. با اين وجود، ورود اين گونه بيماران با نيّت كاهش آسيب و علاقمندسازي به استمرار درمان نه تنها بلامانع بلکه توصیه نیز می­شود.
2. 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.
3. زندانیان و افرادی که در معرض خطر زندانی شدن به واسطه اعتیاد یا عوارض آن هستند نیز کاندیدای مناسب درمان نگهدارنده هستند.
4. افرادی که آلوده به عفونت اچ­آی­وی، هپاتیت­های ویروسی هستند در اولویت استفاده از درمان نگهدارنده قرار دارند.
5. درمان نگهدارنده برای معتادانی که دچار آسیب­های شدیدتر روانی، اجتماعی، خانوادگی، جسمی و اقتصادی گشته­اند، توصیه می­شود.
6. وجود علایم و بیماری­های روان­پزشکی همراه مانند ابتلا به بیماری­های خلقی، پسیکوز، اختلالات شخصیت، طیف مشکلات اضطرابی به نفع استفاده از درمان نگهدارنده در مقایسه با روش­های پرهیز مدار است.
7. بهتر است اشخاص زیر 18 سال در درمان نگهدارنده وارد نشوند. با این حال این شرط مطلق نبوده و در صورتی که درمان­های پرهیزمدار برای آنها میّسر یا موفق نباشد با رضایت قیّم می­توانند از درمان نگهدارنده بهره­مند شوند.

**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 بیماران لازمه موفقیت و انجام صحیح درمان نگهدارنده 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. بدین منظور مجموعه اطلاعاتی که در بدو شروع و در جریان درمان لازم است توسط هر مرکز برای بیماران جمع­آوری گردد به قرار زیر است. لازم به یادآوری است که جمع­آوری 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 گرفتن آنها است.

ارزیابی در طب اعتیاد باید همه­جانبه یا اصطلاحاً چندبُعدی[[54]](#footnote-55) 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 اختصاصی منحصر به فرد[[55]](#footnote-56)» 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. بیماران به دلایل قابل فهم در ارائه این مجموعه بسیار حساس بوده و گاهی امتناع می­کنند. از طرف دیگر مسئولین بهداشتی اصرار بر احراز هویت بیماران داشته و خواستار اطمینان از عدم مراجعه هم­زمان یک بیمار به چند مرکز هستند. یکی از راه­های تقلیل نگرانی هردو طرف استفاده از کد اختصاصی منحصر به فرد است که از مخلوط اطلاعات پایه بیماران استخراج شده و از یک ­سو باعث استتار مشخصات بیماران می­شود و از سوی دیگر در صورت مراجعه بیمار بصورت 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 ناجیز 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 بیماران 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.

**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 بیماران بسیار مهم و الزامی است. لازم است سابقه سوءمصرف دسته­های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم­زاها، داروهای آرام­بخش و نیکوتین در طی عمر بیمار به سال قید گردد. یعنی مشخص شود بیمار در طی عمر خود چند سال درگیر سوءمصرف (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 17 سالگی برای اولین بار در عمر خود تریاک و در 19 سالگی هرویین را تجربه کرده باشد. سپس از 20 سالگی تا 30 سالگی گرفتار سوءمصرف تریاک شده ولی هیچگاه گرفتار سوءمصرف ( به معنی علمی و روان­پزشکی کلمه) هرویین نشده باشد. در این حالت، تاریخ اولین مصرف تریاک و هرویین به ترتیب 17 و 19 سالگی خواهد بود و طول زمان سوءمصرف تریاک 10 سال و طول زمان سوءمصرف هرویین 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، هرویین، کراک، نورجزیک، بوپرنورفین تزریقی یا تمجزیک، متادون غیرقانونی و مخدرهای نسخه­ای (شامل کدیین، ترامادول و دیفنوکسیلات) تفکیک گردد.

علاوه بر بیان سوءمصرف در طی عمر، تعداد روزهای مصرف هریک از مواد به تفکیک در 30 روز گذشته نیز حائز اهمیت است و باید پرسیده شود. این مسئله نیم­رخی از شدّت اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر را در روزهای قبل از مراجعه برای درمان ارائه می­دهد.

در کنار روزهای مصرف هریک از مواد در 30 روز اخیر، روش مصرف هریک نیز مورد پرسش قرار می­گیرد. گاهی مشاهده می­شود که بیمار در طی 30 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 2 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 بیماران می­سنجد و همچنین میزان بار اقتصادی سوءمصرف 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 3 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 بیماران تأمل و تشویق به تجربه سایر درمان­ها و اقدامات پرهیزمدار توصیه می­شود.

تعدد سم­زدایی­های ناموفق یا دوره­های پرهیز کوتاه متعاقب توقف مصرف مواد مخدر، از جمله شرایطی است که 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 بیمارانی که به کرات 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 بیماران 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 بیماران 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. شدت 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 30 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 شدت واقعی اعتیاد را نشان ندهد زیرا بیمار بخشی از 30 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.

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 می­باشند.

**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 بیماران 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 آلودگی 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 بیماران دشوار بوده و ممکن است آنها تمایلی به صحبت درباره رفتارهای پرخطر خود را نداشته باشند. به همین دلیل در صورتی که بیمار 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 1 و 2 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 30 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.

با توجه به محدودیت­های انجام دقیق و معتبر آلودگی به ویروس ایدز و هپاتیت، انجام این آزمایش­ها برای ورود به درمان نگهدارنده ضروری نیست اما اگر بیمار قبلاً آنها را انجام داده است یا داوطلبانه خواستار بررسی آنها است، بهتر است نتایج آن در پرونده بیمار ثبت گردد. برای ثبت و سنجش مشکلات طبی و داخلی، مراکز درمان نگهدارنده می­توانند از بخش مربوطه در پرونده «نیم­رخ پیامد درمان» استفاده نمایند.

**وضعیت خانوادگی و اجتماعی**

درمان نگهدارنده یک درمان جامع و فراگیر است. بنابراین اطلاع از وضعیت اجتماعی-اقتصادی و خانوادگی بیماران 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 3 ماه گذشته. توجه داشته باشید با وجود آن که در سنجش اکثر شاخص­های فردی و طبی، بررسی 30 روز قبل از ورود به درمان توصیه می­گردد، درباره اشتغال 30 روز قبل گویای حالات بیمار نبوده و اکثر مراجع 3 ماه را ملاک بهتری تلقی می­کنند.
* درآمد بیمار در ماه قبل از ورود به درمان
* بستگان درجه یک در قید حیات و وجود اعتیاد در آن­ها
* 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 بیمار 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 بیماران در فصل 5 مطالب بیشتری آورده شده است.

**آزمایش­های پایه**

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 جهت کلیه بیماران توصیه می­شود. ولی در صورتی که بیمار نشانه یا سابقه­ای دال بر ابتلا به بیماری داخلی داشته باشد، انجام موارد مذکور جنبه الزامی پیدا خواهد کرد. انجام نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی-عروقی، سن بالای 50 سال یا سایر عوامل خطرزای آریتمی قلبی توصیه می­گردد. برای اطلاعات بیشتر در خصوص نوار قلب به فصل 16 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 مت­آمفتامین 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 دوره زمانی طولانی­تری (6 تا 72 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 (4 تا 48 ساعت) نسبت به آزمایش ادرار هزینه- اثربخشی پایین­تری دارد.

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 6 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 به صورت پایان ماه اول، ماه سوم، ماه ششم، ماه نهم، ماه دوازدهم، ماه هجدهم و سپس هر شش ماه یک بار توصیه می­گردد. اطلاعاتی که لازم است در ارزیابی­های دوره­ای از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر می­شود:

* مصرف انواع مواد مخدر 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 استفاده از فرم «ارزیابی دوره­ای» (پیوست شش) که قابلیت استخراج اطلاعات فوق را داشته باشد توصیه می­گردد. 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 آزمایش­های 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 بیماران و ثبت نتایج معاینات و حالات بیمار می­توان از برگه­های ثبت ویزیت بیماران موجود در فرم­های پرونده استفاده کرد.

**جدول 1-4-** 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 | هفته­ای 3 بار | هفته­ای یک بار | ماهانه 2 بار | ماهانه یک بار | هر 2 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 4 دوره مجزا قابل تفکیک است:

1. دوره القا اولیه[[56]](#footnote-57) یا زودرس یا مرحله (فاز) 1
2. دوره القا دیررس[[57]](#footnote-58) یا پایدارسازی[[58]](#footnote-59) یا مرحله (فاز) 2
3. مرحله نگهدارنده
4. مرحله جدا شدن تدریجی و ختم درمان

**مرحله 1:** 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[[59]](#footnote-60) یا اثربخشی اگونیستی متفاوتی هستند که در بیماران وابسته با توجه به نوع ماده افیونی مصرفی، طرز مصرف، طول مدت استفاده، ساختار فیزیولوژیک بیمار به اثرات آن­ها درجات مختلفی از تحمل[[60]](#footnote-61) ایجاد می­گردد.

با توجه به تحمل متقابل[[61]](#footnote-62) بین متادون و کلیه مواد افیونی، در این مرحله تلاش می­شود که معادل[[62]](#footnote-63) سطح وابستگی فیزیولوژیک در بیمار بر اساس میلی­گرم متادون به دست آمده و به بیمار تجویز گردد. بعبارت دیگر در مرحله 1 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 1-5 ارائه شده است.

**جدول 1-5-** 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. در واقع درمان­گر باید حد تعادلی در تجویز متادون را رعایت نماید. در صورتی که مقدار متادون تجویز شده زیاد بوده و بصورت ناگهانی و سریع افزایش یابد، بیمار در معرض خواب­آلودگی و احتمال مسمومیت قرار می­گیرد و از طرفی تجویز مقادیر کم متادون و تعلل در افزایش دوز، 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 بصورت هم­زمان یا مصرف خودسر متادون در بیماران گردد. این مسئله بصورت غیرمستقیم احتمال مسمومیت را افزایش می­دهد (جدول 2-5).

**جدول 2-5-** 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 |

از نظر علمی، حرفه­ای و اخلاقی درمان­گر موظف است حد 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 بعنوان 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 1 میلی­گرم متادون معادل 5 میلی­گرم مورفین خوراکی است. بعنوان مثال اگر بیماری روزانه 5 گرم تریاک می­خورد، با توجه به اینکه تریاک دارای 5-10% مورفین است، بنابر این مصرف روزانه او **معادل** 250-500 میلی­گرم مورفین یا معادل 50 تا 100 میلی­گرم متادون خواهد بود.

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

1. 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.
2. 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 آرمش دخیل هستند.
3. خلوص مواد مخدر موجود در بازار به طرز وحشتناکی متغیر بوده به گونه­ای که تخمین محتوای مورفینی آن عملاً غیرممکن است.
4. در جداول معادل­یابی، متادون در مقابل مورفین خوراکی خالص محاسبه می­گردد، در حالی که مورفین مصرفی بیماران در قالب تریاک، هرویین و کراک بوده که خلوص آن به درستی مشخص نیست.
5. طرز استفاده بیمار (استنشاقی، تزریقی، تدخینی یا خوراکی) تأثیر بسزایی در میزان مورفین دریافتی داشته و بالطبع میزان متادون معادل را متأثر خواهد ساخت.
6. تفاوت­های بین­فردی در معادل­ها بسیار محسوس است.
7. بیماران در بسیاری از موارد تخمین درستی از میزان مصرف خود ندارند یا به دلایلی آن­را غیرواقعی ارائه می­دهند.
8. 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 کمک­کننده 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. الگوی زیر در این رابطه مد نظر قرار گیرد:

1. بیمار از روز قبل از شروع درمان با متادون مصرف ماده مخدر خود را متوقف سازد. از آنجایی که برخی بیماران 24 ساعت وقفه در مصرف را بسیار دشوار می­دانند، گذشت حداقل 12 ساعت یا معادل زمانی حداقل 2 وعده مصرف قویاً توصیه می­شود. بعنوان مثال در صورتی­که مقرر است بیماری 9 صبح شنبه درمان با متادون را آغاز نماید، از 9 شب روز جمعه از مصرف مواد مخدر پرهیز نمایید. یا در مثالی دیگر اگر بیماری ابراز می­دارد که هر 3 ساعت مجبور به مصرف ماده مخدر است، حتی­المکان به اندازه 2 وعده یعنی 6 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 بیماران را در این راستا راهنمایی و تشویق نماید. با وجود تلاش درمان­گر و توصیه­های 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 12 ساعت یا به اندازه 2 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**

1. 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 1 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[[63]](#footnote-64) یا خواب­آلوده[[64]](#footnote-65) ناشی از مصرف مواد یا آرامبخش­ها باشد». وجود هوشیاری کامل و جهت­یابی کامل[[65]](#footnote-66) به زمان و مکان و اشخاص الزامی است. این یک قانون غیرقابل تخطی در درمان نگهدارنده با متادون است.
2. جهت بیمار درمان با 15 تا 30 میلی­گرم متادون و ترجیحاً بصورت شربت آغاز می­گردد. در صورتی که تخمین درمان­گر به وابستگی ضعیف­تر باشد شروع با حدود 15 میلی­گرم توصیه می­شود و چنانچه درمان­گر باور دارد که وابستگی بیمار به مواد افیونی شدیدتر است حداکثر 30 میلی­گرم به طور یکجا تجویز می­شود. توجه داشته باشید که اصولا برای فرد بالغ سالم و هوشیاری که شدت وابستگی وی به مواد افیونی مشخص نیست، 30 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 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، 30 میلی­گرم متادون حداکثر مقداری است که می­توان به صورت یک جا تجویز کرد.**

1. بعد از تجویز اولین دوز متادون، بیمار بمدت 2 ساعت در مرکز تحت نظر باقی بماند. بعد از گذشت 2 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 توصیه­های لازم مرخص شده و برای ادامه درمان در روز بعد مراجعه نماید. در صورتی که بعد از 2 ساعت بیمار کماکان از علایم محرومیت مواد افیونی رنج ببرد یا این علایم در وی ظاهر گردد، 10 میلی­گرم دیگر متادون تجویز شده و بیمار مجدداً بمدت 2 ساعت تحت نظر قرار می­گیرد. بعد از گذشت 2 ساعت دوم (یعنی جمعاً 4 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 10 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 10 میلی­گرم متادون مجاز است. یعنی بیمار علاوه بر 40 (30+10) میلی­گرم متادون، 10 میلی­گرم دیگر نیز دریافت می­دارد (جمعاً 50 میلی­گرم طی 3 دوز و با فواصل حداقل 2 ساعت بین دوزها). سرانجام بعد از تجویز دوز سوم، بیمار مجدداً تا 2 ساعت تحت نظر مانده و با توصیه­های لازم مرخص می­گردد. توجه داشته باشید حداکثر دوز مجاز برای روز اول جمعاً 50 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 هفت). در ضمن به مبحث چند تبصره مهم درباره تجویز متادون در روز اول نیز توجه کافی مبذول دارید.
2. با تجویز حداکثر 50 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 50 میلی­گرم متادون علایم محرومیت باقی بماند، با این حال بعید است این علایم به حد بسیار شدید برسند و در صورت وجود حمایت کافی روحی 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[[66]](#footnote-67) و حمایت­گر[[67]](#footnote-68) 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 50 میلی­گرم در کنترل علایم ترک مؤثر است. مطلقاً از آن غافل نشوید.
3. 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، 5 تا 10 میلی­گرم بیشتر برای بیمار تجویز کرد. این مقدار نیز یک جا تجویز می­شود و از بیمار درخواست می­شود تا 2 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 5 تا 10 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 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 5 تا 10 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 هشت مراجعه نمایید.
4. 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 5 تا 10 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.
5. 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 5 روز (تقریباً معادل پنج نیمه عمر) و به تبعِ آن احتمال مسمومیت بویژه در بیماران بالای 40 سال وجود دارد. بنابراین لازم است علاوه بر زمانی که دوز بیمار در حال افزایش است و همچنین تا 5 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 7 تا 14 روز به اتمام می­رسد.

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 هرویین 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 1 در جدول 3-5 آورده شده­است. همان طور که مشاهده می­شود، در تجویز دوز معادل، بیشتر دستآوردها جنبه کاهش آسیب دارند و آلترناتیو کم­خطر و مطلوبی در مقایسه با مصرف مواد مخدر برای بیمار و جامعه فراهم می­نمایند.

**جدول 3-5-** دستاوردهای مورد نظر در مرحله (فاز) یک

|  |  |
| --- | --- |
| **آنچه در مرحله 1 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 |

**مرحله 2:** 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 بصورت 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[[68]](#footnote-69) 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[[69]](#footnote-70) 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 (هرویین، کراک، تریاک) توسط بیمار**
* **عدم تکرار مسمومیت** **و بیش­مصرف**[[70]](#footnote-71)
* **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 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 بصورت هفته­ای 5 تا 10 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 5 تا 10 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 5 تا 10 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:

1. در جریان مرحله دوم، دوز حداقل و حداکثری وجود ندارد و در هر مرحله از افزایش دوز با توجه به **نیم­رخ بالینی** و **قضاوت درمان­گر** بیمار به مرحله پایداری برسد، دوز بهینه وی تلقی می­گردد.
2. بر اساس مطالعات تجربی در دنیا و همچنین ایران، دوز بهینه در اکثریت قابل توجه بیماران بین 80 تا 120 میلی­گرم قرار دارد. اما بر اساس آنچه در بند 1 گفته شد، دوزهای خارج از این محدوده در صورتی که با احراز شرایط پایداری توأم باشند، کاملاً قابل قبول هستند.
3. 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 2 نیست.
4. مطالعات بین­المللی ارتباطی بین چند عامل و دوز بهینه مناسب جهت مرحله 2 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[[71]](#footnote-72) 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[[72]](#footnote-73) هستند در مرحله 2 با دوزهای بیشتر متادون پایدار خواهند شد.

1. 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 نمی­شود. 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 80 میلی­گرم باشد، درمان­گر مجاز است دوز بیمار را افزایش دهد.
2. 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 لزومی نیست که تک تک موارد به صورت عینی احراز گردد. در چنین حالاتی باید به قضاوت درمان­گر درباره احراز احتمالی بسنده شود.
3. 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. 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.
4. 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 آنرا نوعی بی­عدالتی و بی­حسابی درمان تلقی نمایند. برخی درمان­گران نیز اینگونه می­اندیشند که مسئله 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.
5. در مرحله دوم، برخی بیماران متعاقب افزایش متوالی و مکرر دوز دچار حالات خواب آلودگی 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.
6. برخلاف تصور، پایدار شدن با دوزهای بالاتر متادون در مرحله 2 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[[73]](#footnote-74) 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.
7. 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 150 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.
8. 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 2 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، القاءکننده­های متابولیزم متادون نیاز به دوز بالاتر را ایجاب می­کنند.

با پایدار شدن بیمار و احراز حداقل موارد پررنگ در فهرست فوق مرحله 2 درمان نگهدارنده به پایان می­رسد. انتظار می­رود قریب به اتفاق بیماران طی 1 تا 6 ماه به انتهای مرحله 2 برسند. البته برخی بیماران ممکن است حتی بعد از 18 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 3 گردد.

**مرحله 3 یا مرحله 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 می­ماند تا از نظر شاخص­های مذکور به یک شهروند معمول و متعارف جامعه تبدیل گردد. این مرحله ممکن است بین 2 تا 5 سال به طول انجامد. در عده­ای نیز متأسفانه هیچگاه شرایط مدّ نظر مرحله سوم احراز نشده و بیمار عملاً تا آخر عمر در مرحله 3 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 10% 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 1-5**- چرخه درمان نگهدارنده با متادون

**مرحله 4 یا مرحله جدا شدن تدریجی و ختم درمان:** در صورتی که ارزیابی درمان­گر بر این باشد که بیمار مرحله 3 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 4 را آغاز نمود. 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 4 را شروع نماید. بیمار می­تواند تا **هر زمان که می­خواهد** در مرحله 3 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 4 گردد. در مرحله چهارم، متادون بیمار به صورت بسیار تدریجی کاهش یافته و سرانجام قطع می­گردد. میزان کاهش توصیه شده در حد 5 تا 10 میلی­گرم در ماه است. از متادون بیمار هر ماه 5 تا 10 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 50 میلی­گرم، معمولاً فرایند باید آهسته­تر و در حد 5 میلی­گرم در ماه صورت گیرد. 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 5 تا 10 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 3 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 عوازضی بروز کند فرایند کاهش به تعویق می­افتد. مشاهده می­شود که بیمارانی کاهش دوز متادون تا حد بسیار پایینی مانند 10 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 3 و 4**

**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 1 آغاز شده و به مرحله 4 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 1-5 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 مصر است از نوع غیرشربت استفاده کند. در این حالت، باوجود ایرادات متعدد علمی به خرد کردن قرص­ها، 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[[74]](#footnote-75) 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 8 تا 10 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 30 دقیقه گذشته باشید تجدید دوز ضروری نیست، اما اگر کمتر از 15 دقیقه استفراغ نماید، کل دوز را باید مجدداً تکرار نمود. بین این دو زمان یعنی بین 15 تا 30 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 10 درصد دوز استفراغ­های بعدی را متوقف می­سازد.

**دوز منقسم**

بطور 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 بسیاری 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 افت 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 4-5 فواید دوز واحد و منقسم مقایسه شده است.

یکی از راه­های ارزیابی نیاز به دوز منقسم، سنجش سطح سرمی حداکثری (اوج) و حداقلی (نشیب) متادون در شبانه­روز است. اگر نسبت سطح حداکثر (یعنی زمان بعد از مصرف دوز روزانه) به سطح حداقل (یعنی زمان قبل از دریافت دوز بعدی) بیش از 2 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 بهداشتی 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.

**جدول 4-5-** 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 |

* 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.
* 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:**

1. اشاره گردید که بعد از تجویز 30 میلی­گرم متادون و گذشت 2 ساعت در صورت وجود علایم محرومیت درمانگر می­تواند 10 میلی­گرم دیگر تجویز تماید و بعد از گذشت 2 ساعت دیگر و استمرار علایم محرومیت، کماکان قادر به تجویز 10 میلی­گرم دیگر است. در واقع شرط تجویز 10 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.
2. 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 5 ساعت فاصله باشد. بنابراین اگر ساعت 11 شب به عنوان ساعت خواب تلقی شود، آخرین دوز متادون نباید بعد از 6 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 بعنوان یک اصل به یاد داشته باشید **در دوره القاء اولیه تجویز متادون بعد از ساعت 6 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 6 متوقف شده و ادامه تجویز به روز بعد موکول گردد.

1. در صورتی که در هر مرحله از تجویز متادون بیمار دچار خواب­آلودگی و افت هوشیاری شود باید تجویز متوقف شده و بیمار تحت نظر قرار گیرد. ترخیص بیمار با حالت خواب­آلودگی از مرکز درمانی ممنوع است و باید تا برطرف شدن حالت خواب­آلودگی یا در مرکز بماند یا به مرکز مراقبت دیگر ارجاع گردد. البته خواب­آلودگی ناشی از اضافه دوز متادون گذرا بوده و بعد از 1 تا 2 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.
2. 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 متاسفانه 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 بیماران مصمم هستند که از مصرف اجتناب کنند و به اصطلاح «اراده» کرده­اند که مصرف خود را متوقف نمایند، با این وجود مصرف اتفاق می­افتد. این لزوماً به معنی 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:

1. **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 بیماران اظهار می­دارند چون می­دانستند آزمایشی در پیش است از مصرف خودداری کردند. هرقدر برنامه سنجش فشرده­تر و منظم­تر باشد این جنبه برجسته­تر خواهد بود.
2. **آگاه­سازی درمان­گر از وضعیت بیمار:** اعتیاد یک بیماری است بنابر این مانند سایر بیماری­ها لازم است درمان­گر از پیش­رفت بیماری یا میزان اثربخشی درمان مطلع باشد. 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.
3. **مواجه­سازی بیمار با مصرف مواد مخدر:** در بسیاری از مواقع بیماران از باور یا اعتراف به این که مصرف مواد داشته­اند گریزانند. مجددآ 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 بیماران می­قبولاند که هنوز نیازمند درمان هستند و باید اقدامات درمانی تشدید شوند. فراموش نکنید که بزرگترین توانایی بیماری اعتیاد این است که به مبتلایان می­قبولاند که معتاد نیستند. گاهی نیز بیماران ضمن اعتراف به مصرف مواد مخدر و مثبت دانستن نتیجه احتمالی آزمایش، از انجام آن سرباز می­زنند. در 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 جنبه­های دیگری چون مواجه­سازی بیماران با روند درمان وجود دارد.
4. **ابزاری برای مشارکت خانواده­ها:** در بسیاری از موارد درگیری بستگان در اعتیاد عزیزان خود جنبه افراطی و بیمارگونه گرفته و بیش مداخله آنان به تشدید مشکل منجر می­شود. آزمایش ادرار ابزار عینی و علمی برای ایجاد نوعی تعادل در میزان دخالت خانواده و تعیین قراردادهای درمانی است. خانواده­ها می­توانند با رضایت و توافق بیمار درباره واکنش­های خود در قبال نتیجه مثبت یا منفی تصمیم بگیرند.
5. **ابزاری برای مداخلات پاداشی و تنبیهی:** مطالعات عدیده­ای ارائه پاداش حتی جایزه نقدی برای آزمایش منفی ادرار را اثربخش نشان داده­اند. این نوع مداخلات در قالب «مدیریت مشروط»[[75]](#footnote-76) 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:

1. داشتن امکانات سنجش مواد مخدر در ادرار بصورت مستقیم (در مرکز) یا غیرمستقیم (در مراکز یا آزمایشگاه­های وابسته) برای مراکزی که قصد ارائه دوز منزل داروی آگونیست دارند الزامی است. در ضمن در حال حاضر با توجه به شیوع بالا، نگران کننده و مشکل­آفرین مصرف مواد محرک، علاوه بر سنجش مورفین ادرار، سنجش آمفتامین یا مت­آمفتامین ادرار نیز جهت این گونه مراکز الزامی است.
2. جنبه­های پنج­گانه فوق برای بیماران توضیح داده شود. لازم است درمان­گر موارد فوق را دقیقاً توضیح دهد و بیمار واقف باشد که هدف از آزمایش ادرار صرفاً مجازات وی نیست.
3. مراکز درمانی باید امکان انجام آزمایش ادرار را بصورت تحت نظارت و با احراز هویت صاحب نمونه ادرار در محل داشته باشند. چنان که مرکزی فاقد این امکانات باشد باید با مرکز درمانی دیگری یا آزمایشگاه تشخیصی در این باره به توافق رسیده باشد. منظور از تحت نظارت این است که مطمئن گردند بیمار به تنهایی و بدون همراه داشتن نمونه ادرار فرد دیگری به محل جمع­آوری نمونه (دستشویی) رفته و نمونه ادرار را ارائه داده است. از این بابت **مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار الزامی نیست**. اما باید از هویت وی و تعلق نمونه ادرار به وی اطمینان حاصل گردد.
4. 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 48 تا 72 ساعت بعد از مصرف نشان دهند. لازم به ذکر است که برخی درمان­گران و بیماران نگران حساسیت و بویژه اختصاصی بودن[[76]](#footnote-77) این کیت­ها هستند و امکان موارد مثبت کاذب را یکی از محدودیت این روش می­دانند. برای پاسخ خواهشمند است به بندهای بعد توجه فرمایید.
5. ترجیح دارد امکانات آزمایشگاهی و نمونه­گیری به گونه­ای باشد که درمان­گر بلافاصله از نتیجه آزمایش مطلع گردد. با این حال اگر امکانات مرکز اجازه دسترسی فوری به نتیجه را نمی­دهد لازم است حداکثر طی 3 روز نتیجه به درمان­گر منتقل گردد.
6. 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.
7. مرکز تحت هیچ شرایطی مجاز نیست بدون اطلاع و رضایت بیمار (به شرط آن که وی 18 سال داشته و مهجور نباشد یعنی مبتلا به جنون، عقب­ماندگی یا زوال عقلی نباشد) نتیجه آزمایش را به دیگران حتی بستگان درجه یک وی منتقل نماید. نتایج آزمایش بیماران جز اسرار آنان تلقی شده و باید محرمانه بمانند. البته بسیاری از بیماران منعی برای اطلاع­رسانی به خانواده خود ندارند یا 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 بصورت مکتوب در مرکز درمانی مستند گردد.
8. 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.
9. 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.
10. تعداد آزمایش­ها و فواصل آنها بر اساس شرایط بیمار، نیاز وی و وضعیت دوز منزل متغییر است اما به عنوان حداقل لازم است در 3 ماه اول درمان، هر هفته یک آزمایش و بعد از آن هر دو هفته یک بار حداقل یک آزمایش ادرار جهت سنجش مورفین و مواد محرک صورت پذیرد.
11. 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 یا سوءمصرف این مواد را می­دهد، با قضاوت خود می­تواند این مواد را نیز مورد سنجش قرار دهد.
12. از آنجا که مصرف بسیار کم متادون باعث مثبت شدن آزمایش ادرار در کیت­های خاص سنجش متادون می­گردد و عملاً اطلاعات کمّی[[77]](#footnote-78) ارائه نمی­دهد، انجام آن برای پیگیری درمان و سنجش مشارکت بیماران الزامی نیست.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
* 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. بهتر است تکرار به روز بعد موکول شود.
* در حالاتی که بیمار مدعی است ادرار برای نمونه ندارد، بهترین راه حل ارائه مقادیر فراوان مایعات و منتظر ماندن است.
* اعتبار آزمایشگاه و کیت درمانی خود را زیر سؤال نبرید و اصولاً احتمال اشتباه را مطرح نکنید. اگر اختلافی هست تکرار آزمایش بهترین سیاست است.
* در بسیاری از موارد مشاهده می­شود که با وجود 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 30 میلی­لیتر داخل ظرف ادرار نماید.

ظرف نمونه ادرار را از توالت خارج کرده و به مسئول مربوطه بسپارد. از گذاشتن نمونه­ها در توالت به این هدف که بعداً جمع­آوری شوند خودداری گردد.

بیمار می­تواند بعد از تحویل نمونه دستان خود را بشوید.

توصیه شده در 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 سیاست­گزاران 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 سمیت بالا! 70 میلی­گرم متادون می­تواند باعث مرگ افراد بالغ غیروابسته گردد. این رقم برای اطفال حدود 30 میلی­گرم است. به بیان دیگر مصرف نابجای 15 تا 20 عدد قرص 5 میلی­گرمی متادون می­تواند عواقب جبران ناپذیری داشته باشد. توجه داشته باشید اگر بیماری روزانه 120 میلی­گرم متادون مصرف نماید، دوز منزل یک هفته وی برای کشتن بیش از 10 نفر 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 بعنوان 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 سوءمصرف و 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 سوءمصرف دارند. اما تزریق آنها به ویژه بوپرنورفین با حس نشئگی بالا همراه است و سوءمصرف 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 سوءمصرف مواد آگونیست به صورت تزریق است. در حالتی خفیف­تر ممکن است بیماران به جای ترزیق، 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 در پی دستیابی به این حالت، دوز منزل خود را مورد سوءمصرف قرار می­دهند. 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 بصورت خواب­آلودگی، لختی، عدم تعادل هنگام راه رفتن، لرزش بدن، عرق­ریزش، پرش عضلات و کلام نامفهوم و بریده بریده می­شوند. کلیه حالات فوق در صورت سوءمصرف 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، مرکز نیز نمی­تواند به جایگزین ساختن دارو اقدام نماید.
* **عرضه دارو به دیگران**: شاید مشکل­سازترین جنبه دوز منزل امکان عرضه آن به دیگران و اصطلاحاً نشت دارو[[78]](#footnote-79) 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. 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 تنبیه 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 مشکل ساز 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 سوء مصرف مواد مخدر 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 1-7 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 هرویین، کوکایین 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 1-7- سیاست ارائه دوز منزل بر اساس پروتکل­های مهم جهان

|  |  |
| --- | --- |
| **زمان و شرایط احتمالی\*** | **میزان دوز منزل** |
| **دوز منزل بر اساس پروتکل نیو ساوت ویلز[[79]](#footnote-80) استرالیا** | |
| 3 ماه اول | مجاز نیست |
| ماه 3 تا 12 | حداکثر 2 دوز غیرمتوالی در هفته |
| ماه 12 تا 24 | حداکثر 3 دوز در هفته با احتساب عدم توالی بیش از 2 دوز |
| ماه 24 به بعد | حداکثر 4 دوز در هفته با احتساب عدم توالی بیش از 2 دوز |
| **دوز منزل بر اساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی[[80]](#footnote-81) برای آسیای جنوب شرقی و اقیانوسیه** | |
| ندارد | 2 ماه اول |
| 1 روز در هفته | ماه سوم |
| 2 روز در هفته | ماه چهارم |
| 3 روز در هفته | ماه پنجم |
| 4 روز در هفته | ماه ششم به بعد |
| **دوز منزل بر اساس دستورالعمل موسسه سمسها[[81]](#footnote-82) در آمریکا** | |
| 1 روز + 1 روز تعطیلی کلینیک | 3 ماه اول |
| 2 روز + 1 روز تعطیلی کلینیک | ماه 3 تا 6 |
| 3 روز + 1 روز تعطیلی کلینیک | ماه 6 تا 9 |
| 6 روز | ماه 9 تا 12 |
| 15 روز | سال دوم |
| 30 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 2-7):

جدول 2-7- برنامه دوز منزل پیشنهادی راهنمای حاضر

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **پله** | **زمان و شرایط لازم** | **میزان دوز منزل** |
| پله 1 | مرحله قبل از ثبات رفتاری\* | فقط ایام تعطیل رسمی شامل جمعه­ها |
| پله 2 | ثبات رفتاری برای یک ماه | 1 روز در هفته + ایام تعطیل |
| پله 3 | ثبات رفتاری برای 2 ماه | 2 روز در هفته + ایام تعطیل |
| پله 4 | ثبات رفتاری برای 3 ماه | 3 روز در هفته + ایام تعطیل |
| پله 5 | ثبات رفتاری برای 4 ماه | 4 روز در هفته + ایام تعطیل |
| پله 6 | ثبات رفتاری برای 5 ماه و بیش­تر | 5 روز در هفته + ایام تعطیل |
| \* بیماری در **ثبات رفتاری** است که:   * مصرف مواد مخدر سنگین (کراک، هرویین، تریاک و شیشه) ندارد * آزمایش هفتگی مورفین و مت­آمفتامین ادرار منفی است * غیبت از درمان ندارد و متادون را بدون وقفه مصرف می­کند * 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 | | |

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 اگر مرکز درمانی قادر به انجام آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی و مت­آمفتامین نباشد یا امکان انجام آن را بصورت غیرمستقیم (به عنوان مثال از طریق هماهنگی با سایر مراکز درمانی یا آزمایشگاه­های تشخیص طبی) نداشته باشد، 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. با احراز شرایط ثبات پله برنامه دوز منزل بیمار بطور 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 زیر توصیه می­شود (جدول 3-7):

جدول 3-7- 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 2 بار نتیجه مثبت بدست 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 * رها سازی درمان * فروش متادون | تنزل به پله 1 |
| * امتناع از پرداخت هزینه توافقی درمان | تنزل به پله 1 تا زمان تسویه و بازگست به پله قبلی بعد از پرداخت هزینه­ها |
| * مفقود شدن دوز منزل\* | 2 پله تنزل ولی ارائه دوباره دوز مفقود شده |
| * عدم رعایت مقررات انضباطی مرکز درمانی\*\* | بین 1 تا 5 پله تنزل بنا به صلاح­دید مرکز درمانی |

\* بدیهی است 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 2 پله تنرل 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 6 دوز معادل 6 روز تجاوز نماید
* دوزهای ارائه شده باید بصورت مجزا بسته­بندی یا در ظروف و بطری­های جداگانه عرضه شوند. به عنوان مثال اگر بیمار 3 دوز منزل دریافت می­دارد باید در 3 پاکت یا شیشه جدا ریخته شوند.
* دوز منزل باید قاعدتاً در ظروف یک بار مصرف و ایمن در برابر کودکان[[82]](#footnote-83) عرضه شوند. اما متأسفانه به دلیل عدم در دسترس بودن این گونه ظروف در کشور تا زمان عرضه مطلوب آن­ها، به ظروف معمولی بسنده می­شود. مشخصات بیمار و دوز مصرفی به همراه علامت خطر باید بر روی ظروف عرضه دوز منزل درج شود.
* بهتر است دوز منزل بصورت شربت عرضه گردد. با این حال در صورت نبود شربت یا تمایل بیمار به دریافت قرص، قرص­ها باید بصورت 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 2 پله تنزل دهد.
* سایر دوزهای غیر دوز منزل باید کماکان در مرکز درمانی و بصورت 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 60 میلی­گرم متادون دریافت می­دارد، از نظر سیاست دوز منزل نباید تفاوتی با بیماری که 160 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.
* 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 تنزل پله دوز بیماران منشأ مناقشه بین بیمار و درمان­گران می­گردد. 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 باید زمان انجام آزمایش ادرار 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 6 روز برسد، در عمل 3 روز از دید آن پنهان خواهد ماند. این احتمال وجود دارد که بیمار در 3 روز اول متادون خود را به طور کامل مصرف ننماید و به مصرف مواد مخدر غیرمجاز مبادرت ورزد. در 3 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 افت واضح بیمار در حوزه­های دیگر خواهد شد. ثالثاً توانایی برنامه­ریزی دقیق و آینده­نگری با اعتیاد فعال در تضاد است. اگر بیمار مصرف­کننده فعال مواد مخدر 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 مخدر 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 هم ندارد. این حالت در مقایسه با حالت اول شایع­تر است و به ویژه زمانی که مقدار میلی­گرم دوز منزل بالاست امکان­پذیرتر 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 افت 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 مخدر 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 6 دوز در اختیار بستگان بیمار قرار دهد. تمدید ارائه دوز منزل تا هر زمان که بیمار بستری باشد، بلامانع است. بعنوان مثال اگر بیمار 50 روز در بیمارستان بستری باشد، بستگان او می­توانند بمدت 7 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[[83]](#footnote-84) بعمل آورد.
* در صورتی که بیمار بدلیل 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 6 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.
* متأسفانه 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 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 می­ماند، در اکثر موارد مبادرت به مصرف ماده مخدر 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:

1. 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.
2. در صورتی که بیمار ظرف 3 روز به مرکز مراجعه نماید یعنی روز سوم غیبت باشد و تنها از دریافت و مصرف 2 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 توصیه می­شود.
3. در صورتی که غیبت بیمار بیش از 3 روز طول کشیده باشد، حتی در صورتی که وی ابزار دارد 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 3 تا 7 روز ابتدا به بیمار نصف دوز قبل از غیبت تجویز شده و بیمار به مدت 2 ساعت تحت نظر گرفته می­شود. بعد از مدت مذکور در صورتی که بیمار کماکان از علایم محرومیت شاکی باشد معادل 25 درصد دوز قبل از غیبت برای ایشان تجویز می­گردد. یعنی در روز بازگشت بیمار به درمان مجموعاً و حداکثر 75 درصد دوز قبل از غیبت ارائه خواهد شد. توصیه می­شود از ارائه مقدار متادون بیش از 75 درصد مگر در صورت وجود علایم محرومیت بسیار شدید و عینی خودداری کرده و ادامه درمان به روز بعد موکول شود. ضمناً در صورت غیبت بیش از 3 روز، شروع مجدد متادون منوط به ویزیت بیمار توسط پزشک است و مراحل این بند نباید مستقلاً توسط پرستاران اجرا گردد.
4. اگر بیمار بیش از 7 روز از دریافت متادون باز بماند، باید مراحل القاء و پایدار سازی از نو آغاز شود.
5. در صورتی که غیبت بیمار بیش از 2 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 پروند بیمار را مختومه اعلام کرده و موقعیت درمانی بیمار را به فرد دیگر اختصاص دهد.
6. 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.
7. 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[[84]](#footnote-85) و ارتباط درمانی[[85]](#footnote-86) 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 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 نشانه­های 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 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 10 صبح برای ادامه درمان در مرکز باشید. بعد از ظهر فردا رأس ساعت 5 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:

1. **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.
2. **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 کرات بعنوان 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.
3. **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.
4. **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.
5. **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 6 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.
6. **شروع فرایند عود**- زیر سؤال بردن درمان و بی­فایده دانستن آن در برخی افراد مقدمه و انعکاسی از فرایند 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.

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 مصّر 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.
* 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»[[86]](#footnote-87) 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 ثابت به عنوان مثال هر هفته 5 میلی­گرم از دوز 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 بسان بیماران دیگر با توجه به مرحله یا پله درمان و نتایج آزمایش­های ادرار انجام پذیرد. برای اطلاعات بیشتر به بخش دوز منزل مراجعه نمایید.

**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 100% عود و شروع مجدد مواد مخدر 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:

1. 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.
2. مصرف مواد مخدر یا خرید و فروش آن در محوطه مرکز درمانی- بیماران حق ندارند در محیط درمانی 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.
3. ارتکاب جرم مانند سرقت، اخاذی، ایجاد مزاحمت ناموسی، فحاشی و کتک­کاری در محیط مرکز- در این گونه حالات مرکز درمانی نه تنها اختیار دارد تا بیمار را از درمان اخراج نماید، بلکه می­تواند مراجع انتظامی را آگاه سازد. اما فراموش نکنید مرکز درمانی مجاز به اخراج بیماران به خاطر ارتکاب جرم در بیرون مرکز نیست. درمان­گران ضابطین یا مجریان قانون نیستند و نباید بیماران را بخاطر اقدامات­شان در بیرون از مرکز 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.
4. عدم پرداخت حق­الزحمه مقرر- مراکز درمانی مجاز هستند در صورتی که بیمار از پرداخت هزینه درمان امتناع کند، وی را از درمان نگهدارنده خارج نمایند یا به مراکز رایگان ارجاع دهند.
5. 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 اخراح 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 و هزینه درمان خود را می­پردازند باید از درمان بهره­مند شوند اما می­توان از طریق توقف دوز منزل محدودیت­هایی برای آنان ایجاد کرد.
6. غیبت بیش از 2 هفته از درمان بدون ارائه دلیل موجه بیرونی-مرکز مجاز به اخراج و مختومه ساختن پرونده درمانی بیمارانی که بیش از 2 هفته از درمان غیبت دارند یا به مدت 14 روز دوز متادون خود را ازدست داده­اند. 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 سمج­گونه 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 بصورت 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 درمان­گران 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، سعی کنید به جای قطع ناگهانی درمان، دوز متادون را بتدریج ظرف 2 تا 3 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:

1. استفاده توأم بیمار از متادون و مجموعه­ای از الکل و یا داروهای مجاز آرام­بخش و مهارکننده فعالیت سیستم عصبی مرکزی[[87]](#footnote-88) مانند بنزودیازپین­ها و ترکیبات ضدافسردگی
2. استفاده توأم از متادون و مواد مخدر افیونی غیرمجاز مانند هرویین و کِراک
3. 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 1-11 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 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 1-11- بیمارانی که در معرض خطر بالاتر مسمومیت هستند

|  |
| --- |
| * افراد بالای 40 سال * افراد مبتلا به ناراحتی قلبی، ریوی و کبدی-کلیوی * افراد دارای آسیب­ها و ضایعات مغزی * سابقه مسمومیت­های قبلی با مواد افیونی * سوءمصرف­کنندگان 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 5 «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 3 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 6 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[[88]](#footnote-89) 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 2 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 6 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 2 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 خواب­آلودگی، 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 2 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 2 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 هرویینی 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.
* متادون دوز منزل باید در محل امن و کاملاً دور از دسترس اطفال قرار داده شود. مطلوب است دوز منزل در ظروف مخصوص که اطفال قادر به گشودن آن نباشند توزیع 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 اکسيژن و برقرار تهویه تنفسی اولویت دارد. برای این گونه بیماران همزمان می­توان از 2/0 تا 4/0 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 5/1 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 2 اصل زیر است:

1. ارائه درمان نگهدارنده بدون انجام مداخلات روان­شناختی در برخی از کشورها شایع است. این گزینه به «مدیریت پزشک»[[89]](#footnote-90) 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 20 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.
2. 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 می­شود و نتایج حاصل از درمان درخشان­تر می­گردد.

بنابراین درمان نگهدارنده بدون مداخلات غیردارویی نیز مجاز و منطقی است، اما افزودن این گونه مداخلات باعث بهبود نتایج می­شوند. 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 45 دقیقه مشاوره هفتگی می­تواند موارد آزمایش ادرار منفی در درمان نگهدارنده را به نصف تقلیل دهد، اما افزایش جلسات مشاوره به 3 جلسه 45 دقیقه­ای در هفته ارجحیت چشمگیری به یک بار در هفته ایجاد نمی­کند و تنها هزینه اضافی بر نظام درمانی تحمیل خواهد کرد.

بنا بر این توضیحات ارایه مداخلات روانی، اجتماعی به صورت یک جلسه در هفته به منظور تقویت نتایج درمانی به عنوان یک رویکرد استاندادر برای تمام بیماران دریافت­کننده درمان نگهدارنده با متادون توصیه می­گردد.

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

**مدیریت بیمار**[[90]](#footnote-91)- 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**[[91]](#footnote-92)- 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 30 دقیقه­ای است و توسط روان­شناس، مشاور، مددکار و حتی در صورت آموزش توسط پرستار ارائه می­گردد. افزودن رویکردهای مصاحبه انگیزشی[[92]](#footnote-93) 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 مقاومت­های 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 زمزه 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[[93]](#footnote-94) 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.

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**[[94]](#footnote-95)- 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 10 تا 12 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 2 تا 4 جلسه 45 تا 60 دقیقه­ای توصیه می­شود. این آموزش جهت سهولت و افزایش تعامل می­تواند در قالب گروه­های 15 تا 20 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:

* 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 راه­حل­های 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**[[95]](#footnote-96)- 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 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[[96]](#footnote-97) و افسردگی گریبان آنها را می­گیرد. از این حالت گاهی بعنوان «دیوار»[[97]](#footnote-98) 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.
* 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.

درمان نگهدارنده موفق دارای دو وجه بازدارنده و سازنده است. در وجه بازدارنده مصرف مواد مخدر متوقف می­شود و بیمار از شرایط مشکل­آفرین و خطرساز دوری می­کند. در وجه دوم که به همان اندازه مهم و مؤثر است بیمار در جریان درمان به زندگی طبیعی باز می­گردد. در وجه اول متادون قسمت عمده­ای از کار را انجام می­دهد اما برای وجه دوم دارو کمک چندانی نیست فقط فرصت را فراهم می­سازد تا مداخلات غیردارویی عمل کنند!

وجه بازدارنده

وجه سازنده

* 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 سرگم کننده ترتیب داده و فعالانه آنها را پیگیری نماید. نباید تصور شود این مسأله جنبه تجملی دارد. بیمارانی که بعد از گذشت 6 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 2 روز آینده، رفتن به یک مهمانی، تلفن زدن به 2 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 24 تا 36 جلسه را در برگیرد.

**مداخلات ساختاری**[[98]](#footnote-99)- 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[[99]](#footnote-100) 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[[100]](#footnote-101) نیز مجاز شناخته شده است. در برخی موارد نیز از معتادان اسبق که دارای دوره سلامت طولانی هستند استفاده می­شود. این بسته­ها معمولاً 12 تا 24 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 دوره­های کوتاه مدت میسر است.[[101]](#footnote-102)

**سایر موارد**- در کنار مداخلات فوق، استفاده از طیف وسیعی از مداخلات دیگر مجاز و رایج است. استفاده از تکنیک­های آرام­سازی[[102]](#footnote-103)، یوگا، طب سوزنی، هیپنوتیزم، سایکودرام و ایفای نقش، ورزش­درمانی، موسیقی­درمانی، حرفه­آموزی و بازتوانی، گروه­های عرفانی با رویکردهای روحانی[[103]](#footnote-104) 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.

**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 1-13 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 1-13-** عوارض شایع طبی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی

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

عوارض زایمانی در زنان باردار معتاد به مواد افیونی در جدول 2-13 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 می­کنند یا از مراجعه درمانی پزشکی اجتناب می­کنند.

**جدول 2-13-** عوارض زایمانی شایع در زنان معتاد به مواد افیونی

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

**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 آنتاگونیست­های مواد افیونی برای تشخیص اعتیاد در زنان بارداری مطلقاً ممنوع است، زیرا حتّی القای محرومیت خفیف می­تواند باعث زایمان زودرس یا سایر عوارض جانبی جنینی گردد.

**درمان نگهدارنده با متادون به عنوان درمان استاندارد**

درمان نگهدارنده با متادون 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 با متادون در بیماران باردار همان منافعی را دربردارد که در سایر بیماران به صورت عمومی دیده می­شود. بعلاوه، درمان نگهدارنده با متادون دسترسی 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. مواجهه داخل رحمی با متادون خطر ناهنجاری­های جنینی را افزایش نمی­دهد.

از آن جا که پژوهش­­های بیشتری بر روی ایمنی و اثربخشی متادون در مقایسه با بوپرنورفین وجود دارد، درمان نگهدارنده با متادون بر بوپرنورفین ارجحیت دارد، و به عنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد افیونی در دوران بارداری در نظر گرفته می­شود. پژوهش­های جدید نشان می­دهند درمان نگهدارنده با متادون از نظر ماندگاری در درمان بر بوپرنورفین ارجحیت دارد اما سندرم پرهیز نوزادی به صورت معنی­داری با بوپرنورفین از متادون کم­تر است.

**زنان مصرف­کننده مواد افیونی باردار باید در پذیرش و فرآیند ارزیابی**

**در مرکز درمانی اولویت داده شوند.**

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.

استفاده از دوز پایین متادون در دوران بارداری خطر بروز ستدرم پرهیز نوزادی را پایین نمی­آورد. 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 3 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 10 تا 30 میلی­گرم در صیح است. باید از بیمار خواسته شود بعد از ظهر برای ارزیابی پیگیری مراجعه نماید و بر اساس پاسخ درمانی دوز اولیه را می­توان با 10 تا 20 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 48 تا 72 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 12 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 بعنوان آخرین گزینه در نظر گرفته شود. پس از گذاشتن یک راه هوایی برای اطمینان از تنفس کافی، بیمار باید نالوکسان داخل وریدی (01/0 میلی­گرم/کیلوگرم وزن بدن) دریافت کند. پس از به دست آوردن مجدد هوشیاری، می­توان دوزهای بیش­تر نالوکسان را هر 5 دقیقه برای بیمار تجویز نمود. طول اثر نالوکسان بسته به دوز و نوع ماده مصرف شده بین 30 دقیقه تا 2 ساعت متغیر است. بنابراین، علایم ممکن است در عرض 30 دقیقه تا 2 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 2 تا 3 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 0/1 تا 5/2 میلی­گرم در روز در بیماران بستری و 5/2 تا 0/10 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 سوءمصرف 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 180 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 در پیش 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 3-13 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 72 ساعت بعد از تولد ایجاد می­شوند اما ممکن است در شمار اندکی از موارد 14-7 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 رّد 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 3-13** 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 4 ساعت از نظر نمره پرهیز ارزیابی شوند. کنترل زمانی حاصل می­شود که نمره میانگین پرهیز نوزادی به کم­تر از 8 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 05/0% که در هر میلی­لیتر آن 5/0 میلی­گرم مورفین وجود دارد. درمان با دوز 05/0 تا 1/0 کیلوگرم شروع و با توجه به شدت علایم محرومیت این دوز هر 4-3 ساعت تا رسیدن به دوز حداکثر 2 میلی­گرم/کیلوگرم/روز تکرار می­شود.
* اُپیوم تینکچر– هر میلی­لیتر محلول حاوی 4/0 میلی­گرم مورفین است. برای آماده­سازی 1 میلی­لیتر اُپیوم تینکچر به 24 میلی­لیتر آب افزوده شده و 25 میلی­لیتر محلول خوراکی مورفین 04/0% به دست می­آید. درمان با دوز 4/0 میلی­گرم/کیلوگرم/روز خوراکی در 6 تا 8 دوز منقسم شروع می­شود. دوز 04/0 میلی­گرم/کیلوگرم/دوز تا زمان دستیابی به کنترل یا رسیدن به دوز حداکثر 2 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 72 ساعت ادامه یافته و سپس کاهش دوز شروع می­شود. در مرحله کاهش دوز روزانه 10% یا در حد تحمل دوز دارو کاهش داده می­شود. وقتی به دوز 2/0 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 (7-5 میلی­گرم/کیلوگرم/روز در سه دوز منقسم به منظور ایجاد سطح پلاسمایی 170-50 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 جایگاه­های 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 درمان سوءمصرف مواد باید با متخصص زنان و زایمان در ارتباط و تماس 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. در بیمارانی که دارای سابقه رفتارهای پرخطر جنسی هستند آزمایش سیفلیس و سایر عفونت­های منتقله از راه جنسی شامل هپاتیت ب و اچ­آی­وی و آزمایش هپاتیت سی و اچ­آی­وی در افراد دارای سابقه رفتارهای پرخطر تزریق توصیه می­شود. در صورت تداوم رفتارهای پرخطر جنسی یا تزریق لازم است آزمایش­های ذکرشده هر 12-6 ماه تکرار گردد. به استثنای آزمایش اچ­آی­وی، این آزمایش­ها را می­توان در طول ارزیابی­های معمول انجام داد. آزمایش اچ­آی­وی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه جداگانه همراه با مشاوره قبل و بعد از آزمایش 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 مصرف­کنندگان تزریقی مواد واجد علایم و نشانه­های تب، تنگی نفس، بدحالی و سوفل قلبی جدید باید تشخیص احتمالی اندوکاردیت در نظر گرفته شود.

**عفونت­های بافت نرم**

عفونت­های بافت نرم همچون آبسه­ها و سلولیت به صورت التهاب پوست و بافت­های زیرجلدی خود را نشان می­دهد. 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.

**بوتولیسم زخم**

بوتولیسم در اثر نوروتوکسین کلستریدیوم بوتولینیوم، یک باکتریوم که معمولاً در غذای آلوده یافت می­شود، ایجاد می­شود. 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 اهمیت 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.

ارزیابی عملکرد کبدی در بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون که ایزونیازید دریافت می­کنند، به علت افزایش خطر سمّیت کبدی باید در فواصل زمانی نزدیک­تری صورت پذیرد. 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 (فصل 3 را ببینید). 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 هنگام ورود به درمان نگهدارنده 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[[104]](#footnote-105) 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 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**

**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[[105]](#footnote-106) مشخص می­گردد. یک حامل مزمن کسی است که به مدت 6 ماه یا بیشتر آنتی­ژن سطحی هپاتیت ب او مثبت باقی می­ماند. بهبودی با محو آنتی­ژن سطحی و جایگزین شدن آن با آنتی­بادی سطحی[[106]](#footnote-107) مشخص می­شود.

در صورتی که فرد سابقه ابتلا به هپاتیت بی 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 محافظت­نشده هستند 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 75-50% 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 طریق جنسی بسیار از روش تزریقی کمتر است. انتقال جنسی هپاتیت سی در افراد آلوده 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 خودبخود پاک شده یا مزمن شده است، لازم است آزمایش ریبونوکلئیک اسید اچ­سی­وی انجام پذیرد. تقریباً 15 تا 25 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 زیر نظر متخصص عفونی یا فوق­تخصص گوارش باید انجام 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 زنوتیپ 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. آن­ها همچنین اگر واکسینه نشده­اند، باید از نظر هپاتیت ب آزمایش و واکسینه شوند. بیمارانی که اچ­سی­وی آنتی­بادی مثبت هستند، باید از مصرف دوزهای بالای استامینوفن اجتناب کنند، زیرا می­تواند باعث آسیب کبد شود. آن­ها 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 مصرف­کنندگان مواد کاهش می­دهد. بررسی­ها در شروع همه­گیری اچ­آی­وی در مصرف­کنندگان تزریقی مواد نشان می­دهد 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 برای تمام بیمارانی که سابقه رفتارهای پرخطر دارند «مشاوره داوطلبانه و آزمایش» انجام پذیرد. مشاوره داوطلبانه و آزمایش شامل مشاوره قبل از آزمایش، اخذ رضایت، آزمایش و مشاوره بعد از آزمایش می­گردد. مراکز ارایه­کننده خدمات درمان نگهدارنده با متادون می­توانند بیماران دارای سابقه رفتارهای پرخطر از نظر ابتلاء به عفونت اچ­آی­وی را برای انجام مشاوره داوطلبانه و آزمایش به مراکز مشاوره بیماری­های رفتاری ارجاع نمایند. آن­ها همچنین می­توانند پس از انجام هماهنگی با مرکز، بهداشتی درمانی، خدمات مشاوره­ای را توسط روان­شناس مرکز خود ارایه نمایند، اما برای انجام آزمایش بیمار را به مرکز بهداشتی، درمانی ارجاع کنند.

مراکز درمان سوءمصرف مواد باید بیماران اچ­آی­وی مثبت را برای ورود به درمان نگهدارنده با متادون اولویت دهند. بیماران اچ­آی­وی 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 می­آورند. 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 روی 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 روی 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[[107]](#footnote-108) 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 مدریت 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:

* 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 روی متادون که در بیمارستان بستری شده­اند و از درد حاد رنج می­برند، اغلب دوزهای ناکافی ضددرد اُپیوئیدی دریافت می­کنند. برای بیماران روی 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 مورد سوءمصرف 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 50% دوز را می­توان قبل از جراحی و 50% را پس از آن تجویز نمود. اگر متادون باید به صورت تزریقی تجویز شود، دوز تزریقی باید 50% 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[[108]](#footnote-109) 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 و داروهای مورد سوءمصرف 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.

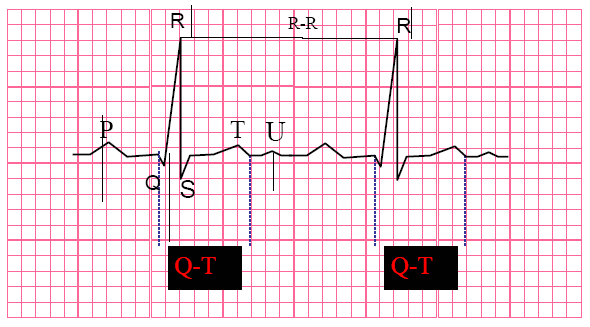
انواع خاصی از درد به خوبی به افزودن داروهای کمکی ضدتشنج مثل کاربامازپین یا فنی­توئین پاسخ می­دهند. هر دوی این داروها القاءکننده­های قوی CYP450 3A هستند که می­تواند منجر به کاهش شدید در سطوح متادون سرم گردد. گاباپنتین نیز در درمان درد نورپاتیک مؤثر است و اثری بر روی ایزوآنزیم­های CYP450 3A ندارد، لذا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

**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 Tادامه می­یابد (شکل 1-16). فاصله­ QT اصلاح­شده (QTc) یک شاخص مفید برای ارزیابی خطر تاکیکاردی بطنی چندشکلی[[109]](#footnote-110) یا تورسادِدوپوینت[[110]](#footnote-111) است، که می­توانند کشنده باشند. فاصله QT اصلاح­شده از اصلاح فاصله QT برحسب تعداد ضربان قلب مطابق فرمول بازت[[111]](#footnote-112) محاسبه می­گردد (شکل 2-16).

**شکل 1-16-** اندازه­گیری فاصله QT بر روی نوار قلب



**شکل 2-16-** فرمول بازت

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



**متادون و خطر طولانی شدن QTc**

طولانی شدن فاصله QTc فراتر از مقادیر طبیعی (450 میلی­ثانیه در مردان و 470-460 میلی­ثانیه در زنان) خصوصاً در مقادیر بالای 500 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 500 میلی­ثانیه با خطر قابل ملاحظه آریتمی قلبی همراه است. QT بالای 500 میلی­ثانیه در حدود 2% بیماران روی درمان نگهدارنده با متادون گزارش شده است. افزایش فاصله QT در دامنه 450 تا 500 میلی­ثانیه در حدود 20% بیماران روی 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 4 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 30 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 و در عرض 30 روز پس از شروع درمان توصیه می­شود. این عوامل خطرزا عبارتند از:

* سن بالای 50 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 120 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 500 میلی­ثانیه) احتمال TdP مطرح شده و بیمار باید برای پایش قلبی طولانی مدت­تر بستری شود.

**توصیه­های بالینی**

در صورتی که فاصله بیش از 450 اما زیر 500 میلی­ثانیه باشد درمان با متادون را می­توان شروع نمود یا ادامه داد، اما 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 صورت مشاهده افزایش قابل ملاحظه در فاصله QT (≥ 500 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 11 را ببینید).

یکی از اهداف ارزیابی پایه، ارزیابی­های دوره­ای و آزمایش ادرار شناسایی سوءمصرف مواد دیگر در بیماران درمان نگهدارنده با متادون است (فصل 4 را ببینید). اگر بیمار علاوه بر وابستگی به مواد افیونی، درگیر مصرف سایر مواد باشد، باید بر حسب نوع ماده یا مواد مورد سوءمصرف، مداخلات دارویی و روانی، اجتماعی متناسب در برنامه درمانی او در نظر گرفته شود.

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

**اثر مصرف مواد دیگر**

**مت­آمفتامین و سایر مواد محرک**

سوءمصرف 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. سوءمصرف 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 سوءمصرف 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 سوءمصرف آن­ها است. گرچه، کسانی که مبتلا به اختلالات اعتیادی هستند با احتمال بالاتری از جمعیت عمومی بنزودیازپین­ها را مورد سوءمصرف قرار می­دهند.

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 بی­نهایت 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 می­کنند، زیرا کسانی که آن­ها را مورد سوءمصرف قرار می­دهند، نسبت به اثرات سرخوشی­آور و آرام­بخش 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 3A را که در متابولیسم متادون (فصل 2 را ببینید) نقش دارند، القاء نموده و می­تواند تثبیت بیمار را دشوار نماید.

بیمارانی که داروهای آرام­بخش و خواب­آور را مورد سوءمصرف قرار می­دهند، 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**

سوءمصرف الکل آرام­بخشی و اثرات سرکوب تنفسی ناشی از متادون را افزایش داده و خطر بیش­مصرف کشنده را افزایش می­دهد (فصل 11 را ببینید). سوءمصرف الکل می­تواند آسیب کبدی ناشی از هپاتیت سی را بدتر کند (فصل 14 را ببینید).

سوءمصرف 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 عارضه­دار شدن درمان می­گردد.

نشان داده شده است که سوءمصرف بنزودیازپین­ها در بیمارانی که الکل را سوءمصرف 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 روی درمان نگهدارنده است. برای مثال 40% مرگ­های بالای 15 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 می­شود 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 سوءمصرف 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 مواد چندگانه را مورد سوءمصرف قرار می­دهند 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 سوءمصرف 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 14 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 روان­پزشکی گردد.
* نتیجه منفی معمولاً نیاز به اقدام آنی را بر طرف می­کند و نتیجه مثبت باید با ارزیابی دقیق­تر توسط روان­پزشک 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 «پروفایل سوءمصرف مواد اینکاس»، «اندکس شدت اعتیاد» و... پرسش­هایی برای غربال­گری اختلالات روان­پزشکی همبود یا ارزیابی وضعیت سلامت روان پیش­بینی شده است. گروه تدوین­کننده راهنمای حاضر توصیه می­کنند مراکز ارایه­کننده درمان نگهدارنده یکی از این ابزارها یا سایر ابزارهای استاندارد غربال­گری اختلالات روان­پزشکی نظیر فرمت غربال­گری مصاحبه نوروسایکیاتری بین­المللی کوتاه (مینی)[[112]](#footnote-113) را در خدمات معمول خود ادغام نمایند.

**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 روان­پزشکی 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 2 هفته (اما ترجیحاً تا 4 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 (4-2 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 (4-2 هفته) به تأخیر انداخته شود، مگر آن 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.
* روان­پزشکان 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 جند 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 روان­پزشکی 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 2 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 باشد زیرا برخی داروها (مثل ترامادول، بنزودیازپین­ها، آمی­تریپتیلین،) 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 19- 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. بعلاوه، 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 و سوءمصرف مواد افیونی به وابستگی با 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[[113]](#footnote-114)، 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[[114]](#footnote-115) و اختلال نقص توجه و بیش­فعالی[[115]](#footnote-116). 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 18 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 28 روزه با بوپرنورفین با برچسب پوستی کلونیدین مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج مطالعه حاکی از آن بود میزان ماندگاری در درمان (72% در مقایسه با 39%) و شروع درمان با نالترکسون (61% در مقایسه با 5%) 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 صورتی که فرد نوجوان مصرف در حد وابستگی مواد افیونی سنگین همچون کراک داشته باشد یا مواد را به صورت تزریقی استفاده کند، استفاده از درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست باید در نظر گرفته شود. 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 سوءمصرف 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. توصیه می­­شود برای زنان گروه­درمانی­های اختصاصی تک­جنسیتی برگزار گردد.

**مصرف­کنندگان تریاک**

در افراد وابسته به تریاک را که چندین اقدام ناموفق برای بازگیری داشته و در اثر مصرف تریاک دچار عوارض جسمی یا روان­شناختی شدید شده­اند، می­توان درمان­ نگهدارنده با متادون را در نظر گرفت. در برخورد با بیماران مصرف­کننده تریاک مهم این جاست که مصرف­کنندگان تدخینی یا خوراکی تریاک علاوه بر تحمل و محرومیت، سایر ملاک­های وابستگی به مواد افیونی را داشته باشند. برای بیماری که مصرف­کننده تریاک است، اما دچار عوارض جسمی، روان­شناختی یا اجتماعی ناشی از مصرف نشده است، باید سایر روش­های درمانی در نظر گرفته شود.

**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 20- جنبه­های اجرایی و مدیریتی درمان نگهدارنده**

در این فصل جنبه­های اجرایی و مدیریتی مراکز درمانی برای اجرای مؤثرتر درمان نگهدارنده با متادون مرور می­شود. 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 پیامدهای درمانی خواهد داشت.

**کارکنان**

**آموزش**

پیچیدگی­های درمان بیماران معتاد به مواد افیونی نیاز به درمان­گرانی دارد که بتوانند به نیازهای متنوع طبی و روان­شناختی 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 روان­پزشکان 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 درمان­های 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 تدوین­کنندگان راهنمای حاضر این است که 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**[[116]](#footnote-117)گفته می­شود. برخی درمان­گران نیز احساسات خود را بر روی بیماران فرافکنی می­کنند که به آن **انتقال متقابل**[[117]](#footnote-118) گفته می­شود. در برخی مدل­های روان­درمانی از انتقال برای مقاصد درمانی استفاده می­شود، اما انتقال متقابل 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 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 می­گردد:

* پزشک یا روان­پزشک

توصیه می­شود در صورتی که پزشک یا روان­پزشک متقاضی فعالیت در مرکز درمان با داروهای آگونیست در طول دوره تحصیل خود دوره آموزش نظری و عملی درمان با داروهای آگونیست را نگذرانده است، این دوره را پیش از شروع فعالیت بگذراند. 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 18 را ببینید).

* کارشناس روان­شناسی بالینی یا مشاوره

توصیه می­شود کارشناس روان­شناسی متقاضی کار در مرکز درمان با داروهای آگونیست، دوره آموزش نظری و عملی مداخلات غیردارویی درمان مواد مخدر و محرک (مدل ماتریکس) را گذرانده باشد.

در مناطقی که کمبود کارشناس روان­شناسی بالینی یا مشاوره وجود دارد، با نظر معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی می­توان از کارشناس روان­شناسی سایر گرایش­ها مشروط به گذراندن دوره­ آموزش نظری و عملی مداخلات غیردارویی مواد مخدر و محرک (مدل ماتریکس) استفاده نمود.

* کارشناس مددکاری
* پرستار

مراکز ارایه­کننده درمان نگهدارنده با 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.

**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 7 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.
* مطلوب است ظروف مورد استفاده برای دوز منزل به نحوی باشد که خطر بلع تصادفی دارو را به حداقل برساند، بعنوان مثال دارو در شیشه­های ریخته شود که کودکان نمی­توانند در آن را باز کنند.
* مسؤل فنی می­تواند در صورت صلاحدید از سیاست درخواست برای بازگرداندن[[118]](#footnote-119) 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.
* 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.

**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[[119]](#footnote-120) |
|  | ارزشیابی فرآیند[[120]](#footnote-121) |
|  | ارزشیابی برون­ده[[121]](#footnote-122) |
| آیا مداخله درمانی به اهداف خود دست یافته است؟ | |
|  | ارزشیابی پیامد[[122]](#footnote-123) |
|  | ارزشیابی اثر[[123]](#footnote-124) |

**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 جفرافیایی آن­ها به تفکیک دولتی و خصوصی
* نسبت نیروی انسانی واجد صلاحیت شاغل در مراکز درمانی به جمعیت مصرف­کننده مواد
* سرانه محیط فیزیکی مراکز درمانی به ازای جمعیت متقاضی درمان

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 خدمات روانی، اجتماعی دریافت می­کنند

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...

**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 بروز عفونت­های منتقله از راه خون نظیر اچ­آی­وی دارد.

گروه تدوین­کننده راهنمای حاضر توصیه می­کنند درمان­گران مراکز درمانی با استفاده از آزمایش ادرار و پرسش­نامه­های استاندارد پایش پیامد نظیر «نیم­رخ سوءمصرف مواد اینکاس» 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 1386 14(55): 47-55.

 توسلی غ ع، غیاثی ندوشن ع. مورد مطالعه استان یزد سالهاي 80-86.مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، سال سوم/شماره چهارم/پاییز 1390

ستاد مبارزه با مواد مخدر. مصاحبه با مدیر کل آموزش و پژوهش ستاد. سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1391

ستاد مبارزه با مواد مخدر. گزارش فعالیت­های ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال 1391. انتشارات دفتر برنامه­ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1392

مکری آ، نوروزی ع. راهنمای درمان نگهدارنده با متادون در وابستگان به مواد افیونی. انتشارات ایرسا، 1392

نقوی م و همکاران. گزارش بار بیماری­های ج.ا. ایران 1382. مرکز گسترش شبکه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1385

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. 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, 2010.

Haghdoost A. A, Osouli M, Sadjadi L, Mirzazadeh A, Navadeh S, Mostafavi A; 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, 2010.

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

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

[Gowing L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gowing%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833948), [Farrell MF](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Farrell%20MF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833948), [Bornemann R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bornemann%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833948), [Sullivan LE](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sullivan%20LE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833948), [Ali R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ali%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833948). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. [Cochrane Database Syst Rev.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833948) 2011 Aug 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](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lawrinson%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Ali R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ali%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Buavirat A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Buavirat%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Chiamwongpaet S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chiamwongpaet%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Dvoryak S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dvoryak%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Habrat B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Habrat%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Jie S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jie%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Mardiati R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mardiati%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Mokri A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mokri%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Moskalewicz J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Moskalewicz%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Newcombe D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Newcombe%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Poznyak V](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Poznyak%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Subata E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Subata%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999),[Uchtenhagen A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Uchtenhagen%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Utami DS](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Utami%20DS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Vial R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vial%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999), [Zhao C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zhao%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18636999). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. [Addiction.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18636999) 2008 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](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=MacArthur%20GJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Minozzi S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Minozzi%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Martin N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Martin%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Vickerman P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vickerman%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Deren S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Deren%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Bruneau J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruneau%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Degenhardt L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Degenhardt%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795), [Hickman M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hickman%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23038795). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. [BMJ.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23038795) 2012 Oct 3;345:e5945. doi: 10.1136/bmj.e5945.

[Martin JA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Martin%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Campbell A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Campbell%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Killip T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Killip%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Kotz M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kotz%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Krantz MJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Krantz%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Kreek MJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kreek%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [McCarroll BA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=McCarroll%20BA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Mehta D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mehta%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Payte JT](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Payte%20JT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Stimmel B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stimmel%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Taylor T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Taylor%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Haigney MC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Haigney%20MC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519), [Wilford BB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilford%20BB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026519); [Substance Abuse and Mental Health Services Administration](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Substance%20Abuse%20and%20Mental%20Health%20Services%20Administration%5BCorporate%20Author%5D) (2011) QT interval screening in methadone maintenance treatment: report of a SAMHSA expert panel. [J Addict Dis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22026519) 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](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=1.%09Mathers%20BM%2C%20Degenhardt%20L%2C%20Phillips%20B%2C%20Wiessing%20L%2C%20Hickman%20M%2C%20Strathdee%20SA%2C%20et%20al.%20Global%20epidemiology%20of%20injecting%20drug%20use%20and%20HIV%20among%20people%20who%20inject%20drugs%3A%20a%20systematic%20review.%20Lancet%202008%3B%20372%3A1733-45.) 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. 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), 2003.

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

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 بین­اللملی 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** |
| **آب گریپ فروت** | بصورت نظری تداخل دارد و چندین مورد گزارش شده است | سطوح پلاسمایی متادون را افزایش می­دهد | کاهش متابولیسم متادون |
| **آمپرناویر[[124]](#footnote-125)** | از نظر بالینی مهم | کاهش 69% در سطح سرمی متادون 5 بیمار- مصرف هم­زمان آمپرناویر و آباکاویر که احتمالاً آمپرناویر عامل افزایش سطح سرمی بوده است | القای CYP3A4 |
| **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[[125]](#footnote-126)** | از نظر بالینی مهم | 57% کاهش میانگین سطح زیر منحنی غلظت- زمان در 11 بیمار- 1 گزارش موردی از کاهش هر دو اِنانتیومر متادون | القای CYP3A4 |
| **ایندیناویر[[126]](#footnote-127)** | 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 31% 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[[127]](#footnote-128)** | نامشخص | افزایش سطح سرمی (آر) – متادون در 8 بیمار متابولیزه­کننده شدید CYP2D6 (32%)، اما نه در متابولیزه کننده­های ضعیف (3%) | 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 |
| **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[[128]](#footnote-129)** | 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 آرام­بخش** | از نظر بالینی مهم | تزریق دوزهای بالای دیفن هیدرامین برای دستیابی به حالت نشئگی گزارش­ شده است | تشدید اثرات روانگردانی. اثرات آنتی­موسکارینی در دوزهای بالا |
| **ریتوناویر[[129]](#footnote-130)** | از نظر بالینی مهم | ریتوناویر می­تواند سطح پلاسمایی متادون را کاهش دهد- کاهش میانگین 36% سطح زیر منحنی غلظت- زمان در 11 بیمار بعد از 14 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[[130]](#footnote-131)** | از نظر بالینی مهم | اثر آرام­بخشی و سرکوب کننده تنفسی تقویت شده | سرکوب بیش­تر دستگاه اعصاب مرکزی |
| **زیدوودین[[131]](#footnote-132)** | از نظر بالینی مهم | سطح پلاسمایی زیدوودین افزایش میابد، اثری روی سطح متادون ندارد | ناشناخته |
| **سایمتیدین** | 2 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 دریافت­کننده 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- 32% افزایش میانگین در سطوح پلاسمایی (آر)- و نه (اس)- متادون در 7 بیمار | کاهش متابولیسم متادون از طریق مهار CYP2D6 که برای (آر)- متادون انتخابی است |
| **فلوکونازول** | بصورت نظری مشابه کتوکونازول است | افزایش 35% سطح زیر منحنی غلظت- زمان بعد از دریافت دوز 200 میلی­گرم روزانه به مدت 14 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 باربیتورات | مهار یکی یا بیش­تر از ایزوآنزیم­های CYP (1A2، 2C19، 3A4 و 2C9) |
| **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[[132]](#footnote-133) و ملکوبماید[[133]](#footnote-134))** | 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 هم­زمان 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[[134]](#footnote-135)** | از نظر بالینی مهم | کاهش سطوح سرمی متادون- کاهش 55% سطح سرمی در 2 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[[135]](#footnote-136)** | 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 |
| **فنی­تویین** | از نظر بالینی مهم | سطوح پلاسمایی متادون کاهش یافته، کاهش میانگین 4/2 برابر سطح سرمی متادون همراه با علایم ترک متوسط تا شدید | فنی­تویین 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 18 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 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 18 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 سوءمصرف 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 اچ­آی­وی 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 20 تا 50 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 برنامه­ریزی­های 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 ممکن است برای کسی که بدنش نسبت به مصرف متادون تحمل ندارد، مسمومیت­زا یا حتی کشنده باشد. بنابراین رعایت احتیاط­های زیر بسیار مهم است:

* 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 غذایی نریزید یا آن را در یخچال نگهداری نکنید.

**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 داوریی**

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 مورد سوءمصرف نیز می­تواند بسیار خطرناک باشد، لذا باید قویاً از سوءمصرف مواد دیگر هم­زمان با درمان نگهدارنده با متادون اجتناب کنید.

**درمان نگهدارنده با متادون چه مدت طول می­کشد؟**

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 می­گذارید 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 روان­پزشك، پزشك، روان­شناس، پرستار و ساير کارکنان درماني) پيروي کنید و اجازه ندهید دیگران یا سایر بیماران (به غير اعضاء گروه خودياري) 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.
* درگيري كلامي و فيزيكي با کارکنان مرکز يا ساير بيماران، خريد و فروش متادون یا هر نوع دارو، مواد مخدر، هر نوع مادة شيميايي يا اجناس ديگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن، حمل سلاح­های سرد، ايجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بيماران و خانواده‎ها يا همراهان ممنوع است. بعلاوه رعايت بهداشت و پاكيزگي مرکز درمانی الزاميست و هرگونه رفتار مغاير آن نظير انداختن آب دهان،‌ ته سيگار، ليوان مصرف شده و همچنين استعمال سيگار در فضاي 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**

اينجانب .................................................... فرزند ............................ به شمارة شناسنامه ............................ كه از تاريخ ................................. به علت اختلال مصرف مواددر مركز درماني.......................................... 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:

1. 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 برنامه­ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چارچوب مقررات و آیین­نامه­های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می­گیرد.
2. 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.
3. 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، می­تواند 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.
4. خطرات و عوارض مصرف مواد و سایر داروها هنگامی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستم برای من توضیح داده شد.
5. اثر درمان­ نگهدارنده با متادون بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشین­آلات برای من توضیح داده شد.
6. 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.
7. *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.
8. از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آن­ها میدانم.

**الف-** تصميم‎گيری در خصوص روش درمان و نحوة مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب و اعضاي گروه درماني مرکز (شامل روان­پزشك، پزشك، روانشناس، پرستار و ساير کارکنان درماني درمان­گاه) گرفته می­شود و پيروي از هرگونه توصيه و پيشنهادي كه توسط بيماران (به غير اعضاء گروه خودياري) يا ساير افراد ارایه شود، غيرمجاز و خطرناك خواهد بود.

**ب-** مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه­شده مستلزم رعايت انضباط، نظم و ترتيب بوده و همة‌ افراد موظف به رعايت آن خواهند بود.

**پ-** رعايت بهداشت و پاكيزگي مرکز درمانی الزاميست و هرگونه رفتار مغاير آن نظير انداختن آب دهان،‌ ته سيگار، ليوان مصرف شده و همچنين استعمال سيگار در فضاي آن ممنوع است.

**ت-** هرگونه درگيري كلامي و فيزيكي با کارکنان مرکز يا ساير بيماران و حمل سلاح­های سرد ممنوع است و با متخلفان برابر قوانین برخورد خواهد شد.

**ث-** خريد و فروش متادون، بوپرنورفین یا هر نوع دارو، هرگونه مواد مخدر، هر نوع مادة شيميايي يا اجناس ديگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن غيرقانوني است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پيگرد قانوني قرار خواهد گرفت.

**ج-** ايجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بيماران و خانواده‎ها يا همراهان غيرمجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانين برخورد خواهد شد.

**چ-** هرگونه شكايت يا اعتراض نسبت به نحوة درمان يا طرز رفتار کارکنان مرکز يا ساير بيماران مي‎بايست كتباً به مسئول فني مركز ارائه گردد. قطعاً مركز موظف است به اين شكايات رسيدگي، و نتيجه را به بيمار منعكس نمايد.

**ح-** ارائة هرگونه اطلاعات غلط، ابهام انگيز، ارائه توصيه درماني، تجويز دارو، پيشنهاد مصرف دارو يا دادن دارو به بيماران، خانواده‎هاي بيماران يا ساير مراجعان مرکز درمانی به هيچ وجه جايز نبوده و به دليل بوجود آمدن خطرات جسمي‎ـ رواني و حتي جاني، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پيگيري قانوني قرار خواهد گرفت.

**نام و امضاء همراه بیمار نام و امضاء بیمار**

**پیوست پنج- ملاک­های تشخیصی وابستگی به مواد افیونی**

احراز تشخیص وابستگی به مواد افیونی یکی از ملزومات ورود به برنامه درمان با داروهای آگونیست است. طبقه­بندی بین­المللی بیماری­ها[[136]](#footnote-137) و کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی[[137]](#footnote-138) ملاک­های تشخیصی تقریباً مشابهی برای وابستگی به مواد ارایه نموده­اند.

در آخرین ویرایش ملاک­های تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) «اختلالات مرتبط با مواد و رفتارهای اعتیادی» تغییرات اساسی در مقایسه با ویرایش پیشین (DSM-4) نشان می­دهد. در ویرایش پنجم تشخیص سوءمصرف و وابستگی به مواد در قالب یک تشخیص تحت عنوان «اختلال مصرف مواد» ادغام شده­اند. ملاک­های تشخیصی اختلال مصرف مواد در DSM-5 مشابه ملاک­های DSM-4 برای تشخیص­های سوءمصرف و وابستگی است با این تفاوت که ملاک مشکلات قانونی مکرر برای سوءمصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد افزوده شده است. آستانه تشخیص اختلال مصرف مواد در DSM-5 به صورت وجود دو ملاک یا بیشتر از ملاک­های تعیین شده است، هر چند در DSM-4 آستانه تشخیص سوءمصرف وجود یک ملاک یا بیشتر و آستانه تشخیص وابستگی وجود سه ملاک یا بیشتر است. شدت اختلالات مصرف مواد در DSM-5 بر اساس تعداد ملاک­های موجود مشخص می­شود به این صورت که وجود 3-2 ملاک اختلال خفیف، 5-4 ملاک اختلال متوسط و 6 ملاک یا بیشتر اختلال شدید را نشان می­دهد. در DSM-5 فروکش اولیه به صورت عدم وجود ملاک­ها (به جز وسوسه) به مدت حداقل 3 و حداکثر 12 ماه تعریف می­شود و فروکش طول کشیده به صورت عدم وجود ملاک­ها (به جز وسوسه) بیش از 12 ماه تعریف می­شود.

در کادر زیر ملاک­های تشخیصی DSM-IV-TR برای **سوءمصرف مواد** آورده شده است. در صورتی که ماده مورد مصرف و مشکل­آفرین از دسته مواد افیونی باشد، آن گاه تشخیص «سوءمصرف مواد افیونی» مطرح می­شود.

الف) الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه شده و با **یک یا چند** علامت از علایم زیر در طول یک دوره­ی **12 ماهه** تظاهر می­کند:

1. مصرف مکرّر مواد منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می­شود (مانند غیبت­های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده، غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد، غفلت از فرزندان و خانواده)
2. مصرف مکرر مواد در موقعیت­هایی که در مصرف مواد در آن­ها از نظر جسمانی خطرناک است (مثل رانندگی یا کار با ماشین­آلات تحت تاثیر مواد)
3. مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مواد)
4. مصرف مداوم مواد علی­رغم مشکلات پایدار یا عودکننده­یِ اجتماعی یا بین­فردی که ناشی از مصرف ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده­ند (مثل مشاجره با همسر در مورد عواقب نشئگی، نزاع فیزیکی)

ب) نشانه­های فوق هیچ گاه واجد ملاک­های وابستگی به این خانوده از مواد نبوده­اند.

در کادر زیر ملاک­های تشخیصی DSM-IV-TR برای **وابستگی به مواد** آورده شده است. در صورتی که ماده مورد مصرف و مشکل­آفرین از دسته مواد افیونی باشد، آن گاه تشخیص «وابستگی به مواد افیونی» مطرح می­شود.

ملاک­های تشخیصی DSM-IV-TR برای **وابستگی به مواد**

یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که منجر به تخریب قابل ملاحظه یا ناراحتی شده و با **سه** مورد از موارد زیر در طول یک دوره­ی **12 ماهه** تظاهر می­کند:

1. **تحمل** که به یکی از دو صورت زیر تعریف می­شود:

(الف) نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تاثیر دلخواه

(ب) کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر ثابتی از آن

1. حالت **ترک** که به یکی از دو شکل زیر ظاهر می­شود:

(الف) سندرم ترک مشخص برای آن ماده (به ملاک­های الف و ب ترک مواد خاص مراجعه شود)

(ب) همان ماده (یا ماده­ای مشابه آن) برای رفع یا جلوگیری از علایم ترک مصرف می­شود.

1. ماده غالباً به مقادیری بیش­تر یا دوره­ای طولانی­تر از آن چه مورد نظر است مصرف می­شود.
2. میل دایمی برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد و یا تلاش­های ناموفقی در این زمینه صورت می­گیرد.
3. زمان زیادی در فعالیت­های مربوط به بدست آوردن ماده (مثلاً مراجعه به پزشکان مختلف یا رانندگی­های طولانی)، مصرف ماده (مثلاً تذخین پیاپی) یا رهایی از آثار ماده صرف می­شود.
4. فعالیت­های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به خاطر مصرف مواد کنار گداشته می­شوند.
5. ادامه مصرف مواد علی­رغم آگاهی از مشکلات روان­شناختی یا جسمانی مستمر یا عودکننده­ای که احتمالاً از مصرف ماده ناشی شده و یا در نتیجه آن تشدید می­شوند (مانند ادامه مصرف کوکایین علی­رغم افسردگی ناشی شده از آن یا ادامه مصرف الکل علی­رغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با مصرف آن شدت می­یابد)

مشخص کنید اگر:

**با وابستگی فیزیولوژیک:** شواهد تحمل یا ترک (یعنی یکی از موارد (1) یا (2) وجود دارد)

**بدون وابستگی فیزیولوژیک:** نبود شواهد تحمل یا ترک (یعنی هیچ کدام از موارد (1) یا (2) وجود ندارند)

**معرف­های سیر**

|  |  |
| --- | --- |
| فروکش کامل اولیه  فروکش نسبی اولیه  فروکش کامل مستمر | فروکش نسبی مستمر  تحت درمان با آگونیست  در محیط کنترل­شده |

وابستگی به مواد افیونی در **طبقه­بندی بین­المللی بیماری­ها** با وجود سه ملاک یا بیشتر از ملاک­های زیر به صورت هم­زمان در طول 12 ماه گذشته تعریف می­شود:

(1) میل شدید یا احساس اجبار برای مصرف مواد افیونی

(2) دشواری در کنترل مصرف

(3) یک وضعیت محرومیت فیزیولوژیک

(4) تحمل

(5) چشم­پوشی پیش­رونده نسبت به سایر لذائذ یا علایق به خاطر مصرف مواد افیونی، زمان فزاینده­ای برای بدست آوردن یا مصرف ماده یا بهبودی از اثرات آن

(6) تداوم مصرف مواد افیونی علی­رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب­رسان آن

**پیوست شش- فرم­ها**

**فرم شماره 1- فرم اطلاعات پایه**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگي: .............................................................. | محل  الصاق  عکس |
| 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 اطلاع همکاران خواهد رسید.

**فرم شماره 2- فرم ارزیابی پایه**

|  |  |
| --- | --- |
| **یک- اطلاعات كلي** |  |
| 1. نام و نام ‎خانوادگي: | 1. شماره پرونده: |
| 1. نام مصاحبه‎گر: | 1. تاريخ مصاحبه: روز ماه سال |
| 1. جنسیت: مرد 🞏 زن 🞏 |  |
| 1. سن: ............... | 1. سال تولد: ............................. |
| 1. تحصیلات: (تعداد سال­های تکمیل شده تحصیل) .................... | |
| 1. وضعیت تأهل:   در حال حاضر متأهل هستم. 🞏  متاركه كرده‎ام (ولي هنوز طلاق نگرفته‎ام و متأهل هستم). 🞏  بيوه هستم (در حال حاضر نيز ازدواج نكرده‎ام). 🞏  طلاق گرفته‎ام (در حال حاضر نيز ازدواج نكرده‎ام). 🞏  هيچگاه ازدواج نكرده‎ام. 🞏 | |
| 1. 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**

1. جدول تاریخچه مصرف مواد

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام ماده** | **سن در اولین بار مصرف؟** | **تعداد سال­های مصرف مستمر؟** | **تعداد روزهای مصرف در ماه قبل؟** | **کُد روش مصرف در ماه قبل؟**\* | **ملاحظات** |
| 1 | تنباکو |  |  |  |  |  |
| 2 | حشیش |  |  |  |  |  |
| 3 | مشروبات الکلی |  |  |  |  |  |
| 4 | تریاک و شیره |  |  |  |  |  |
| 5 | هروئین |  |  |  |  |  |
| 6 | کِراک هروئین |  |  |  |  |  |
| 7 | متادون غیرقانونی |  |  |  |  |  |
| 8 | بوپرنورفین غیرقانونی |  |  |  |  |  |
| 9 | مسکن­های افیونی تزریقی (نورجزیک، تمجزیک... ) |  |  |  |  |  |
| 10 | داروهای افیونی خوراکی (کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات) |  |  |  |  |  |
| 11 | مت­آمفتامین (شیشه) |  |  |  |  |  |
| 12 | اِکستیسی (قرص اِکس) |  |  |  |  |  |
| 13 | کوکائین |  |  |  |  |  |
| 14 | داروهای آرام­بخش و خواب­آور |  |  |  |  |  |
| 15 | استروئیدهای آنابولیک |  |  |  |  |  |
| 16 | مواد توهم­زا (LSD، قارچ و... ) |  |  |  |  |  |
| 17 | مواد استنشاقی (چسب، تینر و... ) |  |  |  |  |  |
| **\*کد روش مصرف:** خوراكي 1 / مشامي 2 /استنشاقی 4 / تدخين 3 / تزريق غير وريدي 4 / تزريق وريدي 5 | | | | | | |

1. 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) ...................................................

1. در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط **روزانه** چقدر بوده است؟ ....................... تومان
2. به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده­اید؟ ....................... تومان
3. **تا کنون** چند بار به خاطر بیش­مصرفی مواد (اُوردوز) به بیمارستان یا مرکز درمانی مراجعه کرده­اید؟ ...... بار

**سه- تاریخچه اقدامات پیشین درمان**

1. آیا **در طول عمر** خود اقدام به درمان برای وابستگی به مواد کرده­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏
2. 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)** |
| 1 | درمان نگهدارنده با متادون |  |  |
| 2 | درمان نگهدارنده با بوپرنورفین |  |  |
| 3 | درمان با کمک تنتور اُپیوم |  |  |
| 4 | درمان نگهدارنده با نالترکسون |  |  |
| 5 | سم­زدایی سرپایی تحت نظر پزشک (برای مثال با بوپرنورفین یا کلونیدین) |  |  |
| 6 | سم­زدایی بدون نظارت درمان­گران |  |  |
| 7 | سم­زدایی بستری بدون بی­هوشی |  |  |
| 8 | سم­زدایی بستری تحت بی­هوشی (UROD) |  |  |
| 9 | بازتوانی اقامتی (TC) |  |  |
| 10 | درمان اقامتی (کمپ) |  |  |
| 11 | درمان در مراکز تأدیبی (زندان، مراکز اقامتی اجباری) |  |  |
| 12 | سایر، مشخص کنید ....................................... |  |  |

1. آیا **در ماه گذشته** تحت درمان بوده­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏
2. اگر بله، کد آن را از جدول بالا انتخاب کنید؟ ..........................
3. **در سال گذشته** چند دوره در مراکز قانونی موجود در اجتماع تحت نظر درمان­گران حرفه­ای درمان گرفته­اید؟ ......... دوره
4. آیا **تا کنون** در جلسات NA شرکت کرده­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏
5. اگر بله، مجموعاً چند ماه؟ ................. ماه

**چهار- سابقه رفتارهای پرخطر**

1. آیا در **طول عمر خود** سابقه تزریق مواد داشته­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏 عدم تمایل به پاسخ­گویی 🞏
2. اگر بله، سن شما در زمان اولین تزریق چند سال بود؟ ....... سال
3. آیا در **سال گذشته** مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏 عدم تمایل به پاسخ­گویی 🞏
4. در **ماه گذشته**، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده­اید؟ ............ بار
5. در **ماه گذشته** چند از بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد ديگري از آن استفاده كرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فيلتر، ملاقه، آب) تزريق داشته‎ايد؟ ............ بار
6. آیا **تا کنون** با کسی رابطه جنسی داشته­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏 عدم تمایل به پاسخ­گویی 🞏
7. اگر بله، **در ماه گذشته**، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ............ بار
8. چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ............ بار
9. در **ماه گذشته**، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته­اید؟ ............ بار
10. چند بار آن با کاندوم بوده است؟
11. چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ............ بار
12. **تا کنون** در طی عمر خود چند بار زندانی شده­اید؟ ............ بار
13. چند بار آن مرتبط با مواد بوده است؟ ............ بار
14. چند بار آن غیرمرتبط با مواد بوده است؟ ............ بار
15. در **سال گذشته** چند بار زندانی شده­اید؟ ............ بار
16. در **ماه گذشته** چند بار پرخاش­گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته­اید؟ ............ بار
17. چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ............ بار
18. در **طی عمر** خود آیا اقدام به فروش مواد کرده­اید؟ بله 🞏 خیر 🞏 عدم تمایل به پاسخ­گویی 🞏
19. در **ماه گذشته** چطور؟ بله 🞏 خیر 🞏 عدم تمایل به پاسخ­گویی 🞏

**پنج- وضعیت طبی و روان­پزشکی**

1. آيا از بيماري مزمن طبي كه نیازمند مداخله طبی باشد یا با زندگي معمول شما تداخل داشته باشد، رنج مي‎بريد؟

بله 🞏 مشخص کنید: ..................................................... خیر 🞏

1. آيا **در حال حاضر** داروي خاصي برای بیماری­های طبی خود مصرف مي‎كنيد؟

بله 🞏 مشخص کنید: ..................................................... خیر 🞏

1. آيا به دارويي حساسيت داريد؟ بله 🞏 مشخص کنید: ..................................................... خیر 🞏
2. 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 🞏

1. 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 🞏

1. جدول غربال­گری مشکلات روان­پزشکی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سئوال** | **طول عمر؟** | **ماه گذشته؟** | **ملاحظات** |
| 1 | احساس افسردگی یا غمگینی جدی، نااُمیدی، از دست دادن علائق، بی­حوصلگی شدید در انجام اُمور روزانه داشته­اید؟ |  |  |  |
| 2 | اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی­قراری داشتید؟ |  |  |  |
| 3 | حالات توهم داشته­اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟ |  |  |  |
| 4 | در کنترل رفتار پرخاش­گرانه مشکل داشته­اید؟ (حملات خشم یا خشونت) |  |  |  |
| 5 | اقدام به خودزنی داشته­اید؟ |  |  |  |
| 6 | افکار جدی خودکشی داشته­اید؟ |  |  |  |
| 7 | اقدام به خودکشی کرده­اید؟ |  |  |  |

1. سابقه درمان­های روان­پزشکی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سئوال** | **طول عمر؟** | **ماه گذشته؟** | **ملاحظات** |
| 1 | سابقه درمان سرپایی برای مشکلات روان­پزشکی؟ |  |  |  |
| 2 | سابقه درمان بستری برای مشکلات روان­­پزشکی؟ |  |  |  |

1. آيا **در حال حاضر** داروي روان­پزشکی خاصي مصرف مي‎كنيد؟

بله 🞏 مشخص کنید: ..................................................... خیر 🞏

**شش- وضعیت خانوادگی و اجتماعی**

1. آیا شما مهارت شغلی خاصی دارید؟ بله 🞏 مشخص کنید: .......................................................................... خیر 🞏
2. آیا شما گواهینامه رانندگی معتبر دارید؟ بله 🞏 خیر 🞏 توضیحات: ...........................................
3. وضعيت شغلي شما در طي **سه ماه اخير** چگونه بوده است؟

شاغل تمام وقت (حداقل 5 روز كار در هفته، روزي 8 ساعت) 🞏 شاغل پاره وقت منظم 🞏 شاغل پاره وقت نامنظم 🞏

بازنشسته، ازكار افتاده يا مستمري بگير 🞏 محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز 🞏 خانه‎دار 🞏

داراي درآمد بدون كار 🞏 بيكار 🞏

1. در **ماه گذشته** از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته­اید؟

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه­گذاری؟ | ............................. تومان |
| 2 | بازنشستگی یا بیمه ازکاراُفتادگی؟ | ............................. تومان |
| 3 | کمک مؤسسه­های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و... ) | ............................. تومان |
| 4 | کمک خانواده، بستگاه یا دوستان | ............................. تومان |

1. در **ماه گذشته**، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته­اید؟ .................. روز
2. در **ماه گذشته**، چند روز را به خاطر بيماري يا غيبت غيرموجه سركار نرفته‎ايد؟ .................. روز
3. 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: .................................................

1. در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می­کنید (بیشتر اوقات در **ماه گذشته**)؟

با خانواده 🞏 با دوستان یا همکاران 🞏 تنها 🞏 سایر 🞏 مشخص کنید: .................................................

1. در **ماه گذشته**، چند روز با اعضاي خانواده زندگي كرده‎ايد؟ .................. روز
2. در **ماه گذشته**، چقدر با اعضاي خانواده مشكل داشته‎ايد؟

اصلاً 🞏 اندکی 🞏 در حد متوسط 🞏 زیاد 🞏 بسیار زیاد 🞏

1. آیا شما در حال حاضر با کسی زندگی می­کنید که مواد مصرف می­کند؟ بله 🞏 خیر 🞏
2. 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**

1. وضعیت تأهل در ماه گذشته: متأهل 🞏 متاركه 🞏 بيوه 🞏 مطلقه 🞏 هرگز ازدواج نکرده 🞏
2. 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** |
| 1 | تنباکو |  |  |  | 10 | کدئین، ترامادول، دیفنوکسیلات |  |  |  |
| 2 | حشیش |  |  |  | 11 | مت­آمفتامین (شیشه) |  |  |  |
| 3 | مشروبات الکلی |  |  |  | 12 | اِکستیسی (قرص اِکس) |  |  |  |
| 4 | تریاک و شیره |  |  |  | 13 | کوکائین |  |  |  |
| 5 | هروئین |  |  |  | 14 | داروهای آرام­بخش و خواب­آور |  |  |  |
| 6 | کِراک هروئین |  |  |  | 15 | استروئیدهای آنابولیک |  |  |  |
| 7 | متادون غیرقانونی |  |  |  | 16 | مواد توهم­زا (LSD، قارچ و... ) |  |  |  |
| 8 | بوپرنورفین غیرقانونی |  |  |  | 17 | مواد استنشاقی (چسب، تینر و... ) |  |  |  |
| 9 | نورجزیک، تمجزیک... |  |  |  | **\*کد روش مصرف:** خوراكي 1 / مشامي 2 /استنشاقی 4 / تدخين 3 / تزريق غير وريدي 4 / تزريق وريدي 5 | | | | |

1. در ماه گذشته ارزش مواد مخدر مصرفی شما به طور متوسط **روزانه** چقدر بوده است؟ ....................... تومان
2. به طور متوسط چقدر از این هزینه را خود شما نقداً پرداخت کرده­اید؟ ....................... تومان
3. در **ماه گذشته**، چند بار مواد را به صورت تزریقی استفاده کرده­اید؟ ............ بار
4. در **ماه گذشته** چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد ديگري از آن استفاده كرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فيلتر، ملاقه، آب) تزريق داشته‎ايد؟ ............ بار
5. **در ماه گذشته**، چند بار رابطه جنسی داشتید؟ ............ بار
6. چند بار آن با کاندوم بوده است؟ ............ بار
7. در **ماه گذشته**، چند بار با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته­اید؟ ............ بار
8. چند بار آن با کاندوم بوده است؟
9. چند بار آن در ازای پول یا مواد بوده است؟ ............ بار
10. در **ماه گذشته** چند بار پرخاش­گری فیزیکی (چه در داخل منزل چه در خارج آن) داشته­اید؟ ............ بار
11. چند بار آن منجر به مداخله پلیس شده است؟ ............ بار
12. در **ماه گذشته** آیا اقدام به فروش مواد کرده­اید ؟ بله 🞏 خیر 🞏 عدم تمایل به پاسخ­گویی 🞏
13. جدول غربال­گری مشکلات روان­پزشکی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سئوال** | **ماه گذشته؟** | **ملاحظات** |
| 1 | احساس افسردگی یا غمگینی جدی، نااُمیدی، از دست دادن علائق، بی­حوصلگی شدید در انجام اُمور روزانه داشته­اید؟ | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |
| 2 | اضطراب جدی، نگرانی بیش از حد یا بی­قراری داشتید؟ | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |
| 3 | حالات توهم داشته­اید؟ یعنی چیزهایی را ببینید یا بشنوید که وجود خارجی ندارند؟ | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |
| 4 | در کنترل رفتار پرخاش­گرانه مشکل داشته­اید؟ (حملات خشم یا خشونت) | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |
| 5 | اقدام به خودزنی داشته­اید؟ | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |
| 6 | افکار جدی خودکشی داشته­اید؟ | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |
| 7 | اقدام به خودکشی کرده­اید؟ | **بله 🞏 خیر 🞏** |  |

1. وضعيت شغلي شما در طي **سه ماه گذشته** چگونه بوده است؟

شاغل تمام وقت (حداقل 5 روز كار در هفته، روزي 8 ساعت) 🞏 شاغل پاره وقت منظم 🞏 شاغل پاره وقت نامنظم 🞏

بازنشسته، ازكار افتاده يا مستمري بگير 🞏 محصل، طلبه، دانشجو یا سرباز 🞏 خانه‎دار 🞏

داراي درآمد بدون كار 🞏 بيكار 🞏

1. در **ماه گذشته** از هر یک منابع زیر چقدر درآمد داشته­اید؟

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | اشتغال یا درآمد ناشی از سرمایه­گذاری؟ | ............................. تومان |
| 2 | بازنشستگی یا بیمه ازکاراُفتادگی؟ | ............................. تومان |
| 3 | کمک مؤسسه­های خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و... ) | ............................. تومان |
| 4 | کمک خانواده، بستگاه یا دوستان | ............................. تومان |

1. در **ماه گذشته**، چند روز کار در ازای مزد یا درآمد داشته­اید؟ .................. روز
2. در **ماه گذشته**، چند روز را به خاطر بيماري يا غيبت غيرموجه سركار نرفته‎ايد؟ .................. روز
3. 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: .................................................

1. در حال حاضر شما با چه کسی زندگی می­کنید (بیشتر اوقات در **ماه گذشته**)؟

با خانواده 🞏 با دوستان یا همکاران 🞏 تنها 🞏 سایر 🞏 مشخص کنید: .................................................

1. در **ماه گذشته**، چند روز با اعضاي خانواده زندگي كرده‎ايد؟ .................. روز
2. در **ماه گذشته**، چقدر با اعضاي خانواده مشكل داشته‎ايد؟

اصلاً 🞏 اندکی 🞏 در حد متوسط 🞏 زیاد 🞏 بسیار زیاد 🞏

1. 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 روان­شناس** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**فرم پنج- فرم پرستار**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **روز هفته** | **تاریخ** | **نتیجه آزمایش ادرار** | **دوز دارو توزیع شده** | **توضیحات** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**پیوست هفت- اگوریتم تجویز متادون در روز اول**

خیر

بیمار هوشیار است

بلی

از تجویز متادون خودداری شود

تا 30 میلی­گرم متادون تجویز شود

بیمار با توصیه­های لازم مرخص گردد

علایم محرومیت وجود ندارد

گذشت 2 ساعت

**پیوست هشت- الگوریتم تجویز متادون در روز دوم**

بیمار با توصیه­های لازم مرخص گردد

علایم محرومیت وجود دارد

علایم محرومیت وجود ندارد

گذشت 2 ساعت

تجویز 10 میلی­گرم متادون

علایم محرومیت وجود دارد

بیمار با توصیه­های لازم مرخص گردد

علایم محرومیت وجود ندارد

گذشت 2 ساعت

تجویز 10 میلی­گرم متادون

علایم محرومیت وجود دارد

مراجعه بیمار

علایم محرومیت شدید

کاهش هوشیاری و خواب­آلودگی

بدون علایم محرومیت یا علایم اندک

دوز روز قبل به علاوه 5 تا 10 میلی­گرم

تکرار دوز روز قبل

تحت نظر گرفتن بیمار

برطرف شدن سریع خواب­آلودگی و بروز علایم ترک

برطرف شدن کند خواب­آلودگی و عدم بروز علایم ترک

موکول ادامه درمان به روز بعد

تجویز دوز روز قبل یا کسری از آن

1. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) instrument [↑](#footnote-ref-2)
2. depot [↑](#footnote-ref-3)
3. racemic [↑](#footnote-ref-4)
4. μ [↑](#footnote-ref-5)
5. abuse potential [↑](#footnote-ref-6)
6. Temegesic [↑](#footnote-ref-7)
7. harm reduction [↑](#footnote-ref-8)
8. abstinence based [↑](#footnote-ref-9)
9. stabilized [↑](#footnote-ref-10)
10. stigma [↑](#footnote-ref-11)
11. retention [↑](#footnote-ref-12)
12. Social reintegration [↑](#footnote-ref-13)
13. preoccupation [↑](#footnote-ref-14)
14. tolerance [↑](#footnote-ref-15)
15. compulsive use [↑](#footnote-ref-16)
16. impulsive behavior [↑](#footnote-ref-17)
17. future myopia [↑](#footnote-ref-18)
18. lack of persistence [↑](#footnote-ref-19)
19. drug cues [↑](#footnote-ref-20)
20. relapse [↑](#footnote-ref-21)
21. Brain reward system [↑](#footnote-ref-22)
22. chaotic [↑](#footnote-ref-23)
23. Bockmuhl [↑](#footnote-ref-24)
24. Ehrhart [↑](#footnote-ref-25)
25. I.G Farbenkonzerm [↑](#footnote-ref-26)
26. Hoechst [↑](#footnote-ref-27)
27. 6-dimethylamino-4-4-diphenyl-3-heptone [↑](#footnote-ref-28)
28. Chiral [↑](#footnote-ref-29)
29. Stereo-isomeric [↑](#footnote-ref-30)
30. Levorotatory R-(–)-methadone [↑](#footnote-ref-31)
31. L- Methadone [↑](#footnote-ref-32)
32. Dextrorotatory S-(+)- methadone [↑](#footnote-ref-33)
33. D- Methadone [↑](#footnote-ref-34)
34. Enantiomers [↑](#footnote-ref-35)
35. 2-ethylidene-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidine (EDDP) [↑](#footnote-ref-36)
36. trough [↑](#footnote-ref-37)
37. stereoselective [↑](#footnote-ref-38)
38. bioavailability [↑](#footnote-ref-39)
39. α1-acid glycoprotein (AAG) [↑](#footnote-ref-40)
40. cross-tolerance [↑](#footnote-ref-41)
41. NDMA: N-methyl-D-aspartate [↑](#footnote-ref-42)
42. *torsades de pointes* [↑](#footnote-ref-43)
43. psychotropic [↑](#footnote-ref-44)
44. addictive [↑](#footnote-ref-45)
45. disket [↑](#footnote-ref-46)
46. absolute indications and contraindication [↑](#footnote-ref-47)
47. relative indications and contraindications [↑](#footnote-ref-48)
48. mandatory treatment [↑](#footnote-ref-49)
49. methadone transition programs [↑](#footnote-ref-50)
50. opioid dependent [↑](#footnote-ref-51)
51. naloxone challenge test (NCT) [↑](#footnote-ref-52)
52. hardcore [↑](#footnote-ref-53)
53. protracted withdrawal syndrome [↑](#footnote-ref-54)
54. multi-dimensional [↑](#footnote-ref-55)
55. UIC: Unique Identification Code [↑](#footnote-ref-56)
56. early induction [↑](#footnote-ref-57)
57. late induction [↑](#footnote-ref-58)
58. stabilization [↑](#footnote-ref-59)
59. potency [↑](#footnote-ref-60)
60. tolerance [↑](#footnote-ref-61)
61. cross-tolerance [↑](#footnote-ref-62)
62. equivalent [↑](#footnote-ref-63)
63. sedate [↑](#footnote-ref-64)
64. drowsy [↑](#footnote-ref-65)
65. intact orientation [↑](#footnote-ref-66)
66. empathic [↑](#footnote-ref-67)
67. supportive [↑](#footnote-ref-68)
68. reinforcing effect [↑](#footnote-ref-69)
69. stabilized [↑](#footnote-ref-70)
70. overdose [↑](#footnote-ref-71)
71. PTSD [↑](#footnote-ref-72)
72. chronic pain syndrome [↑](#footnote-ref-73)
73. top drug use [↑](#footnote-ref-74)
74. supervised [↑](#footnote-ref-75)
75. contingency management [↑](#footnote-ref-76)
76. specificity [↑](#footnote-ref-77)
77. quantitative [↑](#footnote-ref-78)
78. diversion [↑](#footnote-ref-79)
79. New South Wales [↑](#footnote-ref-80)
80. WHO [↑](#footnote-ref-81)
81. SAMSHA [↑](#footnote-ref-82)
82. child proof [↑](#footnote-ref-83)
83. home visit [↑](#footnote-ref-84)
84. Rapport [↑](#footnote-ref-85)
85. Therapeutic alliance [↑](#footnote-ref-86)
86. Yoyo dosing [↑](#footnote-ref-87)
87. CNS depressant [↑](#footnote-ref-88)
88. PRN [↑](#footnote-ref-89)
89. PM: physician management [↑](#footnote-ref-90)
90. case management [↑](#footnote-ref-91)
91. counseling [↑](#footnote-ref-92)
92. MI: motivational interviewing [↑](#footnote-ref-93)
93. Ambivalence [↑](#footnote-ref-94)
94. Contingency management [↑](#footnote-ref-95)
95. behavioral activation [↑](#footnote-ref-96)
96. boredom [↑](#footnote-ref-97)
97. the wall [↑](#footnote-ref-98)
98. brief structured interventions [↑](#footnote-ref-99)
99. package [↑](#footnote-ref-100)
100. laymen [↑](#footnote-ref-101)
101. Behavioral Drug and Risk Reduction Counselling (BDRRC) [↑](#footnote-ref-102)
102. relaxation [↑](#footnote-ref-103)
103. spiritual [↑](#footnote-ref-104)
104. FTA-ABS [↑](#footnote-ref-105)
105. HbsAg [↑](#footnote-ref-106)
106. Hbs Ab [↑](#footnote-ref-107)
107. hyperalgesic [↑](#footnote-ref-108)
108. opioid-induced hyperalgia [↑](#footnote-ref-109)
109. polymorphic [↑](#footnote-ref-110)
110. Torsade de pointes [↑](#footnote-ref-111)
111. Bazzett’s formula [↑](#footnote-ref-112)
112. the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) [↑](#footnote-ref-113)
113. resilience [↑](#footnote-ref-114)
114. conduct disorder [↑](#footnote-ref-115)
115. ADHD [↑](#footnote-ref-116)
116. transference [↑](#footnote-ref-117)
117. counter-transference [↑](#footnote-ref-118)
118. callbacks [↑](#footnote-ref-119)
119. input [↑](#footnote-ref-120)
120. process [↑](#footnote-ref-121)
121. output [↑](#footnote-ref-122)
122. output [↑](#footnote-ref-123)
123. impact [↑](#footnote-ref-124)
124. Amprenavir [↑](#footnote-ref-125)
125. Efavirenz [↑](#footnote-ref-126)
126. Indinavir [↑](#footnote-ref-127)
127. Paroxetine [↑](#footnote-ref-128)
128. Disulfiram [↑](#footnote-ref-129)
129. Ritonavir [↑](#footnote-ref-130)
130. Zopiclone [↑](#footnote-ref-131)
131. Zidovudine [↑](#footnote-ref-132)
132. Selegiline [↑](#footnote-ref-133)
133. Molobemide [↑](#footnote-ref-134)
134. Nelfinavir [↑](#footnote-ref-135)
135. Nevirapine [↑](#footnote-ref-136)
136. International Classification of Diseases (ICD) [↑](#footnote-ref-137)
137. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [↑](#footnote-ref-138)