

معاونت سلامت

پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست

ویرایش دوم

زمستان ۱۳۸۴

ادارهٔ پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
دفتر سلامت روانی اجتماعی و مدارس

ادارهٔ کنترل ایدز
مرکز مدیریت بیماری‌ها

مرکز ملی مطالعات اعتیاد
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

برنامه کمک جهانی برای مبارزه با اچ آی وی، سل و مالاریا
Global Fund against HIV, Tuberculosis, and
Malaria

سرپرست مؤلفان
دکتر محسن وزیریان

گردآورندگان:
دکتر ستاره محسنی‌فر
دکتر گلاره مستشاری
دکتر محسن وزیریان

فهرست دیگر نهادها و صاحب نظرانی که ما را با نظرات کارشناسی خود یاری داده‌اند:

- ◀ انجمن علمی روان‌پزشکان ایران
- ◀ انجمن علمی اعتیاد
- ◀ انستیتو روان‌پزشکی تهران وابسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران
- ◀ گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی

- دکتر مهرداد احترامی، روان‌پزشک
- دکتر مهرداد افتخار، روان‌پزشک
- دکتر احمد جلیلی، روان‌پزشک
- دکتر محمدرضا حدادی، پزشک
- دکتر مهدی حسینی، روان‌پزشک
- دکتر آفرین رحیمی موقر، روان‌پزشک
- دکتر عمران محمد رزاقی، روان‌پزشک
- دکتر محمدرضا سرگلزایی، روان‌پزشک
- دکتر مریم سرگلزایی، پزشک
- دکتر سپیده سیگاری، متخصص پزشکی اجتماعی
- دکتر حمید صالح پور، روان‌پزشک
- حمیدرضا طاهری نخست، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
- دکتر رابرت فرنام، روان‌پزشک
- دکتر علی فیض زاده، متخصص اپیدمیولوژی
- دکتر سید ابراهیم قدوسی، پزشک
- دکتر محمدمهدی گویا، متخصص عفونی
- دکتر کامبیز محضری، پزشک
- دکتر میترا معتمدی، متخصص عفونی
- دکتر آذرخش مگری، روان‌پزشک

صفحه ۷	مقدمه
صفحه ۱۰	فصل ۱ - کلیات و مفاهیم اولیه
صفحه ۱۰	بیان مساله
صفحه ۱۱	تعریف داروهای آگونیست افیونی
صفحه ۱۲	انواع درمان با متادون
صفحه ۱۲	مزایا و مشکلات درمان نگهدارنده با متادون
صفحه ۱۴	جایگاه درمان نگهدارنده با متادون در کاهش آسیب
صفحه ۱۶	فصل ۲ - فارماکولوژی بالینی و سم‌شناسی متادون
صفحه ۱۷	ساخت و ساز
صفحه ۱۹	نکات مهم فارماکوکیتیک متادون
صفحه ۲۲	مسمومیت با متادون
صفحه ۲۴	فصل ۳ - ورود بیمار به درمان با متادون
صفحه ۲۴	مشخص کردن هویت بیمار
صفحه ۲۴	ارزیابی بیمار
صفحه ۲۷	تشخیص بالینی
صفحه ۲۸	ارائه اطلاعات در مورد سایر درمان‌های موجود
صفحه ۲۸	ارائه اطلاعات در مورد درمان با متادون
	فصل ۴ - واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست (درمانگاه متادون)
صفحه ۲۹	
صفحه ۲۹	رتبه‌بندی واحد و تعداد پرسنل
صفحه ۳۰	امکانات درمانگاه
صفحه ۳۱	شرح وظائف پرسنل درمانگاه
صفحه ۳۲	نحوه تجویز متادون
	نحوه تقسیم متادون برای استفاده در درمان نگهدارنده
صفحه ۳۳	و سم‌زدایی
	واحد درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری
صفحه ۳۳	جهت خدمات‌رسانی به معتادان خیابانی
صفحه ۳۴	راه‌اندازی واحد قمر برای معتادان سخت‌دسترس
	راه‌اندازی واحد درمان نگهدارنده در مراکز مشاوره

صفحه ۳۵	بیماری‌های رفتاری
صفحه ۳۶	فصل ۵ - سم‌زدایی با متادون
صفحه ۳۹	فصل ۶- درمان نگهدارنده با متادون
صفحه ۳۹	معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون
صفحه ۳۹	عوامل موثر در تعیین مقدار اولیه تجویز متادون
صفحه ۴۰	تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران
صفحه ۴۰	دوره القاء و پایدارسازی
صفحه ۴۱	دوره نگهدارنده
صفحه ۴۱	ویزیت پزشک
صفحه ۴۲	سایر مداخله‌های غیردارویی
صفحه ۴۳	ارزیابی نتایج درمان
صفحه ۴۳	بیماران با نیازهای خاص
صفحه ۴۳	بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی
صفحه ۴۳	زنان باردار
صفحه ۴۴	درمان علائم ترک در نوزادان
صفحه ۴۵	بیماران با بیماری روان‌پزشکی همراه
صفحه ۴۵	درمان درد مزمن و متادون
صفحه ۴۵	بردن متادون تجویز شده به منزل
صفحه ۴۸	ختم درمان
صفحه ۴۹	پیشگیری از مرگ ناشی از مسمومیت با متادون
	فصل ۷ - شرایط لازم برای راه‌اندازی واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست
صفحه ۵۲	
صفحه ۵۲	دوره‌های آموزشی لازم برای پزشکان واحد
	فعالیت مرکز درمان نگهدارنده با متادون در روزهای
صفحه ۵۲	تعطیل
صفحه ۵۲	معیار جمعیتی و موقعیت جغرافیایی
	فصل ۸ - پایش و ارزشیابی واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست
صفحه ۵۴	
صفحه ۵۴	سطوح پایش و ارزشیابی
صفحه ۵۴	اهداف پایش و ارزشیابی

صفحه ۵۴	ابزار پایش و ارزشیابی
صفحه ۵۵	نظارت در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی
صفحه ۵۶	برنامه آموزشی برای ناظران درمان
صفحه ۵۶	گردش کار سیستم نظارتی و ارزشیابی
صفحه ۵۹	منابع
صفحه ۶۲	پیوستها
صفحه ۶۲	فرم‌های واحد درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست افیونی
صفحه ۸۴	فرم نرم‌افزاری
صفحه ۸۶	چک لیست نظارت بر واحد درمان نگهدارنده با متادون
صفحه ۸۸	دستورالعمل چک لیست نظارتی واحد درمان نگهدارنده با متادون
صفحه ۹۱	جدول اطلاعات درمان مراکز و واحدها
صفحه ۹۲	راهنمای تکمیل جدول اطلاعات درمان
صفحه ۹۳	آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد

مقدمه

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

تا سال ۱۳۸۰ تنها درمان سم‌زدایی در کشور ما مقبولیت داشت که عمدتاً با داروهای غیرمخدر صورت می‌گرفت. با شروع درمان نگهدارنده با متادون به صورت پایلوت در چند درمانگاه در سطح تهران و معدودی شهرهای دیگر در سال ۱۳۸۱، به تدریج آثار مثبت این درمان بر کاهش رفتارهای پرخطر تزریقی و نیز بهبود وضعیت اجتماعی اقتصادی آنان مشهود گشت. در آن زمان هنوز پروتکل کشوری برای درمان با متادون وجود نداشت. این مهم در اواخر سال ۱۳۸۱ توسط اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد با همکاری معدودی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران آغاز شد. به این ترتیب در سال ۱۳۸۲ پیش‌نویس پروتکل درمان با متادون جهت استفاده در طرحهای پایلوت توسط اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد منتشر شد. تدوین این پیش‌نویس عمدتاً محصول زحمات بی‌وقفه خانم دکتر مستشاری، روانپزشک و کارشناس وقت اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد (کارشناس فعلی کاهش تقاضا در دفتر جرائم و مواد سازمان ملل متحد در تهران) و با لحاظ نظرات استادانه آقای دکتر آذرخش مکری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بود.

در سال ۱۳۸۳ در حالیکه طرح درمان نگهدارنده با متادون هنوز مراحل آزمایشی خود را می‌گذرانید، مراکز خصوصی که عمدتاً از سازمان بهزیستی کشور مجوز فعالیت دریافت کرده بودند، اقبال گسترده‌ای به استفاده از متادون نشان دادند. این امر بدون هماهنگی با معاونت سلامت وزارتخانه و بدون نظارت معاونتهای درمان دانشگاهها صورت گرفت. لذا نگاه درمانی در این مراکز همان سم‌زدایی‌های کوتاه مدت بود که در اغلب موارد با اقدامات پیگیرانه پیشگیری از عود همراه نبود. این امر موجب شد معاونت سلامت در سال ۱۳۸۳ اقدام به تهیه آئین‌نامه جدیدی برای درمان اعتیاد کند تا از یک‌سو فعالیتهای این مراکز را تحت نظارت و کنترل خود گرفته و از سوی دیگر سیاست درمان طولانی‌مدت نگهدارنده با متادون را که چه در مطالعات خارجی و چه داخلی تفوق خود را بر سم‌زدایی نشان می‌داد، تحقق بخشد. در انتهای سال ۱۳۸۳ آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد توسط وزیر بهداشت وقت امضا شد و در ابتدای سال ۱۳۸۴ ابلاغ شد. هم‌زمان با آن دو پروتکل درمانی توسط معاونت سلامت ابلاغ گردید: پروتکل درمان سوءمصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست. در پروتکل اول، عمدتاً درمانهای دارویی و غیردارویی بدون استفاده از داروهای آگونیست افیونی توضیح داده شده بود و در پروتکل دوم به درمان با متادون پرداخته شده بود.

با توجه به سیاست سخت‌گیرانه‌ای که در آئین‌نامه نسبت به مراکز خصوصی که از سازمان بهزیستی مجوز گرفته

بودند در پیش گرفته شده بود، و برای مثال آنان شش ماه فرصت داشتند از دانشگاه علوم پزشکی و وزارتخانه مجوز فعالیت بگیرند و قاعدتاً می‌بایست پروانه قبلی بهیستی را باطل نموده و بعد درخواست تأسیس مرکز جدید خود را به دانشگاه ارائه نمایند، فضای مجادله و جر و بحث بین سازمان بهیستی کشور و معاونت سلامت در سطح کشوری و ادارات کل بهیستی استانها و دانشگاههای علوم پزشکی در سطح استانی در گرفت. مشکلات دیگری نیز در آئین‌نامه مزید بر علت شد و آن تعیین متر از بالا (۲۰۰ متر) و تعیین پنج نفر به عنوان مؤسس برای مرکز بود که عملاً دست پزشکان را در احداث مرکز می‌بست. بوروکراسی اداری و مراحل متعددی که باید برای کسب مرکز و واحد درمانی در دانشگاه و وزارتخانه طی می‌شد نیز روند تأسیس مراکز جدید را با مشکل روبرو می‌ساخت. برخی از مفاد پروتکل درمان نیز مشکل ساز شده بود، از جمله اینکه می‌بایست از بدو دریافت متادون، نود درصد آن صرف درمان نگهدارنده شود که طبعاً درآمد مرکز را که عمدتاً بر درمان سم‌زدایی استوار است (یا حداقل اینطور تلقی می‌شود)، را با چالش روبرو می‌ساخت. همینطور اختصاص ۸۰ درصد از درمان نگهدارنده به بیماران تزریقی، عمده مراجعان مراکز که معتادان غیرتزریقی بودند، را از درمان نگهدارنده با آگونیست محروم می‌ساخت. یکی دیگر از مفاد پروتکل، وجود یک مرکز به ازای صد هزار نفر جمعیت عمومی منطقه بود، این قید از این جهت گذاشته شده بود تا در سال اول تأسیس، دانشگاهها با خیل عظیم متقاضیان روبرو نشده و امکان نظارت مؤثر بر مراکز وجود داشته باشد، اما از آنجا که در برخی شهرها تعداد مراکز موجود از تعداد ظرفیت وضع شده بیشتر بود، بسیاری از مراکز موجود باید تعطیل می‌شد.

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در تمامی سال ۱۳۸۴ در حال گفتگو و مذاکره با طرفهای مختلف بحث از سازمان بهیستی و ادارات مختلف معاونت سلامت گرفته تا پزشکان متقاضی دریافت مجوز مرکز و واحد و نیز بیماران بود. لحاظ تمامی نظرات که بعضاً با یکدیگر منافات داشتند در پروتکل و آئین‌نامه امکان پذیر نبود، اما با توجه به ایجاد فضای وفاق بین دستگاههای دست‌اندرکار درمان که پس از استقرار دولت جدید در نیمه دوم سال ۱۳۸۴ شکل گرفت، موجب اصلاحات بسیار اساسی در آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد شد و به مراکز خصوصی که از سازمان بهیستی مجوز گرفته بودند، اجازه داده شد همچون مراکزی که از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پروانه بهره‌برداری گرفته‌اند بتوانند واحد درمان با آگونیست را با نظارت دانشگاه تأسیس نمایند. همچنین پزشکان می‌توانند به تنهایی تقاضای تأسیس مرکز نمایند و متر از مرکز با رتبه ۳ به ۷۰ متر تقلیل پیدا کرد.

در اصلاح پروتکل سعی شده است نظرات سازمانها، نهادها، مؤسسات دانشگاهی، صاحب‌نظران برجسته کشور در امر اعتیاد و ایدز لحاظ شود. جمع‌بندی این نظرات عمدتاً مرهون تلاشهای خستگی‌ناپذیر خانم دکتر ستاره محسنی‌فر، روانپزشک و کارشناس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد بوده است که در تهیه نسخه قبلی هر دو پروتکل نیز نقش اساسی داشتند.

در پروتکل جدید، حدنصاب تعداد مراکز صرفاً برای مراکز خصوصی در نظر گرفته شد و به یک واحد برای ۵۰ هزار نفر جمعیت منطقه تغییر پیدا کرد. به این ترتیب تعداد مراکز خصوصی در هر منطقه از کشور به بیش از دو

برابر افزایش خواهد یافت (دیگر مراکز دولتی مانعی برای تأسیس مراکز خصوصی نخواهند بود). همچنین، نسبت ۹۰ به ۱۰ در تعداد قرصهای متادونی که به ترتیب در درمان نگهدارنده و درمان سم‌زدایی مصرف می‌شود، پس از شش ماه از شروع کار مرکز حاصل می‌شود. سعی شده است تعداد قرصهای متادونی که صرف سم‌زدایی می‌شود به گونه‌ای باشد تا سودآوری مرکز از همان روز اول شروع به کار آن تضمین شود. به طور کلی نسبت ۸۰ به ۲۰ در تعداد بیماران تزریقی به غیرتزریقی برای اغلب مراکز حذف شده است. اگرچه شاید این امر موجب کاهش تعداد معتادان تزریقی‌ای شود که در مراکز تحت درمان نگهدارنده قرار خواهند گرفت، اما نمی‌توان منکر این واقعیت شد که اصولاً معتادان تزریقی بی‌بضاعت کمتر توان مراجعه به مراکز خصوصی را دارند و تنها در صورتی که دولت، یارانه‌ای به این مراکز جهت تحت پوشش دادن این دسته از معتادان پرداخت نماید یا درمان نگهدارنده با متادون تحت پوشش بیمه قرار گیرد این معضل قابل حل است. با اینحال بر اساس مفاد پروتکل فعلی، تمامی بیماران مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری (کلینیکهای مثلثی) و مراکز گذری (DIC) می‌بایست تزریقی باشند. با توجه به نیاز مبرمی که احساس می‌شد و خصوصاً به توصیه برنامه کمک جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (Global Fund) بخش جدیدی به این پروتکل جهت پایش و ارزشیابی برنامه درمان با آگونیزست به همراه تعداد قابل ملاحظه‌ای فرم، چک‌لیست و جدول با راهنمای تکمیل آنها اضافه شده است که امید می‌رود بتواند هر لحظه نظام درمانی را از وضعیت درمان با آگونیزست در سطح کشور آگاه سازد.

لازم به یادآوری است در آینده نزدیک با ورود داروی آگونیزست دیگر، بوپرنورفین، به نظام درمانی اعتیاد در کشور، پروتکل ضمیمه‌ای مختص به اصول درمان سم‌زدایی و نگهدارنده با این دارو توسط معاونت سلامت منتشر خواهد شد.

در انتها از تمامی پزشکان و درمانگران و صاحبان نظران تقاضا می‌گردد هرگونه پیشنهاد و انتقادی نسبت به این پروتکل دارند با اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکاتبه نموده و نظر ارزشمند خود را در اختیار این اداره قرار دهند.

دکتر محسن وزیریان

رئیس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

و عضو هیئت علمی مرکز ملی مطالعات اعتیاد

فصل ۱

کلیات و مفاهیم اولیه

۱-۱ بیان مسئله

معضل مصرف و وابستگی به مواد مخدر مشکلی پیچیده و چند وجهی است. علل مصرف مواد بسیار متنوع بوده و مربوط به عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، بین فردی و فردی است و اغلب تشخیص علت اصلی آن دشوار است. حل این معضل نیز در بسیاری از مواقع مشکل‌تر از فهم علل و عوامل سبب‌ساز و تسهیل‌کننده آن است. طبق برخی مطالعات تعداد معتادان به مواد افیونی در کشور در حال افزایش است. اگر خانواده فرد معتاد که به انحاء مختلف درگیر مشکلات و مصائب ناشی از مصرف مواد می‌گردند به حساب آورده شود، متوجه می‌شویم که بخش قابل توجهی از مردم کشورمان با این مسئله دست به گریبان هستند.

وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی در مراحل پیشرفته‌تر و به خصوص مصرف هروئین، همراه با مخاطرات بسیاری برای فرد و جامعه است. بسیاری از معتادان به هروئین قادر نیستند علی‌رغم درمان‌های مختلف به وضعیت پرهیز مداوم دست یابند و در صورت نبود درمانی محافظت‌کننده ناگزیر به ادامه حیاتی خواهند بود که تا آخر عمر تنها حول محور تهیه و مصرف مواد دور می‌زند.

تعداد مصرف‌کنندگان هروئین در کشور سیری صعودی را طی می‌کند و در حال حاضر بیش از ۲۵۰ هزار تن تخمین زده می‌شود، در حالی که تعداد کل وابستگان مواد افیونی در برخی مطالعات یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده شده است. در مطالعات گوناگون درصد بیماران با شیوه مصرف تزریقی در کشورمان بین ۱۰ تا ۱۵ درصد کل معتادان مواد افیونی تخمین زده شده است. اگرچه در بسیاری از موارد معتادان به تریاک کمابیش از نظر شغلی فعال هستند، اما طبیعت اعتیاد به هروئین به علت شدت دوره‌های نشنگی و خماری به گونه‌ای است که امکان کار کردن را از فرد معتاد سلب می‌کند. از آنجا که اغلب این افراد جوان و در بهترین سنین بهره‌وری هستند، احتساب فقدان نیروی کار ناشی از سوء مصرف مواد به خصوص هروئین و آسیبی که جامعه از خروج این افراد از چرخه کار می‌بیند چندان هم دشوار نیست.

بر اساس آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تا پایان دی ماه ۱۳۸۴، ۶۲/۳٪ از موارد ثبت شده آلودگی به ویروس نقص ایمنی (عامل ایدز) در اثر اعتیاد تزریقی بوده است. با در نظر گرفتن اینکه تقریباً تمامی زنان ثبت شده آلوده به این ویروس را همسران این افراد تشکیل می‌داده اند (منوز در کشور بررسی‌های نظام‌مند درصد آلودگی در روسپیان صورت نگرفته است)، تاثیر سایر رفتارهای پرخطر این افراد بر خود، خانواده و جامعه روشن‌تر می‌شود. هپاتیت B و C در بسیاری از معتادان تزریقی نسبت به جمعیت غیرمعتاد شیوع بسیار بالاتری دارد. افزایش شیوع این بیماریها عموماً پس از طی دوره‌ای از اپیدمی متمرکز میان معتادان تبدیل به اپیدمی منتشر در سطح جامعه خواهد شد.

در حال حاضر جرایم مرتبط با مواد مخدر بیشترین درصد جرایم را تشکیل می‌دهد و ۴۷٪ زندانیان در رابطه

با مواد مخدر در حبس به سر می‌برند.

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

در سالهای اخیر مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد در کشور در حال افزایش بوده است. این میزان در سال ۱۳۸۲ به ۴۲۹۶ نفر رسید که ۷۰ درصد افزایش نسبت به سال قبل از آن نشان می‌دهد. علت این مرگ و میر اغلب مصرف بیش از اندازه و مسمومیت مرگبار متعاقب آن است. در بعضی موارد نیز مسمومیت تعمداً و به علت افسردگی به وقوع می‌پیوندد که به علت عدم مراجعه روانپزشکی درمان نشده است. اصولاً اختلال‌های روانپزشکی همراه در بسیاری از موارد مشاهده می‌شوند.

۱-۲ تعریف داروهای آگونیست افیونی

داروهای آگونیست^۱ افیونی، موادی هستند که همانند مواد افیونی^۲ طبیعی^۳ (تریاک) و نیمه صنعتی^۴ (هروئین^۵) برگیرنده^۶ مو (μ) اپیوئیدی اثر می‌گذارند. متادون^۷ و لوو آلفا استیل متادول^۸ یا لوومتادیل (*LAAM*) آگونیست خالص گیرنده^۹ مو هستند. بوپرنورفین^۹ که آگونیست نسبی گیرنده^۹ مو و آنتاگونیست نسبی گیرنده^۹ کاپا است نیز در این دسته قرار دارد. از دیگر داروهای این دسته می‌توان به سولفات مورفین^{۱۰} و تئور اپیوم^{۱۱} (*TO*) اشاره نمود. به دلیل این که در حال حاضر قرص زیربانی^۲ و ۸ میلی‌گرمی بوپرنورفین در چرخه تولید دارو در کشور وجود ندارد، فعلاً تنها متادون در برنامه درمان نگهدارنده مورد استفاده قرار می‌گیرد. بدیهی است که در سال‌های آینده از بوپرنورفین و دیگر داروهای آگونیست نیز در این برنامه استفاده خواهد شد.

^۱ Agonist

^۲ Opiates

^۳ Natural

^۴ Semi-synthetic

^۵ Heroin

^۶ Receptor

^۷ Methadone

^۸ L- α - Acetyl- Methadole

^۹ Buprenorphine

^{۱۰} Morphine Sulfate

^{۱۱} Opium Tincture

۱-۳ انواع درمان با متادون

متادون را در درمان اعتیاد می‌توان برای دو هدف به کار برد. در **سم‌زدایی**^۱ مقدار متادون به تدریج کاهش یافته و سپس قطع می‌گردد. از آنجا که سم‌زدایی صرفاً جزئی از یک برنامه درمانی بلندمدت **پیشگیری از عود**^۲ بوده و درمان کاملی تلقی نمی‌شود، پیگیری بعدی و پیشگیری از عود باید متعاقب آن طراحی و اجرا شود. مدت متوسط سم‌زدایی مورد قبول این پروتکل ۳ تا ۴ هفته می‌باشد.

در **درمان نگهدارنده**^۳ مقدار دارو به تدریج افزایش داده می‌شود تا جایی که علائم ترک مشهود نباشند و ولع مصرف مواد غیرقانونی نیز به واسطه مصرف متادون به حداقل ممکن برسد. درمان نگهدارنده به مدت طولانی برای حداقل چندین ماه و معمولاً بیش از یک سال و گاهی مادام‌العمر انجام می‌شود. در کسانی که واقعاً به درمان نگهدارنده نیاز داشته باشند در صورت قطع این درمان اغلب پس از مدت بسیار کوتاهی عود اتفاق می‌افتد و بیمار به مصرف مجدد مواد غیر قانونی روی خواهد آورد. بنابراین در صورت ختم درمان در این افراد حفظ ارتباط با مرکز درمانی برای پیگیری‌های بعدی و احیاناً شروع مجدد درمان ضروری است.

۱-۴ مزایا و مشکلات درمان نگهدارنده با متادون:

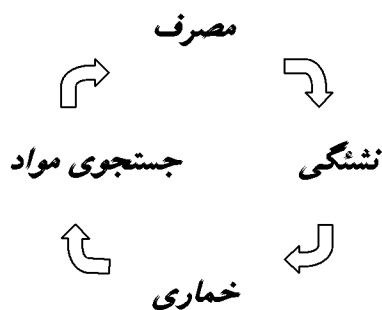
درمان نگهدارنده با متادون فواید زیر را به همراه دارد:

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

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

درمان نگهدارنده با متادون هرچند خود نوعی وابستگی^۴ به این دارو است اما مساوی با اعتیاد^۵ تلقی نمی‌گردد.

زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از «**دور باطل مصرف**» رها می‌شود:



^۱ Detoxification

^۲ Relapse Prevention

^۳ Maintenance

^۴ Dependence

^۵ Addiction

مصرف و سواس گونه مواد که در کنار آن به ندرت جایی برای پرداختن به کارهای دیگر باقی می ماند به واقع اساس رفتار اعتیادی است. این رهایی برگشت مجدد فرد به جامعه و معطوف ساختن توان فرد به سایر زمینه ها را امکان پذیر می کند.

با وجود موفقیت اثبات شده این شیوه درمانی در بسیاری از کشورهای جهان، در صورت تجویز سهل انگارانه و غیر مسئولانه ممکن است مخاطراتی جدی ایجاد گردد. متادون دارویی بالقوه سمی با شاخص درمانی پایین^۱ است، یعنی مقدار داروی مورد نیاز برای درمان به مقدار مسمومیت زای این دارو بسیار نزدیک است. خصوصاً مصرف توأم آن با مواد و داروهای دیگر خطرات بالقوه زیادی به همراه دارد لذا تجویز و ارائه آن باید با دقت و احتیاط بسیار انجام شود.

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

^۱ Low therapeutic index

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

خطر	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> • عدم آشنایی پزشک با دارو • فارماکوکینتیک پیچیده • بازار سیاه • بیمار متادون را در اختیار افراد دیگر قرار دهد 	<ul style="list-style-type: none"> • مصرف خوراکی متادون تحت نظارت تیم درمانی • دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند
خطر بالای مسمومیت در ده روز اول درمان	<ul style="list-style-type: none"> • توضیح در مورد خطر مسمومیت به بیمار • مراقبت تنگاتنگ بیمار • دقت و ظرافت در تنظیم دوز درمانی
تزریق متادون برده شده به منزل	<ul style="list-style-type: none"> • رقیق کردن متادون تجویز شده جهت بردن به منزل تا حداقل ۲۰۰ میلی لیتر • دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند.
مسمومیت اتفاقی اطرافیان بخصوص کودکان، از طریق متادون برده شده به منزل	<ul style="list-style-type: none"> • تأکید بر نگهداری دارو دور از دسترس دیگران خصوصاً کودکان • تأکید بر سمیت دارو برای افراد خارج از برنامه درمان با متادون
مرگ ناشی از مصرف چند ماده همزمان با مصرف متادون	<ul style="list-style-type: none"> • برقراری راپو (ارتباط درمانی) مناسب با بیمار • ارائه اطلاعات در مورد خطر مصرف چند ماده به طور همزمان • آموزش بیمار و خانواده در مورد علائم مسمومیت : بیدار نشدن، صداهای تنفسی اضافی، کاهش عمق و بسامد تنفسی، سیانوز
سوانح و تصادفات	<ul style="list-style-type: none"> • توضیح به بیمار در مورد خطر رانندگی و کار روی ماشین‌های بالقوه خطرناک تا زمان تنظیم سطح خونی
بیماری‌های روانپزشکی همراه بخصوص خطر خودکشی	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی خطر خودکشی • ارزیابی وضعیت روانپزشکی • شک زیاد پزشک به وجود خطر خودکشی • ارجاع به مراکز دارای امکانات درمان روانپزشکی در صورت نیاز
قطع درمان	<ul style="list-style-type: none"> • برقراری راپو و ارتباط مناسب درمانی با بیمار

۱-۵ جایگاه درمان نگهدارنده با متادون در کاهش آسیب

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

^۲ Harm Reduction

^۳ Abstinence

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

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

^۱ Social Reintegration

فصل ۲

فارماکولوژی بالینی و سم‌شناسی متادون

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

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

دوز یکسان متادون می‌تواند در افراد مختلف اثرات متفاوتی داشته باشد. این دارو دارای مدت اثر طولانی بوده و مسکن و مخدر است. اثر درمانی متادون از اتصال آن به گیرنده‌های اوبیوئیدی ناشی می‌شود. اثر عبور اولیه^۳ این دارو در کبد بسیار بالاست. متادون برای حمل در خون و در بافتها به آلبومین و سایر پروتئینها در ریه، کلیه، کبد و طحال متصل می‌شود و به تدریج تعادلی آهسته میان این بافتها و خون در روزهای اولیه پس از درمان شکل می‌گیرد و پس از چند بار مصرف منجر به تجمع می‌شود. برای استفاده مطمئن از متادون لازم است بیمارانی که دچار مشکل سوءمصرف مواد هستند فارماکولوژی آن را درک کنند. استفاده همزمان از سایر مواد و داروهای تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی به همراه متادون با خطر جدی مسمومیت همراه است. بیشترین خطر مسمومیت در روزهای آغازین درمان یعنی زمانی است که تعادل میان سطح متادون در بافتها و خون ایجاد می‌شود و این تعادل با مصرف مرتب دارو توسط بیمار برقرار می‌گردد.

نیمه عمر

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

^۱ Slow peak blood levels

^۲ Low Therapeutic Index

^۳ First Pass Effect

آغاز درمان

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

استفاده منظم

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

وعده فراموش شده

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

تحمل

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

۱-۲ سوخت و ساز^۲

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

دفع کلیوی

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

بارداری

دفع کلیوی متادون در زمان بارداری افزایش یافته و باعث کاهش سطح خونی متادون می‌گردد. در صورت عدم توجه به این مسئله ممکن است این کاهش سطح خونی باعث عدم پاسخ درمانی مناسب، خود درمانی با مواد

^۱ Neuroadaptation

^۲ Methabolism

افیونی و در نهایت مسمومیت بیماران شود. زنان باردار ممکن است از تقسیم مقدار تجویز شده در دو دوز منقسم روزانه سود ببرند. به علت تغییرات دفع کلیوی متادون در زمان بارداری، این افراد می‌بایست جزو افراد پر خطر در درمان متادون در نظر گرفته شوند.

تداخل‌های دارویی^۱

داروهایی که باعث القا یا مهار فعالیت آنزیمهای P₄₅₀ و خصوصاً CYP_{3A4} می‌شوند، می‌توانند با سوخت و ساز متادون تداخل کنند.

داروهایی که می‌توانند باعث مهار آنزیم CYP_{3A4} شوند (یعنی ممکن است سطح خونی متادون را افزایش دهند):

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

القا کننده‌های آنزیم CYP_{3A4} (یعنی داروهایی که ممکن است سطح خونی متادون را کاهش دهند):

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

هیچیک از داروهای فوق نباید در دوره القای متادون آغاز شوند. در صورتیکه بیمار پیش از آغاز درمان متادون از داروهای مهارکننده استفاده می‌کرده، باید شروع و بالا بردن متادون با دقت و احتیاط بسیار انجام شود. به بیمار باید راجع به تداخل احتمالی داروها تذکر داد و علائم مسمومیت احتمالی باید به دقت معاینه شوند. مواد دیگری نیز هستند که به دلایلی به جز مهار آنزیم Cyp₄₅₀ بر متابولیسم متادون اثر می‌گذارند: از جمله داروهایی که اثر مهار کننده بر متابولیسم متادون دارند عبارتند از: آلپورینول، پروپوکسیفن، کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، دی‌سولفیرام، ایزونیازید و اتوکسازین.

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

^۱ Drug Interactions

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

- هرچند بنزودیازپینها خود معمولاً باعث دپرسیون تنفسی نمی شوند، اما در حضور متادون می توانند خطر آنها را افزایش دهند.

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

- داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای در دوز بالا می توانند باعث دپرسیون تنفسی و ادم ریوی شوند. مصرف همزمان این داروها با متادون می تواند خطر مسمومیت را بالا ببرد. بیمارانی که داروهای سه حلقه ای دریافت می کنند باید از لحاظ خودکشی مورد بررسی دقیق تری قرار گیرند. در حین درمان نیز باید علائم احتمالی مسمومیت با دقت بیشتری مرور شوند.

در جدول ۲.۱ داروهایی که به دلایل فارماکوکیتیک یا فارماکودینامیک باعث تغییر سطح خونی متادون می شوند، آورده شده اند.

جدول ۲.۱

داروهایی که سطح خونی متادون را بالا می برند	
<ul style="list-style-type: none"> • فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین • ونلافاکسین، نغازودون • کلوتریمازول، کتوکونازول • پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون، تستوسترون • نیفدیپین، وراپامیل، دیلتیازم • اریترومایسین، کلاریترومایسین • کینیدین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین بلاستین، بروموکریپتین، سایمتیدین، لیدوکائین، آفلاتوکسین B 	<p>به واسطه اثر مهارکننده بر CYP 3A4</p>
<ul style="list-style-type: none"> • پروپوکسی فن دیسولفیرام • آلوپورینول • کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، ایزونیاژید 	<p>با سایر مکانیسم های فارماکوکیتیک</p>
الکل (در مصرف حاد)، بنزودیازپین ها، داروهای سه حلقه ای	
داروهایی که سطح خونی متادون را پایین می آورند	
<ul style="list-style-type: none"> • فنوباریتال، فنی توین، پریمیدون • ریفامپین و ریفاپوتین • گلوکوکورتیکوئیدها • زایدوودین، ریتانوویر 	<p>به واسطه اثر القاکننده بر CYP 3A4</p>
الکل (در مصرف مزمن) و سیگار	
سایر مکانیسم ها	

۲-۲ نکات مهم فارماکوکینتیک متادون

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

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

موارد احتیاط در مصرف

- سابقه حمله آسم همراه با دپرسیون تنفسی به خصوص همراه با سیانوز و ترشحات برونکیال بیش از اندازه
- مصرف بالای الکل
- ضربه سر اخیر، افزایش فشار داخل جمجمه‌ای
- درمان با مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز
- بیماری کرون یا کولیت اولسروز فعال
- اختلال شدید کارکرد کبدی
- اسپاسم شدید مجاری صفراوی و کلیوی
- کهولت (افراد مسن)
- اختلال کارکرد کبدی
- هیپوتیروئیدیسم
- فتوکروموسیتوم و اختلالهای دیگر فوق کلیوی

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

عوارض مصرف متادون

عوارض متادون مشابه سایر مواد افیونی است:

- وابستگی فیزیولوژیک
 - تهوع و استفراغ
 - سرگیجه، احساس سبکی در سر
 - تعریق شبانه و منگی
 - تغییر در عادت ماهیانه (اغلب سوء مصرف کنندگان مواد افیونی در این زمینه اختلال نشان می‌دهند که بامتادون بهبود می‌یابد).
 - کاهش اشتها در اوایل مصرف (معمولاً به سرعت مرتفع می‌شود)
 - ضعف تنفسی (دپرسیون تنفسی) (به خصوص در حضور سایر مواد تضعیف کننده دستگاه عصبی)
 - گزارشهای موردی: افت فشار خون، ادم، کولاپس
- در هنگام درمان، بیماران نسبت به اکثر این عوارض تحمل پیدا می‌کنند. اما متادون از جهاتی با سایر مواد افیونی تفاوت دارد: نیمه عمر طولانی تری دارد، مدت اثر آن در افراد مختلف متفاوت است، میزان انتشار آن در بافتها بیشتر است و به دنبال مصرف مداوم در بدن تجمع پیدا می‌کند.

سلامت دندانها

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

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

عارضه	علت معمول	اقدام لازم
خواب آلودگی	<ul style="list-style-type: none"> تجویز بیش از اندازه مصرف سایر داروهای تضعیف اعصاب (الکل و بنزودیازپینها) 	<ul style="list-style-type: none"> بازبینی میزان مصرف و احیاناً کاهش میزان مصرف کاهش مصرف سایر مواد
ولع برای مصرف هروئین	مقدار مصرف ناکافی	بازبینی مقدار مصرف و احیاناً افزایش مقدار مصرف
یبوست	<ul style="list-style-type: none"> متادون رژیم غذایی نامتناسب شیوه زندگی 	<ul style="list-style-type: none"> توصیه به رژیم غذایی با مواد حاوی فیبر توصیه به نوشیدن مایعات کافی توصیه به پیاده روی و ورزش در صورت نیاز: درمان دارویی یبوست
مشکلات دهان و دندان	<ul style="list-style-type: none"> کاهش میزان بزاق به علت متادون مشکلات بهداشت دهان و دندان از قبل از مصرف متادون عدم رعایت بهداشت دهان و دندان در زمان حاضر 	<ul style="list-style-type: none"> توصیه به رعایت بیشتر بهداشت دهان و دندان استفاده از مسواک و نخ دندان توصیه به پرهیز از مصرف مواد غذایی حاوی قند و استفاده از آدامس بدون قند
افزایش وزن	<ul style="list-style-type: none"> احتباس مایع بهبود اشتها کاهش تحرک 	<ul style="list-style-type: none"> بازبینی مقدار مصرف متادون کاهش میزان مصرف نمک تغییر رژیم غذایی توصیه به افزایش تدریجی تحرک و ورزش
اختلال خواب	<ul style="list-style-type: none"> مصرف بیش از اندازه یا ناکافی زمان مصرف استفاده از مواد محرک (چای، قهوه، سیگار، آمفتامینها) 	<ul style="list-style-type: none"> بازبینی مقدار مصرف متادون توجه به زمان مصرف متادون شناسایی مصرف مواد محرک و توصیه به عدم مصرف به خصوص از عصر به بعد بررسی رعایت اصول بهداشت خواب
کاهش میل جنسی	<ul style="list-style-type: none"> مقدار متادون بیش از نیاز مشکلات روانی اجتماعی / وضعیتی 	<ul style="list-style-type: none"> بازبینی مقدار مصرف متادون بررسی سابقه بیمار و توصیه به مشاوره

۲-۳ مسمومیت با متادون

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

علائم مسمومیت با متادون

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

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

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

مصرف وسواس گونه مواد ویژگی اصلی اعتیاد است. در این گروه از بیماران مصرف چند ماده مختلف بسیار رایج است که شامل استفاده غیر قانونی از داروها بدون تجویز پزشک هم می‌شود. بسیاری از این مواد تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی نیز هستند. مجموعه این مشکلات به همراه ویژگیهای خاص متادون وضعیت بالینی پیچیده‌ای را موجب می‌شود که مستلزم ارزیابی و مدیریت بالینی دقیق به خصوص در چند هفته اول درمان است. باید راجع به تداخل سایر مواد مصرفی با متادون و دپرسیون تنفسی ناشی از آن به طور جدی به بیمار هشدار داد.

^۱ Slurred Speech

فصل ۳

ورود بیمار به درمان با متادون

۳-۱ مشخص کردن هویت بیمار

ارائه شناسنامه، برای تجویز دوز منزل ضروری است. بنابراین در معتادان خیابانی و بی‌خانمان (که به آنها دوز منزل تعلق نمی‌گیرد)، نیازی به احراز هویت جهت دریافت دارو نیست. در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، بر اساس نام و نام خانوادگی ذکرشده توسط بیمار، پرونده تشکیل می‌گردد. اما به بیمار تذکر داده می‌شود که تنها در صورت احراز هویت، در ماه‌های بعد به او دوز منزل تحویل داده خواهد شد. به منظور پیشگیری از مراجعه همزمان بیمار به دو مرکز، و نیز برای تسهیل دریافت دارو در مسافرت‌های احتمالی، شبکه رایانه‌ای واحدهای درمان با داروهای آگونیست درحال راه‌اندازی است، که مطابق فرم پیوست (صفحه ...) می‌بایست تکمیل گردد. همانگونه که ملاحظه می‌شود، کد تعلق گرفته به بیمار، بر اساس حرف اول نام، و حرف اول و سوم نام خانوادگی بیمار تعیین می‌گردد. بنابراین بهتر است برای تکمیل این فرم، شناسنامه بیمار رویت گردد.

تا قبل از راه‌اندازی شبکه رایانه‌ای، در مسافرت‌های بیمار که طول آن بیش از مدت زمان دوز منزل می‌باشد، لازم است که پزشک مربوطه (مبدأ) با مرکزی در شهرستان مقصد هماهنگی به عمل آورده، و بیمار را با معرفی-نامه‌ای که در آن مشخصات بیمار، مرحله درمان و دوز متادون دریافتی او قید شده است، به آن مرکز ارجاع دهد. لازم به ذکر است که بهتر است در هنگامی که بیمار در مرحله القای درمان است، مسافرت نکند.

۳-۲ ارزیابی بیمار

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

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

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

بررسی انگیزه درمان

- دلیل اقدام به ترک در حال حاضر
 - ارزیابی انگیزه و توانایی بیمار برای ادامه درمان
- توجه به این نکته ضروری است که انگیزه اغلب بیماران فاقد ثبات لازم است و لازم است پزشک با ابراز همدلی و حمایت و اجتناب از مجادله با بیمار، وی را در تداوم مراجعات درمانی تشویق کند.

سابقه درمانهای اعتیاد به مواد افیونی

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

سابقه بیماریهای جسمانی و روان پزشکی و وضعیت فعلی

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

تاریخچه شخصی و اجتماعی

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

تاریخچه درگیری با قانون

- سابقه محکومیت و زندان
- سابقه دستگیری
- علت دستگیری و محکومیت
- وضعیت فعلی

سابقه خانوادگی

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

سابقه رفتارهای پر خطر

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

ارزیابی خطر مسمومیت با متادون

خطر مسمومیت زمانی بالاتر است که:

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

هرچه خطر مسمومیت بالاتر باشد، باید زمان بیشتری را به برقراری راپو^۱ با بیمار اختصاص داد. می‌بایست خطر مسمومیت ناشی از استفاده از سایر مواد قانونی و غیر قانونی را به وی متذکر شد و درمان با متادون را با مقدار

کمتری آغاز کرد. مقدار دارو نباید در ۲ تا ۴ روز اول به سرعت افزایش داده شود. برای ارزیابی مسمومیت متادون، باید ۴ ساعت پس از اولین دوز متادون بیمار را مورد ارزیابی قرار داد.

ارزیابی پاراکلینیکی

آزمایش‌های زیر جهت بررسی وضعیت تندرستی بیمار توصیه می‌شود:

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

معاینه فیزیکی

در معاینه فیزیکی به‌خصوص باید بر موارد زیر تاکید کرد:

- علائم ترک
- علائم سوء تغذیه
- علائم بیماری کبدی (زردی، هیپتواسپلنومگالی،...)
- اندازه مردمکها
- سوفل قلبی
- علائم و شواهد عفونت با ویروس نقص ایمنی (HIV)
- جای تزریق و آبسه
- خالکوبی و یا جراحتهای گذشته به سبب خود درمانی یا درگیری و کشمکش با دیگران

۳- تشخیص بالینی

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

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

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

۳-۴ ارائه اطلاعات در مورد سایر درمانهای موجود

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

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

۳-۵ ارائه اطلاعات در مورد درمان با متادون

پزشک باید اطلاعات زیر را در اختیار بیماران قرار دهد:

- متادون دارویی با خواص اعتیادآور است و بنابراین مصرف آن می‌بایست تحت نظر پزشک باشد.
- از زمان مصرف متادون احتمالاً دو تا چهار ساعت طول خواهد کشید تا متادون به حداکثر اثر درمانی خود برسد.
- به بیماری که نامزد درمان نگهدارنده با متادون است، توضیح داده می‌شود که احتمالاً چند هفته طول خواهد کشید تا متادون به سطح نگهدارنده خود برسد.
- در هفته‌های اول به خصوص به دنبال مصرف سایر مواد تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی مانند الکل و بنزودیازپینها خطر مسمومیت زیاد است. مستی با الکل بالاخص از این جهت خطرناک می‌باشد.

^۱ Therapeutic Community

- در مورد داروهایی که امکان دارد با سطح خونی متادون تداخل کرده و آنرا افزایش یا کاهش دهند، به بیمار توضیح داده شود (ن.ک.فصل ۲).
- آثار و عوارض مصرف متادون برای بیمار روشن گردد.
- شرایط درمان نگهدارنده با متادون همانند لزوم مراجعه روزانه (حتی در روزهای تعطیل) به بیمار اعلام گردد.
- توضیح داده شود که در هفته‌های اول درمان می‌بایست در رانندگی احتیاط کند.
- قرارداد درمانی (فرم شماره ۱) برای بیمار کاملاً توضیح داده شود، از جمله اینکه در مدت درمان اجازه فروش مواد به سایر بیماران و مشاخره و برخورد فیزیکی در مرکز درمانی ندارد.
- یادآوری مدت زمان لازم برای درمان نگهدارنده که حداقل یک سال بوده و ممکن است تا چند سال نیز به طول بیانجامد.
- مخارج درمانی برای بیمار شرح داده شود.
- راجع به علائم مسمومیت با بیمار و احیاناً بستگان او صحبت شود و بر ضرورت مراجعه اورژانس در صورت بروز علائم تاکید گردد.
- در مورد سایر اقدامهای کاهش آسیب مانند تزریق بهداشتی و استفاده از کاندوم حین مقاربت به بیمار آموزش داده شود.

پس از ارائه اطلاعات فوق، بیمار حائز شرایط وارد درمان می‌شود.

فصل ۴

واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست (درمانگاه متادون)

۱-۴ رتبه‌بندی واحد و تعداد پرسنل

واحدهای درمان با متادون بر اساس قابلیت‌های فنی و تجربه تخصصی به رتبه‌های ۳، ۲، و ۱ تقسیم‌بندی می‌شوند. در ابتدا تمام واحدها با رتبه ۳ راه‌اندازی می‌گردند (در شرایط خاص، با تصویب کمیته بررسی صلاحیت متقاضیان راه‌اندازی واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، از ابتدا مجوز رتبه‌های ۲ و ۱ اعطا می‌شود).

رتبه ۳:

واحد با رتبه ۳ دارای شرایط ذیل است:

- حداکثر تعداد بیماران تحت پوشش درمان نگهدارنده با متادون: ۵۰ نفر
- حداقل تعداد پرسنل: یک پزشک (که در این صورت خود پزشک مسئول واحد می‌باشد)، یک پرستار/بهبیار، یک روانشناس بالینی یا کارشناس مشاوره

رتبه ۲:

شرایط ارتقاء رتبه واحد از ۳ به ۲:

- فعالیت واحد در رتبه ۳ حداقل به مدت یکسال
 - عدم گزارش تخلف از سوی دانشگاه یا وزارتخانه در طی مدت فعالیت
- شرایط واحد با رتبه ۲:
- حداکثر تعداد بیماران تحت پوشش درمان نگهدارنده: ۱۰۰ نفر
 - حداقل متراژ ساختمانی: ۱۰۰ متر مربع
 - حداقل تعداد پرسنل:
 - چنانچه واحد در یک نوبت (شیفت) کاری به ارائه درمان نگهدارنده می‌پردازد: دو پزشک، ۲ پرستار/بهبیار، یک روانشناس بالینی یا کارشناس مشاوره، یک مددکار اجتماعی
 - چنانچه واحد در دو نوبت (شیفت) کاری به ارائه درمان نگهدارنده می‌پردازد: در هر شیفت: یک پزشک، یک پرستار/بهبیار، یک روانشناس بالینی یا کارشناس مشاوره (بدیهی است در این صورت پرسنل دو شیفت می‌تواند یکسان باشد)، یک مددکار اجتماعی
 - روانشناسان/ کارشناسان مشاوره واحد باید در دوره آموزشی تخصصی خود که مطابق آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد موضوع نامه شماره ۸/۱۵۲۸/س مورخ ۸۵/۱/۲۸ دفتر وزارتی بگذرانند.

رتبه ۱:

شرابط ارتقاء واحد از ۲ به ۱:

- فعالیت واحد در رتبه ۲ حداقل به مدت یکسال
- عدم گزارش تخلف از سوی دانشگاه یا وزارتخانه در طی مدت فعالیت

شرابط واحد با رتبه ۱:

- حداکثر تعداد بیماران تحت پوشش درمان نگهدارنده: ۲۰۰ نفر
- حداقل متراژ ساختمانی: ۱۲۰ متر مربع
- حداقل تعداد پرسنل:

- چنانچه واحد در یک نوبت (شیفت) کاری به ارائه درمان نگهدارنده می‌پردازد: به ازای هر ۵۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده یک پزشک و یک پرستار/بیمار، (برای مثال برای ۱۵۰ بیمار باید سه پزشک و ۳ پرستار/بیمار و برای ۲۰۰ بیمار باید ۴ پزشک و ۴ پرستار/بیمار فعال باشند)
- چنانچه واحد در دو نوبت (شیفت) کاری به ارائه درمان نگهدارنده می‌پردازد، در هر شیفت به ازای هر ۵۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده یک پزشک و یک پرستار/بیمار (برای مثال چنانچه واحد ۱۰۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده در شیفت صبح و ۵۰ بیمار در شیفت بعدازظهر داشته باشد، باید ۲ پزشک و ۲ پرستار در شیفت صبح و ۱ پزشک و ۱ پرستار/بیمار در شیفت بعدازظهر حضور داشته باشند)
- یک روانشناس بالینی / کارشناس مشاوره در هر شیفت کاری (بدیهی است پرسنل دو شیفت می‌تواند یکسان باشد)
- یک مددکار اجتماعی

۲-۴ امکانات درمانگاه

درمانگاه متادون باید ویژگیهای زیر را دارا باشد:

- عرضه درمان سمزدائی و نگهدارنده با متادون در کنار هم.
- لزوم دایر بودن در تمامی روزهای هفته حتی تعطیلات رسمی.
- امکان مشاوره روانپزشکی و روانشناختی
- امکان ارجاع برای پیشگیری از عود در صورت سمزدائی با متادون
- امکان انجام کمکهای اولیه برای مسمومیت با متادون منجمله کپسول اکسیژن، آمپول نالوکسان
- فضای فیزیکی اختصاصی جهت ارائه متادون خوراکی به بیمار
- اتاق انتظار بیماران
- گاو صندوق برای نگاهداری داروهای آگونست

- یک یا دو شیفت کاری روزانه
- ظرفیت پذیرش روزانه تمام بیماران تحت درمان
- امکان کوبیدن و پودر کردن قرصهای متادون جهت استفاده بیمار (هاون یا مولینکس)
- شرایط ساختمانی واحد متادون با رتبه ۳ می‌بایست مطابق با ماده ۲۶ از فصل ششم آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد باشد (ن ک ضمائم). برای ارتقاء واحد به رتبه ۲، متراژ ساختمان باید حداقل ۱۰۰ مترمربع، و برای ارتقاء به رتبه ۱، باید حداقل ۱۲۰ متر مربع باشد.

۳-۴ شرح وظائف پرسنل درمانگاه

پرسنل لازم برای واحد در بخش ۱- ۴ قید شده است.

شرایط پزشک مسئول و پزشکان درمانگر واحد:

- گذراندن دوره آموزشی عملی و نظری مصوب این پروتکل (ن.ک فصل ۷)

شرح وظائف پزشک مسئول واحد:

- سرپرستی کلیه امور فنی - پزشکی واحد و مسئولیت رعایت موازین حقوقی و قانونی ذکر شده در «آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد»
- بعلاوه در صورتی که پزشک مسئول فنی، هم‌زمان به درمان بیماران می‌پردازد، کلیه وظائف پزشک درمانگر واحد را نیز باید ایفا نماید (ن.ک پایین)

شرح وظائف پزشک درمانگر واحد:

- ارزیابی بیماران مراجعه‌کننده و تکمیل فرم‌های مربوطه
- تصمیم‌گیری درباره تعیین فوریت بیمار مراجعه‌کننده و ارجاع به بیمارستان در صورت لزوم پس از اقدامات اولیه درمانی
- توضیح فرآیندهای لازم درمانی به بیمار و خانواده او و تصمیم‌گیری درباره اقدام لازم درمانی طبق پروتکل
- آغاز درمان و ارائه آموزش‌های لازم برای کاهش آسیب در صورت لزوم
- ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی
- پیگیری بیمار پس از ختم سم‌زدائی و ارائه راهکارهای پیشگیری از عود
- آموزش پرسنل شاغل در واحد در خصوص درمان با متادون
- ارجاع افرادی که رفتار پرخطر داشته‌اند، جهت انجام تست HIV ، HBS (Ag,Ab) و HBC پس از مشاوره برای افرادی که فعالیت‌های پرخطر داشته‌اند.
- ارجاع بیمار به روانپزشک در مواقع لزوم

شرح وظائف روانشناس بالینی یا کارشناس مشاوره واحد:

- تکمیل فرم‌های لازم
 - انجام آموزش خانواده در صورت لزوم
 - انجام گروه درمانی و مشاوره فردی و مشاوره کاهش آسیب در صورت لزوم
- لازم به ذکر است که روانشناس بالینی یا کارشناس مشاوره واحد رتبه ۲ و ۱ مطابق آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد موضوع نامه شماره ۸/۱۵۲۸/س مورخ ۸۵/۱/۲۸ دفتر وزارتی بگذرانند.

شرح وظائف پرستار/بیمار واحد:

- نگهداری متادون بیماران به تفکیک هر بیمار در گاوصندوق
- آماده کردن متادون به صورت پودر حل شده در آب برای هر بیمار
- نظارت بر مصرف متادون بیمار در کلینیک
- تکمیل فرم مخصوص مصرف متادون برای هر بیمار
- شناخت یکایک بیماران (به چهره)
- دریافت آموزش‌های لازم توسط پزشک درمانگر یا فرد مسئول دیگر (در صورت ورود یک پرستار/بیمار جدید به تیم درمانی، باید چند روز همراه پرستاران با سابقه مرکز آموزش یافته و با بیماران آشنا شود).
- ارجاع بیمار به پزشک در صورت لزوم
- گزارش غیبت بیمار به مسئول واحد یا پزشک مربوطه (در صورت عدم وجود مددکار اجتماعی)

شرح وظائف مددکار اجتماعی*:

- پیگیری مراجعات بیمار
 - پیگیری مسائل و مشکلات خانوادگی و شغلی بیمار در حد امکان
 - بررسی وضعیت مالی بیمار و در صورت امکان رایگان نمودن هزینه برای بیماران نیازمند
- *وجود مددکار بسیار کمک‌کننده بوده، لیکن تنها در واحد با رتبه یک و دو اجباری می‌باشد.

۴-۴ نحوه تجویز متادون

- پس از تعیین نوع درمان (سم‌زدائی یا نگهدارنده) و وارد کردن بیمار به برنامه درمانی، پزشک دوز مصرفی متادون را تا ویزیت بعدی تعیین می‌کند.
- مقدار متادون مورد نیاز با توجه به دوز تعیین شده توسط پزشک برای مدت یک هفته نسخه شده و نسخه به پرستار تحویل داده می‌شود.
- پرستار مقدار متادون مورد نیاز هفتگی هر بیمار را به تفکیک در گاوصندوق نگهداری می‌کند.

- بهای دارو و ویزیت توسط بیمار پرداخت می‌گردد (البته در مورد معنادان خیابانی تحت پوشش واحدهای درمان نگهدارنده اجتماع مدار بیمار از پرداخت وجه معاف است)
- در موارد خاص با هماهنگی مددکاری می‌توان هزینه دارو را رایگان نمود.
- بیمار به طور روزانه و در ساعات تعیین شده برای دریافت متادون مراجعه می‌کند.
- در هنگام مراجعه بیمار، پرستار مقدار داروی ارائه شده به بیمار، تعداد قرص تحویل شده و زمان تحویل را در فرم مربوطه ثبت می‌کند.
- پرستار مقدار داروی مورد نیاز را به صورت پودر شده به بیمار تحویل می‌دهد و بیمار پس از مصرف آن یک لیوان آب می‌نوشد.
- تحت نظارت پرستار، بیمار محلول متادون را به صورت خوراکی مصرف می‌کند.

۵-۴ نحوه تقسیم متادون برای استفاده در درمان نگهدارنده و سمدزایی

در ماه اول راه‌اندازی مرکز درمان نگهدارنده، تعداد ۲۰۰۰ قرص به مرکز تحویل داده می‌شود و مرکز موظف است که حداقل ۵۰٪ قرص‌های تحویل گرفته را صرف درمان نگهدارنده (۱۰۰۰ قرص)، و حداکثر ۵۰٪ آن را صرف درمان سمدزایی (۱۰۰۰ قرص) کند. حداقل درصد قرصهای اختصاص داده شده برای درمان نگهدارنده با متادون نسبت به کل قرصهای تحویل داده شده به مرکز در ماههای بعدی می‌بایست به شرح زیر افزایش یابد: در ماه دوم، ۶۰٪، در ماه سوم ۷۰٪، در ماه چهارم ۷۵٪، در ماه پنجم ۸۵٪، و از ماه ششم به بعد ۹۰٪ میزان قرص‌های تحویل داده شده صرف درمان نگهدارنده با متادون می‌شود. طبیعتاً با افزایش تعداد بیماران، تعداد قرصهای تحویلی نیز افزایش می‌یابد. تحویل قرص‌ها بر اساس آمار ارائه شده مرکز به مدیریت/معاونت دارویی دانشگاه مربوطه، انجام می‌پذیرد. مطابق محاسبات انجام شده، به عنوان مثال در ماه پنجم، اگر ۱۵ بیمار تحت درمان نگهدارنده قرار گیرند، و دوز متوسط درمان نگهدارنده، ۱۰۰ میلی‌گرم در روز در نظر گرفته شود، تعداد ۹۰۰۰ قرص برای درمان نگهدارنده، و حدود ۱۵۰۰ قرص برای درمان سمدزایی تحویل داده می‌شود. در صورتی که سمدزایی مطابق این پروتکل انجام گیرد، این میزان قرص برای سمدزایی ۹ تا ۱۰ بیمار کافی خواهد بود. با افزایش تعداد بیماران درمان نگهدارنده، تعداد قرص‌های تحویل داده شده از مدیریت/معاونت دارویی دانشگاه افزایش یافته، و در نتیجه تعداد قرص‌های درمان سمدزایی بیشتر می‌شود. مثلاً هنگامی که تعداد بیماران درمان نگهدارنده به ۵۰ بیمار رسید، با در نظر گرفتن دوز متوسط ۱۰۰ میلی‌گرم، تعداد ۳۰ هزار قرص در ماه برای درمان نگهدارنده، و ۳۰۰۰ قرص برای درمان سمدزایی (کافی برای سمدزایی حداقل ۲۰ بیمار) به مرکز تحویل داده خواهد شد.

۶- ۴ واحد درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری^۱ جهت خدمات‌رسانی به معتادان خیابانی

از آنجا که در برخی شهرهای بزرگ کشور معضل معتادان بی‌خانمان خیابانی و سخت دسترس وجود دارد که معمولاً به واحدهای درمانی معمولی مراجعه نمی‌نمایند، مراکز گذری جهت خدمت‌رسانی به این دسته از بیماران در نظر گرفته شده است. معاونت بهداشتی دانشگاه و دیگر دستگاهها و سازمانهای دولتی و غیر دولتی فعال در امر کاهش آسیب که دارای مراکز گذری هستند می‌توانند درخواست خود برای تأسیس واحد آگونیزست در مراکز گذری تحت پوشش خود را به < کمیته منطقه‌ای نظارت بر واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیزست > پیشنهاد نموده و در صورت تصویب، به ارائه درمان نگهدارنده با متادون به معتادان خیابانی و بی‌بضاعت بپردازند. لازم به ذکر است که مطابق با تبصره ماده ۱۰ آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد، مراکز گذری کمک‌رسانی به معتادان خیابانی، معادل مرکز ارزیابی شده و نیازی به اخذ پروانه بهره‌برداری مرکز ندارند، لکن اخذ مجوز راه‌اندازی واحد برای آنها الزامی است. واحد درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند در داخل مرکز گذری، یا جنب آن، تأسیس شود. در مرکز گذری، رعایت ماده ۲۶ از فصل ششم آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد، لازم نمی‌باشد، و واحد با هر مترژی می‌تواند تأسیس گردد. اما رعایت کلیه موارد دیگر ذکر شده در آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد و پروتکل، الزامی می‌باشد. تعداد بیماران تحت پوشش برای هر واحد درمان نگهدارنده در مرکز گذری می‌تواند تا حداکثر ۲۰۰ نفر باشد و نسبت پزشک و پرستار به تعداد بیماران تا ۱۰۰ بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون، یک پزشک و یک پرستار/بیمار، و بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ بیمار، دو پزشک و ۲ پرستار/بیمار خواهد بود. در واحد آگونیزست مرکز گذری، صرفاً درمان نگهدارنده با متادون انجام شده و سم‌زدایی صورت نمی‌پذیرد و چنانچه بیمار از ابتدا چنین تقاضایی داشت، می‌بایست به یک واحد عادی معرفی گردد. البته چنانچه به هر علتی نیاز به ختم درمان نگهدارنده با متادون وجود داشته باشد، طبق مفاد این پروتکل عمل خواهد شد. درمان در این مراکز معمولاً به صورت رایگان انجام می‌شود.

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

وجود روانشناس در واحد آگونیزست مرکز گذری الزامی نیست. اما مرکز موظف است بیماران مبتلا به اختلالات روانی را به روانپزشک از پیش تعیین شده (مثلاً روانپزشک قراردادی یا روانپزشک تعیین شده از سوی معاونت درمان) معرفی کند.

^۱ Drop-in Center

۷-۴ راه‌اندازی واحد قمر برای معتادان سخت دسترس

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

هر مرکز خصوصی یا دولتی داوطلب، می‌تواند درخواست تاسیس مرکز قمر در حاشیه شهر، یا روستاهای حوزه شهر مربوطه را به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی متبوع ارائه نماید. در واحد قمر، رعایت ماده ۲۶ از فصل ششم آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد، لازم نمی‌باشد، و واحد با هر مترژی می‌تواند تاسیس گردد. اما رعایت کلیه موارد دیگر ذکرشده در آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد و پروتکل، الزامی می‌باشد.

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

۸-۴ راه‌اندازی واحد درمان نگهدارنده در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در مراکز بهداشتی درمانی شهری برای تحت پوشش قرار دادن بیماران مبتلا به ویروس HIV، اعتیاد تزریقی، و نیز بیماری‌های منتقله از راه جنسی تعریف شده است. به همین جهت به این مراکز، کلینیک مثلثی نیز گفته می‌شود. مطابق با تبصره ماده ۱۰ آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه، معادل مرکز ارزیابی شده و نیازی به اخذ پروانه بهره‌برداری مرکز ندارند، لکن برای آنها اخذ مجوز راه‌اندازی واحد الزامی است. برای راه‌اندازی واحد درمان با آگونیست در این مراکز، می‌بایست حداقل فضا، شامل یک اتاق برای ویزیت بیماران توسط پزشک، و یک اتاق برای تحویل متادون به بیماران و مصرف متادون تحت نظارت پرستار، و اتاقی برای مشاوره توسط روان‌شناس وجود داشته باشد.

کلیه مفاد این پروتکل، در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری نیز لازم‌الاجراست. به جز این که در این مراکز درمان سم‌زدایی انجام نمی‌شود.

فصل ۵

سم‌زدائی با متادون

هدف از سم‌زدائی با متادون تخفیف علائم ناشی از ترک مصرف مواد مخدر است. طول متوسط سم‌زدائی با متادون در این پروتکل ۳ تا ۴ هفته است. بعضی علائم ترک ممکن است حین درمان یا به دنبال اتمام آن باقی بماند. بنابر این استفاده از سایر داروهای کمکی برای درمان علامتی توصیه می‌شوند. برای کاهش پیامدهای منفی جنبی درمان با متادون همانند فروش در بازار آزاد و مسمومیت لازم است که بیماران برای دریافت متادون به طور روزانه مراجعه و دوز روزانه خویش را در حضور پرسنل دریافت نمایند.

قرص متادون به هیچ عنوان به صورت نسخه کلی نباید به بیماران عرضه گردد.

قرص‌ها می‌بایست پیش از عرضه به بیمار به صورت پودر کوبیده شده و محلول در آب درآیند.

معیارهای ورود به درمان سم‌زدائی با متادون :

- سابقه سم‌زدائی ناموفق با سایر روشهای سم‌زدائی.
 - بیمار به علت هراس از بروز علائم ترک حاضر به سم‌زدائی با سایر داروها نباشد.
- بهبتر است حتی‌الامکان از سم‌زدایی بیماران وابسته به تریاک با متادون خودداری شود و در عوض از شیوه‌های دیگر سم‌زدایی استفاده گردد.

ارائه اطلاعات لازم به بیماران:

برقراری ارتباط مناسب درمانی و حمایت‌گرانه، فرآیند درمان را تسهیل می‌کند. علاوه بر اطلاعات گفته شده در فصل ۳-۴ و ۳-۵ نکته زیر به بیماران تفهیم شود:

به دنبال سم‌زدائی با متادون، کاهش تحمل به مواد افیونی رخ می‌دهد. لذا ممکن است مصرف مقدار قبلی و معمول مواد افیونی (تریاک یا هروئین)، در حال حاضر برای وی کشنده باشد.

نحوه سم‌زدائی با متادون

- برای تنظیم میزان دوز اولیه، توجه به مقدار مصرف و نحوه مصرف لازم است.
- می‌بایست به طور خاص به علائم ترک و مسمومیت توجه کرد.
- درمان سم‌زدائی بسته به میزان مصرف و نوع ماده مصرفی با ۱۰ تا ۳۰ میلی‌گرم متادون آغاز می‌شود (در ۲۴ ساعت اول نباید بیش از ۳۰ میلی‌گرم متادون تجویز شود)
- برای بسیاری از معتادان به تریاک حدود ۲۰ میلی‌گرم متادون برای شروع کافی است.
- دوز روزانه را به آهستگی افزایش داده تا علائم محرومیت برطرف شود. بایستی در این مرحله بشدت مراقب علائم مسمومیت و overdose بود.

- افزایش بیش از اندازه سریع، می‌تواند به مسمومیت و یا خواب آلودگی و سایر عوارض منجر گردد.
- برای سم‌زدائی معمولاً حداکثر دوز درمانی مورد نیاز روزانه از ۶۰ میلی‌گرم تجاوز نمی‌کند.
- اغلب موارد میزان ۳۰ تا ۴۰ میلی‌گرم متادون برای سم‌زدائی کفایت می‌کند.
- پس از دستیابی به حداکثر میزان متادون، دوز به آرامی کاهش داده می‌شود.
- احتمالاً کاهش آرام (۳ تا ۱۰٪ در روز) دوز درمانی بهتر از کاهش سریع است.
- حداکثر کاهش دوز درمانی در مقادیر بالاتر، کاهش ۲۰٪ مقدار مصرفی در روز است.
- بهتر است پس از کاهش به دوز ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، این میزان برای چند روز حفظ گردد.
- میزان ۱۰ میلی‌گرم را می‌توان به ۷/۵ میلی‌گرم و پس از چند روز به ۵ میلی‌گرم و سپس به ۲/۵ میلی‌گرم کاهش داده و پس از آن قطع کرد.
- گاهی استفاده از داروهای کمکی نظیر کلونیدین و بنزودیازپینها برای تخفیف علائم ترک ناشی از کاهش متادون ضرورت می‌یابد.

پیگیری بیمار و پیشگیری از عود

سم‌زدائی با متادون یا هر روش دیگری به خودی خود به معنای درمان اعتیاد نیست. پس از دوره سم‌زدائی بیمار می‌بایست پیگیری شود و از روشهای دارویی و غیر دارویی برای پیشگیری از عود وی استفاده گردد. اگر این نگرانی وجود دارد که در مرکزی که اکثر بیماران به طور روزانه متادون دریافت می‌کنند، احتمال حفظ وضعیت پرهیز در بیماران تحت درمان با نالترکسون دشوار است، می‌توان پس از آغاز درمان با نالترکسون بیمار را به مرکز درمانی دیگری ارجاع کرد.

درمان دارویی با نالترکسون برای پیشگیری از عود

- پیش از شروع درمان می‌بایست حداقل ۱۰ روز از آخرین مصرف متادون سپری شده باشد.
- بیمار می‌بایست طی این مدت از هیچ گونه ماده افیونی استفاده نکرده باشد.
- رعایت عدم مصرف مواد افیونی تا ۱۰ روز قبل از آغاز درمان با نالترکسون برای افراد مسن و کسانی که بیماری قلبی-ریوی دارند حیاتی است.
- جهت اطمینان از سم‌زدایی می‌بایست از آزمون چالش نالوکسان^۱ (NCT) استفاده کرد. این آزمون به دو روش وریدی یا زیرجلدی می‌تواند انجام گیرد. در روش وریدی ۰/۸ میلی‌گرم نالوکسان در سرنگ کشیده می‌شود و ۰/۲ میلی‌گرم از آن به صورت وریدی تزریق می‌گردد و در همان حال که سوزن داخل ورید بیمار است از نظر علائم ترک برای ۳۰ ثانیه تحت نظر قرار می‌گیرد. در صورت عدم بروز علائم ترک، ۰/۶ میلی‌گرم باقیمانده تزریق شده و بیمار مجدداً به مدت ۲۰ دقیقه از نظر علائم ترک ارزیابی می‌گردد. در روش زیرجلدی، ۰/۸ میلی‌گرم نالوکسان به صورت زیرجلدی تزریق می‌شود و بیمار به مدت ۲۰ دقیقه از نظر بروز علائم ترک تحت نظر قرار می‌گیرد.

^۱ Naloxone Challenge Test

- برای آزمایش تحمل نالترکسون، پیش از آغاز درمان بهتر است ابتدا یک کیپسول ۲۵ میلی گرمی در یک لیوان آب (حداقل ۲۵۰ سی سی) حل شود. بیمار ابتدا تنها ۱۰ سی سی نالترکسون را مصرف کرده و پس از ۱۵ دقیقه اگر علائم ترک مشاهده نشد، ۱۰ سی سی دیگر محلول می‌آشامد. ۱۰ سی سی حاوی حدود یک میلی گرم نالترکسون است. سپس طی یک ساعت بیمار به تدریج محلول را می‌آشامد.
- اگر بیمار دچار علائم ترک شد می‌بایست دریافت نالترکسون قطع شده و بلافاصله تحت درمان علامتی ترک قرار گیرد (ممچون کلونیدین)
- اگر بیمار ۲۵ میلی گرم نالترکسون را بدون بروز علائم ترک تحمل کرد، بهتر است همان روز یک کیپسول ۲۵ میلی گرمی نالترکسون دیگر محلول در آب را نیز دریافت نماید.
- ۵۰ میلی گرم نالترکسون روزانه برای پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی کفایت می‌کند.
- بهتر است کیپسول نالترکسون حداقل در هفته‌های اول تحت نظارت خانواده و در صورت موافقت بیمار به صورت محلول در آب مصرف شود.
- ویزیت بیمار در ۶ هفته اول، هفته‌ای یک مرتبه و پس از آن تا چند ماه هر دو هفته یک بار خواهد بود. پس از آن می‌توان ویزیت‌ها را به ماهی یک مرتبه کاهش داد.
- در هر ویزیت بیمار توسط پزشک، باید نالترکسون بصورت محلول در آب و در حضور پزشک مصرف شود.
- پیشگیری از عود با نالترکسون حداقل ۶ ماه و ترجیحاً یک سال می‌بایست ادامه یابد.
- در بیماری که تحت درمان با نالترکسون است، باید در ابتدای درمان آزمایش‌های عملکرد کبدی (LFT) انجام شود، و پس از آن در سه ماه اول، به صورت ماهیانه، و سپس در هفته‌های ۲۴، ۳۶ و ۴۸ این آزمایش تکرار شود.

فصل ۶

درمان نگهدارنده با متادون

۶-۱ معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون

با توجه به محدودیت تولید و عرضه متادون در کشور از یک سو و نقش کلیدی درمان نگهدارنده در برنامه‌های کاهش آسیب از سوی دیگر، فعلاً تنها بیمارانی وارد درمان نگهدارنده با متادون می‌شوند که واجد همه شرایط (۱ تا ۴) زیر باشند:

(۱) وابستگی به مواد افیونی بر اساس معیارهای DSM IV

(۲) وجود یکی از حالات زیر:

- مصرف تزریقی

- مصرف هرئین

- مصرف کراک/ کریستال (فرم خالص هرئین)

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

- بیماران زن

- بیماران دارای سابقه زندان

- بیماران HIV مثبت

(۳) سن بالای ۱۸ سال

(۴) امضای فرم تعهدنامه درمان

۶-۲ عوامل مؤثر در تعیین مقدار اولیه تجویز متادون

- درجه تحمل به مواد افیونی
- وضعیت فعلی جسمی منجمله وضعیت کبدی
- مدت زمان پس از آخرین مصرف
- میزان وجود علائم ترک یا مسمومیت زمان حاضر
- احتمال سوء مصرف همزمان الکل، یا بنزودیازپینها توسط بیمار
- وزن بیمار
- سایر داروهای مصرفی که با متابولیسم متادون ممکن است تداخل کنند (ن.ک. فصل ۲)

۶-۳ تنظیم دوز درمانی و ارائه متادون به بیماران

- قرصهای حاوی متادون می‌بایست کوبیده شده و سپس به صورت محلول در آب به بیمار ارائه شوند.
- چنانچه قرار است بیمار به تشخیص پزشک متادون مصرفی را به منزل ببرد، حتی‌الامکان بهتر است پودر به صورت حل شده در آب به وی ارائه شود. در هر صورت ارائه دارو به صورت قرص مجاز نیست.

۱-۳-۶ دوره القا (induction) و پایدارسازی (stabilization)

- در بیماران وابسته به هروئین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم در روز اول است.
- در بیماران وابسته به تریاک، مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی‌گرم) برای شروع مناسب است.
- بهتر است پس از مصرف متادون در روز اول، بیمار تا ۴ ساعت پس از مصرف مجدداً ویزیت شود تا عوارض احتمالی قابل درمان باشند.
- چنانچه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالاتر بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می‌سازد، می‌توان دارو را به صورت منقسم تجویز نمود؛ به طوریکه ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی‌گرم تجویز شده و ۲ ساعت بعد، علائم ترک ارزیابی می‌گردد. در صورت وجود علائم خفیف، دوز دوم تجویز نمی‌شود. در صورت بروز علائم متوسط (درد، تهوع، خمیازه، گشادی مردمک) ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم، و در صورت بروز علائم شدید (استفراغ، افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، سیخ شدن موها = *piloerection*) ۱۰ تا ۱۵ میلی‌گرم متادون تجویز می‌گردد.
- در صورت بروز علائم مصرف بیش از اندازه نظیر خواب‌آلودگی پس از دوز اول از تجویز دوز بعدی خودداری می‌شود.
- توصیه می‌شود در روز اول بیمار بیش از ۴۰ میلی‌گرم متادون دریافت نکند.
- بهتر است دوز مصرفی در سه روز اول ثابت نگاه‌داشته شود، زیرا نیمه عمر متادون حدوداً ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵٪ وضعیت پایدار^۱ خواهد رسید.
- پس از سه روز با توجه به وضعیت بالینی می‌توان دوز را افزایش داد.
- بهتر است درمان با دوز کم شروع گردیده و مقدار مورد نیاز به تدریج بالا برده شود.^۲
- بدون ویزیت پزشک، نباید افزایش دوز صورت گیرد.
- بیمارانی که علاوه بر مصرف متادون به مصرف مواد غیر قانونی همانند تریاک یا هروئین ادامه می‌دهند، در خطر بالای مسمومیت قرار دارند. مصرف همزمان الکل و بنزودیازپینها خطر مسمومیت را افزایش می‌دهد، پس باید حتماً در مورد مصرف خارج از برنامه به بیمار هشدار داد.
- توضیح خطر مسمومیت به خانواده‌های بیماران نیز بسیار مهم است.
- بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میلی‌گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز در میان و به میزان حداکثر ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم در روز انجام شود.

^۱ Steady State

^۲ Start low, Go slow

- پس از رسیدن به دوز ۸۰-۶۰mg ، بهتر است افزایش دوز در هر هفته از ۵ الی ۱۰ میلی گرم تجاوز نکند.
- ممکن است برخی بیماران با ۵۰ میلی گرم پایدار شوند و بعضی از آنها تا ۱۲۰ میلی گرم در روز برای پایدار شدن نیاز داشته باشند.
- دوز بالای ۱۲۰ میلی گرم دوز بالا حساب می شود، اما در مواقعی ممکن است مورد نیاز باشد.
- توجه داشته باشید که افزایش کمتر از میزان مورد نیاز می تواند موجب مصرف غیرقانونی متادون یا مواد دیگر گردد.
- افزایش بیش از میزان مورد نیاز باعث خواب آلودگی و سایر عوارض مصرف بیش از حد می گردد.
- دوز بهینه متادون که برای افراد متفاوت است، دوزی است که در آن علائم ترک مشهود نمی باشند، نشئگی ناشی از مواد رخ نمی دهد، و ولع مصرف مواد و عوارض مسمومیت به حداقل می رسد، ضمن آنکه علائم خواب آلودگی نیز رخ نمی دهد.
- دو مرحله فوق (القاء و پایدارسازی) مجموعاً حدود ۶ هفته بطول می انجامد.
- بیشترین علت مسمومیت، افزایش سریع دوز طی دو هفته اول به علت تخمین بیش از اندازه تحمل و تخمین کمتر از واقع تجمع متادون در بدن بوده اند.

۲-۳-۶ دوره نگهدارنده (Maintenance)

- با اتمام پایدارسازی، بیماران وارد مرحله نگهدارنده می شوند.
- در این مرحله، قاعدتاً بایستی بیمار از مصرف مواد مخدر تقریباً به طور کامل عاری شده باشد، از نظر جسمی و تجربه علائم ترک و خماری در شرایط مطلوب بوده و وسوسه جهت مصرف در حداقل ممکن باشد.
- به دنبال پایدارسازی ممکن است هر چند وقت یک بار نیاز به افزایش دوز متادون باشد که معمولاً لزومی به افزایش بیش از یک بار در ماه نیست.
- یکی از علل شایع افزایش دوز ایجاد تحمل است.
- افزایش دوز در دوره نگهدارنده نمی بایست از ۵ الی ۱۰ میلی گرم هر مرتبه تجاوز کند.
- در مرحله نگهدارنده متغیرهای روانی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی (که مطابق با این پروتکل با پرسشنامه مادزلی^۱ سنجیده می شود) شروع به بهبود می نماید، ولی بایستی توجه داشت که گاهی مشاهده این بهبودی ممکن است نیازمند گذشت سالهای متمادی درمان نگهدارنده باشد.

^۱ Maudsley addiction profile

۶-۴ ویزیت پزشک

- در دو هفته آغاز درمان بهتر است بیمار یک روز در میان توسط پزشک ویزیت شود. ضمن این که در روزهای اول درمان ممکن است لازم به چند بار ویزیت در روز باشد.
- تا هفته دوازدهم درمان، بیمار می‌بایست حداقل یک بار در هفته ویزیت گردد.
- از هفته دوازدهم تا هفته بیست و چهارم، بیمار باید حداقل هر دو هفته یک بار ویزیت شود.
- پس از هفته بیست و چهارم، می‌بایست بیمار حداقل ماهی یک بار توسط پزشک ویزیت گردد.
- در صورت مصرف مجدد یا لغزش^۱ یا عود^۲، تعداد ویزیت‌های پزشکی همراه با استفاده از درمان‌های غیر دارویی می‌بایست افزایش یابد.
- در صورت وقوع حوادث استرس‌زا نیز می‌بایست بیمار بیشتر ویزیت گردد.

۶-۵ سایر مداخله‌های غیر دارویی

- در صورت امکان و تمایل بیماران، شرکت در جلسات هفتگی گروه درمانی برای بالا بردن کیفیت زندگی بیمار و درمان بسیار مفید است.
- در صورت امکان، مشاوره توسط روانشناس مرکز در رابطه با موارد زیر می‌تواند کمک‌کننده باشد:
 - حصول اطمینان از تأمین سرپناه، غذا و پوشاک
 - درگیری‌های قانونی
 - مهارت‌های زندگی
 - کنار آمدن با استرس
 - آموزش درباره کاهش آسیب
 - مشاوره خانواده و تربیت فرزندان
 - عدم استفاده از مواد غیرقانونی و پیشگیری از عود مصرف آنها
- در صورت وجود امکانات در مرکز ارائه خدمات مددکاری در زمینه‌های زیر توصیه می‌شوند:
 - سرپناه، نیازهای عادی اولیه زندگی
 - درگیری‌های قانونی
 - مسائل و درگیری‌های شغلی
 - یاری در یافتن محل شغل
 - مسائل خانوادگی
 - مشکلات مالی در رابطه با درمان

^۱ Lapse

^۲ Relapse

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

۶-۶ ارزیابی نتایج درمان

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

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

۶-۷ بیماران با نیازهای خاص

۶-۷-۱ بیماران آلوده به ویروس نقص ایمنی (HIV+)

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

۶-۷-۲ زنان باردار

- مزایای استفاده از متادون در زنان باردار
- از آسیبهای ناشی از ناخالصی مواد غیر قانونی جلوگیری می‌کند.

^۱ Window Period

- مقدار مصرفی متادون مشخص و مصرف آن منظم است.
- از بروز دوره‌های خماری که می‌تواند باعث سقط، کاهش رشد جنین یا مرگ درون رحمی شوند، پیشگیری می‌کند.

- نارس جنین را کاهش می‌دهد.

- بروز اختلالات رشد درون رحمی را کاهش می‌دهد.

- مراجعه برای مراقبت‌های دوران بارداری را افزایش می‌دهد.

- به طور کلی مقدار تجویز متادون در دوران بارداری باید:

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

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

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

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

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

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

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

حدود سه چهارم نوزادان متولد شده از مادران معتاد به اویپوئیدها (هروئین، مورفین، متادون) نشانگان ترک را تجربه می‌کنند. از آنجا که نیمه‌عمر متادون طولانی است، ظهور علائم ترک ممکن است با تأخیر شروع شده و برای هفته‌ها ادامه یابد. این علائم معمولاً در ۷۲ ساعت اول پس از تولد رخ می‌دهند. علائم ترک به صورت بی‌قراری، لرزش، گریه با فرکانس صوتی بالا^۱، هیپرتونیسیت، خواب و تغذیه نامناسب، خال‌خال شدن پوست^۲، خمیازه، استفراغ، اسهال، تعریق، تشنج، خراشیدگی پوست^۳ و هیپرونتیلیاسیون و در نتیجه آکالوز تنفسی است. تشنج‌های ناشی از ترک می‌تواند جان نوزاد را تهدید کند.

داروی انتخابی درمان علائم ترک نوزادان، اویپاتها (داروهای افیونی) می‌باشند. با این حال علائم خفیف ترک با بغل کردن و تکان دادن کودک و شیردادن مکرر درمان می‌شود. علائم شدید با شربت پارگوریک^۴ که ۱۰

^۱ High pitch cry

^۲ Mottling

^۳ Skin excoriation

^۴ Paregoric

میلی‌گرم مورفین در سی‌سی دارد و ۲۵ بار با آب رقیق شده است، به میزان ۲ قطره خوراکی هر ۴ تا ۶ ساعت در صورت نیاز تجویز می‌شود. شربت پارگوریک در ایران در دسترس نمی‌باشد. داروی دیگر فنوباریتال است که به میزان ۵ تا ۷ میلی‌گرم در کیلوگرم در روز ($5-7\text{mg/kg/d}$) به صورت خوراکی یا عضلانی در سه دوز منقسم در کنترل علائم ترک کمک می‌کند. پس از تخفیف علائم، دارو در عرض چند روز تا چند هفته کاسته شده و قطع می‌شود. در کنترل علائم ترک در نوزادان می‌توان از محلول خوراکی مورفین و نیز از دیازپام استفاده کرد. بهتر است این درمان‌ها تحت نظارت متخصص کودکان انجام گیرد.

۳-۷-۶ بیماران با بیماری روانپزشکی همراه

- از آغاز درمان باید به طور خاص به سابقه و وضعیت روانپزشکی بیماران توجه کرد.
- سوء مصرف مواد با شیوع بالای اختلالات روانپزشکی همراه است. این اختلالات شامل اختلالات خلقی (به خصوص افسردگی)، اختلالات اضطرابی، اختلال شخصیت و سایکوز می‌شوند.
- در این بیماران به خطر خودکشی باید به طور خاص توجه کرد.
- برخی از بیماران باید برای درمان به مراکز تخصصی با امکانات درمان اختلالات روانپزشکی ارجاع شوند.
- در صورت وجود علائم خفیف تا متوسط افسردگی یا اضطراب، می‌توان از تجویز داروهای ضدافسردگی خودداری نمود. چرا که مطابق با مطالعات انجام شده، پس از ۲ هفته از شروع درمان نگهدارنده با متادون این علائم به میزان قابل ملاحظه‌ای تخفیف می‌یابد.
- در صورت نیاز به تجویز داروهای ضد افسردگی، داروهای اختصاصی مهارکننده سروتونین^۱، مانند سیتالوپرام و فلوکستین، بر داروهای دیگر به خصوص داروهای سه‌حلقه‌ای ارجحیت دارند.

۴-۷-۶ درمان درد مزمن و متادون

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

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

۸-۶ بردن متادون تجویز شده به منزل

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

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

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

- در درمان متادون اصل بر مراجعه روزانه برای دریافت متادون مصرفی است.
- مراجعه روزانه باعث تحکیم پیوند با نظام درمانی و در نتیجه باقی ماندن طولانی‌تر در درمان می‌گردد.
- بیماران مشکلات زیادی دارند و در صورت ارتباط روزانه بخشی از آنها با پرسنل مطرح و از بار آنها کاسته خواهد شد.
- در دو ماه اول درمان بردن متادون به منزل ممنوع است.
- در صورت تغییر محل سکونت باید هماهنگی جهت معرفی به مرکز درمانی جدید توسط مرکز درمانی قبلی بعمل آید.
- در صورتی که وضعیت بیمار به هر علتی تثبیت نشده باشد، دادن دوز منزل ممنوع است.
- در شرایط ذیل نیز دادن دوز منزل ممنوع است:
 - افراد بی‌خانمان
 - وجود لغزش‌های متعدد
 - وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه
- در صورتی که وضعیت بیمار تثبیت شده باشد (عدم وجود تست مثبت برای ۸ هفته و تایید تیم درمانی)، پزشک می‌تواند به شرح زیر دوز منزل بیمار را تجویز نماید:

- در ماه سوم درمان برای روزهای آخر هفته
- در ماه چهارم یک روز در میان
- در ماه پنجم حداقل مراجعه دو روز در هفته ضروری است.
- از ماه ششم به بعد حداقل مراجعه یک بار در هفته ضروری است (مراجعه بیمار به واحد هیچ‌گاه از یک بار در هفته کمتر نمی‌شود)
- در صورت بستری بیمارستانی دوز درمانی به پرسنل آن بیمارستان تحویل می‌گردد.
 - قبل از ارائه دوز منزل، بیمار باید فرم مخصوص تعهدنامه را امضا کند.
 - دوزهای برده شده به منزل حتماً در فرم بیمار قید می‌گردند.
 - بیمار مسئول متادون تجویز شده جهت دوز منزل است، در صورت گم کردن متادون، دوز جایگزینی ارائه نخواهد شد.
 - بهتر است متادون تجویز شده به صورت محلول ارائه شود و دوز هر روز در یک شیشه جداگانه ریخته شود. مثلاً وقتی بیمار در مرحله‌ای است که تنها یک بار در هفته مراجعه دارد، ۶ شیشه به بیمار تحویل داده شده و دوز هفتم در واحد مصرف شود. قرص پودر شده باید در حداقل ۲۰ سی‌سی آب آشامیدنی حل شده باشد. در صورت عدم امکان تحویل متادون به شکل محلول، باید قرص‌ها به صورت پودر شده در بسته‌های جداگانه برای هر روز هفته، به بیمار تحویل داده شود. در این مورد هم بیمار دوز همان روز را در حضور پرستار مصرف می‌کند، و بقیه دوزهای منزل را تحویل می‌گیرد.
 - در صورت سوءاستفاده از متادون برده شده به منزل، این امکان باید لغو شود.
- باید توجه داشت بیماری که علائم ترک نشان می‌دهد ممکن است از متادون طبق دستور پزشک استفاده نکرده باشد.
- با آزمایش ادرار می‌توان از مصرف احتمالی سایر مواد افیونی مطلع شد.
- در صورت مشاهده علائمی دال بر عدم ثبات بالینی، باید دوز منزل را قطع کرد.
- در صورتی که بیمار به کرات گم شدن یا دزدیده شدن یا استفراغ متادون را گزارش کند، دوز منزل قطع می‌شود.
- در صورت لغزش (*lapse*)، یعنی یک بار آزمایش مثبت یا عدم مراجعه برای کمتر از یک هفته، دوز منزل قطع می‌شود.
- در صورت عود (*relapse*)، یعنی دو بار آزمایش مثبت متوالی به فاصله دو هفته یا عدم مراجعه به مدت بیش از یک هفته، درمان متوقف شده و مجدداً در مورد شروع درمان تصمیم‌گیری می‌شود. در صورت تصمیم به شروع درمان می‌بایست مجدداً از مرحله القا شروع کرد.

عدم حضور بیمار برای دریافت متادون

به دنبال عدم حضور بیمار برای دریافت متادون نکات زیر باید ارزیابی شوند:

- علل غیبت
 - میزان مصرف متادون و سایر مواد در دوره غیبت
 - گزارش بیمار در مورد علائم ترک
 - شواهد بالینی دال بر ترک یا مسمومیت
- توجه به این نکات ضروری است:
- در صورت غیبت حتی تا سه روز تحمل به متادون و سایر مواد افیونی (در صورتی که بیمار در این فاصله مواد مصرف نکرده باشد) تا حد قابل توجهی کاهش می‌یابد.
 - در این صورت دوز متادون می‌بایست به اندازه قابل ملاحظه ای کاهش داده شود.
 - طی چند روز می‌توان با توجه به تحمل بیمار مقدار متادون را به اندازه اولیه افزایش داد.
 - اگر غیبت پنج روز یا بیشتر باشد بدن قسمت اعظم متادون را دفع کرده است.
 - اگر غیبت بین ۳ تا ۵ روز باشد، مقدار متادون تجویزی باید نصف شود.
 - در صورت غیبت بیش از ۵ روز، اگر مقدار تجویزی بیش از ۴۰ میلی‌گرم بوده، باید به ۴۰ میلی‌گرم و کمتر از آن تقلیل داده شود.
 - در صورت غیبت بیش از ۵ روز با مقدار تجویزی کمتر از ۴۰ میلی‌گرم، مقدار تجویزی ۵ تا ۲۰ میلی‌گرم کاهش داده می‌شود، یعنی به مقدار تجویز اول درمان بسیار نزدیک می‌شود.

استفراغ دوز مصرفی

در صورت استفراغ:

- تا ۱۵ دقیقه پس از مصرف: کل دوز دوباره داده شد.
 - ۱۵ الی ۳۰ دقیقه پس از مصرف: ۵۰٪ دوز متادون مجدداً داده شود.
 - ۳۰ دقیقه یا بیشتر پس از مصرف: لزومی به تجدید دوز نیست.
- حتی‌الامکان بهتر است گزارش بیمار مبنی بر استفراغ مبتنی بر شواهد باشد.

۹- ۶ ختم درمان

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

بیمار درمان نگهدارنده او قطع شود. بلکه تنها از میزان کاهش دوز اطلاع نداشته باشد. مشاوره‌های حمایتی در حین کاهش دوز ضروری می‌باشد و بهتر است پس از قطع درمان هم ادامه یابد.

جهت کاهش تدریجی دوز بهتر است از دستورالعمل ذیل استفاده شود:

- دوز بالای ۸۰ میلی‌گرم: هر هفته ۱۰ میلی‌گرم کاهش دوز
- دوز ۴۰ تا ۸۰ میلی‌گرم: هر هفته ۵ میلی‌گرم
- دوز کمتر از ۴۰ میلی‌گرم: هر هفته ۲/۵ میلی‌گرم

۱۰ - ۶ پیشگیری از مرگ ناشی از مسمومیت با متادون

مسمومیت در آغاز درمان

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

اقدام‌های ضروری

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

علائم مسمومیت

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

- در صورتی که اعضای تیم درمانی به استفاده بیمار از مواد دیگر به خصوص سایر مواد افیونی شک داشته باشند می‌بایست او را برای ویزیت به پزشک ارجاع دهند.
- مردمک‌های تنگ الزاماً در همه افرادی که مواد مصرف کرده و حتی مسموم شده‌اند مشهود نیست. بنابراین اگرچه وجود این علامت ارزشمند است، اما در غیاب آن نیز ممکن است مصرف رخ داده باشد.
- بسیاری از اوقات بیماران در صورت اعتماد به پزشک خود، مصرف مواد را مطرح می‌کنند.
- در صورت شک قوی به مصرف می‌توان آزمایش ادرار درخواست کرد.
- در هر ویزیت می‌بایست به طور دقیق به علائم مسمومیت احتمالی توجه کرد.

- در مراحل اول مسمومیت ابتدا حجم جاری^۱ تنفسی کاهش می‌یابد، یعنی تنفس سطحی می‌شود. در مراحل پیشرفته‌تر تعداد تنفس^۲ کاهش می‌یابد.
 - در صورتی که علائم مصرف مواد افیونی در فرد مشهود باشد، نباید متادون به وی عرضه گردد. علائم مسمومیت در فصل ۳-۲ توضیح داده شده است.
- مسمومیت ناشی از مصرف چند مادهٔ مختلف به طور همزمان
- مرگ در مصرف متادون، در بسیاری از موارد ناشی از استفاده همراه از سایر مواد تضعیف‌کننده سیستم مرکزی اعصاب مانند بنزودیازپینها و الکل است.
- گاهی نیز افرادی بدون آنکه تحت درمان با متادون قرار داشته باشند، آن را از بازار سیاه تهیه کرده و همراه با سایر مواد مبادرت به مصرف آن می‌کنند که منجر به مرگ می‌شود.
- احتیاط‌های لازم:

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

تشخیص کوما

- هنگام شروع درمان باید به بیمار و خانواده‌اش راجع به خطرات مسمومیت با متادون توضیح داده شود.
 - علائم مسمومیت باید برای آنها تشریح گردند.
 - در صورت بروز کوما بیمار را باید تا رسیدن به اورژانس به پهلو خوابانده، سر وی را به سمت عقب خم کرده و در صورت لزوم تنفس دهان به دهان انجام شود.
 - بیمار سریعاً به نزدیکترین مرکز بیمارستانی برای رفع علائم مسمومیت رسانده شود.
- در صورت بروز علائم مسمومیت در مراکز درمانی اقدامهای زیر انجام شوند:
- باز کردن راههای هوایی
 - خواباندن به پهلو
 - رساندن اکسیژن و انتوباسیون بیمار در صورت نیاز
 - تزریق یک یا دو آمپول نالوکسان یعنی ۰/۴ تا ۰/۸ میلی گرم ترجیحاً به صورت وریدی، و در صورت مشکل بودن تزریق وریدی به صورت زیر جلدی. معمولاً دپرسیون تنفسی با این مقادیر نالوکسان بهبود می‌یابد.
 - در تزریق نالوکسان باید توجه داشت که تزریق بیش از حد آن می‌تواند با علائم شدید وحاد ترک همراه شود.
 - به علت نیمه عمر طولانی متادون، بهتر است پس از پاسخ درمانی به درمان با نالوکسان در مراکز اورژانس، بیمار جهت مراقبت به مرکزی مجهز برای درمان مسمومیت منتقل شود.

^۱ Tidal volume

^۲ respiratory rate

آزمایش ادرار

- پزشک بر اساس تشخیص بالینی خویشتن آزمایش ادرار درخواست می‌کند.
- منظور از آزمایش مثبت، آزمایشی است که یا از ابتدا با کروماتوگرافی مثبت شده، یا در صورت مثبت شدن با تست سریع، بعداً با یک روش کروماتوگرافی مانند TLC تایید شود.
- در شروع درمان لازم است آزمایش ادرار از نظر مورفین انجام شود تا مصرف مواد توسط بیمار مستند به دلیل عینی باشد.
- بهتر است انجام آزمایش به طور کلی منظم باشد (مثلاً ماهی یک مرتبه)، اما زمان درخواست آزمایش از قبل معلوم نبوده و تصادفی باشد.
- تعداد آزمایش ادرار توسط پزشک بر اساس تشخیص بالینی او تعیین می‌شود.
- آزمایش ادرار می‌تواند در زمینه‌های زیر کمک‌کننده باشد:
 - بررسی سوء مصرف احتمالی
 - تایید گزارش بیمار در مورد مصرف مواد غیرقانونی
 - بررسی همکاری بیمار در مورد استفاده از متادون
- در تعیین تعداد موارد آزمایش توجه به وضعیت مالی بیمار اهمیت دارد.

فصل ۷

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

۷-۱ دوره‌های آموزشی لازم برای پزشکان واحد (اعم از مسئول و درمانگر):

- دوره آموزش کارگاهی نظری ۳ روزه (مشمول بر ۲۰ ساعت) وفق برنامه مدون آموزشی مصوب معاونت آموزشی و امور دانشجویی (کد ۳۳۰۱۰۹۴ و کد ۳۳۰۱۰۹۵) یا دوره‌های آموزشی مشابه، چنانچه توسط معاونت آموزشی و امور دانشجویی معادل کدهای فوق ارزیابی گردد.
 - دوره آموزش عملی ۱۴ روزه در مراکز آموزشی منتخب درمان سوء مصرف مواد، (مراکز منتخب جهت آموزش عملی، همه ساله توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، به معاونت درمان دانشگاه معرفی می‌گردد)
 - انجام سم‌زدایی نظارت شده و ختم درمان
 - انجام نظارت شده و مناسب مرحله القا در درمان نگهدارنده
 - انجام مصاحبه تشخیصی و انگیزشی
 - انجام پیگیری و مصاحبه و ارزیابی
 - شرکت در جلسه مشاوره روانپزشکی عوارض درمان
 - شرکت در جلسه گروه درمانی و مشاوره خانوادگی
 - نظارت در فرآیند توزیع متادون
- غیبت بیش از ۲ ساعت در طی دوره، موجب عدم صدور گواهی شرکت در دوره خواهد شد. گواهی شرکت در دوره می‌بایست به امضای معاون درمان دانشگاه مربوطه و دبیر کارگاه برسد.

۷-۲ فعالیت مرکز درمان نگهدارنده با متادون در روزهای تعطیل

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

۷-۳ معیار جمعیتی تأسیس، ظرفیت و موقعیت جغرافیایی واحد درمان با متادون:

- واحدهای دولتی مشمول معیار جمعیتی نیستند. اما در بخش خصوصی به ازای هر ۵۰ هزار نفر جمعیت منطقه، حداکثر مجوز یک واحد درمان با داروهای آگونست صادر می‌شود. در صورتیکه بزرگی جغرافیایی شهر مانعی برای دسترسی بیماران به واحد(ها) باشد، می‌توان حداکثر یک واحد اضافه بر نسبت فوق برای آن شهر و

صرفاً در منطقه سخت دسترس تأسیس کرد (مثلاً در یک شهر ۲۰۰ هزار نفری دارای چند منطقه سخت دسترس، صرفاً مجوز پنج واحد صادر می‌شود).

• زندان‌ها نیز مشمول معیار جمعیتی نبوده و سازمان زندان‌ها مجاز به تأسیس یک واحد درمان با داروهای آگونیست در هر یک از زندان‌ها می‌باشد. تعداد بیماران تحت درمان بسته به نیاز زندان است، اما نسبت پرسنل به بیماران می‌بایست مطابق بند ۱-۴ باشد.

• پراکندگی واحدهای درمان با داروهای آگونیست در سطح شهر، می‌بایست با پراکندگی بیماران مبتلا به اعتیاد تزریقی هم‌خوانی داشته باشد، که این امر توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه تعیین می‌گردد. حداقل فاصله دو واحد نباید کمتر از پانصد متر باشد.

فصل ۸

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

سطوح پایش و ارزشیابی

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

در سطح دانشگاهها، کمیته ماده ۳۱ در معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی مسئول پایش و ارزشیابی است. در سطح وزارتخانه، کمیته کشوری کاهش آسیب و کاهش تقاضا با همکاری اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد و اداره نظارت بر درمان و اداره صدور پروانهها به نظارت و ارزشیابی قسمتهای مختلف درمان درمان با آگونیست می‌پردازد. در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر، کمیته درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی ستاد مبارزه با مواد مخدر وظیفه نظارت و ارزشیابی نظام درمانی اعتیاد را با در نظر گرفتن اهداف عالی کنترل مواد مخدر در کشور بر عهده دارد.

اهداف پایش و ارزشیابی

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

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

ابزار پایش و ارزشیابی

- ۱- فرمها، چک‌لیست و جداولی که توسط واحدهای درمانی و نیز دانشگاههای علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پر می‌شود (پیوست).

۲- نظام رایانه‌ای ثبت اطلاعات مراکز درمانی (در حال راه‌اندازی)

۳- بررسی‌های پیمایشی

نظارت در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی

نظارت بر مراکز درمان سوءمصرف مواد و واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاهها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی است. طبق ماده ۳۱ آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد، کمیته‌ای مشورتی نظارتی به نام «کمیته منطقه‌ای نظارت بر واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست» یا به اختصار کمیته ماده ۳۱ در معاونت درمان هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تشکیل می‌شود که مرکب از معاون درمان دانشگاه بعنوان رئیس، معاون بهداشتی دانشگاه، معاون/مدیر دارویی دانشگاه، معاون پیشگیری بهزیستی استان، مدیر گروه روانپزشکی یا یک روانپزشک با حکم ریاست دانشگاه و مدیر درمان دانشگاه بعنوان دبیر کمیته است. یکی از وظائف این کمیته ابراز نظر مشورتی در خصوص صدور مجوز واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست به معاونت درمان دانشگاه می‌باشد. یکی دیگر از وظائف این کمیته نظارت مستمر بر واحدهای درمان با داروی آگونیست است. طبعاً نتایج این نظارت در تمديد سالانه فعالیت واحدها موثر خواهد بود. ترکیب تیم نظارتی و سیاست‌های مربوطه نیز مطابق مصوبات این کمیته خواهد بود.

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

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

برنامه آموزشی برای ناظران درمان

پیش از آنکه ناظران کمیته ماده ۳۱ یا معاونت درمان دانشگاه بتوانند نظارت صحیحی بر مراکز درمانی داشته باشند، باید خود با ویژگیهای درمان با داروهای آگونیست آشنا شده باشند. از آنجا که این درمانها در نظام درمانی کشور پدیده‌ای نسبتاً نوین می‌باشند، برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه ناظران درمان ضروری به نظر می‌رسد.

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

- آشنایی اجمالی با درمان نگهدارنده با متادون

- آشنایی اجمالی با درمان سم‌زدائی با متادون

- آشنایی با آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد

- آشنایی با رتبه‌بندی واحدها

- آشنایی با شرح وظائف پرسنل مرکز و واحد

- آشنایی با تخلفات شایع و جریمه‌های پیش‌بینی شده در آئین‌نامه

- آشنایی با فرم‌هایی که توسط مراکز باید پر شود و نحوه ارزیابی آن

- آشنایی با نحوه بررسی پرونده‌های بیماران در مراکز

- آشنایی با نحوه پر کردن چک لیست نظارتی

- آشنایی با انواع مختلف مراکز همچون مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری، مراکز گذری و...

این دوره‌ها با نظارت اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تیب یک به طور ادواری برگزار می‌گردد.

گردش کار سیستم نظارتی و ارزشیابی

نحوه راه‌اندازی مراکز درمان سوءمصرف مواد و واحدهای درمان با آگونیست، نحوه رتبه‌بندی و تمدید فعالیت واحد و وظائف کمیته ماده ۳۱ و معاونتهای درمان دانشگاهها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص به طور کامل در آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد (پیوست) و فصول دیگر این پروتکل ذکر شده است و در اینجا از ذکر مجدد آن خود داری می‌گردد.

الف- در سطح دانشگاههای علوم پزشکی

کمیته ماده ۳۱ در سطح هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است طبق برنامه‌ای که خود مصوب می‌سازد رأساً و به کمک اداره نظارت بر درمان آن دانشگاه/ دانشکده به نظارت بر همه واحدهای دولتی، غیردولتی و خصوصی که درمان با آگونیست را ارائه می‌دهند بپردازد. این نظارت شامل واحدهای درمانی سازمان زندانها نیز می‌شود.

ناظران درمان، که انتظار می‌رود در دوره‌های آموزشی دو روزه یاد شده در فوق به طور کامل توجیه شده باشند، به طور دوره‌ای به بازدید از واحدهای درمان با آگونیست می‌پردازند. آنان چک‌لیست نظارتی (پیوست) را مطابق با مشاهدات خود و پرسش از مسئول فنی مرکز که باید در تمام ساعات کار مرکز در آن حضور داشته باشد، و نیز بیرون کشیدن تصادفی چند پرونده بیمار و بررسی نحوه پر شدن آن و دیگر دفاتر مرکز و نیز با پرسش از بیماران در خصوص امور مرتبط با درمان پر می‌کنند. نحوه پر کردن چک‌لیست نظارتی در پیوست توضیح داده شده است. همچنین در صورت وجود هر گونه تخلفی آن را به کمیته ماده ۳۱ و معاونت درمان دانشگاه گزارش می‌دهند تا طبق مفاد فصل نهم آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد با واحد خطای برخورد شود.

ب- در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی گزارش نظارتی و ارزشیابی کمیته ماده ۳۱ را (که شامل نحوه فعالیت مراکز و موارد تخلف مشاهده شده، را به طور مرتب (هر ماه یکبار) به ادارات ذی‌ربط در معاونت سلامت وزارتخانه (همچون اداره صدور پروانه‌ها و اداره نظارت بر درمان) ارسال می‌کند. همین‌طور جدول اطلاعات مراکز درمان سوء مصرف مواد/ واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیست در حوزه جغرافیایی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی (پیوست) هر شش ماه یکبار به اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ارسال می‌گردد. این جدول می‌تواند تعداد واحدهای فعال (شاخص یک) و تعداد بیماران تحت درمان نگهدارنده (شاخص دو) به تفکیک تزریقی و غیر تزریقی (شاخص سه)، و تعداد موارد مرگ و میر بیماران تحت درمان با آگونیست با ذکر اینکه روی درمان سم‌زدایی یا نگهدارنده بوده و در صورت امکان علت مرگ در صورت وجود گزارش پزشکی قانونی (شاخص پنج) را مشخص سازد. از آنجا که محاسبه میزان ریزش در درمان نگهدارنده (شاخص چهار) و تغییر رفتارهای پرخطر جنسی و تزریقی (شاخص شش) و رفتارهای مجرمانه (شاخص هفت) به طور جداگانه برای تمام مراکز وقت زیادی را از سیستم درمانی می‌گیرد، این شاخص با استفاده از روش‌های پیمایشی صرفاً بر روی یک نمونه تصادفی از مراکز توسط اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد به طور سالانه صورت می‌گیرد. طبقاً گزارش این شاخصها به طور سالانه از سوی اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد به کمیته کشوری کاهش آسیب و کاهش تقاضا، که در معاونت سلامت با حضور کارشناسان فنی دستگاه‌های دخیل در امر درمان و کاهش آسیب و نیز متخصصان برجسته کشور برگزار می‌گردد، ارائه می‌گردد تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و بر اساس آن تغییرات لازم در نظام درمانی و آئین‌نامه‌ها و پروتکل‌های درمانی مرتبط ایجاد گردد.

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد به علاوه موظف است اطلاعات جمع‌بندی شده را در اختیار دیگر ادارات ذی‌ربط در معاونت سلامت (همچون اداره نظارت بر درمان، اداره صدور پروانه‌ها، مرکز مدیریت بیماریها و مرکز گسترش شبکه) قرار دهد. نسخه‌ای از گزارشها به معاونتهای درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان بازخوردی از فعالیتهای آنها ارسال می‌گردد.

ج- در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد گزارش کلیه اقدامات انجام شده را در اختیار اداره کل درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار می‌دهد تا ضمن آنکه در گزارش سالانه ستاد مبارزه با مواد مخدر درج گردد، بررسیهای لازم از نظر همخوانی برنامه‌های درمانی اعتیاد کشور با کل سیاستهای کنترل مواد مخدر در کشور در کمیته درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، که با ریاست معاونت سلامت و عضویت دستگاههای دخیل در امر درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی تشکیل می‌شود، و در نهایت جلسات اصلی ستاد مبارزه با مواد مخدر با حضور رئیس جمهور و وزرا و رؤسای سازمانهای عضو این ستاد صورت پذیرد. توضیح در خصوص جزئیات سیستم نظارتی و ارزشیابی در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر در مقدمات این پروتکل نمی‌باشد.

لازم به ذکر است که یک نظام رایانه‌ای ثبت فعالیت واحدها در اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در حال تدوین است. نصب این سیستم در سطح واحدهای درمانی، دانشگاههای علوم پزشکی و وزارتخانه موجب سرعت بخشیدن روند گردش اطلاعات در کل نظام درمان اعتیاد شده و ضمن کاهش اتلاف زمان و سرمایه باعث تقویت و کارآمدتر شدن نظام پایش و ارزشیابی خواهد شد.

- ۱) وزیران محسن و مستشاری گلاره: «راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد» (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر)، تهران- انتشارات پرشکوه
- ۲) مستشاری گلاره: «طرح آزمایشی درمانگاه متادون»- تهران- اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳) رزاقی عمران محمد، رحیمی موقر آ، حسینی م و همکاران (۱۳۷۷): «بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد» سازمان بهزیستی کشور
- ۴) MC Dowel DM.; Spitz HI (۱۹۹۹): Substance Abuse from principles to practice; Taylor & Francis/ PA/ USA.
- ۵) Lowinson J.H; Ruiz P; Millman R.B. (۱۹۹۷). Substance Abuse a comprehensive Textbook; Williams & Wittkins, Baltimore, Maryland
- ۶) Sanchez-Carbonell X; Vilaregut A (۲۰۰۱): A ۱۰-year follow-up study on the health status of heroin addicts based on official registers. Addiction ۹۶(۱۲): ۱۷۷۷-۸۶
- ۷) Langendam MW; van Brussel GH; Coutinho RA; Ameijden EJ (۲۰۰۱): The impact of HR-based methadone on mortality among heroin users. Am J. Public Health, ۹۱(۵): ۷۷۶-۸۰
- ۸) Caplehorn JR; Dalton MS; Halder F et al (۱۹۹۶): Methadone Maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. Subst. Use Misuse. ۳۱(۲): ۱۷۷-۱۹۶
- ۹) Poser W; Koc J; Ehrenreich H (۱۹۹۵): MMT. Methadone Treatment can Reduce Mortality. BMJ; ۳۱۰(۶۹۷۷): ۴۶۳
- ۱۰) La Harpe R; PERRET G; Desgon JJ (۲۰۰۰): Rechtsmedizinische. Erfahrungen mit der Methadonsubstitution im Kanton Genf; Arch Kriminol. ۲۰۶(۱-۲): ۱-۷
- ۱۱) Farre M; Mas A; Torrens M et al (۲۰۰۲): Retention Rate & Illicit Opioid Use during Methadone Maintenance Interventions: a Meta-analysis. Drug Alcohol Dep; ۶۵(۳): ۲۸۳-۹۰
- ۱۲) Murray JB (۱۹۹۸): Effectiveness of Methadone Maintenance for heroine Addiction. Psycho. Rep.; ۸۳(۱): ۲۹۵-۳۰۲
- ۱۳) Yoast R; Williams MA; Deitchman SD; Champion HC (۲۰۰۱): Report on the council of Scientific Affairs; J. Addict. Dis; ۲۰(۲): ۱۵-۴۰

- 14) Judson BA; Oritiz S; Crouse L et al (1980): A Follow-up Study of heroin Addicts five years after first admission to a methadone Treatment program. *Drug Alcohol Depend.* 1(6): 295-313
- 15) Bale RH; Van Stone WW; Kuldau JM et al (1980): Therapeutic communities vs. Methadone Maintenance. *Arch Gen Psych.* 37(2): 179-93
- 16) Hilton BA; Thomson R; Moore-Dempsey L; Janzen RG (2001): Harm Reduction theories & strategies for control of HIV: a review of literature. *J. Adv. Nurs.* ; 33(3): 307-70
- 17) Zaric GS; Barnett PG; Brandeau ML (2000): HIV Transmission & the cost-effectiveness of Methadone Maintenance. *Am. J. pub. Health;* 90(7): 1100-11
- 18) Kwiathkowski: CF; Booth RE (2001): Methadone Maintenance as HIV risk reduction with Street-recruited Injecting Drug Users. *J. Acquir Immune Defic. Syn;* 26(6): 883-9
- 19) Wells EA; Calsyn DA; Clark LL; et al (1996): Retention in Methadone Maintenance is associated with reductions in different HIV risk behaviors for women & men. *Am J. Drug Alcohol Abuse;* 22(4): 504-21
- 20) Stark K; Muller R; Bienzle U; Guggenmoos-Holzman I (1996): MMT & HIV risk-taking Behavior among Injecting Drug Users in Berlin. *J. Epidemiol. Community Health;* 50(6): 534-7
- 21) Lollis CM; Strothers HS; Chitwood DD; Mc Gee M (2000): Sex, Drugs, and HIV: Does Methadone Maintenance reduce drug use & risky sexual behavior? *J. Behav. Med.;* 23(6): 545-57
- 22) Longshore D; Hsieh SC; Angsin MD (1994): Reducing HIV risk behavior among Injection Drug Users: effect of methadone maintenance treatment on number of sex partners. *Int. J. Addiction* 29(6): 741-57
- 23) Gossop M; Mardsen J; Stewart D; Treacy S (2002): Reduced injection risk & sexual risk behavior after drug misuse treatment. *AIDS Care;* 14(1): 77-93
- 24) Barnett PG (1999): The cost- effectiveness of Methadone Maintenance as a Health Care Intervention. *Addiction;* 94(4): 479-88
- 25) Brienza RS; Stein MD; Chen M et al (2000): Depression among needle exchange program & methadone maintenance clients. *J. Subst. Abuse T.* 18(4): 331-7
- 26) Maddux JF; Desmond DP (1992): Ten- year follow-up after admission to Methadone Maintenance. *Am. J. Dry Alcohol Abuse;* 18(3): 289-303
- 27) Hiltunen AJ; Eklund C (2002): Withdrawal from MMT. Reasons for not trying to quit

methadone. *Eur. Addict. Res.*

- 28) Fellin DA; O'Connor PG; Chawarski M et al (2001) Methadone Maintenance in Primary Care: a randomized controlled trial. *JAMA*: 287(14): 1724-31
- 29) NIH Consensus Panel Recommends Expanding Access to and Improving Methadone Treatment Programs for Heroin Addicts. (1999) *Eur. Addict. Res.* 5(1): 50-1
- 30) Desland M; Baley R (1991): High retention rates within a prospective study of heroin users. *Br. J. Addict.* 86(7): 809-10
- 31) Goldslein MF; Deren S; Kong SY et al (2002): Evaluation of an alternative program For Methadone Maintenance Treatment Programs dropouts: Impact on Treatment Re-Entry. *Drug Alcohol Depend.*; 66(2): 181-7
- 32) Formen RF; Bovasso G; Woody G (2001): Staff beliefs about addiction treatment. *J. Subst. Abuse Treatm.* 21(1): 1-9
- 33) Bell J (2000): Quality improvement. For MMT; *Subst. Use Misuse* 35 (12-13): 1735-56
- 34) Sadock BJ, Sadock VA, (2000) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*; seventh edition, Lippincott Williams & Wilkins
- 35) Sadock BJ, Sadock VA, (2002) *Synopsis of Psychiatry*; ninth edition, Lippincott Williams & Wilkins
- 36) Tober G. , Strang J. (2002) *Methadone Matters*, Evolving community methadone treatment of opiate addiction, Martin Dunitz press

پیوست‌ها

فرم‌های واحد درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست افیونی

فرم شماره ۱ - تعهدنامه درمان

تاریخ

اینجانب فرزند..... شماره شناسنامه به نشانی و شماره تلفن

. که از تاریخ تحت درمان سوء مصرف مواد افیونی در مرکز درمانی قرار گرفته‌ام، متعهد می‌شوم تمام مواردی که در ۸ بند ذیل ذکر شده را کاملاً رعایت کنم. در صورت نقض هر یک از موارد، مرکز مجاز خواهد بود بر اساس قوانین و رای کمیسیون درمانی با من برخورد کند و مسئولیت هرگونه برخورد قانونی و اخراج از درمان بر عهده اینجانب خواهد بود.

۱. مرجع تصمیم‌گیرنده در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو، اعضای گروه درمانی کلینیک (شامل روانپزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر پرسنل درمانی درمانگاه) می‌باشد و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر از مسئولین گروه اطلاع‌رسانی و خودیاری) یا سایر افراد ارائه شود، غیر مجاز و خطرناک خواهد بود.

۲. مراجعه به درمانگاه جهت گرفتن وقت پذیرش، ویزیت‌های پزشکی، شرکت در جلسات روان‌درمانی (شامل گروه‌درمانی، روان‌درمانی فردی و خانوادگی)، اطلاع‌رسانی، خودیاری، آزمایش خون و ادرار، گرفتن یا خوردن دارو یا سایر مداخلات درمانی مستلزم رعایت انضباط، نظم و ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

۳. رعایت بهداشت و پاکیزگی درمانگاه الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای درمانگاه ممنوع است.

۴. هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با پرسنل درمانگاه یا سایر بیماران ممنوع است و با متخلفین برخورد خواهد شد.

۵. خرید و فروش متادون، هر نوع دارو، هرگونه مواد مخدر، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در درمانگاه و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

۶. ایجاد هرگونه مزاحمت برای پرسنل درمانگاه، بیماران و خانواده‌ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر قوانین برخورد خواهد شد.

۷. هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار پرسنل درمانگاه یا سایر بیماران می‌بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

۸. ارائه هرگونه اطلاعات غلط، ابهام‌انگیز و بدون مشورت با واحد اطلاع‌رسانی، ارائه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده‌های بیماران یا سایر مراجعان درمانگاه به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی-روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

امضاء

نام و نام خانوادگی مراجع

فرم شماره ۲

فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی

فرزند

آدرس

تلفن تماس

تاریخ مصاحبه

مصاحبه کننده

سمت

می‌خواهم از شما چند سؤال عمومی بپرسم. همچنین یادآوری می‌کنم که کلیه اطلاعاتی که به من می‌دهید کاملاً محرمانه خواهد ماند.

اطلاعات دموگرافیک

۱. جنس: ۱. مذکر ۲. مونث
۲. چند سال دارید؟
۳. وضعیت کنونی زناشویی شما چگونه است؟
 ۱. در حال حاضر متاهل هستم.
 ۲. متارکه کرده‌ام (ولی هنوز طلاق نگرفته‌ام و متاهل هستم).
 ۳. بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).
 ۴. طلاق گرفته‌ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).
 ۵. هیچگاه ازدواج نکرده‌ام.
۴. وضعیت سکونت شما در حال حاضر چگونه است؟
 ۱. در منزل شخصی خود (یا منزلی که متعلق به خانواده‌ام است)
 ۲. خانه یا آپارتمان اجاره‌ای
 ۳. مکان ثابتی ندارم
 ۴. سایر موارد (مشخص کنید).....
۵. وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟
 ۱. تمام وقت (حداقل ۵ روز کار در هفته، روزی ۸ ساعت)
 ۲. پاره وقت منظم
 ۳. پاره وقت نامنظم
 ۴. محصل (و طلبه، دانشجو، سرباز)
 ۵. خانه‌دار
 ۶. بازنشسته، از کار افتاده یا مستمری بگیر
 ۷. دارای درآمد بدون کار
 ۸. بیکار
۶. میزان تحصیلات
 ۱. بی‌سواد
 ۲. ابتدایی
 ۳. راهنمایی
 ۴. دبیرستان
 ۵. تحصیلات عالی

تاریخچه مصرف و درمان مواد افیونی

۱. هنگامی که برای اولین بار از مواد افیونی غیر مجاز (مانند هروئین، تریاک، شیره، مورفین، کدئین، بوپرنورفین) استفاده کردید، چند ساله بودید؟
۲. از چند سال پیش مصرف مواد در شما به شکل مصرف هر روزه یا اعتیاد در آمد؟
۳. در چه سنی مصرف تزریقی مواد را شروع کردید؟
۴. مصرف انواع مختلف مواد در ماه گذشته و طول عمر و راه مصرف:

راه مصرف (طبق کدهای ذکر شده در پایین جدول)	مصرف در طی عمر (سال)	تعداد روزهای مصرف در ماه گذشته	سن شروع	نوع ماده
				۴.۱ سیگار
				۴.۲ حشیش
				۴.۳ الکل
				۴.۴ تریاک
				۴.۵ هروئین
				۴.۶ شیره
				۴.۷ کوکائین
				۴.۸ مواد توهم‌زا
				۴.۹ مواد استنشاقی
				۴.۱۰ آمفتامین‌ها
				۴.۱۱ داروهای آرام‌بخش
				۴.۱۲ استروئیدهای آنابولیک
				۴.۱۳ متادون غیرقانونی
				۴.۱۴ بیش از یک ماده در روز

راه مصرف:

خوراکی = ۱ / مشامی = ۲ / تدخین = ۳ / تزریق غیر وریدی = ۴ / تزریق وریدی = ۵ / هیچ وقت استفاده نکرده = ۹ □

۵. در ماه گذشته هزینه مواد مخدر شما به طور متوسط روزانه چقدر بوده است؟

تاریخچه اقدامات درمانی / قضایی

۱. تا به حال چند بار اقدام به درمان اعتیاد داشته‌اید؟
..... بار
۲. چه روش‌هایی برای درمان طبی شما استفاده شده است؟
 - با داروی شناخته‌شده تحت نظارت پزشک بار
 - با داروی شناخته‌شده بدون نظارت پزشک بار
 - با داروی دست‌ساز بار
 - سایر موارد بار
۳. طولانی‌ترین زمانی که از مصرف ماده مخدر دور بوده‌اید، چه مدت بوده است؟
۴. دلیل مصرف دوباره مواد چه بوده است؟
۵. دلیل اقدام به درمان در وضعیت فعلی چیست؟
۶. آیا سابقه بیماری روانپزشکی یا مصرف داروهای روانپزشکی دارید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۷. آیا از بیماری مزمن طبی که با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد، رنج می‌برید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۸. آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۹. آیا به دارویی حساسیت دارید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۱۰. آیا سابقه زندان یا بازداشت دارید؟
خیر
بلی مشخص کنید چند بار.....
چه مدت
علت بازداشت یا زندانی شدن

(فرم اطلاعات پایه)

- این فرم تنها یک بار در بدو پذیرش بیمار تکمیل می‌گردد.
- مسئول تکمیل این فرم، پزشک یا روانشناس می‌باشد.
- در صفحه اول مشخصات بیمار نوشته می‌شود، از آنجا که جلب اطمینان بیمار به سیستم درمانی نیازمند زمان است، بهتر است برای اخذ اطلاعاتی همچون آدرس و شماره تلفن، بیمار را تحت فشار قرار نداد.
- در صفحه دوم جنس، سن، وضعیت تأهل، و وضعیت محل سکونت در سؤال‌های یک تا چهار مشخص می‌شود. در سؤال پنجم وضعیت شغلی بیمار تعیین می‌گردد. به این ترتیب که اگر در طول هفته، حداقل ۵ روز و روزی ۸ ساعت کار می‌کند، شغل او تمام وقت در نظر گرفته می‌شود. اگر مدت کار از این میزان کمتر اما منظم باشد، مثلاً دو روز مشخص در هفته کار می‌کند، پاره‌وقت منظم، و اگر ساعات کاری پراکنده و نامنظم است، پاره وقت نامنظم در نظر گرفته می‌شود. در صورتی که بیمار کار نمی‌کند اما دارای درآمد است، مثلاً هر ماه پول اجاره مغازه‌ای را دریافت می‌کند، مورد هفتم علامت گذاری می‌شود.
- در سؤال ششم در صفحه دوم، میزان تحصیلات بیمار قید می‌گردد. در صورتی که بیمار تحصیلات دانشگاهی داشته باشد، قسمت تحصیلات عالی علامت گذاری می‌شود.
- در صفحه سوم تاریخچه مصرف مواد افیونی پرسیده می‌شود. در سؤال اول منظور اولین سن مصرف مواد افیونی است، بنابراین اگر اولین مصرف بیمار حشیش باشد در این قسمت درج نخواهد شد. بلکه موادی همچون تریاک، هروئین، شیر، مورفین، کدئین، و بوپرنورفین مورد نظر قرار خواهد گرفت. در سؤال چهارم این قسمت که به شکل جدول طراحی شده است در مورد مصرف یکایک مواد و سن شروع مصرف سؤال می‌شود. نیز مشخص می‌شود که در طی ماه گذشته هر ماده چند روز مورد مصرف قرار گرفته است، و بیمار در مجموع چند سال از عمر خود را به مصرف آن ماده گذرانده است. در ستون آخر راه مصرف هر ماده با کد گذاری مشخص می‌شود. به این ترتیب که در صورت مصرف ماده به صورت خوراکی (مانند الکل) عدد یک، مصرف مشامی (مانند حشیش) عدد ۲، تدخین (مانند سیگار) عدد ۳، تزریق غیروریدی (مانند استروئیدهای آنابولیک) عدد ۴ و تزریق وریدی (مانند هروئین) عدد ۵ در جدول وارد می‌شود. در صورتی که آن ماده اصلاً مورد استفاده قرار نگرفته باشد (و در نتیجه راه مصرفی وجود ندارد) عدد ۹ نوشته می‌شود.
- در صفحه چهارم تعداد موارد اقدام به درمان (چه به صورت خود درمانی و چه تحت نظر پزشک) در سؤال اول و نوع درمان انجام شده در سؤال دوم ذکر می‌شود. سئوالات ۳، ۴ و ۵ راجع به حداکثر مدت باقی ماندن در ترک، علت عود مصرف، و انگیزه فعلی برای درمان می‌باشد. در سئوالات بعدی سابقه بیماری روانپزشکی، طبی، مصرف دارو و حساسیت دارویی تعیین می‌گردد. آخرین سؤال مربوط به سابقه زندانی شدن یا بازداشت بیمار، مدت در زندان یا بازداشت ماندن، و دلیل آن است. مجدداً تأکید می‌شود که با توجه به این که این پرسش‌نامه در اولین ویزیت بیمار اخذ می‌گردد، و ممکن است بیمار هنوز به سیستم درمانی اعتماد کامل نداشته باشد، لزومی نیست که بیمار برای پاسخگویی تحت فشار گذاشته شود.

فرم شماره ۳

Maudsley Addiction Profile

الف. اطلاعات کلی

نام خانوادگی نام
نام مصاحبه‌گر نام مصاحبه‌گر
نام درمانگاه نام درمانگاه
تاریخ مصاحبه روز ماه سال

ب. سوء مصرف مواد

<u>طریقه مصرف</u>	<u>میزان مصرف در یک روز معمولی</u>	<u>روزهای مصرف (در ۳۰ روز گذشته)</u>
		ب ۱. تریاک
		ب ۲. هروئین
		ب ۳. حشیش
		ب ۴. کدئین
		ب ۵. آمفتامین‌ها (شامل اکستیزی)
		ب ۶. بنزودیازپین‌ها
		ب ۷. الکل
		ب ۸. مواد دیگر (مشخص کنید)
	بله نه	ب ۹. آیا در ماه گذشته، بیش مصرف مواد (overdose) داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، چند بار؟

پ. رفتارهای پرخطر

- پ ۱. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز تزریق مواد داشته‌اید؟
- پ ۲. در عرض ۳۰ روز گذشته، در یک روز معمولی چند بار تزریق داشته‌اید؟
- پ ۳. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟
- پ ۴. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار ارتباط جنسی بدون کاندوم داشته‌اید؟
- پ ۵. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار ارتباط جنسی با استفاده از کاندوم یا بدون استفاده از آن داشته‌اید؟

ت. سلامتی

ت ۱. سلامت جسمی

در ۳۰ روز گذشته، هر چند وقت یکبار هر یک از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
۰	۱	۲	۳	۴

- الف. بی‌اشتهایی
- ب. خستگی / ضعف
- ج. تهوع
- د. درد معده
- ه. تنفس مشکل
- و. درد قفسه سینه
- ز. درد مفاصل / استخوان
- ح. درد ماهیچه
- ط. کرختی / مورمور شدن
- ی. لرزش

ت ۲. سلامت روانی

در ۳۰ روز گذشته، هر چند وقت یکبار هر یک از تجربیات یا احساسات زیر را داشته‌اید؟

هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
۰	۱	۲	۳	۴

- الف. احساس تنش
- ب. وحشت‌زدگی بدون دلیل
- ج. احساس نگرانی
- د. عصبانیت یا لرزش درونی
- ه. حمله‌های وحشت یا هول
- و. احساس نومییدی
- ز. احساس بی‌ارزشی
- ح. احساس بی‌علاقگی به همه چیز
- ط. احساس تنهایی
- ی. افکار خودکشی

ث. عملکرد فردی و اجتماعی

ارتباط‌های فردی

- ث ۱. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟
ث ۲. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند بار با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

شغل

- ث ۶. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز حقوق گرفته‌اید؟
ث ۷. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟
ث ۸. در عرض ۳۰ روز گذشته، چند روز بیکار بوده‌اید؟

جرم و جنایت

- ج ۱. آیا در عرض ۳۰ روز گذشته، جرمی (فروش مواد، کلاهبرداری / جعل اسناد، سرقت، خشونت، ...) انجام داده‌اید؟

بلی خیر

- ج ۲. در عرض ۳۰ روز گذشته، در مجموع چند بار جرم مرتکب شده‌اید؟

دستورالعمل فرم شماره ۳ (MAP)

- این فرم در ۱۲ هفته اول هر ۴ هفته یک بار، و پس از آن در هفته‌های ۲۴، ۳۶ و ۴۸ تکمیل می‌گردد.
- این فرم توسط پزشک یا روانشناس تکمیل می‌گردد.
- در قسمت اطلاعات کلی، می‌توان به جای نام بیمار، کدی را برای او در نظر گرفت و در تمام فرم‌ها از همین کد استفاده کرد.
- سپس تعیین می‌شود که در عرض ۳۰ روز گذشته کدام یک از مواد ذکر شده در قسمت ب؛ و هر یک برای چند روز مورد سوء مصرف قرار گرفته، میزان مصرف در یک روز معمولی چقدر بوده و طریقه مصرف چگونه بوده است، هم چنین در صورتی که بیش مصرف (overdose) اتفاق افتاده باشد، در این قسمت ذکر می‌شود.
- در قسمت رفتارهای پرخطر تعیین می‌شود که آیا بیمار در طی ماه گذشته رفتار تزریقی یا تزریق مشترک یا ارتباط جنسی بدون کاندوم داشته است یا نه. مهم است که در مورد تزریق مشترک، تمام وسایل تزریق به تفکیک برای بیمار نام برده شوند.
- در بخش سلامتی علایم جسمی و روانی به تفکیک برای بیمار قرائت شده و تعیین می‌گردد کدام علایم را در ماه گذشته تجربه کرده و فراوانی تجربه علایم تا چه حد بوده است.
- در قسمت ارتباط‌های فردی مشخص می‌شود که بیمار در عرض ماه گذشته چند روز را با همسر یا اعضای خانواده خود زندگی کرده و چند روز را با آنها مشکل داشته است؟
- در قسمت شغل، تعداد روزهای غیبت بیمار از محل کار خود یا تعداد روزهای بیکاری تعیین می‌شود.
- در آخرین قسمت راجع به ارتکاب جرم در طی ماه گذشته از بیمار سؤال می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و امور پزشکی

معاونت سلامت

فرم شماره ۴
فرم دستورات پزشک

تاریخ شروع درمان:

نام پزشک معالج:

نام بیمار:	
تاریخ	

دستورالعمل فرم شماره ۴

فرم دستورات پزشک

این فرم جهت ثبت اقدامات انجام گرفته توسط پزشک طراحی شده و مشابه پرونده‌های معمول بیماران در درمانگاه دولتی است. در بالای جدول نام پزشک معالج و تاریخ شروع درمان ثبت می‌گردد و در اولین ستون افقی نام بیمار نوشته می‌شود. سپس مشابه پرونده‌های معمولی در هر بار ویزیت، تاریخ و اقدامات انجام گرفته، داروی تجویز شده، عوارض جانبی و شکایات بیمار ثبت می‌گردد. نیز در صورتی که مشاوره با روان‌پزشک یا متخصص دیگری انجام شده، و نتیجه مشاوره نوشته می‌شود.

فرم شماره ۵
فرم پیگیری بیمار توسط پزشک

شماره پرونده:

تاریخ شروع درمان:

نام و نام خانوادگی بیمار:

هفته	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۴	۱۶	۱۸	۲۰	۲۲	۲۴	۲۸	۳۲	۳۶	۴۰	۴۳	۴۸	۵۲	
تاریخ																											
ویزیت بیمار	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
دفعات خیزیت در هفته برای دریافت مشاوره																											
آزمایش ادرار (انجام)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
آزمایش ادرار (پاسخ)																											
MAP	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>				<input type="radio"/>						<input type="radio"/>						<input type="radio"/>		
جلسات مشاوره و آموزش	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LFT/CBC	<input type="radio"/>												<input type="radio"/>							<input type="radio"/>						<input type="radio"/>	

دستورالعمل فرم شماره ۵ (فرم پیگیری توسط پزشک)

- در بالای جدول، نام و نام خانوادگی بیمار یا کد شناسایی او ثبت شده و تاریخ شروع درمان و شماره پرونده ذکر می‌گردد.
- در اولین ستون افقی جدول هفته‌های درمان ذکر شده است. اولین مراجعه بیمار هفته صفر در نظر گرفته می‌شود. بدیهی است که در اوائل درمان و به خصوص در هفته اول درمان، معمولاً بیمار نیاز به بیش از یک ویزیت پزشک دارد. اما در این جدول تنها یک ویزیت در هر هفته ثبت می‌شود و مراجعات بیشتر و اقدامات انجام گرفته در فرم شماره ۴ ثبت می‌گردد. همانطور که مشاهده می‌شود، تا هفته دوازدهم ویزیت‌ها هفتگی انجام شده و پس از آن تا هفته ۲۴، هر دو هفته، تا هفته ۳۶ هر ۴ هفته و سپس در هفته‌های ۴۴ و ۵۲ ویزیت انجام د.

- در دومین ستون افقی، تاریخ ویزیت بیمار ذکر می‌گردد (مثلاً ۱۳۸۴/۲/۲).

- در ستون افقی سوم، در صورتی که بیمار در هفته ذکر شده تحت ویزیت پزشکی قرار گرفته است، یک علامت ✓ گذاشته می‌شود.

- در ستون افقی چهارم، با توجه به این که بیمار باید روزانه برای دریافت متادون خود مراجعه کند، و پزشک با توجه به فرم پرستار یا گزارش شفاهی او در این ستون تعداد روزهایی در هفته گذشته را که بیمار برای دریافت متادون مراجعه نکرده و غیبت داشته است، ثبت می‌کند. مثلاً ۱، ۰، ۲، تا ... ۷ روز.

- در ستون پنجم، آزمایش‌های ادرار در صورتی که در هفته‌های مقرر (هفته دوم، چهارم، ششم، ...) انجام گرفته شده باشد، در دایره مربوطه از علامت ✓ استفاده می‌شود. بهتر است تعداد آزمایش‌های ادرار، مطابق با فرم باشد. اما از آنجا که برای بعضی بیماران، تهیه هزینه انجام آزمایش مشکل است، حداقل سه بار آزمایش در طول دوره درمان الزامی است. بهتر است آزمایش‌ها به صورت تصادفی انجام شود، و بیمار از انجام آزمایش از قبل اطلاع نداشته باشد.

- در ستون ششم، نتیجه آزمایش‌های ادرار که در ستون قبل علامت‌گذاری شده بود، با علامت + (به معنی مثبت شدن تست مورفین) یا - (منفی شدن تست مورفین) مشخص می‌گردد.

- در ستون هفتم، در صورتی که پرسشنامه مادزلی (MAP) برای بیمار تکمیل گردیده باشد، با علامت ✓ مشخص می‌شود. در هفته صفر، منظور از MAP، فرم اطلاعات پایه (پرسشنامه ۲) است. فرم MAP در هفته‌های ۴، ۸، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۴۸ تکمیل می‌گردد.

- در ستون هشتم افقی، درمان‌های غیردارویی انجام شده برای بیمار، اعم از روان‌درمانی فردی یا گروهی، یا آموزش خانواده با علامت ✓ مشخص می‌گردد. این درمان‌ها به عهده روانشناس یا کارشناس مشاوره می‌باشد و پزشک تنها برای کامل شدن پروفایل بیمار با کسب اطلاع از روانشناس یا کارشناس مشاوره این ستون را تکمیل می‌کند.

- در ستون آخر، آزمایش‌های خونی بیمار {تست کامل خونی (CBC) و تست عملکرد کبدی (LFT)} که در هفته‌های صفر، ۱۲، ۲۴ و ۴۸ می‌بایست انجام گیرد، با علامت ✓ مشخص می‌گردد.

- در واقع با تکمیل شدن این فرم، پروفایل کلی بیمار با یک نظر اجمالی مشخص می‌گردد. مثلاً این که آیا به طور منظم برای مصرف متادون به درمانگاه مراجعه می‌کند یا خیر، یا چند بار آزمایش ادرار مثبت داشته است. بنابراین دقت در تکمیل صحیح این فرم برای ارزیابی نهایی بیماران بسیار مفید است.

فرم شماره ۶

فرم تنظیم دوز متادون توسط پزشک

تاریخ شروع درمان:

نام پزشک معالج:

نام بیمار:

تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء	تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء
۱			۱۷		
۲			۱۸		
۳			۱۹		
۴			۲۰		
۵			۲۱		
۶			۲۲		
۷			۲۳		
۸			۲۴		
۹			۲۵		
۱۰			۲۶		
۱۱			۲۷		
۱۲			۲۸		
۱۳			۲۹		
۱۴			۳۰		
۱۵			۳۱		
۱۶					

وضعیت بیمار از لحاظ take home :

تاریخ شروع درمان:

نام پزشک معالج:

نام بیمار:

تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء	تاریخ	دوز متادون	مهر و امضاء
۱			۱۷		
۲			۱۸		
۳			۱۹		
۴			۲۰		
۵			۲۱		
۶			۲۲		
۷			۲۳		
۸			۲۴		
۹			۲۵		
۱۰			۲۶		
۱۱			۲۷		
۱۲			۲۸		
۱۳			۲۹		
۱۴			۳۰		
۱۵			۳۱		
۱۶					

وضعیت بیمار از لحاظ take home :

دستورالعمل فرم شماره ۶ فرم تنظیم دوز متادون توسط پزشک

- این فرم توسط پزشک تکمیل می‌گردد.
- هر صفحه فرم برای دو ماه در مورد هر بیمار تنظیم شده است.
- در بالای هر جدول نام بیمار و نام پزشک معالج قید می‌گردد.
- پزشک معالج دوز متادون تعیین شده تا ویزیت بعدی را در جدول وارد کرده و در ستون مقابل مهر و امضا می‌کند. بنابراین در ویزیت‌های هفتگی لازم است هفت ردیف افقی تکمیل شده باشد. مثلاً در مورد بیماری که دوز هفتگی او ۶۰ میلی‌گرم تعیین شده است، باید برای هفت روز، به عنوان مثال از شماره ۱۲ تا ۱۸، عدد ۶۰ نوشته شده و سپس مهر و امضا شود.
- پرستار مسئول توزیع متادون، فرم مربوط به هر بیمار را از پزشک تحویل گرفته و دوز مربوطه را در فرم خود وارد می‌کند تا داروی بیمار طبق فرم تجویز شود. فرم تنظیم دوز تا ویزیت بعدی بیمار در پرونده او حفظ می‌شود.
- در ذیل هر جدول، وضعیت بیمار از لحاظ **take home** درج می‌شود. مثلاً اگر در دو ماه اول درمان است، ذکر می‌شود که **take home** ندارد.



جمهوری اسلامی ایران
سازمان بهداشت و درمان آموزش پزشکی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

فرم شماره ۷

فرم روانشناس

نام بیمار:	
تاریخ	نوع درمان روانشناختی انجام شده و نظر روانشناس در مورد بیمار

دستورالعمل فرم شماره ۷

فرم روانشناس

این فرم جهت ثبت اقدامات انجام گرفته توسط روانشناس طراحی شده است. پس از درج نام بیمار، در هر بار ویزیت تاریخ معاینه ذکر شده و سپس نوع درمان انجام شده برای بیمار ثبت می‌گردد. مثلاً مشاوره فردی یا گروه درمانی. نیز نکات قابل ذکر در مورد بیمار، به عنوان مثال علائم روانی یا مکانیسم‌های دفاعی نوشته می‌شود.

فرم شماره ۸

فرم پرستار

نام پزشک معالج:

نام بیمار:

تاریخ شروع درمان:

توضیحات	تعداد قرص	تاریخ	روز هفته	ردیف

دستورالعمل فرم شماره ۸

فرم پرستار

- این فرم برای یک ماه هر بیمار در نظر گرفته شده است.
- در بالای جدول نام بیمار، نام پزشک معالج و تاریخ شروع درمان بیمار ثبت می‌گردد.
- در اولین ستون عمودی جدول اعداد به ترتیب ذکر شده و نشانه ترتیب مراجعه بیمار در آن ماه هستند. به عنوان مثال عدد یک، به معنای اولین روز مراجعه بیمار برای دریافت متادون در ماه جاری است.
- در ستون دوم، روز هفته نوشته می‌شود (شنبه، یکشنبه،...).
- در ستون سوم، تاریخ حضور بیمار درج می‌گردد.
- بنابراین در ردیف یک، ممکن است روز هفته مثلاً چهارشنبه باشد و تاریخ حضور به عنوان مثال ۸۴/۱/۳۱.
- در ستون چهارم، بر اساس دوزی که توسط پزشک معالج تعیین شده است، تعداد قرص‌های بیمار درج می‌گردد. مثلاً بیماری که دوز تعیین شده او ۶۰ میلی‌گرم است، تعداد قرص او ۱۲ عدد است.
- در ستون توضیحات، هر نکته مهم همچون غیبت بیمار، عوارض جانبی، مصرف مواد غیرمجاز و ... ذکر می‌گردد.

فرم نرم افزاری مراکز درمان نگهدارنده با متادون

کد بیمار:
 نام:
 نام خانوادگی:

کد بیمار:
 کد مرکز:

حروف مشخصه:
 تاریخ تولد:
 جنس: زن مرد

نام شهرستان محل زندگی:
 محل زندگی: شهر روستا
 تعداد سالهای کامل تحصیل:
 نوبت مراجعه: اولین مراجعه مراجعه مجدد پس از یک سال از مراجعهی قبل
 تاریخ تکمیل فرم:
 تاریخ اولین مراجعه برای درمان:
 وضعیت مصرف مواد:

دفعات مصرف	روش اصلی مصرف	مصرف طی ماه اخیر	سن شروع مصرف	سابقه مصرف	نام ماده	
						مادهی اصلی
						مادهی دوم
						مادهی سوم
						مادهی چهارم
						مادهی پنجم

سابقه مصرف تزریقی مواد: بلی خیر (به سراغ پرسشهای سابقه زندگی برآید)
 سن اولین تزریق:
 سابقه تزریق مواد طی یک ماه اخیر: بلی خیر (به سراغ پرسشهای وضعیت تزریق در طول عمر برآید)
 استفاده از لوازم تزریق نو در تمامی موارد بلی خیر
 تمیز کردن لوازم تزریق قبل از مصرف در تمامی موارد بلی خیر
 قرض دادن/گرفتن یا استفاده اشتراکی از سوزن/سرنگ بلی خیر
 قرض دادن/گرفتن یا استفاده اشتراکی از قاشق/آب/فیلتر/حلالها بلی خیر

تاکنون قرض دادن/گرفتن یا استفاده اشتراکی از سوزن/سرنگ در طول عمر بلی خیر
 قرض دادن/گرفتن یا استفاده اشتراکی از قاشق/آب/فیلتر/حلالها در طول عمر بلی خیر

سابقه زندگی: عدم تمایل به پاسخدهی (به سراغ پرسشهای اشتغال برآید) بلی خیر (مانند عدم تمایل)
 اگر طی یک سال اخیر آزاد شده مدت زمان از آزادی به ماه
 علت آخرین زندان عدم تمایل به پاسخدهی مرتبط با مواد بی ارتباط با مواد
 وضعیت اشتغال طی یک ماه اخیر تاکنون شاعل نبوده فعلا بی کار مشغول به کار مشغول به تحصیل مشاغل غیرقانونی
 وضعیت زندگی طی یک ماه اخیر: تنها با همسر و فرزندان (در صورت داشتن فرزند) فقط با فرزندان با والد/والدین با دوستان
 زندگی در مکانهای جمعی تنها بی خانمان

هزینه ماهانه مواد (ریال)

نام و امضای پزشک پرکننده فرم: _____

نوع درمان : سرپایی بستری

درمان سرپایی:

سم‌زدایی با کلونیدین
سم‌زدایی با بوپرنورفین
سم‌زدایی با متادون
سم‌زدایی با روش‌های دیگر

درمان نگهدارنده (به پرسش‌های قسمت درمان نگهدارنده مراجعه کنید)

درمان بستری یا ارجاع برای بستری:

سم‌زدایی معمولی
سم‌زدایی سریع
سم‌زدایی فوق‌سریع
بستری به دلیل بیش‌مصرف

درمان نگهدارنده:

(به پرسش‌های قسمت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کنید)
 (به پرسش‌های قسمت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین مراجعه کنید)

درمان نگهدارنده با متادون
درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

درمان نگهدارنده با متادون:

تاریخ شروع درمان:

مرحله درمان:

القا:
تثبیت:
نگهدارنده:

دوز فعلی درمان نگهدارنده: میلی‌گرم

دوز منزل: روز در هفته

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین:

تاریخ شروع درمان:

دوز فعلی درمان نگهدارنده: میلی‌گرم

دوز منزل: روز در هفته
ماه

چک‌لیست نظارت بر واحد درمان نگهدارنده با متادون

- نام کلینیک:
- آدرس:
- شماره تلفن:
- تاریخ بازدید از مرکز:

۱. تاریخ شروع به کار درمانگاه:
۲. کسب مجوز مرکز از چه ارگانی صورت گرفته است:
۳. تعداد موارد سم‌زدایی شده با متادون در ماه اخیر:
۴. تعداد موارد درمان نگاه‌دارنده با متادون در حال حاضر (با تفکیک معتادان تزریقی و غیرتزریقی):
 ۵. دوز متوسط متادون در درمان نگاه‌دارنده:
 ۶. دوز متوسط شروع درمان نگاه‌دارنده:
 ۷. سرعت افزایش دوز در درمان نگاه‌دارنده:
 ۸. کم‌ترین دوز متادون در درمان نگاه‌دارنده (در فاز نگهدارنده) در حال حاضر:
 ۹. بیشترین دوز متادون در درمان نگاه‌دارنده در حال حاضر:
 ۱۰. رعایت زمان اولین دوز **take home** مطابق پروتکل:
 ۱۱. رعایت زمان‌بندی دوز **take home** مطابق پروتکل:
 ۱۲. مصرف متادون تحت نظارت مستقیم پرستار:
 ۱۳. دوز متوسط متادون در درمان سم‌زدایی:
 ۱۴. کم‌ترین دوز متادون در درمان سم‌زدایی:
 ۱۵. بیشترین دوز متادون در درمان سم‌زدایی:
 ۱۶. مدت متوسط درمان سم‌زدایی:
 ۱۷. مصرف متادون روزانه تحت نظارت مستقیم در درمان سم‌زدایی:
 ۱۸. تعداد بیماران معتاد به هرئوین:
 ۱۹. تعداد بیماران معتاد به تریاک:
 ۲۰. تعداد بیماران معتاد به مواد دیگر:
 ۲۱. تعداد بیماران مبتلا به اعتیاد تزریقی:
 ۲۲. تعداد بیماران دارای تاریخچه تزریق مشترک:

۲۳. تعداد بیماران دارای تاریخچه رفتار پرخطر جنسی:
۲۴. میزان مرگ و میر در طی درمان نگاه‌دارنده با متادون:
۲۵. میزان مرگ و میر در طی درمان سم‌زدایی با متادون:
۲۶. میزان drop out در طی درمان نگاه‌دارنده با متادون:
۲۷. وجود روان‌پزشک در کلینیک:
۲۸. تعداد متوسط ویزیت روان‌پزشک در طی دوره درمان نگاه‌دارنده با متادون:
۲۹. وجود روان‌شناس در کلینیک:
۳۰. تعداد متوسط ویزیت روان‌شناس در طی دوره درمان نگاه‌دارنده با متادون:
۳۱. گروه درمانی در کلینیک:
۳۲. میانگین تعداد افراد شرکت‌کننده در گروه:
۳۳. آموزش خانواده در کلینیک:
۳۴. وجود گاو صندوق در مرکز:
۳۵. وجود وسیله آماده‌سازی متادون در مرکز:
۳۶. وجود کامپیوتر در مرکز:
۳۷. وجود پروتکل‌های متادون در مرکز:
۳۸. وجود ست احیاء همراه با نالوکسان در مرکز:
۳۹. فضای فیزیکی مناسب:
۴۰. تعداد پرسنل موجود مطابق پروتکل:
۴۱. تکمیل فرم‌ها طبق پروتکل:
۴۲. تعداد موارد ارجاع افراد واجد شرایط برای مشاوره تست ایدز:

دستورالعمل چک لیست نظارتی واحد درمان نگهدارنده با متادون

۱. تاریخی که درمانگاه، به طور رسمی کار خود را شروع کرده است.
۲. سازمان یا ارگانی که مجوز مرکز را صادر نموده است (به عنوان مثال، دانشگاه علوم پزشکی، سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، ...).
۳. تعداد بیمارانی که در یک ماه قبل از بازدید تحت درمان سم‌زدایی با متادون قرار گرفته‌اند.
۴. تعداد بیمارانی که در حال حاضر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند به تفکیک بیمارانی که تزریقی و غیرتزریقی بوده‌اند.
۵. میزان دوز متوسط برای اکثر بیماران تحت درمان نگهدارنده (در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، دوز متوسط ۶۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد).
۶. دوز معمول متادون در شروع درمان نگهدارنده (برای مصرف کنندگان تریاک، حدود ۲۰ میلی‌گرم در روز، و برای مصرف کنندگان هروئین، حدود ۳۰ میلی‌گرم در روز است، و بهتر است در هر صورت در روز اول از ۴۰ میلی‌گرم در روز بیشتر نباشد).
۷. میزان سرعت افزایش دوز متادون در درمان نگهدارنده (در سه روز اول بهتر است دوز ثابت باشد، سرعت افزایش دوز از ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم یک روز در میان بیشتر نباشد).
۸. کمترین میزان دوز نگهدارنده در حال حاضر (یعنی کمترین دوز متادون در روز که در حال حاضر برای یک بیمار تجویز می‌شود).
۹. بیشترین میزان دوز نگهدارنده در حال حاضر (بیشترین دوز متادون در روز که در حال حاضر برای یک بیمار تجویز می‌شود).
۱۰. آیا زمان اولین دوز منزل (take home) مطابق با پروتکل رعایت می‌شود؟ مطابق با پروتکل، در دو ماهه اول درمان، به هیچ عنوان و حتی برای روزهای تعطیل نباید دوز منزل داده شود.
۱۱. آیا زمان بندی دوز منزل (take home) مطابق با پروتکل است؟ طبق پروتکل، در صورتی که مشکل خاصی وجود نداشته باشد و آزمایش‌های ادراری بیمار منفی باشد، می‌توان از ماه سوم برای دو روز آخر هفته، و از ماه چهارم یک روز در میان، و از ماه پنجم برای پنج روز در هفته، و از ماه ششم (تا آخر درمان) برای شش روز در هفته، دوز منزل را به بیمار تحویل داد. در بقیه روزها، بیمار باید متادون خود را در حضور پرستار مصرف کند. در ضمن، هر زمان که مشکلی در درمان بیمار به وجود آمد، مثلاً آزمایش‌های ادراری او مثبت شد، یا قوانین مرکز زیرپا گذاشته شد، پیشرفت در مرحله دوز منزل متوقف می‌شود، و حتی یک یا دو مرحله به عقب برمی‌گردد.
۱۲. متادون باید به صورت محلول در آب، و تحت نظر پرستار مصرف شود.
۱۳. میزان دوز متوسط برای اکثر بیمارانی که در مرکز تحت درمان سم‌زدایی هستند (در پروتکل درمان وابستگی

- به مواد افیونی با داروهای آگونیست، دوز متوسط ۳۰ تا ۴۰ میلی گرم در روز می باشد).
۱۴. کمترین میزان دوز متادون در درمان سم زدایی (کمترین میزان متادون مورد نیاز روزانه در درمان سم زدایی که لازم به افزایش آن برای حصول نتیجه درمانی نبوده است).
۱۵. بیشترین میزان متادون مورد نیاز روزانه در درمان سم زدایی که برای حصول نتیجه درمانی و پوشش علائم ترک بیمار، نیاز به آن بوده است.
۱۶. مدتی که به طور متوسط برای انجام دوره کامل سم زدایی لازم است.
۱۷. آیا در درمان سم زدایی، بیمار هر روز برای دریافت متادون مورد نیاز خود به مرکز مراجعه نموده و متادون را تحت نظارت پرستار مصرف می نماید.
۱۸. تعداد بیماران معتاد به هروئینی که از ابتدای تاسیس مرکز در آن مورد درمان قرار گرفته اند، یا تعداد بیماران معتاد به هروئین که در یک سال اخیر در مرکز تحت درمان بوده اند.
۱۹. تعداد بیماران معتاد به تریاکی که از ابتدای تاسیس مرکز در آن مورد درمان قرار گرفته اند، یا تعداد بیماران معتاد به تریاک که در یک سال اخیر در مرکز تحت درمان بوده اند.
۲۰. تعداد بیماران معتاد به مواد دیگر (به جز تریاک و هروئین) که از ابتدای تاسیس مرکز در آن مورد درمان قرار گرفته اند، یا تعداد بیماران معتاد به مواد دیگر (به جز تریاک و هروئین) که در یک سال اخیر در مرکز تحت درمان بوده اند.
۲۱. تعداد بیماران ویزیت شده در مرکز (از ابتدا، یا در سال اخیر) که الگوی مصرف تزریقی مواد داشته اند.
۲۲. تعداد بیماران ویزیت شده در مرکز (از ابتدا، یا در طی یک سال اخیر) که الگوی مصرف تزریق مشترک مواد داشته اند.
۲۳. تعداد بیماران ویزیت شده در مرکز (از ابتدا، یا در طی یک سال اخیر) که رفتارهای پر خطر جنسی (روابط خارج از محدوده زناشویی، بدون استفاده از کاندوم) داشته اند.
۲۴. تعداد موارد مرگ، در بیمارانی که تحت درمان با درمان نگهدارنده قرار داشته اند (و ثبت علت آن).
۲۵. تعداد موارد مرگ، در بیمارانی که تحت درمان با درمان سم زدایی قرار داشته اند (و ثبت علت آن).
۲۶. تعداد بیمارانی که در طی درمان نگهدارنده با متادون، درمان را قطع کرده اند.
۲۷. آیا روان پزشکی در مرکز حضور دارد؟ چند روز در هفته، و کدام روز (روزهای) هفته در مرکز حضور دارد؟ در صورتی که با روان پزشکی در خارج از مرکز، قرارداد بسته شده، نام روان پزشکی، و بررسی این که چه تعداد بیمار به او ارجاع شده اند، و مدرکی دال بر ارجاع بیماران به روان پزشکی (مثلاً وجود نظر کتبی روان پزشکی در پرونده بیمار، یا نسخه او).
۲۸. تعداد دفعاتی که در طی یک دوره درمان نگهدارنده با متادون، بیمار توسط روان پزشکی ویزیت می شود.
۲۹. آیا روان شناس در مرکز حضور دارد؟ (مطابق با پروتکل، حضور یک روان شناس در هر شیفت کاری اجباری است).
۳۰. تعداد دفعاتی که یک بیمار در طی دوره درمان نگهدارنده با متادون، توسط روان شناس ویزیت می شود (مثلاً

ویزیت‌های هفتگی، یا طبق فرم ۵ پروتکل، حدود ۱۰ ویزیت توسط روان‌شناس، که می‌تواند به صورت گروه-درمانی، درمان فردی، یا آموزش خانواده باشد).

۳۱. آیا جلسات گروه درمانی در مرکز برگزار می‌شود؟ در این صورت، با چه تواتری، و در چه روزهایی از هفته؟
۳۲. به طور متوسط، چه تعدادی از بیماران در درمان گروهی شرکت می‌کنند؟ در هر گروه، تعداد شرکت‌کنندگان چند نفر است؟

۳۳. آیا جلسات آموزش خانواده، برای خانواده بیماران در مرکز انجام می‌شود؟

۳۴. متادون تحویل داده شده به مرکز، در کجا نگهداری می‌شود؟ آیا در مرکز، گاوصندوق وجود دارد؟

۳۵. متادون چگونه به بیماران ارائه می‌شود؟ آیا وسیله پودر کردن متادون (هاون، مولینکس) در مرکز وجود دارد؟
آیا لیوان‌های یک بار مصرف در مرکز وجود دارد؟

۳۶. آیا در مرکز کامپیوتر وجود دارد؟

۳۷. آیا آئین‌نامه راه‌اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست در مرکز موجود است؟

۳۸. آیا وسایل کامل احیا در مرکز وجود دارد؟ آیا آمپول نالوکسان در مرکز وجود دارد؟

۳۹. آیا مترآژ درمانگاه مطابق با پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست است؟ (برای مرکز با رتبه ۳، حداقل ۷۰ متر و برای مرکز با رتبه ۲، حداقل ۱۰۰ متر و برای مرکز با رتبه ۱ حداقل ۱۲۰ متر).

۴۰. آیا تعداد کارکنان مرکز مطابق با پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست است؟ (به ازای هر ۵۰ بیمار در هر شیفت، یک پزشک، یک پرستار/بهبیار، یک روان‌شناس بالینی/کارشناس مشاوره، و برای مرکز با رتبه ۲ و ۱، یک مددکار اجتماعی).

۴۱. آیا فرم‌های پروتکل درمان سوءمصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، در پرونده هر بیمار وجود دارد؟ آیا این فرم‌ها به طریقه صحیح، تکمیل شده است؟

۴۲. چند بیمار برای مشاوره تست ایدز ارجاع داده شده‌اند؟ این ارجاع به کجا صورت پذیرفته است؟

راهنمای تکمیل جدول اطلاعات مراکز درمان سوءمصرف مواد/ واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروی آگونیسست در حوزه جغرافیایی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

- در ستون نام، نام مرکز وابسته به آن دانشگاه/ سازمان را مشخص نمایید.
- در ستون ۳ و ۴، دولتی یا خصوصی بودن مرکز را با گذاشتن علامت * تعیین کنید.
- در ستون ۵ و ۶، تعداد روانپزشکان شاغل در آن مرکز و تعداد پزشکان عمومی دوره دیده برای ترک اعتیاد را مرقوم نمایید.
- منظور از تعداد مراجعات در ستون ۷ و ۸، کل مراجعاتی است که در طی مدت زمان مشخص (مثلاً ۶ ماهه اول سال) به آن مرکز صورت گرفته که طبعاً ممکن است چندین مراجعه مربوط به یک بیمار باشد.
- تعداد بیماران به تفکیک جنسیت را در ستون ۹ و ۱۰ مشخص نمایید.
- در ستون‌های ۱۱ تا ۱۷ که به عنوان درمان سرپایی مشخص گردیده است، تعداد بیماران را به تفکیک روش درمانی (سم‌زدایی با متادون، درمان نگهدارنده با متادون در معتادان تزریقی و غیر تزریقی، سم‌زدایی با بوپرنورفین، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در معتادان تزریقی و غیر تزریقی و سایر موارد از جمله کلونیدین) قید نمایید.
- در ستون‌های درمان بستری، تعداد بیمارانی که با درمان‌های سم‌زدایی با روش سریع (RD)، فوق سریع (URD)، و روش‌های عادی بستری درمان شده‌اند، مشخص نمایید.
- در ستون‌های ۲۱ و ۲۲ به ترتیب موارد گزارش شده مرگ و میر در بیماران تحت درمان سم‌زدایی (انواع روشها) و درمان نگهدارنده (با متادون یا بوپرنورفین) ذکر شود. سپس در پایین صفحه در قسمت توضیحات در مورد زمان فوت، دوز داروی آگونیسست در هنگام فوت، یافته‌های پزشکی قانونی و اطرافیان در خصوص علت فوت و اطلاعات مهم دیگر ذکر شود.
- در ستون آخر، آدرس و تلفن مرکز را مرقوم نمایید.

آیین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد

فصل اول- تعاریف

ماده ۱- مرکز درمان سوء مصرف مواد (که منبذ در این آیین نامه مرکز نامیده خواهد شد): به مرکزی اطلاق میگردد که امکانات ارائه خدمات درمانی سم زدائی و خدمات پیشگیری از عود و درمان های غیر داروئی و در صورت اخذ مجوز واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست، درمان سم زدائی و نگهدارنده (طولانی مدت) را با داروی آگونیسست افیونی برای درمان سرپائی معتادان دارا باشد. کلیه این خدمات باید منطبق با پروتکل درمان سوء مصرف مواد (که توسط معاونت سلامت ابلاغ می گردد) باشد.

ماده ۲- واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست (که منبذ در این آیین نامه واحد نامیده خواهد شد): زیر مجموعه مرکز بوده و تحت نظر پرسنل درمانی، درمان سم زدایی و درمان نگاه دارنده با داروهای آگونیسست افیونی را ارائه می دهد.

ماده ۳- مرکز قهر: به مرکز ثابت یا سیاری گفته می شود که زیر نظر مستقیم و با مسئولیت مرکز درمان سوء مصرف مواد، در مناطق سخت دسترس از جمله روستاها و حاشیه شهرها که فاقد مراکز دولتی یا متقاضی تأسیس در بخش خصوصی هستند، با شرایطی که در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست آمده است، ارائه خدمت می نماید.

ماده ۴- الف- سم زدائی (بازگیری): به مجموعه اقدامات درمانی بمنظور رفع وابستگی فیزیکی به مواد اعتیاد آور گفته می شود.

ب- سم زدائی سریع و فوق سریع: روشی از سم زدائی است که بکمک داروهای آنتاگونیسست افیونی و رخت زائی (Sedation) یا بیهوشی، دوره سم زدائی را به ۲-۳ روز (سریع) و کمتر از ۱۲ ساعت (فوق سریع) کاهش می دهند.

ماده ۵- پیشگیری از عود: به مجموعه اقدامات داروئی و غیر داروئی جهت پیشگیری از مصرف مجدد مواد اعتیاد آور اطلاق میشود.

ماده ۶- درمان نگهدارنده (جایگزین): به درمان طولانی مدت (بیشتر از ۶ ماه) با داروهای شبه افیونی گفته می شود که بعضاً سالها بطول می انجامد و هدف آن جلوگیری از مصرف غیرقانونی مواد افیونی توسط بیمار می باشد. مشروح روش های سم زدائی و پیشگیری از عود در پروتکل درمان سوء مصرف مواد آمده است.

ماده ۷- تعریف داروی آگونیسست افیونی مطابق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست می باشد.

ماده ۸- به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این آیین نامه به اختصار وزارت و به دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به اختصار دانشگاه اطلاق خواهد شد.

فصل دوم- شرایط تأسیس و بهره برداری

ماده ۹- اجازه تأسیس مطابق با آیین نامه تأسیس درمانگاهها خواهد بود.

تبصره- هر پزشک می تواند به تنهایی نیز متقاضی تأسیس مرکز باشد لکن در مورد دیگر متقاضیان مطابق تبصره ۱ ذیل ماده ۳ آیین نامه تأسیس درمانگاهها رفتار خواهد شد.

ماده ۱۰- علاوه بر متقاضیان مشمول ماده ۹، همه بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های تخصصی اعصاب و روان، درمانگاه‌های عمومی، مراکز جامع توانبخشی و درمانگاه‌های تخصصی مغز اعصاب و روان می‌توانند افزایش بخش درمان سوءمصرف مواد را تقاضا نمایند.

تبصره- مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری **دانشگاه (مراکز بهداشتی درمانی مرجع یا درمانگاه مثلثی)**، درمانگاه‌های سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، مراکز درمان و بازتوانی معتادان سازمان بهزیستی کشور (دولتی و خصوصی) و مراکز گذری کمک‌رسانی به معتادان خیابانی (DIC) معادل مرکز ارزیابی شده و نیازی به اخذ پروانه بهره‌برداری مرکز ندارند، لکن برای آنها اخذ مجوز راه‌اندازی واحد الزامی است.

ماده ۱۱- مجوز بهره‌برداری منوط به تأمین تجهیزات عمومی و ملزومات پزشکی و همچنین رعایت سایر اصول مورد توجه این آیین‌نامه توسط مؤسس / مؤسسان (و تأیید وضعیت ساختمانی، بهداشتی، پرسنلی و تجهیزات با توجه به ضوابط و مقررات مربوطه توسط وزارت) خواهد بود.

ماده ۱۲- درمان سم‌زدائی سریع (RD) و فوق سریع (URD) صرفاً در مراکز بیمارستانی و با شرایط مندرج در پروتکل درمان سوءمصرف مواد میسر است.

ماده ۱۳- تنها بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان‌های تخصصی اعصاب و روان با تسلیم تقاضا به معاونت درمان دانشگاه زیربند و متعاقباً بررسی و تصویب کمیسیون قانونی ماده ۲۰ جهت اضافه نمودن مرکز درمان سوءمصرف مواد به پروانه تأسیس و رعایت مفاد پروتکل درمان سوءمصرف مواد می‌توانند اقدام به سم‌زدائی بیماران به روش URD بنمایند.

ماده ۱۴- چنانچه مؤسس / مؤسسان همزمان متقاضی درمان با داروهای آگونیست افیونی نیز باشند، مطابق با فصل ۸ این آیین‌نامه باید مجوز جداگانه‌ای دریافت کند.

فصل سوم - شرایط و وظایف مؤسس / مؤسسان

ماده ۱۵- شرایط و وظایف مؤسس / مؤسسان مطابق آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها خواهد بود.

فصل چهارم - شرایط و وظایف مسئول یا مسئولان فنی مرکز

الف- شرایط:

ماده ۱۶- مسئول فنی مرکز علاوه بر شرایط مندرج در آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها باید متخصص روانپزشکی یا پزشک دوره دیده باشد.

ماده ۱۷- دوره آموزشی مورد نیاز پزشکان بشرح زیر است:

- یک دوره آموزش کارگاهی نظری ۳ روزه (مشمول بر ۲۰ ساعت) وفق برنامه مدون آموزشی مصوب معاونت آموزشی و امور دانشجویی (کد ۲۳۰۱۰۹۴ و کد ۲۳۰۱۰۹۵) یا دوره‌های آموزشی مشابه چنانچه توسط معاونت آموزشی و امور دانشجویی معادل کدهای فوق ارزیابی گردد.

- یک دوره آموزش عملی ۱۴ روزه در مراکز آموزشی منتخب درمان سوءمصرف مواد وفق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست (مراکز منتخب جهت آموزش عملی، همه ساله توسط اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد به معاونت درمان دانشگاه معرفی می‌گردد).

تبصره ۱- گواهی دوره‌های آموزشی نظری ۳ روزه از نظر رعایت سرفصل آموزشی باید به تأیید معاونت آموزشی دانشگاه محل برگزاری دوره برسد. بدیهی است که گواهی صادره معاونت آموزشی هر دانشگاه برای معاونت درمان دانشگاه‌های سراسر کشور قابل پذیرش خواهد بود.

تبصره ۲- گذراندن دوره آموزشی ۳ روزه نظری برای روانپزشکان الزامی نبوده لکن گذراندن دوره آموزشی عملی ۱۴ روزه برای آنان الزامی است.

تبصره ۳- گواهی دوره‌های آموزشی عملی ۱۴ روزه صادره توسط هریک از مراکز آموزشی منتخب، در معاونت درمان همه دانشگاهها مورد قبول خواهد بود.

تبصره ۴- پزشک مسئول فنی مرکز، در دوره‌های بازآموزی ۵ ساله خود باید حداقل ۵۰ امتیاز از برنامه مدون بازآموزی را به برنامه‌های آموزشی در زمینه اعتیاد، روانپزشکی و عفونی (ایدز و هپاتیت) اختصاص دهند.

ب- وظایف:

ماده ۱۸- مطابق با آیین‌نامه تأسیس درمانگاهها خواهد بود بعلاوه مسئول فنی مرکز باید کتباً اجرای پروتکل‌های درمانی این وزارت را تعهد نماید.

فصل پنجم_ شرایط و وظایف کادر نیروی انسانی

الف- شرایط:

ماده ۱۹- پرسنل درمانی مرکز (به ازاء هر نوبت کاری) باید حداقل ۳ نفر شامل افراد زیر باشد.

- روانپزشک یا پزشک دوره دیده حداقل یک نفر

- روانشناس بالینی / مشاوره (واجد مدرک کارشناسی یا بالاتر) دوره‌دیده حداقل یک نفر

- پرستار/بهبیار حداقل یک نفر

حضور مددکار اجتماعی توصیه می‌شود ولی الزامی نیست.

ماده ۲۰- پزشکان شاغل در مرکز علاوه بر شرایط کلی مندرج در آیین‌نامه تأسیس درمانگاهها باید روانپزشک یا پزشک دوره دیده (مطابق ماده ۱۷) باشد.

ماده ۲۱- دوره‌های آموزشی مورد نظر برای روانشناس بالینی/ مشاوره بشرح زیر است:

- دوره آموزشی کارگاهی نظری (۱۶ ساعت) وفق برنامه مدون آموزشی معاونت آموزشی و امور دانشجویی

- دوره آموزشی کارگاهی عملی (۸ ساعت) وفق برنامه مدون آموزشی معاونت آموزشی و امور دانشجویی (مراکز

منتخب جهت آموزش عملی، همه‌ساله توسط اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد به معاونت درمان دانشگاهها معرفی می‌گردد).

تبصره- در صورت نداشتن روانپزشک دائمی، جهت مشاوره از روانپزشک قراردادی (حضور/ غیرحضور) در

مرکز استفاده شود (اما در صورت عدم حضور روانپزشک در شبکه بهداشت درمان شهرستان، می‌توان بیمار را با برگه ارجاع به شهرستان همجوار اعزام نمود).

ب- وظایف:

ماده ۲۲- وظیفه پزشک درمان بیماران مطابق پروتکل درمان سوءمصرف مواد می‌باشد.

ماده ۲۳- وظایف روانشناس بالینی/ مشاوره دوره‌دیده شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- مشاوره اعتیاد و پیشگیری از عود ۲- مشاوره کاهش آسیب در صورت نیاز ۳- آموزش خانواده

۴- هدایت گروه و انجام گروه‌درمانی ۵- مشاوره پیش و پس آزمون HIV

ماده ۲۴- وظیفه پرستار اجرای دستورات پزشک در حیطه شرح وظایف مصوب می‌باشد.

ماده ۲۵- وظیفه مددکار اجتماعی پیگیری بیماران و در صورت نیاز بازدید منزل و محیط کار و کمک به رفع مشکلات

اجتماعی بیمار می‌باشد.

فصل ششم_ شرایط ساختمانی، تأسیساتی و تجهیزاتی

ماده ۲۶- شرایط ساختمانی و تأسیساتی مرکز مطابق با آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها بوده، لکن حداقل سطح کلی زیربنا ۷۰ مترمربع (و شامل اتاق معاینه پزشک به متراژ حداقل ۸ مترمربع، اتاق روانشناس/مشاوره حداقل ۸ مترمربع، اتاق دارو حداقل ۸ مترمربع، اتاق مراقبت‌های پرستاری و احیاء حداقل ۱۰ مترمربع، اتاق انتظار با قابلیت استفاده جهت گروه‌درمانی در ساعات خاص حداقل ۱۶ مترمربع و سرویس‌های بهداشتی) محدود خواهد بود.

تبصره- مرکز باید به وسایل کامل احیاء مجهز باشد.

فصل هفتم_ مقررات عمومی

ماده ۲۷- حداقل ساعات فعالیت مرکز یک نوبت کاری (صبح / عصر) خواهد بود. فعالیت مرکز در نوبت کاری شب مجاز نیست.

ماده ۲۸- دیگر مقررات عمومی مطابق با آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها خواهد بود.

فصل هشتم- درمان با داروهای آگونیسست افیونی

ماده ۲۹- درمان سم‌زدائی و نگهدارنده با داروهای آگونیسست افیونی تنها در مرکز و یا مرکزی که طبق تبصره ذیل ماده ۱۰ معادل مرکز ارزیابی می‌شود، و واجد شرایط مندرج در این فصل باشد، امکان‌پذیر خواهد بود.

ماده ۳۰- مراکز درمان سوءمصرف مواد و مراکز که طبق تبصره ذیل ماده ۱۰ معادل مرکز ارزیابی شده‌اند برای درمان سم‌زدائی و نگهدارنده با داروهای آگونیسست افیونی باید مجوز جداگانه‌ای به نام واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست را اخذ نمایند.

ماده ۳۱- برای درمان با داروهای آگونیسست افیونی کمیته‌ای به نام «کمیته منطقه‌ای نظارت بر واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست» (متشکل از معاون درمان دانشگاه بعنوان رئیس، معاون بهداشتی دانشگاه، معاون/مدیر داروی دانشگاه، معاون پیشگیری بهزیستی استان، مدیر گروه روانپزشکی یا یک روانپزشک با حکم ریاست دانشگاه و مدیر درمان دانشگاه بعنوان دبیر کمیته) تشکیل و نظر مشورتی خود را در خصوص صدور مجوز واحد توسط معاونت درمان دانشگاه مطابق برآورد پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست به کمیسیون قانونی ماده ۲۰ اعلام خواهد کرد. روند نظارت کمیته مستمر بوده و در طول سال نیز تداوم خواهد داشت و نتایج آن در تمدید سالانه فعالیت واحدها موثر خواهد بود. ترکیب تیم نظارتی و سیاست‌های مربوطه نیز مطابق مصوبات کمیته خواهد بود. کمیته مذکور به اختصار کمیته ماده ۳۱ نامیده خواهد شد.

تبصره- کمیته ماده ۳۱ می‌بایست حداقل ماهی یکبار تشکیل جلسه دهد و درخواستهای متقاضیان واحد را با فرجه زمانی حداکثر دوماه بررسی و اعلام نظر نماید.

ماده ۳۲- معیار جمعیتی راه‌اندازی واحد اعم از خصوصی و دولتی (واحد به ازاء جمعیت)، رتبه واحد (۱، ۲ و ۳) و حداقل فاصله جغرافیائی از واحد مجاور مطابق مفاد پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست خواهد بود.

ماده ۳۳- در ابتدا واحد با رتبه ۳ راه‌اندازی می‌شود و برای ارتقاء به رتبه‌های بالاتر (به ترتیب ۲ و ۱) باید شرایط مندرج در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست را احراز نماید. در شرایط خاص (از جمله در واحدهای پایلوت فعال فعلی)، می‌توان با تصویب کمیته ماده ۳۱، مجوز واحد با رتبه ۲ و ۱ صادر نمود.

ماده ۳۴- مراکز و درمانگاه‌های دولتی و خصوصی که تاکنون مجاز به درمان سوءمصرف مواد با داروهای آگونیسست افیونی بوده و سهمیه داروی آگونیسست افیونی دریافت می‌نموده‌اند، از زمان اعلام کتبی معاونت درمان/دارو دانشگاه مربوطه موظفند تقاضای راه‌اندازی مرکز و واحد را به معاونت درمان دانشگاه ارائه نمایند.

تبصره ۱- درمانگاه‌های آزمایشی (پایلوت) طرح متادون دانشگاهها (دولتی)، همچنین درمانگاه‌های خصوصی و مطب‌های آزمایشی (پایلوت) طرح متادون، که از دفتر سلامت روانی اجتماعی و مدارس مجوز اخذ نموده‌اند، موظفند تا حداکثر ۶ ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه نسبت به اخذ پروانه راه‌اندازی مرکز و مجوز واحد از دانشگاه اقدام نمایند و چنانچه به هر دلیلی در زمان مقرر (۶ ماه)، راه‌اندازی واحد میسر نگردید، معاونت درمان دانشگاه مربوطه موظف به ساماندهی بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده با داروی آگونیسست افیونی بوده‌اند، می‌باشد.

تبصره ۲- درمانگاه‌های سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و مراکز دولتی درمان و بازتوانی معتادان سازمان بهزیستی کشور موظفند تا حداکثر یکسال پس از ابلاغ این آیین‌نامه نسبت به اخذ مجوز واحد از دانشگاه اقدام نمایند. این مهلت زمانی برای آن دسته از مراکز خصوصی درمان و بازتوانی معتادان سازمان بهزیستی کشور که بر اساس نظر کمیته ماده ۳۱ مازاد بر نیاز شناخته نشده‌اند، ۶ ماه خواهد بود.

تبصره ۳- تمام مراکز و متقاضیان تأسیس واحدها از جمله مراکز مشمول تبصره ذیل ماده ۱۰ که تقاضای تأسیس واحد آنها به تأیید کمیته ماده ۳۱ رسیده در زمان انتظار برای سپری شدن مراحل اداری صدور مجوز واحد نیز، موظف به سپردن تعهد کتبی رعایت پروتکل درمان سوءمصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست می‌باشند.

ماده ۳۵- مجوز واحد پس از تأیید کمیته ماده ۳۱ دانشگاه توسط معاون درمان/ سلامت دانشگاه صادر خواهد شد. اداره صدور پروانه‌های وزارت، نمونه مجوزهای موضوع این آیین‌نامه را طراحی خواهد نمود.

ماده ۳۶- جهت ارائه خدمت به معتادان در مناطق سخت‌دسترس از جمله روستاها و حاشیه شهرها که فاقد مراکز دولتی یا متقاضی تأسیس در بخش خصوصی هستند، کمیته ماده ۳۱ می‌تواند بسته به نیاز، از میان واحدهای فعال داوطلب، راه‌اندازی یک یا چند واحد قمر را در آن مناطق به کمیسیون قانونی ماده ۲۰ پیشنهاد نماید (جزئیات در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست آمده است).

ماده ۳۷- اعتبار مجوز مرکز مطابق آیین‌نامه تأسیس درمانگاهها و اعتبار مجوز واحد، یکساله بوده و تمدید آن منوط به اجرای دقیق مفاد پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست و رعایت ضوابط این آیین‌نامه، از طریق دانشگاه مربوطه خواهد بود.

ماده ۳۸- شرایط و وظایف مسئول واحد: مسئول واحد همان مسئول فنی مرکز می‌باشد که دارای مجوز واحد خواهد بود. لذا مسئول واحد علاوه بر شرایط و وظایف ذکر شده در فصل ۴ باید واجد موارد ذیل باشد.

الف- شرایط: باید دوره‌های آموزشی را وفق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست در مراکز منتخب مندرج در ماده ۱۷ و تبصره‌های ذیل آن گذرانده باشد (بدیهی است مسئولان فنی مراکز قبلاً دوره آموزشی منکور را جهت راه‌اندازی مرکز گذرانده‌اند لکن مسئولان فنی مراکز که طبق تبصره ذیل ماده ۱۰ معادل مرکز ارزیابی می‌شود موظفند آموزشهای نظری و عملی مطابق ماده ۱۷ و تبصره‌های ذیل آن را بگذرانند).

ب- وظایف:

۱- رعایت مفاد پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست را بطورکتابی تعهد نماید.

۲- باید مسئولیت امور فنی پزشکی واحد و رعایت موازین حقوقی و قانونی شامل موارد زیر را بعهده گیرد:

- تحویل گرفتن داروهای آگونیسست از مدیریت دارویی دانشگاه مربوطه

- نظارت بر تجویز داروهای آگونیسست افیونی

- نظارت بر ارائه داروی آگونیسست در حضور پرسنل (طبق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با

داروهای آگونیسست)

- نظارت بر نحوه درمان بیماران و شرایط بردن داروی آگونیسست به منزل

- ارائه گزارش صحیح کتبی ماهانه مصرف داروی آگونیسست به مدیریت دارو و غذا دانشگاه مربوطه و اداره کل نظارت بر دارو و مواد مخدر وزارت

- نظارت بر انجام سایر اقدامات کاهش آسیب در واحد (طبق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست)

- تحویل گرفتن دفتر ثبت داروهای مخدر از مدیریت دارویی دانشگاه
- نظارت بر چگونگی ثبت داروهای آگونیسست افیونی مصرفی در دفتر ثبت داروهای مخدر
- ارائه دفتر ثبت داروهای مخدر به دانشگاه هنگام گرفتن مجدد سهمیه داروهای آگونیسست افیونی
تبصره- مسئولان فنی مراکزی که طبق تبصره ذیل ماده ۱۰ معادل مرکز ارزیابی شده‌اند موظفند رعایت مفاد پروتکل درمان سوءمصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست را بطورکتابی تعهد نمایند.

ماده ۳۹- شرایط و وظایف پزشکان شاغل در واحد:

الف- شرایط: دوره‌های آموزشی (طبق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست) را گذرانده باشند.

ب- وظایف:

- رعایت مفاد پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست را کتباً تعهد نماید.

- تحت نظارت مسئول واحد انجام وظیفه نماید.

تبصره- پزشکان شاغل در مراکزی که طبق تبصره ذیل ماده ۱۰ معادل مرکز ارزیابی شده‌اند موظفند آموزش‌های نظری و عملی مطابق ماده ۱۷ و تبصره‌های ذیل آن را بگذرانند همچنین ملزم به سپردن تعهد کتبی مبنی بر رعایت مفاد پروتکل درمان سوءمصرف مواد و پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست می‌باشند.

ماده ۴۰- کادر نیروی انسانی:

- همان کادر نیروی انسانی مرکز کفایت میکند.

- در روزهای تعطیل واحد دایر بوده و باید علاوه بر مسئول فنی، حداقل یک پرستار/بهبیار حضور داشته باشد.

تبصره ۱- شرایط نیروی انسانی مراکزی که طبق تبصره ذیل ماده ۱۰ معادل مرکز ارزیابی می‌شود باید حداقل مطابق فصل پنجم آئین‌نامه باشد.

تبصره ۲- پرسنل درمانی واحد با رتبه ۲ و ۱ مطابق پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست خواهد بود.

ماده ۴۱- امکانات واحد علاوه بر امکانات مرکز باید شامل موارد زیر باشد:

- گاو صندوق جهت نگهداری قرص‌های آگونیسست افیونی و همچنین مکان مناسب جهت نگهداری شربت آگونیسست

- رایانه با امکان دسترسی به شبکه اینترنت جهت گزارش هفتگی موارد درمان به مرکز رایانه‌ای وزارت

- ابزار مورد نیاز برای پودر کردن قرص‌های متادون

- لیوان یکبار مصرف برای تهیه محلول متادون و آب در واحد و ظرف دردار برای بردن دارو به منزل

فصل نهم_ تخلفات

ماده ۴۲- چنانچه مسئولان مرکز اعم از مؤسس/ مؤسسان، مسئول فنی و غیره از ضوابط تعیین شده در این آیین‌نامه و یا دستورالعمل‌های علمی- اجرائی ابلاغی توسط وزارت تخطی نمایند به ترتیب ذیل رفتار خواهد شد:

الف- تذکر شفاهی با قید موضوع در صورتجلسه بازرسی توسط وزارت یا دانشگاه مربوطه

ب- تذکر کتبی توسط وزارت یا دانشگاه مربوطه تا دو نوبت

ج- قطع سهمیه داروی آگونیسست افیونی (برای واحد)

د- لغو موقت یا دائم مجوز واحد توسط وزارت یا کمیته ماده ۳۱

ه - لغو موقت یا دائم مجوز مرکز توسط وزارت یا کمیته ماده ۳۱

و- در صورت تکرار تخلفات و عدم توجه به اخطارهای شفاهی/ کتبی قبلی، تخلفات افراد توسط وزارت یا دانشگاه حسب مورد به کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات یا مراجع ذیصلاح قضائی ارجاع می‌شود.

تبصره ۱- واحدهایی که در مراکز مشمول تبصره ذیل ماده ۱۰ راه‌اندازی شده‌اند، نیز از بعد نظارتی زیر نظر معاونت درمان دانشگاه، کمیته ماده ۳۱ و وزارت خواهند بود.

تبصره ۲- بازرسان وزارت یا دانشگاه مربوطه باید موارد تخلف را منطبق با ضوابط قانونی، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها و بطور مشخص در صورتجلسات و مکاتبات مربوطه قید نمایند.

تبصره ۳- در صورت احراز خروج یا فروش غیرقانونی داروی آگونیسست افیونی توسط کارکنان واحد، مسئولیت آن علاوه بر شخص خاطی، متوجه مسئول واحد بوده و مطابق قانون مبارزه با مواد مخدر، موضوع توسط وزارت یا دانشگاه به مراجع ذیصلاح قانونی ارجاع می‌شود.

این آیین‌نامه مشتمل بر ۹ فصل، ۴۲ ماده و ۱۹ تبصره در تاریخ به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم‌الاجراء خواهد بود. این آیین‌نامه جایگزین آیین‌نامه‌های شماره ۷۸۴۴ مورخ ۷۸/۶/۲۷ و شماره ۱۴۱۹۰ ب/س مورخ ۸۰/۱۱/۸ و ۸/۱۰۶۹/س مورخ ۸۴/۱/۱۵ می‌گردد. همچنین سایر آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های مغایر، ملغی می‌گردد. تمدید اعتبار پروانه‌های صادر شده بر اساس آیین‌نامه‌های سابق منوط به رعایت مفاد این آیین‌نامه خصوصاً گذراندن دوره‌های بازآموزی می‌باشد. تحویل داروهای آگونیسست افیونی توسط معاونت/ مدیریت داروی دانشگاه برای درمان سوءمصرف مواد صرفاً به دارندگان مجوز واحد مجاز خواهد بود»

دکتر لنگرانی

وزیر