

استاندارد های بین المللی درمان اختلالات مصرف مواد



ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

به نام خدا

استانداردهای بین المللی
درمان اختلالات مصرف مواد

مترجمین

دکتر نادر چرخگرد دکتر ثمانه احمدیان مقدم دکتر محمدجواد مربی

به سفارش دفتر تحقیقات و آموزش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

عنوان و نام پدیدآور:

استانداردهای بین‌المللی درمان اختلالات مصرف مواد/[سازمان ملل متحد، اداره مقابله با مواد مخدر و جرم، سازمان بهداشت جهانی]؛ سازمان بهداشت جهانی؛ مترجمین نادر چرخگرد، ثمانه احمدیان مقدم، محمدجواد مربی؛ به سفارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری؛ با همکاری مدیر کل محترم درمان و حمایت‌های اجتماعی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (ناظر علمی). تهران: انتشارات ساد، ۱۴۰۰.

مشخصات نشر:

مشخصات ظاهری:

شابک:

۹-۴۹-۷۶۹۰-۶۰۰-۹۷۸: ۶۰۰۰۰۰ ریال

۱۱۷ ص.

وضعیت فهرست نویسی:

عنوان اصلی: Internal standards for the treatment of drug use disorders 2020

کتابنامه: ص. ۱۰۹ - ۱۱۱.

یادداشت:

یادداشت:

موضوع:

سوء مصرف مواد - - درمان - - استانداردها

Substance -- Treatment -- Standards

اعتیاد - - درمان - - استانداردها

Drug addiction -- Treatment -- Standards

سوء مصرف مواد - - درمان

Substance abuse -- Treatment

چرخگرد، نادر، ۱۳۵۶ - ، مترجم

احمدیان مقدم، ثمانه، ۱۳۵۸ - ، مترجم

مربی، محمدجواد، ۱۳۴۹ - ، مترجم

سازمان ملل متحد، اداره مقابله با مواد مخدر و جرم

United Nations Office on Drugs and Crime

سازمان بهداشت جهانی

World Health Organization

ستاد مبارزه با مواد مخدر، دبیرخانه، دفتر تحقیقات و آموزش، ناظر

ستاد مبارزه با مواد مخدر، دبیرخانه، اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی

ستاد مبارزه با مواد مخدر، صاحب امتیاز

RC ۵۶۴

۶۱۶ / ۸۶۰۶

۸۷۵۶۳۷۷

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

شناسه افزوده:

رده‌بندی کنگره:

رده‌بندی دیویی:

شماره کتابشناسی ملی:



انتشارات ساد

نام کتاب: استانداردهای بین‌المللی درمان اختلالات مصرف مواد

ناشر: ساد

مترجمین: دکتر نادر چرخگرد، دکتر ثمانه احمدیان مقدم، دکتر محمدجواد مربی

ناظر علمی: دکتر رضا تویسرکان منش مدیر کل درمان و حمایت‌های اجتماعی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

تایپ و صفحه آرا: واحد صفحه آرای انتشارات ساد

چاپ و صحافی: شهر

شمارگان: ۲۰۰ نسخه

سال چاپ: ۱۴۰۰

بهاء: ۶۰۰۰۰ تومان

شابک: ۹-۴۹-۷۶۹۰-۶۰۰-۹۷۸



ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

کلیه حقوق چاپ و نشر برای دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر محفوظ است.

سخن اول

مواد مخدر و روان گردان‌ها به عنوان یک سیستم هوشمند، فعال، پویا، خلاق و دینامیک با عمر بیش از شش هزار سال، ضمن نشانه روی مستمر میکروسیستم اجتماعی (خانواده)، مزو سیستم اجتماعی (مدارس، دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری) و ماکروسیستم اجتماعی (محله‌های شهری و روستایی)، با جذب مشتریان جدید، به دنبال استمرار حیات خود بوده، به گونه‌ای که افراد را در سنین مختلف، مشاغل، جنسیت، تأهل و مجرد، تحصیلات متفاوت، شهری و روستایی و با دلایل گوناگون به سمت خود جذب می‌نماید. این سیستم در آستانه‌ی هزاره سوم، با افزایش اندازه و حجم تهدید، نسبت به تولید انواع مواد مخدر، مواد محرک، مواد توهم‌زا و مواد استنشاقی مبادرت ورزیده تا بتواند ضمن کسب سود نامشروع، هم زمان نسبت به انهدام و قتل عام نوجوانان و جوانان اقدام نماید. پیچیدگی و ابهام این سیستم، آینده نگری آن را با مشکل مواجه می‌سازد. لیکن با نیم نگاهی به گذشته این پدیده، می‌توان آینده احتمالی اعتیاد را در افزایش میزان مصرف مواد و قاچاق آن، تغییر الگو و نوع مواد مصرفی با وسعت دامنه و تنوع آنها، کاهش سن، افزایش ورود زنان و افراد تحصیل کرده و شاغل به جرگه مصرف کنندگان مواد، گسترش کشت و تولید مواد در کشور افغانستان، احتمال کشت خشخاش در آسیای میانه و افزایش تقاضا در کشورمان، کاهش مانایی در درمان اعتیاد و افزایش عود و بازگشت معتادان به چرخه اعتیاد، جستجو کرد. به منظور مدیریت صحیح امر مبارزه در ابعاد سخت افزاری (مبارزه با عرضه) و نرم افزاری (کاهش تقاضا) نیازمند علم سازمان یافته، اعمال نگاه سیستمی و همه جانبه به جای روش‌های خطی - جزیره‌ای و هیجانی، تقویت دانش برنامه‌ریزی و ارزشیابی مستمر فعالیت‌ها به منظور میزان اثربخشی برنامه‌ها می‌باشیم. با توجه قرار گرفتن اعتیاد به عنوان مهم‌ترین و اولویت‌دارترین آسیب اجتماعی کشور، امید می‌رود با افزایش حساسیت، دغدغه، نقش آفرینی و مشارکت کلیه اساتید و صاحب نظران در عرصه جهاد علمی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان‌ها، شاهد تقویت و متکی نمودن برنامه‌های پیشگیری وضعی، پیشگیری فرهنگی و اجتماعی، درمان و کاهش آسیب اعتیاد، به بالاترین سطح شواهد و استانداردسازی آن‌ها در سطح کشور باشیم تا بدین ترتیب موجبات ضربه زدن به استراتژی‌های سیستم مواد مخدر و روان گردان‌ها فراهم شود.

فرصت را مغتنم شمرده از مترجمین محترم کتاب قدردانی می‌نمایم.

دکتر حمیدرضا صرّامی

مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش

ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

پاییز ۱۴۰۰

استانداردهای بین‌المللی درمان اختلالات مصرف مواد

فصل اول: مقدمه

- ۱-۱ اهداف و مخاطبان خاص استانداردهای بین‌المللی ۱
- ۱-۲ تدوین استانداردها ۲
- ۱-۳ مصرف مواد، اختلالات مصرف مواد و نیازهای درمانی ۴

فصل دوم: اصول و استانداردهای کلیدی درمان اختلالات مصرف مواد

- اصل اول: درمان باید سودمند، در دسترس، جذاب و مناسب باشد. ۱۰
- اصل دوم: اطمینان از استانداردهای اخلاقی مراقبت در خدمات درمانی ۱۱
- اصل سوم: ارتقاء درمان اختلالات مصرف مواد از طریق هماهنگی موثر بین نظام عدالت کیفری و خدمات بهداشتی و اجتماعی ۱۲
- اصل چهارم: درمان باید بر اساس شواهد علمی باشد و به نیازهای خاص هر یک از مبتلایان به اختلالات مصرف مواد پاسخ دهد. ۱۳
- اصل پنجم: پاسخ به نیازهای درمانی و مراقبتی خاص گروه‌های جمعیتی ۱۵
- اصل ششم: اطمینان از اداره بالینی مناسب خدمات و برنامه‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد ۱۶
- اصل هفتم: خدمات، سیاست‌ها و رویه‌های درمانی باید مبتنی بر رویکردی یکپارچه باشند و پیوند با خدمات مکمل نیازمند پایش و ارزیابی مستمر است ۱۸

فصل سوم: سیستم‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد

- ۳-۱ سطح ارائه‌ی خدمات در سیستم ۲۱
- ۳-۲ سازمان‌دهی سیستم درمانی ۲۱
- ۳-۲-۱ مداخله‌های پیشنهادی در سطوح سیستمی مختلف ۲۲
- ۳-۳ برنامه‌ریزی و تأمین منابع مالی سیستم‌های درمان ۲۴
- ۳-۴ مدل‌های سازمان‌دهی خدمات ۲۵
- ۳-۴-۱ رویکرد فروشگاه چندمنظوره ۲۶
- ۳-۴-۲ رویکرد شبکه‌ی اجتماع‌محور ۲۶
- ۳-۴-۳ مدیریت بهبودی پایدار ۲۷
- ۳-۵ سیستم‌های درمانی مؤثر: نتیجه‌گیری ۳۰

فصل چهارم: شرایط، روش‌ها و مداخلات درمانی

- ۴-۱ شرایط درمان ۳۳
- ۴-۱-۱ خدمات سیار کاهش آسیب مبتنی بر جامعه ۳۴
- ۴-۱-۲ مراکز غیرتخصصی درمان افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد ۴۰

۴۳	۴-۱-۳ مراکز تخصصی سرپایی
۴۷	۴-۱-۴ درمان تخصصی بستری کوتاه مدت
۶۲	۴-۲ روش‌ها و مداخلات درمانی
۶۲	۴-۲-۱ غربالگری، مداخلات مختصر و ارجاع جهت درمان
۶۵	۴-۲-۲ مداخلات روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد علمی
۶۹	۴-۲-۳ مداخلات دارویی مبتنی بر شواهد علمی
۷۷	۴-۲-۴ تشخیص و مدیریت بیش مصرفی مواد
۷۸	۴-۲-۵ درمان بیماری‌های روانی و جسمانی همزمان
۸۳	۴-۲-۶ مدیریت بهبود
۸۹	فصل پنجم: گروه‌های با نیازهای درمانی و مراقبتی ویژه
۸۹	۵-۱ زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر
۸۹	۵-۱-۱ توصیف
۹۰	۵-۱-۲ الگوها و مولفه‌ها
۹۵	۵-۱-۳ مدیریت نوزادان تازه متولد شده که به طور منفعل در معرض مواد مخدر در رحم قرار داشتند
۹۶	۵-۱-۴ مستندسازی و آموزش کارکنان
۹۷	۵-۲ کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد
۹۷	۵-۲-۱ توصیف
۹۸	۵-۲-۲ مدلها و اجزای سازنده
۱۰۱	۵-۳ اختلالات مصرف مواد مخدر در بین افرادی که مشکلات قضایی دارند
۱۰۱	۵-۳-۱ توصیف
۱۰۲	۵-۳-۲ مدلها و اجزای سازنده
۱۰۵	۵-۳-۳ درمان به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات
۱۰۷	۵-۳-۴ درمان در محیط زندان

فصل اول

مقدمه

۱-۱ اهداف و مخاطبان خاص استانداردهای بین‌المللی

سند موجود با نام "استانداردهای بین‌المللی درمان اختلالات مصرف مواد"^۱ توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۲ و سازمان بهداشت جهانی^۳ و در راستای حمایت از تلاش اعضای عضو جهت گسترش و بسط درمان‌های اثربخش، مبتنی بر شواهد علمی و اخلاق مدار برای اختلالات مصرف مواد، تدوین شده است.

سند موجود با نام "استانداردهای درمان" برای همه افراد و مجموعه‌های دخیل در خدمات و مداخلات درمانی اختلالات مصرف مواد اعم از سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تامین بودجه، ارائه و پایش و ارزیابی در نظر گرفته شده است. این سند برپایه شواهد علمی موجود در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ارائه شده و چارچوبی همسو با اصول مراقبت‌های بهداشت عمومی^۴ برای پیاده‌سازی این استانداردها ارائه می‌کند. استانداردهای درمان در واقع مؤلفه‌ها و ویژگی‌های اصلی نظام‌های درمانی اثربخش در اختلالات مصرف مواد را شناسایی می‌کند.

استانداردهای درمان نیازهای درمانی افراد را در شدت‌های متفاوت و مراحل مختلف شناسایی و مطابق با این نیازها، مداخلات درمانی مناسب را توصیه می‌کند؛ به گونه‌ای که با شرایط سلامتی و بیماری‌های مزمن افراد تداخلی نداشته باشد.

استانداردهای درمان سندی آرمان‌گرایانه است و به همین دلیل لازم نیست که نظام‌ها یا ارائه دهندگان خدمات درمانی ملی یا منطقه‌ای سعی کنند همه استانداردها و توصیه‌های موجود در آن را به‌طور همزمان محقق کنند؛ با این حال، می‌توان و باید هم انتظار داشت که در طول زمان با بهبود فزاینده کیفیت خدمات و تعیین "اقدامات اخلاقی و مبتنی بر شواهد" به عنوان هدف، به نظام‌ها و خدمات درمانی سازمان‌یافته‌تر، اثربخش‌تر و اخلاقی‌تری برای مبتلایان به اختلالات مصرف مواد دست یابیم.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی از افراد مسئول در حیطه‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تامین بودجه، ارائه، پایش و ارزیابی مداخلات مربوط به درمان اختلال مصرف مواد مخدر در سطوح ملی یا منطقه‌ای می‌خواهد که نظام و خدمات منطقه‌ای مربوطه را از نظر میزان تطابق با این استانداردها بررسی

از این به بعد جهت سهولت عنوان "استانداردهای بین‌المللی درمان اختلالات مصرف مواد" به اختصار "استانداردها" نامیده می‌شود^۱

^۲ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

^۳ World Health Organization (WHO)

^۴ Public health care

کنند. هدف از این کار شناسایی شکاف‌ها و حیطه‌های فاقد استاندارد و همکاری با ذینفعان مناسب برای بهبود آن‌هاست. گرچه بسیاری از اصول و بخش‌های این سند ممکن است در مورد درمان سوءمصرف مواد دیگر همچون الکل و نیکوتین کاربرد داشته باشد، توجه اصلی آن معطوف به اختلالات مصرف مواد غیرقانونی است.^۱

این سند چارچوب کلی را مشخص می‌کند، اما سعی ندارد همه جزئیات لازم برای سازمان‌دهی، عملکرد و توسعه خدمات را ارائه کند. برای این اهداف می‌توان از ابزارهای دیگری مانند دستورالعمل‌های درمانی و مجموعه ابزارهای پیاده‌سازی، پایش و ارزیابی استفاده کرد. استانداردهای درمان به‌اندازه‌ای انعطاف‌پذیر است که امکان استفاده از آن‌ها در چارچوب‌های متفاوت اجتماعی، فرهنگی و حقوقی وجود دارد.

۲-۱ تدوین استانداردهای درمان

جامعه بین‌المللی در سال ۲۰۰۹ از دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی درخواست کرد تا استانداردهایی برای درمان اختلالات مصرف مواد وضع کند. این درخواست با عنوان "بیانیه سیاسی و برنامه عملیاتی جهت همکاری‌های بین‌المللی به منظور دستیابی به راهبردی یکپارچه و متعادل برای مقابله با مشکل جهانی مواد"^۲ مورد پذیرش پنجاه و دومین کمیسیون مواد مخدر^۳ قرار گرفت. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد با همکاری سازمان بهداشت جهانی به منظور حمایت از سیاست‌ها، راهبردها و مداخلات درمانی اخلاقی و مبتنی بر شواهد و با هدف کاهش بار اجتماعی و آسیب سلامت ناشی از اختلالات مصرف مواد، سند مشترکی را با عنوان "برنامه‌ای جهانی برای درمان و مراقبت وابستگی به مواد"^۴ تدوین کردند. همچنین در همین راستا، این دو سازمان به دنبال اشاعه رویه‌های درمانی مناسب و ارتقاء و برابری درمان اختلالات مصرف مواد با درمان سایر بیماری‌های مزمن از نظر کیفیت، دسترسی‌پذیری و مقرون به صرفگی بوده‌اند.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی مولفه‌های اولیه/استانداردهای درمان را بر اساس بازبینی استانداردها، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های موجود برای بهترین رویه‌های درمان اختلالات مصرف مواد گسترش دادند. بر این اساس استانداردها، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های قبلی از طریق جستجوی منابع و با توجه به نتایج اقدامات و نشریات قبلی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در مورد درمان اختلالات مصرف مواد شناسایی شدند؛ اسنادی مانند "اصول درمان وابستگی به مواد مخدر"^۵ (UNODC و WHO، ۲۰۰۸) و "

لازم به توضیح است با توجه به قانونی بودن مصرف نیکوتین و الکل در اغلب کشورها، این سند درمان این دو ماده را از درمان بقیه مواد مورد سوءمصرف^۱ جدا می‌داند و منظور از مواد در سند "استانداردهای درمان" مواد غیرقانونی است.

^۲ Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem

^۳ Commission on Narcotic Drugs

^۴ Global Programme on Drug Dependence Treatment and Care

^۵ Principles of Drug Dependence Treatment

پروژه تریدنت دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۱ (UNODC، ۲۰۱۲) و دستورالعمل‌ها، فعالیت‌ها و ابزارهای فنی مربوطه در سازمان بهداشت جهانی.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی، بر اساس قوانین و رویه‌های خود، گروهی از کارشناسان بین‌المللی متخصص در حیطه‌های مختلف ارائه خدمات درمان اختلالات مصرف مواد را شناسایی کردند. این گروه مسئول بازبینی مؤلفه‌های پیشنهادی در *استانداردهای درمان*، شناسایی شکاف‌های آن‌ها و توافق بر سر مؤلفه‌هایی بودند که اساس این سند را تشکیل می‌دهند. این کارشناسان پیش‌نویس اولیه را بازبینی کرده و پس از توجه به موارد مطرح‌شده در فرایند مشورت و بازخوردهای دریافت‌شده از داوری‌های همتایان، نسخه نهایی طرح را ارائه کردند.

استانداردهای بین‌المللی درمان اختلالات مصرف مواد^۲ در حین برگزاری کمیسیون مواد مخدر^۳ سال ۲۰۱۶ به عنوان پیش‌نویسی برای آزمایش‌های میدانی منتشر شد. سند خروجی جلسه ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد مواد^۴ در سال ۲۰۱۶ (UNGASS) و قطعنامه ۵۹/۴ کمیسیون مواد مخدر سال ۲۰۱۶^۵ در مورد "تدوین و اشاعه استانداردهای بین‌المللی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد" نیز بر اهمیت اشاعه *استانداردهای درمان* به منظور ارتقاء رویکردی متوازن و سلامت‌محور به اختلالات مصرف مواد تاکید داشتند.

سازمان بهداشت جهانی با همکاری دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل *استانداردهای درمان* را به منظور سنجش جامعیت، تناسب، مفید بودن، امکان‌پذیری، قابلیت ارزیابی و شناسایی حیطه‌های نیازمند بهبود مورد آزمایش میدانی قرار داد. روش‌های مورد استفاده در آزمایش میدانی عبارت بودند از: پیمایش‌ها، گروه‌های کانونی^۶، بازنگری‌های کارشناسان و سنجش میزان پذیرش *استانداردهای درمان* توسط سرویس‌های ارائه خدمات. فرایند آزمایش میدانی این سند در کشورهای دارای نظام‌های سلامت مختلف از جمله استرالیا، برزیل، شیلی، چین، هند، اندونزی، جمهوری اسلامی ایران، مکزیک و تایلند انجام شد. بیش از ۱۲۰۰ متخصص سلامت در پیمایش آزمایش میدانی شرکت کردند و ۴۳ متخصص از کشورهای شرکت‌کننده بازخوردهایی دقیق و جزئی در مورد پیش‌نویس ارائه کردند. همچنین، ۴۳ گروه کانونی متشکل از ۳۰۰ شرکت‌کننده در مورد این سند بحث و تبادل نظر کردند. در نشست‌های بین‌المللی نیز در مورد *استانداردهای درمان* بحث و گفت‌وگو شد. برخی از این نشست‌ها عبارتند از: کارگاه ظرفیت‌سازی منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای مدیریت و مراقبت‌های مربوط به اختلالات سوءمصرف مواد که به میزبانی مرکز ملی بازپروری در ابوظبی (امارات متحده عربی) برگزار شد؛ نشست میان‌سازمانی در مورد استانداردهای مراقبت از معتادین مشکل‌ساز در منطقه آمریکای سازمان بهداشت جهانی که به میزبانی سازمان بهداشت پان آمریکن در واشنگتن دی.سی برگزار شد؛ اولین و دومین نشست سازمان بهداشت جهانی در مورد الکل، مواد مخدر و رفتارهای اعتیادآور؛ و جلسه هم‌اندیشی گروهی متخصصان در وین در

^۱ UNODC Treat Net project

^۲ The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders

^۳ Commission on Narcotic Drugs (CND)

^۴ United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS)

^۵ 2016 CND Resolution 59/4

^۶ Focus groups

حین برگزاری کنفرانس بین‌المللی پیشگیری، درمان و مراقبت‌های مربوط به مواد، که توسط جامعه بین‌المللی متخصصان سوءمصرف مواد برگزار شد. به‌علاوه، چندین کارشناس و سازمان مدنی-اجتماعی، از جمله سازمان‌های استفاده‌کننده‌گان از خدمات، دعوت شدند تا در حین آزمایش‌های میدانی بازخوردشان در مورد/استانداردهای درمان را ارائه کنند. پس از تحلیل مقدماتی نتایج آزمایش‌های میدانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در فوریه ۲۰۱۸ نشست گروه کارشناسان را در وین برگزار کردند تا در مورد فرایند بازبینی و تغییرات مهمی که قرار بود در نتیجه آزمایش‌های میدانی در سند نهایی اعمال شود بحث و تبادل نظر شود. این تغییرات شامل تغییر ساختار کلی سند، شرح و بسط چندین بخش آن از جمله خدمات‌رسانی سیار در جامعه و اطمینان از همسانی و بی‌طرفی اصطلاحات مورد استفاده در کل سند می‌شد. مقامات دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی فرم‌های بیان منافع^۱، که شرکت‌کنندگان در نشست قبل از ورود به نشست تکمیل‌شان کرده بودند، را ارزیابی کردند و همسو با قوانین و رویه‌های سازمان بهداشت جهانی، هنگام مشورت و چاره‌اندیشی دقیق در طول جلسه، آن‌ها را مدنظر قرار دادند. این نسخه از/استانداردهای درمان نسخه‌ای اصلاح‌شده است که نتایج آزمایش‌های میدانی در آن اعمال شده است.

هدف اصلی تدوین استانداردهای درمان تسهیل سازمان‌دهی و ارائه خدمات درمانی بود. این سند بدنبال ارائه راهنمایی در زمینه نحوه سازمان‌دهی فرایند ارائه مداخلات است، و نه این‌که چه مداخلاتی باید برای درمان اختلالات مصرف مواد استفاده شوند. باین‌حال، توصیه‌های فعلی سازمان بهداشت جهانی در مورد مداخلات درمانی در بخش ۴ بیان شده‌اند و مرجع مربوط به دستورالعمل‌های فعلی سازمان بهداشت جهانی نیز، که به صورت دوره‌ای به‌روزرسانی و بازبینی می‌شود، ذکر شده است.

سند/استانداردهای درمان به سیاست‌گذاران، مدیران خدمات اجتماعی و بهداشتی و پزشکی که در سراسر دنیا با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر سروکار دارند کمک خواهند کرد. هدف این سند کمک به تحقق بخش ۳،۵ دستور کار سند ۲۰۳۰ سازمان ملل برای توسعه پایدار تحت عنوان "ارتقاء پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد"^۲ و همچنین پوشش مراقبت همگانی برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹b، ۲۰۱۹c). این سند همچنین به دنبال ارزیابی و بهبود مستمر خدمات و نیز توسعه سیاست‌ها و نظام‌های درمانی جدید است. این به نوعی سرمایه‌گذاری کارآمد برای آینده افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، خانواده‌ها و جوامع‌شان است.

۳-۱ مصرف مواد، اختلالات مصرف مواد و نیازهای درمانی

مصرف مواد روان‌گردان یا مواد مخدر بدون نظارت بالینی خطرات فراوانی برای سلامت در پی دارد. به همین دلیل، معاهده‌های بین‌المللی (مانند کنوانسیون واحد مواد مخدر ۱۹۶۱^۳؛ کنوانسیون مواد روان‌گردان ۱۹۷۱^۴؛ و کنوانسیون مبارزه

^۱ declaration-of-interest forms

^۲ United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development for "strengthening prevention and treatment of substance abuse"

^۳ the United Nations: Single Convention on Narcotic Drugs, of 1961

^۴ Convention on Psychotropic Substances, of 1971

با قاچاق غیرقانونی مواد مخدر و روانگردان ۱۹۸۸^۱ با هدف پیشگیری از اثرات منفی که ممکن است سلامت و امنیت را به طور چشم گیری خدشه دار کنند، تولید، فروش و توزیع بسیاری از این مواد را قانون مند کرده اند (سازمان ملل، ۱۹۶۱، ۱۹۷۱، ۱۹۸۸).

به طور سنتی، مواد روان گردان عمدتاً شامل مشتقات گیاهی مانند کوکائین، هروئین و شاهدانه می شوند که در گذشته اغلب در نواحی کشت یا در مسیر رسیدن به بازار نهایی شان مصرف می شده اند. امروزه افزایش تجارت و مسافرت در سطح دنیا موجب جهانی شدن بازار این مواد شده است. در دهه های اخیر، دسترسی به مواد روان گردان جدید که در آزمایشگاه های غیرقانونی ساخته می شوند بیشتر شده است و این مواد در همه مناطق دنیا مصرف می شوند.

بر اساس گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در مورد مصرف مواد که در سال ۲۰۱۹ منتشر شد، حدود ۲۷۱ میلیون نفر در سراسر جهان (معادل ۵/۵ درصد از جمعیت ۱۵ الی ۶۴ ساله دنیا) حداقل یکبار در سال ۲۰۱۷ مواد مصرف کرده اند. حدود ۳۵ میلیون نفر از کسانی که مواد مصرف کرده بودند (معادل ۷/۰ درصد از کل جمعیت بزرگ سالان) به اختلال مصرف مواد مبتلا هستند. بخشی از اختلالات ناشی از مصرف مواد با استفاده غیرطبیعی از داروهای تجویزی مرتبط هستند؛ داروهای از قبیل ضد درد های اپیوئیدی (که برای مدیریت درد استفاده می شوند)، ضد اضطراب ها (که به منظور مدیریت اختلالات اضطرابی و بیماری های مرتبط دیگر بکار می روند)، خواب آور ها (که برای مدیریت اختلالات خواب بکار می روند) یا محرک ها (که اغلب برای مدیریت اختلال کم توجهی - بیش فعالی بکار می روند). افزایش دسترسی به اپیوئید های قوی و استفاده از آن ها برای مدیریت دردهای مزمن طی ۱۰ سال اخیر در بخش هایی از دنیا باعث افزایش چشم گیر مرگ و میر ناشی از بیش مصرفی آن ها شده است. از ۱۱ میلیون فردی که در سال ۲۰۱۱ در سراسر دنیا اقدام به تزریق مواد کردند، حدود یک هشتم آن ها به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) و حدود نیمی از آن ها به ویروس هپاتیت سی (HCV) مبتلا هستند. در سال ۲۰۱۷، حدود پانصد هزار مرگ ناشی از مصرف مواد گزارش شده است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۹). گرچه مصرف اپیوئید ها کماکان در سراسر دنیا تهدید مهمی برای سلامت همگانی محسوب می شود، محرک های آمفتامینی نیز از قافله عقب نمانده اند و اکنون تهدید مهمی برای سلامت همگانی به شمار می روند.

حدود ۸ درصد از افرادی که مصرف مواد را آغاز می کنند سرانجام به اختلال مصرف مواد مبتلا می شوند. در این زمینه بین دسته های مختلف مواد تفاوت های چشم گیری دیده می شود (واگنر و آنتونی، ۲۰۰۲؛ لویپر-کوینترو و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس بازنگری یازدهم طبقه بندی بین المللی آماری بیماری ها (ICD-11)^۲، (WHO، ۲۰۱۹a)، عبارت "اختلال مصرف مواد" دو طبقه اصلی "الگوی زیان آور مصرف مواد" و "وابستگی به مواد" را در بر می گیرد. الگوی زیان آور مصرف مواد به صورت الگوی مصرف مداوم، مکرر یا گهگاه ماده تعریف می شود که به سلامت جسمانی (شامل عفونت های منتقل شونده از راه خون ناشی از تزریق مواد) یا روانی (شامل اختلالات خلقی ناشی از مصرف مواد) آسیب چشم گیری می رساند، یا منجر به رفتاری می شود که سلامت دیگران را به خطر می اندازد. وابستگی به مواد در ICD-11 به صورت الگوی مصرف

^۱ Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, of 1988

^۲ International Classification of Diseases (ICD)

مداوم یا مکرر یک ماده همراه با شواهدی مبنی بر استفاده نادرست از این ماده تعریف می‌شود که توسط دو یا چند مورد زیر مشخص می‌شود: (الف) نداشتن کنترل بر مصرف مواد (شامل شروع، دفعات، شدت، مدت‌زمان، خاتمه و بافتار مصرف)؛ (ب) تقدم مصرف مواد بر دیگر جنبه‌های زندگی مانند حفظ سلامتی و انجام فعالیت‌ها و مسئولیت‌های روزمره به نحوی که مصرف مواد علی‌رغم بروز زیان یا پیامدهای منفی (شامل برهم‌خوردن مکرر روابط بین‌فردی، پیامدهای منفی شغلی یا تحصیلی یا اثر منفی بر سلامت) باز هم ادامه می‌یابد و یا تشدید می‌شود؛ و (پ) ویژگی‌های فیزیولوژیکی^۱ که نشان‌دهنده انطباق دستگاه عصبی با ماده مصرفی هستند و شامل: (۱) شکل‌گیری تحمل نسبت به اثرات ماده یا نیاز به افزایش میزان مصرف برای رسیدن به اثرات قبلی؛ (۲) بروز نشانه‌های ترک پس از قطع یا کاهش مصرف ماده مذکور؛ و یا (۳) مصرف مکرر ماده قبلی یا موادی که از نظر داروشناختی مشابه آن هستند به منظور پیشگیری از نشانه‌های ترک یا تسکین آن‌ها.

"اختلالات ناشی از مصرف مواد" شامل دسته گسترده‌ای از مشکلات سلامت است که نشئی^۲ در اثر مصرف مواد، سندرم ترک و چندین اختلال روانی ناشی از مصرف مواد را در بر می‌گیرد. اختلالات مصرف مواد اغلب با میل شدید به مصرف مواد همراه هستند، میلی که می‌تواند تداوم داشته باشد یا حتی پس از دوره‌های طولانی عدم مصرف مجدداً برانگیخته شود. در اغلب موارد، اختلالات مصرف مواد با مصرف زیان‌آور یا خطرناک دیگر مواد از قبیل الکل یا نیکوتین و یا با وابستگی به آن‌ها ارتباط دارند.

ماهیت وابستگی به مواد ریشه در تعاملی پیچیده بین عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی دارد. سازوکارهای عصب-زیست‌شناختی^۳ دخیل در این زمینه از آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی به ارث رسیده تا مختل شدن مسیرهای عصبی در آن دسته از نواحی مغز که مسئول تنظیم اعمالی از قبیل انگیزش، تجربه لذت، حافظه و یادگیری هستند را شامل می‌شوند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ کوپ و ولکو^۴، ۲۰۱۶). عوامل روان‌شناختی مختلف ممکن است خطر شروع مصرف مواد و ابتلا به اختلالات مصرف مواد را افزایش دهند. عوامل مرتبط با خانواده از قبیل مورد غفلت قرار گرفتن در دوران کودکی، تجربه کودک‌آزاری و مشاهده مصرف مواد توسط والدین و سرمشق‌گیری از آن‌ها ممکن است در ایجاد الگوهای زیان‌آور مصرف مواد و وابستگی به آن‌ها نقش داشته باشند. در سطح جامعه یا اجتماع، عواملی مانند فقر شدید، مهاجرت، وجود هنجارهای مطلوب و مقبولیت رسانه‌ای درباره مصرف مواد باعث افزایش آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات مصرف مواد می‌شوند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۵).

برخی از مصرف‌کنندگان مواد علاوه بر ابتلا به اختلالات مصرف مواد به بیماری‌های دیگری نیز دچار می‌شوند که اغلب ناشی از مصرف مواد و خطرات و رفتارهای مربوط به آن است. افرادی که اقدام به تزریق مواد می‌کنند در معرض خطر بالایی برای ابتلا به عفونت‌های منتقل شونده از راه خون مانند اچ‌آی‌وی یا هپاتیت سی و همچنین سل هستند. خطر بیش‌مصرفی مرگ‌بار، ترافیک و دیگر حوادث جاده‌ای، مشکلات قلبی-عروقی و کبدی، خشونت و خودکشی وجود دارد.

^۱ ویژگی‌های فیزیولوژیکی تنها درمورد برخی مواد بکار می‌رود

^۲ intoxication

^۳ Neurobiological mechanisms

^۴ Koob and Volkow

وابستگی به مواد با کاهش امید به زندگی همراه است. میزان مرگومیر افراد وابسته به اپیوئیدها به طور چشم گیری از میزان مرگومیر مورد انتظار برای جمعیت عمومی بالاتر است و معتادان به این مواد در سنین پایین تری می میرند (دجن هارت^۱ و همکاران، ۲۰۱۸؛ مطالعه جهانی بار بیماری ها ۲۰۱۷ به منظور بررسی عوامل خطر توسط پژوهشگران متعدد^۲، ۲۰۱۸).

رابطه بین اختلالات سوء مصرف مواد و دیگر اختلالات روانی بسیار پیچیده است. اغلب یک اختلال روانی دیگر قبل از شروع مصرف مواد وجود دارد و فرد را در معرض خطر بیشتر ابتلا به اختلالات سوء مصرف مواد قرار می دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). ابتلای فرد به اختلال سوء مصرف مواد ممکن است باعث بروز سایر اختلالات روانی شود؛ موضوعی که تاحدی ناشی از تغییرات زیست شناختی مغز به علت مصرف مواد است. خطر ایجاد وابستگی به مواد و ابتلا به اختلالات روان پزشکی خصوصاً زمانی بالا است که کودکان و بزرگسالان جوان، پیش از آنکه مغزشان به رشد کامل برسد (فرایندی که معمولاً در اواسط دهه سوم زندگی رخ می دهد)، به طور مستمر در معرض اثرات مواد قرار گیرند (جی. کونارد و نیکولاو^۳، ۲۰۱۶؛ سیلوری^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

سال ها پژوهش در حوزه پزشکی به این نتیجه ختم شده است که وابستگی به مواد اختلالی چندعاملی در حیطه سلامت است که سازوکارهای زیست شناختی و روانی-اجتماعی درگیر در آن به خوبی توصیف شده اند. پیشرفت های علمی امکان تدوین مداخلات درمانی و مراقبتی اثربخش برای تغییر رفتار و بهبود سلامت مبتلایان به اختلالات مصرف مواد را فراهم کرده اند. رویکرد کلی بهداشت عمومی به مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد ایجاد مداخلاتی بوده است که آسیب های کوتاه مدت و طولانی مدت مصرف مواد را برای افراد مصرف کننده کاهش دهند. مشخص شده است که این رویکرد خصوصاً در پیشگیری از اچ آی وی و مراقبت و درمان مصرف کنندگان تزریقی مواد مفید بوده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲ b).

دیدگاه سیاست گذاران، متخصصان سلامت و عموم مردم درباره اختلالات مصرف مواد تغییر کرده است. اکنون بیش از پیش اختلالات سوء مصرف مواد به عنوان بیماری های پیچیده ای در نظر گرفته می شوند که به شدت تحت تاثیر عوامل روانی-اجتماعی، محیطی و زیست شناختی هستند و به اقدامات چندحوزه ای، جامع و مبتنی بر بهداشت عمومی از جانب نهادها و سازمان های مختلف همکار نیاز دارند. این باور به شکل فزاینده ای در حال گسترش است که وابستگی به مواد به جای اینکه یک "عادت بد اتخاذ شده توسط فرد" باشد، نتیجه برهم کنش طولانی مدت بین عوامل زیست شناختی و محیطی مانند محرومیت ها و ناملایمات اجتماعی است و اینکه امکان پیشگیری و درمان مناسب آن به منظور بهبود سلامت افراد و امنیت عمومی وجود دارد.

متأسفانه، در بسیاری از بخش های دنیا هنوز هم دیدگاه های منسوخ شده ای درباره اختلالات مصرف مواد وجود دارد. مبتلایان به اختلالات مصرف مواد، اعضای خانواده آن ها و متخصصانی که با آن ها کار می کنند معمولاً با بدنامی و تبعیض مواجه هستند. این مسأله مانع بزرگی بر سر راه ارائه مداخلات درمانی باکیفیت بوده است و توسعه امکانات درمانی، آموزش

^۱ Degenhardt

^۲ GBD 2017 Risk Factor Collaborators

^۳ J. Conrod and Nikolaou

^۴ Silveri

متخصصان سلامت و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های درمان و بازپروری را تضعیف نموده است. شواهد به وضوح حاکی از آن است که بهترین شیوه مدیریت اختلالات مصرف مواد، پرداختن به آن‌ها در درون نظام مراقبت همگانی به شکلی مشابه با سایر بیماری‌های مزمن مانند عفونت اچ‌آی‌وی یا فشار خون بالا است. با این حال، نظام‌های مراقبت سلامت نسبت به پوشش درمان اختلالات مصرف مواد کماکان مقاومت می‌کنند، امری که تا حدی به دلیل تاخیر در انتقال علم به حیطه‌ی سیاست و در آخر به کارگیری تجارب بالینی مبتنی بر شواهد است.

در برخی از کشورها اختلالات مصرف مواد هنوز هم بیشتر به عنوان مشکلی در حوزه امنیت عمومی و نظام عدالت کیفری در نظر گرفته می‌شود و دستگاه‌های ذیربط در وزارت‌خانه‌های کشور، دادگستری و یا وزارت دفاع، از طریق ارائه خدماتی که اغلب بدون نظارت یا مشارکت وزارت بهداشت یا دیگر دستگاه‌ها و نهادهای سلامت همگانی انجام می‌شوند، وظیفه مدیریت اختلالات مصرف مواد را بر عهده دارند. استفاده محض از راهبردها و روش‌های انتظامی نه پاسخی اثربخش به اختلالات مصرف مواد است و نه روشی مقرون به صرفه برای خرج کردن بودجه‌های عمومی به حساب می‌آید. راهبردهای درمانی زیستی-روانی-اجتماعی، وابستگی به مواد را نوعی اختلال چندعاملی در نظر می‌گیرند که با استفاده از رویکردهای پزشکی و روانی-اجتماعی درمان‌پذیر است؛ این راهبردها می‌توانند به کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد کمک کنند. این مسأله متعاقباً نه تنها باعث بهبود سلامت، بهزیستی و بازپروری افراد متأثر از مصرف مواد می‌شود، بلکه جرائم مرتبط با مواد را کاهش داده و موجب ارتقاء امنیت عمومی می‌شود و پیامدهای سودمندی برای جامعه در پی خواهد داشت (مانند کاهش بی‌خانمانی، کاهش نیاز به خدمات رفاه اجتماعی و یا بیکاری).

اختلالات مصرف مواد اغلب حالتی مزمن و عودکننده دارند. این یعنی بخش خدمات درمانی باید در طولانی مدت اغلب برای چندین سال و گاهی اوقات تا آخر عمر بیمار، با بیمار کار کنند، تماس با وی را حفظ کرده و در زمان‌های نیاز، خدمات مداخله در بحران و حمایت از بیماران را با شدت‌های مختلفی به آن‌ها عرضه کند. این فرایند مشابه نظام مراقبت از بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن (مانند دیابت، آسم و بیماری‌های قلبی-عروقی) می‌باشد. چنین نظامی به گونه‌ای طراحی می‌شود تا دوره‌های بهبودی و تشدید اختلال را از طریق اصلاح مداخلات مطابق با شدت مشکل فعلی مدیریت کند، بدون اینکه انتظاری مبنی بر علاج قطعی اختلال با یک دوره درمان کوتاه مدت ایجاد کند. درک ماهیت وابستگی به مواد یا مصرف مستمر آن‌ها و پذیرفتن این حقیقت که این اختلالات با دوره‌هایی از عود همراه هستند بدین معنا نیست که مدیریت‌شان غیراثربخش و بی‌فایده است. برعکس، ارائه مکرر درمان مناسب (حتی وقتی فرد در حال مصرف مواد است یا دوره‌های عود متناوبی را تجربه می‌کند) برای پیشگیری از مرگ‌های مرتبط با مواد ضروری است. همچنین علی‌رغم تداوم وضعیت نامناسب سلامتی و وجود مشکلات اجتماعی فراوان در زندگی بیماران، درمان آنان باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی‌شان می‌شود. رویکردهای اثربخش برای پیشگیری و درمان اختلالات سوءمصرف مواد و پیامدهای اجتماعی و سلامتی آن می‌توانند آسیب‌های وارده به بیماران و جوامع‌شان را کاهش، و احتمال دستیابی به زندگی طولانی و سالم را افزایش دهند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸).

تعداد افراد دارای نیازهای درمانی و مراقبتی خاص در بسیاری از مناطق و کشورها افزایش یافته است. نمونه‌هایی از این افراد عبارتند از: کودکان و نوجوانان، سالمندان، زنان و زنان باردار، گروه‌های دارای هویت جنسی و گرایش جنسیتی

متفاوت، جمعیت‌های بومی، مهاجران، افراد بی‌سواد و کم‌سواد، افراد مبتلا به بیماری‌های همبود مانند اختلالات روانی، اچ‌آی‌وی، هپاتیت C و سل، افرادی که درگیر نظام عدالت کیفری شده‌اند و افراد بی‌خانمان یا آن‌هایی که از نظر اجتماعی به حاشیه رانده شده‌اند.

تغییر الگوهای مصرف مواد در کنار تغییر پروفایل افرادی که از این مواد استفاده می‌کنند و به اختلالات مصرف مواد مبتلا می‌شوند، چالش‌های جدیدی را برای نظام‌های مراقبت سلامت ایجاد کرده است که آن‌ها باید به گونه‌ای به موقع، اثربخش و کارآمد با واقعیت‌های جدید سازگار شوند. این امر به سرمایه‌گذاری‌های بیشتر در برنامه‌های پیشگیری و درمانی، از جمله حوزه منابع انسانی مربوطه، نیاز دارد. نظام‌های مراقبت سلامت اغلب در پاسخ مناسب به مشکلات سلامت جدیدی که در میان مصرف‌کنندگان مواد ظهور می‌کنند مشکل دارند. برای مثال، در بخش‌هایی از دنیا که مصرف اپیوئیدها قبلاً رواج نداشت، نظام‌های سلامت فاقد ظرفیت لازم برای ارائه درمان‌های پزشکی، نظیر درمان نگهدارنده با آگونیست‌های اپیوئیدی، برای اختلالات مصرف اپیوئیدها بودند. به همین ترتیب، بخش‌هایی از دنیا که نظام‌های درمان عمدتاً معطوف به درمان اختلالات مصرف اپیوئید شده بودند اکنون با افزایش چشم‌گیر شیوع اختلالات مصرف مواد محرک روبرو هستند. بر اساس برآوردهای دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی، در بهترین حالت، تنها یک‌ششم افرادی که می‌توانند از درمان‌های وابستگی به مواد سود ببرند به چنین برنامه‌هایی دسترسی دارند. این نسبت در آمریکای جنوبی و آفریقا کمتر است و به ترتیب به یک‌یازدهم و یک‌هجدهم می‌رسد (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۸). در بسیاری از کشورها درمان فقط در شهرهای بزرگ ارائه می‌شود. مفهوم پوشش سلامت همگانی باید در مورد اختلالات مصرف مواد نیز همانند سایر بیماری‌ها صدق کند. بر اساس چنین پوششی، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و جوامع‌شان باید به خدمات بهداشتی موردنیازشان در زمینه پیشگیری و درمان دسترسی داشته باشند و این خدمات علاوه بر داشتن کیفیت لازم برای رسیدن به اثرات مطلوب، مانع از بروز مشکلات مالی برای کاربران‌شان شوند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹b، ۲۰۱۹c).

اختلالات مصرف مواد بیماری‌های جدی هستند که بار زیادی بر افراد مصرف‌کننده، خانواده‌ها و جوامع‌شان تحمیل می‌کنند. عدم درمان اختلالات مصرف مواد هزینه‌های فراوانی از جمله کاهش بهره‌وری، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های مربوط به عدالت کیفری و رفاه اجتماعی و دیگر پیامدهای اجتماعی را برای جامعه در پی خواهد داشت. هزینه اجتماعی مصرف مواد غیرقانونی در برخی از کشورها حدود ۱/۷ درصد از تولید ناخالص ملی آن کشور است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۶). بنابراین، ارائه درمان اثربخش و خدمات مراقبتی مناسب برای اختلالات مصرف مواد به عنوان بخشی از نظام درمانی یکپارچه و هماهنگ، نوعی سرمایه‌گذاری در سلامت افراد مبتلا به این اختلالات و همچنین توسعه سالم و ایمن خانواده‌ها، جوامع و کشورها محسوب می‌شود.

فصل دوم

اصول و استانداردهای کلیدی درمان اختلالات مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد با استفاده از گستره ای از مداخلات دارویی و روانی- اجتماعی می تواند بطور موثری درمان شود. در مدیریت اختلالات مصرف مواد مخدر، هدف درمان بهبود سلامت و کیفیت زندگی افراد مبتلا و هدف نهایی آن کمک برای بازتوانی فرد تا حد ممکن است. به طور خاص، اهداف درمان عبارتند از:

- توقف یا کاهش مصرف مواد
- بهبود سلامت، رفاه و عملکرد اجتماعی فرد مصرف کننده
- پیشگیری از آسیب های آتی از طریق کاهش عوارض و عود مصرف

بسیاری از مداخلاتی که به طور رایج در مدیریت اختلالات مصرف مواد به کار می روند فاقد معیارهای علمی پذیرفته شده در زمینه اثربخشی بالینی هستند. چنین مداخلاتی ممکن است غیرموثر و حتی زیان بخش باشند: ممکن است کارآزمایی های بالینی لازم انجام نشده و اثربخشی درمان مشخص نباشد.

علاوه بر اثربخشی بالینی، درمان اختلالات مصرف مواد باید با رعایت موارد زیر از استانداردهای معمول مراقبت سلامت پیروی کند:

- تطابق با بیانیه حقوق بشر سازمان ملل و کنوانسیون های موجود این سازمان
- ارتقاء استقلال فردی
- ترویج و ارتقاء ایمنی فردی و اجتماعی

استانداردهای درمان مجموعه ای از الزامات را مشخص می کند که هر شیوه درمانی یا مداخله، فارغ از فلسفه درمان مورد استفاده یا محیط اجرای درمان، برای اینکه اثربخش و ایمن تلقی شود باید آن ها را رعایت کند. این مسئله بسیار مهم است، زیرا افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مستحق چیزی کمتر از استانداردهای مراقبتی اخلاق مدار و برپایه مستندات علمی - نظیر آنچه برای دیگر بیماری های مزمن بکار می روند- نیستند.

اصل اول:

درمان باید سودمند، در دسترس، جذاب و مناسب باشد.

تعریف:

در بسیاری از موارد اگر طیف وسیعی از خدماتی که گستره مشکلات احتمالی پیش روی بیماران را پوشش می‌دهند در دسترس آنان باشد، اختلالات مصرف مواد می‌تواند به‌طور موثری درمان شود. خدمات و مداخلات درمانی باید مبتنی بر شواهد علمی بوده و با نیازهای خاص هر یک از بیماران در هر مرحله معین یا شدت آن اختلال تناسب داشته باشند. این خدمات عبارتند از: خدمات‌رسانی سیار در جامعه؛ ارائه خدمات در محیط‌های تخصصی؛ درمان بستری و سرپایی؛ درمان روانی-اجتماعی و پزشکی (شامل درمان وابستگی به الکل و دیگر اختلالات مصرف مواد و همچنین دیگر بیماری‌های روان‌پزشکی و طبی همبود)؛ درمان یا بازپروری اقامتی یا اجتماع محور طولانی مدت؛ و خدمات حمایت از بهبود یافتگان. این خدمات باید هم در محیط‌های شهری و هم در محیط‌های روستایی به شکلی مقرون‌به‌صرفه، جذاب، سودمند و در دسترس و با ساعات کاری طولانی و حداقل زمان انتظار ارائه شوند. همه موانع موجود بر سر راه دسترسی به خدمات درمانی مناسب باید به حداقل برسند. خدمات نباید صرفاً محدود به ارائه درمان به مبتلایان به اختلالات مصرف مواد باشند، بلکه باید حمایت اجتماعی و همچنین مراقبت پزشکی عمومی را به آن‌ها ارائه کنند. چارچوب قانونی نباید به نحوی باشد که بیماران را از شرکت در درمان دلسرد کند. باید مطمئن شد که محیط درمانی جوی دوستانه و حساس به مسائل فرهنگی بیماران داشته باشد و معطوف به نیازهای بالینی خاص هر فرد و متناسب با سطح آمادگی وی باشد، که این امر باعث می‌شود بیماران به جای دلسرد شدن و دوری از درمان به آن علاقه‌مند شوند.

استانداردها:

- ۱-۱ خدمات درمانی ضروری برای اختلالات مصرف مواد باید در سطوح مختلف نظام‌های سلامت در دسترس باشند: از مراقبت بهداشتی اولیه گرفته تا خدمات بهداشتی سطح سوم، همراه با برنامه‌های درمانی تخصصی برای اختلالات مصرف مواد.
- ۱-۲ خدمات درمانی ضروری شامل: خدمات سیار؛ خدمات غربالگری و مداخلات روانی-اجتماعی کوتاه‌مدت؛ ارزیابی تشخیصی؛ مداخلات سرپایی دارویی و روانی-اجتماعی؛ مدیریت مشکلات بالینی حاد ناشی از مصرف مواد (مانند بیش‌مصرفی، سندرم ترک)؛ خدمات بستری جهت مدیریت علائم شدید ترک و یا جنون ناشی از مصرف مواد؛ خدمات اقامتی طولانی مدت؛ درمان اختلالات روانپزشکی یا طبی یا سایر بیماری‌های همبود؛ و خدمات مدیریت بازتوانی که توسط درمانگران آموزش‌دیده ارائه می‌شوند.
- ۱-۳ هم‌تایان منتخب و آموزش‌دیده می‌توانند در سرویس‌های خدمات درمانی کار کنند و مداخلات معینی را به منظور کمک به شناسایی بیماران، درگیر کردن بیماران در درمان و نگاه‌داشتن آن‌ها در درمان ارائه نمایند.
- ۱-۴ خدمات درمانی ضروری برای اختلالات مصرف مواد باید از طریق شبکه حمل‌ونقل عمومی قابل دسترس و قابل ارائه به بیماران در مناطق روستایی و شهری باشد.

۱-۵ لازم است خدمات سیار و خدمات با آستانه پایین برای ورود، به عنوان بخشی از گستره مراقبتی، به نحوی گسترش یابند که جمعیت‌های «پنهان»، که بیش از همه متأثر از مواد هستند اما انگیزه کافی برای ورود به درمان را نداشته یا پس از اتمام یک برنامه درمانی دوباره به سمت مواد می‌روند، را پوشش دهند.

۱-۶ در یک دامنه خدمات مراقبتی، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید از طرق مختلف امکان ورود به طیف گسترده‌ی از خدمات درمانی را داشته باشند.

۱-۷ خدمات درمانی ضروری برای مصرف مواد و اختلالات مربوطه باید در ساعات کاری به حد کافی گسترده ارائه شوند تا افرادی که سر کار می‌روند یا مسئولیت‌های خانوادگی را بر عهده دارند بتوانند به این خدمات دسترسی داشته باشند.

۱-۸ خدمات درمانی ضروری باید برای مراجعان گروه‌های مختلف اجتماعی- اقتصادی و سطوح مختلف درآمد قابل پرداخت باشد و خطر ایجاد مشکلات مالی برای افراد نیازمند این خدمات به کمترین حد ممکن برسد.

۱-۹ در صورتیکه که امکانات گفته شده در بندهای بالا به علل مختلفی در دسترس و قابل پرداخت نباشد، خدمات درمانی باید امکان دسترسی به حمایت‌های اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی عمومی و همچنین مدیریت بیماری‌های همراه با اختلالات مصرف مواد اعم از روانی و جسمانی را فراهم کند.

۱-۱۰ اطلاعات مربوط به مهیا بودن و در دسترس بودن خدمات درمانی ضروری برای اختلالات مصرف مواد باید از طریق منابع متعددی از قبیل اینترنت، مطالب چاپ شده و سرویس‌های با دسترسی آزاد ارائه شوند.

اصل دوم:

اطمینان از استانداردهای اخلاقی مراقبت در خدمات درمانی

تعریف:

درمان اختلالات مصرف مواد باید بر اساس استانداردهای جهانی مراقبت‌های بهداشتی از جمله احترام به حقوق انسان‌ها و کرامت بیمار باشد. این امر شامل پاسخگویی به حق بیمار در استفاده از بالاترین استاندارد موجود سلامتی و رفاه و اجتناب از هرگونه تبعیض و یا بدنامی است. مبتلایان به اختلالات مصرف مواد باید، تا حد ممکن، در تصمیمات درمانی (مثلاً زمان شروع و خاتمه درمان) و ماهیت درمان حق انتخاب داشته باشند. مداخلات درمانی نباید اجباری یا برخلاف میل یا خواست بیماران به آن‌ها تحمیل شوند. رضایت بیمار باید پیش از هرگونه مداخله درمانی اخذ شود. لازم است که سوابق بالینی به صورت به‌روز و دقیق حفظ شده و به بیمار در مورد محرمانه ماندن سوابق درمانی‌اش اطمینان خاطر داده شود. ثبت سوابق درمانی هنگام پذیرش بیماران جدید بسیار مهم است و نباید نادیده گرفته شود. مداخلات تنبیهی، تحقیرکننده یا از بین برنده عزت نفس بیمار (مانند کتک زدن، غل و زنجیر کردن، محرومیت از درمان یا غذا و مواردی از این قبیل)، تأثیرات درمانی نداشته و هرگز نباید استفاده شوند. باید منشور اخلاقی سختگیرانه‌ای در این زمینه برای کارکنان تدوین و اعمال شود. کارکنان باید از ترویج عقاید شخصی‌شان منع شوند و نباید از روش‌های تحقیرکننده استفاده کنند. فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد باید یک انسان بیمار در نظر گرفته شود که به درمانی مشابه با دیگر افراد مبتلا به بیماری‌های روانپزشکی یا جسمانی نیاز دارد.

استانداردها:

- ۱-۲ در تمامی موارد، خدمات ارائه شده برای درمان اختلالات مصرف مواد باید مبتنی بر احترام به حقوق انسان و کرامت بیماران باشند و هرگز از مداخلات تحقیرکننده یا از بین برنده عزت نفس بیماران استفاده نکنند.
- ۲-۲ بیمار باید قبل از شروع درمان رضایت آگاهانه خود را از ورود به درمان اعلام و حق قطعی و تضمین‌شده برای خروج از آن در هر زمانی که بخواهد را داشته باشد.
- ۳-۲ اطلاعات مربوط به بیماران باید کاملاً محرمانه باشد. دور زدن اصل محرمانگی سوابق درمانی بیماران جهت ثبت‌نام آنان در درمان باید ممنوع باشد. اقدامات قانونی، در کنار آموزش مناسب کارکنان و قوانین و مقررات مربوط به خدمات، باید محرمانگی اطلاعات بیماران را تضمین کند.
- ۴-۲ کارکنان ارائه دهنده خدمات درمانی باید در زمینه ارائه درمانی به شیوه‌ای کاملاً منطبق بر استانداردهای اخلاقی و اصول حقوق بشر آموزش مناسب ببینند و نگرشی مبتنی بر احترام، بدنام نکردن و عدم تبعیض به گیرندگان این خدمات داشته باشند.
- ۵-۲ دستورالعمل‌های درمانی باید ارائه دهندگان خدمات را ملزم کنند تا بیماران را به میزان کافی از فرایندها و رویه‌های درمان، از جمله حق انصراف از درمان در هر زمان، آگاه کنند.
- ۶-۲ هرگونه پژوهش در خدمات درمانی که روی بیماران انجام شود باید توسط کمیته اخلاق پژوهش‌های انسانی مورد بررسی و تأیید قرار گیرد. به کمیته‌های اخلاقی توصیه می‌شود که نظرات و عقاید افرادی که سابقه مصرف مواد و درمان آن را داشته‌اند، یا از این اختلال بهبودی حاصل کرده‌اند را مدنظر داشته باشند. مشارکت بیماران در پژوهش باید کاملاً آزادانه و اختیاری باشد و در تمامی موارد رضایت آگاهانه کتبی از ایشان اخذ شود.
- ۷-۲ استانداردهای اخلاقی مراقبت در خدمات درمانی باید شامل حال همه جمعیت‌های دارای نیازهای مراقبتی و درمانی خاص باشد و تبعیضی وجود نداشته باشد.

اصل سوم:

ارتقاء درمان اختلالات مصرف مواد از طریق هماهنگی موثر بین نظام عدالت کیفری و خدمات بهداشتی و اجتماعی.

تعریف:

اختلالات مصرف مواد در وهله اول باید به عنوان بیماری و مشکلات سلامتی در نظر گرفته شود تا رفتار مجرمانه و به عنوان یک قاعده، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد به جای ارجاع به نظام عدالت کیفری، باید در نظام مراقبت سلامت درمان شوند. تمام افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مرتکب جرم نمی‌شوند و حتی اگر مرتکب جرم شوند، جرایم‌شان معمولاً شامل بزهکاری خرد و جرایم سطح پایین به منظور تامین هزینه مواد است. این موضوع معمولاً با درمان موثر اختلال مصرف مواد مرتفع می‌شود. مهم است که اختلالات مصرف مواد را یک مشکل سلامت تلقی کنیم که به حمایت و درمان مناسب نیاز دارند تا به مجازات‌های کیفری. نظام عدالت کیفری باید با نظام بهداشتی و اجتماعی همکاری نزدیک و تنگاتنگی داشته باشد تا از تقدم درمان اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت بهداشتی بر تعقیب کیفری یا زندان اطمینان

حاصل شود. آموزش کارکنان بخش‌های اجرا کننده قانون، دادگاه، ندامتگاه یا زندان، سبب شکل‌گیری مشارکتی کارآمد در فرایند درمان و بازپروری می‌شود. در صورت محکومیت بیمار، درمان اختلال مصرف مواد باید در طول مدت اقامت در زندان و نیز پس از آزادی ارائه شود، چرا که درمان موثر خطر بازگشت به سمت مواد، مرگ ناشی از بیش مصرفی و ارتکاب مجدد جرم را کاهش می‌دهد. اطمینان از تداوم و تسهیل برنامه‌های مراقبتی و پیشگیری از عود مصرف و بیش مصرفی بعد از آزادی از زندان در زندانیان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بسیار ضروری است. در تمامی موارد مرتبط با نظام عدالت کیفری، افراد باید درمان و مراقبتی مشابه با درمان ارائه‌شده در خارج از محیط زندان را دریافت کنند.

استانداردها:

۳-۱ درمان اختلالات مصرف مواد باید عمدتاً در نظام‌های سلامت و مراقبت اجتماعی ارائه شوند. به منظور تسهیل دسترسی افراد درگیر در نظام عدالت کیفری به درمان و خدمات مراقبت اجتماعی، باید ساز و کارهای هماهنگ‌کننده کارآمدی برای تعامل با نظام عدالت کیفری تدوین شوند.

۳-۲ مجرمان مبتلا به اختلال مصرف مواد باید به درمان اثربخش دسترسی داشته باشند. درجای مناسب درمان اختلال مصرف مواد حتی می‌تواند به عنوان جایگزین کامل یا نسبی محکومیت یا مجازات محسوب شود.

۳-۳ هرگاه درمان اختلالات مصرف مواد به عنوان جایگزینی برای زندان به کار رود یا در داخل محیط‌های کیفری (زندان یا ندامتگاه) ارائه شود، چارچوب‌های حقوقی خاص باید از این درمان محافظت کنند.

۳-۴ نظام عدالت کیفری باید فرصت بهره‌مندی از درمان‌ها، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی را برای زندانیان مبتلا به اختلال مصرف مواد با کیفیتی برابر با آنچه در جامعه مهیاست فراهم کند.

۳-۵ در نظام عدالت کیفری، مداخلات درمانی نباید برخلاف میل بیماران مبتلا به مصرف مواد به آن‌ها تحمیل شود.

۳-۶ افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد در محیط‌های کیفری باید به ساز و کارهای پیشگیری و درمان ضروری دسترسی داشته باشند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: شناسایی بیمار و ارجاع زودهنگام به درمان؛ پیشگیری از انتقال عفونت‌های انتقال یافته از راه خون؛ درمان دارویی و روان‌شناختی برای اختلالات مصرف مواد و بیماری‌های روانپزشکی و جسمانی همبود؛ خدمات بازپروری و ایجاد پیوندهای مراقبتی جامع با بخش سلامت جامعه؛ و خدمات اجتماعی به منظور آماده‌سازی آن‌ها برای آزادی.

۳-۷ کارکنان نظام عدالت کیفری، شامل افسران بخش اجرای قانون و زندان‌ها و شاغلین دادگاه، باید در زمینه نیازهای پزشکی و روانی - اجتماعی مرتبط با اختلالات مصرف مواد و حمایت از اقدامات درمانی و بازتوانی آموزش ببینند.

۳-۸ درمان اختلالات مصرف مواد در نظام عدالت کیفری باید بر اساس همان دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد و استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای مورد استفاده در جامعه انجام شود.

۳-۹ یکی از قسمت‌های حائز اهمیت در بازگشت زندانیان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر به جامعه، درمان اختلالات مصرف مواد مخدر و بیماری‌های همراه می‌باشد. به علاوه، لازم است که از طریق هماهنگی موثر بین خدمات اجتماعی و بهداشتی جامعه و نظام‌های عدالت کیفری، از تداوم درمان اختلالات مصرف مواد برای همه این بیماران اطمینان حاصل شود. این امر باعث کاهش خطر عود مصرف، بیش‌مصرفی مواد و ارتکاب مجدد خلاف می‌شود.

۱۰-۳ باید حداکثر تلاش برای کاهش بدن‌امی و پیشگیری از تبعیض علیه آن دسته افراد مبتلا به اختلالات روانی و مصرف مواد که در عین درگیر بودن با نظام عدالت کیفری از خدمات پزشکی استفاده می‌کنند، انجام شود.

اصل چهارم

درمان باید بر اساس شواهد علمی باشد و به نیازهای خاص هر یک از مبتلایان به اختلالات مصرف مواد پاسخ دهد.

تعریف:

مجموعه‌ای از دانش و شواهد علمی درباره اختلالات مصرف مواد و درمان آن باید راهنمای مداخلات و سرمایه‌گذاری‌ها در بخش درمانی باشد. درمان اختلالات مصرف مواد باید از همان استانداردهای سطح بالایی پیروی کنند که برای تایید و به کارگیری مداخلات دارویی یا روانی - اجتماعی در دیگر رشته‌های پزشکی به کار می‌روند. مهم است که مداخلات دارویی و روانی - اجتماعی قابل به کارگیری را به مداخلاتی محدود کنیم که اثربخشی آن‌ها توسط پژوهش‌ها و / یا متخصصان مربوطه به‌طور رسمی تایید شده است. هرگاه استفاده از دیگر رویکردهای درمانی مفید به نظر برسد، قبل از بکارگیری آن‌ها، لازم است که اثربخشی و ایمنی آن‌ها به‌طور مناسب، مثلاً از طریق کارآزمایی‌های بالینی، بررسی شود. مدت زمان و شدت مداخلات باید مطابق با دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد باشد و تیم‌های متشکل از چندین رشته باید مداخلات مختلف را متناسب با نیاز هر بیمار با یکدیگر تلفیق کنند. خدمات درمانی در اختلالات مصرف مواد باید بر اساس رویکرد موردنیاز درمان در بیماری‌های مزمن و نه مدل مراقبت از بیماری‌های حاد، برنامه‌ریزی و ارائه شوند. دلیل این امر آن است که مراقبت و درمان طولانی‌مدت شانس بیشتری جهت ارتقاء سطح زندگی (به سمت یک زندگی طولانی و سالم) دارد. مهم است مداخلاتی اتخاذ گردد که بدون تضعیف عناصر کلیدی مداخله برای اثربخشی علمی، با شرایط فرهنگی و اقتصادی هر کشور مطابقت دارند. مداخلات درمانی یا نظام‌های «سنتی» ممکن است مختص یک کشور یا موقعیت خاص باشند و جدا از تجربه خود بیماران و بالینگران‌شان شواهد محدودی در مورد اثربخشی‌شان وجود داشته باشد. چنین نظام‌هایی باید تا جایی که می‌توانند مداخلات مبتنی بر شواهد علمی را وارد خدمات‌شان کنند و مطالب مفید را از آن‌ها بیاموزند. لازم است که به منظور تعیین اثربخشی و میزان خطر درمان‌های «سنتی» به صورت رسمی، در مورد آن‌ها پژوهش ارزیابی انجام شود.

استانداردها:

۱-۴ تخصیص منابع و بودجه برای درمان اختلالات مصرف مواد باید بر اساس شواهد موجود درباره اثربخشی و مقرون به‌صرفه بودن مداخلات درمانی انجام شود.

۲-۴ باید طیف متنوعی از مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد که بر شدت‌های متفاوت بیماری کارایی دارند، در سطوح مختلف نظام‌های مراقبت بهداشتی و اجتماعی تعبیه شوند و مداخلات دارویی و روانی - اجتماعی به‌طور مناسبی در دامنه خدمات مراقبتی گنجانده شوند.

۳-۴ خدمات درمانی باید برحسب جنسیت و نیازهای جمعیت هدف‌شان طرح‌ریزی شوند، به هنجارهای اجتماعی احترام بگذارند و بیماران را در طراحی، ارائه و ارزیابی خدمات دخیل کنند.

۴-۴ متخصصان بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ باید در زمینه شناسایی مصرف مواد و همچنین تشخیص و مدیریت اختلالات مصرف مواد و بیماری‌های مرتبط با آن آموزش ببینند.

۴-۵ درمان اختلالات مصرف مواد در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه (عمومی) باید با خدمات تخصصی لازم پشتیبانی شود، خصوصاً برای درمان موارد شدید و بیمارانی که به بیماری‌های روانپزشکی و جسمانی همبود مبتلا هستند.

۴-۶ در صورت امکان، سازمان ارائه دهنده خدمات درمانی تخصصی برای اختلالات مصرف مواد باید شامل تیم‌هایی متشکل از چندین رشته که در زمینه ارائه مداخلات مبتنی بر شواهد علمی آموزش دیده‌اند باشد. علاوه بر این، این تیم‌ها باید در زمینه پزشکی، روانپزشکی، روان‌شناسی بالینی، پرستاری، مددکاری و مشاوره صلاحیت‌های لازم را دارا باشد. آن‌ها باید افرادی که تجربه زندگی با مصرف مواد و درمان آن را داشته‌اند و اکنون در حالت بهبودی و ترک به سر می‌برند را نیز در فرایند درمان دخیل کنند.

۴-۷ مدت درمان باید بر اساس نیاز افراد تعیین و هیچ‌گونه محدودیتی در این مورد از قبل وضع نشود. همچنین، باید امکان اصلاح برنامه درمان در هر نقطه و بر اساس نیازهای بالینی بیمار وجود داشته باشد.

۴-۸ آموزش متخصصان بهداشتی در زمینه شناسایی، تشخیص و درمان مبتنی بر شواهد اختلالات مصرف مواد باید در سطوح مختلف آموزش، از جمله برنامه‌های درسی دانشگاه‌ها و برنامه‌های آموزش عالی، گنجانده شود.

۴-۹ دستورالعمل‌ها، رویه‌ها و هنجارهای مربوط به درمان اختلالات مصرف مواد باید مرتباً به‌روزرسانی شوند تا شواهد جدید مربوط به اثربخشی مداخلات درمانی، دانش مربوط به نیازهای بیماران و کاربران خدمات، و نتایج پژوهش‌ها و ارزشیابی‌ها در آن‌ها لحاظ شود.

۴-۱۰ عملکرد ارائه دهندگان خدمات درمانی باید بر اساس استانداردهای موجود برای خدمات مشابه محک زده شوند.

۴-۱۱ گسترش مداخلات درمانی جدید باید از طریق فرایند کارآزمایی بالینی و تحت نظارت یکی از کمیته‌های معتبر اخلاق پژوهش‌های انسانی انجام شود.

اصل پنجم

پاسخ به نیازهای درمانی و مراقبتی خاص گروه‌های جمعیتی.

تعریف:

در جمعیت‌های بزرگ‌تر، باید به گروه‌های فرعی مبتلا به اختلالات مصرف مواد توجه خاصی شود و در صورت نیاز، مراقبت تخصصی و شخصی‌سازی شده^۲ را به آن‌ها ارائه کرد. افراد گروه‌های دارای نیازهای خاص ممکن است شامل این موارد باشند، اما لزوماً محدود به این‌ها نیستند:

زنان؛ زنان باردار؛ کودکان و نوجوانان؛ سالمندان؛ جمعیت‌های بومی؛ مهاجرین؛ کارگران جنسی؛ افراد دارای گرایش جنسی و هویت جنسیتی متفاوت؛ افراد دارای معلولیت؛ افراد بی‌سواد و کم‌سواد؛ افراد مبتلا به بیماری‌های همراه همزمان؛ افرادی که با نظام عدالت کیفری سروکار داشته‌اند؛ و کلیه افراد فاقد حمایت اجتماعی مانند افراد بی‌خانمان یا بیکار. لازمه

¹ Primary health care professionals

² specialized, tailored care

کار کردن با افراد دارای نیازهای خاص داشتن برنامه‌های درمانی متمایز و ویژه برای هر فرد است که طی آن‌ها به نیازمندی‌ها، آسیب‌پذیری‌ها و نیازهای منحصر به فرد بیمار توجه می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد اغلب با تبعیض و بدنامی مواجه هستند، مشکلاتی که ممکن است برای گروه‌های جمعیتی دارای نیازهای خاص شدیدتر باشند. در هر یک از موقعیت‌هایی که در حین درمان بروز می‌کنند، باید به‌طور مستقیم به ملاحظات خاص پرداخته شود.

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد نباید در محیط یکسانی با بیماران بزرگسال درمان شوند. مداخلات درمانی ویژه کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید در محیط‌هایی انجام شود که امکان مدیریت مسائلی از قبیل ایمنی و محافظت کودکان وجود داشته باشد. در محیط‌های درمانی کودکان باید از طریق همکاری با خانواده‌ها، مدارس و خدمات اجتماعی خدمات بیشتری در زمینه سلامت، یادگیری و رفاه اجتماعی ارائه شود. به‌طور مشابه، زنانی که وارد درمان می‌شوند نیز باید از خدمات ویژه‌ای بهره‌مند شوند و احتمالاً تحت محافظت قرار گیرند. زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد اغلب نسبت به خشونت خانگی و سوءاستفاده جنسی آسیب‌پذیرتر بوده و فرزندانشان هم ممکن است نسبت به غفلت و سوءاستفاده آسیب‌پذیر باشند. به همین دلیل، ارتباط با مجموعه‌های اجتماعی محافظت‌کننده از حقوق زنان و کودکان توصیه می‌شود. زنان برای دستیابی به بهترین نتیجه به خدمات درمانی متمایز در محیطی امن و تک‌جنسیتی (منحصراً زن) نیاز دارند. برنامه‌های درمانی برای والدین مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید نیازهای مهم‌تر کودکان این والدین را نیز شناسایی کنند و ظرفیت پاسخ به آن‌ها را داشته باشند. حمایت از مهارت فرزندپروری و تمرین صحیح مراقبت از کودک و همچنین آموزش مسائلی در زمینه سلامت جنسی نظیر پیشگیری از بارداری نیز ضروری است.

استانداردها:

۵-۱ ارائه خدمات برای اختلالات مصرف مواد و پروتکل‌های خدمات درمانی باید بر اساس نیازهای گروه‌های جمعیتی خاص انجام شود.

۵-۲ خدمات درمانی خاص برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید به نحوی تدارک دیده شود که نیازهای درمانی خاص مرتبط با گروه سنی‌شان را پوشش دهد. در صورت امکان، باید به منظور دستیابی به بهترین نتایج درمانی، خدمات درمانی ویژه و متمایزی برای کودکان و نوجوانان ارائه شود.

۵-۳ خدمات و مداخلات درمانی باید بر اساس نیازهای زنان و زنان باردار تنظیم و تعدیل شوند. تمامی جنبه‌های طراحی و ارائه مداخلات درمانی این گروه جمعیتی از قبیل مکان، کارکنان، توسعه برنامه، کودک‌پسند بودن و محتوی برنامه باید با توجه به این موضوع تدوین شوند.

۵-۴ خدمات درمانی باید بر اساس نیازهای افراد گروه‌های اقلیت مبتلا به اختلالات مصرف مواد شخصی‌سازی شوند و به منظور به حداقل رساندن موانع زبانی و فرهنگی، در مواقع لازم از واسطه‌ها و مفسران فرهنگی استفاده شود.

۵-۵ حمایت اجتماعی و بسته‌های حمایتی باید با خدمات درمانی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد ادغام شوند، خصوصاً برای افراد فاقد پشتوانه اجتماعی مانند افراد بی‌خانمان و بی‌کار.

۵-۶ برای برقراری ارتباط با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر که به دلیل کلاله (بدنامی) و حاشیه نشینی ممکن است از مراجعه به درمان خودداری کنند باید خدمات حضوری برقرار شود.

۵-۷ باید تا حد ممکن تلاش شود تا معضل بدنمایی و تبعیض علیه افراد مبتلا به اختلالات روانی و مصرف مواد کاهش یابد. آگاهی‌افزایی عمومی و کمپین‌های ضد بدنمایی، اشاعه اطلاعات صحیح در مورد اختلالات مصرف مواد، کاهش موانع ساختاری پیش روی درمان و اجرایی کردن اقدامات لازم برای ارتقاء خودکارآمدی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد از جمله مواردی هستند که چنین معضلاتی را کاهش خواهند داد.

اصل ششم

اطمینان از اداره بالینی مناسب خدمات و برنامه‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد

تعریف:

خدمات درمانی کارآمد و با کیفیت مناسب برای اختلالات مصرف مواد باید دارای روش‌های اداره بالینی مسئولانه و مؤثر باشند. برنامه‌ها، سیاست‌ها، رویه‌ها و سازوکارهای هماهنگی درمان باید از قبل تعریف شوند و برای همه کارکنان درمانی، اداری و مدیریتی و همچنین بیماران توضیح داده شوند. خدمات باید بر اساس شواهد پژوهشی موجود سازمان‌دهی شوند و به نیازهای کاربران خدمات پاسخ دهند. درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد (که اغلب چندین نیاز روانی-اجتماعی، روانپزشکی، طبی و اجتماعی دارند)، هم برای کارکنان و هم سازمان‌ها، امری چالش‌برانگیز است. ریزش کارکنان در این حیطه شایع است و سازمان‌ها باید اقدامات متنوعی را به منظور حمایت از کارکنان و تشویق ارائه خدمات با کیفیت مناسب تدارک ببینند.

استانداردها:

۶-۱ سیاست‌ها و طرح‌های درمان اختلالات مصرف مواد باید توسط مراجع دولتی و دیگر مراجع ذیصلاح مربوطه به طور کامل و دقیق طرح‌ریزی شوند و مبتنی بر اصول پوشش سلامت همگانی و همسو با بهترین شواهد موجود باشند و با مشارکت فعالانه ذینفعان اصلی، شامل جمعیت‌های هدف، بیماران، خانواده‌ها و اعضای جامعه و همچنین سازمان‌های مردم‌نهاد، تدوین شوند.

۶-۲ پروتکل‌های درمانی و سیاست‌های ارائه خدمات باید به صورت مکتوب در دسترس باشند، همه کارکنان از آن‌ها آگاهی داشته باشند و خدمات و مداخلات درمانی باید در جهت آن‌ها ارائه شوند.

۶-۳ کارکنان شاغل در زمینه خدمات تخصصی مربوط به اختلالات مصرف مواد باید صلاحیت‌های کافی را داشته باشند و علاوه بر دریافت آموزش مستمر و مبتنی بر شواهد و گواهینامه، تحت پشتیبانی و نظارت بالینی قرار بگیرند. به منظور جلوگیری از «فرسایش شغلی» کارکنان، به نظارت بالینی، تعلیم توسط متخصصان ارشد، اقدامات حفاظت از ایمنی و سایر اشکال حمایت نیاز است.

۶-۴ سیاست‌ها و رویه‌های مربوط به جذب کارکنان و نظارت بر عملکردشان باید به طور واضح مشخص شده و به اطلاع همگان رسانده شوند.

۶-۵ باید منبع کافی و پایداری برای تامین بودجه و همچنین سازوکارهای مدیریت مالی و حسابداری مناسبی وجود داشته باشند. در صورت امکان، باید منابع لازم برای آموزش مستمر کارکنان و ارزیابی کیفیت و عملکرد خدمات در بودجه مربوطه لحاظ شود.

۶-۶ به منظور ارائه خدمات جامع به بیماران، باید بین خدمات مربوط به درمان اختلالات مصرف مواد و همه سطوح مراقبت سلامت از قبیل خدمات سلامت عمومی و تخصصی، خدمات اجتماعی و دیگر خدمات مربوطه پیوند و شبکه ایجاد شود.

۶-۷ به منظور تضمین پاسخگویی و تداوم درمان و مراقبت و در عین حال احترام به حریم خصوصی بیماران و رعایت اصل رازداری، باید از سیستم‌هایی برای جمع‌آوری داده و سوابق بیماران استفاده کرد که مطابق با استانداردهای بین‌المللی باشند.

۶-۸ برنامه‌ها، قوانین و رویه‌های خدمات باید به صورت دوره‌ای اصلاح شوند و سازوکارهایی برای بازخورد، حسابرسی، پایش و ارزیابی مستمر تدوین شوند (شامل دریافت بازخورد از بیماران).

۶-۹ الگوهای مصرف مواد و پیامدهای اجتماعی و سلامت مربوطه و بیماری‌های روانپزشکی و جسمانی همبود باید به طور منظم مورد پایش قرار گیرند و به منظور بهبود برنامه‌ریزی و اجرای خدمات درمانی نتایج آن در دسترس قرار گیرند.

اصل هفتم

خدمات، سیاست‌ها و رویه‌های درمانی باید مبتنی بر رویکردی یکپارچه باشند و پیوند با خدمات مکمل نیازمند پایش و ارزیابی مستمر است.

تعریف:

در پاسخ به مشکلات پیچیده و چند بعدی سلامت، سیستم‌های جامع و یکپارچه درمانی باید گسترش یابند تا بتوانند مدیریت کارآمد اختلالات مصرف مواد و مشکلات سلامت و اجتماعی مرتبط با آن‌ها را تسهیل کنند. هیچ روش درمانی وجود ندارد که بتواند به تنهایی همه مسائل مطرح‌شده را به طور مناسب پوشش دهد. بنابراین، رویکرد انتخابی باید کل‌نگر باشد و بر اساس نیاز افراد شخصی‌سازی شود. در صورت امکان، خدمات متفاوت به نسبت موردنیاز وارد برنامه درمانی شوند. این خدمات عبارتند از: مراقبت‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسی و سلامت روان؛ مراقبت‌های اجتماعی و دیگر خدمات (مانند تهیه مسکن و مهارت‌های شغلی/استخدام و در صورت لزوم، کمک حقوقی)؛ و دیگر خدمات مراقبت سلامت تخصصی (مانند خدمات مربوط به اچ‌آی‌وی، هیپاتیت سی، سل و دیگر بیماری‌های جسمانی همبود). پایش، ارزیابی و تعدیل مستمر سیستم درمانی امری حیاتی است؛ برای این منظور به برنامه‌ریزی چندرشته‌ای و پیاده‌سازی خدمات به‌شکلی منطقی و گام‌به‌گام نیاز داریم تا بتوانیم پیوند بین این موارد را تقویت کنیم: سیاست‌گذاری؛ سنجش نیازها؛ برنامه‌ریزی سیستم‌های درمانی؛ پیاده‌سازی و پایش خدمات؛ ارزیابی پیامدها؛ و ارتقای کیفیت.

استانداردها:

۷-۱ سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به تدوین سیستم‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد باید رویکردی شخصی‌سازی شده، کل‌نگر و تلفیقی به درمان داشته باشند و خدمات مکمل موجود در داخل و خارج بخش سلامت را نیز پوشش دهند.

۷-۲ باید بین اقدامات پیشگیری از مصرف مواد، درمان اختلالات مصرف مواد و کاهش آسیب‌های اجتماعی و سلامت مرتبط با آن پیوندی عملیاتی ایجاد گردد.

۷-۳ باید در عین رعایت اصل رازداری در مورد اطلاعات بیماران، بین جوامع (شامل خانواده‌ها، ارائه دهندگان مراقبت، گروه‌های حمایت متقابل و خودحمایت‌گر، محیط‌های مذهبی و اجتماعی مربوطه)، خدمات اجتماعی (مانند خدماتی که در محیط‌های آموزشی، ورزشی و تفریحی ارائه می‌شوند)، نظام عدالت کیفری و خدمات مراقبت سلامت عمومی و تخصصی پیوند ایجاد شود و این ارتباط اجرایی گردد.

۷-۴ برنامه‌ریزی و توسعه سیستم درمانی باید بر اساس برآوردها و توصیف‌های صورت‌گرفته از ماهیت و شدت مشکل مصرف مواد و ویژگی‌های جمعیت نیازمند انجام شود.

۷-۵ باید نقش عوامل ملی، منطقه‌ای و محلی در بخش‌های مختلف مسئول در ارائه درمان و بازتوانی اختلالات مصرف مواد تعریف شود و سازوکارهایی برای هماهنگی کارآمد بین این بخش‌ها تهیه گردد.

۷-۶ باید استانداردهایی کیفی برای خدمات درمانی مصرف مواد تدوین و عملیاتی شود و سازوکارهای مناسبی برای اطمینان از پیروی و اجرای این استانداردها، تضمین کیفیت یا اعتباربخشی در نظر گرفته شود.

۷-۷ هر یک از خدمات باید سازوکارهایی برای اداره بالینی، پایش و ارزیابی داشته باشند نظیر میزان پاسخگویی بالینی، پایش مستمر سلامت و رفاه بیمار و ارزیابی متناوب خارجی.

۷-۸ اطلاعات مربوط به تعداد، نوع و نحوه توزیع خدمات موجود و بهره‌گیری از نظام درمانی باید به منظور برنامه‌ریزی و توسعه مورد پایش قرار بگیرند.

فصل سوم

سیستم‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد

۱-۳ سطح ارائه خدمات در سیستم

این فصل به ویژگی‌های اصلی سیستم‌های درمانی مؤثر برای اختلالات مصرف مواد می‌پردازد و برای برنامه‌ریزی خدمات درمان رهنمودهایی ارائه می‌دهد. به‌علاوه چارچوبی برای سازمان‌های خدمات بهداشتی و مدل‌های مراقبتی پیشنهاد می‌شود.

سیستم ملی مؤثر در درمان اختلالات مصرف مواد به پاسخ هماهنگ و یکپارچه‌ی بسیاری از بازیگران نیازمند است. هدف نهایی، ارائه‌ی خدمات و مداخلات در شرایط گوناگون و به گروه‌های مختلفی است که از نظر شدت اختلالات مصرف مواد و نیازهای فرعی مداخلات در مراحل مختلفی قرار دارند. بهتر است مدیریت ارائه‌ی خدمات درمانی مؤثر برای مبتلایان به اختلالات مصرف مواد به عهده‌ی سیستم بهداشت عمومی^۱ باشد، چرا که اغلب با سیستم خدمات اجتماعی^۲ و دیگر سیستم‌های جامعه در تعامل نزدیکی است. در بعضی کشورها بخش‌های خصوصی نقش بسیار مهمی در ارائه‌ی درمان برای مبتلایان به اختلالات مصرف مواد ایفا می‌کنند. خدمات درمانی بخش خصوصی نیز به همان اندازه می‌توانند از استانداردها و ویژگی‌های پیشنهادشده در این فصل بهره ببرند.

خدمات درمانی باید:

- مهیا
- در دسترس
- مقرون به صرفه
- مبتنی بر شواهد علمی
- متنوع

باشند.

مهیا بودن خدمات درمانی یعنی حضور پایدار خدماتی که قادرند بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد را درمان کنند. در دسترس بودن خدمات درمانی به دسترس‌پذیری یا مهیا بودن آن‌ها برای کل جمعیت برمی‌گردد. خدمات درمانی باید در مکان‌های مناسب و نزدیک به وسایط حمل و نقل عمومی (از جمله در نواحی روستایی و شهری) ارائه شوند و ساعت‌های

^۱ public health system
^۲ social care service

کاری آن‌ها برای ارائه خدمات کافی مناسب باشد. بعضی از عوامل مربوط به طراحی خدمات (نظیر مراکز نگهداری از کودک برای بیمارانی که کودک دارند) دسترسی زیرگروه‌های نیازمند را به درمان اختلالات مصرف دارو افزایش خواهند داد. علاوه بر آن، نگرش‌های خاص در مورد برخی از گروه‌های جمعیتی و یا سایر عوامل نباید دسترسی به خدمات را محدود کنند.

مقرون به صرفه بودن خدمات درمانی یعنی این خدمات باید هم برای بیماران و هم برای سیستم درمان اقتصادی باشند. خدمات درمانی برای اختلالات مصرف مواد باید برای بیماران گروه‌های اجتماعی اقتصادی مختلف، با سطوح درآمدی متفاوت، قابل پرداخت باشند. در حالت ایده‌آل درمان اختلالات مصرف مواد باید رایگان باشد، تا هزینه‌ها به مانعی برای درمان تبدیل نگردند. به علاوه خدمات درمانی برای اختلالات مصرف مواد باید برای سیستم بهداشتی و اجتماعی نیز مقرون به صرفه باشند تا خدمات درمانی پایدار بمانند.

مداخلات درمانی باید مبتنی بر شواهد علمی باشند و مانند درمان هر اختلال سلامت دیگری از دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد علمی پیروی کنند. بدین ترتیب کیفیت خدمات درمانی تضمین می‌شود.

لازم است خدمات درمانی متنوع و دارای رویکردهای مختلف باشند تا نیازهای متفاوت جمعیت هدف را برآورده سازند. هیچ رویکرد درمانی واحدی برای همه‌ی انواع، شدت یا مراحل مختلف اختلالات مصرف مواد وجود ندارد. خدمات باید دسترسی به درمان و بهبودی و همچنین دسترسی به مداخلات اجتماع‌محور^۳ را با هدف کاهش پیامدهای اجتماعی و سلامت مصرف مواد برای مبتلایان به این اختلالات مهیا کنند. بنابراین، در موقعیت‌های مختلف ارائه خدمات (خدمات سیار کاهش آسیب^۴، خدمات سرپایی، بستری، اقامتی) به طیف متنوعی از روش‌ها و رویکرد‌های درمانی نیاز است تا به میزان کافی به طیفی از نیازهای بیماران مبتلا به انواع اختلالات مصرف مواد پاسخ داده شود. از آن‌جا که کماکان هدف نهایی همه‌ی خدمات درمانی و مراقبتی، بهبودی است، خدمات مدیریت بهبودی^۵ پایدار باید بخش جدایی‌ناپذیر سیستم درمانی باشند.

۲-۳ سازمان دهی سیستم درمانی

طیف شدت و پیچیدگی اختلالات مصرف مواد از خفیف تا شدید گسترده است.

از منظر بودجه عمومی، درمان مبتنی بر شواهد اختلالات مصرف مواد سرمایه‌گذاری هوشمندانه‌ای است، زیرا هزینه‌های درمان اختلالات مصرف مواد در مقایسه با هزینه‌های وابستگی درمان‌نشده به مواد، بسیار پایین‌تر است (UNODC و WHO، ۲۰۰۸). به دلیل کاهش جرائم مربوط به مواد و کاهش هزینه‌های سیستم قضایی و مراقبت‌های بهداشتی، نسبت پس‌انداز به سرمایه‌گذاری در درمان اختلالات مصرف مواد می‌تواند از ۱:۱۲ فراتر رود (NIDA، ۲۰۱۲).

در راستای مطالب ارائه‌شده تحت عنوان «ستانداردها»، به مسئولان توسعه یا بازبینی سیستم‌های درمانی جامع محلی برای اختلالات مصرف مواد توصیه می‌شود منابع موجود را به پاسخ‌دهی بهینه به نیازهای جمعیت تخصیص دهند.

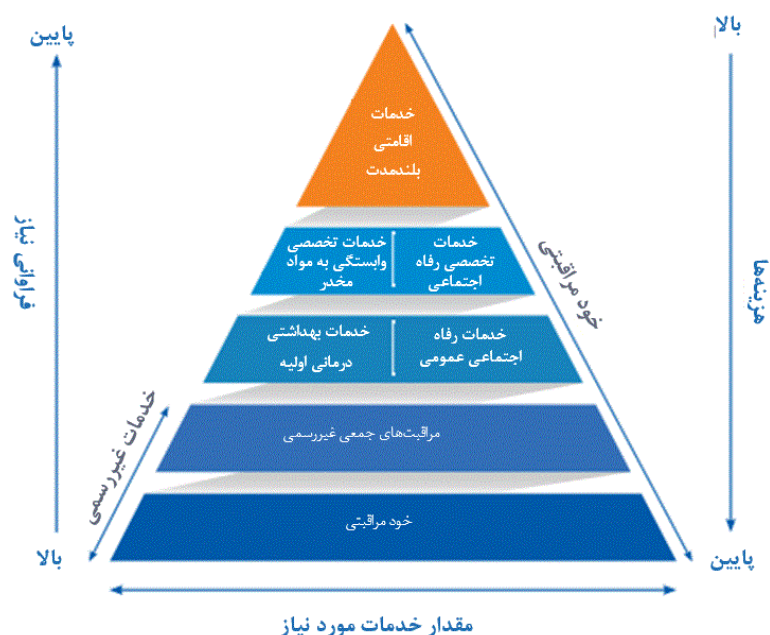
^۳ community-based interventions

^۴ Outreach

^۵ recovery management services

سیستم‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد باید بر مبنای اصل کلیدی بهداشت عمومی، یعنی در اولویت قرار دادن کم‌تهاجمی‌ترین مداخله با بالاترین اثربخشی و کم‌ترین هزینه برای بیماران، توسعه یابند.

سرمایه‌گذاری منابع عمومی باید بر اساس حجم و نوع خدمات درمانی مورد نیاز جمعیت تعیین شود. به طور معمول، در نواحی محلی بعضی از افراد هر از چندگاهی مواد مصرف می‌کنند و تعداد کمتری به اختلالات مصرف مواد مبتلا هستند (که بخش کوچکی از آن‌ها به اختلالات مصرف مواد شدید یا پیچیده مبتلا خواهند شد).



شکل ۱ : هرم سازمان دهی خدمات برای درمان و مراقبت اختلال مصرف مواد (UNODC, 2014) براساس هرم خدمات سلامت روان سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2003)

بر اساس هرم سازمان دهی خدمات (شکل ۱)، بیشتر مداخلات درمانی با شدت کم مورد نیاز است. مداخلات مؤثر با شدت کم در سطح جامعه یا موقعیت‌های غیرتخصصی (نظیر مداخله‌های مختصر و یا غربالگری^۶) می‌توانند مانع ابتلای افراد به اختلالات شدید مصرف مواد شوند و با هزینه‌ای کمتر توسط کارکنان غیرمتخصص آموزش‌دیده قابل ارائه هستند. به همین صورت، بیشتر افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد ممکن است در شرایط سرپایی یا در سطح جامعه به خوبی درمان شوند تا این‌که به رویکردهای شدیدتر و پرهزینه‌تر نظیر بستری و یا اقامت طولانی‌مدت نیاز داشته باشند.

سیستم‌های درمانی که مطابق با هرم ارائه‌ی خدمات طراحی می‌شوند مقرون به‌صرفه‌تر هستند. با این وجود، سرمایه‌گذاری نامتناسب و صرفاً در خدمات بسیار فشرده یا پرهزینه (در قسمت بالای هرم)، موجب می‌شود افرادی که به مداخلات درمانی با شدت کم نیاز دارند بیش از حد خدمات درمانی دریافت کنند. همچنین این امر بدلیل کمبود منابع مالی برای توسعه‌ی سایر مؤلفه‌های یک سیستم جامع، که در فصل «استانداردها» شرح داده شد، به ایجاد یک سیستم درمانی با ظرفیت‌های کلی محدود شده می‌انجامد. درمان سرپایی اختلال مصرف مواد در مقایسه با درمان اقامتی و بستری، در زندگی بیماران کمتر اختلال ایجاد می‌کند و برای سیستم بهداشت نیز کم‌هزینه‌تر است. درمان سرپایی، تا زمانی که مبتنی بر شواهد علمی باشد و نیازهای بیمار را برطرف کند، اولین انتخاب توصیه‌شده از منظر بهداشت عمومی است. ممکن است

^۶ screening and brief interventions

ارزیابی فردی مبتلایان به اختلالات شدیدتر یا پیچیده‌تر مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی دیگر درمان اقامتی و بستری را ایجاب کند.

ناهمخوانی بین طیف شدت اختلالات مصرف مواد بیماران در یک جمعیت و طیف شدت رویکردهای استفاده شده در یک سیستم درمان محلی سبب توزیع ناکارآمد منابع و به حداقل رسیدن کارائی می‌شود، که سرمایه‌گذاری خوبی برای منابع مالی عمومی به حساب نمی‌آید.

کمبود مداخلاتی نظیر مداخله‌های مختصر و غربالگری در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه یا خدمات سیار اجتماع محور سبب می‌شود مصرف‌کنندگان مواد تنها زمانی برای دریافت خدمات درمانی اقدام کنند که به اختلال شدید مصرف مواد گرفتار شده‌اند؛ درحالی که حمایت در مراحل ابتدایی اختلال مصرف موادشان با شدت و هزینه‌ی کمتری امکان پذیر بوده است. داده‌ها نشان می‌دهند پزشکان مراقبت‌های اولیه به ندرت بیماران خود را برای اختلال مصرف مواد غربال می‌کنند (ارنست، میلر و رولنیک^۷، ۲۰۰۷). ارائه‌ی خدمات غربالگری، درمان و مداخله‌های مختصر در محیط مراقبت‌های بهداشتی اولیه امکان‌پذیر است و به شناسایی و در صورت لزوم ارجاع افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و حمایت از آن‌ها کمک می‌کند؛ این امر به نوبه‌ی خود به کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی نیز کمک می‌کند.

۱-۲-۳ مداخله‌های پیشنهادی در سطوح سیستمی مختلف

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، برای حصول اطمینان از تداوم درمان و مراقبت، باید انواع مختلف و تنوعی از مداخله‌ها را در دسترس بیماران قرار داد.

جدول ۱ : مداخله‌های پیشنهادی در سطوح سیستمی متفاوت

سطح سیستم	مداخلات ممکن
مراقبت‌های غیررسمی در سطح جامعه	• مداخلات سیار • گروه‌های همیاری و مدیریت بهبودی • حمایت‌های غیررسمی خانواده و دوستان
خدمات مراقبت بهداشتی اولیه	• غربالگری، مداخلات مختصر، ارجاع به متخصص درمان اختلال مصرف مواد • حمایت مداوم از افراد تحت درمان/ نمای با خدمات تخصصی درمان مواد • خدمات بهداشتی اولیه نظیر کمک‌های اولیه و مراقبت از زخم
رفاه اجتماعی عمومی	• خانه/ سرپناه • غذا • حمایت‌های اجتماعی غیرمشروط • ارجاع به خدمات تخصصی درمان مواد و دیگر خدمات بهداشتی و اجتماعی در صورت نیاز
خدمات درمان تخصصی (سرپایی و بستری)	• ارزیابی

^۷ Ernst, Miller and Rollnick

• طرح ریزی درمان • مدیریت موردی • مدیریت سم زدایی/ترک • مداخلات روانی اجتماعی • درمان دارویی • پیشگیری از عود • مدیریت بهبودی	
• خدمات انجام شده توسط متخصصین در سرویس های سلامت روان (شامل خدمات روانشناسی و روانپزشکی) • خدمات انجام شده توسط متخصصین داخلی، جراح ها، متخصصین کودکان و زنان و زایمان و غیره • مراقبت های دندانپزشکی • درمان بیماری های عفونی نظیر ایدز، هپاتیت سی و سل	دیگر خدمات تخصصی مراقبت های بهداشتی
• حمایت از خانواده و پیوند مجدد آن • حرفه آموزی/برنامه های آموزشی • درآمدزایی/اعطای وام کم به افراد نیازمند^۸ • طرح ریزی برای اوقات فراغت • خدمات مدیریت بهبودی	خدمات تخصصی رفاه اجتماعی برای مصرف کنندگان مواد
• برنامه های اقامتی برای اختلالات شدید و پیچیده مصرف مواد و اختلالات همبود^۹ آن • سکونتگاه • حرفه آموزی • محیط حفاظت شده • آموزش مهارت های زندگی • حمایت های درمانی مستمر • ارجاع به سرویس های سرپایی/ مدیریت بهبودی	خدمات اقامتی بلندمدت برای مصرف کنندگان مواد

۳-۳ برنامه ریزی و تأمین منابع مالی سیستم های درمان

تصمیم گیری جهت تخصیص منابع و خدماتی که در سطوح مختلف سیستم های بهداشتی و اجتماعی ارائه می شوند در برنامه ریزی سیستمی پایدار و کاربردی برای درمان اختلالات مصرف مواد نقشی حیاتی دارد.

برای تخصیص منابع و طراحی سیستم های درمان باید از ارزیابی نیازهای محلی، با استفاده از داده های موجود در مورد تقاضای مواد، درمان و ارائه ی مراقبت در سطوح مختلف، بهره گرفت (UNODC، ۲۰۰۳).

کمبود اطلاعات و یا نبودن سیستم های سیستماتیک جمع آوری داده نباید در راه پیاده سازی و ارائه ی خدمات درمانی برای اختلالات مصرف مواد مخدر مانع بزرگی ایجاد کند. داده های بعضی شاخص های مهم، نظیر شاخص تقاضای درمان (استفاده

^۸ Micro-credit

^۹ Comorbid conditions

از خدمات برای مشکلات مربوط به مصرف مواد)، در واقع تنها در صورتی بطور موثر قابل جمع‌آوری هستند که خدمات درمانی مشکلات مربوط به مصرف مواد برقرار و داده‌های مربوط به بیماران مهیا باشند.

برای توسعه‌ی یک سیستم ملی کاربردی اطلاعات مواد به حمایت شرکایی از تمام سطوح و بخش‌های مختلف نیاز است. علت آن است که به منظور اتخاذ سیاست‌های حاکم جهت سیستم ملی اطلاعات مواد و سیستم ملی رصد مواد هم به مؤلفه‌های فنی و هم به فرآیند مشارکتی نیاز است.

سیستم‌های درمانی برای اختلال مصرف مواد را نباید جدا از خدمات محلی یا سیستم‌های مراقبت اجتماعی - بهداشتی گسترده در نظر گرفت. طراحی و ارائه این سیستم احتمالاً از خدمات بهداشتی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و پیوندی ناگسستنی با آن‌ها دارد. برای برنامه‌ریزی، طراحی و پیاده‌سازی سیستم‌های درمان و بهبودی اختلالات مصرف مواد به مشارکت طیف وسیعی از ذینفعان نیازمند است، که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی دولتی، سیستم قضایی و پلیس، بیماران و گروه‌های ذی نفوذ، سازمان‌های مردم‌نهاد و دیگر گروه‌های جامعه از آن جمله‌اند.

برچسب‌زنی و تبعیض علیه مبتلایان به اختلالات مصرف مواد از موانع مهم درمان به حساب می‌آید. باید با تمام قوا برای افزایش آگاهی، ارتقای نگرش‌های بدون برچسب‌زنی و رسیدگی به تبعیض ساختاری علیه مبتلایان به اختلالات مصرف مواد تلاش کرد. برای دستیابی به این هدف، اجرای مداخله‌های سیاستی متوازن، مردم‌محور و جامع، از سر راه برداشتن موانع درمان، پیشگیری و منع درمان‌های تحقیرکننده یا غیرانسانی یا مجازات به بهانه‌ی درمان، ارائه‌ی مراقبت‌های بهتر، افزایش آگاهی و درک جمعیت عمومی از اختلالات مصرف مواد و افزایش دانش سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیرندگان، متخصصین سلامت و دیگر ذینفعان مربوطه ضروری است. مداخله‌هایی با هدف افزایش خودکارآمدی و توانمندسازی افراد، برای مثال از طریق گروه‌های همیاری متقابل^{۱۰}، می‌توانند از بار برچسب‌زنی به خود^{۱۱} بکاهند (لیوینگستون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوریگان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷).

۳-۴ مدل‌های سازمان‌دهی خدمات

در این بخش به مدل‌های مختلف سازمان‌دهی خدماتی می‌پردازیم که (بسته به نیازهای جمعیت، سازمان‌دهی خدمات مراقبت اجتماعی و بهداشتی، چارچوب‌های قانونی و سیاست‌ها و منابع مالی) در سطوح مختلف اجرا می‌شوند. این مدل‌ها جمع‌پذیرند و ممکن است هم‌پوشانی داشته باشند.

۳-۴-۱ رویکرد فروشگاه چندمنظوره

باتوجه به نیازهای متنوع و متعدد مبتلایان به اختلالات مصرف مواد، در حالت ایده‌آل یک مرکز یا سرویس باید طیف گسترده‌ای از خدمات پزشکی و اجتماعی را ارائه دهد، که می‌توان عنوان «فروشگاه چندمنظوره»^{۱۴} (شکل ۲) را به آن داد.

^{۱۰} Mutual help groups

^{۱۱} Self-stigma

^{۱۲} Livingston

^{۱۳} Corrigan

^{۱۴} One-stop-shop

این‌گونه ارائه‌ی خدمات یکپارچه بدون موانع دسترسی طیف کاملی از خدمات مراقبتی را دربرمی‌گیرد و در صورت نیاز، به افراد مصرف‌کننده مواد درمانی جامع و اخلاقی ارائه می‌دهد (رپ^{۱۵} و همکاران).



شکل ۲: فروشگاه چندمنظوره

۲-۴-۳ رویکرد شبکه‌ی اجتماعی محور^{۱۶}

وقتی خدمات درمانی محلی قادر به ادغام همه‌ی روش‌ها و مداخله‌های مبتنی بر شواهد نیست (مانند رویکرد فروشگاه چندمنظوره)، باید شبکه‌ی جامع و هماهنگی از خدمات مراقبتی و درمانی توسعه یابد. این شبکه باید اجزاء مختلفی از سیستم مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی محلی را دربرگیرد. این رویکرد خدمات بالینی و تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد را هسته اساسی ارائه خدمات قرار می‌دهد، اما خدمات کمکی اجتماعی/شهری بسیاری را نیز ارائه می‌دهد که چشم‌انداز مشترکی دارند و با مکانیسم‌های ارجاعی تعیین شده در هماهنگی نزدیکی کار می‌کنند. برای اطمینان از دسترسی، به خدمات با آستانه پایین ورود^{۱۷} (نظیر خدمات سیار^{۱۸} یا گذری^{۱۹}) با مکانیسم‌های ارجاعی تعریف‌شده برای بهره‌مندی از خدمات درمان بالینی مصرف مواد و خدمات اجتماعی همراه، نیاز است.

در رویکرد شبکه‌ی درمانی اجتماعی محور^{۲۰} (شکل ۳) نه تنها بین خدمات مختلف بخش‌های اجتماعی و بهداشتی (از جمله بیمارستان‌های محلی، خدمات مراقبت‌های اجتماعی و مراقبت‌های اولیه) بلکه با ذی‌نفعان اجتماعی دیگر (نظیر سازمان‌های مردم‌نهاد و گروه‌های خودیاری) نیز همکاری‌های گسترده‌ای برقرار است. توسعه‌ی رویکرد درمانی اجتماعی محور مؤثری که

^{۱۵} Rapp

^{۱۶} Community-based network approach

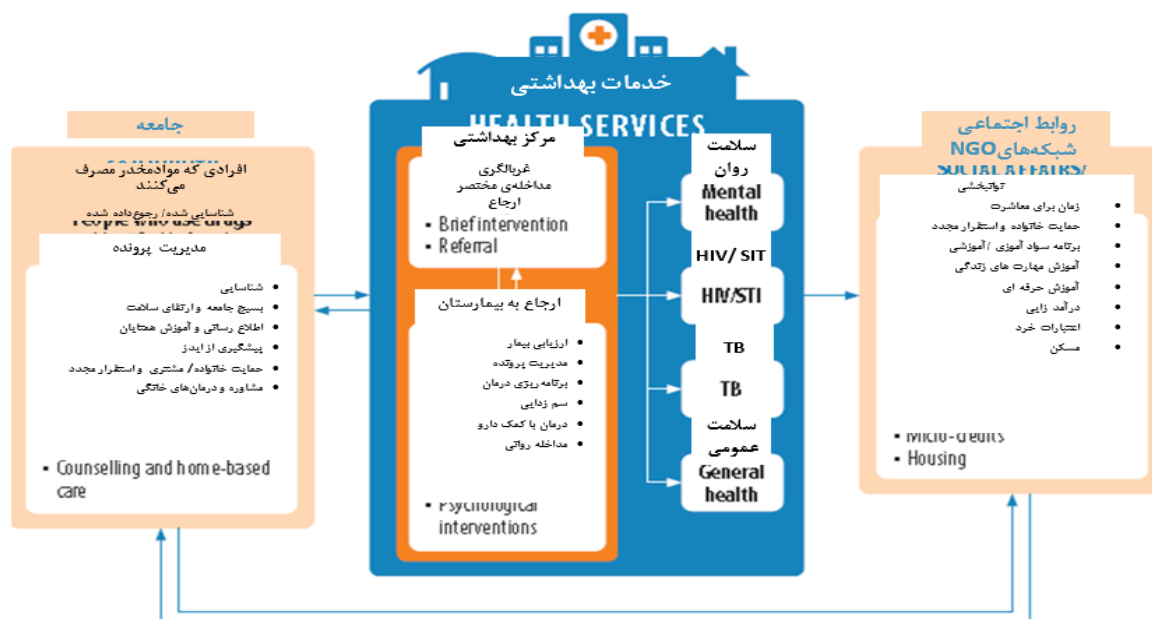
^{۱۷} low-threshold entry-level services

^{۱۸} outreach

^{۱۹} Drop-in

^{۲۰} Community-based treatment network approach

از تمام منابع موجود در جامعه بهره می‌گیرد به هماهنگ‌سازی کلیه خدمات ارائه‌شده کمک می‌کند. رویکرد خدمات درمانی اجتماع‌محور مصرف مواد یک رویکرد چند عاملی و چند بخشی به مدیریت مشکلات و مسائل سلامتی مرتبط با مواد است. در این رویکرد استفاده از مسیرهای مختلف درمان، مدیریت بهبودی و حمایت از آن و کیفیت زندگی بهتر برای کل اجتماع تشویق می‌شوند. در شبکه خدمات اجتماع‌محور به منظور تضمین تداوم مراقبت، شرکا برای ارائه بهترین حمایت ممکن از طریق راهبردهای مدیریت موردی^{۲۱} و ارجاع مؤثر، باید کاملاً با هم همکاری کنند و هماهنگ باشند. شبکه‌های درمانی اجتماع‌محور مصرف مواد طیفی از نقاط ورود با آستانه پایین^{۲۲} را فراهم می‌آورند و دسترسی به خدمات مراقبتی و درمانی مختلف را تسهیل می‌کنند.



شکل ۳: مدل رویکرد شبکه درمانی اجتماع‌محور (UNODC, ۲۰۱۴)

اصول کلیدی مراقبت و درمان مواد اجتماع‌محور عبارتند از (UNODC, ۲۰۱۴):

- زنجیره‌ای از مراقبت، از تیم خدمات‌رسانی سیار، حمایت‌های پایه‌ای و کاهش پیامدهای منفی اجتماعی و بهداشتی مربوطه گرفته تا درمان مصرف مواد و بازپذیری اجتماعی^{۲۳}، بدون هیچ، به اصطلاح، "درب اشتباهی برای ورود به سیستم"
- همکاری نزدیک بین بخش‌های مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی، سیستم قضایی و اجرای قانون و جامعه‌ی مدنی
- حداقل اختلال در روابط اجتماعی و اشتغال
- ادغام درمان اختلالات مصرف مواد در خدمات اجتماعی و بهداشتی موجود
- ارائه خدمات در جامعه (که تا جای ممکن برای مصرف‌کنندگان مواد قابل دسترس باشند)
- درگیرکردن منابع و دارایی‌های اجتماعی، از جمله خانواده‌ها، و تکیه به آن‌ها

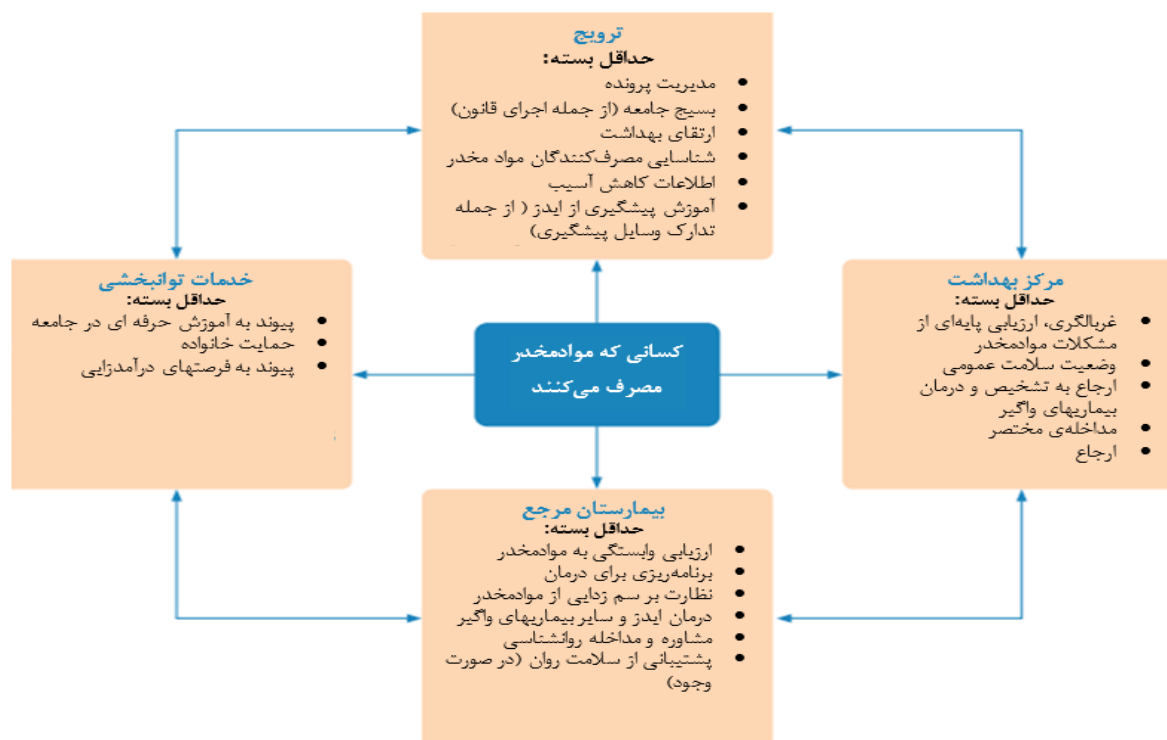
^{۲۱} Case management

^{۲۲} low-threshold entry points

^{۲۳} Social reintegration

- مشارکت افرادی که مواد مصرف می‌کنند، متأثر از مصرف مواد یا وابستگی به آن هستند، خانواده‌ها و کل جامعه در برنامه‌ریزی‌ها و ارائه‌ی خدمات
- ارائه‌ی مداخله‌های مبتنی بر شواهد علمی و حساس به جنسیت
- مشارکت آگاهانه و داوطلبانه در درمان
- رویکردی جامع با چشم‌انداز بهبودی که نیازهای مختلف (بهداشت، خانواده، آموزش، کار، مسکن) را مد نظر قرار می‌دهد.
- پذیرش این امر که عود بخشی از فرآیند درمان است و افراد می‌توانند دوباره از خدمات درمانی استفاده کنند
- احترام به حقوق و کرامت بشر، از جمله رعایت اصل محرمانگی
- رسیدگی به برچسب‌زنی و تبعیض مرتبط با اختلالات مصرف مواد
- خدمات بهداشتی نظیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، درمان دارویی تخصصی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها و خدمات اجتماعی شرکای کلیدی در شبکه‌ی مراقبت و درمان اجتماع‌محور هستند. باید با سایر ذی‌نفعان اجتماعی نیز شراکت‌های گسترده‌تری را شکل داد نظیر:
- جامعه‌ی مدنی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد (از جمله آن‌هایی که خدمات سیار کاهش آسیب انجام می‌دهند یا آموزش حرفه‌ای و فعالیت‌های دوره‌ی نقاht را ارائه می‌دهند)
- پلیس (شامل غربال‌گری، ارجاع به خدمات بهداشتی)
- سیستم قضایی (شامل اقداماتی برای درمان به عنوان جایگزین محکومیت و مجازات و ارائه‌ی درمان در زندان برای اختلالات مصرف مواد و ترتیب دادن خدمات پیگیری در جامعه برای آن دسته از افرادی که از زندان آزاد می‌شوند)
- سازمان‌های حرفه‌ای (شامل سازمان‌هایی که حمایت‌های حقوقی فراهم می‌آورند)
- مؤسسات تجاری و خدماتی (نظیر مؤسساتی که فرصت‌های شغلی فراهم می‌کنند)
- گروه‌های سازمان‌یافته مصرف‌کنندگان مواد و افرادی که در حال بهبودی هستند (فراهم‌سازی گروه‌های خودیاری)
- گروه‌های سازمان‌یافته‌ای که براساس جنسیت و قومیت مشخص می‌شوند
- مؤسسه‌های پژوهشی و آموزشی
- سازمان‌های جوانان و رهبران جوانان
- سازمان‌های معنوی و مذهبی (برای مثال، سازمان‌هایی که برای اقامت در طول شب مکان‌هایی را مهیا می‌کنند)
- رهبران معنوی و اجتماعی
- انجمن‌های محلی
- اعضای خانواده.
- بخش‌ها و خدمات باید مدیریت مورد و برنامه‌ریزی درمان خود را با هم هماهنگ کنند تا اطمینان حاصل شود که بیماران به خدمات مناسب متناسب با نیازشان ارجاع داده می‌شوند (UNODC، ۲۰۱۴). افرادی که مدیریت مورد انجام می‌دهند باید، برای انتخاب بهترین ترکیب از مداخله‌ها و حمایت، با بیماران، اعضای تیم درمان و خدمات یا سازمان‌ها کار کنند. علاوه بر این باید ارزیابی مستمری از پیش‌رفت درمان به عمل آورند. بدین ترتیب مدیریت مورد اطمینان حاصل می‌کند که شبکه‌ی ارجاعی و سایر خدمات حمایتی در دسترس باقی می‌مانند و از منابع به طور مؤثر استفاده می‌شود.

نمودار زیر (شکل ۴) سیستم مدیریت مورد کارآمدی را از چشم‌انداز افرادی که مواد مصرف می‌کنند و به سیستم درمان وارد می‌شوند به تصویر می‌کشد. هیچ «درب اشتباهی» برای ورود به سیستم وجود ندارد، زیرا خدمات درمانی مختلف با هم در ارتباطاند و با هم همکاری دارند، بنابراین می‌توان بیماران را به مرکز خدماتی ارجاع داد که با شدت اختلال و نیازهای فردی‌شان متناسب است.



شکل ۱: مدل مدیریت مورد و مراقبت و درمان در مصرف کنندگان مواد و کسانی که متاثر از اختلال مصرف مواد هستند (UNODC, 2014)

۳-۴-۳ مدیریت بهبودی پایدار

بهبودی عبارت است از: «[...] یک رشته از فرآیندها و تجارب که افراد، خانواده‌ها و جوامع به واسطه‌ی آن از منابع داخلی و خارجی بهره می‌گیرند تا به حل مساله اختلالات مصرف مواد بپردازند، آسیب‌پذیری مستمرشان در برابر این قبیل اختلال‌ها را فعالانه مدیریت کنند و زندگی هدفمند، سازنده و سالمی را بسط دهند» (اقتباس از (وایت^{۲۴}، ۲۰۰۷)). در این مدل، در تمام مراحل زنجیره درمان، در تمام مراحل اختلال و در موقعیت‌های مختلف، از خدمات سیار کاهش آسیب با آستانه پایین ورود گرفته تا درمان فشرده بستری و اقامتی، هدف نهایی بهبودی است (به جدول ۱ مراجعه کنید). بیماران در نقاط مختلف سفر بهبودی خود به خدمات و مداخله‌های مختلفی نیاز دارند و باید از تداوم درمان و خدمات مراقبتی و مدیریت بهبودی اطمینان حاصل کرد.

^{۲۴} White

به استثنای موقعیت‌های اضطراری که زندگی را به خطر می‌اندازند، خدمات درمانی مبتنی بر مدل مدیریت بهبودی پایدار باید، مانند سایر خدمات درمانی وابستگی به مواد، داوطلبانه و به دنبال به حداقل رساندن مزاحمت برای فرد تحت درمان باشند. به‌رغم اینکه بهبودی هدف نهایی درمان است، باید توجه داشت که سیر اختلالات مصرف مواد اغلب مشابه سیراختلالات مزمن و عودکننده است و بیماران بارها برای دریافت حمایت کافی و دستیابی به پیامدهای درمانی مثبت به شبکه‌ی خدمات درمانی نیاز پیدا خواهند کرد.

پیاده‌سازی طیف گسترده‌ای از خدمات و مداخله‌های معطوف به بهبودی در حوزه‌های مختلف، در موقعیت‌های گوناگون و در مراحل مختلف درمان اختلالات مصرف مواد امکان‌پذیر است. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد سند عملی خوبی برای مدیریت بهبودی پایدار منتشر کرده است (UNODC، ۲۰۰۸ ب)، که حاوی دستورالعمل‌هایی عملی و مفصل و نمونه‌هایی از سراسر دنیاست. در این سند هشت حوزه‌ی سرمایه‌ی بهبودی برای مداخله‌ها پیشنهاد شده‌اند که باید به طور مداوم مد نظر قرار داده شوند (شکل ۵).



شکل ۵: مولفه‌های ضروری بازتوانی بهبودی محور و برگشت مجدد به جامعه (UNODC, 2008b)

۵-۳ سیستم‌های درمانی مؤثر: نتیجه‌گیری

سیستم درمانی باید تضمین کند که خدمات درمانی برای مبتلایان به اختلالات مصرف مواد مهیا، در دسترس، مقرون‌به‌صرفه، مبتنی بر شواهد علمی و متنوع هستند و با تمرکز بر بهبود عملکرد و رفاه در جهت دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت قابل حصول، ارائه می‌شوند.

منابع سیستم درمانی باید در جایی سرمایه‌گذاری شوند که بیش از همه مورد نیازند. در گام نخست باید بر خدمات مراقبتی و درمان سرپایی در دسترس و آستانه پایین تمرکز کرد.

سیستم‌ها باید مطابق با اصل کلیدی بهداشت همگانی، مبنی بر اولویت دادن به کم‌تهاجمی‌ترین مداخله با بالاترین سطح اثربخشی و کمترین هزینه برای بیماران، توسعه یابند. سیستم‌های درمانی باید «هرمی» از روش‌های درمان مصرف مواد را به تصویر بکشند و مداخله‌های شدیدتر را برای بیمارانی با نیازهای پیچیده‌تر یا شدیدتر حفظ کنند.

برای طراحی و برنامه‌ریزی سیستم‌های درمانی مؤثر برای اختلالات مصرف مواد باید از داده‌هایی استفاده کرد که در محدوده‌ی ارزیابی نیازها و سیستم‌های اطلاعات مواد، تولید و جمع‌آوری می‌شوند. با وجود این، کمبود داده نباید بهانه‌ای برای به تأخیر انداختن پیاده‌سازی و ارائه‌ی خدمات مراقبتی و درمانی برای وابستگی به مواد باشد.

باید، با برقراری سیستم‌های اطلاعات، توسعه‌ی سیستم‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد را هدایت کرد. در این قبیل توسعه‌ها، شیوع اختلالات مصرف مواد در جمعیت و نتایج پایش عملکرد سیستم باید مد نظر قرار گیرند.

برای ارائه‌ی درمان و مراقبت مستمر، متنوع و قابل دسترس برای اختلالات مصرف مواد، مدل‌های مختلفی از سازمان‌های خدماتی قابل استفاده هستند. به منظور ارائه‌ی خدمات مؤثر برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد بخش‌های مختلف (بهداشتی، اجتماعی، قضایی و غیره) باید کاملاً با هم هماهنگ باشند.

فصل چهارم

شرایط^۱، روش‌ها^۲ و مداخلات درمانی

هدف این فصل مرور کلی شرایط، روش‌ها و مداخلات موجود مبتنی بر شواهد علمی است که برای مدیریت اختلالات سوء مصرف مواد و شرایط سلامت مرتبط با آن به کار می‌رود.

در بخش ۱-۴، پنج گروه اصلی ارائه خدمات پیشگیری و درمانی تشریح می‌شوند. این پنج مورد عبارتند از:

- خدمات سیار کاهش آسیب مبتنی بر جامعه^۳
- شرایط غیرتخصصی برای درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد
- درمان تخصصی سرپایی^۴
- درمان تخصصی بستری کوتاه‌مدت^۵
- درمان تخصصی اقامتی بلندمدت^۶

در بخش ۲-۴، جزئیات بیشتری از روش‌ها و مداخلات درمانی ویژه‌ای مطرح می‌شود که می‌توانند در تمام شرایط و موقعیتهای فوق ارائه شود.

این روش‌ها و مداخلات شامل موارد زیر هستند:

- غربالگری، مداخلات مختصر و ارجاع به درمان (SBIRT)^۷
- مداخلات روانی-اجتماعی مبتنی بر شواهد
- مداخلات دارویی مبتنی بر شواهد
- شناسایی و مدیریت بیش مصرفی
- درمان بیماری‌های جسمی و روانی همزمان

^۱ settings

^۲ modalities

^۳ community-based outreach

^۴ specialized outpatient treatment

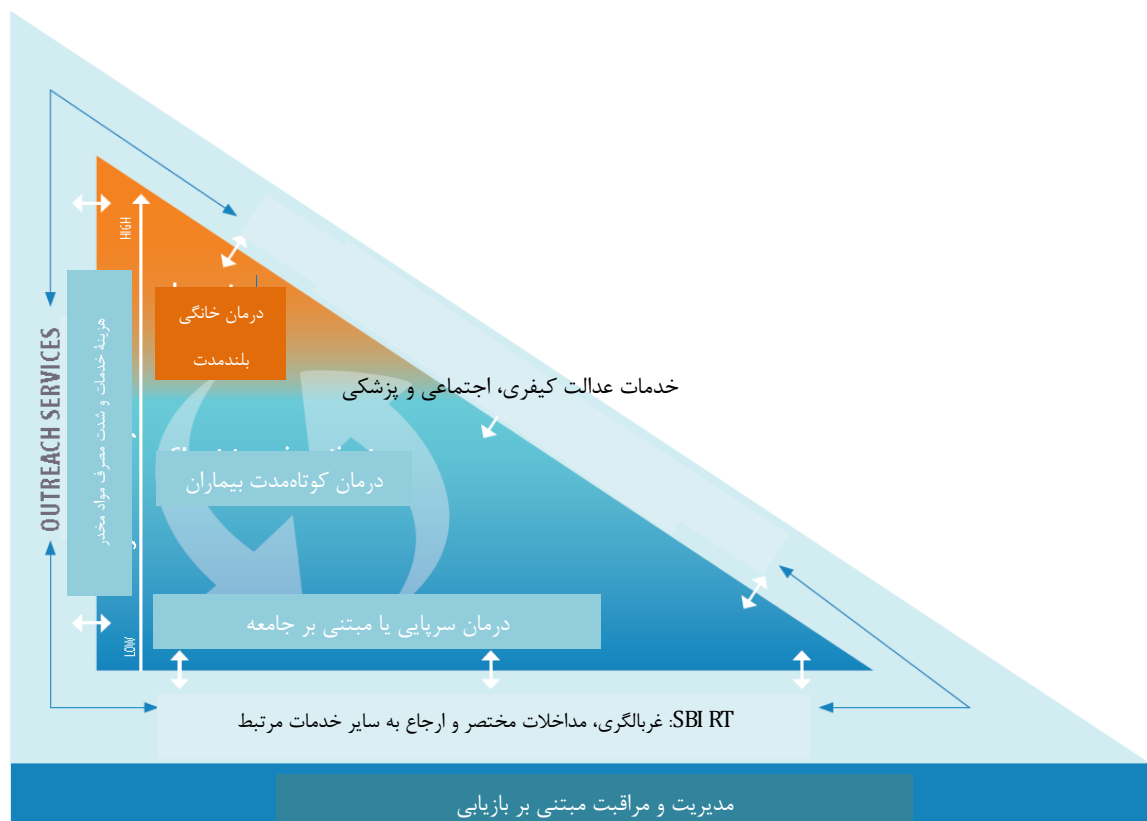
^۵ specialized short-term inpatient treatment

^۶ specialized long-term residential treatment

^۷ screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT)

مطابق شکل ۲۷، درمان مؤثر اختلالات سوء مصرف مواد مستلزم اتخاذ رویکردی گام به گام و یکپارچه است. افراد دچار اختلالات سوء مصرف مواد، به منظور بهبود سلامت و رفاه‌شان، نیازمند تداوم مراقبت بین تمامی شرایط و روش‌های درمانی هستند (برای جزئیات بیشتر در مورد مدیریت بهبودی و مداخلات، به ترتیب به بخش‌های ۴،۲ و ۴،۲،۶ رجوع شود).

گروه‌های جمعیتی خاص با نیازهای خاص احتمالاً نیازمند شرایط مراقبتی و درمان ویژه هستند. این موارد شامل نیازهای مرتبط با: داروهای روانگردان خاص یا ترکیبات آن‌ها می‌باشد و شامل افراد دچار اختلالات همبود مانند HIV یا بیماری‌های روانی، و افراد دچار معلولیت؛ گروه‌های سنی خاص (مانند کودکان، نوجوانان و افراد مسن) و زنان و خانم‌های باردار، افرادی با گرایش جنسی و هویت جنسیتی متفاوت؛ افراد نیازمند مراقبت اجتماعی (مثلاً در میان افراد بی‌خانمان، حاشیه‌نشین، فقیر، بی‌سواد و کم‌سواد)؛ افراد ساکن نواحی دورافتاده و روستایی؛ اقلیت‌های قومی؛ پناهندگان و مهاجران؛ کارگران جنسی؛ و افرادی که در تماس با نظام قضایی هستند می‌شود. در فصل ۵، ملاحظات در ارائه درمان و مراقبت برای جمعیت‌ها و یا گروه‌های خاص با نیازهای ویژه به تفصیل بیان می‌شود.



شکل ۶. مدل درمانی مؤثر و یکپارچه برای روش‌ها و خدمات مرتبط

۴-۱ شرایط درمان

۴-۱-۱ خدمات سیار کاهش آسیب مبتنی بر جامعه

فعالیت‌های خدمات سیار کاهش آسیب از اجزاء ضروری یک نظام درمانی جامع برای اختلالات سوء مصرف مواد هستند. به‌طور میانگین، بین شروع اختلال مصرف مواد و زمانی که فرد به دنبال درمان خود می‌رود سال‌های بسیاری وجود دارد.

در طول این دوره است که تیم‌های سیار، فعالانه به دنبال تماس با افراد مصرف‌کننده و انگیزه‌بخشی به آنان جهت تعامل با متخصصان مراقبت‌های سلامت هستند. هدف در اینجا به حداقل رساندن زمان بین شروع اختلال و آغاز درمان، از این رو، کاهش تأثیرات منفی مصرف مواد بر روی سلامت و اجتماع است. خدمات سیار کاهش آسیب مبتنی بر جامعه همچنین افرادی را هدف قرار می‌دهد که تحت تأثیر مصرف مواد سایر افراد هستند (از جمله شرکای جنسی و استفاده‌کنندگان از سرنگ مشترک). اعضای تیم سیار کاهش آسیب اغلب متعلق به جامعه محلی هستند. اعضای تیم سیار، که اصالتاً متعلق به آن جامعه یا ساکن آن هستند، با خرده فرهنگ‌های محلی مصرف مواد و منابع موجود در سطح جامعه آشنایی دارند. در واقع، این افراد خود احتمالاً در گذشته یا گهگاه مواد مصرف می‌کرده‌اند. اعضای تیم خدمات سیار کاهش آسیب، که خارج از ساختمان‌های سازمانی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ساختار یافته فعالیت می‌کنند، روابط حمایتی غیررسمی و غیرمشروط را با مصرف‌کنندگان مواد برقرار می‌کنند. این رویکرد به ایجاد پیوندی مثبت بین اعضای تیم خدمات سیار و مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند. در نتیجه، دسترسی به خدمات اجتماعی و بهداشتی پایه و نیز خدمات درمانی تخصصی موجود برای اختلالات مصرف مواد آسان‌تر می‌شود. در این رویکرد مصرف‌کنندگان مواد انگیزه بیشتری برای استفاده از خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی نظیر درمان سوءمصرف مواد پیدا می‌کنند. این موضوع را می‌توان به تجربه جدید و مثبت، یعنی تعامل بین فرد و عضو تیم خدمات‌رسانی سیار، نسبت داد. این امر تضاد شدیدی با تجربیات قبلی بیمار که انزوا، درماندگی و ناامیدی اجتماعی مشخصه‌ی آن است، دارد. میزان برچسب منفی ناشی از مصرف مواد احتمالاً باعث می‌شود مصرف‌کنندگان از گزینه‌های درمانی موجود آگاه نشوند. این موضوع همچنین ممکن است مانع دسترسی به مراقبت از طریق آژانس‌های سنتی خدمات اجتماعی و پزشکی شود. اعضای تیم خدمات‌رسانی سیار نقش مهمی در آموزش مصرف‌کنندگان مواد در مورد خدمات درمانی ایفا می‌کنند. این اعضاء به حفظ سلامت، برطرف کردن موانع پیش روی خدمات اجتماعی و آشنا کردن افراد با اختلالات مصرف مواد با درمان کمک می‌کنند.

اعضای تیم خدمات‌رسانی سیار به تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر افراد دچار اختلالات سوءمصرف مواد اذعان می‌کنند. به علاوه، این افراد اهمیت چنین شبکه‌هایی را در تعیین پیامدهای اجتماعی و بهداشتی می‌شناسند و از آنها برای اثرگذاری بر رفتار بهداشتی و ترویج آن استفاده می‌کنند. بسیاری از مدل‌های تیم خدمات‌رسانی سیار از ترکیبی از مداخلات مبتنی بر شبکه و فرد استفاده می‌کنند.

جامعه هدف

هدف فعالیت تیم‌های خدمات‌رسانی سیار عمدتاً افرادی هستند که رفتارهای پرخطری در مصرف مواد دارند (همچون تزریق یا مصرف هم‌زمان چند ماده)؛ رفتارهایی که اغلب با اختلالات سوءمصرف مواد مرتبط است، به‌خصوص در جوامعی که دسترسی به آنها دشوار است و ممکن است به خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی دسترسی نداشته باشند. این افراد شامل موارد زیر می‌شوند:

- افرادی که، به دلیل فقر بیش از حد، انزوای اجتماعی و تبعیض، فاقد دسترسی به خدمات بهداشتی‌اند.
- افرادی که مصرف مواد و اختلالات مرتبط با آن را مشکلی نمی‌دانند یا انگیزه‌ای برای درمان یا ترک مواد یا کاهش مصرف آنها ندارند.
- افرادی با سابقه درمانی ناموفق و عودهای مکرر، که ناامید و به خدمات درمانی بدگمان شده‌اند.

- جمعیت‌های ناپیدای مصرف‌کنندگان مواد، همچون زنان، کارگران جنسی، مهاجران غیرقانونی و ساکنان نواحی دورافتاده.
- افراد دارای رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد، همچون استفاده‌کنندگان از سرنگ مشترک یا روابط جنسی محافظت نشده.
- جوانانی که در معرض مصرف مواد شیمیایی و سنتتیک^۸ هستند و از تأثیرات احتمالی مصرف مواد بر سلامت خود آگاه نیستند.

اهداف

هدف تیم خدمات سیار مبتنی بر جامعه شامل شناسایی جمعیت‌های هدف، درگیر کردن آن‌ها در خدمات و ارائه خدمات و مداخلات غیرمشروط مبتنی بر جامعه از جمله مداخلات کاهش آسیب است.

پیشنهاد و تشویق دسترسی به روش‌های درمانی موجود نیز از اهداف دیگر این خدمات است. کار تیم سیار در هر جامعه‌ای، از جمله جوامع «مجازی» آنلاین، امکان‌پذیر است.

تیم خدمات سیار، بیش از هر چیز، به دنبال ایجاد تماس با گروه‌های جمعیت هدف مصرف‌کننده مواد و ارائه خدمات به آنهاست. این تیم به دنبال ایجاد محیطی دوستانه و خوشایند به منظور کمک به افراد نیازمند برای غلبه بر بیم و عدم اعتمادشان است.

در مرحله بعد، پرسنل تیم خدمات سیار می‌توانند به نیازهای اجتماعی و بهداشتی مصرف‌کنندگان مواد پرداخته و به جلوگیری از آثار مخربی مانند بیش مصرفی، عفونت‌ها، سوء استفاده جسمی و بین فردی، استثمار جنسی، حوادث، گرسنگی، بی‌خانمانی و درگیر شدن در فعالیت‌های مجرمانه کمک کنند. از منظر سلامت همگانی^۹ طرح‌های حفظ و بهبود سلامت مصرف‌کنندگان مواد همواره بسط می‌یابند تا سلامت و رفاه را برای جامعه گسترده‌تر پوشش دهند.

ممکن است با گذشت زمان، اعضای تیم خدمات‌رسانی سیار قادر باشند که به مصرف‌کنندگان مواد برای آغاز تغییرات مثبت پیرامون مصرف‌شان و رفتارهای بهداشتی و مشارکت داوطلبانه در فعالیت‌های درمانی انگیزه بدهند. با این حال، متقاعد کردن افراد برای مشارکت در درمان اختلالات مصرف مواد هدف اصلی یا تنها هدف تیم کمک‌رسانی نیست. خدمات تیم خدمات‌رسانی سیار جایگاه خوبی برای بازگرداندن پیوند بین جمعیت هدف و جامعه – اعتمادسازی در جامعه، کاهش برچسب زنی و نگرش‌های تبعیض‌آمیز به گروه‌های هدف – و نهایتاً دستیابی به تأثیر مثبت کلی بر جامعه دارد.

اجزاء و مدل‌ها

چندین نوع و مدل مداخلات خدمات‌رسانی سیار تدوین شده‌است. به‌طور کلی، تنوع راهبردهای این نوع خدمات‌رسانی منعکس‌کننده فرصت‌های رسیدن به جمعیت‌های هدف و ارائه خدمات به آنها است. تنوع، همچنین این امکان را فراهم می‌آورد که بفهمیم کدام فعالیت خدمات‌رسانی خاص احتمالاً بازدهی بهینه‌ای ایجاد می‌کند و بدین ترتیب انتخاب ترکیبی از راهبردهای خدمات‌رسانی سیار، که به بهترین نحو یکدیگر را کامل می‌کنند، امکان‌پذیر می‌شود.

^۸ synthetic
^۹ public health

برنامه‌های خدمات‌رسانی سیار کاهش آسیب، بسته به شرایط محلی، تفاوت بسیار زیادی دارند، اما خدمات اصلی زیر باید بر مبنای ارزیابی‌های قبلی محلی مورد انجام شود:

- اطلاع‌رسانی پیرامون خدمات ارائه‌دهنده نیازهای اساسی و پیوند با آن‌ها (امنیت، آب، غذا، پناهگاه، بهداشت و پوشاک)؛
 - برنامه‌های مربوط به سوزن و سرنگ؛
 - برنامه‌های توزیع کاندوم؛
 - پیشگیری، شناسایی و مدیریت بیش مصرفی، از جمله نالوکسان در منزل؛
 - آزمایش و مشاوره اختیاری اچ‌آی وی یا هپاتیت؛
 - اطلاع‌رسانی پیرامون خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان اچ‌آی وی/ایدز و پیوند با این خدمات
 - اطلاع‌رسانی پیرامون خدمات ارائه واکسیناسیون (برای هپاتیت ب) و پیشگیری، تشخیص و درمان هپاتیت ویروسی و ارتباط با این خدمات
 - اطلاع‌رسانی پیرامون خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان سل و بیماری‌های مقاربتی و پیوند با این خدمات
 - اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباط‌گیری هدفمند با مصرف‌کنندگان مواد و شرکای جنسی آنان پیرامون تأثیرات مواد، مخاطرات مرتبط با مصرف مواد و نیز روش‌هایی برای به حداقل رساندن آسیب‌های اجتماعی و بهداشتی ناشی از مصرف مواد؛
 - اطلاع‌رسانی پیرامون گروه‌های کمک متقابل (مانند معتادان گمنام^{۱۰}، مخدری‌های گمنام^{۱۱}، کوکائینی‌های گمنام^{۱۲} و سایر گروه‌های مبتنی بر افراد هم‌تا و پشتیبانی متقابل) و دسترسی به آنان؛
 - فعالیت‌های مقابله با برچسب‌زنی، آگاهی‌افزایی و ارتقاء در جامعه؛
 - غربالگری و مداخلات مختصر برای مصرف مواد؛
 - مشاوره پایه^{۱۳}؛
 - اطلاع‌رسانی پیرامون خدمات اولیه پزشکی (همچون مدیریت زخم) و حمایت‌های اولیه اجتماعی (از جمله غذا، بهداشت و سرپناه) و دسترسی به آنان؛
 - مداخلات بحران؛
 - حمایت قانونی؛
 - ارجاع به سایر روش‌های مراقبتی و درمانی و خدمات مدیریت بهبودی؛
 - ارجاع به سایر خدمات اجتماعی و مراقبت بهداشتی در صورت لزوم.
- برای تزریق‌کنندگان مواد، در کتاب سازمان بهداشت جهانی^{۱۴}، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^{۱۵} و برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز^{۱۶}، در سندی با عنوان "راهنمای فنی کشورها جهت هدف‌گذاری برای دسترسی جهانی به پیشگیری، درمان و مراقبت از ایدز در تزریق‌کنندگان مواد"، که ابتدا در سال ۲۰۰۹ منتشر شد، مداخلات

¹⁰ . Narcotics Anonymous

¹¹ . Nar-Anon

¹² . Cocaine Anonymous

¹³ basic counselling

¹⁴ . WHO

¹⁵ . UNODC

¹⁶ . UNAIDS

مبتنی بر شواهد پیشگیری از اچ آی وی و سایر بیماری‌های خاص مرتبط با تزریق مواد و نیز بهبود دسترسی به درمان اچ آی وی و مراقبت از آن تشریح شده است.

سه نوع اصلی از خدمات رسانی سیار عبارتند از خدمات رسانی سیار مجزا^{۱۷}، خدمات رسانی سیار گردشی^{۱۸} و خدمات رسانی سیار خانگی^{۱۹}.

خدمات رسانی سیار مجزا کار در خیابان‌ها، مشروب فروشی‌ها، باشگاه‌ها، زاغه نشین‌ها^{۲۰}، ایستگاه‌های راه‌آهن و هر جایی خارج از دفتر نمایندگی را به عهده دارد. این کار عمدتاً سیار است و احتمالاً به شکل پیاده یا با استفاده از وسیله نقلیه‌ای که رسماً برای این کار تعیین شده انجام می‌شود.

خدمات رسانی سیار گردشی کار در محیط‌هایی که افراد به برخی خدمات دسترسی دارند (مانند برنامه‌های سوزن و سرنگ)؛ یا مکان‌هایی که احتمال مواجهه با جمعیت‌های هدف در آنها بالا است (مثلاً زندان‌ها، فاحشه‌خانه‌ها، مراکز اقامت شبانه برای بی‌خانمان‌ها^{۲۱} یا پروژه‌های تامین سرپناه^{۲۲}) را بر عهده می‌گیرند. خدمات رسانی سیار گردشی، به جای تمرکز بر افراد، بر سازمان‌ها و محیط‌هایی متمرکز است که جمعیت‌های هدف را می‌توان در آن‌ها یافت. خدمات رسانی سیار گردشی بر گسترش دامنه افراد دریافت‌کننده پیام‌های آموزش‌های بهداشتی و بر آموزش کارگران و پرسنل بیشتر برای ارائه آموزش و کمک رسانی به مراجع‌شان تأکید دارد.

خدمات رسانی سیار خانگی کار در خانه‌ی جمعیت‌های هدف را بر عهده می‌گیرد. این نوع خدمات رسانی در مناطقی که صحنه‌هایی از مصرف مواد در خیابان در آن وجود ندارد یا در جاهایی که مصرف‌کنندگان مواد، به دلیل برچسب‌زنی و تبعیض، از جامعه‌شان جدا شده‌اند اهمیت دارد. کمک رسانی خانگی شامل بازدیدهای منظم از خانه‌های مصرف‌کنندگان مواد است.

نوع مداخلات خدمات رسانی سیار کاهش آسیب عمدتاً توسط یک واحد "سیار" انجام می‌شود. این واحد خدماتش را از داخل ون یا سایر وسایل نقلیه ارائه می‌دهد. این موضوع باعث می‌شود ارائه خدمات به طیف گسترده‌ای از مردم، به خصوص در مناطق روستایی و نواحی حومه شهرهای بزرگ، امکان‌پذیر باشد. مراکز گذری کاهش آسیب^{۲۳} می‌توانند خدمات سیار کاهش آسیب و یا خدمات با آستانه پایین ورود^{۲۴} را ارائه کنند. در این مراکز خدمات مستمر و دسترس‌پذیر اغلب در تمام طول شب برای مصرف‌کنندگانی که با تیم خدمات رسانی سیار مجزا تماس دارند مهیا است. در مراکز گذری کاهش آسیب، ضروریات اساسی همچون خوراک، پوشاک، بهداشت فردی و سرپناه فراهم می‌شود. در این مراکز، احتمالاً اطلاع رسانی مراقبت‌های بهداشتی و ارجاع، آزمایش اچ آی وی یا هپاتیت، خدمات حقوقی، حمایت‌های اولیه اجتماعی و سایر خدمات فراهم می‌شود.

اعضای تیم خدمات رسانی باید با جوامع محلی که در آن خدمات رسانی می‌کنند آشنا باشند و خود از مزایای خدمات اجتماعی و بهداشتی برخوردار شوند. این افراد نیازمند آموزش کافی در زمینه‌های زیر هستند:

- اعتمادسازی و ارائه اطلاعات دقیق برای مصرف‌کنندگان مواد؛
- تشخیص شرایط بحرانی و واکنش در برابر آن؛

¹⁷ detached outreach

¹⁸ peripatetic outreach

¹⁹ domiciliary outreach

²⁰ squats

²¹ shelters for homeless people

²² housing projects

²³ Outreach drop-in centres

²⁴ low-threshold services

- آزمایش و مشاوره‌ی اچ آی وی یا هپاتیت؛
- حمایت از موارد زیر:
 - شناسایی و مدیریت بیش مصرفی؛
 - پیشگیری و درمان اچ آی وی ، سل و هپاتیت ویروسی؛
 - پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی؛
 - شناسایی و مدیریت شرایط سلامت دیگر از جمله اختلالات ذهنی و رفتار خودکشی؛
- ایجاد دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی در جامعه؛
- افزایش آگاهی در جامعه و پیشگیری از برچسب‌زنی و تبعیض نسبت به افراد دارای اختلال مصرف مواد؛
- تعاملات با سیستم قضایی و اعمال قانون ؛
- مدیریت مستندسازی^{۲۵}.

یک برنامه‌ی خدمات‌رسانی سیار مؤثر، برنامه‌ای است: انعطاف‌پذیر، سازگار و حساس به نیازهای گروه‌های جمعیتی و افراد (بسته به الگوهای مصرف مواد، سن، جنسیت و شرایط اجتماعی و غیره). در این برنامه، محرمانه ماندن افراد درگیر در این فعالیت‌ها تضمین می‌شود. به‌علاوه، این برنامه دارای شرح مأموریتی شفاف، سازوکارهایی برای نظارت و ارزیابی و نیز مستندسازی شفاف و مرتبط است.

ملزومات اصلی خدمات سیار کاهش آسیب مبتنی بر جامعه

- باید راهبردهایی برای شناسایی افراد نیازمند به خدمات سیار کاهش آسیب و یا مداخلات درمانی در محل‌های عمومی یا جامعه اتخاذ گردد.
- باید توافق و درک دو جانبه‌ای بین کارمندان بخش سلامت و بخش اعمال قانون در خصوص فواید خدمات رسانی سیار کاهش آسیب وجود داشته باشد.
- "مداخلات اصلی خدمات سیار" (همانگونه که در بالا ذکر شد) باید وجود داشته باشد.
- باید مداخلات اولیه برای اختلالات مصرف مواد و مشکلات مرتبط به آن گسترش داده شود.
- این مداخلات اولیه باید در گروه‌های جمعیتی با نیازهای ویژه (شامل زنان باردار، افراد درگیر در تن فروشی، نوجوان‌ها، بی‌خانمان‌ها و غیره) گسترش داده شود.
- اطلاع‌رسانی در خصوص خدمات درمانی موجود باید به افراد و سرویس‌هایی که نقاط تماس اولیه برای بیماران بالقوه محسوب می‌شوند انجام گیرد.
- کارمندان خدمات سیار کاهش آسیب باید دسترسی داوطلبانه بیماران را به درمان (با رضایت آنان) ترویج دهند.
- باید ساز و کارهایی برای حمایت از اعضای خانواده و جامعه جهت کمک به مشارکت بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد در برنامه‌های درمانی وجود داشته باشد.
- باید گزارشی از ارجاعات مداوم وجود داشته باشد تا از تداوم مراقبت اطمینان حاصل شود.

²⁵ managing documentation

- کارمندان هم‌تا در خدمات سیار کاهش آسیب باید به‌طور رسمی استخدام شوند و تمام حمایت‌های ضروری از آنها به عمل آید.
 - خدمات کاهش آسیب باید استانداردهای ایمنی پذیرفته شده را داشته باشند و همچنین راهبردهایی برای شرایط کار ایمن و مدیریت موقعیت‌های نا امن داشته باشند.
 - مداخلات درمانی تخصصی نظیر مداخلات طبی، توزیع دارو، مشاوره روانشناسی و یا روان‌درمانی باید برای هر فرد بطور اختصاصی و با مجوز و مهارت مرتبط با مشکل وی انجام شود.
- خدمات سیار کاهش آسیب مبتنی بر جامعه باید با جوامع و سهامدارانی خارج از بخش بهداشتی و سلامت ارتباط داشته باشد و به‌طور فعالانه با آنها کار کند؛ بخش‌هایی نظیر گروه‌های جامعه مدنی و سازمان‌های مردم‌نهادی که در زمینه مصرف مواد مداخله می‌کنند، گروه‌های خود یاری دوجانبه، رهبران معنوی و اجتماعی، سازمان‌ها و خدمات تفریحی، ورزشی و آموزشی، سیستم قضایی و غیره

۲-۱-۴ مراکز غیر تخصصی درمان افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد^{۲۶}

تعریف

مراکز ذکر شده مراکزی هستند که در غربالگری، شناسایی، پیشگیری و درمان اختلالات سوء مصرف مواد و همچنین در مداخله مختصر و ارجاع به درمان نقش دارند اما برای درمان تخصصی اختلالات مصرف مواد طراحی و انتخاب نشده اند این موقعیت‌ها شامل مراکز بهداشتی نظیر مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بیمارستان‌های عمومی، مراقبت‌های قبل از تولد، خدمات رفاه اجتماعی، خدمات بهداشت مدارس و زندان‌ها و نیز برخی از مراکز سلامت روان هستند. غربالگری و مداخلات مختصر در این مراکز می‌تواند به روشی سریع و هزینه اثر بخش ارائه شود تا این توقف حداقلی فرصتی برای ارائه دیگر خدمات فراهم آورد.

جمعیت هدف

جمعیت هدف این مراکز شامل مصرف‌کنندگان موادی است که عوارض نامطلوب مصرف مواد را تجربه می‌کنند و یا افرادی که از قبل دارای اختلال مصرف مواد هستند اما با مراکز مراقبت سلامت تخصصی در تماس نیستند. چنین مراکزی برای افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند یا دارای اختلالات مصرف مواد هستند، از جمله افرادی که الگوهای مضر مصرف مواد دارند، مناسب است. افراد وابسته به مواد ممکن است نیاز به ارجاع به درمانهای جامع‌تر در مراکز تخصصی‌تر داشته باشند، با این حال بسیاری از افرادی که اختلال ناشی از مصرف مواد دارند می‌توانند در این مراکز غیر تخصصی درمان مناسبی دریافت کنند و در صورت نیاز از جانب سرویس‌های تخصصی درمان پشتیبانی شوند.

اهداف

هدف اصلی ساز و کارها، شناسایی به موقع افراد مصرف‌کننده مواد و افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، ارائه مداخلاتی برای تشویق تغییر رفتار و ارجاع آنها به درمان تخصصی، در صورت نیاز است. برای افرادی که در غربالگری مصرف موادشان

²⁶ Settings not specialized for the treatment of people with substance use disorders

مثبت اعلام می‌شود انجام مداخله مختصر^{۲۷} به روشی غیرقضاوت‌گرایانه و انگیزه‌بخش می‌تواند مؤثر و مناسب باشد. غربالگری همچنین می‌تواند به شناسایی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد کمک کند. مداخلات زود هنگام می‌تواند از عوارض و پیشرفت اختلالات مصرف مواد به مراحل پیشرفته‌تر که مستلزم ارزیابی‌های جامع‌تر و درمان تخصصی خواهد بود، پیشگیری کند. مراکز غیرتخصصی می‌تواند برای درمان اختلالات مصرف مواد با درمان‌های دارویی (نظیر درمان نگهدارنده آگونیستی برای وابستگی به اپیوئیدها) موقعیت خوبی باشد. این امر به آموزش مناسب کارمندان بالینی و پشتیبانی خدمات درمانی تخصصی نیاز دارد. در صورت عدم وجود خدمات بهداشتی طراحی شده و اختصاصی برای درمان اختلالات مصرف مواد، مراکز درمان غیرمتخصصی می‌توانند به‌عنوان موقعیت‌های درمانی اصلی برای اختلالات مصرف مواد عمل کنند.

مدل‌ها و اجزاء

به طور کلی غربالگری، مداخلات مختصر و ارجاع به درمان (SBIRT) رویکرد اصلی استفاده شده در مراکز بهداشتی است که برای درمان اختلالات سوء مصرف مواد اختصاص داده نشده‌اند. برای جزئیات بیشتر درخصوص SBIRT به بخش ۱-۲-۴ رجوع شود. در مراکز بالینی که شیوع بالای اختلالات مصرف مواد در بین مراجعه‌کنندگان وجود دارد غربالگری سیستماتیک تمام مراجعان توصیه می‌شود.

مراکز غیرتخصصی درمان مواد شامل موارد زیر می‌شود.

- مراکز مراقبت‌های اولیه در مناطق محروم
- خدمات مراقبت‌های سلامت روان بدون برنامه‌های درمانی تخصصی برای اختلالات مصرف مواد
- بیمارستان‌های عمومی شامل خدمات اورژانس
- کلینیک‌های سلامت جنسی
- کلینیک‌های بیماری‌های عفونی، سرویس‌های ایدز، هپاتیت و سل
- دفاتر خدمات اجتماعی و رفاهی شامل خدماتی برای افرادی که :
 - _ محل سکونت امنی ندارند.
 - _ در خیابان‌ها کار و زندگی می‌کنند.
 - _ از موسسات به این دفاتر منتقل می‌شوند.
 - _ با سیستم قضایی درگیر هستند.

دیگر مراکز ممکن است بر اساس وجود ویژگی‌های خاص اجتماعی و یا سلامتی مرتبط با مصرف مواد و یا وجود احتمال بالای مصرف مواد، بصورت موردی اقدام به غربالگری کنند.

معیارهای کارایی SBIRT می‌تواند شامل موارد زیر باشد: تعداد غربالگری‌های انجام شده توسط هر فرد آموزش دیده در مرکز، نسبت بیمارانی که نتیجه غربالگری آنها مثبت است (تعداد غیر معمول بالا و پایین غربالگری‌های مثبت ممکن است بر وجود یک مشکل دلالت کند). نسبت بیمارانی که غربالگری آنها مثبت بوده و حداقل یک جلسه مداخلات مختصر را دریافت کرده‌اند، نسبت بیمارانی که نتیجه غربالگری آنها مثبت بوده و ارزیابی تشخیصی و ارجاع به درمان را دریافت کرده‌اند، نسبت بیماران ارجاع شده به درمان که درمان را شروع کرده‌اند.

²⁷ Brief intervention

مراکز درمانی غیرتخصصی می‌توانند نقش مهمی در ارائه درمان‌های دارویی و روانی اجتماعی ایفا کنند. این امر به ویژه زمانی درست است که تلاش برای بسط پاسخ خدمات بهداشتی به اختلال مصرف مواد بر روی ظرفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه تمرکز دارد. حمایت و پشتیبانی از سوی خدمات تخصصی در مراحل بعدی با این خدمات ترکیب می‌شود. بسیاری از بیماران با اختلال مصرف مواد می‌توانند خدمات غیرتخصصی مناسبی را در این مراکز غیرتخصصی با هزینه کلی پایین‌تری برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی و همچنین خود مراجعان دریافت کنند. افزایش صلاحیت پزشکان، پرستاران، ماماها و کارمندان اجتماعی جهت تشخیص مصرف مواد و اختلال مصرف آن و درگیر کردن بیماران در درمان و مراقبت‌ها با حفظ اصل رازداری و حقوق بشر ضروری است. این امر جهت ارتقاء پوشش و کیفیت درمان اختلال مصرف مواد بسیار ضروری است. موقعیت‌ها و مراکز درمانی غیرتخصصی باید ظرفیت تشخیص، مدیریت و در صورت لزوم ارجاع موقعیت‌های حاد بالینی ناشی از مواد را به مراکز درمانی تخصصی داشته باشند (مواردی نظیر بیش مصرفی^{۲۸} مواد، سندرم ترک و جنون ناشی از مصرف مواد). جهت اطمینان از اینکه سیستم ارجاع به‌طور موثر در حال اجرا است مستند کردن و رسمی‌سازی روابط بین ارائه دهندگان خدمات و نیز توافق در روند ارجاع و بازخورد آن بین سطوح مختلف خدمات‌رسانی ضروری است.

مراکز غیرتخصصی عملکرد مهمی در ارائه و انتشار اطلاعات علمی در خصوص مصرف مواد و تاثیرات آن بر روی سلامت دارند. آنها نقش بسزایی در پرداختن به مسئله برچسب‌زنی^{۲۹} و تبعیض^{۳۰} مرتبط با اختلالات مصرف مواد دارند. علاوه بر آن، این مراکز سطح آگاهی عمومی را نسبت به مصرف مواد و تاثیر آن بر سلامتی و همچنین نسبت به انتخاب‌های درمانی کارآمد و اخلاقی فراهم برای اختلالات سوء مصرف مواد افزایش می‌دهند.

بسیار مهم است که از هماهنگی و ارتباطات سازمانی مؤثر بین سطوح مختلف ارائه خدمات اطمینان حاصل کنیم. سرویس‌های درمانی تخصصی می‌توانند از کارمندان مراکز درمانی غیرتخصصی که مراجعان‌شان به توصیه‌های متخصصان و یا خدمات اضافه‌ای نظیر ارزیابی‌های تشخیصی جامع و یا روش‌های درمانی ویژه نیاز دارند پشتیبانی کنند. این امر همچنین می‌تواند در مناطق روستایی و دور دست که به خدمات درمانی تخصصی دسترسی ندارند با استفاده از مراکز ارائه دهنده خدمات از راه دور و با استفاده از دوربین انجام شود.

ملزومات اصلی برای مراکز غیر تخصصی درمان مبتلایان اختلال مصرف مواد

- مراکز مراقبت‌های بهداشتی چه در داخل و چه در خارج از بخش سلامت که به جمعیت با شیوع بالای مصرف مواد خدمات‌رسانی می‌کنند باید ظرفیت غربالگری افراد از نظر مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد را داشته باشند.
- بیماران در تمام مراکز مراقبت‌های بهداشتی که علائم بالینی مصرف مواد و یا علائمی از تاثیر آن بر روی سلامت دارند باید از جهت مصرف مواد و اختلالات آن تحت غربالگری قرار گیرند؛ این امر باید با رضایت از بیمار و با احترام به حریم خصوصی و رعایت اصل محرمانه ماندن اطلاعات و نیز ترجیحات بیمار صورت گیرد.
- کارمندان بخش مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی باید در خصوص غربالگری، مداخلات مختصر و ارجاع به درمان اختلال مصرف مواد آموزش دیده باشند و همچنین باید به آموزش و نظارت مداوم دسترسی داشته باشند.

²⁸ Overdose

²⁹ Stigma

³⁰ Discrimination

- مراکز غیرتخصصی باید ظرفیت ارزیابی تشخیصی، مدیریت و در صورت لزوم ارجاع موقعیت‌های بالینی حاد ناشی از مصرف مواد را داشته باشند.
- باید بین ارائه‌کنندگان خدمات و همچنین روند ارجاع و بازخورد آن بین سطوح مختلف ارائه خدمات ارتباط و هماهنگی رسمی و مستند شده وجود داشته باشد.
- مراقبت‌های تخصصی نظیر مراقبت‌های طبی، روانشناسی، روانپزشکی، اجتماعی و آموزشی باید همواره توسط کارمندان با صلاحیت‌ها، مهارت‌ها و مجوزهای مرتبط انجام شود.

۳-۱-۴ مراکز تخصصی سرپایی^{۳۱}

تعریف

مراکز درمان تخصصی سرپایی معمولاً اجتماع محوراند، قابل استفاده اعضای جوامع محلی‌اند و برای درمان اختلالات سوء مصرف مواد طراحی و انتخاب شده‌اند. خدمات سرپایی بطور قابل ملاحظه‌ای از لحاظ اجزا و مؤلفه‌ها و شدت خدمات‌رسانی متنوع هستند. به‌طور مشخص درمان سرپایی برای اختلالات مصرف مواد در این مراکز هم به وسیله متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی که در درمان اختلالات سوء مصرف مواد تخصص دارند و یا به‌طور گسترده‌تر در بافتار درمان سلامت روان انجام می‌شود.

مداخلات درمانی اصلی که معمولاً در مراکز سرپایی پیشنهاد می‌شوند شامل موارد زیر است:

- ارزیابی جامع
 - مداخلات اجتماعی روانی
 - مداخلات دارویی
 - مدیریت همبودی‌های سلامت جسمانی و روانی
 - مراقبت‌ها و حمایت‌های اجتماعی
- در این مراکز تمام بیماران باید ارزیابی شود و طرح درمانی مختص خود را که به‌طور منظم مرور می‌شود دریافت کنند. طرح‌ریزی برای ترخیص بیمار باید از تداوم درمان اختلال مصرف مواد و یا مدیریت بهبودی و ارجاع بعدی به درمان برای مدیریت همبودی‌های روانپزشکی و دیگر شرایط مرتبط با سلامتی اطمینان حاصل کند.

جمعیت هدف

مراکز درمان تخصصی سرپایی می‌توانند گستره وسیعی از مداخلات درمانی و پیشگیری را فراهم آورند و به طیف وسیعی از افراد خدمات‌رسانی کنند. برخی از مداخلات مانند درمان‌های روانشناختی و یا دارویی و یا مداخلات روانی اجتماعی ممکن است در ابتدا برای افرادی که برای درمان انگیزه‌ی کافی دارند مناسب‌تر باشد؛ با این حال با ارائه حمایت‌های اضافه نظیر تهیه مسکن، درمان‌های سرپایی می‌توانند به بیشترین تعداد افراد دارای اختلال مصرف مواد بهره‌برسانند (به هرم خدمات در فصل ۳ رجوع شود).

³¹ Specialized outpatient treatment

اهداف

اهداف اولیه و اصلی درمان سرپایی شامل موارد زیر است:

کمک به بیماران برای قطع یا کاهش مصرف مواد، به حداقل رساندن اثرات منفی مصرف مواد بر روی سلامت و جامعه، شناسایی و مدیریت اختلالات همبود روانپزشکی و جسمی، ارائه کردن حمایت‌های روانی اجتماعی، کاهش خطر بیش مصرفی، بهبود عملکرد اجتماعی و ارتقاء رفاه به عنوان بخشی از روند بهبودی طولانی مدت.

اجزاء و مدل‌ها

برنامه‌ها و خدمات درمان سرپایی بسته به طیف خدماتی که ارائه می‌کنند و سطح فشردگی این خدمات به‌طور قابل توجهی متنوع هستند:

برنامه‌های با فشردگی بالا

برنامه‌هایی نظیر درمان فشرده روزانه^{۳۲} که شامل تعامل با بیماران است (نظیر درمان فشرده چندین ساعته یک یا دو روز در هفته)

برنامه‌های با فشردگی متوسط تا پایین

مداخلات با فشردگی پایین‌تر ممکن است شامل جلسات هفتگی حمایت گروهی، درمان روانشناختی فردی، آموزش در مورد سلامت و مواد، حمایت گروه هم‌تایان و حمایت‌های اجتماعی با فشردگی پایین‌تر می‌باشد.

در دوره درمان سرپایی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و سلامت ممکن است مرتباً وضعیت مصرف مواد و همچنین وضعیت سلامت روانی و جسمی بیماران را ارزیابی کنند. همکاری روتین با خدمات مراقبتی مرتبط ضروری است و باید شامل ائتلاف و پیوستن درمان سرپایی با خدمات طبی برای اختلالات روانی، ایدز، هپاتیت، سل، بیماری‌های منتقل شونده جنسی و همچنین دیگر خدمات سلامتی مرتبط باشد.

همکاری منظم با حمایت‌های اجتماعی و دیگر دفاتر برای تسهیل دسترسی به آموزش، استخدام، تهیه مسکن، حمایت‌های قانونی و نیز حمایت‌های اجتماعی و رفاهی برای معلولان ذهنی و جسمی ضروری است. خدمات سرپایی باید برای بیماران نقشی فعال‌تر و با مشارکت بیشتر در سازماندهی و ارائه درمانشان قائل شوند؛ همچنین آنها باید از افرادی که تجربه مصرف مواد و درمان آن را داشته‌اند و کسانی که در مرحله بهبودی هستند به عنوان منابع ارزشمند درمان استفاده کنند.

اهداف درمانی می‌تواند با استفاده بجا و به‌هنگام از ترکیبی از مداخلات روانی اجتماعی و دارویی به بهترین وجه حاصل گردد. به‌صورت ایده‌آل برنامه‌های درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد باید طیف جامعی از خدمات را برای مدیریت مشکلات متنوع بیماران از افسار مختلف جامعه پوشش دهد.

اجزا و فعالیت‌ها در مرکز درمان تخصصی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- ارزیابی جامع طبی و روانشناختی بیمار در بدو پذیرش.
- طرح‌ریزی درمان هر فرد به‌صورت فردی و بسته به ارزیابی‌های جامع وی.

³² Intensive day treatment

- ارزیابی و سنجش مداوم وضعیت بالینی بیماران و مرور پیشرفت آنان در طرح درمانی‌شان و مشارکت دادن فعال بیماران در تصمیم‌گیری برای درمان.
- سم زدایی با استفاده از دارو در صورت نیاز.
- مداخلات درمانی روانشناختی برای اختلالات مصرف مواد.
- مداخلات درمانی دارویی برای اختلالات مصرف مواد نظیر شروع درمان نگهدارنده با آگونیست مخدر در صورت نیاز.
- درمان دارویی و روانشناختی برای اختلالات همبود طبی و روان‌پزشکی.
- ایجاد ارتباط با خانواده‌ها و افراد مهم در شبکه اجتماعی بیمار برای درگیر کردن آنها در درمان.
- حمایت‌های اجتماعی فشرده شامل تهیه مسکن و شغل.
- طرح ترخیص؛ شامل پیشگیری از بیش مصرفی و عود و ارجاع به دیگر خدمات مدیریت بهبودی و درمان تداوم یابنده جهت بیماری‌های همراه فیزیکی و روانی (در صورت نیاز).

مداخلات روانی اجتماعی^{۳۳}

مداخلات روانی اجتماعی باید در برنامه‌های درمانی سرپایی به منظور پرداختن به عوامل اجتماعی، روانشناختی، رفتاری و انگیزشی بیمار استفاده شود. این مداخلات باید توانایی بارزی در کاهش مصرف مواد، به حداقل رساندن خطرات وابسته به مواد، افزایش چسبندگی به درمان، ارتقاء وضعیت ترک و پیشگیری از عود را داشته باشند بخش ۲-۴ جزئیات بیشتری از مداخلات رفتاری و روانی اجتماعی را ارائه می‌کند.

مداخلات دارویی

داروها می‌توانند در مدیریت و یا درمان اختلالات مختلف مصرف مواد و یا شرایط سلامت مرتبط با آن نظیر نشئگی حاد، بیش مصرفی، سندرم ترک و اختلالات همبود، بسیار کمک‌کننده باشند. مداخلات دارویی در هنگام مقتضی باید در کنار مداخلات روانشناختی ارائه گردند. بخش ۲-۴ جزئیات بیشتری در خصوص مداخلات دارویی ارائه می‌کند.

سازماندهی درمان

مراکز درمان تخصصی سرپایی باید یک ساختار و سیستم مدیریتی معین با تعریف مشخصی از موقعیت‌های افراد و مهارت‌های مورد نیاز کارمندان داشته باشند. روش گزینش، به کارگیری و آموزش کارمندان باید طبق اصول قانونی معتبر و مقررات مصوب داخلی انجام گیرد. در سازماندهی خدمات درمانی باید تعداد بیماران و نیازهای آنها را مدنظر داشت.

در صورت شکست کامل یا بخشی از طرح اصلی درمان و یا ترخیص از برنامه، طرح درمانی باید از تداوم مراقبت اطمینان حاصل کند و دیگر مسیرهای درمان را در نظر بگیرند.

ارائه درمان و مراقبت‌های تخصصی (بطور مثال در حوزه‌های طبی، روانشناختی، روانپزشکی، اجتماعی و آموزشی به کارمندان با مهارت‌ها و صلاحیت‌های مرتبط نیازمند است.

³³ Psychosocial interventions

برای بیماران مبتلا به بیماری‌های همراه درمان باید یا در چارچوب ارایه خدمات به هم پیوسته در درون مرکز ارائه شود و یا در موقعیت‌های دیگر به عنوان بخشی از خدمات مرتبط هماهنگ و سیستم‌های ارجاع انجام شود. نیازی نیست که برای آغاز درمان سل، هپاتیت یا عفونت اچ ای وی منتظر ترک مواد مخدر یا دیگر مواد بمانیم.

انفصال ترخیص غیرداوطلبانه بیمار از درمان ممکن است برای اطمینان حاصل کردن از ایمنی کارمندان و دیگر بیماران قابل توجه باشد. با این حال قبل از متوسل شدن به ترخیص غیرداوطلبانه ضروری است که اقدامات پیشگیرانه‌ای برای اصلاح موقعیت صورت گیرد؛ به طور مثال رویکرد درمانی استفاده شده دوباره ارزیابی شود. به طور کلی صرف عدم تبعیت از برنامه درمانی نیازمند انفصال غیرداوطلبانه بیمار از درمان نیست. اگر این امر غیرقابل اجتناب باشد تمام تلاش‌ها باید جهت ارجاع بیمار به دیگر مراکز و شعبه‌های خدمات‌رسانی صورت گیرد.

همچنین لازم است موارد نقض حقوق بیماران از سوی کارمندان مورد بحث و ارزیابی قرار گیرد و اقدامات اتخاذ شده مقتضی در پرونده پرسنل مستند گردد.

مدیریت بهبودی و حمایت‌های اجتماعی

مدیریت بهبودی با هدف کمک به بیماران جهت مدیریت داوطلبانه و فعالانه مشکلات مرتبط با مواد و عود آن و نیز ارتقاء سلامت، رفاه و پیوند اجتماعی، فعالیت‌های مختلف را با هم می‌پیوندد و موجب ارتقا و تحکیم منابع خارجی و داخلی (یا بطور کلی سرمایه‌های بهبودی) می‌شود. برخی از این فعالیت‌ها ممکن است از قبل در جامعه محله و خانه بیمار وجود داشته باشد؛ در حالی که برخی دیگر نیاز به گسترش دارند. بخش ۲-۴ جزئیات بیش‌تری در خصوص مدیریت بهبودی ارائه می‌کند.

ملزومات اصلی مراکز درمان تخصصی سرپایی

- طرح کلی تمام خدمات درمانی، شیوه‌ها، سیاست‌ها و مقررات آن و همچنین انتظارات بیماران از برنامه‌ها باید با رضایت بیماران و برطبق ترجیحات و نیازهای آنان به طور واضح تدوین گردد و قابل دسترسی باشد.
- چندین مداخله ساختار یافته روانی اجتماعی باید مهیا باشد که شامل موارد زیر اما نه محدود به این موارد است: روان درمانی و مداخلات روانی اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی در قالب مسائل تهیه مسکن، شغل، و حمایت‌های آموزشی، رفاهی و قانونی
- گزینه‌های درمانی دارویی باید در دسترس باشد؛ این‌ها شامل درمان علامتی برای اختلال مصرف محرک‌ها، حشیش و سایر اختلالات مصرف مواد (نظیر مواردی که به وسیله مصرف همزمان چند ماده ایجاد می‌شود)، درمان نگهدارنده اپیوئیدی و درمان دارویی برای ترک مخدرها، نالترکسون برای پیشگیری از عود در وابستگی به مخدرها و نالوکسان برای مدیریت مصرف بیش از حد است.
- انتخاب درمان و ایجاد یک برنامه درمانی فردی برای فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد باید براساس ارزیابی‌های دقیق از نیازهای درمانی، متناسب بودن درمان برای رفع این نیازها، پذیرش درمان توسط بیمار و در دسترس بودن درمان باشد. تمام بیماران باید طرح درمانی فردی داشته باشند که شامل تحقق برخی اهداف کوتاه مدت و با در نظر داشتن یک افق دراز مدت می‌باشد.

- آزمایش داوطلبانه برای اچ آی وی و بیماری‌های عفونی معمول باید به عنوان بخشی از ارزیابی فردی و به همراه مشاوره قبل و بعد از آزمایش مهیا باشد. علاوه بر آن باید به بیماران در بیشترین خطر ابتلا به عفونت هپاتیت ب، واکسن هپاتیت ب تزریق شود.
- درمان بیماران با اچ آی وی و سل باید به خدمات پزشکی تخصصی برای این شرایط الحاق و یا با آن پیوند شود.
- در صورت نیاز دسترسی به دیگر روش‌های درمانی، مدیریت بهبودی و یا حمایت‌های روانی اجتماعی باید به بیماران ارایه شود.
- اطلاع‌رسانی در خصوص خدمات اورژانس شبانه‌روزی باید به بیماران و خویشاوندان آنها انجام گیرد.
- برای بیماران مبتلا به اختلالات همبود باید درمان و مراقبت مشکلات طبی و روانپزشکی همراه در محل مرکز انجام شود و یا در صورت نیاز بیمار به خدمات مراقبت سلامتی مناسب ارجاع شود.
- در صورت نیاز باید برای رصد پیشرفت درمان بیماران و یا تبعیت آنان از درمان خدمات آزمایشگاهی فراهم باشد.
- بیماران در آغاز ارزیابی از نظر مصرف اخیر مواد مورد آزمایش قرار گیرند (با موافقت آنان).
- روند درمان در حال اجرا و نیز نتایج آن باید تحت ارزیابی دوره ای و یا مداوم قرار گیرد.
- در صورت شکست کامل یا نسبی طرح اصلی و اولیه درمان، طرح ترخیص باید از تداوم مراقبت، مدیریت بهبودی و ارائه مسیرهای جایگزین ممکن، اطمینان حاصل کند.
- به طور کلی عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی به تنهایی نباید متضمن ترخیص غیر داوطلبانه بیمار از درمان شود.
- سیاست‌های مشخص و تعریف شده‌ای باید برای مدیریت موقعیت‌های پرخطر ویژه نظیر مسمومیت با مواد یا خطر خودکشی اتخاذ گردد.
- مراکز و برنامه‌های درمانی باید ساختار و مدیریت تعریف شده، نقش‌ها و صلاحیت‌های مشخص برای افراد در هر موقعیت شغلی و همچنین روش‌های شفاف‌گزینش، استخدام و آموزش کارمندان متناسب با اصول قانونی معتبر و مقررات داخلی مصوب داشته باشند.
- موارد نقض حقوق بیماران از سوی کارمندان و اقدامات متناسب اتخاذ شده باید به‌طور مناسب در پرونده پرسنل مستند گردد.
- مراقبت‌های تخصصی نظیر مراقبت‌های طبی، روانشناختی، روانپزشکی، اجتماعی و آموزشی باید تنها توسط کارمندان با صلاحیت‌ها و مجوزهای مرتبط ارایه گردد.

۴-۱-۴ درمان تخصصی بستری کوتاه‌مدت^{۳۴}

تعریف

مراکز درمان بستری کوتاه‌مدت محیطی برای ارایه مراقبت ۲۴ ساعته با ظرفیت مدیریت تظاهرات حاد اختلالات مصرف مواد است. این تظاهرات شامل نشئگی عارضه‌دار و سندرم ترک مواد و دیگر موقعیت‌های بالینی حاد ناشی از مواد (شامل آنچه در روزها و هفته‌های آغازین متعاقب قطع مصرف مواد روی می‌دهد) می‌باشد. درمان بستری کوتاه مدت می‌تواند در

³⁴ specialized short-term inpatient treatment

بیمارستان‌های تخصصی درمان اختلالات مصرف مواد و یا در بیمارستان‌های سلامت روان و یا به شرط داشتن پرسنل کاملاً آموزش دیده و تجهیزات پزشکی ضروری در بخش‌ها و برنامه‌های تخصصی بیمارستان‌های عمومی ارائه شود.

درمان بستری کوتاه مدت موقعیتی را برای ترک مصرف مواد همراه با کمترین ناخوشی و خطرات سلامتی فراهم می‌آورد. این درمان مجال‌گذاری برای دوری از عوامل استرس‌زای محیطی در زندگی فرد مهیا می‌کند. علاوه بر آن امکان آغاز درمان برای اختلال مصرف مواد و دریافت حمایت‌های روانی اجتماعی مورد نیاز فراهم می‌شود که می‌تواند شروعی برای یک روند بهبودی طولانی مدت باشد. طول مدت اقامت معمولاً بسته به وضعیت بالینی و تجارب بومی^{۳۵} از یک تا چهار هفته متغیر است بسته به نوع ماده مورد درمان، سندرم ترک و دیگر شرایط حاد ناشی از مواد و درمان آنها ممکن است با خطرات سلامتی قابل توجهی همراه باشد بنابراین درمان بستری کوتاه مدت نیازمند نسبت به مراکز اقامتی بلندمدت نیازمند درجه بالاتری از نظارت طبی است که معمولاً به دنبال مرحله حاد ترک می‌آید (قسمت ۵-۱-۴ را ببینید)

جمعیت هدف

جمعیت هدف در این درمان معمولاً شامل افرادی است که اختلال مصرف یک ماده و یا مصرف همزمان چندین ماده را با هم دارند و به دلیل مصرف مواد و یا بروز علائم ترک قابل توجه به محض قطع مصرف مواد، مستعد بروز تظاهرات حاد بالینی هستند. ترک مخدرها و آرام‌بخش _ خواب‌آورها (نظیر بنزودیازپین‌ها و یا باربیتورات‌ها) به ویژه برای افرادی که دوز بالایی از آنها استفاده می‌کنند و یا مصرف دراز مدت دارند می‌تواند شدید باشد. درمان بستری کوتاه مدت همچنین می‌تواند با هدف آغاز درمان نگهدارنده با آگونیست‌های اپیوئیدی برای وابستگی به مخدرها بکار رود.

فردی که احتمالاً سندرم ترک شدیدی را متعاقب ترک مواد داشته باشد و یا افرادی که مصرف مواد اخیرشان با خطر بالایی از آسیب همراه است ممکن است به درمان بستری کوتاه مدت نیاز داشته باشد.

تصمیم‌گیری درباره اینکه آیا درمان بستری کوتاه مدت برای بیمار انتخاب شود و یا یک درمان دیگر پیشنهاد شود باید با توجه به معیارهای زیر باشد:

- نوع ماده یا مواد مصرفی
- احتمال سندرم ترک
- شدت و پیچیدگی اختلال مصرف مواد
- اثربخشی پایین درمان در مراکز درمان سرپایی و یا غیرتخصصی
- مشکلات سلامتی و یا اجتماعی مرتبط
- وضعیت سلامت جسمی و روان پزشکی

اهداف

اهداف درمان بستری کوتاه مدت شامل تشخیص و مدیریت شرایط بالینی ناشی از مصرف مواد، تسهیل قطع و یا کاهش مصرف مواد، آغاز درمان اختلالات مصرف مواد و نیز ایجاد انگیزه در بیماران برای ادامه درمان بعد از درمان بستری کوتاه مدت است. درمان اختلالات مصرف مواد ممکن است شامل درمان‌های دارویی و روانشناختی مبتنی بر شواهد علمی و در

³⁵ local practice

صورت نیاز همراهی حمایت‌های اجتماعی باشد. سم‌زدایی با کمک دارو می‌تواند در مراکز درمانی بستری کوتاه مدت انجام شود این نوع سم‌زدایی می‌تواند به‌طور موفق و ایمن و با هزینه‌ای پایین‌تر در مراکز سرپایی نیز انجام شود؛ هرچند میزان موفقیت در کامل شدن دوره سم‌زدایی ممکن است پایین‌تر باشد. شواهد نشان دهنده میزان بالای عود مصرف مواد متعاقب سم‌زدایی کوتاه مدت بخصوص در موارد وابستگی به مخدرها است و بنابراین سم‌زدایی به خودی خود درمان مؤثری برای اختلال مصرف مواد در نظر گرفته نمی‌شود و می‌تواند حتی خطر افزایش یافته بیش‌مصرفی مخدرها را به همراه داشته باشد.

مدل‌ها و اجزا

رسیدن به اهداف درمان بستری کوتاه مدت معمولاً به ترکیبی از مداخلات نظیر دارو درمانی، روان درمانی، آموزش روان^{۳۶}، مشاوره‌های انگیزشی و حمایت‌های اجتماعی نیاز دارد که در قالب مداخلات روانی اجتماعی ارایه می‌شود.

یکی از مداخلات ممکن شامل معرفی به گروه‌های خودیاری و کمک دو جانبه، خدمات اجتماعی در دسترس و ارجاع برای ادامه درمان و یا مدیریت بهبودی پس از ترخیص می‌باشد. نوع، ویژگی و مدت زمان این مداخلات بر اساس ماهیت پیچیدگی و شدت اختلال مصرف مواد و همچنین وجود مشکلات سلامت فیزیکی و روانپزشکی همراه متغیر می‌باشد.

مدیریت سندرم ترک و دیگر شرایط بالینی ناشی از مواد

سندرم ترک تشخیص داده نشده و درمان نشده خطر ریزش بیمار از درمان را به همراه دارد؛ بنابراین برنامه‌های درمانی بستری کوتاه مدت باید کارمندان را به کار گیرد که صلاحیت و توانایی بالایی در تشخیص و درمان سندرم ترک و اختلالات حاد ناشی از مصرف مواد را داشته باشند و همچنین حمایت‌های روانی اجتماعی و دارویی را به بیمار ارائه کنند. این کارمندان خدمات درمانی بستری کوتاه مدت باید گزینه انتقال بیماران با شرایط ویژه پیچیده و سخت را به دیگر سطوح مراقبت سلامتی مدنظر داشته باشند. برای اطلاعات بیشتر راجع به مدیریت سندرم ترک به بخش ۳-۲-۴ مراجعه شود.

درمان مشکلات سلامتی جسمی و روانپزشکی همراه

مصرف مواد مختلف و الکل می‌تواند منجر به ایجاد یا بدتر شدن نشانه‌های روانپزشکی شود که احتمالاً با قطع مصرف مواد از بین می‌روند. در بقیه موارد نشانه‌های روانپزشکی ممکن است پس از قطع مصرف مواد ادامه یابد که این امر توجه مضاعفی را در درمان بستری کوتاه مدت می‌طلبد. جهت جزئیات دقیق‌تر در مورد مشکلات سلامتی فیزیکی و روانپزشکی همراه به بخش ۲-۴ مراجعه شود.

مدیریت بهبودی و حمایت‌های اجتماعی

شروع کردن و درگیر شدن در درمان بستری کوتاه مدت ممکن است گام مهمی در درمان اختلالات مصرف مواد باشد؛ با این وجود ماندگاری پایدار بیمار بر روی رفتارهای سالم پس از درمان بستری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا خطر مصرف مجدد و بیش مصرفی بلافاصله پس از ترخیص از درمان به‌طور قابل توجهی بالا می‌رود؛ بنابراین لازم است که پس از درمان بستری کوتاه مدت مداخلات روانی اجتماعی و مدیریت بهبودی برای اختلال مصرف مواد ادامه یابد. در طرح مراقبت و یا پس از مراقبت، لازم است راهبردهایی برای کمک به بیماران برای انتقال موفق به مراحل بعدی به عنوان بخشی از درمان موثر

³⁶ psycho-education

گنجانده شوند. این امر شانس ماندگاری در سلامت روانشناختی و جسمی را افزایش می‌دهد. متخصصین مراقبت‌های اجتماعی و سلامت باید با همکاری یکدیگر زمان برنامه‌ریزی برای ترخیص از مراکز بستری کوتاه مدت و ارجاع بیمار به برنامه‌های اقامتی بلند مدت و یا درمان‌های سرپایی و یا مدیریت بازتوانی، منابع لازم و مراقبت‌های جامع را به وی ارائه دهند. پس از درمان بستری کوتاه‌مدت بیماران باید به موارد زیر دسترسی داشته باشند: درمان‌های دارویی مورد نیاز به‌طور دراز مدت، حمایت‌های روانی اجتماعی، مسیریابی در سیستم‌های مراقبت‌های اجتماعی، بهره‌گیری از حرفه آموزشی، تهیه مسکن ثابت و دیگر حمایت‌ها در صورت نیاز، ادامه درمان مشکلات جسمی و روانپزشکی همبود و بالاخره مداخلات پیشگیری از بیش مصرفی مواد. جهت اطلاعات بیشتر به بخش ۴۲۶ در خصوص مدیریت بهبودی مراجعه شود.

اجزاء درمان

برنامه‌های درمان بستری کوتاه مدت برای اختلال مصرف مواد باید شامل اجزای درمانی زیر باشد:

- ارزیابی جامع مصرف مواد و یا مصرف همزمان چند ماده با یکدیگر، ارزیابی طبی و روانی اجتماعی شامل ارزیابی سلامت جسمی و روانی.
- طرح درمانی مختص هر فرد.
- درمان دارویی علائم ترک در صورت نیاز.
- شروع درمان نگهدارنده آگونیستی برای وابستگی به مخدرها در صورت نیاز.
- مداخلاتی برای ارتقای انگیزه بیماران برای تغییر رفتارشان.
- ایجاد ارتباط با افراد مهم و تاثیرگذار در شبکه اجتماعی بیمار و درگیر کردن آنها در طرح درمانی با رضایت بیمار.
- اطلاع رسانی و تسهیل ارتباط با گروه‌های حمایت دو جانبه.
- شروع مداخلات درمانی رفتاری و یا روانی اجتماعی برای اختلال سوء مصرف مواد.
- شروع درمان برای اختلالات سلامت جسمی و یا روانپزشکی همبود و یا ارجاع آنها به شرط اینکه زمان و منابع اجازه دهد.
- ارزیابی مداوم پیشرفت بیمار در طرح درمانی و مرور آن و همچنین ارزیابی بالینی به عنوان جزئی از برنامه.
- طرح ریزی ترخیص به همراه پیشگیری از عود و بیش مصرفی، راهبردهای مراقبتی مداوم برای درمان بعد از دوران بستری شامل درمان نگهدارنده در صورت نیاز، سطح مناسبی از درمان روانی اجتماعی، مدیریت بهبودی و درمان مداوم اختلالات سلامتی طبی و روانپزشکی همبود.

یک ارزیابی جامع طبی و روانی - اجتماعی ترجیحاً قبل و یا در هنگام پذیرش افراد برای درمان بستری کوتاه مدت ضروری است. این امر به شناسایی نیازهای خاص بیماران و گسترش طرح درمان آنها کمک می‌کند. ارزیابی باید شامل تاریخچه سلامت طبی و روانپزشکی، تاریخچه درمان دارویی، آزمایشات وضعیت سلامت جسمی و روانی و همچنین ارزیابی روتین از تاریخچه بیماریهای عفونی باشد؛ همچنین اقدامات آزمایشگاهی شامل غربالگری مواد در ادرار و آزمایش برای اچ آی وی، هپاتیت و سل ممکن است ارزشمند باشد. در تمام موارد باید به بیماران درباره اینکه چگونه بیش مصرفی را تشخیص داده و آن را مدیریت کنند و همچنین درباره گزینه‌های مراقبت، درمان و انتخاب‌های حمایتی دیگر اطلاع رسانی شود. کارمندان آموزش دیده ممکن است از ابزارهای ارزیابی استاندارد شده برای ارزیابی اصولی و دقیق بیماران استفاده کنند. (قسمت ۱-۲-۴ را برای لیستی از ابزارهای ارزیابی مشاهده کنید).

وقتی بیماران در یک مرکز بستری کوتاه مدت درمانی بستری می‌شوند باید چندین مرتبه در روز از نظر علائم ترک و دیگر شرایط سلامت جسمی و روانپزشکی حاد تحت نظر قرار گیرند. زمانی که مشکلات حاد حل شد و یا شرایط پایدار شد باید بصورت روزانه وضعیت سلامت طبی و روانپزشکی بیمار و همچنین انگیزه وی تحت نظر گرفته شود و نیز بر توسعه اهداف و طرح‌های درمانی حین ترخیص تمرکز شود.

معیارهای کامل شدن برنامه و شاخص‌های اثربخشی آن:

- بهبود علائم ترک
- درک بیمار از اختلال سوء مصرف مواد و مشکلات مربوطه
- مشارکت دادن بیمار در پیگیری درمان بعد از ترخیص از درمان اقامتی دراز مدت و یا درمان سرپایی
- بهبود سلامت روانی و جسمی
- کاهش ولع برای مواد و گسترش مهارت‌هایی برای به دست آوردن کنترل بر روی ماشه‌ها نظیر افکار، احساسات و رفتارهایی که منجر به مصرف مواد می‌شوند
- شاخص‌های رایج می‌توانند به ارزیابی میزان تاثیرگذاری برنامه‌های کوتاه مدت کمک کنند. این شاخص‌ها شامل نسبت بیمارانی است که در درمان پیگیری پس از ترخیص وارد می‌شوند و یا بیمارانی که در یک پیگیری طولانی مدت به فرض ۶ ماهه مصرف موادشان را کاهش داده و یا در ترک مواد باقی می‌مانند (البته این نوع شاخص‌ها نتایج ردیابی و پیگیری درازمدت بیماران را می‌طلبد)

ملزومات اساسی برای مراکز درمانی بستری کوتاه مدت

- تمام خدمات درمانی، فرایندها، سیاست‌ها، قوانین و همچنین انتظارات بیمار از درمان باید به صورت شفاف و قابل دسترس باشد و با رضایت بیمار انجام گیرد.
- بیماران باید طرح‌های درمانی مختص به خود را که با همکاری خودشان به طور منظم توسط کارمندان مرور و اصلاح می‌شود داشته باشند تا از مدیریت مناسب اختلالات مصرف مواد و شرایط سلامتی همراه اطمینان حاصل شود.
- انتخاب درمان و بسط یک طرح درمانی مختص هر بیمار باید بر پایه یک ارزیابی جامع و دقیق از مصرف مواد و همچنین معضلات سلامتی و روانی اجتماعی وی، نیازهای درمانی بیمار و تناسب درمان با برآوردن این نیازها، پذیرش بیمار از درمان و میزان مهیا بودن آن باشد.
- برای مدیریت موقعیت‌های باخطر ویژه شامل نشنگی و یا خودکشی باید دستورالعمل وجود داشته باشد.
- تسهیلات آزمایشگاهی و دیگر تسهیلات تشخیصی در داخل و یا خارج از این نوع مراکز باید فراهم باشد.
- پشتیبانی‌های اورژانسی و یا حمل و نقل اورژانسی باید برای موارد بروز عوارض تهدید کننده حیات در سندرم‌های ترک و یا دیگر شرایط سلامتی فراهم باشد.
- زمانی که یک فرایند با خطر شناخته شده مدنظر است یک ارزیابی دقیق خطر به فایده باید انجام شود تا گزینه‌ای با کمترین خطر انتخاب شود

- دسترسی به گروه‌های خودیاری و یا دیگر گروه‌های حمایتی باید فراهم باشد؛ خواه هدف درمان پرهیزمداری باشد و یا نباشد اقداماتی باید برای کاهش آسیب مصرف مداوم مواد اتخاذ شود. (نظیر اقداماتی با درنظر گرفتن سلامت فرد، رژیم غذایی وی، وسایل تزریق استریل، پیشگیری از بیش مصرفی و عرضه نالوکسان)
- طرح‌های درمانی باید از تداوم مراقبت از بیمار در درمان سرپایی، درمان اقامتی بلند مدت و یا مدیریت بهبودی اطمینان حاصل کند.
- برنامه‌های درمانی برای اختلال مصرف مواد باید به دیگر خدماتی که برای مداخلات پشتیبانی از فرزندان و دیگر اعضای خانواده بیمار انجام می‌شود پیوند خورده باشد.
- مراحل و نتایج درمان ارائه شده باید به‌طور متناوب و یا مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ساختار و مدیریت برنامه و یا سازمان درمانی باید تعریف شده باشد؛ وظایف و قابلیت‌های افراد در هر جایگاهی به خوبی شرح داده شده باشد و از این که کارمندان روش‌های هایی را به کار می‌برند و آموزش می‌دهند که منعکس‌کننده هنجارهای قانونی و مقررات داخلی مصوب معتبر باشد اطمینان حاصل شود.
- سوابق الکترونیکی و یا کتبی بیمار باید با حفظ احترام به اصل رازداری وی نگهداری شود.
- خدمات باید سیاست‌هایی جهت تامین شرایط کار ایمن و راه‌هایی برای مدیریت موقعیت‌های ناایمن داشته باشد.
- موارد نقض حقوق بیمار از سوی کارکنان باید در سوابق کارکنان مستند شود و اقدامات مناسب اتخاذ گردد.
- درمان تخصصی بستری کوتاه مدت برای اختلال مصرف مواد باید توسط کارمندانی با صلاحیت‌ها و مجوزهای مرتبط انجام شود. (برای مثال در حوزه‌های پزشکی، روانشناختی، روان درمانی و حوزه‌های آموزشی و اجتماعی)

درمان تخصصی اقامتی یا بلند مدت³⁷

تعریف

درمان اقامتی بلندمدت به افراد مصرف‌کننده مواد در شرایطی خدمات‌رسانی می‌شود که این افراد با دیگر افراد دارای شرایط سلامتی مشابه در یک محیط همگانی زندگی می‌کنند. این افراد تعهد واضحی جهت پاک ماندن از الکل و دیگر مواد می‌دهند. این بیماران در مرکز اقامتی می‌مانند و در یک برنامه روزانه فشرده شرکت می‌کنند. این برنامه‌ها طیف متفاوتی از خدمات را در محل‌های متفاوت ارائه می‌دهد. این خدمات شامل مواردی همچون ملاقات‌های همتایان و کارهای گروهی، مداخلات روانی اجتماعی فردی، مداخلات روانی اجتماعی خانواده، کمک‌های دوجانبه و خودیاری، شرکت فعال در زندگی اجتماعی و کسب مهارت‌های زندگی و حرفه‌آموزی می‌شود. پذیرش در برنامه‌های درمانی معمولاً نیازمند پذیرش قوانین و مقررات مرکز درمانی است.

درمان اقامتی یا دراز مدت از برنامه‌های اسکان حمایت شده که اصولاً به عنوان خدمات مداخلات تهیه مسکن و بدون مداخلات درمانی عمل می‌کنند متفاوت است. البته ممکن است افراد تحت پوشش مداخلات اسکان در برنامه‌های درمانی سرپایی شرکت کنند. علاوه بر آن مراکز درمانی اقامتی یا بلند مدت از مراکز اجباری یا مصرف‌کنندگان مواد که در آنها

³⁷ Specialized long-term or residential treatment

افراد مصرف کننده بدون رضایت و بدون انجام فرایندهای ارزیابی تشخیصی و درمانی اخلاقی و مبتنی بر شواهد علمی برای مصرف مواد مجبور به نگهداری می شوند متفاوت است.

اقامت در بیمارستان و یا مرکز اقامتی معمولاً برای سه ماه و اغلب طولانی تر (بسته به نیاز بیمار) به بیماران کمک می کند که از محیط های پر استرس و نابسامان که ممکن است به مصرف موادشان کمک کنند دور بمانند. این محیط درمانی عاری از مواد طوری طراحی می شود که تماس با نشانه های معمول که باعث شروع شدن رفتار جستجوی مواد می شود را کاهش می دهد و به بیماران و افراد مقیم برای پاک ماندن و تلاش جهت بازتوانی کمک میکند. اگرچه مدل های سنتی درمان اقامتی بلند مدت تنها شامل روش های درمانی روان اجتماعی می شود؛ رویکردهای جدید ممکن است شامل استفاده از دارو برای کاهش وسوسه و مدیریت نشانه های روانپزشکی همراه باشد.

برنامه های اقامت طولانی مدت به خصوص اجتماع درمان مدار^{۳۸} از تمام افراد درگیر در برنامه نظیر افراد مقیم و کارمندان و بافت اجتماعی به عنوان اجزای فعال مدیریت درمان و بازتوانی استفاده می کند. برنامه ها به بیماران و یا افراد مقیم کمک می کند که مهارت هایی را برای کنترل وسوسه و پیشگیری از عود مصرف مواد و همچنین بهبود کنترل تکانشگری و به تاخیر انداختن لذت ها به دست بیاورند و مهارت های بین فردی جدید را توسعه دهند. علاوه بر آن به آنها کمک می شود که پاسخگویی فردی، مسؤولیت پذیری و توانایی سازگاری با استرس را توسعه دهند و اعتماد به نفس شان بهبود یابد. مراکز درمان اقامتی خدماتی جامع شامل آموزش مهارت های شغلی، آموزش، استخدام، حمایت های روانی اجتماعی و گاهی درمان برای اختلالات سلامت روانی را ارائه می کند، محیطی حمایتی و فشرده که بیماران در مراکز درمان اقامتی تجربه می کنند می تواند به تاریخچه فردی افراد که اغلب شامل مواردی همچون مراقبت های والدین ضعیف، نادیده گرفته شدن احساسات و سوءاستفاده جسمی و یا جنسی، آسیبها، خشونت بین فردی و طرد شدن اجتماعی است پاسخ مناسبی دهد.

جمعیت هدف

برنامه های درمانی اقامتی یا بلند مدت به خصوص برای کسانی که در هنگام پذیرش مواد مصرف نمی کنند، اما برای پرداختن به مشکلات پیچیده روانی اجتماعی و یا سلامتی مرتبط با اختلالات مصرف مواد به مراقبت فشرده و مداوم پس از درمان نیاز دارند مناسب است. این افراد شامل افرادی می شوند که با استفاده از یک دوره مدیریت ترک سرپایی و یا بستری مصرف مواد را متوقف کرده اند. ممکن است این دسته بیماران در حفظ پاکي در شرایط اجتماعی و یا در درمان سرپایی شان با مشکلات جدی روبرو باشند و بخواهند که به طور داوطلبانه در یک برنامه اقامتی ساختارمند شرکت کنند این امر فرصتی است برای این بیماران که در حوزه های مختلف زندگیشان تغییراتی را آغاز کنند و مهارت های جدیدی را فراگیرند که به روند بازتوانی شان کمک می کند و بنابراین کیفیت زندگی آنها و پیوند اجتماعی شان بهبود می یابد.

خدمات درمان اقامتی معمولاً برای افراد زیر استفاده می شود:

- افرادی که تجربه اختلال شدید مصرف مواد را دارند؛ به گونه ای که بر روند آموزش، استخدام و پیوند اجتماعی آنها تأثیر گذاشته است.

³⁸ therapeutic communities

- افرادی که اختلالات سلامت روانی و فیزیکی همراه شدیدی را دارند که بر ایمنی و رفاه آنها در خارج از محیط‌های ساختار یافته تأثیر سوء می‌گذارد (و کسانی که معمولاً به بستری شدن نیاز دارند).
- افرادی با تاریخچه درمان‌های ناموفق که به مداخلات پاسخ نداده‌اند و پس از درمان‌های سرپایی یا بستری کوتاه مدت به طور مکرر دچار عود مصرف می‌شوند
- افرادی که محدودیت منابع فردی و یا اقتصادی دارند شامل محدودیت درآمد و یا مسکن
- افراد دارای مشکلات خانوادگی و اجتماعی و حمایت‌های محدود اجتماعی
- کسانی که از نظر اجتماعی منزوی و یا محروم هستند.
- کسانی که به منظور دستیابی به اهداف درمانی به تغییر محیط و فاصله گرفتن از شبکه‌های اجتماعی و گروه‌های مرتبط با مصرف مواد دارند.
- افرادی که به طور داوطلبانه می‌خواهند از مصرف مواد پاک بمانند، نیازهای خود را می‌شناسند و آماده‌اند که تغییرات واضحی در سبک زندگی خود ایجاد کنند و مهارت‌های جدیدی را در یک مرکز اقامتی کسب کنند.

اهداف

هدف اولیه درمان اقامتی یا بلند مدت کاهش خطر برگشت به مصرف مواد، حفظ پاکی از مصرف مواد، ارتقاء عملکرد سلامتی اجتماعی فردی، تسهیل بازتوانی و بازگشت دوباره به جامعه است.

اهداف اختصاصی درمان اقامتی بلند مدت شامل

- کاهش خطر عود مصرف مواد
- گسترش مهارت‌ها برای سازگاری با وسوسه و وقایع استرس‌زای زندگی بدون مصرف مواد.
- ارائه درمان و مراقبت برای اختلالات مصرف مواد و یا اختلالات روانپزشکی همراه با استفاده از درمان‌های روانی اجتماعی و در برخی مراکز با استفاده از درمان‌های دارویی.
- بهبود عملکرد جسمی فردی و اجتماعی (مثلاً در محیط کار).
- گسترش روابط بین فردی کارآمد با دیگر افراد و همچنین بسط مهارت‌های ارتباطی و بین فردی که برای ایجاد شبکه‌ای از دوستان و هم‌تایان غیر مصرف کننده مواد لازم است.
- ایجاد یک محیط خانوادگی و روابط درون خانواده سالم شامل روابط والد-فرزند.
- بازگشت مجدد به جامعه و تسهیل ارتباط اجتماعی.
- کسب مهارت‌های اجتماعی جدید و اعتماد به نفس و درک ارزش رفتارهای مثبت.
- ایجاد یک سبک زندگی سالم تر شامل تغذیه خوب، عادات خواب و بیداری پایدار، پایش سلامت منظم و چسبندگی به درمان.
- پیشبرد آموزش و گسترش مهارت‌های شغلی به منظور بدست آوردن کنترل بر زندگی با کامل شدن درمان.

مدل‌ها و اجزا

برنامه‌های درمانی طولانی مدت ممکن است در رویکرد درمانی‌شان متفاوت باشد. لازم است بیماران از مصرف مواد پاک باشند و در صورت لزوم باید برای علائم ترک درمان بگیرند. این امر می‌تواند در همین مراکز درمانی و یا در مراکز تخصصی سرپایی و یا بستری که در بخش ۳-۲-۴ همین سند به آنها اشاره شد انجام شود.

مدل‌های متفاوتی از درمان‌های بستری طولانی مدت ممکن است در مراکز مختلف وجود داشته باشد:

- مراکزی که شامل مراکز درمانی اقامتی طولانی مدت مجزا و یا واحدهای بازتوانی مجزا که به طور اختصاصی برای اختلالات مصرف مواد ایجاد شده‌اند باشد. این واحدها فلسفه‌ها و یا رویکردهای درمانی ویژه‌ای دارند که متقابلاً انحصاری نیستند؛ این فلسفه‌ها یا رویکردها شامل اجتماعات درمانی رسمی، برنامه‌های کمک‌های متقابل دوازده قدمی، برنامه‌های مبتنی بر عقیده و برنامه‌های شغلی و حرفه‌ای می‌باشند
 - برنامه‌های برپایه بیمارستان (به‌طور تیپیک در یک بخش یا ساختمان اختصاص یافته در یک بیمارستان روانپزشکی) می‌توانند روی بیماران دارای صرف اختلال مصرف مواد و یا بیمارانی با اختلال همبود مصرف مواد و بیماری روان پزشکی تمرکز داشته باشند. این برنامه‌ها می‌توانند برنامه‌های بازتوانی بیمارستانی و یا اجتماعات درمان مدار باشند و می‌توانند از هر دو نوع مداخلات دارویی و روانی اجتماعی بهره بگیرند.
- افراد بازداشت شده با اختلال مصرف مواد می‌توانند از برنامه‌های درمانی اقامتی طولانی مدت بر پایه زندان بهره بگیرند.³⁹ این برنامه‌ها ممکن است به‌عنوان برنامه‌های بازتوانی خاص و یا اجتماعات درمان مدار برای مجرمان با اختلال مصرف مواد در یک بخش اختصاص یافته در زندان سازماندهی شوند. جهت اطلاعات بیشتر برای درمان افراد درگیر با سیستم قضایی به بخش ۳-۵ مراجعه شود.

پذیرش

انواع مختلف برنامه‌های درمانی اقامتی و یا بلند مدت ممکن است معیارهای پذیرش متفاوتی داشته باشند. همه این برنامه‌ها باید درخواست و یا رضایت داوطلبانه بیمار را برای شرکت در برنامه اقامتی طولانی مدت داشته باشد. برخی از برنامه خدمات ممکن است به ملاقات بیمار از واحد و پذیرش توسط گروه جامعه نیاز داشته باشند. تصمیم در دیگر سرویس‌ها ممکن است به کارمندان و بیمار بستگی داشته باشد.

برنامه باید یک خط مشی ورودی کتبی داشته باشد تا از پذیرش داوطلبانه اطمینان حاصل گردد. بیمار باید این رضایت نامه کتبی را تایید کند. سیاست‌های این چنینی باید به طور واضح معیارهای قبول و یا عدم پذیرش مرکز را شرح دهد. علاوه بر آن برنامه باید شیوه نامه ورودی و یا اطلاع رسانی کتبی داشته باشد که در مورد تمام کسانی که برای اقامت مراجعه می‌کنند به کار گرفته شود. در مدت پذیرش، افراد جدید باید به میزان کافی و با دریافت مستندات در مورد برنامه (شامل اطلاع‌رسانی در مورد اهداف برنامه، روش‌های درمانی و قوانین آن) توجیه شوند. باید به بیماران درباره وظایف و حقوقشان، حریم شخصی، عدم تبعیض و رعایت رازداری اطلاع رسانی شود. همچنین ضروریست که به بیماران درباره نقش کارمندان، فلسفه پشت برنامه درمانی و مقررات ارتباط با ملاقات‌کننده‌ها و افراد بیرون از برنامه اطلاعات کافی داده شود. بحث در مورد جزئیات اجرایی شامل هزینه‌های برنامه و روش‌های پرداخت نیز ضروری است. خط مشی‌ها و فرایندهای ورودی باید توسط کارمندان فرا گرفته شوند. در آخر ضروری است که در مورد قرارداد درمانی که به طور شفاف تمام خدمات، فرآیندها، سیاست‌ها و مقررات درمان را بیان می‌کند و مقررات آن و همچنین انتظارات بیمار از برنامه با بیمار بحث و قرارداد امضا شود.

³⁹ prison-based long-term residential treatment programmes

اگر یک برنامه درمانی یک بیمار بالقوه را نمی‌پذیرد باید به گونه‌ای که اصل رازداری مختل نشود به او و به مرکز ارجاع کننده وی توضیحات شفاهی و کتبی جامع داده شود. کارمندانی که کار ارزیابی مراجعان را انجام می‌دهند در حالی که با شبکه خدمات موجود کار می‌کنند باید با خدمات مناسب جایگزین برای ارجاع آشنا باشند.

افراد خاص با نیازهای مراقبتی و درمانی خاص ممکن است به تسهیلات بستری طولانی مدت جداگانه‌ای نیاز داشته باشند؛ این افراد شامل زنان، کودکان و نوجوانان، افراد با تشخیص‌های دوگانه و افراد با ناتوانی‌های تکاملی باشند. در صورت امکان این افراد باید به برنامه‌های درمانی اقامتی طولانی مدت تخصصی دسترسی داشته باشند. برای جزئیات بیشتر درباره راه‌های اتخاذ برنامه‌هایی برای بیماران با نیازهای خاص به بخش ۵ مراجعه شود.

ارزیابی

برخی از خدمات ممکن است قبل از ارزیابی حضوری فرد، یک مصاحبه تلفنی اولیه با بیمار داشته باشند. برنامه‌های درمانی اقامتی طولانی مدت باید از هر بیمار وارد شده ارزیابی جسمی و روانی اجتماعی جامعی انجام دهند تا نیازهای فردی بیمار و مناسب بودن وی برای برنامه مشخص شود. ممکن است لازم باشد بیماران با شرایط مشکلات جسمی و یا روانی شدید در مراکزی که سطح مناسبی از مراقبت‌های جسمی و روان پزشکی را ارائه می‌دهد قرار داده شوند؛ این امر به رضایت آگاهانه بیمار نیازمند است.

جلسه اولیه به منظور آشنایی مراجع با کارمندان انجام می‌شود و جلسه بعد به آشنایی بیمار با برنامه‌های اقامتی می‌پردازد. این امر اولین قدم در توسعه یک پیوستگی درمانی است. جلسه آغازین معمولاً به مراجع کمک می‌کند تصمیم بگیرد آیا به برنامه وارد شود یا خیر و جلسه بعدی برای تصمیم‌گیری درخصوص پذیرش مراجع است.

لازم است با رضایت بیمار درباره نیازهای فردی و داروهای او با مراکز ارجاع دهنده و پزشکان عمومی بیمار بحث شود. در صورت نیاز این بحث‌ها باید شامل طرحی برای چگونگی مدیریت ترک باشد.

برپایه ارزیابی‌های جامع که ترجیحاً از فرآیندها و ابزارهای استاندارد شده استفاده می‌کنند (نظیر شاخص شدت اعتیاد^{۴۰} و یا مصاحبه تشخیصی ترکیبی بین المللی _ مدل سوءمصرف مواد^{۴۱})؛ طرح‌های درمانی ریخته می‌شوند.

حوزه‌های زیر در ارزیابی مهم هستند:

- درمان‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت قبلی و درک بیمار از درمان‌های قبلی.
- سلامت عمومی شامل مشکلات سلامت کنونی و ناتوانی‌های شناختی، حسی و طبی.
- سلامت روانی شامل تاریخچه آسیب‌ها و مورد سوء استفاده قرار گرفتن (از نظر جسمی، عاطفی و جنسی)، خشونت و خطر خودکشی، عملکرد روانشناختی و بین فردی اخیر.
- شرایط زندگی اخیر فرد شامل نوع اقامت و مسکن ایمن و سیستم حمایتی در خانه.
- زندگی خانوادگی شامل روابط با خانواده اصلی، روابط صمیمی و بچه‌های وابسته به بیمار.
- دوستی‌ها شامل شبکه ارتباط با هم‌تایان، تاثیرپذیری‌های مثبت یا منفی و افرادی که از پاکی درازمدت بیمار حمایت می‌کنند.

⁴⁰ Addiction Severity Index

⁴¹ Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module

- آموزش و کار شامل تاریخچه مدرسه و کار بیمار، سطح مهارت‌های حرفه‌ای و نیازهای بیمار، درآمد قانونی و یا غیر قانونی بیمار.
- مشکلات قانونی شامل درگیری در فعالیتهای جنایی مرتبط با مصرف مواد.
- عادات و فعالیتهای تفریحی.

زمان طولانی و شرایط اقامتی فرصتی را برای ارزیابی کامل و مداوم بیمار فراهم می‌آورد. همچنین اجازه ارزیابی بیمار پس از گذشت زمان ابتدایی از پرهیز از مواد را به دست می‌دهد و بنابراین مانع تاثیر نشئگی و یا ترک مواد بر روی تشخیص اختلالات مواد می‌شود. علاوه بر آن می‌توان اطمینان حاصل کرد که بیمار به طور کامل ماهیت درمان را فهمیده و کاملاً به آن رضایت دارد. زندگی کردن با همتایان و کارمندان می‌تواند امکان ارزیابی مستمر ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد بیمار را که می‌تواند در طرح ریزی فردی درمان بسیار کمک کننده باشد فراهم می‌آورد.

مدیریت درمان

سطوح بالای مشارکت در درمان می‌تواند بر روی نتایج درمان تاثیرات مثبتی داشته باشد. متغیرهایی که بر ماندگاری در درمان تاثیرگذارند شامل موارد زیر است:

- سطح انگیزه برای درمان
- مقدار مصرف مواد و یا الکل قبل از شروع درمان
- سابقه درگیری با سیستم قضایی
- قدرت روابط درمانی
- درک بیمار نسبت به کمک کننده بودن خدمات درمانی و مفید بودن درمان
- همدلی کارمندان

در سه هفته اول و به ویژه در روزهای آغازین یک درمان اقامتی بلند مدت احتمال ریزش از درمان و عود مجدد مصرف به بیشترین حد خود می‌رسد؛ بنابراین توجه مناسب و مراقبت‌های فردی با تمرکز به تقویت انگیزه ماندگاری در درمان بسیار مهم است؛ زیرا به خصوص در این مدت بسیاری از مراجعان ممکن است فشار روانشناختی مرتبط با نشانه‌های ترک طول کشیده را مانند بیخوابی، اضطراب، تحریک پذیری و وسوسه مواد تجربه کنند. آنها ممکن است در باره ترک مصرف مواد دچار شک و دودلی شوند و تطابق با مقررات برنامه را مشکل ببینند.

برای حل مشکل کاهش انگیزه و دودلی درمورد برنامه‌های درمان کارمندان باید:

- جو دوستانه و گرمی را ایجاد کنند.
- در بدو ورود رابطه درمانی را مبتنی بر اعتماد بنا نهند.
- در راستای مشارکت حداکثری بیمار در درمان به نیازهای درمانی بیمار سریعاً پاسخ دهند.
- درباره هر سطح برنامه، انتظارات، رویکرد به درمان و بازتوانی، ماندگاری در درمان و نتایج سلامتی و همچنین نگرانی‌هایی که افراد تحت درمان در مراحل اولیه درمان با آن روبرو می‌شوند اطلاع‌رسانی کنند.
- تمرکز بر روی نگرانی‌ها و نیازهای فوری مراجعان را نسبت به باید ها و نبایدهای برنامه در اولویت قرار دهند.

- در طول اولین ۷۲ ساعت از شروع درمان با نظارت بیشتر، تعامل عمومی بیشتر و استفاده از سیستم دوستان (آشنا کردن بیماران جدید با قدیمی‌ترها) حمایت خود را از بیمار افزایش دهند.
- اهداف و برنامه‌های درمانی فردی واقع‌گرایانه‌ای را که منعکس‌کننده نیاز بیماران است و به حد کافی برای تطابق با پیشرفت‌های بیماران (در طول برنامه) انعطاف دارد را گسترش دهند.
- به خصوص در فرآیندهای درمان گروهی نسبت به ناهمگون بودن طیف مراجعان توجه و آگاهی داشته باشند.
- از آنجایی که مقابله و رویارویی با بیماران اغلب به عصبانیت آنان و ترک زود هنگام درمان می‌انجامد کارمندان باید در تمام جوانب برنامه درمانی برخوردی محترمانه و از سر مراقبت و دلسوزی داشته باشند.
- به منظور ایجاد اعتماد و اعتبار، درباره مشکلات و فرایند تغییر بازخوردی عینی و بی‌طرفانه به بیماران بدهند.
- راهبرد های انگیزشی که بر روی فرد بیمار تمرکز دارد را توسعه دهند.

مداخلات درمانی

برنامه اقامتی بلند مدت باید در پایین‌ترین سطح، محیطی عاری از مواد و الکل همراه با حمایت‌های روانشناختی فردی، مداخلاتی برای کسب مهارت‌های زندگی و طیف متنوعی از جلسات گروهی منظم را فراهم کند. این مداخلات شامل جلسات صبحگاهی، ایجاد گروه‌هایی که در آن‌ها از تقابل خبری نیست، گروه‌های مختص هر جنس، گروه‌های کمک‌های دوجانبه و حمایت‌های همتایان می‌باشد. برنامه‌های اقامتی بیمارستانی همچنین باید مراقبت‌های جسمی و روانپزشکی، درمان‌های فردی و گروهی و مداخلاتی با مشارکت افراد خانواده داشته باشند. در حالی که برخی از برنامه‌های درمان اقامتی طولانی مدت تنها درمان‌های روانی اجتماعی را ارائه می‌کنند دیگر برنامه‌ها ممکن است در صورت نیاز حمایت‌های دارویی نظیر درمان نگهدارنده با آگونیست مخدر را فراهم آورند.

برنامه‌های اقامتی بلند مدت ممکن است شامل طیف وسیعی از روش‌های درمانی شود؛ نظیر مداخلات روانی اجتماعی، مداخلات گروهی و فردی، آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش حرفه و تحصیل و نیز فعالیت‌های تفریحی. همچنین مداخلات مبتنی بر شواهدی که بطور معمول در درمان‌های سرپایی استفاده می‌شود می‌تواند در درمان اقامتی بلند مدت مورد استفاده قرار گیرد. روش‌های درمانی روانی اجتماعی خاص قابل کاربرد شامل موارد زیر می‌شوند: درمان‌های شناختی رفتاری، مدیریت مشروط، درمان تقویت انگیزه، خانواده درمانی و یا زوج درمانی رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی و دیگر روش‌هایی که در بخش مربوط به مداخلات درمانی در فصل ۴،۲ به آنها اشاره شد. برنامه‌های پیشگیری از عود ساختارمند در آماده‌سازی مراجعان برای پیوستن مجدد به جامعه ضروریست. مداخلات درمانی نظیر درمان‌های ابدایی خلاقانه و یا هنری، درمان‌های حرکتی مراقبه، آرام‌سازی و فعالیت‌های جسمی (به طور مثال نرمش و ورزش‌های گروهی) می‌تواند به بیماران در پیداکردن و گسترش فعالیت‌های تفریحی جدید کمک کند. تداوم این فعالیت‌ها در هنگام برگشت بیمار به جامعه به بازتوانی بیمار کمک خواهد کرد.

از آنجایی که اشتغال برای بازگشت مجدد و بازتوانی بیماران ضروری است مراجعان معمولاً با آموزش و خدمات حرفه آموزی برای کار آماده می‌شوند. خدمات شغلی شامل مشاوره شغلی؛ مدیریت مصاحبه شغلی، نوشتن رزومه و خدمات کاریابی است. آموزش‌های شغلی مهارت‌های مراجعان و اعتمادشان را افزایش می‌دهد. فعالیت‌های آموزشی و شغلی مداخلات درمانی‌ای هستند که در ترکیب با دیگر روش‌ها بیمار را برای بازگشت مجدد به جامعه آماده می‌کنند.

مانند هر مرکز درمانی دیگری باید در مراکز اقامتی بلندمدت از تقابل کلامی خشن با بیماران اجتناب شود. همچنین اجتناب از تکنیک‌های تنبیه‌کننده و یا محدود‌کننده نظیر محدودسازی فیزیکی و هر نوع مداخله‌ای که سلامت و شأن و مرتبه بیمار را به خطر می‌اندازد بسیار مهم است.

مستندسازی بیمار

سوابق الکترونیک و یا کتبی بیمار باید به صورت محرمانه در مکانی ایمن نگهداری شود و تنها قابل دسترس کارمندانی باشد که مستقیماً در درمان بیمار درگیر هستند. مستندسازی مناسب باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

- رضایت‌نامه امضا شده بیمار برای درمان و موافقت با قوانین برنامه
- سند امضا شده رعایت اصول اخلاقی و رعایت اصل رازداری
- ارزیابی بیمار
- طرح مدیریتی و درمانی فردی برای هر مراجع
- مرور منظم و یا بروزرسانی طرح‌های درمانی با جزئیات درمان و پیشرفت آن و هر نوع تغییر در اهداف اولیه
- ثبت ترخیص بیمار با تکمیل خلاصه‌ای از درمان بیمار

طول مدت درمان

درمان اقامتی بلند مدت باید حداقل ۳ ماه و یا بسته به نیازهای بیماران، به مدت بیشتری طول بکشد. یک درمان با مدت زمان و شدت کافی به مراجعان شانس درونی سازی و تثبیت هر نوع تغییر رفتار و آمادگی برای زندگی عاری از مواد در جامعه را افزایش می‌دهد. طول مدت درمان لازم برای رسیدن به این نقطه برای هر بیمار متفاوت است.

ترخیص و پیگیری

بسیاری از بیماران پس از ترخیص از درمان اقامتی بلند مدت به حمایت‌های دارویی و روانی اجتماعی نیاز دارند. مدیریت کارآمد ارجاع به مراکز پس مراقبتی (یا مراکز مراقبت‌های مداوم) برای پیگیری افراد پس از ترخیص ضروری است. برای اطلاعات بیشتر در مورد مدیریت بازتوانی به بخش ۴,۲,۶ مراجعه شود.

تأمین نیروی انسانی

تأمین نیروی انسانی در مراکز درمانی اقامتی بلندمدت به نوع خدمات و گروه بیماران بستگی دارد. بسته به اندازه برنامه‌های درمانی ارائه خدمات موثر معمولاً به یک تیم از متخصصین آموزش دیده در چندین حوزه و افراد داوطلب نیازمند است. اجتماعات درمان مدار و دیگر خدمات درمانی اقامتی طولانی مدت به درجاتی از نظارت پزشکی نیاز دارند. پزشکان و در صورت امکان روانپزشکان باید تعداد ساعت خاصی در هفته به صورت آنکال و یا در دسترس حضور داشته باشند. مراکز درمانی اقامتی برای بیماران با شرایط نیازهای همبود شدید نیازمند خدمات مراقبت پزشکی روزانه در داخل مرکز و به صورت آنکال در طول شب هستند.

مشاوران، پرستاران و مددکاران اجتماعی باید در تمام مدت در محل برنامه حضور داشته باشند. مراجعان قبلی و یا افرادی که در حال بازتوانی اختلال مصرف مواد هستند و در حال حاضر به عنوان کارمند کار می‌کنند می‌توانند الگوی ارزشمندی برای بیماران باشند. این افراد ترجیحاً باید بیرون از یک برنامه درمانی کار کرده باشند و آموزش‌های حرفه‌ای را به عنوان

مشاور و یا گرداننده کارگروهی دیده باشند. به متخصصانی که کار در برنامه اقامتی طولانی مدت را آغاز می‌کنند توصیه می‌شود که قبل از استخدام در برنامه یا بلافاصله پس از آن قسمتی از وقت خود را در برنامه سپری کنند.

ملاحظات ایمنی

تمام برنامه‌های درمانی اقامتی باید به منظور کسب اطمینان از ایجاد یک محیط ایمن از نظر جسمی و روانی برای یادگیری و زندگی، شرایط ایمنی را برای کارمندان و مراجعان خود مهیا کنند.

از آنجایی که مراجعان ممکن است برای چندین ماه در برنامه بمانند محیط فیزیکی و ظاهر تسهیلات برنامه بسیار مهم است. مرکز باید شبیه یک خانه باشد تا یک بیمارستان یا زندان. ممنوعیت الکل و دیگر مواد بسیار مهم است؛ با این حال نیازی به ترک داروهای روانپزشکی تجویز شده مانند ضد افسردگی‌ها، متادون و یا مورفین که تحت نظارت پزشکی و برای درمان اختلالات مصرف مواد و یا روانپزشکی تجویز شده است نیست. باید فرایندهایی برای مدیریت داروهای تجویز شده (به طور مثال برای ذخیره سازی، توزیع و تجویز آن‌ها) به کار گرفته شود.

رفتارهای غیر قابل پذیرش مانند مصرف مواد یا الکل، خشونت، دزدی و فعالیت‌های جنسی بین مراجعان می‌تواند حذف آنها از برنامه را در پی داشته باشد. آزمایش غربالگری ادراری که مراجعان به طور منظم پس از برگشت از مرخصی موقت به مرکز درمانی و یا در صورت مظنون بودن به مصرف مواد انجام می‌دهند می‌تواند به نگهداری یک محیط عاری از مواد کمک کند. باید رویه‌هایی برای گزارش و مدیریت وقایع ناایمن نظیر سوء رفتارهای جنسی و یا جسمی به کار گرفته شود. همچنین باید اصول واضحی برای مدیریت نقض قوانین برنامه و ارزش‌های آن به روشی متناسب با شرایط خاص وجود داشته باشد. تماس با افراد ملاقات کننده با بیمار به‌ویژه در مراحل اولیه درمان باید محدود شود و تحت نظارت باشد.

اگر فردی ترخیص شد و یا در درمان مورد پذیرش قرار نگرفت باید درباره نحوه شناسایی و مدیریت بیش مصرفی و همچنین در مورد دیگر انتخاب‌های درمانی، حمایتی و مراقبتی به ایشان اطلاع رسانی شود.

معیارهای کامل کردن برنامه و شاخص‌های اثربخش بودن آن

در ارزیابی موفقیت درمانی فرد و آمادگی بیمار برای ترخیص باید چندین عامل را مد نظر داشت؛ نظیر

- سلامت روانی و جسمی بیمار
 - انگیزه بیمار برای ادامه درمان و ماندن در بهبودی پس از ترخیص
 - توانایی و انگیزه بیمار برای مشارکت در کار و یا آموزش و مشارکت در جامعه
 - مهارت‌های خود مدیریتی بهبود یافته و توانایی تنظیم هیجانات
 - درک عوامل و آغاز کننده‌هایی که ممکن است به مصرف مواد و عود مجدد بیانجامد و همچنین اثبات توانایی تشخیص آن‌ها و مدیریت وسوسه مواد
 - ارتباط اجتماعی بهبود یافته، عملکرد بهبود یافته و تمایل دور ماندن از شبکه‌های مصرف کننده مواد و رفتن به سمت شبکه‌های اجتماعی که به حفظ پاکی و بازتوانی ارزش قائل‌اند
 - گسترش مهارت‌های جدید، تفریحات و علاقه‌مندی‌های جدید که می‌تواند بعد از ترخیص ادامه یابد
- بعضی از برنامه‌های درمانی اقامتی طولانی مدت یک مرحله درمانی گذرا یا ورود مجدد را برای آمادگی مراجعان برای ترخیص پیشنهاد می‌کنند. در طول این فاز مراجعان به تدریج در حالی که هنوز به عنوان مراجع در برنامه شرکت دارند

وقت بیشتری را جهت ادامه تحصیل و یا کار در جامعه می‌گذرانند. در این مدت درحالی که مراجعان هنوز از ایمنی پایداری و حمایت‌های خدمات برنامه بهره‌مند هستند ارتباط بیشتری را با یک جامعه گسترده تر آغاز میکنند. این امر به آنان اجازه می‌دهد که مهارت‌های کسب شده جدید را تمرین کنند، پاکی خود را حفظ کنند، روابط جدید و شبکه های دوستی حمایتگر جدید را گسترش دهند و در زمان مناسب ارتباط مجدد خود را با خانواده برقرار کنند. عملکرد و اثربخشی کلی یک برنامه درمانی اقامتی طولانی مدت می‌تواند با ترکیبی از شاخص‌های فرآیندها (نظیر اینکه چه خدماتی ارائه می‌شود و یا بیماران در طول مدت اقامت درمانی به چه اهدافی می‌رسند) و همچنین معیارهای عینی از نتایج دراز مدت بعد از ترخیص بیماران ارزیابی شود.

معیارها ممکن است شامل نسبتی از بیماران باشد که

- درمان را کامل می‌کنند.
- در درمان تکمیلی و یا مدیریت بهبودی بعد از ترخیص مشارکت می‌کنند؛ به طور مثال نسبتی از بیماران که در درمان تکمیلی بعد از ترخیص شرکت می‌کنند.
- بیمارانی که درمان را کامل می‌کنند و در پیگیری (برای مثال در بازه های شش ماهه) پاکی خود را حفظ می‌نمایند و این امر به وسیله گزارش خود افراد و دیگر نشانه‌های بهبودی اثبات می‌شود.
- ملزومات اساسی برای مراکز درمانی اقامتی و یا بلندمدت
- یک مرکز درمانی اقامتی طولانی مدت برنامه درمانی طرح ریزی شده دارد.
- تمام بیماران تحت یک ارزیابی جامع قرار می‌گیرند.
- تمام بیماران بر اساس ارزیابی‌شان یک طرح درمانی مختص به خود دارند که به طور منظم مرور می‌شود.
- یک برنامه روزانه ثابت و ساختارمند جهت فعالیت‌های گروهی وجود دارد.
- برنامه درمانی زنجیره شفافی از پاسخگویی‌های بالینی دارد.
- مزایا و امتیازات با منطق و فرایند تخصیص آن‌ها به‌طور واضحی تعریف شده‌اند.
- برنامه مسئولیت بهبودی و نگهداری سلامت جسمی بیماران را می‌پذیرد.
- سیاستگذاری‌ها، فرآیندها و مسئولیت‌های بالینی کافی و کتبی برای درمان دارویی و مدیریت داروهای تجویز شده وجود دارد.
- خدمات به گونه‌ای مهیا شده‌اند که مراجعان را برای زندگی مستقل در یک جامعه گسترده‌تر آماده کنند.
- خانه‌های مراقبتی ثبت شده و دیگر مراکز درمانی طولانی مدت باید حداقل استانداردهای ملی برای مراکز اقامتی را داشته باشند.
- معیارهای تعریف شده برای خروج بیماران وجود داشته باشد؛ نظیر تخطی از قوانین خدمات درمانی، خشونت و استفاده مداوم از داروهای غیر تجویز شده توسط پزشک.
- دستورالعمل‌های اخلاقی سختگیرانه‌ای برای پرسنل وجود دارد. توصیه می‌شود که یک هیئت خارجی مسئول تشکیل شود تا از این‌که گردانندگان و پرسنل مراکز درمانی اقامتی طولانی مدت از نظر اخلاقی و درمانی عملکرد خوبی را ارائه می‌دهند و از قدرتشان سوء استفاده نمی‌کنند اطمینان حاصل گردد.
- معیارهای تعریف شده‌ای برای مدیریت شرایط پرخطر ویژه نظیر مسمومیت و یا خودکشی وجود دارد.
- ترخیص بیمار با در نظر گرفتن وضعیت بهبودی بیماران انجام می‌شود.

- به درمان‌ها و حمایت‌های بعدی (حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی و دیگر حمایت‌ها) که ممکن است بر اساس تشخیص بیماران و اهداف درمان و منابع ضروری به نظر برسد توجه می‌شود.
- در صورت شکست کامل و یا شکست نسبی طرح اولیه یا اخراج بیماران از خدمات درمان مواد طرح‌های مراقبتی برای یافتن روش‌های جایگزین جستجو می‌شود.
- خدمات سیاست‌هایی برای شرایط کار ایمن و مدیریت شرایط ناایمن دارد.
- ساختار و مدیریت برنامه درمانی طولانی مدت تعریف شده است. نقش‌ها و صلاحیت‌های هر منصب به طور دقیق و شفاف توضیح داده شده و از اینکه روش‌های گزینش، استخدام و آموزش کارمندان مطابق با هنجارهای قانونی و قوانین وضع شده داخلی است اطمینان حاصل می‌گردد.
- سوابق کتبی یا الکترونیک بیماران به گونه‌ای که به اصل محرمانه بودن اطلاعات بیمار احترام گذاشته شود نگهداری می‌شود.
- موارد نقص قوانین و حقوق بیماران توسط کارمندان و تدابیر مناسب اتخاذ شده مستند سازی می‌شود و در صورت نیاز در سوابق پرسنل ثبت می‌شود.
- درمان‌های اختصاصی برای اختلال مصرف مواد تنها توسط کارمندان با صلاحیت‌ها و مجوزهای مرتبط (در حوزه‌های آموزشی، اجتماعی و درمان‌های روانپزشکی، روانشناسی و طبی) و همواره با رضایت بیماران انجام می‌شود.

۲-۴ روش‌ها و مداخلات درمانی

۲-۴-۱ غربالگری، مداخلات مختصر و ارجاع جهت درمان (SBIRT):

تعریف

غربالگری، مداخلات مختصر و ارجاع به درمان و یا غربالگری و مداخلات مختصر مداخلات مبتنی بر شواهدی هستند که برای شناسایی، کاهش و یا پیشگیری از اختلالات مصرف مواد به خصوص در مراکز بهداشتی که جهت درمان اختلالات سوء مصرف مواد تخصصی نیستند انجام می‌شود. (WHO. 2016). تمام متخصصین سلامتی و به ویژه کارمندی که با جمعیت با شیوع بالای اختلالات مصرف مواد و یا با بیماران دارای اختلالات مصرف مواد کار می‌کنند می‌توانند از آموزش SBIRT بهره بگیرند.

غربالگری

غربالگری فرایندی مختصر برای شناسایی معیارهای وجود یک شرایط خاص است. این معیارها نیازهای فرد برای درمان و ضرورت انجام یک ارزیابی جامع‌تر را منعکس می‌کند (SAMHSA. 2015). ابزارهای غربالگری که برای این منظور به کار می‌رود می‌تواند در دو گروه طبقه بندی شود:

- ابزارهای خود اظهاری (نظیر مصاحبه‌ها و یا پرسشنامه‌های خود اظهاری)
- مارکرهای بیولوژیکی (نظیر وجود مواد در بزاق و یا ادرار)

ابزارهای خود اظهاری ارزان هستند و از نظر جسمی غیرتهاجمی هستند. یک ابزار غربالگری خودگزارشی خوب باید مختصر باشد، اجرا و تفسیر آن آسان باشد، به مصرف الکل و دیگر مواد بپردازد و همچنین حساسیت و اختصاصیت کافی را از نظر بالینی داشته باشد تا بتواند افراد نیازمند به مداخلات مختصر و یا بیماران نیازمند به ارجاع به درمان را شناسایی کند.

برای بالا بردن میزان دقت یک ابزار خود اظهاری مهم است که به بیماران درباره محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شود، با آنها در شرایطی مصاحبه شود که مشوق یک گزارش صادقانه است و از آن‌ها سوالات عینی و با کلمات کاملاً واضح پرسیده شود.

طیفی از ابزارهای معتبر برای غربالگری اختلالات مصرف مواد وجود دارد. این ابزارها شامل تست غربالگری گرفتاری بیمار به الکل، دخانیات و مواد (ASSIST)⁴² است که یک ابزار غربالگری مبتنی بر شواهد علمی است که توسط سازمان بهداشت جهانی گسترش یافته و توصیه شده است (WHO, 2010 a). ASSIST شامل ۸ سوال در مورد الکل، تنباکو و دیگر مواد نظیر مواد تزریقی است. سوال‌ها مصرف مواد، وابستگی فرد به مواد و یا مصرف آسیب رسان و یا خطرناک فرد را شناسایی می‌کنند. از آنجا که این ابزار به طور تخصصی برای مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسعه یافته‌اند برای مصاحبه و یا خود اظهاری فرد توصیه می‌شوند.

پس از غربالگری ابزارهای دیگری می‌توانند برای ارزیابی‌های دقیق طرح بیماران استفاده شوند نظیر پرسشنامه شاخص شدت اعتیاد⁴³ ((McLellan, Luborsky & Woody, 1980)) (ASI) که اختلال مصرف مواد و مشکلات مرتبط نظیر مشکلات روانپزشکی، سلامت طبی و موضوعات خانوادگی را ارزیابی می‌کند. هنگامی که فرد در مرحله حاد ترک نیست می‌توان از یک مصاحبه ساختار یافته اختلالات روان پزشکی بهره جست. ابزارها در این قسمت شامل مصاحبه روانپزشکی عصبی بین‌المللی-کوچک⁴⁴ (Sheehan et al, 1998; Sheehan, 2016) . MINI ، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای⁴⁵ DSM_ (SCID) (First et al, 2015) و یا مصاحبه تشخیصی ترکیبی بین‌المللی _ مدل سوءمصرف مواد⁴⁶ ((Cottler, 2000)) (CIDI_SAM) می‌باشد. این ابزارها به خصوص برای شناسایی اختلال مصرف مواد و همچنین شناسایی اختلالات روانپزشکی همراه مناسب هستند.

ابزار غربالگری خود اظهاری برای بیماران هوشیار استفاده می‌شوند. وقتی بیمار قادر نیست در یک مصاحبه فردی رو در رو به سوالات پاسخ دهد (برای مثال هنگامی که در یک سیستم خدماتی فشرده بیمار هوشیار نیست) مارکرهای بیولوژیکی ممکن است در چارچوب SBIRT مفید باشد .

مداخلات مختصر

مداخله مختصر یک درمان ساختار یافته با مدت زمان کوتاه معمولاً بین ۵ تا ۳۰ دقیقه است که هدف آن کمک به افراد برای ترک یا کاهش مصرف مواد و یا به طور کمتر برای پرداختن به دیگر مسائل زندگی است. این مداخله عمدتاً برای پزشکان عمومی و دیگر کارمندان ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه طراحی شده است (WHO, 2001; WHO, 2001).

⁴² Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

⁴³ Addiction Severity Index (ASI)

⁴⁴ Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

⁴⁵ Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID)

⁴⁶ Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module (CIDI-SAM)

(2010b) پس از این رویکرد مراجع محور و برپایه قدرتمندسازی بیماران احساس قدرت کرده و انگیزه پیدا می‌کنند که مسئولیت رفتارهای مصرف مواد شان را بپذیرند و آن را عوض کنند. در صورت نیاز و دسترسی، مداخلات مختصر ممکن است یک الی دو جلسه انجام شوند تا به بیماران برای گسترش مهارت‌ها و منابع مورد نیاز برای تغییر کمک کنند و یا نیاز به درمانهای بعدی را ارزیابی کنند.

یک مداخله مختصر اثربخش به چندین گام اساسی نیاز دارد: اول پزشک موضوع مصرف مواد را در رابطه با سلامت و رفاه بیمار و ارتباط آن با شرایطی که آنان خودشان را پیدا می‌کنند مطرح می‌کند. محور این بحث بیمار است و استراتژی‌هایی نظیر خلاصه سازی و انعکاس برای ارائه بازخورد استفاده می‌شود. از بیمار خواسته می‌شود که درباره تغییر صحبت کند و اهداف واقع گرایانه ای تعیین کند. در پایان جلسه درمانگر بحث را خلاصه می‌کند و و بازخورد مثبتی را برای قدرتمند سازی بیمار جهت پذیرش احساس مسئولیت برای تغییر رفتارشان ارائه می‌کند.

اجزای یک مداخله مختصر موثر می‌تواند در چارچوب FRAMES خلاصه شود:

F: Feedback درباره خطرات و اختلالات شخصی به فرد بازخورد داده می‌شود.

R: Responsibility مسئولیت تغییر به عهده خود فرد گذاشته می‌شود.

A: Advice درمانگر به مراجع تغییر را توصیه می‌کند.

M: Menu فهرستی از از انتخاب های درمانی و یا گروه های خودیاری به بیمار پیشنهاد می‌شود.

E: Empathic style سبک همدلانه در مشاوره استفاده می‌شود.

S: Self-efficacy خودکارآمدی و قدرتمندسازی خوش بینانه ایجاد می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی رویکرد ۹ مرحله‌ای زیر را به مداخلات مختصر پس از غربالگری ASSIST توصیه می‌کند (WHO, 2010b):

- سوال کردن از بیماران درباره تمایل شان به دیدن نمرات پرسشنامه ASSIST
- استفاده از کارت بازخورد ASSIST برای ارائه بازخورد فردی به بیماران در خصوص نمرات پرسشنامه
- توصیه به بیماران در خصوص چگونگی کم کردن خطرات مرتبط با مصرف مواد
- اجازه دادن به بیماران برای قبول مسئولیت نهایی انتخاب‌هایشان
- سوال کردن از بیماران درباره اینکه چقدر نگران نمرات شان هستند.
- سبک سنگین کردن نکات مثبت مصرف مواد در برابر نکات کمتر مثبت آن.
- خلاصه سازی و تحلیل اظهارات مراجعان درباره مصرف مواد با تاکید بر روی جوانب کمتر خوب آن .
- سوال از بیمار درباره نگرانی‌های وی در مورد جوانب کمتر خوب مصرف مواد.
- ارائه عوامل کمک کننده برای تقویت مداخلات مختصر در منزل

ارجاع به درمان

زمانی که غربالگری و ارزیابی بعدی فرد به طور قطعی ابتلاء بالینی واضح فرد به اختلال مصرف مواد و یا مصرف همزمان چند ماده و یا شرایط طبی جسمی و روانپزشکی همبود را مشخص کرد، بیماران باید بدون تاخیر جهت درمان به مناسب ترین مرکز ارجاع شوند. می‌توان جهت تسریع در ارجاع در حضور بیمار با یک مرکز درمانی قرار ملاقات گذاشت و از یک فرد هدایتگر برای همراهی بیمار استفاده کرد تا بیمار را تا مرکز درمانی همراهی کند و همچنین می‌توان ثبت نام بیمار را در برنامه درمانی پیگیری کرد. کارآمدترین روش ارجاع شامل آغاز و ارائه درمان مصرف مواد در مراکزی است که SBIRT را انجام می‌دهند.

توصیه های سازمان جهانی بهداشت

(راهنمای مداخلات mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و اختلال مصرف مواد در مراکز سلامتی غیر تخصصی)
(۲۰۱۲)

افرادی که حشیش و مواد محرک روانی مصرف می‌کنند زمانی که در مراکز مراقبت های سلامتی غیر تخصصی شناسایی می‌شوند باید تحت مداخله مختصر قرار گیرند. مداخله مختصر باید شامل یک جلسه ۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای همراه با بازخورد فردی و توصیه به کاهش و یا قطع مصرف حشیش و مواد محرک و پیشنهاد پیگیری بیمار باشد.

افراد با مشکلات جاری مرتبط با مصرف حشیش و یا مواد محرک روانی که به مداخلات مختصر پاسخ نمی‌دهند باید جهت ارزیابی به متخصص ارجاع شوند.

۲-۲-۴ مداخلات روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد علمی

فصل دوم: اصول و استانداردهای کلیدی درمان اختلالات مصرف مواد

تعریف

مداخلات روانی اجتماعی باید جهت پرداختن به عوامل انگیزشی، رفتاری، روانشناختی و دیگر فاکتورهای روانی اجتماعی مرتبط با اختلال مصرف مواد در برنامه های درمانی سرپایی انجام شود. سودمند بودن این مداخلات در کاهش مصرف مواد، بهبود و ارتقاء ترک و پیشگیری از عود مجدد مصرف اثبات شده است. همچنین مداخلات روانی اجتماعی می‌توانند در راستای افزایش چسبندگی به درمان و داروها مورد استفاده قرار گیرند. اختلالات مختلف مصرف مواد به مداخلات اثربخش دیگر نیز نیاز دارند؛ نظیر آموزشهای روانشناختی^{۴۷}، درمان شناختی رفتاری^{۴۸}، مصاحبه انگیزشی^{۴۹}، رویکرد

⁴⁷ Psychoeducation

⁴⁸ cognitive behavioural therapy (CBT)

⁴⁹ motivational interviewing

تقویت اجتماعی^{۵۰}، درمان تقویت انگیزشی^{۵۱}، خانواده درمانی، مدیریت مشروط^{۵۲}، رفتار درمانی دیالکتیک^{۵۳}، شناخت درمانی بر پایه ذهن آگاهی^{۵۴}، پذیرش و تعهد درمانی^{۵۵}، درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر آسیب^{۵۶}، گروه‌های همیاری دو جانبه (شامل گروه دوازده قدمی)، تهیه مسکن و حمایت‌های شغلی (WHO, 2016).

درمان شناختی رفتاری (CBT):

درمان شناختی رفتاری برپایه فهم این نکته است که در مصرف مواد الگوهای رفتاری و پروسه شناخت یاد گرفته می‌شوند و می‌توانند اصلاح شوند. در طول درمان، بیماران با مهارت‌های سازگاری جدید و راهبردهای شناختی جدیدی آشنا می‌شوند که می‌تواند جایگزین الگوهای تفکر و رفتاری نابهنجار شود. جلسات درمان شناختی رفتاری با رسیدن به اهداف خاصی برای هر جلسه ساختارمند شده است و بر روی مشکلات آنی که بیمار با آن مواجه است متمرکز می‌باشد. CBT می‌تواند به عنوان یک رویکرد کوتاه مدت که قابل سازگاری با طیف وسیعی از بیماران و مراکز درمانی است و برای جلسات درمانی گروهی و یا فردی قابل کاربرد است استفاده شود؛ چیزی که می‌تواند به خوبی با طیفی از دیگر درمان‌های روانی اجتماعی و یا دارو درمانی به کار رود.

مدیریت مشروط (CM)

مدیریت مشروط شامل دادن پاداش‌های مشخص و اختصاصی به بیمار است تا رفتارهای مثبت وی نظیر پاک‌ی، شرکت در درمان، پذیرش دارو درمانی و یا اهداف درمانی مختص بیمار تقویت شود. اثربخشی مدیریت مشروط منوط به یک نتیجه مثبت مورد موافقت قرار گرفته با یک اقدام عینی (نظیر تست سم شناسی ادرار و نتیجه غربالگری مواد منفی) و بازخورد بی درنگ به آن نتیجه است. نتایج تست های مواد شاخصی برای پیشرفت درمان ارائه می‌کنند و می‌توانند در جلسات درمانی برای بالا بردن درک شرایط بیمار مورد بحث قرار گیرند. یک رویکرد مدیریت مشروط که می‌تواند با درمان شناختی رفتاری ترکیب شود معمولاً به عنوان بخشی از درمان استفاده می‌شود که بر روی تقویت رفتارهای جدیدی تمرکز دارد که در مقابل مصرف مواد اتخاذ می‌شود.

بیمارانی که تحت درمان با مدیریت مشروط قرار می‌گیرند برخلاف بیمارانی که از درمان‌های دیگر استفاده می‌کنند معمولاً در آغاز کاهش بیشتری در مصرف مواد نشان می‌دهد؛ با این حال در مورد اینکه آیا این آثار می‌تواند بدون استفاده مدیریت مشروط در ترکیب با دیگر رویکردهای درمانی ماندگار باشد تردید وجود دارد. اثربخشی درمان مدیریت مشروط به خصوص در درمان بیماران با اختلال مصرف آموپتامین و کوکائین به اثبات رسیده است. این رویکرد به کاهش رهاسازی درمان و کم کردن مصرف مواد در این بیماران کمک می‌کند. دیگر مطالعات نشان داده‌اند که هنگامی که مدیریت مشروط از کوپن برای پاداش بیماران برای رسیدن به اهداف قابل توجه در درمانشان استفاده می‌کند این امر به‌طور واقعی میزان اشتغال را

⁵⁰ the community reinforcement approach

⁵¹ motivational enhancement therapy

⁵² contingency management

⁵³ dialectical behavioural therapy

⁵⁴ mindfulness-based cognitive therapy

⁵⁵ acceptance and commitment therapy

⁵⁶ trauma-focused cognitive behavioural therapy

در میان آنان بالا می‌برد. اگرچه بسیاری از تحقیقات از تقویت کننده های مالی استفاده می کنند بسیار اهمیت دارد که مدیریت مشروط را با فرهنگ و ورودی هایی از جمعیت بیماران تطابق دهیم.

رویکرد تقویت اجتماعی

رویکرد تقویت اجتماعی یک رویکرد رفتاری برای کاهش مصرف مواد است که در آن افراد دارای اختلال مصرف مواد به دنبال اصلاح روش تعاملشان با اجتماعشان هستند تا تقویت کننده های مثبت تری از این تعامل ها بگیرند. افرادی که رویکرد تقویت اجتماعی را دنبال می کنند مراجعان را تشویق می کنند که به طور فزاینده برای فعالیت های لذت بخش غیر مرتبط با مواد نظیر تعامل های خانوادگی مثبت، فعالیت های اجتماعی سالم و یا استخدام آماده شوند. راهبردهای رویکرد تقویت اجتماعی شامل گسترش مهارت هایی نظیر مهارت ارتباطی، اجتماعی، شغلی، حل مشکل نه گفتن به مواد و مهارت های پیشگیری از عود مصرف برای افراد مصرف کننده مواد است که مراجعان را تشویق می کند که به هر جنبه ای از زندگی شان که برای خوشحالی شان مهم است بنگرند و با اعضای خانواده و دیگر اعضای جامعه مراجع کار می کند تا آن ها را تشویق کند که تعامل شان مثبت تر باشد.

مصاحبه انگیزشی و درمان تقویت انگیزشی

مصاحبه انگیزشی یک مداخله روانی اجتماعی برای افزایش انگیزه تغییر یک رفتار است. این مداخله فعالیتی مشترک و مهیج است که استقلال بیمار را به رسمیت می شناسد. در اینجا متخصص بالینی نقشی مشورتی دارد تا آمرانه و در جستجوی فهم ارزشهای بیمار است. این امر همدلی ایجاد می کند و نوعی رابطه درمانی را شکل می دهد که می تواند تغییرات رفتاری را برانگیزاند. بیمار ممکن است به این درک برسد که رفتار مصرف مواد در تقابل با چیزهایی است که برایش اهمیت دارد؛ همچنین مصاحبه انگیزشی رویکردی امیدبخش در جهت کاهش رفتارهای پرخطر بیمار نظیر روابط جنسی حفاظت نشده و استفاده از سرنگ مشترک در تزریق است. در موارد خفیف مصرف مواد یک یا دو جلسه مصاحبه انگیزشی کافیت. برای درمان اختلالات شدیدتر مصرف مواد ممکن است به ۶ جلسه یا بیشتر نیاز باشد که در این صورت نام این رویکرد درمان تقویت انگیزشی خواهد بود.

رویکردهای درمانی مبتنی بر خانواده

رویکردهای درمانی مبتنی بر خانواده به صورت رسمی مجموعه ای از روش ها هستند که اهمیت تاثیر روابط خانوادگی و فرهنگ خانواده را بر رفتار تصدیق می کنند. این رویکردها سیستم یا روابط خانوادگی را تحت کنترل درمی آورد یا از آن استفاده می کند تا بصورت مثبتی رفتار اعضای خانواده را با اختلال مصرف مواد تحت تاثیر قرار دهد. مفهوم خانواده ممکن است شامل بسیاری از روابط خانوادگی شود نظیر زوج های ازدواج کرده بدون بچه، خانواده های هسته ای و یا گسترده سنتی که با یکدیگر با یا بدون فرزندان زندگی می کنند. خانواده های تک والدی و خانواده های مخلوط^{۵۷} که مشخصه آن ها وجود والدین با بچه هایی از روابط قبلی است.

امروزه سودمندی رویکرد درمان مبتنی بر خانواده در بهبود شاخص هایی نظیر مشارکت در درمان، کاهش مصرف مواد و افزایش مشارکت در مداخلات پس از درمان در مقایسه با مراقبتهایی که بر روی خود بیمار تمرکز دارند به اثبات رسیده

⁵⁷ blended families

است. رویکردهای مبتنی بر خانواده به ویژه در آموزش بیماران و خانواده‌های آنان نسبت به ماهیت اختلال مصرف مواد و روند بهبودی مفید است. رویکردهای مبتنی بر خانواده برای انواع مختلف مصرف مواد مداخلات موثری شناخته می‌شوند و شامل زوج درمانی رفتاری^{۵۸}، خانواده درمانی با راهبرد مختصر^{۵۹}، خانواده درمانی عملکردی^{۶۰}، درمان چند سیستمی^{۶۱} و خانواده درمانی چند بعدی^{۶۲} می‌شود.

به نظر می‌رسد که خانواده درمانی چند بعدی به‌ویژه در درمان وابستگی به حشیش در نوجوانان موثر باشد. زوج درمانی رفتاری بیشتر به عنوان بخشی از درمان وابستگی به الکل و در بیماران مصرف کننده کوکائین امتحان شده است و ممکن است برای مدیریت اختلالات دیگر مصرف مواد نیز کاربرد داشته باشد.

همچنین هنگامی که بیمار از شرکت در درمان امتناع می‌کند کار با خانواده با استفاده از رویکردهایی نظیر خانواده درمانی یک‌جانبه^{۶۳} و یا تقویت اجتماعی^{۶۴} و یا آموزش خانواده^{۶۵} می‌تواند کمک کننده باشد. UNODC آموزش خانواده درمانی را در حوزه‌های اینترنتی عمومی^{۶۶} برای درمان اختلال مصرف مواد در بین نوجوانان گسترش داده است.

خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمات مراقبتی برای افراد دارای اختلالات مصرف مواد با احترام به اصل رازداری بیمار باید در زمان ممکن و مناسب در روند درمان بیمار شرکت و از آن حمایت کنند. این شامل به اشتراک گذاری اطلاعات صحیح درباره اختلالات مصرف مواد و درمان آن (با به خاطر داشتن مسائل مربوط به اصل رازداری بیمار)، ارزیابی نیازهای سلامت روانی، نیازهای اجتماعی و شخصی بیمار و تسهیل دسترسی خانواده و مراقبت‌کنندگان به گروه‌های حمایتی و دیگر منابع اجتماعی می‌شود.

گروه‌های کمک متقابل^{۶۷}

گروه‌های کمک متقابل نظیر معتادان گمنام، برنامه‌های دوازده قدمی حمایت هم‌تایان و دیگر نهادهای کمک‌های متقابل و مبتنی بر هم‌تایان می‌توانند از افراد با اختلالات مصرف مواد حمایت کنند. این گروه‌ها کار اطلاع رسانی درمورد فعالیت‌های ساختارمند و حمایت‌های هم‌تایان را در محیطی به دور از قضاوت برعهده دارند. ضروری است به بیماران در خصوص گروه‌های کمک‌های دوجانبه محلی و جزئیات تماس با آنها اطلاع رسانی شود. ارائه کنندگان خدمات همچنین می‌توانند میزان مشارکت بیماران را با ارجاع مستقیم آن‌ها به نمایندگان گروه‌های حمایت هم‌تایان محلی و کمک به تماس مداوم با آنها تسهیل کنند.

⁵⁸ behavioural couples therapy

⁵⁹ brief strategic family therapy

⁶⁰ functional family therapy

⁶¹ multisystemic therapy

⁶² multidimensional family therapy

⁶³ unilateral family therapy

⁶⁴ community reinforcement

⁶⁵ family training

⁶⁶ Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Updated_Final_UNFT_to_share.pdf

⁶⁷ Mutual-help groups

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

راهنمای مداخلات mhGAP برای اختلالات روانی و عصبی و اختلال مصرف مواد در مراکز سلامتی غیر تخصصی ۲۰۱۲

- مداخلات روانی اجتماعی شامل مدیریت مشروط و درمان‌های شناختی رفتاری و خانواده درمانی می‌توانند برای درمان وابستگی به مواد محرک روانی پیشنهاد شود.
- مداخلات روانی اجتماعی برپایه درمان‌های شناختی رفتاری و یا درمان تقویت انگیزشی و یا خانواده درمانی برای مدیریت وابستگی به حشیش پیشنهاد می‌شود.
- مداخلات روانی اجتماعی شامل درمان‌های شناختی رفتاری، درمان‌های رفتار درمانی، درمان‌های شبکه‌های اجتماعی، مدیریت مشروط، مداخلات انگیزشی و برنامه‌های دوازده قدمی می‌تواند در درمان وابستگی به الکل پیشنهاد شود.

۳-۲-۴ مداخلات دارویی مبتنی بر شواهد علمی

تعریف

داروها در مدیریت و یا درمان اختلالات متنوع ناشی از مصرف مواد نظیر مسمومیت، بیش‌مصرفی، ترک، وابستگی و اختلالات روانپزشکی مرتبط با مواد و یا ناشی از مواد بسیار کمک کننده باشد. مداخلات دارویی باید در کنار مداخلات روانی اجتماعی تجویز گردد.

مداخلات دارویی برای مدیریت ترک مواد

ترک شناخته نشده و یا درمان نشده خطر خروج از درمان بیمار را به همراه خواهد داشت. مدیریت ترک و یا آنچه به عنوان سم زدایی می‌شناسیم به طور معمول بیشترین نگرانی را در بیمارانی که سابقه وابستگی شدید و یا طولانی مدت به مخدرها، الکل، بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها و یا مصرف همزمان چندین ماده را دارند ایجاد می‌کند. این امر ضرورت تدوین دستورالعمل‌های مدیریت ترک مبتنی بر شواهد علمی را گوشزد می‌کند که معمولاً از دارودرمانی در ترکیب با استراحت، تغذیه و مشاوره‌های انگیزشی بهره می‌گیرند.

ترک اویپوئیدها (مخدرها)

درمان دارویی برای ترک مخدرها شامل درمان کوتاه مدت با متادون و بوپرنورفین و یا آگونست‌های آلفا ۲ آدرنرژیک نظیر کلونیدین یا لوفکسیدین^{۶۸} است. اگر هیچ یک از این موارد در دسترس نبود انتخاب دیگر می‌تواند استفاده از دوزهای کاهش یابنده مخدرهای ضعیف و همچنین داروهایی برای درمان نشانه‌های خاص ظاهر شده باشد؛ با این حال افراد دارای

⁶⁸ Lofexidine

وابستگی به مخدرها معمولاً به درمان طولانی مدت با آگونیست‌های اپیوئیدی بهتر جواب می‌دهند زیرا سم‌زدایی به تنهایی آنها را در خطر فزاینده بیش مصرفی قرار می‌دهد.

هدف اصلی درمان ترک، پایدار کردن سلامت جسمی و روانشناختی بیمار و مدیریت هم‌زمان نشانه‌های قطع و یا کاهش مصرف مواد است. لازم است که قبل از آغاز درمان با آنتاگونیست‌های مخدر علائم ترک مدیریت شود؛ با این حال بیماران در این مرحله بسیار آسیب پذیر هستند. دلیل این امر این است که دوره پاک‌ی اخیر عامل خطر مهمی برای بیش مصرفی کشنده ناشی از تحمل کاهش یافته به مخدرها و خطر فزاینده محاسبه غلط دوز مخدر است. در صورت در دسترسی به داروهای مخدر، تجویز روزانه دوزهای کاهش یافته و تحت نظارت متادون و بوپرنورفین در یک دوره یک تا دو هفته‌ای روشی ایمن و اثربخش است؛ در غیر این صورت دوزهای پایین کلونیدین یا لوفکسیدین یا دوزهای به تدریج کاهش یافته یک داروی مخدر ضعیف‌تر هم‌زمان با داروهای خاص برای درمان علائم ایجاد شده در ترک مخدرها می‌تواند به کار گرفته شود. درمانگران بالینی باید تنها داروهای مسکن و آرامبخش را برای مدت کوتاه تجویز کنند و از نزدیک پاسخ درمانی را نظارت کنند زیرا استفاده طولانی مدت از برخی داروها ممکن است با خطر تحمل و سوء مصرف دارو همراه باشد. اثربخشی درمان هنگامی که در خلال مدیریت ترک، مساعدت روانی اجتماعی در دسترس است بیشتر می‌شود.

در موارد مصرف مخدرها در صورت امکان باید به افراد وابسته به اپیوئیدها و خانواده هایشان نالوکسان به عنوان دوز منزل داده شود. آن‌ها باید برای مدیریت بیش مصرفی مخدرها تحت آموزش قرار گیرند.

توصیه های سازمان جهانی بهداشت

(دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی برای درمان دارویی وابستگی به مخدرها همراه با کمک‌های روانی اجتماعی ۲۰۰۹)

- خدمات ترک مخدرها باید به گونه ای ساختار یابند که ترک مواد تنها خدمت ارائه شده نباشد؛ بلکه در ترکیب با دیگر انتخاب‌های درمانی باشد.
- ترک مخدرها باید به همراه درمان تداوم یابنده طرح‌ریزی شود.
- برای مدیریت ترک مخدرها باید ترجیحاً دوزهای کاهش یافته آگونیستهای مخدر نظیر متادون یا مورفین استفاده شود؛ هر چند استفاده از آگونیست های آلفا ۲ آدرنرژیک نیز ممکن است.
- درمانگران نباید ترکیبی از آنتاگونیست های اپیوئیدی را با آرامبخشی سنگین برای مدیریت ترک مخدرها استفاده کنند.
- درمانگران نباید به طور معمول از ترکیب آنتاگونیست‌های مخدر و آرامبخش‌های ضعیف در مدیریت ترک مخدرها استفاده کنند.
- خدمات روانی اجتماعی باید به صورت روتین در ترکیب با درمانهای دارویی ترک مخدرها پیشنهاد شوند.

ترک آرام‌بخش‌ها، خواب‌آورها و ضد اضطراب‌ها

از بیمارانی که در برنامه پذیرش می‌شوند باید درباره مصرف هم‌زمان چندین ماده نظیر مصرف الکل و آرامبخش‌ها سوال شود. این بیماران باید قبل از شروع علائم ترک تحت نظارت باشند و یا اگر به نظر می‌رسد که خطر احتمالی بروز علائم

ترک شدیدی را از نظر مصرف ضد اضطراب‌ها، خواب‌آورها و یا مسکن‌ها دارند (به طور مثال اگر مصرف سنگین و یا طول کشیده این مواد را دارند و یا سابقه‌ای از ترکهای شدید قبلی را دارند) باید تحت درمان پیشگیرانه قرار گیرند

ترک ضد اضطراب‌ها، خواب‌آورها و مسکن‌ها می‌تواند به طور موثری با بنزودیازپین‌های طولانی اثر و به گونه‌ای که دوز کافی برای رفع علائم ترک داده شود درمان گردد و سپس در طول چند روز یا چند هفته به صورت آهسته دوز بنزودیازپین کم شود. ضروری است که افراد از نظر شروع علائم ترک شدید الکل و یا مسکن‌ها و خواب‌آورها و بروز علائمی نظیر تشنج، ناپایداری قلبی عروقی و دلیریوم تحت نظارت باشند. مهم است که اطمینان حاصل کنیم که درمان تنها مصرف آرامبخش‌ها و خواب‌آورها را طولانی نمی‌کند.

ترک محرک‌ها

ترک محرک‌ها نسبت به سندروم ترک ناشی از سرکوب‌کننده‌های سیستم عصب مرکزی کمتر شناخته شده است؛ با این وجود در ترک محرک‌ها افسردگی غالب است و باناپایداری خلقی، بی‌حالی و بی‌انگیزگی همراه است. در صورت نیاز درمان دارویی ترک محرک‌ها برحسب علائم و یا متمرکز بر مدیریت علائم می‌باشد.

ترک حشیش

سندرم ترک حشیش معمولاً با بی‌خوابی، سردرد، خلق افسرده و تحریک پذیری در مصرف‌کنندگان سنگین آن ایجاد می‌شود در صورت نیاز درمان دارویی ترک حشیش باید به صورت علامتی و متمرکز بر مدیریت علائم باشد.

سایر مواد

درمان ترک دیگر مواد نظیر مواد روانگردان جدید باید برپایه شواهد علمی بهترین درمان‌ها باشد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

راهنمای مداخلات mhGAP برای اختلالات روانی و عصبی و اختلال مصرف مواد در مراکز سلامتی غیر تخصصی ۲۰۱۲

- ترک حشیش، کوکائین و آمفتامین به بهترین نحو در محیطی حمایتی صورت می‌گیرد. هیچ داروی خاصی برای درمان ترک این مواد توصیه نمی‌شود.
- بهبود علائم نظیر بی‌قراری و اختلالات خواب با کمک داروهای علامتی که برای دوره ترک تجویز می‌شوند انجام می‌شود. به طور کمتر شایع افسردگی و یا سایکوز می‌تواند در مدت ترک ایجاد شود. در این موارد باید بیمار از نزدیک تحت نظارت باشد و در صورت دسترسی باید از متخصصین مربوطه کمک گرفته شود.
- ترک بنزودیازپین‌ها با روشی برنامه‌ریزی شده و انتخابی و با استفاده از کاهش تدریجی دوز در طول ۸ تا ۱۲ هفته و با تبدیل دارو به بنزودیازپین‌های طولانی اثر نسبت به کوتاه اثرها انجام می‌شود. حمایت‌های روانی اجتماعی برای افرادی که تحت رژیم کاهش یابنده دارویی قرار می‌گیرند کمک‌کننده است. سندرم ترک بنزودیازپین‌ها در صورت کنترل نشدن می‌تواند شدید باشد. در صورت بروز علائم شدید ترک و یا بروز علائم به روشی برنامه‌ریزی نشده و قطع مصرف ناگهانی این داروها باید با مشاوره یک متخصص بیمار در بیمارستان بستری و یک رژیم آرامبخش بنزودیازپینی با دوز بالا آغاز گردد.
- در افرادی که بنزودیازپین‌ها را ترک می‌کنند ایجاد همبودی‌های فیزیکی نظیر تشنج و یا درد مزمن و یا همبودی‌های روانپزشکی ممکن است اندیکاسیون دیگری برای بستری شدن در بیمارستان باشد.

مداخلات دارویی برای مدیریت وابستگی به مخدرها

با فرض این‌که وابستگی به مخدرها معمولاً یک دوره مزمن و عود کننده دارد نیاز است که برای افرادی که مصرف غیر پزشکی مخدرها را قطع می‌کنند درمان طولانی مدت پیشگیری از عود انجام شود. درمان پیشگیری از عود باید شامل ترکیبی از درمان‌های دارویی و مداخلات روانی اجتماعی باشد. درمانی که صرفاً روی رویکردهای روانی اجتماعی تکیه کند در مقایسه با درمانی که رویکردهای دارویی را نیز در ترکیب خود دارد نتایج کمتری حاصل می‌کند.

دو راهبرد دارویی اصلی برای پرداختن به وابستگی به مخدرها وجود دارد (WHO، ۲۰۰۹)

درمان نگهدارنده با آگونیست مخدر (OAMT)^{۶۹} طولانی اثر نظیر متادون و یا بوپرنورفین در ترکیب با مداخلات روانی اجتماعی موثرترین مداخلات دارویی برای وابستگی به مخدرها محسوب می‌شوند.

سم‌زدایی که با استفاده از آگونیستهای مخدر نظیر نالتروکسن تحت عنوان درمانهای پیشگیری از عود دنبال می‌شود به ویژه در افرادی که انگیزه کافی برای پاک‌ی از مصرف مخدرها را دارند مفید است.

درمان نگهدارنده با آگونیست مخدر (OAMT) Opioid agonist maintenance treatment

هدف اولیه OAMT کاهش و یا قطع مصرف غیر پزشکی مخدرها و خطرات مرتبط و حمایت از پاک‌ی با پیشگیری از نشانه‌های ترک و به حداقل رساندن ولع مصرف مواد و اثرات دیگر مخدرها در صورت مصرف آن‌ها می‌باشد.

تمام بیمارانی که OAMT دریافت می‌کنند باید به مداخلات روانی اجتماعی و پشتیبانی از بهبودی دسترسی داشته باشند. برای امکان‌پذیر شدن چنین حمایت‌هایی باید بین روش‌های مختلف درمانی پیوند برقرار شود. تبعیت نکردن از قوانین برنامه درمانی نباید عموماً اخراج غیر داوطلبانه از درمان را به همراه داشته باشد. نیاز به ایمنی کارمندان و دیگر بیماران ترخیص غیر داوطلبانه بیمار از درمان را توجیه می‌کند؛ با این حال قبل از اینکه بیمار از درمان کنار گذاشته شود باید اقدامات منطقی برای بهبود شرایط انجام شود؛ نظیر ارزیابی دوباره رویکرد درمانی استفاده شده. اگر اخراج بیمار از درمان غیر قابل اجتناب است بسیار مهم است که هرگونه تلاشی انجام شود تا بیمار به دیگر مراکز و یا شعبات مراقبتی و پیشگیری از بیش‌مصرفی ارجاع شود.

درمان نگهدارنده با متادون^{۷۰}

در مقایسه با درمان بدون دارو، بیمارانی که با متادون درمان شدند کاهش قابل توجهی در مصرف هروئین و دیگر مواد نشان می‌دهند. آنها میزان مرگ و میر کمتر، عوارض دارویی کمتر، میزان انتقال کمتر هپاتیت و اچ آی وی، درگیری کمتر در فعالیتهای جنایی و عملکرد بهتر شغلی و اجتماعی را دارند.

دنبال کردن قانون عمومی^{۷۱} با دوز پایین شروع کن، آهسته برو^{۷۱} در شروع مصرف متادون مهم است. بعد از القاء ایمن، هدف درمان به دست آوردن دوز مناسب برای نگهداری طولانی مدت جهت جلوگیری از ولع مصرف و استفاده از مخدرهای غیرقانونی است. لازم است که دوز اولیه به صورت تدریجی بالا رود و به دوز ایده‌آلی برسد که ولع مصرف مخدرها را بدون

^{۶۹} Opioid agonist maintenance treatment (OAMT)

^{۷۰} Methadone maintenance treatment

^{۷۱} start low, go slow

ایجاد حالت آرام بخشی یا سرخوشی از بین می‌برد و به بیمار اجازه می‌دهد که در تمام حوزه‌های زندگی عملکرد بهینه داشته باشد. اگر بیماران در حال مصرف هروئین هستند درمانگر بالینی باید دوز متادون را به سمت بیشتر شدن اصلاح کند و اگر بیمار خواب آلوده شد و یا آماده قطع درمان شد باید درمانگر دوز متادون را پایین بیاورد.

اثر بخشی دوزهای متادون نگهدارنده به عوامل فردی نظیر توانایی متابولیزه کردن دارو و تداخلات متابولیکی با دیگر داروها (نظیر داروهای درمان اچ آی وی و یا سل، داروهای روانپزشکی و یا داروهای قلبی عروقی) که می‌توانند سطح خونی متادون را تغییر دهند بستگی دارد. برای نگهداری سطوح پلاسمایی کافی و اجتناب از بروز علائم ترک مخدرها، تجویز روزانه متادون و تحت نظر گرفتن بیمار به صورت منظم از نظر چسبندگی به رژیم دارویی مهم است. در شروع درمان، متادون باید تحت نظارت تجویز شود و زمانی که بیمار پایدار شد با در نظر گرفتن قوانین محلی و ارزیابی فردی خطر در برابر فایده می‌تواند دوزهای منزل شروع شود.

یکی از راه‌های کم کردن انحراف^{۷۲} در مصرف متادون رقیق کردن دوزهای تحت نظارت یا دوزهای منزل به حدی است که کمترین خطر تزریق را داشته باشد.

بوپرنورفین و ترکیب بوپرنورفین / نالوکسان

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین و متادون اصول و اهداف مشابهی دارند؛ با این حال در حالی که در القاء متادون فرض بر شروع با دوز پایین و رفتن آهسته است؛ القاء بوپرنورفین تا اولین دوز به خوبی تحمل شده معمولاً نسبتاً سریع پیش می‌رود. این بدین دلیل است که به علت عملکرد آگونیست نسبی بودن دارو در القاء بوپرنورفین خطر مسمومیت نسبتاً پایین است.

در مقایسه با متادون بوپرنورفین با دیگر داروهای تجویز شده تداخل کمتری دارد. همانند متادون باید بوپرنورفین تا زمان پایدار شدن تحت نظارت تجویز شود. پس از آن با در نظر گرفتن قوانین محلی و ارزیابی خطر در برابر فایده بیمار می‌توان دوزهای منزل را شروع کرد.

برای پیشگیری از استفاده غیرطبیعی نظیر تزریق یا تغییر شکل قرص‌ها این بوپرنورفین همچنین به صورت ترکیب با نالوکسان وجود دارد. این ترکیب جذابیت بوپرنورفین را برای استفاده غیردارویی آن کاهش می‌دهد و در صورت تزریق ممکن است باعث برانگیختن علائم ترک شود. از آنجا که فرمولاسیون زیر زبانی بوپرنورفین برای حل شدن کامل در دهان ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد فرمولاسیون روکش‌دار این دارو نیز به بازار عرضه شده که در تماس با آب منجمد می‌شود و تزریق آن را بسیار مشکل می‌کند.

درمان آنتاگونیست مخدر با نالتراکسون

درمان با آنتاگونیست‌های مخدر طولانی اثر نظیر نالتراکسون می‌تواند تنها پس از سم‌زدایی در افرادی که از پاک‌ی مصرف مخدر آنها یک هفته یا بیشتر می‌گذرد شروع شود که به‌طور تیپیک شامل افرادی می‌شود که درمان اقامتی را ترک می‌کنند. نالتراکسون برای پیشگیری از مصرف به کار می‌رود این دارو آثار مخدرها را برای یک تا دو روز بلاک می‌کند. میزان رها کردن درمان می‌تواند بسیار بالا باشد مگر در صورتی که بیماران انگیزه کافی را داشته باشند.

⁷² Diversion

نالتروکسون می‌تواند در بیمارانی بسیار مفید باشد که

- به درمان با آگونیسست‌ها دسترسی نداشته باشند.
- برای پاک ماندن از مخدرها انگیزه بسیار بالایی داشته باشند.
- به دلیل عوارض جانبی درمان با آگونیسست‌ها قادر به گرفتن این درمان نیستند.
- در درمان با آگونیسست‌ها موفق بودند اما می‌خواهند در حالیکه در برابر عود مصرف محافظت می‌شوند درمان با آگونیسست‌ها را متوقف کنند.

برای نگهداری سطوح خونی مورد نیاز نالتروکسون جهت بروز آثار درمانی، این دارو می‌تواند به صورت قرص‌های خوراکی روزانه یا سه بار در هفته استفاده شود. نالتروکسون همچنین به شکل فرآورده‌های مخزنی پیوسته رهش که به صورت فرمهای تزریقی یا کاشتنی استفاده می‌شود وجود دارد که یک دوز واحد آن می‌تواند سطوح درمانی دارو برای شش هفته تامین کند. شماری از فرمولاسیون‌های کاشتنی نالتروکسون در مهار مخدرهای گردش خون حتی دوامی بیشتر گزارش کرده‌اند.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی برای درمان دارویی وابستگی به اپیوئیدی به همراه مداخلات روانی اجتماعی ۲۰۰۹

- درمان دارویی همراه با درمان‌های روانی اجتماعی نباید اجباری باشد.
- درمان باید در دسترس جمعیت‌های محروم باشد.
- درمان‌های دارویی وابستگی به مخدرها باید به صورت گسترده در دسترس باشد؛ این امر ممکن است شامل ارائه درمان در مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه باشد. بیماران با همبودی می‌توانند در صورت نیاز و دسترسی به مشاوره تخصصی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه درمان شوند.
- در زمان شروع خدمات درمانی باید چشم‌انداز واقع بینانه‌ای از خدماتی که از نظر مالی قابل ارائه هستند وجود داشته باشد.
- انتخاب‌های درمانی دارویی ضروری باید شامل درمان نگهدارنده با آگونیسست مخدر و خدماتی برای مدیریت ترک مخدرها باشد. در پایین‌ترین سطح این امر شامل استفاده از متادون و بوپرنورفین نگهدارنده در وابستگی به مخدرها و مدیریت سرپایی علائم ترک می‌باشد.
- برای حصول پوشش و نتایج درمانی بهینه، درمان وابستگی به مخدرها باید رایگان و یا تحت پوشش بیمه سلامت عمومی باشد.
- درمان دارویی وابستگی به مخدرها باید در دسترس نیازمندان شامل زندانیان و دیگر مراکز محصور باشد.
- انتخاب‌های درمانی دارویی باید شامل متادون و بوپرنورفین برای درمان نگهدارنده با آگونیسست مخدر و درمان علائم ترک مخدرها باشد؛ همچنین آگونیسست‌های آلفا ۲ آدرنرژیک برای پوشش علائم ترک، نالتروکسون برای پیشگیری از عود و نالوکسان برای درمان بیش مصرفی باید در دسترس باشند.
- دوزهای متادون و بوپرنورفین باید در مراحل اولیه درمان به صورت مستقیم تحت نظارت باشند.
- برای بیماران وابسته به مخدرها که درمان نگهدارنده با آگونیسست‌های مخدر را شروع نمی‌کنند متعاقب تکمیل دوره ترک مخدرها باید دارودرمانی آنتاگونستی با نالتروکسون در نظر گرفته شود.
- هنگامی که دوز دارو و شرایط اجتماعی بیمار پایدار می‌شود و هنگامی که خطر پابینی از انتقال دارو از مجاری قانونی به مجاری غیرقانونی وجود دارد دوزهای منزل توصیه می‌شود.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی برای درمان دارویی وابستگی به اپیوئیدی به همراه کمک‌های روانی اجتماعی ۲۰۰۹ (ادامه)

- دوزهای بیرون بر دارو برای بیماران هنگامی که نفع کاهش تناوب شرکت در برنامه به خطر انتقال دارو از مجاری قانونی به مجاری غیرقانونی غلبه دارد می‌تواند ارائه شود و این امر باید به طور منظم مرور شود.
- برای به حداکثر رساندن ایمنی و اثربخشی برنامه‌های درمان نگهدارنده، سیاست‌ها و مقررات باید مشوق ساختار دوز منعطف باشد؛ چنان‌که دوزهای آغازی از کم شروع شود و دوزهای نگهدارنده بالا باشد و همچنین محدودیتی برای سطوح دوز و مدت زمان درمان وجود نداشته باشد
- حمایت‌های روانی اجتماعی در ارتباط با درمان‌های دارویی وابسته به مخدرها باید برای تمام بیماران وابسته در دسترس باشد.
- گزارش‌های طبی بروز رسانی شده برای تمام بیماران باید نگهداری شود؛ این حداقل شامل تاریخچه، معاینات بالینی، مشاهدات، وضعیت سلامتی و اجتماعی فرد، طرح‌های درمانی و اصلاحات آن‌ها، ارجاعات، رضایت‌نامه‌ها، داروهای تجویز شده و دیگر مداخلات انجام شده باشد. لازم است در این خصوص از رعایت اصل محرمانه بودن سوابق بیمار اطمینان حاصل شود.
- ترخیص غیرداوطلبانه از درمان برای اطمینان از ایمن ماندن کارمندان و دیگر بیماران توجیه می‌شود؛ اما صرف رعایت نکردن قوانین برنامه بطور کلی نباید دلیلی برای ترخیص غیرداوطلبانه بیمار از درمان باشد. قبل از ترخیص غیرداوطلبانه لازم است اقدامات منطقی برای بهبود شرایط انجام شود. نظیر ارزیابی مجدد رویکردهای درمانی استفاده شده.
- مجریان سلامت باید از اینکه ارائه‌دهندگان درمان مهارت و صلاحیت‌های کافی را برای استفاده مناسب مواد تحت کنترل دارند اطمینان حاصل کنند. این الزامات ممکن است شامل اخذ گواهی‌ها و آموزش‌های پس از فارغ التحصیلی، آموزش و اخذ مجوزها به صورت مداوم و یا کنار گذاشتن منابع مالی برای ارزیابی و نظارت باشد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی برای درمان دارویی وابستگی به اپیوئیدی به همراه کمک‌های روانی اجتماعی ۲۰۰۹ (ادامه)

- برای اطمینان از تحویل قانونی و ایمن، ذخیره سازی، توزیع و تعیین دوز داروها به خصوص متادون و بوپرنورفین باید روند مستندسازی شده‌ای وجود داشته باشد.
- باید سیستمی برای نظارت بر ایمنی خدمات درمان نظیر میزان انتقال دارو از مجاری قانونی به مجاری غیرقانونی وجود داشته باشد.

مداخلات دارویی برای مدیریت اختلالات مصرف محرک‌های روانی

محرک‌های روانی نظیر آمفتامین و کوکائین شایع‌ترین و مشکل‌سازترین مواد در بسیاری از نقاط جهان هستند. تا امروز هیچ درمان دارویی که به‌صورت مداوم در درمان اختلال مصرف محرک‌ها موثر باشد به اثبات نرسیده است. دارو معمولاً به صورت عمده برای مدیریت اختلالات روانپزشکی همراه و علائم ترک استفاده می‌شود.

نشانه‌های سندرم ترک محرک‌ها می‌تواند در صورت نیاز با داروهای علامتی درمان شود؛ با این حال بالینگر باید داروهای روانپزشکی را با احتیاط و تنها برای مدت کوتاهی تجویز کند و پاسخ درمانی را از نزدیک نظارت کند؛ زیرا استفاده طولانی ممکن است خطر تحمل و سوء مصرف داروها را بالا ببرد.

داروهای آرامبخش و داروهای ضد جنون (آنتی سایکوزها) می‌توانند در مدیریت نشانه‌های جنون ناشی از نشئگی حاد محرک‌ها استفاده شوند. با توجه به اینکه بسیاری از بیماران با اختلال مصرف محرک‌ها اختلالات روانپزشکی همبود جدی نظیر افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی و یا اسکیزوفرنی دارند داروهای روانپزشکی مناسب نقش مهمی در درمان بازی می‌کنند. بیماران با اختلال مصرف محرک‌ها معمولاً به طور همزمان چندین ماده مصرف می‌کنند و ممکن است اختلالاتی نظیر وابستگی به مخدرها و یا الککل را نیز داشته باشند که باید به آنها نیز با رویکردهای دارویی و روانی اجتماعی پرداخت.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

- راهنمای مداخلات mhGAP برای اختلالات روانی و عصبی و اختلال مصرف مواد در مراکز سلامتی غیر تخصصی
نسخه ۲.۰۱۶
- مداخلات روانی اجتماعی شامل مدیریت مشروط، درمانهای شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی برای درمان وابستگی به محرک‌ها پیشنهاد می‌شود.
 - دکس آمفتامین نباید برای درمان اختلال مصرف محرک‌ها در مراکز غیرتخصصی پیشنهاد شود.

مداخلات دارویی برای مدیریت اختلالات ناشی از مصرف حشیش

تا به امروز هیچگونه درمان دارویی اثبات شده‌ای برای درمان اختلالات مصرف حشیش وجود ندارد و درمان‌های روانی اجتماعی رویکرد غالب باقی می‌مانند. در مورد سندرم ترک حشیش در صورت نیاز داروهای علامتی می‌توانند برای مدیریت علائم ترک استفاده شوند؛ با این حال درمانگران بالینی باید تنها داروهای محرک روان را تنها برای مدت کوتاهی تجویز کنند و از نزدیک پاسخ درمانی را تحت نظر بگیرند؛ زیرا استفاده طولانی مدت ممکن است که تحمل داروها را افزایش دهد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

- راهنمای مداخلات mhGAP برای اختلالات روانی و عصبی و اختلال مصرف مواد در مراکز سلامتی غیر تخصصی
نسخه ۲.۰۱۶
- مداخلات روانی اجتماعی بر پایه درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) یا درمان تقویت انگیزشی یا خانواده درمانی می‌تواند در وابستگی به حشیش به بیمارپیشنهاد شود.

۴-۲-۴ تشخیص و مدیریت بیش مصرفی مواد

مصرف بیش از حد مواد مخدر

مواد مخدر سرکوب کننده های قوی عملکرد تنفسی هستند و بیش مصرفی (overdose) مواد مخدر منجر به سرکوب تنفسی و مرگ می شود که علت اصلی مرگ و میر ناشی از مصرف مواد افیونی است. احتمال اینکه افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی بیش مصرفی مواد را تجربه کنند بسیار بالا است، به ویژه اگر مواد افیونی به صورت تزریقی مصرف شوند یا در ترکیب با سایر مواد آرام بخش و مختلل کننده تنفسی (مانند الکل، بنزودیازپین یا باربیتورات ها) استفاده شوند. کاهش تحمل پس از یک دوره ترک مواد، خطر بیش مصرفی مواد افیونی را به میزان قابل توجهی افزایش می دهد. از دوره های پرخطر میتوان به هفته های اول بعد از : سم زدایی، رهایی از زندان و شروع درمان با نالتروکسان در بیمار سم زدایی شده اشاره کرد.

مصرف بیش از حد مواد مخدر را می توان بر اساس علائم سه گانه: مردمک های سوزنی شکل (pinpoint)، عدم هوشیاری و کاهش تنفس؛ تشخیص داد. احیای اولیه سریع به همراه تجویز نالوکسان می تواند از مرگ ناشی از مصرف بیش از حد مواد مخدر جلوگیری کند. نالوکسان بعنوان یک آنتاگونیست گیرنده های اپیومی نقش حیاتی در درمان بیش مصرفی اپیومها دارد و به سرعت علائم را از بین می برد و منجر به نجات بیمار می شود. به همین علت در لیست داروهای ضروری WHO گنجانده شده است. لذا با توجه به تاریخچه طولانی مدت استفاده موفق از نالوکسان و عوارض جانبی بسیار نادر آن، باید در کلیه مراکز مراقبت های بهداشتی که ممکن است با بیمار مبتلا به بیش مصرفی مواد روبرو شوند، موجود باشد. اگرچه دسترسی به نالوکسان غالباً به متخصصان بهداشت محدود می شود، افرادی که احتمالاً با بیش مصرفی مواد برخورد می کنند شامل: کارکنان مراکز سیار ارائه خدمات به معتادین پرخطر (outreach)، پلیس، همسالان، دوستان نزدیک و اعضای خانواده بیمار، نیز باید به نالوکسان دسترسی داشته باشند و در مورد نحوه تجویز آن در شرایط اضطراری مشکوک به بیش مصرفی مواد مخدر راهنمایی شوند (WHO, 2014a).

نالوکسان را می توان به صورت عضلانی، زیر جلدی و داخل وریدی تزریق و یا به صورت داخل بینی تجویز کرد. فرمولاسیون داخل بینی نالوکسان نسبت به نمونه های تزریقی غلیظ تر است، و با توجه به محدودیت جذب مایعات از مخاط بینی در یک زمان مشخص، دوزهای مورد استفاده در تجویز داخل بینی باید بیشتر از دوزهای تزریق عضلانی باشد.

علاوه بر تجویز نالوکسان، مدیریت مصرف بیش از حد مواد افیونی شامل کنترل راه های هوایی، تکنیک های احیا (مانند تهویه کمکی و تنفس مصنوعی)، تماس با آمبولانس و ماندن در کنار فرد تا بهبودی کامل وی می باشد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

(دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت در زمینه مدیریت بیش مصرفی مواد افیونی، ۲۰۱۴)

- افرادی که احتمالاً شاهد بیش مصرفی مواد افیونی هستند باید به نالوکسان دسترسی داشته باشند و دستورالعمل استفاده به آنها آموزش داده شود تا بتوانند از آن برای مدیریت موارد اضطراری مشکوک به مصرف بیش از حد مواد مخدر استفاده کنند.
- نالوکسان میتواند در تزریق داخل وریدی، عضلانی، زیر جلدی و داخل بینی موثر است. افرادی که از نالوکسان استفاده می‌کنند باید یک روش تجویز را بر اساس اشکال دارویی موجود و مهارت‌های خود در استفاده انتخاب کنند.
- اولین افرادی که قرار است با بیمار مبتلا به بیش مصرفی مواد مخدر مواجه شوند باید بر مدیریت راه‌های هوایی، تهویه کمکی و تجویز نالوکسان تمرکز کنند.
- پس از احیای موفقیت آمیز بدن بال تجویز نالوکسان، سطح آگاهی و تنفس فرد مبتلا باید تا زمان بهبودی کامل به دقت مانیتور شود.

بیش مصرفی محرک‌ها

بیش مصرفی مواد محرک به شکل علائم و نشانه‌های رفتاری و سایکولوژیک ناشی از افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و بدن بال آن افزایش نروترانسمیترهای کاتکول آمینی بروز میکند. علائم بالینی عبارتند از: بیقراری، اضطراب شدید، پارانویا، اختلال در قضاوت، رفتار نامناسب، خودبزرگ بینی، تشنج و علائم آشکار روان‌پریشی همراه با هایپرترمی، تاکی کاردی شدید، فشار خون بالا، آریتمی‌های قلبی، بد سخته قلبی و رابدومیولیز.

موارد فوق عموماً بدن بال مصرف دوزهای بالای کوکائین، آمفتامین یا سایر محرک‌ها اتفاق می‌افتد.

درمان بیش مصرفی محرک‌ها بر مدیریت علائم با استفاده از بنزودیازپین‌ها و در برخی موارد داروهای آنتی سایکوتیک جهت آرام کردن و تحت نظر قراردادن بیمار، متمرکز است. علاوه بر این باید جهت حفظ علائم حیاتی بیمار به عملکرد قلب و هیدراتاسیون وی توجه ویژه داشت.

۵-۲-۴ درمان بیماریهای روانی و جسمانی همزمان

اختلالات روانی همزمان

اختلالات روانپزشکی همزمان، از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی و اختلالات مربوط به ترس، آنهایی که به طور خاص با استرس مرتبط هستند (مانند اختلال استرس پس از سانحه)، شیزوفرنی یا سایر اختلالات روان‌پریشی اولیه ممکن است علت طبیعی اختلالات مصرف مواد را پیچیده کرده و در درمان اختلال ایجاد کنند. استفاده از داروهای روانگردان مختلف و الکل ممکن است باعث تشدید علائم اختلالات روانی اولیه شود. این موارد شامل افسردگی یا علائم شیدایی، اضطراب و علائم روان‌پریشی، مانند هذیان یا توهم می‌باشد. این اثر ممکن است با قطع مصرف مواد مخدر از بین برود یا به طور قابل توجهی کاهش یابد. مهم است که همه بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر را از نظر اختلالات روانی همزمان بررسی کنیم. غربالگری اولیه را می‌توان در هر موقعیت درمانی انجام داد، اما در محیط‌های سرپایی و بستری با دقت بیشتری انجام می‌شود. پرهیز از مصرف مواد نمی‌تواند شرطی برای شروع درمان اختلالات روانی همزمان باشد: همه

بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر باید به ارزیابی و درمان سلامت روان دسترسی داشته باشند، که این امر مستلزم رضایت آگاهانه و احترام به اصل محرمانگی آنهاست.

به منظور ارزیابی دقیق علائم سایر اختلالات روانی در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر، ابتدا تشخیص اختلالات روانپزشکی مستقل از اختلالات ناشی از مواد که با ترک مواد از بین می‌روند، اهمیت بسزایی دارد. درمان کوتاه مدت بستری می‌تواند فرصتی برای انجام یک ارزیابی تشخیصی جامع و تعیین اینکه آیا علائم روانپزشکی با قطع مصرف مواد برطرف می‌شود یا کاهش می‌یابد یا خیر، ایجاد کند. همچنین فرصتی برای شروع درمان دارویی یا روانی اجتماعی برای اختلالات همزمان است که فراتر از ترک مصرف مواد ادامه خواهد یافت.

انجام مصاحبه‌های روانپزشکی ساختار یافته با استفاده از ابزارهای تشخیصی، مانند مصاحبه بین‌المللی اعصاب و روان مختصر (Mini International Neuropsychiatric Interview) براساس DSM5، مصاحبه تشخیصی بین‌المللی ترکیبی (Composite International Diagnostic Interview) یا مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس DSM5 و استفاده از سایر ابزارهای تشخیصی برای اختلالات روانی مفید خواهد بود. این مصاحبه‌ها در تشخیص بیماریهای همراه مانند افسردگی ماژور، اختلالات دوقطبی و اختلالات اضطرابی کمک می‌کند. دستورالعمل‌های دقیق‌تر در مورد نحوه مدیریت اختلالات روانی را می‌توانید در راهنمای مداخله mhGAP، مشاهده کنید (WHO, 2016).

ارزیابی و مدیریت خطر آسیب به خود یا خودکشی

خودکشی عبارت است از کشتن عمدانه خود، در حالی که خودزنی اصطلاح فراگیر تری است که به مسموم ساختن خود یا صدمه عمدی به خود، با یا بدون قصد مرگ یا نتیجه مرگبار اشاره دارد. مهم است که خطر آسیب به خود و/یا خودکشی را در افرادی که دارای اختلالات مصرف مواد هستند، مشخص کنیم. در طول ارزیابی اولیه و به صورت دوره‌ای، در صورت لزوم، از هر فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر باید سوال شود که آیا در ماه یا سال گذشته افکار یا برنامه‌های آسیب به خود داشته است؟

هنگام انجام ارزیابی خطر آسیب به خود یا خودکشی، عوامل زیر مهم هستند:

- ارزیابی خطر قریب الوقوع خودکشی بر اساس رفتارهای فرد در ماه گذشته، افکار یا برنامه‌های آسیب به خود یا خودکشی، و همچنین تحریک پذیری شدید، خشونت، افسردگی و انزوا
 - سابقه اقدامات قبلی آسیب به خود یا مسمومیت
 - وجود هرگونه شرایط جسمی یا روانی همزمان
 - وجود درد مزمن
 - شدت علائم عاطفی و هیجانی
 - میزان دسترسی به حمایت اجتماعی
- اگر فرد قبلاً افکار، برنامه‌ها یا اقدامات آسیب به خود داشته است، باید تدابیر پیشگیرانه‌ای در نظر گرفته شود (WHO, 2016).

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

(راهنمای مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد در محیط‌های غیر تخصصی سلامت.

نسخه ۲، ۲۰۱۶)

• ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت غیر تخصصی باید از افراد بالای ۱۰ سال مبتلا به افسردگی، اختلال دوقطبی، شیزوفرنی، صرع، اختلالات مصرف الکل، اختلالات استفاده از مواد مخدر غیر قانونی، زوال عقل، کودکان مبتلا به اختلالات روانی، افرادی که با درد مزمن مراجعه می‌کنند و یا ناراحتی عاطفی شدید همراه با مناقشات بین فردی دارند، و یا با حوادث شدید زندگی مثل از دست دادن کسی یا چیزی روبرو بوده‌اند؛ در مورد افکار یا برنامه‌های خودآزاری در ماه گذشته یا اقدامات خودآزاری در سال گذشته در ارزیابی اولیه، و در صورت لزوم به صورت دوره‌ای، سوال کنند.

- توصیه به فرد، خانواده و سایر افراد مرتبط برای محدود کردن دسترسی به وسایل آسیب به خود (مانند آفت کش ها و سایر مواد سمی، داروها یا سلاح گرم) بسیار مهم است.

- نیاز به برقراری ارتباط منظم (تماس‌های تلفنی، ملاقات‌های خانگی، نامه‌ها، کارت‌های تماس و تماس‌های مداخله ای مختصر) با ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت غیر تخصصی وجود دارد. این تماس ابتدا باید زیاد باشد و با روند بهبودی فرد، کاهش یابد. اصولاً وضعیت بیمار تعیین کننده میزان نیاز به این مداخله است.

- اگر منابع انسانی کافی موجود باشد، یک رویکرد ساختاریافته حل مشکل، برای افرادی که در سال گذشته اقدام به آسیب به خود کرده‌اند، توصیه می‌شود.

- دسترسی به حمایت اجتماعی (از منابع موجود غیررسمی و یا رسمی جامعه) برای افرادی که داوطلبانه اطلاعاتی در مورد افکار آسیب به خود ارائه می‌دهند یا افرادی که در ماه گذشته قصد آنرا داشته‌اند و یا در سال گذشته اقدام به خودزنی کرده‌اند، ضروری است.

- اصولاً معمول نیست افرادی که خطرآسیب به خود را دارند، جهت جلوگیری از آن در بخشهای غیر روانپزشکی یک بیمارستان عمومی بستری شوند. با این حال، ممکن است جهت درمان و کنترل صدمات پزشکی وارد شده لازم باشد که آنها را در بیمارستان عمومی بستری کنیم. در چنین مواردی، نظارت دقیق بر رفتار فرد به منظور جلوگیری از اقدام مجدد به آسیب به خود در زمان بستری بودن، بسیار مهم است.

- در صورت نگرانی کادر درمان در مورد وجود خطر قریب الوقوع آسیب به خود (به عنوان مثال، هنگامی که فرد رفتارخوشونت آمیز دارد، به شدت بیقرار و آشفته است و یا منزوی است)، توجه به ارجاع اضطراری به سرویس سلامت روان بسیار مهم است. در غیاب چنین خدماتی، خانواده، دوستان، افراد مربوطه و سایر منابع موجود باید بسیج شوند و تا زمانی که خطر قریب الوقوع ادامه دارد، فرد را زیر نظر داشته باشند.

در همه موارد فوق، ارزیابی و مدیریت مناسب بیماریهای روانی و پزشکی همراه ضروری است.

افسردگی

افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال روانی همراه در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد است (تورنس و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به افسردگی طیف وسیعی از علائم را تجربه می‌کنند، از جمله خلق افسرده، از دست دادن علاقه یا توانایی لذت بردن از فعالیت‌هایی که قبلاً لذت بخش بودند، کاهش انرژی یا خستگی پذیری افزایش یافته که حداقل دو هفته طول کشیده باشد.

رابطه بین مصرف مواد و افسردگی پیچیده است: اختلالات مصرف مواد به ایجاد افسردگی کمک می‌کند و مصرف مواد می‌تواند نتایج درمانی آن را به خطر اندازد. افسردگی به نوبه خود ممکن است مصرف مواد را افزایش داده و پیشرفت اختلالات مصرف مواد را تسریع کند (WHO, 2004). علائم افسردگی ممکن است در حین ترک مواد ظاهر شده و پس از آن از بین بروند، اما می‌توانند مدت‌ها پس از قطع مصرف مواد نیز ادامه داشته باشند. بنابراین، بیماران باید تحت ارزیابی مکرر قرار گیرند. در صورت تداوم علائم افسردگی و تشخیص دوره افسردگی، درمان همزمان هر دو اختلال با استفاده از مدل درمانی یکپارچه بسیار مهم است. نکته مهم این است که مصرف مواد یا اختلالات مصرف مواد نباید مانع درمان افسردگی شود.

پس از ارزیابی دقیق و کافی بیمار، طیف وسیعی از گزینه‌های دارویی و روانی اجتماعی وجود دارد. در صورت تداوم علائم افسردگی و اختلال در عملکرد روزانه، بیمار ممکن است به درمان دارویی با داروهای ضد افسردگی نیاز داشته باشد. مداخله روانی اجتماعی برای افسردگی شامل آموزش روانی، مدیریت استرس، درمان رفتاری شناختی، رفتار درمانی، آموزش آرامش، درمان گروهی بین فردی و تقویت حمایت اجتماعی می‌باشد. دستورالعمل‌های دقیق‌تر در مورد مدیریت افسردگی اساسی در مراکز درمانی غیر تخصصی را می‌توانید در راهنمای مداخلات mhGAP (WHO, 2016) مشاهده کنید.

اضطراب

بلافاصله پس از قطع مصرف داروها، بسیاری از بیماران دچار اضطراب یا بی‌خوابی می‌شوند که ممکن است با برخی داروها تحت درمان قرار بگیرند. با این حال، داروهای آرام‌بخش-خواب آور مانند بنزودیازپین‌ها به دلیل پتانسیل بالای وابستگی باید با احتیاط به عنوان اولین خط درمان مورد استفاده قرار گیرند. داروهای جایگزین، مانند داروهای ضدافسردگی در کنار درمان روانی-اجتماعی و رفتاری می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند.

اختلالات روان پریشی

افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر همچنین می‌توانند علائم شیزوفرنی (اسکیزوفرنی مصطلح است) یا سایر اختلالات روان پریشی را داشته باشند. اختلالات روان پریشی با افکار و ادراک مخدوش همراه با هیجانات و رفتارهای آشفته و دردرساز مشخص می‌شوند. ممکن است صحبت‌های پراکنده و نامربوط نیز وجود داشته باشد. علاوه بر این احتمالاً علائمی مانند توهم، هذیان، ناهنجاری‌های رفتاری شدید (تحریک پذیری، برانگیختگی، بی‌حرکی یا بیش‌فعالی) و همچنین اختلالات خلقی و احساسی نیز وجود دارد.

سایکوز ممکن است هنگام مسمومیت یا ترک برخی از مواد روانگردان ایجاد شود. با این حال، ممکن است پس از ترک هم به دلیل اختلالات روانی همزمان مستقل از مواد رخ دهد. تمایز بین علائم روان پریشی مرتبط با مصرف مواد (که با ترک مواد از بین می‌رود) و اختلالات روان پریشی مستقل بسیار مهم است. علائم روان پریشی حاد یا مداوم ممکن است مستلزم

مشاوره و یا مراجعه به متخصصان سلامت روان برای شروع درمان دارویی و روانی اجتماعی باشد. این امر ممکن است شامل تجویز داروهای آنتی سایکوتیک، تثبیت کننده خلق، آموزش روانی، مداخلات خانواده، درمان شناختی-رفتاری، آموزش مهارت های زندگی و اجتماعی و اشتغال باشد. دستورالعمل های دقیق تر درباره مدیریت دارویی و روانی اجتماعی روان پریشی ها (از جمله اختلال دوقطبی) را می توانید در راهنمای مداخلات mhGAP (WHO, 2016) مشاهده کنید.

مصرف چند ماده مخدر

برخی از افراد مبتلا به اختلالات استفاده از مواد مخدر ممکن است از مواد روانگردان متعدد، مخلوط مواد مخدر، محرک، الکل، تریاک و سایر مواد استفاده کنند. این موضوع ممکن است روند تشخیص و درمان را دچار اشکال کند و خطر عوارض ناشی از تداخلات دارویی را نیز افزایش دهد. به عنوان مثال، مصرف مواد آرام بخش، خطر بیش مصرفی مواد افیونی را افزایش می دهد. ارزیابی اولیه باید شامل جزئیات کافی در مورد همه مواد مورد استفاده، دفعات و میزان استفاده، همچنین غربالگری سایر بیماریهای پزشکی و روانپزشکی همراه باشد.

اختلالات مصرف الکل

اغلب همراه با اختلالات مصرف مواد مخدر، اختلالات مصرف الکل نیز وجود دارد. تشخیص و ارزیابی شدت اختلال مصرف الکل در تعیین مداخلات درمانی مورد نیاز اهمیت اساسی دارد. علائم قطع مصرف الکل شامل تشنج، روان پریشی حاد (دلیریوم ترمنس) و ... نیاز به مداخله پزشکی دارد.

در ارزیابی اولیه، بررسی سابقه مصرف الکل، اختلالات مصرف الکل هم زمان و نیاز به مدیریت علائم ترک الکل بسیار مهم است. بکار گیری پرسشنامه هایی مانند غربالگری مصرف مشروبات الکلی، سیگار و سایر مواد (WHO, 2010a)، تست تشخیص اختلال مصرف الکل (WHO, 2001) به عنوان بخشی از ارزیابی تشخیصی مفید هستند. پرسشنامه شدت وابستگی به الکل (استوکول و همکاران، ۱۹۷۹) و پرسشنامه مشکلات مشروبات الکلی (دراموند، ۱۹۹۰) ممکن است در ارزیابی شدت وابستگی به الکل و سایر مشکلات مرتبط کمک کند.

در صورت لزوم مدیریت علائم ترک الکل و درمان اختلالات مصرف الکل، این امر باید تحت نظارت کارکنان آموزش دیده و مطابق با دستورالعمل های مناسب انجام شود.

شرایط بیماری های جسمانی همزمان

درمان هر وضعیت حاد پزشکی شامل: تب، درد حاد، خونریزی گوارشی یا سایر خونریزی ها، تشنج، ذات الریه و بیماریهای قلبی عروقی حاد که هنگام بستری بیمار مشاهده می شود، باید قبل و یا همزمان با درمان اختلالات مصرف مواد انجام شود. بسته به شرایط محلی، درمان اختلالات مصرف مواد مخدر، از جمله وابستگی به مواد افیونی، در صورت لزوم، باید با درمان سل، HIV، هپاتیت و سایر بیماری های عفونی یا غیرواگیر همراه شود (WHO, 2012b). یک برنامه درمانی کوتاه مدت بستری بیمارستانی ممکن است منابع پزشکی کافی، تخصص یا زمان لازم برای شروع چنین درمانی را نداشته باشد، بنابراین این مشاوره و ارجاع به خدمات مناسب باید در دسترس باشد.

هپاتیت B در بسیاری از افراد مصرف کننده مواد، به ویژه (اما نه منحصرراً) در بین افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند، شایع است. درمان کوتاه مدت بستری می تواند فرصتی برای واکسیناسیون علیه هپاتیت B باشد. بسته به طول دوره درمان،

افرادی که قبلاً دوره کامل واکسیناسیون هپاتیت B را انجام نداده اند، بدون نیاز به آزمایش سرولوژی از قبل، می توانند از برنامه واکسیناسیون سریع، شامل دو یا سه دوز استفاده کنند. (WHO, 2012a)

درد مزمن یکی دیگر از مشکلات رایج است که ممکن است به استفاده از داروهای غیرمجاز به ویژه مواد مخدر منجر شود و بیمار را در خطر عود و یا بیش مصرفی قرار دهد. لازم است بیمار را برای ارزیابی بیشتر علت درد ارجاع داده و استراتژی های خاصی برای مدیریت درد در نظر گرفت.

توصیه های سازمان جهانی بهداشت

- (دستورالعمل های مدیریت شرایط سلامت جسمانی در بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانی شدید. WHO, ۲۰۱۸)
- برای افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید و اختلالات مصرف همزمان مواد (دارو و/یا الکل) مداخلات باید مطابق دستورالعمل های WHO mhGAP در نظر گرفته شود.
 - مداخلات غیر دارویی (به عنوان مثال مصاحبه انگیزشی) متناسب با نیازهای افرادی که دارای اختلالات روانی شدید و اختلالات مصرف مواد هستند تنظیم شود.
 - تجویزکنندگان باید تداخل دارویی بین داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات مصرف مواد و اختلالات روانی شدید را در نظر بگیرند.

۶-۲-۴ مدیریت بهبود

توصیف

مدیریت بهبود، همچنین به عنوان "مراقبت های بعدی"، "مراقبت های مداوم" یا حمایت اجتماعی بهبودی محور شناخته می شود، فرایندی طولانی مدت برای افزایش سلامت و تندرستی بیماران و همچنین حمایت از آنها در بهبودی از اختلالات مصرف مواد را توصیف می کند. مدیریت بهبود یک رویکرد در حال توسعه برای درمان طولانی مدت اختلالات مصرف مواد مخدر است که فراتر از یک دوره درمان واحد یا یک برنامه مراقبت کوتاه مدت است. در این روش بیماران در تمام روند درمان شان با شیوه های متنوع درمانی مورد حمایت قرار می گیرند. لذا پس از آنکه بیمار دوره سم زدایی را چه به شکل سرپایی و چه بستری با موفقیت به پایان رساند و به ثبات رسید، درمان خاتمه نمی یابد و بر کاهش خطر عود به مصرف مواد با حمایت همه جانبه از عملکرد اجتماعی و بازگشت فرد به جامعه، تمرکز می کند. علاوه بر این به بهبودی عملکرد اجتماعی بیماران با تکیه بر توان و تاب آوری آنها همراه با تمرکز بر مسئولیت پذیری شخصی در مدیریت اختلال مصرف مواد مخدر، کمک می کند.

بطور کلی بهبود پایدار امکان پذیر است و حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات مصرف دارو به آن دست می یابند (وایت، ۲۰۱۲).

در حالت ایده آل، پس از درمان طولانی مدت بستری و درمان سرپایی فشرده، نباید بیماران را رها کرد و درمان هر چند با شدت کمتر، باید ادامه یابد. این برخلاف سناریوی متداول دوره های کوتاه مدت درمان است که با نتایج ضعیف تر و افزایش خطرات بیش مصرفی همراه است. درمان و مراقبت ادامه دار بهبودی محور، رویکردی برای مدیریت طولانی مدت

بیماران در شبکه منابع و خدمات حمایتی جامعه محور است. مدیریت بهبودی حرفه ای، مانند مدیریت سایر اختلالات مزمن سلامت، تمرکز درمان را از درمانی که به دنبال "پذیرش، درمان و ترخیص" است به مشارکت پایدار مدیریت سلامت تغییر می دهد. در این مدل، پایش مداوم، آموزش بهبودی، ارتباط فعال با جوامع بهبودی (مانند درمان ۱۲ قدم گروه های خودیاری)، و در صورت لزوم دسترسی سریع به بازگشت به درمان، جایگزین روند ترخیص سنتی می شود.

مطالعات طولی (longitudinal) بارها نشان داده است که درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در کاهش چشمگیر مصرف مواد، مشکلات مربوط به مواد مخدر و هزینه های آن برای جامعه موثر است. با این حال، عود پس از ترخیص و در نهایت پذیرش مجدد بسیار رایج است. در واقع، اکثر بیمارانی که تحت درمان قرار می گیرند، قبلاً هم تحت درمان قرار گرفته اند. به نظر می رسد با گذشت چهار تا پنج سال از ترک موفق خطر عود کاهش می یابد (دنيس، فوس و اسکات، ۲۰۰۷). بنابراین، همه بیماران بدون در نظر گرفتن مرحله بهبودی خود باید در مورد چگونگی تشخیص و مدیریت بیش مصرفی و خطرات مرتبط آگاهی پیدا کنند.

تمرکز بر مدیریت طولانی مدت، برخلاف درمان تک جنبه ای، با تکیه بر شواهدی است که نشان می دهد وابستگی به مواد مانند سایر بیماریهای چند عاملی مثل فشار خون بالا، آسم و دیابت، باید به عنوان یک اختلال مزمن و اغلب عود کننده شناخته و مدیریت شود (Compton and McLellan, DuPont, 2015). به این ترتیب، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر باید در طول عمر به مداخلات پزشکی و روانی اجتماعی دسترسی داشته باشند و شدت این مداخلات با شدت علائم آنها مطابقت داشته باشد. رویکردهای مدیریت بازتوانی باید مشتمل بر مداخلات دارویی، روانی و اجتماعی طولانی مدت با هدف کاهش مصرف مواد و رفتارهای مجرمانه و در عین حال کمک به بهبود کلی سلامت جسمی و روحی، بهزیستی و عملکرد اجتماعی باشد. شواهدی وجود دارد که مداخلات مدیریت بازتوانی موثر هستند (مک کالیستر و همکاران، ۲۰۱۳) و شرکت در گروههای دوازده قدم به بیماران کمک می کند تا از مواد غیرقانونی و الکل پرهیز کنند و منجر به مشکلات کمتری شود (دانووان و همکاران، ۲۰۱۳؛ های و همکاران، ۲۰۱۹). مراقبین بهداشتی درمانی می توانند بیماران را به شرکت در گروههای دوازده قدم تشویق کنند.

برای ارائه مدیریت بهبودی موثر، لازم است با یکپارچه کردن تمام روشهای درمانی و مشارکت ذینفعان خارج از بخش سلامت، کل سیستم درگیر درمان شود. ذینفعان مختلفی در جوامع وجود دارند که باید در فرایند بهبودی مشارکت داشته باشند. این ها شامل خانواده ها، دوستان، همسایگان، گروههای خودیاری، رهبران معنوی، بخش آموزشی، سیستم قضایی جنایی و همچنین امکانات ورزشی و تفریحی است.

انگ زدن و متمایز کردن افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر ممکن است مانع دسترسی و کاهش موفقیت در درمان و توانبخشی شود. همه تلاشها باید در جهت افزایش آگاهی، ترویج نگرشهای انگ زدا و رفع تبعیض ساختاری در مورد افرادی که دارای اختلالات مصرف مواد هستند صورت گیرد.

جمعیت هدف

پس از درمان اولیه برای اختلالات مصرف مواد مخدر، اکثر بیماران به درجاتی از مدیریت بهبودی طولانی مدت نیاز دارند که شدت آنها به نیازهای فردی بیمار برمیگردد. بیمارانی که سابقه عودهای متعدد، اختلالات سلامت جسمی و روانی، حمایت ضعیف خانواده، مشکلات مالی، قانونی و/یا مسکن دارند، نیاز به مدیریت بهبودی ویژه دارند. بیماران مبتلا به

اختلالات جدی، به ویژه آنهایی که مصرف مواد مخدر را در سنین پایین شروع کرده اند و عملکرد آسیب دیده شدید دارند، بیماران دارای مهارت های زندگی ضعیف با عدم توانایی کنترل استرس، نیازمند برنامه های مدیریتی بازتوانی شدیدتری هستند. مهمتر از همه، بیمارانی که بسیار در معرض عود بیماری هستند باید قبل از ترخیص از درمان طولانی مدت بستری یا درمان فشرده سرپایی، از رویکردهای اختصاصی متناسب، بهره مند شوند.

اهداف

هدف اصلی مدیریت بهبودی، حفظ مزایای به دست آمده در سایر روش های درمانی با ارائه پشتیبانی مداوم به تناسب نیازهای بیمار است. مراقبت های بهبودی گرا خطرات مربوط به مصرف دارو را به حداقل می رساند، پرهیز از مصرف یا کاهش سطح مصرف مواد مخدر را بدنبال دارد و رفتار جستجوگرانه مواد مخدر را کنترل می کند. متعاقباً، به دنبال کمک به توسعه و تثبیت دارایی های شخصی و اجتماعی است که بیمار برای کنار آمدن با شرایط بیرونی به حفظ یک شیوه زندگی سالم نیاز دارد. این امر، شامل توجه مستمر به بهبود شخصی و اجتماعی به عنوان بخشی از زندگی بدون مواد مخدر، بهبود مراقبت از خود برای رفاه جسمی، روانی و بدست آوردن عزت شخصی، ارزش خود، رشد معنوی و بازگشت به جامعه است.

بهبودی می تواند از ادامه درمان (از جمله مداخلات درمانی دارویی و روانی اجتماعی) و/یا ماندن در ارتباط با جامعه بهبودی وسیع تر، مانند گروه های کمک متقابل (از جمله گروه های خودیاری) سود ببرد. مراقبت های بهبودمحور از توسعه مهارت هایی برای مدیریت استرس روزانه در ارتباط با حفظ مسکن، بیکاری یا مشکلات محل کار، انزوای اجتماعی یا روابط بین فردی نامطلوب پشتیبانی می کند. به طور خاص، بیماران قبل و حین بحرانها و درگیریها برای کنترل واکنشهای ناکارآمد و شدید احساسی به حمایت نیاز دارند. از طریق همه اینها، درمانهای مبتنی بر بهبودی و مداخلات مدیریت بهبودی تمرکز خود را بر کاهش محرکهای استرس زا که ممکن است باعث عود مجدد جستجوی اجباری مواد مخدر شود، تقویت می کند. به طور کلی، مراقبت های مبتنی بر بهبود به بیماران کمک می کند تا کیفیت زندگی خود را بهبود و ثبات بخشیده و موفق به بازگشت به جامعه شوند.

مدلها و اجزای سازنده

مدیریت مداوم مراقبت و بهبودی منجر به ارتباط بهتر بیماران با سیستم مراقبت های بهداشتی، خدمات اجتماعی و امکانات درمانی می شود. معمولاً یک مشاور یا کارشناس حرفه ای (مددکار اجتماعی یا پرستار) مدیریت پرونده را هماهنگ می کند، مکرراً با بیمار ملاقات می کند، حمایت مثبت ارائه می دهد، مشارکت در اجتماع را تشویق می کند و به مدیریت موقعیت های استرس زا کمک می کند. یک مشاور به بیماران کمک می کند تا با سایر متخصصانی که می توانند به بازگشت آنها به جامعه کمک کنند، ارتباط برقرار کنند. یک مشاور بیماران را بسته به نیازهایشان به مددکاران اجتماعی و روانشناسان، پزشکان، متخصصان جنسی و بهداشت باروری و واحد پشتیبانی حقوقی ارجاع می دهد.

بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر به درمان و حمایت دارویی و روانی اجتماعی مداوم نیاز دارند. این امر شامل ارجاع مناسب و مراقبت های حمایتی بعد از آن است. برای اطمینان از عملکرد صحیح درمان و پشتیبانی، ایجاد ارتباط بین شاخه های مختلف مراقبت ضروری است. به عنوان مثال، بیماران مبتلا به اختلالات پیچیده مصرف مواد مخدر که فاقد حمایت اجتماعی هستند، نیاز به درمان کوتاه مدت بستری دارند و سپس به درمان خانگی طولانی مدت مراجعه

می‌کنند. برای بیماران مبتلا به اختلالات شدید مصرف مواد مخدر و حمایت اجتماعی بهتر، درمان سرپایی پیشنهاد می‌شود. بیماران باید از راهنمای سیستم مراقبت اجتماعی جهت دسترسی به آموزش‌های حرفه‌ای، مسکن پایدار و سایر خدمات، در صورت نیاز، برخوردار باشند.

اصول مدیریت بهبودی

رویکرد مدیریت بهبودی با ویژگی‌های متعددی شامل :

تمرکز بر افزایش نقاط قوت به جای کاهش ضعف‌ها: رویکردهای بهبودی به دنبال تاکید، حمایت و توسعه مهارت‌ها، استعدادها، منابع و علایق به جای تأکید بر نیازها، نقص‌ها و آسیب‌شناسی است.

برنامه‌های انعطاف‌پذیر و نه ثابت: برنامه‌های مدیریت بهبودی باید با ارائه انتخاب‌های متعدد و فراهم‌آوری طیف وسیعی از پشتیبانی و خدمات برای پاسخگویی به نیازهای متغیر فرد پاسخ دهند.

مشارکت بیمار در درمان: مدیریت بهبودی یک رویکرد با مشارکت بیمار است که به بیمار در مورد انتخاب‌های مختلف اطلاعات می‌دهد و بیمار با توجه به آن اطلاعات در انتخاب نحوه درمان، مشارکت می‌کند. اهمیت بکارگیری انتخاب‌های بیمار در سایر زمینه‌های پزشکی، به ویژه در مدیریت بیماری‌های مزمن، تأکید شده است و تأثیر آن در افزایش مسئولیت‌پذیری بیمار برای بهبود اثبات شده است.

مشارکت جمعی: بر خلاف حل مشکل اختلال مصرف مواد به تنهایی، مدیریت بهبود شامل مشارکت اعضای خانواده، دوستان و جامعه برای تقویت جنبه‌های اجتماعی بهبود است. علاوه بر این سازمان‌های حرفه‌ای، سازمان‌های غیردولتی، گروه‌های خودیاری، سازمان‌های مذهبی، مدارس و سایر موسسات آموزشی در درمان بیمار مشارکت دارند.

فعالیت‌های مدیریت بهبودی

مدیریت بهبودی شامل مداخلات و فعالیتهای مختلف است که منابع داخلی و خارجی را تقویت و تشویق می‌کند تا به طور داوطلبانه به بیماران کمک کنند و بطور فعال مشکلات مربوط به مواد و مصرف را در صورت عود مدیریت می‌کنند. برخی از امکانات و فعالیتهای ممکن است از قبل در خانه بیمار، امکانات بهداشتی، محله و اجتماع وجود داشته باشد، در حالی که برخی دیگر نیاز به تامین دارند.

عوامل و فعالیتهای زیر، بازگشت به جامعه را افزایش داده و شانس بهبودی پایدار را افزایش می‌دهند:

- تقویت تاب‌آوری، خودکارآمدی و اعتماد به نفس برای مدیریت چالش‌ها و استرس‌های روزانه با حفظ تعهد به بهبود و جلوگیری از عود به مصرف مواد؛
- یک شبکه اجتماعی حمایتی (مانند شریک زندگی، مراقبین، اعضای خانواده و دوستان) که می‌تواند پایداری بهبودی، پرهیز از مواد و پذیرش درمان را مدیریت کند.
- آموزش بیماران در مورد عوامل مختلف موثر در مصرف مواد و کمک به آنها در ایجاد و حفظ محیط اجتماعی حمایتی که به بهبودشان کمک می‌کند.
- آموزش بیماران در مورد سیستم‌های مراقبت بهداشتی و اجتماعی موجود و هدایت آنها به استفاده از خدمات آنها
- در صورت نیاز، دسترسی داشتن به درمان دارویی طولانی مدت؛

- آموزش بیماران و دسترسی آنها نسبت به استراتژی‌ها و ابزارهای پیشگیری و مدیریت بیش مصرفی مواد؛
- آموزش بیماران در مورد راه‌های تشخیص و مدیریت بیش مصرفی، از جمله آموزش استفاده از نالوکسان برای بیش مصرفی مواد مخدر؛
- تعامل با افراد و شبکه‌های اجتماعی دوستان و همکاران که می‌تواند در حفظ پرهیز و دستیابی به اهداف بهبودی کمک کند.
- کار ارزشمند و آینده دار
- رهایی از خشونت و سوء استفاده؛
- مشارکت اجتماعی و حضور در فعالیتهای آموزشی و شغلی
- مشارکت فعال در گروههای خودیاری، معنوی یا سایر گروههای حمایتی؛
- محل اقامت پایدار
- حل مشکلات قانونی و مالی

معیارهای پایان برنامه درمانی و شاخص‌های اثربخشی

با توجه به نظریه "دوره زندگی"، مدیریت بهبودی از نظر مدت زمان، بی‌انتهای (open-ended) است و ممکن است تا پایان عمر بیمار ادامه یابد. این رویکرد، مدیریت بیماریهای مزمن را در بر می‌گیرد که هدف آن کمک به افراد برای مدیریت موثر مشکلات سلامتی شان و در نتیجه ارتقاء سلامت و بهزیستی آنها است.

در ارزیابی موفقیت فعالیت‌ها و برنامه‌های مدیریت بهبودی، توجه به ظرفیت آنها جهت کاهش خطر عود و بیش مصرفی، کاهش استفاده از مواد روانگردان و آسیب‌های مرتبط، بهبود سلامت جسمی و روانی، بهزیستی، عملکرد اجتماعی و بازگشت به اجتماع اهمیت زیادی دارد. پرسشنامه شاخص شدت اعتیاد و ابزارهای ساختاری مشابه می‌توانند برای ارزیابی وضعیت بهبودی ابعاد مختلف سلامت و عملکرد بیمار، مورد استفاده قرارگیرند. در ارزیابی اثربخشی مدیریت بهبودی، باید بر ارزیابی میزان و کیفیت منابعی که میتوانند به شروع و تداوم درمان بیمار کمک کنند، که اصطلاحاً به آن سرمایه بهبودی (recovery capital) اطلاق می‌شود، تمرکز کرد. این منابع شامل منابع داخلی (مانند حمایت خانواده) و خارجی (مثل مراکز درمانی مقرون بصرفه) می‌شود.

الزامات اساسی برای مدیریت بهبود

برنامه‌های درمانی انفرادی از این جهت اهمیت دارند که اطمینان حاصل شود هر بیمار، از درمان بهبودی محور برخوردار است. توسعه برنامه‌ها باید بر اساس ارزیابی‌هایی که با کمک تیمی از متخصصان و مشارکت بیمار انجام شده است، باشد. برنامه‌های درمانی باید مختص فرد باشد و با مدیریت سایر بیماریهای مزمن و شرایط سلامتی سازگار باشد. برخلاف برنامه‌های مراقبت‌های ویژه، برنامه‌های درمانی در مراقبت‌های بهبودی محور، تمرکز خود را از مراقبت‌های اولیه پزشکی به مراقبت‌های اجتماعی گسترش می‌دهند و متخصصانی را از سایر زمینه‌ها به خدمت می‌گیرند. در حالت ایده‌آل، متخصصان باید به عنوان یک تیم چند رشته‌ای متشکل از مددکاران اجتماعی، روانشناسان، مشاوران هم‌سال به‌همراه رهبران معنوی، دوستان و اعضای حمایتگر خانواده با یکدیگر همکاری کنند.

پس از اتمام برنامه درمان سرپایی، بستری یا اقامتی مبتنی بر جامعه، برنامه‌ریزی مراقبت‌های بعد از درمان باید در برنامه‌های مدیریت بهبود فردی تجمیع شود. این امر باید بر استراتژی‌های شخصی برای جلوگیری از عود مصرف ماده (با خطر بالای

بیش مصرفی)، تامین مسکن و اشتغال، ایجاد یا حفظ شبکه‌های اجتماعی و بازگشت به جامعه، استوار باشد. همچنین بیمار باید در صورت عود، دسترسی سریع به درمان داشته باشد.

مدیریت بهبودی در حالت ایده‌آل برپایش منظم، جلسات پیگیری (follow-up) و تماس توسط مشاور، روانشناس، پزشک و یا پرستار مراقبت‌های اولیه، تاکید دارد. موارد فوق می‌تواند به بهبود پایدار و جلوگیری از عود کمک کند. در جریان جلسات پیگیری و بررسی وضعیت بیمار در مورد کار، شرایط زندگی، مکانیسم‌های مقابله با استرس و حفظ روابط سالم صحبت می‌شود. علاوه براین بیمار به شکل داوطلبانه اجازه انجام آزمایش جهت تشخیص مصرف مواد را به درمانگر می‌دهد و این موضوع ضمن افزایش انگیزه برای پرهیز از مواد باعث تشخیص زود هنگام عود نیز میشود و در صورت عود مداخله سریع جهت برگشت به پاکی صورت می‌پذیرد. شواهد جدیدی در دست است که پایش منظم بیمار روشی موثر و مقرون به صرفه برای مدیریت بهبودی در طول زمان بوده و به طور بالقوه باعث صرفه جویی در هزینه برای ادامه پرهیز و کاهش مصرف مواد در افراد مبتلا به اختلالات مزمن مصرف مواد، می باشد (وایت، ۲۰۰۷؛ مک کالیستر و همکاران، ۲۰۱۳؛ میلر، ۲۰۱۳؛ دنیس، اسکات و لودت، ۲۰۱۴؛ گارنر و همکاران، ۲۰۱۴)

فصل پنجم

گروه های با نیازهای درمانی و مراقبتی ویژه

طیف وسیعی از گروه های جمعیتی ممکن است نیاز به درمان و مراقبت خاص برای درمان اختلالات مصرف مواد داشته باشند.

طیف وسیعی از گروه های جمعیتی ممکن است برای درمان و مراقبت به شرایط ویژه احتیاج داشته باشند. نمونه هایی از این گروه ها عبارتند از: الگوهای خاص مصرف مثلاً مصرف چند ماده بطور همزمان (poly-substance use)، ابتلا به بیماریهای دیگر مثل HIV، اختلالات و ناتوانایی های روانی همراه با مصرف مواد، سنین خاص (کودکان، نوجوانان و یا افراد مسن)، نیازمند به مراقبت و حمایت های اجتماعی (مانند بی خانمان ها، فقرا، رانده شده های اجتماعی، بی سوادها و یا دارای تحصیلات ناچیز)، مشکلات محل سکونت (افرادی که در مناطق دور افتاده و روستایی زندگی می کنند، مهاجران). علاوه بر این موارد، زنان باردار، اقلیت های جنسی، کارگران جنسی، اقلیت های مذهبی و قومی و افراد بومی که درگیر مشکلات قضایی هستند نیاز به مداخلات مناسب و مقررات ویژه ای برای درمان دارند. برای اکثر گروه های جمعیتی ذکر شده در بالا، انگ و تبعیض اغلب موانع درمان را ایجاد می کند. یک سیستم بهداشتی درمانی خوب باید دسترسی یکسان و برابر به درمان و مراقبت را برای همه افراد تضمین کند. تلاش همه جانبه و هماهنگ برای رفع موانع ساختاری درمان، جلوگیری از حاشیه نشینی اجتماعی و ترویج نگرش های بدون انگ ضروری است.

فصل ۵ ملاحظات سیستم درمان و نیازسنجی هایی را ارائه می دهد که فراهم سازی درمان را به افراد و گروه هایی با نیازهای درمانی و مراقبت ویژه تسهیل می کند. سیستم های درمانی محلی باید طراحی، برنامه ریزی و تأمین مالی شوند تا درمان و مراقبت مناسب، در دسترس و مقرون به صرفه را مطابق با اصول مندرج در این سند ارائه دهند.

۵-۱ زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر

۵-۱-۱ توصیف

زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر که در دوران بارداری هستند به طور ویژه به دو دلیل نیازمند درمان خاصی هستند. اولاً، مصرف مواد مخدر ممکن است مادر و جنین را تحت تأثیر قرار دهد، اگر چه درمان نیز ممکن است بر هر دو تأثیر منفی بگذارد. ارائه درمان اختلالات مصرف مواد برای زنان باردار ممکن است چالش های پزشکی و اخلاقی را به همراه داشته باشد. ثانیاً، مانند همه والدین، بسیاری از زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر و شرکای آنها نیازمند آموزش مهارت های فرزندپروری و حمایت در مورد مراقبت و رشد کودک هستند. علاوه بر این، به محض به دنیا آمدن نوزاد، ممکن است با توجه به احتمال قرار گرفتن در معرض مواد قبل از تولد، به خدمات پزشکی و سایر خدمات نیاز داشته باشد. همچنین، امکان ارائه درمان اختلالات مصرف مواد برای زنان باردار، و دریافت خدمات، می تواند تغییرات مثبتی در زندگی

مادر و جنین ایجاد کند. به این ترتیب، غالباً دو "دوگانه" در درمان زنان باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد (دوگانه مادر- جنین و دوگانه مادر- فرزند) مطرح هستند. پویایی و حمایت خانواده نقش مهمی در حاملگی و نتایج درمان ایفا می‌کند. به همین دلیل، درمان زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد، مداخلات خانواده بخش مهمی از درمان را شامل می‌شود. زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر با مسائلی مشابه با سایر بزرگسالان مبتلا به اختلالات مصرف مواد نظیر مسائل قضایی، روبرو می‌شوند. با این وجود، انگ، احساس شرم و فقدان روابط مثبت و حمایتی ممکن است تأثیر منفی بیشتری بر زنان بگذارد و از مهمترین دلایلی است که زنان اغلب از جستجو و ورود به درمان یا مشارکت در آن خودداری می‌کنند. علاوه بر این، تعداد کمی از خدمات درمانی ویژه زنان برای اختلالات استفاده از مواد وجود دارد، که دسترسی به درمان را حتی برای زنانی که آماده مشارکت در خدمات درمانی و پشتیبانی هستند، محدود می‌کند. زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر بیشتر از مردان می‌توانند: کودک آزاری و/یا غفلت را تجربه کرده باشند، بارها در معرض خشونت بین فردی قرار گرفته باشند، وابستگی اقتصادی به دیگران برای بقا داشته باشند و عدم دسترسی به فرصتهای رسمی آموزشی یا حرفه ای را تجربه کرده باشند. با بارداری، این مسائل ممکن است بیشتر تشدید شود، مانع دسترسی به درمان و مشارکت در درمان شود و نتایج درمان را به خطر بیندازد. بسیاری از زنان باردار مبتلا به اختلالات استفاده از مواد ممکن است احساس تعارض، شرم و گناه در مورد آنچه اغلب آنها را ناتوانی خود در کنترل رفتار مصرف مواد می‌دانند، احساس کنند.

زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر از حق مشابهی با زنان غیرباردار مبتلا یا فاقد اختلال در مصرف مواد برخوردارند و نباید به دلیل بارداری از درمان حذف شوند یا از دریافت خدمات به آنها جلوگیری شود. درمان زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر پیچیده تر از درمان سایر بیماران نیست. زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر نباید مجبور به سقط جنین و عقیم سازی شوند. علاوه بر این، برنامه های درمانی باید رویه ها و ضمانت هایی را برای جلوگیری از بازداشت و درمان اجباری زنان باردار در نظر بگیرند. سرانجام، زنان باید آن دسته خدمات درمانی را دریافت کنند که بر موضوعاتی که بیشتر در بین زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر مشاهده می شود، تمرکز داشته باشند. چنین خدمات درمانی، در مقایسه با درمان هایی که فاقد چنین تمرکز زنانه ای هستند، نتایج بلندمدت تری به دست می آورند.

۲-۱-۵ الگوها و مولفه‌ها

غربالگری و ورود به درمان

به‌طور کلی، همه زنان در سنین باروری که وارد خدمات درمانی می‌شوند باید از نظر بارداری غربالگری شوند. این امر ممکن است شامل شرح حال و آزمایش ادرار باشد. خدماتی که به زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر و فرزندان آنها ارائه می‌شود، معمولاً یک روش غربالگری و ورود به درمان دارند که به تعیین شایستگی ورود به برنامه درمانی کمک می‌کند. غربالگری باید حداقل سه مورد را ارزیابی کند: شرایط حاد پزشکی که نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد، خطر علائم محرومیت از مواد و نیاز به مدیریت آن و در نهایت خطر آسیب رساندن به خود و یا دیگران. وجود یک یا چند مورد احتمالاً نیاز به ارجاع یا انتقال یک زن باردار به یک واحد پزشکی یا روانپزشکی تخصصی تری را برای مدیریت خطرات، حداقل به طور موقت، قبل از پذیرش در برنامه درمانی تخصصی اختلالات مصرف مواد مخدر نشان می‌دهد. به عنوان اولین

قدم برای ایجاد رابطه بین بیمار و ارائه دهنده خدمات، مهم است که به نیازهای زن باردار و نحوه متناسب سازی خدمات برنامه درمانی برای آنها توجه کنیم.

داشتن یک سیاست مكتوب در مورد روشهای غربالگری و مداخله برای زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد (و مشکلات همبود) مهم است و باید شامل موارد زیر باشد:

- شرح روشهای غربالگری و ابزارها و مصاحبه های ورود به درمان؛ تا آنجا که ممکن است، تمام ابزارهای ارزیابی که در ارتباط با زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مورد استفاده قرار می گیرد، باید اعتبارسنجی و تایید شود.

- آموزش مورد نیاز کارکنان برای غربالگری و پذیرش بیمار

- سیاست واجد شرایط بودن برای پذیرش در برنامه و دادن اطلاعات مربوط به خدمات جایگزین برای زنان باردار در صورت واجد شرایط نبودن برای ورود به برنامه .

کلیه اطلاعات بالینی باید در مکانی امن و ایمن نگهداری و در پرونده بیماران وارد شود.

ارزیابی

هنگام ورود به برنامه درمانی، یک زن باردار مبتلا به اختلالات استفاده از مواد مخدر باید تحت ارزیابی بالینی قرار گیرد که هدف آن بررسی جنبه های مربوط به شرایط زندگی او به طور دقیق برای سه هدف است: تشخیص دقیق؛ تعیین درمان مناسب؛ و پیشرفت برنامه ها و اهداف درمانی مناسب. هدف اولیه از ارزیابی، ارزیابی شرایط فعلی زندگی و جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت جسمی و روانی، مصرف مواد، حمایت خانواده و موقعیت اجتماعی است. این امر در ایجاد برنامه درمانی متناسب با نقاط قوت و نیازهای زن باردار بسیار مهم است. اطلاعاتی که مخصوص دوران بارداری است، مانند موعذایمان، بارداری های گذشته و برنامه های زایمان نیز مهم هستند. در حالت ایده آل، ارزیابی باید از منابع متعدد اطلاعات برای به دست آوردن سابقه پزشکی کامل زن و زمینه روانی اجتماعی که در آن زندگی می کند، استفاده کند. یک ارزیابی اولیه موردنیاز است که با ارزیابی و بررسی دوره ای در طول درمان ادامه می یابد. با توجه به تغییرات عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی که بیمار با آن روبرو است، ارزیابی و بررسی وضعیت سلامتی وی در طول درمان و تطبیق برنامه های درمانی با توجه به نیازهای متغیر بیمار تا دستیابی به بهبودی، بسیار مهم است. دفعات چنین ارزیابی هایی بستگی به روند درمان و مشکلاتی که در پیشرفت درمان بوجود می آید، دارد. استانداردهای ارزیابی مشابه استانداردهای مورد استفاده در غربالگری و ورود به درمان هستند، که در قسمت قبل توضیح داده شد.

برنامه ریزی درمان

باید یک برنامه درمان فردی برای زن باردار، بر اساس ارزیابی، با در نظر گرفتن خواسته های او و مشارکت کامل او در برنامه ریزی و تعیین هدف تهیه شود. برنامه های درمانی باید به طور منظم بازبینی شوند، به ویژه با توجه به تغییرات سریع که در طول بارداری و پس از زایمان رخ می دهد. با خانم باردار مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر نباید به عنوان یک گیرنده منفعل اطلاعات برخورد شود، بلکه باید به عنوان یک شرکت کننده فعال در فرایند برنامه ریزی درمان در نظر گرفته شود. بیمار باید به طور فعال در تصمیمات درمانی مشارکت کند که نه تنها بر او بلکه بر چنین تاثیر می گذارد. برنامه های درمانی باید با مشارکت متخصصان زنان و زایمان و با پایش دقیق رشد و نمو جنین همراه باشد.

رویکردهای درمانی

رویکردهای درمانی برای زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر تا حد زیادی به میزان و الگوهای مصرف داروهای روانگردان (و سایر مواد) بستگی دارد. در شرایط خاص، ممکن است مناسب باشد که یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه یا متخصص زنان و زایمان، مداخله‌ای مختصر با تمرکز بر آموزش و بررسی خطرات انجام دهند. با این حال، با توجه به خطرات احتمالی برای جنین، لازم است چنین مداخلاتی را به موارد منتخب محدود کنیم. برنامه‌های درمانی برای زنان باردار که از مواد روانگردان استفاده میکنند باید منطبق بر رویکردهای مبتنی بر شواهد باشد. زنان باردار ممکن است به علت اختلالات مصرف مواد مخدر به صورت سرپایی، بستری یا اقامتی تحت درمان قرار گیرند. بسته به نوع مواد مورد استفاده و شدت یا پیچیدگی مشکلات، درمان ممکن است شامل مداخلات روانی اجتماعی و دارودرمانی باشد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

(راهنمای شناسایی و مدیریت مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در بارداری، ۲۰۱۴)

- ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید از همه زنان باردار در مورد استفاده از الکل و سایر مواد (گذشته و حال) در اولین ویزیت و در ویزیت‌های بعدی سوال کنند.
- ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید به همه زنان باردار که از الکل یا مواد مخدر استفاده می‌کنند، مداخله کوتاهی ارائه دهند.
- ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به زنان باردار یا پس از زایمان مبتلا به اختلالات مصرف الکل و سایر مواد، باید ارزیابی جامع همراه با مراقبت‌های فردی ارائه دهند.
- ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید در اولین فرصت به زنان باردار وابسته به الکل یا مواد مخدر توصیه کنند که مصرف الکل یا مواد مخدر خود را متوقف کرده و در صورت لزوم و عملی بودن آنها را جهت دریافت خدمات سم زدایی تحت نظارت ارجاع دهند.

ملاحظات ویژه برای درمان دارویی در دوران بارداری

در صورتی که دارو بخش مهمی از درمان باشد ملاحظات دارویی برای زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی بسیار مهم است. زنانی که اختلال مصرف مواد افیونی دارند، نباید به دلیل بارداری از درمان با داروهای آگونیست خودداری کنند. انتخاب داروهای اپیومی باید به صورت فردی و با در نظر گرفتن ویژگی‌های بیمار انجام شود. تجویز متادون یا بوپرنورفین گزینه‌های درمانی موثری هستند که نسبت ریسک به فایده (RISK-to-benefit) مطلوبی دارند (اما اثرات آنها ممکن است از یک بیمار به بیمار دیگر متفاوت باشد). شواهد تحقیق نشان می‌دهد که بوپرنورفین نسبت به متادون، سندرم محرومیت نوزادی (Neonatal Withdrawal Syndrom) خفیف‌تری می‌دهد. اگر چه سندرم محرومیت نوزادی به راحتی قابل تشخیص و درمان است، این فقط یک جنبه از در نظر گرفتن نسبت خطر به فایده است که یک زن باردار و پزشکش هنگام تصمیم‌گیری در مورد دارو باید به آن توجه کنند.

هر دو داروی متادون و بوپرنورفین به‌طور موثر مصرف مواد افیونی را کاهش می‌دهند و بیماران را قادر می‌سازند از درمان روانی اجتماعی بهره‌مند شوند. دوز دارو باید به طور دوره‌ای در دوران بارداری مورد ارزیابی قرار گیرد و براساس آن (معمولا

به میزان بیشتری نیاز است) تنظیم شود. هدف حفظ غلظت پلاسمایی مناسب و در نتیجه به حداقل رساندن خطر علائم محرومیت و یا وسوسه مواد اپیوئیدی است.

اگر خانمی در حین استفاده از متادون یا بوپرنورفین باردار شد، درمان باید با همان دارو ادامه یابد، به ویژه هنگامی که پاسخ خوب باشد. قطع مصرف داروهای آگونیستی در دوران بارداری توصیه نمی شود. قطع دارو با میزان بالای خروج از درمان، عود و خطرات احتمالی برای مادر و جنین همراه است. علاوه بر این، محرومیت از مواد اپیومی خطر سقط جنین را افزایش میدهد.

شواهد کافی برای حمایت از درمان دارویی در دوران بارداری برای مدیریت وابستگی به محرک های آمفتامین، حشیش، کوکائین یا مواد استنشاقی وجود ندارد. با این حال، درمان دارویی می تواند، در صورت لزوم، برای درمان بیماریهای همبود استفاده شود. داروهای روان درمانی ممکن است در درمان علائم اختلالات روانپزشکی برای مدیریت ترک در زنان باردار مبتلا به وابستگی محرک مفید باشد. با این حال، داروها به طور معمول مورد نیاز نیستند.

توصیه های سازمان جهانی بهداشت

(دستور العمل شناسایی و مدیریت مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در بارداری، ۲۰۱۴)

- زنان باردار وابسته به مواد اپیوئیدی باید تشویق شوند تا در صورت وجود به جای تلاش برای سم زدایی، از درمان نگهدارنده با آگونیست ها استفاده کنند.
- زنان باردار مبتلا به وابستگی به بنزودیازپین باید دوز را به تدریج کاهش دهند و از بنزودیازپین های طولانی اثر استفاده کنند.
- در درمان زنان باردار مبتلا به وابستگی محرک، داروهای روانپزشکی ممکن است برای کمک به علائم اختلالات روانی مفید باشد، اما به طور معمول مورد نیاز نیست.
- درمان دارویی به شکل روتین در وابستگی به محرک های آمفتامین، حشیش، کوکائین یا مواد استنشاقی در بیماران باردار توصیه نمی شود.

درمان جامع

یک رویکرد درمانی جامع زن-محور شامل درمان کامل فرد و دوگانه مادر-فرزند است. که شامل مداخلات و خدمات متعدد و متنوعی میباشد مانند تمرین های فردی و گروهی بر اساس Trauma-Informed care، آموزش فرزند پروری و مراقبت از کودک، مراقبت های پزشکی عمومی، مراقبت های زنان و زایمان، مداخلات و خدمات برای اختلالات روانپزشکی همزمان، مداخلات اولیه، حمایت اجتماعی شامل توانبخشی حرفه ای، مسکن، حمل و نقل، و کمک به حل مسائل قانونی فرد. ارائه این خدمات برای درمان زن-محور ضروری است اما کافی نیست. برنامه های درمانی زن-محور برای زنان بارداری که از مواد استفاده می کنند باید حساس بوده و با عوامل بیولوژیکی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی مربوط به مصرف و درمان مواد در زنان سازگار باشد. این امر نتیجه درمان را بهینه می کند.

ملاحظات دیگری نیز وجود دارد که باید در درمان زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد در نظر گرفته شود:

- روابط بین فردی مهم و سابقه خانوادگی نقش اساسی در شروع و ادامه مصرف مواد ایفا می کند.

- انگ زدن و محدود بودن خدمات درمانی ویژه زنان، مانع دریافت درمان می شود.

- زنان اغلب از طیف وسیعی از منابع ارجاعی وارد درمان اختلالات مصرف مواد میشوند.
- نقش مراقبتی، انتظارات جنسیتی و مشکلات اجتماعی و اقتصادی، موانع بیشتری برای زنان در برابر دریافت کمک، ورود به درمان و در طول درمان ایجاد می‌کند. این موانع ممکن است ورود به درمان را تا زمانی که اختلال به مرحله شدیدتری برسد، همراه با آسیب‌هایی پزشکی و روانپزشکی اضافی به تأخیر بیندازند.
- احتمال چسبندگی و علاقه به درمان، همچنین رفتارهای مددجویانه در زنان پس از ورود به درمان بالاست.
- دوز دارویی مورد نیاز زنان باردار تحت درمان دارویی احتمالاً در طی درمان تغییر پیدا می‌کند.
- زنان ممکن است برای به دست آوردن حداکثر نتیجه، به درمان متمرکز بر زنان در یک محیط تک جنسیتی ایمن نیاز داشته باشند.
- زنان ممکن است در موضوعاتی مانند سلامت جنسی، پیشگیری از بارداری، امور والدین و مراقبت از کودکان به آموزش و حمایت نیاز داشته باشند.
- زنان و کودکان بیشتر در معرض خطر خشونت خانگی و سوء استفاده جنسی هستند و از ارتباط با سازمان‌های اجتماعی که از آنها محافظت می‌کنند سود خواهند برد.
- خدمات درمانی باید امکان نگهداری کودکان را داشته باشد تا مادران بتوانند تحت درمان قرار گیرند.

پروتکل زایمان نوزاد

برنامه‌هایی که زایمان نوزاد یک زن باردار با اختلالات مصرف مواد را در برمیگیرد، باید دارای یک پروتکل کتبی که مشکلات احتمالی در جریان زایمان و مدیریت بیمار در آن پیش بینی شده باشد. حداقل، مسائلی مانند محل زایمان، آشنایی که باید اطلاع‌رسانی شود، امکاناتی که مادر و نوزادش نیاز دارند و چگونگی دریافت آنها باید مورد توجه قرار گیرد. روشهای مناسب برای مدیریت درد نیز باید در نظر گرفته شود. بسیاری از زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد اپیوئیدی نسبت به زنان عاری از این اختلالات، حساسیت بیشتری نسبت به درد دارند. اگر درد باعث شود مادر نتواند از نوزاد خود مراقبت کند، این موضوع می‌تواند عود مصرف مواد و سایر پیامدهای نامطلوب را برای مادر و نوزاد ایجاد کند.

پروتکل درمان پس از زایمان

همه برنامه‌هایی که به زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد خدمات ارائه می‌دهند، باید دارای پروتکل درمانی پس از زایمان باشند. زنان نباید تنها با تمرکز بر بارداری یا وضعیت پس از زایمان مرخص شوند. روشهایی جهت حمایت از دوگانه مادر-نوزاد، از جمله حداقل مهارتهای اولیه فرزندپروری، نیز باید تبیین شوند.

شیر دادن

اگرچه باید هرگونه تلاش برای تشویق شیردهی به مادران مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر صورت پذیرد، اما تصمیم‌گیری در مورد تغذیه با شیر مادر باید به صورت موردی مورد ارزیابی قرار گیرد. تغذیه با شیر مادر ممکن است در مورد مادران مبتلا به HIV مثبت و مادرانی که دارای سایر مشکلات پزشکی هستند و از داروهای روانگردان خاصی استفاده می‌کنند منع مصرف داشته باشد. سایر موارد منع یا احتیاط در شیردهی شامل استفاده مادر از داروهای استنشاقی، متامفتامین، محرک‌ها، آرام‌بخش و الکل می‌باشد. توصیه می‌شود که پزشکان در مورد شیوه‌های شیردهی با مادران به توافق‌های واضح و ترجیحاً مکتوب برسند.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

(دستورالعمل شناسایی و مدیریت مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در بارداری، ۲۰۱۴)

- مادران مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید به شیردهی تشویق شوند مگر اینکه خطرات آن به وضوح از مزایای آن بیشتر باشد.
- به زنان شیرده ای که از الکل یا مواد مخدر استفاده می‌کنند توصیه می‌شود که از الکل یا مواد مخدر خودداری کنند. با این حال، مصرف مواد لزوماً منع مصرف برای شیردهی نیست.
- تماس پوست با پوست مصرف صرف نظر از انتخاب تغذیه مهم است و باید مادر به آن تشویق شود.
- مادرانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین هستند، باید به نوزاد خود شیر دهند مگر اینکه خطرات آن به طور واضح از مزایای آن بیشتر باشد.

۳-۱-۵ مدیریت نوزادان تازه متولد شده که به طور منفعل در معرض مواد مخدر در رحم قرار داشتند

توصیف

تعیین تعداد نوزادانی که در پی تماس مداوم داخل رحمی با مواد مخدر و سایر مواد روانگردان متولد شده اند، دشوار است. اما در همه موارد، نتایج سلامت نوزادان تازه متولد شده در صورتی افزایش می‌یابد که مادران آنها از درمان جامع پزشکی، روانی اجتماعی و دارویی استفاده کنند. عدم ارائه این خدمات، نوزاد را در معرض خطر نارس بودن، محدودیت رشد داخل رحم، سپسیس نوزادان، مرده زایی، آسفیکسی حاملگی، دلبستگی ضعیف مادر و نوزاد، محرومیت، غفلت، عدم رشد و سندرم مرگ ناگهانی نوزاد قرار می‌دهد. یکی از شرایط مهمی که ممکن است در ۵۰ تا ۸۰ درصد نوزادان در معرض مواد افیونی درون رحمی وجود داشته باشد، سندرم محرومیت از مواد نوزادان است. این سندرم به عنوان تغییرات گذرا در بخش‌های مختلف بدن به شرح زیر تعریف می‌شود:

- سیستم عصبی مرکزی (به عنوان مثال تحریک‌پذیری، گریه‌های بلند، لرزش، هیپرتونی، هیپررفلکسی و اختلالات خواب)
- سیستم گوارشی (به عنوان مثال برگشت شیر، مدفوع شل، افزایش رفلکس مکیدن، مکیدن و بلع نامنظم و تغذیه ضعیف با کاهش وزن)
- سیستم تنفسی (به عنوان مثال گرفتگی بینی و تنفس سریع)
- سیستم عصبی خودمختار (مانند عطسه و خمیازه)

که در روزها و هفته‌های پس از تولد در نوزادانی که در معرض مواد مخدر یا سایر داروهای آرامبخش در رحم قرار دارند، ظاهر می‌شود. این سندرم بدنبال استفاده مادر از متادون یا بوپرنورفین برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی نیز بروز می‌کند.

درمان سندرم ترک نوزاد

درمان سندرم محرومیت نوزادان باید شامل مداخلات غیر دارویی و به دنبال آن درمان دارویی (در صورت نیاز) پس از ارزیابی جامع باشد. اقدامات حمایتی عبارتند از: هم اتاق شدن نوزاد و مادر، تغذیه از شیرمادر، ارائه پستانک (مکیدن غیر مغذی)، قنداق کردن محکم به شکلی که دستها برای مکیدن در آزاد باشد، و تماس پوست به پوست با مادر. حلق و بینی نوزاد باید تخلیه شود و تغذیه باید شامل دفعات زیاد (هر دو ساعت) با مقدار کم (در صورت تداوم تغذیه نامناسب) باشد و

از دادن تغذیه زیاد خودداری شود. در صورت استفراغ یا برگشت غذا (هر دو از علائم بارز NWS هستند) نوزاد باید روی سمت راست قرار گیرد تا خطر آسپیراسیون کاهش یابد.

شروع درمان دارویی NWS نباید به تأخیر بیفتد. متداول ترین داروها برای NWS مربوط به مواد اپیومی، مورفین خوراکی یا متادون براساس وزن نوزاد است. فنوباریتال به طور کلی در مواردی که سندروم محرومیت نوزاد ناشی از مواد دیگر (مانند باربیتورات‌ها، اتانول و خواب آورهای آرامبخش) است، تجویز می شود. هدف دارو این است که علائم محرومیت را کاهش داده و نوزاد را آرام کند تا عملکردهای معمول نظیر غذا خوردن و خوابیدن و دفع نرمال شود. در صورت لزوم، با توجه به ارزیابیهای مکرر شدت NWS با استفاده از ابزارهای معتبر، دوز دارو باید فوراً افزایش یابد و به همین ترتیب به سرعت با کاهش علائم NWS دوز کاهش یابد.

توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

(راهنمای شناسایی و مدیریت مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در بارداری، ۲۰۱۴)

- مراکز مراقبت‌های بهداشتی که مراقبت‌های زنان و زایمان را ارائه می دهند باید دارای پروتکلی برای شناسایی، ارزیابی، نظارت و مداخله، استفاده از روش‌های غیر دارویی و دارویی، برای نوزادانی باشد که قبل از تولد در معرض مواد مخدر قرار گرفته اند.
- در صورت لزوم باید از یک اپیوئید به عنوان درمان اولیه برای نوزادان مبتلا به سندرم ترک مواد افیونی نوزاد استفاده شود.
- اگر یک نوزاد علائم سندرم محرومیت نوزادان را به دلیل ترک داروهای آرامبخش یا الکل داشته باشد یا ماده ای که نوزاد در معرض آن قرار دارد ناشناخته باشد، فنوباریتال ممکن است یک گزینه درمانی اولیه ترجیحی باشد.

۴-۱-۵ مستندسازی و آموزش کارکنان

آموزش کارکنان

کارکنان مراکزمانند مسئول پذیرش که با بیماران ارتباط مستقیم دارند، باید در مورد مسائلی که زنان باردار با آن روبرو هستند آگاه و حساس باشد. کارکنان باید آموزش ببینند که هنگام زایمان چه کار باید انجام دهند، با چه کسی تماس بگیرند و چگونه واکنش نشان دهند. بسیاری از زنان باردار مبتلا به اختلالات استفاده از مواد ممکن است به علت ناتوانی خود در کنترل رفتار مصرف مواد احساس تعارض، شرم و گناه کنند. کارکنان باید از این احساسات و نگرانی‌ها آگاه بوده و آماده پاسخگویی مناسب به شیوه حمایتی باشند. تحقیر و انگ زدن زنان برای مصرف مواد مخدر در دوران بارداری یک روش درمانی موثر برای محافظت از جنین در برابر قرار گرفتن در معرض دارو یا بهبود سلامت مادر نیست. برعکس، ممکن است منجر به نرخ بالای ترک درمان شود.

همه کارکنان بهداشتی که از نوزادان مراقبت می کنند باید برای شناسایی علائم و نشانه‌های سندرم محرومیت نوزاد و همچنین وضعیتهای دیگری که ممکن است علائم مشابه با NWS داشته باشند شامل سپتی سمی، انسفالیت، مننژیت، تحریک سیستم عصبی مرکزی بعد از انوکسیا (post-anoxic)، هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی و خونریزی مغزی، آموزش ببینند.

مستندات (Documentation)

صرف نظر از نوع تنظیم یا شدت مراقبت ارائه شده، مدارک مناسب در مورد درمان زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید شامل تمام اسناد و مدارک معمولی یا سوابق بیمار باشد. این موارد شامل قرارداد درمانی، ارزیابی، درمان فردی و برنامه مدیریت بهبودی می باشد. البته، بازبینی و تغییرات درمانی، مدیریت اهداف درمان و خلاصه ای از سیر درمان نیز به همین اندازه ضروری است. خدمات ارائه شده به زنان باردار مبتلا به اختلالات استفاده از مواد مخدر باید پرونده‌ای از کلیه خدمات پزشکی، روانپزشکی و درمانی داشته باشد تا از اجرای همه مراقبت های توصیه شده و هماهنگی نزدیک بین ارائه دهندگان مراقبت های مختلف اطمینان حاصل شود. همچنین هرگونه ارزیابی سندرم محرومیت از مواد نوزادان باید همراه با مداخلات دارویی و غیر دارویی ارائه شده به منظور به حداقل رساندن آن، باید ثبت شود.

۲-۵ کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد

۱-۲-۵ توصیف

استفاده از مواد روانگردان معمولاً در نوجوانی (۱۰ تا ۱۹ سالگی) و حتی دوران کودکی آغاز می شود. هرچه مصرف مواد زودتر شروع شود، خطر پیشرفت سریع‌تر به مصرف سنگین و اختلالات مصرف مواد بیشتر می شود.

اکثر کودکان و نوجوانان از داروهای روانگردان استفاده نمی کنند. کودکانی که از مواد مخدر استفاده می کنند معمولاً در معرض عوامل خطر بیشتری هستند و عوامل محافظتی کمتری دارند. آنها احتمالاً قربانی غفلت و سوء استفاده فیزیکی، جنسی و عاطفی هستند. آنها ممکن است در جنگ، تروریسم و تجارت مواد مخدر بکار گرفته شده و مورد انواع مختلف خشونت قرار گیرند. چنین کودکانی ممکن است از محرومیت، فقر، بی خانمانی، قحطی، تبعیض جنسیتی و آوارگی مکرر رنج ببرند. در نتیجه، آنها می توانند مشکلات مختلف روحی و جسمی را تجربه کنند. کودکانی که در تجارت مواد بکار گرفته می شوند، احتمال قربانی شدن در هر مرحله از صنعت تجارت مواد دارند. کودکانی که خانواده های آنها گیاهان مرتبط با مواد پرورش می دهند و مواد تولید می کنند، می توانند در معرض بقایای سمی و دود دست دوم و سوم قرار بگیرند. کودکانی که در کشورهای درگیر تولید مواد زندگی می کنند از جنبه های مختلف در معرض خطرات کشنده قرار می گیرند. کودکان سرباز غالباً بخاطر بیدار ماندن، جنگیدن و سایر اقدامات وحشتناک، و همچنین کنار آمدن با استرس به آسانی به مواد مخدر دسترسی دارند.

کودکان و نوجوانانی که از داروهای روانگردان استفاده می کنند ممکن است مصرف مواد را به عنوان مشکلی برای خود یا دیگران در زندگی خود تشخیص ندهند و ممکن است از آسیب قابل توجهی که مصرف مواد برای مغز و رشد روانی اجتماعی آنها ایجاد می کند غافل شوند. علاوه بر این، مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوانی با افزایش خطر مادام العمر اختلالات مصرف مواد و سایر مشکلات روانی همراه است. در نتیجه، چنین کودکانی ممکن است در آینده نیاز آنها به خدمات درمانی مرتبط با سلامت روان و اختلالات مصرف مواد بیشتر باشد.

دوران کودکی و نوجوانی دوره های مهم رشدی هستند که مغز به ویژه در برابر مصرف مواد مخدر و اختلالات مصرف مواد آسیب پذیر است. با توجه به اثرات عصبی مواد و الکل بر مغز در حال رشد، مصرف مواد باید در اسرع وقت شناسایی و رسیدگی شود. کودکان و نوجوانان همچنین می توانند از مداخلات برای مصرف مواد حتی در صورت عدم وابستگی به ماده خاصی استفاده کنند. قطع سریع دسترسی به مواد در به حداقل رساندن خطرات ناشی از آسیب های جسمی و روانی بعدی

موثر است. ویزیت‌های معمول پزشکی در مدرسه یا سایر مراکز مرتبط با سلامتی، فرصت‌هایی را برای پرسش از کودکان و نوجوانان در مورد مصرف مواد فراهم می‌کند. اگر نوجوانان از عواقب راستگویی نگران نباشند صادقانه پاسخ خواهند داد. خانواده درمانی یک مداخله موثر مبتنی بر شواهد برای نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد و همچنین برای نوجوانان با سابقه بزهکاری به شمار می‌رود.

نوجوانان، کودکان بزرگتر یا بزرگسالان کوچکتر نیستند. دوره نوجوانی با ویژگی‌هایی نظیر بلوغ فیزیولوژیکی تمام سیستم بدن و برخی تغییرات متحول‌کننده، از جمله کاهش وابستگی دوران کودکی به والدین و مراقبان تا رسیدن به استقلال بزرگسالان تعریف می‌شود. نوجوانان، در این دوره از زندگی نیاز به خدمات بهداشتی و آموزشی مناسب، حفاظت از سلامتی و ارتقاء سلامتی متناسب با مراحل رشد و نیازهایشان دارند.

نوجوانان در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اطلاعات با موانع خاصی روبرو هستند. آنها اغلب خدمات بهداشتی عمومی را به دلیل عدم احترام، حریم خصوصی و محرمانه بودن، ترس از انگ، تبعیض و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که ارزش‌های اخلاقی را تحمیل می‌کنند، غیرقابل قبول می‌دانند. علاوه بر این، خدمات بهداشتی اغلب نیاز به حمایت یا اجازه والدین‌شان در مورد مسائل حساس مانند سلامت جنسی و باروری نیاز دارند، در حالیکه ممکن است از این حمایت بی‌بهره باشند. آنها ممکن است به دلیل هنجارهای اجتماعی-فرهنگی و جنسیتی تحت کنترل والدین خود باشند-واقعیتی که اغلب با قوانین و تعیین لزوم رضایتنامه، تقویت می‌شود. همه این موضوعات می‌تواند نوجوانان را از جستجوی مراقبت باز دارد.

مانند سایر گروه‌های سنی، موانعی نظیر سواد سلامت پایین، فقر و حاشیه نشینی بر دسترسی نوجوانان به مراقبت‌های بهداشتی، تأثیر منفی دارد.

۲-۲-۵ مدلها و اجزای سازنده

کودکان و نوجوانانی که از مواد استفاده می‌کنند ممکن است در کنار خانواده زندگی کنند اما برخی از آنها بعزت یتیم بودن یا طرد شدن توسط خانواده در خیابانها یا در کانون‌های اصلاح و تربیت زندگی کنند. شرایط درمانی برای این دو گروه از کودکان و نوجوانان ممکن است با درمانهای سرپایی یا اقامتی سنتی تفاوت اساسی داشته باشد و احتمالاً بیشتر به مراکز drop in و outreach جهت مدیریت اختلالات مصرف مواد نیاز داریم. نوجوانان ممکن است توسط والدین به مراکز درمانی انتقال داده شوند.

تحقیقات در مورد درمان کودکان و نوجوانان محدود است و اغلب یافته‌های بدست آمده از مطالعات مربوط به بزرگسالان جهت درمان کودکان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در حالی که شواهد دلگرم‌کننده‌ای مبنی بر موثر بودن درمان روانی اجتماعی مناسب برای نوجوانان وجود دارد، اما شواهد بسیار کمی در مورد درمان مناسب کودکان کوچکتر در دسترس است. برای درمان کودکان مبتلا به اختلالات مصرف مواد، لازم است درمانهای روانی اجتماعی متناسب با سطح رشد شناختی و تجربیات زندگی آنها طراحی شود. این امر، ممکن است مشکلات پیش‌بینی نشده‌ای، از جمله واکنش متفاوت کودکان نسبت به نوجوانان و بزرگسالان به داروها، ایجاد کند.

هنگام ارائه درمان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد، موارد دیگری نیز باید در نظر گرفته شود.

- وضعیت حقوقی کودکان و نوجوانان از نظر صلاحیت آنها برای موافقت با درمان در کشورهای مختلف متفاوت است. لازم است این مورد را در نظر بگیرید و در صورت لزوم از رضایت یا مشارکت والدین استفاده کنید.

- کودکان و نوجوانانی که از مواد استفاده می‌کنند به علت رشد مغزی و عملکرد شناختی آنها و همچنین مهارت‌های محدود مقابله با شرایط سخت با توجه به مرحله رشد روانی - اجتماعی شان، دارای نیازهای درمانی و مراقبتی منحصر به فردی هستند.

- نوجوانان دارای ریسک پذیری و جستجوگری بالا هستند و به فشار همسالان خود واکنش نشان می‌دهند.

- نوجوانان مبتلا به مشکلات مصرف مواد به شیوع بالایی از اختلالات روانپزشکی همزمان و اختلالات خانوادگی دچارند که باید مورد توجه درمانگر قرار گیرد.

- تفکر غیر انتزاعی، مهارت‌های زبانی کمتر توسعه یافته، خودکامی کمتر نسبت به بزرگسالان و کمتر اهمیت دادن به بحث درباره مشکلات خود از ویژگیهای کودکان است.

- نیاز به تطبیق مداخلات درمانی رفتاری با توجه به توانایی‌های شناختی محدود کودکان و نوجوانان وجود دارد.

- کودکان و نوجوانان ممکن است انگیزه‌های متفاوتی نسبت به بزرگسالان برای مشارکت در درمان و به اشتراک گذاری اهداف درمانی مشترک با ارائه دهنده درمان داشته باشند.

درمان اختلالات مصرف مواد باید متناسب با نیازهای منحصر به فرد نوجوان باشد و کلیه نیازهای وی را برآورده کند. در اولین فرصت طی درمان باید خشونت، کودک آزاری و خطر خودکشی و آسیب را شناسایی کرده و نسبت به محافظت از کودک یا نوجوان اقدام کرد. پایش مصرف مواد با توجه به اینکه هدف حفاظت از مغز در حال رشد آنها است، نقش کلیدی در درمان نوجوانان دارد. درمان نوجوانان نیاز به حمایت بیشتر و متفاوتی نسبت به بزرگسالان دارد. با توجه به فعال شدن گزینه جنسی و میزان بالای سوء استفاده جنسی در بین نوجوانان مبتلا به وابستگی به مواد، آزمایش داوطلبانه بیماریهای مقاربتی مانند HIV، و همچنین هپاتیت B و C، بخش مهمی از درمان دارویی برای نوجوانان به شمار می‌رود. درمان، همچنین باید راهکارهایی نظیر: آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش حرفه‌ای، مداخلات مبتنی بر خانواده و مداخلات مربوط به سلامت جنسی، از جمله پیشگیری از بارداری ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی را در برگیرد.

درمان باید تلاش کند تا سایر زمینه‌های مشارکت اجتماعی نوجوانان مانند خانواده، مدرسه، ورزش و سرگرمی را دربرگیرد و به روابط مثبت با همسالان توجه داشته باشند. درمان برای نوجوانان باید در صورت لزوم مشارکت مثبت والدین را شامل شود و دسترسی به نهادهای بهزیستی کودکان را تامین کند.

خدمات درمان اختلالات مصرف مواد و سلامت روان باید دارای ویژگی‌های منحصر به فرد کودکان و نوجوانان باشد و در شناسایی و رفع نیازهای آنها انعطاف پذیر باشد. این باید در چارچوبی انجام شود که به بهترین وجه از کودکان و نوجوانان در برابر آسیب محافظت می‌کند و در عین حال نیازهای فردی آنها را نیز برآورده می‌کند.

خدمات Outreach

هدف برنامه‌های Outreach، شناسایی کودکان و نوجوانانی است که ممکن است به خدمات بهداشتی و اجتماعی نیاز داشته باشند. این برنامه‌ها تا جایی که ممکنه به کودکانی که با گرفتاریهای زیادی زندگی میکنند، به عنوان مثال کودکانی که در خیابان و یا زندان زندگی میکنند، چنین خدماتی را ارائه می‌دهند. به این ترتیب، کارکنان Outreach باید کودکان و نوجوانانی را که در معرض خطر هستند، هدف قرار داده و به آنها خدمات لازم را ارائه کنند. چنین خدماتی باید به دنبال رفع انواع مشکلات، از جمله مشکلات ذهنی، رفتاری و اجتماعی باشد. در موارد Outreach، کارکنان ممکن است به

منظور جمع آوری اطلاعات کافی جهت تعیین نیاز به ارجاع و درمان، و ایفای نقش فعال در سازماندهی ارجاع یا درمان، غربالگری انجام دهند. خدمات Outreach همچنین ممکن است نیازمند ارزیابی دینامیک های درون خانواده و آسیب پذیری های موجود در آن باشد. شروع درمان اختلالات مصرف مواد، بر علت و وسعت مشکل اولویت دارد.

غربالگری و ارزیابی

برنامه های سنتی سرپایی و بستری که درمان کودکان و نوجوانان را ارائه می دهند، معمولاً دارای روش های غربالگری و ورود به درمان هستند که مناسب بودن کودک یا نوجوان برای ورود به برنامه را تعیین می کند. به عنوان بخشی از فرایند پذیرش، حداقل باید سه عامل خطر را غربالگری کرد: شدت اختلال مصرف مواد، خطر خودآزاری و صدمه به دیگران و سایر مسائل ایمنی نظیر آسیب پذیری در برابر سوء استفاده (احساسی، جنسی و جسمی). در شرایطی که ترکیبی از عوامل خطر و همچنین عارضه ای که شامل سایر اختلالات همزمان می شود، اگر خدمات سرپایی نتوانند حمایت و ایمنی کافی را تضمین کنند، بستری شدن کودک یا نوجوان در شرایط مناسب تر ضروری به نظر می رسد. یک ارزیابی، شرایط فعلی زندگی یک کودک یا نوجوان را شناسایی می کند و اطلاعات مربوط به سابقه فیزیکی، روانی، خانوادگی و اجتماعی آنها را برای تعیین نیازهای درمانی خاص جمع آوری می کند. این امر، به تدوین برنامه درمانی مطابق با نقاط قوت و نیازهای کودک یا نوجوان کمک می کند. استانداردهای مورد استفاده در غربالگری و ارزیابی کودکان و نوجوانان نباید با استانداردهای دیگر بیماران متفاوت باشد.

برنامه ریزی درمان

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید دغدغه اصلی یک تیم درمانی که بر سلامت جسمی و روانی تمرکز دارد، باشد. این موضوع اهمیت دارد که آنها را به عنوان مشارکت کنندگان فعال در تصمیم گیری های درمانی، همگام با مراقبان درمانی خود، در نظر گرفت. علاوه بر این، در مراحل اولیه برنامه ریزی، مدیریت مورد می تواند بیمار را به خدمات مناسب در جامعه مرتبط کند و - در مورد بیمار بستری - نیاز به تصمیم گیری در مورد بازگشت به جامعه وجود دارد. برنامه ریزی درمان همچنین مستلزم همکاری با سیستم مدرسه است و باید نیاز به ادامه تحصیل رسمی را در نظر بگیرد.

رویکردهای درمانی

رویکردهای درمانی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد تا حد زیادی به ماده یا مواد مصرف شده بستگی دارد. همانند سایر بیماران، درمان باید در صورت لزوم شامل مداخلات روانی اجتماعی همراه با دارو باشد. با این حال، مطالعات کمی در مورد اثربخشی درمانهای دارویی برای نوجوانان و کودکان وجود دارد. بنابراین، هیچ یک از داروها برای استفاده در این گروه جمعیتی تأیید نشده است. برخی با استفاده از داروهای آگونیست مانند متادون و بوپرنورفین، برای درمان نوجوانان در صورتی که قادر به دادن رضایت قانونی باشند، موافقت می کنند. این دارو باید برای نوجوانانی با وابستگی شدید به مواد مخدر که در خطر ادامه مصرف مواد مخدر قرار دارند، مورد استفاده قرار گیرد. مطابق قوانین ملی، هر نوع درمان درمورد خردسالان باید با رضایت والدین باشد. نوجوانان با مدت کوتاه اختلال مصرف مواد اپیوئیدی که از حمایت خانوادگی و اجتماعی قابل توجهی برخوردارند، ممکن است به مدیریت علائم محرومیت با یا بدون تجویز بعدی نالترکسون به عنوان استراتژی پیشگیری از عود پاسخ دهند. همچنین دارودرمانی مناسب باید برای درمان اختلالات روانپزشکی همزمان به عنوان بخشی از یک برنامه درمانی یکپارچه که شامل درمان های روانی اجتماعی نیز می شود، مورد استفاده قرار گیرد.

رویکردهای روانی-اجتماعی برای درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در کودکان و نوجوانان باید طیف وسیعی از نیازهای آنها را پوشش دهد و از رویکرد فردی برای شناسایی آسیب‌پذیری‌ها، نقاط قوت و همچنین سابقه رشد و نمو آنها را از بدو تولد تا به امروز استفاده کند. نمونه‌هایی از رویکردهای درمانی برای اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان شامل رویکرد مهارت‌های زندگی، مداخلات مبتنی بر خانواده و روان‌درمانی است. نوجوانان از آموزش خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی و تصمیم‌گیری بهره‌مند می‌شوند. استفاده از فناوری‌های دیجیتال مبتنی بر شواهد نیز، در صورت موجود بودن، ممکن است در برنامه‌های درمانی وارد شود.

مسائل مربوط به جنسیت در درمان نوجوانان

شناخت تفاوت‌های جنسیتی باید بخشی جدایی‌ناپذیر از درمان در کودکان و نوجوانان باشد. پسران معمولاً گروه‌های جنسیتی مختلط را ترجیح می‌دهند، در حالی که دختران ممکن است گروه‌های دخترانه را ترجیح دهند، که نشان‌دهنده تفاوت در اجتماعی‌شدن و سابقه مصرف مواد در دختران و پسران است. با توجه به میزان بسیار بیشتر سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی همچنین رابطه جنسی برای تهیه مواد در مورد دختران نسبت به پسران، حداقل بخشی از برنامه درمانی باید جنسیت محور باشد و مولفه‌های مربوط به سلامت جنسی و باروری را شامل شود. برای دختران، درمان ممکن است بر آسیب‌پذیری‌های خاصی که بر دختران تأثیر می‌گذارد نظیر افسردگی و سابقه سوء استفاده جسمی و جنسی، متمرکز شود در حالی که برای پسران درمان، بیشتر بر مسائل کنترل تکانه، اختلال در مدرسه و اجتماع و سابقه مشکلات یادگیری و رفتاری تمرکز دارد. با این حال، نیاز به رسیدگی به بسیاری از این مسائل در همه کودکان و نوجوانان وجود خواهد داشت.

به طور خلاصه، سرمایه‌گذاری در خدمات درمان مصرف مواد که مختص نوجوانان باشد، با افزایش بهره‌وری، کاهش هزینه‌های سلامت و جلوگیری از انتقال بین‌نسلی فقر، تبعیض و بهداشت ضعیف، باعث رشد اقتصادی خواهد شد.

۳-۵ اختلالات مصرف مواد مخدر در بین افرادی که مشکلات قضایی دارند

۳-۵-۱ توصیف

تعداد زندانیان در سراسر جهان رو به افزایش است که بار مالی هنگفتی را بر دوش دولت‌ها تحمیل کرده و هزینه زیادی را برای انسجام اجتماعی جوامع به همراه دارد. تخمین زده می‌شود که در اکتبر ۲۰۱۵ بیش از ۱۰/۳ میلیون نفر در سراسر جهان، از جمله زندانیان محکوم شده و در انتظار محاکمه، در زندان‌ها و موسسات کیفری نگهداری می‌شدند. اگرچه زنان تنها ۶/۸ درصد از زندانیان جهان را تشکیل می‌دهند، اما تعداد زندانیان زن از سال ۲۰۰۰ به بعد تا ۵۰ درصد افزایش یافته است، در حالی که زندانیان مرد فقط ۱۸ درصد افزایش داشته است (والمسلی، ۲۰۱۵).

در سطح جهان، برآورد می‌شود که از هر سه زندانی یک نفر در حین حبس از مواد غیرقانونی استفاده کرده است (شیوع متوسط ۳۲/۶ درصد، بر اساس داده‌های ۳۲ مطالعه)، ۲۰ درصد گزارش مصرف در سال گذشته داشته‌اند (شیوع متوسط سال گذشته براساس داده‌های ۴۵ مطالعه) و ۱۶ درصد گزارش استفاده فعلی دارند (میانگین شیوع ماه گذشته در ۱۷ مطالعه). بر اساس برآوردها، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد درصد بالایی از جمعیت زندانیان را در بسیاری از کشورها نشان می‌دهند (UNODC ۲۰۱۹، UNODC 2017).

مطالعات متعدد نشان داده است که استفاده از مواد مخدر، از جمله تزریق مواد مخدر، در زندان‌ها بسیار شایع است و استفاده از سوزن و سرنگ مشترک یک امر معمول است. روشهای تزریق غیر ایمن در زندان، جایی که میزان HIV بالا است، خطر ابتلا به این بیماری را در افرادی که با استفاده از سوزن‌ها و سرنگهای آلوده تزریق میکنند افزایش می‌دهند (UNODC, 2017).

در سطح جهانی، حدود ۲/۸ درصد (۲/۵ - ۳/۶۵ درصد) از زندانیان مبتلا به سل فعال هستند که بیشترین میزان در اروپای شرقی و آسیای مرکزی (۴/۹ درصد) و شرق و جنوب آفریقا (۵/۳ درصد) است. افرادی که در زندان از مواد مخدر استفاده می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سل هستند (UNODC, 2017).

غریبالگری افرادی که پرونده قضایی دارند از نظر مصرف و اختلالات مصرف مواد، اهمیت دارد. برای شخصی که مصرف مواد دارد، این فرصتی است تا از حمایت مناسب و در صورت لزوم مداخلات درمانی با ارجاع به مراکز درمان اختلالات مصرف مواد برخوردار شود. این امر، مستلزم یک ارتباط هماهنگ بین دستگاه قضایی و سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی است. شواهد نشان می‌دهند در افرادی که پرونده قضایی داشته و مبتلا به اختلالات مصرف مواد نیز بوده‌اند، درمان اختلال با شکستن چرخه معیوب مصرف مواد و جرم، همچنین کاهش ارتکاب مجدد و کاهش حبس در کاهش مصرف مواد و ارتقاء بهبود، تاثیرگذار بوده است (موسسه سیاست عدالت، ۲۰۰۸؛ گامپرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ سان و همکاران، ۲۰۱۵؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد که پرونده قضایی دارند ممکن است - بسته به جرم - به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات یا به موازات مجازات یا حبس (به عنوان مثال، در محیط زندان) انجام شود.

کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل مواد (سازمان ملل متحد، ۱۹۶۱، ۱۹۷۱، ۱۹۸۸) پیش‌بینی می‌کنند که تسهیل درمان به عنوان جایگزین بخشی یا تمام محکومیت یا مجازات (یا به موازات محکومیت یا مجازات)، عمدتاً در مواردی که جرم ارتكابی توسط فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد ماهیت جزئی دارد، در نظر گرفته شود. درمان به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات می‌تواند در طول مراحل پیش از محاکمه، حین محاکمه و پس از صدور حکم در امتداد مداخله کیفری اجرا شود.

۲-۳-۵ مدل‌ها و اجزای سازنده

درمان و مراقبت مبتنی بر شواهد، باید برای همه افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد صرف نظر از وضعیت قانونی آنها در دسترس باشد. به افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد که پرونده قضایی دارند، می‌توان بسته به شدت جرم ارتكابی و مجازات، خدمات درمانی مواد را به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات یا به طور موازی در زندان‌ها ارائه کرد.

به منظور ارائه پاسخ موثر به هرکسی که دارای اختلالات مصرف مواد و پرونده قضایی است، لازم است شدت اختلالات مصرف مواد و بیماریهای همبود را در نظر بگیریم. مطابق با قوانین حداقلی استاندارد سازمان ملل متحد برای اقدامات غیر بازداشتی (قوانین توکیو) (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۰)، زندان همیشه باید بعنوان آخرین اقدام باشد. علاوه بر این، باید شرایط خاص زنانی که پرونده قضایی دارند مطابق با قوانین سازمان ملل متحد برای رفتار با زنان زندانی و اقدامات بدون حبس برای زنان بزهکار (قوانین بانکوک) (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۱) در نظر گرفته شود.

هنگامی که افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مرتکب جرمی می شوند که جزئی تلقی می شوند (اعم از وابسته یا غیر وابسته به مواد)، درمان می تواند به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات، مطابق با کنوانسیون ها و هنجارهای بین المللی ارائه شود. ارائه درمان مبتنی بر شواهد، برای اختلالات مصرف مواد برای افرادی که پرونده قضایی دارند یک راهکار موثر برای سلامت و ایمنی عمومی است (بلنکو، هیلر و همیلتون، ۲۰۱۳؛ UNODC و WHO، 2019).

آن دسته از افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر، که در حال گذراندن دوران محکومیت خود در زندان هستند و نمی توانند از درمان به عنوان جایگزین محکومیت یا مجازات بهره مند شوند، باید در همان زندان و یا سایر محیط های کیفری، تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.

غربالگری و ارزیابی در قالب عدالت کیفری

تعامل با سیستم قضایی می تواند فرصتی برای تشویق افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد جهت مشارکت داوطلبانه در خدمات درمانی باشد. بنابراین، غربالگری مصرف و اختلالات مصرف مواد در بین افرادی که پرونده قضایی دارند، ترجیحاً به عنوان بخشی از غربالگری سلامتی بسیار مهم است.

همه شعب دستگاه قضایی باید فرصت هایی را برای غربالگری و ارزیابی اختلالات سلامت، از جمله اختلالات مصرف مواد را ارائه دهند. در اولین تماس با سیستم قضایی باید مشخص شود که آیا مجرمان مبتلا به اختلالات مصرف مواد واجد شرایط جایگزینی برای محکومیت یا مجازات هستند یا خیر و در صورت واجد شرایط بودن جایگزین ها را اجرا کنند. مقامات قضایی و سلامت باید از ظرفیت مشترکی برای ارزیابی درمان برخوردار باشند تا مشخص شود آیا می تواند جایگزینی برای محکومیت یا مجازات وجود داشته باشد. علاوه بر این، آنها باید با توجه به جرم ارتكابی و نیازهای مراقبت های بهداشتی، از بین گزینه های درمانی موجود، مناسب ترین را برای فرد مورد نظر تعیین کنند.

مکان ها و فرصت های مداخله برای مرتبط کردن افرادی که از مواد استفاده می کنند به خدمات درمانی عبارتند از: تماس با افسران اجرای قانون، بازجویی و بازداشتگاه های اولیه، زندانها و دادگاهها، برگشت به جامعه پس از زندان، و برنامه های اصلاح و تربیتی جامعه، مانند اردوگاه های کار برای مجرمان. در هر مرحله از مداخله قضایی، فرصتی برای شناسایی علائم بالقوه مصرف و اختلالات مصرف مواد وجود دارد و باید از غربالگری اختلالات مصرف مواد مطمئن شد. پس از غربالگری مثبت، متخصصان آموزش دیده باید ارزیابی جامعی را انجام دهند. این امر، برنامه ریزی و اجرای مداخلات متوالی بهداشتی را ممکن می سازد. این موارد به ویژه در مدیریت سندرم های محرومیت از مواد برای جلوگیری از اذیت شدن و در برخی موارد، عوارض خطرناک و تهدید کننده زندگی در میان افراد بازداشت شده با وابستگی به مواد ضروری است. هر زمان که سیستم قضایی افراد را تحت بازداشت قرار دهد، غربالگری برای اختلالات مصرف مواد باید بخشی جدایی ناپذیر از غربالگری استاندارد سلامت باشند.

ارزیابی یک فرایند مستمر است که توسط افراد مختلف در جایگاههای متفاوت و در هر مرحله از روندقضایی صورت میگیرد. به عنوان مثال، ارزیابی اولیه می تواند در سطح پیش از محاکمه انجام شود و بعداً در زندان مجدد توسط فرد دیگری ارزیابی مجدد صورت گیرد. دلایل متعددی وجود دارد که ممکن است نیاز به تجدید ارزیابی وجود داشته باشد، مانند تغییر در احساس نیاز به درمان، انگیزه و یا وضعیت سلامتی. تعیین خطر خودکشی در تمام مراحل ارزیابی باید مورد توجه قرار گیرد.

فقط پرسنل آموزش دیده باید اختلالات مصرف مواد را ارزیابی کنند. موارد زیر مهمترین موضوعاتی است که در ارزیابی باید مورد توجه قرار گیرند:

- آیا خطری فوری مثل بیش مصرفی برای زندگی وجود دارد؟
 - آیا فرد نیاز به درمان فوری مانند علائم محرومیت از مواد یا روان پریشی دارد؟
 - آیا الگوی مصرف مواد با الگوی مصرف مضر یا وابستگی مطابقت دارد؟
 - آیا شخص خود به درمان اختلالات مصرف مواد مخدر علاقمند است؟
 - در گذشته، این افراد چه نوع درمانی را دریافت کرده بودند؟
 - چه نوع مداخلات درمانی احتمالاً موثر هستند؟
 - چه نوع مداخلات درمانی در دسترس هستند؟
 - آیا مداخلات درمانی برای افرادی که قرار است درمان جایگزین محکومیت یا مجازات زندان در نظر گرفته شود، وجود دارد؟
 - از بین این مداخلات درمانی، شخص علاقمند به انجام کدامیک است؟
 - آیا مشکلات پزشکی همزمان (از جمله بیماری های روانی) وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد؟
 - در صورت پذیرش یا رد درمان، وضعیت حقوقی چگونه خواهد بود؟
- براساس ارزیابی جامع افراد و نیازهای آنها در مورد درمان و سایر زمینه های مهم زندگی (بهداشتی، اجتماعی، حقوقی)، توسعه رویکرد درمانی متناسب با این نیازها اهمیت ویژه ای دارد. اجتناب از رویکردهایی که منحصرأ بر مجازات تمرکز می کنند یا فاقد ساختار هستند، ضروری است. در راستای تاثیرگذاری حداکثری، مداخلات درمانی برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و سابقه بزهکاری باید نیازهای پیچیده و خطر مشکلات، از جمله خطر تکرار مجدد جرم را برطرف کند.

درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در فضای عدالت کیفری

فرض اساسی ارائه خدمات بهداشتی در سیستم قضایی این است که چنین خدماتی باید همان اصولی را که در سایر بخشهای مراقبت های بهداشتی و اقدامات پزشکی رعایت می شود، رعایت کرده و با نوع و محدوده ای که در استانداردها مشخص شده مطابقت داشته باشد. تصمیمات اتخاذ شده توسط مقامات دادگستری جنایی نباید فرد را از حق مراقبت و خدمات درمانی مورد نیاز محروم کند.

به عنوان یک قاعده کلی، خدمات بهداشتی در سیستم قضایی باید از نظر استاندارد با خدمات بهداشتی در جامعه برابر باشد (اصل برابری). باید بین سیستم قضایی و خدمات مبتنی بر جامعه پیوندهایی وجود داشته باشد تا از خدمات مستمر، تداوم و پایداری کیفیت مراقبت اطمینان حاصل شود.

وقتی متخلفی که به احتمال زیاد دارای اختلال استفاده از مواد است وارد سیستم قضایی میشود (به عنوان مثال توسط پلیس به دلیل ارتکاب جرم مرتبط با مواد مخدر دستگیر شود)، باید تحت غربالگری قرار گرفته، سپس توسط یک متخصص مجرب سلامت مورد ارزیابی و مداخلات مختصر قرار گیرد.

این ارزیابی می تواند تعیین کند که آیا مجرم معیارهای تشخیصی اختلال مصرف مواد، که شامل وابستگی به مواد یا الگوی مضر مصرف مواد است، را کسب میکنند؟ در صورت مصرف مواد علی رغم عدم مشاهده ویژگی های تشخیصی اختلالات مصرف مواد و یا در صورت مضر بودن الگوی استفاده از مواد، ممکن است یک مداخله درمانی مختصر ارائه شود (بخش

۴,۲,۱ را ببینید) و همزمان نیازهای بیشتر، فاکتورهای خطر یا محافظتی مورد ارزیابی قرار گیرند. این امر، همچنین برای جلوگیری از تکرار جرم مؤثر است. اگر ارزیابی تشخیصی وابستگی به دارو را مشخص کند، این امر مستلزم درمان مبتنی بر شواهد برای قطع وابستگی به مواد خواهد بود. این درمان، باید بسته به شرایط حقوقی به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات یا به موازات حکم و حبس ارائه شود. اگر در ارزیابی سایر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مشخص شود، مجرم باید به خدمات درمانی ارجاع داده شود تا بتواند درمان و مراقبت مناسب را دریافت کند. از سوی دیگر، این خدمات را می‌توان در مدیریت اختلالات مصرف مواد نیز ادغام کرد.

درمان وابستگی به مواد مخدر در قالب سیستم قضایی

هنگامی که یک مجرم وابسته به مواد وارد سیستم قضایی می‌شود، بعید است که وی برای اختلال مصرف مواد تحت درمان مناسب قرار گرفته باشد. تعامل با سیستم قضایی می‌تواند فرصتی برای ارائه درمان به مجرمان معتاد به مواد به شمار رود.

با فرض موافقت فرد جهت درمان، ارزیابی تشخیصی توسط پزشک باید منجر به ایجاد یک برنامه درمانی شود. در این مرحله لازم است مشخص شود که آیا فرد واجد شرایط و آماده مشارکت در گزینه‌های درمانی موجود، از جمله درمان به عنوان جایگزین محکومیت یا مجازات در صورت امکان، می‌باشد یا خیر. ارزیابی تشخیصی همچنین باید سایر مشکلات پزشکی، سلامت روانی یا اجتماعی و همچنین عواملی که می‌تواند خطر تکرار مجدد جرم را تعدیل کند را پوشش دهد. این موضوع، برای توسعه یک برنامه درمانی که به نیازهای فرد پاسخ می‌دهد بسیار مهم است.

اگر فرد مایل به مشارکت در درمان است، لازم است در مورد دسترسی به خدمات درمانی مناسب بحث شود. اگر تصمیم برای ادامه درمان گرفته شود، مسئولین سیستم عدالت کیفری مربوطه باید تصمیم بگیرند که آیا این درمان باید به عنوان جایگزینی جزئی یا کامل برای محکومیت یا مجازات ارائه شود. آنها همچنین باید تصمیم بگیرند که آیا درمان باید در حبس انجام شود - به عنوان مثال، در داخل زندان - و همچنین مبنای تصمیم‌گیری خود را، مشخص کنند. شرایط سیستم قضایی ممکن است از حضور اولیه در جلسات درمانی و رعایت مستمر درمان تا نتایج درمانی متوسط، مانند پرهیز یا کاهش مصرف مواد، متفاوت باشد. اگر یک رویکرد درمانی به نتیجه مطلوب نرسید، ممکن است لازم باشد رویکردهای درمانی جایگزین که بیشتر با نیازهای بهداشتی و مراقبت اجتماعی مجرم مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر سازگار باشند، در نظر گرفته شود.

خدمات درمانی برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر که دارای پرونده قضایی هستند، نه تنها بر نیازهای مراقبت‌های بهداشتی، بلکه باید بر شناخت‌ها، رفتارها، نگرش‌ها و عوامل زمینه‌ای افراد که با تکرار جرم ارتباط دارند، تمرکز کنند. برنامه‌ها و مداخلات درمانی باید این نیازهای خاص مجرمان مبتلا به اختلالات مصرف مواد را در نظر گرفته و آنها را به شیوه‌ای جامع برطرف کند. این امر، نه تنها به دستیابی به نتایج سلامتی مورد انتظار کمک می‌کند، بلکه از وقوع مجدد جرم نیز جلوگیری خواهد کرد.

۳-۳-۵ درمان به عنوان جایگزینی برای محکومیت یا مجازات

برای ارائه پاسخ‌های مؤثر در زمینه سلامت و ایمنی عمومی، در حالی که به چالش جمعیت رو به رشد زندان در سراسر جهان پرداخته می‌شود، باید جایگزین محکومیت یا مجازات برای افرادی که دارای اختلالات مصرف مواد مخدر هستند نیز در نظر گرفته شود.

برای افرادی با اختلالات مصرف مواد که مرتکب تخلفاتی در رابطه با حمل مواد کنترل شده بین المللی برای مصرف شخصی و سایر جرایم جزئی شده اند، کنوانسیون های بین المللی کنترل مواد مخدر اقداماتی مانند درمان، آموزش، مراقبت های بعدی، توانبخشی و بازگشت به اجتماع را در نظر گرفته اند که شامل جایگزین های کاملی برای محکومیت یا مجازات می شود (سازمان ملل متحد، ۱۹۶۱، ۱۹۷۱، ۱۹۸۸). علاوه بر این، دولتها دارای طیف وسیعی از استانداردها و هنجارها در مورد اعمال اقدامات غیر حبسی هستند که باید از این ظرفیت ها استفاده شود (سازمان ملل، ۱۹۹۰، ۲۰۱۱).

طیف گسترده ای از اقدامات جایگزین قابل اجرا در طول پیگیری دادرسی کیفری، از قبل از محاکمه، در طول محاکمه و مرحله پس از محکومیت، با برخی تفاوت ها در سیستم های حقوقی مدون و غیرمدون وجود دارند (UNODC و WHO، 2019). افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر که با سیستم عدالت کیفری در تماس هستند با مشکلات متعددی روبرو می شوند. از این روی، برنامه های درمانی باید از ظرفیت لازم برای پاسخگویی کافی به نیازهای همه جانبه بیماران مانند مسکن، اشتغال، مشکلات قانونی، مالی و خانوادگی برخوردار باشند.

برنامه‌های درمانی در زمینه عدالت کیفری غالباً با ارائه مداخلات درمانی نسبتاً ساختارمند، از جمله پایش دقیق مصرف مواد از طریق سم شناسی، سیستمهای انگیزشی و تا حدی کمتر تحریم و تنبیه‌می‌توانند از رسیدن به اهداف درمان اطمینان حاصل کنند. با گذشت زمان و پیشرفت بهبودی بیماران، برنامه های درمانی شدت خدمات و نظارت را کاهش می‌دهند.

جدول ۲ برخی از نکات کلیدی مداخله و انواع برنامه هایی را که کشورهای مختلف در طول مراقبت مداوم سیستم قضایی بکارگرفته اند، فهرست می کند (UNODC و WHO، 2019). فرد همیشه باید این اختیار را داشته باشد که گزینه درمان و شرایط مرتبط با آن را بپذیرد یا رد کند. راه های قانونی معمول، از جمله حق تجدیدنظرو استیناف، همیشه باید در کنار درمان تحت مراقبت سیستم قضائی در دسترس باشد.

جدول ۲. مداخلات کلیدی و انواع برنامه هایی که کشورهای مختلف در امتداد مراقبت های کیفری اجرا کرده اند (UNODC و WHO، 2019)

واکنش سیستم قضایی			واکنش عامل اجرایی
پس از صدور حکم	دادگاه / صدور حکم	پیش از دادگاه	پیش از دستگیری
مدیر زندان، هیئت عفو مشروط، وزیر دادگستری	قاضی، افسر ناظر عفو مشروط	پلیس، دادستان، دفاع، بازپرس	پلیس
• آزادی زودهنگام/مشروط/ عفو برای درمان	• به تعویق انداختن حکم برای درمان • به تعویق انداختن اجرای حکم برای درمان • نظارت مشروط/قضایی	• اختطار همراه با تغییر مسیر به سمت آموزش و درمان • آزادی مشروط یا تعلیق مشروط از پیگرد قانونی	• واکنش عامل اجرایی به صورت دادن اطلاعات و ارجاع به درمان
	• دادگاههای ویژه (به عنوان مثال، دادگاه درمان مدار)	• وثیقه مشروط (جایگزین بازداشت پیش از محاکمه)	

۴-۳-۵ درمان در محیط زندان

زندان باید آخرین راه حل باشد. هنگامی که افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد محکوم به زندان می‌شوند - که آخرین اقدام در سیستم عدالت کیفری است - اما برای درمان به عنوان جایگزین محکومیت یا مجازات واجد شرایط نیستند، باید درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در داخل محیط زندان را به آنها ارائه کرد.

به طور کلی، مداخلات درمانی در محیط زندان باید برابر با خدماتی باشد که در دسترس عموم مردم قرار دارد (همانطور که در فصلهای قبل توضیح داده شد). چنین مداخلاتی باید وضعیت منحصر به فرد افرادی را که دارای اختلالات مصرف مواد هستند و با مجازات‌های کیفری از جمله زندان روبرو هستند، در نظر بگیرد. مداخلات درمانی همیشه باید داوطلبانه و بر اساس رضایت آگاهانه بیمار باشد. هر کسی که به خدمات دسترسی دارد، از جمله افرادی که تحت نظارت سیستم عدالت کیفری هستند، باید از حق انصراف از درمان برخوردار باشند، حتی اگر سایر عواقب بازداشتی یا غیر بازداشتی را به دنبال داشته باشد.

ارائه بهترین درمان ممکن برای افرادی که در زندان هستند مجموعه‌ای از مسائل پیچیده را شامل می‌شود، از جمله موضوعات لجستیکی، مانند اینکه چه کسی باید درمان را ارائه دهد؟ کجا و چه زمانی؟

یکی از مسائل پیچیده‌تر مربوط به کارکنان مناسب برنامه‌های درمانی است. در برخی از زندان‌ها، کارکنان زندان برای ارائه خدمات درمانی آموزش می‌بینند، در حالی که در زندان‌های دیگر، افراد از خارج از زندان برای ارائه خدمات قرارداد می‌بندند. تصمیم مربوط به افراد ارائه دهنده خدمات باید منجر به بهترین نتایج با کمترین هزینه شوند. به طور کلی، نتایج برای بیماران بستگی به کیفیت خدمات ارائه شده دارد و نه به شخص ارائه دهنده.

در حالت ایده‌آل، افرادی که در درمان شرکت می‌کنند باید در صورت لزوم از سایر افراد زندانی جدا شوند تا در یک محیط درمانی قرار گیرند. اگر افرادی که در دوران نقاهت به سر می‌برند به محیط عمومی زندان بازگردند، در معرض خطر بالایی از مصرف مواد و عود قرار دارند، که می‌تواند دستاوردهای درمان را تضعیف کند. هنگامی که محیط‌های درمانی جداگانه یا مستقل امکان پذیر یا در دسترس نیستند، مهم است که سعی کنید عوامل خطر خارجی را به حداقل برسانید (برای مثال با تعیین زمان جداگانه غذاخوری و استراحت). تصمیمات درمانی همچنین باید مدت زمان باقی مانده در مجازات مجرم را در نظر بگیرند. ارائه دهندگان خدمات درمانی باید مدت زمان حبس فرد را در نظر بگیرند و یا از افراد بخواهند قبل از آزادی، درمان اختصاص یافته را تکمیل کنند یا به نحوی از ادامه درمان پس از آن اطمینان حاصل کنند.

ملاحظات خاصی برای ارائه مداخلات درمانی برای اختلالات مصرف مواد در زندانها اعمال می‌شود:

- مدیریت محرومیت از مواد به کمک دارو: اگر یک سازمان اصلاح و تربیت فاقد خدمات مدیریت علائم محرومیت است، ضروری است که فرد به خدمات پزشکی خارج از زندان ارجاع داده شود. مجبور کردن افراد برای به پشت سر گذاشتن علائم فوق بدون مراقبت پزشکی نه تنها غیراخلاقی است، بلکه می‌تواند سلامت و ایمنی فرد را به خطر بیندازد.

- درمان سرپایی در زندان‌ها می‌تواند شامل دوره‌های درمانی فشرده باشد که سپس با دوره‌های درمانی با شدت کمتر ادامه یابد. این روش کاهش شدت درمان به ویژه برای افرادی که از خدمات درمانی فشرده در زندان استفاده می‌کنند و نیز افرادی که با بازگشت به جامعه هنوز به خدمات درمانی هرچند با شدت کمتر نیاز دارند، مناسب است. کاهش تدریجی شدت درمان باید به این بستگی داشته باشد که آیا فرد به اهداف درمانی اش را بدست آورده است؟

- درمان اقامتی را می‌توان در واحدهای اختصاصی در زندان انجام داد. چنین برنامه‌هایی، به ویژه برای هدف قرار دادن جمعیت‌های پرخطر خاص مانند مجرمان جوان، زنان و افراد مبتلا به اختلالات روانی بسیار ارزشمند است. برخورداری از یک محیط اختصاصی، قرار گرفتن در معرض افراد خطرناک، به ویژه در جمعیت عمومی زندان، که ممکن است فرد تحت درمان را قربانی کنند، را به حداقل می‌رساند. این فضای اختصاصی، همچنین به موضوعات مربوط به زیر گروه‌های پرخطر (مانند رسیدگی به تروما در زنانی که از حوادث آسیب‌زا جان سالم به در برده‌اند) کمک می‌کند.

- درمان اجتماع محور (therapeutic community) یک مدل درمان اقامتی است که توانایی تطبیق با جمعیت زندان را دارد. برنامه‌های اجتماع محور مبتنی بر زندان، باید در یک واحد جداگانه از زندان با ساختار و خدمات مشابه با برنامه‌های خارج از محیط زندان، جانمایی و اجرا شوند.

- پیشگیری از بیش مصرفی مواد مخدر یک مداخله کلیدی به ویژه در موارد ترخیص از زندان است. برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد افیونی، شروع یا ادامه درمان نگهدارنده با آگونیست‌ها در زندان، در جلوگیری از بیش مصرفی مواد مخدر پس از آزادی نیز، موثر بوده است.

- برای کاهش خطر بیش مصرفی مواد مخدر پس از ترخیص از زندان، افرادی که سابقه مصرف مواد افیونی دارند و نیز خانواده و دوستان آنها، باید مجهز به نالوکسان خانگی، همراه با دستورالعمل و آموزش نحوه استفاده از آن باشند تا در موارد احتمالی بیش مصرفی، فوراً اقدام کنند.

- Belenko, S., Hiller, M., & Hamilton, L. (2013). Treating substance use disorders in the criminal justice system. *Curr Psychiatry Rep*, 15(11), 414.
- Corrigan, P. W., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., . . . Smelson, D. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *Am J Addict*, 26(1), 67-74.
- Cottler, L. (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (SAM). St. Louis, MO: Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrara, A., . . . Griswold, M. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.
- Dennis, M. L., Foss, M. A., & Scott, C. K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation review*, 31(6), 585-612.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond bricks and mortar: Recent research on substance use disorder recovery management. *Curr Psychiatry Rep*, 16(4), 1-7.
- Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: An overview. *Social work in public health*, 28(3-4), 313-332.
- Drug, I. Developing an Integrated Drug Information System.
- Drummond, D. C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *Br J Addict*, 85(3), 357-366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb00652.x
- DuPont, R. L., Compton, W. M., & McLellan, A. T. (2015). Five-year recovery: a new standard for assessing effectiveness of substance use disorder treatment. *J Subst Abuse Treat*, 58, 1-5.
- Ernst, D., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*, 7.
- Faller, E. (1989). 1988 United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances and Its Implications for International Civil Aviation, The/Die 1988er UN-Drogenkonvention und Ihre Implikationen für die Internationale Zivilluftfahrt/La Convention 1988 des Nations Unies Relative aux Drogues et Ses Implications pour l'Aviation Civile Internationale. *ZLW*, 38, 100.
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). Structured clinical interview for DSM-5—Research version (SCID-5 for DSM-5, research version; SCID-5-RV). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1-94.
- Garner, B. R., Godley, M. D., Passetti, L. L., Funk, R. R., & White, W. L. (2014). Recovery support for adolescents with substance use disorders: The impact of recovery support telephone calls provided by pre-professional volunteers. *Journal of substance abuse and alcoholism*, 2(2), 1010.
- Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. (2018). *Lancet*, 392(10159), 1923-1994. doi: 10.1016/s0140-6736(18)32225-6
- Gumpert, C. H., Winerdal, U., Grundtman, M., Berman, A. H., Kristiansson, M., & Palmstierna, T. (2010). The relationship between substance abuse treatment and crime relapse among individuals with suspected mental disorder, substance abuse, and antisocial behavior: findings from the MSAC study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(2), 82-92.

- Hai, A. H., Franklin, C., Park, S., DiNitto, D. M., & Aurelio, N. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend*, 202, 134-148.
- Health, W. H. O. D. o. M., Abuse, S., Organization, W. H., Board, I. N. C., Drugs, U. N. O. o., & Crime. (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence: World Health Organization.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., Monteiro, M. G., & Organization, W. H. (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., Monteiro, M. G., & Organization, W. H. (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: a manual for use in primary care.
- J. Conrod, P., & Nikolaou, K. (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 371-394.
- Koob, G., & Volkow, N. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (8): 760–73: Epub 2016/08/01. doi: 10.1016/S2215-0366 (16) 00104-8. PubMed PMID: 27475769.
- Lande, A. (1962). The single convention on narcotic drugs, 1961. *International Organization*, 16(4), 776-797.
- Limsira, P. (2011). The United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (Bangkok Rules). *JE Asia & Int'l L.*, 4, 241.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(1), 39-50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x
- Lopez-Quintero, C., de los Cobos, J. P., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*, 115(1-2), 120-130.
- McCollister, K. E., French, M. T., Freitas, D. M., Dennis, M. L., Scott, C. K., & Funk, R. R. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: evidence from a 4-year randomized trial. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(12), 2166-2174.
- McLellan, A., Lubrosky, L., & O'brien, C. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. Paper presented at the Problems of Drug Dependence, 1979: Proceedings of the 41st Annual Scientific Meeting, the Committee on Problems of Drug Dependence, Inc.; Editor, Louis S. Harris.
- Organization, W. H. (2001). AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care: World Health Organization.
- Organization, W. H. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: World Health Organization.
- Organization, W. H. (2012). WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users–2012 revision.
- Organization, W. H. (2014). Community management of opioid overdose.

- Organization, W. H. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP): World Health Organization.
- Organization, W. H. (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines.
- Organization, W. H. (2019). Thirteenth general programme of work, 2019–2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable: World Health Organization.
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Lane, D. T., Wang, J., & Carlson, R. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat*, 30(3), 227-235. doi: 10.1016/j.jsat.2006.01.002
- Rhodes, T. (1996). Outreach work with drug users: principles and practice: Council of Europe.
- Sheehan, D. (2016). The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM 5 (MINI).
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Silveri, M. M., Dager, A. D., Cohen-Gilbert, J. E., & Sneider, J. T. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 244-259.
- Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C., & Rankin, H. (1979). The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *Br J Addict*.
- Sun, H.-M., Li, X.-Y., Chow, E. P., Li, T., Xian, Y., Lu, Y.-H., . . . Zhang, L. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(1), e005997.
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26(4), 479-488.
- Walmsley, R. (2015). World prison population list eleventh edition. World Prison Brief, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London, retrieved from http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf.
- Walsh, N., Verster, A., Rodolph, M., & Akl, E. A. (2014). WHO guidance on the prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), 363-371.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *J Subst Abuse Treat*, 33(3), 229-241.
- White, W. L. (2012). Recovery/Remission Recovery/Remission from Substance Use Disorders from Substance Use Disorders.
- Zhang, H.-H., Tan, L.-X., Hao, W., & Deng, Q.-J. (2017). Evaluation of a community-based integrated heroin addiction treatment model in Chinese patients. *Oncotarget*, 8(33), 54046.

THE STANDARDS

International standards for the treatment of drug use disorders



98002166961036



ستاد مبارزه بامواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش