

THE STANDARDS

ستندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات
ناشی از مصرف مواد مخدر

International Standards For the Treatment of Drug use Disorders



World Health
Organization



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

ستندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

نسخه بازنگری شده
حاوی نتایج آزمایش ساحوی

ستندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: نسخه بازنگری شده حاوی نتایج آزمایش ساحوی

(ISBN 978-92-4-000219-7) – (نسخه الکترونیکی)

(ISBN 978-92-4-000220-3) – (نسخه چاپی)

© سازمان صحتی جهان (WHO) و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (UNODC)، سال 2020.

برخی از حقوق محفوظ می باشند. مطابق مجوز (3.0 IGO Licence – CC BY-NC-SA) سند هذا به منظور استفاده غیرتجارتی، کاپی و یا بازپخش در لینک "<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>" قابل دسترس می باشد، البته با ذکر ماخذ آن.

شما می توانید با در نظر داشت شرایط مندرج در این مجوز، سند متذکره را برای اهداف غیرتجارتی کاپی و پخش نمایید و آنرا مطابق به نیازمندیهای خویش انطباق و سازگاری لازم بخشید، البته مشروط به اینکه در مورد ماخذ آن تذکر دهید. همانگونه که در ذیل تذکر داده شده است، در هرگونه استفاده از این سند، هیچ موردی به چشم نمی خورد که سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم هیچگونه نهاد، دست آورد ها و یا خدمات خاصی را تأیید نماید. استفاده غیرمجاز از نام ها یا لوگو های سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم به هیچ صورت مجاز نمی باشد. هرگاه شما خواسته باشید که سند مذکور را با نیازمندیهای خویش تطابق و سازگاری لازم بخشید، در آن صورت لازم است تا لایسنس آنرا با استفاده از عین مجوز و یا جواز معادل آن بدست آرید. هرگاه شما در نظر دارید تا سند متذکره را ترجمه نمایید، در آن صورت لازم است تا تذکر عدم مسئولیت ذیل را توام با مستندات پیشنهادی اضافه نمایید: "این ترجمه توسط سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم صورت نگرفته است. سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم مسئولیت محتوا و یا صحت این ترجمه را هرگز بر عهده ندارد. نسخه اصلی انگلیسی باید به عنوان نسخه الزامی و معتبر پنداشته شود".

هرگونه قضاوت و تصمیم گیری مرتبط به اختلاف نظر و مشاجره در بار مواد مندرج در مجوز باید مطابق قوانین تعدیل سازمان جهانی منابع علمی انجام یابد. برای معلومات بیشتر، به لینک (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>) مراجعه نمایید.

مستندات پیشنهادی: سندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: نسخه بازنگری شده حاوی نتایج آزمایش ساحوی.

ژنیوا: سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال 2020.

مجوز: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

مواد مربوط به نهاد ثالث: هرگاه خواهان استفاده مجدد از مطالب شامل در این سند مانند جدول ها، اشکال و یا تصاویر باشید که در واقع برای نهاد ثالث اجازه استفاده آن داده شده باشد، در آن صورت این مسئولیت شما می باشد تا مشخص سازید که آیا برای استفاده مجدد به دریافت مجوز و یا اجازه گرفتن از نهادی که حق چاپ و نشر نزدش محفوظ می باشد، نیاز است یا خیر. خطرات ناشی از هرگونه ادعا های مرتبط به تخلف و خلاف ورزی از هر یک از عناصر مندرج که نهاد ثالث از حق مالکیت آن برخوردار است، کاملاً مربوط به کاربرد یا استفاده کننده می باشد.

عدم مسئولیت عمومی: مطالب ارائه شده در این سند به هیچ وجه بازتاب دهنده دیدگاه های سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم در مورد وضعیت قانونی هر کشور، سرزمین، شهر یا منطقه و یا مراجع ذیربط آن و یا در مورد حدود مرزی آنها نمی باشد. مرز های نقطه یی و یا خطی در روی نقشه ها در واقع از خطوط مرزی تقریبی نماینده گی می نمایند که امکان دارد در مورد آن توافق کامل صورت نگرفته باشد.

ذکر نمودن نام های نهاد ها، شرکت ها و برخی از دست آورد ها و یا برنامه های ویژه به این معنا نیست که آنها توسط سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم ترجیحاً در برابر سایر نهاد های که از ماهیت مشابه برخوردار اند و از آنها تذکر به عمل نیامده است، مورد تأیید و یا توصیه قرار گرفته اند. اشتباهات و مشکلات در استثنا قرار داشته و نام دستاوردها اختصاصی باید با استفاده از حروف بزرگ مشخص گردند.

سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم تمام اقدامات احتیاطی مورد نیاز را جهت تأیید معلومات مندرج در این سند روی دست گرفته اند. اما به خاطر باید داشت که مطالب نشر شده بدون هر نوع ضمانت، خواه اظهار شده باشند خواه جنبه ضمنی داشته باشند، توزیع شده می توانند. مسئولیت تعبیر و استفاده از مطالب متذکره بر عهده خواننده می باشد. لازم به تذکر میدانیم که سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم به هیچ وجه مسئولیت خسارات ناشی از استفاده از آن را به دوش نخواهد گرفت.

طرح و دیزاین: توسط L'IV Com Sàrl

محل چاپ: سویتزرلند

فهرست مطالب

صفحات	عناوین
۱	فصل اول مقدمه
۱	۱.۱ اهداف و افراد مورد هدف ستندرد های بین المللی
۲	۲.۱ انکشاف ستندرد ها:
۳	۳.۱ استعمال مواد مخدر، اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و نیازمندیهای تداوی:
۸	فصل دوم: اصول و ستندرد های کلیدی برای تداوی اختلالات ناشی
۹	اصل اول:
۹	تداوی باید موجود، قابل دسترس، جذاب مورد توجه و موثر باشد:
	اصل دوم:
۱۰	حصول اطمینان از ستندرد های اخلاقی مراقبت در خدمات تداوی:
۱۰	اصل سوم:
۱۱	تقویت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر از طریق هماهنگی مؤثر میان سیستم عدلی و قضایی و خدمات صحی و اجتماعی:
۱۲	اصل چهارم:
	تداوی باید بر مبنای شواهد علمی استوار باشد و در برابر نیازمندی های ویژه اشخاص مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پاسخگو باشد:
۱۴	اصل پنجم:
۱۴	پاسخدهی در برابر نیازمندیهای ویژه تداوی و مراقبت گروه های جمعیت:
۱۵	اصل ششم:
۱۵	حصول اطمینان از مدیریت عالی کلینیکی خدمات و برنامه های تداوی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر:
۱۶	اصل هفتم:
	خدمات، پالیسی ها و طرز العمل های تداوی باید از یک رویکرد تداوی مدغم حمایت نمایند و ارتباطات با خدمات متمم مستلزم نظارت و ارزیابی دوامدار می باشد:
۱۷	فصل سوم:
۱۷	۱.۳ سطوح سیستم عرضه خدمات: System Level of service provision
۱۸	۳.۳ پلان گذاری و تمویل سیستم های تداوی:
۲۳	۴.۳ مدل های سازماندهی خدمات
۲۳	۱.۴.۳ یک رویکرد عرضه خدمات از یک مرجع واحد (one-stop-shop)
۲۴	۲.۴.۳ رویکرد شبکه مبتنی بر جامعه: Community-based network approach
۲۷	۳.۴.۳ مدیریت بهبودی دوامدار: Sustained Recovery Management
۲۹	۵.۳ سیستم های مؤثر تداوی: نتیجه گیری

۳۰	..... فصل چهارم
۳۲	..... ۱.۴ تسهیلات تداوی: Treatment Settings
۳۲	..... ۱.۱.۴ فعالیت های (Outreach) جامعه محور:
۳۷	..... ۲.۱.۴ تسهیلات غیرتخصصی برای تداوی اشخاص مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر:
۴۰	..... ۳.۱.۴ تداوی تخصصی مریضان سراپا:
۴۴	..... ۴.۱.۴ تداوی تخصصی کوتاه مدت مریضان داخل بستر
۴۹	..... ۵.۱.۴ تداوی تخصصی درازمدت یا مسکونی
۵۹	..... ۲.۴ روش ها و مداخلات تداوی
۵۹	..... ۱.۲.۴ غربالگری یا سکریننگ، مداخلات مختصر و رجعت دهی به تداوی
۶۲	..... ۲.۲.۴ مداخلات روانی – اجتماعی مبتنی بر شواهد
۶۵	..... ۳.۲.۴ مداخلات دوايي مبتنی بر شواهد
۷۳	..... ۴.۲.۴ تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose)
۷۵	..... ۵.۲.۴ تداوی تشوشات صحت روانی و جسمی همزمان: Treatment of Co-occurring
۷۵	..... Psychiatric and physical health conditions
۸۰	..... ۶.۲.۴ مدیریت بهبودی Recovery Management

۸۵	..... فصل پنجم:
۸۶	..... ۱.۵ زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر
۸۶	..... ۱.۱.۵ توضیحات
۸۷	..... ۲.۱.۵ مدل ها و عناصر
۹۲	..... ۳.۱.۵ تداوی نوزادان که به شکل منفعل در زمان حیات داخل رحمی از مواد مخدر متاثر گردیده اند:
۹۴	..... ۴.۱.۵ آموزش کارمندان و مستندسازی
۹۴	..... ۲.۵ اطفال و نوجوانان مبتلا با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر
۹۴	..... ۱.۲.۵ توضیح
۹۶	..... ۲.۲.۵ مدل ها و عناصر
۹۹	..... ۳.۵ اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند
۹۹	..... ۱.۳.۵ توضیح
۱۰۰	..... ۲.۳.۵ مدل ها و عناصر
۱۰۳	..... ۳.۳.۵ تداوی به عنوان بدیل برای محکومیت یا مجازات
۱۰۴	..... ۴.۳.۵ تداوی در تسهیلات زندان

۱۰۷ ماخذها :
-----	----------------

ابراز امتنان Acknowledgments

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان از افراد و نهاد های که ذیلاً از آنها یادآوری به عمل آمده است به خاطر همکاری ارزشمندشان در عرصه انکشاف ستندرد ها، ابراز امتنان و قدردانی می نمایند.

کارشناسان بین المللی که شواهد علمی و توصیه های لازم تخنیکی را فراهم نموده اند و مسوده ستندرد های متذکره را برای آزمایش ساحوی آماده ساخته اند عبارت اند از: داکتر دیوید باسانگوا از کشور یوگاندا، داکتر آدام بیساگا از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر ساندر براون از کشور ایالات متحده امریکا، آقای تام برونی از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر کاترین کارول از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر مایکل کلارک از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر لورینا فاینیگان از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر گابریلی فیشر از کشور اتریش، داکتر هندری جانیس از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر مارتین کویمان از کشور هلند، داکتر ایفگینی کروپتسکی از کشور فدراتیف روسیه، داکتر اوتالیش از کشور اتریش، داکتر ایگرو ماریمانی از کشور ایتالیا، داکتر دوگلاس مارلووی از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر اندریو توماس مک لیلان از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر ادوارد نونیس از کشور ایالات متحده امریکا، داکتر آیسیدوری آبوت از کشور نیجیریا، داکتر جان سترنگ از کشور بریتانیا، داکتر ایمیلیس سوباتا از کشور لیتوانیا، داکتر مارتا تورینس از کشور اسپانیا، داکتر رابیرتو تایکانوری کینوشینا از کشور برازیل، داکتر رضا سرسوتی از کشور اندونیزیا، داکتر ویلیم وان دن برینکو و داکتر لوکاس جورج وایسنگ از کشور هلند، مرکز نظارت اروپا برای مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر (EMCDDA)، خاصتاً داکتر ماریکا فیری، انستیتوت ملی مبارزه با مصرف مواد مخدر (NIDA) در کشور ایالات متحده امریکا، به ویژه داکتر ستیف گتس، کمیسیون متشکل از امریکاییان به منظور کنترل مصرف مواد مخدر (CICAD)، به ویژه خانم الکساندرا هیل، اداره خدمات برای مصرف کننده گان مواد مخدر و صحت روانی (SAMHSA) در کشور ایالات متحده امریکا، خاصتاً آقای همبیرتو کاروالهو، کولمبو پلان، به ویژه خانم ویرونیکا فیلیپی، آقای باین هاو تای و خانم وینونا پاندان.

همچنان جا دارد تا از داکتر گیلبرتو جیرا از دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و داکتر ویلادیمیر پوژنیاک از سازمان صحتی جهان به خاطر هماهنگ ساختن این تلاش مشترک دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان به عنوان بخشی از برنامه مشترک دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم - سازمان صحتی جهان پیرامون تداوی و مراقبت های وابستگی به مواد مخدر، تشکر و سپاسگذاری ویژه نمایم.

به همین ترتیب با اغتنام از فرصت از کارمندان و مشاورین سازمان صحتی جهان، به ویژه داکتر شیکهار سکسینا و داکتر نیکولاس کلارک به خاطر همکاری های قابل ملاحظه آنها در راستای آماده ساختن مسوده ستندرد های برای آزمایش ساحوی، داکتر دیمتری کروپچانکا به خاطر نقش مؤثر وی در فعالیت های پلانگذاری و تطبیق پروسه آزمایش ساحوی ستندرد ها، تحلیل نتایج آزمایش ساحوی و در بالاخره بازنگری و تجدید نظر این سند، داکتر اندریو بال، داکتر گیلس فورته و خانم آیتی ویرستر به خاطر همکاری آنها در راستای نهایی ساختن این سند و داکتر دیورا کستل به خاطر هرگونه رهنمایی و حمایت وی در مرحله نهایی انکشاف سند متذکره، داکتر لوئیس الفانوسو (از سازمان صحتی سرتاسری امریکا یا PAHO) و داکتر خالد سید (از دفتر حوزوی مدیترانه شرقی سازمان صحتی جهان) به خاطر حمایت آنها در راستای آزمایش ساحوی ستندرد ها در حوزه امریکا و حوزه مدیترانه شرقی سازمان صحتی جهان و مشاورین و کارآموزان سازمان صحتی جهان به خاطر همکاری آنها در عرصه تحلیل اطلاعات (به اساس الفبا) که اسامی آن قرار ذیل اند: خانم ایلیسه گیهرنگ، خانم آیکاتیرینی جورگویاولو، خانم ایلوایسی هاریسون، خانم روشیکا، آقای سیزار لیوی - تورو و داکتر نیروانا مورگان، نیز صمیمانه تشکر مینمایم.

قابل تذکر میدانیم که کارمندان دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم که ذیلاً از آنها نام برده می شود، ما را در راستای آماده ساختن مسوده، انکشاف و نهایی ساختن ستندرد های متذکره (به اساس الفبا) یاری رسانیده اند: خانم انجا بوسی، خانم گیوانا کمپیلو، داکتر ایگور کوتسیناک، خانم الیزابت ماتفیلد، داکتر الیزابت ساینز و داکتر واتارو کاشینو. همچنان مشاورین دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم هریک خانم کریستینا گامباو، آقای جان کریستوفر گوم و خانم اولگا پاراکال با ما در راستای تهیه مسوده نخست ستندرد ها و پروسه آزمایش ساحوی همکاری نموده اند. همچنین خانم آنیتی دیل – پریرا در راستای بازنگری و تجدیدنظر ستندرد ها همکاری های ارزشمند نموده است.

افراد و نهاد های ذیل در عرصه آزمایش ساحوی نسخه مسوده ستندرد های متذکره (به اساس الفبا) نقش کلیدی ایفا نموده اند: داکتر آتول آمبیکر (از مرکز ملی تداوی افراد مبتلا به وابستگی به مصرف مواد مخدر، کشور هندوستان)، داکتر ساویتری اسانانگ کرونچای و داکتر اوریوان پتاناستا یاونگ (از پوهنتون شهزاده سونگکلا، کشور تایلند)، داکتر ایوا سوریانی (از پوهنتون کاتولیک آتما جایا، کشور اندونیزیا)، داکتر جوزی مانوئل برتولوتی (از پوهنتون طبی باتوکاتو، کشور برازیل)، داکتر آدریان دونلپ (از خدمات کلینیکی مصرف کننده گان مواد مخدر و الکول، NSW، کشور استرالیا)، داکتر کارلوس ایبانیز (از دیپارتمنت صحت روانی پوهنتون سانتاگیو دی چیلی، کشور چیلی)، داکتر ماریا ایلینا میدینا – مورا (از انستیتوت ملی کنترول امراض روانی، کشور مکسیکو)، داکتر آفرین رحیمی – موغر (از مرکز ملی مطالعات در مورد اعتیاد، کشور جمهوری اسلامی ایران)، داکتر مین ژاو و داکتر نا ژونگ (از مرکز صحت روانی شانگهای، کشور چین).

شایان تذکر است که افراد ذیل در مورد مسوده ستندرد های یاد شده دیدگاه ها و نظریات خویش را با ما در میان گذاشته اند: داکتر اولیگ آیزبیرگ و داکتر الکسی الکساندروف (از اکادمی تحصیلات فوق تخصص بیلاروس، کشور بیلاروس)، داکتر کاتلین. تی. برادی و داکتر خان ریاض احمد (از بورد بین المللی خدمات معالجوی برای جوامع معتاد)، داکتر گیرت دام (از فدراسیون اروپایی جوامع معتاد)، داکتر یاسر خازال (از شفاخانه پوهنتون ژنیوا، کشور سوئیتزرلند)، داکتر مایکل. پی. شواب (از انستیتوت تحقیقاتی صحت عامه و اعتیاد سویس، کشور سوئیتزرلند)، داکتر توکا تامی (از انستیتوت ملی صحت و سلامتی، کشور فنلند).

همچنان جا دارد تا از صد ها تن دوکتوران، گرداننده گان خدمات، متخصصین صحت عامه، محققین، مستفیدین خدمات، نماینده گان نهاد های اکادمیک و گروه های جامعه مدنی که در حوزه های فوق الذکر در پروسه آزمایش ساحوی ستندرد های متذکره سهیم بوده اند و با در مورد نسخه های قبلی این سند از ارائه هرگونه نظریات دریغ نورزیده اند، نیز سپاسگذاری ویژه نماییم.

باید خاطر نشان نمود که کارمندان اداری دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان که ذیلاً از آنها نام برده می شود، حمایت های سازمانی را برای تکمیل شدن موفقانه ستندرد های بین المللی فراهم نموده اند: خانم کایسیلیا هندایانی – هاسمان، خانم ایمیلی فینکلستین، خانم ناتالیا گرانگر، خانم دیوینا مارامبا و خانم بوجان میسوسافیلز یویک.

باید علاوه نمود که کارمندان دفاتر ساحوی دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و کارمندان سازمان صحتی جهان در کشور های مورد نظر نیز ما را در راستای آزمایش ساحوی ستندرد های متذکره و در مجموع در راستای تطبیق پروژه متذکره صادقانه یاری رسانیده اند.

خانم دوروتی لوسویتی (از کشور سوئیتزرلند) نسخه سند هذا را تصحیح نموده است.

در خاتمه باید گفت که سازمان صحتی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم از حمایت مالی فراهم شده توسط برنامه امور بین المللی مواد مخدر و تطبیق قانون (INL) برای انکشاف متحده امریکا به منظور آزمایش ساحوی و نهایی ساختن ستندرد های متذکره قلباً سپاسگذاری و قدردانی می نمایند.

۱.۱. اهداف و افراد مورد هدف ستندرد های بین المللی

سند هذا "ستندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر " (که در اینجا از آن به عنوان **The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders** ستندرد ها یا معیارات نام برده می شود) کار و فعالیت های دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان به حساب می رود که از تلاش های کشور های عضو حمایت می نماید تا برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تداوی مؤثر، مبتنی بر شواهد و معیارات اخلاقی را انکشاف و توسعه بخشند.

ستندرد های متذکره برای تمام مراجع ذیدخل در امور پالیسی سازی، پلانگذاری، تمویل، ارائه خدمات، نظارت و ارزیابی خدمات و مداخلات تداوی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مدنظر گرفته شده اند.

این سند بر مبنای شواهد علمی که در حال حاضر در پیوند با تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در اختیار قرار دارند، انکشاف یافته است و با در نظر داشت اصول مراقبت های صحت عامه یک چهارچوب مناسب را جهت تطبیق ستندرد ها ارائه می دهد. ستندرد ها در واقع عناصر و ویژه گی های عمده سیستم های مؤثر برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را مشخص می سازند. ستندرد های متذکره توصیف کننده روش ها و مداخلات تداوی برای پاسخدهی در برابر نیازمندیهای افراد در مراحل مختلف بوده و شدت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را با در نظر داشت یک روشی که با تداوی هرگونه مریضی و یا حالت صحتی مزمن سازگاری داشته باشد، ارائه می دهد. این ها در واقع ستندرد های امیدوار کننده می باشند. از اینرو، خدمات و سیستم های تداوی ملی و یا محلی نیاز ندارند تا تلاش به خرچ دهند که تمام ستندرد ها و توصیه های ارائه شده در این سند را در یک وقت رعایت نمایند. اما با گذشت زمان نیاز است تا کیفیت خدمات با در نظر داشت "عملکرد های مبتنی بر شواهد و معیارات اخلاقی" بهبود کسب نمایند و توقع می رود و باید انتظار داشت که به آن به عنوان یک هدف مهم نگریسته شود، تا بر مبنای آن به سیستم ها و خدمات منظم، مؤثر و مبتنی بر معیارات اخلاقی برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دست یابند.

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان از مسئولین پالیسی سازی، پلانگذاری، تمویل، ارائه خدمات، نظارت و ارزیابی خدمات تداوی محلی و ملی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دعوت به عمل می آورد تا سیستم ها و خدمات محلی برای تداوی همچو اختلالات را در برابر ستندرد های متذکره ارزیابی نمایند. هدف اصلی همانا شناسایی خلا ها و ساحاتی می باشد با ستندرد های ارائه شده سازگاری ندارند و باید با دست اندرکاران ذیربط کار صورت گیرد تا سیستم ها و خدمات متذکره بهبود قابل ملاحظه کسب نمایند. در حالیکه امکان دارد بسیاری از اصول و بخش های این ستندرد ها در تداوی سایر اختلالات روانی و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (مانند

اختلالات ناشی از مصرف الکل و نیکوتین) نیز عملی گردند، اما ستندرد های متذکره عمدتاً بالای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تمرکز دارند.

سند هذا ارائه کننده دستورالعمل های عمومی بوده و در واقع به تمام جزئیات مورد نیاز برای سازماندهی، فعالیت و انکشاف خدمات نپرداخته است. برای دستیابی به این اهداف می توان از ابزار اضافی مانند رهنمود های تداوی، مواد ارتقای ظرفیت و ابزار مورد نیاز برای تطبیق، نظارت و ارزیابی استفاده به عمل آورد. قابل یاد آوریست که در ستندرد های متذکره تا حدی انعطاف پذیری حفظ گردیده است، تا اطمینان حاصل گردد که آنها در شرایط مختلف اجتماعی، فرهنگی و قانونی قابل تطبیق باشند.

۲.۱ انکشاف ستندرد ها

جامعه جهانی در سال 2009 از دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان تقاضا به عمل آورد تا ستندرد های را برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر انکشاف دهند. روی هم رفته این مطالبه به یک اعلامیه سیاسی و پلان کاری پیرامون همکاری های بین المللی در راستای تدوین یک ستراتیژی مدغم و متوازن به منظور مبارزه با معضل جهانی مواد مخدر مبدل شد و از جانب عالیترین مرجع که پنجاه و دومین نشست پیرامون مبارزه با مواد مخدر به تصویب رسید. دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان مشترکاً یک برنامه جهانی را در مورد تداوی و مراقبت از افراد مبتلا به وابستگی به مواد مخدر روی دست گرفتند، تا پالیسی ها، ستراتیژی ها و مداخلات تداوی مبتنی بر شواهد و معیارات اخلاقی را مورد حمایت قرار دهند و در نتیجه فشار های صحتی و اجتماعی که از سبب اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوجود آمده اند، کاهش یابند. به همین منظور هر دو سازمان فوق الذکر تلاش به خرج دادند تا عملکرد های مناسب تداوی را گسترش بخشند و کیفیت یکسان، دسترسی و قابلیت پرداخت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را همانگونه که از طریق سیستم های صحتی برای هر مریض مبتلا به بیماری مزمن دیگر ارائه می شوند، تقویت بخشند.

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان موفق گردیدند تا عناصر ابتدایی ستندرد های متذکره را با مرور با بازنگری ستندرد ها، رهنمود ها و توصیه های موجود به منظور تداوی مناسب اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، انکشاف دهند. قابل یاد آوریست که ستندرد ها، رهنمود ها و توصیه ها با استفاده از روش جستجو و بررسی اسناد معتبر (literature searches) و با در نظر داشت نتایج ابتکارات و نشریه های قبلی دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان پیرامون تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مانند اصول تداوی و وابستگی به مواد مخدر (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال 2008)، پروژه شبکه تداوی دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (UNODC TreatNet Project, 2012)، رهنمود ها، فعالیت ها و ابزار تخنیکی مربوطه سازمان صحتی جهان، شناسایی گردیده اند.

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان به منظور شناسایی گروهی از کارشناسان بین المللی که در عرصه های مختلف ارائه خدمات تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر از تجارب مستند و موجه برخوردار باشند، قواعد و طرز العمل های خویش را مدنظر گرفته اند. ایشان عناصر پیشنهادی ستندرد های را مورد بررسی قرار دادند، خلا ها را شناسایی نمودند و در مورد عناصری که به عنوان مبنا برای مسوده این سند نیاز بوده اند، به توافق رسیدند. قابل تذکر است که کارشناسان مسوده ابتدایی را با در نظر داشت نتایج پذیرفته شده که از طریق پروسه مشورتی و نظریاتی که در پروسه بررسی دقیق به دست آمده اند، بازنگری و نهایی نمودند.

ستندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (سال 2016) به عنوان مسوده آزمایش ساحوی در جریان نشست کمیسیون مبارزه با مواد مخدر (CND) که در سال 2016 برگزار گردید، به دست نشر سپرده شد. سند نتایج (Outcome Document) نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال 2016 پیرامون مبارزه با مواد مخدر (UNGASS) و قطعنامه شماره 59/4 سال 2016 کمیسیون مبارزه با مواد مخدر (CND, 2016) پیرامون

۳. سنتدردهای بین‌المللی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

"انکشاف و پخش سنتدردهای بین‌المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر" در مورد اهمیت پخش سنتدردهای متذکره به منظور تقویت یک رویکرد متعادل و مبتنی بر سلامتی در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، تأکید ورزید.

هدف عمده انکشاف سنتدردها این بود تا روند سازماندهی و عرضه خدمات تداوی را یاری رساند. سنتدردهای متذکره رهنمودهای را در مورد اینکه ارایه مداخلات/فعالیت‌های چگونه صورت گیرند فراهم می‌نماید، نه در مورد اینکه کدام مداخلات/فعالیت‌ها باید در تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرند. این در حالیست که توصیه موجود سازمان‌های جهانی در مورد مداخلات تداوی که در فصل چهارم تذکر داده شده اند با رهنمودهای موجود سازمان‌های جهانی مرتبط بوده و مستلزم بازنگری و تجدید نظر دوره‌ی می باشد.

قابل تذکر میدانیم که سنتدردهای متذکره عمدتاً پالیسی‌سازان، مسئولین خدمات‌های و اجتماعی و کارمندان مسلکی را یاری خواهند رسانید که در گوشه‌های مختلف جهان با افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خدمات ارائه می‌دارند. هدف عمومی این سنتدردها عبارت از اینست تا ما را در راستای دستیابی به هدف‌های شماره ۳.۵ شامل در اجندای سال ۲۰۳۰ سازمان ملل متحد در عرصه انکشاف پایدار در چهارچوب "تقویت و قایه و تداوی سوء مصرف مواد مخدر" و همچنین پوشش جهانی صحت برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (سازمان‌های جهانی، 2019b، 2019c)، یاری رساند. به همین ترتیب سنتدردهای متذکره روند ارزیابی و بهبود مستمر خدمات و تدوین پالیسی‌های جدید و سیستم‌های تداوی را مورد حمایت قرار خواهند داد. این در حقیقت یک سرمایه‌گذاری مؤثر بالای آینده افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و خانواده‌ها و جوامع آنها به شمار میرود.

۳.۱ استعمال مواد مخدر، اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و نیازمندیهای تداوی

استفاده از ادویه‌جات روان‌گردان (psychoactive) و یا ادویه‌جات مخدره و مواد روان‌گردان (psychotropic) بدون نظارت‌های ملاحظه‌های در قبال دارند. همین دلیل است که پیمان‌های بین‌المللی (مانند سازمان ملل متحد: کنوانسیون واحد سال ۱۹۶۱ پیرامون مواد مخدر، کنوانسیون سال ۱۹۷۱ پیرامون مواد روان‌گردان (Psychotropic) و کنوانسیون سال ۱۹۸۸ مبارزه با قاچاق غیرقانونی مواد مخدر و مواد روان‌گردان (Substances))، تولید، فروش، توزیع و استفاده از بسیاری از این مواد را به هدف جلوگیری از تأثیرات منفی آنها که می‌تواند صحت و سلامتی انسان‌ها را به گونه قابل ملاحظه تضعیف نماید، ممنوع قرار داده است (سازمان ملل متحد، سال‌های ۱۹۶۱، ۱۹۷۱ و ۱۹۸۸).

از لحاظ سنتی، ادویه‌جات روان‌گردان (psychoactive) عمدتاً به مواد مخدر گیاهی از قبیل کوکائین، هیروئین و حبشیش اطلاق می‌گردد که معمولاً در حوزه‌های که کشت می‌شود و یا در مسیرهای تجارتهای بازارهای نهایی خویش، به مصرف می‌رسند. افزایش میزان تجارت و مسافرت در جهان، در واقع منجر به جهانی شدن بازار مواد مخدر گیاهی گردیده است که قبلاً محدود به حوزه خاص بودند. در دهه‌های اخیر، مواد روان‌گردان (psychoactive) جدید که در لابراتوارهای غیرقانونی ترکیب شده‌اند، از هر زمان دیگر بیشتر قابل دسترس می‌باشند و در هر حوزه به مصرف می‌رسند.

گزارش جهانی سال ۲۰۱۹ در مورد مواد مخدر که توسط دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم پخش گردیده است، تخمین می‌نماید که حدود ۲۷۱ میلیون نفر و یا ۵.۵ درصد افراد بین‌سنین ۱۵ تا ۶۴ سال در سراسر جهان، حداقل یک بار در سال ۲۰۱۷ از یک نوع مواد مخدر غیرقانونی استفاده نموده‌اند. حدود ۳۵ میلیون افراد مصرف‌کننده مواد مخدر (۰.۷ درصد جمعیت بزرگسالان) از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. یک نسبت قابل ملاحظه‌ی اختلالات ناشی از مصرف مخدر عمدتاً با مصرف غیرطبی ادویه‌جات تجویز شده بستگی دارند، مانند: مسکنات Analgesics ترکیبی مشتقات تریاک (ادویه‌جات تسکین‌کننده درد)، ادویه‌جات ضد اضطراب Anxiolytics

(ادویه جاتی که در تداوی اختلالات اضطرابی و حالات صحتی مرتبط با آن تجویز می شوند)، ادویه جات Hypnotics یا خواب آور (ادویه جاتی که برای تداوی اختلالات خواب تجویز می شوند) و یا منبهات روانی "Psychostimulants" (که معمولاً برای درمان اختلالات فرط فعالیت و تشوشات دقت و توجه مورد استفاده قرار می گیرند). افزایش دسترسی به مشتقات نیرومند تریاک و استفاده از آنها در تسکین درد ها مزمن، طی 10 سال گذشته در برخی از نقاط جهان میزان مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک را به گونه قابل ملاحظه بلند برده است. از میان ۱۱ میلیون نفر در سرتاسر جهان که در سال ۲۰۱۷ از مواد مخدر زرقی استفاده نموده اند، تقریباً یک بر هشت تن آنها به ویروس اچ. آی. وی مبتلاً بوده در حالیکه بیش از نصف آنها به ویروس هپاتایتیس سی (HCV) مبتلا می باشند. همچنان در سال ۲۰۱۷ از میان یک میلیون واقعات مرگ و میر در سرتاسر جهان، نصف آن ناشی از مصرف مواد مخدر بوده است (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۹).

هرچند کشور های مختلف جهان در مورد افزایش استفاده از مواد روان گردان (Psychoactive) جدید گزارش می دهند، اما اینها با یک مقیاس بزرگتر جاگزین مواد مخدر سنتی نشده اند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۹). در حالیکه مشتقات تریاک در سطح جهان همچنان بزرگترین تهدید در برابر صحت عامه پنداشته می شود، اما در حال حاضر استفاده از منبهات نوع امفیتامین (Amphetamine-Type Stimulants) از آن خیلی عقب مانده است.

حداقل ۸ درصد افرادی که به آغاز مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) مبادرت می ورزند، با گذشت زمان دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خواهند شد که اختلالات متذکره دسته های مختلف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) به گونه قابل ملاحظه متفاوت می باشند (واگنر و آنتونی، سال ۲۰۰۲، لوییز - کوینتیرو و همکاران وی، سال ۲۰۱۱). بر مبنای یازدهمین نسخه تجدید نظر Revision در تصنیف بین المللی امراض یا (ICD)، (WHO, 2019a) اصطلاح "اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر" شامل دو حالت صحتی عمده می باشد "عملکرد مضره مصرف مواد مخدر" و "وابستگی به مواد مخدر". عملکرد مضره مصرف مواد مخدر به عنوان یک عملکرد مصرف دوامدار، عود کننده (Recurrent) و یا مقطع بی (Sporadic) نوعی از مواد مخدر تعریف گردیده است که صدمات کلینیکی قابل ملاحظه را از لحاظ صحت جسمی (مانند انتانات منتقله از طریق خون Blood Born Infections در واقعات زرق داخل وریدی مواد مخدر) و صحت روانی (مانند اختلالات مزاجی ناشی از مصرف مواد مخدر Substance-Induced Mood Disorders) نزد شخص ایجاد می نماید و یا هم سبب بروز رفتار های می شود که به صحت دیگران آسیب می رساند. در تصنیف نسخه یازدهم بین المللی امراض یا (ICD-11) وابستگی به مواد مخدر به عنوان عملکرد های مکرر و دوامدار استفاده از مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) توأم با شواهد استفاده غیر منظم از مواد متذکره که دربر گیرنده دو و یا بیشتر تظاهرات ذیل است، می باشد: (الف) ناتوانی در کنترل مصرف مواد مخدر (به شمول آغاز، تکرر، شدت، دوام، ترک و شرایط آن)، (ب) افزایش میزان ترجیح دادن مواد مخدر بر ابعاد زنده گی، به شمول رسیده گی به صحت و فعالیت ها و مسؤلیت های روزمره مانند ادامه و یا ازدیاد میزان مصرف مواد مخدر با وجود وقوع عواقب ناگوار و منفی آن (به شمول مختل شدن مکرر روابط، پیامد های ناگوار شغلی و تحصیلی و تأثیرات منفی بالای صحت) و (ج) حالت روانی که نشان دهنده تطابق و سازگاری عصبی (Neuroadaptation) مواد مخدر باشد، به شمول: (۱) تحمل در برابر تأثیرات مواد مخدر و یا نیاز به مصرف مقادیر بیش از حد مواد متذکره، جهت دستیابی به تأثیرات مشابه، (۲) اعراض قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) بعد از ترک و یا کاهش مصرف مواد مخدر و (۳) مصرف مکرر مواد مخدر و جاگزین های مشابه دوایی یا فارمکولوژیک آن، به منظور جلوگیری و یا تحمل اعراض قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms). "اعراض ناشی از مصرف مواد مخدر" شامل یک کتگوری وسیع حالات صحتی مانند تسمم دوایی، سندروم قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) و یک سلسله اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد مخدر می باشد. اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر معمولاً با تمایل قابل ملاحظه به مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) موازی سیر می نمایند، که می تواند ثابت باقی بماند و یا هم به ساده گی حتی بعد از یک دوره درازمدت ترک آن، مجدداً تظاهر نماید. اختلالات خیلی شایع ناشی از مصرف مواد مخدر مترافق با مصرف مخاطره

آمیز و مضر سایر مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) مانند الکل و نیکوتین بوده و یا هم مترافق با وابستگی به الکل و نیکوتین می باشد.

ریشه ماهیت وابستگی به مواد مخدر در عکس العمل مغلق دینامیک در بین عوامل بیولوژیک، روانی و اجتماعی، نهفته است. میکانیسم های بیولوژیکی عصبی (Neurobiological) عمدتاً از آسیب پذیری های ارثی و جنتیک تا مختل ساختن انتقال سیالات عصبی در ساحت دماغ که مسؤولیت وظایفی مانند انگیزه دادن، لذت بردن، حافظه و فراگیری را بر عهده دارد (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۴، کوب و ولکوف، سال ۲۰۱۶)، متفاوت می باشند. عوامل متعدد روانی - اجتماعی می توانند هم سبب افزایش میزان خطر آغاز مصرف مواد مخدر و هم سبب بلند رفتن خطر ابتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر گردند. عوامل مرتبط به خانواده مانند نادیده گرفتن مقدم در دوره طفولیت، سوء استفاده از اطفال و مصرف مواد مخدر توسط والدین می توانند در عملکرد های مضر مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن نقش قابل ملاحظه ایفا نمایند. در سطح اجتماع و جامعه، فقر بی نهایت، آواره شدن از محل سکونت اصلی، نورم ها و رسانه های مطلوب برای مصرف مواد مخدر طوری به نظر میرسند که سبب افزایش میزان آسیب پذیری در برابر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر گردند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۵).

علاوه بر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، نزد برخی از افراد مصرف کننده مواد مخدر مصرف، سبب ایجاد حالات دیگری نیز شده می توانند، که معمولاً مترافق با خطرات و رفتار های مرتبط به مصرف مواد مخدر می باشند. افرادی که از مواد مخدر زرقی استفاده می نمایند، عمدتاً در معرض خطر بلند ابتلا به انتانات منتقله از طریق خون مانند اچ. آی. وی، هپاتیتس سی (HCV) و توبرکلوز قرار دارند. به همین ترتیب افراد متذکره با میزان بلند خطرات مصرف دوز های بیش از حد (Overdose) کشنده، حوادث ترافیکی و سایر جروحات، مشکلات قلبی و عایی و کبدی، خشونت ها و خودکشی ها روبه هستند. وابستگی به مواد مخدر توأم با کاهش میزان سن متوسط life Expectancy می باشد: میزان مرگ و میر افراد مبتلا به وابستگی به مشتقات تریاک، در مقایسه به میزان وفیات جمعیت عمومی به گونه قابل ملاحظه بلند می باشد و مرگ و میر نزد این افراد معمولاً در سنین جوانی اتفاق می افتد (دیگینهاردت و همکاران وی، سال ۲۰۱۸، " ۲۰۱۷ GBD " مشتقات تشدید کننده عوامل خطر، سال ۲۰۱۸).

1. یادداشت: تظاهرات روانی صرف بالای مواد مخدر مشخص قابل تطبیق اند.

رابطه میان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سایر اختلالات صحت روانی خیلی ها پیچیده به نظر میرسد. عمدتاً یک اختلال دیگر صحت روانی که قبل از شروع مصرف مواد مخدر نزد افراد وجود داشته باشد، آنها را با خطر بیشتر مبتلا شدن به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر معروض می سازند (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۴). سایر اختلالات صحت روانی امکان دارد به شکل ثانوی با اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر تاسیس نمایند، که تا حدی به تغییرات بیولوژیک دماغ ناشی از مصرف مواد مخدر بستگی دارد. خطر مبتلا شدن به وابستگی به مواد مخدر و اختلالات روانی، خاصتاً زمانی بیشتر می شود که اطفال و کاهلان قبل آنکه دماغ آنها به شکل کامل رشد و تکامل نماید، البته به عنوان یک پروسه بی که معمولاً در اواسط دهه بیستم حیات اتفاق می افتد، به گونه دوامدار در معرض تاثیرات مواد مخدر قرار گیرند (جی کانراد و نیکولاو، سال ۲۰۱۶، سیلویری و همکاران وی، سال ۲۰۱۶).

تحقیقات طبی چندین ساله به این نتیجه دست یافته اند که وابستگی به مواد مخدر یک اختلال صحتی پیچیده و دارای عوامل متعدد می باشد که عمدتاً با میکانیسم های بیولوژیکی و روانی - اجتماعی رشد و تکامل بدن بستگی دارند. به همین ترتیب پیشرفت های علمی زمینه خوبی را برای انکشاف مداخلات تداوی و مراقبت موثر فراهم نموده اند که در واقع افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را در راستای تغییر سلوک آنها به منظور بهبود صحت ایشان مورد حمایت قرار می دهند. رویکرد عمومی صحت عامه برای مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر سبب روی دست گرفتن مداخلاتی می شود که آسیب های کوتاه مدت و درازمدت را نزد افراد مصرف کننده مواد مخدر، کاهش می بخشند. خاصتاً ثابت گردیده است که این امر برای وقایه، تداوی و مراقبت از اچ. آی. وی نزد مصرف کننده گان مواد مخدر زرقی، خیلی ها مفید و مؤثر می باشد (WHO, 2012b).

برداشت ها در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در این اواخر میان پالیسی سازان، متخصصین صحتی و مردم به گونه قابل ملاحظه تغییر نموده اند. به درستی درک شده است که اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در واقع یک

حالت صحت پیچیده می باشد که با عوامل روانی - اجتماعی، محیطی و بیولوژیکی بستگی دارد و عمدتاً مستلزم پاسخدهی بخش ها و رشته های متعدد، جامع و مبتنی بر صحت عامه می باشد، که باید از جانب نهاد ها و سازمان های مختلف که در این عرصه کار مشترک انجام میدهند، ارائه گردند. با گذشت هر روز این مساله به خوبی درک می شود که به عوض آنکه به معضل وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک "عادت نامطلوب کسبی توسط خود شخص" نگریده شود، باید به عنوان نتیجه تعامل دراز مدت عوامل بیولوژیکی و محیطی منجمله زیان ها و ناملایمت ها پنداشته شود، البته به مثابه یک حالتی که می توان از آن جلوگیری به عمل آورد و به درستی به آن رسیده گی نمود، تا صحت و سلامتی عامه بهبود قابل ملاحظه کسب نماید.

متأسفانه، هنوز هم نظریات و دیدگاه های کهنه در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در گوشه های مختلف جهان به چشم میخورند. افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، اعضای خانواده آنها و کارمندان که با آنها سروکار دارند، عمدتاً با ستمگا و تبعیض مواجه اند. این مساله روند تطبیق مداخلات تداوی باکیفیت را به گونه قابل ملاحظه به چالش کشانیده است و توسعه و گسترش تسهیلات تداوی را تحت شعاع قرار داده است و بالاخره آموزش کارکنان صحت و سرمایه گذاری بالای برنامه های تداوی و بهبودی را به مخاطره انداخته است. شواهد به وضاحت نشان میدهند که اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و مواد دیگر همانند سایر مشکلات مزمن طبی چون انتان اچ آی وی و یا فرط فشار خون، در سیستم صحت عامه به شکل بهتر مدیریت می شوند. با وجود آن، مفکوره شامل ساختن تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در سیستم های مراقبت های صحتی، هنوز هم بنابر تأخیر بازتاب علم و دانش در پالیسی ها و در نتیجه تطبیق فعالیت ها و اقدامات کلینیکی مبتنی بر شواهد، با مقاومت روبرو است.

در برخی از کشور ها هنوز هم به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به عنوان یک مشکل مصونیت عامه و یک قضیه جرمی و مرتبط به سیستم عدلی و قضایی نگریده می شود، زیرا نهاد های مرتبط به وزارت های داخله، عدلیه و دفاع پاسخدهی به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را از طریق ارائه خدماتی انجام میدهند، که اکثراً بدون نظارت و سهیم ساختن وزارت صحت و سایر نهاد های و سازمان های مرتبط به صحت عامه، صورت می گیرند. استفاده گسترده از ستراتیژی ها و روش های تطبیق قانون نه به عنوان پاسخدهی مؤثر در برابر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سایر مواد تلقی شده و نه هم با استفاده از یک روش صرفه جویانه در مصرف بودجه عامه پنداشته میشود. ستراتیژی های تداوی بیولوژیکی و روانی - اجتماعی (Biopsychosocial) که به معضل وابستگی به مواد مخدر به مثابه یک اختلال صحتی دارای عوامل متعدد مینگردد، در واقع با استفاده از رویکرد های طبی و روانی - اجتماعی قابل تطبیق بوده و می توانند در امر کاهش میزان صدمات مرتبط به مواد مخدر ممد واقع گردند. این مساله بالنوبه صحت، سلامتی و بهبودی افراد متأثر شده را علاوه بر کاهش میزان جرایم مرتبط با مواد مخدر و افزایش مصونیت عامه و دست آورد های مثمر برای جامعه (مانند کاهش میزان بی سرپناهی، نیاز مندیهای رفاه اجتماعی و بیکاری)، بهبود می بخشد.

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر معمولاً یک سیر مزمن و عود کننده را می پیماید. این امر نشان دهنده آنست که خدمات تداوی مکلف اند تا برای مدت طولانی با مریضان کار نمایند، که اکثراً برای سال ها و شاید در طول حیات آنها ادامه داشته باشند، همچنان باید با مریضان تماس نزدیک برقرار نمایند و مداخلات تداوی و حمایت های حالات بحرانی را در صورت نیاز با در نظر داشت سطوح مختلف شدت بیماری عرضه نمایند. این مساله با سیستم مراقبت از مریضان مبتلا به سایر امراض مزمن (مانند دیابت، استما Asthma و امراض قلبی و عایی) شباهت دارد. همچو یک سیستم در واقع برای مدیریت دوره های بهبودی و تشدید که عمدتاً از طریق تجدید نظر و اصلاح مداخلاتی که با شدت مشکل موجود سازگاری داشته باشند و بدون مطرح ساختن توقعات در زمینه اینکه یک دوره معالجه کوتاه مدت روی دست گرفته شود، طرح ریزی گردیده است. درک ماهیت وابستگی به مواد مخدر یا مصرف مواد مخدر و درک این واقعیت که حالات متذکره اکثراً عود کننده می باشند، بدین معنا نیست که رسیده گی به آنها غیر مؤثر و بی فایده است. برعکس، تداوی مناسب که به طور مکرر صورت می گیرد (حتی در صورت مصرف دوامدار مواد مخدر و یا عود مکرر مصرف مواد مخدر) جهت جلوگیری از مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر ضروری می باشد. این امر با وجود مشکلات دوامدار صحتی و اجتماعی، مصرف کننده گان مواد مخدر را در راستای بهبود سلامتی و کیفیت زنده گی یاری می رسانند. رویکرد های مؤثر برای وقایه و تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد و عواقب صحتی و اجتماعی آنها می تواند میزان آسیب ها را

نزد مریضان و جوامع آنها کاهش بخشد و چانس دستیابی به زنده گی سالم و عمر طولانی را افزایش بخشد (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۸).
حوزه ها و کشور های بیشتر با افزایش میزان تعداد افرادی که به تداوی و مراقبت های ویژه نیاز دارند، دست و پنجه نرم می کنند، مانند: اطفال و نوجوانان، کهن سالان، زنان و خانم های حامله، گروه های دارای هویت و گرایش جنسی و جنسیت متفاوت، جمعیت های بومی، مهاجرین، اشخاص بی سواد و دارای تعلیمات محدود، افراد مبتلا به امراض همزمان یا Comorbid منجمله اختلالات روانی، اچ. آی. وی، توبرکلوز و هیپاتایتس سی (HCV)، اشخاصی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس اند، افراد بی سرپناه و اشخاصی که از لحاظ اجتماعی به حاشیه رانده شده اند.

تغییر عملکرد ها در مصرف مواد مخدر و سایر مواد روان گردان (Psychoactive) توام با تغییر مشخصات و ویژه گی های اشخاصی که آنرا به مصرف رسانیده و نزد آنها اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تاسیس می نمایند، چالش های جدیدی را در برابر سیستم های مراقبت های صحتی ایجاد می نمایند، که باید به وقت و زمان معین و به شکل موثر و متمرک با واقعیت های جدید سازگار گردند. این امر ممکن به سرمایه گذاری های اضافی بالای برنامه های وقایه و تداوی به شمول منابع بشری لازم نیاز داشته باشد. سیستم های مراقبت های صحتی معمولاً تلاش به خرج میدهند تا به مشکلات جدید صحتی افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند، پاسخ مناسب ارائه نماید. به عنوان مثال، در آنده بخش های دنیا که مصرف مشتقات تریاک در گذشته زیاد عمومیت نداشت، ممکن سیستم های صحتی آنها از توانایی های لازم ارائه خدمات تداوی دوائی، مانند تداوی تعقیبیه با استفاده از آگونست های تریاک، برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، برخوردار نباشند. به همین ترتیب، آنده بخش های جهان که سیستم های تداوی آنها بالای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نوع مشتقات تریاک متمرکز می باشند، در حال حاضر با میزان بلند اختلالات ناشی از مصرف منبهاات روانی (Psychostimulant) دست و گریبان می باشند.

بر مبنای احصائیه های جهانی دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان، در یک حالت مطلوب از میان هر شش نفر صرف یک تن آنها که می تواند از تداوی وابستگی به مواد مخدر بهره مند گردد، به برنامه های تداوی دسترسی دارد. این نسبت در آمریکای لاتین و افریقا اندکی پائینتر می باشد، قسمی که در کشور های متذکره از میان هر ۱۱ نفر صرف یک تن میان هر ۱۸ نفر یک تن که می تواند از تداوی وابستگی به مواد مخدر بهره مند گردد، بالترتیب به برنامه های تداوی دسترسی دارند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۸). در بسیاری از کشور ها تداوی صرف در شهر های بزرگ قابل دسترسی می باشد. طرح پوشش صحتی جهانی باید بالای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نیز به همان پیمانیه قابل تطبیق باشد، که برای سایر مشکلات صحتی می باشد. این امر افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و جوامع آنها را کمک می نمایند تا به خدمات صحتی وقایه و تداوی لازم دسترسی بیشتر داشته باشند و به همین ترتیب تضمین کننده کیفیت لازم برای دستیابی به تاثیرات مطلوب آن می باشد و در عین حال مستفیدین خدمات را در برابر مشکلات مالی محافظت می نمایند (WHO, 2019c, 2019b).

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در واقع یک حالت صحتی جدی بوده که فشار قابل ملاحظه ی را بالای افراد مبتلا، خانواده ها و جوامع آنها وارد می نماید. اختلالات تداوی ناشی از مصرف مواد مخدر، در واقع هزینه های هنگفتی را بالای جامعه تحمیل می نمایند، مانند از دست دادن نیروی تولیدی، افزایش هزینه های مراقبت های صحتی، هزینه های مربوط به سیستم عدلی و قضایی و رفاه اجتماعی و سایر پیامد های ناگوار اجتماعی. در یک عده کشور ها هزینه های اجتماعی ناشی از مصرف مواد مخدر غیرقانونی ۱.۷ درصد تولید ناخالص داخلی تخمین گردیده است (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۶). ارائه خدمات موثر تداوی و مراقبت برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به عنوان بخشی از یک سیستم تداوی مدغم و کاملاً هماهنگ، در واقع سرمایه گذاری بالای سلامتی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پنداشته می شود. به همین ترتیب به عنوان یک سرمایه گذاری مثبت بالای انکشاف سالم و مصون خانواده ها، جوامع و کشور ها نیز شناخته می شود.

اصول و ستندرد های کلیدی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر با استفاده از طیف گسترده مداخلات دوائی Pharmacological و روانی - اجتماعی Psychosocial به گونه مؤثر قابل تداوی می باشند. در مدیریت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هدف تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، عبارت از بهبود صحت و کیفیت زنده گی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوده و مرام کلی آن اینست تا افراد متذکره را تا حد امکان در راستای دستیابی به بهبودی یاری رسانند. به صورت عموم اهداف تداوی قرار ذیل اند:

- متوقف ساختن و یا کاهش مصرف مواد مخدر.
- بهبود صحت، رفاه و عملکرد اجتماعی فرد متاثر شده.
- جلوگیری از اضرار بعدی، با استفاده از کاهش میزان خطر اختلالات و عود مصرف مواد مخدر در آینده.

متأسفانه عده زیادی از مداخلات که معمولاً در تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار می گیرند، از معیارات علمی پذیرفته شده برای مؤثریت کلینیکی برخوردار نمی باشند. چنین مداخلات ممکن است غیر مؤثر و یا حتی مضر باشند: امکان آن میرود که آزمایشات کلینیکی Clinical Trials لازم انجام نیابند و مؤثریت تداوی ناشناخته باقی بماند.

علاوه بر مؤثریت کلینیکی، تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید با ستندرد های معمول مراقبت های صحی مطابقت کامل داشته باشد:

- سازگاری با اعلامیه حقوق بشر سازمان ملل متحد و کنوانسیون های موجود سازمان ملل متحد.
- تقویت استقلالیت فردی.
- تقویت مصونیت فردی و اجتماعی.

ستندرد های متذکره در واقع تعیین کننده مجموعه ویژه گی های لازم بوده که باید برای هرگونه روش و یا مداخله تداوی مدنظر گرفته شود و مصونیت و مؤثریت آن باید بدون در نظر داشت فلسفه تداوی که مورد استفاده در هر محل و مرکز تداوی قرار می گیرد و یا شرایطی که از آن استفاده به عمل می آید، ترجیح داده شوند. این مساله خیلی ها حایز اهمیت است، زیرا افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مستحق هرگونه معیارات اخلاقی و علمی مبتنی بر مراقبت می باشند، که عمدتاً در تداوی سایر امراض مزمن تطبیق می گردن

اصل اول:

تدای باید موجود، قابل دسترس، جذاب مورد توجه و موثر باشد:

توضیح:

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را اکثراً زمانی می توان به گونه مؤثر تدای نمود، که به خدمات گسترده ی دسترسی داشته باشند که قادر به تحت پوشش قرار دادن مشکلات گسترده که آنها با آن روبرو اند، باشند. لازم است تا خدمات و مداخلات تدای بر مبنای شواهد علمی استوار باشند و باید با نیازمندیهای ویژه و انفرادی مریضان در یک مقطع زمانی خاص و یا به شدت اختلالات آنها سازگاری کامل داشته باشند. خدمات متذکره قرار ذیل اند: ارائه خدمات Outreach مبتنی بر جامعه از طریق تسهیلات غیر تخصصی، تدای مریضان داخل بستر و سرپای، تدای طبی و روانی - اجتماعی (شامل تدای اختلالات ناشی از مصرف الکل و سایر مواد مخدر و امراض همزمان روانی و جسمی)، تدای درازمدت مسکونی یا مبتنی بر جامعه و خدمات حمایتی بهبودی. قابل یاد آوریست که خدمات متذکره باید قابل پرداخت و جذاب باشند و در هر دو نوع شرایط شهری و روستایی موجود و قابل دسترس باشند، و به همین ترتیب از ساعات کاری گسترده و حداقل زمان انتظار برخوردار باشند. یک نیاز مبرم در ارائه اینگونه خدمات عبارت از به حداقل رسانیدن تمام موانعی می باشد که در فرا راه دسترسی به خدمات تدای مناسب قرار دارند. خدمات یاد شده نباید تنها تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را ارائه نمایند، بلکه باید فراهم کننده حمایت و محافظت اجتماعی و مراقبت های عمومی طبی نیز باشند. چهارچوب قانونی نباید مریضان را از مراجعه به دریافت تدای دلسرد نماید. لازم است تا اطمینان حاصل گردد که تسهیل تدای یک محیط صمیمانه باشد و بر مبنای ارزش های فرهنگی استوار باشد و بالاخره بالای نیازمندیهای ویژه کلینیکی و سطح آماده گی هر مریض تمرکز داشته باشد. این امر در واقع نقش تشویق کننده داشته و مانع بازداشتن افراد از دسترسی به خدمات می گردد.

استندرد ها:

- ۱.۱. خدمات اساسی تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید در سطوح مختلف سیستم های صحی وجود داشته باشند: از مراقبت های صحی اولیه گرفته تا خدمات صحی ثالث، توام با برنامه های تدای ویژه اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.
- ۲.۱. خدمات اساسی تدای عبارتند از: خدمات Outreach، غربالگری یا سکریننگ و مداخلات مختصر روانی، ارزیابی تشخیصیه، تدای روانی و دوائی مریضان سرپای، تدای حالات حاد کلینیکی ناشی از مصرف مواد مخدر (مانند مصرف دوز بیش از حد، سندرم قطع دوائی). خدمات داخل بستر به منظور تدای اعراض شدید ترک مصرف مواد مخدر و سایکوز ناشی از مصرف مواد مخدر، خدمات درازمدت مسکونی تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که با اختلالات روانی و جسمی مترافق باشند و خدمات تدای بهبودی که توسط کارمندان آموزش دیده ارائه می گردند.
- ۳.۱. همتایان Peers برگزیده و آموزش دیده می توانند در خدمات تدای فعالیت نمایند و مداخلات ویژه را در راستای کمک به شناسایی مریضان و سهیم ساختن آنها و ابقای آنها در پروسه تدای ارائه نمایند.
- ۴.۱. خدمات اساسی تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید برای مردم قابل دسترس و قابل رسیدگی ترانسپورت باشند و باید افرادی که در مناطق شهری و روستایی به سر میبرند، به آن دسترسی کامل داشته باشد.
- ۵.۱. خیلی ها ضروری می باشد تا خدمات قدمه های پایین Low threshold و Outreach به عنوان بخشی از یک مراقبت دوامدار برای جمعیت "پنهان" که بیشتر از مصرف مواد مخدر متأثر می شوند، اما اکثراً برای دریافت تدای و یا عود مصرف مواد مخدر متعاقب یک برنامه تدای از انگیزه چندانی برخوردار نمی باشند، گسترش یابند.
- ۶.۱. در یک مراقبت دوامدار، افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید از طریق ورودی های متعدد Multiple entry Points به خدمات تدای دسترسی داشته باشند.
- ۷.۱. خدمات اساسی تدای مصرف مواد مخدر و اختلالات مرتبط به آن باید در ساعات کاری گسترده قابل دسترس باشند، تا از دسترسی افراد دارای مسئولیت های شغلی یا خانواده گی اطمینان حاصل گردد.
- ۸.۱. خدمات اساسی تدای باید برای مریضان شامل در گروه و سطوح و درآمد های مختلف اقتصادی و اجتماعی قابل دسترس باشند و از حداقل خطرات مالی نزد افرادی که نیاز به خدمات دارند، برخوردار باشند.

۹.۱. هرگاه خدمات تداوی ناموجود، غیر قابل پرداخت و یا غیر قابل دسترس باشند، در آن صورت باید خدمات متذکره زمینه لازم را برای دسترسی به حمایت های اجتماعی، مراقبت های عمومی صحتی و تداوی اختلالات همزمان ناشی از مصرف مواد مخدر و بیماری های روانی و جسمی فراهم نماید.

۱۰.۱. نیاز است تا معلومات لازم در مورد موجودیت و دسترسی به خدمات اساسی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر با در نظر داشت دسترس آسان و با استفاده از منابع متعدد مانند انترنت، مواد چاپی و خدمات دسترسی آزاد، در اختیار افراد قرار گیرند

اصل دوم

حصول اطمینان از استندرد های اخلاقی مراقبت در خدمات تداوی:

توضیح:

تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید با استندرد های جهانی اخلاقی مراقبت های صحتی مطابقت کامل داشته باشد، منجمله ارج گذاری به حقوق بشر و کرامت انسانی مریضان. این امر شامل پاسخدهی در برابر حق برخورداری از عالیتترین سطح استندرد صحت و سلامتی و جلوگیری از هر نوع تبعیض و / یا سنگما می باشد. افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید تا حدی که از ظرفیت انجام این کار برخوردار باشند، یعنی در مورد تداوی خویش، منجمله زمان آغاز و قطع تداوی، و ماهیت آن تصمیم لازم اتخاذ نمایند. تداوی نباید اجباری باشد و یا هم خلاف میل و استقلالیت مریض اعمال گردد. قبل از هرگونه مداخله تداوی باید رضایت و موافقه مریض اخذ گردد. همچنان نیاز مریض وجود دارد تا سوابق کلینیکی مریض به گونه دقیق نگهداری و تجدید گردد و از حفظ محریمیت آن اطمینان حاصل گردد. جلوگیری از دستبرد در سوابق صحتی در ثبت نام مریضانی که تحت تداوی قرار دارند، یک امر حیاتی می باشد. هرگز نباید از مداخلات تنبیهی یا جزایی، تحقیرآمیز و یا شرم آور (مانند لت و کوب، بستن با زنجیر، مانع شدن از تداوی و خوردن غذا و غیره) استفاده به عمل آید. اصول اخلاقی جدی طرز سلوک باید بالای کارمندان تطبیق گردد. کارمندان باید از دفاع کردن از نظریات شخصی خویش اجتناب ورزند و هیچگاه نباید از اقدامات تحقیرآمیز یا خردکننده استفاده نمایند. به شخص مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید به عنوان یک فردی مبتلا به مشکلات صحتی نگریده شود، که در واقع از حق دریافت تداوی مشابه با سایر مریضان که از مشکلات امراض روانی و یا جسمی رنج میبرند، برخوردار می باشند.

استندرد ها:

۱.۲. در تمام قضایا، خدمات تداوی برای مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از آن باید به حقوق بشر و کرامت انسانی مریضان ارج بگذارد و هیچگاه نباید در آن از مداخلات تحقیر آمیز و خردکننده استفاده به عمل آید.

۲.۲. قبل از آنکه تداوی آغاز گردد، لازم است تا رضایت یا توافق آگاهانه مریض به دست آید و یک گزینه تضمین شده خروج از تداوی باید در زمان مطلوب در اختیار قرار داشته باشد.

۳.۲. باید اطلاعات مربوط به مریض جداً از حفظ محریمیت برخوردار باشند. هرگونه دستبرد و فاش ساختن محریمیت سوابق صحتی به منظور ثبت نام مریضانی که جهت دریافت خدمات تداوی مراجعه می نمایند، اکیداً ممنوع می باشد. اقدامات قانونی، که تحت حمایت برنامه های آموزشی مناسب و قواعد و مقررات خدمات قرار دارند، باید حفظ محریمیت اطلاعات مربوط به مریض را تضمین نمایند.

۴.۲. کارمندان خدمات تداوی باید در مورد ارائه خدمات تداوی با رعایت کامل استندرد های اخلاقی و اصول حقوق بشر، آموزش های لازم فرا گیرند و باید در برابر مستفیدین خدمات از خود سلوک و رفتار محترمانه، بدون سنگما و بدون تبعیض نشان دهند.

۵.۲. طرز العمل های خدماتی باید کارمندان را مکلف بدانند تا به مریضان در مورد مراحل و روش های تداوی، منجمله حق ترک تداوی توسط آنها هر زمانی که خواسته باشند، آگاهی لازم دهند.

۶.۲. هرگونه تحقیقاتی که در رابطه به خدمات تداوی که مریضان در آن سهیم اند، انجام می شوند، باید با در نظر داشت بررسی کمیته های اخلاقی تحقیقات بشری صورت گیرند. کمیته های اخلاقی تشویق می شوند تا نظریات و دیدگاه های افرادی را مدنظر بگیرند که از تجارب مصرف مواد مخدر و تداوی آن برخوردار بوده و از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بهبود کسب می نمایند. مریضان باید در تحقیقات سهمگیری داوطلبانه و جدی داشته باشند و در تمام قضایا باید توافق کتبی آگاهانه از آنها اخذ گردد.

۷.۲. استندرد های اخلاقی مراقبت در خدمات تداوی باید نزد تمام گروه های جمعیت که از نیازمندیهای ویژه تداوی و مراقبت برخوردار اند، بدون هرگونه تبعیض تطبیق گردند.

اصل سوم:

تقویت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر از طریق هماهنگی مؤثر میان سیستم عدلی و قضایی و خدمات صحتی و اجتماعی:

توضیح:

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید در قدم اول به عنوان مشکلات صحتی پنداشته شوند، تا آنکه به آن به عنوان سلوک و رفتار مجرمانه نگریسته شود. همچنان لازم است تا به عنوان یک قاعده کلی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در سیستم مراقبت های صحتی تداوی گردند، تا در سیستم عدلی و قضایی. تمام افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دست به ارتکاب جرایم نمی زنند، حتی اگر این کار را انجام نیر بدهند، همچو موارد عمدتاً به عنوان سوء تفاهمات و یا جنایات سطح پائین پنداشته می شوند که در واقع به منظور فراهم نمودن هزینه برای مصرف مواد مخدر صورت می گیرند. این امر به گونه وصفی با تداوی مؤثر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پیوند دارد. خیلی حایز اهمیت است تا مصرف مواد مخدر توسط افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف آن منحصرأ به عنوان یک مشکل اولیه صحتی مدنظر گرفته شود که در واقع مستلزم دسترسی به حمایت و تداوی مناسب می باشد، تا اینکه به آن به مثابه یک قضیه جنایی مستلزم مجازات نگریسته شود. سیستم عدلی و قضایی باید از نزدیک با سیستم های صحتی و اجتماعی همکاری نماید، تا اطمینان حاصل گردد که تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در سیستم مراقبت های صحتی بر پیگرد عدلی و قضایی و یا حبس اولویت دارد. کارمندان نهاد های تطبیق کننده قانون، محاکم و سیستم های توقیف خانه ها و محابس باید آموزش های لازم دریافت نمایند، تا در پروسه تداوی و بهبودی سهم مؤثر داشته باشند و از آن حمایت نمایند. هرگاه افراد مورد نظر به حبس محکوم شده باشند، باید برای محبوسین مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در دوران حبس و پس از رهایی از بند نیز خدمات تداوی ارائه گردند، چون تداوی مؤثر سبب کاهش میزان خطر عود مصرف مواد مخدر، و فیات ناشی از مصرف دوز بیش از حد و ارتکاب دوباره جرایم می گردد. همچنان خیلی حایز اهمیت است تا از روند مراقبت و مداخلات پیشگیری از عود مصرف مواد مخدر و مصرف بیش از حد آن، پس از رهایی از حبس نزد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر اطمینان حاصل گردد و این روند هرچه بیشتر تسهیل بخشیده شود. در تمام قضایای مربوط به تسهیلات عدلی و قضایی، باید افراد مورد نظر تداوی و مراقبت های را برابر با سایر افراد جامعه دریافت نمایند.

ستندرد ها:

- ۱.۳. تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید بیشتر در سیستم های صحتی و مراقبت های اجتماعی فراهم گردد. میکانیزم های مؤثر هماهنگی با سیستم عدلی و قضایی باید قابل دسترس باشند، تا دسترسی افراد در تسهیلات سیستم عدلی و قضایی به خدمات تداوی و مراقبت های اجتماعی تسهیل گردد.
- ۲.۳. تداوی مؤثر باید برای افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند و از اختلالات ناشی از آن رنج میبرند، قابل دسترس باشد و در صورت نیاز باید به عنوان یک گزینه بدیل قسمی و یا کامل برای محکومیت یا مجازات باشد.
- ۳.۳. لازم است تا چهارچوب های قانونی مقتضی، در صورت استفاده از تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به عنوان یک گزینه بدیل برای حبس یا ارائه خدمات در تسهیلات عدلی و قضایی تامین نماید.
- ۴.۳. تسهیلات سیستم عدلی و قضایی باید فرصت های لازم را برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر فراهم نماید، تا آنها بتوانند خدمات تداوی، خدمات صحتی و مراقبت های اجتماعی را که در جامعه قابل دسترس می باشند، به شکل مساویانه دریافت نمایند.
- ۵.۳. مداخلات تداوی نباید بر خلاف میل افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد در چهارچوب سیستم عدلی و قضایی تحمیل گردند.
- ۶.۳. افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که در مراکز عدلی و قضایی به سر میبرند، باید به خدمات وقایه و تداوی اساسی دسترسی داشته باشند، مانند: میکانیزم های تشخیصی مقدم و رجعت دهی به تداوی، وقایه از انتقال انتانات منتقله از طریق خون، تداوی دوایی و روانی - اجتماعی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و اختلالات همزمان به آن و بالاخره تشوشات صحت روانی و جسمی، خدمات بهبودی و برقراری ارتباط مراقبت های کامل با جامعه و خدمات اجتماعی به منظور آماده گی برای رهایی آنها از حبس.

۷.۳. لازم است تا برای کارمندان سیستم عدلی و قضایی، به شمول منسوبین نهاد های تطبیق کننده قانون و کارمندان محاکم برنامه های آموزشی مورد نیاز برگزار گردند، تا از شناسایی نیاز مندیهای صحی و روانی - اجتماعی مترافق با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و حمایت از اقدامات تداوی و بهبودی، اطمینان حاصل گردد.

۸.۳. تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در سیستم عدلی و قضایی باید عین دستورالعمل های مبتنی بر شواهد و سندرد های اخلاقی و مسلکی را دنبال نمایند که بالای افراد عادی جامعه تطبیق می شوند.

۹.۳. تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشویشات همزمان آن باید جز اساسی روند ادغام اجتماعی محبوسین مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشد. افزون بر آن، نیاز است تا ادامه تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در همه قضایا، از طریق هماهنگی موثر خدمات صحی و مراقبت های اجتماعی در جوامع و مراکز عدلی و قضایی، اطمینان حاصل گردد. این امر در واقع سبب کاهش قابل ملاحظه میزان خطر عود مصرف مواد مخدر، مصرف دوز بیش از حد و ارتکاب دوباره جرایم می شود.

۱۰.۳. به منظور کاهش فشار ناشی از ستگما و جلوگیری از هرگونه تبعیض نزد افراد مبتلا به اختلالات روانی و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که در تسهیلات عدلی و قضایی خدمات طبی دریافت می نمایند، باید از هیچگونه تلاش دریغ ورزیده نشود.

اصل چهارم:

تداوی باید بر مبنای شواهد علمی استوار باشد و در برابر نیازمندیهای ویژه اشخاص مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پاسخگو باشد:

توضیح:

مجموعه دانش و اندوخته های علمی پیرامون اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تداوی آنها باید رهنمودی برای مداخلات و سرمایه گذاری ها بالای خدمات تداوی باشد. به منظور تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید عالیتزین سندرد های که برای تأیید و تطبیق مداخلات دواپی و یا روانی - اجتماعی در سایر رشته های طبی نیاز اند، مورد تطبیق قرار گیرند. خیلی ها حایز اهمیت است تا مداخلات دواپی و روانی قابل تطبیق به مداخلاتی محدود گردند که مؤثریت آنها از طریق تحقیقات به اثبات رسیده باشد و یا توسط نهاد های تخصصی ذیصلاح مورد تأیید قرار گرفته باشد. در قضایای که سایر روش های تداوی مؤثر واقع نمی شوند، لازم است تا قبل از استفاده از آنها اطمینان حاصل گردد که مؤثریت و مصؤنیت آنها از طریق آزمایشات کلینیکی به اندازه کافی مورد ارزیابی قرار گرفته است یا خیر. مدت و شدت مداخلات باید با رهنمود های مبتنی بر شواهد مطابقت کامل داشته باشد. تیم های متشکل از کارشناسان رشته های متعدد باید مداخلات مختلف را متناسب با حالت هر مریض مدغم سازند. نیاز مبرم وجود دارد تا خدمات تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر با استفاده از روش های مورد نیاز برای تداوی امراض مزمن، پلانگذاری و ارائه گردند، نه با در نظر داشت مدل مراقبت های حاد. دلیل آن اینست که تداوی و مراقبت درازمدت از چانس بیشتر ارتقا زنده گی سالم و عمر طولانی برخوردار می باشد. خیلی ها حایز اهمیت است تا مداخلات با ارزش های فرهنگی و شرایط مالی کشور مطابقت و همخوانی لازم داشته باشند، البته بدون آنکه عناصر اصلی آنها که علم و دانش آنرا برای دستیابی به نتایج بهتر ارزشمند می پندارند، نادیده گرفته شوند. مداخلات و یا سیستم های تداوی "سنتی" ممکن مختص به یک کشور و یا محیط ویژه باشد و احتمال می رود از لحاظ مؤثریت از شواهد اندک برخوردار باشند که در واقع فراتر از تجارب محلی بیماران و دوکتوران معالج آنها قرار داشته باشد. همچو سیستم ها باید تا حد امکان از مداخلات مبتنی بر شواهد در چهارچوب خدمات خویش دروس فرا گیرند و آنها را مدنظر داشته باشند. در پایان باید یاد آور شویم که نیاز مبرم برای راه اندازی تحقیقات ارزیابی وجود دارد، تا به گونه رسمی مشخص شود که آیا تداوی های "سنتی" مؤثر اند یا خیر و اینکه آیا خطراتی که آنها در پی دارند قابل قبول اند یا خیر.

سندرد ها:

۱.۴. روند تخصیص منابع برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید توسط شواهد موجود در مورد مؤثریت و قابلیت عرضه مداخلات تداوی هدایت گردد.

۲.۴. مداخلات گسترده تداوی مبتنی بر شواهد با شدت های متفاوت باید در سطوح مختلف سیستم های مراقبت های صحی و اجتماعی انجام یابند و باید توام با ادغام مناسب مداخلات دواپی و روانی - اجتماعی در روند ارائه خدمات و مراقبت های دوامدار باشد.

- ۳.۴. خدمات تداوی باید مبتنی بر جندر باشند و باید حین طرح ریزی، ارائه و ارزیابی خدمات نورم ها و ارزش های فرهنگی و سهمگیری مریضان را مطابق با نیازمندیهای جوامع که در آنجا خدمات متذکره عرضه می گردند، مدنظر داشته باشند.
- ۴.۴. کارمندان مراقبت های صحتی اولیه باید در عرصه شناسایی قضایای مصرف مواد مخدر و تشخیص و تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشوشتات صحتی مرتبط به آن آموزش های لازم فرا گیرند.
- ۵.۴. تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در مراقبت های صحتی اولیه باید مورد حمایت خدمات تخصصی توام با مهارت ها و شایستگی های لازم قرار داشته باشد، خاصاً حین تداوی واقعات شدید و مریضانی که از تشوشتات همزمان روانی و جسمی رنج میبرند.
- ۶.۴. هرگاه امکان پذیر باشد، نهاد ارائه کننده خدمات تداوی تخصصی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید از تیم های دارای رشته های متعدد برخوردار باشد، که در واقع در عرصه ارائه مداخلات مبتنی بر شواهد آموزش لازم دیده باشند. افزون بر آن، باید تیم های متذکره در عرصه طبی، روانی، روانشناسی کلینیکی، نرسنگ، فعالیت های اجتماعی و مشاوره، از شایستگی ها و مهارت های لازم برخوردار باشند. تیم های متذکره باید اشخاصی را در پروسه سهیم سازند، که مصرف مواد مخدر و تداوی دواپی را تجربه کرده باشند و در حالت بهبودی و بهبود قرار داشته باشند.
- ۷.۴. نیازمندیهای انفرادی باید تعیین کننده مدت دوام تداوی باشد و باید فاقد هرگونه محدودیت های قبلاً وضع شده باشد. همچنان لازم است که در هر مقطع زمانی با توجه به نیازمندیهای کلینیکی مریض، از امکانات اصلاحی و تعدیلات لازم برخوردار باشند.
- ۸.۴. کارمندان صحتی باید در عرصه شناسایی، تشخیص و تداوی مبتنی بر شواهد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در سطوح مختلف تحصیلی، به شمول نصاب تحصیلی پوهنتون و برنامه های تحصیلات عالی دوامدار، آموزش های لازم فرا گیرند.
- ۹.۴. نیاز مبرم وجود دارد تا رهنمود های مرتبط به تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، طرز العمل ها و نورم های موجوده بگونه منظم بازنگری و تجدید نظر شوند. تا همواره از شواهد جدیدی در مورد مؤثریت مداخلات تداوی، دانش در مورد نیازمندیهای مریضان و مستفیدین خدمات و نتایج تحقیقات ارزیابی برخوردار باشند.
- ۱۰.۴. خدمات تداوی باید دستاورد های خویش را در برابر شاخص ها استندرد های خدمات قابل مقایسه، ارزیابی نمایند.
- ۱۱.۴. انکشاف مداخلات جدید تداوی باید با استفاده از پروسه آزمایش کلینیکی صورت گیرد و این روند باید از جانب یک کمیته با صلاحیت معیارات اخلاقی تحقیقات بشری مورد نظارت قرار گیرد.

اصل پنجم:

پاسخدهی در برابر نیازمندیهای ویژه تداوی و مراقبت گروه های جمعیت:

توضیح:

در جمعیت بزرگتر، گروه های فرعی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید مورد توجه ویژه قرار گیرند و در صورت نیاز باید برای آنها مراقبت های تخصصی و متناسب فراهم گردند. افراد شامل در گروه های دارای نیازمندیهای ویژه می توانند قرار ذیل باشند، اما محدود به اینها نمی باشد: اطفال و نوجوانان، کهنسالان، جمعیت های بومی، مهاجرین، کارگر جنسی افراد دارای هویت و گرایش جنسی و جنسیت متفاوت، اشخاص دارای معلولیت، اشخاص بی سواد و دارای تعلیمات محدود. افراد مبتلا به تشویشات صحتی همزمان، افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند و هر فرد دیگر فاقد حمایت اجتماعی مانند اشخاص بی سرپناه یا بیکار. کار با افراد دارای نیازمندیهای ویژه مستلزم پلان های تداوی متفاوت و انفرادی بوده که در واقع مشخصات ویژه، آسیب پذیری ها و نیازمندیهای خاص آنها را بازتاب می دهند. افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، عمدتاً با سنگما و تبعیض روبرو بوده که اکثراً میزان آن نزد افراد شامل در گروه های جمعیتی دارای نیازمندیهای ویژه بلندتر می باشد. ممکن نیاز وجود داشته باشد تا از لحاظ دوام تداوی در هرگونه شرایط، به نیازمندیهای ویژه رسیده گی مستقیم صورت گیرد. اطفال و نوجوانان نباید در عین تسهیلات تحت تداوی قرار گیرند که بزرگسالان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در آن معالجه می شوند. اطفال و نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید در تسهیلاتی تحت درمان قرار گیرند که از قابلیت رسیده گی به مسائل چون مصونیت و حفاظت از اطفال برخوردار باشند. تسهیلات اطفال و نوجوانان همچنین باید مسائل مانند صحت، فرآگیری و رفاه اجتماعی گسترده تری را در همکاری با خانواده ها، مکاتب و خدمات اجتماعی تحت پوشش قرار دهند. به عین ترتیب، زنانی که تحت تداوی قرار می گیرند باید از خدمات ویژه برخوردار باشند، چون ممکن آنها به محافظت بیشتر نیاز داشته باشند. زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر اکثراً در برابر خشونت خانواده گی و سوء استفاده جنسی آسیب پذیر بوده و اطفال آنها نیز ممکن از لحاظ نادیده گرفتن و یا سوء استفاده جنسی آسیب پذیر باشند. بناً توصیه می شود تا با نهاد های اجتماعی که برای زنان و اطفال حمایت فراهم می نمایند، ارتباط برقرار گردد. احتمال دارد زنان دستیابی به مؤثریت اعظمی خدمات تداوی متفاوت در یک فضای که از لحاظ جنسیتی مصون و دارای حریمیت باشد، نیاز داشته باشند. برنامه های تداوی برای والدین مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید از درک و قابلیت های لازم رسیده گی به نیازمندیهای اساسی اطفال برخوردار باشند. ارائه حمایت مناسب از جانب والدین، روی دست گرفتن اقدامات مراقبت از اطفال و آموزش در مورد صحت جنسی، به شمول جلوگیری از حاملگی / فاصله دهی میان ولادت ها، یک امر ضروری می باشد.

ستندرد ها:

- ۱.۵. ارائه خدمات برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و پروتوکول های تداوی خدمات باید بازتاب دهنده نیازمندیهای گروه های خاص جمعیت باشد.
- ۲.۵. به منظور رسیده گی به نیازمندیهای ویژه تداوی مرتبط با این گروه سنی باید خدمات ویژه تداوی برای اطفال و نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مدنظر گرفته شوند. خدمات تداوی متفاوت برای اطفال و نوجوانان باید در هر زمان ممکن ارائه شوند، تا دستیابی به بهترین نتایج تداوی امکان پذیر گردد.
- ۳.۵. خدمات و مداخلات تداوی باید با نیازمندیهای زنان و خانم های حامله متناسب باشند. این مساله مرتبط به تمام ابعاد طرح ریزی و ارائه مداخلات برای آنها می باشد که شامل موقعیت، کارمندان، انکشاف برنامه ها، تسهیلات کودک پسند و محتویات آن می باشد.
- ۴.۵. خدمات تداوی باید با نیازمندیهای اقلیت های مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر متناسب باشد و در هر زمانی که لازم باشد باید برای آنها زمینه دسترسی به ترجمانان و مفسرین فرهنگی فراهم گردد، تا میزان موانع فرهنگی و زبانی تا حد امکان کاهش یابند.
- ۵.۵. بسته های مساعدت و حمایت اجتماعی باید در خدمات تداوی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، خاصتاً افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردار نمی باشند، مانند اشخاص بی سرپناه و یا بیکار، مدغم گردند.
- ۶.۵. به منظور برقراری ارتباط با افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که امکان دارد بنابر سنگما و به حاشیه راندن از مراجعه به خدمات تداوی اجتناب ورزند، نیاز است تا خدمات Outreach لازم روی دست گرفته شوند.
- ۷.۵. باید در راستای کاهش بخشیدن فشار ناشی از سنگما و تبعیض بالای افراد مبتلا به اختلالات روانی و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، از هیچگونه تلاش دریغ ورزیده نشود، به شمول راه اندازی کمپاین های بلند بردن سطح آگاهی عامه و مبارزه با سنگما، پخش معلومات درست و دقیق در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، کاهش موانع ساختار یافته در برابر تداوی و روی دست گرفتن اقدامات به منظور افزایش خودکفایی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.

اصل ششم:

حصول اطمینان از مدیریت عالی کلینیکی خدمات و برنامه های تداوی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر:

توضیح:

خدمات تداوی باکیفیت و مؤثر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید از روش های پاسخده و مؤثر مدیریت کلینیکی برخوردار باشند. برنامه تداوی، پالیسی ها، طرز العمل ها و میکانیزم های هماهنگی باید از قبل تعریف شده باشند و برای همه کارمندان بخش های تداوی و اداری و مریضان واضح شده باشند. نهاد ارائه کننده خدمات باید شواهد موجوده تحقیقات انجام شده را منعکس نمایند و باید در برابر نیازمندیهای مستفیدین خدمات پاسخگو باشد. تداوی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (که اکثرأ از نیازمندیهای متعدد روانی - اجتماعی، روانی، جسمی و اجتماعی برخوردار اند)، هم برای افراد و هم برای نهاد ها چالش برانگیز بوده می تواند. در این عرصه کارمندان با مشکلات و خستگی روبرو بوده و نهاد های ذیربط باید جهت حمایت از کارمندان خویش اقدامات مناسب را روی دست گیرند، تا آنها در راستای ارائه خدمات باکیفیت تشویق گردند.

ستندرد ها:

۱.۶. در صورت نیاز باید پالیسی ها و پلان های تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر توسط نهاد های دولتی و سایر مراجع ذیربط آماده گردند و باید بر مبنای اصول پوشش جهانی صحت، در مطابقت کامل با شواهد موجود و سهمگیری فعال دست اندرکاران کلیدی، به شمول جمعیت های مورد هدف، مریضان، اعضای خانواده و جامعه و مؤسسات غیردولتی، انکشاف یابند.

۲.۶. پالیسی ها پروتوکول های کتبی خدمات تداوی باید در اختیار قرار داشته باشند و تمام کارمندان باید در مورد آنها آگاهی کامل داشته باشند و بالاخره به عنوان یک رهنمود مناسب برای ارائه خدمات و مداخلات تداوی باشد.

۳.۶. کارمندانی که در بخش خدمات تخصصی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر ایفای وظیفه می نمایند باید از شایستگی لازم برخوردار باشند و برنامه های جاری آموزشی مبتنی بر شواهد، تصدیقنامه، حمایت و نظارت کلینیکی را دریافت نموده باشند. همچنان به منظور جلوگیری از "دلسردی" در میان کارمندان به نظارت کلینیکی، برنامه های مربی گری، اقدامات محافظتی و مصونیت و سایر انواع حمایت، نیاز است.

۴.۶. پالیسی ها و طرز العمل های استخدام و ارزیابی اجراءات کارمندان باید از وضاحت لازم برخوردار باشند و تمام کارمندان در مورد آنها آگاهی کامل داشته باشند.

۵.۶. لازم است تا از یک منبع تمویل پایدار اطمینان حاصل گردد و میکانیزم های مناسب مدیریت مالی و پاسخدهی روی دست گرفته شوند. هرگاه امکان پذیر باشد، باید در بودجه مربوطه برنامه های آموزشی دوامدار برای کارمندان و ارزیابی کیفیت و دستآورد های خدمات مدنظر گرفته شوند.

۶.۶. خدمات تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید با تمام سطوح مراقبت های صحی، منجمله خدمات صحی اولیه و تخصصی، خدمات اجتماعی و سایر خدمات، ارتباط و هماهنگی مناسب داشته باشند، تا قادر به فراهم نمودن مراقبت های جامع به مریضان خویش باشند.

۷.۶. سیستم های جمع آوری و ثبت اطلاعات مریضان باید در مطابقت با شاخص های بین المللی روی دست گرفته شوند، تا از حسابدهی، ادامه خدمات تداوی و مراقبت و بالاخره حفظ محریمیت مریضان اطمینان حاصل گردد.

۸.۶. تجدید نظر و بازنگری دوره یی برنامه ها، قواعد و طرز العمل های خدمات و انکشاف میکانیزم ها برای جمع آوری نظریات (به شمول فیدبک/بازدهی مریضان)، تفتیش، نظارت و نظارت و ارزیابی دوامدار، یک امر ضروری پنداشته می شود.

۹.۶. عملکرد های مصرف مواد مخدر و پیامد های صحی و اجتماعی آن، تشوشات همزمان روانی و جسمی باید به گونه منظم مورد نظارت قرار گیرند و نتایج آن باید به منظور کمک به پروسه پلانگذاری و مدیریت خدمات تداوی در اختیار قرار داشته باشند.

اصل هفتم:

خدمات، پالیسی ها و طرز العمل های تداوی باید از یک رویکرد تداوی مدغم حمایت نمایند و ارتباطات با خدمات متمم مستلزم نظارت و ارزیابی دوامدار می باشد:

توضیح:

به منظور پاسخدهی در برابر یک مشکل صحتی مغلق و کثیر الیاعد، نیاز است تا سیستم های تداوی جامع جهت تسهیل بخشیدن تداوی موثر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و مشکلات صحتی و اجتماعی مرتبط روی دست گرفته شوند. هیچگونه روش تداوی وجود ندارد که بتواند به تنهایی بالای تمام مریضان تطبیق گردد. بنا پاسخدهی باید جامع باشد و با نیازمندیهای افراد همخوانی داشته باشد. هرگاه امکان پذیر باشد، باید خدمات مختلف در روند ارائه تداوی و هماهنگی مناسب دخیل باشند، مانند: مراقبت های روانشناسی و صحت روانی، مراقبت های اجتماعی و سایر خدمات (به شمول خدمات مسکن و مهارت های وظیفوی / شغلی و در صورت نیاز مساعدت های حقوقی)، و سایر خدمات مراقبت های صحتی تخصصی (مانند خدمات اچ. آی. وی، هیپاتایتس سی "HCV"، توبرکلوز و سایر تشوشات همزمان صحتی). نظارت، ارزیابی و سازگاری دوامدار سیستم تداوی از ارزش حیاتی برخوردار می باشند. این امر مستلزم پلانگذاری چند رشته یی و تطبیق خدمات با در نظر داشت تسلسل و مراحل منطقی آن می باشد، که در واقع رابطه میان فعالیت های آتی را تقویت می بخشد: نیازسنجی، پلانگذاری سیستم های تداوی، تطبیق و نظارت از خدمات، ارزیابی نتایج و بهبود کیفیت.

استندرد ها:

- ۱.۷. پالیسی ها و پلان های انکشافی سیستم های تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید از یک رویکرد تداوی انفرادی، جامع و مدغم و ارتباط منظم با خدمات متمم در داخل و خارج از سکتور صحت، حمایت نمایند.
- ۲.۷. ارتباط میان فعالیت های جلوگیری از مصرف مواد مخدر، تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و کاهش آسیب های صحتی و اجتماعی مترافق با مصرف مواد مخدر باید تامین و عملی گردد.
- ۳.۷. ارتباط میان (خانواده ها، مراقبت کننده گان، گروه های حمایت متقابل و کمک خودی/خودیاری، نهاد های مذهبی و اجتماعی مربوطه)، خدمات اجتماعی (مانند خدماتی که در مراکز تعلیمی، ورزشی و تفریحی ارائه می گردند)، سیستم عدلی و قضایی و مراقبت های صحتی اولیه و خدمات صحتی تخصصی باید با رعایت کامل حفظ حریمت اطلاعات مرتبط به مریضان تامین و عملی گردد.
- ۴.۷. پلانگذاری و انکشاف سیستم تداوی باید با در نظر داشت تخمین ها و توضیحات در مورد ماهیت و وسعت مشکل مصرف مواد مخدر و ویژگی های جمعیت نیازمند، صورت گیرد.
- ۵.۷. نقش های نهاد های ملی، منطقوی و محلی در سکتور های مختلف که مسئولیت ارائه خدمات تداوی و بهبودی را برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بر عهده دارند، باید با در نظر داشت میکانیزم های روی دست گرفته شده برای هماهنگی موثر مشخص گردند.
- ۶.۷. استندرد های کیفیت خدمات تداوی مصرف مواد مخدر، باید با در نظر داشت میکانیزم های مناسب برای تضمین سازگاری، کیفیت و اعتباردهی، تدوین و تطبیق گردند.
- ۷.۷. تمام خدمات باید از میکانیزم های مدیریت کلینیکی، نظارت و ارزیابی برخوردار باشند، منجمله پاسخدهی کلینیکی، نظارت دوامدار از صحت و سلامتی مریض و ارزیابی خارجی دوره یی.
- ۸.۷. اطلاعات در مورد تعداد، انواع و ارائه خدمات موجود و استفاده از سیستم تداوی، باید برای اهداف پلانگذاری و انکشافی، مورد نظارت قرار گیرند.

فصل سوم

سیستم های تداوی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

۱.۳. سطوح سیستم عرضه خدمات: System level of service provision

این فصل ارائه کننده مشخصات کلیدی سیستم های تداوی مؤثر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوده و در واقع روند پلانگذاری خدمات تداوی را راهنمایی می نماید. به همین ترتیب، چهارچوب های لازم را برای نهاد های عرضه کننده خدمات صحتی و مدل های مراقبت ارائه می نماید.

یک سیستم ملی مؤثر برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مستلزم روی دست گرفتن یک میکانیزم پاسخدهی هماهنگ و مدغم از جانب بازیگران متعدد می باشد. هدف اصلی عبارت از ارائه خدمات و مداخلات در تسهیلات متعدد و تحت پوشش قرار دادن گروه های مختلف در مراحل مختلف می باشد که عمدتاً با در نظر داشت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و نیازمندی های اضافی افراد، انجام میابند. سیستم صحت عامه، که معمولاً در هماهنگی نزدیک با مراقبت های اجتماعی و سایر خدمات جامعه فعالیت می نماید، باید عالیترین نقش رهبری کننده را در عرضه خدمات تداوی مؤثر برای مبتلایان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، بر عهده داشته باشد. در یکجمله کشور ها سکاتور خصوصی در عرصه فراهم نمودن خدمات تداوی برای مبتلایان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نقش عمده ایفا می نمایند. ستندرد ها و ویژه گی های توصیه شده می توانند برای خدمات تداوی در سکاتور خصوصی نیز به عین اندازه با ارزش باشند.

خدمات تداوی باید از ویژه گی های ذیل برخوردار باشند:

- موجود باشند.
- قابل دسترس باشند.
- قابل پرداخت کم هزینه باشند.
- مبتنی بر شواهد باشند.
- متنوع باشند.

موجودیت خدمات تداوی، در واقع به موجودیت خدمات فعال و دوامدار اطلاق می گردد که قادر به تداوی مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشند.

دسترسی به خدمات تداوی، در واقع به میزان و یا قابلیت دسترسی تمام جمعیت به خدمات مورد نظر اطلاق می گردد. روند ارائه خدمات تداوی باید به راحتی صورت گیرد و باید در آن از تسهیلات ترانسپورت عامه (به شمول مناطق روستایی و شهری) با در نظر داشت ساعات کاری گسترده و خدمات کافی استفاده صورت گرفته بتواند. برخی از عواملی که در طرح ریزی خدمات دخیل اند، میزان دسترسی گروه های فرعی نیازمند به تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را افزایش می بخشد (مانند مراکز مراقبت از اطفال برای مریضان دارای فرزندان). افزون بر آن، رفتار در برابر گروه های ویژه جمعیت و یا عوامل دیگر نباید مانع دسترسی به خدمات شود.

قابل پرداخت بودن و کم هزینه خدمات تداوی، در واقع به مقرون به صرفه بودن یا قابل پرداخت بودن خدمات هم برای مریضان و هم برای سیستم تداوی محلی اطلاق می شود. خدمات تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید برای مریضان شامل در گروه و سطوح و درآمد های مختلف اقتصادی و اجتماعی قابل دسترس باشند. به صورت عموم، تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید رایگان باشد، تا هزینه های هنگفت آن سبب ایجاد موانع در برابر تداوی نشوند. علاوه بر آن، نیاز است تا تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سایر مواد در سیستم های صحتی و اجتماعی قابل پرداخت باشند، تا خدمات تداوی از پایداری لازم برخوردار باشند.

مداخلات تداوی باید بر مبنای شواهد علمی استوار باشند و باید از رهنمود های مبتنی بر شواهد مانند تداوی هرگونه اختلالات صحتی دیگر پیروی نماید. این امر برای تضمین کیفیت خدمات تداوی خیلی ها حایز اهمیت است.

به منظور رسیده گی به نیازمندی های جمعیت مورد هدف و ارائه رویکرد های مختلف تداوی، تنوع در خدمات تداوی ضروری می باشد. هیچ رویکرد واحدی وجود ندارد که با انواع، شدت و مراحل اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر متناسب باشد. خدمات متذکره باید برای مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر زمینه دسترسی به تداوی و بهبودی و مداخلات مبتنی بر جامعه را که هدف آن کاهش بخشیدن عواقب منفی صحتی و اجتماعی مصرف مواد مخدر می باشد، فراهم نماید. بنا می توان گفت که نیاز به روی دست گرفتن روش های مختلف تداوی در تسهیلات مختلف (فعالیت های Outreach، تداوی مریضان سرپا، تداوی مریضان داخل بستر و تداوی مسکونی) وجود دارد، تا به نیازمندی های مختلف مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سایر مواد رسیده گی مناسب صورت گیرد. از آنجائیکه هدف اصلی تمام خدمات تداوی و مراقبت بهبودی می باشد، بنا خدمات بهبودی پایدار باید جز لاینفک سیستم تداوی باشد.

۲.۳ سازماندهی سیستم تداوی:

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می توانند از شدت و پیچیده گی کم و یا زیاد برخوردار باشند.

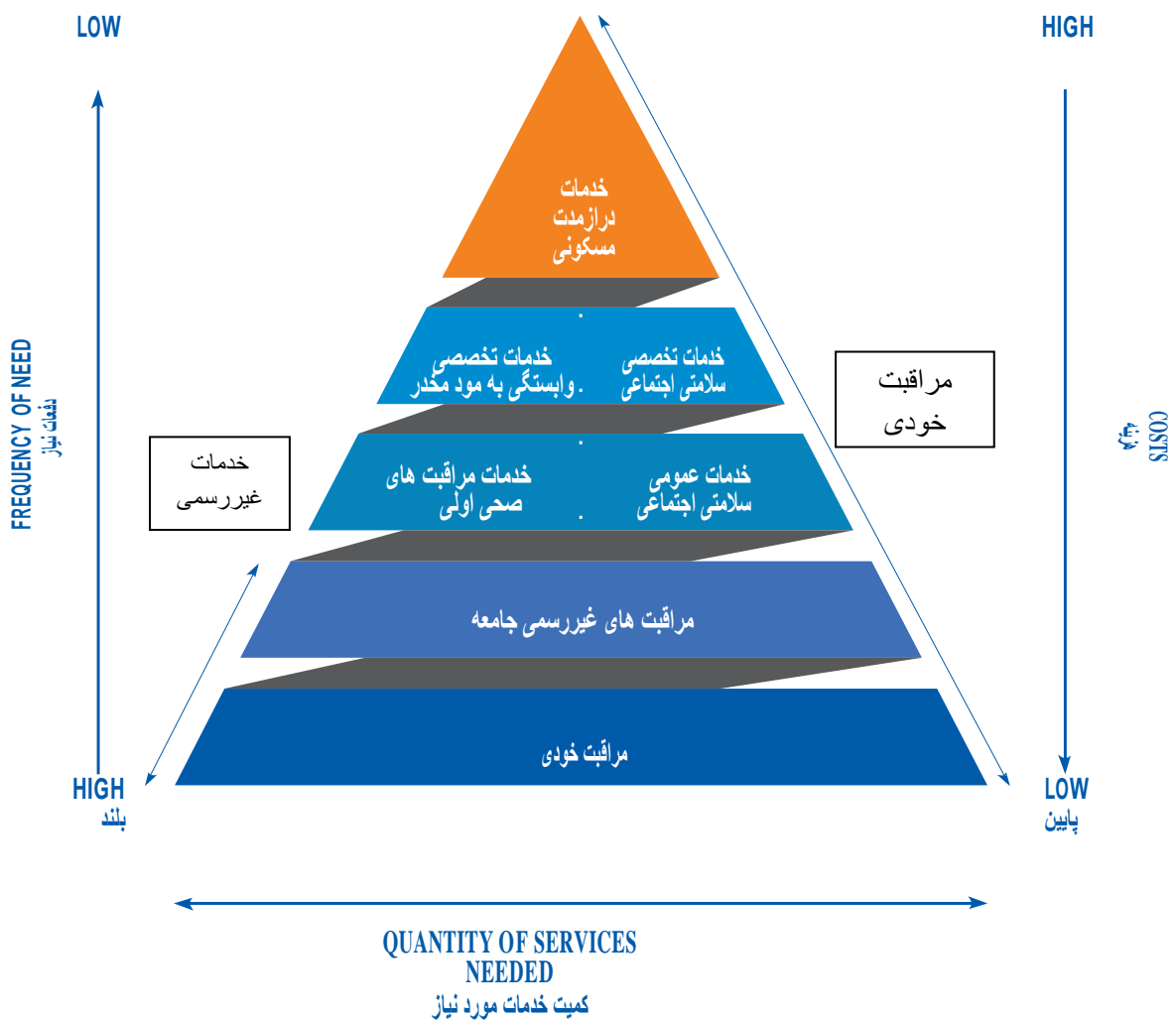
از لحاظ بودجه عامه، تداوی مبتنی بر شواهد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در واقعیت یک سرمایه گذاری هوشمندانه است، چون هزینه های تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در مقایسه با هزینه های وابستگی به مواد مخدر که از تداوی باز مانده باشند، به مراتب پائینتر می باشد (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۸). نسبت صرفه جویی در سرمایه گذاری می تواند از طریق کاهش میزان جرایم مرتبط به مواد مخدر و هزینه های سیستم عدلی و قضایی، تطبیق قانون و مراقبت های صحتی از (12:1) تجاوز نماید (NIDA، سال ۲۰۱۲).

به مراجعی که مسئولیت انکشاف و یا بازنگری سیستم های جامع تداوی محلی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را بر عهده دارند، توصیه می شود تا مطابق به سندرد ها منابع موجود را برای پاسخدهی همه جانبه به نیازمندی های جمعیت اختصاص دهند. نیاز مبرم وجود دارد تا سیستم های تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بر مبنای اصل کلیدی صحت عامه پیرامون اولویت دادن به مداخلات گسترده که از مؤثریت عالی و هزینه اندک برای مریضان برخوردار باشند، انکشاف یابند.

حجم و نوع خدمات تداوی مورد نیاز جمعیت باید تعیین کننده مقدار سرمایه گذاری بودجه عامه باشد. معمولاً در یک ساحه محلی یکعده افرادی وجود دارند که گاهگاهی از مواد مخدر استفاده می نمایند و تعداد افراد مبتلا

به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر اندک می باشد (که از میان آنها یک تعداد انگشت شمار از اختلالات شدید و یا معلق مصرف مواد مخدر برخوردار می باشند).

همانگونه که در هرم سازماندهی خدمات نشان داده شده است (شکل 1)، به مداخلات تداوی دارای شدت پایینتر، نیاز بیشتر وجود دارد. مداخلات دارای شدت پایین و مؤثر در تسهیلات جامعه و یا تسهیلات غیرتخصصی (مانند معاینه یا سکرینگ و مداخلات مختصر) می تواند از مبتلا شدن افراد به اختلالات شدید ناشی از مصرف مواد مخدر جلوگیری نماید و میتوان آنرا با استفاده از هزینه های ناچیز توسط کارمندان آموزش دیده غیرتخصصی عرضه نمود. به عین شکل، شمار زیادی از افرادی مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را می توان در تسهیلات سرپا و یا تسهیلات جامعه در مقایسه با تسهیلات داخل بستر و یا تسهیلات مسکونی برای مدت طولانی معالجه نمود.



شکل اول: هرم سازماندهی خدمات برای تداوی و مراقبت های اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۴) به اساس هرم خدمات صحت روانی سازمان صحتی جهان (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۳).

سیستم های تداوی که در مطابقت با هرم عرضه خدمات طرح ریزی گردیده اند، از لحاظ قیمت مثرتر می باشند. اما در سیستم های که بالای خدمات دارای شدت بلند / هزینه های بلند، سرمایه گذاری نامتناسب (در قسمت فوقانی هرم) صورت می گیرد، می تواند منجر به این شود که افراد که از نیازمندیهای دارای شدت پایین برخوردار اند در خدمات دارای شدت بلند و / یا یک سیستم که از ظرفیت عمومی محدود برخوردار می باشد، "تحت معالجه افراطی" قرار گیرند. این در واقع می تواند ناشی از کمبود بودجه برای انکشاف سایر عناصر یک سیستم جامع می باشد، البته همانگونه که در استندرد ها توضیح داده شده است. به صورت عموم تداوی مریضان سراپا مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، زنده گی مریضان را کمتر مختل می نماید و در مقایسه با تداوی داخل بستر و تداوی مسکونی، برای سیستم صحتی کم هزینه بوده می تواند. تداوی مریضان سراپا اولین انتخاب توصیه شده از لحاظ صحت عامه می باشد، البته تا زمانیکه مبتنی بر شواهد باشد و بتواند نیازمندی های مریض را برآورده سازد. تداوی مریضان داخل بستر و تداوی مسکونی می توانند بر مبنای ارزیابی انفرادی نزد افرادی مبتلا به اختلالات شدید تر و یا مغلق تر ناشی از مصرف مواد مخدر و یا مشکلات اجتماعی اضافی، نیاز باشد.

عدم تناسب میان میزان شدت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در جمعیت و میزان شدت روش ها در یک سیستم تداوی محلی منجر به توزیع غیر مؤثر منابع و کاهش میزان نتایج و دستآورد های می شود، که این به نوبه خویش یک سرمایه گذاری مناسب بودجه عامه پنداشته نمی شود.

فقدان مداخلات دارای قدمه ها و شدت پایین (مانند معاینه یا سکریننگ و مداخلات مختصر در سطح مراقبت های صحتی اولیه یا خدمات Outreach مبتنی بر جامعه) نیز امکان دارد مصرف کننده گان مواد مخدر را وادار به این سازند تا صرف در حالاتی که به اختلالات شدید ناشی از مصرف مواد مخدر مبتلا باشند به خدمات تداوی مراجعه نمایند. این در حالیست که حمایت های فراهم شده در مراحل ابتدایی اختلالات، می تواند از شدت کمتر (هزینه اندک) برخوردار باشند. آمار/ارقام نشان می دهند که کارمندان مراقبت های صحتی اولیه به ندرت مریضان خویش را از لحاظ اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر معاینه یا سکریننگ می نمایند (ارنست، میلر و رولنیک، سال ۲۰۰۷). اما فراهم نمودن زمینه معاینه یا سکریننگ، مداخلات مختصر و تداوی در تسهیلات مراقبت های صحتی اولیه امکان پذیر بوده و روند شناسایی، حمایت و در صورت نیاز رجعت دهی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را یاری می رساند، که این امر به نوبه خویش در کاهش میزان هزینه های مراقبت های صحتی کمک می نماید.

۲.۱. ستندرد های بین المللی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

۱.۲.۳. مداخلات پیشنهادی در سطوح مختلف سیستم:

طوری‌که در جدول اول ارائه گردیده است، برای حصول اطمینان از دوام تداوی و مراقبت، باید انواع مختلف مداخلات در دسترس مریضان قرار داشته باشند.

جدول اول: مداخلات پیشنهادی در سطوح مختلف سیستم:

مداخلات ممکنه Possible Interventions	سطح سیستم System level
<ul style="list-style-type: none"> • مداخلات Outreach • گروه های کمک خودی / خودیاری و مدیریت بهبودی • حمایت های غیررسمی از طریق دوستان و خانواده 	مراقبت های غیررسمی جامعه
<ul style="list-style-type: none"> • سکرینگ؛ مداخلات مختصر، رجعت دهی به تداوی تخصصی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر • حمایت دوامدار از افراد در تداوی / مراجعه با خدمات تخصصی مصرف مواد مخدر • خدمات صحتی اساسی به شمول کمک های اولیه، تداوی جروحات 	خدمات مراقبت های صحتی اولیه
<ul style="list-style-type: none"> • مسکن / سرپناه • مواد غذایی • حمایت اجتماعی غیرمشروط • رجعت دهی به خدمات تخصصی تداوی مصرف مواد مخدر و سایر خدمات صحتی و اجتماعی مطابق نیاز 	رفاه و سلامتی اجتماعی عمومی
<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی • پلانگذاری تداوی • مدیریت قضیه • سم زدایی / تداوی ترک مصرف مواد مخدر • مداخلات روانی - اجتماعی • تداوی دوائی • جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر • مدیریت بهبودی 	خدمات تداوی تخصصی (مریضان سراپا و مریضان داخل بستر)
<ul style="list-style-type: none"> • مداخلات توسط متخصصین خدمات صحت روانی (به شمول خدمات روانشناسی و روانی - اجتماعی) • مداخلات توسط متخصصین داخله، جراحی، اطفال، ولادی - نسایی و سایر خدمات تخصصی صحتی • مراقبت های دندان • تداوی امراض انتانی (به شمول اچ. آی. وی، هیپاتیتس سی و توپرکلوز) 	سایر خدمات تخصصی مراقبت های صحتی اولیه
<ul style="list-style-type: none"> • حمایت خانواده و ادغام مجدد • برنامه های آموزشی فنی - حرفوی / برنامه های تعلیمی • کسب درآمد / قرضه های کوچک • پلانگذاری اوقات فراغت و تفریح • خدمات مدیریت بهبودی 	خدمات تخصصی سلامتی اجتماعی برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر
<ul style="list-style-type: none"> • برنامه مسکونی برای رسیده گی به اختلالات شدید و یا مغلق ناشی از مصرف مواد مخدر و تشوشات صحتی همزمان آن • فراهم نمودن مسکن • آموزش های فنی - حرفوی • فراهم نمودن محیط محفوظ • آموزش مهارت های زنده گی • فراهم نمودن حمایت تداوی دوامدار • رجعت دهی به خدمات تداوی مریضان سراپا / بهبودی 	خدمات درازمدت مسکونی برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

۳.۳. پلانگذاری و تمویل سیستم های تداوی:

تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع و خدماتی که در سطوح مختلف سیستم های صحتی و اجتماعی ارائه می گردند، برای پلانگذاری یک سیستم فعال و پایدار تداوی مصرف مواد مخدر خیلی حایز اهمیت می باشد.

نیازسنجی یا ارزیابی نیاز مندی های محلی، با استفاده از اطلاعات موجود در مورد تقاضای مواد مخدر، فراهم نمودن تداوی و مراقبت در سطوح مختلف، باید به روند تخصیص منابع و طرح ریزی سیستم های تداوی اطلاع رسانی نماید (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۰۳).

فقدان اطلاعات و یا سیستم های منظم جمع آوری ارقام نباید در برابر تطبیق و ارائه خدمات تداوی مصرف مواد مخدر موانع بزرگ ایجاد نمایند. برخی از شاخص های مهم مانند شاخص تقاضای تداوی (استفاده از خدمات برای مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر)، صرف زمانی می توانند به گونه موثر جمع آوری گردند که خدمات تداوی مصرف مواد مخدر وجود داشته باشند و اطلاعات مربوط به مریضان قابل دسترس باشند.

انکشاف یک سیستم اطلاعاتی ملی فعال مواد مخدر ممکن مستلزم حمایت شرکا در تمام سطوح و سکنتور های مختلف باشد. دلیل آن اینست که جهت تدوین پالیسی های مدیریتی برای یک سیستم اطلاعات ملی مواد مخدر و یک نهاد نظارت کننده ملی مواد مخدر، در واقع به یک عنصر تخنیکی و یک پروسه مشارکتی نیاز است.

سیستم های تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نباید مجزا از سیستم های جامع صحتی، خدمات اجتماعی و یا خدمات محلی مدنظر گرفته شوند. طرح ریزی و روی دست گرفتن آنها به احتمال زیاد و به طور غیرقابل توصیف تحت تاثیر ارتباط با خدمات جامعتر صحتی و اجتماعی قرار خواهد داشت. پلانگذاری، طرح ریزی و تطبیق سیستم های تداوی و بهبودی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مستلزم مشارکت دست اندرکاران متعدد، منجمله عرضه کننده گان خدمات صحتی و اجتماعی دولتی، سیستم عدلی و قضایی و پولیس، مریضان و گروه های دادخواهی مؤسسات غیردولتی و سایر گروه های جامعه می باشد.

ستگما و تبعیض در برابر افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، موانع اصلی در برابر تداوی آنها پنداشته می شوند. به منظور بلند بردن سطح آگاهی، ترویج و تقویت سلوک و رفتار عاری از ستگما و رسیده گی به تبعیض سازمان یافته علیه افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، نباید از هیچگونه تلاش دریغ ورزید. برای دستیابی به این هدف، خیلی ها حایز اهمیت است تا مداخلات پالیسی جامع، مردم محور و متعادل روی دست گرفته شوند، موانعی که فرا راه تداوی قرار دارند به اسرع وقت برداشته شوند، رفتار و سلوک غیرانسانی، تحقیرآمیز و خردکننده و یا مجازات که زیر نام تداوی صورت می گیرد از میان برداشته شوند و یا از آنها جلوگیری به عمل آید، مراقبت های بهتر فراهم گردند، سطح آگاهی عامه بلند برده شود و معضل اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان جمعیت عمومی به گونه درست درک شود و بالاخره سطح دانش تصمیم گیرنده گان و پالیسی سازان، کارکنان صحتی و سایر دست اندرکاران ذیربط بلند برده شود. مداخلات متذکره که هدف عمده آن را افزایش میزان خودکفایی و توانمند سازی افراد تشکیل میدهد، به عنوان مثال از طریق گروه های حمایت متقابل، می توانند فشار ناشی از ستگما را به گونه قابل ملاحظه کاهش بخشد (لیوینگستون و همکاران وی، سال ۲۰۱۲، کاریگان و همکاران وی سال ۲۰۱۷).

۴.۳. مدل های سازماندهی خدمات:

این بخش ارائه کننده مدل مختلف سازماندهی خدمات می باشد، که می توان آنها را در سطوح مختلف تطبیق نمود، البته با در نظر داشت نیازمندی های جمعیت، سازماندهی خدمات تداوی و مراقبت های اجتماعی، چهارچوب ها و پالیسی ها و منابع قانونی. مدل های متذکره مجزا از همدیگر نبوده و ممکن با یکدیگر تداخل داشته باشند.

۱.۴.۳. یک رویکرد عرضه خدمات از یک مرجع واحد (One-stop-shop):

با توجه به نیازمندی های متنوع و متعدد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، به صورت عموم باید خدمات طبی و اجتماعی مدغم و جامع از طریق یک مرکز و یا تسهیل واحد که به نام مرجع واحد یا (One-stop-shop) مسمی است، ارائه گردند (شکل ۲). اینگونه رویکرد ارائه خدمات به شکل مدغم و بدون موانع در برابر دسترسی، به صورت عموم تمام خدمات مراقبت را احتوا می نمایند و در صورت نیاز تداوی جامع وابستگی و مبتنی بر معیارات اخلاقی را به مصرف کننده گان مواد مخدر ارائه میدارند (راپ و همکاران وی، سال ۲۰۰۶).



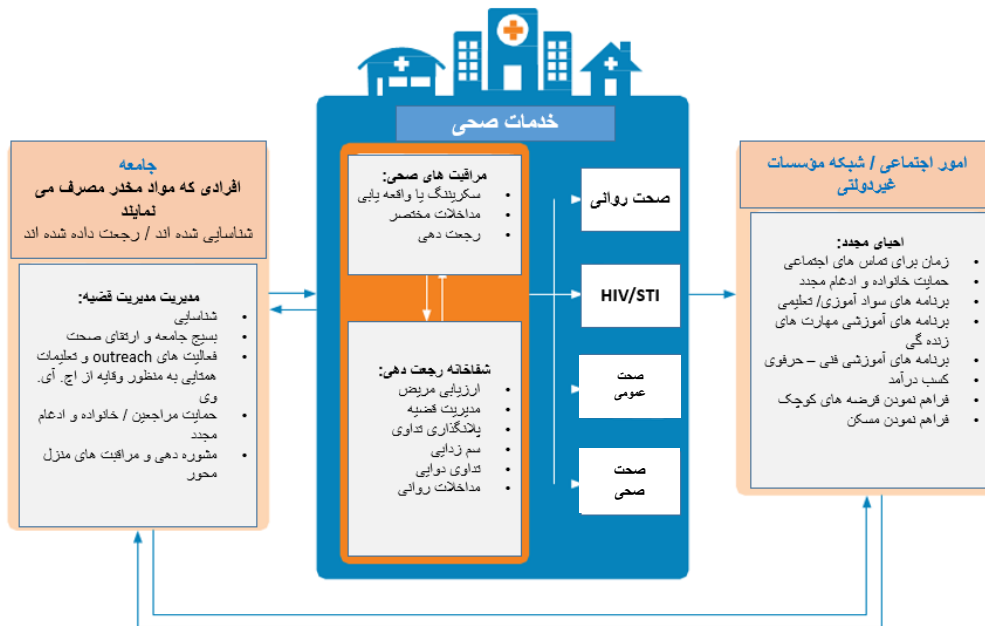
شکل دوم: رویکرد عرضه خدمات از یک مرجع واحد یا (One-stop-shop).

۲.۴.۳. رویکرد شبکه مبتنی بر جامعه Community-based network approach

هرگاه یکی از خدمات تداوی محلی قادر به ادغام تمام روش ها و مداخلات مبتنی بر شواهد (مانند رویکرد عرضه خدمات از یک مرجع واحد " one-stop-shop ") نباشد، در آن صورت به ایجاد یک شبکه هماهنگ و جامع خدمات تداوی و مراقبت نیاز است. شبکه متذکره باید شامل عناصر مختلف سیستم مراقبت های صحتی و اجتماعی محلی باشد. رویکرد یاد شده، خدمات کلینیکی تخصصی تداوی مصرف مواد مخدر را به عنوان یک عنصر اساسی توصیف می نماید، اما شمار زیادی از خدمات متمم شهری / جامعه را پیشکش می نماید که در واقع از دیدگاه و فعالیت های مشترک و هماهنگی نزدیک با میکانیزم های رجعت دهی موجود، برخوردار می باشد. به منظور حصول اطمینان از دسترسی، لازم است تا خدمات سطح ورودی قدمه پایین (مانند خدمات Outreach ، و خدمات گذری روزانه " Drop-in ") توأم با میکانیزم های رجعت دهی تعیین شده برای خدمات تداوی کلینیکی مصرف مواد مخدر و خدمات اجتماعی همزمان ، روی دست گرفته شوند.

در یک رویکرد شبکه تداوی مبتنی بر جامعه (شکل ۳) نه تنها میان خدمات مختلف سکتور های صحتی و اجتماعی (به شمول شفاخانه های محلی، مراقبت های صحتی اولیه و خدمات مراقبت های اجتماعی) بلکه همراه با سایر دست اندرکاران جامعه (به شمول مؤسسات غیردولتی و گروه های کمک خودی/خودپاری) مشارکت های گسترده وجود دارند. به منظور هماهنگی بهتر تمام خدماتی که ارائه می شوند، انکشاف یک رویکرد مؤثر تداوی مبتنی بر جامعه، در امر استفاده از تمام منابعی که در حال حاضر در جامعه در اختیار قرار دارند، خیلی ها ممد واقع خواهد شد. خدمات مبتنی بر جامعه تداوی مصرف مواد مخدر، یک رویکرد احتواء کننده عوامل و سکتور های متعدد را جهت رسیده گی به مشکلات مرتبط به مواد مخدر و مشکلات صحتی ارائه می نماید. روی دست گرفتن همچو یک رویکرد در واقع بصورت اساسی تشویق و تسریع مورد ذیل پنداشته می شود: استفاده از کانال های مختلف برای تداوی، تداوی یا مدیریت بهبودی و حمایت و بهبود کیفیت زنده گی تمام اقشار جامعه. شرکا شامل در یک شبکه خدمات مبتنی بر جامعه نیاز به همکاری و هماهنگی نزدیک دارند، تا قادر به فراهم نمودن بهترین حمایت های ممکنه از طریق رجعت دهی مؤثر و روی دست گرفتن ستراتیژی های مدیریت قضیه به منظور تضمین ادامه مراقبت ها، باشند. شبکه های مبتنی بر جامعه تداوی مصرف مواد مخدر، فراهم کننده نقاط ورودی متعدد قدمه پایین بوده و دسترسی به خدمات و مراقبت های مختلف تداوی را تسهیل می بخشد.

۲۵. ستندرد های بین المللی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر



شکل سوم: مدل رویکرد شبکه تداوی مبتنی بر جامعه (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۴)

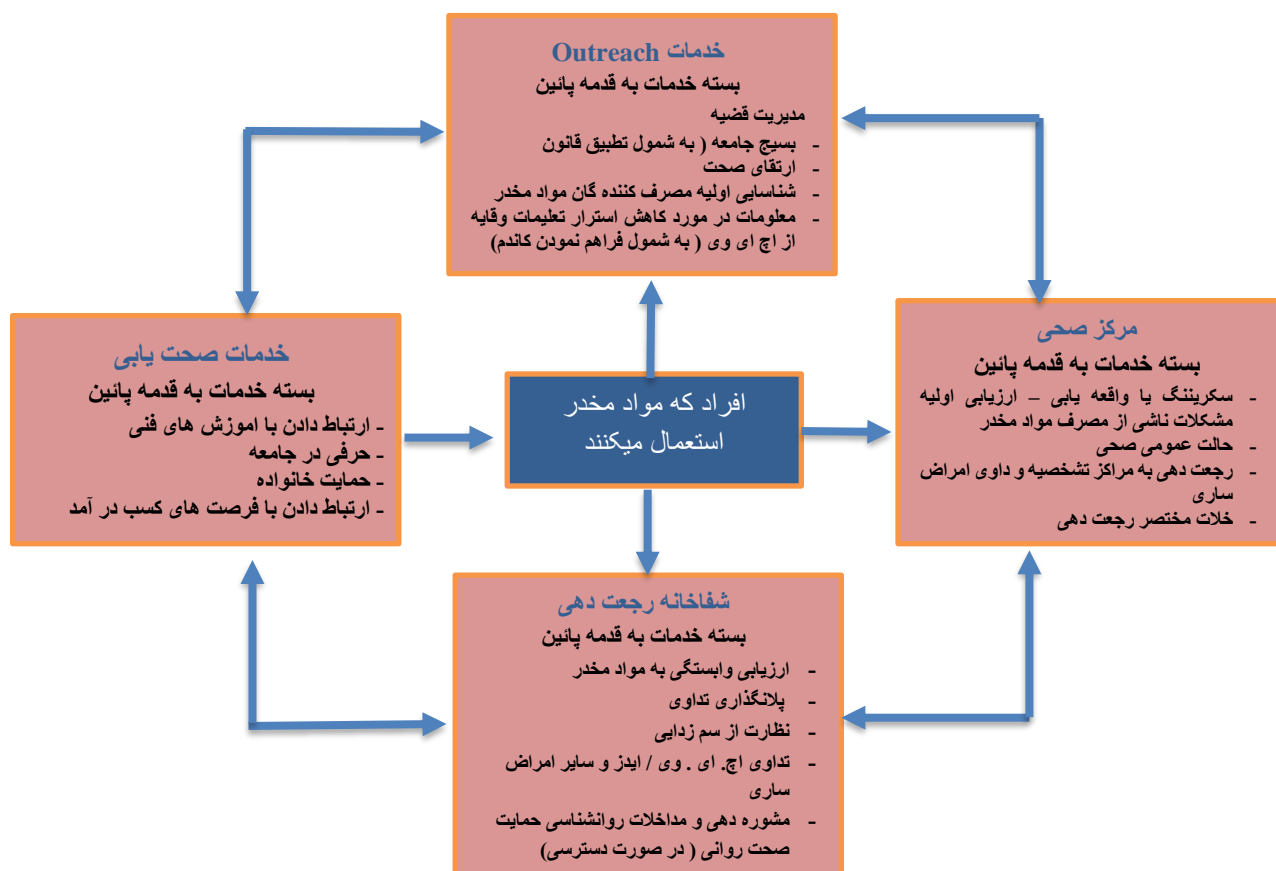
اصول کلیدی تداوی و مراقبت مبتنی بر جامعه مصرف مواد مخدر شامل موارد ذیل می باشد (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال، ۲۰۱۴):

- مراقبت دوامدار از خدمات ساحوی حمایت اولیه و کاهش پیامد های های ناگوار صحی و اجتماعی مرتبط به تداوی مصرف مواد مخدر و ادغام مجدد اجتماعی، بدون به اصطلاح الباب اشتباه برای ورود در سیستم.
- همکاری نزدیک میان جامعه مدنی، نهاد های تطبیق کننده قانون / سیستم عدلی و قضایی، سکتور های مراقبت صحی و اجتماعی.
- حداقل مختل شدن روابط اجتماعی و شغلی.
- ادغام تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در خدمات صحی و اجتماعی.
- ارائه خدمات در جامعه، که باید تا حد امکان برای مصرف کننده گان مواد مخدر قابل دسترس باشند.
- سهمگیری و استفاده از منابع و امکانات جامعه به شمول خانواده ها.
- مشارکت مصرف کننده گان مواد مخدر، که از اثر مصرف مواد مخدر و یا وابستگی به مواد مخدر متاثر گردیده اند، خانواده ها و به صورت عموم جامعه در پروسه پلاننگاری و ارائه خدمات.
- ارائه مداخلات مبتنی بر شواهد جندر.
- مشارکت آگاهانه و داوطلبانه در تداوی.

- روی دست گرفتن یک رویکرد جامع با در نظر داشت بهبودی، که نیازمندی های مختلف را مدنظر داشته باشد (صحت، خانواده، تعلیم، اشتغال، فراهم نمودن مسکن).
- پذیرفتن این حقیقت که عود مصرف مواد مخدر بخشی از پروسه تداوی بوده و افراد می توانند دوباره به خدمات تداوی دسترسی داشته باشند.
- احترام و ارج گذاشتن به حقوق بشر و کرامت انسانی مریضان، به شمول حفظ حریمیت آنها.
- رسیده گی به سنگما و تبعیض مترافق با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.
- خدمات صحتی چون مراقبت های صحتی اولیه، تداوی تخصصی مصرف مواد مخدر، شفاخانه ها و کلینیک ها و خدمات اجتماعی مشترکین کلیدی یک شبکه تداوی و مراقبت مبتنی بر جامعه پنداشته می شوند. افزون بر آن، مشارکت های گسترده تر باید با سایر دست اندرکاران جامعه صورت گیرند، مانند:
- جامعه مدنی / مؤسسات غیر دولتی (به شمول آنعده نهاد های که خدمات outreach، آموزش های فنی - حرفوی، فعالیت های تعقیبیه و پیگیری بعد از مراقبت ها را انجام می دهند).
- پولیس (به شمول معاینه یا سکریننگ، رجعت دهی به خدمات صحتی).
- سیستم عدلی و قضایی (به شمول مقررات مرتبط به تداوی به عنوان گزینه بدیل برای محکومیت و یا مجازات و ارائه خدمات تداوی در محابس برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، و فراهم نمودن خدمات تعقیبیه و پیگیری در جامعه برای افرادی که از حبس رها گردیده اند).
- نهاد های مسلکی (به شمول نهاد های فراهم کننده حمایت های حقوقی).
- مراکز تجارتي و خدمات (مانند ایجاد فرصت های شغلی).
- گروه های منظم افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند و افرادی که در بهبودی قرار دارند (فراهم نمودن گروه های کمک خودی/خودیاری).
- گروه های منظم که هویت خویش را بر مبنای جنس و قومیت مشخص می سازند.
- نهاد های تعلیمی و تحقیقاتی.
- نهاد های جوانان و رهبران جوان.
- نهاد های دینی / مذهبی (که برای مراجعین مکان بودوباش شبانه را فراهم می نمایند).
- رهبران مذهبی و جامعه.
- انجمن های همجوار.
- اعضای خانواده.

برای حصول اطمینان از اینکه مریضان با خدمات مناسب و متناسب با نیازمندی های خویش در ارتباط قرار دارند و از امکانات رجعت دهی برخوردار اند، لازم است تا خدمات و سکتور های ذیربط در روند پلانگذاری تداوی و مدیریت قضیه خویش هماهنگی لازم را مدنظر داشته باشند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۴). مسؤلین مدیریت قضیه باید جهت انتخاب عالیترین ترکیب مداخلات و حمایت، همراه با مریضان، اعضای تیم تداوی و خدمات یا نهاد های ذیربط کار نمایند. همچنان مسؤلین مدیریت قضیه باید روند پیشرفت تداوی را نیز به گونه مستمر ارزیابی نمایند. با استفاده از این روش، مدیریت قضیه تضمین کننده دسترسی مریضان به شبکه رجعت دهی و سایر خدمات حمایتی و استفاده مؤثر از منابع مربوطه میباشد. شکل ذیل (شکل ۴) ارائه کننده یک سیستم فعال مدیریت قضیه از دیدگاه افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند و وارد سیستم تداوی می شوند، می باشد. هیچگونه "دق الباب اشتباه" برای وارد شدن به سیستم وجود ندارد، زیرا خدمات تداوی مختلف با همدیگر وصل بوده و فعالیت های مشترک دارند، تا مریضان بتوانند به آنعده تسهیلات خدمات رجعت داده شوند که با شدت اختلالات و نیازمندی های انفرادی آنها مطابقت داشته باشد.

۲.۷. استندرد های بین المللی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

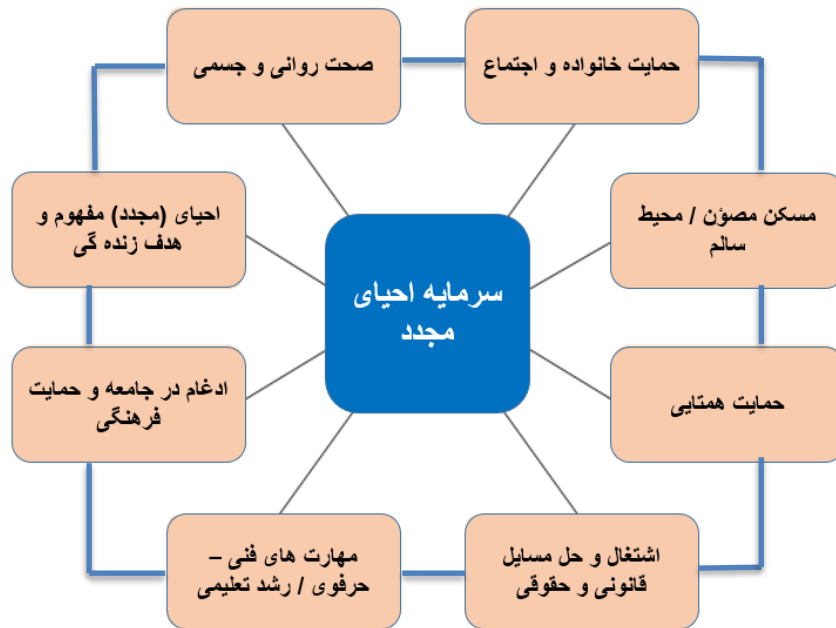


شکل چهارم: مدل مدیریت قضیه، تداوی و مراقبت از افراد که مواد مخدر مصرف می نمایند و از اثر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر متاثر گردیده اند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۴).

۳.۴.۳ مدیریت بهبودی دوامدار : Sustained Recovery Management

به مثابه بهبودی "[...] و به عنوان یک پروسه و تجربه دوامدار نگریده می شود، که با استفاده از آن افراد، خانواده ها و جوامع منابع داخلی و خارجی را به منظور رسیده گی لازم به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خویش به کار می برند، آسیب پذیری دوامدار خویش را که در برابر چنین اختلالات وجود دارد فعالانه مدیریت می نمایند و در نتیجه یک زنده گی سالم، مفید و با مفهوم را اختیار می نمایند" (از وایت، سال ۲۰۰۷ اقتباس گردیده است). در مدل متذکره، بهبودی در هر مرحله تداوی دوامدار، در هر مرحله اختلالات و تسهیلات مختلف، به عنوان یک هدف نهایی پنداشته می شود: لطفاً به جدول اول مراجعه نمایید: از خدمات Outreach قدمه پائینی تا خدمات جدی داخل بستر و یا خدمات مسکونی. امکان دارد مریضان متذکره در مراحل مختلف بهبودی خویش به خدمات و مداخلات مختلف نیاز داشته باشند، و خیلی ها حایز اهمیت است تا از پایداری خدمات تداوی و مراقبت و مدیریت بهبودی اطمینان کامل حاصل گردد. خدمات تداوی مبتنی بر مدل مدیریت بهبودی پایدار، همانند سایر خدمات تداوی وابستگی به مواد مخدر، به استثنای حالات اضطراری که حیات مریضان را به مخاطره می اندازند، باید داوطلبانه باشند و هدف آن به حداقل رسانیدن مختل شدن خدمات تداوی نزد افرادی می باشد که تحت معالجه قرار دارند. با وجود اینکه هدف نهایی تداوی، عبارت از بهبودی مریضان می باشد، خیلی ها حایز اهمیت است تا درک نماییم که اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر معمولاً سبب بروز اختلالات مزمن و عود کننده می شود و احتمالاً مریضان به گونه مکرر جهت حمایت کافی و دستیابی به نتایج مثبت تداوی، به شبکه خدمات تداوی نیاز میرم داشته باشند.

تطبيق خدمات و مداخلات جامع و گسترده مبتنی بر بهبودی در عناصر مختلف، در تسهیلات مختلف و در مراحل مختلف تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، امکان پذیر می باشد. دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم یک سند مناسب را پیرامون تطبيق فعالیت های مدیریت بهبودی پایدار به دست نشر سپرده است (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم "UNODC, 2008b")، که ارائه کننده مثال ها از گوشه های مختلف جهان و رهنمود های عملی مفصل می باشد. سند متذکره عناصر هشتگانه سرمایه بهبودی را به عنوان توصیه برای تطبيق مداخلات مشخص می سازند، که باید به شکل دوامدار مدنظر گرفته شوند (شکل ۵).



شکل پنجم: عناصر اساسی بهبودی مبتنی بر بهبود و ادغام در جامعه (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم "UNODC, 2008b").

۵.۳. سیستم های مؤثر تداوی: نتیجه گیری

- سیستم تداوی باید اطمینان حاصل نماید که خدمات تداوی برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به گونه ی ارائه گردند که قابل دسترس، قابل پرداخت، مبتنی بر شواهد دارای تنوع و متمرکز بر سلامتی و رفاه بهبود یافته با در نظر داشت عالیترین ستندرد صحتی باشند.
- سرمایه گذاری منابع سیستم تداوی باید بالای نیازمندیهای واقعی صورت گیرد. خیلی ها حایز اهمیت است تا در گام نخست بالای خدمات تداوی و مراقبت های دارای قدمه پائین و دسترسی آسان تداوی مریضان سراپا تمرکز داشته باشد.
- سیستم ها باید در مطابقت با اصل کلیدی صحت عامه پیرامون اولویت دادن به مداخلات گسترده که از مؤثریت عالی و هزینه اندک برای مریضان برخوردار باشند، انکشاف یابند. سیستم های تداوی باید با در نظر داشت "هرم" روش های تداوی مواد مخدر توام با مداخلات متمرکز و شدید نزد مریضان که از نیازمندی های بیشتر شدید و مغلق برخوردار اند، طرح ریزی گردند.
- سیستم های تداوی مؤثر برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید با استفاده از اطلاعات موجود و ارقام جمع آوری شده در چهارچوب نیازسنجی و سیستم های اطلاعاتی مواد مخدر، طرح ریزی و پلانگذاری شوند. اما، فقدان ارقام و اطلاعات نباید دلیلی برای تأخیر در تطبیق و ارائه خدمات تداوی و مراقبت وابستگی به مواد مخدر باشد.
- برای هدایت انکشاف سیستم های تداوی اختلالات ناشی از مواد مخدر و سایر مواد باید سیستم های اطلاعاتی ایجاد شوند. اینگونه پیشرفت ها باید شیوع مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از آنرا در میان جمعیت و نتایج سیستم نظارت از فعالیت ها را مدنظر داشته باشند.
- از مدل های مختلف سازماندهی خدمات می توان استفاده به عمل آورد تا خدمات و مراقبت های تداوی قابل دسترس و متنوع برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر ارائه گردند. ارائه مؤثر خدمات برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مستلزم هماهنگی نزدیک میان سکاتور های مختلف (صحتی، اجتماعی، عدلی و قضایی و غیره) می باشد.

فصل چهارم

تسهیلات، روش ها و مداخلات تداوی

Treatment Settings, Modalities, and Interventions

هدف این فصل مروری بر تسهیلات تداوی، روش ها و مداخلات مبتنی بر شواهد موجود برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشوشات صحتی همزمان می باشد. بخش ۱.۴.۱ ارائه کننده پنج گروپ کلیدی تسهیلات جهت ارائه مداخلات وقایه و تداوی می باشد، که ذیلاً از آنها نام برده می شود:

- خدمات ساحوی Outreach مبتنی بر جامعه.
- تسهیلات غیرتخصصی برای تداوی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.
- تداوی تخصصی مریضان سرایا.
- تداوی تخصصی کوتاه مدت مریضان داخل بستر.
- تداوی تخصصی درازمدت مسکونی.

بخش ۲.۴ ارائه کننده جزئیات بیشتر در مورد روش ها و مداخلات ویژه تداوی بوده که می توان آنها را در تمام تسهیلات فوق الذکر عرضه نمود.

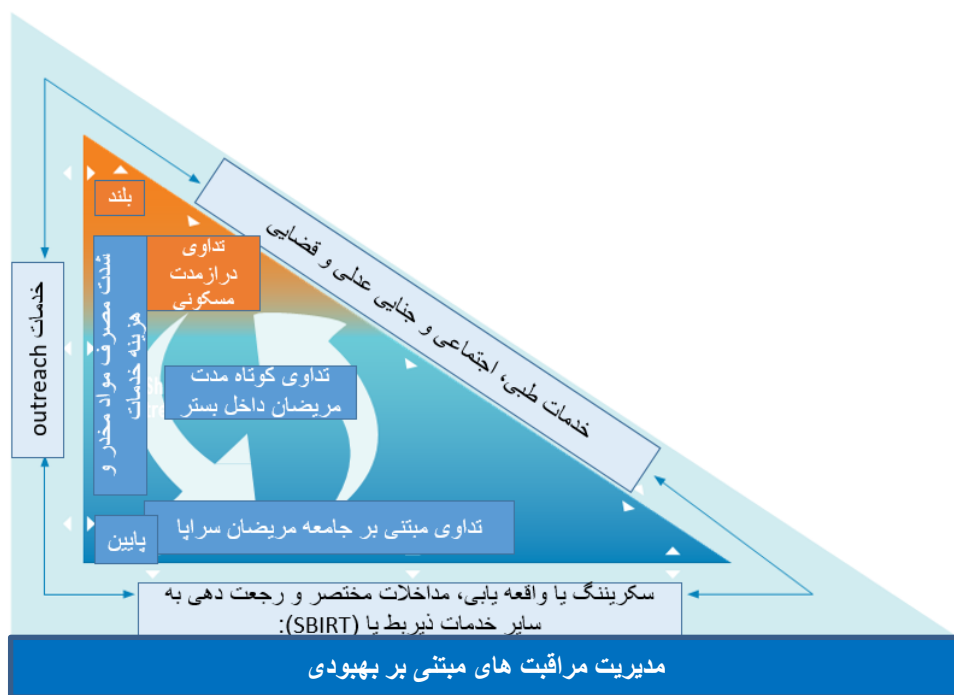
روش ها و مداخلات مذکور قرار ذیل می باشند:

- سکریننگ، مداخلات مختصر و رجعت دهی به تداوی یا Screening, Brief intervention and Referral to Treatment (SBIRT).
- مداخلات روانی - اجتماعی مبتنی بر شواهد.
- مداخلات دواپی مبتنی بر شواهد.
- تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (overdose).
- تداوی تشوشات همزمان روانی و جسمی.

۳۱. استندرد های بین المللی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

قسمی که در شکل دوم نشان داده شده است، تداوی مؤثر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مستلزم روی دست گرفتن یک رویکرد مدغم و گام به گام می باشد. افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به منظور بهبود صحت و سلامتی خویش به یک مراقبت دوامدار نیاز دارند که باید توسط تمام تسهیلات و روش های تداوی مدنظر گرفته شود (لطفاً برای جزئیات بیشتر در مورد مداخلات و مدیریت بهبودی به ترتیب به بخش های ۲.۴ و ۶.۲.۴ مراجعه نمایید).

گروه های خاص جمعیت که از نیازمندی های ویژه برخوردار اند، ممکن نیاز به تدابیر تداوی و مراقبت ویژه نیاز داشته باشند. اینها شامل نیازمندی های مربوط به موارد آتی می باشند: تداوی مواد مخدر خاص روان گردان (Psychoactive) یا ترکیب آنها، سلامتی افراد مبتلا تشوشات همزمان، مانند اچ. آی. وی و یا اختلالات روانی، و اشخاص دارای معلولیت، گروه های سنی مشخص (مانند اطفال، نوجوانان و کهنسالان) و جنسیت (زنانه و خانم های حامله)، اشخاص دارای هویت و گرایش جنسی و جنسیت متفاوت، مراقبت های اجتماعی (مانند افراد بی سرپناه، و اشخاصی که از لحاظ اجتماعی به حاشیه رانده شده اند، اشخاص فقیر، افراد بی سواد و دارای تحصیلات محدود)، افرادی که در مناطق دور دست و روستایی به سر میبرند، اقلیت های قومی، پناهنده گان و مهاجرین، اشخاصی که از طریق مقاربت جنسی درآمد به دست می آورند و بالاخره افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند. قابل یاد آوری میدانیم که فصل پنجم، ارائه کننده ملاحظات مشخص و مفصل را در مورد ارائه خدمات تداوی و مراقبت برای جمعیت و یا گروه خاص که از نیازمندی های ویژه برخوردار اند، می باشد.



شکل ششم: مدل سیستم مؤثر و مدغم تداوی برای خدمات و روش های مربوطه

۱.۴. تسهیلات تداوی Treatment Settings

۱.۱.۴. فعالیت های (Outreach) جامعه محور

توضیح:

فعالیت های ساحوی Outreach در واقع عناصر اساسی شامل در یک سیستم تداوی جامع برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پنداشته می شوند. به طور اوسط، بین اشکار شدن اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و زمانی که فرد مورد نظر خدمات تداوی را جستجو می نماید، سالها را دربر می گیرد. این درست همان دوره است که فعالیت های Outreach به دنبال تامین ارتباط فعالانه و ایجاد انگیزه نزد افراد مصرف کننده مواد مخدر جهت برقراری ارتباط با متخصصین مراقبت های صحی می باشد. هدف اصلی اینست تا فاصله بین تظاهر اختلالات و آغاز تداوی به حداقل رسانیده شود، تا در نتیجه میزان پیامد های ناگوار و منفی صحی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد مخدر به گونه قابل ملاحظه کاهش یابند. خدمات Outreach مبتنی بر جامعه همچنین افرادی را از اثر مصرف مواد مخدر سایر اشخاص متاثر می گردند (منجمله شرکای جنسی و اشخاصی که از سوزن مشترک استفاده می نمایند) را تحت پوشش قرار می دهند. کارمندان بخش Outreach عمدتاً ساکنین جامعه مربوطه می باشند. چون آنها در جوامع مربوطه به سر میبرند، بناً با فرهنگ های محلی مصرف مواد مخدر و منابع موجود در سطح جامعه آشنایی کامل دارند. در حقیقت، ممکن آنها افرادی باشند که قبلاً و یا بعضاً مواد مخدر مصرف نموده باشند. کارمندان بخش Outreach که در واقع خارج از تسهیلات سازمانی تداوی و مراقبت های صحی فعالیت می نمایند روابط غیررسمی و حمایت کننده غیرمشروط را با افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند، برقرار می نمایند. روی دست گرفتن رویکرد متذکره می تواند در راستای ایجاد رابطه مثبت میان کارمندان بخش Outreach و مصرف کننده گان مواد مخدر ممد واقع شود. در نتیجه به خدمات اساسی صحی و اجتماعی و خدمات تداوی تخصصی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دسترسی سهلتر فراهم می گردد. افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند برای استفاده از خدمات صحی و اجتماعی منجمله تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بیشتر تشویق می شوند. این کار در واقع تجارب مثبت و جدید را به ارمغان می آورد، یعنی تعامل میان شخص مورد نظر و کارمند بخش Outreach، البته به عنوان یک تفاوت مبهم در مورد تجارب قبلی که با تجرید اجتماعی، عدم همکاری و ناامیدی مشخص می شود. شدت سنگمای که در مورد مصرف مواد مخدر وجود دارد، ممکن سبب شود تا مصرف کننده گان مواد مخدر از گزینه های تداوی آگاهی کامل نداشته باشند. همچنین ممکن منجر به مختل شدن دسترسی آنها به مراقبت های شود که از طریق نهاد های خدمات طبی و اجتماعی سنتی فراهم می گردد. کارمندان بخش Outreach در واقع در آموزش مصرف کننده گان مواد مخدر پیرامون خدمات تداوی نقش به سزایی ایفا می نمایند. کارمندان متذکره خدمات مورد نظر را در راستای محافظت از صحت و سلامتی، از میان برداشتن موانعی که در برابر خدمات اجتماعی وجود دارند و بالاخره در عرصه معرفی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به تداوی یاری می رسانند.

کارمندان بخش Outreach نفوذ شبکه های اجتماعی را بر افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تأیید می نمایند. افزون بر آن، آنها اهمیت همچو شبکه ها را در دستیابی به نتایج صحی و اجتماعی بهتر تشخیص داده و از آنها به منظور اثرگذاری و تقویت رفتار سالم استفاده به عمل می آورند. در شمار زیادی از مدل های Outreach از ترکیب مداخلات انفرادی و مبتنی بر شبکه استفاده صورت می گیرد.

جمعیت مورد هدف یا تحت پوشش

فعالیت های Outreach در قدم نخست افراد دارای رفتار های مخاطره آمیز مصرف مواد مخدر (مانند مصرف مواد مخدر زرقی و یا مصرف مواد مخدر متعدد) را تحت پوشش قرار می دهند که معمولاً از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر برخوردار می باشند، علی الخصوص در میان جوامعی که دسترسی به آنها دشوار می باشد و امکان دارد از دسترسی لازم به خدمات تداوی و اجتماعی برخوردار نباشند. افراد متذکره قرار ذیل اند:

- افرادی که بنابر دلایل مانند فقر شدید، تجرید اجتماعی و تبعیض از دسترسی به خدمات تداوی برخوردار نمی باشند.
- افرادی که مصرف مواد مخدر و اختلالات همزمان به آنها به عنوان یک مشکل جدی نمی پندارند و یا هم انگیزه ای برای تداوی و ترک مصرف مواد مخدر و یا کاهش آن ندارند.
- افرادی که دارای سابقه تداوی ناموفق و عود مکرر مصرف مواد مخدر بوده و نسبت به خدمات تداوی ناامید و بی اعتماد شده باشند.
- جمعیت پنهانی که مواد مخدر مصرف می نمایند، مانند زنان، افرادی که از طریق مقاربت جنسی درآمد به دست می آورند، مهاجرین غیرقانونی و افرادی که در مناطق دوردست زنده گی می کنند.
- افرادی که از رفتار های مخاطره آمیز برخوردار هستند، مانند استفاده از سوزن مشترک و یا برقراری رابطه جنسی غیر مصون توام با مصرف مواد مخدر.
- جوانانی که در معرض خطر مصرف مواد مخدر مصنوعی قرار می گیرند و از تأثیرات احتمالی مصرف مواد مخدر بر صحت خویش آگاهی ندارند.

اهداف:

هدف خدمات Outreach مبتنی بر جامعه عبارت از شناسایی جمعیت تحت پوشش، سهمگیری آنها و ارائه خدمات و مداخلات غیرمشرط مبتنی بر جامعه، به شمول مداخلات کاهش اضرار، می باشد. همچنین هدف دیگر آن عبارت از فراهم نمودن زمینه و تشویق دسترسی به روش های تداوی موجود می باشد. تطبیق فعالیت های Outreach در هر جامعه به شمول جوامع "مجازی" آنلاین امکان پذیر می باشند.

نکته عمده در مورد فعالیت های Outreach اینست که تامین ارتباط و ارائه خدمات به منظور تحت پوشش قرار دادن آنده گروه های جمعیت که مواد مخدر مصرف می نمایند، می باشد. فعالیت های Outreach به دنبال ایجاد یک محیط دوستانه و صمیمانه می باشد، تا افراد نیازمند را در غلبه بر نگرانی ها و بی اعتمادی یاری رسانند.

در مرحله بعدی، کارمندان خدمات Outreach می توانند روند رسیده گی به نیازمندی های صحتی و اجتماعی مصرف کننده گان مواد مخدر را آغاز نمایند و آنها را در امر جلوگیری از عواقب ناگوار مانند مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، انتانات، سوء استفاده بین فردی و جسمی، بهره برداری جنسی، تصادمات، گرسنگی، بی سرپناهی و دست داشتن در فعالیت های جنایی، یاری رسانند. ابتکارات برای محافظت و بهبود صحت و سلامتی افرادی که از لحاظ دیدگاه صحت عامه مواد مخدر مصرف می نمایند، همواره در بر گیرنده فعالیت های تحت پوشش قرار دادن صحت و سلامتی جامعه بزرگتر می باشد.

با گذشت زمان، ممکن کارمندان بخش Outreach قادر به ایجاد انگیزه نزد افرادی باشند که مواد مخدر مصرف می نمایند، تا تغییرات مثبتی را در مورد مصرف مواد مخدر و رفتار های صحی خویش ایجاد نمایند و به شکل داوطلبانه در فعالیت های تداوی شرکت ورزند. اما، هدف یگانه و اصلی خدمات Outreach سهیم ساختن افراد در پروسه تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، نمی باشد.

قابل یاد آوریست که خدمات Outreach برای اعاده ارتباط میان جمعیت تحت پوشش و جامعه، منجمله ایجاد اعتماد در جامعه، کاهش سنگما و برخورد تبعیض آمیز علیه گروه های تحت پوشش و در نهایت برای دستیابی به نتایج عمومی مثبت بالای جامعه به شکل مناسب فراهم گردیده اند.

مدل ها و عناصر:

مدل ها و مداخلات متعدد در عرصه خدمات Outreach ایجاد گردیده اند. به صورت عموم، ستراتیژی های متعدد خدمات Outreach، بازتاب دهنده چانس بهتر دستیابی به جمعیت تحت پوشش و فراهم نمودن خدمات به آنها می باشد. همچنان مدنظر گرفتن تنوع، زمینه روی دست گرفتن فعالیت ویژه Outreach را جهت دستیابی به بهبودی مطلوب و انتخاب ترکیبی از ستراتیژی های Outreach که تکمیل کننده همدیگر باشند، فراهم می سازد.

برنامه های Outreach با توجه به شرایط محل، خیلی ها متفاوت می باشند، اما عمدتاً باید خدمات اساسی ذیل بر مبنای ارزیابی محلی قبلاً انجام شده، روی دست گرفته شوند:

- معلومات در مورد و ارتباط با خدمات ارائه شده به منظور رسیده گی به نیازمندی های اولیه (مصونیت، آب، مواد غذایی، سرپناه، حفظ الصحه و البسه).
- برنامه های توزیع سوزن و سرنج.
- برنامه های توزیع کاندوم.
- وقایه، تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، به شمول مصرف نالوکزان در منزل.
- آزمایش و مشوره دهی داوطلبانه اچ. آی. وی / هیپاتایتس.
- معلومات در مورد ارتباط با خدمات وقایوی، تشخیصیه و تداوی اچ. آی. وی / ایدز
- معلومات در مورد ارتباط با خدمات واکسیناسیون (برای هیپاتایتس بی) و وقایه، تشخیص و تداوی هیپاتایتس ویروسی.
- معلومات در مورد ارتباط با خدمات وقایوی، تشخیصیه و تداوی انتانات منتقله از طریق مقاربت جنسی و توبرکلوز.
- معلومات، تعلیمات و ارتباطات هدفمندانه برای افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند و شرکای جنسی آنها، در مورد تأثیرات مواد مخدر، خطرات مترافق با مصرف مواد مخدر و روش ها برای به حداقل رسانیدن آسیب های صحی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد مخدر.
- معلومات و دسترسی به گروه های همتایی یا کمک متقابل (مانند مواد مخدر گمنام، Nar-Anon، کوکائین گمنام و سایر گروه های همتایان و گروهی های حمایت متقابل).
- فعالیت های ضد سنگما و بلند بردن سطح آگاهی و ارتقا در جامعه.
- معاینه یا سکریننگ و مداخلات مختصر برای تداوی مصرف مواد مخدر.
- مشوره دهی ابتدایی.
- معلومات و دسترسی به خدمات صحی اساسی (مانند تداوی جروحات) و حمایت اجتماعی (منجمله مواد غذایی، حفظ الصحه و سرپناه).
- مداخلات حالات بحرانی.
- حمایت های حقوقی.

- رجعت دهی به سایر روش های تداوی و مراقبت و خدمات مدیریت یا تداوی بهبودی .
- رجعت دهی به سایر خدمات مراقبتی و اجتماعی، در صورت نیاز.

یک رساله مشترک نشر شده توسط سازمان صحتی جهان، دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با ایدز (UNAIDS)، تحت عنوان "رهنمود تکنیکی برای کشور ها به منظور تعیین اهداف دسترسی جهانی به وقایه و تداوی اچ. آی وی و مراقبت از مصرف کننده گان مواد مخدر زرقی"، که اصلاً در سال ۲۰۰۹ به نشر رسیده است، برای افرادی که از مواد مخدر زرقی استفاده می نمایند توصیه های مشخص مداخلات مبتنی بر شواهد را جهت وقایه از اچ. آی وی و سایر انتانات مرتبط با مصرف مواد مخدر زرقی و بهبود دسترسی به تداوی و مراقبت از اچ. آی وی پیشکش می نماید.

سه نوع فعالیت های عمده Outreach وجود دارند: فعالیت های منفصل (Detached outreach)، فعالیت های سیار و متحرک (Peripatetic outreach) و فعالیت های مسکونی (Domiciliary outreach).

فعالیت های منفصل (Detached outreach) در واقع به فعالیت ها اطلاق می گردد که در خارج از یک نهاد انجام می یابند مانند کار های روی جاده، میخانه ها، کلب ها، سکوات ها یا ایستگاه های راه آهن. این یک فعالیت متحرک بوده و ممکن با پای پیاده و یا با استفاده از یک واسطه نقلیه مشخص انجام شود.

فعالیت های مسکونی (Domiciliary Outreach) به فعالیت های اطلاق می گردد که در منازل مسکونی جمعیت مورد هدف انجام می یابند. این در ساحاتی حایز اهمیت است که هیچ مورد معامله مواد مخدر در روی جاده وجود نداشته باشد، و یا در محلی که در آن مصرف کننده گان مواد مخدر بنا بر ستگما و تبعیض از جوامع خویش تجرید شده باشند. فعالیت های مسکونی (Domiciliary Outreach) شامل بازدید منظم از منازل مصرف کننده گان مواد مخدر می باشد.

فعالیت های سیار و متحرک (Peripatetic Outreach) به فعالیت های اطلاق می گردد که در تسهیلات انجام می یابند، مانند: محلاتی که مردم یا از قبل به برخی از خدمات (مانند برنامه های توزیع سوزن و سرنج) دسترسی دارند و یا محلاتی که به احتمال زیاد با جمعیت تحت پوشش روبرو می شوند (به عنوان مثال زندان ها، مراکز فحشا، پناهگاه های افراد بی سرپناه و یا پروژه های مسکن). فعالیت های سیار و داخل تسهیلات (Peripatetic Outreach) به عوض تمرکز بالای افراد، بالای نهاد ها و تسهیلاتی که در آنها می توان جمعیت تحت پوشش را دریافت نمود، تمرکز دارند. فعالیت های (Peripatetic Outreach) عمدتاً بالای گسترش میزان افرادی که پیام های آموزشی صحتی را دریافت می نمایند و به همین ترتیب بالای تدریس بیشتر کارگران و کارمندان برای ارائه فعالیت های آموزشی و اطلاع رسانی به مشتریان خویش، تأکید می ورزد.

مداخلات Outreach معمولاً توسط یک واحد Outreach سیار انجام می شوند، البته تیم های که از داخل یک واسطه نقلیه سرپوشیده و یا واسطه نقلیه سیار دیگر فعالیت انجام میدهند، این کار زمینه ارائه خدمات را برای گروه بزرگتر افراد، خاصاً در مناطق روستایی و حومه های شهر های بزرگتر فراهم می نماید.

مراکز گذری (Outreach drop-in) ممکن از خدمات Outreach و / یا خدمات قدمه پایین در جوامع برخوردار باشند. مراکز ثابت (Outreach drop-in)، خدمات قابل دسترس و دوامدار را معمولاً از طرف شب برای افرادی که از طریق تماس با فعالیت های منفصل (Detached outreach)، مواد مخدر مصرف می نمایند، فراهم می نمایند. مراکز (Outreach drop-in) تامین کننده نیازمندی های اولیه مانند مواد غذایی، البسه، حفظ الصحتی شخصی و سرپناه می باشند. همچنان مراکز متذکره می توانند معلومات را در مورد مراقبت های صحتی و رجعت دهی، آزمایش اچ. آی وی / هیپاتایتس، خدمات حقوقی، حمایت اجتماعی اولیه و سایر خدمات اضافی، فراهم نمایند. کارمندان بخش Outreach باید با جوامع محلی که در آن خدمات ارائه می نمایند، آشنایی کامل داشته باشند و از خدمات صحتی و اجتماعی خود شان بهره مند شوند. آنها نیاز به آموزش کافی در موارد ذیل دارد:

- ایجاد اعتماد و ارائه معلومات دقیق برای مصرف کننده گان مواد مخدر.
- شناسایی و پاسخدهی در حالات بحرانی.
- آزمایش و مشوره دهی پیرامون اچ. آی. وی / هیپاتایتس.
- فراهم نمودن حمایت به منظور:
- تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose).
- وقایه و تداوی اچ. آی. وی، توبرکلوز و هیپاتایتس ویروسی.
- وقایه و تداوی انتانات منتقله از طریق مقاربت جنسی.
- تشخیص و تداوی سایر تشوشات صحی، به شمول اختلالات روانی و افکار خودکشی.
- فراهم نمودن دسترسی به خدمات مراقبت های صحی و اجتماعی در جامعه.
- بلند بردن سطح آگاهی در جامعه و جلوگیری از سنگما و تبعیض علیه افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.
- تماس با سیستم عدلی و قضایی و تطبیق قانون.
- مدیریت اسناد و سوابق.

یک برنامه مؤثر Outreach در واقع در برابر نیازمندی های افراد و گروه های جمعیت، انعطاف پذیر، انطباق پذیر و حساس می باشد (که در حقیقت با روش های مصرف مواد مخدر، سن، جنسیت و حالت اجتماعی و غیره موارد، بستگی دارد). این امر تضمین کننده حفظ حریمیت افراد شامل در فعالیت های مورد نظر می باشد. افزون بر آن، همچو یک برنامه از مأموریت مشخص، میکانیزم های نظارت و ارزیابی و بالاخره از ظرفیت عالی مدیریت اسناد و سوابق مربوطه برخوردار می باشد.

مشخصات کلیدی برای خدمات Outreach مبتنی بر جامعه

- لازم است تا ستراتیژی ها برای شناسایی افرادی که در جامعه و یا اماکن عامه نیاز به مداخلات تداوی و دسترسی دارند، وجود داشته باشند.
- لازم است تا میان کارکنان صحی و نهاد های تطبیق کننده قانون توافق رسمی وجود داشته باشد و در مورد مزایای فعالیت های Outreach میان آنها یک درک متقابل وجود داشته باشد.
- لازم است تا "مداخلات عمده Outreach" (لطفاً به صفحات قبلی مراجعه نمایید) در اختیار قرار داشته باشند.
- لازم است تا مداخلات مقدم برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و مشکلات مرتبط به آن، تقویت گردند.
- لازم است تا مداخلات مقدم نزد گروه های جمعیت که از نیازمندی های ویژه برخوردار اند (مانند خانم های حامله، اشخاصی که از طریق مقاربت جنسی درآمد به دست می آورند، نوجوانان و افرادی بی سرپناه و غیره) تقویت گردند.
- لازم است تا معلومات در مورد خدمات تداوی موجود در اختیار افراد و خدماتی قرار گیرند که نقاط تماس اولیه برای مریضان احتمالی پنداشته می شوند.
- لازم است تا کارمندان بخش Outreach دسترسی داوطلبانه به تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را تقویت بخشند (البته با موافقت مریضان).
- لازم است تا برای حمایت از اعضای خانواده و جوامع به منظور کمک کردن در راستای سهیم ساختن افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در برنامه های تداوی، طرز العمل های مناسب وجود داشته باشند.
- لازم است تا سوابق مربوط به رجعت دهی در آینده به منظور حصول اطمینان از ادامه مراقبت ها حفظ گردند.
- لازم است تا کارمندان بخش Outreach به طور رسمی استخدام گردند و از هرگونه حمایت های لازم برخوردار باشند.

- لازم است تا خدمات Outreach با سندرد های پذیرفته شده مصونیت مطابقت داشته باشند و از پالیسی های شرایط کار مصون و مدیریت حالات غیر مصون برخوردار باشند.
- لازم است تا مداخلات تداوی تخصصی (مانند مداخلات طبی، توزیع ادویه، مشوره دهی روانی یا روان درمانی) همواره توسط کارمندان صورت گیرند که از مدارک و مجوز های لازم برخوردار باشند.
- لازم است تا خدمات Outreach مبتنی بر جامعه با جوامع و دست اندرکاران خارج از سکتور صحی ارتباط برقرار نمایند و با آنها فعالانه کار نمایند، مانند: گروه های جامعه مدنی و مؤسسات غیردولتی که در راستای رسیده گی به مصرف مواد مخدر فعالیت می نمایند، گروه های خودیاری/کمک خودی، رهبران مذهبی و جامعه، تسهیلات آموزشی، ورزشی و تفریحی، سیستم عدلی و قضایی و غیره.

۲.۱.۴. تسهیلات غیر تخصصی برای تداوی اشخاص مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

توضیح:

اینها در واقع تسهیلاتی می باشند که در معاینه یا سکریننگ، شناسایی، وقایه و تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و مداخله مختصر و رجعت دهی به تداوی نقش دارند، اما برای ارائه تداوی تخصصی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر طرح ریزی یا اختصاص داده نشده اند. اینها شامل تسهیلات صحی مانند مراقبت های اولیه، مراقبت های عاجل، شفاخانه های عمومی، مراقبت های قبل از ولادت، خدمات رفاه اجتماعی، خدمات صحی مکاتب، خدمات صحی محابس و برخی از تسهیلات صحت روانی می باشند. معاینه یا سکریننگ و مداخلات مختصر را می توان به شکل سریع و با هزینه اندک تطبیق نمود که سبب ایجاد حداقل اختلال در ارائه سایر خدمات شود.

جمعیت مورد هدف:

جمعیت مورد هدف شامل افراد مصرف کننده مواد مخدر می باشد، منجمله افرادی که پیامد های ناگوار آنرا تجربه می کنند و یا از قبل نزد آنها اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تاسس نموده باشند، اما با مراکز تسهیلات مراقبت های تخصصی در ارتباط نباشند. چنین تسهیلات برای افرادی که مواد مخدر مصرف می نمایند و یا از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج میبرند، به شمول افرادی که از عملکرد های مخاطره آمیز مصرف مواد مخدر برخوردار هستند، مناسب می باشند. افراد مبتلا به وابستگی به مواد مخدر ممکن به رجعت دهی به تداوی جامعتر در خدمات تخصصی نیاز داشته باشند. اما، بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می توانند تداوی مناسب را در تسهیلات غیر تخصصی، و یا در صورتیکه نیاز باشد توام با حمایت از خدمات تخصصی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دریافت نمایند.

اهداف:

زمانیکه مسله مصرف مواد مخدر مطرح بحث باشد، هدف اصلی تسهیلات متذکره عبارت از شناسایی به موقع افراد مصرف کننده مواد مخدر و یا افرادی مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، می باشد، و برای آنها مطابق نیازمندیهای شان مداخلات لازم فراهم نمایند تا آنها برای تغییر رفتار و رجعت دهی به تداوی های تخصصی تشویق گردند. نزد افرادی که از لحاظ مصرف مواد مخدر مثبت ارزیابی شده اند، تطبیق یک مداخله مختصر به روشی غیرقضاوت کننده و انگیزشی می تواند مناسب و مؤثر باشد. معاینه یا سکریننگ همچنین ممکن به شناسایی افراد مبتلا به

اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر کمک نماید. مداخلات مقدم می تواند از بروز اختلالات و مراحل پیشرفته اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر جلوگیری نماید که در نهایت می تواند به ارزیابی جامعتر و تداوی تخصصی نیاز داشته باشد. تسهیلات غیرتخصصی را می توان به خوبی در اختیار قرار داد، تا فراهم کننده تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، به شمول تداوی دوايي مانند تداوی تعقیبیه مصرف آگونست های مشتقات تریاک برای وابستگی به تریاک باشد. این امر مستلزم آموزش مناسب کارمندان کلینیکی و حمایت از خدمات تداوی تخصصی می باشد. در صورت فقدان خدمات صحی که برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر طرح ریزی و اختصاص داده شده اند، ممکن تسهیلات تداوی غیرتخصصی به عنوان تسهیلات اصلی تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر عمل نمایند.

مدل ها و عناصر: Models and Components

به صورت عموم، سکریننگ، مداخله مختصر و رجعت دهی به تداوی یا (SBIRT) در واقع یک رویکرد کلیدی پنداشته می شود که عمدتاً در تسهیلات صحی که در تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نقش تخصصی ندارند مورد استفاده قرار می گیرد. برای جزئیات بیشتر در مورد معاینه یا سکریننگ، مداخله مختصر و رجعت دهی به تداوی یا (SBIRT) به بخش 1.2.4 مراجعه نمایید. معاینه یا سکریننگ سیستماتیک تمام مراجعین در تسهیلات کلینیکی با شیوع بلند مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) در میان مراجعین توصیه می شود. این تسهیلات ممکن شامل امکانات ذیل باشد:

- تسهیلات مراقبت های اولیه در ساحاتی که از لحاظ اقتصادی محروم می باشند.
- شفاخانه های عمومی، به شمول خدمات عاجل.
- کلینیک های صحت جنسی. Sexual Health Care
- کلینیک های امراض انتانی، خدمات اچ. آی. وی / هیپاتایتس / توبرکلوز.
- خدمات اجتماعی و نهاد های امدادسانی، به شمول خدمات برای افرادی که:
 - شرایط غیرمعمول را از لحاظ مسکن تجربه می نمایند.
 - در روی جاده ها زنده گی و یا کار می نمایند.
 - از مؤسسات نقل مکان می یابند و
 - با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند.

سایر تسهیلات ممکن نیازمند معاینه یا سکریننگ باموقع و بر مبنای ویژه گی های مشخص صحی و یا اجتماعی مرتبط با مصرف مواد مخدر و یا هم احتمال افزایش میزان استفاده از مواد مخدر باشند. معیارات اجرات برای معاینه یا سکریننگ، مداخله مختصر و رجعت دهی به تداوی یا (SBIRT) می توانند شامل موارد ذیل باشند: درجه بندی معاینه یا سکریننگ تکمیل شده توسط هر فرد آموزش دیده در داخل تسهیلات، نسبت مریضانیکه نتیجه سکریننگ آنها مثبت می باشد (تعداد غیرمعمول بلند و یا پایین سکریننگ های درجه مثبت می تواند دلالت به موجودیت یک مشکل نماید)، نسبت مریضانیکه نتیجه سکریننگ آنها مثبت می باشد و حداقل یک جلسه مداخله مختصر دریافت نموده باشند. نسبت مریضانیکه نتیجه سکریننگ آنها مثبت می باشد و ارزیابی تشخیصیه و رجعت دهی به تداوی را دریافت نموده باشند. و نسبت مریضانیکه به تداوی رجعت داده شده باشند و تداوی نزد آنها آغاز گردیده باشد. تسهیلات تداوی غیرتخصصی می توانند در فراهم نمودن تداوی دوايي و روانی - اجتماعی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نقش قابل ملاحظه داشته باشند. این مساله خاصاً زمانی صدق می نماید که تلاش برای ایجاد پاسخدهی خدمات صحی در برابر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بالای توانایی مراقبت های صحی اولیه در راستای رسیده گی به معضل مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، تمرکز داشته باشد. متعاقب آن حمایت از جانب خدمات تخصصی در مراحل بعدی صورت می گیرد. شمار زیادی از مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف

مواد مخدر می توانند تداوی مناسب را در تسهیلات غیرتخصصی با هزینه های که هم برای سیستم های صحتی و هم برای مراجعین پایینتر باشند، دریافت نمایند. ارتقای ظرفیت دوکتوران معالج، پرستاران، قابله ها، روانشناسان کلینیکی و کارکنان اجتماعی به منظور شناسایی واقعات مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سهیم ساختن مریضان در تداوی و مراقبت، در حالیکه از محریت و حقوق بشری آنها محافظت صورت گیرد، یک امر ضروری پنداشته می شود. این مساله برای افزایش میزان پوشش و کیفیت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خیلی ها حایز اهمیت است. تسهیلات تداوی غیرتخصصی باید از ظرفیت تشخیص، تداوی و در صورت نیاز رجعت دهی تشوشتات حاد کلینیکی ناشی از مواد مخدر مانند مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، سندروم قطع دواپی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) و سایکوز ناشی از مصرف مواد مخدر به خدمات تداوی تخصصی، برخوردار باشد. خیلی ها حایز اهمیت است تا روابط میان عرضه کننده گان خدمات جنبه رسمی داشته باشد و در مورد طرز العمل های رجعت دهی اولیه و رجعت دهی مجدد میان سطوح مختلف عرضه خدمات توافق کامل وجود داشته باشد، تا از فعالیت مؤثر سیستم های رجعت دهی اطمینان حاصل گردد.

تسهیلات غیرتخصصی در عرصه فراهم نمودن و نشر معلومات علمی در مورد مصرف مواد مخدر و تاثیرات ناگوار آن بالای صحت، نقش به سزایی دارند. همچنان تسهیلات مذکوره در راستای رسیده گی به ستگما و تبعیض مرتبط با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نقش اساسی ایفا می نمایند. علاوه بر آن، تسهیلات یاد شده سطح آگاهی عامه را در مورد مصرف مواد مخدر، تاثیرات ناگوار صحتی آن و گزینه های تداوی مؤثر و مبتنی بر معیارات اخلاقی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بلند می برند.

حصول اطمینان از هماهنگی مؤثر و روابط سازمانی میان سطوح مختلف ارائه خدمات از اهمیت فراوان برخوردار است. خدمات تداوی تخصصی می توانند برای کارمندان مراکز تداوی غیرتخصصی که مراجعین آن به مشوره دهی تخصصی یا خدمات اضافی نیاز دارند، به شمول ارزیابی جامع تشخیصیه و یا روش های تداوی مشخص، حمایت نمایند. همچنان این کار می تواند از راه دور با استفاده از امکانات انترنتی و مخابراتی، به ویژه در مناطق روستایی و دوردست که فاقد خدمات تداوی تخصصی می باشند، انجام یابد.

مشخصات کلیدی تسهیلات غیرتخصصی برای تداوی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

- تسهیلات و مراکز مراقبت های صحتی، در داخل و خارج از سکتور صحتی، که به جمعیت دارای شیوع بلند مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خدمات ارائه می دارند، باید از توانایی معاینه یا سکریننگ افراد از لحاظ مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، برخوردار باشد.
- مریضان در تمام تسهیلات مراقبت های صحتی باید در صورت موجودیت اعراض و علائم کلینیکی مصرف مواد مخدر و تاثیرات صحتی آن، تحت معاینه یا سکریننگ مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر قرار گیرند. این کار باید با توافق و رضایت آگاهانه مریضان، رعایت محریت و ترجیحات/ اولویت ها آنها انجام یابد.
- کارمندان صحتی و مراقبت های اجتماعی باید در زمینه معاینه یا سکریننگ، مداخله مختصر و رجعت دهی به تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر آموزش لازم دریافت نمایند، و باید به آموزش و نظارت مستمر دسترسی داشته باشند.
- خطرات مترافق با SBIRT برای مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید کاهش یابند و احترام به حقوق و کرامت انسانی، به شمول محریت مریض باید تضمین گردد.
- معاینه یا سکریننگ و فعالیت های تداوی تعقیبیه باید به شکل داوطلبانه و بر مبنای توافق مریض و حق انصراف آنها از مشارکت در هر مرحله صورت گیرد.
- تسهیلات غیرتخصصی باید از ظرفیت ارزیابی تشخیصیه، تداوی و در صورت نیاز، رجعت دهی تشوشتات حاد کلینیکی ناشی از مصرف مواد مخدر، برخوردار باشند.

- علاوه بر طرز العمل های رجعت دهی اولیه و رجعت دهی مجدد میان سطوح مختلف عرضه خدمات، باید میان عرضه کننده گان خدمات نیز هماهنگی و روابط رسمی وجود داشته باشد.
- مراقبت های تخصصی، به شمول مراقبت های طبی، روانشناسی، روان درمانی، خدمات اجتماعی و آموزشی باید همواره توسط کارمندانی که از شایستگی لازم و مجوز های مربوطه برخوردار باشند، انجام یابند.

۳.۱.۴. تداوی تخصصی مریضان سراپا

توضیح:

تسهیلات تداوی تخصصی مریضان سراپا معمولاً مبتنی بر جامعه یا جامعه محور بوده، برای اعضای جامعه محلی قابل دسترس می باشند و برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر طرح ریزی و اختصاص داده شده اند. خدمات تداوی مریضان سراپا از لحاظ عناصر و شدت آنها به گونه قابل ملاحظه متفاوت می باشند. به صورت عموم، تداوی مریضان سراپا مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، یا توسط متخصصین صحتی و مراقبت های اجتماعی دارای تخصص در تداوی اختلالات مصرف مواد مخدر، یا به شکل جامعتر در چهارچوب تداوی صحت روانی انجام می یابد.

مداخلات عمده تداوی که معمولاً در تسهیلات مریضان سراپا ارائه می شوند قرار ذیل اند:

- ارزیابی جامع.
- مداخلات روانی - اجتماعی.
- مداخلات دوائی.
- تداوی تشوشات همزمان صحت روانی و جسمی.
- مراقبت و حمایت اجتماعی.

تمام مریضان باید مورد ارزیابی قرار گیرند و پلان های تداوی جداگانه را که به شکل منظم تحت بررسی قرار می گیرند، دریافت نمایند. پلانگذاری مرخص نمودن مریضان باید تضمین کننده ادامه تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و یا مدیریت بهبودی و رجعت دهی بعدی به تداوی را برای رسیده گی به تشوشات روانی همزمان و سایر تشوشات صحتی (قسمی که توضیح داده شده) باشد.

جمعیت مورد هدف:

تسهیلات تخصصی تداوی مریضان سراپا می توانند ارائه کننده مداخلات وقایوی و تداوی متعدد باشند و از تعداد کثیری افراد مراقبت نمایند. برخی از مداخلات مانند تداوی های روانی، دوائی و یا مداخلات روانی - اجتماعی می توانند اساساً برای افرادی که از انگیزه تداوی برخوردار اند، مناسبتر باشند. اما، تداوی مریضان سراپا ممکن با فراهم نمودن حمایت اضافی (مانند فراهم نمودن مسکن)، به نفع تعداد بیشتر افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشد (همچنین به هرم ارائه خدمات در فصل سوم مراجعه نمایید).

اهداف:

اهداف اساسی تداوی مریضان سراپا عبارت از کمک به مریضان در راستای توقف دادن و یا کاهش بخشیدن میزان مصرف مواد مخدر. کاهش بخشیدن پیامد های ناگوار صحتی و اجتماعی مصرف مواد مخدر، می باشند. تشخیص و تداوی

تشویشات روانی و جسمی همزمان ، فراهم نمودن حمایت روانی – اجتماعی، کاهش بخشیدن میزان خطر عود مصرف مواد مخدر و مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، و بالاخره بهبود سلامتی و فعالیت های اجتماعی، به عنوان بخشی از پروسه بهبودی درازمدت.

مدل ها و عناصر

خدمات و برنامه های تدای مریضان سراپا با در نظر داشت میزان تمرکز خدمات و وسعت مداخلاتی که عرضه می شوند، خیلی ها متفاوت می باشد.

برنامه های دارای تمرکز و شدت بلند: High Intensity Programs

برنامه های مانند تدای جدی یومیه، دربر گیرنده رسیده گی به مریضان (به شمول تدای جدی یومیه و یا چند ساعته که برای یک یا چند روز در هفته ارائه می گردد) می باشد.

برنامه های دارای تمرکز متوسط الی پایین: Mid-to low intensity programs

مداخلات دارای تمرکز پایین می توانند شامل جلسات هفته وار حمایتی گروهی، تدای روانی انفرادی، تعلیمات صحتی و تعلیمات مواد مخدر، حمایت همتایی و حمایت اجتماعی دارای تمرکز پایین باشد.

در دوره های تدای مریضان سراپا، کارمندان مراقبت های صحتی می توانند مصرف مواد مخدر و سایر مواد و همچنین حالت صحتی جسمی و روانی مریضان را به گونه منظم ارزیابی نمایند. همکاری روزمره با خدمات مراقبت متحد و یکپارچه لازمی می باشد و باید حاوی رویکرد های ادغام و یا ارتباط دادن تدای مریضان سراپا با خدمات طبی برای اختلالات روانی، اچ. آی. وی، هیپاتیتس ویروسی، توبرکلوز، انتانات منتقله از طریق مقاربت جنسی و سایر خدمات صحتی مرتبط، باشد.

برای تسهیل بخشیدن دسترسی به آموزش، اشتغال، فراهم نمودن مسکن، مساعدت های حقوقی، رفاه و حمایت اجتماعی برای اشخاص دارای معلولیت، به همکاری یومیه با خدمات حمایت اجتماعی و سایر نهاد ها نیاز مبرم وجود دارد. خدمات تدای مریضان سراپا باید مریضان را تشویق نمایند تا در عرصه تنظیم و ارائه تدای نقش و سهمگیری فعالتر داشته باشند. افزون بر آن باید از آنها به عنوان منابع و افرادی که از تجارب مصرف مواد مخدر و تدای مواد مخدر برخوردار اند، و در حالت بهبودی و بهبود قرار دارند، استفاده اعظمی صورت گیرد.

در صورت نیاز می توان با استفاده از ترکیبی از مداخلات دوایی و روانی - اجتماعی، به نحو بهتر به اهداف تدای دست یافت. در حالت عادی، برنامه های تدای مریضان سراپا برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید قادر به فراهم نمودن خدمات جامع را برای رسیده گی به مشکلات مختلف مریضان از اقتشار و عرصه های مختلف زنده گی، باشند.

عناصر و فعالیت های تسهیلات تخصصی تدای مریضان سراپا قرار ذیل اند:

- ارزیابی جامع طبی و روانی - اجتماعی به مجرد مراجعه مریضان.
- انکشاف پلان های تدای انفرادی (بر مبنای یافته های ارزیابی های جامع).
- ارزیابی دوامدار، ارزیابی کلینیکی و بررسی پیشرفت مریض در پلان های تدای آنها، و سهمگیری فعالانه مریض در تصمیم گیری در مورد تدای.
- سم زدایی با استفاده از ادویه جات، هرگاه استطباب داشته باشد.
- مداخلات تدای روانی - اجتماعی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.
- مداخلات تدای دوایی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مانند آغاز تدای تعقیبیه مصرف انتاگونست های مشتقات تریاک، هرگاه استطباب داشته باشد.

- تداوی دوائی و روانی - اجتماعی برای تشوشات همزمان روانی و جسمی.
- برقراری تماس با خانواده ها و افراد مهم دیگر در شبکه اجتماعی مریض، جهت سهیم ساختن آنها در تداوی جاری، حمایت اجتماعی جدی، به شمول فراهم نمودن مسکن و اشتغال.
- پلانگذاری مرخص نمودن مریضان، که شامل موارد ذیل می باشد: جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر و مصرف دوز بیش از حد، (Overdose)، رجعت دهی به سایر خدمات، مدیریت بهبودی و ادامه تداوی برای تشوشات روانی و جسمی همزمان (در صورت نیاز).

مداخلات روانی - اجتماعی: Psychosocial interventions

به منظور رسیده گی به عوامل انگیزه دهنده، رفتاری، روانی و اجتماعی باید از مداخلات روانی - اجتماعی در برنامه های تداوی مریضان سراپا استفاده به عمل آید. آنها باید از توانایی مشهود برخوردار باشند تا مصرف مواد مخدر را کاهش بخشند و یا خطرات مرتبط به آنرا به حداقل برسانند، میزان پابندی به تداوی را افزایش بخشند، ترک مصرف مواد مخدر را تقویت بخشند و از عود مصرف مواد مخدر جلوگیری نمایند. بخش 2.4 ارائه کننده تفصیلات بیشتر در مورد مداخلات روانی - اجتماعی و رفتاری می باشد.

مداخلات دوائی: Pharmacological Interventions

ادویه جات می توانند در مدیریت و / یا تداوی انواع اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشوشات صحی ناشی از مصرف مواد مخدر، مانند تسمم حاد و مصرف دوز بیش از حد (overdose)، سندروم قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (withdrawal syndrome) و بالاخره انواع مختلف اختلالات همزمان خیلی ها مفید تمام شوند. مداخلات دوائی باید در صورت نیاز در کنار مداخلات روانی - اجتماعی نیز انجام شوند. بخش 2.4 ارائه کننده تفصیلات بیشتر در مورد مداخلات دوائی می باشد.

سازماندهی خدمات تداوی: Organization of the Treatment

تسهیلات تخصصی تداوی مریضان سراپا باید از ساختار و سیستم مدیریتی معین برخوردار باشند و موقف های انفرادی و شایستگی های مشخص شده برای کارمندان را به وضاحت بیان نموده باشند. روش های گزینش، استخدام و آموزش کارمندان باید در مطابقت با قوانین نافذ و اصول و قواعد داخلی طرح ریزی و تطبیق گردند. سازماندهی خدمات تداوی باید نیازمندی ها و تعداد مریضان را مدنظر داشته باشد.

یک نیاز مبرم وجود دارد تا پلان های تداوی از ادامه مراقبت ها اطمینان حاصل نماید و در صورت عدم موفقیت قسمی و یا کامل پلان تداوی و مرخص شدن مریضان از برنامه تداوی، کانال های بدیل تداوی را مدنظر داشته باشند. روند ارائه خدمات تداوی و مراقبت های تخصصی (مانند خدمات طبی، روانشناسی، روان درمانی، اجتماعی و آموزشی) عمدتاً به کارمندانی نیاز دارد که از شایستگی های لازم برخوردار باشند.

در مورد مریضان که از تشوشات همزمان رنج میبرند باید گفت که خدمات تداوی باید یا در داخل تسهیلات در چهارچوب خدمات مدغم و یا هم در موقعیت های دیگر، به عنوان بخشی از خدمات مرتبط با همدیگر، با در نظر داشت هماهنگی مناسب و سیستم های رجعت، ارائه گردند. برای آغاز تداوی انتانات چون توبرکلوز، هیپاتیتس و اچ. آی. وی، لازم نیست تا به ترک مشتقات تریاک و یا سایر مواد مخدر انتظار بکشیم.

امکان دارد مرخص نمودن غیرداوطلبانه مریضان قابل توجیه باشد، تا از مصونیت کارمندان و سایر مریضان اطمینان حاصل گردد. اما، قبل از اقدام به مرخص نمودن غیرداوطلبانه مریضان، نیاز است تا اقدامات منطقی برای رسیده گی به وضعیت جاری روی دست گرفته شوند، البته به شمول ارزیابی مجدد رویکرد تداوی که از آن استفاده به عمل میآید. به صورت عموم عدم سازگاری با یک برنامه تداوی نباید یگانه دلیل مرخص نمودن غیرداوطلبانه مریضان از تداوی باشد.

هرگاه حالت مذکور اجتناب ناپذیر باشد، باید مساعی به خرچ داده شود تا مریضان مورد نظر به سایر تسهیلات یا مراکز تدای رجعت داده شوند.

خیلی ها حایز اهمیت است تا در مورد قضایای صحبت شود که یک کارمند حقوق مریض را نقص نموده باشد. باید این مسایل ارزیابی، مستندسازی شود و در سوانح کارمندان درج گردد و در برابر آن اقدامات مناسب صورت گیرد.

مدیریت بهبودی و حمایت اجتماعی: Recovery Management and Social Support

مدیریت بهبودی متشکل از فعالیت های مختلف در راستای تسهیل بخشیدن و تقویت منابع داخلی و خارجی (یا "سرمايه بهبودی") بوده که هدف آن کمک نمودن به مریضان است تا آنها به شکل داوطلبانه و فعالانه مشکلات مرتبط به مواد مخدر و عود مصرف را مدیریت نمایند و بدینوسیله صحت، سلامتی و ادغام اجتماعی را بهبود بخشند. امکان دارد یکعده از فعالیت های متذکره از قبل در منزل، همسایگی و جامعه مریضان وجود داشته باشند، اما سایر موارد نیاز به انکشاف دارند. بخش ۲.۴. ارائه کننده تفصیلات بیشتر در مورد مدیریت بهبودی می باشد.

مشخصات کلیدی تسهیلات تدای تخصصی مریضان سراپا

- تمام خدمات، طرز العمل ها، پالیسی ها و مقررات موجود و همچنین توقعات مریض در رابطه به وضاحت برنامه ها، باید در اختیار قرار داشته باشند (با در نظر داشت رضایت، ترجیحات و نیازمندی های مریضان).
- انواع مختلف مداخلات روانی - اجتماعی ساختار یافته باید قابل دسترس باشند، به شمول موارد ذیل، اما عمدتاً به اینها محدود نمی باشد: روش های مختلف مشورد دهی انفرادی و خانواده گی، روان درمانی و مداخلات روانی - اجتماعی و حمایت اجتماعی از لحاظ فراهم نمودن مسکن، اشتغال، تعلیم، مساعدت های رفاهی و مسائیل حقوقی.
- گزینه های تدای دوایی باید در اختیار قرار داشته باشند. اینها باید موارد ذیل را تحت پوشش قرار دهند: تدای عرضی برای مصرف منبهاات، حشیش و سایر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (مانند اعراضی که از اثر مصرف مواد مخدر متعدد تظاهر می نمایند)، تدای دوایی تعقیبیه مصرف و ترک مشتقات تریاک. نالتریکزون برای وقایه از عود مصرف مواد مخدر در وابستگی به مشتقات تریاک و نالوکزان برای تدای مصرف دوز بیش از حد (Overdose).
- تدای انتخابی و انکشاف یک پلان تدای انفرادی برای فرد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد، باید بر مبنای حالات ذیل صورت گیرد: ارزیابی دقیق نیازمندی های تدای، مناسب بودن تدای برای مرفوع ساختن نیازمندی ها، پذیرفتن تدای توسط مریض و بالاخره قابل دسترس بودن آن. تمام مریضان باید از پلان های تدای انفرادی برخوردار باشند و باید حاوی یکعده اهداف کوتاه مدت، اما دارای دیدگاه درازمدت باشند.
- آزمایشات داوطلبانه برای اچ. آی. وی و امراض معمول انتانی، باید به عنوان بخشی از ارزیابی انفرادی، همراه با مشوره دهی قبل و بعد از آزمایش قابل دسترس باشند. علاوه بر آن، باید نزد مریضانی که از خطر بلند ابتلا به هیپاتایتس بی برخوردار اند، واکسین هیپاتایتس بی تطبیق گردد.
- تدای مریضان مبتلا به اچ. آی. وی، هیپاتایتس و توبرکلوز، باید در خدمات تخصصی طبی مدغم گردد و یا هم با آنها ارتباط داده شود.
- دسترسی به سایر روش های تدای، مدیریت بهبودی و حمایت روانی - اجتماعی باید در صورت نیاز به مریضان فراهم گردد.
- لازم است تا در مورد خدمات عاجل ۲۴ ساعته به مریضان و اقارب آنها معلومات مورد نیاز فراهم گردد. برای مریضانی که از تشوشات روانی و جسمی همزمان رنج میبرند، باید تدای و مراقبت داخل تسهیل مورد نظر (On-site Treatment) و یا در صورت نیاز برای آنها زمینه رجعت دهی به خدمات تدای مناسب فراهم گردد.

- لازم است تا جهت نظارت از پیشرفت و سازگاری با تداوی در صورتیکه مناسب باشد، خدمات لابراتواری قابل دسترس باشند.
- مریضان باید در ارزیابی اولیه از لحاظ مصرف اخیر مواد مخدر مورد آزمایش قرار گیرند (البته با رضایت آنها).
- باید هم پروسه تداوی و هم نتایج تداوی که ارائه می شوند، مورد ارزیابی دوره یی و یا دوامدار قرار گیرند.
- پلانگذاری مرخص نمودن مریضان باید تضمین کننده ادامه مراقبت ها، مدیریت بهبودی و کانال های بدیل باشد، که امکان دارد در صورت عدم موفقیت قسمی و یا کامل پلان تداوی اصلی دنبال شود.
- به صورت عموم عدم سازگاری با یک برنامه تداوی نباید یگانه دلیل مرخص نمودن غیرداوطلبانه مریضان از تداوی باشد.
- لازم است تا پالیسی های مشخص برای رسیده گی به حالات ویژه مخاطره آمیز (مانند تسمم و یا خطر خودکشی) روی دست گرفته شوند.
- تسهیل یا برنامه تداوی باید از ساختار و سیستم مدیریتی معین برخوردار باشد و نقش ها و شایستگی های انفرادی مشخص شده برای کارمندان را به وضاحت بیان نموده باشند و روش های گزینش، استخدام و آموزش کارمندان باید در مطابقت با قوانین نافذه و اصول و قواعد داخلی طرح ریزی و تطبیق گردند.
- قضایای نقض و تخلف از حقوق مریض توسط هر یک از کارمندان باید ارزیابی و مستندسازی شود و در سوانح کارمندان درج گردد و در برابر آن اقدامات مناسب صورت گیرد.
- مراقبت های تخصصی، به شمول مراقبت های طبی، روانشناسی، روان درمانی، خدمات اجتماعی و آموزشی باید همواره توسط کارمندانی که از شایستگی لازم و مجوز های مربوطه برخوردار باشند، انجام یابند.

۴.۱.۴. تداوی تخصصی کوتاه مدت مریضان داخل بستر

توضیح:

یک تسهیل تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر، عبارت از محیطی است که از ظرفیت مراقبت ۲۴ ساعته و قابلیت تداوی تظاهرات حاد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر برخوردار باشد. تظاهرات متذکره شامل حالت تسمم اختلاطی، سندروم قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) و یا سایر تشوشات کلینیکی حاد ناشی از مصرف مواد مخدر، منجمله تشوشاتی که احتمالاً در روز ها و هفته های نخست پس از ترک مصرف مواد مخدر (یا مواد مخدر متعدد) تظاهر می نمایند. تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر را می توان در شفاخانه های تخصصی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و همچنین در شفاخانه های صحت روانی یا واحد های تخصصی و یا برنامه های شفاخانه های عمومی ارائه نمود، البته در صورتیکه آنها از کارمندان آموزش دیده و تجهیزات طبی لازم برخوردار باشند. تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر، در واقع یک فرصت مناسب را برای ترک مصرف مواد مخدر فراهم می نماید، که از پایینترین سطح ناراحتی و خطرات صحتی برخوردار می باشد. تداوی متذکره مریضان را کمک می نماید تا به گونه مؤقت از عوامل سترس زا محیطی در زنده گی شان در امان باشند. افزون بر آن، تداوی متذکره زمینه را برای آغاز تداوی یک اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر و دریافت حمایت روانی مورد نیاز، که ممکن سرآغاز یک پروسه بهبودی درازمدت باشد، فراهم می نماید. مدت بستری شدن معمولاً بر مبنای فعالیت های داخلی/محلّی و حالت کلینیکی مریض، از یک تا چهار هفته فرق می کند. با توجه به مواد مخدر مورد نظر، سندروم قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) و سایر تشوشات حاد صحتی ناشی از مصرف مواد مخدر و تداوی آنها، امکان دارد از لحاظ صحتی خطرات قابل ملاحظه یی به همراه داشته باشد. بناً می توان گفت که تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر

در مقایسه با تدای درازمدت مسکونی، به نظارت بیشتر و دقیقتر نیاز دارد، که معمولاً مرحله ترک حاد مصرف مواد مخدر را دنبال می کند (لطفاً برای معلومات بیشتر به بخش ۵.۱.۴ مراجعه نمایید).

جمعیت مورد هدف

جمعیت وصفی مورد هدف در واقع شامل آنده افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (یا مواد مخدر متعدد) بوده که عمدتاً مشکوک به این می باشند که نزد آنها به مجرد ترک مصرف مواد مخدر، اعراض قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) و یا سایر تشوشات حاد کلینیکی ناشی از مصرف مواد مخدر، تظاهر می نمایند. ترک مصرف مواد مخدر آرامبخش و مشتقات تریاک می تواند شدید باشد، خاصناً نزد افرادی که برای مدت طولانی از دوز های بلند مواد مخدر آرامبخش (مانند بنزودیازپین ها و یا باربیتوریت ها) و یا مشتقات تریاک استفاده می کنند. همچنان تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر می تواند برای تدای تعقیبیه توسط آگونست های مشتقات تریاک برای وابستگی به مشتقات تریاک مفید باشد.

نزد هر فردی که به مجرد ترک مصرف مواد مخدر بروز سندروم قطع دوایی یا ترک مواد مخدر " Withdrawal Syndrome " (یا مواد مخدر متعدد) مشکوک می باشد، به و یا فردی که مصرف فعلی مواد مخدر (یا مواد مخدر متعدد) نزد وی توام با خطر قابل ملاحظه آسیب رسانیدن باشد، امکان دارد به تدای کوتاه مدت داخل بستر نیاز داشته باشد.

تصمیم گیری در مورد انتخاب یک تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر یا سایر تسهیلات تدای باید معیارات ذیل را مدنظر داشته باشند:

- نوع مواد مخدر (یا سایر مواد) مصرف شده.
- احتمال سندروم قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome).
- شدت و پیچیده گی اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر.
- تاثیرات اندک تدای در تسهیلات تدای مریضان سراپا یا تسهیلات تدای غیر تخصصی.
- مشکلات صحتی و اجتماعی مرتبط به مصرف مواد مخدر.
- تشوشات روانی و جسمی همزمان .

اهداف:

اهداف تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر قرار ذیل می باشند: تشخیص و تدای تشوشات کلینیکی ناشی از مصرف مواد مخدر، تسهیل بخشیدن ترک و یا کاهش مصرف مواد مخدر، آغاز تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشویق مریضان برای دوام تدای به تعقیب مدت داخل بستر. تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر ممکن شامل تدای مبتنی بر شواهد روانی و دوایی باشد که در صورت نیاز توام با حمایت اجتماعی می باشد. سم زدایی با استفاده از ادویه جات می تواند در تسهیلات تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر فراهم گردد. در حالیکه این کار می تواند به شکل موفقیت آمیز و مصون در تسهیلات تدای مریضان سراپا نیز انجام یابد و نیاز به منابع کمتر داشته باشد و احتمال تکمیل شدن روند سم زدایی ممکن پایینتر باشد. شواهد موجود به میزان بلند عود مصرف مواد مخدر متعاقب سم زدایی کوتاه مدت، علی الخصوص در موارد وابستگی به مشتقات تریاک اشاره می نمایند. بناً، سم زدایی به ذات خود تدای موثر برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر محسوب نمی شود و منتج به افزایش میزان خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک شده می تواند.

مدل ها و عناصر

دستیابی به اهداف تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر معمولاً مستلزم ترکیبی از مداخلات مانند تدای دوایی، روان درمانی، تعلیمات صحی روانی، مشوره دهی انگیزشی و حمایت اجتماعی از طریق مداخلات روانی - اجتماعی می باشد. سایر مداخلات احتمالی شامل معرفی به گروه های خودیاری/کمک خودی و یا گروه های کمک متقابل، خدمات اجتماعی موجود و رجعت دهی به تدای دوامدار یا مدیریت بهبودی پس از مرخص شدن از تدای می باشند. انواع و مدت زمان مشخص مداخلات یاد شده متفاوت بوده و به ماهیت، پیچیده گی و شدت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و موجودیت مشکلات روانی و جسمی همزمان بستگی دارد.

تدای سندروم قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal syndrome) و سایر تشوشات حاد کلینیکی ناشی از مصرف مواد مخدر

سندروم قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) ناشناخته و تدای ناشده خطر خارج شدن مریضان از تدای را در پی دارد. بنأ، کارمندان برنامه های تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر باید در عرصه تشخیص و مدیریت سندروم متذکره، اختلالات حاد ناشی از مواد مخدر و فراهم نمودن حمایت روانی - اجتماعی و تدای دوایی از شایستگی های لازم برخوردار باشند. همچنان کارمندان خدمات تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر باید این امکان را داشته باشند تا مریضان مبتلا به تشوشات شدید و مغلق را به سطح دیگری از مراقبت های صحی رجعت دهند. لطفأ برای دریافت معلومات بیشتر در مورد تدای سندروم قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome)، به بخش ۳.۲.۴ مراجعه نمایید.

تدای مشکلات روانی و جسمی همزمان

مصرف مواد مخدر متعدد و الکل می تواند سبب ایجاد و یا تشدید اعراض روانی گردد که احتمال دارد با ترک مصرف مواد مخدر برطرف شوند. به عباره دیگر، اعراض روانی می توانند پس از ترک مصرف مواد مخدر ثابت باقی بمانند و مستلزم توجه بیشتر در تسهیلات تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر باشد. لطفأ برای دریافت معلومات بیشتر در مورد مشکلات روانی و جسمی همزمان، به بخش ۲.۴ مراجعه نمایید.

مدیریت بهبودی و حمایت اجتماعی:

روی دست گرفتن تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر، می تواند یک گام مهم در راستای تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشد. اما، عمدتاً برای مریضان مهم است تا رفتار سالم خویش را به شکل دوامدار پس از مرخص شدن از تدای داخل بستر حفظ نمایند، زیرا خطر عود مصرف مواد مخدر و مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، بلافاصله پس از مرخص شدن از تدای، به گونه قابل ملاحظه افزایش می یابد. بنأ، ادامه مداخلات روانی - اجتماعی و مدیریت بهبودی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد پس از تدای کوتاه مدت مریضان داخل بستر، ضروری می باشند. ستراتیژی ها برای کمک به مریضان در راستای عبور مؤفقانه به مرحله بعدی تدای و مراقبت، باید بخشی از تدای موثر باشد که از طریق پلان مراقبت یا مراقبت های تعقیبیه انجام می یابد. این امر چانس حفظ سلامتی جسمی و روانی را نزد مریضان افزایش می بخشد. کارمندان مراقبت های صحی و اجتماعی حین پلانگذاری مرخص نمودن مریضان از یک برنامه کوتاه مدت داخل بستر به یک برنامه درازمدت مسکونی، تدای سراپا و یا مدیریت یا تدای بهبودی، باید با همدیگر کار نمایند، تا منابع لازم و مراقبت های مورد نیاز را برای مریضان فراهم نمایند. لازم است تا مریضان پس از تدای کوتاه مدت داخل بستر، به امکانات ذیل دسترسی داشته باشند. تدای دوایی درازمدت، در صورتیکه استنطاب داشته باشد، حمایت روانی و رهنمایی از طریق سیستم مراقبت های اجتماعی تا مریضان بتوانند در صورت نیاز از آموزش های فنی - حرفوی، مسکن پایدار و سایر حمایت ها بهره مند گردند و بالاخره ادامه تدای تشوشات روانی و جسمی همزمان،

مداخلات وقایه از مصرف دوز بیش از حد (Overdose) و غیره اقدامات. لطفاً برای دریافت معلومات بیشتر در مورد مدیریت بهبودی به بخش ۶.۲.۴ مراجعه نمایید.

عناصر تداوی:

پلان های تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (و مواد مخدر متعدد) باید دربر گیرنده عناصر تداوی ذیل باشد:

- ارزیابی جامع طبی و روانی - اجتماعی مصرف شدید مواد مخدر (و مواد مخدر متعدد)، به شمول ارزیابی صحت روانی و جسمی.
- پلان های تداوی انفرادی.
- تداوی ترک مصرف مواد مخدر با استفاده از ادویه جات، در صورتیکه استطباب داشته باشد.
- آغاز تداوی تعقیبیه با اگونست های مشتقات تریاک برای وابستگی به مشتقات تریاک، در صورتیکه استطباب داشته باشد.
- مداخلات برای تقویت انگیزه مریضان برای تغییر رفتار آنها.
- تماس با افراد بانفوذ در شبکه اجتماعی مریضان و سهیم ساختن آنها در پلان تداوی (با رضایت مریضان).
- در میان گذاشتن معلومات و تسهیل بخشیدن ارتباط با گروه های کمک متقابل.
- آغاز مداخلات تداوی روانی - اجتماعی یا رفتاری برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر.
- آغاز تداوی (یا رجعت دهی) اختلالات روانی و جسمی همزمان، در صورتیکه زمان و منابع اجازه دهد.
- ارزیابی دوامدار از پیشرفت مریضان در پلانگذاری و بررسی تداوی آنها، و همچنین ارزیابی کلینیکی که در برنامه شامل می باشد.
- پلانگذاری مرخص نمودن مریض توام با وقایه از عود مصرف مواد مخدر و مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، روی دست گرفتن ستراتیژی های مراقبت دوامدار برای تداوی تعقیبیه بعد از مرخصی از بستر (به شمول ادویه جات تعقیبیه، در صورتیکه استطباب داشته باشد)، تطبیق یک سطح مناسب تداوی روانی - اجتماعی، مدیریت بهبودی و دوام تداوی تشوشات جسمی و روانی همزمان.

یک ارزیابی جامع طبی و روانی، ترجیحاً قبل و یا در جریان تداوی کوتاه مدت داخل بستر ضروری می باشد. این امر کمک می نماید تا نیازمندی های ویژه هر مریض شناسایی گردد و پلان تداوی برای آنها آماده گردد. این ارزیابی باید دربر گیرنده تاریخچه صحت روانی و جسمی مریض، تاریخچه تداوی دواوی، معاینات فزیک و روانی و ارزیابی روتین تاریخچه امراض انتانی مریض باشد. همچنان اجرای معاینات لابراتواری مانند معاینه یا سکریننگ مصرف مواد مخدر، و آزمایش اچ. آی. وی، هیپاتایتس یا توبرکلوز می تواند از ارزش به سزایی برخوردار باشد. در تمام موارد، باید به مریضان در مورد چگونگی تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، و چگونگی دریافت معلومات پیرامون سایر گزینه های تداوی، حمایت و مراقبت، آگاهی کامل داده شود.

کارمندان آموزش دیده می توانند از ابزار استندرد و معیاری ارزیابی استفاده نمایند، تا نتایج مفصل در مورد ارزیابی مریضان به دست آورند (لطفاً برای دریافت فهرست ابزار ارزیابی به بخش ۱.۲.۴ مراجعه نمایید).

مریضان باید پس از شمولیت در تداوی کوتاه مدت داخل بستر، روزانه چند مراتبه از لحاظ اعراض قطع دواوی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) و هرگونه تشوشات حاد روانی و یا جسمی مورد نظارت قرار گیرند. پس از آنکه مشکلات حاد برطرف شدند، نظارت روزمره باید بالای حالت صحت روانی و جسمی مریض و انگیزه و انکشاف اهداف و پلان های تداوی آنها هنگام مرخصی، تمرکز نماید.

معیارات برای تکمیل برنامه و شاخص های مؤثریت

تکمیل موفقیت آمیز تداوی کوتاه مدت داخل بستر برای هر مریض را می توان بر مبنای عوامل مختلف ارزیابی نمود:

- از بین رفتن اعراض قطع دواپی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal symptoms).
- درک نمودن اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و مشکلات مرتبط با آن توسط مریض.
- سهمگیری در تداوی تعقیبیه پس از مرخص شدن از تداوی درازمدت مسکونی و یا تداوی سرپا.
- بهبود صحت جسمی و روانی.
- کاهش تمایل/اشتیاق به مصرف مواد مخدر و انکشاف مهارت ها جهت دستیابی به کنترول عوامل تشدید کننده (افکار، احساسات و رفتار ها) که منجر به مصرف مواد مخدر می شود.

شاخص های نتایج می توانند در ارزیابی مؤثریت برنامه های تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر ممد واقع شوند. این شاخص ها شامل آنعه مریضان می شود که پس از مرخصی، تحت تداوی تعقیبیه قرار می گیرند و یا مریضانی که بر مبنای پیگیری درازمدت مثلاً مدت شش ماه از مصرف مواد مخدر خودداری می نمایند و یا مصرف آنرا کاهش می بخشند (هرچند این نوع شاخص نتایج مستلزم پیگیری درازمدت مریضان می باشد).

مشخصات کلیدی برای تسهیلات تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر

- تمام خدمات، طرز العمل ها، پالیسی ها و مقررات موجود تداوی، و توقعات مریض از برنامه، باید از وضاحت لازم برخوردار باشند و در اختیار قرار داشته باشند (با در نظر داشت رضایت مریضان).
- مریضان باید برای حصول اطمینان از تداوی درست اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشوشات صحی مترافق با آن، از پلان های تداوی جداگانه برخوردار باشند و پلان های متذکره باید به شکل منظم توسط کارمندان بررسی و اصلاح گردند.
- انتخاب تداوی و انکشاف یک پلان تداوی انفرادی برای مریض مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید مبتنی بر موارد ذیل باشد: ارزیابی جامع و مفصل در مورد مصرف مواد مخدر و سایر مواد، وضعیت صحی و مشکلات روانی- اجتماعی، نیازمندی های تداوی، مناسب بودن تداوی برای مرفوع ساختن نیازمندی ها، پذیرفتن تداوی توسط مریض و قابل دسترس بودن آن.
- پروتوکول های واضح و مشخص برای تجویز ادویه جات، مداخلات روانی - اجتماعی و سایر مداخلات متناسب با نیازمندی های ویژه مریض، باید در اختیار قرار داشته باشند و باید مبتنی بر یافته های تحقیقات یا پابندی به رعایت فعالیت های مناسب کلینیکی شکل گرفته باشند.
- پروتوکول ها برای رسیده گی به حالات خاص مخاطره آمیز (به شمول تسمم و خودکشی) باید در اختیار قرار داشته باشند.
- لابراتوار ها و سایر تجهیزات تشخیصیه باید در داخل تسهیلات و یا خارج از تسهیلات قابل دسترس باشند.
- در صورت بروز اختلالات تهدید کننده حیات، سندروم قطع دواپی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) و یا سایر تشوشات صحی، باید حمایت اضطراری و عاجل و یا امکانات ترانسپورتی قابل دسترس باشند.
- زمانیکه تطبیق یک پروسیجر یا طرز العمل توام با خطرات شناخته شده مورد مطرح بحث باشد، در آن صورت لازم است تا یک ارزیابی دقیق از لحاظ خطر - مزیت صورت گیرد و در نتیجه گزینه ی انتخاب شود که از کمترین خطر برخوردار باشد.
- حمایت های خودیاری یا کمک خودی و سایر گروه های حمایتی باید قابل دسترس باشند. این که آیا هدف تداوی فرد ترک مصرف مواد مخدر می باشد یا خیر، باید تدابیر لازم جهت کاهش اضرار مصرف مواد مخدر مدنظر گرفته شوند. (مانند اقدامات مرتبط به صحت، رژیم غذایی، وسایل معقم زرقی)، وقایه از مصرف دوز بیش از حد " Overdose " و تجویز نالوکزان).

- پلان های تدای باید تضمین کننده دوام مراقبت از مریض در تدای سراپا، تدای درازمدت مسکونی و یا مدیریت بهبودی باشد.
- برنامه های تدای برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید با سایر خدماتی که از مداخلات برای اطفال مریض و سایر اعضای نیازمند خانواده، حمایت می نمایند، مرتبط باشند.
- پروسه و نتایج تدای باید به شکل دوره یی و یا دوامدار مورد ارزیابی قرار گیرند.
- ساختار و سیستم مدیریتی نهاد یا برنامه تدای باید از وضاحت کامل برخوردار باشند، نقش ها و شایستگی های موفق های انفرادی را خاطر نشان سازند و اطمینان دهند که روند استخدام کارمندان و روش های آموزش بازتاب دهنده قوانین نافذه و قواعد و مقررات داخلی می باشند.
- سوابق کتبی یا الکترونیکی مریض باید به گونه ی نگهداری شوند، که تضمین کننده حفظ محرمانه مریضان باشند.
- خدمات باید از پالیسی ها در مورد شرایط کار مصون و روش ها برای مدیریت حالات غیرمصون برخوردار باشند.
- قضایای نقص از حقوق مریض توسط هر یک از کارمندان باید ارزیابی و مستندسازی شوند و در سوانح کارمندان درج گردد و در برابر آن اقدامات مقتضی صورت گیرد.
- تدای تخصصی کوتاه مدت مریضان داخل بستر برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، باید صرف توسط کارمندانی که از شایستگی لازم و مجوز های مربوطه برخوردار باشند، انجام یابند. (مثلاً از لحاظ طبی، روانی، روانی درمانی، اجتماعی و آموزشی).

۵.۱.۴. تدای تخصصی درازمدت یا مسکونی

توضیح:

تدای درازمدت یا مسکونی معمولاً خدماتی را برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر یا سایر مواد، که در یک محیط مشترک با سایر افرادی که شرایط صحت مشابه به سر میبرند، فراهم می نماید. این افراد تعهد واضح به اجتناب از مصرف مواد مخدر، الکل و سایر مواد روان گردان (Psychoactive) دارند. آنها در یک تسهیل مسکونی اقامت داشته و در یک برنامه جدی روزمره شرکت می ورزند. این برنامه ها ارائه کننده مداخلات مختلف بوده که در موقعیت های گوناگون عرضه می گردند. اینها می توانند دربر گیرنده مداخلات آتی باشند: جلسات جامعه و کار گروهی، مداخلات روانی - اجتماعی انفرادی، مداخلات روانی - اجتماعی خانواده گی، کمک های متقابل و خودیاری یا کمک خودی، سهمگیری فعال در زنده گی اجتماعی، فراگیری مهارت های زنده گی و آموزش های فنی - حرفوی. شمولیت در برنامه تدای عمدتاً مستلزم رعایت قواعد و مقررات تسهیلات تدای می باشد.

تدای درازمدت یا مسکونی از محل بودوباش حمایت شده که معمولاً به عنوان یک مداخله فراهم نمودن مسکن عاری از مداخلات تدای داخل تسهیل، شناخته می شود، متفاوت می باشد، هرچند امکان دارد ساکنین محل در برنامه های تدای سراپا شرکت ورزند. افزون بر آن، تسهیلات تدای درازمدت یا مسکونی با مراکز اجباری و توقیفگاه های که در آن مصرف کننده گان مواد مخدر در حالت حبس بدون رضایت به سر میبرند و معمولاً فاقد ارزیابی تشخیصیه و تدای مبتنی بر شواهد و معیارات اخلاقی برای تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می باشد، متفاوت می باشند.

اقامت درازمدت در یک تسهیل مسکونی یا شفاخانه (معمولاً برای مدت سه ماه و بعضاً بیشتر از آن، با توجه به نیازمندی های مریض) مریضان را در راستای دوری جستن از یک محیط خسته کننده و سترس زا که امکان دارد در مصرف مواد مخدر آنها نقش داشته باشد، یاری می رسانند. محیط تدای "عاری از مواد مخدر" به منظور این طرح ریزی گردیده است تا میزان مواجه شدن با عوامل سببی تشدید کننده رفتار های جستجوی مواد مخدر را کاهش بخشند و مریضان یا ساکنین را در راستای پایداری اجتناب از مصرف مواد مخدر و تلاش در راستای بهبود و بهبودی کمک نمایند. هرچند مدل های سنتی تدای مسکونی درازمدت تنها شامل روش های تدای روانی - اجتماعی می باشند، اما رویکرد های مدرن می توانند شامل استفاده از ادویه جات به منظور کاهش تمایل/اشتیاق به مصرف مواد مخدر و تدای اعراض روانی همزمان باشند.

برنامه های درازمدت مسکونی، علی الخصوص جوامع درمانی (Therapeutic Communities)، در واقع از تمام ساکنین مرکز که تحت پوشش برنامه متذکره قرار دارند، به شمول سایر ساکنین، کارمندان و فرصت های اجتماعی، به عنوان عناصر فعال تداوی و مدیریت بهبودی استفاده به عمل می آورند. برنامه های تداوی درازمدت مسکونی دارای قواعد و فعالیت های می باشند که به منظور کمک به ساکنین در راستای انکشاف مهارت های مدیریت خودی طرح ریزی گردیده اند. این برنامه ها مریضان یا ساکنین را کمک می نمایند تا مهارت های لازم را برای کنترل و سوسه/اشتیاق به مصرف مواد مخدر و وقایع از عود مصرف مواد مخدر، بهبود کنترل انگیزه ناگهانی، تأخیر در لذت و عیش و بالاخره انکشاف مهارت های جدید ارتباطات/مفاهمه بین فردی، کسب نمایند. افزون بر آن، برنامه های متذکره افراد مورد نظر را در راستای انکشاف مهارت های حسابداری، مسئولیت پذیری شخصی و توانایی های مبارزه با سترس و بهبود عزت نفس کمک می نمایند. تسهیلات تداوی مسکونی در واقع فراهم کننده خدمات جامع می باشند، منجمله برنامه های آموزشی مهارت های فنی - حرفوی، برنامه های آموزشی اشتغال یابی، حمایت روانی - اجتماعی و در برخی موارد تداوی اختلالات صحت روانی.

محیط جدی و حمایت کننده که مریضان آنرا در تسهیلات مسکونی تجربه می نمایند، در واقع قادر به این است تا پاسخدهی مناسب را در برابر سابقه شخصی آنها که معمولاً متصف با مراقبت ضعیف والدین، به فراموشی سپردن آنها از لحاظ عاطفی، سو استفاده جسمی و یا جنسی، تراوما، خشونت بین فردی و محرومیت اجتماعی می باشد، فراهم نماید.

جمعیت مورد هدف

برنامه های تداوی درازمدت یا مسکونی برای افرادی که در زمان شمولیت در برنامه از مواد مخدر استفاده نمی کنند، اما برای رسیده گی به مشکلات مغلق صحتی و روانی - اجتماعی مترافق با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، نیاز به تداوی و مراقبت جدی و دوامدار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دارند، خیلی ها مساعد می باشد. اینها شامل افرادی می باشند که پس از مدیریت ترک مصرف مواد مخدر توسط تسهیلات سرایا یا داخل بستر، واقعاً با مصرف مواد مخدر وداع نموده اند. ممکن آنها در پایداری اجتناب از مصرف مواد مخدر در تسهیلات جامعه و یا تداوی سرایا با مشکلات جدی روبرو شوند و خواهان اشتراک داوطلبانه در یک برنامه مسکونی ساختار یافته باشند. این در واقع برای آنها یک فرصت مناسب است، تا در عرصه های مختلف زنده گی خویش تغییرات را آغاز نمایند و مهارت های جدید را برای کمک به روند بهبودی خویش فرا گیرند، تا در نتیجه کیفیت زنده گی و ادغام اجتماعی آنها بهبود قابل ملاحظه کسب نمایند.

خدمات تداوی مسکونی به گونه وصفی برای افراد ذیل توصیه می گردند:

- افرادی که مبتلا به اختلالات شدید ناشی از مصرف مواد مخدر (یا مصرف مواد مخدر متعدد) بوده و پروسه های آموزش، اشتغال و ادغام اجتماعی آنها را متأثر می سازند.
- افرادی که مبتلا به اختلالات شدید همزمان جسمی و روانی بوده و مصونیت و سلامتی آنها را در خارج از یک محیط ساختار یافته متأثر می سازند (و افرادی که معمولاً به خدمات داخل بستر در شفاخانه نیاز دارند).
- افراد دارای تاریخچه تداوی ناموفق، که در برابر مداخلات پاسخ نداده باشند و یا پس از تداوی کوتاه مدت داخل بستر و یا سرایا، عود متکرر مصرف مواد مخدر را تجربه می نمایند.
- افرادی که از منابع شخصی و / یا اقتصادی محدود برخوردار اند (به شمول درآمد و مسکن).
- افرادی که از مشکلات اجتماعی و خانواده گی و حمایت اجتماعی محدود برخوردار می باشند.
- افرادی که از لحاظ اجتماعی تجرید و یا محروم گردیده اند.
- افرادی که باید برای دستیابی به اهداف تداوی، محیط و فاصله خویش را تغییر دهند و خویشتن را از شبکه های اجتماعی و گروه های مرتبط با فعالیت های مربوط به مصرف مواد مخدر دور نگهدارند.
- افرادی که میخواهند به شکل داوطلبانه از مصرف مواد مخدر اجتناب ورزند، نیازمندی های خویش را تشخیص دهند و برای ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در سبک زنده گی و کسب مهارت های جدید در یک محیط مسکونی آماده شوند.

اهداف

هدف اساسی تداوی درازمدت یا مسکونی عبارت از کاهش میزان خطر برگشت فعال به مصرف مواد مخدر، پایداری اجتناب از مصرف مواد مخدر، بهبود صحت و فعالیت های فردی و اجتماعی و بالاخره تسهیل بخشیدن بهبودی و ادغام مجدد اجتماعی می باشد. مقاصد ویژه تداوی درازمدت مسکونی قرار ذیل اند:

- کاهش میزان خطر عود مصرف مواد مخدر.
- انکشاف مهارت ها برای مبارزه با تمایل/اشتیاق به مصرف مواد مخدر و عوامل سترس زا در زنده گی عاری از مواد مخدر.
- فراهم نمودن تداوی و مراقبت برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و اختلالات روانی مترافق با آن، با استفاده از تداوی روانی - اجتماعی و در برخی تسهیلات تداوی دواپی.
- بهبود سلامتی، فعالیت های فردی و اجتماعی، به شمول فعالیت های محیط کاری.
- انکشاف روابط مؤثر بین افرادی با سایر افراد و مهارت های ارتباطات مورد نیاز برای ایجاد شبکه همتایان که مواد مخدر مصرف نمی کنند.
- ایجاد یک محیط سالم خانواده و روابط درون خانواده، به شمول پیوند والدین و طفل.
- ادغام مجدد در جامعه و تسهیل بخشیدن روابط اجتماعی.
- کسب مهارت های اجتماعی جدید و اعتماد به نفس و تمجید رفتار های مثبت.
- اختیار نمودن یک سبک زنده گی سالم، به شمول تغذی مناسب، خواب / بیداری عادی و منظم، نظارت منظم از صحت و سلامی و پابندی به تداوی.
- تعلیمات پیشرفته و انکشاف مهارت های فنی - حرفوی برای دستیابی به کنترول تدریجی بالای زنده گی خویش، پس از تکمیل شدن تداوی.

مدل ها و عناصر

برنامه های تداوی درازمدت می توانند از لحاظ رویکرد های تداوی از همدیگر متفاوت باشند. مریضان باید از مصرف مواد مخدر اجتناب ورزند و در صورت نیاز، باید برای سندروم قطع دواپی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) تداوی لازم دریافت نمایند. این را می توان در عین تسهیل تداوی و یا در تسهیلات تداوی تخصصی داخل بستر و سراپا، در مطابقت با بخش های مربوطه سند هذا عرضه نمود (لطفاً به بخش ۳.۲.۴. مراجعه نمایید).

انواع مختلف مدل های تداوی درازمدت مسکونی که در تسهیلات مختلف ارائه می گردند.

- این تسهیلات شامل مراکز تداوی مستقل درازمدت مسکونی و یا واحد های بهبودی بوده که به طور مشخص برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر ایجاد گردیده اند. واحد های متذکره تمایل به داشتن فلسفه ها یا رویکرد های تداوی مشخص دارند، که در واقع از همدیگر مجزا نمی باشند. فلسفه ها یا رویکرد ها شامل جوامع رسمی درمان کننده، برنامه های کمک های متقابل ۱۲ مرحله ای، برنامه های ایمان محور و روحانی و برنامه های فنی - حرفوی می باشند.

■ ممکن برنامه های مبتنی بر شفاخانه (به گونه وصفی در یک وارد یا ساختمان اختصاصی یک شفاخانه صحت روانی) صرف بالای مریضان مصرف کننده مواد مخدر و یا مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (یا مواد مخدر متعدد) و اختلالات روانی همزمان آن تمرکز داشته باشند. چنین برنامه ها می توانند جوامع درمان کننده یا برنامه های بهبودی شفاخانه را احتوا نمایند و ممکن حاوی هر دو نوع مداخلات دواپی و روانی - اجتماعی باشند.

افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که در حالت حبس به سر میبرند، می توانند از برنامه های تداوی درازمدت مسکونی مبتنی بر تسهیلات زندان مستفید گردند. این خدمات می توانند در چهارچوب برنامه جوامع درمان کننده (Therapeutic Communities. (TC) و یا برنامه های مشخص بهبودی برای مجرمین مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، به گونه وصفی در یک بخش اختصاصی زندان، تنظیم و ارائه گردند. لطفاً برای دریافت معلومات مفصل در مورد تداوی افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند، به بخش ۳.۵ مراجعه نمایید.

پذیرش یا شمولیت: Admission

انواع مختلف برنامه های تداوی درازمدت یا مسکونی می توانند از معیارات مختلف پذیرش یا شمولیت برخوردار باشند. تمام برنامه ها باید مطالبات داوطلبانه و یا رضایت مریض را برای شمولیت در تداوی در چهارچوب یک برنامه درازمدت مسکونی مدنظر داشته باشند. یکعه خدمات ممکن از مریض مطالبه نمایند تا به واحد مورد نظر مراجعه نماید و توسط گروه جامعه مورد پذیرش قرار گیرد. در خدمات دیگر، تصمیم گیری در این زمینه می تواند به کارمندان و مریض بستگی داشته باشد.

برای حصول اطمینان از داوطلبانه بودن شمولیت یا پذیرش، هر برنامه باید از یک پالیسی کتبی برخوردار باشد و مریض باید این موضوع را با رضایت کتبی خویش تأیید نماید. چنین پالیسی باید معیارات واجد شرایط بودن و غیرواجد شرایط بودن را به شکل واضح بیان نماید. علاوه بر آن، برنامه ها باید از یک طرز العمل تحریری اخذ / جهت گیری برخوردار باشند و باید بالای تمام ساکنین که وارد تداوی می شوند، اعمال گردد. در هنگام شمولیت یا پذیرش، باید ساکنین جدید آگاهی لازم و اسناد مربوط به برنامه، به شمول اهداف، روش ها و قواعد تداوی را دریافت نمایند. آگاهی دهی به مریضان در مورد تعهدات و حقوق آنها، حفظ محرمانیت و عدم تبعیض خیلی ها حایز اهمیت می باشد. همچنان نیاز مبرم وجود دارد تا برای مریضان در مورد نقش کارمندان، قبل از ارزیابی حضوری از یک مصاحبه ابتدایی تیلیفونی استفاده نمایند. برنامه های تداوی درازمدت مسکونی باید یک ارزیابی جامع روانی - اجتماعی و طبی نزد هر مریض تازه وارد انجام دهد، تا نیازمندی های انفرادی و مناسب بودن آنها را برای برنامه تعیین نماید. ممکن نیاز به جابجایی مریضان مبتلا به تشوشات عمده کارمندان فلسفه و قواعد اساسی برنامه پیرامون ارتباطات / مفاهمه با پایوازان و افراد خارج از برنامه معلومات کافی داده شود. به همین ترتیب لازم است تا جزئیات اداری، مانند هزینه برنامه و روش های پرداخت، مورد بحث قرار گیرند. کارمندان باید با پالیسی ها و طرز العمل های اخذ آشنایی کامل داشته باشند. در نهایت نیاز به بحث و امضای قرارداد تداوی وجود دارد، که در واقع تمام خدمات تداوی، طرز العمل ها، پالیسی ها، قواعد و توقعات مریض از برنامه در آن بازتاب یافته اند.

هرگاه قضیه طوری باشد که برنامه مورد نظر مریض احتمالی و یا ساکن/مقیم را نپذیرد، در آن صورت بدون آنکه محرمانیت مریض نقض گردد، باید به مریضان و نهاد رجعت دهنده، توضیحات جامع شفاهی و کتبی ارائه گردد. رجعت دهی مناسب نزد افرادی که در برنامه پذیرفته نمی شوند، حایز اهمیت می باشد. کارمندان که ارزیابی ها را انجام می دهند و با یک شبکه خدمات که از قبل موجود می باشد کار می کنند، باید با خدمات مناسب جاگزین رجعت دهی آشنایی کامل داشته باشند.

یکعه افرادی که از نیازمندی های ویژه تداوی و مراقبت برخوردار اند، ممکن به تسهیلات تداوی درازمدت داخل بستر جداگانه نیاز داشته باشند. آنها شامل زنان، اطفال و نوجوانان، افراد دارای تشخیص دوگانه Dual Diagnosis و اشخاص دارای معلولیت انکشافی می باشند. در صورت امکان، آنها باید به برنامه های تداوی درازمدت مسکونی دسترسی داشته باشند. لطفاً برای جزئیات بیشتر در مورد روش های سازگاری برنامه ها با جمعیت دارای نیازمندی های ویژه، به فصل پنجم مراجعه نمایید.

ارزیابی: Assessment

برخی از خدمات ممکن جسمی و روانی در تسهیلات فراهم کننده مراقبت های طبی و روانی مناسب وجود داشته باشند. این امر مستلزم توافق یا رضایت آگاهانه مریضان می باشد.

هدف جلسه ابتدایی عبارت از آشنایی کارمندان با شخص ساکن مورد نظر و بالنوبه با برنامه مسکونی می باشد. این در واقع نخستین گام در راستای ایجاد یک ارتباط یا اتحاد درمانی Therapeutic Alliance به شمار میرود. این جلسه معمولاً ساکنین احتمالی را قادر می سازد تا راجع به ورود به برنامه تصمیم اتخاذ نمایند و انتخاب نمایند که آیا ساکنین احتمالی را بپذیرند یا خیر.

پس از کسب رضایت مریض، لازم است تا در مورد نیازمندی های انفرادی و ادویه جات با نهاد های رجعت دهنده و دوکتوران معالج مریضان صحبت شود. هرگاه نیاز باشد، باید در اجندای مباحثات متذکره پلان چگونگی مدیریت ترک مواد مخدر شامل گردد.

پلان های تداوی باید بر مبنای ارزیابی های جامع، ترجیحاً با در نظر داشت ابزار و طرز العمل های ستندرد، مانند شاخص شدت اعتیاد یا (ASI) یا یک ترکیب از مصاحبه بین المللی تشخیصیه – رهنمود مصرف مواد مخدر یا (CIDI-SAM)، انکشاف یابند (برای فهرست ابزار ارزیابی به بخش ۲.۴ مراجعه نمایید).

مدنظر گرفتن ساحات ذیل در ارزیابی حایز اهمیت می باشند:

- تداوی کوتاه مدت و درازمدت قبلی و آگاهی و برداشت های از تداوی قبلی.
- صحت عمومی، به شمول نگرانی های صحی فعلی و ناتوانی های جسمی، حسی و یا عاطفی.
- صحت روانی، به شمول تاریخچه تراوما، سو استفاده (جسمی، عاطفی و جنسی) خشونت، و خطر خودکشی، فعالیت های روانی و ارتباطات/مفاهمه بین فردی موجود.
- شرایط کنونی زنده گی، به شمول محل بودباش و مسکن مصوئن و سیستم حمایت در منزل.
- زنده گی خانواده گی، به شمول روابط با خانواده اصلی (میدا)، قرابت نزدیک و اطفال وابسته.
- دوست به شمول شبکه های روابط همتایان، نفوذ مثبت و یا منفی و افرادی که از پرهیز درازمدت حمایت می نمایند.
- تعلیم و اشتغال، به شمول سابقه مکتب و وظیفه، سطح و نیازمندیهای آموزش فنی - حرفوی، درآمد (قانونی و غیره)
- مشکلات حقوقی، به شمول دست زدن به فعالیت های جرمی مرتبط با مصرف مواد مخدر.
- فعالیت های تفریحی و سرگرمی ها.

دوره درازمدت و تسهیلات مسکونی فرصت مناسبی را برای ارزیابی دوامدر و دقیقتر فراهم می نماید. همچنین زمینه را برای ارزیابی که قرار است پس از دوره ابتدایی اجتناب از مصرف مواد مخدر انجام یابد، مساعد می سازند و در نتیجه به تأثیرات چون تسمم و یا ترک مواد مخدر اجازه نمی دهند تا تشخیص اختلالات را تحت شعاع قرار دهند. افزون بر آن، می تواند اطمینان حاصل نماید که مریضان ماهیت تداوی را به صورت کامل درک نموده و قادر به توافق کامل در زمینه می باشند یا خیر. زنده گی در کنار همتایان و کارمندان نیز می تواند امکان ارزیابی دوامدار ویژه گی ها و فعالیت های مرتبط به شخصیت مریض را که در امر تطبیق تداوی انفرادی مفید واقع شده می توانند، فراهم نماید.

سهمگیری یا مشارکت در تداوی: Treatment Engagement

سطوح بلندتر سهمگیری در تداوی می تواند بالای نتایج تداوی تأثیرات مثبت بگذارند. عواملی که باعث تقویت ابقای مریضان در تداوی می شوند قرار ذیل اند:

- سطح انگیزه برای تداوی.
- میزان مصرف مواد مخدر یا الکل قبل از تداوی.
- تاریخچه تماس با سیستم عدلی و قضایی.
- قابلیت های و دوام رابطه تداوی.
- برداشت ها در مورد مفید بودن خدمات تداوی و مفید بودن تداوی.
- ابراز همدلی از جانب کارمندان.

در جریان سه هفته نخست، خاصاً در روز های نخست تداوی دراز مدت مسکونی، خطر ترک و عود مصرف مواد مخدر بیشتر می باشد. بناً، خیلی ها حایز اهمیت است تا به ساکنین مرکز توجه مناسب صورت گیرد و برای آنها مراقبت های انفرادی متمرکز بر افزایش انگیزه جهت ادامه تداوی فراهم گردند. علی الخصوص در این دوره امکان دارد شماری زیادی از ساکنین دچار تشوشات روانی شوند که در واقع با اعراض قطع دواپی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) دراز مدت (بی خوابی، اضطراب، تحریک پذیری و تمایل/اشتیاق به مصرف مواد مخدر) پیوند دارند. ممکن آنها نسبت به ترک مصرف مواد مخدر متردد باشند و سازگاری با قواعد برنامه برای آنها یک کار دشوار باشد.

برای رسیده گی به انگیزه Motivation متزلزل و تردد وعدم اطمینان Ambivalence در مورد برنامه تداوی، باید کارمندان اقدامات آتی را روی دست گیرند:

- یک فضای دوستانه و دلپذیر را فراهم نمایند.
- یک رابطه یا اتحاد تداوی مبتنی بر اعتماد را در مراحل مقدم پروسه ایجاد نمایند.
- سریعاً در برابر درخواست های تداوی پاسخ دهند، تا میزان سهم گیری مریضان را به حداکثر برسانند.
- در مورد فلسفه برنامه، توقعات، رویکرد تداوی و بهبودی، نتایج ابقا و نگهداری در تداوی و نتایج صحی و نگرانی های که ساکنین معمولاً در مراحل مقدم تداوی با آن روبرو اند، معلومات مفصل ارائه نمایند.
- بالای نگرانی های فوری مراجعه کننده تمرکز نمایند، تا اینکه بالای برنامه تاکید ورزند.
- تقویت حمایت در جریان ۷۲ ساعت نخست تداوی از طریق مشاهده دقیق، افزایش عمومی میزان ارتباطات و استفاده از Buddy System "سیستم رفیقان" (جوره شدن ساکنین جدید با یک شخص ساکن قبلی).
- انکشاف پلان ها و اهداف تداوی واقعینانه و انفرادی که بازتاب دهنده نیازمندی های مراجعه کننده باشند و با سازگاری با پیشرفت شخص موصوف انعطاف پذیری کافی داشته باشند.
- بلند بردن سطح آگاهی در مورد ناهمگونی مراجعین، خاصاً در پروسه های تداوی گروهی.
- مواظب بودن و ارج گذاشتن در تمام ابعاد برنامه تداوی، زیرا تقابل و رویارویی عمدتاً منجر به خشم و ترک تداوی در مراحل می شود.
- ارائه نظریات/بازدهی عینی در مورد مشکلات و پروسه های تغییر به منظور تقویت اعتماد و اعتبار .
- انکشاف ستراتیژی های انگیزشی که بالای هر مریض تمرکز جداگانه داشته باشد.

مداخلات تداوی:

حداقل، تداوی دراز مدت مسکونی باید فراهم کننده یک محیط عاری از مصرف مواد مخدر و الکل، حمایت روانی - اجتماعی فردی، مداخلات کمکی در راستای کسب مهارت های زنده گی و جلسات منظم گروهی مختلف باشد. اینها شامل جلسات صبحانه، گروه های فاقد تقابل و رویارویی، گروه های مبتنی بر جندر، گروه های کمک متقابل و حمایت همتایی می باشند. برنامه های مسکونی مبتنی بر شفاخانه باید مراقبت های طبی و روانی، تداوی های انفرادی و گروهی و مداخلات مرتبط به اعضای خانواده را نیز ارائه نمایند. در حالیکه برخی از برنامه های تداوی دراز مدت مسکونی صرف فراهم کننده تداوی روانی - اجتماعی می باشند، عده دیگر آنها ممکن در صورت استطباب، حمایت دواپی به شمول تداوی تعقیبیه توسط آگونست های مشتقات تریاک را فراهم نمایند.

برنامه های درازمدت مسکونی می توانند شامل روش های متعدد تداوی باشند، مانند مداخلات روانی - اجتماعی انفرادی و گروهی، آموزش مهارت های زنده گی، برنامه های فنی - حرفوی و آموزشی و فعالیت های تفریحی. مداخلات مبتنی بر شواهد که به شکل روتین در تداوی سرپا مورد استفاده قرار می گیرند، می توانند در تداوی درازمدت مسکونی نیز تطبیق گردند. روش های ویژه تداوی روانی - اجتماعی قابل تطبیق قرار ذیل اند: تداوی رفتار عاطفی، مدیریت تداوی شرطیه و تداوی افزایش انگیزه، تداوی خانواده گی یا رفتاری زوج، آموزش مهارت های اجتماعی و روش های دیگری که در بخش مداخلات تداوی (لطفاً به بخش ۲.۴ مراجعه نمایید) توضیح داده شده اند. برنامه های ساختار یافته و قایه از عود مصرف مواد مخدر در امر آماده ساختن ساکنین برای ادغام مجدد جامعه لازمی می باشند. مداخلات تداوی، مانند تداوی هنری و خلاقانه، تداوی حرکی، آرامش دادن (Meditation) و فعالیت های بدنی (مانند تمرینات و ورزش های گروهی) می توانند مریضان را در عرصه شناسایی و انکشاف فعالیت های آزاد و تفریحی جدید یاری رسانند. هرگاه ادامه یابند، می توانند مریضان از زمانیکه به جامعه برگشت می نمایند در امر دستیابی به بهبودی و بهبود حمایت نمایند. از آنجاییکه اشتغال زایی برای ادغام مجدد و بهبودی ضروری می باشد، بناً لازم است تا ساکنین از طریق آموزش، خدمات فنی - حرفوی و برنامه های آموزشی اشتغال یابی، برای کار آماده شوند. خدمات فنی - حرفوی شامل مشوره دهی پیرامون اشتغال یابی، مربیگری برای شرکت در مصاحبه اشتغال یابی، آماده ساختن خلص سوانح و همچنین خدمات ارائه درخواستی به وظیفه و استخدام در وظایف مطلوب می باشند. برنامه های آموزشی اشتغال یابی در واقع زمینه کسب مهارت ها و اعتماد به نفس را برای ساکنین فراهم می سازند. فعالیت های وظیفوی و آموزشی شامل در مداخلات تداوی توام با روش های دیگر آماده ساختن ساکنین برای ورود مجدد به جامعه می باشند. همانند سایر روش های تداوی، باید از رفتار و الفاظ نامطلوب و یا عملکرد های خجالت انگیز، جداً خودداری به عمل آید. به همین ترتیب، اجتناب از عملکرد های تنبیهی و یا وضع نمودن محدودیت ها (به شمول محدودیت های جسمی) و هرگونه مداخله دیگری که مصونیت و کرامت انسانی شخص مورد نظر را به مخاطره اندازد، یک امر ضروری می باشد.

حفظ و نگهداری اسناد و سوابق مریض: Patient Documentation

اسناد و سوابق کتبی و الکترونیکی مریض باید به گونه محرمانه در یک مکان مصون نگهداری شوند و باید صرف کارمندی که مستقیماً در تداوی آنها نقش دارند، به آن دسترسی داشته باشند. حفظ و نگهداری مناسب اسناد و سوابق باید حداقل شامل موارد ذیل باشد:

- توافق کتبی و امضا شده برای تداوی و رضایت در مورد قواعد برنامه.
- پالیسی کتبی و امضا شده حفظ حریمیت و معیارات اخلاقی.
- ارزیابی مریض.
- پلان های تداوی و مدیریت برای هر یک از ساکنین.
- بررسی های منظم و یا تجدیدنظر پلان های تداوی با جزئیات تداوی، پیشرفت ها و هرگونه تغییر در راستای دستیابی به اهداف تعیین شده.
- سوابق مرخصی مریض توام با معلومات فشرده در مورد تداوی مریض.

مدت دوام تداوی: Length of the Treatment

تداوی درازمدت مسکونی، با در نظر داشت نیازمندی های مریض، باید حداقل برای سه ماه و یا احتمالاً مدت بیشتر از آن ادامه یابد. یک تداوی که از مدت و شدت کافی برخوردار باشد، در واقع چانس فرد ساکن را در امر استقرار و درک هرگونه تغییر رفتاری و آماده گی وی برای زنده گی عاری از مواد مخدر در جامعه مورد نظر، به گونه چشمگیر افزایش می بخشد. مدت دوام تداوی لازم برای دستیابی به این هدف نزد هر فرد ساکن متفاوت می باشد.

مرخص نمودن مریضان و پیگیری آنها: Discharge and Follow up

عده کثیری از مریضان پس از مرخص شدن از تداوی درازمدت مسکونی، در واقع به حمایت دوایی و روانی - اجتماعی دوامدار نیاز دارند. برای پیگیری افراد پس از مرخصی، لازم است تا زمینه مدیریت مؤثر رجعت دهی به مراقبت های بعدی (یا مراقبت دوامدار) وجود داشته باشد. لطفاً برای دریافت معلومات بیشتر در مورد مدیریت بهبودی یا بهبود، به بخش ۶.۲.۴ مراجعه نمایید.

استخدام: Staffing

استخدام در تسهیلات تداوی درازمدت یا مسکونی بستگی به انواع خدمات و کتگوری های مریضان دارد. با در نظر داشت وسعت پوشش و حجم برنامه تداوی، ارائه مراقبت های مطلوب عمدتاً مستلزم یک تیم چند رشته یی متشکل از متخصصین و رضاکاران آموزش دیده می باشد.

جوامع درمان کننده و سایر خدمات تداوی درازمدت مسکونی به درجات مختلف نظارت طبی نیاز دارند. دوکتوران معالج به شمول متخصصین روانی، در صورت امکان، باید هر هفته برای چند ساعت معین به شکل (On Call) قابل دسترس باشند. تسهیلات تداوی مسکونی برای افراد مبتلا به تشوشات شدید همزمان، نیاز دارند تا در طول روز در داخل تسهیلات متذکره از امکانات خدمات مراقبت های طبی برخوردار باشند و باید خدمات متذکره از طرف شب به شکل (On Call) ارائه گردند.

مشاورین، پرستاران و کارکنان اجتماعی باید همیشه در بخش های مورد نظر برنامه حضور داشته باشند. ساکنین اسبق و افرادی که در حال بهبودی از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر قرار دارند و به مثابه کارمندان فعالیت می نمایند، می توانند الگو های خوبی برای ساکنین موجود باشند. ترجیحاً آنها باید خارج از یک برنامه تداوی فعالیت نمایند و به عنوان مشاورین و یا کارمندان گروهی آموزش های مسلکی دریافت نموده باشند. برای افراد مسلکی که در یک برنامه درازمدت مسکونی شروع به فعالیت می نمایند، توصیه می شود تا قبل از استخدام یا بلافاصله پس از آن، اوقات خویش را در برنامه صرف نمایند.

توجه و مراقبت از مصونیت: Safety Consideration

تمام برنامه های تداوی مسکونی باید شرایط مصون را برای کارمندان و ساکنین فراهم نمایند، تا آنها بتوانند از لحاظ روانی و جسمی از زنده گی و محیط آموزشی مطمئن برخوردار باشند.

محیط و شکل ظاهری یک تسهیل ارائه کننده برنامه مورد نظر از اهمیت فراوان برخوردار است، زیرا امکان دارد ساکنین برای چندین ماه در برنامه باقی بمانند. تسهیل متذکره باید به یک منزل شباهت داشته باشد نه اینکه مانند یک زندان و یا شفاخانه باشد. تطبیق مقررات ممنوعیت مصرف الکل و مواد مخدر و پایداری آن، در تسهیل یاد شده یک امر ضروری می باشد. اما، ساکنین نیاز دارند تا مصرف ادویه جات روان گردان (Psychoactive) تجویز شده را مانند ادویه جات ضد افسرده گی، میتادون و یا بیوپرینورفین که تحت نظارت طبی در تداوی اختلالات روانی یا اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار می گیرند، متوقف نسازند، مگر اینکه از لحاظ طبی مورد استعمال باشد. طرز العمل های ادویه جات به شمول طرز العمل های واضح ذخیره سازی، توزیع و تجویز ادویه جات، باید برای مدیریت ادویه جات تجویز شده در اختیار قرار داشته باشند.

رفتار غیرمجاز، مانند مصرف مواد مخدر یا الکل، خشونت، سرقت و فعالیت های جنسی میان ساکنین، ممکن منجر به حذف آنها از برنامه مورد نظر شود. معاینه یا سکریننگ توکسیکولوژی (Toxicology) ادرار، که به شکل منظم نزد ساکنین پس از مرخصی مؤقت و در صورت مشکوک بودن به مصرف مواد مخدر انجام میابد، می تواند در حفظ پایداری محیط عاری از مواد مخدر ممد واقع شود. لازم است تا طرز العمل ها برای گزارش دهی و مدیریت رویداد های غیر مصون مانند سو استفاده جسمی و یا جنسی روی دست گرفته شوند. به همین ترتیب باید روش های واضح برای رسیده گی به

نقض و تخلف از قواعد و ارزش های برنامه با در نظر داشت همخوانی آنها با شرایط ویژه، قابل دسترس باشد. تماس با پایوان، خاصاً در مراحل مقدم تداوی باید محدود، تحت کنترول و تحت نظارت باشد.

هرگاه شخص مرخص گردد و یا به خاطر دریافت تداوی بستری نشود، باید در مورد چگونگی تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) و دریافت معلومات در مورد سایر گزینه های تداوی، حمایت و مراقبت به وی آگاهی لازم داده شود.

معیارات برای تکمیل نمودن برنامه و شاخص های مؤثریت آن:

ارزیابی مؤفقییت فرد در تداوی و آماده گی وی برای مرخص شدن، باید عوامل مختلف را مدنظر داشته باشند، که قرار ذیل ارائه گردیده اند:

- صحت جسمی و روانی.
- انگیزه برای ادامه تداوی و حفظ پایداری بهبودی پس از مرخص شدن مریض.
- توانایی و انگیزه کار کردن، تحصیل کردن و کمک به جامعه.
- بهبود مهارت های مدیریت خودی و توانایی غلبه بر احساسات.
- درک عوامل و محرک های که ممکن در مصرف مواد مخدر و عود مصرف مواد مخدر نقش داشته باشند و بالاخره توانایی مشهود درک آنها و قابلیت کنترول تمایل/اشتیاق به مصرف مواد مخدر.
- بهبود ارتباطات و عملکرد های اجتماعی و تمایل به دوری جستن از شبکه های مصرف کننده مواد مخدر و گرایش به سمت شبکه های اجتماعی که به اجتناب از مصرف مواد مخدر و بهبودی اهمیت قایل اند.
- انکشاف مهارت ها، سرگرمی ها و علایق جدید که می توان آنها را پس از مرخص شدن نیز ادامه داد.

عده ای از برنامه های تداوی درازمدت مسکونی در واقع یک مرحله تداوی انتقالی یا ورود مجدد را برای آماده ساختن ساکنین برای مرخص شدن، ارائه می نمایند. در این مرحله ممکن ساکنین به تدریج زمان بیشتری را در خارج از جامعه (به منظور جستجوی تحصیل یا اشتغال) سپری نمایند و در عین حال منحیث ساکنین در برنامه شرکت ورزند. این یک دوره تماس های گسترده با جامعه وسیعتر می باشد، در حالیکه ساکنین هنوز هم از مصونیت، ثبات و حمایت ارائه شده توسط خدمات برنامه مستفید می شوند. این در واقع به آنها اجازه می دهد تا مهارت های تازه کسب شده خویش را در عمل پیاده نمایند و حالت اجتناب از مصرف مواد مخدر را پایدار نگهدارند، روابط جدید برقرار نمایند و شبکه های دوستی حمایت کننده ایجاد نمایند و در صورتیکه مناسب باشد با خانواده اصلی (بومی) خویش روابط مجدد برقرار نمایند. فعالیت های عمومی و مؤثریت یک برنامه تداوی درازمدت مسکونی را می توان با ترکیبی از شاخص های پروسه (به شمول اینکه کدام خدمات ارائه گردیده اند و کدام اهداف توسط مریضان در جریان دوره تداوی به دست آمده اند) و اقدامات عینی مرتبط به نتایج درازمدت مریضان پس از مرخص شدن آنها، مورد ارزیابی قرار داد.

این شاخص ها ممکن شامل مریضانی باشد که:

- تداوی را تکمیل نموده باشند.
- پس از مرخص شدن در تداوی تعقیبیه و یا مدیریت بهبودی سهیم گردیده باشند، به عنوان مثال، نسبت مریضانی که پس از مرخص شدن در تداوی تعقیبیه سهیم می شوند.
- تداوی کامل و حفظ پایداری اجتناب از مصرف مواد مخدر در دوره تعقیبیه (مثلاً در فواصل شش ماهه)، که توسط گزارشات خودی و سایر شاخص های (Markers) بهبودی به اثبات میرسند.

نیازمندی ها و شرایط کلیدی برای تسهیلات تداوی درازمدت یا مسکونی:

- تسهیل تداوی مسکونی درازمدت از یک برنامه تداوی پلانگذاری شده برخوردار می باشد.
- نزد تمام مریضان یک ارزیابی جامع صورت می گیرد.
- تمام مریضان بر مبنای یافته های ارزیابی آنها، از یک پلان تداوی انفرادی تحریری برخوردار اند که به شکل منظم مورد بررسی قرار می گیرد.
- یک تقسیم اوقات روزمره منظم و سازگار با فعالیت های گروه مورد نظر در اختیار قرار دارد.
- برنامه تداوی از زنجیره واضح حسابدهی کلینیکی برخوردار است.
- امتیازات از وضاحت لازم و منطقی برخوردار بوده و پروسه ی برای تخصیص آنها وجود دارد.
- خدمات مسئولیت بهبود و حفظ سلامتی جسمی مریض را بر عهده می گیرد.
- پالیسی ها، طرز العمل ها و نظارت کلینیکی کافی برای تداوی دوائی و مدیریت ادویه جات تجویز شده وجود دارد.
- خدمات به منظور آماده ساختن ساکنین برای زنده گی مستقل در جامعه فراتر، مجهز می باشند.
- مراقبت ها راجستر شده منازل و سایر تسهیلات تداوی درازمدت از حداقل استندرد های ملی برای تسهیلات مسکونی برخوردار می باشند.
- معیارات مشخص شده ی برای اخراج مریضان، به شمول موارد دیگر، در عرصه سرپیچی از قواعد و مقررات خدمات تداوی، خشونت و ادامه مصرف مواد مخدر تجویز نشده، وجود دارند.
- مقررات اخلاق مسلکی سختگیرانه برای کارمندان وجود دارد. توصیه می شود تا یک هیئت مدیره خارجی ایجاد گردد تا بتواند نظارت را انجام دهند، در نتیجه اطمینان حاصل گردد که مدیران و کارمندان تسهیلات تداوی درازمدت مسکونی از عملکرد ها و معیارات اخلاقی به درستی پیروی می نمایند و به هیچ وجه قادر به سوء استفاده از صلاحیت های وظیفوی خویش نمی باشند.
- معیارات مشخص برای مدیریت شرایط ویژه مخاطره آمیز (مانند تسمم و خطر خودکشی) وجود دارند.
- پروسه مرخص نمودن مریض با در نظر داشت وضعیت بهبودی مریض انجام می یابد.
- به تداوی فراتر و حمایت های (خانواده گی، اجتماعی و غیره) که ممکن با در نظر داشت تشخیص، اهداف و منابع مریض نیاز باشند، توجه صورت می گیرد.
- پلان های مراقبت بررسی گردیده اند که می توانند کانال های بدیل را مشخص سازند که امکان دارند در صورت ناکامی قسمی و یا کامل پلان اصلی، یا اخراج مریض از خدمات تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، تعقیب گردند.
- خدمات از پالیسی ها در مورد شرایط کار مصون و روش ها برای مدیریت حالات غیرمصون برخوردار می باشند.
- ساختار و سیستم مدیریتی مشخص گردیده است و موقف های انفرادی و شایستگی های مشخص شده برای کارمندان را به وضاحت بیان نموده اند. و اطمینان حاصل می گردد که روش های گزینش، استخدام و آموزش کارمندان در مطابقت با قوانین نافذ و اصول و قواعد داخلی طرح ریزی و تطبیق می گردند.
- اسناد و سوابق کتبی یا الکترونیکی مریض به شکلی نگهداری می شوند، که تضمین کننده حفظ حریمیت مریضان می باشد.
- قضایای تخلف از حقوق مریض توسط هر یک از کارمندان، مستندسازی شده و در سوانح کارمندان درج میگردند و در برابر آن اقدامات مقتضی صورت می گیرد.
- تداوی تخصصی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، صرف توسط کارمندانی که از شایستگی لازم و مجوز های مربوطه برخوردار باشند، انجام می یابند. (مثلا از لحاظ طبی، روانی، روانی درمانی، اجتماعی و آموزشی) و همواره با رضایت مریض انجام می شوند.

۲.۴ روش ها و مداخلات تداوی

۱.۲.۴ غربالگری یا سکریننگ، مداخلات مختصر و رجعت دهی به تداوی:

توضیح:

غربالگری یا سکریننگ، مداخلات مختصر و رجعت دهی به تداوی یا سکریننگ و مداخلات مختصر، عبارت از مداخلات مبتنی بر شواهد بوده که به منظور شناسایی، کاهش و جلوگیری از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، علی الخصوص در تسهیلات صحتی فاقد تخصص در عرصه تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مورد استفاده قرار می گیرند (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۶). تمام کارمندان صحتی می توانند از برنامه آموزشی SBIRT مستفید گردند، خاصاً کارمندانی که در بخش رسیده گی به جمعیتی دارای شیوع بلند مصرف مواد مخدر و یا افرادی مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، فعالیت می نمایند.

غربالگری یا سکریننگ:

معاینه یا سکریننگ عبارت از یک پروسه مختصر بوده که به منظور شناسایی شاخص ها برای موجودیت یک حالت خاص، تطبیق می گردد. این شاخص ها در واقع ارائه کننده نیازمندی فرد به تداوی بوده و تعیین کننده این می باشد که آیا نیاز به یک ارزیابی عمومی وجود دارد یا خیر (SAMHSA، سال ۲۰۱۵). ابزار معاینه یا سکریننگ مورد استفاده برای این اهداف را می توان به دو دسته تقسیم نمود:

- ابزار گزارش خودی (مصاحبه ها، پرسشنامه گزارش خودی).
- شاخص های (Markers) بیولوژیکی (تعیین سویه الکل در خون، موجودیت مواد مخدر در افرزات دهن، سیروم خون و یا ادرار).

مزیت ابزار گزارش خودی در واقع عدم ایجاد ممانعت و ارزان بودن آن است. یک ابزار عالی و مناسب معاینه یا سکریننگ گزارش خودی باید مختصر باشد، تطبیق و تعبیر آن آسان باشد، از ویژه گی رسیده گی به مشکلات ناشی از مصرف الکل و سایر مواد مخدر برخوردار باشد، بر مبنای اساسات کلینیکی استوار باشد و به همین ترتیب به اندازه کافی مشخص باشد، تا بتواند افرادی را شناسایی نمایند که به مداخله مختصر یا رجعت دهی به تداوی نیاز دارند. به منظور بلند بردن میزان دقیق بودن یک ابزار گزارش خودی، حصول اطمینان از حفظ محرمانیت مریض، انجام مصاحبه با وی در یک تسهیل دارای ویژه گی تشویق کننده گزارش شدهی صادقانه و پرسیدن سوالات واضح و عینی از آنها، از اهمیت فراوان برخوردار است.

از ابزار معتبر متعدد برای معاینه یا سکریننگ اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر استفاده به عمل می آید. این ابزار شامل آزمایش معاینه یا سکریننگ الکل، دود کردن سگرت و مواد مخدر یا (ASSIST) می باشد که در واقع یک ابزار معاینه یا سکریننگ مبتنی بر شواهد بوده که توسط سازمان صحتی جهان تهیه و توصیه گردیده است. آزمایش معاینه یا سکریننگ الکل، دود کردن سگرت و مواد مخدر یا (ASSIST) شامل هشت پرسش در مورد مصرف الکل، تنباکو و مواد مخدر است (به شمول مصرف مواد مخدر زرقی). پرسش های متذکره مصرف مخاطره آمیز، مضر و یا وابستگی را نزد شخص مورد نظر مشخص می سازند. ابزار متذکره به طور مشخص برای تسهیلات مراقبت های اولیه انکشاف داده شده است و برای انجام مصاحبه و یا تکمیل نمودن توسط خود شخص توصیه می شود.

به تعقیب معاینه یا سکریننگ، می توان از ابزار اضافی برای دستیابی به ارزیابی دقیقتر مریضان استفاده به عمل آورد و شاخص شدت اعتیاد یا (ASI) را در آن شامل نمود (مک لیلان، لوبورسکی و وودی، سال ۱۹۸۰)، که در واقع شدت مصرف مواد مخدر و سایر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و مشکلات همزمان به آنرا مورد ارزیابی قرار می

دهند. (به شمول تشویشات صحت روانی، جسمی و مسائل خانواده گی). زمانیکه مریض در مرحله ترک حاد مصرف مواد مخدر قرار نداشته باشد، در آن صورت می توانیم یک مصاحبه ساختار یافته را برای اختلالات روانی مدنظر داشته باشیم. ابزار مورد نظر برای این کار عبارت از مصاحبه مختصر بین المللی عصبی – روانی (Neuropsychiatric) که مخفف (MINI Mini International NeuroPsychiatric Interview) می باشد (شاهین و همکاران وی، سال ۱۹۹۸، شاهین، سال ۲۰۱۶)، مصاحبه کلینیکی ساختار یافته برای DSM-5 یا (Structured Clinical Interview SCID) (فرست و همکاران وی، سال ۲۰۱۵) و مصاحبه بین المللی تشخیصیه – رهنمود مصرف مواد مخدر یا (CIDI-SAM) (کاتلر، سال ۲۰۰۰) می باشند. ابزار متذکره به ویژه برای تشخیص اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و شناسایی تشویشات روانی همزمان سودمند می باشند.

در حالیکه شاخص های (Markers) بیولوژیکی ممکن در چهارچوب SBIRT مفید باشند، اما زمانیکه یک مریض قادر به پاسخ دادن در یک مصاحبه حضوری نباشد (مثلاً زمانیکه در بخش مراقبت های جدی در حالت ضیاع شعور قرار دارد)، به منظور دستیابی به نتایج معاینه یا سکریننگ، به معلومات لازم نیاز است. اما، استفاده از ابزار معاینه یا سکریننگ گزارش خودی نزد مریضانی که از حالت شعوری خوب برخوردار اند، ترجیح داده می شود.

مداخله مختصر: Brief Intervention

یک مداخله مختصر در واقع عبارت از یک تداوی ساختار یافته می باشد که زمان کوتاه را دربر می گیرد (عمدتاً مدت ۵ الی ۳۰ دقیقه) و هدف آن کمک رسانیدن به شخص مورد نظر در راستای ترک و یا کاهش مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) و یا (در حالات کمتر معمول) مقابله با سایر مشکلات زنده گی، می باشد. مداخله متذکره عمدتاً برای دوکتوران معالج و سایر کارکنان مراقبت های صحتی اولیه طرح ریزی گردیده است (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۱، سازمان صحتی جهان ۲۰۱۰b). با پیروی از یک رویکرد متمرکز به مراجعه کننده و مبتنی بر توانایی، مریضان توانمند می شوند و انگیزه دریافت می نمایند تا مسئولیت را بپذیرند و در نتیجه سلوک مصرف مواد خویش را تغییر دهند. هرگاه نیاز باشد و قابل دسترس باشد، مداخلات مختصر می توانند برای یک یا دو جلسه گسترش یابند، البته به منظور کمک به مریضان در راستای انکشاف مهارت ها و منابع مورد نیاز برای تغییر و یا برای فعالیت های تعقیبیه که به منظور ارزیابی نیاز به تداوی بیشتر، انجام میابند.

یک مداخله مختصر مؤثر به چندین مرحله اساسی نیاز دارد. در ابتدا، کارمند صحتی بحث مصرف مواد مخدر را با در نظر داشت صحت و سلامتی مریض و چگونگی ارتباط این مسئله با حالتی که در آن قرار دارند، خاطر نشان می سازند. بحث بالای مریض متمرکز می باشد، البته با استفاده از ستراتیژی های چون خلاصه سازی و گفتمان به منظور ابراز نظر یا فیدبک. از مریضان مطالبه صورت می گیرد تا راجع به تغییر حرف بزنند و اهداف واقعینانه تعیین نمایند. جلسه با نتیجه گیری کارمند صحتی و ابراز نظر یا فیدبک مثبت به منظور توانمندسازی مریضان برای مسئولیت پذیری در برابر تغییر سلوک و رفتار آنها، به پایان می رسد.

عناصر مداخلات مختصر مؤثر را می توان در چهارچوب اصطلاح یا سرواژه FRAMES خلاصه نمود:

- بازخورد (Feedback) که راجع به خطرات و یا صدمات شخصی به افراد ارائه می گردد.
- مسؤلیت (Responsibility) برای تغییر مریض مسؤلیت به عهده میگرد .
- توصیه (Advice) به منظور وارد نمودن تغییرات، که عمدتاً از جانب یک عرضه کننده خدمات صحتی ارائه می گردد.
- مینو (Menu) مساعدت های خودی بدیل و یا گزینه های تداوی، که برای مریض ارائه می گردد.
- سبک همدلی (Empathic style) در مشوره دهی مورد استفاده قرار می گیرد.
- موثریت خودی (Self-efficacy) و یا توانمندسازی مثبت گرا نزد مریض تقویت می گردد.

سازمان صحتی جهان رویکرد ۹ مرحله ای ذیل را برای مداخلات مختصر متعاقب معاینه یا سکریننگ ASSIST توصیه می نماید (سازمان صحتی جهان، ۲۰۱۰b):

- استجواب از مراجعین که آیا علاقه دارند تا نمرات پرسشنامه Assist خویش را مشاهده نمایند.
- ارائه ابراز نظر یا فیدبک شخصی به مراجعین در مورد نمرات آنها، با استفاده از کارت ابراز نظر یا فیدبک ASSIST.
- مشوره دهی در مورد چگونگی کاهش میزان خطر مترافق با مصرف مواد مخدر.
- قادر ساختن مراجعین به مسئولیت پذیری نهایی در مورد تصامیم شان.
- پرسیدن از مراجعین در مورد اینکه تا کدام حد نگران نمرات خویش هستند.
- ارزیابی خوبی های که در نحوه مصرف مواد مخدر به چشم میخورند در مقایسه با موارد کمتر خوب در مورد مصرف مواد مخدر.
- خلاصه نمودن و تحلیل اظهارات مراجعین در مورد مصرف مواد مخدر، با تأکید بر "موارد کمتر خوب".
- استجواب از مراجعین در مورد این که تا کدام حد نگران موارد کمتر خوب هستند.
- توزیع مواد خانگی به مراجعین برای تقویت مداخله مختصر.

رجعت دهی به تداوی: Referral to Treatment

زمانیکه سکریننگ و ارزیابی بعدی فرد تأیید نمود که موصوف مبتلا به یک اختلال کلینیکی مهم ناشی از مصرف مواد مخدر یا مصرف مواد مخدر متعدد بوده و یا از تشوشات روانی یا جسمی همزمان برخوردار است، باید وی بدون تأخیر به مناسب ترین مرکز جهت تداوی رجعت داده شود. این امر امکان پذیر است که با اخذ وقت ملاقات در مرکز تداوی در حضور مریض، با استفاده از "پایوازان مریض" که مریض را در مرکز تداوی همراهی می نمایند و با پیگیری مریض در مورد شامل ساختن موصوف در برنامه تداوی، رجعت دهی را سرعت بیشتر بخشید. مؤثرترین روش رجعت دهی شامل روی دست گرفتن و ارائه تداوی اختلالات ناشی زمانیکه سکریننگ و ارزیابی بعدی فرد تأیید نموده که موصوف مبتلا به یک اختلال کلینیکی مهم ناشی از مصرف مواد مخدر یا مصرف مواد مخدر متعدد بود و یا از تشوشات روانی یا جسمی همزمان برخوردار است، باید وی بدون تأخیر به مناسب ترین مرکز جهت تداوی رجعت داده شود این امر امکان پذیر است که با اخذ وقت ملاقات در مرکز تداوی در حضور مریض، با استفاده از "پایوازان مریض" که مریض را در مرکز تداوی همراهی می نمایند و با پیگیری مریض در مورد شامل ساختن موصوف در برنامه تداوی، رجعت دهی را سرعت بیشتر بخشید. مؤثرترین روش رجعت دهی شامل روی دست گرفتن و ارائه تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر یک تسهیل حاوی مداخلات SBIRT می باشد.

توصیه های سازمان صحتی جهان:

(رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحتی غیر تخصصی، سال 2012):

- برای افراد مصرف کننده حشیش و منبهات روانی (Psychostimulants) باید مداخله مختصر فراهم شود، البته در صورتیکه در تسهیلات تداوی غیر تخصصی شناسایی شوند. مداخله مختصر باید شامل یک جلسه واحد برای مدت 5-30 دقیقه باشد و دربر گیرنده ابراز نظر یا فیدبک و توصیه های انفرادی در مورد کاهش و یا ترک مصرف حشیش / منبهات روانی (Psychostimulants) و فراهم نمودن مداخلات تعقیبیه، باشند.
- افرادی مبتلا به مشکلات دوامدار مرتبط به مصرف حشیش و یا منبهات روانی (Psychostimulants) که در برابر مداخلات مختصر پاسخ نمی دهند، باید به منظور انجام ارزیابی تخصصی رجعت داده شوند.

۲.۲.۴ مداخلات روانی - اجتماعی مبتنی بر شواهد:

توضیح:

از مداخلات روانی - اجتماعی Psychosocial Intervention باید در برنامه های تداوی سراپا به منظور رسیده گی به عوامل انگیزه دهنده، رفتاری، روانی و سایر عوامل روانی - اجتماعی مرتبط با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر استفاده به عمل آید. موثریت مداخلات متذکره در کاهش مصرف مواد مخدر، تقویت اجتناب از مصرف مواد مخدر و وقایه از عود مصرف مواد مخدر مؤثر ثابت گردیده اند. مداخلات روانی - اجتماعی همچنین می توانند در افزایش دنبال کردن به تداوی و اخذ ادویه جات مؤثر واقع شوند. اختلالات مختلف ناشی از مصرف مواد مخدر نیاز به مداخلات دیگری دارد که موثریت های ذیل در آن به اثبات رسیده اند: تعلیمات صحی روانی، Psycho-education تداوی رفتار عاطفی، Cognitive Behavioral Therapy مصاحبه انگیزه دهنده، Motivational Interview رویکرد تقویت جامعه، Community enhancement approach تداوی تقویت انگیزه، Motivational Enhancement Therapy تداوی خانواده گی، Family Therapy مدیریت شرطیه Management Contingency، تداوی رفتار دیالکتیکی، Dialectical Management تداوی عاطفی متمرکز بر ذهنیت، Mindfulness-Based Conginative Therapy مدیریت شمولیت یا پذیرش و تعهد، Acceptance and Commitment Therapy تداوی رفتاری متمرکز بر تراوما، Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy گروه های کمک متقابل Mutual Help Group (شامل گروه های 12 مرحله ای)، فراهم نمودن حمایت مسکن و اشتغال و غیره (سازمان صحی جهان، سال 2016).

تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT)

تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT) بر مبنای این درک استوار است که عملکرد ها یا الگو های رفتاری و پروسه های عاطفی در ماحول مصرف مواد مخدر فرا گرفته می شوند و قابل اصلاح می باشد. در جریان تداوی، مریضان با مهارت های جدید مقابله و ستراتیژی های عاطفی برای جاگزین ساختن عملکرد ها یا الگو های رفتاری و ناسازگاری در طرز تفکر آشنایی حاصل می نمایند. جلسات تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT) از اهداف مشخص برخوردار می باشند که باید در هر جلسه بدست آیند و در واقع بالای مشکلاتی تمرکز دارند که مریض در حال حاضر با آن روبرو می باشد. تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT) می تواند به عنوان یک رویکرد کوتاه مدت مورد استفاده قرار گیرد که با نیازمندی های مریضان و تسهیلات مختلف سازگاری داشته باشد و در جلسات تداوی انفرادی و گروهی قابل تطبیق باشد. تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT) می تواند همراه با تداوی های روانی - اجتماعی و دواپی گوناگون مؤثر تمام شود.

مدیریت تداوی شرطیه یا (CM)

مدیریت تداوی شرطیه یا (CM) دربر گیرنده امتیازات مشخص به مریض به منظور تقویت رفتار های مثبت مانند اجتناب از مصرف مواد مخدر، دنبال نمودن تداوی، سازگاری با ادویه جات یا اهداف تداوی ویژه خود مریض، می باشد. مؤثریت مدیریت تداوی شرطیه یا (CM) مستلزم یک نتیجه مثبت توافق شده توام با معاینات (به گونه وصفی آزمایشات

توکسیکولوژی " Toxicology " ادرار و نتیجه منفی معاینه یا سکریننگ مواد مخدر) و ابراز نظر یا فیدبک فوری می باشد. نتایج آزمایش مواد مخدر ارائه کننده یک شاخص خوب برای پیشرفت تداوی بوده و می تواند در جلسات تداوی برای افزایش درک وضعیت مریض مورد بحث قرار گیرد. رویکرد مدیریت تداوی شرطیه یا (CM)، که می تواند با تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT) ترکیب شود، اکثراً به عنوان بخشی از تداوی استفاده می شود که عمدتاً بالای تقویت رفتار های جدید که با مصرف مواد مخدر رقابت می نمایند، تمرکز دارد.

مریضان تحت تداوی مدیریت تداوی شرطیه یا (CM)، برخلاف افرادی که از سایر روش های تداوی استفاده می نمایند، معمولاً در مصرف مواد مخدر کاهش اولیه بیشتر نشان می دهند. اما تردید وجود دارد که آیا این تاثیرات می توانند بدون استفاده از مدیریت تداوی شرطیه یا (CM) در ترکیب با سایر روش های تداوی ادامه یابند یا خیر. به اثبات رسیده است که مدیریت تداوی شرطیه یا (CM) در تداوی مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف امفیتامین و کوکائین مفید بوده و آنها را در راستای کاهش میزان ترک تداوی و مصرف مواد مخدر یاری می رسانند. یافته های مطالعات دیگر نشان میدهند که زمانی که مدیریت تداوی شرطیه یا (CM) از مساعدت های کوپن (Vouchers) برای امتیاز دهی به مریضان به منظور دستیابی به موفقیت های چشمگیر در تداوی آنها استفاده می نماید، در واقع سبب افزایش میزان اشتغال یابی در میان آنها گردیده است. هرچند شمار زیادی از آزمایشات تحقیقاتی از منابع پولی استفاده می نمایند، اما خیلی ها حایز اهمیت است تا مدیریت تداوی شرطیه یا (CM) را از طریق منابع که مریضان در اختیار ما قرار میدهند، با فرهنگ و جمعیت سازگاری بخشیم.

رویکرد تقویت جامعه: The Community Reinforcement Approach

رویکرد تقویت جامعه در واقع یک رویکرد رفتاری برای کاهش مصرف مواد مخدر بوده که در آن افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به دنبال اصلاح روش های تعامل خویش با جامعه می باشند، تا از این گونه تعاملات سود بیشتر ببرند. کارمندی که در بخش رویکرد تقویت جامعه فعالیت می نمایند، مراجعین را تشویق می نمایند تا به صورت فزاینده از فعالیت های نشاط انگیز گسترده که با زنده گی عاری از مواد مخدر ارتباط دارند، نفع ببرند، مانند روابط مثبت خانواده گی، فعالیت های اجتماعی سالم یا اشتغال. ستراتیژی های رویکرد تقویت جامعه عبارتند از: انکشاف مهارت ها (مانند مهارت های ارتباطات/مفاهمه، اجتماعی، شغلی، حل مشکلات، اجتناب از مصرف مواد مخدر و مهارت های وقایه از عود مصرف مواد مخدر) نزد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، تشویق مراجعین در راستای توجه به تمام ابعاد مهم زنده گی و خوشبختی آنها و کار کردن با اعضای خانواده و سایر اعضای جامعه، تا آنها را بیشتر تشویق نمایند که از یک زنده گی مثبت و آرام برخوردار گردند.

مصاحبه انگیزشی و تداوی تقویت انگیزه

Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy

مصاحبه انگیزشی مداخله روانی - اجتماعی برای افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار صورت می گیرد. این در واقع یک فعالیت مشارکتی، تداعی کننده و درک استقلالیت مریض می باشد. کارمند تداوی بیش از آنکه به عنوان یک شخص اوتوکرانت عمل نماید، باید نقش یک مشاور را بازی نماید و باید در پی درک نمودن این باشد که مریض به چه چیزی ارزش میدهد. این امر سبب ایجاد همدلی و تقویت یک ارتباط یا اتحاد تداوی می شود که می تواند باعث تغییر رفتار نزد مریضان شود. ممکن مریض متوجه شود که رفتار مصرف مواد مخدر وی با مواردی که برای آنها مهم است ناسازگار می باشد. مصاحبه انگیزشی همچنین به عنوان روشی برای کاهش رفتار های مخاطره آمیز، مانند مقاربت جنسی غیرمصون و استفاده از سوزن های مشترک، نویدبخش پنداشته می شود. برگزاری یک یا دو جلسه مصاحبه انگیزشی برای اشکال خفیف مصرف مواد مخدر، کافی می باشند. این مصاحبه ها ممکن برای تداوی اختلالات شدیدتر ناشی از مصرف مواد مخدر به شش جلسه یا بیشتر از آن (در حالاتیکه به این روش تداوی تقویت انگیزه گفته می شود) افزایش یابد.

رویکرد های تدای مبتنی بر خانواده

Family Oriented Treatment Approaches

رویکرد های اصولی تدای مبتنی بر خانواده، عبارت از مجموعه ای از روش های می باشد که به درک اهمیت روابط خانواده گی و فرهنگ در طرز سلوک و رفتار مریض استوار می باشند. این رویکرد ها از سیستم ها یا روابط خانواده گی استفاده می نمایند، تا بالای رفتار اعضای خانواده مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تاثیرات مثبت بگذارد. مفهوم خانواده ممکن دربر گیرنده روابط خانواده گی فراوان باشد: زوج های متاهل فاقد فرزندان، خانواده های گسترده یا سنتی، شرکای زنده گی دارای فرزندان و یا فاقد فرزندان، خانواده های که با یک تن والدین به سر می برند و خانواده های "اندری" که دارای شرکای دارای فرزندان به اساس روابط قبلی می باشند.

به اثبات رسیده است که رویکرد های تدای مبتنی بر خانواده در مقایسه با مراقبت های که به شکل انفرادی بالای مریض تمرکز می نمایند، در بهبود سهمگیری در تدای، کاهش میزان مصرف مواد مخدر و افزایش میزان مشارکت در مراقبت های تعقیبیه مؤثر می باشند. خاصاً رویکرد های مبتنی بر خانواده در آموزش مریضان و خانواده های آنها در مورد ماهیت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و پروسه بهبودی به گونه قابل ملاحظه مفید می باشند. رویکرد های مبتنی بر خانواده برای اختلالات مختلف ناشی از مصرف مواد مخدر مؤثر شناخته شده اند، منجمله تدای رفتاری زوج، تدای مختصر خانواده گی ستراتیژیک، تدای خانواده گی وظیفوی، تدای سیستم های متعدد و تدای خانواده گی کثیرالابعاد. تدای خانواده گی کثیرالابعاد به ویژه در تدای وابستگی به حشیش نزد نوجوانان مؤثر به نظر می رسد. تدای رفتاری زوج بیشتر به عنوان بخشی از تدای وابستگی به الکل و مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مشتقات تریاک و کوکائین مدنظر گرفته شده است و همچنین میتواند در تدای سایر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نیز تطبیق گردد.

کار کردن با خانواده نیز می تواند زمانیکه مریض از سهمگیری در تدای با استفاده از رویکرد های چون تدای خانواده گی یکجانبه و یا تقویت جامعه و آموزش خانواده امتناع ورزد، ممد واقع شود. دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم مواد آموزشی تدای خانواده گی را که در بخش عامه (Public Domain²) وجود دارند برای تدای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان نوجوانان، تهیه نموده است.

هرگاه امکان پذیر و مناسب باشد، خانواده ها و مراقبت کننده گان افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید با رعایت اصل حفظ حریمیت مریض، در پروسه های تدای شرکت ورزند و از آن پشتیبانی نمایند. این موارد عبارتند از: در میان گذاشتن اطلاعات دقیق در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تدای آنها (با در نظر داشت حفظ حریمیت). ارزیابی نیازمندی های انفرادی، اجتماعی و صحت روانی و تسهیل بخشیدن دسترسی به گروه های حمایت کننده برای خانواده ها و مراقبت کننده گان (هرگاه موجود باشند) و سایر منابع اجتماعی.

گروه های کمک متقابل: Mutual Help Group

گروه های کمک متقابل، مانند مواد مخدر گمنام، Narcotics Anonymous برنامه های ۱۲ مرحله ای حمایت همتایی 12-Steps Peer Support Programs و سایر نهاد های مبتنی بر همتایان و کمک متقابل، می توانند از افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر حمایت نمایند. گروه های متذکره، معلومات، فعالیت های ساختار یافته و حمایت همتایی را در یک محیط غیرقضاوت کننده ارائه می دارند. نیاز مبرم وجود دارد تا دگر مورد گروه های محلی کمک متقابل و جزییات تماس با آنها معلومات لازم ارائه گردد. عرضه کننده گان خدمات همچنین می توانند از طریق رجعت دهی مستقیم و یا کمک به افراد در راستای برقراری ارتباط دوامدار با نماینده گان فعالیت های محلی حمایت همتایی، سهمگیری مریضان را تسهیل بخشند.

توصیه های سازمان صحت جهان:

رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحتی غیر تخصصی، سال (۲۰۱۲):

- مداخلات روانی - اجتماعی به شمول مدیریت حالات احتمالی، تداوی رفتار عاطفی یا (CBT) و تداوی خانواده گی می توانند برای تداوی وابستگی به منبهات روانی (Psychostimulant) ارائه گردند.
- مداخلات روانی - اجتماعی مبتنی بر تداوی رفتار عاطفی یا تداوی تقویت انگیزه (MET) و یا تداوی خانواده گی را می توان برای معالجه وابستگی به حشیش ارائه نمود.
- برای تداوی وابستگی به الکل می توان مداخلات روانی - اجتماعی به شمول تداوی رفتار عاطفی یا (CBT)، تداوی زوج، تداوی تحول روانی (Psychostimulant)، تداوی رفتاری، تداوی از طریق شبکه اجتماعی، مدیریت تداوی احتمالی و مداخلات انگیزشی و سهولت های دوازده مرحله ای را ارائه نمود.

۳.۲.۴ مداخلات دوايي مبتني بر شواهد

توضیح:

ادویه جات می توانند در تداوی انواع اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مانند تسمم، مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، ترک مصرف مواد مخدر، اعتیاد، وابستگی و اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد مخدر یا مرتبط به مصرف مواد بسیار مفید واقع شوند. مداخلات دوايي باید یکجا با مداخلات روانی - اجتماعی تطبیق گردند.

مداخلات دوايي برای مدیریت ترک مصرف مواد مخدر

Pharmacological Intervention for the Management of Drug Withdrawal

ترک ناشناخته نامعلوم مصرف مواد مخدر و مصرف مواد مخدر تداوی ناشده سبب می شود تا مریض از تداوی خارج گردد. هرگاه مریض اخیراً از تاریخچه وابستگی شدید به مشتقات تریاک، الکل، بنزودیازپین، باربیتورات و یا مواد مخدر متعدد برخوردار باشد، تداوی ترک مصرف مواد مخدر که به "سم زدایی" نیز شهرت دارد، یک نگرانی عمده نزد وی بوده می تواند. این امر مستلزم موجودیت پروتوکول های مبتنی بر شواهد ترک مصرف مواد مخدر می باشد، که عمدتاً دربر گیرنده تداوی دوايي توام با مشوره دهی استراحت، تغذی و مشاوره انگیزه می باشند.

ترک مصرف مشتقات تریاک:

تداوی دوايي ترک مصرف مشتقات تریاک شامل تداوی کوتاه مدت با میتادون و بیوپرینورفین و یا اگونست های الفا ۲ ادرینرژیک (کلونیدین یا لوفکسیدین) می باشد. هرگاه هیچ کدام اینها قابل دسترس نباشند، گزینه دیگر آن استفاده از دوز های کاهش دهنده مشتقات تریاک ضعیف و ادویه جات برای تداوی اعراض مشخصی در حال تظاهر، می باشد. اما، افراد مبتلا به وابستگی به مشتقات تریاک به صورت عموم در برابر تداوی درازمدت توسط اگونست های مشتقات تریاک پاسخ بهتر می دهند، زیرا سم زدایی Detoxification به ذات خود آنها را با خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose) روبرو می سازند.

هدف اصلی تداوی ترک مصرف مشتقات تریاک عبارت از بهبود وضعیت صحت جسمی و روانی مریض حین رسیده گی به اعراض ترک و یا کاهش مصرف مواد مخدر می باشد. قبل از آغاز تداوی تعقیبیه توسط انتاگونست های مشتقات تریاک، لازم است ترک مصرف مواد مخدر تداوی گردد. اما، مریضان در این مرحله از آسیب پذیری خاص برخوردار می باشند. دلیل آن اینست که دوره های اخیر اجتناب از مصرف مواد مخدر به عنوان عوامل خطر بزرگ برای مصرف

دوز بیش از حد (Overdose) و کشنده مشتقات تریاک پنداشته می شوند، که عمدتاً ناشی از کاهش میزان تحمل آن و خطر بلند محاسبه نادرست دوز آن می باشد. هرگاه در اختیار قرار داشته باشد، تداوی سم زدایی مشتقات تریاک با استفاده از دوز های کاهش دهنده و تحت نظارت روزمره میتادون و بیوپرینورفین برای یک الی دو هفته مصون و مؤثر واقع شده می تواند. در غیر این صورت، می توان از دوز های پایین کلونیدین یا لوفکسیدین یا ادویه جات مشتقات تریاک ضعیفتری که مقدار آن به تدریج کاهش می یابد، همراه با یکعده ادویه جات مشخص استفاده نمود، تا اعراض قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) مصرف مشتقات تریاک به مجرد تظاهر آن، تداوی گردند. دوکتوران باید صرف از تجویز ادویه جات آرامبخش برای دوره های کوتاه مدت استفاده نمایند و پاسخدهی در برابر تداوی را از نزدیک نظارت نمایند زیرا مصرف درازمدت برخی از ادویه جات ممکن خطر تحمل و سوء مصرف ادویه جات را در قبال داشته باشند. مؤثریت تداوی زمانی افزایش می یابد که کمک های روانی - اجتماعی در جریان تداوی ترک مصرف مواد مخدر قابل دسترس باشند.

در صورت موجودیت نالوکسان ، Naloxone باید به افرادی مبتلا به وابستگی به مشتقات تریاک و خانواده های آنها فراهم گردد تا در صورت مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک، آنرا با خود به منزل انتقال دهند و آنها باید در مورد تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک آموزش لازم ببینند.

توصیه های سازمان صحت جهان:

(رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحتی غیر تخصصی، سال ۲۰۱۲):

- خدمات تداوی ترک مصرف مشتقات تریاک باید به گونه ای باشد که ترک آن یک تداوی واحد نباشد، بلکه باید با گزینه های تداوی دوامدار مدغم باشد.
- ترک مصرف مشتقات تریاک باید در همراهی با تداوی دوامدار پلانگذاری شود.
- برای تداوی ترک مصرف مشتقات تریاک، ترجیحاً باید از دوز های کاهش دهنده آگونست های مشتقات تریاک (میتادون یا بیوپرینورفین) استفاده به عمل آید، هرچند می توان از آگونست های الف 2 ادرینرژیک نیز استفاده نمود.
- دوکتوران نباید در تداوی ترک مواد مخدر از ترکیب انتاگونست های مشتقات تریاک با آرامش قوی (Heavy Sedation) استفاده نمایند.
- دوکتوران نباید در تداوی ترک مواد مخدر به شکل روتین از ترکیب انتاگونست های مشتقات تریاک و حداقل آرامش (Minimal Sedation) استفاده نمایند.
- خدمات روانی - اجتماعی باید به شکل روتین همراه با تداوی دوایی ترک مواد مخدر ارائه گردند.

ترک مصرف ادویه جات آرامبخش، خواب آور و یا ضد اضطراب

Sedative, Hypnotic or Anxiolytic Withdrawal

از مریضانی که در برنامه تداوی شامل گردیده اند، باید در مورد مصرف مواد مخدر متعدد، به شمول مصرف الکل و ادویه جات آرامبخش استجواب صورت گیرد، و باید از لحاظ تظاهر اعراض قطع دوایی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) مورد نظارت قرار گیرند و یا هم در صورت موجودیت خطر زیاد در مورد ترک احتمالی ادویه جات آرامبخش، خواب آور و یا ضد اضطراب (مصرف سنگین یا درازمدت، یا تاریخچه دوره های قبلی ترک مصرف آنها)، باید به شکل وقایوی تداوی گردند.

ترک مصرف ادویه جات آرامبخش، خواب آور و یا ضد اضطراب را می توان به طور مؤثر با استفاده از بینزودیپین های دارای تاثیر درازمدت تداوی نمود، البته به شکلی که با دوز کافی برای تسکین اعراض قطع دوایی یا ترک مواد مخدر

(Withdrawal Symptoms) آغاز گردد و با گذشت چند روز یا هفته دوز آن کاهش داده شود. نیاز مبرم وجود دارد تا مریضان از نظر تظاهر اعراض شدید ترك مصرف الكول یا ادویه جات آرامبخش و خواب آور، به شمول اختلاجات، بی ثباتی قلبی و عایی و هذیانات/پرسامات مورد نظارت قرار گیرند. حصول اطمینان از اینکه تداوی فقط مصرف ادویه جات خواب آور را طولانی نمی سازد، حایز اهمیت می باشد.

ترك مصرف منبهات (Stimulant Withdrawal):

ترك مصرف منبهات (Stimulant) نسبت به سندروم های قطع دوايي یا ترك مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) که باعث انحطاط سیستم عصب مرکزی می شوند، کمتر مشخص گردیده است. اما، در ترك مصرف منبهات (Stimulant)، افسرده گی متبازر بوده و توام با بی حالی، بی میلی و بی ثباتی مزاج می باشد. باید تداوی دوايي ترك مصرف منبهات (Stimulant)، در صورتیکه استطباب داشته باشد، به شکل عرضی صورت گیرد به عباره دیگر بالای تداوی اعراض متمرکز باشد.

ترك مصرف حشیش:

سندروم قطع دوايي (Withdrawal Syndrome) ترك حشیش که متصف با بی خوابی، سردردی، انحطاط مزاج و تحریک پذیری می باشد، می تواند نزد افرادی که مقادیر بلند مصرف می نمایند، تاسس نماید. باید تداوی دوايي ترك مصرف حشیش، در صورتیکه استطباب داشته باشد، به شکل عرضی صورت گیرد به عباره دیگر بالای تداوی اعراض متمرکز باشد.

سایر مواد مخدر:

تداوی ترك اعتیاد از سایر مواد مخدر روان گردان (Psychoactive)، به شمول مواد روان گردان (Psychoactive) جدید، باید مبتنی بر شواهد علمی (در حال ظهور) و بهترین روش ها صورت گیرد.

توصیه های سازمان صحتی جهان:

(رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحتی غیر تخصصی، سال 2012):

- ترك مصرف حشیش، کوکائین یا امفیتامین بهتر است در یک محیط حمایت کننده انجام شود. هیچگونه ادویه خاص برای تداوی ترك این مواد توصیه نمی شود.
- اعراض (مانند تهیج، اختلال خواب) می تواند با تداوی عرضی در دوره سندرم ترك آن تسکین یابند. تشوشات مانند افسرده گی یا سایکوز می توانند به شکل کمتر معمول در جریان ترك مصرف آن تاسس نمایند، بناً باید شخص مورد نظر در این حالت تحت نظارت دقیق قرار داشته باشد و باید در مورد وی در صورت موجودیت از متخصصی مربوطه مشوره گرفته شود.
- ترك مصرف بنزودیازپین می تواند با روی دست گرفتن یک روش پلان شده (انتخابی) با استفاده از کاهش بخشیدن دوز آن در ظرف 8 – 12 هفته و معاوضه آن با بنزودیازپین های دارای تاثیرات درازمدت، به گونه مؤثر انجام یابد. حمایت روانی - اجتماعی نزد افرادی که تحت تداوی رژیم دوايي کاهش دهنده قرار دارند، مفید می باشد. سندرم قطع دوايي یا ترك مصرف (Withdrawal Syndrome) بنزودیازپین، می تواند در صورت عدم کنترل، شدید باشد. هرگاه ترك مصرف آن به شکل شدید صورت گیرد (یا به طور غیر پلان شده در ترك ناگهانی اتفاق بیفتد)، در آن صورت باید در مورد شروع دوز بلند رژیم آرامبخش بنزودیازپین و بستری شدن در شفاخانه توصیه های تخصصی دریافت گردند.
- نزد افرادی که به ترك بنزودیازپین ها مبادرت می ورزند، موجودیت تشوشات همزمان جسمی (مانند اختلاج یا درد های مزمن) یا تشوشات همزمان روانی، می توانند یک استطباب اضافی برای بستری شدن در شفاخانه باشد.

مداخلات دوايي برای تداوی وابستگی به مشتقات تریاک

با در نظر داشت اینکه وابستگی به مشتقات تریاک به صورت عموم از یک دوره مزمن و عود کننده مصرف مواد مخدر برخوردار است، نیاز به تطبیق تداوی درازمدت جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر نزد افرادی وجود دارد که مصرف غیرطبی مشتقات تریاک خویش را متوقف می سازند. تداوی جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر باید شامل ترکیبی از تداوی دوايي و مداخلات روانی - اجتماعی باشد. تداوی که صرفاً متکی بر رویکرد های روانی - اجتماعی می باشد در مقایسه با تداوی که ادویه مناسب را نیز در بر می گیرد، عمدتاً به نتایج اندک دست می یابد. به صورت عموم دو نوع ستراتیژی عمده تداوی دوايي به منظور معالجه وابستگی به مشتقات تریاک مورد استفاده قرار می گیرند (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۹).

- تداوی نگهداری اگونست های مشتقات تریاک Opioid Agonist Maintenance Treatment (OAMT) همراه با مشتقات تریاک دارای تاثیرات درازمدت (میتادون و بیوپرینورفین) که با کمک های روانی - اجتماعی مدغم می باشد، در واقع مؤثرترین مداخله دوايي برای وابستگی به مشتقات تریاک پنداشته می شود.
- سم زدایی که توسط تداوی وقایه از عود مصرف مواد مخدر با استفاده از انتاگونست های مشتقات تریاک (نالتریگزون) تعقیب می شود، خاصتاً نزد مریضانی که از انگیزه اجتناب از مصرف مشتقات تریاک برخوردار اند، بسیار مفید می باشد.

تداوی نگهداری اگونست های تریاک

Opioid Against Maintenance Treatment (OAMT)

هدف اساسی تداوی نگهداری اگونست های تریاک (OAMT) عبارت از کاهش بخشیدن و متوقف ساختن مصرف غیرطبی مشتقات تریاک و خطرات مترافق با آن و فراهم نمودن حمایت از اجتناب مصرف مواد مخدر، از طریق وقایه از اعراض قطع دوايي یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) و بالاخره به حداقل رسانیدن تمایل/اشتیاق به مصرف مواد مخدر و تاثیرات سایر مواد مخدر، در صورت مصرف می باشد.

تمام مریضانی که تداوی نگهدارنده اگونست های مشتقات تریاک (OAMT) را دریافت می نمایند باید به مداخلات روانی - اجتماعی و حمایت در مرحله بهبودی دسترسی داشته باشند. برای امکان پذیر ساختن چنین حمایت باید رابطه ها میان روش های مختلف تداوی وجود داشته باشند. عدم سازگاری با قواعد برنامه تداوی به تنهایی نباید توجیه کننده مرخص نمودن غیرداوطلبانه مریضان از تداوی باشد. نیاز به حصول اطمینان از مصونیت کارمندان و سایر مریضان می تواند توجیه کننده مرخص نمودن غیرداوطلبانه مریضان از تداوی باشد. اما، قبل از مرخص نمودن مریض به طور غیرداوطلبانه، باید اقدامات معقول و منطقی برای بهبود وضعیت وی، به شمول ارزیابی مجدد رویکرد تداوی استفاده شده، روی دست گرفته شوند. هرگاه مرخص نمودن اجتناب ناپذیر باشد، در آن صورت لازم است تا تمام تلاش خویش را در راستای رجعت دهی مریض به سایر تسهیلات یا بخش های مراقبت و جلوگیری از مصرف دوز بیش از حد (Overdose) سوق دهیم.

تداوی نگهداری میتادون: Methadone Maintenance Treatment

در مقایسه با تداوی غیردوايي، مریضانی که تحت تداوی میتادون قرار دارند، در مصرف هیروئین و سایر مواد مخدر کاهش قابل ملاحظه نشان می دهند. آنها عمدتاً از میزان وفیات پایینتر، اختلالات طبی اندک، میزان انتقال اچ. آی. وی و هیپاتیتیس پایینتر، کاهش در میزان شرکت در فعالیت های جرمی و بهبود وظایف اجتماعی و شغلی، برخوردار اند. حین شروع مصرف میتادون، رعایت قاعده عمومی "آغاز با مقدار اندک، بطاقت در مصرف" (Start low, Go Slow) مهم می باشد. زمانیکه با در نظر داشت مصونیت آغاز گردد، هدف تداوی این می باشد تا به یک دوز مطلوب برای تداوی نگهدارنده درازمدت جهت جلوگیری از وسوسه /اشتیاق به مصرف مشتقات تریاک غیرقانونی، دست یابد. نیاز میرم برای

بلند بردن تدریجی دوز ابتدایی الی رسیدن به دوز مطلوب وجود دارد، که در واقع تمایل/اشتیاق به مصرف مشتقات تریاک را از بین می برد، فاقد اعراض مانند Sedation و خوشی کاذب می باشد و زمینه انجام فعالیت های مطلوب را در تمام عرصه های زنده گی برای مریض فراهم می نماید. هرگاه مریض هیروئین مصرف می نماید و آنرا کاهش می دهد، تحت هرگونه آرامش (Sedation) قرار داشته باشد و یا برای قطع نمودن تداوی آماده باشد، در آن صورت باید دوکتور معالج دوز متذکره را به سمت بالا تنظیم نماید (تدریجاً افزایش بخشد).

مؤثریت دوز های تعقیبیه میتادون بستگی به عوامل انفرادی دارد، مانند قابلیت استقلاب یا میتابولیزم ادویه جات و تاثیرات متقابل میتابولیکی با سایر ادویه جات (مانند، تداوی انتانات اچ. آی. وی یا تویرکلوز، اختلالات روانی یا قلبی و عایی) که می تواند بالای تغییر دادن سویه میتادون در خون اثرگذار باشد. برای حفظ سویه کافی آن در پلازما و جلوگیری از ترک مصرف مشتقات تریاک، مهم است تا میتادون به شکل روزانه تجویز شود و مریضان به طور منظم از لحاظ رعایت رژیم دوائی مورد نظارت قرار گیرند. در آغاز تداوی، باید میتادون تحت نظارت تجویز گردد. زمانیکه مریض از یک حالت ثابت برخوردار گردید، می توان با در نظر داشت قوانین محلی و یک ارزیابی اولیه انفرادی خطر - مزیت، دوز های مصرف در منزل را تجویز نمود.

یکی از روش های کاهش انحراف میتادون، عبارت از رقیق ساختن (Dilute) دوز تحت نظارت یا دوز "مصرف در منزل" ادویه می باشد، البته در حالاتی که احتمال زرق آن متصور نباشد.

تجویز بیوپرینورفین و ترکیب بیوپرینورفین و نالوکزان

Buprenorphine and Buprenorphine, and Naloxone Combination

تداوی نگهداری بیوپرینورفین و تداوی تعقیبیه میتادون، از اهداف و اصول مشابه برخوردار می باشند. اما، در حالیکه پیش شرط برای آغاز میتادون در واقع "آغاز با مقدار اندک، بطاننت در مصرف" می باشد، آغاز بیوپرینورفین می تواند اندکی سریعتر به دوز مؤثر دست یابد، البته در صورتیکه اثبات شود که دوز نخست به خوبی تحمل می شود. دلیل آن اینست که در صورت آغاز نمودن با بیوپرینورفین، بنابر داشتن تاثیرات قسمی آگونست آن، میزان خطر تسمم نسبتاً پایین می باشد.

در مقایسه با میتادون، بیوپرینورفین با سایر ادویه جات که به طور معمول تجویز می شوند از تاثیرات متقابل اندک برخوردار است. همانند میتادون، دوز های بیوپرینورفین باید تا زمانیکه مریض از حالت ثابت برخوردار می گردد، تحت نظارت قرار گیرد. سپس می توان دوز های مصرف منزل را با در نظر داشت قوانین محلی و ارزیابی انفرادی خطر - مزیت، معرفی نمود.

به منظور جلوگیری از مصرف غیرطبی بیوپرینورفین، به شمول شکل زرقی و یا انحراف تابلیت های بیوپرینورفین، این ادویه جات به شکل مستحضرات بیوپرینورفین + نالوکزان نیز وجود دارد. این ترکیب آنرا برای مصرف غیرطبی کمتر جذاب می سازد و در صورت مصرف زرقی ممکن اعراض قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) را تشدید نمایند. از آنجاییکه ممکن ۱۵ دقیقه طول بکشد تا مستحضرات تحت السانی آن تا به شکل کامل در داخل دهن جذب گردد، یک مستحضر دیگر آن به شکل فلم نیز آماده گردیده است که حین تماس با آب شکل جامد را به خود می گیرد و امکان زرق آنرا بسیار دشوار می سازد.

تداوی مصرف انتاگونست های مشتقات تریاک با استفاده از نالتریکزون

تداوی مصرف انتاگونست های مشتقات تریاک که از تاثیرات درازمدت برخوردار اند، با استفاده از نالتریکزون، Naltrexone صرف به تعقیب سم زدایی نزد افرادی که به مدت یک هفته یا بیشتر از آن از مصرف مشتقات تریاک اجتناب ورزیده باشند (معمولاً نزد افرادی که تداوی مسکونی را ترک می نمایند) آغاز شده می تواند. نالتریکزون در واقع به منظور وقایه از عود مصرف مواد مخدر استفاده می شود. ادویه متذکره تاثیرات مشتقات تریاک

را برای مدت یک الی دو روز نهی می کند. تا زمانیکه مریضان از انگیزه کافی برخوردار نباشند، میزان ترک تداوی می تواند نزد آنها بلند باشد.

نالتریکزون می تواند نزد مریضان ذیل مفید باشد:

- مریضانی که فاقد دسترسی به تداوی با آگونست ها باشند.
 - مریضانی که از انگیزه زیاد برای اجتناب از مصرف تمام انواع مشتقات تریاک برخوردار باشند.
 - مریضانی که بنابر عوارض جانبی قادر به دریافت تداوی آگونست نباشند.
 - مریضانی که در تداوی آگونست نتایج موفقیت آمیز داشته باشند، اما خواست شان اینست که در حالیکه در برابر عود مصرف مواد مخدر محافظت می شوند، تداوی را ادامه ندهند.
- نالتریکزون به شکل مستحضرات فمی (تابلیت) قابل دسترس بوده که می تواند به شکل روزانه و یا سه مراتبه در هفته تطبیق گردد، البته به منظور حفظ سویه خون ادویه جات مورد نیاز برای ایجاد تاثیرات درمانی. همچنان نالتریکزون به شکل مستحضرات دارای نفوذ وسیع (Extended-Release Depot Preparations) قابل دسترس می باشد (که می تواند به شکل زرقی مورد استفاده قرار گیرد و یا غرس گردد) و یک دوز واحد آن می تواند سویه درمان کننده ادویه را برای سه الی شش هفته حفظ نماید. تعدادی از مستحضرات نالتریکزون زرقی حتی مدت زمان بیشتری نهی مشتقات تریاک در دوران را گزارش می دهند.

توصیه های سازمان صحتی جهان

(رهنمودهای سازمان صحتی جهان برای تداوی دواوی از نظر روانی - اجتماعی حمایت شده وابستگی به مشتقات تریاک، سال ۲۰۰۹)

- تداوی دواوی از نظر روانی - اجتماعی حمایت شده نباید اجباری باشد.
- تداوی باید برای جمعیت محروم قابل دسترس باشد.
- تداوی دواوی وابستگی به مشتقات تریاک باید به طور گسترده قابل دسترس باشد. این می تواند شامل ارائه خدمات تداوی در تسهیلات مراقبت های اولیه باشد. هرگاه به مشوره تخصصی دسترسی وجود داشته باشد، در صورت نیاز، مریضان مبتلا به اختلالات همزمان را می توان در تسهیلات مراقبت های صحتی اولیه تداوی نمود.
- در زمان آغاز خدمات تداوی، باید یک دیدگاه واقع بینانه خدمات از لحاظ اقتصادی قابل پرداخت باشد.
- گزینه های اساسی تداوی دواوی باید شامل تداوی و خدمات نگهدارنده آگونست های مشتقات تریاک برای تداوی ترک مصرف مشتقات تریاک باشد. حداقل این یا شامل میتادون و یا هم شامل بیوپرینورفین برای تداوی نگهدارنده آگونست های مشتقات تریاک و تداوی ترک مصرف نزد مریضان سراپا می باشد.
- برای دستیابی به نتایج مطلوب پوشش و تداوی، تداوی وابستگی به مشتقات تریاک باید به شکل رایگان انجام یابد و یا تحت پوشش بیمه صحت عامه صورت گیرد.
- تداوی دواوی وابستگی به مشتقات تریاک باید برای تمام نیازمندان به شمول زندانیان و سایر محیط های بسته قابل دسترس باشد.
- گزینه های تداوی دواوی باید شامل میتادون و بیوپرینورفین (هر دو) برای تداوی نگهدارنده آگونست های مشتقات تریاک و ترک مصرف مشتقات تریاک، آگونست های الفا ۲ ادرینرژیک برای ترک مصرف مشتقات تریاک، نالتریکزون برای وقایه از عود مصرف و نالوکزان برای تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) باشد.
- دوز های میتادون و بیوپرینورفین باید در مرحله ابتدایی تداوی مستقیماً تحت نظارت قرار گیرند.
- برای مریضان وابسته به مشتقات تریاک که تداوی نگهدارنده آگونست های مشتقات تریاک را آغاز نمی کنند، پس از اتمام ترک مصرف مشتقات تریاک باید تداوی دواوی انتاگونست با استفاده از نالتریکزون مدنظر گرفته شود.
- دوز های منزل را می توان زمانی توصیه نمود که دوز و وضعیت اجتماعی ثابت باشد و میزان خطر انحراف برای اهداف غیرقانونی پایین باشد.
- زمانیکه طوری به نظر برسد که مزایا دفعات کاهش یافته شمولیت، خطر انحراف آنرا اعاده نماید، در آن صورت امکان دارد تا با در نظر داشت بررسی منظم، دوز های مصرفی در منزل برای مریضان فراهم گردند.

توصیه های سازمان صحت جهان

(رهنمودهای سازمان صحت جهان برای تداوی دوايي از نظر روانی - اجتماعي حمايت شده وابستگي به مشتقات ترياک، سال ۲۰۰۹)

ادامه دارد ...

- به منظور به حداکثر رسانیدن مصونیت و مؤثریت برنامه های تداوی نگهدارنده آگونست ها، پالیسی ها و مقررات باید ساختار های دوز انعطاف پذیر، را از طریق دوز های آغاز کننده پایین و دوز های تعقیبیه بلند و بدون ایجاد محدودیت در سویه دوز و مدت زمان تداوی، تشویق نمایند.
- باید مترافق با تداوی های دوايي وابستگي به مشتقات ترياک، برای تمام مریضان وابسته به مشتقات ترياک، حمايت روانی - اجتماعي فراهم گردد.
- اسناد و سوابق طبی تجدید شده تمام مریضان باید حفظ و نگهداری شوند. این موارد باید حداقل شامل تاریخچه، معاینه کلینیکی، معاینات لابراتواری، تشخیص، وضعیت صحت و اجتماعي، پلان های تداوی و تجدیدنظر آنها، رجعت دهی ها، شواهد رضایت/توافق، ادویه جات تجویز شده و سایر مداخلات دریافت شده باشد. همچنان باید از حفظ محرمت سوابق مریض اطمینان حاصل گردد.
- مرخص نمودن غیردواطلبانه مریضان از تداوی برای حصول اطمینان از مصونیت کارمندان و سایر مریضان قابل توجهی می باشد، اما عدم رعایت قواعد برنامه نباید یگانه دلیل مرخص نمودن غیردواطلبانه آنها باشد. قبل از مرخص نمودن غیردواطلبانه، باید اقدامات منطقی برای بهبود وضعیت روی دست گرفته شوند، به شمول ارزیابی مجدد رویکرد تداوی استفاده شده.
- مسؤلین صحت باید اطمینان حاصل نمایند تا عرضه کننده گان تداوی از مهارت و شایستگی کافی برای استفاده مناسب از مواد مخدر کنترل شده برخوردار باشند. مسایل متذکره می تواند شامل آموزش های تخصصی و تصدیقنامه، ادامه تحصیل و مجوز و تخصیص بودجه برای نظارت و ارزیابی باشد.
- به منظور حصول اطمینان از تدارکات، ذخیره سازی، توزیع و دوز ادویه جات به گونه مصون و قانونی، خاصاً ادویه جات میتادون و بیوپرینورفین، لازم است تا پروسه های مستند و معتبر وجود داشته باشند.
- باید برای نظارت از مصونیت خدمات تداوی یک سیستم مشخص وجود داشته باشد، منجمله امکان انحراف ادویه جات.

مداخلات دوائی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant)

مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant)، مانند امفیتامین و کوکائین، از جمله شایعترین مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) مشکل افزین می باشد که در بسیاری از گوشه های جهان به مصرف می رسند. تا کنون موثریت دوامدار هیچ ادویه در تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) ثابت نشده است. ادویه جات مورد نظر عمدتاً به منظور کنترل اختلالات روانی همزمان و اعراض قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Symptoms) مورد استفاده قرار می گیرند.

اعراض سندروم قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) را می توان در صورت نیاز به شکل عرضی معالجه نمود. اما، دوکتوران معالج باید ادویه جات روان گردان (Psychoactive) را با احتیاط کامل و صرف برای مدت کوتاه تجویز نمایند و از روند پاسخدهی تداوی از نزدیک نظارت نمایند، زیرا مصرف درازمدت آن ممکن میزان خطر تحمل و سوء مصرف ادویه جات را افزایش بخشد. برای کنترل اعراض سایکوز ناشی از تسمم حاد مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) می توان از ادویه جات ضد سایکوز و آرامبخش استفاده نمود. با در نظر داشت اینکه بسیاری از مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) دارای یک اختلال روانی همزمان جدی نیز می باشند (مانند اختلال افسرده گی قابل ملاحظه، اختلالات دو قطبی یا شیزوفرینیا)، تجویز ادویه جات روان گردان (Psychotropic) مناسب در تداوی آنها نقش قابل ملاحظه دارند. مریضان دارای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) اکثراً مصرف کننده گان مواد مخدر متعدد می باشند و ممکن دارای اختلالات ناشی از مصرف سایر مواد مخدر (به شمول وابستگی به الکل و یا مشتقات تریاک) باشند، که باید با استفاده از رویکرد های دوائی و روانی - اجتماعی معالجه گردند.

توصیه های سازمان صحتی جهان

(رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و صرف Nuerological و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحتی غیرتخصصی نسخه ۲/۰، سال ۲۰۱۶)

- مداخلات روانی - اجتماعی به شمول مدیریت حالات احتمالی، تداوی روانشناختی رفتاری یا (CBT) و تداوی خانواده گی می تواند برای تداوی وابستگی به مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) ارائه گردند.
- دکز امفیتامین Dexamphetamine باید برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychostimulant) در تسهیلات غیرتخصصی تطبیق گردد.

مداخلات دوائی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف حشیش

تا کنون هیچ تداوی دوائی تایید شده برای درمان اختلالات ناشی از مصرف حشیش وجود ندارد و تداوی روانی - اجتماعی همچنان به عنوان رویکرد اصلی پا بر جا باقی مانده است. در صورت تظاهر سندروم قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) حشیش، در صورت لزوم می توان از تداوی عرضی به منظور درمان اعراض قطع دوائی یا ترک مواد مخدر (Withdrawal Syndrome) استفاده نمود. اما، کارمندان مسلکی باید ادویه جات روان گردان (Psychoactive) را صرف برای مدت کوتاه تجویز نمایند و از روند پاسخدهی تداوی از نزدیک نظارت به عمل آورند، زیرا استفاده درازمدت آن ممکن میزان خطر تحمل و سوء مصرف ادویه جات را افزایش بخشد.

توصیه های سازمان صحت جهان

(رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحت غیرتخصصی. نسخه ۲/، سال ۲۰۱۶)

مداخلات روانی - اجتماعی مبتنی بر تدای روانشناختی رفتاری یا (CBT) یا تدای تقویت انگیزه (MET) یا تدای خانواده گی می تواند برای تدای وابستگی به حشیش فراهم گردند.

۴.۲.۴ تشخیص و تدای مصرف دوز بیش از حد (Overdose)

مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک

مشتقات تریاک عمده ترین مرکبات انحطاط دهنده وظایف تنفسی به شمار میروند و مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک منجر به انحطاط تنفسی و مرگ می گردد، که دلیل اصلی مرگ و میر ناشی از مصرف مشتقات تریاک را تشکیل میدهد. افرادی که دچار وابستگی به مشتقات تریاک می باشند، در واقع گروهی هستند که به احتمال زیاد مصرف دوز بیش از حد (Overdose) را تجربه می نمایند، به خصوص هرگاه مشتقات تریاک از طریق زرقی و یا در ترکیب با سایر مواد آرامبخش دارای احتمالات انحطاط تنفسی (مانند الکول، بنزودیازپین ها یا باربیتورات ها) مورد استفاده قرار گیرند. کاهش تحمل پس از یک دوره اجتناب از مصرف مواد مخدر، به طور قابل ملاحظه میزان میزان خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک را افزایش می بخشد. دوره های مخاطره آمیز شامل هفته های نخست پس از مرخص نمودن از سم زدایی تدای داخل بستر یا مسکونی و یا بعد از ترک تدای وابستگی به مواد مخدر با استفاده از نالتریکزون و آزاد شدن از حبس، می باشند.

مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک را می توان با ترکیبی از سه اعراض شناسایی نمود: کوچک شدن حدقه چشم، ضیاع شعور، و انحطاط تنفسی. بهبودی اساسی و عاجل حمایت زنده گی Emergency Basic Life Support Resuscitation و/ یا تجویز به موقع نالوکزان می تواند از مرگ ناشی از مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک جلوگیری نماید. تدای نالوکزان به عنوان یک انتاگونست مشتقات تریاک، در واقع یک تدای نجات دهنده بوده که می تواند تاثیرات مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک را در ظرف چند دقیقه کاملاً برگرداند و در فهرست مدل ادویه اساسی سازمان صحت جهان موجود می باشد. نالوکزان با داشتن تاریخچه طولانی موفقیت کلینیکی و عوارض جانبی بسیار نادر، باید در تمام مواردی که در این سند شرح داده شده اند و در تمام مراکز تدای که از آنها انتظار پاسخدهی به مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک می رود، وجود داشته باشد. هر چند دسترسی به نالوکزان معمولاً به متخصصین صحت محدود می باشد، اما افرادی که شاهد واقعات مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک می باشند، مانند کارمندان خدمات (Outreach)، پولیس، همتایان، دوستان نزدیک و اعضای خانواده، باید به نالوکزان دسترسی داشته باشند و باید به آنها در مورد چگونگی استفاده ادویه مذکور در رسیده گی به حالات عاجل و اضطراری مشکوک به مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک رهنمایی های لازم صورت گیرد (سازمان صحت جهان، 2014a).

نالوکزان را می توان به شکل زرق عضلی، تحت الجدی و وریدی و یا از راه داخل انفی انشاقی (بینی) تطبیق نمود. مستحضرات انفی نالوکزان در مقایسه با مستحضرات زرقی آن از غلظت بیشتر برخوردار اند، زیرا غشای مخاطی انف (بینی) از یک محدودیت در برابر مقدار مایع که می تواند به یکباره گی جذب گردد برخوردار بوده و دوز استفاده شده از طریق انفی ممکن بیشتر از دوز عضلی باشد.

علاوه بر تجویز نالوکزان، تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک شامل باز نگهداشتن طرق تنفسی، روش های بهبودی (مانند کمک به تهویه و تنفس)، برقراری تماس با امبولانس و باقی ماندن در کنار مریض الی بهبودی و بهبود کامل وی، می باشد.

مصرف دوز بیش از حد (Overdose) منبهاات (Stimulant)

مصرف دوز بیش از حد (Overdose) منبهاات (Stimulant) متصف به اعراض و علائم تسمم حاد شدید، توام با تظاهرات رفتاری و فزیولوژیک فرط فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک ناشی از افزایش فعالیت آخذه های کاتیکول امین (Catecholamine) که تهدید کننده حیات بوده می تواند، می باشد. تظاهرات کلینیکی شامل تهیج، اضطراب شدید، افکار پارانوئید (Paranoia)، اختلال در قضاوت و رفتار نامناسب، بزرگمنشی (Grandiosity)، اختلاج و معمولاً یک حالت سایکوز کامل توام با بلند رفتن درجه حرارت بدن (Hyperthermia)، از دیاد شدید ضربان قلب (Tachycardia)، فرط فشار خون، بینظمی های قلبی (Cardiac Arrhythmias) یا احتشای میوکارد (Myocardial Infarction) و رابدومیولیزس (Rhabdomyolysis) می باشند. این تظاهرات معمولاً به دنبال تطبیق دوز های بلند کوکائین، امفیتامین و یا سایر منبهاات (Stimulants) تاسس می نمایند.

تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) منبهاات (Stimulant) بالای معالجه سندروم ها و اعراض مصرف دوز بیش از حد (Overdose) با استفاده از بنزودیازپین ها و (بعضاً ادویه جات ضد سایکوز) برای آرامش و نظارت از مریض متمرکز می باشد. در عین حال، وظایف حیاتی آنها را بر میگردانند، البته با توجه ویژه به وظایف قلبی و عایی و اعاده مایعات عضویت.

توصیه های سازمان صحتی جهان

(رهنمود های سازمان صحتی جهان در مورد تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک توسط جامعه، سال 2014)

- افرادی که شاهد واقعات مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک هستند باید به نالوکزان دسترسی داشته باشند و باید در مورد تطبیق آن به آنها راهنمایی لازم صورت گیرد تا بتوانند از آن برای رسیده گی به حالات عاجل و اضطراری ناشی از مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک استفاده نمایند.
- تجویز نالوکزان از طریق زرق داخل وریدی، عضلی، تحت الجلدی و داخل انفی (بینی) مؤثر می باشد.
- افرادی که از نالوکزان استفاده می کنند باید یک طریقه تطبیق را با در نظر داشت مستحضرات موجود، مهارت ها در عرصه تطبیق آن، تسهیل و یا شرایط محلی انتخاب نمایند.
- در حالات مشکوک مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک، در گام نخست باید پاسخ دهنده گان بالای باز نگهداشتن طرق تنفسی، کمک به تهویه و تجویز نالوکزان تمرکز نمایند.
- پس از بهبودی مؤفقاته به تعقیب تطبیق نالوکزان، باید حالت شعوری و تنفسی شخص متأثر شده الی بهبودی کامل از نزدیک بررسی شود.

۵.۲.۴. تداوی تشوشات روانی و جسمی همزمان

Treatment of Co-occurring psychiatric and physical health conditions

اختلالات روانی همزمان : Comorbid Mental Disorders

اختلالات روانی همزمان ، به شمول اختلالات مزاجی، اضطراب یا اختلالات مرتبط با هراس، اختلالاتی که به طور مشخص با سترس مترافق می باشند (مانند اختلال سترس زما متعاقب تراوما) ، شیذوفرنیا یا سایر اختلالات سایکوتیک، ممکن عوامل طبیعی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سهیم گیری در تداوی را پیچیده تر سازند. مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) مختلف و الکول ممکن سبب تشدید یا وخامت اعراض و سندروم های اختلالات روانی گردند. این موارد شامل افسرده گی یا اعراض مانیا، اضطراب و اعراض سایکوتیک، مانند هذیانات یا برسامات می باشند. تاثیرات آن می توانند با قطع مصرف مواد مخدر از بین بروند و یا کاهش یابند. معاینه یا سکریننگ تمام مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر از لحاظ موجودیت اختلالات روانی همزمان بسیار مهم می باشد. معاینه یا سکریننگ ابتدایی را می توان در هرگونه تسهیلات تداوی انجام داد، اما با در نظر داشت جدیت بیشتر در تسهیلات سراپا و داخل بستر. اجتناب از مصرف مواد مخدر نمی تواند به عنوان پیش شرط آغاز تداوی اختلالات روانی همزمان باشد: تمام مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید به ارزیابی و تداوی صحت روانی دسترسی داشته باشند، که در واقع مستلزم توافق یا رضایت آگاهانه آنها و حفظ محرمانیت آنها می باشد.

به منظور ارزیابی دقیق اعراض سایر اختلالات روانی در میان مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، خیلی ها حایز اهمیت است تا در گام نخست اختلالات روانی مستقل را از اختلالات ناشی از مواد مخدر که با اجتناب از مصرف مواد مخدر از بین می روند، تشخیص تفریقی نمود. تداوی کوتاه مدت مریضان داخل بستر می تواند فرصتی را برای ارزیابی جامع تشخیصیه و تعیین اینکه آیا اعراض روانی با قطع مصرف مواد مخدر برطرف می شوند یا کاهش می یابند، فراهم نماید. همچنین فرصتی برای آغاز تداوی طبی یا روانی - اجتماعی برای اختلالات همزمان وجود دارد، که فراتر از اجتناب از مصرف مواد مخدر ادامه خواهد داشت.

راه اندازی مصاحبه های روانی ساختار یافته با استفاده از ابزار تشخیصیه، مانند مصاحبه بین المللی امراض روانی برای DSM 5، مصاحبه مختصر بین المللی عصبی - روانی (Neuropsychiatric) موسوم به (MINI) برای DSM 5، مصاحبه بین المللی مرکب تشخیصیه و استفاده از سایر ابزار تشخیصیه برای اختلالات روانی، مفید خواهد بود. مصاحبه ها در تشخیص تشوشات همزمان مانند افسرده گی قابل ملاحظه، اختلالات دو قطبی و اختلالات اضطرابی کمک می نمایند. دستور العمل های مفصل تر پیرامون چگونگی تداوی اختلالات روانی را می توان در رهنمود مداخله mhGAP سازمان صحتی جهان دریافت نمود (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۶).

ارزیابی و تداوی به خود آسیب رساندن / یا خطر خودکشی:

خودکشی، همان طور که از نامش هویدا است، عبارت از قصد از بین بردن عمدی خود شخص است، در حالی که به خود آسیب رساندن ، یک اصطلاح گسترده تر بوده که بر می گردد به مسموم ساختن یا صدمه رسانیدن عمدی به خود، با و یا بدون قصد خودکشی یا عواقب کشنده. خیلی ها حایز اهمیت است تا خطر خودآزاری و / یا خودکشی نزد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر شناسایی و درک شود. در جریان ارزیابی ابتدایی، و دوره پی، در صورت نیاز، از هر فرد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید خواسته شود تا هرگونه افکار و یا پلان های خود آسیب رساندن را که در ماه گذشته داشته است، و یا به آن در جریان سال اخیر مبادرت ورزیده باشند، در میان بگذارد.

در جریان ارزیابی خود آسیب رساندن و یا ارزیابی خطر خودکشی، بررسی عوامل ذیل حایز اهمیت می باشند:

- ارزیابی خطر قریب الوقوع، به عباره دیگر اقدامات کنونی یا اخیر (در ماه قبل)، افکار یا پلان های خود آسیب رساندن و / یا خودکشی، و تهیج شدید، خشونت، پریشانی و یا عدم ارتباطات / مفاهمه.

- تاریخچه اقدامات قبلی به خود آسیب رساندن (و تاریخچه جروحات یا تسمم).
- موجودیت هرگونه تشوشات جسمی یا روانی همزمان .
- موجودیت درد های مزمن.
- میزان شدت اعراض احساسی / عاطفی.
- میزان دسترسی به حمایت اجتماعی.

هرگاه فرد از قبل از افکار، پلان ها و یا اقداماتی در راستای آسیب رسانیدن برخوردار باشد، باید یک‌کده ستراتیژی های وقایوی قابل دسترس باشند (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۶).

- خیلی ها حایز اهمیت است تا به شخص مذکور، خانواده وی و سایر افراد نزدیک به وی توصیه شود که دسترسی به وسایل خود آسیب رساندن / خودآزاری را محدود سازند (مانند ادویه حشره کش و سایر مواد سمی، ادویه جات و یا اسلحه گرم).
- به برقراری تماس منظم (تماس تلفونی، بازدید از منزل، ارسال نامه ها، کارت تماس و مداخله مختصر) با عرضه کننده خدمات صحتی غیرتخصصی نیاز وجود دارد. تماس های باید در ابتدا به شکل مکرر صورت گیرند و سپس با بهبود شخص، تعداد آن کاهش داده شود. وضعیت شخص در واقع تعیین کننده شدت و مدت تماس می باشد.
- هرگاه منابع بشری اجازه دهند، استفاده از یک رویکرد ساختار یافته حل مشکلات در واقع به عنوان تداوی توصیه شده برای افرادی که در سال گذشته به خودآزاری مبادرت ورزیده اند، به شمار می رود.
- حمایت اجتماعی (از منابع غیررسمی و / یا رسمی موجود در جامعه) باید برای افرادی که به شکل داوطلبانه در مورد افکار خودآزاری معلومات در اختیار می گذارند و یا افرادی که تشخیص داده شده باشند که پلان های برای آسیب رسانیدن خود در ماه گذشته داشته اند و یا در سال گذشته به آن مبادرت ورزیده اند، فراهم گردند.
- افرادی که در معرض خطر خود آسیب رساندن قرار دارند، نباید به شکل روتین در خدمات غیرروانی یک شفاخانه عمومی بستری شوند، تا از اقدامات خود آسیب رساندن جلوگیری به عمل آید. اما، ممکن لازم باشد آنها را در شفاخانه عمومی بستری نمود تا تاثیرات طبی ناشی از خودآزاری را نزد آنها کنترل نمود. در چنین موارد، خیلی ها حایز اهمیت است تا رفتار فرد به دقت کنترل گردد، تا از واقعات بعدی خودآزاری جلوگیری صورت گیرد.
- در حالاتی که کارمند صحتی نگران خطر قریب الوقوع خودآزاری جدی باشد (مثلاً زمانی که فرد از خشونت استفاده نماید، از تهیج شدید برخوردار باشد و یا با کسی ارتباط برقرار نمی کند)، لازم است تا رجعت دهی عاجل به خدمت صحت روانی را نزد موصوف مدنظر داشته باشیم. در صورت عدم موجودیت چنین خدمات، خانواده، دوستان، افرادی که با شخص ارتباط نزدیک دارند و سایر منابع موجود باید بسیج شوند، تا از شخص مذکور الی زمانی که خطر قریب الوقوع ادامه داشته باشد، مواظبت نمایند.

در تمام حالات فوق الذکر، ارزیابی و رسیده گی لازم به تشوشات روانی و جسمی همزمان ، حایز اهمیت می باشد.

توصیه های سازمان صحت جهان

(رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحت غیر تخصصی. نسخه ۲۰۰۶، سال ۲۰۱۶)

- عرضه کننده گان مراقبت های صحت غیر تخصصی باید طوری که لازم باشد، در جریان ارزیابی ابتدایی و دوره یی از افرادی که سن آنها از 10 سال بیشتر می باشد و از افسرده گی، اختلالات دو قطبی، شیذوفینیا، صرع، اختلالات ناشی از مصرف الکل، اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر غیرمجاز، ضعف حافظه برخوردار باشند، اطفالی که نزد آنها اختلالات روانی تشخیص گردیده اند و یا افرادی که از درد های مزمن یا تشوشات عاطفی حاد مترافق با خشونت های جاری بین افرادی، از دست دادن اقارب در این اواخر و یا مشکلات های شدید دیگر در زنده گی رنج میبرند، در مورد افکار یا پلان های خودآزاری در ماه گذشته یا مبادرت ورزیدن به خودآزاری در سال گذشته، پرسش های ضروری مطرح نمایند.

افسرده گی: Depression

افسرده گی قابل ملاحظه از جمله شایعترین اختلال روانی همزمان در میان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر به شمار میرود (تورنس و همکاران وی، سال ۲۰۱۵). افراد مبتلا به افسرده گی عمدتاً اعراض مختلف، منجمله افسرده گی مزاج، برهم خوردن علاقه و یا قابلیت لذت بردن از فعالیت های که قبلاً برای آنها لذتبخش بوده اند، کاهش انرژی و یا افزایش خستگی برای حداقل دو هفته، را تجربه می نمایند.

میان مصرف مواد مخدر و افسرده گی یک رابطه مغلوق وجود دارد: اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در انکشاف افسرده گی نقش قابل ملاحظه دارند و مصرف مواد مخدر می تواند نتایج تداوی آن را به مخاطره بیندازد. افسرده گی، به نوبه خود، ممکن میزان مصرف مواد مخدر را نزد مریض افزایش بخشد و پیشرفت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را تسریع نماید (سازمان صحت جهان، سال ۲۰۰۴). اعراض افسرده گی می توانند در جریان دوره ترک مواد مخدر رخ دهند و در دوره اجتناب برطرف شوند، اما می تواند مدت ها پس از ترک مصرف مواد مخدر ادامه یابند. بناً باید مریضان به شکل منظم مورد ارزیابی قرار گیرند. در صورت دوام اعراض افسرده گی و تشخیص یک دوره افسرده گی، تداوی همزمان هر دو نوع اختلالات با استفاده از مدل تداوی مدغم، بسیار ارزشمند می باشد. مهمتر از آن، مصرف مواد مخدر یا اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نباید در برابر تداوی افسرده گی مانع شوند.

زمانیکه مریض مورد ارزیابی کافی قرار می گیرد، گزینه های مختلف دوايي و روانی - اجتماعی وجود دارند. هرگاه اعراض افسرده گی ادامه یابند و وظایف روزمره مریض را مختل سازند، در آن صورت امکان دارد موصوف به تداوی دوايي با ادویه جات ضد افسرده گی نیاز داشته باشد. مداخلات روانی - اجتماعی برای افسرده گی شامل آموزش روانی، درمان سترس، تداوی رفتار عاطفی، فعال سازی رفتاری، آموزش روش های آرامش دهنده (Relaxation)، تداوی بین فردی گروهی و تقویت حمایت اجتماعی می باشند. دستورالعمل های مفصلتر در مورد تداوی افسرده گی قابل ملاحظه در تسهیلات صحت غیر تخصصی را می توان در رهنمود مداخلات mhGAP سازمان صحت جهان دریافت نمود (سازمان صحت جهان، سال ۲۰۱۶).

اضطراب: Anxiety

به زودی پس از ترک مصرف مواد مخدر، بسیاری از مریضان دچار اضطراب یا بی خوابی می شوند که می توانند با استفاده از تداوی عرضی معالجه شوند. اما، ادویه جات آرامبخش - خواب آور، مانند بنزودیازپین ها، به دلیل قابلیت بیشتر وابستگی آنها، باید با احتیاط کامل و به عنوان ادویه صف اول تداوی تطبیق گردند. علاوه بر آن، هرگاه مریض از ادویه جات که باعث انحطاط تنفسی می شوند (مانند مشتقات تریاک) استفاده نماید، در آن صورت ادویه جات متذکره می توانند میزان خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose) کشنده را بلند ببرند. لازم است تا ادویه جات جاگزین مانند ادویه جات ضد افسرده گی، توام با تداوی روانی - اجتماعی و رفتاری مدنظر گرفته شوند.

اختلالات سایکوتیک: Psychotic Disorders

افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، ممکن به شیزوفینیا و یا سایر اختلالات سایکوتیک اولیه نیز مبتلا شوند. اختلالات سایکوتیک در واقع متصف اند با تشوشات افکار و ادراک و مختل شدن احساسات و رفتار. گفتار غیرمنسجم یا بی ارتباط نیز می تواند نزد مریض وجود داشته باشد. به همین ترتیب امکان دارد نزد مریضان اعراض چون هذیانات یا برسامات، توهمات، تشوشات شدید تکلم (رفتار غیرمنظم، تهیج، هیجان، تفریط و یا افراط فعالیت) و بالاخره اختلالات مزاجی و عاطفی به وجود می آید.

سایکوز می تواند در جریان تسمم یا ترک برخی مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) تاسس نماید. اما، امکان دارد در دوره اجتناب از مصرف مواد مخدر نیز بنابر اختلالات روانی همزمان تظاهر نماید. تشخیص تفریقی میان اعراض سایکوتیک مرتبط با مصرف مواد مخدر (که با اجتناب از مصرف مواد مخدر از بین می روند) و اختلالات سایکوتیک مستقل از اهمیت فراوان برخوردار است. اعراض سایکوتیک حاد و یا دوامدار ممکن نیاز به مشوره و یا رجعت دهی به متخصصین صحت روانی داشته باشد تا برای مریض تداوی دوائی و روانی - اجتماعی آغاز گردد. تداوی متذکره می تواند شامل استطبایات برای ادویه جات ضد سایکوز و / یا برگردانیدن مزاج، تعلیمات صحتی روانی، مداخلات خانوادگی، تداوی رفتار عاطفی، مهارت های زنده گی و مهارت های اجتماعی و اشتغال حمایت شده، باشد. دستورالعمل های مفصلتر در مورد تداوی دوائی و روانی - اجتماعی سایکوز (به شمول اختلالات دوقطبی) را می توان در رهنمود مداخلات mhGAP سازمان صحتی جهان دریافت نمود (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۶).

مصرف مواد مخدر متعدد: Poly Substance Use

برخی از افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر ممکن از مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) متعدد، مخلوط مواد مخدر، منبهاات (Stimulants)، الکل، حشیش و سایر مواد مخدر استفاده نمایند. این امر می تواند مانع پروسه های تشخیص و تداوی شود و میزان خطر اختلالات ناشی از تاثیرات متقابل دوائی را افزایش بخشد. به عنوان مثال، مصرف مواد مخدر دارای تاثیرات آرامبخش، میزان خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک را بلند می برد. ارزیابی ابتدایی باید شامل جزئیات کافی در مورد تمام مواد مخدر مصرف شده، دفعات و شدت مصرف و بالاخره معاینه یا سکریننگ سایر تشوشات طبی و روانی همزمان، باشد.

اختلالات ناشی از مصرف الکل

اختلالات ناشی از مصرف الکل معمولاً با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مترافق می باشد. تشخیص و ارزیابی شدت اختلالات ناشی از مصرف الکل حایز اهمیت است، زیرا مداخلات تداوی مورد نیاز را مشخص می سازند. ترک حاد الکل نزد افرادی که از وابستگی به الکل برخوردار اند، ممکن مستلزم تداوی طبی باشد زیرا می تواند منجر به اختلاج، سایکوز حاد (Delirium Tremens) و در یکدهه موارد حتی منجر به مرگ شود.

در جریان ارزیابی ابتدایی، بررسی تاریخچه مصرف الکل، موجودیت اختلالات مترافق با مصرف الکل و نیاز به مدیریت ترک مصرف الکل حایز اهمیت می باشد. پرسشنامه های مانند آزمایش معاینه یا سکریننگ الکل، دود کردن سگرت و مواد مخدر (سازمان صحتی جهان، 2010a) و آزمایش شناسایی اختلالات ناشی از مصرف الکل (سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۱) برای معاینه یا سکریننگ مریضان به عنوان بخشی از ارزیابی تشخیصیه بعدی، سودمند می باشد. پرسشنامه شدت وابستگی به الکل (ستاک ویل و همکاران وی، سال ۱۹۷۹) و پرسشنامه مشکلات ناشی از مصرف الکل (دروماند، سال ۱۹۹۰) ممکن در ارزیابی شدت وابستگی به الکل و سایر مشکلات مرتبط ممد واقع شوند.

هرگاه نیاز به مدیریت ترک مصرف الکل و تداوی اختلالات همزمان ناشی از مصرف الکل وجود داشته باشد، در آن صورت باید تحت نظارت کارمندان آموزش دیده و در مطابقت با رهنمود های لازم انجام یابد.

تشویشات جسمی همزمان : Comorbid physical health Conditions

هرگونه مریضی حاد جسمی که حین شمولیت مریض در تداوی به چشم میخورد، ممکن در مراحل قیل، در جریان و بعد از هرگونه تداوی و یا مراقبت، به معالجه نیاز داشته باشد. به شمول سایر موارد، این می تواند شامل حالات ذیل باشد: تب، درد حاد، خونریزی معدی معایی و یا سایر اشکال خونریزی، اختلاج، نمونیا (ذات الریه) و امراض حاد قلبی و عایی. با در نظر داشت شرایط محلی / داخلی، در صورت نیاز، تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، به شمول وابستگی به مشتقات تریاک، باید با تداوی توبرکلوز، اچ آی وی، هیپاتایتس و سایر تشویشات صحی انتانی و غیرساری مدغم شود (سازمان صحی جهان 2012b). یک برنامه تداوی کوتاه مدت داخل بستر و یا مسکونی ممکن از منابع طبی کافی، تخصص یا زمان لازم برای آغاز چنین تداوی برخوردار نباشد، اما مشوره دهی و رجعت دهی به خدمات مناسب باید به عنوان یک گزینه مناسب قابل دسترس باشد.

هیپاتایتس بی (Hepatitis B) در بسیاری از جمعیت های مصرف کننده مواد مخدر، به گونه خاص (اما نه به طور عمومی) در میان افرادی که مواد مخدر زرقی مصرف می نمایند، شیوع بیشتر دارد. تداوی کوتاه مدت داخل بستر می تواند فرصتی برای تطبیق واکسین هیپاتایتس بی باشد. با در نظر داشت مدت دوام تداوی، افرادی که قبلاً نزد آنها دوره کامل واکسین هیپاتایتس بی تطبیق گردیده باشد، می توانند از یک تقسیم اوقات واکسیناسیون سریع، متشکل از دو یا سه دوز مستفید گردند، بدون آنکه انجام آزمایش سیرولوژیک نزد شان الزامی باشد (سازمان صحی جهان 2012a). موجودیت درد های مزمن یک مشکل شایع دیگر می باشد که می تواند به مصرف مواد مخدر غیرقانونی، به ویژه مشتقات تریاک و خطر عود مصرف مواد مخدر و مصرف دوز بیش از حد (Overdose) کمک نماید. رجعت دهی مریض برای ادامه ارزیابی منبع درد، و روی دست گرفتن ستراتیژی های خاص تسکین درد لازم می باشند.

توصیه های سازمان صحی جهان

(رهنمود ها پیرامون تداوی تشویشات صحی جسمی نزد بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانی شدید. سازمان صحی جهان، سال ۲۰۱۸)

- نزد افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید و اختلالات همزمان ناشی از مصرف مواد مخدر (مواد مخدر و / یا الکول)، باید مداخلات مطابق با رهنمود های مداخلات mhGAP سازمان صحی جهان مدنظر گرفته شود.
- مداخلات غیردوایی (به عنوان مثال مصاحبه انگیزه دهنده) می توانند مدنظر گرفته شوند و باید متناسب با نیازمندی های افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشند.
- تجویز کننده گان ادویه، باید تأثیرات متقابل دوایی را میان ادویه جات که برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و اختلالات روانی شدید استفاده می شود، مدنظر داشته باشند.

۶.۲.۴ مدیریت بهبودی Recovery Management

توضیح:

مدیریت بهبودی، که به عنوان Recovery-oriented بهبود گرا "مراقبت های تعقیبیه"، "Aftercare" "مراقبت های دوامدار" Continuing of Care یا حمایت اجتماعی مبتنی بر بهبودی نیز شهرت دارند، توصیف کننده پروسه درازمدت تقویت صحت مریضان و حمایت از آنها در مرحله بهبودی از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می باشد. مدیریت بهبودی یک رویکرد در حال رشد برای تداوی درازمدت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوده که فراتر از یک دوره تداوی یا یک برنامه مراقبت های کوتاه مدت تعقیبیه می باشد. پروسه متذکره باید از مریضان در تمام مراحل تداوی آنها در تسهیلات و روش های مختلف تداوی حمایت نماید. زمانیکه مریضان در جریان مرحله اجتناب از مصرف مواد مخدر از طریق تداوی سرپا و یا مسکونی حالت ثابت دریافت نمودند، باید مدیریت بهبودی دنبال شود. این پروسه بالای کاهش میزان خطر عود مصرف مواد مخدر از طریق حمایت جامع از وظایف اجتماعی، سلامتی و ادغام مجدد در جامعه، متمرکز می باشد. با در نظر داشت چشم انداز دوران حیات، مدیریت بهبودی ضمن بهبود و تقویت بهبودی، به بهبود صحت و سلامتی مریضان کمک می نماید. افزون بر آن، مریضان را از طریق تمرکز نمودن بر مسئولیت های شخصی آنها در راستای مدیریت یا تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، در امر بهبود وظایف اجتماعی یاری می رسانند. بهبودی پایدار امکان پذیر بوده و حدود ۵۰ درصد مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به آن دست می یابند (وایت، سال ۲۰۱۲).

در حالت مطلوب، پس از تداوی درازمدت مسکونی و تداوی مختصر مریضان سرپا، باید مریضان به سطح مراقبت دارای شدت کمتر و یا هم مدیریت یا تداوی درازمدت بهبودی رجعت داده شوند. این در تضاد با یک سناریوی معمول دوره های مکرر تداوی مختصر بدون تداوم و عود مکرر مصرف مواد مخدر که مترافق با نتایج ضعیفتر و افزایش میزان خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، و غیره است، قرار دارد. تداوی و مراقبت های دوامدار مبتنی بر بهبودی، دربر گیرنده یک رویکرد برای تداوی درازمدت مریضان در شبکه حمایت و خدمات مبتنی بر جامعه می باشد. مدیریت بهبودی مسلکی، مانند مدیریت سایر اختلالات مزمن صحتی، تمرکز تداوی را از روشی که بر مبنای اصل "شمولیت یا پذیرش، تداوی و مرخص کردن مریضان" استوار می باشد به سمت یک مشارکت پایدار مدیریت صحت، میان خدمات و مریض مبدل می سازند. در این مدل، نظارت پس از بهبود، برنامه های آموزشی و مربیگری بهبودی، ارتباطات فعال با جوامع بهبودی (مانند حمایت ۱۲ مرحله ای همتایان) و در صورت نیاز، انکشاف منابع و دسترسی سریع مجدد به تداوی، جایگاه پروسه مرخص نمودن سنتی را به خود اختصاص می دهد.

مطالعات عمودی بارها نشان داده اند که تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در کاهش چشمگیر میزان مصرف مواد مخدر، مشکلات مرتبط با مواد مخدر و هزینه های جامعه نقش قابل ملاحظه دارد. اما، عود مصرف مواد مخدر پس از دوره مرخصی مریض و در نهایت شمولیت مجدد وی در تداوی، بیشتر شایع می باشد. در واقع اکثریت مریضانی که در تداوی داخل بستر شامل گردیده اند، قبلاً تداوی دریافت نموده اند. به نظر می رسد که میزان خطر عود مصرف مواد مخدر کاهش می یابد، اما نه صرف تا چهار الی پنج سال اجتناب موفقیت آمیز از مصرف مواد مخدر (دینیس، فاس و اسکات، سال ۲۰۰۷). بناً، باید تمام مریضان صرف نظر از بهبودی آنها، در مورد چگونگی شناسایی و مدیریت مصرف دوز بیش از حد (Overdose) و خطرات مرتبط با آن آگاهی کامل حاصل نمایند.

تمرکز بالای مدیریت یا تداوی درازمدت، بر خلاف تداوی یک دوره ای، با استفاده از شواهدی حمایت می شود که بر مبنای آن وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک مریضی مزمن و معمولاً به عنوان یک اختلال عود کننده، همانند سایر امراض دارای عوامل متعدد مانند فرط فشار خون، استما و دیابت درک و مدیریت می شود، تا اینکه به آن به عنوان یک مریضی یا مرحله حاد، نگریسته شود (دویوانت، کامپتون و مک لیلان، سال ۲۰۱۵). به همین ترتیب، افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید در تمام دوره حیات به مداخلات طبی و روانی دسترسی داشته باشند و باید شدت آنها با شدت اعراض آنها سازگاری کامل داشته باشد. رویکرد های مدیریت بهبودی باید شامل مداخلات دوایی، روانی و روانی - اجتماعی درازمدت در امر دستیابی به هدف کاهش میزان مصرف مواد مخدر و رفتار جرمی و در عین حال برای بهبود صحت

و سلامتی جسمی و روانی و وظایف اجتماعی، کمک کننده باشد. شواهد نشان می دهند که مداخلات مدیریت بهبودی مؤثر می باشند (مک کولیستر و همکاران وی، سال ۲۰۱۳)، و شمولیت در حمایت همتایی ۱۲ مرحله ای در واقع مریضان را کمک می نمایند تا از مصرف غیرقانونی مواد مخدر و الکول اجتناب ورزند، تا با مشکلات کمتری روبرو شوند (دونوان و همکاران وی سال ۲۰۱۳، های و همکاران وی، سال ۲۰۱۹). کارمندان صحتی می توانند با تشویق نمودن مریضان به مراجعه، روند سهمگیری در حمایت همتایی را نزد مریضان به گونه قابل ملاحظه بهبود بخشند.

به منظور ارائه خدمات مدیریت بهبودی مؤثر، سهیم ساختن تمام سیستم، ادغام تمام روش های تداوی و مشارکت دست اندرکاران خارج از سکتور صحتی، ضروری می باشد. دست اندرکاران متعدد جامع، می توانند در این عرصه نقش به سزایی داشته باشند و باید آنها در پروسه بهبودی سهیم باشند. اینها شامل خانواده ها و مراقبت کننده گان، دوستان، همسایگان، گروه های کمک متقابل، رهبران مذهبی و جامعه، دست اندرکاران سکتور معارف، سیستم عدلی و قضایی و بالاخره تسهیلات ورزشی و تفریحی می باشند.

ستگما و تبعیض در برابر افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، می تواند مانع دسترسی به تداوی و بهبودی شود و میزان مؤفقت آنرا کاهش بخشد. لازم است تا در راستای آگاهی دهی، تقویت سلوک عاری از ستگما و رسیده گی سازمان یافته به تبعیض در برابر افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مساعی لازم به خرچ داده شود.

جمعیت مورد هدف

پس از تداوی ابتدایی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، اکثریت مریضان تا اندازه ای به مدیریت بهبودی درازمدت نیاز دارند، که شدت آن بازتاب دهنده نیازمندی های مریض می باشد. مریضانی که از تاریخچه چندین دوره عود مصرف مواد مخدر، اختلالات صحت جسمی و روانی، حمایت ضعیف خانواده و جامعه، مشکلات مالی، حقوقی و / یا مسکن برخوردار اند، در واقع نیاز خاص به مدیریت بهبودی دارند. مریضانی مبتلا به اختلال پیچیده و مغلق، خاصاً مریضانی که اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نزد آنها در مراحل مقدم تظاهر نموده اند و فعالیت های شان شدیداً مختل گردیده باشد، از مهارت های ضعیف زنده گی و روش ها و طرق محدود برای مقابله با سترس برخوردار باشند، در واقع نیاز به برنامه های مدیریت بهبودی نسبتاً جدی نیاز دارند. نکته اساسی اینست که مریضانی که در معرض خطر بلند عود مصرف مواد مخدر قرار داند، باید قبل از مرخص شدن از تداوی درازمدت مسکونی و یا مریضی جدی سراپا، از عناصر مناسب و انفرادی مدیریت بهبودی سود ببرند.

اهداف

هدف اساسی مدیریت یا تداوی بهبودی، عبارت از حفظ نتایج به دست آمده در سایر روش های تداوی با ارائه حمایت دوامدار و انفرادی برای نیازمندی های مریض می باشد. مراقبت های مبتنی بر بهبودی، خطرات مرتبط با مصرف مواد مخدر را به حداقل می رسانند، اجتناب از مصرف مواد مخدر را حفظ نموده و مصرف آن را کاهش می بخشد و رفتار جستجوی مواد مخدر را در طی مراحل تداوی جدی کنترول می کند. متعاقباً، این به دنبال انکشاف و استحکام دارایی های شخصی و اجتماعی می باشد که مریض برای کنار آمدن با شرایط خارجی و حفظ سبک زنده گی سالم به آنها نیاز دارد. اینها شامل حرکت دوامدار در مسیر بهبودی شخصی و اجتماعی به عنوان بخشی از زنده گی عاری از مواد مخدر، بهبود مراقبت از خود برای سلامتی جسمی و روانی و احیای کرامت شخصی، ارزش قابل شدن به خود، رشد معنوی و ادغام مجدد اجتماعی می باشند.

بهبودی می تواند از ادامه تداوی (به شمول مداخلات تداوی دواپی و روانی - اجتماعی) و/ یا باقی ماندن در یک جامعه بهبودی گسترده تر، مانند گروه های کمک متقابل یا حمایت همتایی (به شمول مداخلات گروه های مخدر گمنام و ۱۲ مرحله ای) مستفید شود. مراقبت های بهبودی از انکشاف مهارت های مدیریت سترس روزانه مرتبط به مشکلات دوامدار مسکن، بیکاری یا محیط کار، انزوای اجتماعی یا روابط نامطلوب بین فردی حمایت می نماید.

خاصتاً، مریضان برای کمک به کنترل عکس العمل های منفعل و از لحاظ عاطفی جدی، به حمایت قبل و در جریان بحرانها و منازعات نیاز دارند. از طریق تمام اینها مداخلات تداوی مبتنی بر بهبودی و مدیریت بهبودی تمرکز بالای کاهش تنبهاست سترس را افزایش می بخشد که ممکن عود مکرر جستجوی مواد مخدر اجباری را تشدید نماید. به صورت عموم، مراقبت های مبتنی بر بهبودی مریضان را کمک می نمایند تا کیفیت زنده گی خود و فرصت های ادغام مجدد اجتماعی در جامعه را بهبود بخشند.

مدل ها و عناصر

مراقبت دوامدار و مدیریت بهبودی فرصتی است که با استفاده از آن مریضان می توانند با سیستم مراقبت های صحی، خدمات اجتماعی و تسهیلات تداوی در تماس باشند. معمولاً یک مشاور یا یک کارمند مسلکی دیگر (کارکن اجتماعی یا پرستار) روند مدیریت قضیه را هماهنگ می نماید، به طور منظم با مریض ملاقات می نماید، حمایت مثبت فراهم می نماید، سهمگیری در جامعه را تشویق می نماید و به رسیده گی به حالات سترس را کمک می نماید. در واقع یک مشاور به مریض کمک می نماید تا با سایر کارمندان مسلکی که می توانند از ادغام مجدد اجتماعی مریض حمایت نمایند، ارتباط برقرار نماید. برای پاسخدهی به نیازمندی های ویژه، مشاور خاصتاً مریضان را به کارکنان اجتماعی و روانشناسان، دوکتوران، متخصصین صحت جنسی و صحت باروری و مساعدت های حقوقی رجعت می دهند.

شمار زیادی از مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به تداوی و حمایت دوامدار دواپی و روانی - اجتماعی نیاز دارند. این موارد شامل رجعت دهی مناسب، هرگونه تداوی تعقیبیه، حمایت و مراقبت های بعدی می باشند. خیلی ها حایز اهمیت است تا رابطه میان بخش های مختلف مراقبت ها ایجاد گردد تا از درستی و دقت وظایف پروسه تداوی و حمایت مناسب اطمینان حاصل گردد. به عنوان مثال، مریضان دارای اختلالات مغلق ناشی از مصرف مواد مخدر که فاقد حمایت اجتماعی می باشند، به تداوی کوتاه مدت داخل بستر و به دنبال آن رجعت دهی به تداوی درازمدت مسکونی نیاز دارند. برای مریضان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دارای شدت کمتر و حمایت اجتماعی بهتر، تداوی سراپا توصیه می گردد. مریضان برای دستیابی به آموزش های فنی - حرفوی، مسکن پایدار و سایر خدمات، در صورت نیاز، باید از حمایت لازم جهت تقویت سیستم مراقبت های اجتماعی برخوردار باشند.

اصول مدیریت بهبودی

رویکرد مدیریت بهبودی متصف با عوامل مختلف می باشد.

تمرکز بیشتر باید بالای افزایش نقاط قوت باشد، نه اینکه بالای کاهش کمبودی ها باشد: رویکرد های مبتنی بر بهبودی در واقع به عوض اینکه بالای نیازمندی ها، کمبودی ها و پتالوژی ها تاکید ورزد، عمدتاً در پی شناسایی، حمایت و انکشاف مهارت ها، استعداد ها، منابع و علایق می باشند.

تمرکز بالای برنامه های انعطاف پذیر، نه برنامه های ثابت: برنامه های مدیریت بهبودی باید با پیشکش گزینه ها و ارائه حمایت و خدمات مختلف انعطاف پذیر در برابر تغییراتی که مریض با گذشت زمان تجربه می نماید، پاسخگو باشند.

مدنظر گرفتن استقلالیت مریض: مدیریت بهبودی در واقع یک رویکرد مستقل است که مریض را در انتخاب آگاهانه در مورد زنده گی و تداوی تشویق و حمایت می نماید. اهمیت مجموعه ی از انتخاب های مریض بالای سایر عرصه های طبیی، خاصتاً تداوی امراض مزمن، تاکید نموده است و در تقویت مسئولیت های فرد برای بهبودی مؤثر اثبات گردیده است.

مشارکت جامعه: برخلاف رسیده گی بر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در تجرید، مدیریت بهبودی شامل سهیم گیری اعضای خانواده، دوستان و جامعه برای تقویت ابعاد اجتماعی بهبودی می باشد. افراد دیگر تشویق می شوند تا با استفاده از منابع جامعه، مانند نهاد های مسلکی، مؤسسات غیردولتی، کمک های متقابل یا حمایت همتایی، نهاد های امدادسانی، مکاتب و سایر مؤسسات آموزشی، در پروسه بهبودی مریض نقش ایفا نمایند.

فعالیت های شامل در پروسه مدیریت بهبودی

مدیریت بهبودی ترکیبی از انواع مداخلات و فعالیت های می باشد، که منابع داخلی و خارجی را تقویت می نماید، تا مریضان را به شکل داوطلبانه و فعالانه در مدیریت مشکلات مرتبط به مواد مخدر و مصرف مواد مخدر، در صورتیکه تظاهر نمایند، یاری رسانند. برخی از فعالیت ها ممکن از قبل در منزل مریض، تسهیلات صحتی، در محلات و جامعه مریض وجود داشته باشند، در حالیکه سایر فعالیت ها باید انکشاف یابند.

عوامل و فعالیت های ذیل، میزان ادغام مجدد اجتماعی را افزایش می بخشد و چانس بهبودی و پذیرش پایدار را بهبود می بخشد:

- تقویت انعطاف پذیری، خودکفایی و اعتماد به نفس مریضان برای غلبه بر چالش ها و سترس های روزمره، در حالیکه تعهد به بهبودی و جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر، نزد آنها حفظ گردد.
- یک شبکه اجتماعی حمایتی (مانند شرکا، مراقبت کننده گان، اعضای خانواده و دوستان) که در واقع می تواند از پایداری بهبودی، اجتناب از مصرف مواد مخدر و سازگاری با تداوی نظارت به عمل آورد.
- آموزش مریضان در مورد عوامل مختلفی که به مصرف مواد مخدر آنها کمک می نماید و تجهیز آنها با ستراتیژی های ایجاد و حفظ یک محیط اجتماعی حمایت کننده که منتج به تقویت صحت و بهبودی گردد.
- آموزش مریضان در مورد سیستم های مراقبت های صحتی و اجتماعی و تقویت آنها از طریق خدمات صحتی و اجتماعی.
- فراهم نمودن دسترسی به تداوی دوايي درازمدت، در صورتیکه استتباب داشته باشد.
- آموزش مریضان در مورد دسترسی آنها به ستراتیژی ها و ابزار وقایه و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مواد مخدر و فراهم نمودن دسترسی یاد شده.
- آموزش مریضان در مورد روش های تشخیص و تداوی مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مواد مخدر، به شمول تطبیق نالوکزان برای درمان مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک.
- سهیم شدن با افراد و شبکه های اجتماعی دوستان و همکاران که می توانند از اجتناب دومدار از مصرف مواد مخدر و دستیابی به اهداف بهبودی حمایت نمایند.
- فعالیت های با مفهوم و قابل تقدیر.
- کاهش فشار های ناشی از ستگما و تبعیض بر مبنای صحت، سن، جنس، جنسیت، طبقه، نژاد، هویت فرهنگی و غیره.
- رهایی از خشونت و سوء استفاده.
- مشارکت اجتماعی و سهگیری در فعالیت های آموزشی و فنی - حرفوی، منجمله فعالیت های داوطلبانه و سهگیری در جامعه.
- سهم فعال در فعالیت های کمک خودی یا خودیاری، کمک متقابل، فعالیت های معنوی یا سایر گروه های حمایتی.
- مشارکت اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، بشردوستانه یا معنوی که فراهم کننده زمینه برای دستیابی به هدف نیرومند در زنده گی، هویت جنسی، مسکن ثابت باشد.
- رسیده گی به مشکلات حقوقی و مالی.

معیارات برای تکمیل برنامه و شاخص های مؤثریت:

با در نظر داشت دیدگاه "سیر زنده گی"، مدیریت بهبودی یک روند پایان ناپذیر بوده و می تواند در تمام حیات افراد ادامه داشته باشد. این روش رویکرد مدیریت امراض مزمن را تحت پوشش قرار می دهد که هدف آن کمک به افراد مورد نظر در راستای رسیده گی مؤثر به صحت خود و به مشکلات صحتی خویش و در نتیجه بهبود صحت و سلامتی آنها می باشد.

در پروسه ارزیابی موفقیت فعالیت ها و برنامه های مدیریت یا تداوی بهبودی، مدنظر گرفتن ظرفیت آنها در عرصه های ذیل حایز اهمیت می باشد: کاهش میزان خطر عود مصرف مواد مخدر و مصرف دوز بیش از حد (Overdose)، کاهش مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) و آسیب های مترافق با آن و بالاخره بهبود صحت و سلامتی جسمی و روانی، وظایف اجتماعی و ادغام مجدد. از شاخص شدت اعتیاد یا (ASI) و ابزار مشابه ساختار یافته که به صورت عموم وظایف را در ارتباط با اختلالات ناشی از مصرف مواد مورد ارزیابی قرار می دهند، می توان برای ارزیابی پیشرفت ها در ساحات مختلف صحت و وظایف مورد نظر استفاده به عمل آورد. در ارزیابی مؤثریت مدیریت یا تداوی بهبودی، عمدتاً بالای ارزیابی پیشرفت ها در راستای استفاده از "سرمایه بهبودی" به مثابه منابع داخلی و خارجی که می تواند به آغاز و تداوم بهبودی کمک نماید، یک امر ضروری می باشد.

مشخصات کلیدی برای مدیریت بهبودی

پلان های تداوی انفرادی، در واقع کلیدی برای حصول اطمینان از مستقیم شدن هر مریض از تداوی مبتنی بر بهبودی پنداشته می شود. انکشاف این پلان ها باید بر مبنای ارزیابی های انجام شده به کمک یک تیم متخصص و سهمگیری فعالانه مریض انجام یابد. پلان های تداوی باید جنبه انفرادی داشته باشد و با معالجه سایر امراض و تشویشات صحی مزن سازگاری کامل داشته باشد. بر خلاف برنامه های مراقبت های جدی، پلان های تداوی در مراقبت های مبتنی بر بهبودی، عمدتاً تمرکز خویش را از مراقبت های طبی اساسی به مراقبت های اجتماعی توسعه می بخشند و از متخصصین عرصه های دیگر استفاده به عمل می آورند. در حالت مطلوب، متخصصین باید به عنوان یک تیم متشکل از رشته های متعدد (متشکل از کارکنان اجتماعی، روانشناسان، مشاورین همتایی، و احتمالاً بزرگان، رهبران مذهبی و سایر رهبران جامعه) و بالاخره شامل دوستان و اعضای حمایت کننده خانواده فعالیت نمایند.

زمانیکه یک برنامه تداوی مریضان سرپا، تداوی مریضان داخل بستر و یا تداوی مسکونی مبتنی بر جامعه به اتمام رسید، باید پلانگذاری مراقبت های تعقیبیه در پلان های مدیریت بهبودی انفرادی گنجانیده شود. این مورد باید شامل ستراتیژی های انفرادی باشد: تا از عود مصرف مواد مخدر یا مواد متعدد (توام با خطر مصرف دوز بیش از حد) جلوگیری به عمل آید، مسکن از پایداری برخوردار شود، اشتغال یابی را مصونیت و تحقق بخشد، شبکه های اجتماعی مثبت را ایجاد یا ایقا نماید. و زمینه ادغام مجدد را در جامعه فراهم سازد. در صورت موجودیت شواهد عود مصرف مواد مخدر نزد مریض، باید دربر گیرنده پلان ها دسترسی سریع به تداوی نیز باشند.

در حالت مطلوب، مدیریت بهبودی شامل جلسات نظارت یا پیگیری (معاینات) منظم یا تماس های تلفونی می باشد، که توسط یک مشاور تداوی مصرف مواد مخدر، روانشناس، متخصص و یا پرستار مراقبت های اولیه انجام می شوند. این معاینات می توانند به تداوم بهبودی و وقایه از عود مصرف مواد مخدر کمک نماید. در جریان ارزیابی، ممکن از مریض خواسته شود تا در مورد اجراءات کاری، شرایط زنده گی و میکانیزم های مقابله با سترس یا برقراری و حفظ روابط سالم، جزییات تازه ارائه نماید. معاینات بهبودی می تواند شامل آزمایش داوطلبانه توکسیکولوژی مواد مخدر Drug Toxicology باشد، و به مریض گزینه سکریننگ در جامعه پیشکش شود. هدف از این آزمایش عبارت از انگیزه دادن به مریضان می باشد تا زنده گی "عاری از مصرف مواد مخدر" داشته باشند، عود مصرف مواد مخدر را تشخیص دهند و در صورت نیاز، آنها قادر ساخته شوند تا به وقت و زمان معین از مداخله مجدد مستقیم گردند. شواهدی در اختیار قرار دارند که نشان دهنده آن اند که معاینات بهبودی با گذشت زمان به عنوان روش های مؤثر مدیریت بهبودی پنداشته می شوند و دیگر اینکه آنها از نظر قیمت مؤثر بوده و احتمالاً به عنوان ستراتیژی های صرفه جویی برای تقویت اجتناب از مصرف مواد مخدر و کاهش مصرف مواد مخدر در میان افراد مبتلا به اختلالات مزمن ناشی از مصرف مواد مخدر شناخته می شوند (وایت، سال ۲۰۰۷، مک کالیستر و همکاران وی، سال ۲۰۱۳، میلر، سال ۲۰۱۳، دینیس، اسکات و لادیت، سال ۲۰۱۴، گارنر و همکاران وی، سال ۲۰۱۴).

Populations with Special Treatment and Care Needs

استندرد های ارائه شده در سند هذا، مشخص می کنند که گروه های مختلف جمعیت از نیازمندی های ویژه تداوی و مراقبت برخوردار اند و ممکن به منظور تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، نیاز به توجه و مداخلات استندرد داشته باشند.

این فصل در واقع یک ارائه کننده فهرست جامع جمعیت ها یا گروه های دارای نیازمندی های ویژه تداوی و مراقبت نمی باشد. گروه های جمعیتی مختلف، می توانند به منظور تداوی و مراقبت به خدمات خاص نیاز داشته باشند. این گروه ها شامل افراد دارای ویژگی های ذیل می باشند: نمونه های یا الگو های خاص مصرف مواد مخدر (به شمول مواد مخدر (Poly Substance Users). نیازمندی های صحتی (افرادی دارای تشوشات صحتی همزمان، مانند کسانی که با اچ. آی. وی زنده گی می نمایند، و افرادی که مبتلا به اختلالات روانی و معلولیت ها باشند). سن (مانند اطفال و نوجوانان و کهن سالان)، نیازمندی به مراقبت و حمایت اجتماعی (مانند افراد بی سرپناه، افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی می باشند، افرادی که در فقر و بی سواد به سر می برند و افرادی که از تحصیلات محدود برخوردار اند) و بالاخره محل سکونت (افرادی که در مناطق دور دست و روستایی زنده گی می کنند، مهاجرین). علاوه بر آن، زنان و خانم های حامله، اقلیت های جنسی، افرادی که از طریق مقاربت جنسی درآمد به دست می آورند، اقلیت های مذهبی و قومی، جمعیت های بومی و افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند) در واقع به منظور تداوی به مداخلات استندرد و مقررات ویژه نیاز دارند. اصول استندرد تداوی و مراقبت که در فصل دوم به آن پرداخته شده است، بالای تمام افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تطبیق می گردند. نزد عده زیادی از گروه های جمعیتی فوق الذکر، ترکیبی از سنگما و تبعیض، معمولاً موانع قابل ملاحظه ی را در برابر تداوی ایجاد می نمایند. مدیریت کلینیکی مناسب باید تضمین کننده دسترسی برابر به تداوی و مراقبت نزد تمام افراد باشد. به منظور رسیده گه به موانع ساختار یافته تداوی، و جلوگیری از انزوا و تجرید اجتماعی و تقویت سلوک و نگرش های فاقد سنگما و تبعیض، تلاش های جدی و هماهنگ وجود دارند.

فصل پنجم احتوا کننده ملاحظات سیستم تداوی و نیازسنجی های می باشد، که در واقع روند ارائه تداوی به جمعیت ها و گروه های دارای نیازمندی های ویژه تداوی و مراقبت را تسهیل می بخشند. سیستم های محلی/داخلی تداوی باید به منظور ارائه تداوی و مراقبت مناسب، قابل دسترس، قابل پرداخت باشند و در مطابقت با اصول ارائه شده در این سند طرح ریزی، پلانگذاری و تمویل گردند.

۱.۵ زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر ۱.۱.۵ توضیحات

زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، در واقع یک جمعیت خاص می باشد که بنابر دو دلیل نیاز ویژه به تداوی دارند. اولاً، مصرف مواد مخدر می تواند مادر و جنین را متأثر سازد، در حالیکه تداوی نیز ممکن بالای هر دو عضو این جفت (Dyad) تأثیرات منفی بگذارد. ارائه تداوی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نزد زنان حامله، ممکن چالش های اخلاقی و طبی به همراه داشته باشند. ثانیاً، مانند تمام والدین، بسیاری از زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و شریک زنده گی آنها می توانند از آموزش مهارت های والدین و حمایت از مراقبت و رشد طفل مستفید شوند. افزون بر آن، زمانیکه که طفل به دنیا می آید، با در نظر داشت احتمال معروض شدن وی به مواد مخدر قبل از تولد، ممکن نیاز به ارائه خدمات طبی و سایر خدمات وجود داشته باشد. علاوه بر آن، فراهم نمودن فرصت ارائه تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (و سایر مواد مخدر) برای زنان حامله، از پتانسیل خارق العاده برای ایجاد تغییرات مثبت در زنده گی مادر و جنین برخوردار می باشد، البته در صورتیکه هر دو قادر به دریافت خدمات باشند. به عین ترتیب، معمولاً هر دو جفت (Dyad) که در واقع به جفت مادر - جنین و جفت مادر - طفل مسمی می باشند، در تداوی زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر اشتراک می ورزند. پویایی و حمایت خانواده گی نقش مهمی در نتایج حاملگی و تداوی دارند. به همین دلیل، تداوی زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید از عناصر جامع مداخلات خانواده گی برخوردار باشد.

زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، همانند شماری زیادی از بزرگسالان دیگر که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می برند، با مشکلات مشابه روبرو می باشند. عده ی زیادی از مشکلات متذکره مانند فقدان آموزش رسمی و یا تماس احتمالی با سیستم عدلی و قضایی، در میان مردان، زنان و خانم های حامله مشترک می باشند. اما، ستگما، احساس شرمنده گی و فقدان روابط مثبت و حمایت کننده، ممکن بالای زنان تأثیرات منفی بگذارند و در واقع به عنوان دلایل کلیدی برای این مساله پنداشته می شوند که چرا زنان معمولاً از جستجو، شمولیت یا پذیرش و یا سهمگیری در تداوی خودداری می نمایند. افزون بر آن، تعداد انگشت شمار خدمات تداوی مبتنی بر جندر برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر وجود دارند، که دسترسی زنان به تداوی را بیشتر محدود می سازد، حتی نزد آنعده زنانیکه برای سهمگیری در خدمات تداوی و حمایتی از آماده گی کامل برخوردار اند. طوری به نظر می رسد که زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بیشتر از مردان: سوء استفاده از اطفال و / یا به فراموشی سپردن را تجربه می نمایند، بار ها در معرض خشونت بین افرادی قرار گرفته اند، آنها برای بقای حیات خویش از لحاظ اقتصادی به دیگران وابسته می باشند و بالاخره از دسترسی لازم به فرصت های رسمی آموزشی یا فنی - حرفوی برخوردار نمی باشند. مشکلات متذکره می توانند در حاملگی شدت بیشتر کسب نمایند، مانع دسترسی و سهمگیری آنها در تداوی شود و نتایج تداوی را به مخاطره بیندازد. بسیاری از زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، ممکن از احساس تعارض، شرمنده گی و گناه نسبت به آنچه معمولاً به عنوان ناتوانی خود در کنترل رفتار مصرف مواد مخدر خویش می پندارند، برخوردار باشند.

زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر همانند زنان که حامله نمی باشند و یا حامله هستند اما عاری از هرگونه اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، از حق تداوی برابر برخوردار بوده و نباید به دلیل حاملگی از تداوی محروم گردند و یا از دریافت آن جلوگیری شود. تداوی زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

پیچیده تر از تداوی سایر مریضان نمی باشد. زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نباید وادار به سقط جنین و عقامت شوند. علاوه بر آن، برنامه های تداوی باید از طرز العمل ها و تدابیر محافظتی برخوردار باشند، تا از بازداشت و تداوی اجباری زنان حامله جلوگیری صورت گیرد. در نهایت، در صورتیکه زنان تداوی متمرکز بر مشکلات بیشتر معمول را دریافت نمایند که در میان زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر به چشم می خورند، در مقایسه با تداوی های که فاقد چنین تمرکز مبتنی بر زنان می باشند، از نتایج درازمدت بهتر برخوردار اند.

۲.۱.۵ مدل ها و عناصر

سکریننگ و پذیرش

به صورت عموم، تمام خانم ها که در سنین حاملگی قرار دارند و وارد خدمات تداوی می شوند، باید از نظر حاملگی مورد معاینه یا سکریننگ قرار گیرند. این موارد می توانند شامل تاریخچه و آزمایش ادرار باشند. خدماتی که به زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و فرزندان آنها تداوی فراهم می نمایند، معمولاً از یک طرز العمل معاینه یا سکریننگ و پذیرش برخوردار می باشند، که در امر تعیین نمودن واجد شرایط بودن آنها برای شمولیت در برنامه کمک می نماید. حداقل، معاینه یا سکریننگ باید سه عامل را تحت ارزیابی قرار دهند: تشوشات حاد طبی که نیاز به مراقبت فوری طبی دارند. خطر ترک مصرف مواد مخدر و نیاز به مدیریت ترک و / یا سم زدایی، و خطر آسیب رسانیدن به خود و / یا دیگران. از میان این سه عامل ممکن یک یا چند مورد آن نیاز به رجعت دهی یا انتقال یک زن حامله به یک واحد طبی یا روانی تخصصی و پیشرفته داشته باشند، البته به منظور مدیریت خطرات، حداقل به طور مؤقت، قبل از آنکه در برنامه تداوی تخصصی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر شمولیت حاصل نمایند. به عنوان گام نخست در برقراری ارتباط میان عرضه کننده و مریض و فرصتی برای ایجاد رابطه، توجه به نیازمندی های زن حامله و چگونگی سازگاری آنها با خدماتی که برنامه ارائه می نماید، از اهمیت فراوان برخوردار است.

داشتن پالیسی کتبی در مورد طرز العمل های سکریننگ و پذیرش زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (و تشوشات همزمان) بسیار حایز اهمیت بوده و باید شامل عناصر ذیل باشد:

- توضیح طرز العمل های معاینه یا سکریننگ و اقدامات پذیرش / یا مصاحبه ها، تا حدی امکان، تمام اقدامات، روش ها و ابزار ارزیابی اخذ که در ارتباط با زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار می گیرند باید از اعتبار لازم برخوردار باشند.
- آموزش لازم کارمندان برای اجرای اخذ و معاینه یا سکریننگ.
- پالیسی مرتبط به واجد شرایط بودن برای شمولیت در برنامه و طرز العمل های عدم شمولیت، به شمول معلومات در مورد خدمات بدیل برای زنان حامله.

تمام معلومات کلینیکی باید در یک محل مصون و مطمئن نگهداری شوند و در سوابق / ریکارد مریض درج شوند.

ارزیابی

نزد یک زن حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید به مجرد ورود به یک برنامه، ارزیابی کلینیکی انجام یابد، که هدف آن بررسی مفصل ابعاد مرتبط به شرایط زنده گی وی برای سه هدف ذیل می باشد: تشخیص دقیق، انتخاب تداوی مناسب و انکشاف پلان ها و اهداف مناسب تداوی. هدف اصلی ارزیابی عبارت از بررسی شرایط زنده گی فعلی و جمع آوری اطلاعات در مورد صحت جسمی و روانی، مصرف مواد مخدر، حمایت خانواده گی و وضعیت اجتماعی مریض می باشد. این امر در انکشاف یک برنامه تداوی متناسب با نقاط قوت و نیازمندی های زن حامله از

اهمیت فراوان برخوردار است. معلومات ویژه ی حاملگی، مانند تاریخ تولد، حمل های گذشته و پلان های ولادت نیز حایز اهمیت می باشند. در حالت مطلوب، یک ارزیابی باید از منابع مختلف اطلاعاتی برای دستیابی به تاریخچه طبی مکمل زن و شرایط روانی - اجتماعی که در آن به سر می برد، استفاده به عمل آورد. برای انجام یک ارزیابی ابتدایی نیاز است تا به یک پروسه دوامدار مبدل شود و از پلان های برخوردار باشد که بر مبنای آن ارزیابی ها و بررسی های دوره یی در جریان تداوی انجام یابند. با در نظر داشت تغییرات در وظایف جسمی، روانی و اجتماعی که یک زن با آن روبرو است، ارزیابی و بررسی وضعیت صحی وی در جریان دوره تداوی، سازگاری بخشیدن پلان های تداوی که در واقع بازتاب دهنده نیازمندی های تغییر بیاشند و ورود وی در مرحله بهبودی، حایز اهمیت است. دفعات این ارزیابی ها به دوره کلینیکی تداوی و هرگونه عقب نشینی با پیشرفت تداوی بستگی خواهد داشت. استندرد های ارزیابی همانگونه که در فوق توضیح داده شد با استندرد های قابل استفاده در معاینه یا سکریننگ و پذیرش شباهت دارند.

پلانگذاری تداوی

کارمندان برنامه باید یک پلان تداوی انفرادی را برای خانم حامله بر اساس ارزیابی، با در نظر داشت خواسته های وی و سهیم ساختن کامل وی در پروسه پلانگذاری و تعیین اهداف، انکشاف دهند. پلان های تداوی باید به طور منظم بررسی شوند، به خصوص با در نظر داشت تغییرات سریعی که در جریان حاملگی و پس از ولادت رخ می دهد. به یک زن حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نباید به عنوان یک دریافت کننده غیرفعال معلومات نگریسته شود، بلکه باید به وی به عنوان یک اشتراک کننده فعال در پروسه پلانگذاری تداوی دیده شود. یک زن باید در تصمیم گیری های تداوی که نه تنها خودش بلکه جنین را نیز متأثر می سازد فعالانه شرکت ورزد. پلان های تداوی باید دربر گیرنده همکاری متخصصین ولادی - نسایی باشد. همچنین ممکن نیاز باشد تا رشد جنین را از نزدیک نظارت نماید.

رویکرد های تداوی

رویکرد های تداوی برای زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تا حد زیادی به مقدار و طرق مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) و (سایر مواد مخدر) بستگی دارد. در شرایط خاص، امکان دارد برای یک عرضه کننده مراقبت های صحی اولیه یا متخصص ولادی - نسایی مناسب باشد تا یک مداخله مختصر با تمرکز بر آموزش و بررسی خطر را فراهم نمایند. اما، با در نظر داشت خطرات احتمالی که به جنین متوجه اند، لازم است تا چنین مداخلات را به واقعات انتخابی محدود سازیم. برنامه های تداوی برای زنان حامله مصرف کننده مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) باید از رویکرد های مبتنی بر شواهد استفاده نمایند.

زنان حامله می توانند در تسهیلات سراپا، داخل بستر و یا مسکونی تحت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر قرار گیرند. این تداوی با در نظر داشت نوع مواد مخدر مصرف شده و شدت یا پیچیده گی مشکلات، می تواند شامل مداخلات روانی - اجتماعی و تداوی دوایی باشد.

توصیه های سازمان صحت جهان

(رهنمود ها برای تشخیص و تداوی مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در حاملگی، سال ۲۰۱۴)

- عرضه کننده گان خدمات صحتی باید هرچه زودتر از تمام خانم های حامله در مورد مصرف الکل و سایر مواد مخدر (گذشته و حال) استجواب نمایند.
- عرضه کننده گان خدمات صحتی باید مداخله مختصری را در اختیار تمام خانم های حامله ی که الکل یا مواد مخدر مصرف می نمایند، قرار دهند.
- عرضه کننده گان خدمات صحتی برای خانم های حامله یا و یا زنانی که در دروه بعد از ولادت قرار دارند و مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف الکل و مصرف مواد مخدر می باشند، باید ارزیابی جامع و مراقبت های انفرادی را ارائه نمایند.
- عرضه کننده گان خدمات صحتی تداوی باید در اولین فرصت به زنان حامله ی که از وابستگی به الکل یا مواد مخدر برخوردار هستند، توصیه نمایند که مصرف الکل یا مواد مخدر را ترک نمایند و در صورتیکه نیاز باشد و یا قابل امکان پذیر باشد، باید آنها به خدمات سم زدایی تحت نظارت طبی رجعت داده شوند.

ملاحظات ویژه برای تداوی دواوی در جریان حاملگی

ملاحظات دواوی به ویژه برای زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مشتقات تریاک، در صورتیکه ادویه جات بخش اساسی تداوی باشند، از اهمیت به سزایی برخوردار می باشند. یک زن مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مشتقات تریاک به دلیل حاملگی وی نباید از تداوی با ادویه آگونست تریاک محروم گردد. با در نظر داشت ویژه گی های مریض، انتخاب ادویه جات مشتقات تریاک باید فرد محور باشد. نسخه های میتادون یا بیوپرینورفین گزینه های تداوی مؤثر بوده و از یک نسبت خطر - مزیت مطلوب برخوردار می باشند (اما تأثیرات آنها می تواند از یک مریض تا مریض دیگر متفاوت باشند). شواهد مطالعات نشان می دهند که معروض شدن با ادویه بیوپرینورفین در مقایسه با ادویه میتادون، در دوره حیات داخلی رحمی سبب ایجاد سندروم اجتناب از مصرف مواد مخدر نزد نوزاد و یا سندرم ترک مصرف مواد مخدر نوزاد یا Neonatal Withdrawal Syndrome (NWS) کمتر شدید نزد نوزاد می گردد. اما، سندروم اجتناب از مصرف مواد مخدر نزد نوزادان یک مریضی است که به راحتی قابل تشخیص و تداوی می باشد. این صرف یک عنصر تصمیم مناسب در مورد نسبت خطر - مزیت برای یک زن حامله و دوکتور معالج وی می باشد که باید حین تصمیم گیری در مورد ادویه جات مدنظر گرفته شود.

میتادون و بیوپرینورفین به گونه مؤثر مصرف مشتقات تریاک را کاهش بخشیده و مریضان را قادر به استفاده از تداوی روانی - اجتماعی می سازند. به منظور تنظیم دقیق دوز ادویه که معمولاً بلند برده می شود، باید در جریان حاملگی ارزیابی دوره یی صورت گیرد. هدف آن اینست که سویه معالجه کننده آن در پلازما حفظ گردد و در نتیجه میزان خطر ترک مصرف مواد مخدر و تمایل/اشتیاق به مصرف مشتقات تریاک به حداقل برسد و میزان مصرف غیرطبی مواد مخدر کاهش یابد و یا هم متوقف گردد.

هرگاه یک زن حین استفاده از میتادون یا بیوپرینورفین حامله شود، باید تداوی توسط ادویه مذکور ادامه یابد، علی الخصوص زمانی که از پاسخدهی خوب برخوردار باشد. ترک طبی مصرف آگونست مشتقات تریاک در دوران حاملگی توصیه نمی شود. ترک مصرف با میزان بلند ترک تداوی و عود مصرف مواد مخدر مترافق بوده و توام با خطرات نزد زن حامله و جنین می باشد. باید خاطر نشان نمود که ترک مصرف مشتقات تریاک میزان خطر سقط جنین را افزایش می بخشد.

هیچگونه شواهد کافی برای حمایت از تداوی دواوی در دوران حاملگی به منظور کنترل وابستگی به منبهات نوع امفیتامین، حشیش، کوکائین و یا مرکبات مفر به چشم نمی خوردند. اما، طوری که مناسب باشد، می توان از تداوی دواوی

برای تداوی امراض همزمان استفاده نمود. تداوی دوائی روانی ممکن در تداوی اعراض اختلالات روانی برای درمان ترک مصرف مواد مخدر نزد زنان حامله ی که از وابستگی به منبهات (Stimulant) برخوردار اند، مفید باشد. اما، برای تجویز ادویه جات معمولاً نیاز نمی باشند.

توصیه های سازمان صحت جهان

(رهنمود ها برای تشخیص و تداوی مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در حاملگی، سال ۲۰۱۴)

- زنان حامله مبتلا به وابستگی به مشتقات تریاک، باید تشویق گردند تا به عوض تلاش در راستای سم زدایی مشتقات تریاک، از تداوی نگهداری مشتقات تریاک استفاده نمایند.
- زنان حامله مبتلا به وابستگی به بنزودیازپین، باید با استفاده از بنزودیازپین های دارای تأثیرات درازمدت، تحت تداوی کاهش تدریجی دوز آن قرار گیرند.
- در تداوی ترک مصرف مواد مخدر نزد زنان حامله مبتلا به وابستگی به منبهات (Stimulant)، تداوی دوائی روانی می تواند به منظور کمک به اعراض اختلالات روانی مفید باشد، اما معمولاً به آن نیاز نمی باشند.
- تداوی دوائی در تداوی روتین وابستگی به مواد مخدر منبهات نوع امفیتامین، حشیش، کوکائین یا مرکبات مفر، معمولاً نزد مریضان حامله توصیه نمی شود.
- به زنان حامله مبتلا به وابستگی به مشتقات تریاک باید توصیه شود که یا با استفاده از میتادون و یا با استفاده از بیوپرینورفین، تداوی تعقیبیه مشتقات تریاک را ادامه دهند و یا آغاز نمایند.

تداوی جامع

یک رویکرد جامع تداوی مبتنی بر زنان، شامل معالجه عمومی فرد مورد نظر و جفت مادر – طفل می باشد. این ممکن شامل مداخلات و خدمات متعدد و مختلف باشد، مانند گروه آگاه از تراوما Trauma Informed Group و روش های تداوی انفرادی، مراقبت از طفل و آموزش والدین، مراقبت های طبی عمومی، مراقبت های ولادی – نسایی، مداخلات و خدمات برای اختلالات روانی همزمان، مداخلات مقدم، حمایت اجتماعی، به شمول توانبخشی فنی - حرفوی، فراهم نمودن مسکن و ترانسپورت و مساعدت های حقوقی. فراهم نمودن این خدمات برای اینکه یک تداوی مبتنی بر زنان انجام یابد، خیلی ها ضروری بوده، اما کافی نمی باشد. برنامه های تداوی مبتنی بر زنان، نزد زنان حامله مصرف کننده مواد مخدر، باید حساس باشد و عوامل مشخص بیولوژیکی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی مرتبط به مصرف و تداوی مواد مخدر نزد زنان را مدنظر داشته باشند. پیروی از این اصل در واقع نتایج مطلوب تداوی در قبال دارد.

ملاحظات دیگری نیز وجود دارند که باید حین تداوی زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مدنظر گرفته شوند:

- روابط بین فردی و تاریخچه خانواده گی نقش اساسی در آغاز و ادامه مصرف مواد مخدر ایفا می نمایند.
- سنگما و دسترسی محدود به خدمات تداوی مبتنی بر جندر، در واقع زنان را از ورود به تداوی باز می دارند.
- زنان معمولاً از منابع مختلف رجعت دهی، جهت دریافت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رجعت داده می شوند.
- نقش های شخص مراقبت کننده، توقعات جندر و مشکلات اقتصادی – اجتماعی در واقع عواملی به شمار می روند که مانع زنان در عرصه های جستجوی کمک، ورود به تداوی و تداوی می شوند. این موانع می توانند با پتالوژی های طبی و روانی اضافی، ورود آنها را به تداوی، الی رسیدن به یک مرحله شدیدتر به تأخیر بیندازند.
- طوری به نظر می رسد که زنان بیشتر از دیگران از سهمگیری در رفتار های کمک جویانه و حضور در تداوی پس از شمولیت برخوردار می باشند.

- زنان حامله ممکن نیاز به تدای دوائی و تنظیم دوز های تدای داشته باشند.
- ممکن زنان برای دستیابی به حداکثر فواید، به تدای مبتنی بر زنان در یک تسهیل مصون برای جنسیت واحد، نیاز داشته باشند.
- ممکن زنان در مسایل چون صحت جنسی، فاصله دهی میان ولادت ها / جلوگیری از حاملگی، مراقبت های والدین و مراقبت از فرزندان به آموزش و حمایت نیاز داشته باشند.
- زنان و اطفال بیشتر در معرض خطر خشونت خانواده گی و سوء استفاده جنسی قرار دارند و باید از امکانات ارتباط با نهاد های اجتماعی که از آنها محافظت می نمایند، مستفید گردند.
- خدمات تدای باید از ظرفیت بودباش فرزندان برخوردار باشند، تا به مادران اجازه دهد که به گونه مؤثر تحت تدای قرار گیرند.

پروتوکول تولد طفل

برنامه های که در آن ولادت طفل مادر مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مطرح بحث باشد، باید از یک پروتوکول تحریری ولادت برخوردار باشد که مشکلات احتمالی مرتبط به ولادت و تدای مریض در آن مشخص باشند. حداقل باید به مشکلات چون ولادت در کجا صورت خواهد گرفت، به چه کسی اطلاع داده خواهد شد، مادر و نوزاد به کدام مقررات نیاز خواهند داشت و چگونه به آن دست خواهند یافت، رسیده گی لازم صورت گیرد. طرز العمل مناسب تسکین درد نیز باید قابل دسترس باشد. بسیاری از زنان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مشتقات تریاک در مقایسه با زنان فاقد چنین اختلالات، در برابر درد حساسیت بیشتر دارند. هرگاه درد تسکین نشده، مراقبت از نوزاد را نزد مادر غیرممکن سازد، این می تواند سبب عود مصرف مواد مخدر و سایر پیامد های ناگوار برای مادر و کودک شود.

پروتوکول تدای بعد از ولادت / دوره نفاس

تمام برنامه های که برای زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خدمات ارائه می کنند، باید از پروتوکول تدای بعد از ولادت / دوره نفاس برخوردار باشند. زنان نباید صرف به دلیل حاملگی یا وضعیت بعد از ولادت از تدای مرخص گردند. روش های حمایت جفت مادر - کودک، منجمله حداقل مهارت های اساسی والدین، نیز باید در آن بازتاب یابند.

تغذی با شیر مادر

هرچند باید تلاش های گسترده صورت گیرد تا مادران مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تشویق گردند که حین تغذی کودک خویش از تغذی با شیر مادر استفاده نمایند، اما همزمان به آن نیاز است تا تصمیم گیری در مورد تغذی با شیر مادر با در نظر داشت هر قضیه به شکل انفرادی مورد ارزیابی قرار گیرد. امکان دارد تغذی با شیر مادر نزد مادرانی که از نتایج مثبت اچ آی وی برخوردار اند، مادرانی که مبتلا به سایر امراض طبی هستند و ادویه جات روان گردان (Psychotropic) مشخص مصرف می نمایند، مضاد استتباب باشد. سایر حالات که در آن تغذی با شیر مادر مضاد استتباب است و یا باید به احتیاط صورت گیرد، امکان دارد صورت مصرف مواد مخدر انشاقی، میتامفیتامین ها، منبهات، ادویه جات آرمبخش و الکول تظاهر نمایند. توصیه می شود تا دوکتوران معالج در مورد روش های تغذی با شیر مادر با مادران یک توافقنامه های واضح و ترجیحاً کتبی داشته باشند.

توصیه های سازمان صحتی جهان

(رهنمود ها برای تشخیص و تداوی مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در حاملگی، سال ۲۰۱۴)

- مادران مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را باید برای تغذی با شیر مادر تشویق نمود، مگر اینکه خطرات آن به وضاحت از مزایا آن بیشتر باشند.
- به مادران شیرده مصرف کنند الکل یا مواد مخدر باید توصیه صورت گیرد و از آنها حمایت شود تا مصرف الکل یا مواد مخدر را متوقف سازند. اما، مصرف مواد مخدر لزوماً مانع در برابر تغذی با شیر مادر نمی باشد.
- تماس جلد به جلد بدون در نظر داشت انتخاب تغذی مهم می باشد و باید به طور فعال برای مادران مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که از توانایی پاسخدهی به نیازمندی های کودک خویش برخوردار باشند، تشویق گردد.
- مادرانی که در تداوی تعقیبیه مشتقات تریاک مشتقات تریاک با میتادون یا بیوپرینورفین احساس بهبودی می نمایند، باید به تغذی با شیر مادر تشویق شوند، مگر اینکه خطرات به طور واضح از مزایا آن بیشتر باشند.

۳.۱.۵ تداوی نوزادان که به شکل منفعل در زمان حیات داخل رحمی از مواد مخدر متاثر گردیده اند

توضیح

مشخص ساختن میزان نوزادانی که در زمان حیات داخل رحمی به صورت دوامدار معروض با مواد مشتقات تریاک و سایر مواد روان گردان (Psychoactive) گردیده اند، دشوار می باشد. اما به صورت عموم، هرگاه مادران آنها تحت تداوی جامع طبی، روانی و اجتماعی قرار گیرند، نتایج صحتی نوزادان تازه متولد به گونه قابل ملاحظه افزایش می یابد. ناکامی در فراهم نمودن اینگونه خدمات، در واقع نوزادان را با خطرانی چون تولد قبل المیعاد، محدود شدن نموی حیات داخل رحمی، Intrauterine Growth Restriction سپس دوره نوزادی Neonatal Sepsis، سقط جنین، Stillbirth، اسفکسی زمان ولادت، Perinatal Asphyxia رابطه ضعیف بین مادر و نوزاد، محرومیت، نادیده گرفتن، عدم رشد و سندروم مرگ ناگهانی نوزاد، مواجه می سازند. یکی از عمده ترین تشوشتاتی که می تواند نزد ۵۰ - ۸۰ درصد نوزادان معروض به مشتقات تریاک در حیات داخل رحمی وجود داشته باشد، عبارت از سندروم اجتناب از مصرف مواد مخدر نزد نوزاد یا سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) می باشد. سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) به عنوان تغییرات گذری در سیستم های ذیل تعریف گردیده است: سیستم عصب مرکزی (که متصف با تحریک پذیری، گریه دارای تون شدید، رعشه، هایپرتونی، هایپر رفلیکسیا و اختلالات خواب می باشد). سیستم معدی معایی (مانند Regurgitation، مواد غایبه دارا قوام نرم، تشدید عکسه مکیدن، بی نظمی در فعل مکیدن و بلع کردن و اخذ اندک و یا کاهش وزن)، سیستم تنفسی (مانند بندش بینی و کاهش حرکات تنفسی یا Tachypnea) و سیستم عصبی خودکار یا اتونوم (مانند عطسه و خمیازه/فاجه کشیدن)، که عمدتاً در ظرف چند روز یا هفته پس از تولد نزد نوزادان معروض به مشتقات تریاک یا مواد مخدر آرامبخش دیگر در زمان حیات داخل رحمی، تظاهر می نمایند. سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) نزد نوزادان عمدتاً ناشی از مصرف غیرطبی مشتقات تریاک خریداری شده از بازار توسط مادران و یا از ادویه جات تجویز شده مشتقات تریاک که توسط دوکتور معالج برای درمان تشوشتات طبی مادر تجویز می شوند، می باشد. اینها می توانند شامل میتادون و یا بیوپرینورفین باشند که برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مشتقات تریاک نزد مادران استفاده می شوند.

تداوی سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد

Treatment of Neonatal Withdrawal Syndrome (NWS)

تداوی سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) باید شامل مداخلات غیردوایی و به دنبال آن تداوی دوایی (در صورت نیاز) پس از ارزیابی جامع باشد. اقدامات حمایتی شامل: محل بودوباش، تغذی با شیر مادر، فراهم نمودن شیرچوشک (مکیدن بدون تغذی)، فراهم نمودن قنداق راحت به شکلی که دستان کودک برای مکیدن بدون پوشانیدن توسط لباس باز باشند و فراهم نمودن زمینه تماس جلد به جلد نوزاد با مادر. بینی و بلعوم (Naso- Pharynx) نوزاد باید فعالانه در عملیه تنفس شرکت ورزد، تغذی باید شامل پیشکش های مکرر (هر دو ساعت بعد) و یا با مقادیر اندک (هرگاه تغذی ضعیف دوام نماید) بدون تغذیه بیش از حد باشد. در صورت موجودیت استفراغات و یا حالت Regurgitation ، نزد نوزاد، باید به وی به طرف راست وضعیت داده شود، تا خطر داخل شدن مواد غذایی در طرق تنفسی یا (Aspiration) کاهش یابد (هر دو از جمله اعراض متبازر سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد یا NWS ، به شمار می روند).

پروسه آغاز تداوی دوایی سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) نباید به تأخیر بافتند. معمولترین ادویه جات مورد استفاده در تداوی سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزادی که با مشتقات تریاک معروض گردیده است، عبارت از مورفین و یا میتادون فمی/خوراکی می باشند، که با در نظر داشت وزن بدن و نمرات نوزاد تجویز می گردند. فینوباربیتال به صورت عموم در صورت موجودیت حالت اجتناب نوزاد از سایر مواد مخدر (مانند باربیتورات ها، ایتانول و خواب آور های آرامبخش) تجویز می شود. هدف تداوی دوایی عبارت از کاهش اعراض ترک و آرامش کودک می باشد تا وظایف عادی غذا خوردن، خوابیدن و اطراح نزد وی عادی گردند. دوز ادویه باید در صورت نیاز به سرعت افزایش یابد، ترجیحاً در عیاسخدهی به ارزیابی های مکرر شدت سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS)، با استفاده از ابزار معتبر، و به عین ترتیب بلافاصله با کاهش اعراض سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) کاهش می یابد.

توصیه های سازمان صحت جهان

(رهنمود ها برای تشخیص و تداوی مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در حاملگی، سال ۲۰۱۴)

- تسهیلات مراقبت های صحتی که مراقبت های ولادی ارائه می نمایند باید از پروتوکول ها برای شناسایی، ارزیابی، نظارت و مداخله با استفاده از روش های غیردوایی و روش های دوایی، برای نوزادانی که قبل از تولد معروض به مشتقات تریاک شده باشند، برخوردار باشند.
- در صورت نیاز، از یک مشتق تریاک باید به عنوان تداوی ابتدایی برای نوزاد مبتلا به سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) استفاده به عمل آید.
- هرگاه اعراض سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) نزد نوزاد ناشی از ترک ادویه جات آرامبخش یا الکل، باشند و یا هم مواد مخدر که نوزاد به آن معروض گردیده باشد از نوع ناشناخته باشد، در آن صورت تجویز فنوباربیتال می تواند به عنوان یک گزینه تداوی ابتدایی ترجیح داده شود.

۴.۱.۵ آموزش کارمندان و مستندسازی

آموزش کارمندان

تمام کارمندان (سکرتران، مدیران اداری) که با مریضان تماس مستقیم دارند، باید در مورد مسائلی که زنان حامله با آن روبرو هستند، آگاهی داشته و در برابر آن حساس باشد. کارمندان باید آموزش دریافت نمایند که زمانیکه یک زن ولادت می کند، باید به کدام خدمات دسترسی داشته باشد: با چه کسی باید تماس گرفته شود، چگونه عکس العمل نشان دهد و برای کمک طبی به کجا مراجعه نماید. بسیاری از زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، ممکن است احساس تعارض، شرمندگی و گناه نسبت به آنچه معمولاً به عنوان ناتوانی خود در کنترل رفتار مصرف مواد مخدر خویش می پندارند، برخوردار باشند. کارمندان باید در مورد همچو احساسات و نگرانی ها آگاهی کامل داشته باشند و آماده پاسخدهی مناسب با در نظر داشت یک روش حمایت کننده باشند. شرم پنداشتن و سنگما زدن به زنان برای مصرف مواد مخدر در دوران حاملگی، در واقع یک روش تداوی مؤثر برای محافظت از جنین که با مواد مخدر معروض گردیده است و یا بهبود صحت و سلامتی مادر پنداشته نمی شود. برعکس، می تواند میزان ترک تداوی را بلند ببرد.

به تمام کارمندان صحتی که از نوزادان مراقبت می نمایند باید آموزش های لازم داده شوند، تا قادر به شناسایی و تشخیص اعراض و علائم سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد "NWS" (و یا سندروم اجتناب نوزاد از مواد مخدر) و وضعیت نوزاد را که امکان دارد با سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) شباهت داشته باشد (مانند سپتیسیمیا، انسفالایتس، مننجیت، تحریک پذیری ناشی از نرسیدن آکسیژن به سیستم عصب مرکزی یا "Post-anoxic Irritation of CNS"، هایپوگلیسمیا، هایپو کلسیمیا و خونریزی دماغی)، شوند.

مستند سازی

بدون در نظر داشت نوع تسهیل و یا شدت مراقبت های که فراهم می گردند، پروسه مستند سازی دقیق تداوی زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید دربر گیرنده تمام اسناد و سوابق مورد نیاز مریض باشد. اینها شامل قرارداد تداوی، ارزیابی، پلان تداوی و مدیریت انفرادی می باشند. بازنگری و تغییر در تداوی، مدیریت اهداف تداوی و فشرده پایان تداوی، نیز به عین پیمانه ضروری می باشند. خدمات عرضه کننده مراقبت به زنان حامله مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید سوابق تمام خدمات طبی، روانی و تداوی را به منظور حصول اطمینان از تطبیق تمام مراقبت های توصیه شده و هماهنگی نزدیک میان عرضه کننده گان مراقبت های مختلف، حفظ و نگهداری نمایند. هرگونه ارزیابی برای سندروم ترک مواد مخدر نزد نوزاد (NWS) باید توأم با ادویه جات و مداخلات غیردوایی تجویز شده به منظور به حداقل رسانیدن میزان وقوع سندروم متذکره، باید مستند سازی گردد.

۲.۵ اطفال و نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

۱.۲.۵ توضیح

مصرف مواد مخدر روان گردان (Psychoactive) معمولاً در دوره نوجوانی (۱۰-۱۹ سالگی) و حتی طفولیت آغاز می شود. به هر اندازه که مصرف مواد مخدر زودتر آغاز شود، به همان اندازه از لحاظ مصرف مقادیر زیاد آن و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، خطرات پیشرفت سریع در پی خواهند داشت. اکثر اطفال و نوجوانان مواد مخدر روانگردان (Psychoactive) مصرف نمی کنند. اطفالی که مواد مخدر مصرف می کنند معمولاً در معرض خطر بیشتر قرار دارند و از عوامل محافظتی کمتر برخوردار می باشند. آنها می توانند قربانی به فراموشی سپردن یا نادیده گرفتن و سو استفاده جسمی، جنسی و عاطفی باشند. ممکن است آنها در فعالیت های

جنگی، تروریستی و تجارت مواد مخدر سوء استفاده و بهره برداری صورت گیرد و می توانند مورد خشونت های گوناگون قرار گیرند. امکان دارد اینگونه اطفال با محرومیت، فقر، بی سرپناهی، قحطی، تبعیض مبتنی بر جنس و آواره شدن دست و پنجه نرم کنند. در نتیجه، آنها می توانند به مشکلات مختلف روانی و جسمی دچار شوند. هرگاه از اطفال در پرورش، تولید و پخش مواد مخدر استفاده صورت گیرد، آنها می توانند در هر مرحله از صنعت و تجارت مواد مخدر فاقد سواد باقی بمانند و قربانی شوند. اطفالی که خانواده های آنها گیاهان تولید کننده مواد مخدر را پرورش می داده و در نتیجه مواد مخدر تولید می کنند، در واقع می توانند معروض به بقایای سمی و دود کردن دست دوم و سوم باشند. اطفالی که در کشور های جنگ زده به سر می برند با روش های مختلف با خطرات ناگوار روبرو می شوند. اطفال سرباز معمولاً برای بیدار نگهداشتن خویش، شرکت در عملیات نظامی و فعالیت های تروریستی و بالاخره مبارزه با تراوما، متاسفانه به مواد مخدر دسترسی آسان دارند.

اطفال و نوجوانانی که مواد مخدر روانگردان (Psychoactive) مصرف می کنند، ممکن مصرف مواد مخدر را به عنوان مشکلی برای خود یا دیگران در زنده گی خویش نپندارند و راجع به صدمات قابل ملاحظه ی که مصرف مواد مخدر به رشد دماغی و روانی - اجتماعی آنها وارد می نماید، آگاهی چندانی نداشته باشند. افزون بر آن، مصرف مواد مخدر در دوران طفولیت و نوجوانی، عمدتاً توأم با افزایش میزان خطر همیشگی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و سایر تشویشات صحت روانی می باشد. در نتیجه می توان گفت که اطفال متذکره ممکن به مصرف مواد مخدر و خدمات تداوی صحت روانی نیاز داشته باشند.

طفولیت و نوجوانی مراحل مهم رشد و تکامل انسان شناخته می شوند که طی آن دماغ به طور خاص معروض با مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می باشد. با در نظر داشت تاثیرات عصبی مواد مخدر یا الکل بالای دماغ در حال رشد و تکامل، لازم است تا مصرف مواد مخدر شناسایی و تشخیص گردد و به زودترین فرصت به آن رسیده گی صورت گیرد. اطفال و نوجوانان حتی اگر به مواد مخدر مشخص وابسته نیز نباشند، می توانند از مداخلات لازم برای مصرف مواد مخدر مستفید گردند. مختل کردن مواجهه شد با مواد مخدر بدون تاخیر، ممکن در امر به حداقل رسانیدن میزان خطر صدمات جسمی و یا روانی بعدی کمک کننده باشد. بازدید های روتین و عادی صحی، مکتب و یا سایر موارد مرتبط با صحت، در واقع فرصت های مناسب استجواب را در مورد مصرف مواد مخدر نزد اطفال و نوجوانان فراهم می نماید. نوجوانان زمانی حاضر به پاسخ دادن صادقانه می باشند، که با عدم صداقت روبرو نشوند. تداوی خانواده گی یک مداخله مبتنی بر شواهد برای نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و نوجوانان دارای تاریخچه جرمی پنداشته می شود.

نوجوانان را نمی توان به عنوان اطفال بزرگتر و یا جوانان بزرگسال تلقی نمود. این دوره حیات که در واقع متصف است به بلوغ فزیولوژیکی تمام سیستم های بدن و سایر تحولات تغییر دهنده زنده گی، به شمول اتکای اطفال به والدین و مراقبت کننده گان الی استقلالیت و خودمختاری دوره جوانی، نیاز به خدمات معیاری صحی و آموزشی، محافظت از صحت و ارتقای صحت دارد، که در واقع برای منعکس ساختن مرحله رشد نوجوانان و رسیده گی به نیازمندی های آنها طرح ریزی گردیده باشند.

نوجوانان عمدتاً در عرصه دسترسی به خدمات تداوی و معلومات با موانع خاص روبرو هستند. آنها معمولاً بنا بر عدم احترام، محرومیت، هراس از ستگما، تبعیض و عرضه کننده گان خدمات صحی که ارزش های اخلاقی را بالای آنها تحمیل می نمایند، خدمات صحت عامه را غیر قابل قبول می پندارند. علاوه بر آن، خدمات صحی معمولاً مستلزم حمایت یا اجازه والدین و شرکا می باشند، منجمله مسائل حساس مانند صحت جنسی و صحت باروری. امکان دارد نوجوانان فاقد حمایت والدین باشند. همچنان امکان دارد آنها بنا بر نورم های اجتماعی - فرهنگی و جنس تحت کنترول والدین یا شرکای خویش قرار داشته باشند، که اساساً یک واقعیتی شناخته میشود که با قوانین و مقررات مربوط به توافق یا رضایت بستگی دارد. همه اینها می توانند در برابر روند جستجوی مراقبت توسط آنها موانع قابل ملاحظه ایجاد کنند.

همانند سایر گروه های سنی، موانعی چون سطح پایین دانش صحی، فقر و تجرید، بالای دسترسی نوجوانان نیز تأثیرات منفی می گذارد، اما این عواقب می توانند نزد آنها اندکی بیشتر خطرناک باشند.

۲.۲.۵. مدل ها و عناصر

ممکن اطفال و نوجوانانی که مواد مخدر مصرف می کنند در کنار خانواده خویش زنده گی نمایند، اما امکان دارد عده یی از آنها در روی جاده ها نیز شب و روز خود را سپری نمایند، خاصتاً پس از آنکه یتیم می شوند و یا توسط خانواده های شان طرد می گردند و یا هم در نهاد های تسهیلات سیستم اصلاح و تربیت اطفال و نوجوانان تحت توقیف قرار دارند. شرایط و تسهیلات تداوی برای دو گروه اخیر الذکر ممکن به طور قابل ملاحظه با تداوی سنتی سراپا یا مسکونی متفاوت باشند و احتمالاً مستلزم سهمگیری فعالیت های Outreach و مراکز تداوی، که در مقایسه با مراکزی که بگونه وصفی در راستای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نزد بزرگسالان خدمات ارائه می نمایند، باشند. ممکن نوجوانان توسط والدین شان که در واقع از مصرف اخیر مواد مخدر توسط آنها نگران شده اند، به خدمات تداوی کشانیده شوند. تحقیقات در مورد تداوی برای اطفال و نوجوانان همچنان محدود باقی مانده اند و یافته های تحقیقاتی تداوی ارائه شده در گذشته به بزرگسالان، عمدتاً به پروسه تداوی اطفال مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر اطلاع رسانی و رهنمایی می نمایند. در حالیکه شواهد تشویق کننده ی مبنی بر اینکه تداوی روانی - اجتماعی متناسب با سن و سال در دوره نوجوانی مؤثر می باشد، وجود دارند، اما متأسفانه شواهد بسیار محدود در رابطه با تداوی اطفال کوچکتر در اختیار قرار دارند. برای تداوی اطفال مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، لازم است تا تداوی های روانی - اجتماعی متناسب با سطح رشد عاطفی و تجارب زنده گی آنها طرح ریزی گردند. این ممکن مشکلات پیش بینی نشده ی در پی داشته باشند، مثلاً اینکه اطفال در مقایسه با بزرگسالان و جوانان در برابر تداوی از پاسخدهی متفاوت برخوردار اند.

حین فراهم نمودن تداوی برای اطفال و نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مسائل دیگری نیز باید مدنظر گرفته شوند:

- حالت حقوقی اطفال و نوجوانان در رابطه با شایستگی و قابلیت رضایت آنها برای تداوی از یک کشور تا کشور دیگر فرق می کند. نیاز وجود دارد تا این مورد را مدنظر داشته باشیم و بدین ترتیب رضایت یا سهم گیری والدین را در صورت نیاز مطالبه و دریافت نماییم.
- اطفال و نوجوانان مصرف کننده مواد مخدر از نیازمندی های تداوی و مراقبتی ویژه برخوردار بوده که بازتاب دهنده رشد دماغی و وظایف عاطفی آنها و مهارت های محدود مقابله با در نظر داشت مرحله رشد و تکامل روانی - اجتماعی آنها می باشد.
- نوجوانانی که از میزان بلند خطرپذیری برخوردار اند و به دنبال تازه گی هستند، در واقع در برابر فشار همتایان بسیار پاسخگو می باشند.
- میزان شیوع اختلالات روانی همزمان و مختل شدن وظایف خانواده گی عمدتاً نزد نوجوانان مبتلا به مشکلات مصرف مواد مخدر بلند بوده، که باید اساس تداوی را تشکیل دهد.
- اطفال و نوجوانان عمدتاً در تفکر خویش انعطاف پذیری بیشتر دارند، مهارت های زبانی آنها کمتر انکشاف یافته اند و احتمال دارد در مقایسه با بزرگسالان، کمتر درون گرا باشند و به همین ترتیب احتمال ارزش قابل شدن به بحث در مورد چالش ها و مسائل نزد آنها پایینتر می باشد.
- با در نظر داشت توانایی های عاطفی محدود اطفال و نوجوانان، آنها معمولاً به سازگاری و تطابق مداخلات تداوی رفتاری نیاز دارند.
- اطفال و نوجوانان ممکن در مقایسه با بزرگسالان برای شرکت در تداوی و در میان گذاشتن اهداف معمول تداوی با یک عرضه کننده تداوی، انگیزه های متفاوت داشته باشند.

تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید متناسب با نیازمندی های ویژه نوجوان باشد و نیازمندی های عمومی فرد را مرفوع سازد، نه اینکه صرفاً و صرفاً بالای نیاز به مصرف مواد مخدر نزد آنها تمرکز داشته باشد. شناسایی خشونت، سوء استفاده از اطفال، خطر خودکشی و آسیب رسانیدن در اولین فرصت در پروسه تداوی و اقدام برای حفاظت

از طفل یا نوجوان حایز اهمیت می باشد. نظارت از مصرف مواد مخدر در واقع به عنوان کلیدی برای تداوی نوجوانان پنداشته می شود، که هدف از آن فراهم نمودن حمایت لازم و اضافی می باشد، البته در حالیکه دماغ آنها در حال تکامل و رشد قرار دارد. از لحاظ تداوی، عمدتاً نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان به حمایت بیشتر و متفاوت نیاز دارند. با در نظر داشت آغاز فعالیت های جنسی و میزان بلند سو استفاده جنسی در میان نوجوانان مبتلا به وابستگی به مواد مخدر، آزمایش داوطلبانه برای امراض منتقله از طریق مقاربت جنسی مانند اچ. آی. وی و هیپاتایتس بی و سی (Hepatitis B and C) بخش مهمی از تداوی مواد مخدر را نزد نوجوانان تشکیل می دهد. به همین ترتیب باید تداوی شامل ستراتیژی های آتی باشد: آموزش مهارت های اجتماعی، آموزش فنی - حرفوی، مداخلات مبتنی بر خانواده و مداخلات صحت جنسی، به شمول جلوگیری از حاملگی ناخواسته و امراض منتقله از طریق مقاربت جنسی. در تداوی باید تلاش به خرج داده شود تا سایر ابعاد سهمگیری اجتماعی نوجوانان مانند خانواده ها، مکتب، ورزش و سرگرمی ها به شکل مدغم مدنظر گرفته شوند و اهمیت روابط مثبت میان همتایان به درستی درک شود. تداوی نوجوانان باید در صورت نیاز سهمگیری مثبت والدین را تقویت نماید و دسترسی به نهاد های مساعدت به اطفال را تضمین نماید. خدمات مرتبط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و صحت روانی باید مشخصات ویژه اطفال و نوجوانان را مدنظر داشته باشند و در شناسایی و مرفوع ساختن نیازمندی های آنها انعطاف پذیر باشند. این کار باید با در نظر داشت یک چهارچوبی انجام شود که اطفال و نوجوانان را در جریان رسیده گی به نیازمندی های صحت انفرادی آنها به وجه احسن در برابر آسیب ها محافظت نمایند.

خدمات ساحوی Outreach Services

هدف برنامه های Outreach عبارت از شناسایی اطفال و نوجوانانی می باشد که ممکن به خدمات صحتی و اجتماعی نیاز داشته باشند. این برنامه ها با توجه به محدودیت های که ممکن طفل در آن به سر ببرد (مثلاً زنده گی روی جاده یا زندان) اینگونه خدمات را ارائه می نمایند. بنا باید کارمندان خدمات Outreach اطفال و نوجوانان معروض به خطر را مورد هدف قرار دهند و سپس به عنوان یک معبر یا دهلیر برای خدمات مورد نیاز عمل نمایند. اینگونه خدمات باید به دنبال رسیده گی به مشکلات مختلف به شمول مشکلات ذهنی، رفتاری و اجتماعی باشند. کارمندان خدمات Outreach می توانند به منظور جمع آوری اطلاعات کافی جهت مشخص ساختن نیاز به رجعت دهی و تداوی و ایفای نقش فعال در سازماندهی رجعت دهی یا تداوی، معاینه یا سکریننگ لازم انجام دهند. همچنان ممکن خدمات Outreach به ارزیابی پویایی و آسیب پذیری خانواده ی که در آن به سر میبرند، نیاز داشته باشند. آغاز تداوی به موقع اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر عمدتاً بر علل و وسعت مشکل اولویت دارد.

معاینه یا سکریننگ و ارزیابی

برنامه های سنتی سراپا و داخل بستر که برای اطفال و نوجوانان خدمات تداوی ارائه می نمایند، معمولاً دارای روش های معاینه یا سکریننگ و پذیرش می باشند که تعیین کننده واجد شرایط بودن طفل یا نوجوان برای ورود به برنامه می باشند. حداقل لازم است تا سه عامل خطر را به عنوان بخشی از پروسه شمولیت یا پذیرش مورد بررسی قرار داد: شدت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، خطر آسیب رسانیدن به خود و دیگران و سایر موارد مصونیت، مانند آسیب پذیری در برابر سوء استفاده (عاطفی، جنسی و/ یا جسمی). ترکیبی از عوامل خطر و اختلاطاتی که شامل سایر اختلالات همزمان می شوند، ممکن ارائه کننده نیاز به شمولیت طفل یا نوجوان را در یک تسهیل مناسب برای تداوی داخل بستر باشد، البته در صورتیکه تداوی سراپا حمایت و مصونیت کافی را فراهم نموده نتواند. یک ارزیابی در واقع شرایط زنده گی فعلی طفل یا نوجوان را ارزیابی می نماید و معلوماتی را در رابطه با تاریخچه فزیک، روانی، خانوادگی و اجتماعی وی جمع آوری می نماید، تا نیازمندی های مشخص تداوی را تعیین نمایند. این امر کمک می نماید تا یک پلان تداوی متناسب با نقاط قوت و نیازمندی های طفل یا نوجوان انکشاف یابد. ستندرد های که در معاینه یا سکریننگ و ارزیابی اطفال و نوجوانان مورد استفاده قرار می گیرند، نباید با ستندرد های سایر مریضان متفاوت باشند.

پلانگذاری تداوی

اطفال و نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باید برای تیم تداوی بنیادی و ضروری مدنظر گرفته شوند که تمرکز اصلی آن بالای سلامتی جسمی و روانی می باشد. خیلی حایز اهمیت است تا به آنها نه تنها به عنوان مریضانی نگرسته شود، که به شکل منفعل از وضعیت صحتی خویش آگاهی حاصل می نمایند، بلکه باید به آنها اندکی عمیقتر و به عنوان اشتراک کننده گان فعال در تصمیم گیری تداوی، همراه با مراقبت کننده، دیده شود. افزون بر آن، در مراحل مقدم پروسه پلانگذاری، مدیریت قضیه می تواند به برقراری رابطه با خدمات مربوطه در جامعه کمک نماید و برای تداوی داخل بستر، نیاز به تصمیم گیری در مورد برگشت به جامعه وجود دارد. پروسه پلانگذاری تداوی در واقع به همکاری با سیستم مکتب نیز نیاز دارد و باید نیازمندی ادامه تحصیلات رسمی را مدنظر داشته باشد.

رویکرد های تداوی

رویکرد های تداوی برای اطفال و نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تا حد زیادی به مواد مخدر مصرف شده بستگی دارد. در صورت نیاز باید تداوی همانند خدمات تداوی سایر مریضان شامل مداخلات روانی - اجتماعی توأم با تداوی دوائی باشد. اما، تحقیقات اندک در مورد تاثیرات تداوی دوائی در خصوص تداوی نوجوانان و حتی کمتر در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نزد اطفال وجود دارد. به همین ترتیب، هیچ ادویه برای استفاده در این گروه جمعیتی تأیید نشده است. برخی از موارد استفاده از آگونست های مشتقات تریاک مانند میتادون و بیوپرینورفین برای تداوی نوجوانان در صورتیکه قادر به ارائه رضایت قانونی برای چنین تداوی باشند، وجود دارند. این باید نزد نوجوانان مبتلا به وابستگی شدید به مشتقات تریاک که در معرض خطر ادامه مصرف مواد مخدر قرار دارند، مورد استفاده قرار گیرد. والدین آنها نیز باید با در نظر داشت قوانین ملی با هرگونه تداوی خردسالان، موافقت نمایند. نوجوانانی که از اختلالات کوتاه مدت ناشی از مصرف مشتقات تریاک رنج می برند و از حمایت خانواده گی و اجتماعی قابل ملاحظه برخوردار اند، ممکن به تداوی ترك مصرف مواد مخدر با و یا بدون تجویز نسخه بعدی نالتریکزون به عنوان ستراتژی وقایه از عود مصرف مواد مخدر، پاسخ دهند. به همین ترتیب لازم است تا از تداوی دوائی مناسب برای تداوی اختلالات روانی همزمان به عنوان بخشی از یک پلان تداوی مدغم که شامل تداوی های روانی - اجتماعی نیز می باشد، استفاده به عمل آید.

رویکرد های روانی - اجتماعی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نزد اطفال و نوجوانان باید نیازمندی های مختلف آنها را تحت پوشش قرار دهند و از یک راهکار انفرادی استفاده نمایند، که آسیب پذیری ها، نقاط قوت و بالاخره تاریخچه رشد و تکامل آنها را از زمان تولد تا کنون مدنظر داشته باشند. مثال های از رویکرد های تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد نزد اطفال و نوجوانان، شامل رویکرد مهارت های زنده گی، مداخلات مبتنی بر خانواده و تعلیمات صحت روانی می باشند. نوجوانان عمدتاً از برنامه های آموزشی کنترل خودی، مهارت های اجتماعی و تصمیم گیری مستفید می شوند. در صورت دسترسی و قابلیت آزمایش محلی، استفاده از تکنالوژی های دیجیتالی مبتنی بر شواهد نیز می توانند در برنامه های تداوی معرفی گردند.

مسائل مبتنی بر جندر در تداوی نوجوانان

درک تفاوت های جندر باید بخش جدایی ناپذیر تداوی نزد اطفال و نوجوانان باشد. پسران معمولاً گروه های دارای جندر مختلط را ترجیح می دهند، در حالیکه دختران ممکن گروه های را ترجیح دهند که صرف دختران در آن حضور داشته باشند. این در واقع نشان دهنده تفاوت ها در روابط اجتماعی و تاریخچه مصرف مواد مخدر دختران و پسران می باشد. با در نظر داشت میزان بلند سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی و روابط جنسی به خاطر دریافت مواد مخدر در میان دختران نسبت به پسران، باید حداقل بخشی از یک برنامه تداوی باید مبتنی بر جندر باشد و شامل عناصر مرتبط با صحت جنسی و باروری باشد. نزد دختران ممکن تداوی بالای آسیب پذیری های ویژه که آنها را متأثر می سازند، تمرکز داشته باشد، مانند افسرده گی و تاریخچه سوء استفاده جسمی و جنسی، در حالیکه نزد پسران تداوی می تواند بیشتر بالای مسائل

کنترول احساسات، مختل شدن روند مراجعه در مکتب و حضور در جامعه و تاریخچه تعلیمی و مشکلات رفتاری متمرکز باشد. اما، نیاز مبرم به رسیده گی به بسیاری از این موارد نزد تمام اطفال و نوجوانان وجود خواهد داشت. به طور خلاصه می توان گفت که سرمایه گذاری بالای خدمات تداوی دوايي که به گونه مشخص برای نوجوانان طرح ریزی گردیده اند، از طریق کمک به بلند بردن میزان بهره وری، کاهش میزان هزینه های صحتی و ایجاد اختلال در انتقال میان نسلی حالت صحتی ضعیف، فقر و تبعیض، زمینه را برای رشد اقتصادی نیز فراهم می سازند.

۳.۵ اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند:

۱.۳.۵ توضیح

تعداد جمعیت زندان ها در سراسر جهان در حال افزایش است، که در واقع یک فشار مالی سنگین را بالای دولت ها و یک هزینه هنگفت را برای انسجام اجتماعی جوامع وارد می نماید. تخمین زده می شود که بیش از ۱۰.۳ میلیون تن، به شمول زندانیان محکوم به حبس و مجازات، در ماه اکتوبر ۲۰۱۵ در تاسیسات جزایی در سراسر جهان نگهداشته می شوند. هرچند زنان صرف ۶.۸ درصد محبوسین را در جهان تشکیل می دهند، اما از سال ۲۰۰۰ بدینسو متاسفانه فیصدی محبوسین اناث ۵۰ درصد افزایش کسب نموده است، در حالیکه رقم معادل برای محبوسین ذکور ۱۸ درصد می باشد (والمسلی، سال ۲۰۱۵).

تخمین زده می شود که در سطح جهان از میان هر ۳ تن زندانی، یک تن آن در زمان حبس یک نوع مواد مخدر غیرقانونی را مصرف نموده است (شیوع حد اوسط ۳۲.۶ درصد، بر اساس اطلاعات و یافته های ۳۲ مطالعه)، توام با ۲۰.۰ درصد گزارش مصرف در سال گذشته (شیوع حد اوسط سال گذشته بر اساس ۴۵ مطالعه) و ۱۶.۰ درصد گزارش دهنده مصرف فعلی (شیوع اوسط ماه گذشته به اساس ۱۷ مطالعه). بر مبنای تخمین های که صورت گرفته اند، افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نشان دهنده یک رقم بلند جمعیت زندان در بسیاری از کشور ها می باشد (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال های ۲۰۱۷ و ۲۰۱۹).

مطالعات متعدد نشان داده اند که مصرف مواد مخدر به شمول مصرف مواد مخدر زرقی، در زندان ها شیوع بلند داشته و استفاده از سوزن و سرنج مشترک نیز عمومیت زیاد دارد. روش های زرقی غیرمصون در زندان، که در آن شیوع اچ. آی. وی بلند می باشد، افراد مصرف کننده مواد مخدر زرقی را از طریق استفاده از سوزن ها و سرنج های ملوث، به خطر روز افزون ابتلا به اچ. آی. وی معروض می سازند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۷).

تخمین زده می شود که در سطح جهان، ۲.۸ درصد (۲.۰۵ - ۳.۶۵ درصد) محبوسین به توبرکلوز فعال مبتلا می باشند، که بیشترین آن در کشور های اروپای شرقی و آسیای مرکزی (۴.۹ درصد) و افریقای شرقی و جنوبی (۵.۳ درصد) به چشم می خورند. شواهد نشان داده اند که افرادی که در زندان ها از مواد مخدر استفاده می کنند، در واقع در معرض خطر بلندتر ابتلا به توبرکلوز قرار دارند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۷).

سکریننگ برای مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند حایز اهمیت می باشد. این در واقع یک فرصت مناسب برای تشویق فردی می باشد که از نظر معاینه یا سکریننگ مثبت شناخته شده است، تا حمایت مناسب و یا هم در صورت نیاز مداخلات تداوی توام با رجعت دهی به خدمات تداوی برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، دریافت نماید. ممکن این مساله مستلزم یک پاسخدهی هماهنگ باشد که سیستم عدلی و قضایی و سیستم های مراقبت های صحتی و اجتماعی را احتوا می نمایند. تداوی مبتنی بر شواهد اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در کاهش میزان مصرف مواد مخدر و تقویت روند بهبودی در حالیکه سیکل معیوبه مصرف مواد مخدر و جرم را برهم می زند و باعث کاهش میزان ارتکاب دوباره جرایم و حبس مجدد در میان افرادی می شود که به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مبتلا بوده و با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند، مؤثر ثابت شده است.

(انستیتیوت پالیسی عدالت، سال ۲۰۰۸؛ گومپیرت و همکاران وی، سال ۲۰۱۰، سون و همکاران وی، سال ۲۰۱۵، ژانگ و همکاران وی، سال ۲۰۱۷).

تداوی افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند می‌تواند با در نظر داشت جرم به عنوان یک جاگزین برای محکومیت یا مجازات یا به موازات مجازات یا حبس (مانند تسهیلات زندان) انجام شود.

کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل مواد مخدر (سازمان ملل متحد سال‌های ۱۹۶۱، ۱۹۷۱، ۱۹۸۸) پیش‌بینی می‌نمایند که باید فراهم نمودن تداوی به عنوان جاگزین کامل یا قسمی برای محکومیت یا مجازات (یا به موازات محکومیت یا مجازات) تسهیل یابد، عمدتاً برای قضایای دارای ماهیت اندک که توسط فرد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر صورت می‌گیرند. تداوی به عنوان یک جاگزین برای محکومیت یا مجازات می‌تواند در تمام سیستم عدلی و قضایی در مراحل مقدماتی، محکمه و پس از مجازات تطبیق گردد.

۲.۳.۵. مدل‌ها و عناصر

تداوی و مراقبت مبتنی بر شواهد باید در دسترس تمام افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر صرف، نظر از وضعیت قانونی آنها قرار داشته باشد. به افرادی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند، می‌توان خدمات تداوی مواد مخدر را به عنوان یک جاگزین برای محکومیت یا مجازات یا موازات آن مثلاً در زندان‌ها، با در نظر داشت شدت جرم مرتکب شده و مجازات دریافت شده یا دریافت نشده، فراهم نمود. به منظور ارائه پاسخدهی مؤثر نزد تمام افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند، باید شدت اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و تشویشات صحی همزمان مدنظر گرفته شوند. در مطابقت با حداقل قواعد سنتدردهای سازمان ملل متحد برای اقدامات غیرحبسی (قواعد توکیو) (سازمان ملل متحد، سال ۱۹۹۰)، محکومیت به حبس باید همیشه به عنوان آخرین گزینه اعمال گردد. افزون بر آن، مطابق مقرر سازمان ملل متحد پیرامون رفتار با محبوسین اناث و اقدامات غیرحبسی برای زنان مجرم (قواعد بنکاک) (سازمان ملل متحد، سال ۲۰۱۱)، شرایط ویژه زنانی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس اند، باید مورد توجه قرار گیرند.

زمانیکه افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مرتکب جرایم جنایی جزئی می‌شوند (خواه با مواد مخدر رابطه داشته باشد یا خیر)، می‌توان نزد آنها با در نظر داشت کنوانسیون‌ها و نورم‌های بین‌المللی، تداوی را به عنوان جاگزینی برای محکومیت یا مجازات ارائه نمود. فراهم نمودن تداوی مبتنی بر شواهد برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر برای افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند، یک پاسخدهی مؤثر صحت عامه و مصونیت عامه پنداشته می‌شود (بیلینکو، هیلر و همیلتون، سال ۲۰۱۳، سازمان صحی جهان و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم، سال ۲۰۱۹).

افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، که نمی‌توانند بنا بر تحت حبس قرار داشتن از تداوی جاگزینی برای محکومیت یا مجازات مستفید گردند، در واقع به دریافت خدمات تداوی و مراقبت که در داخل محبس و یا سایر تسهیلات مشابه ارائه می‌گردد، نیاز دارند.

سکریننگ و ارزیابی در تسهیلات عدلی و قضایی

تماس با سیستم عدلی و قضایی می‌تواند یک فرصت مناسب برای تشویق افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر برای سهمگیری داوطلبانه در خدمات تداوی باشد. بناً، خیلی حایز اهمیت می‌باشد تا ترجیحاً به عنوان بخشی از یک معاینه یا سکریننگ صحی جامعتر، مسائلی چون مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان افرادی که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند، مورد بررسی قرار گیرند.

تمام مراجع تماس در داخل سیستم عدلی و قضایی باید فرصت‌های لازم را جهت اجرای معاینه یا سکریننگ و ارزیابی اختلالات صحی، منجمله اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر فراهم نمایند. لازم است تا در لحظات نخست تماس افراد

مورد نظر با سیستم عدلی و قضایی، مشخص گردد که آیا مجرمین مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر واجد شرایط جاگزین های محکومیت یا مجازات می باشند یا خیر و در صورت که قابل تطبیق باشد، آیا می توان جاگزین های متذکره را نزد آنها تطبیق نمود یا خیر. مقامات عدلی و صحتی باید از ظرفیت مشترک ارزیابی تداوی برخوردار باشند، تا مشخص سازند که آیا از این روش می توان به عنوان جاگزینی برای محکومیت یا مجازات استفاده نمود یا خیر. افزون بر آن، باید آنها با در نظر داشت جرم مرتکب شده و نیازمندی های مراقبت های صحتی، گزینه های تداوی را که برای فرد مورد نظر مناسب می باشند، نیز مشخص سازند.

مراجع مورد نظر و فرصت های مداخله برای ارتباط دادن مصرف کننده گان مواد مخدر با خدمات قرار ذیل می باشند: تماس با منسوبین تطبیق قانون، توقیف اولیه و / یا جلسات استماعیه نخست محکمه. محابس و محاکم، ورود مجدد به سیستم عدلی و قضایی، و برنامه های اصلاحی جامعه، مانند رهایی آزمایشی و مشروط مجرمین. هر یک کارکنان در هر مرحله مداخله، از فرصت مناسب برای شناسایی علایم احتمالی مواد مخدر و سایر مواد روانگردان (Psychoactive) و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر برخوردار می باشند، تا بدینوسیله از معاینه یا سکریننگ فوری صحتی به منظور شناسایی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر اطمینان حاصل گردد. به دنبال یک معاینه یا سکریننگ مثبت، لازم است تا متخصصین صحتی آموزش دیده یک ارزیابی جامع انجام دهند. این امر در واقع زمینه را برای پلانگذاری و تطبیق مداخلات صحتی در آینده فراهم می نماید. این موارد خصوصاً در تداوی سندرم های قطع دواپی یا ترک مصرف مواد مخدر (Withdrawal Syndromes) به منظور جلوگیری از تکالیف غیر ضروری و در برخی موارد، به منظور جلوگیری از اختلالات خطرناک و تهدید کننده حیات در میان محبوسین مبتلا به وابستگی به مواد مخدر، لازم و ضروری می باشد. معاینه یا سکریننگ برای شناسایی مصرف مواد مخدر و سایر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، باید بخشی جدایی ناپذیر معاینه یا سکریننگ صحتی ستندرد باشد، البته در تمام حالاتی که سیستم عدلی و قضایی افراد مورد نظر را محکوم به حبس می نمایند.

ارزیابی در واقع یک پروسه دوامدار بوده که می تواند نزد افراد مختلف، در تسهیلات گوناگون و در مراحل مختلف تماس با سیستم عدلی و قضایی اجرا گردد. به عنوان مثال، یک ارزیابی ابتدایی می تواند در مرحله قبل از محاکمه انجام یابد و متعاقب آن در زندان ارزیابی دیگری صورت می گیرد. دلایل مختلفی وجود دارند که ممکن نیاز به ارزیابی مجدد وجود داشته باشند، مانند تغییرات در نیازمندیهای فرد برای تداوی، انگیزه و یا وضعیت صحتی وی. نیاز ویژه ای برای مدنظر گرفتن خطر خودکشی در تمام مراحل ارزیابی وجود دارد.

صرف کارمندان آموزش دیده باید ارزیابی های مرتبط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را انجام دهند. موارد ذیل مسائل کلیدی به شمار می روند که باید در جریان ارزیابی به آنها رسیده گی صورت گیرد:

- آیا خطر فوری حیاتی وجود دارد، منجمله در نتیجه مصرف دوز بیش از حد مواد مخدر (Overdose)؟
- آیا فرد مورد نظر به تداوی فوری مانند تشوشات ناشی از ترک مواد مخدر و یا سایکوز نیاز دارد؟
- آیا طرق مصرف مواد مخدر با طرق مصرف مخاطره آمیز و یا وابستگی متناسب می باشد؟
- آیا فرد مورد نظر به تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر علاقمندی دارد؟
- آنها در گذشته کدام نوع تداوی ها را دریافت نموده اند؟
- کدام نوع مداخلات تداوی احتمالاً از مؤثریت لازم برخوردار اند؟
- کدام نوع مداخلات تداوی قابل دسترس می باشند؟
- آیا مداخلات مورد نظر برای افرادی که تحت تداوی قرار دارند، به عنوان جاگزینی برای محکومیت یا مجازات و / یا در تسهیلات زندان قابل دسترس می باشند؟

- از میان مداخلات تداوی موجود، فرد مورد نظر به کدام آن بیشتر علاقمند خواهد بود؟
- آیا مشکلات طبی همزمان (به شمول تشوشات روانی) وجود دارند، که باید مورد توجه قرار گیرد؟
- در صورت پذیرفتن و یا رد نمودن تداوی، وضعیت حقوقی چگونه می باشد؟

بر مبنای ارزیابی جامع نزد فرد مورد نظر و نیازمندی های وی در پیوند با تداوی و سایر عرصه مهم زنده گی (صحی، اجتماعی، قانونی/حقوقی)، انکشاف یک رویکرد تداوی متناسب با نیازمندی های متذکره، خیلی ها حایز اهمیت می باشد. خودداری از رویکرد های که منحصرأ بالای مجازات تمرکز دارند و یا فاقد ساختار لازم می باشند، نیز ضروری می باشد. برای ارائه مداخلات تداوی مؤثر نزد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و یک سابقه جرمی، لازم است تا به نیازمندی های مغلق و خطر مشکلات، به شمول خطر ارتکاب دوباره جرایم، رسیده گی لازم صورت گیرد.

تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در تسهیلات عدلی و قضایی

پیش شرط اساسی ارائه خدمات صحی در سیستم عدلی و قضایی اینست که خدمات متذکره باید عین اصولی را مدنظر داشته باشند که در سایر بخش های مراقبت های صحی و طبی رعایت می شوند و باید با نوع و وسعت پوشش مشخص شده در استندرد های هذا مطابقت کامل داشته باشند. تصامیمی که مقامات عدلی و قضایی اتخاذ می نمایند نباید حق دسترسی به مراقبت های صحی و خدماتی را که فرد به آن نیاز دارد، سلب نمایند.

به عنوان یک قاعده عمومی، خدمات صحی در سیستم عدلی و قضایی باید از لحاظ استندرد، با خدمات صحی که در جامعه ارائه می گردند، معادل باشد (رعایت اصل عدالت). باید میان سیستم عدلی و قضایی و خدمات مبتنی بر جامعه رابطه های مشهود و مؤثر وجود داشته باشند، تا از خدمات بدون سکتگی و دوامدار و مراقبت های باکیفیت و پایدار اطمینان حاصل گردد.

زمانیکه یک فرد مجرم که به احتمال زیاد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می باشد، با سیستم عدلی و قضایی تماس حاصل می نماید (مثلاً هرگاه توسط پولیس به دلیل جرایم مرتبط با مواد مخدر دستگیر شود)، باید تحت معاینه یا سکریننگ قرار گیرد و متعاقب آن نزد وی ارزیابی و مداخلات مختصر انجام شوند. ارزیابی می تواند مشخص سازد که آیا مجرم معیارات تشخیصیه را برای یک اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر تکمیل نموده است یا خیر، که در واقع شامل وابستگی به مواد مخدر یا عملکرد های مخاطره آمیز مصرف مواد مخدر می باشد. در صورت مصرف مواد مخدر بدون ویژه گی های تشخیصیه اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و یا در صورت موجودیت عملکرد های مخاطره آمیز مصرف مواد مخدر، این امر امکان پذیر می باشد که ضمن ارزیابی نیازمندی ها، خطرات و عوامل محافظتی بیشتر، مداخله مختصر را فراهم نمود (لطفاً به بخش ۱.۲.۴ مراجعه نمایید). همچنان رویکرد متذکره برای جلوگیری از دست زدن دوباره به جرایم و / یا تکرار جرم ممد واقع شده می تواند. هرگاه ارزیابی تشخیصیه، نزد شخص مورد نظر وابستگی به مواد مخدر را شناسایی نماید، در آن صورت نیاز به تداوی مبتنی بر شواهد وابستگی به مواد مخدر وجود دارد، که باید به عنوان جاگزینی برای محکومیت یا مجازات یا موازات مجازات و حبس، با در نظر داشت وضعیت حقوقی فراهم گردد. هرگاه ارزیابی، سایر مشکلات جسمی / روانی و یا اجتماعی را شناسایی نمایند، در آن صورت باید مجرم به خدمات دارای قابلیت تداوی و مراقبت مناسب رجعت داده شود. به عباره دیگر، این خدمات می توانند در تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مدغم گردند.

تداوی وابستگی به مواد مخدر در تسهیلات عدلی و قضایی

زمانیکه یک فرد مجرم مبتلا به وابستگی به مواد مخدر، با سیستم عدلی و قضایی تماس حاصل می نماید، بعید به نظر میرسد تا موصوف تداوی کافی را برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر خویش دریافت نموده باشد.

بنأ می توان گفت که تماس با سیستم عدلی و قضایی می تواند فراهم کننده یک فرصت برای مجرم باشد تا وی بتواند به تداوی لازم وابستگی به مواد مخدر دست یابد.

کسب رضایت فرد برای تداوی، ارزیابی تشخیصیه توسط یک کارمند مسلکی، باید سبب شود تا یک پلان تداوی جامع انکشاف یابد. در این مرحله لازم است تا مشخص شود که آیا فرد مورد نظر واجد شرایط مداخلات می باشد و برای شرکت ورزیدن در گزینه های تداوی موجود، منجمله تداوی به عنوان بدیل محکومیت یا مجازات، در صورتیکه قابل تطبیق باشد، آماده گی دارد یا خیر. همچنان ارزیابی تشخیصیه باید سایر مشکلات طبی، صحت روانی و یا اجتماعی و عواملی را که می توانند خطر ارتکاب دوباره جرایم و یا تکرار جرایم را اصلاح نمایند، تحت پوشش قرار دهند. این امر برای انکشاف یک پلان تداوی که در واقع در برابر نیازمندی های فرد پاسخگو می باشد، از اهمیت فراوان برخوردار است. هرگاه فرد مورد نظر علاقمند به مشارکت در تداوی باشد، در آن صورت لازم است تا در مسایل چون موجودیت خدمات تداوی مناسب و دسترسی به آن مورد بحث قرار گیرند. هرگاه تصمیم طوری باشد که باید تداوی ادامه یابد، در آن صورت باید بازیگران سیستم عدلی و قضایی ذیربط در این رابطه تصمیم اتخاذ نمایند که آیا خدمات متذکره را باید به عنوان یک جاگزین قسمی و یا کامل محکومیت یا مجازات ارائه نمایند یا خیر. به همین ترتیب باید آنها تصمیم بگیرند که آیا تداوی در حالت حبس تطبیق گردد، به عنوان مثال در زندان، و باید شرایطی را که مبنای تصمیم آنها را تشکیل داده اند، مشخص سازند. شرایط سیستم عدلی و قضایی می توانند از حضور ابتدایی در جلسات تداوی و سازگاری دوامدار با تداوی تا نتایج مشخص تداوی میان دوره یی، متفاوت باشند مانند اجتناب از مصرف مواد مخدر و یا کاهش آن. هرگاه یک رویکرد تداوی به نتیجه مطلوب دست نیابد، در آن صورت ممکن نیاز باشد تا روش های تداوی جاگزین متناسب با نیازمندی های صحی و مراقبت های اجتماعی مجرم مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مدنظر گرفته شوند. ارائه خدمات برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند باید نه تنها بالای نیازمندی های مراقبت های صحی افراد متمرکز باشند، بلکه باید بالای درک، رفتار، سلوک و عوامل و شرایطی که با تکرار جرم و دست زدن مجدد به جرایم پیوند دارند، تمرکز داشته باشند. برنامه ها و مداخلات تداوی باید این نیازمندی های مشخص مجرمین مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را مدنظر بگیرند و به آنها رسیده گی جامع نمایند. این امر نه تنها به دستیابی به نتایج صحی متوقع کمک می نماید، بلکه از دست زدن دوباره به جرایم و تکرار جرایم نیز جلوگیری به عمل می آورد.

۳.۳.۵ تداوی به عنوان بدیل برای محکومیت یا مجازات

برای ارائه پاسخدهی های موثر صحت عامه و مصونیت عامه، ضمن رسیده گی به چالش جمعیت در حال رشد زندان ها در گوشه های مختلف دنیا، نیاز است تا گزینه های بدیل لازم برای محکومیت یا مجازات برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مدنظر گرفته شوند.

نزد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که دست به جرایمی مرتبط به قاچاق مواد مخدر تحت کنترل بین المللی به منظور استفاده شخصی از آن و یا سایر جرایم کوچک میزنند، کنوانسیون های بین المللی کنترل مواد مخدر اقداماتی مانند تداوی، آموزش، مراقبت های تعقیبیه، بهبودی و یا ادغام مجدد اجتماعی، که شامل گزینه های مکمل برای به محکومیت یا مجازات می باشند، مدنظر گرفته اند (سازمان ملل متحد، سال های ۱۹۶۱، ۱۹۷۱، ۱۹۸۸). افزون بر آن، دولت ها عمدتاً از استندرد ها و نورم های گوناگون در مورد اعمال اقدامات غیرحبسی برخوردار می باشند که باید بر مدنظر گرفته شوند (سازمان ملل متحد، سال های ۱۹۹۰، ۲۰۱۱).

اقدامات وسیعی قابل تطبیق حین پیگرد عدلی و قضایی، در مراحل قبل محکمه، در جریان محکمه و پس از محکمه وجود دارند که در واقع از یکده تفاوت ها در سیستم های قوانین نافذه و بین القاره یی برخوردار می باشند (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحی جهان، سال ۲۰۱۹). افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند با مشکلات متعدد روبرو می باشند. بنأ باید برنامه های تداوی در شبکه های خویش از ظرفیت های در راستای رسیده گی به نیا نیازمندی های اضافی مریضان مانند مشکلات مسکن، اشتغال، حقوقی، مالی و خانواده گی، برخوردار باشد.

برنامه های تداوی تسهیلات عدلی و قضایی عمدتاً با ارائه مداخلات تداوی نسبتاً ساختار یافته، به شمول نظارت دقیق از توکسیکولوژی یا سم شناسی و سیستم مکافات و تا اندازه ای مجازات برای حصول اطمینان از سازگاری با تداوی، آغاز می شوند. با گذشت زمان، وقتیکه مریضان از خود پیشرفت نشان می دهند، برنامه های متذکره از شدت خدمات و نظارت می کاهند.

جدول دوم ارائه کننده معلومات در مورد برخی از نکات کلیدی مداخلات و انواع برنامه های متحول را که کشور های مختلف در جریان دوره مراقبت در سیستم عدلی و قضایی تطبیق نموده اند، می باشد (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۹). فرد مورد نظر باید همیشه از حق پذیرفتن و یارد کرد گزینه تداوی و شرایط مرتبط با آن برخوردار باشد. محافظت های حقوقی معمول، به شمول حق استیناف طلبی، همیشه باید تحت نظارت سیستم عدلی و قضایی انجام یابد.

جدول دوم: مداخلات کلیدی و انواع برنامه های متحول کشور های مختلف در جریان دوره مراقبت صحتی دوامدر در سیستم عدلی و قضایی (دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۱۹).

پاسخدهی اداری		پاسخدهی عدلی و قضایی	
قبل از بازداشت	پولیس	قبل از محکمه	حین محکمه / محکومیت به مجازات
پولیس	پولیس	پولیس، خانونال، وکیل مدافع، هیئت معاینه	قاضی، منسوبین بخش آزمایشی
<ul style="list-style-type: none"> پاسخدهی اداری توام با ارائه معلومات / رجعت دهی به تداوی 	<ul style="list-style-type: none"> توجه و احتیاط در رجعت دهی به آموزش و یا تداوی اخراج مشروط / تعلیق مشروط از پیگرد قانونی ضمانت مشروط (بدیل بازداشت قبل از محکمه) 	<ul style="list-style-type: none"> به تعویق انداختن محکمه توام با یک عنصر تداوی به تعویق انداختن اجرای حکم مجازات توام با یک عنصر تداوی نظارت مرحله آزمایشی / قضایی محاکم ویژه (مانند محکمه تداوی مواد مخدر) 	<ul style="list-style-type: none"> رئیس زندان، هیئت عفو مشروط وزارت عدلیه آزادی مقدم / آزادی مشروط / عفو مجازات توام با یک عنصر تداوی

۴.۳.۵. تداوی در تسهیلات زندان

محکومیت به حبس باید به عنوان آخرین گزینه اعمال گردد. زمانیکه افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر محکوم به حبس می شوند، که در واقع آخرین گزینه در سیستم عدلی و قضایی شناخته می شود، اما آنها برای تداوی به عنوان جاگزین محکومیت یا مجازات واجد شرایط نباشند، در آن صورت لازم است تا برای آنها تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در داخل تسهیلات زندان پیشکش گردد.

به صورت عموم، مداخلات تداوی در تسهیلات زندان باید معادل خدماتی باشند که برای مردم عادی جامعه قابل دسترس می باشند (همانگونه که در فصل های قبلی تذکر داده شده است). اینگونه مداخلات باید وضعیت ویژه افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را که با مجازات عدلی و قضایی، منجمله زندان روبرو می باشند، مدنظر داشته باشند. مداخلات تداوی همیشه باید داوطلبانه و با در نظر داشت توافق یا رضایت آگاهانه مریض انجام یابند. تمام افرادی که به خدمات دسترسی دارند، به شمول افراد تحت نظارت سیستم عدلی و قضایی، باید از حق رد کردن تداوی برخوردار باشند، حتی اگر این امر اقدامات حبسی و یا غیرحبسی دیگری را نیز در قبال داشته باشند.

ارائه بهترین تداوی ممکن برای افرادی که در تسهیلات زندان به سر می برند، دربر گیرنده مجموعه ای از مسائل پیچیده و مغلق می باشد، منجمله پرسش های تدارکاتی، مانند اینکه چه کسی باید تداوی، را در کجا و چه زمانی فراهم نماید. یکی از موضوعات پیچیده تر مربوطه بر می گردد به کارمندان مناسب برنامه های تداوی. در یک تعداد زندان ها، کارمندان داخلی برای فراهم نمودن خدمات تداوی آموزش دریافت می نمایند، در حالیکه در سایر زندان ها، به منظور عرضه خدمات متذکره با عرضه کننده گان خدمات تداوی بیرون زندان قرارداد صورت می گیرد. هدف اینگونه تصامیم مرتبط به پرسونل باید این باشد که بهترین نتایج و با استفاده از کمترین هزینه به دست آیند. اما در مجموع نتایجی که مریضان به آن دست میابند، در واقع بستگی به کیفیت خدمات ارائه شده دارد، نه با رابطه ای که با عرضه کننده خدمات وجود دارد.

در حالت مطلوب، افرادی که در تداوی شرکت می ورزند، باید طوری که لازم باشد از سایر افراد زندانی جدا شوند، تا محیط تداوی حفظ گردد. هرگاه مساله برگشت مجدد افرادی که در دوره بهبودی قرار دارند، به محیط عمومی زندان مطرح بحث باشد، در آن صورت خطر بلندی برای مصرف مواد مخدر و عود مصرف مواد مخدر نزد آنها وجود خواهد داشت، که در واقع سبب تضعیف نتایج حاصله از تداوی شده می تواند. زمانیکه تسهیلات تداوی جداگانه یا مستقل امکان پذیر و یا قابل دسترس نباشند، در آن صورت تلاش های به حداقل رسانیدن میزان معروضیت با عوامل خطر خارجی، حایز اهمیت می باشد (مثلاً از طریق فراهم نمودن تسهیلات جداگانه برای زمان صرف غذا و تفریح). به همین ترتیب لازم است تا در تصامیم تداوی زمان باقی مانده محکومیت مجرم نیز مدنظر گرفته شود. نهاد های ذیربط باید زمان حبس فرد را مدنظر داشته باشند و یا باید از آنها مطالبه صورت گیرد تا قبل از رهایی از حبس، تداوی لازم را انجام دهند و یا از ادامه تداوی تعقیبه اطمینان دهند.

ملاحظات مشخص در مورد ارائه مداخلات تداوی برای افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در تسهیلات زنان مدنظر گرفته می شوند.

- تداوی ترک مصرف مواد مخدر با استفاده از ادویه جات: هرگاه یک نهاد اصلاحی فاقد امکانات تداوی ترک مصرف مواد مخدر در داخل باشد، در آن صورت لازم خواهد بود تا افراد مورد نظر خارج از مرکز به خدمات طبی رجعت داده شوند. وادار ساختن افراد به ترک مصرف مواد مخدر، بدون ارائه مراقبت های طبی نه تنها یک امر غیراخلاقی پنداشته می شود، بلکه می تواند صحت و مصونیت فرد را نیز به مخاطره بیندازد.
- تداوی سراپا و یا تداوی واقع دفتر در تسهیلات زندان می تواند شامل دوره های تداوی متمرکز شدید و متعاقب آن دوره های تداوی کمتر شدید باشند. این روش "کاهش" شدت تداوی به ویژه نزد افرادی مناسب می باشد که خدمات تداوی جدی را در تسهیلات زندان دریافت می نمایند و افرادی که حین برگشت به جامعه هنوز هم به خدمات تداوی نیاز دارند، و از شدت کمتر برخوردار می باشد. کاهش تدریجی شدت تداوی باید بستگی به این داشته باشد که آیا فرد در حال به دست آوردن اهداف تداوی خود قرار دارد یا خیر.
- تداوی مسکونی را می توان در واحد های اختصاصی داخل زندان انجام داد. اینگونه برنامه ها به ویژه در راستای تحت پوشش قرار دادن جمعیت های ویژه دارای خطر بلند مانند مجرمین جوان، زنان و افراد مبتلا به اختلالات روانی، از ارزش به سزایی برخوردار می باشند. داشتن یک محیط مسکونی اختصاصی در واقع میزان مواجه شدن با افراد را به حداقل می رساند، خاصاً در جمعیت عمومی زندان، که امکان دارد فرد تحت تداوی را قربانی سازد. به همین ترتیب می توان گفت که فضای اختصاصی متذکره می تواند در رسیده گی به مسائل مشابه نزد گروه فرعی (مانند رسیده گی به تراوما نزد زنانی که از رویداد های خطرناک جان سالم به در برده اند) کمک نماید.

- اجماع درمانی Therapeutic Community در واقع یک مدل تداوی مسکونی می باشد که می توان از آن در تسهیلات زندان نیز استفاده مؤثر به عمل آورد. برنامه های جامعه تداوی مبتنی بر تسهیلات زندان باید در یک واحد جداگانه از زندان با ساختار و خدمات مشابه، برنامه های مشابه خارج از محیط زندان انجام یابند.
- جلوگیری از مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک، در واقع یک مداخله کلیدی، خاصاً در دوره رهایی از زندان شناخته می شود. نزد افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، آغاز یا ادامه تداوی تعقیبیه با اگونست های مشتقات تریاک در تسهیلات زندان، در امر جلوگیری از مصرف دوزر بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک، در دوره رهایی از حبس به اثبات رسیده است.
- به منظور کاهش بخشیدن میزان خطر مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک در مرحله رهایی از حبس افرادی که از پیشینه مصرف مشتقات تریاک برخوردار اند و خانواده ها و دوستان آنها، باید با نالوکزان Naloxone که در منزل مصرف می شوند، مجهز باشند و باید برای آنها رهنمود ها و / یا آموزش های لازم پیرامون چگونگی استفاده از آن در صورت مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک فراهم گردند.

ماخذها:

بیلینکو. اس. هیلر، ام. و هامیلتون، ال (سال ۲۰۱۳). تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در سیستم عدلی و قضایی. گزارشات جاری روانشناسی. سپرنجر یو اس، ۱۵ (۱۱)، صفحه ۴۱۴. doi: 10.1007/s11920-013-0414-). (z).

CND (سال ۲۰۱۶) قطعنامه شماره ۵۹/۴ انکشاف و پخش استندرد های بین المللی برای تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر. در لینک (<https://www.unodc.org/documents/commissions/>) CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_4.pdf قابل دسترس میباشد (به تاریخ ۱۳ اگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

کارنارد، پی جی و نیکولاو، کی (سال ۲۰۱۶). بررسی تحقیقات سالانه: در مورد نیوروسایکولوژی انکشافی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر. ژورنال روانشناسی و امراض روانی اطفال. شرکت جان ویلی و پسران، (۱۰.۱۱۱۱)، ۵۷ (۳)، صفحات 371-394. doi:10.1111/jcpp.12516.

کاریگان، پی دبلیو و همکاران وی. (سال ۲۰۱۷). انکشاف اجندای تحقیقاتی برای کاهش ستگمای اعتیاد، قسمت دوم: لیتراتور ستگمای صحت روانی. ژورنال امریکایی پیرامون اعتیاد، ۲۶ (۱) صفحات ۶۷-۷۴. doi: 10.1111 / ajad.12436.

کاتلر، ال (سال ۲۰۰۰)، مصاحبه بین المللی تشخیصیه - رهنمود مصرف مواد مخدر یا (CIDI-SAM). دیگینهاردت، ال و همکاران وی (سال ۲۰۱۸). فشار جهانی بیماری های ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر در ۱۹۵ کشور و سرزمین، ۱۹۹۰-۲۰۱۶: تحلیل سیستماتیک برای فشار جهانی مطالعه بیماری های سال ۲۰۱۶. خدمات امراض روانی لانست. ۵ (۱۲)، صفحات ۹۸۷-۱۰۱۲. doi: 10.1016 / S2215-0366 (18) 30337-7.

دینیس، ام ال، فاس، ام ای و اسکات، سی کی (سال ۲۰۱۷). یک چشم انداز هشت ساله پیرامون رابطه میان دوره اجتناب و سایر ابعاد بهبودی. بررسی ارزیابی. ۳۱ (۴)، صفحات ۵۸۵-۶۱۲. doi: 10.1177 / 0193841X07307771.

دنیس، ام ال، اسکات، سی کی و لاودیت، ای (سال ۲۰۱۴). فراتر از خست و پلاستر: تحقیقات اخیر در مورد مدیریت بهبودی اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر. گزارشات جاری امراض روانی. ۱۶ (۴)، صفحه ۴۴۲. doi:014-0442-3 10.1007/s11920

دانوان، دی ام و همکاران وی (سال ۲۰۱۳). مداخلات ۱۲ مرحله ای و برنامه های حمایت متقابل برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: یک بررسی عمومی. کار اجتماعی در صحت عامه. دسترسی عامه (NIH)، ۲۸ (۳-۴)، صفحات ۳۱۳-۳۳۲. doi:10.1080/19371918.2013.774663.

دروماند، دی سی (سال ۱۹۹۰). رابطه میان وابستگی به الکل و مشکلات مرتبط به الکل در یک جمعیت کلینیکی. ژورنال اعتیاد بریتانیا. X5، صفحات ۳۵۷-۳۶۶. doi: 10.1111 / j.1360-0443.1990. tb00652.x.

دیویانت، آر ال، کامپتون، دبلیو ام و مک لیلان، ای تی (سال ۲۰۱۵) بهبودی پنج ساله: استندرد جدید برای ارزیابی مؤثریت تداوی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر. ژورنال تداوی مصرف مواد مخدر. الزویر، ۵۸، صفحات ۱-۵. doi: 10.1016 / j.jsat.2015.06.024.

ارنست، دی، میلر، دبلیو آر و رولنیک، اس (سال ۲۰۱۷). تداوی مصرف مواد مخدر در مراقبت های اولیه: یک پروژه نمایشی. ژورنال بین المللی مراقبت های مدغم. نشرات اوبیکوییتی، ۷ (۴). doi: 10.5334 / ijic. (4).

فیرست، ام بی، ویلیامز، جی بی دبلیو، کارگ، آر اس، و سپیتزر، آر ال (سال ۲۰۱۵). مصاحبه کلینیکی ساختار یافته برای DSM-5: نسخه تحقیقاتی.

گارنر، بی آر و همکاران وی (سال ۲۰۱۴). حمایت بهبودی برای نوجوانان مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: پیامد های تماس تلفونی حمایت بهبودی فراهم شده توسط رضاکاران مسلکی. ژورنال مصرف مواد مخدر و اعتیاد به الکل. دسترسی عامه NIH، ۲ (۲)، صفحه ۱۰۱۰. PMID: PMC4285388.

(GBD) سال ۲۰۱۷، مجموعه عوامل خطر (سال ۲۰۱۸). ارزیابی خطر مقایسوی جهانی، منطقوی و ملی 84 خطر رفتاری، محیطی، شغلی و میتابولیکی یا مجموعه خطرات برای ۱۹۵ کشور و سرزمین، سال های ۱۹۹۰-۲۰۱۷: تحلیل سیستماتیک برای فشار جهانی مطالعه بیماری ها، سال ۲۰۱۷. لانست. الزویر، ۳۹۲ (10159)، صفحات ۱۹۲۳-۱۹۹۴. doi: 10.1016 / S0140-6736 (18) 32225-6

گومپرت، سی اچ و همکاران وی (سال ۲۰۱۰). رابطه میان مصرف مواد مخدر و عود جرایم در میان افراد مشکوک به اختلالات روانی، مصرف مواد مخدر و رفتار ضد اجتماعی: یافته های مطالعه MSAC. ژورنال بین المللی صحت روانی طب عدلی. گروه تایلر و فرانسیس، ۹ (۲)، صفحات ۸۲-۹۲. doi: 10.1080 / 14999013.2010.499557

های، ای اچ و همکاران وی. (سال ۲۰۱۹). مؤثریت مداخلات روحانی / مذهبی برای مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر: یک بررسی سیستماتیک و تحلیل آزمایشات کنترل شده انتخابی. وابستگی به مواد مخدر و الکول. ۲۰۲، صفحات ۱۳۴-۱۴۸. doi: 10.1016 / j.drugalcdep.2019.04.045

انستیتوت پالیسی عدالت (سال ۲۰۰۸). تداوی مصرف مواد مخدر و مصونیت عامه: فشرده پالیسی. در لینک: http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

کوب، جی اف و والکو، ان دی (سال ۲۰۱۶). نیوروبیولوژی اعتیاد: یک تحلیل مدارهای عصبی. خدمات امراض روانی لانست، ۳ (۸)، صفحات ۷۶۰-۷۷۳. doi: 10.1016 / S2215-0366 (16) 00104-8

لیوینگستون، جی دی و همکاران وی. (سال ۲۰۱۲). مؤثریت مداخلات برای کاهش ستگمای مرتبط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: یک بررسی سیستماتیک اعتیاد، ۱۰۷ (۱)، صفحات ۳۹-۵۰. doi: 10.1111 / j.1360-0443.2011.03601.x

لوپیز - کوبینرو، سی و همکاران وی. (سال ۲۰۱۱). احتمالات و پیش بینی کننده های گذار از مصرف اول به وابستگی به نیکوتین، الکول، حشیش و کوکائین: نتایج بررسی ملی اپیدمیولوژیک در مورد الکول و تشوشات مربوط به آن (NESARC). وابستگی به مواد مخدر و الکول. ۱۱۵ (۲-۱)، صفحات ۱۲۰-۱۳۰. doi: 10.1016 / j.drugalcdep.2010.11.004

مک کالیستر، کی ای و همکاران وی. (سال ۲۰۱۳). تحلیل مؤثریت هزینه بهبودی یا (RMC) برای بزرگسالان مبتلا به اختلالات مزمن ناشی از مصرف مواد مخدر: شواهد از یک آزمایش انتخابی ۴ ساله اعتیاد. ۱۰۸ (۱۲)، صفحات ۲۱۶۶-۲۱۷۴. doi: 10.1111 / add.12335

مک لیلان، ای تی، لوبورسکی، ال، وودی، جی ای، او براین، سی پی (سال ۱۹۸۰). یک ابزار ارزیابی تشخیصیه بهبود یافته برای مریضان مصرف مواد مخدر. شاخص شدت اعتیاد یا (ASI). ژورنال اختلالات عصبی و روانی. ۱۶۸ (۱)، صفحات ۲۶-۳۳. doi: 10.1097 / 00005053-198001000-00006

میلر، پی ام، پیتتر ام (سال ۲۰۱۳). مداخلات برای اعتیاد. جلد ۳: رفتار ها و اختلالات جامع اعتیاد. دانش الزویر. در لینک: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.05001-6> قابل دسترس است (به تاریخ ۲۱ فبروری ۲۰۲۰ به آن دسترسی صورت گرفته است).

(NIDA) سال ۲۰۱۲. اصول تداوی اعتیاد به مواد مخدر - یک رهنمود مبتنی بر تحقیقات. در لینک: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۱۲ اگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

راپ، آر سی و همکاران وی. (سال ۲۰۰۶). موانع تداوی شناسایی شده توسط مصرف کننده گان مواد مخدر که در یک واحد اخذ مرکزی ارزیابی گردیده است. " ژورنال تداوی مصرف مواد مخدر. دسترسی عامه NIH، ۳۰ (۳)، صفحات ۲۲۷-۳۵. doi: 10.1016 / j.jsat.2006.01.002

رادیس، تی (سال ۱۹۹۶). فعالیت های Outreach با مصرف کننده گان مواد مخدر: اصول و عملکرد های استراسبورگ: شورای Pub اروپا.

- (SAMHSA) سال ۲۰۱۵. معاینه یا سکریننگ و ارزیابی اختلالات همزمان در سیستم عدلی و قضایی. راکویلی، (شماره نشریه (HHS). (SMA) 15-4930 راکویل، ام دی). در لینک: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4930.pdf> قابل دسترس است (به تاریخ ۲۱ فبروری ۲۰۲۰ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- شیهان، دی وی و همکاران وی. (سال ۱۹۹۸). مصاحبه مختصر بین المللی عصبی - روانی (Neuropsychiatric) موسوم به (MINI): انکشاف و تأیید مصاحبه بین المللی ساختار یافته امراض روانی برای DSM 5 و ICD-10. امراض روانی جی کلین 20: 22-33 Suppl 59؛ صفحات ۳۴-۵۷.
- شیهان، دی وی (سال ۲۰۱۶). مصاحبه مختصر بین المللی عصبی - روانی (Neuropsychiatric) موسوم به (MINI) برای DSM 5.
- سیلوری، ام ام و همکاران وی. (سال ۲۰۱۶). برداشت های نوروبیولوژیکی مرتبط با مصرف الکل و مواد مخدر در دماغ نوجوان انسان. بررسی های علمی اعصاب و رفتار بیولوژیکی. پیرگامون، ۷۰، صفحات ۲۴۴-۲۵۹. doi: 10.1016 / J.NEUBIOREV.2016.06.042
- ستاک ویل، تی آر و همکاران وی. (سال ۱۹۷۹). انکشاف یک پرسشنامه برای سنجش شدت وابستگی به الکل. ژورنال اعتیاد بریتانیا، ۷۴، صفحات ۷۹-۸۷. doi: 10.1111 / j.1360-0443.1979.tb02415.x
- سان، اچ ام و همکاران وی. (سال ۲۰۱۵). برنامه تداوی تعقیبیه میتادون فعالیت جرمی را کاهش بخشیده و رفاه اجتماعی مصرف کننده گان مواد مخدر در چین را بهبود می بخشد: یک بررسی و تحلیل سیستماتیک. BMJ آزاد. ۵ (۱)، صفحه ۵. doi: 10.1136 / bmjopen-2014-005997.e005997
- تورینس ام. میستری - پینتو، جی - آی و دامینگو - سلوانی، ای (سال ۲۰۱۵). مترافق بودن مصرف مواد مخدر و اختلالات روانی در اروپا، مرکز اروپایی نظارت بر اعتیاد به مواد مخدر. doi: 10.2810 / 532790
- سازمان ملل متحد (سال ۱۹۶۱). کنوانسیون واحد در مورد مواد مخدر سال ۱۹۶۱. در لینک: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Convention.html> قابل دسترس است (به تاریخ ۱۳ آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- سازمان ملل متحد (سال ۱۹۷۱). کنوانسیون مواد مخدر روانگردان (Psychotropic) سال ۱۹۷۱. در لینک: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Convention.html> قابل دسترس است (به تاریخ ۱۳ آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- سازمان ملل متحد (سال ۱۹۸۸). کنوانسیون سازمان ملل متحد پیرامون مبارزه با قاچاق غیرقانونی مواد مخدر و مواد مخدر روانگردان (Psychotropic) در سال ۱۹۸۸. در لینک: <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html> قابل دسترس است (به تاریخ ۱۳ آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- سازمان ملل متحد (سال ۱۹۹۰). حداقل قواعد استندرد سازمان ملل متحد برای اقدامات غیرحیسی (قواعد توکیو). در لینک: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/tokyorules.pdf> قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- سازمان ملل متحد (سال ۱۹۹۰). قواعد سازمان ملل متحد پیرامون رفتار با زندانیان اناث و اقدامات غیرحیسی برای زنان مجرم (قواعد بنکاک). در لینک: https://www.unodc.org/documents/CCPCJ/Crime_Resolutions//https://www.unodc.org/documents/2010-2019/2010/General_Assemble/A-RES-65-229.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- سازمان ملل متحد (سال ۲۰۱۶). سند نتایج نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۶ پیرامون مشکل جهانی مواد مخدر (UNGASS): "تعهد مشترک ما برای رسیدگی و مقابله مؤثر با مشکل جهانی مواد مخدر". در لینک: <https://undocs.org/A/RES/S-30/1> قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۰۳). انکشاف یک سیستم اطلاعاتی مدغم برای مواد مخدر: بسته ابزار برنامه ارزیابی جهانی مصرف مواد مخدر (GAP). در لینک: https://www.unodc.org/documents/publications/gap_toolkit_module1_idis.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال 2008b). شبکه تداوی یا TREATNET: شبکه بین المللی مراکز تداوی و بهبودی وابستگی به مواد مخدر. سند عملکرد خوب مدیریت پایدار بهبودی عملکرد خوب. در لینک: www.unodc.org/treatnet قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است). دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۲). استندرد های کیفیت شبکه تداوی TREATNET برای خدمات تداوی و مراقبت وابستگی به مواد مخدر. در لینک: https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۴). رهنمود برای خدمات تداوی و مراقبت مبتنی بر جامعه برای افراد متأثر شده از مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن در جنوب-شرق آسیا. در لینک: https://www.unodc.org/documents/drug-treating/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۵). گزارش جهانی سال ۲۰۱۵ مواد مخدر (نشریه سازمان ملل متحد، شماره فروشات E.15.XI.6). دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۶). گزارش جهانی سال ۲۰۱۶ مواد مخدر (نشریه سازمان ملل متحد، شماره فروشات E.16.XI.7).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۷). گزارش جهانی سال ۲۰۱۷ مواد مخدر (ISBN: 978-92-1-148291-1، eISBN: 978-92-1-060623-3)، (نشریه سازمان ملل متحد، شماره فروشات E.17.XI.6).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۸). گزارش جهانی سال ۲۰۱۸ مواد مخدر (نشریه سازمان ملل متحد، شماره فروشات E.18.XI.9). دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم (سال ۲۰۱۹). گزارش جهانی سال ۲۰۱۹ مواد مخدر (نشریه سازمان ملل متحد، شماره فروشات E.19.XI.8).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۰۸). اصول تداوی وابستگی به مواد مخدر: مقاله بحث. در لینک: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-08.pdf> قابل دسترس است (به تاریخ ۳۰-سپتمبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۱۸). استندرد های بین المللی جلوگیری از مصرف مواد مخدر (نسخه تجدید شده شماره دوم). در لینک: https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۱۲ آگست ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۱۹). تداوی و مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که با سیستم عدلی و قضایی در تماس هستند: تداوی جاگزین برای محکومیت یا مجازات. در لینک https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_EN_0919.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

واگنر، اف و آنتونی، جی سی (سال ۲۰۰۲). از اولین مصرف مواد مخدر تا دوره های انکشافی وابستگی به ماری جوانان، کوکائین و الکل. تداوی دواوی و روانی - عصبی. ۲۶ (۴)، صفحات ۴۷۹-۴۸۸. doi: 10.1016/S0893-133X(01)00367-0.

- والمسلی، آر (سال ۲۰۱۵). فهرست جمعیت زندان های جهانی نسخه یازدهم. در لینک: https://www.burgstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۲۱ فیبروری ۲۰۲۰ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- وایت، ال دبلیو (سال ۲۰۱۲). بهبودی اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: تحلیل نتایج گزارش شده در ۴۱۵ گزارش علمی، ۱۸۶۸-۲۰۱۱. در لینک: https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- وایت، دبلیو ال (سال ۲۰۰۷). بهبودی اعتیاد: تعریف و مرز های مفاهیم آن. ژورنال تداوی مصرف مواد مخدر ۳۳ (۳)، صفحات ۲۲۹-۲۴۱. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.015.
- سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۰۱). تفتیش: آزمایش شناسایی اختلالات ناشی از مصرف الکل: رهنمود ها برای استفاده در مراقبت های صحتی اولیه. در لینک: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205> قابل دسترس است.
- سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۰۳). سازمان خدمات صحت روانی. ژنیوا، سازمان صحتی جهان، سال ۲۰۰۳ (پالیسی صحت روانی و مجموعی هدایت خدمات).
- سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۰۴). اعصاب شناسی مصرف مواد روانگردان (Psychoactive) و وابستگی. در لینک: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- ازمان صحتی جهان (سال ۲۰۰۹). رهنمود ها برای تداوی دوایی به کمک تداوی روانی - اجتماعی وابستگی به مشتقات تریاک. سازمان صحتی جهان در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948>) قابل دسترس می باشد.
- سازمان صحتی جهان (2010a). آزمایش معاینه یا سکریننگ مصرف الکل، دود کردن سگرت و مواد مخدر یا (ASSIST): رهنمود برای استفاده در مراقبت های اولیه / تهیه شده توسط هیومنیک، آر [و همکاران وی]. سازمان صحتی جهان، در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320>) قابل دسترس می باشد.
- سازمان صحتی جهان (2010b). مداخله مختصر مرتبط با آزمایش معاینه یا سکریننگ مصرف الکل، دود کردن سگرت و مواد مخدر یا (ASSIST) برای مصرف مخاطره آمیز و مضر مواد مخدر: رهنمود استفاده در مراقبت های اولیه. در لینک: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44321/9789241599399_eng.pdf sequence = 1 قابل دسترس است (به تاریخ ۰۱ اکتوبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).
- سازمان صحتی جهان (2012a). رهنمود در مورد وقایه از هیپاتایتس ویروسی نوع بی و سی در میان افرادی که از مواد مخدر زرقی استفاده می نمایند. سازمان صحتی جهان، در لینک <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357> قابل دسترس می باشد.
- سازمان صحتی جهان (2012b). رهنمود تخنیک سازمان صحتی جهان، دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با مواد مخدر و جرایم و دفتر سازمان ملل متحد برای مبارزه با ایدز برای کشور ها جهت تعیین اهداف دسترسی جهانی به وقایه، تداوی و مراقبت از از اچ. آی. وی نزد افرادی که مواد مخدر زرقی مصرف مینمایند. سازمان صحتی جهان. در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44068>) قابل دسترس می باشد.
- سازمان صحتی جهان (2014a). تداوی یا مدیریت جامعه مصرف دوز بیش از حد (Overdose) مشتقات تریاک. سازمان صحتی جهان. در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>) قابل دسترس می باشد.

سازمان صحتی جهان (2014a). رهنمود ها برای تشخیص و تداوی مصرف مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف مواد در حاملگی. سازمان صحتی جهان. در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130>) قابل دسترس می باشد.

سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۱۶). رهنمود مداخله mhGAP برای اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد مخدر در تسهیلات صحتی غیر تخصصی: برنامه GAP صحت روانی یا (mhGAP)، نسخه ۲.۰. سازمان صحتی جهان. در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>) قابل دسترس می باشد.

سازمان صحتی جهان (سال ۲۰۱۸). تداوی تشوشات صحت جسمی نزد بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانی شدید: رهنمود های سازمان صحتی جهان. سازمان صحتی جهان. در لینک (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>) قابل دسترس می باشد. مجوز: CC BY-NC-SA

3.0 IGO

سازمان صحتی جهان (2019a). ICD-11 - احصائیه های وقوعات و وفیات. در لینک (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>) قابل دسترس می باشد. (به تاریخ ۳۰ سپتامبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

سازمان صحتی جهان (2019b). سیزدهمین برنامه عمومی کار، ۲۰۱۹-۲۰۲۰، در هفتاد و یکمین مجمع جهانی صحت در قطعنامه WHA71.1 به تاریخ ۲۵ می ۲۰۱۸ به تصویب رسیده است. در لینک (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>) قابل دسترس می باشد. (به تاریخ ۳۰ سپتامبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

سازمان صحتی جهان (2019c). ابتکار ویژه سازمان صحتی جهان برای صحت روانی (۲۰۱۹-۲۰۲۳): پوشش جهانی صحت برای صحت روانی. در لینک (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHOMSD-19.1-eng.pdf?ua=1>) قابل دسترس میباشد. (به تاریخ ۳۰ سپتامبر ۲۰۱۹ به آن دسترسی صورت گرفته است).

ژانگ، اچ و همکاران وی (سال ۲۰۱۷) مدل تداوی مدغم مبتنی بر جامعه اعتیاد به هیروئین نزد مریضان چینیایی. آنکاتارگیت. ژورنال پیامد ها، ال. ال. سی ۸ (۳۳)، صفحات 54046 - 54053. doi: 10.18632/oncotarget.18681

oncotarget.18681

THE STANDARDS

World Health Organization

Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (ADA)
Department of Mental Health and Substance Use (MSD)
20-avenue appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
https://www.who.int/substance_abuse/

United Nation Office on Drug and Crime

Prevention, Treatment and Rehabilitation Section
Drug Prevention and Health Branch
Vienna International Center
P.O. Box 500
A- 1400 Vienna
Austria
<https://www.unodc.org>

