

راهنمای عملی

درمان نگهدارنده با متادون

مترجمان: دکتر رضا رستمی - خانم پروانه حدادی

راهنمای عملی درمان نگهدارنده با متادون / مترجمان رضا رستمی، پروانه حدادی. - تهران: تبلور، ۱۳۸۴.
ص. ۱۵۷

ISBN 964-5580-59-5 : ۱۹۰۰۰ ریال

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیبا.

Best practices methadone maintenance treatment عنوان به انگلیسی:

کتاب نامه: ص. ۱۴۵ - ۱۵۷.

۱. درمان نگهدارنده با متادون. ۲. اویپوئیدها - سوء استفاده - درمان. ۳. اعتیاد -

درمان. الف. رستمی، رضا، ۱۳۴۹ - مترجم. ب. حدادی، پروانه، مترجم.

۶۱۶/۸۶۳۲۰۶۱ RC ۲/م/۵۶۸۰

۱۳۸۴

کتابخانه ملی ایران

۳۵۵۹۴-۸۴م



نشر تبلور

آتیه

کلینیک تخصصی

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به کلینیک تخصصی ترک اعتیاد آتیه می باشد.

نام کتاب: راهنمای عملی درمان نگهدارنده با متادون

مترجمان: دکتر رضا رستمی - خانم پروانه حدادی

ویراستار: مسعود نصرت آبادی

ناشر: انتشارات تبلور (۷-۵۶۸۳۵۶-۸۸۹۸۸۳)

شمارگان: ۵۰۰۰

تاریخ چاپ: زمستان ۸۴

لیتوگرافی: به نورپرداز

چاپ: کامیاب

صحافی: سبحان

قیمت: ۱۹۰۰۰ ریال

شابک: ۵-۵۹-۵۵۸۰-۹۶۴

* پیشگفتار

درمان نگهدارنده با متادون یک مؤلفه کلیدی در درمان جامع وابستگی به مواد و پیامدهای آن است. بررسی شواهد و مدارک نشان می‌دهد که درمان نگهدارنده با متادون، علاوه بر کاهش استعمال مواد افیونی، در کاهش استعمال سایر مواد و کاهش میزان فعالیت‌های غیرقانونی و مرگ و میر مؤثر است. درمان نگهدارنده با متادون انتقال HIV و به طور بالقوه انتقال ویروس هپاتیت C (HCV) و سایر عوامل بیماری‌زای خونی را کاهش می‌دهد.

درمان نگهدارنده با متادون، عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی و پیامدهای بارداری افراد معتاد را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، درمان نگهدارنده با متادون، ماندگاری در درمان را نیز افزایش می‌دهد.

مطالب ارائه شده در این راهنما، حاصل تلاشهای وزارت بهداشت کانادا و متخصصان کانادایی در رابطه با بهترین روش درمانی در درمان نگهدارنده با متادون است. این راهنما، ابزاری آموزشی است که سعی دارد با ادغام و ترکیب دانش موجود در زمینه طراحی و ارائه برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون، بهترین روش درمانی را در اختیار متخصصان قرار دهد. هدف از تهیه و تنظیم این راهنما، بیان خلاصه‌ای از پژوهش‌های فعلی و عقاید در خصوص درمان نگهدارنده با متادون است.

امید است این کتاب مورد استفاده تمامی پزشکان، روانپزشکان و سایر متخصصان

حیطه درمان اعتیاد، قرار گیرد.

رضا رستمی
دی ماه ۱۳۸۴

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه	۹
۱-۱ اهداف	۹
۱-۲ مطالب این کتاب برای چه کسانی مفید است؟	۱۰
۱-۳ مراحل تولید این کتاب	۱۰
فصل دوم: پیشینه	۱۳
۲-۱ مفهوم وابستگی به مواد	۱۳
۲-۲ مفهوم وابستگی به مواد افیونی	۱۴
۲-۳ اثرات وابستگی به مواد افیونی	۱۵
۲-۴ درمان نگهدارنده با متادون چیست؟	۱۷
۲-۵ نحوه عمل متادون	۱۸
۲-۶ تاریخچه مختصری از درمان نگهدارنده با متادون	۱۹
۲-۷ - افزایش دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون: غلبه بر موانع	۲۰
۲-۸ وضعیت موجود چگونه است؟ چگونه درمان نگهدارنده متادون در سطح جهان ارائه شد؟	۲۳
۲-۹ چه نوعی از برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون موثرترند؟	۲۴
۲-۱۰ توسعه و گسترش پیوستاری از ارائه برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون	۲۶
فصل سوم: منطق زیربنایی درمان نگهدارنده با متادون	۲۹
۳-۱ منافع بالقوه در درمان نگهدارنده با متادون	۲۹
۳-۲ منافع درمان نگهدارنده با متادون	۳۴
فصل چهارم: طراحی و توسعه	۳۷
۴-۱ - فلسفه برنامه و اهداف درمانی مشخص	۳۷

۳۹	۴-۲ تأکید بر تعهد و نگهداری
۴۰	۴-۳ جهت گیری مبتنی بر درمان نگهدارنده
۴۱	۴-۴ رویکرد مراجع محور
۴۲	۴-۵ قابلیت دسترسی
۴۴	۴-۶ خدمات جامع و یکپارچه
۵۵	۴-۷ مشارکت مراجعان در درمان
۵۷	۴-۸ مشارکت اجتماعات گسترده تر
۵۹	۴-۹ منابع کافی
۶۳	فصل پنجم: سیاست‌های برنامه
۶۴	۵-۱ پذیرش عمومی
۶۶	۵-۲ ارزیابی به موقع
۷۲	۵-۳ دوزهای اختصاصی کافی
۷۷	۵-۴ دوزهای متادون در طول حاملگی
۷۹	۵-۵ طول نامحدود درمان
۸۰	۵-۶ ملاک‌های روشن برای خروج اجباری فرد از درمان
	۵-۷ بررسی سم‌شناسی ادرار و رویکرد غیر تنبیهی به استعمال مواد
۸۱	در طول درمان
۸۶	۵-۸ کاهش تدریجی براساس شیوه مراجع محوری
۸۹	فصل ششم: محیط و تیم برنامه
۸۹	۶-۱ اعضای تیم بین رشته‌ای
۹۱	۶-۲ منابع انسانی کافی
۹۱	۶-۳ شایستگی، نگرش‌ها و رفتارها در عمل
۹۲	۶-۴ ایجاد روابط و حمایت
۹۴	۶-۵ آموزش مداوم و کافی

۶-۶	محیط برنامه	۹۷
۶-۷	شیوه ساخت یافته و منظم به درمان	۹۷
۶-۸	ایمنی	۹۸
۶-۹	جریان کاری انعطاف‌پذیر	۹۹
۶-۱۰	جمع‌آوری و ارائه اطلاعات	۱۰۱
فصل هفتم: توجه به نیازهای گروههای ویژه		
۷-۱	MMT و افرادی با رفتارهای استعمال چندین نوع مواد	۱۰۵
۷-۲	MMT و افراد وابسته به افیون‌های دهانی	۱۰۶
۷-۳	MMT و زنان	۱۰۸
۷-۴	MMT و زنان باردار	۱۱۵
۷-۵	MMT و جوانان	۱۲۰
۷-۶	MMT و افراد بی‌خانمان	۱۲۲
۷-۷	MMT و افرادی که در روستا یا مناطق دورافتاده زندگی می‌کنند	۱۲۳
۷-۸	MMT و افرادی که با HCV زندگی می‌کنند	۱۲۶
۷-۹	MMT و افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند	۱۲۸
۷-۱۰	MMT و افراد دارای اختلالات سلامت روانی	۱۳۰
۷-۱۱	MMT و متخلفان مراکز اصلاح و تأدیب	۱۳۶
فصل هشتم: پژوهش و ارزیابی		
۸-۱	خلاء پژوهش	۱۴۱
منابع		
		۱۴۵

فصل اول

* مقدمه

۱-۱ اهداف

این اثر به منظور ترویج و گسترش دانش در خصوص راهبردهای موثر برای ارائه درمان نگهدارنده با متادون و افزایش دسترسی به برنامه‌های درمانی موثر تهیه شده است.

اثر حاضر، به بیان اطلاعاتی درباره بهترین روش‌های درمان نگهدارنده با متادون می‌پردازد و جنبه‌های کلیدی در برنامه‌های جامع نگهدارنده با متادون را عنوان می‌کند. لیستی از مراجع و پیشنهادات برای مطالعه بیشتر در پایان کتاب و بخش منابع آمده است. بخش‌هایی که به صورت «اطلاعاتی در این زمینه» آمده است خلاصه‌ای از بعضی عقاید و نظراتی است که در طی ۳ جلسه مشاوره با متخصصان حوزه درمان نگهدارنده با متادون به دست آمده است.

در وضعیت مطلوب این اثر نتایج زیر را به همراه خواهد داشت:

- افزایش آگاهی پزشکیان و ارائه دهندگان خدمات

- تشویق و بازسازی مراجعان

- بهبود پیامدهای درمان

۱-۲ مطالب این کتاب برای چه کسانی مفید

است؟

این اثر، برای استفاده گروه‌های متفاوتی از

افرادی که به‌نجوی به ارائه درمان نگهدارنده با متادون مشغولند، تهیه شده است. و افراد زیر را در بر می‌گیرد:

- پزشکان
- داروسازان
- پرستاران
- روان شناسان
- سایر پزشکان حیطة بهداشت و درمان
- ارائه دهندگان خدمات که در حوزه‌های درمان استعمال مواد و توان‌بخشی، سلامت روانی، خدمات اجتماعی و اصلاحات مشغول به کار هستند.
- این راهنما به سیاست‌گذاران برنامه‌ها و تصمیم‌گیرندگانی که در داخل بخش‌های دولتی و مراکز مشغول به کار هستند نیز کمک می‌کند تا بتوانند به نحو مطلوبی دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون را افزایش دهند.
- اگرچه مطالب این راهنما برای استفاده مراجعان و خانواده‌های آنان تهیه نشده است، اما ممکن است اطلاعات مفیدی را در اختیار آنها قرار دهد.

۳-۱ مراحل تولید این کتاب

- یافته‌هایی از بازنگری و بررسی آثار جامع بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰، که بر اساس شواهد موجود، بهترین شیوه‌ها در درمان نگهدارنده با متادون را تعیین کرده‌اند.
- بررسی و مطالعه کانادایی‌های منتخب و کتابچه‌های راهنما در خصوص برنامه‌های نگهدارنده با متادون در سطح بین‌المللی،

تا روش‌هایی که اثر بخشی و کارآیی آنها بر پایه شواهد اثبات شده است، تعیین شوند.

- بررسی انتقادی تیم تحقیق از تمامی نظرات و پیشنهاداتی که توسط افرادی که در مشاوره‌ها حضور داشتند فراهم شده است، شامل:

- مصاحبه با ۳۳ کانادایی و متخصصان بین‌المللی شامل پزشکان، پرستاران، داروسازان، فراهم‌کنندگان درمان برای استعمال مواد و محققان و

- مجموعه‌ای از ۳ دوره جلسات تخصصی که با فراهم‌کنندگان خدمات (پزشکان، روان‌شناسان، پرستاران، داروسازان و فراهم‌کنندگان درمان برای استعمال مواد) مراجعان و مدافعان مراجع و نمایندگان هیئت‌های حرفه‌ای انجام شده است.

فصل دوم

*پیشینه

۲-۱ مفهوم وابستگی به مواد

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM- IV)^۱. مشخصه کلیدی وابستگی به مواد «مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و روانشناختی است که باعث می‌شود علی‌رغم مشکلات موجود در زمینه مواد، فرد به استفاده از مواد ادامه دهد... الگویی از تکرار مصرف مواد که معمولاً منجر به تحمل^۲، ترک^۳ و اعمال اجباری برای کسب مواد می‌شود.»

اگرچه تحمل و ترک، ویژگیهای معمول در وابستگی به مواد هستند، ولی DSM-IV هیچ یک را برای تشخیص ضروری نمی‌داند (برانندز و براندز^۴، ۱۹۹۸).

برانندز و همکارانش (۱۹۹۸) اظهار می‌دارند که، اصطلاح اعتیاد در جامعه پزشکی رایج نیست و عمدتاً از «وابستگی به مواد» یا «وابستگی به دارو» به جای آن استفاده شده است. همچنین اصطلاح «سوءمصرف دارو یا مواد» اصطلاحی دشوار با پیچیدگی بسیار است که اغلب مبهم بوده و نمی‌توان تعریف واحدی از آن ارائه کرد. از آنجایی که این اصطلاح برای گروه‌های مختلف،

1 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2 - Tolerance

3 - Withdrawal

4 - Brands & Brands

معانی متفاوتی دارد و تعریف هر یک از آنها انعکاسی از دیدگاه‌های متفاوت آنها است، بنابراین ترسیم خطی میان مصرف مواد و سوء مصرف مواد، دشوار است (برانندز و همکاران، ۱۹۹۸).

۲-۲ مفهوم وابستگی به مواد افیونی

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، وابستگی به مواد افیونی نوعی اختلال وابستگی به مواد است. DSM-IV ملاک‌های اختصاصی برای وابستگی به افیون‌ها (که همانند ملاک‌های وابستگی به مواد می‌باشند) را تحمل جسمی، وابستگی و استفاده اجباری از مواد علی‌رغم آسیب می‌داند:

«الگوی غیر انطباقی از مصرف مواد که منجر به آسیب جدی از لحاظ بالینی می‌گردد یا رنج و اندوهی به همراه دارد که با ۳ علامت یا بیشتر از علائم زیر آشکار می‌شود و در یک دوره ۱۲ ماهه رخ می‌دهد».

۱- تحمل که با ۲ عامل زیر تعریف می‌شود:

الف) نیاز به افزایش قابل توجه در میزان مواد برای کسب شمع یا اثر مطلوب
ب) کاهش بارز اثر دارو در صورت استفاده مداوم از مقدار مشخصی از مواد

۲- ترک که توسط عوامل زیر آشکار می‌شود:

الف) نشانگان ویژه ترک مواد (اشاره به ملاک‌های A و B از مجموعه ملاک‌های ترک مواد اختصاصی)

ب) استفاده از مواد یا چیزهای مرتبط با آن برای تسکین یا دوری از نشانه‌های ترک.

- ۳- مواد اغلب به میزان بیشتر یا دوره های طولانی تری از آنچه که تصور می شود، استفاده می شود.
- ۴- وجود میل دائمی یا تلاش ناموفق در جهت توقف یا کنترل استفاده از مواد.
- ۵- اختصاص وقت زیاد به فعالیت هایی که برای کسب دارو ضروری است (برای مثال ملاقات با چندین پزشک در طی مدت طولانی و یا استفاده از مواد دیگر [سیگار کشیدن] برای بهبود اثرات آن)
- ۶- کاهش و یا ترک فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی در نتیجه مصرف مواد.
- ۷- استمرار مصرف مواد علی رغم آگاهی از داشتن مشکلات روان شناختی یا جسمی مکرر که نتیجه مصرف دارو است یا با استعمال آن وخیم تر می شود (استفاده مداوم کوکائین علی رغم آگاهی از قدرت آن در ایجاد افسردگی و یا نوشیدن مکرر الکل با اطلاع از اینکه زخم معده با مصرف الکل بدتر می شود).

۲-۳ اثرات وابستگی به مواد افیونی

اغلب افرادی که وابسته به مواد افیونی هستند، زندگی پر استرس و آشفته ای را تجربه می کنند و مشکلات جدی در رابطه با سلامتی و مسائل اجتماعی دارند. این افراد در معرض خطر مرگ زودرس ناشی از مصرف تصادفی دوزهای دارویی بیشتر از حد معمول، تصادفات و آسیب های مرتبط با دارو هستند. استفاده مشترک از سرنگ ها، سرسوزن ها، یا دیگر وسایلی که در مصرف مواد از

آن‌ها استفاده می‌شود، افراد را در معرض خطر ابتلا به ویروس ایدز، هپاتیت C (HCV) و یا بیماری‌های خونی دیگر قرار می‌دهد. مشکل وابستگی به مواد افیونی ممکن است در نتیجه استفاده توأم از چندین نوع مواد و یا عواملی از قبیل فقر و بی‌خانمانی وخیم‌تر شود. اختلالات سلامت روانی مثل افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و یا فوبیا در میان این افراد شایع است. اغلب آن‌ها در تاریخچه خود تجربیاتی چون طرد، محرومیت و حبس داشته‌اند که این تجربیات منجر به تقویت احساس تنهایی و خصومت آن‌ها شده است. این افراد احساس کنترل کمی بر زندگی خود دارند.

وابستگی به مواد افیونی یک مشکل اجتماعی بزرگ و پرهزینه است. اکثر این افراد از مصرف کنندگان تزریقی مواد هستند. بدون درمان، وابستگی به افیون‌ها هزینه‌های زیادی در رابطه با فعالیت‌های غیر قانونی، مراقبت پزشکی، معامله دارو، از دست دادن توان تولید و بهره‌وری، افزایش انتقال HIV، HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی به همراه دارد.

در سال ۱۹۹۶، از میان ۴۲۰۰ مورد جدید ابتلا به HIV که در کانادا رخ داد، تقریباً $\frac{1}{2}$ آن‌ها مربوط به مصرف‌کننده‌های تزریقی مواد بوده است.^۱ مطابق آمار مرکز آزمایشگاهی کنترل بیماری، دستکم ۷۰٪ موارد ابتلا به عفونت HCV

۱- استفاده‌کننده‌های تزریقی مواد (بدون توجه به نوع ماده تزریق شده)، در معرض خطر بیماری‌های خونی هستند.

مرتبط با شکل تزریقی مصرف می‌باشد (فیشرا^۱ و رهم^۲، ۱۹۹۷).

گروه‌هایی از افراد وابسته به مواد افیونی در برابر مشکلات استفاده تزریقی از مواد و ابتلا به HIV، HCV یا دیگر عوامل بیماری‌زای خونی آسیب‌پذیرتر هستند. این افراد شامل زنان، جوانان خیابانی و مجرمان مراکز باز پروری می‌باشند. در تحقیقاتی که توسط سینگل و همکارانش^۳ (۱۹۹۷) انجام شد، رابطه معناداری میان هزینه‌های مرتبط با استفاده تزریقی دارو و وابستگی به افیون‌ها بدست آمد. بطور کلی هزینه استفاده غیر مجاز دارو در کانادا در سال ۱۹۹۲، ۱/۳۷ میلیون دلار برآورد شده که حدود ۰/۷۰ آن مربوط به استفاده از داروهای مخدر بوده است. در طول عمر نیز (فراتر از یک دوره ۱۷ ساله) هزینه‌های درمان هر فرد با عفونت HIV، ۱۵۳/۰۰۰ دلار برآورد شده است (آلبرت^۴ و ویلیامز^۵، ۱۹۹۸).

۲-۴ درمان نگهدارنده با متادون چیست؟

اگرچه جستجو برای یافتن اشکال دیگر درمان در خصوص وابستگی به مواد افیونی ادامه دارد، اما هنوز هم درمان نگهدارنده با متادون، بیشترین استفاده را به خود اختصاص داده است. درمان نگهدارنده با متادون شکلی از درمان است که برای افراد وابسته به مواد افیونی استفاده

1 - Fischer

2 - Rehm

3 - Single et.al

4 - Albert

5 - Williams

می‌شود. متادون یک آگونیست تصنعی مواد افیونی با طول عمر زیاد است که در آزمایشگاه تولید شده و به عنوان نوعی درمان برای وابستگی به مواد افیونی تجویز می‌شود. افراد وابسته به مواد افیونی، ممکن است وابسته به مصرف خوراکی یا تزریقی این مواد باشند. درمان نگهدارنده با متادون بدون توجه به مسیر استعمال (دهانی یا تزریقی) فرم مناسب درمان برای وابستگی به افیون‌ها می‌باشد. علی‌رغم عدم وجود تعریف جهانی از درمان نگهدارنده با متادون، اصول همگانی و معمول استفاده از آن کاملاً واضح و روشن است.^۱ برنامه و سیاست‌های آن در سطح جهان متفاوتند. رویکرد جامع به درمان نگهدارنده با متادون دارای تعدادی مؤلفه است که به طرق مختلف و سطوح متنوعی ارائه می‌شوند. این مؤلفه‌ها عبارتند از:

- ◀ دوز مصرفی متادون
- ◀ مراقبت پزشکی
- ◀ درمان برای استفاده از سایر مواد
- ◀ مشاوره و حمایت
- ◀ خدمات بهداشت روانی
- ◀ بهبود و ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری و آموزش
- ◀ ارتباط با سایر خدمات و حمایت‌ها در سطح جامعه
- ◀ کمکرسانی و پشتیبانی

۱ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پروتکلی درمانی را در زمینه استفاده از درمان نگهدارنده با متادون، منتشر ساخته است.

۵-۲ نحوه عمل متادون

متادون از طریق کاهش نشانه‌های ترک مواد افیونی عمل می‌کند. ایجاد سطح خونی ثابت متادون، ولع مصرف مواد افیونی را متوقف می‌کند. از آنجا که متادون دارویی با طول عمر طولانی‌تر از دیگر افیون‌ها (مانند هروئین) است، یک دوز دهانی آن، روزانه از شروع نشانه‌های ترک مواد افیونی به مدت ۲۴ ساعت یا بیشتر جلوگیری می‌کند. علائم ترک شامل اضطراب، بی‌قراری، آبریزش بینی، دست پاچگی، تهوع و استفراغ می‌باشد.

متادون اثرات وجدآور دیگر افیون‌ها را، بی‌آنکه لزوماً باعث سرخوشی، تسکین یا فقدان حس درد شود، کاهش می‌دهد (لوینسون و همکاران^۱، ۱۹۹۷). به عبارت دیگر، با مصرف متادون، مصرف مواد افیونی غیرمجاز منجر به احساس وجد و سرخوشی نخواهد شد و احتمال استفاده از افیون‌های غیرمجاز یا افزایش دوز مصرفی توسط مراجعان کاهش می‌یابد. متادون به صورت خوراکی (معمولاً مخلوط با شربت پرتقال) و یکبار در روز مصرف می‌شود.

از سوی دیگر، متادون دارای طول عمر طولانی است و نیاز به تزریق مواد افیونی دیگر را کاهش می‌دهد و از این طریق در کاهش خطرات مرتبط با استفاده تزریقی مواد نیز مؤثر است. تحمل نسبت به آثار متادون به کندی صورت می‌گیرد. این امر به اکثر افراد وابسته به مواد افیونی هستند اجازه می‌دهد تا دوز ثابتی

از متادون را برای سالهای متمادی داشته باشند. در صورتی که متادون بطور مناسب تجویز و استفاده شود، می‌تواند به عنوان یک داروی مطمئن از لحاظ پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

۶-۲ تاریخچه مختصری از درمان نگهدارنده با متادون

متادون برای اولین بار در آلمان به عنوان جایگزینی برای مورفین، به منظور کاهش درد، استفاده شد. جنگ جهانی دوم، توجه پژوهشگران آمریکای شمالی را به خود جلب کرد. این پژوهشگران بعدها پی بردند که می‌توان از متادون برای درمان نشانه‌های ترک هروئین استفاده کرد. اگرچه پژوهشگران آمریکایی، ^۱ دل^۱ و نیسوندرا^۲ قبل از دهه ۱۹۶۰ متادون را به عنوان یک درمان نگهدارنده مناسب معرفی کردند، اما دکتر رابرت هالی دی^۳، پژوهشگر کانادایی، اولین برنامه درمانی نگهدارنده با متادون را در سال ۱۹۶۳ در سطح جهانی و در بریتیش کلمبیا^۴ طرح ریزی کرد (روئل^۵، ۱۹۹۸؛ برگر^۶، کارلیسل^۷ و مارش^۸، ۱۹۹۹).

امروزه متادون تنها ماده افیونی مجاز است که برای درمان طولانی مدت (بیشتر از ۱۸۰ روز) افراد وابسته به مواد افیونی به کار برده

1 - Dole

2 - Nyswander

3 - Robert Halliday

4 - British Columbia

5 - Ruel

6 - Berger

7 - Carlisle

8 - Marsh

می‌شود.

همزمان با افزایش آگاهی و توجه به وابستگی افیون‌ها، همچنین آگاهی از خطراتی که سلامت عمومی را تهدید می‌کند و بخصوص آگاهی از افزایش نرخ ابتلا به HIV، HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی دارو، تعداد افراد وابسته‌ای که تحت درمان با نگهدارنده متادون قرار می‌گیرند، افزایش یافته است.

۷-۲ افزایش دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون: غلبه بر موانع

برنامه‌هایی که باید در جهت غلبه بر موانع درمان نگهدارنده با متادون اجرا شوند عبارتند از:

- ◀ افزایش آگاهی در زمینه بحث‌های جاری - در تمامی سطوح - و ضرورت مشارکت و هماهنگی در جامعه در جهت غلبه بر موانع و افزایش دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون.
- ◀ افزایش شناخت و آگاهی پزشکان، تا با انعطاف‌پذیری هر چه بیشتر و هماهنگی با نیازهای مراجعان به ارائه خدمات بپردازند.
- ◀ تأکید فرایندها بر نقش برنامه درمان نگهدارنده با متادون در کاهش آسیب^۲ و

۲- هیچ تعریف واحدی از اصطلاح کاهش آسیب وجود ندارد. در این بخش بر موارد زیر تأکید شده است:

«راهبرد کاهش آسیب در صدد کاهش احتمال مواجهه با گسترش HIV، هپاتیت C و دیگر عفونت‌ها، دوزهای دارویی بالا یا غلظت و اثرنا معلوم و کاهش احتمال صدمه به خود یا دیگران است. این شیوه در تلاش است که خدمات ویژه مرتبط با استعمال مواد را بدون نیاز به پرهیز از استعمال همه مواد کاهش دهد. راهبردهای کاهش آسیب بیشتر بر سلسله مراتبی از اهداف کوتاه مدت و قابل حصول و عملی تأکید دارند تا اهداف آرمانی طولانی مدت (چارلیس و فریدمن، ۱۹۹۹). کاهش آسیب به‌عنوان «فلسفه و هدف سلامت عمومی» نیز

صدمات ناشی از مصرف مجدد مواد افیونی (فیشر و رهم؛ ۱۹۹۷).

◀ شناخت درمان نگهدارنده با متادون در سطح جهانی؛ بویژه کاهش زمان لازم برای رسیدن به اهداف درمانی، به عنوان یک راهبرد مهم در جهت رویارویی با انتقال HIV، HCV و دیگر عوامل بیماری زای خونی.

پیشنهاداتی برای افزایش دستیابی به درمان نگهدارنده با متادون، بویژه طرحریزی برنامه‌ها و استفاده از این درمان برای افراد گروه‌های خاص، در سراسر این کتاب گنجانده شده است.

موانع و راه‌های مقابله با آن

موانع	شیوه‌های ممکن برای برداشتن به موانع
موانع نگرشی به درمان شامل ترس و اطلاعات نادرست	بسط و توسعه تلاش‌هایی در جهت آموزش، شامل انتشار اطلاعات میان سیاست‌گذاران، پزشکان، عموم مردم و مراجعان
تفاوت‌های فلسفی میان پزشکان	آموزش و ایجاد فرصت‌هایی برای گفتگو
منابع نا کافی برای درمان	افزایش منابع و (یا) اختصاص منابع موجود
کمبود متخصصان	پیوند راهبرد های آموزشی با جذب ابتکار و کشف انگیزه افراد
سطح قوانین و مقررات	گفتگو و مشاوره با تمامی حوزه‌های قضایی برای روشن کردن نقش‌ها
دستیابی ناقص و نا برابر به خدمات در کلیه حوزه‌ها و بخش‌های مختلف	گفتگو میان بخش‌ها و حوزه‌های قضایی و در اختیار قرار دادن اطلاعات به منظور افزایش حیطه دانش و تجربه بهترین روش‌ها
فقدان دسترسی به این درمان در روستاها و مناطق دور افتاده	افزایش دسترسی (به بخش ۷- ۷ رجوع شود).
کمبود خدمت‌رسانی مناسب	افزایش خدمت‌رسانی (به بخش ۷-۶-۴ رجوع شود).
سیاست‌های برنامه (ملاک‌های پذیرش و...)	بازنگری سیاست‌های برنامه (به بخش ۵ رجوع شود).
کمبود حمایت‌ها برای مراجعان (هزینه‌های درمان انتقال ومراقبت از کودک)	افزایش حمایت برای بیماران و برای کسانی که نیازهای ویژه دارند. (به بخش ۷ رجوع شود).
فقدان حمایت لازم برای اعضای تیم	افزایش حمایت برای پزشکان (به بخش ۶ رجوع شود).

۸-۲ وضعیت موجود چگونه است؟ چگونه در مان نگهدارنده متادون در سطح جهان ارائه شد؟

درمان نگهدارنده با متادون، در سراسر جهان، به شیوه‌های بسیار متفاوت ارائه می‌شود. علاوه بر تفاوت در چارچوب‌های نظارت ملی، برنامه‌ها از لحاظ نظریه زیربنایی نیز به طور فاحشی با هم متفاوتند. همچنین برنامه‌ها از جهت گسترش درمان‌های غیر دارویی، خدمات ارائه شده، سیاست‌های برنامه، موقعیت و فضای برنامه نیز با هم فرق دارند. علاوه بر این، برنامه‌ها برای گروه‌های متفاوتی از مراجعین ارائه می‌شوند.

در بعضی کشورها، تلاش‌هایی در جهت افزایش دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون انجام شده است. بطور مثال، در ایالات متحده تلاش‌ها برای افزایش دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون منجر به شکل‌گیری شیوه‌های جدیدی برای ارائه برنامه‌ها شده است. برخی از این شیوه‌ها عبارتند از:

- ◀ نگهداری و مراقبت پزشکی (درمطب پزشکان)
- ◀ برنامه‌هایی با خدمات محدود (متادون، بدون ارائه خدمات حمایتی)
- ◀ کلینیک‌های متادون به عنوان مکان‌های مراقبت اولیه (مکانی برای دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی اولیه)
- ◀ درمان متادون با اقامت کوتاه شبانه‌روزی
- ◀ برنامه‌های مبتنی بر اصلاح و تأدیب
- ◀ خدمات مراقبت پزشکی اولیه برای افراد دارای ایدز (HIV)
- ◀ درمان‌های خانواده مدار و حساس به

مؤلفه‌های فرهنگی

برنامه‌هایی که خدمات برآورد هزینه‌ها و منافع درمانی را برای مراجعان تازه وارد ارائه می‌دهند.

در دیگر کشورها نیز برنامه‌های متفاوتی ارائه می‌شوند که شاید یکی از معروف‌ترین آن‌ها در این زمینه «واگن‌های متحرک»^۱ در هلند و بوستون باشد (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

۲-۹ چه نوعی از برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون موثرترند؟

بل^۲ (۱۹۹۸) معتقد است که در حال حاضر، علی‌رغم تحقیقات جامع و گسترده، درباره نقش درمان نگهدارنده با متادون و چگونگی ارائه درمان، توافق عمومی وجود ندارد.

برخی از موانع کسب توافق در یافتن موثرترین رویکرد درمانی، مرتبط با تنوع اهداف درمانی است. علاوه بر این بعضی از انواع برنامه‌ها ارزش زیادی کسب کرده‌اند، در حالی که بقیه توجه کمی را دریافت می‌کنند.

شواهد موجود، حاکی از این است که ویژگی‌ها یا مشخصه‌های میان بر^۳ برنامه‌ها، احتمال بازداری مراجعان را افزایش می‌دهند و دیگر پیامدها را تقویت می‌کنند.

ماندگاری در درمان^۴ یکی از پیامدهای مهم و

1 - mobile vans

2 - Bell

3 - Cross- Cutting

4 - Retention

اساسی برنامه است. اگر برنامه‌ها نتوانند مراجع را ماندگاری کرده و آنها را به سوی بهبودی سوق دهند، منافع درمانی بروز نخواهند یافت. این راهنما بر جنبه‌های مهم یک برنامه مناسب درمانی تأکید شده است:

- ◀ طراحی و توسعه برنامه
- ◀ سیاست‌های برنامه
- ◀ تیم برنامه و محیط برنامه
- ◀ سازگار کردن برنامه‌ها به شکلی که مطابق با نیازهای گروه‌های خاص از مراجعین باشد.

نکاتی در این زمینه

- ☞ پزشکان (و مراجعان) نیازمند دسترسی به پایگاه اطلاعاتی کلیه برنامه‌های قابل دسترس در سطح کشور هستند.
- ☞ خدمات متفاوتی که توسط جوامع مختلف ارائه می‌شود باید اطلاعات، یافته‌ها و تجارب را در اختیار هم قرار دهند.
- ☞ روشن کردن اهداف درمانی که کارایی برنامه در مقایسه با آن ارزیابی خواهد شد، حائز اهمیت است.
- ☞ باید پیوستاری از انتخاب در درمان (حق انتخاب برای درمان) وجود داشته باشد. برای مثال برنامه‌هایی با آستانه پایین^۱ می‌توانند به عنوان پلی برای برنامه‌های با خدمات جامع‌تر باشند.

۱- برنامه‌های آستانه پایین (Low Threshold) برنامه‌هایی هستند که خدمات محدود و ملاک‌های ورودی محدودی دارند.

۱۰-۲ توسعه و گسترش پیوستاری از ارائه برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون

در صورتی که اهداف و نیازهای متنوعی را برای مراجعان در نظر بگیریم، ضروری است که پیوستاری از انواع مختلف روش‌های ارائه برنامه را در اختیار داشته باشیم (برنامه‌هایی با «خدمات محدود» تا «سطوح کاملی از خدمات»). با یاد بدانید که افراد وابسته به مواد افیونی، جمعیت ناهمگنی را تشکیل می‌دهند که با دلایل مختلف در پی درمان می‌آیند. همه آنها به یک اندازه نیاز به درمان ندارند. در نتیجه در تمامی روش‌های درمانی، برنامه‌های درمانی باید مطابق با نیازهای افراد باشند. انعطاف‌پذیری، ابتکار و نوآوری برنامه‌ها و مشارکت گروه‌های مختلف ارائه دهنده درمان (از قبیل پزشکان، ارائه‌کننده‌های درمان برای استفاده از مواد و افراد دیگر) مناسبترین نوع برنامه را در پی خواهد داشت.

نکاتی در این زمینه

- ☞ افزایش تعداد حق انتخاب در برنامه و بسط و توسعه مراکز دسترسی به خدمات درمانی.
- ☞ افزایش سطح ارائه خدمات بویژه برای افراد بی‌خانمان یا کسانی که اختلالات توأم روانی دارند.
- ☞ قابل دسترس کردن برنامه‌های آستانه پایین (ملاک‌های ورودی محدود) و اطمینان به مراجعان که برنامه‌های جامع‌تری را دریافت

خواهند کرد.

- ☞ در تمام بیمارستان‌ها باید امکان ارائه درمان نگهدارنده با متادون و کارکنان تعلیم دیده وجود داشته باشد.
- ☞ سیاست‌ها و روش‌ها در درمان استعمال مواد باید در جهت پذیرش بیماران به درمان نگهدارنده با متادون باشند.
- ☞ اطمینان حاصل کردن از اینکه تمامی داروخانه‌های جامعه به عنوان بخشی از اعضای تیم برنامه مشغول فعالیت هستند.
- ☞ توأم بودن درمان استفاده از مواد با خدمات درمانی بهداشت روانی
- ☞ جذب و حمایت بیشتر از پزشکان برای کسب مجوز تجویز متادون تا بتوانند همراه با مراکز و تسهیلات موجود در جامعه، سهمی در ارائه مراقبت و درمان به عهده داشته باشند.
- ☞ تشویق رویکرد بین رشته‌ای^۱ (استفاده از چندین تخصص در اجرای برنامه‌ها)
- ☞ درگیر کردن پزشکان و پرستاران تعلیم دیده در ارائه برنامه
- ☞ گسترش کلینیک‌های جامع‌مدار و قابل دسترس
- ☞ حصول اطمینان از اینکه پزشکان مراقبت‌های جاری را برای افراد درگیر در درمان و افرادی که نیاز کمی برای خدمات گسترده دارند، ارائه می‌دهند.
- ☞ مراجعه بیمار به مطب پزشکی به جای کلینیک‌های تخصصی تا از این طریق آسیب

کمتری از لحاظ برجسب اجتماعی متوجه
مراجعان باشد.
حضور پزشکان دارای مجوز در مراکز تبادل
سرسوزن
جستجوی شیوه‌های بین‌المللی مثل تجویز و
توزیع خودکار متادون

بهترین روش‌ها در درمان‌نگهدارنده با متادون (MMT)					
طراحی و توسعه برنامه	سیاست‌های برنامه	شبهه‌های ارائه	برنامه‌ریزی برای کارکنان و محیط	توجه به نیازهای گروه‌های ویژه	تحقیق و ارزشیابی
<ul style="list-style-type: none"> • تعیین اهداف درمانی، فلسفه درمانی و فلسفه برنامه‌ها • تمرکز روی تشویق و بازدارندگی • جهت‌گیری مبتنی بر حمایت • رویکرد مراجع محور • قابلیت دسترسی • خدمات جامع و یکپارچه • مراقبت پزشکی • درمان استعمال سایر مواد • مشاوره و حمایت • خدمات بهداشت روانی • بهبود سلامتی، پیشگیری از بیماری و آموزش • ارتباط با دیگر خدمات و حمایت‌های موجود در جامعه • امدادرسسانی و 	<ul style="list-style-type: none"> • پذیرش آزاد • ارزشیابی به موقع • دوزهای معین و کافی • دوزهای متادون در طول بارداری • مدت زمان نامحدود • ملاک‌های روشن و واضح برای اتمام درمان • رویکرد غیرجزایی • استفاده سایر داروها در طول درمان • مدیریت ترک توسط خود مراجع 	<ul style="list-style-type: none"> • پیوستاری از ارائه برنامه‌ها با توجه به نیازهای مختلف • افراد در مراحل متفاوت درمان • تیم درمانی دارای تخصص‌های مختلف • منابع انسانی کافی • شایستگی‌ها، نگرش‌ها، رفتارها • ارتباطات و حمایت • آموزش کافی • برنامه‌های محیطی • رویکرد ساختاری، منظم و سازماندهی شده • امنیت • جمع‌آوری اطلاعات و ارائه آن به دیگران • روال کاری انعطاف پذیر 	<ul style="list-style-type: none"> • افراد با اختلالات مصرف مواد چنگانه • افرادی که وابسته به افیون‌های دهانی هستند • زنان زنمان • بارداران کودکان جوانان • افراد بی‌خانمان • افرادی که در روستا یا مناطقی دورافتاده زندگی می‌کنند • افراد مبتلا به HCV • افراد مبتلا به HIV/AIDS • افراد با اختلالات روانی • مجرمان 	<ul style="list-style-type: none"> • بیان نقص‌ها و مشکلات تحقیق • ارزشیابی برنامه‌ها 	

	مراکز تادیبی				حمایت • درگیری مراجعان در درمان • درگیری جوامع گسترده تر • منابع و تدابیر کافی
--	--------------	--	--	--	--

فصل سوم

*منطق زیربنایی درمان نگهدارنده با متادون

اگر چه استفاده از متادون، اثرات جانبی چندی به همراه دارد (به بخش ۳-۵ رجوع شود)، -
کما اینکه این اثرات جانبی با هر دارویی می‌تواند وجود داشته باشد - ولی امروزه دلایل قابل قبولی برای استفاده از درمان نگهدارنده با متادون در افراد وابسته به افیون وجود دارد.

۳-۱ منافع بالقوه در درمان نگهدارنده با متادون

مطالعه و بررسی شواهد و یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان نگهدارنده با متادون در کاهش موارد زیر موثر است:

- ☞ استفاده از مواد افیونی دیگر
- ☞ استفاده از مواد دیگری مثل کوکائین
- ☞ فعالیت‌های مجرمانه
- ☞ مرگ و میر
- ☞ خطر انجام دادن رفتارهایی که با تزریق مواد مرتبط است.
- ☞ خطر انجام دادن رفتارهایی که با انتقال

HIV و STD^۱ (بیماری‌های مقاربتی) مرتبط است. انتقال HIV (امکان انتقال HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی)^۲

- ☞ درمان نگهدارنده با متادون در بهبود موارد زیر نیز مؤثر است:
- ☞ سلامت روانی و جسمانی
- ☞ عملکرد اجتماعی
- ☞ ارتقاء کیفیت زندگی

درمان نگهدارنده با متادون، قدرت بازداري را در فرد تحت درمان افزایش می‌دهد. در نتیجه، این نوع درمان نه فقط برای افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند، بلکه برای کسانی که به نوعی درگیر در ارائه درمان هستند نیز سودمند است. به علاوه، سودمندی آن در اجتماعات وسیع‌تر و در سطح جامعه نیز مشهود می‌باشد.

افراد وابسته به مواد افیونی، از طریق درمان نگهدارنده با متادون به جایگزینی ثابت از یک ماده مجاز، دسترسی پیدا می‌کنند (متادون نوعی ماده افیونی مصنوعی است). در نتیجه افرادی که تحت درمان هستند، به طور موقتی، از استرس دائمی مصرف مواد افیونی غیرمجاز (که اغلب با فعالیت‌های مجرمانه و فعالیت‌های جنسی و تخریبی خطرناک همراه است) رها می‌شوند. با

1 - Sexually Transmitted Diseases

۲- کارآیی درمان نگهدارنده با متادون به عنوان یک راهبرد پیشگیری اولیه در جلوگیری از انتقال HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی نیازمند پژوهش‌های بیشتر است. شواهد نشان می‌دهد که درمان نگهدارنده با متادون انتقال عفونت‌هایی مثل HIV و هیپاتیت B و C را کاهش می‌دهد. گرچه درمان نگهدارنده با متادون در کاهش انتقال ویروس هیپاتیت C (HCV) نقش دارد، ولی وارد، متیک و هال (۱۹۹۸) معتقدند که اکثر افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، قبل از ورود به درمان در معرض HCV بوده‌اند، بنابراین احتمال اینکه درمان نگهدارنده با متادون عامل مؤثر در پیشگیری اولیه در این افراد باشد، کاهش می‌یابد.

استفاده از این نوع درمان، فرد به جای تجربه چرخه دائمی نوسانات خلقی، به حالات خلقی نسبتاً ثابتی دست می‌یابد (دول، نیدسوندر و کریک^۱، ۱۹۹۵). به طور کلی، پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون:

◀ روزانه زمان کمتری را صرف استعمال مواد مخدر می‌کنند (مک‌گلوثلین^۲ و آنجلین^۳، ۱۹۹۵).

◀ استعمال مواد افیونی غیر مجاز کاهش می‌یابد (این الگو تا زمانی که افراد تحت درمان هستند ادامه دارد) (هابارد و همکاران^۴، ۱۹۹۵).

◀ استعمال سایر مواد همچون کوکائین، ماری جوانا و الکل کاهش می‌یابد (همان منبع).

◀ زمان کمتری صرف فعالیت‌های مجرمانه می‌کنند (مک‌گلوثلین و آنجلین، ۱۹۹۵).

◀ زمان کمتری را صرف معامله مواد می‌کنند (همان منبع).

◀ زمان کمتری را در حبس سپری می‌کنند (همان منبع).

◀ میزان مرگ و میر نسبت به افرادی که تحت درمان نیستند کمتر است (میزان مرگ و میر برای افرادی که تحت درمان نیستند ۳ بار بیشتر از کسانی است که تحت درمان قرار گرفته‌اند).

◀ تزریق و داشتن رفتارهای خطرناک مرتبط با

1 - kreek

2 - McGlothlin

3 - Anglin

4 - Hubbard et.al

آن کاهش می‌یابد (بال^۱ و رُس^۲؛ به نقل از نایدا، ۱۹۹۵).

خطر داشتن رفتارهای مرتبط با انتقال HIV و STDs کاهش می‌یابد (ولز^۳، کالسین^۴ و کلارک^۵، ۱۹۹۶؛ لونگ شور و همکاران^۶، ۱۹۹۴).

کاهش ابتلا به HIV (متزگر و همکاران^۷، به نقل از نایدا، ۱۹۹۵).

کاهش خطر احتمالی ابتلا به HCV یا دیگر عوامل بیماری‌زای خونی (نویک^۸، ۲۰۰۰).

بهبود و ارتقای بهداشت جسمی و روانی (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

بهبود عملکرد اجتماعی و افزایش احتمال داشتن شغل تمام وقت (گیرینگ^۹ و شوایتزر^{۱۰}؛ به نقل از براندزر، ۱۹۹۸).

بهبود سطح کیفیت زندگی (دازورد^{۱۱}، مینو^{۱۲}، پیج^{۱۳} و بروئرز^{۱۴}، ۱۹۹۸).

در خصوص زنان بارداری که وابسته به موادافیونی هستند، دریافت درمان نگهدارنده با متادون توأم با مراقبت‌های کافی پیش از تولد، در کاهش مشکلات جنسی و مسائل مرتبط با بارداری مفید است.

1 - Ball
 2 - Ross
 3 - Wells
 4 - Calsyn
 5 - Clark
 6 - Longshore et.al
 7 - Metzger et.al
 8 - Novick
 9 - Gearing
 10 - Showizer
 11 - Dazard
 12 - Mino
 13 - Page
 14 - Broers

متادون، جنین را از نوسات سطح افیون و همچنین علائم ترک افیون محافظت می‌کند (فینگان^۱؛ کالتنباچ و همکاران^۲؛ به نقل از نایدا؛ ۱۹۹۵).

درمان نگهدارنده با متادون میزان ماندگاری (تداوم) بالاتری نسبت به سایر روش‌ها دارد. این میزان برای درمان نگهدارنده با متادون (پس از گذشت ۳ ماه) برابر با ۶۸٪، مشاوره‌های سرپایی بدون متادون، ۳۶٪ و برای برنام‌های بستری بدون متادون ۴۵٪ است (هابارد و همکاران، به نقل از براندز و براندز، ۱۹۹۸).

هرچه مدت زمانی که افراد وابسته به افیون‌ها تحت درمان قرار دارند، طولانی‌تر باشد، به همان اندازه پرهیز از جرایم مرتبط با تزریق و استعمال هروئین هم کاهش پیدا می‌کند (سیمسون^۳ و سلز^۴، بال و ژس؛ به نقل از نایدا، ۱۹۹۵).
درمان نگهدارنده با متادون فرصتی در اختیار پزشکان قرار می‌دهد تا:

- ◀ مؤلفه مهم مراقبت از سلامت عمومی و طبی را فراهم کنند.
- ◀ با دیگر عوامل ارائه‌کننده خدمات، ارتباط داشته و خدمات و حمایت‌هایی را برای مراجعان فراهم کنند.
- ◀ رابطه در مانی مثبت و حمایت‌کننده با افراد وابسته به افیون‌ها برقرار نمایند.
- ◀ با کمک به مراجعین در جهت شناخت روند

1 - Finegan

2 -Kaltenbach et.al

3 - Simson

4 - Sells

درمان و آموزش‌های لازم به آنها، دیدگاه جدیدی نسبت به خود و استفاده از دارو پیدا کنند و حتی آن را تغییردهند.

منافع درمانی در سطح اجتماعات وسیعتر عبارتند از:

- ◀ کاهش فعالیتهای مجرمانه مرتبط با مواد
 - ◀ جلوگیری از هدر رفتن استعدادهای افراد در اثر مصرف مواد
 - ◀ کاهش تعداد سرنگهای مستعمل استفاده شده توسط جامعه
- علاوه بر این درمان نگهدارنده با متادون در سطح جامعه، منجر به کاهش جرم و ارتقای سلامت عمومی می‌شود.

۲-۳ منافع درمان نگهدارنده با متادون

درمان نگهدارنده با متادون منافع با ارزشی را برای جامعه در پی دارد که بسیار مقرون به صرفه‌تر از هزینه‌های سایر روش‌های درمانی دیگر است. نتایج مطالعات سازمان ملی سوءمصرف مواد^۱ نشان می‌دهد که:

- ◀ هزینه سالانه درمان نگهدارنده با متادون بسیار کمتر از هزینه سالانه استعمال هرئین (بدون دریافت درمان)، حبس و برنامه‌های درمانی بدون دارو است.

◀ فعالیتهای مجرمانه در رابطه با استعمال هرئین منتج به هزینه‌های اجتماعی می‌شوند که ۴ برابر بیشتر از هزینه درمان نگهدارنده با متادون است (هاروود^۲ و همکاران، به نقل از نایدا، ۱۹۹۵).

- ◀ هر یک دلار هزینه که صرف درمان نگهدارنده

1 - National Institute on Drug Abuse

2 - Hawood

با متادون می‌شود، بین ۱۳-۴ دلار پس انداز برای جامعه (آمریکا) به همراه دارد (استولر^۱ و بیگلو^۲، ۱۹۹۹).

کارآیی:

شواهد نشان می‌دهد که درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با اشکال دیگر درمان، به دلیل افزایش مدت‌زمان بازداری فرد از مصرف مواد و پایین بودن هزینه‌های درمان آن، کارا تر می‌باشد (وارد و ساتن^۳، ۱۹۹۸).

در یک مطالعه، کارآیی درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با دیگر شیوه‌های درمانی برآورد شد. در این برآورد نسبت منافع به هزینه‌ها برای درمان نگهدارنده با متادون، رقمی معادل ۴/۴ به ۱ بود (روفنر و همکاران^۴، به نقل از لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

1 - Stoller
2 - Bigo
3 - Ward & Satan
4 - Rufner et.al

فصل چهارم



* طراحی و توسعه برنامه

۴-۱ فلسفه برنامه و اهداف درمانی مشخص
فلسفه برنامه، اشاره به اصول و اهدافی دارد که درمان بر پایه آن گذاشته شده است. فلسفه برنامه، اساسی‌ترین نقطه شروع برای افزایش کارایی و دستیابی به برنامه درمان نگهدارنده با متادون است (بال و روز، به نقل از لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷).
از لحاظ تاریخی، نگرانی‌های اجتماعی درباره استعمال مواد و جرایم مرتبط با آن تأثیر بسزایی در اهداف برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون و ارائه رویکردها داشته است. در عمل، جامعه، برنامه‌ها، پزشکان و مراجعان اغلب از لحاظ اهداف درمانی با هم متفاوتند، در نتیجه تعریف آنها از نتیجه و موفقیت نیز تا

حدودی با هم متفاوت است. اهداف آنها همچون برنامه‌های درمانی می‌تواند در طول زمان تغییر کند.

از نظر سیاستگذاران این برنامه، درمان نگهدارنده با متادون باید پیامدهای طولانی مدت مثبتی برای جامعه به دنبال داشته باشد (مثل کاهش مرگ و میر، کاهش فسادهایی که ناشی از وابستگی به مواد افیونی هستند، کاهش نرخ جرایم و کاهش هزینه‌های اجتماعی/اقتصادی وابستگی به مواد افیونی). پزشکان نیز ممکن است بر منافع بالینی خاص درمان از جمله کاهش علائم ترک مواد افیونی و یا کاهش استفاده از سرنگ در طول یک دوره زمانی خاص، توجه نمایند. در نظر مراجعان نیز موفقیت در درمان معانی مختلفی دارد مثل کاهش خطر ابتلا به HIV، HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی، بهبود زندگی خانوادگی، کسب شغل و حفظ آن، کاهش خطر توقیف فرزندان توسط سازمان حمایت از کودکان و یا افزایش احتمال دریافت درمان در زمان حبس (در صورتی که قبل از محکومیت درمان را شروع کرده باشند) و غیره.

آنچه که واجد اهمیت است، ارزیابی برنامه‌ها و تعیین و تصریح مفروضات زیربنایی آنهاست. نگرش به استعمال مواد، وابستگی به مواد افیونی و اهداف درمانی باید واضح و آشکار باشند. فلسفه و هدف برنامه باید برای مراجعان و اعضای تیم درمانی مشخص شود. روش‌ها و سیاست‌های ویژه برنامه نیز تا حد امکان باید منطبق بر فلسفه کلی برنامه باشد. علاوه بر

این، اهداف برنامه باید براساس نیازهای مراجعان تعریف شود (به بخش ۴-۴ رجوع شود).

نکاتی در این زمینه

برنامه‌ها باید ارزش و مقام مراجعان را در نظر گرفته و به آن احترام بگذارند.

برنامه‌ها باید در صدد ایجاد آزادی و حق انتخاب برای مراجعان باشند.

پیام‌ها نباید مبهم و گیج‌کننده باشند. برای مثال همه اعضای تیم برنامه باید جهت‌گیری مبتنی بر نگهداری مراجع در برنامه درمانی داشته باشند.

مراجعان باید آگاهی کافی درباره دلایل ورود به درمان، حفظ آن و ترک درمان داشته باشند تا بتوانند از روی میل و رغبت به همکاری و انجام توصیه‌های ارائه شده بپردازند.

۴-۲ - تأکید بر تعهد و نگهداری

تعهد و پایبندی به درمان، از اصول اساسی درمان است. برنامه‌ها باید بتوانند در کوتاهترین زمان ممکن افراد را درگیر و پایبند به درمان سازند. (بسه بخش ۴-۵ و ۴-۶-۷ مراجعه کنید).

در برنامه‌های درمانی تأکید زیادی بر توجه به نیازهای مراجع وجود دارد (نایدا، ۱۹۹۵)، که شناخت و اجرای آن تأثیر بسزایی در حفظ درمان خواهد داشت. در صورتی که مراجعان قادر

به حفظ و پایبندی به درمان نباشند، شانس کمی برای کسب منافع بالقوه از درمان خواهند داشت. نگهداری در طولانی مدت نیز دارای اهمیت است. طول زمانی که افراد درگیر درمان هستند، رابطه مثبتی با دستیابی به دیگر پیامدهای مثبت درمان دارد (بال و روز، به نقل از لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷). این زمان، بویژه در کاهش استعمال سایر مواد افیونی و کاهش فعالیت‌های مجرمانه نیز موثر است (هابارد و همکاران؛ بیل و همکاران، به نقل از وارد، ماتیک^۱ و هال، ۱۹۹۸).

۳-۴ - جهت‌گیری مبتنی بر درمان نگهدارنده

همانگونه که قبلاً اشاره شد، برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون باید از طریق حفظ مراجع در درمان، درصد کاهش آسیب‌ها و صدمات باشند. شواهد نشان می‌دهند که نگهداری طولانی مدت، پایبندی به درمان را افزایش می‌دهد (کپلهورمن^۲ و همکاران؛ مک‌گلوتلین و آنجلین؛ به نقل از وارد و همکاران، ۱۹۹۸).

در برنامه نگهدارنده با متادون به‌جاست به جای تأکید بر پرهیز از همه داروها، تأکید اصلی بر نگهداری بیمار در درمان با متادون باشد تا از این طریق افراد بتوانند از مزایای درمان تا پایان دوران نگهداری سود ببرند. از آنجایی که هدف برخی از مراجعان دستیابی به کاهش مصرف یا پرهیز از استعمال مواد است،

1 - Mattick

2 - Caplehorn

بنابراین این افراد ممکن است خواهان کاهش مقادیر مصرفی متادون نیز باشند. پزشکان و برنامه (به ویژه در مراحل ابتدایی درمان) نباید به این موارد توجه زیادی داشته باشند (بال و روز، به نقل از لوینسون و همکاران، ۱۹۹۷).

۴-۴ - رویکرد مراجع محور

مطالعه و بررسی تحقیقات توسط سازمان ملی سوء مصرف مواد^۱، نشان داده است که توجه به نیازهای مراجعان با پیامدهای درمانی، رابطه مثبتی دارد (نایدا، ۱۹۹۵). تعریف گسترده تری از اصطلاح «مراجع محور» موارد زیر را در بر می‌گیرد:

- ◀ قابلیت دسترسی (به بخش ۵-۴ رجوع شود).
- ◀ خدمت‌رسانی و فعالیت در جهت تجدید قوای مراجع (بخش ۷-۶-۴ رجوع شود).
- ◀ آگاهی از اینکه افراد وابسته به مواد افیونی تحت درمان دارای تنوعی از تجربیات، انتظارات و نیازها هستند.
- ◀ شناسایی اثرات جانبی و تأکید بر حق انتخاب
- ◀ احترام به مقام و منزلت مراجعان
- ◀ احترام به حق انتخاب مراجعان بویژه توجه به اهداف درمانی آنها

- ◀ تشویق و تسهیل درگیری مراجعان در تصمیم‌گیری بصورت فردی یا در سطوح برنامه (به بخش ۷-۴ رجوع شود).
- ◀ تشویق و ترویج مشارکت و برقراری رابطه نزدیک میان مراجعان و اعضای تیم برنامه.
- ◀ طرح‌ریزی درمان براساس نیازهای فردی مراجع. به مراجعان باید در تمامی مراحل درمان مشاور و راهنمایی ارائه شود.
- ◀ توجه به موقعیت منحصر به فرد زندگی مراجعان، روابط آنها، خانواده آنها، تعهدات و مسئولیت‌هایشان و شناسایی و جستجو برای هر چه کمتر کردن تأثیری که درمان در توانایی مراقبت از فرزندان و یا سایر وابستگی‌ها خواهد داشت. همچنین کاهش اثرات نامطلوب درمان در توانایی کسب درآمد و حفظ یک رابطه سالم با دوستان و آشنایان (به بخش ۵-۴ رجوع شود).
- ◀ توجه به نیازهای گروه‌های متفاوت مراجعین (به بخش ۵-۷ رجوع شود).

نکاتی در این زمینه

طرح‌های درمان انفرادی، می‌توانند نقطه شروع خوبی برای مراقبت‌های مراجع محور باشند. طرح درمانی باید سطوح و متن خدمات مورد نیاز را تعیین کند. همچنین ایجاد فرصتی مناسب برای درگیر کردن تمام اعضای تیم و تعیین ارتباط مورد نیاز با دیگر خدمات و حمایت‌های موجود در جامعه می‌تواند در زمره اهداف طرح‌های درمانی قرار بگیرد.

۴-۵ قابلیت دسترسی

بسیاری از افرادی که وابسته به مواد افیونی هستند، عملاً توسط جامعه طرد می‌شوند. حتی دسترسی آنان به درمان دشوار است. موانع بسیاری بر سر راه درمان آنها قرار دارد. این موانع می‌توانند در سطح سیستم اجتماعی، برنامه‌ها و یا در سطح فردی باشند (به بخش ۸-۲ رجوع شود).

در سطح طراحی و توسعه برنامه‌ها، حوزه‌هایی وجود دارند که توجه به آنها می‌تواند قابلیت دسترسی به درمان را برای مراجعان افزایش دهد. این حوزه‌ها عبارتند از:

◀ سیاست‌های مراجع محور (به بخش ۵ مراجعه کنید)؛ مثل اطمینان دادن به مراجعان که در اولین فرصت ارزیابی شده و تحت درمان قرار خواهند گرفت^۱.

◀ ساعات‌های کاری مناسب و انعطاف‌پذیر. تسهیلات باید در زمانهای مناسب فراهم باشند (مثل ساعات اولیه صبح برای کارمندان و ...).

◀ استطاعت مالی^۲ (برای متادون، مشاوره، سفرهای مرتبط با درمان). هزینه دسترسی و حفظ درمان باید مطابق با توانایی مالی مراجعان باشد.

۱- دستیابی سریع به درمان با حفظ درمان توسط فرد رابطه دارد (بل و همکاران؛ وودی و همکاران؛ به نقل از وارد و همکاران، ۱۹۹۸).
۲- در آمریکا مشخص شده است که هزینه درمانی بالا بر درمان و حفظ آن تاثیر منفی دارد (مادوکس و همکاران؛ به نقل از نایدا، ۱۹۹۵).

قابلیت دسترسی به اشکال عملی از حمایت‌ها مثل مراقبت از کودک، حمل و نقل، غذا، لباس و غیره که تأثیر بسزایی در قابلیت دسترسی به درمان خواهد داشت.

برنامه‌ها باید در مکان‌های متنوعی ارائه شوند، به طوری که در نتیجه تنوع انتخابها، دستیابی فوری به برنامه‌های درمانی ممکن باشد. بطور ایده‌آل، مکان‌های دسترسی به درمان باید به تعداد زیاد در جامعه فراهم باشند. در سراسر جهان، این مکان‌ها شامل بیمارستان‌ها، کلینیک‌های موجود در جامعه، مراکز خدمات اجتماعی، داروخانه‌ها و واحدهای تجویزی متحرک (واگن‌ها) و مراکز اصلاحی در کنار باقی موارد دیگر است.

مراجعان باید ضمن تحرک در داخل و خارج جامعه امکان دسترسی به درمان را نیز داشته باشند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با افزایش قابلیت دسترسی به درمان برای گروه‌های خاص به بخش ۷ رجوع شود.

نکاتی در این زمینه

پذیرش مراجعان باید مقدم بر مسأله قابلیت دسترسی برنامه‌ها باشد.

۴-۶ - خدمات جامع و یکپارچه

افراد وابسته به مواد افیونی، نیازمند دستیابی به دامنه وسیعی از خدمات و حمایت‌ها (علاوه بر متادون) به منظور کاهش استعمال مواد

افدیونی دیگر و بهبود کیفیت زندگیشان هستند. خدمات جامع و یکپارچه در ارتباط مستقیم با پیامدهای بهتر درمانی قرار دارند^۱. خدمات جامع و یکپارچه می‌توانند از طریق ارائه خدمات و حمایت‌های مورد نیاز مراجع، نقش بسزایی در مراقبت پیوسته و دائمی از او داشته باشند. تمامی مراجعان به سطوح یکسانی از خدمات و حمایت‌ها نیاز ندارند. برنامه‌ها باید مطابق با نیازهای متفاوت افراد، انتخاب آن‌ها و برنامه‌های درمانی آن‌ها، به ارائه سطوح مختلفی از خدمات و حمایت‌ها بپردازند.

خدمات جامع و یکپارچه در رابطه مستقیم با بهبود پیامدهای درمانی قرار دارند^۲. هرچه سطح خدمات افزایش یابد به همان میزان پیامدهای درمان نیز بهبود می‌یابد^۳ (استرین^۴ و همکاران، ۱۹۹۹ b). خدمات جامع و یکپارچه می‌توانند به طرق مختلفی ارائه شوند.

یکپارچه بودن^۵

یکپارچگی ممکن است در سطوح متفاوتی مورد نیاز باشد:

◀ در سراسر حوزه‌ها: یک سیستم کامل از درمان نگهدارنده با متادون ممکن است نیازمند

۱ - دو ویژگی اصلی برنامه که با موفقیت درمان ارتباط دارند عبارتند از: ۱- ارائه خدمات جامع ۲- یکپارچه‌سازی خدمات پزشکی، مشاوره‌ای و اجرایی.
۱ - این بدین معنی نیست که برنامه‌های درمانی محدود مؤثر نیستند.
۲ - مطالعات نایدا (۱۹۹۵) نشان می‌دهد که پس از گذشت ۲۴ هفته از شروع درمان، ارائه متادون به تنهایی اثربخشی کمتری نسبت به ارائه متادون همراه با مشاوره داشته است. در عین حال ارائه متادون همراه با گستره وسیع‌تری از خدمات روانشناختی نسبت به دو روش دیگر، بهترین پیامد درمانی را دارا می‌باشد.

4 - Strain

5 - Integration

همکاری میان عوامل مختلف درمانی با شد
(سازمان‌های ارائه‌کننده درمان).

در داخل جامعه: برنامه یکپارچه درمان نگهدارنده با متادون، نیازمند ایجاد ارتباط میان پزشکان مختلف و مکانهای واجد صلاحیت درمان است. مثل ارتباط میان پزشکان کلینیک‌های خصوصی و مراکز ارائه‌کننده درمان در سطح محلی و ناحیه‌ای و ایجاد ارتباط میان برنامه‌های درمان نگهدارنده متادون با دیگر خدمات قابل دسترس در جامعه (مثل سیستم‌های ارجاعی و ارائه اطلاعات).

درون مراکز یا برنامه‌ها: در کنار برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون باید سایر برنامه‌های درمانی استعمال مواد نیز ارائه گردند تا از این طریق انزوا و حالت ویژه‌ای که حاصل درمان نگهدارنده با متادون است، کاهش یابد. علاوه بر این ممکن است جنبه‌های اصلی درمان نگهدارنده با متادون (تجویز، توزیع و کنترل) توسط خدمات و حمایت‌های ارائه شده در داخل یک مجموعه درمانی واحد تکمیل گردد (پزشکی، مشاوره‌ای، اجرایی).

جامع بودن^۱

خدمات جامع، رویکردی کلی در توجه به نیازهای مراجعان است که پیوستاری کامل از حمایت‌ها و خدمات قابل دسترس را برای مراجعان

فراهم می‌کند. این خدمات در محل ارائه درمان و یا از طریق ارجاع مراجع به مراکز ذیصلاح در اختیار وی قرار می‌گیرد.

در ارائه خدمات جامع، شیوه‌های متفاوتی وجود دارند که به جایگاه درمان و منابع قابل دسترس وابسته هستند. اغلب آنها نیازمند هماهنگی میان عوامل مختلف برنامه‌ها هستند. بدون توجه به نحوه ارائه این خدمات، پیوستاری جامع از مراقبت، مؤلفه‌های کلیدی زیر را در بر می‌گیرد:

- ◀ مراقبت پزشکی (شامل ارزیابی مناسب، کنترل، مراقبت، درمان و حمایت برای دامنه وسیعی از موقعیت‌های پزشکی توأم شامل ابتلا به HIV، HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی)
- ◀ درمان استعمال سایر مواد

- ◀ مشاوره و حمایت

- ◀ خدمات بهداشت روانی

- ◀ ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، آموزش سایر خدمات و حمایت‌های مبتنی بر جامعه مثل خدمات اجتماعی، خدمات کودک، جوان و خانواده، خدمات مربوط به سیستم قانونی و دادگستری، آموزش، استخدام و دیگر منابع موجود در جامعه.
- ◀ خدمات کمک‌رسانی، حمایت و پشتیبانی

رویکرد جامع به درمان نیازمند دامنه وسیعی از پزشکان با تخصص‌های مختلف است. (به بخش ۱-۶ رجوع شود)، وظایف ویژه هر کدام از اعضا به عواملی چون سطح و نوع آموزش حرفه‌ای و تخصص‌ها، تفاوت در ارائه و طراحی برنامه، نوع برنامه، موقعیت، منابع قابل دسترس و عوامل حرفه‌ای دیگر بستگی دارد.

نکاتی در این زمینه

تداوم مراقبت و درمان مسأله‌ای کلیدی است. کارمندان بیمارستان باید درباره چگونگی رفتار با کسانی که به بیمارستان می‌آیند و کسانی که در کنار مصرف متادون از داروهای دیگر استفاده کرده و یا تحت درمان دیگری هستند، آگاهی داشته باشند.

پزشکان اورژانس باید تا حد امکان با درمان نگهدارنده آشنایی داشته باشند.

افراد که در این حرفه‌ها مشغول فعالیت‌اند باید درباره کنترل درد مراجعینی که درمان نگهدارنده با متادون را دریافت کرده‌اند، اطلاعات کافی داشته باشند.

سیستم‌های ارجاعی باید بصورت موثری وجود داشته باشند تا مراجعان برای دستیابی به خدمات سرگردان نشوند.

مؤلفه‌های اصلی در رویکرد جامع به درمان
نگهدارنده با متادون:



۴-۶-۱ مراقبت پزشکی

افرادی که وابسته به افیون‌ها هستند، اغلب دارای اختلالات توأم پزشکی بوده و نیاز ضروری برای درمان پزشکی دارند. بعضی از شرایط پزشکی که در بیماران/ مراجعان باید مورد ارزیابی قرار گیرد شامل مواد زیر است:

- ◀ عفونت‌های پوست و نسج نرم به دلیل روش‌های تزریقی غیر استریل
 - ◀ مشکلات قلبی
 - ◀ ابتلا به HIV ، HCV یا دیگر عوامل بیماری‌زای خونی
 - ◀ آزمایشات ریوی، کلیه و عوارض ایمنونولوژیکی و نورولوژیکی
 - ◀ مشکلات جسمی ناشی از خشونت‌های خانوادگی
 - ◀ آسیب دیواره بینی
 - ◀ دردهای سخت یا مزمن
- گروهی از این موقعیت‌ها احتیاج به مراقبت‌های

پزشکی ویژه دارند. برای مثال ارزیابی مناسب، کنترل، مراقبت، درمان و حمایت برای افرادی که HIV, HCV و یا دیگر عوامل بیماری‌زای خونی دارند، از مولفه‌های کلیدی مراقبت پزشکی است. استفاده از سایر داروها برای درمان مشکلات مراجعان، ممکن است با متادون تداخل دارویی ایجاد کند. اطلاعات بیشتر درباره نیازهای طبی گروه‌های ویژه در بخش ۷ آمده است.

نکاتی در این زمینه

مراجعان ممکن است پزشکان خانوادگی و آشنا نداشته باشند و در نتیجه خواهان کمک از مراکزی باشند که فاقد مراقبت‌های مناسبند. برنامه‌های نگهدارنده با متادون به جای پرداختن به مراقبت جزئی باید در صدد تکمیل یک سیستم مراقبتی جامع باشند. ارجاع باید به پزشکانی صورت گیرد که تجربه درمان افراد وابسته به مواد افیونی توأم با سایر نیازهای پزشکی را داشته باشند.

۲-۶-۶ برنامه‌های درمانی برای استعمال سایر

مواد

افراد وابسته به مواد افیونی ممکن است در عین حال وابسته به مواد دیگری هم باشند. بنابراین استفاده از سایر داروها در کنار متادون، الزامی است. برنامه‌های درمانی

نگهدارنده با متادون باید تا حد امکان همراه با برنامه‌های درمان برای استعمال سایر مواد، ارائه شوند.

نکاتی در این زمینه

☞ آموزش پزشکان در زمینه اعتیاد دارویی باید افزایش یابد.

۳-۶-۴ مشاوره و حمایت

شواهد نشان می‌دهند که ارائه مشاوره، کارآیی درمان نگهدارنده با متادون را افزایش می‌دهد^۱. در این حوزه، «مشاوره» شامل دامنه وسیعی از فعالیت‌های زیر است:

- ◀ مداخله در بحران
- ◀ مدیریت فرد مراجعه کننده که شامل ارجاع و ارتباط با سایر مراکز است.
- ◀ مشاوره فردی
- ◀ مشاوره گروهی
- ◀ مشاوره خانوادگی یا زوجین
- ◀ مشاوره شغلی
- ◀ مشاوره برای استعمال مواد
- ◀ مشاوره قبل و بعد از تست HIV و مشاوره‌هایی در رابطه با وضعیت پزشکی
- ◀ برنامه‌های بهداشتی یا سایر آموزش‌ها

۱ - براساس مطالعات مکملان و همکاران (به نقل از نایدا، ۱۹۹۵)، بیماران می‌توانند تحت ۳ نوع برنامه درمانی قرار بگیرند؛ متادون بدون مشاوره، متادون با مشاوره و متادون همراه با مشاوره و سایر درمان‌های روانشناختی. بیماران که جامع‌ترین نوع برنامه درمانی را دریافت می‌کنند، بالاترین نرخ بهبود را پس از ۲۴ هفته نشان می‌دهند.

◀ تماس‌های کوتاه و حمایتی

◀ حمایت‌های عمیق طولانی مدت

پس از انجام مشاوره در خصوص موارد مذکور، مراجعان بر اساس شواهد بدست آمده، مجدداً ارزیابی می‌شوند تا برای بیان مسائل و مشکلاتشان به سمت مشاوره‌های کامل‌تر هدایت شوند.

نکاتی در این زمینه

☞ مشاوره باید به عنوان یک نیاز مطرح باشد نه یک دستورالعمل کاری

۴-۶-۴ خدمات سلامت روانی

در زمان‌های مناسب، مراجعان باید در جهت استفاده از خدمات سلامت روانی مورد ارزیابی قرار گیرند. اطلاعات جزئی تر درباره نیازهای مراجعان که اختلالات روانی توأم دارند در بخش ۷-۱۱ آمده است.

۴-۶-۵ ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و آموزش

برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون، ابزار مهمی در کاهش خطر انتقال HIV، HCV و دیگر عوامل بیماری‌زای خونی از طریق کاهش استفاده تزریقی دارو هستند.

برنامه‌ها باید فرصت‌هایی را در جهت پیشگیری فراهم کنند. غربالگری، مشاوره، کسب اطلاع و آموزش در خصوص انتقال HIV، HCV و دیگر عوامل

بیماری زای خونی و پیشگیری اولیه در رابطه با بیماری‌هایی که از طریق رابطه جنسی به وجود می‌آیند، از جمله این موارد هستند. برنامه‌های تغذیه مناسب و تندرستی از دیگر جنبه‌های رویکرد ارتقاء سلامت می‌باشد که باید در کنار درمان نگهدارنده با متادون، به آن توجه کرد.

۶-۶-۶ ارتباط با دیگر خدمات و حمایت‌های موجود در جامعه

برنامه‌های نگهدارنده با متادون باید در صد برقراری ارتباط مستقیم با انواع خدمات و حمایت‌های مورد نیاز مراجعان باشند. این خدمات مواردی هستند که توسط برنامه‌ها (وحتی بهره‌گیری از برنامه‌های درمانی جامع) ارائه نمی‌شوند. این موارد عبارتند از:

- ◀ خدمات اجتماعی (رفاه، مسکن، حمل و نقل، مراقبت از کودک، آموزش)
- ◀ خدمات کودکان، جوانان و خانواده (رفاه کودک، مراقبت از کودک، خدمات برای جوانان، حمایت از والدین)
- ◀ کمک‌های قانونی / دادرسی (خدمات موجود برای قربانیان، پلیس، ضمانت، آزمایش، کمک‌های قانونی، وکلای ماهر، اصلاح و تأدیب، گروه‌های حمایت از مجرمان و ...)
- ◀ برنامه‌های آموزشی (سواد آموزی، ارتقاء مدارج دانشگاهی)
- ◀ برنامه‌های استخدام (آموزش مهارت‌های حرفه‌ای، برنامه‌ها و سرویس‌های شغلی، برنامه‌های حمایت از کارکنان)

◀ منابع اجتماعی دیگر مثل تعویض سرنگ، پناهگاه‌ها، بانک غذا، سازمان‌های معنوی، مراکز دوستی و مساعدت، خدمات تفریحی، گروه‌های مشاور جامعه برای برقراری رابطه مؤثر با دیگر منابع جامعه، برنامه‌ها باید در جهت تثبیت روابط و ارتباطات با دامنه وسیعی از مراکز و تسهیلات در جامعه باشند (به بخش ۸-۴ رجوع شود).
تثبیت این روابط می‌تواند ملاکی برای حصول اطمینان از تداوم مراقبت مراجعان باشد. این روابط از سرگردانی مراجعان برای دریافت خدمات، جلوگیری می‌کند.

نکاتی در این زمینه

➤ پزشکان باید به لیستی از منابع اجتماعی موجود، دسترسی داشته باشند.

۴-۶-۷ حمایت و پشتیبانی

با توجه به میزان طردی که توسط افراد وابسته به مواد افیونی تجربه می‌شود، می‌توان حمایت و کمک به این افراد را به‌عنوان جنبه‌ای مهم و کلیدی در درمان نگهدارنده با متادون در نظر گرفت.

حمایت حوزه‌ای است که راهبردهای آن بر پایه هم‌تایان بنا شده است و ارتباط و همکاری متقابل آن با مراکزی که در خط اول^۱ یا در سطح مردم خیابانی^۲ مشغول فعالیتند، از اهمیت بسیاری برخوردار است (به بخش ۷-۴ و ۱۰-۶ رجوع

1 - front - line
2 - street level

شود).

از طریق ارزیابی مداوم، مراجعینی که بدون تشویق و حمایت از درمان سرباز می‌زنند را مشخص کرده و زمینه را برای دسترسی این افراد به درمان فراهم کنید.

کنکاتی در این زمینه

مددکاران خیابانی قادرند از طریق شناسایی افرادی که فاقد دسترسی به خدمات پزشکی و درمانی هستند، و امکان استفاده از برنامه‌های قابل دسترسی‌تر را برای آنان فراهم کنند.

به افراد درباره انتظارات برنامه، اطلاعات مناسب ارائه دهید. مراجعان باید بدانند که در صورت عدم موفقیت در مراحل قبلی درمان نگهدارنده با متادون می‌توانند دوباره به برنامه ملحق شده و درمان را از سرگیرند. آنها باید بدانند که در درمان خود، حق انتخاب دارند.

۴-۷ مشارکت مراجعان در درمان

مشارکت مراجعان مؤلفه‌ای کلیدی در گسترش و پیشرفت برنامه‌ها و تکمیل آن است. برنامه‌ها باید نسبت به مشارکت مراجع در امر درمانی ارزش قائل بوده و آنها را به مشارکت در درمان تشویق کنند. بعضی از راهبردهای مناسب برای درگیری مراجعان به شرح زیر است:

- ◀ شرکت مراجعان در گروه‌های مشورتی اجتماع
- ◀ شرکت مراجعان به عنوان اعضای تصمیم‌گیری

- در اداره کردن کمیته‌ها
- ◀ درگیری مراجعان در انجام برنامه‌های تیمی و ارزیابی برنامه‌ها
 - ◀ مکانیزم‌های فیدبک برای مراجعان از قبیل صندوق پیشنهادات، زمین‌یابی‌ها و مراکز گروهی
 - ◀ برنامه‌های ارائه حمایت و کمک به مراجعان
 - ◀ فراهم کردن مشاوره و حمایت هم‌تایان (اطلاع‌رسانی درباره حقوق، سواد، خوراک)
 - ◀ آموزش مراجعان توسط مشاوران.
 - ◀ مراجعان می‌توانند به عنوان حامی مشغول ارائه خدمات باشند، که می‌توانند:
 - اطلاعاتی را برای دیگر مراجعان در خصوص برنامه، وظایف و حقوق‌شان فراهم کنند.
 - کمک به سایر مراجعان برای دسترسی به خدمات و حمایت‌های مورد نیاز (مدیریت موردی)
 - پیشنهاد ارجاع مراجعان به گروه‌های حمایت متقابل هم‌تایان مثل گروه‌های NA یا AA
 - فراهم کردن حمایت

نکاتی در این زمینه

- ☞ راهبردها و مکانیزم‌های تسهیل مشارکت مراجعان دارای HIV/AIDS و سرطان سینه در امر درمان، الگوهای خوبی ارائه داده‌اند.
- ☞ گروه‌های حمایت هم‌تایان، نیازمند حمایت هستند (در سطح محلی، استانی و ملی).

گروه‌های هم‌تا قادرند خدماتی را از قبیل فراهم کردن بخشی از هزینه‌های درمان یا فراهم کردن حمایت، تحصیل، خدمات کاریابی و غیره ارائه دهند.

برنامه‌ها باید قادر به ایجاد فضایی برای ارتباط و ملاقات مراجعان با یکدیگر باشند.

منابع حمایت مراجعان باید دارای عنوان باشد و افراد بتوانند از طریق تلفن با وی تماس بگیرند. در بهترین حالت بهتر است فرد یا مرکز حمایت‌کننده، از حقوق و قوانین آگاه باشد.

۸-۴ مشارکت اجتماعات گسترده تر

مشارکت جامعه در پیشرفت برنامه، طراحی و انجام موفقیت‌آمیز آن عاملی کلیدی در ارائه خدمات جامع و یکپارچه است. سیستم‌هایی چون گروه‌های مشاور جامعه^۱ می‌توانند حس مسئولیت جامعه را افزایش دهند. این هیئت‌ها نقش‌های با ارزشی دارند که در زیر به برخی از آنها اشاره می‌شود:

- ◀ تعیین نیازها برای ارائه برنامه‌ها (در حال حاضر و در آینده)
- ◀ تسهیل‌سازی مشاوره، ارائه اطلاعات و ارتباط با عموم جامعه با توجه به نیاز برنامه، اهداف، نحوه عمل و منافع بالقوه آن.
- ◀ بیان نگرانی‌ها و ترس‌های عمومی
- ◀ ایجاد فرصت مناسب برای اعضای جامعه به منظور آگاهی از برنامه‌ها و حمایت از آنها.

- ◀ همکاری با رسانه‌ها
- ◀ حمایت از سیاست‌گذاران برنامه و یافتن زمینه‌هایی برای ارائه خدمات بهتر.
- ◀ فراخواندن پزشکان به همکاری
- ◀ ایجاد فرصت‌هایی برای اعضای جامعه به منظور بحث و تبادل نظر در مورد مشکلات و حل آن‌ها.
- ◀ ترویج و تشویق رویکرد ارائه درمان شامل گسترش شبکه‌های ارجاعی کاری و تقویت هماهنگی‌ها و تسهیلات
- ◀ توسعه تفاهمات و توافقات میان مراکز و ارائه خدمات متقابل
- ◀ افزایش بودجه
- ◀ ارائه آموزش برای اعضای جامعه
- ◀ جستجوی فرصت‌های شغلی و دیگر تدابیر برای مراجعان
- ◀ سودمندی گروه‌های مشاور جامعه، به‌عنوان مکانیزم فیدبک جامعه
- ◀ گروه‌هایی که درگیر این فعالیت‌ها هستند عبارتند از:
- ◀ اعضای جامعه، بطور کلی
- ◀ مراجعان
- ◀ گروه‌های ویژه در جامعه شامل پلیس، تجار، مراکز، پناهگاه‌ها، سازمان‌های فرهنگی و معنوی، گروه‌های ارائه خدمات، تسهیلات آموزشی، شهرداری و غیره.

نکاتی در این زمینه

☞ گروه های مشاور باید در سطح جامعه و سطح استانی مشغول فعالیت باشند.

☞ گروه های مشاور می‌توانند از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا جلسات پرسش و پاسخ در مورد در مان نگهدارنده با متادون، نقش آموزشی خود را ایفا نمایند.

☞ همکاری گروه‌های مشاور با مراکز درمانی بدون چالش نیست و باید این اختلاف نظرها حل و فصل شوند.

☞ گروه‌های مشاور نیازمند افرادی هستند تا بتوانند تجارب خودشان را در اختیار هم‌تایان خود قرار دهند.

☞ مراجعان برای درگیر شدن در درمان نیاز به حمایت و توجه دارند.

۴-۹ منابع کافی

افزایش دسترسی به درمان نگهدارنده با متادون به منابع کافی نیاز دارد. هزینه برنامه‌ها به شیوه ارائه آنها از قبیل ارائه خدمات در منزل یا در محل و ارتباط آن‌ها با دیگر منابع قابل دسترس در جامعه بستگی دارد. این تدابیر شامل گسترش و طراحی برنامه‌هایی است که باید پاسخگوی سوالات زیر باشند:

☞ گستردگی و شیوع وابستگی به مواد افیونی در جامعه چگونه است و چه نوع برنامه‌هایی مورد نیازند؟

☞ تدابیر کنونی برای برنامه‌های استعمال مواد چگونه است و آیا نیازی به تغییر اولویت‌ها یا اتخاذ مجدد تدابیر وجود دارد؟

◀ چه صرفه‌جویی‌هایی از طریق درمان نگهدارنده با متادون حاصل می‌گردد؟ (بهترین راه برای استفاده از این صرفه‌جویی‌ها چیست؟)
◀ مؤثرترین روش‌ها برای ارائه برنامه‌ها چیست؟

نکاتی در این زمینه

☞ مراکز درمانی می‌توانند خدمات متقابلی را به یکدیگر ارائه دهند.
☞ مراکز درمانی می‌توانند خدمات مشاوره‌ای متقابلی به یکدیگر ارائه دهند.
☞ فراهم کردن آموزش‌های بین‌رشته‌ای در داخل منازل می‌تواند کمک‌کننده باشند.
☞ توسعه و گسترش آموزش مقطعی^۱ (مثل آموزش مقطعی برای ارائه دهندگان درمان سوءمصرف مواد) می‌تواند مفید و کمک‌کننده باشد.

همکاران بالقوه در يك رويکرد جامع نسبت به MMT

پزشکی	درمان استعمال سایر مواد	مشاور د و پشتیبان انی	بهداشت روانی	ارتقای سلامتی پیشگیری از بیماری آموزش	خدمات اجتماعی	خدمات کودک، جوان، خانواد ده	قانونی / کیفیت کیفیتی	تحصیل	اشتغال	منابع	حمایت و پشتیبان انی
<ul style="list-style-type: none"> • خدمات بیمارستان • انی • مراکز اورژانس • مراقبت اولیه • مدیریت درد • درمان HCV • خدمات مامایی • مراقبت های ویژه • تجویز دارویی • کنار آزمایشگاهی 	<ul style="list-style-type: none"> • مدیر • ترک • مراجع • سرپای • ی/بیم • آر • بستری • شبان • ه • روزی • حمایت • ت دو • چانه • حمایت • ت/ • رسیدگی • ی • شکایت 	<ul style="list-style-type: none"> • فردی • گروه • زنان • / • بازماندگان • زوجین • خانواد • ده 	<ul style="list-style-type: none"> • روانپزشکان • روانشناسان • برنامه های بهداشتی جامعه • تغذیه • پیشگیری از HIV • پیشگیری از HCV 	<ul style="list-style-type: none"> • مساعده اجتماعی • مسکن • انتقال • حمایت و • مراقبت از کودک • حمایت از والدین 	<ul style="list-style-type: none"> • رفاه کودک • مراقبت از کودک • خدمات • ت جوانان • حمایت از والدین 	<ul style="list-style-type: none"> • خدمات قربانیا • ن پلیس • آزادی مشروط • مجازات • تعلیمی • خدمات قانونی • دولت ها • اصلاحات 	<ul style="list-style-type: none"> • سواد • برنامه های دانشگاه • مهارت های • ای • زندگی • شغلی • عامه مردم 	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش مهارت های • برنام • شغلی • برنامه های • خدمات • لیبانی • مساع • دت با • کارمندان 	<ul style="list-style-type: none"> • تبادل نیازها • پناها • ها • بانک • غذا • سازمان های • معنوی و • قومی • فرهنگی • تفریح • گروه ها • مشاور • جامعه • گروه ها • کمک • بخش • خصوصی • خدمات • مربوط • به زنان • مراکز دولتی 	<ul style="list-style-type: none"> • مددکاران • خیابانی • نی • خدمات • مبتنی بر • گروه های • همتا 	

