



**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime



**World Health  
Organization**

# اصول درمان وابستگی به مواد

ترجمه دکتر علیرضا نوروزی  
روانپزشک



UNITED NATIONS  
New York, 2009

## فهرست مطالب

مقدمه

اصل یک: وجود و در دسترس بودن درمان وابستگی به مواد

اصل دو: غربال‌گری، ارزیابی، تشخیص و برنامه‌ریزی درمان

اصل سه: درمان مبتنی بر شواهد وابستگی به مواد

اصل چهار: درمان وابستگی به مواد، حقوق انسانی و کرامت بیمار

اصل پنج: هدف قرار دادن زیرگروه‌ها و وضعیت‌های خاص

اصل شش: درمان اعتیاد و سیستم انتظامی - قضایی

اصل هفت: دخیل کردن اجتماع محلی، مشارکت و آموزش بیمار

اصل هشت: حاکمیت بالینی در خدمات درمان وابستگی به مواد

اصل نه: نظام‌های درمان - تدوین سیاست، برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی

خدمات

مراجع

## درمان وابستگی به مواد

### مقدمه

این مقاله قصد دارد دولت‌ها و سایر شرکاء را برای اقدامات هماهنگ در اجرایی کردن خدمات مبتنی بر شواهد وابستگی به مواد، برای پاسخ به نیازهای جمعیت‌شان تشویق نماید. با توجه به بزرگی مشکل در اکثر جوامع و منابع محدود در دسترس وجود یک رویکرد روشن و هماهنگ به برنامه‌ریزی خدمات ضروری است. ایجاد خدماتی که بتواند بیشترین تعداد بیماران را پوشش دهد و بالاترین اثر را با کمترین هزینه ایجاد نماید، مورد نیاز است. این هدف از طریق استفاده از خدمات مراقبت جامعه‌نگر که به صورت طولانی با بیماران کار می‌کند قابل دسترسی است. گرچه سند حاضر اقداماتی برای ارتقاء هر یک از *نه اصل* عرضه می‌کند، لازم است این اصول با توجه به موقعیت‌ها و وضعیت‌های محلی اولویت‌بندی شده و هماهنگ با منابع در دسترس و مراحل ایجاد نظام درمان به صورت پیشرونده‌یی اجرا شوند.

به صورت تخمینی ۲۰۵ میلیون نفر در سراسر جهان مواد غیرقانونی مصرف می‌کنند که ۲۵ میلیون نفر از آنها از وابستگی به مواد غیرقانونی رنج می‌برند. این مساله یک مشکل حوزه سلامت عمومی، اقتصادی-اجتماعی و امنیتی هم در جوامع صنعتی و هم در جوامع در حال توسعه است. نقش مهم پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد به عنوان بخشی از کاهش تقاضا و سلامت عمومی جامعه به صورت مکرر در توافق‌نامه‌های بین‌المللی مورد تاکید قرار گرفته است. اهمیت حفظ تعادل متناسب میان فشار قانونی و رویکردهای کاهش تقاضا/سلامت عمومی در *بیانیه سیاسی UNGASS* در سال ۱۹۹۸ و *بیانیه اصول هدایت‌کننده کاهش تقاضا* برجسته شده و بر رویکرد جامع در سیاست‌های مواد تاکید می‌نماید.

وابستگی به مواد یک اختلال سلامت چندعاملی است که اغلب سیر یک بیماری مزمن عودکننده و فروکش‌کننده را دارد. متأسفانه در برخی جوامع وابستگی به مواد هنوز به عنوان یک مشکل سلامت شناسایی نشده است و بسیاری از افرادی که از آن رنج می‌برند با انگ اجتماعی مواجه‌اند و به خدمات درمان و بازتوانی دسترسی ندارند. در طول سالیان اخیر مدل بیوسایکوسوشیال وابستگی به مواد را همچون یک مشکل چندعاملی شناسایی کرده است که نیاز به تخصص در رشته‌های مختلف دارد. یک رویکرد چندرشته‌ای رشته‌های علمی حوزه سلامت می‌تواند برای پژوهش و درمان به کار گرفته شود.

در دهه‌های گذشته وابستگی به مواد بسته به باورها یا دیدگاه‌های ایدئولوژیک تنها یک مشکل اجتماعی، یک معضل آموزشی یا روحانی، یک رفتار گناهکارانه‌ی مستحق تنبیه یا یک مشکل داروشناختی دانسته می‌شد. این مساله که وابستگی به مواد متعاقب انتخاب آزاد فرد برای اولین بار استفاده آزمایشی از مواد غیرقانونی ایجاد شده و می‌تواند یک بیماری «خوداکتسابی» در نظر گرفته شود، منجر به ایجاد انگ و تبعیض همراه با وابستگی به مواد شده است. هر چند شواهد علمی نشان می‌دهد که ایجاد بیماری نتیجه تعامل چندعاملی میان مواجهه مکرر با مواد و عوامل زیست‌شناختی و محیطی است. اقدامات برای درمان و پیشگیری مصرف مواد از طریق اعمال مجازات‌های سختگیرانه مصرف‌کنندگان مواد موفق نخواهد بود، زیرا این رویکردها تغییرات عصب‌شناختی که مصرف مواد بر روی مسیرهای انگیزش مغز ایجاد می‌کنند در نظر نمی‌گیرند.

برای درمان وابستگی به مواد «هیچ چیز» بیش از یک رویکرد نظام‌مند مبتنی بر دانش، مشابه رویکردهای دیگر تدوین شده برای درمان سایر بیماری‌های مزمن که دهه‌ها غیرقابل درمان دانسته می‌شدند، لازم نیست. بسیاری از این بیماری‌ها به یمن مداخلات بالینی موفق و راهبردهای درمانی دقیق و دانش تجمع‌یافته حاصل از پژوهش، اکنون قابل پیشگیری و درمان هستند.

وابستگی به مواد و استفاده از مواد غیرقانونی با مشکلات سلامت، فقر، خشونت، رفتار جنایتکارانه و طرد اجتماعی همراه است. محاسبه هزینه‌های کلی آن برای اجتماع دشوار است. علاوه بر هزینه‌های مراقبت سلامت و سایر هزینه‌های ناشی از پیامدهای وابستگی به مواد، هزینه‌های اجتماعی شامل کاهش توانایی تولید و درآمد خانواده، خشونت، مشکلات امنیتی، حوادث ترافیکی و محل کار و فساد دارد. این هزینه‌ها منجر به هزینه‌های بالای اقتصادی و هدر رفتن غیرقابل پذیرش منابع انسانی می‌شود.

مصرف مواد خصوصاً مصرف تزریقی مواد به صورت نزدیکی با انتقال HIV، هپاتیت C و B از طریق اشتراک سرنگ پیوند دارد. مصرف غیرتزریقی مواد همچنین از طریق افزایش خطر رفتارهای جنسی با انتقال HIV پیوند دارد. داده‌ها درباره‌ی جمعیت IDU از ۱۳۰ کشور جهان نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۰ میلیون IDU در کل جهان وجود دارد. تا ۱۰ درصد از کل موارد HIV در جهان از طریق اعتیاد تزریقی انتقال می‌یابد و اگر ناحیه تحت‌صحرائی آفریقا را کنار بگذاریم تا ۳۰ درصد کل موارد HIV از تزریق غیرایمن مواد خواهد بود. اشتراک وسایل تزریق آلوده یک طریقه اصلی انتقال HIV در بسیاری از مناطق شمال اروپای شرقی، آسیای مرکزی، جنوبی و جنوب‌شرقی و برخی کشورهای آمریکای لاتین است.

وابستگی به مواد یک بیماری قابل پیشگیری و قابل درمان است و مداخلات پیشگیری و درمان موثر در دسترس هستند. بهترین نتایج زمانی به دست می‌آیند که رویکرد چندرشته‌ای جامع شامل مداخلات متنوع دارویی و روان‌شناختی برای پاسخ به نیازهای گوناگون در دسترس باشد. ملزومات عرضه درمان مبتنی بر شواهد و هزینه‌های آن به مراتب از هزینه‌های غیرمستقیم ایجادشده توسط وابستگی به مواد درمان نشده (شامل هزینه‌های زندان، بیکاری، نیروی پلیس و عوارض سلامتی) بیشتر است. مطالعات پژوهشی نشان می‌دهد که هزینه‌های صرف‌شده برای درمان از طریق کاهش قربانیان جنایت‌ها و هزینه‌های انتظامی-قضایی به اجتماع سود می‌رساند. حداقل نسبت پس‌انداز در تخصیص اعتبار برای درمان اعتیاد ۳ به ۱ است و هنگامی که هزینه‌های همراه با جنایت‌ها، سلامت و تولید اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، میزان پس‌انداز به سرمایه‌گذاری به ۱۳ به ۱ افزایش می‌یابد. این پس‌اندازها می‌تواند در مناطق محروم که فرصت‌ها برای آموزش، اشتغال و حمایت‌های اجتماعی اندک است وضعیت را ارتقاء دهد، امکانات بیشتری برای بازسازی اقتصادی به خانواده‌ها می‌دهد و نتیجتاً منجر به توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌گردد. افراد وابسته به مواد در سیستم انتظامی-قضایی ممکن است در معرض خطر بالاتری برای پیامدهای بهداشتی و اجتماعی وابستگی به مواد باشند. مصرف مواد درون زندان شامل الگوهای آسیب‌رسان-تری می‌شود که منجر به افزایش احتمال آلودگی با بیماری‌های عفونی مثل HIV و هپاتیت می‌شود. پتانسیل زندان در ایجاد آسیب نباید نادیده گرفته شود.

در یک سند مختصر سیاست‌های WHO/UNODC/UNAIDS درباره کاهش انتقال HIV از طریق درمان وابستگی به مواد توصیه شده است که با توجه به ظرفیت درمان وابستگی به مواد در کاهش رفتارهای پرخطر، درمان وابستگی به مواد باید در تمام برنامه‌های پیشگیری HIV/AIDS در مصرف‌کنندگان مواد تزریقی گنجانده شود.

این مقاله *نه اصل (principal)* کلیدی برای ایجاد خدمات درمان اختلالات مصرف مواد را ترسیم می‌نماید. با توجه به این که در برخی مناطق منابع محدود است، اولویت‌بندی در تخصیص منابع باید صورت گیرد. در این گونه مواقع لازم است یک پاسخ به اختلالات مصرف مواد به عنوان «سنگ بنا» تعیین شده و با تامین منابع بیشتر مداخلات متنوع‌تر و پیشرفته‌تر ایجاد و در نظام درمان ادغام شود. بسته به منابع مالی و انسانی در دسترس و سطح کیفی نظام سلامت موجود در هر کشور، *اقدامات (actions)* پیشنهادشده توسط سند حاضر می‌تواند به صورت پیشرونده و تدریجی با در نظر گرفتن *اجزاء (components)* ترسیم‌شده برای هر اصل بعنوان چارچوب کلی اجرا شود.

## اصل یک - وجود و در دسترس بودن درمان وابستگی به مواد

منطق و توصیف

اگر افراد وابسته به مواد به پیوستاری از خدمات درمان و بازتوانی موجود و ارزان دسترسی داشته باشند، این بیماری و مشکلات اجتماعی و بهداشتی همراه آن به صورت موثری در اکثریت موارد قابل درمان است. برای این منظور لازم است تمام موانع محدودکننده دسترسی به خدمات درمان به حداقل رسانده شود تا بیماران به درمان‌هایی که به بهترین نحو با نیازهایشان تناسب دارد، دسترسی داشته باشند.

اجزاء

عوامل مختلفی روی قابلیت دسترسی به درمان اثر می‌گذارند:

### ▪ دسترسی جغرافیایی، توزیع و پیوندها

- نظام مراقبت سلامت و شبکه‌های سلامت عمومی با همکاری خدمات اجتماعی و کل اجتماع می‌توانند خدمات پیشگیری و درمان اساسی تامین نمایند و از کسانی که اختلالات مصرف مواد دارند حمایت نمایند. خدمات اجتماعی و سایر نهادها (برای مثال مدرسه، سازمان‌های جامعه مدنی و گروه‌های خودیاری) می‌توانند بعنوان نقاط تماس برای بیماران بالقوه عمل کنند و به آنها برای دسترسی به درمان کمک نمایند.
- در یک نظام جامع درمان برای ایجاد پاسخ کافی در هر اجتماع یک شبکه با مقیاس بزرگ و توزیع یافته از تسهیلات درمان که می‌تواند به نیازهای گوناگون افراد در جستجوی درمان پاسخ دهد، لازم است.
- خدمات پایه پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد باید در محدوده دسترسی مردم با سطوح مختلف درآمد باشد.
- درون پیوستار مراقبت، افراد وابسته به مواد باید از طریق نقاط ورود چندگانه توانایی دسترسی به خدمات درمان داشته باشند.
- خدمات افزایش دسترسی بعنوان بخشی از پیوستار مراقبت لازم است به جمعیت‌های «پنهان» که بیشتر از مصرف مواد متاثر گشته‌اند و اغلب انگیزه برای درمان ندارند یا بعد از ورود به درمان عود می‌کنند دسترسی داشته باشد. خدمات افزایش دسترسی برای جذب زودرس مصرف‌کنندگان مشکل‌آفرین مواد و برقراری تماس با جمعیت با اختلالات شدید که به علت انگ و طرد اجتماعی در جستجوی درمان بر نمی‌آیند، اهمیت دارد.

▪ تناسب زمانی و انعطاف‌پذیری ساعات کار: پذیرش در روز مراجعه یا زمان انتظار کوتاه برای خدمات ساختار یافته همراه با پیش‌بینی خدمات حدواسط فوری شامل اطلاعات برای بیماران. دامنه وسیعی از ساعات کار دسترسی به خدمات را برای افرادی که مسئولیت‌های شغلی یا خانوادگی دارند تسهیل می‌نماید.

▪ چارچوب قانونی: ملزومات ثبت نام معتادان در اسناد رسمی، اگر همراه با خطر مجازات باشد ممکن است بیماران را از شرکت در برنامه‌های درمان براند و دسترسی را کاهش دهد.

- در دسترس بودن خدمات آستانه پایین: انعطاف‌پذیری در سازمان خدمات درمان دسترسی را برای دامنه وسیعی از افرادی که نیازمند آن هستند بهبود می‌بخشد. این شامل در دسترس بودن خدمات آستانه پایین برای پذیرش بیمار و حذف معیارهای انتخاب غیرضروری است.
- توانایی پرداخت (affordability): هزینه خدمات درمان و بازتوانی می‌تواند یک مانع جدی برای بیماران کم‌درآمد باشد. بنابراین پوشش بیمه یا وارد کردن مراقبت وابستگی به مواد در نظام مراقبت سلامت عمومی می‌تواند نقش کلیدی در ارتقاء دسترسی بیماران برای افرادی که بیشترین نیاز به آن را دارند باشد.
- تناسب فرهنگی و دوستداری مصرف‌کننده (cultural relevance and user friendliness): دانش فعلی نشان می‌دهد که محیط درمان اگر به لحاظ فرهنگی حساس و ترجیحاً چندحرفه‌ای بوده و مشارکت بیمار و مداخله او را تشویق نماید، می‌تواند دسترسی بیمار به خدمات و ماندگاری او را تسهیل کند و نهایتاً برآیندهای درمان را ارتقاء دهد.
- پاسخده بودن (responsiveness): پاسخدهی به نیازهای چندگانه و تنوع جایگاه‌ها. در دسترس بوده خدمات تخصصی و جایگاه‌های اقلمتی مراقبت برای موارد عارضه‌دارتر و بیماران وابستگی به مواد همراه با اختلالات روانی یا جسمانی در افزایش دسترسی اهمیت اساسی دارند.
- نظام انتظامی - قضایی (criminal justice system): پاسخ‌های نظام انتظامی-قضایی نقش مهمی در ارتقاء دسترسی افراد مبتلا به وابستگی به مواد به خدمات درمان دارد: مقامات پلیس، دادگاه و زندان می‌توانند مشارکت نزدیک با نظام سلامت داشته باشند تا ورود به درمان افراد وابسته به مواد را تشویق نمایند.
- حساسیت به جنسیت در خدمات: خدمات متناسب‌شده با نیازهای درمان حساس به جنسیت دسترسی را از طریق پاسخ به انگ ناشی از تبعیض، نیازهای مراقبت کودک و مشکلات دوران بارداری افزایش می‌دهد.

اقدامات برای ارتقاء اصل یک

اطمینان حاصل نمایید که:

- ۱- نظام خدمات هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی نفوذ دارد و بر اساس نظام مراقبت اولیه سلامت شکل گرفته است. اجزاء کلیدی شامل: افزایش دسترسی پرواکتیو، شناسایی زودرس، مداخلات آستانه پایین و مختصر در خدمات مراقبت اولیه و مراقبت اجتماعی، خدمات درمان وابستگی به مواد پایه و ارجاع به درمان از نظام قضایی است.
- ۲- چارچوب‌های قانونی محافظت از مجازات‌های بالقوه افراد جستجوکننده درمان را تضمین می‌کند.
- ۳- سازوکارهای ارجاع از پایین به بالا و از بالا به پایین خدمات متفاوت در نظام سلامت از و به سایر نهادها به منظور تسهیل یک پیوستار از مراقبت.
- ۴- تعداد افرادی که در لیست انتظار ورد به درمان هستند و زمان انتظار به حداقل رسانده می‌شود و پاسخ‌های حدواسط در دسترس هستند.

۵- نگرش کارکنان نسبت به بیماران پذیرنده و عاری از داروی است.

۶- خدمات هنجارهای فرهنگی را در نظر گرفته و به آنها احترام می‌گذارد.

۷- دیدگاه‌های بیماران در طراحی و ایجاد خدمات در نظر گرفته می‌شود.

۸- هزینه‌های نهایی خدمات در حدی قابل پرداخت برای بیماران است و در صورت ضرورت تخفیف داده می‌شود.

۹- خدمات زنان در تسهیلات در مراقبت اولیه و تسهیلات کودکان والدین وابسته به مواد با برنامه‌های درمان وابستگی به مواد در ارتباط نزدیک هستند.



## اصل دو – غربالگری، ارزیابی، تشخیص و برنامه‌ریزی درمان

### منطق و توصیف

بیمار مبتلا به اختلالات مصرف مواد اغلب نیازهای درمان چندگانه در حوزه‌های مشخص شخصی، اجتماعی و اقتصادی دارد که مورد توجه کافی قرار نخواهد گرفت، مگر از طریق بررسی علائم اعتیاد به روش استاندارد شده. همچون آنچه در سایر مشکلات سلامت یده می‌شود فرآیندهای تشخیصی و ارزیابی جامع مبنای رویکرد مشخص شده و موثر برای برنامه‌ریزی درمان و درگیر نمودن مشتری در درمان است.

### اجزاء

- غربالگری یک رویه ارزیابی مفید برای شناسایی افرادی است که مصرف مواد آن‌ها در حد خطرناک، آسیب‌رسان یا وابستگی بوده و رفتارهای پرخطر همراه (انتقال ویروس از طریق اشتراک سرنگ و/یا فعالیت جنسی محافظت نشده، رفتارهای بالقوه خشن و خطر خودکشی) دارند. ابزارهای استاندارد شده برای ارزیابی مصرف مواد و شدت آن وجود دارند که تعیین میزان کمک مورد نیاز را تسهیل می‌نمایند. این ابزارها در محیط‌های مختلف (نظام مراقبت بهداشتی اولیه، خدمات مشاوره و بهداشت مدرسه، برنامه‌های کمک به کارکنان در محل‌های کار) می‌تواند به کار گرفته شوند.

- ارزیابی و تشخیص ملزومات اصلی برای شروع درمان هستند. معیار تشخیصی که به صورت رایج در حوزه سلامت روان استفاده می‌شود معمولاً به وجود علائم در حد تشخیص اختلال مصرف مواد ارجاع دارد. تشخیص اختلالات روانی همراه به صورت ایده‌آل توسط یک روانپزشک انجام و پیگیری‌های لازم انجام می‌شود، البته با آموزش کافی سایر کارکنان مراقبت سلامت می‌توانند به صورت موفقیت‌آمیزی اختلالات مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی همراه را شناسایی و مدیریت کنند.

- ارزیابی جامع مرحله و شدت بیماری، وضعیت سلامت جسمانی و روانی، مزاج و خصوصیات شخصیتی فرد، وضعیت شغلی، خانواده و یکپارچگی اجتماعی و وضعیت قانونی را نشان می‌دهد. این کار عوامل محیطی و رشدی شامل تاریخچه کودکی و نوجوانی، تاریخچه و روابط خانوادگی، وضعیت‌های اجتماعی و فرهنگی و سابقه درمان را نشان می‌دهد. یک فرآیند ارزیابی کافی محیطی برای ایجاد ائتلاف درمانی و درگیر کردن بیمار در درمان فراهم می‌نماید.

- برنامه درمان تدوین شده با مشارکت بیمار، اهدافی مبتنی بر نیازهای شناسایی شده بیمار تعیین و مداخلاتی برای رسیدن به این اهداف را تدوین می‌کند. یک برنامه مراقبت یا درمان یک توصیف مکتوب از درمانی که قرار است تامین شود و سیر مورد انتظار آن فراهم می‌نماید. برنامه سپس به صورت دوره‌ای مورد پایش و بازبینی قرار می‌گیرد تا به وضعیت تغییر یابنده بیمار پاسخ دهد. در حالی که نتایج پژوهش‌های فعلی از تطبیق پروفایل بیماران با رویکردهای اختصاصی درمان حمایت نمی‌کند، شواهدی وجود دارد که پاسخ‌ها و مداخلات تطبیق داده شده با نیازهای مشتری متعاقب یک فرآیند تشخیصی جدی و ارزیابی وسیع برآیندهای درمان را ارتقاء می‌دهند.

### اقدامات برای ارتقاء اصل دو

اطمینان حاصل نمایید که:

۱- کارکنان مراقبت سلامت اولیه، کارکنان برنامه‌های کمک به کارکنان و کارکنان بخش سلامت/تامین حمایت‌های اجتماعی، مدارس و نظام-های انتظامی-قضایی از منافع غربالگری، شناسایی زودرس مصرف مواد و مداخلات مختصر آگاه هستند و برای به کار گرفتن ابزارهای غربالگری و بسته‌های مداخلات همراه آموزش دیده‌اند.

۲- رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد در تمام جایگاه‌های مرتبط (مراقبت اولیه سلامت، خدمات افزایش دسترسی، خدمات اورژانس، خدمات اجتماعی و ...) ارزیابی و برای پاسخ مناسب برنامه‌ریزی می‌شود.

۳- پروتکل‌های بالینی ملزومات ارزیابی جامع بیمار و تدوین برنامه درمان، پایش پیشرفت بیمار و بازبینی برنامه‌های مکتوب درمان مشخص شوند و کارکنان مرتبط برای برآورده ساختن این تکالیف آموزش داده شوند.

۴- مستندسازی و استانداردسازی کلیه قدم‌های درمان برای تمام کارکنان دخیل در برنامه درمان به منظور تضمین کیفیت درمان تمام بیماران لازم است.

## اصل سه – درمان مبتنی بر شواهد وابستگی به مواد

منطق و توصیف

عملکرد خوب و مبتنی بر شواهد و دانش تجمع یافته علمی درباره طبیعت وابستگی به مواد باید مداخلات و سرمایه گذاری در درمان وابستگی به مواد را هدایت کند. برای تایید مداخلات دارویی و روانی، اجتماعی در درمان وابستگی به مواد باید مشابه سایر رشته های پزشکی استانداردهای با کیفیت بالا به کار گرفته شود.

اجزاء

- دامنه ای از مداخلات مبتنی بر شواهد دارویی و روانی، اجتماعی مرتبط با مراحل مختلف بیماری و فرآیند درمان وجود دارد. هیچ درمان منفردی برای تمام بیماران مناسب نیست و مداخلات افتراق یافته و هدفمند به بهترین شکل به نیازهای اختصاصی هر یک از وضعیت های بالینی پاسخ می دهد. برای مثال بیماران با شدت متوسط ممکن است در جایگاه های مراقبت اولیه (برای مثال پزشکان عمومی آموزش دیده) درمان شوند در حالی که بیمارانی که با اختلال شدیدتر دارند، خصوصاً افرادی که از اختلالات روانپزشکی همراه رنج می برند ممکن است به مداخلات چندرشته ای شامل ارزیابی و مراقبت روانپزشکی نیاز داشته باشند.
- طول مدت کافی. در درمان بیماری های مزمن و پیچیده پیشگیری از عود و برنامه های درمان طولانی موثرترین راهبرد هستند و ممکن است در اشکال شدید وابستگی به مواد ضرورت داشته باشند. بنابراین تدوین رویکردهای مناسب برای تسهیل نگهداری طولانی مدت بیماران در درمان نقش کلیدی دارد.
- ترکیب روش های روانی، اجتماعی با مداخلات دارویی می تواند برآیندهای درمان را بهبود بخشد و باید برای بیماران به عنوان بخشی از رویکرد جامع درمان در نظر گرفته شود. نشان داده شده است یک جهت گیری درمانی کل نگر برای درمان بیمار به جای درمان اعتیاد نتایج بیشتری از نظر پیشگیری از عود دارد.
- تیم های چندرشته ای (multidisciplinary) شامل پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران و پرستاران به دلیل طبیعت چندعاملی وابستگی به مواد به بهترین وجه می توانند به نیازهای بیماران پاسخ دهند. درمان و مراقبت برای وضعیت های جسمانی (بیماری کبدی، عفونت، درد و غیره) و اختلالات روانپزشکی همراه با استفاده از مداخلات دارویی و روانی، اجتماعی می تواند به صورت قابل توجهی برآیندهای درمانی را بهبود بخشند.
- مداخلات مختصر (brief interventions). افرادی که مواد را به صورت آزمایشی و گهگاه مصرف می کنند، می توانند از غربالگری و مداخلات مختصر سود ببرند که یک گزینه موثر و اقتصادی در پیشگیری و درمان مراحل زودرس اختلالات مصرف مواد است.
- مداخلات افزایش دسترسی و آستانه پایین می تواند بیمارانی را که برای درگیر شدن در اشکال ساختاریافته درمان انگیزه ندارند پوشش دهد. این مداخلات یک بسته جامع از روش های پیشگیری از پیامدهای بهداشتی و اجتماعی وابستگی به مواد را تامین می نماید و اثربخشی خود را در پیشگیری از انتقال HIV/AIDS و سایر عفونت های منتقل شونده از راه خون نشان داده است.

- خدمات پایه (basic services) شامل سم‌زدایی، درمان با استفاده از داروهای آگونیست ترکیب‌شده با مداخلات روانی، اجتماعی وابستگی به ترکیبات افیونی، مشاوره، راهبردهای بازتوانی و حمایت اجتماعی که حمایت اساسی برای توقف یا کاهش مصرف مواد عرضه می‌کند، توزیع‌یافته و وسیعاً در دسترس باشند.
- محرومیت نظارت‌شده از نظر طبی برای بیمارانی که وابستگی شدید به مواد خاص (مانند ترکیبات افیونی، مواد خواب‌آور/آرام‌بخش و الکل) دارند و احتمال دارد عوارض ترک را تجربه کنند، لازم است. سم‌زدایی یک مرحله آماده‌سازی برای شروع برنامه‌های طولانی‌مدت پرهیزمدار است.
- داروهای نگهدارنده با اثربخشی اثبات‌شده در پیشگیری از عود و تثبیت بیماران وابسته به مواد فقط برای وابستگی به ترکیبات افیونی در دسترس است. این داروها به ۲ گروه اصلی تعلق دارند: آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های ترکیبات افیونی. دارودرمانی ترکیبات آگونیست یکی از موثرترین گزینه‌های وابستگی به مواد است وقتی دوز انفرادی‌شده آنها برای یک دوره چند ماهه یا چند ساله تجویز می‌شود. به صورت جایگزین یک گروه تعریف‌شده از بیماران وابسته به ترکیبات افیونی که سم‌زدایی شده‌اند و در حد بالایی صاحب انگیزه هستند می‌توانند یم داروی آنتاگونیست (نالترکسون) را بعنوان بخشی از درمان پیشگیری از عود دریافت کنند.
- مداخلات روانشناختی و اجتماعی در بازتوانی و پیشگیری از عود هم در جایگاه‌های سرپایی و هم در جایگاه‌های اقامتی موثر است. روان‌درمانی‌هایی همچون شناخت‌درمانی رفتاری، مصاحبه انگیزشی و قرارداد درمانی نتایج امیدبخشی نشان داده‌اند. مداخلات حمایت اجتماعی مثل برنامه‌های کاریابی، آموزش شغلی و توصیه و حمایت قانونی در تسهیل بازگشت به اجتماع موثر بوده‌اند.
- گروه‌های حمایت خودیاری گزینه‌های رسمی درمان را تکمیل می‌کنند و می‌توانند از مداخلات روانی، اجتماعی استاندارد شده حمایت کنند.
- تناسب اجتماعی- فرهنگی. لازم است روش‌شناسی‌های درمان مبتنی بر شواهد و راهبردها با وضعیت‌های متنوع منطقه‌ای، ملی و محلی سازگار شود و عوامل فرهنگی و اقتصادی را به حساب آورد.
- انتقال دانش و پژوهش بالینی مداوم در مناطق و جایگاه‌های مختلف نقش کلیدی در بهبود مداوم برنامه‌های درمان در دسترس بیماران دارد.
- آموزش کارکنان درمان از ابتدای فعالیت‌شان، داخل کردن آموزش‌ها در برنامه دروس دانشگاهی و تداوم آموزش در گسترش روش‌شناسی‌های مبتنی بر شواهد نقش کلیدی دارد.

اقدامات برای ارتقاء اصل سه

اطمینان حاصل نمایید که:

- ۱- منابع در دسترس برای مداخلات مبتنی بر شواهد سرمایه‌گذاری شود.
- ۲- یک نظام جامع درمان دامنه وسیعی از مداخلات دارویی و روانشناختی را عرضه می‌نماید. این دامنه شامل مداخلات با شدت‌های متنوع از مداخلات افزایش دسترسی آستانه پایین و مختصر تا درمان‌های ساختاریافته می‌شود.

- ۳- طول مدت مداخلات درمان توسط نیازهای فرد تعیین شوند و هیچ محدودیت از پیش تعیین شده‌ای برای طول مدت درمان وجود ندارد.
- ۴- هر جا ممکن است، کارکنان خدمات باید تشکیل یافته از تیم چندرشته‌ای باشد که به اندازه کافی در عرضه مداخلات مبتنی بر شواهد آموزش دیده‌اند.
- ۵- خدمات پایه شامل سم‌زدایی، درمان نگهدارنده با متادون همراه با مداخلات روانشناختی برای وابستگی به ترکیبات افیونی، مشاوره و حمایت اجتماعی در کل منطقه در دسترس باشد.
- ۶- موارد عارضه‌دارتر شامل بیماران با اختلالات جسمانی یا روانپزشکی همراه مراقبت کافی احتمالاً از طریق ارجاع به خدمات تخصصی دریافت نمایند.
- ۷- مداخلات روانشناختی خصوصاً رفتاردرمانی شناختی. مصاحبه انگیزشی و قرارداد درمانی، کاریابی و آموزش اشتغال، مشاوره و توصیه قانونی در بازتوانی و پیشگیری از عود اثربخشی خود را هم در جایگاه‌های بستری و هم در جایگاه‌های سرپایی نشان داده‌اند.
- ۸- مداخلات برای تناسب با محیط اجتماعی، فرهنگی که در آن به کار گرفته می‌شوند، سازگار شده و هماهنگ با پیشرفت‌های پژوهش به دست آمده در تمام نقاط جهان مداوماً به روز شود.

## اصل چهار – درمان وابستگی به مواد، حقوق بشر و کرامت انسانی

### منطق و توصیف

خدمات درمان وابستگی به مواد باید به وظایف حقوق بشر متعهد بوده و کرامت تمام افراد را به رسمیت بشناسد. این شامل پاسخ به حق بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای قابل دسترس سلامت و تندرستی و تضمین عدم تبعیض است.

#### اجزاء

- افراد وابسته به مواد نباید به علت مصرف مواد فعلی یا قبلی خود موضوع تبعیض واقع شوند.
- استانداردهای اخلاقی اعمال شده برای درمان وابستگی به مواد باید مشابه سایر وضعیت‌های مراقبت سلامت باشد که شامل حق خودمختاری و خودتعیین‌گری در جانب بیمار و وظیفه برای خیرخواهی (beneficence) و عدم زیان‌بخشی (nonmalficance) در جانب کارکنان درمان است.
- دسترسی به خدمات درمان و مراقبت شامل مداخلات برای پیشگیری از پیامدهای بهداشتی و اجتماعی مصرف مواد باید در تمام مراحل بیماری شامل افرادی که برای توقف مصرف انگیزه ندارند یا پس از درمان عود کرده‌اند و در طول اقامت در زندان تامین شود.
- همچون هر مداخله پزشکی دیگری درمان وابستگی به مواد چه دارویی و چه روانشناختی نباید به صورت اجباری انجام شود. استفاده از اجبار فقط در وضعیت‌های بحرانی و استثنایی که با خطر بالای آسیب به خود یا دیگران همراه است برپا دوره زمانی مشخص شده در قانون مجاز است.
- هنگامی که مصرف یا مالکیت مواد به مجازات‌های قانونی منجر می‌شود، عرضه درمان به عنوان جایگزین برای حبس یا سایر مجازات‌های قانونی به عنوان یک انتخاب به بیمار/مجرم پیشنهاد شود و گرچه این روش درجاتی از اجبار برای درمان را ایجاد می‌کند، بیمار مجاز است که درمان را رد نموده و به جای آن مجازات‌های قانونی را انتخاب نماید.
- تبعیض: نباید تحت هیچ شرایطی بیماران موضوع تبعیض چه به صورت جنسیتی، نژادی، مذهبی، باور سیاسی یا وضعیت سلامتی، اقتصادی، قانونی یا اجتماعی قرار گیرند.
- حقوق بشر برای بیماران وابستگی به مواد: هرگز نباید در پسرزمینه درمان و بازتوانی وابستگی به مواد حقوق بیماران محدود شود. عملکردهای تحقیرکننده و غیرانسانی و مجازات هرگز نباید بخشی از درمان وابستگی به مواد باشد.

### اقدامات برای ارتقاء اصل چهار

اطمینان حاصل نمایید که:

- ۱- چارچوب قانونی پیروی از حقوق بشر را در خدمات درمان و بازتوانی تضمین می‌نماید.

- ۲- ارائه خدمات نیاز به کارکنانی دارد که به اندازه کافی از فرآیندهای درمان مطلع هستند، برنامه‌های مراقبت انفرادی شده را با مشارکت بیماران تدوین می‌کنند، پیش از شروع مداخلات از بیمار رضایت آگاهانه می‌گیرند و گزینه قطع درمان در صورت تمایل را فراهم می‌نمایند.
- ۳- به حریم خصوصی بیماران باید احترام گذاشته شود: داده‌های بیماران شدیداً محرمانه است و کسب اجازه کتبی از بیمار قبل از استفاده از اطلاعات بیمار به هر مقصودی لازم است.
- ۴- کارکنان به صورت مناسب برای تامین خدمات در هماهنگی کامل با استانداردهای اخلاقی آموزش ببینند و نگرش‌های مبتنی بر احترام و به دور از انگ‌زنی نشان دهند.
- ۵- پیش‌بینی خدمات درمان طبی وابسته به میزان پیروی بیمار از دستورات درمانی ندارد.
- ۶- مداخلات پیشگیری و درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات مصرف مواد و پیامدهای سلامتی همراه در زندان نیز در دسترس باشد.
- ۷- برای پژوهش در حوزه درمان اعتیاد، همچون سایر رشته‌های پزشکی کمیته‌های اخلاق پزشکی پروتکل‌های درمان را مرور نموده و مجوز آن را صادر نمایند.

## اصل پنج – هدف قرار دادن زیر گروه‌ها و وضعیت‌های اختصاصی

### منطق و توصیف

زیر گروه‌های متعددی درون جمعیت مبتلا به اختلالات مصرف مواد نیاز به توجه اختصاصی و اغلب مراقبت تخصصی دارند. این زیر گروه‌های دارای نیازهای اختصاصی شامل نوجوانان، زنان، زنان باردار، افراد مبتلا به اختلالات همراه طبی و روانپزشکی، تن‌فروشان، اقلیت‌ها و افراد به حاشیه‌ای اجتماع هستند. یک فرد ممکن است به بیش از یکی از این گروه‌ها تعلق داشته باشد و نیازهای چندگانه داشته باشد.

اجرای راهبردهای کافی و تامین درمان متناسب برای این بیماران اغلب نیاز به رویکردهای هدفمند و افتراق یافته برای خدمات و ورود به درمان، مداخلات بالینی، جایگاه‌های درمان و سازمان ارائه‌کننده خدمات دارند که به بهترین نحو به نیازهای این گروه‌ها پاسخ دهند.

### اجزاء

- نوجوانان: به صورت ایده‌آل آموزش تخصص باید برای تمام مشاوران، کارکنان افزایش دسترسی و سایر کارکنان دخیل در درمان نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد در دسترس باشد و روانپزشکان باید بخشی از تیم‌های چندرشته‌ای باشند. تماس بیماران جوان که در مراحل اولیه بیماری هستند با افرادی که در مراحل پیشرفته‌تر بیماری هستند، از طریق خدمات درمان می‌تواند مخرب باشد و بنابراین هر جا ممکن است باید جایگاه‌های جداگانه‌ای برای درمان نوجوانان در نظر گرفته شود. برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات برای افراد جوان از همکاری نزدیک با خانواده‌ها و در صورت تناسب مدارس سود می‌برد.
- زنان: برخی خدمات و برنامه‌های درمان برای پاسخ به نیازهای اختصاصی مردان بزرگسال شکل گرفته است. در اکثر فرهنگ‌ها مشکلات مصرف مواد زنان در حد بالایی با انگ همراه است، گرچه مسدولیت‌های سنگین مراقبت از خانواده‌ها را بر عهده دارند. به عنوان نتیجه دسترسی زنان به خدمات درمان می‌تواند به صورت قابل توجهی محدود شود. بعلاوه زنان با توجه به وضعیت روانشناختی و اختلالات روانپزشکی همراه نیازهای اختصاصی برای درمان نشان دهند. تداوم مصرف مواد بر روی سلامت جنسی و باروری آنها تاثیر می‌گذارد. خدمات پاسخگو به زنان باید تمام نیازهای زنان را در طراحی و عرضه خدمات مورد توجه قرار دهند که شامل محل، کارکنان، تدوین برنامه، مناسب بودن برای کودک، محتوی و مواد می‌شود.
- زنان باردار: در بسیاری مناطق تقریباً یک سوم زنان وابسته به مواد در سنین باروری هستند، بنابراین احتمال بارداری باید در نظر گرفته شود و انجام آزمایش داوطلبانه از نظر بارداری باید در دسترس باشد. بارداری‌های این جمعیت باید پرخطر در نظر گرفته شود. این موضوع درمان این بیماران را تبدیل به یک کار تخصصی می‌کند که نیاز به رویکرد چندتخصصی شامل مراقبت پیش از تولد می‌شود. استانداردهای مبتنی بر شواهد دارودرمانی وابستگی به ترکیبات افیونی در طول بارداری در دسترس است. اگر مادر به آن تمایل داشته باشد و کنتراندیکاسیونی وجود نداشته باشد، شیردهی باید مورد حمایت قرار گیرد. این مراقبت تخصصی فرصتی است برای تعامل زودرس مبتنی بر مدیریت مورد برای عوامل خطرزای بیشتر است.



- افراد با بیماری‌های همراه پزشکی (هیپاتیت B، C، HIV، TB و سیروز): کسانی که وابستگی به مواد دارند باید همان میزان از دسترسی به درمان و مراقبت اختلالات پزشکی همراه داشته باشند که سایر افراد جامعه. برای بیماران وابسته به ترکیبات افیونی تامین درمان نگهدارنده می‌تواند پیروی از رژیم‌های درمانی HIV، TB و هیپاتیت را افزایش دهد. مشاوره انفرادی یا با اعضاء خانواده در صورت درخواست یک جزء مهم در رویکرد جامع درمان است.
- افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی همراه: پژوهش‌ها شیوع بالای اختلالات شخصیتی، عاطفی و روانپزشکی همراه را در میان بیماران وابسته به مواد نشان می‌دهد. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد که ماندگاری بیمار و برآیندهای درمان اعتیاد با تشخیص و درمان کافی این اختلالات همراه روانپزشکی مرتبط هستند. بعنوان نتیجه خدمات درمان می‌تواند اثربخشی‌شان را از طریق غربالگری اختلالات روانپزشکی و درمان سایکوفارماکولوژیکال کافی با در نظر گرفتن نداخلات دارویی احتمالی ارتقاء دهند.
- تن‌فروشان: نسبت قابل توجهی از افراد وابسته به مواد ممکن است برای تهیه هزینه مصرف مواد اقدام به تن‌فروشی نمایند. این افراد در معرض خطر افزایش یافته برای عفونت، قربانی شدن، خشونت و طرد اجتماعی هستند. مداخلات معطوف به این گروه اختصاصی باید افزایش دسترسی را در اولویت قرار دهند و یک بسته جامع مداخلات برای پیشگیری از عفونت HIV، هیپاتیت و سایر بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی عرضه نمایند. منابع معیشت پایدار می‌توانند از طریق حمایت اجتماعی و برنامه‌های بازتوانی عرضه شوند.
- اقلیت‌های نژادی (ethnic minorities): ممکن است با موانع خاصی برای دسترسی به خدمات درمان مواجه باشند که شامل مشکلات زبانی می‌شود. این موضوع و تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی باید هنگام سازمان‌دهی تسهیلات درمان در نظر گرفته شوند. عوامل واسطه فرهنگی می‌تواند در دسترسی به این بیماران و کمک به آنها برای شرکت در درمان دخیل باشد.
- افراد حاشیه‌ای/خیابانی: یک بسته کامل کمک‌های اجتماعی و حمایت به منظور پاسخ به نیاز معیشت پایدار برای تمام بیماران معتادی که در خیابان زندگی می‌کنند، بیخانمان، بیکار و طردشده از خانواده‌هایشان هستند، باید در دسترس باشد. خوابگاه‌ها، کوپن‌ها، غذای رایگان و فرصت‌های شغلی موقت عرضه شده همراه با خدمات اجتماعی موازی با خدمات درمان از تثبیت بیماران حمایت خواهد کرد.

## اقدامات برای ارتقاء اصل پنج

اطمینان حاصل نمایید که:

- ۱- تامین خدمات درمان و پروتکل‌های بالینی ملزومات بیماران با نیازهای اختصاصی را در نظر می‌گیرند.
- ۲- ارزیابی‌های بیماران تا اندازه‌ای جامع هستند که مداخلات وسیع طبی و روانشناختی را مقدور می‌سازند.
- ۳- ادغام یافتگی خدمات یا حداقل وجود عملکردهای استاندارد برای ارجاع به منظور تامین تداوم مراقبت بیماران با وضعیت‌های همراه و به حداقل رساندن خطر از دست دادن بیمار همچنین به علت عدم پیروی از درمان راه‌اندازی شود.
- ۴- آموزش اختصاصی برای کسانی که با بیماران روانپزشکی، اطفال، زنان و بیماران باردار کار می‌کنند در دسترس باشد.

۵- سیاست‌های موجود درمان و راهنماهای یکپارچه‌سازی و پیوند درمان وابستگی به مواد و بیماری‌های عفونی را تسهیل نماید به طوری که درمان در دسترس و مبتنی بر شواهد هر دو تضمین گردد.

۶- خدمات درمانی با نیازهای بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد از گروه‌های اقلیت متناسب شود . هر جا ضرورت دارد برای به حداقل رساندن موانع زبانی و فرهنگی مترجم تامین شود.

## اصل شش - درمان اعتیاد و سیستم انتظامی - قضایی

### منطق و توصیف

جنایات مرتبط با مواد در حد بالایی شایع هستند و بسیاری افراد به علت تخلفات مرتبط با مواد بازداشت می‌شوند. اینها شامل جرائم مرتبط با اثرات دارویی مواد، جرائمی که انگیزه آن تامین پول برای تهیه مواد بوده است و جرائم مرتبط با توزیع مواد می‌شود. نسبت قابل توجهی از کسانی که وارد سیستم انتظامی - قضایی می‌شوند وابسته به مواد هستند.

عموماً، مصرف مواد باید بعنوان یک وضعیت مراقبت سلامت دیده شود و حتی الامکان مصرف‌کنندگان مواد باید در نظام سلامت درمان شوند و نه در نظام قضایی.

مداخلات برای افراد وابسته به مواد در نظام قضایی باید درمان را بعنوان یک جایگزین برای حبس مورد توجه قرار دهد و همچنین برای افرادی که در حبس هستند و پس از ترخیص درمان وابستگی به مواد تامین نماید. هماهنگی موثر میان نظام درمان وابستگی به مواد و نظام قضایی برای توجه به مشکلات توأم مصرف مواد مصرف مواد مرتبط با جنایت و نیزاهای مراقبت و درمان افراد وابسته به مواد ضروری است.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان وابستگی به مواد در حد بالایی در کاهش جنایت موثر است. درمان و مراقبت به عنوان جایگزین زندانی شدن یا درمان شروع‌شده در زندان همراه با حمایت برای بازگشت مجدد به اجتماع پس از ترخیص خطر عود مصرف مواد انتقال HIV و بروز مجدد جنایت را کاهش می‌دهد و منافع قابل توجهی برای سلامت فرد و اجتماع دارد.

### اجزاء

- روش‌های جایجایی از نظام قضایی به درمان: درمان باید بعنوان یک جایگزین زندان یا سایر مجازات‌های قانونی برای مجرمان وابستگی به مواد در دسترس باشد. این روش‌ها افراد وابسته به مواد را از نظام قضایی خارج و به برنامه‌های درمان و بازتوانی می‌فرستد و با اتکا به حکم اجباری دادگاه مواد اجازه می‌دهد به جای مجازات قانونی بیمار به درمان ارجاع گردد. در این مدل قطع درمان مجازات‌های قانونی را در پی خواهد داشت. به این صورت درمان به عنوان یک جایگزین حبس و سایر مجازات‌های قانونی عرضه می‌شود، اما این کار بدون رضایت بیمار انجام نمی‌شود.
- اصول حقوق بشر توصیف‌شده در بخشی جداگانه از این سند برای تمام افراد متهم به جنایات مرتبط با مواد غیرقانونی کاربرد دارد. افراد وابسته به مواد حق دارند که درمان و مراقبت سلامت با کیفیت مشابه مراکز موجود در اجتماع دریافت کنند.
- تداوم خدمات: باید در زندان مداخلات اختصاصی برای کاهش رفتار پرخطر از نظر بیماری‌های عفونی در دسترس باشد. اگر زندانیان دچار علائم ترک شوند درمان باید مطابق عملکردهای موفق شروع شود. برای آن دسته از زندانیانی که پیش از حبس در درمان بودند درمان پزشکی، خصوصاً درمان داروشناختی نباید هنگام ورود به زندان قطع شود. تسهیلات اختصاصی برای زنان باردار و مادران دارای فرزند کوچک برای تامین بهترین شکل رابطه مادر- فرزند مورد نیاز است. مداخلات روانی، اجتماعی شامل آموزش شغلی می‌تواند بازگشت مجدد به اجتماع را پس از ترخیص تسهیل نماید.

▪ تداوم مراقبت در اجتماع: تداوم مراقبت متعاقب ترخیص از زندان برای بازگشت مناسب مجرمان وابسته به مواد به اجتماع نقش اسای دارد. بدون دسترسی آسان به آموزش، فرصت‌های شغلی، اسکان، بیمه و مراقبت سلامت شامل درمان وابستگی به مواد، افراد ترخیص‌شده از زندان در معرض خطر بالاتری برای عود مصرف و مرگ‌ومیر مرتبط و ایجاد بار برای اجتماع هستند.

▪ نه حبس و نه کار اجباری به عنوان روشی علمی برای درمان اختلالات مصرف مواد به رسمیت شناخته شده‌اند.

اقدامات برای ارتقاء اصل شش

اطمینان حاصل نمایید که:

۱- چارچوب قانونی برای اجرای کامل گزینه‌های درمان و مراقبت برای مجرمان خصوصاً درمان به عنوان جایگزین حبس و درمان دارویی و روانشناختی در زندان وجود دارد.

۲- سازوکارهای تضمین‌کننده‌ی هماهنگی میان نظام قضایی و نظام درمان وابستگی به مواد موجود و عملیاتی باشد. این سازوکارها و کار مشارکتی اجرا و پایش رویکردهای جابجایی همچون درمان جایگزین حبس را ارتقاء می‌دهد.

۳- به زندانیان مصرف‌کننده مواد دامنه‌ای از خدمات درمان و مراقبت شامل پیشگیری از انتقال بیماری‌های منتقل‌شونده از راه خون، درمان‌های دارویی و روانشناختی وابستگی به مواد، بازتوانی، آمادگی برای ترخیص و پیوند با خدمات موجود در جامعه عرضه شود.

۴- کارکنان نظام قضایی و زندان از نیازهای مجرمان وابسته به مواد آگاه باشند و برای حمایت از مداخلات پیشگیری و درمان در جایگاه‌های تادیبی حمایت نمایند.

۵- کارکنان عرضه‌کننده درمان وابستگی به مواد (چه کارکنان مسوول سلامت زندان و کارکنان خارجی) در تامین درمان مبتنی بر شواهد و استانداردهای اخلاقی آموزش دیده باشند و نگرش‌های محترمانه و به دور از داوری نشان دهند.

۶- برای تداوم درمان بیماران پیوندها و ارجاع‌ها به نهادهای موجود در اجتماع در نظام قضایی ایجاد شود.

## اصل هفت – مشارکت اجتماع و آموزش بیمار

### منطق و توصیف

یک پاسخ مبتنی بر اجتماع به مصرف و وابستگی مواد می‌تواند از تغییرات رفتاری حمایت نموده و تغییرات رفتاری را در اجتماع تشویق نماید. چنین پاسخی می‌تواند در اثر تغییر پارادایم از عرضه خدمات دستوری به عرضه خدمات مشارکتی ایجاد گردد که برای آن مداخله فعال ذی‌نفعان محلی (سازمان‌های دولتی و غیردولتی، بخش خصوصی، رهبران اجتماع، سازمان‌های مذهبی و شفاهدنگان سنتی)، اعضای اجتماع (خانواده‌ها) و جمعیت‌های هدف مورد نیاز تا احساس تعلق و شبکه‌ای از خدمات مراقبت سلامت مبتنی بر اجتماع ایجاد گردد.

### اجزاء

- هدف از مشارکت فعال بیمار ارتقاء احساس تعلق و مسئولیت‌پذیری، تغییر در رفتار فرد و ارتقاء کیفیت و استفاده از خدمات سلامت است.
- پاسخگویی به اجتماع. لازم است فرآیند تدوین خدمات به دامنه وسیعی از منافع اجتماعی پاسخگو و شکل‌گرفته بر اساس آنها باشد. اهمیت این موضوع به صورت فزاینده‌یی تشخیص داده شده است. استفاده‌کنندگان خدمات و اجتماع نقش مهمی در کمک به شکل‌گیری رویکردی دارند که پاسخگویی متناسب و مسئولیت‌پذیری تمام اشخاص درگیر در عرضه خدمات را تضمین نماید.
- مداخلات معطوف به اجتماع می‌تواند حمایت اجتماع را از افرادی که مشکلات مصرف مواد دارند افزایش و دیدگاه حمایت‌کننده عمومی و سیاست‌های بهداشتی را ارتقا دهد. اطلاع‌رسانی و توانمندسازی اجتماع می‌تواند همچنین به کاهش تبعیض و طرد اجتماعی کمک نماید. انگ‌زدایی از افراد مبتلا در بهبود دسترسی به درمان و بازگشت مجدد به جامعه نقش اسای دارد.
- ادغام (mainstreaming) درمان وابستگی به مواد در مداخلات سلامت و مراقبت اجتماعی نه تنها درمان شمار بیشتری از بیماران را مقدر می‌سازد، بلکه همچنین تغییر پارادایم درون جامعه برای شناسایی وابستگی به مواد بعنوان یک احتلال چندعاملی را ارتقاء می‌دهد.
- پیوندها. ایجاد پیوند میان خدمات درمان وابستگی به مواد و خدمات بیمارستان مثل بخش‌های اورژانس، بخش‌های عفونی و داخلی و خدمات اجتماعی تخصصی مثل اسکان، آموزش شغلی و کارایی نقش کلیدی دارد. ادغام درمان وابستگی به مواد و روانپزشکی ماندگاری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی همراه را افزایش و مرگ‌ومیر را کاهش می‌دهد.
- سازمان‌های غیردولتی می‌توانند نقش قابل توجهی در تامین خدمات برای بیماران وابستگی به مواد هماهنگ با نظام سلامت عمومی بازی کنند. آنها می‌توانند خصوصاً در فرآیند ارتقاء درمان و تسهیل بازتوانی و بازگشت مجدد به اجتماع کمک کنند ه باشند.

اقدامات برای ارتقاء اصل هفت

اطمینان حاصل نمایید که:

- ۱- جمعیت‌های هدف، خانواده‌هایشان، اعضاء اجتماع و سازمان‌های محلی به صورت فعال در برنامه‌ریزی، اجرا و پایش مداخلات درمان وابستگی به مواد دخیل هستند.
- ۲- خدمات در شبکه‌های مراقبت سلامت عمومی و مراقبت اجتماع ادغام شوند و پیوندهایی با تمام شرکاء مرتبط در اجتماع ایجاد نمایند.
- ۳- کارکنان خدمات مراقبت سلامت اولیه، بهداشت روان و خدمات مراقبت اجتماعی برای انجام آزمایش غربالگری مصرف مواد، اختلالات مصرف مصرف مواد و عرض مداخلات مختصر آموزش ببینند.
- ۴- خدمات یک رابطه نزدیک بین‌فردی درمانگر- بیمار و ائتلاف درمانی مشترک در مورد اهداف و روش‌های برنامه را ارتقاء می‌دهد و به صورت دوره‌ای بازخورد بیمار در مورد خدمات تامین‌شده را جمع‌آوری می‌نماید.
- ۵- خدمات خانواده‌های بیماران را در فرآیند درمان مشارکت داده و حمایت نماید و برای اعضاء خانواده حمایت تامین نماید.
- ۶- سازمان‌های دولتی و غیردولتی با یکدیگر همکاری نموده و در ایجاد یک شبکه ادغام یافته در اجتماع مداخله می‌نمایند.
- ۷- بیماران، خانواده‌ها و اعضاء اجتماع به صورت فعال در ارتقاء مشکلات مواد اجتماع مشارکت می‌نمایند و در تغییر ادراک عمومی در مورد وابستگی به مواد به سمت یک مدل بیماری مزمن پیچیده نقش داشته باشند.
- ۸- یک راهبرد آموزشی و اطلاع‌رسانی طولانی مدت برای جمعیت عمومی برای گسترش مفهوم اعتیاد به عنوان یک بیماری عمومی به کار گرفته می‌شود و ارزش درمان مبتنی بر شواهد را ارتقاء می‌دهد.

## اصل هشت – حاکمیت بالینی در خدمات درمان وابستگی به مواد

### منطق و توصیف

خدمات درمان وابستگی به مواد نیاز به یک روش پاسخگو، کارآمد و موثر حاکمیت بالینی (clinical governance) دارد که دستیابی به اهداف آن را تسهیل می‌کند.

لازم است سازمان خدمات بازتاب‌دهنده شواهد پژوهشی موجود بوده و به نیازهای استفاده‌کنندگان از خدمات پاسخگو باشد. سیاست‌ها، برنامه‌ها، رویه‌ها و سازوکارهای هماهنگی باید از پیش تعریف‌شده و برای تمام اعضای تیم درمانی، اجرایی و جمعیت هدف روشن باشد.

### اجزاء

- سیاست و پروتکل‌های خدمات یک فهم همگانی از فلسفه برنامه درمانی، اهداف و عینیات، مدیریت راهبردی، رویکرد درمان، جمعیت هدف و برنامه‌ها و رویه‌ها را تبیین و تسهیل می‌کند. آنها جزئیاتی همچون کارکنان، مدیریت توسعه و منابع انسانی، دسترسی و ارجاع اطلاعات و سیاست‌ها، محیط فیزیکی، اقامت و غذا و سیاست‌های عملیاتی را تامین می‌کنند.
- پروتکل‌های درمان اسناد مکتوبی هستند که جزئیات رویه‌های ارزیابی، برنامه‌ریزی مراقبت و تامین درمان را شامل می‌شوند. این جزئیات شامل معیارهای ورود بیمار، ارزیابی، برنامه‌ریزی مراقبت و بازبینی برنامه مراقبت و تکمیل درمان می‌شود و به روشنی مشخص می‌کند در هر یک از مراحل درمان چه کسی درگیر خواهد بود.
- کارکنان با کیفیت: لازم است تعریف روشنی از نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان وجود داشته باشد و آموزش مداوم متناسب برای عرضه خدمات با کیفیت تامین شود. وجود سازوکارهایی برای ارزیابی کارکنان و ارتقاء شغلی آنها شامل آموزش و ماموریت‌های آموزشی برای حفظ استانداردهای بالا ضروری است.
- نظارت و سایر اشکال حمایت برای پیشگیری از کاهش انگیزه‌های کارکنان ضروری است. هر گروه کاری نیاز به آموزش اختصاصی دارد تا به صورت موفقیت‌آمیزی با افراد وابسته به مواد کار کنند. سیاست‌های ملی می‌تواند استانداردهای آموزش مداوم مورد نیاز به منظور استانداردسازی و گواهی کیفیت کارکنان درمان وابستگی به مواد تعیین نماید. ادغام خدمات وابستگی به مواد در مراقبت سلامت اولیه نیاز به آموزش کافی در مورد اختلالات مصرف مواد در دوره آموزشی پزشکان عمومی دارد. علاوه بر برنامه‌های دوره‌های تحصیلی، دوره‌های آموزشی با مدول‌های آموزشی الکترونیک می‌تواند آموزش بیشتر کارکنان درمان را تسهیل نماید.

- منابع مالی. منابع مالی کافی برای اطمینان از عرضه متناسب خدمات مورد نیاز است و مدیریت مالی مناسب و سازوکارهای پاسخگویی باید به کار گرفته شوند. هر جا ممکن است هزینه‌های آموزش کارکنان و هزینه‌های ارزشیابی باید در بودجه مرتبط در نظر گرفته شود.
- ساختارهای ارتباطات و شبکه‌سازی خدمات درمان و وابستگی به مواد عرضه‌کننده برنامه‌های گوناگون و سایر نهادهای مرتبط مثل پزشکان عمومی، متخصصان (برای مثال روانپزشکان، متخصصان عفونی و غیره) و خدمات اجتماعی باید ایجاد و ارجاع موثر و تداوم مراقبت را تامین نماید.
- نظام‌های پایش یک عنصر اساسی در خدمات درمان است که می‌خواهند میزان پاسخدهی خدمات به نیازهای مشتریان را درک کنند و برای ارزیابی کیفی سیستم ارزشیابی و بازخورد تامین کنند. نظام‌های ثبت شامل اطلاعات بیماران، خدمات عرضه‌شده، مدیریت منابع انسانی و لیست حقوقی باید اصل رازداری را رعایت نمایند.
- به‌روزرسانی خدمات. طبیعت مصرف مواد و مشکلات مرتبط در اجتماع در طول زمان تغییر می‌کند و در نتیجه لازم است خدمات برنامه‌های خود را به منظور پاسخ به نیازهای تغییریابنده مشتریانشان سازگار نمایند. همچنین لازم است خدمات بر اساس بازخورد بیماران، خانواده‌های بیماران و اجتماع به همراه نتایج پایش و ارزشیابی کیفیت و عملکرد خود را بهبود بخشند.

## اقدامات برای ارتقاء اصل هشت

اطمینان حاصل کنید که:

- ۱- خدمات از استانداردهای کیفیت مورد نیاز برای اعتباربخشی به لحاظ سازمان، مدیریت و عرضه درمان پیروی می‌نمایند.
- ۲- سیاست‌ها و پروتکل‌ها مکتوب خدمات در دسترس بوده و برای تمام کارکنان شناخته شده است و عرضه خدمات را هدایت می‌کند.
- ۳- کارکنان کافی در مراکز درمان اعتیاد مشغول به کار هستند، کیفیت‌های لازم را دارند و آموزش‌های مداوم مبتنی بر شواهد، صدور گواهی، حمایت و نظارت دریافت می‌کنند.
- ۴- سیاست‌های انتخاب کارکنان، اشتغال و پایش عملکرد به روشنی مشخص شده است و همه از آن اطلاع دارند.
- ۵- یک منبع پایدار از منابع مالی در سوح کافی در دسترس است و مدیریت مالی مناسب و سازوکارهای پاسخگویی موجود باشد.
- ۶- به منظور تامین پیوستاری از مراقبت برای بیماران خدمات درمان و وابستگی مواد با خدمات عمومی و تخصصی سلامت و خدمات اجتماعی شبکه شده باشد.



۷- نظام‌های پایش در مورد خدمت و عملکرد کیفی نظام ارائه خدمات ارزشیابی و بازخورد تامین نماید.

۸- نظام‌های ثبت کافی موجود باشد و اصل رازداری اطلاعات بیمار حفظ گردد.

۹- خدمات از تغییرات روند مصرف مواد در اجتماع آگاه باشند و برنامه‌هایشان را برای اطمینان از پاسخگو بودن سازگار نمایند.

۱۰- برنامه‌های خدمات، قوانین و رویه‌ها به صورت دوره‌ای بر مبنای فرآیندهای مداوم بازخورد، پایش و ارزشیابی بازبینی شود.

## اصل نه – نظام‌های درمان: تدوین سیاست، برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی خدمات

### منطق و توصیف

یک رویکرد نظام‌مند به اختلالات مصرف مواد و بیماران نیازمند درمان به همراه برنامه‌ریزی و اجرا خدمات نیاز به یک توالی منطقی و قدم به قدم دارد که سیاست را به ارزیابی نیازها، برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی پیوند می‌دهد.

### اجزاء

- به عنوان یک گام اساسی، فرمول‌بندی یک سیاست درمان برای اختلالات مصرف مواد توسط مراجع مرتبط در دولت برای تدوین نظام‌های درمان و اجرای مداخلات موثر لازم است. یک سیاست درمان خوب بر اساس شواهد اثربخشی و هزینه – اثربخشی خواهد بود. سیاست‌های دولت وضعیت توسعه درمان اعتیاد به مواد را تعیین می‌کند و در ترکیب با خواست سیاسی می‌تواند پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در درمان و مراقبت بیماران وابسته به مصرف مواد ایجاد نماید. سیاست‌های موثر چندبخشی هستند و نقش و مسئولیت‌های کلیه شرکاء شامل بخش سلامت، بهزیستی، کار، سیستم انتظامی و قضایی و جامعه مدنی را تعریف می‌کنند.
- پیوند با پیشگیری. خدمات و نظام‌های درمان دامنه دسترسی را گسترده می‌نمایند وقتی همراه و در پیوند با مداخلات پیشگیرانه معطوف به جوانان، بزرگسالان و اجتماع‌ها برای تامین دانش، مهارت‌ها و فرصت‌ها برای اجتناب از رفتارهای پرخطر و انتخاب یک سبک زندگی سالم تدوین می‌شوند. تمام این مداخلات پیشگیری شامل مداخلات هدفمند برای جمعیت‌هایی که در معرض خطر مصرف مواد هستند تکمیل کننده خدمات برای افرادی است که مصرف مواد را شروع کرده‌اند. پیوند میان مداخلات پیشگیری و خدمات درمان منجر به افزایش ارجاع افرادی که شروع به مصرف مواد کرده‌اند می‌شود.
- هماهنگی میان بخش‌های مختلف (سلامت، بهزیستی، انتظامی و قضایی) و تعادل متناسب میان خدمات تخصصی و مراقبت اولیه بهترین نتایج را به بار می‌آورد. علاوه بر این در یک نظام جامع درمان سطوح گوناگونی از پیش‌بینی و تامین خدمات در دسترس خواهد بود.
- پیوستار مراقبت. یک سیاست خوب وابستگی به مواد سازوکارهای هماهنگی خدمات را ترسیم می‌نماید. با توجه به نیازهای چندگانه جسمانی، روانشناختی و اجتماعی افراد وابسته به مواد مراقبت هماهنگ‌شده در خدمات مختلف سلامت و بهزیستی برای جابجایی آسان میان مدالیته‌ها و خدمات در دستیابی به پیوستاری از مراقبت و نهایتاً دستیابی به برآیندهای درمانی مثبت نقش اساسی دارد.
- رویکرد چندرشته‌ای. چنین نظام درمان جامعی شامل گروه‌های حرفه‌ای گوناگون شامل پزشکان، روانپزشکان، پرستاران، روانشناسان، مددکاران، کاردرمانگرها و کارکنان سیستم انتظامی و قضایی (افسران آزادی مشروط، کارکنان زندان) می‌شوند.

سازمان‌های غیردولتی نقش بسیار مهمی در بسیاری از کشورها بازی می‌کنند و ادغام خدمات آنها در کل نظام درمان اهمیت اساسی دارد.

- ظرفیت‌سازی. دولت و نهادهای آموزش‌دهنده باید برای کسب اطمینان از در دسترس بودن کارکنان آموزش‌دیده در آینده برنامه‌ریزی کنند. این می‌تواند شامل ادغام درمان مواد در برنامه آموزشی دانشکده‌های پزشکی و پرستاری شود.
- تضمین کیفی، پایش و ارزشیابی. برای اطمینان از کیفیت شبکه درمان مواد یک نظام حاکمیت بالینی باید با خطوط روشن پاسخگویی بالینی، پایش مداوم سلامت بیمار، عوارض جانبی و ارزشیابی خارجی دوره‌ای تدوین شود.

## اقدامات برای ارتقاء اصل نه

اطمینان حاصل نمایید که:

- ۱- اسناد سیاست‌گذاری که فلسفه نظام درمان، عینیات، رویکردها، منابع مالی، نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکای مختلف توصیف می‌کنند، در دستری هستند و برای تمام شرکاء مرتبط شناخته شده‌اند. اطلاعات درباره تعداد، نوع و توزیع خدمات در دسترس و مورد انتظار در نظام درمان برای مقاصد برنامه‌ریزی و توسعه مفید خواهند بود.
- ۲- پیوندها میان پیشگیری از مصرف مواد، درمان وابستگی به مواد و پیشگیری از پیامدهای بهداشتی و اجتماعی مصرف مواد تعیین و عملیاتی شود.
- ۳- برنامه‌ریزی درمان بر اساس تخمین‌ها و توصیف‌های طبیعت و دامنه مشکل مواد و خصوصیات جمعیت نیازمند انجام شود.
- ۴- نقش‌های نهادهای ملی، منطقه‌ای و محلی در بخش‌های مختلف که مسئول عرضه درمان و بازتوانی وابستگی به مواد هستند تعریف شود و سازوکارهای هماهنگی موثر تدوین گردد.
- ۵- ترکیبی از خدمات مراقبت اولیه و خدمات تخصصی برای افراد وابسته به مواد متناسب با نیازهای جمعیت مبتلا و منابع محلی در دسترس باشد.
- ۶- تا آنجا که ممکن است، خدمات توسط کارکنان تیم‌های چندرشته‌ای شامل پزشکان، روانپزشکان، پرستاران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر کارکنان اداره شود.
- ۷- سازوکارهای عرضه آموزش‌های اولیه کافی و توسعه مداوم برای کارکنان دخیل در درمان و بازتوانی در دسترس باشد.
- ۸- استانداردهای کیفی خدمات وابستگی به مواد تعیین و پیروی از آن برای اعتباربخشی خدمات الزامی بوده و سازوکارهایی برای حاکمیت بالینی، پایش و ارزشیابی وجود داشته باشد.

## REFERENCES

مقدمه

- WHO (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. WHO, 2004.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence: thirtieth report. WHO technical report series; 873. WHO, 1998.
- WHO (2006) Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders.
- Volkow N (2005), *Pharmacol Ther.* 108:3-17
- UN Reference Group on the Prevention and Care of HIV/AIDS among Injecting Drug Users (2003).
- UK Dept of Health. NTORS at two year: changes in substance use, health and criminal behavior two years after intake. UK Dept of Health
- WHO, UNODC, UNAIDS (2004). Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use. Policy Brief: Reduction of HIV Transmission through Drug-Dependence Treatment, Geneva
- Engs R (ed.) In Controversies in the Addiction Field. Chapter 7, "The Biopsychosocial Model: Application to the Addictions Field."
- Hallfors D., Watson K (July 1998). Literature Review Organization of Drug Prevention Services in the Health Care Delivery System
- Crocq MA (2008) Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4: 355-361
- Hejazi NS (2008). Pharmacogenetic aspects of addictive behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4: 447-454
- Kalivas PW (2008). Cocaine and amphetamine – like psycho stimulants: neurocircuitry and glutamate neuroplasticity. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4: 389-397
- Kreek MJ (2008). Opioids, dopamine, stress, and the addictions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9,4: 363-378
- Lewy AJ, Rough JN, Songer JB, Kogan NM, Mechoulam R (2008). Cannabinoids in health and disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4:413-30.
- Paulus MP (2008). Neural basis of reward and craving – a homeostatic point of view. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4: 379-387

اصل یک- وجود و در دسترس بودن درمان وابستگی به مواد

- Gardner TJ, Kosten TR (2008) . Therapeutic options and challenges for substances of abuse . *Dialogues in Clinical Neuroscience*

اصل دو – غربالگری، ارزیابی، تشخیص و برنامه‌ریزی درمان

- WHO (1992) The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Poznyak V and Monteiro M (2003). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization. (Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_The\\_ASSIST\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf))

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V (2003). Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization. (Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_Brief\\_Intervention\\_for\\_Substance\\_Use.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf))

Finnegan LP, Kron RE, Connaughton JF, et al. (1975). Assessment and treatment of abstinence in the infant of the drug-dependent mother. *International Journal of Clinical Pharmacology and Biopharmacology* 12:19–32.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. (1996). Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Lipsitz PJ (1975). A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants: a pragmatic evaluation of its efficacy. *Clinical Pediatrics Substance Abuse and Mental Health Services Administration* 2004.

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9:199–213.

Sobell LC, Sobell MB (1992). Timeline followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods*. ed. RZ Litten and JP Allen, 41-72. Totowa: Humana Press.

اصل سه – درمان مبتنی بر شواهد وابستگی به مواد

WHO, UNODC, UNAIDS (2004) Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper.

Dole VP, Nyswander M (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA* 193:80-4.

Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E (1969). Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med* 280(25):1372-5.

Drucker E (1999). Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Rep* 114(1):14-29.

Eder H, Jagsch R, Kraigher D, Primorac A, Ebner N, Fischer G (2005). Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction* 100(8):1101-9.

Gaughwin M, Kliwer E, Ali R, Faulkner C, Wodak A, Anderson G (1993). The prescription of methadone for opiate dependence in Australia, 1985-1991. *Med J Aust* 159(2):107-8.

Gruber VA, Delucchi KL, Kielstein A, Batki SL (2008). A randomized trial of 6-month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21-day methadone detoxification. *Drug Alcohol Depend* (in press).

Hartel DM, Schoenbaum EE, Selwyn PA, Kline J, Davenny K, Klein RS, Friedland GH (1995). Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use. *Am J Public Health* 85(1):83-8.

Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *Journal of the American Medical Association* 267:2750–55.

H D. Kleber (2008). Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4:455-470

Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, et al. (2003). Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine* 349:949–58.

J. Lewy, Jennifer N. Rough, Jeannine B. Songer, Henning Krampe, Sabina Stawicki, Margret R. Hoehe, Hannelore Ehrenreich (2008). Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 4: 399-412

Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, et al. (1996). A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Archives of General Psychiatry* 53:401–07.

Sees KL, Delucchi KL, Masson C, Rosen A, Clark HW, Robillard H, Banys P, Hall SM (2000) Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 283(10):1303-10.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2004). National Survey on Drug Use and Health Report: Nonmedical Use of Prescription Pain Relievers. Office of Applied Studies. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Survey on Drug Use and Health from 2004 and 2005 [data files SAMHSA website]. September 8, 2005 and September 7, 2006. Available at: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduhLatest.htm> (Accessed July 25, 2007).

Strain EC, Moody DE, Stoller KB, et al. (2002). Bioavailability of buprenorphine solution versus tablets during chronic dosing in opioid-dependent subjects. *Drug and Alcohol Dependence* 66:176.

Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, et al. (1994). Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. *American Journal of Psychiatry* 151:1025–30.

Strain EC, Moody DE, Stoller KB, et al. 2002. Bioavailability of buprenorphine solution versus tablets during chronic dosing in opioid-dependent subjects. *Drug and Alcohol Dependence* 66:176.

اصل چهار - درمان وابستگی به مواد، حقوق بشر و کرامت انسانی

Gostin (1993). Compulsory Treatment for Drug-dependent Persons. In *Confronting Drug Policy*. Bayer R and Oppenheimer G, eds. Place Publisher

Bruce RD, Schleifer RA (2008). “Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention” *Int J Drug Policy*. Jan [Epub ahead of print]

Canadian HIV/AIDS Legal Network *Dependent on Rights* (2007): Assessing Treatment of Drug Dependence from a Human Rights Perspective.

<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=734>

Wodak, Alex (1998). “Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use” *Health and Human Rights*. 2 (4):24-41.

Wolfe D (2007). Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union. *Int J Drug Policy*. Aug;18(4):246-54. Epub 2007 Mar 23.

Elliott R, Csete J, Palepu A, Kerr T. Reason and rights in global drug control policy [editorial] (2005). *CMAJ*;172(5):655-6 and editorial at:

- <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/5/605>

Report from Human Rights Watch (2007): <http://hrw.org/pub/2007/hivaids/nowmorethanever1107.pd>  
Hard Time: HIV and Hepatitis C Prevention Programming for Prisoners in Canada" Canadian HIV Legal Network

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1217>

Additional Human Rights Watch's reports are listed at:

<http://hrw.org/campaigns/hivaids/testimony0205.htm>.

WHO, UNAIDS, UNODC (2006): HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response.

General Assembly Resolution 45/111, annex 45 U.N. GOAR Supp. (No. 49A) at 200, U.N. Doc. A/45/49 (1990)

United Nations Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 (December 1982).

World Health Organization Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons (1993). Geneva

UNAIDS's Statement on HIV/AIDS in Prisons to the United Nations Commission on Human Rights at its Fift-second session (April 1996).

اصل پنج - هدف قرار دادن زیرگروه‌ها و وضعیت‌های اختصاصی

WHO (2006) Basic Principles for Treatment and Psychosocial Support of Drug dependent People Living with HIV/AIDS.

Centers for Disease Control and Prevention (1998). Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. MMWR. 47(RR-19): 1-39.

Center for Substance Abuse Treatment (2004). Clinical guidelines for the use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction. TIP series 40. DHHS Pub 04-3939. Rockville MD: SAMHSA.

Ebner N, Rohrmeister K, Winklbaaur B, Baewert A, Jagsch R, Peternell A, Thau K, Fischer G (2007). Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women. Drug and Alcohol Dependence 87:131-138.

Edlin BR, Seal KH, Lorvick J, Kral AH, Ciccarone DH, Moore LD, Lo B, (2001). Is it justified to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? N Engl J Med 345: 221-214.

Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K, Jagsch R, Baewert A, Langer M, Aschauer H (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. Addiction 101(2): 275-281.

Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Goncales FLJr, Haussinger D, Diago M, Carosi G, Dhumeaux D, Craxi A, Lin A, Hoffman J, Yu J (2002). Peginterferon alpha-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. N Engl J Med 26;347(13): 975-82.

Gombas W, Fischer G, Jagsch R, Eder H, Okamoto I, Schindler S, Müller C , Ferenci P, Kasper S (2000). Prevalence and distribution of hepatitis C subtypes in patients with opioid dependence. European Addiction Research 6: 198-204.

Guadagnino, V., Trotta, M.P., Montesano, F., Babudieri, S., Caroleo, B., Armignacco, O., Carioti M, Monarca R, Antinori A for the Nocchiero Study Group (2007). Effectiveness of a multi-disciplinary

standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes. *Addiction* 102, 423-431.

Hallinan R, Byrne A, Amin J, Dore GJ (2005). Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy. *J Gastroenterol Hepatol* 20: 1082-1086.

Hallinan R, Byrne A, Agho K, Dore GJ, (2007). Referral for chronic hepatitis C treatment from a drug dependency treatment setting. *Drug and Alcohol Dependence* 88: 49-53.

Loftis JM, Matthews AM, Hauser P (2006). Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C. *Drugs* 66(2): 155-174.

Lorvick J, Kral AH, Seal KH, Gee L, Edlin BR (2001). Prevalence and duration of hepatitis C among injection drug users in San Francisco, California. *Am J Public Health* 91:46-47.

Mauss S, Berger F, Goelz J, Jacob B, Schmutz G (2004). A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis. *Hepatology* 40: 120-124.

National Institutes of Health (NIH) (2002). Consensus Development Conference Statement. Management of hepatitis C. *Hepatology* 36: 3-20.

Roy K, Hay G, Andragetti R, Taylor A, Goldberg D, Wiessing L (2002). Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. *Epidemiol Infect* 129 (3): 577-585.

Schaefer M, Heinz A, Backmund M, (2004). Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? *Addiction* 99, 1167-1175.

Shehab TM, Orrego M, Chunduri R, Lok ASF (2003). Identification and management of hepatitis C patients in primary care clinics. *Am J Gastroenterol* 98: 639-644.

Sylvestre DL(2002). Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 67, 117-123.

Sylvestre DL, (2005). Treating hepatitis C virus infection in active substance users. *Clinical Infectious Diseases* 40, 321-324.

Sylvestre DL, Clements BJ (2007). Adherence to hepatitis C treatment in recovering heroin users maintained on methadone. *Eur J Gastroenterology and Hepatology* 19: 741-747.

Stoove MA, Gifford SM, Dore GJ (2005). The impact of injecting drug use status on hepatitis C related referral and treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 81-86.

Strauss SM, Astone J, Vassilev ZP, Des Jarlais DC, Hagan H (2003). Gaps in the drug-free and methadone treatment program response to Hepatitis C. *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, 291-297.

Sulkowski M, Wright T, Rossi S, Arora S, Lamb M, Wang K, Gries JM, Yalamanchili S (2005). Peginterferon alfa-2a does not alter the pharmacokinetics of methadone in patients with chronic hepatitis C undergoing methadone maintenance therapy. *Clin Pharmacol Ther* 77: 214-224.

Pompidou Group (2000). Pregnancy and drug misuse update. Strasbourg. Council of Europe, December 2000

Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics (1999). Adolescent pregnancy – current trends and issues: 1998. *Pediatrics* 103:516–20.

Finnegan LP. (1991). Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *Journal of Psychoactive Drugs* 23:191–201.



Fischer G, Johnson RE, Eder H et al. (2000). Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction* 95:239-44.

Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K, et al. (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction* 101:275–81.

Hans SL. (1989). Developmental consequences of prenatal exposure to methadone. *Annals of New York Academy of Sciences* 562:195–207.

Hulse GK, Milne E, English DR, et al. (1997). The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction* 92:1571–79.

Hulse G, O'Neil G. (2002). Using naltrexone implants in the management of the pregnant heroin user. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 42:569-73.

Johnson RE, Jones HE, Fischer G. (2003). Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate. *Drug and Alcohol Dependence* 70:S87–S101.

Jones HE, Haug N, Silverman K, et al. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence* 61:297–306.

Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, et al. (2005b). Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug and Alcohol Dependence* 79:1–10.

Kaltenbach K, Finnegan LP (1986). Developmental outcome of infants exposed to methadone in utero: a longitudinal study. *Pediatric Research* 20:57.

Lacroix I, Berrebi A, Schmitt L, et al. (2002). High buprenorphine dosage in pregnancy: First data of a prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 66:S97.

Laken MP, Ager JW. 1996. Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment. *American Journal of Drug Alcohol Abuse* 22:439–48.

Lester BM, Andreozzi L, Appiah L. (2004). Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. *Harm Reduction Journal* 1:5–49.

Leamon MH, Parr MS, et al. (2005). High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193:606–10.

McCullough LB, Coverdale JH, Chervenak FA (2005). A comprehensive ethical framework for responsibly designing and conducting pharmacologic research that involves pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193:901–907.

National Institute on Drug Abuse (1996). *National Pregnancy & Health Survey: Drug Use Among Women Delivering Livebirths: 1992*. US Department of Health and Human Services. Washington DC: U.S. Government Printing Office.

Grabe HJ, Wolf T, Gratz S, Laux G (1998). The influence of polypharmacological antidepressive treatment on central nervous information processing of depressed patients: implications for fitness to drive. *Neuropsychobiology*;37:200–204.

Hamilton SP, Nunes EV, Janal M, Weber L (2000). The effect of sertraline on methadone plasma levels in methadone-maintenance patients. *Am J Addict*. Winter;9(1):63-9.

اصل شش: درمان اعتیاد و نظام قضائی - انتظامی

WHO Regional Office for Europe (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*.

Bureau of Justice Statistics (2007). *Criminal Offenders Statistics*. Available at <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/crimoff.htm>, last revised August 8, 2007. Accessed January 21<sup>st</sup>, 2008.

Bureau of Justice Statistics (2007a). *Federal Justics Statistics*. Available at <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/fed.htm>, last revised December 20, 2007. Accessed January 21<sup>st</sup>, 2008.

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2004). *Prison needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience*.

CDC (2001). *Drug Use, HIV, and the Criminal Justice System*. Available at <http://www.cdc.gov/idu/facts/druguse.htm>, last modified December 26<sup>th</sup>, 2007. Accessed January 21<sup>st</sup>, 2008.

Dolan K, Wodak A (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Res* 4(1):85-97.

Dolan K, Rutter S, Wodak AD (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98(2):153-8.

EMCDDA (2001). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP; MTC Project Team (2005). A novel opioid maintenance program for prisoners: report of post-release outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 31(3):433-54.

Stallwitz A, Stöver H (2007). The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy* 18(6):464-74.

Stark K, Herrmann U, Ehrhardt S, Bienzle U (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 134(4):814-9.

اصل هفت – مداخله اجتماع، آموزش و مشارکت بیمار

Oliver J (1991). The social care directive: development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Soc Work Soc Sci Rev* 3:5-45.

Priebe S, Oliver J, Kaiser W (eds.) (1999). *Quality of life and mental health care*. Petersfield U. K.: Wrightson Biomedical Publishing.

اصل هشت – مدیریت خدمات درمان وابستگی به مواد

UNODC (2008). *Treatnet Training Package. Volume D: Administrative Toolkit*. Vienna

[http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC\\_documents.html](http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html)

UNODC (2003). *Drug abuse treatment and rehabilitation . A practical planning and implementation guide*. Vienna

[http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC\\_documents.html](http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html)

UNODC(2003). *Investing in drug abuse treatment . A discussion paper for policy makers*. Vienna.

[http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC\\_documents.html](http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html)

اصل نه – نظام‌های درمان: تدوین سیاست‌ها، برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی مراقبت

WHO (2001) *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*.

WHO Expert Committee on Drug Dependence: twenty-eighth report. WHO technical report series; 836. WHO, 1993.

Magura S, Rosenblum A (2001). Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai J Med* 68(1):62-74. Masson CL, Barnett PG, Sees KL, Delucchi KL, Rosen A, Wong W, Hall SM (2004). Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction* 99(6):718-26.

UNODC (2003). *Drug abuse treatment and rehabilitation . A practical planning and implementation guide*.

UNODC (2003). *Drug abuse treatment and rehabilitation . A practical planning and implementation guide*.