

آندره کاستلیج، یورگ پون، هاینو ستوور

درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها

یک راهنمای عملی



دانشگاه اولدنبورگ



آندره کاستلیج، یورگ پون، هاینو ستوور

درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها

یک راهنمای عملی

سازمان بهداشت جهانی - اروپا

گروه ویراستاری

فابین هاریگا (دفتر مرکزی یوان اودی سی وین / اتریش)

کارل هاینتس کپلر (زندان زنان، وچتا/آلمان)

ریک لاینز (آی اچ آرای، لندن / انگلستان)

موراگ مک دونالد یوسی ای، بیرمنگام / انگلستان

دیوید مارتو (سلامت متخلفان، لندن / انگلستان)

لارس مولر (دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی، کپنهاگ / دانمارک)

یان پالمر (هدایت بالینی مطالعات سوء مصرف مواد، سلامت متخلفان، لندن / انگلستان)

آمبروس اوختنهاگن (زوریخ / سوئیس)

کارن وایلاند (دبلیو آی ایی دی، بن / آلمان)

نات رایت (اچ ام پی لیدز / انگلستان)

دانشگاه اولدنبورگ



پیش‌نویس این راهنما توسط مؤلفان و اعضای گروه ویراستاران در فاصله ژوئن ۲۰۰۷ و فوریه ۲۰۰۸ تهیه شده است. بخش‌هایی از متن (تهیه شده توسط آندره کاستلیچ) از جرح و تعدیل فصلی از جزوه "سلامت در زندان. راهنمای سازمان بهداشت جهانی در مورد مبانی سلامت در زندان" (مولر و دیگران، ۲۰۰۷)، تهیه شده توسط دفتر منطقه اروپای دبلیواچ‌او، تألیف شده است. بخش‌های اساسی متن از مطلب تهیه شده توسط آنت ورستر تحت عنوان: "راهنمای آموزش: جنبه‌های اصلی درمان جایگزین برای وابستگی به مواد افیونی" (یورومتورک ۲۰۰۳)، اقتباس شده است. یکی از نسخه‌های اولیه این راهنما توسط دانشگاه برمن (بی‌آی‌اس - دی‌آراو) برای کمیسیون اروپا بسط داده شد: دی‌جی‌اس‌آی‌ان‌سی‌او، پروژه شماره ۲۰۰۳۳۰۸، "شبکه اروپا برای پیشگیری از مواد مخدر و بیماری‌های عفونی در زندان" (ای‌ان‌دی‌آی‌پی‌پی، هماهنگ‌شده توسط دبلیو‌آی‌دی، بن، آلمان).

کلیه حقوق محفوظ است. نام‌های به کار رفته و مطالب ارائه شده در این نشریه به معنای ابراز هیچ‌گونه نظری از هر نوع از سوی سازمان بهداشت جهانی در رابطه با وضعیت قانونی هیچ کشور، قلمرو، شهر یا منطقه یا میزان اختیارات آن یا در رابطه با محدوده‌ها یا سرحدات یا مرزهای آن نیست. ذکر کمپانی‌های خاص یا محصولات تولیدی معین بیانگر آن نیست که این شرکت‌ها یا محصولات مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی قرار دارند یا از سوی آن و با مرجح شمرده شدن نسبت به شرکت‌ها یا محصولات دیگری که ماهیت مشابه دارند و در این مطلب نامی از آنها به میان نیامده است، توصیه شده‌اند. به استثنای خطاها و از قلم‌افتادگی‌ها، اسامی محصولات اختصاصی با حرف اول بزرگ مشخص شده است. سازمان بهداشت جهانی معتقد نیست که اطلاعات ذکر شده در این سند کامل و صحیح‌اند و مسئولیت هیچ‌گونه آسیب وارده در نتیجه استفاده از آنها را تقبل نمی‌کند. دیدگاه‌های ارائه شده در این سند توسط مؤلفان یا ویراستاران لزوماً بیانگر آراء یا خط‌مشی‌های اعلام شده سازمان بهداشت جهانی نیست.

ناشر

بی‌آی‌اس-ورلاگ

کارل فون اوسیتسکی یونیورسیتات اولدنبورگ (دانشگاه اولدنبورگ)

نشانی پستی ۲۵۴۱، ۲۶۰۱۵ اولدنبورگ

تلفن: 0441/798 2261 فکس: 0441/798 4040

ایمیل: bisverlag@uni-oldenburg.de سایت: www.ibit.uni-oldenburg.de

این مطلب همچنین در جلد ۱۷ مجموعه "Gesundheitsförderung im Justizvollzug" "تقویت سلامت در زندان‌ها" ارائه شده است.

ISBN 978-3-8142-2117-5

فهرست مطالب

فهرست علائم اختصاری

فهرست جداول

مقدمه

- ✓ این راهنما برای چه کسی تهیه شده است
- ✓ مبانی و اهمیت گام‌های آغازین
- ✓ رهبری توسط تک تک کارکنان
- ✓ تأمین شراکت برای تأمین سلامت

نکات اصلی

۱. سابقه امر

۲. درمان جایگزین چیست؟

- ✓ اهداف اصلی درمان جایگزین
- ✓ شواهد حاکی از منافع حاصل از درمان جایگزین
- ✓ درمان اثربخش
- ✓ درمان نگهدارنده جایگزین اثربخش تر از دیگر اشکال درمان است
- ✓ ملاک‌های درمان و طرح درمان
- ✓ خطرات و محدودیت‌ها
- ✓ مصرف موادمخدر چندگانه
- ✓ رهبری سیاسی و خط‌مشی‌ها و پروتکل‌های روشن
- ✓ داروهای جایگزین
- ✓ متادون
- ✓ بوپرنورفین
- ✓ مورفین پیوسته رهش
- ✓ درمان آنتاگونیست: نالتراکسون

۳. درمان جایگزین در زندان‌ها

- ✓ آغاز درمان جایگزین در زندان‌ها
- ✓ سم‌زدایی
- ✓ تعیین دوز و نظارت بر مصرف دارو
- ✓ آزمایش ادرار
- ✓ اخراج از برنامه درمان جایگزین
- ✓ نقش مراقبت‌های روانی-اجتماعی
- ✓ تجویز توأمان بنزودیازپین‌ها و استفاده از دیگر مواد مخدر

۴. برخی اطلاعات پایه درباره درمان

- ✓ اطلاعاتی که مصرف‌کنندگان به آنها نیاز دارند
- ✓ ناشناخته و محرمانه ماندن درمان
- ✓ امتیازات
- ✓ مشارکت استفاده‌کنندگان
- ✓ پیوند میان ویروس‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند (برای مثال، اچ‌آی‌وی/ایدز، هپاتیت بی، هپاتیت سی) و دیگر عفونت‌ها (برای مثال، سل، عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند)
- ✓ ارائه خدمات درمان جایگزین در کلیه مراحل نظام عدالت کیفری
- ✓ ملاحظات ویژه برای زنان

۵. چشم‌اندازهای آتی

۶. جنبه‌های اخلاق پزشکی برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها

منابع

برای مطالعه بیشتر

جزئیات تماس با مؤلفان

فهرست علائم اختصاری

ایدز	سندروم نقص ایمنی اکتسابی
CPT	مرکز پیشگیری از شکنجه و رفتار یا مجازات غیرانسانی و تحقیر آمیز
DSM	راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی
EMCDDA	مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر
EU	اتحادیه اروپا
HIV	ویروس نقص ایمنی انسانی
ICD	طبقه بندی بین المللی بیماری ها
IDU	مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر
MMT	درمان نگهدارنده با متادون
NGO	سازمان های غیردولتی
RCT	آزمایش کنترل تصادفی
ST	درمان جایگزین
UNAIDS	برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی / ایدز
UNODC	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد
WHO	سازمان بهداشت جهانی
WMA	جمعیت پزشکان جهان

فهرست جداول

جدول ۱: تفاوت‌های میان آگونیسست‌ها و آنتاگونیسست‌ها

جدول ۲: شرح مواد (داروهای) جایگزین

فهرست مطالب مندرج در مستطیل‌ها

مستطیل ۱: مثال: دستورالعمل‌های عمومی برای درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌های سلوونی

مستطیل ۲: متادون: اصول پایه - راهنمایی برای ارائه‌دهندگان

مستطیل ۳: رهنمودهای مربوط به درمان جایگزین برای نهادهای جزایی در اتریش

مستطیل ۴: تأمین تداوم درمان نگهدارنده مواد افیونی میان محیط جامعه و زندان

مقدمه

در بسیاری از بخش‌های جهان، در اروپا، آسیا و آمریکای شمالی، نسبت افراد زندانی که به مواد افیونی وابسته‌اند، بسیار بیشتر از نسبت آنها در جامعه است. در این مناطق، این افراد حدود یک سوم افراد زندانی را تشکیل می‌دهند و این نسبت در برخی کشورها، نظیر آسیای مرکزی تا ۸۰٪ می‌رسد. این مشکل در کشورهای آفریقایی جنوب صحرا، مشکلی نوظهور است و این در حالی است وابستگی اصلی در آمریکای لاتین به کوکائین است.

زندان جای مناسبی برای درمان وابستگی مردان و زنان به مواد مخدر نیست و کشورها باید خط‌مشی‌هایی برای یافتن جایگزین‌هایی برای زندانی کردن تدوین کنند. تا زمانی که این راه‌حل‌های جایگزین تدوین نشده و به اجرا درنیامده‌اند، مسئولان زندان با این جمعیت خاص که به درمان، مراقبت و حمایت نیاز دارد، مواجه هستند. تحقیقات نشان داده است که درمان جایگزین اثربخش‌ترین شیوه درمان وابستگی به مواد افیونی، کاهش خطر انتقال اچ‌آی‌وی و هیپاتیت سی و کاهش خطر مصرف بیش از حد مواد است.

زندانیان نیز نظیر همه اشخاص دیگر، حق دارند از بالاترین استاندارد سلامتی قابل حصول برخوردار شوند. این حق بر اساس ماده ۲۵ قانون بین‌المللی اعلامیه جهانی حقوق بشر ملل متحد و ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تضمین شده است. جامعه بین‌المللی عموماً پذیرفته است که زندانیان همچنان از کلیه حقوقی که به خاطر زندانی شدن از آنها سلب نشده است، از جمله حق بالاترین استاندارد سلامت جسمی و روانی، برخوردارند. خود از دست دادن آزادی مجازات آنهاست، نه محرومیت از حقوق بنیادی بشر. از این رو، دولت‌ها متعهدند که قوانین، خط‌مشی‌ها و برنامه‌ها را مطابق با هنجارهای بین‌المللی حقوق بشر به اجرا درآورند و تمهیدی بیندیشند که زندانیان از مراقبت‌های سلامتی استاندارد معادل با آنچه در جامعه بیرونی در اختیار مردم قرار دارد، برخوردار شوند.^۱

نیاز به دسترسی به درمان برای وابستگی به مواد افیونی در زندان، بیش از ده سال پیش در سطح بین‌المللی مورد پذیرش قرار گرفت. در سال ۱۹۹۳، سازمان بهداشت جهانی رهنمودهای مربوط به عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز را در زندان‌ها منتشر کرد که در آن اعلام شده بود: "زندانیانی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، باید تشویق شوند در همان حال که در زندان به سر می‌برند، در برنامه‌های درمان مواد مخدر ثبت نام کنند و اطلاعات مربوط به آنها به صورت بسنده‌ای محرمانه باقی بماند. چنین برنامه‌هایی باید شامل اطلاع‌رسانی در مورد درمان وابستگی به مواد مخدر و خطرات مرتبط با روش‌های گوناگون مصرف مواد مخدر باشد. زندانیانی که پیش از دستگیری از درمان نگهدارنده متادون استفاده می‌کردند، باید قادر باشند این درمان را به هنگامی که

^۱ چارچوب دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد-یوان ایدز- سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی- ایدز در زندان (۲۰۰۶).

در زندان هستند، ادامه دهند. در کشورهایی که درمان نگهدارنده متادون به افراد دارای وابستگی به مواد افیونی در جامعه ارائه می‌شود، این درمان باید در زندان‌ها نیز ارائه شود."

این راهنما بر اساس تجربیات و دانش دانشمندان و پزشکان/روان‌پزشکان/متخصصان مراقبت‌های سلامتی تدوین شده است که در حوزه درمان جایگزین در زندان‌ها کار می‌کنند. برای تدوین راهنمایی که به بهترین نحو بر شواهد علمی مبتنی باشد، ادبیات بین‌المللی و بانک‌های اطلاعاتی مربوطه بررسی و مرور شده‌اند. این جزوه از راهنمایی‌ها و توصیه‌های چندین سند منتشره، نظیر "سلامت در زندان‌ها" از انتشارات دفتر اروپای سازمان بهداشت جهانی، راهنمای سازمان بهداشت جهانی در مورد اصول سلامت در زندان، چارچوب یوان‌اودی‌سی/یوان‌ایدز/دبلیو‌اچ‌او برای پیشگیری، مراقبت، درمان و حمایت از اچ‌آی‌وی در محیط‌های زندان و نیز مقاله فنی "مداخلاتی در مورد اچ‌آی‌وی در زندان‌ها- درمان وابستگی به مواد مخدر"، پیروی کرده است.

این راهنما برای چه کسی تهیه شده است؟

این راهنما که در مورد درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها تهیه شده است، برای کمک به پزشکان زندان، پزشکان قراردادی، کارکنان خدمات درمانی زندان، مدیریت زندان‌ها، سازمان‌های غیردولتی و دیگرانی مفید است که به ارائه درمان جایگزین به زندانیان دارای وابستگی به مواد افیونی مشغولند.

با وابستگی به مواد مخدر باید به عنوان یک بیماری شدید برخورد کرد و در تضمین این امر که بهترین درمان برای زندانیان فراهم شده است و نیز تضمین این امر که آسیب مرتبط با مصرف مواد مخدر تا حد ممکن به کم‌ترین میزان محدود شده است، همه باید نقش خود را ایفا کنند. به کار بستن توصیه‌های ارائه شده در این راهنما به ایجاد زندان سالم‌تر برای زندانیانی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، نقش‌های ارضاکننده‌تر برای اعضای کادر زندان و کاهش چشمگیر در آسیبی که مصرف مواد مخدر در زندان‌ها می‌تواند به وجود آورد، کمک خواهد کرد.

مبانی و گام‌های مهم اولیه

هرچند افرادی که متعهد به انجام بخش‌های مختلف خدمات زندان هستند، می‌توانند کار زیادی انجام دهند، قویاً بر این باوریم که دستیابی به یک زندان سالم برای زندانیانی که به مواد مخدر وابستگی دارند، تنها هنگامی میسر است که کلیه کارکنان، از جمله اعضای ارشد کادر زندان که تعیین‌کننده ویژگی‌ها و خصایص زندان در کل هستند، در این امر مشارکت داشته باشند.

هنگامی که تغییراتی را اعمال می‌کنیم، باید پیوستگی را مد نظر داشته باشیم. هرچند ابتکارات تک‌موضوعی و پروژه‌هایی که با بودجه خارجی به اجرا درمی‌آیند و نیز پروژه‌های آزمایشی می‌توانند به چیزهای زیادی دست یابند، اما این پروژه‌ها در صورتی در درازمدت از اثربخشی بیشتر برخوردار خواهند شد که نظام سلامت زندان

بر اصول یک رویکرد پایدار بنیان نهاده شود، که خط‌مشی‌های درستی به کار گرفته شوند که بر اساس اصول آشکاری استوار باشند که به استفاده از روش‌های اثربخش توسط کارکنانی که به خوبی پشتیبانی شده و آموزش دیده باشند، منتهی شوند.

بهترین راه دستیابی به پایداری، ایجاد پیوندهای نیرومند میان خدمات مراقبت از سلامت در زندان‌ها و خدمات سلامت در جامعه محلی و به صورتی است که این دو با یکدیگر همکاری نزدیکی داشته باشند. این همکاری به پیشگیری از این امر که از خدمات مراقبت از سلامت در زندان‌ها به صورتی فرعی استفاده شود، کمک می‌کند.

برای دستیابی به یک زندان سالم‌تر از نظر وابستگی به مواد مخدر، اجزاء اساسی بسیاری لازم‌اند، شامل رهبری سیاسی، رهبری مدیریت و رهبری توسط هر یک از کارکنان. کارکنان خدمات سلامتی باید نقش ویژه‌ای بازی کنند، اما زندانیان نیز نقشی به عهده دارند و حمایت جامعه نیز از اهمیت بسیار برخوردار است.

تجربه کار در چندین کشور اروپایی، توجه را معطوف مشکلاتی کرده است که اگر خدمات سلامتی در زندان‌ها به صورتی مجزا از خدمات سلامتی عمومی کشور ارائه شوند، اغلب بروز می‌کند. این مشکلات شامل دشواری در استخدام کادر حرفه‌ای و تداوم ناقص آموزش و تعلیمات است. اکنون قویاً توصیه می‌شود که خدمات سلامت در زندان‌ها همکاری نزدیکی با خدمات سلامت ملی و وزارت‌خانه‌های بهداشت و سلامت داشته باشد. در واقع، با پذیرش اعلامیه مسکوی سازمان بهداشت جهانی در مورد سلامت در زندان به عنوان بخشی از سلامت عمومی، وزارتخانه‌ای که مسئولیت سلامت و بهداشت در زندان را بر عهده دارد، باید هر جا میسر باشد، همان وزارتخانه‌ای باشد که مسئولیت خدمات بهداشت عمومی را نیز بر عهده دارد.

رهبری توسط تک‌تک کارکنان

یک زندان سالم از نظر وابستگی به مواد مخدر را نمی‌توان بدون کمک تک‌تک کارکنان آن ایجاد کرد. با توجه به مشکلات بهداشتی و سلامتی جاری در زندان‌ها، کارکنان زندان باید از مشکلات سلامتی مصرف‌کنندگان مواد مخدر، اینکه عفونت‌ها چگونه پخش می‌شوند، چگونه می‌توان کنترل بهتری روی آنها داشت تا آسیب وارده را کاهش دهند و اینکه چگونه می‌توان سلامت و رفاه را تقویت کرد و ارتقا داد، مطلع باشند و آنها را درک کنند.

پزشکان، پرستاران و دیگر متخصصانی که در زندان‌ها کار می‌کنند، در ایجاد یک محیط سالم‌تر برای زندانیانی که به مواد مخدر وابستگی دارند، نقش رهبری منحصربه‌فردی را بازی می‌کنند. آنها باید کار را از یک شالوده درست آموزش حرفه‌ای شروع کنند که در آن مسائلی نظیر محرمانه نگهداشتن اطلاعات زندانیان، حقوق بیماران و حقوق بشر به طور کامل رعایت شده و مورد بحث قرار گرفته است. آنها همچنین باید مقداری اطلاعات درباره اپیدمیولوژی (تخصص بیماری‌های واگیردار)، اینکه بیماری‌ها چگونه سرایت می‌کنند و چگونه

سبک‌های زندگی و عوامل اجتماعی اقتصادی زمینه‌ای می‌توانند بر بیمار شدن فرد تأثیر بگذارند، در اختیار داشته باشند. آنها همچنین باید از اصول تغذیه انسان و اهمیت ورزش و هوای تازه در تقویت سلامت اطلاع داشته باشند. آنها باید نسبت به تهدیدات بالقوه‌ای که متوجه سلامتی انسان است، آگاه باشند، و بتوانند علائم اولیه بروز مشکلات روانی را بشناسند، زیرا هم‌آیندی مرضی از شرایطی است که اغلب با وابستگی به مواد مخدر همراه است.

شراکت در تأمین سلامت

یکی از ستون‌های اصلی ارتقای سلامت، مفهوم توانمندسازی است: فرد باید قادر باشد انتخاب‌های سالم‌تری به عمل آورد و مجاز به انجام این کار نیز باشد. اجرای این رویکرد در زندان‌ها در برنامه‌های پیشبرد و تقویت سلامت در زندان‌ها کار دشواری است. از این رو، مهم است که تا آنجایی که ممکن است توانمندسازی بیشتری در نظام زندان گنجانده شود.

یکی از عرصه‌هایی که اهمیت آن به اثبات رسیده است، اطلاع‌رسانی در مورد مسائل سلامت و بهداشت به زندانیان است. باید بر گه‌های اطلاعاتی در اختیار زندانیان دارای وابستگی به مواد مخدر قرار گیرد که در آنها توضیح داده شده است خدمات سلامتی زندان چه امکاناتی می‌تواند در اختیار آنها قرار دهد و توصیه‌های لازم در این مورد که زندانی مادامی که در زندان است چگونه می‌تواند به بهترین نحو با این گونه بیماری مقابله کند، به آنها ارائه شده باشد. اگر به دلیل موانع زبانی یا سواد ضعیف زندانیان، بر گه‌های اطلاعاتی مکتوب اثربخش نباشند، باید از شیوه‌های دیگری برای در میان‌گذاردن اطلاعات استفاده کرد، نظیر استفاده از فیلم‌های ویدئویی و دیگر وسایل کمک بصری یا گروه‌های بحث سلامت به کمک یک مددکار آموزش‌دیده سلامت. مهم‌ترین کار آن است که ابتکارات پیشگیری، آموزش، مشاوره و مراقبت از اچ‌آی‌وی را که بر محور استفاده از هم‌تایان استوار هستند، تشویق کنیم. افزایش نقش زندانیان در توسعه و ارائه برنامه‌ها و خدمات سلامت، ظرفیت زندان‌ها را در پاسخ دادن به نیازهای اچ‌آی‌وی افزایش می‌دهد. پشتیبانی از توسعه ابتکارات و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر هم‌تایان و تهیه مطالب آموزشی که توسط خود زندانیان طراحی و ارائه شده است، از اهمیت ویژه برای گروه‌هایی برخوردار است که سطح سواد پایینی دارند و در آنها مداخلات آموزشی رودررو اهمیت بسیار دارد. باید توسعه و پشتیبانی از گروه‌های خودیاری و حمایت هم‌تایان که به طرح مسائل مربوط به اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی از دیدگاه خود زندانیان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر می‌پردازند، تشویق شود.

جدا از وجود درمان نگهدارنده جایگزین، باید از شماری تدابیر کاهش آسیب نیز برای زندانیان استفاده کرد، نظیر سرنگ و سوزن تمیز و وسایل مناسب برای ضدعفونی به ویژه برای کارهایی از قبیل سوراخ کردن و خالکوبی برای اجتناب از گسترش بیماری‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند. باید برای خالکوبی استفاده از خالکوب حرفه‌ای را مد نظر قرار داد.

برقراری تماس منظم با خدمات اجتماعی محلی و تأمین مشارکت مؤسسات داوطلب می‌تواند به میزان زیادی در تقویت امر سلامت و رفاه در زندان‌ها و نیز در تضمین پیوستگی مراقبت و درمان، هم به هنگام ورود به زندان و هم به هنگام آزاد شدن از زندان مؤثر باشد. هر جا که میسر باشد، باید زندانیان را پیش از ترک زندان از خدمات اجتماعی مهمی، نظیر آزادی مشروط یا مجازات تعلیقی، خدمات اجتماعی و وصل کردن آنها به پزشک برای تجویز مرتب داروی جایگزین مواد افیونی برخوردار کرد. انجام این کار برای زندانیان سابقی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، می‌تواند مانع از وقوع مرگ‌های مرتبط با مصرف بیش از حد (اوردوز) مواد مخدر پس از آزادی از زندان شود.

لارس مولر، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای اروپا، پروژه بهداشت و سلامت در زندان‌ها،
کپنهاگ/دانمارک

فابین هاریگا دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، مقر سازمان، وین/اتریش

نکات اصلی

- برآورد شده است که تقریباً یک سوم از زندانیان وابسته به مواد افیونی هستند و بسی بیشتر در مصرف مواد مخدر تجربه دارند. در چندین زندان، این رقم به سه چهارم کل زندانیان بالغ می شود.
- زندان ها به دلیل ازدحام بیش از حد، تغذیه بد، دسترسی محدود، ادامه مصرف غیرقانونی مواد مخدر ("عود بهداشتی اعتیاد") و روابط جنسی محافظت نشده، محیط هایی بی نهایت پرخطر برای سرایت ویروس هایی محسوب می شوند که از طریق خون منتقل می شوند.
- کلیه اشکال درمان وابستگی به مواد مخدر از این قابلیت برخوردارند که بر خطر انتقال اچ آی وی و هپاتیت سی تأثیر بگذارند، اما برنامه های درمان جایگزین از بیشترین قابلیت برای کاهش مصرف تزریقی مواد مخدر و در نتیجه خطر گسترش عفونت برخوردارند.
- مقاله اعلام نظر سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و یوان/ایدز که به تازگی در مورد درمان نگهدارنده مواد جایگزین منتشر شده است، نتیجه می گیرد که ارائه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی، یک استراتژی اثربخش برای پیش گیری از اچ آی وی/ایدز به شمار می رود که باید هرچه زودتر در جوامعی که در خطر عفونت اچ آی وی قرار دارند، برای اجرا مد نظر قرار گیرد.
- درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی طی ۱۰-۵ سال گذشته به میزان قابل ملاحظه ای در اتحادیه اروپا گسترش یافته است.
- تجویز درمان جایگزین و آگونست های مواد افیونی برای اشخاصی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند- در چارچوب عرف پزشکی مورد قبول ارگان های صالح- در راستای کنوانسیون های ۱۹۶۱ و ۱۹۷۱ در مورد مواد مخدر و مواد روان گردان قرار دارد. با توجه به شواهد موجود در مورد مشکلات فزاینده تزریق مواد مخدر، اچ آی وی/ایدز و هپاتیت سی در زندان ها در اروپای شرقی و در کشورهای اتحاد شوروی سابق، روشن است که اکنون، زمان اقدام است. به کار نگرفتن یک درمان اثربخش برای مواد مخدر و استفاده نکردن تدابیر پیشگیری از اچ آی وی و هپاتیت سی می تواند به گسترش بیشتر عفونت اچ آی وی و هپاتیت سی میان معتادان تزریقی و جمعیت زندانیان منجر شود و بالقوه به عمومیت یافتن بیماری های همه گیر در جمعیت های معتاد غیر تزریقی بینجامد.
- مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر که وارد فرایند درمان نمی شوند، تا شش بار بیشتر از مصرف کنندگان تزریقی که وارد فرایند درمان شده اند و در این فرایند باقی مانده اند، احتمال دارد که به عفونت اچ آی وی مبتلا شوند.
- نرخ مرگ و میر افرادی که دارای وابستگی به مواد افیونی هستند و تحت درمان نگهدارنده جایگزین قرار دارند، یک سوم تا یک چهارم نرخ آنهایی است که تحت این درمان قرار ندارند.

- مشابه با جامعه، قرار دادن درمان جایگزین در اختیار زندانیان از این قابلیت برخوردار است که تزریق و استفاده از سرنگ مشترک را در زندان‌ها کاهش دهد. علاوه بر این، زندانیانی که در درمان نگهدارنده با متادون شرکت می‌کنند، نسبت به آنهایی که شرکت نمی‌کنند، نرخ‌های بستری مجدد پایین‌تری دارند.
- جنایت‌پیشگی میان زندانیانی که از سوءمصرف مواد رنج می‌برند: بین ۷۰ تا ۹۸٪ از کسانی که به خاطر جرایم مرتبط با مواد مخدر زندانی شده‌اند و در طول مدت حبس خود درمان نشده‌اند، ظرف مدت یک‌سال پس از آزادی مجدداً به جرم و خلاف روی آورده‌اند.
- رایج‌ترین شکل درمان جایگزین، درمان نگهدارنده با متادون است. ده‌ها سال است که از متادون برای درمان وابستگی به هروئین و دیگر مواد افیونی استفاده می‌کنند. استفاده از بوپرنورفین نیز که به تازگی توسعه یافته است، در برخی کشورها رایج است. ثابت شده است که هر دوی این مواد با کاستن از مصرف مواد افیونی، تزریق مواد، استفاده مشترک از سوزن و بهبود وضع سلامت و کیفیت زندگی افراد دچار وابستگی به مواد افیونی، به شدت خطر عفونت اچ‌آی‌وی را کاهش می‌دهند.
- بنابراین ارائه خدمات درمان نگهدارنده متادون، استراتژی اثربخشی برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی به شمار می‌رود که باید هر قدر ممکن است سریع‌تر در جمعیت‌هایی (از جمله زندان‌ها) که در خطر بالای ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی قرار دارند، به اجرا درآید.
- تحقیقات نشان داده‌اند که درمان نگهدارنده متادون در حفظ بیماران در فرایند درمان مواد مخدر و تقویت خویشتنداری آنها در مصرف غیرقانونی مواد مخدر از برنامه‌های سم‌زدایی اثربخش‌تر بوده‌اند.
- خدمات سلامت برای افرادی که در زندان یا دارالتأدیپ‌ها به سر می‌برند، باید با خدماتی که در خارج از نظام تأدیبی و زندان‌ها ارائه می‌شود، معادل باشد.
- برای حفظ مزایای درمان نگهدارنده متادون، پیوستگی مراقبت و درمان امری ضروری است.
- پیش از آغاز درمان نگهدارنده متادون، باید اطلاعات لازم، به ویژه در مورد خطر مصرف بیش‌ازحد (اوردوز) مواد مخدر و خطرات بالقوه مصرف مواد مخدر متعدد و تداخل با داروهای دیگر در اختیار بیمار قرار بگیرد.
- پیش از آغاز درمان، باید مصرف‌کننده مواد مخدر را از تعهدات اصلی پزشک نسبت به دولت، به زندان و نسبت به زندانی مطلع ساخت.

۱- سابقه امر

در سراسر جهان حدود ۱۳,۲ میلیون معتاد تزریقی وجود دارد و دست کم ۱۰٪ کلیه موارد عفونت اچ آی وی در سراسر جهان از رفتار تزریقی نامطمئن ناشی می‌شود- که این رقم در کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی تا ۹۰٪ می‌رسد.

بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد مخدر سال‌هایی از عمر خود را در رفت و آمد به زندان‌ها سپری می‌کنند. به طور کلی، زندانیان اغلب از فقیرترین بخش‌های جامعه هستند و در نتیجه از وضعیت سلامتی پایین‌تری از دیگر گروه‌های اجتماعی برخوردارند. افتادن به زندان معمولاً مشکلات سلامتی موجود آنها، به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیری نظیر مصرف‌کنندگان مواد مخدر را وخیم‌تر می‌کند.

زندان‌ها به دلیل شلوغی بیش از حد، تغذیه بد، دسترسی محدود به امکانات پیشگیری، ادامه مصرف مواد مخدر به صورت غیرقانونی و روابط جنسی حفاظت‌نشده، محیط‌های بی‌نهایت پرخطری برای انتقال اچ آی وی هستند.

- مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در نتیجه استفاده مشترک یا مجدد از وسایل تزریق یا محلول‌های مواد، تماس جنسی با دیگر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و فعالیت‌های جنسی پرخطر، در مقابل عفونت اچ آی وی و دیگر ویروس‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند، آسیب‌پذیرند. مصرف تزریقی مواد پیش از ورود آنها به زندان میان مردان و زنان بسیار بالاست. زنان مصرف‌کننده مواد مخدر بیشتر احتمال دارد که به استفاده از وسایل تزریق شریک زندگی و جنسی خود روی آورند و اغلب در به کرسی نشاندن خواست خود در استفاده از روش‌های کم‌خطر جنسی و استفاده از کاندوم با دشواری روبه‌رو هستند. مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر نسبتاً بیشتر احتمال دارد به تن‌فروشی روی بیاورند.
 - مصرف تزریقی مواد مخدر در حال حاضر شیوه غالب انتقال ویروس هپاتیت سی به شمار می‌رود. دچار شدن به عفونت هپاتیت سی در دست کم ۸۵-۵۰٪ موارد به عفونت مزمن منتهی می‌شود. حدود ۱۵-۷٪ از افرادی که دچار عفونت مزمن هستند، ظرف مدت ۲۰ سال به سیروز کبدی دچار می‌شوند و بخشی از این جمع متعاقباً به سرطان کبد مبتلا می‌شوند.
 - هزینه‌های اجرای قانون، وقت صرف شده برای محاکمه و دادگاه و زندانی کردن، بر روی هم سهم قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های اجتماعی مرتبط با وابستگی به مواد افیونی دارند.
 - زندانیانی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، پس از آزادی در خطر بازگشت به دامان اعتیاد و مصرف بیش‌ازحد (اوردوز) مواد قرار دارند.
- بین ۷۰٪ تا ۹۸٪ از افرادی که به خاطر جرایم مرتبط با مواد مخدر به زندان افتاده‌اند و در طول مدت زندان درمان نشده‌اند، یک سال بعد از آزادی مجدداً به دامان اعتیاد بازمی‌گردند.

برای کاهش مصرف مواد مخدر و آسیب آن در زندان‌ها، نظام زندان‌ها باید مصرف‌کنندگان مواد مخدر را تشویق کند اصلاً مواد مخدر مصرف نکنند و اگر می‌کنند، تزریق نکنند و اگر تزریق می‌کنند، از وسایل تزریق به طور مشترک استفاده نکنند.

بنابراین، اجرای برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر و نیز برنامه‌های کاهش آسیب در زندان اهمیت بسیار دارد (ستوور و دیگران ۲۰۰۷).

اتفاق نظری میان دست‌اندرکاران پدید می‌آید مبنی بر اینکه درمان وابستگی به مواد مخدر در زندان‌ها در صورتی می‌تواند اثربخش باشد که به نیازهای زندانیان پاسخ دهد، طول زمانی کافی و کیفیت مناسب داشته باشد و پس از آزادی از زندان نیز با مراقبت‌های پس از درمان همراه شود.

درمان وابستگی به مواد مخدر انواع بسیار دارد، اما این درمان‌ها اساساً به دو دسته تقسیم می‌شوند: برنامه‌های درمان جایگزین و برنامه‌های مبتنی بر خویشنداری (ترک).

کلیه اشکال درمان وابستگی به مواد مخدر بر خطر انتقال اچ‌آی‌وی تأثیر می‌گذارند، اما برنامه‌های درمانی جایگزین از بیشترین قابلیت برای کاهش مصرف تزریقی مواد مخدر و خطر ناشی از سرایت و پخش عفونت برخوردارند.

۲. درمان جایگزین چیست؟

درمان جایگزین (درمان دارویی آگونست، درمان جایگزین آگونست یا درمان به کمک آگونست) طبق تعریف عبارت است از تجویز موادی که به لحاظ دارویی با ماده وابستگی‌آور مشابه هستند، تحت نظارت پزشک به افرادی که به مواد وابسته‌اند، به منظور دستیابی به اهداف درمانی مشخص.

درمان جایگزین مواد افیونی (اواس‌تی) نوعی مراقبت درمانی برای افرادی است که به هروئین و دیگر مواد افیونی وابسته‌اند که طبق تجویز از آگونست‌های مواد افیونی که از تأثیراتی مشابه با هروئین و مرفین بر مغز برخوردارند و عوارض ترک را تخفیف می‌دهند و جلوی میل شدید به مواد افیونی غیرقانونی را می‌گیرند، استفاده می‌کنند. نمونه‌های آگونست مواد افیونی عبارتند از متادون، لووآلفا-استیل متادول، مورفین پیوسته‌رهش، کدئین، بوپرنورفین (یک ماده آگونست-آنتاگونست جزئی) و در برخی کشورها، دیامورفین. ویژگی اغلب این مواد، به استثنای دیامورفین، را دوره تأثیر طولانی و فقدان "حمله" تشکیل می‌دهد.

از آنتاگونست‌ها، که اثرات دیگر مواد افیونی را معکوس می‌کنند، نیز برای درمان وابستگی به مواد افیونی استفاده می‌شود. آنها محل همان گیرنده‌هایی را پر می‌کنند که مواد افیونی در مغز اشغال می‌کنند، و از این رو،

جلوی تأثیر دیگر مواد افیونی را می‌گیرند. با وجود این، آنها جلوی میل سوزان به مواد را نمی‌گیرند. اگر کسی یک ماده آنتاگونیست مصرف کند و پس از آن یک ماده افیونی استفاده کند، اثرات وجدآور ماده افیونی خنثی می‌شود، زیرا این مواد نمی‌توانند روی مغز تأثیر بگذارند. اگر آنتاگونیست پس از ماده افیونی مصرف شود، شخصی که به مواد افیونی وابستگی دارد، فوراً وارد ترک اعتیاد می‌شود (از این رو مصرف آنتاگونیست‌ها را برای افرادی که از مواد افیونی سم‌زدایی نشده‌اند، منع کرده‌اند). نالترکسون از آنتاگونیست‌های مواد افیونی است که استفاده از آن برای درمان وابستگی به مواد افیونی از همه رایج‌تر است. از نالوکسون تنها در شرایط اضطراری مصرف بیش از حد مواد افیونی و معکوس کردن آن استفاده می‌شود. بوپرنورفین یک آگونیست-آنتاگونیست جزئی است و از آن به میزان فزاینده‌ای برای درمان وابستگی به مواد افیونی استفاده می‌شود. برای جلوگیری از سوءمصرف داروها از طریق تزریق از ترکیب نالوکسون با بوپرنورفین (به نسبت ۱ به ۴) استفاده می‌شود.

جدول ۱: تفاوت میان آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌ها

آگونیست‌ها (متادون، لوو-آلفا-استیل‌متادول، مرفین و هروئین طولانی‌اثر)	آنتاگونیست‌ها (نالترکسون و نالوکسون)
درمان جایگزین	بلوک کردن یا درمان بیزاری
تأثیراتی مشابه با مواد افیونی دارد	بلوک کردن اثر مواد افیونی
تحریک‌کننده گیرنده‌های مواد افیونی است	بلوک کردن گیرنده‌های مواد افیونی
اشتیاق سوزان به مواد افیونی را تخفیف می‌دهد یا متوقف می‌کند	اشتیاق مفرط به مواد افیونی را تخفیف نمی‌دهد یا متوقف نمی‌کند
موجب حمله نمی‌شود (به استثنای دیامورفین)	ایجاد حمله نمی‌کند
می‌تواند موجب وابستگی فیزیکی شود یا آن را حفظ کند	وابستگی فیزیکی ایجاد نمی‌کند

درمان جایگزین به این دلیل ارزشمند است که فرصتی برای مصرف‌کنندگان مبتلا به وابستگی به مواد مخدر برای کاهش امکان انجام رفتارهای پرخطر و تثبیت وضعیت سلامتی و اجتماعی آنها پیش از پرداختن به بُعد سازگاری فیزیکی وابستگی فراهم می‌آورد. درمان جایگزین را به طور کلی برای افرادی تجویز می‌کنند که در متوقف کردن مصرف مواد و تکمیل فرایند ترک خود با دشواری روبه‌رو هستند. این روش برای جایگزینی موادی که دوره اثر، یا نیم‌عمر، طولانی‌تری از مواد مخدری دارند که جایگزین آنها می‌شوند تا ظهور ترک را به تأخیر بیندازند و فاصله دفعات مصرف دارو را افزایش دهند. این امر به شخص اجازه می‌دهد بدون آنکه نیازی به یافتن و مصرف مواد مخدر داشته باشد، توجه خود را بر فعالیت‌های عادی زندگی متمرکز کند. گذشته از این، جایگزین کردن داروی تجویز شده توسط پزشک به جای یک ماده مخدر غیرقانونی، در عین حال که از فرایند تغییر سبک زندگی حمایت می‌کند، به به گسستن پیوند با فعالیت‌های مجرمانه نیز کمک می‌کند.

درمانی که از کیفیت خوبی برخوردار باشد، باید:

- در جریان و هماهنگی و توأم با درمان دیگر بیماری‌های مزمن (برای مثال، درمان ضدویروسی/ضدترتروویروسی) باشد،
- بتواند مشکلات متعددی را که هر یک خطری برای عود اعتیاد به شمار می‌روند، مورد توجه قرار دهد- نظیر علائم پزشکی و روان‌پزشکی و ناپایداری اجتماعی،
- کاملاً در جامعه ادغام شده باشد تا دسترسی فوری از نظر اهداف پایش و جلوگیری از عود اعتیاد را امکان‌پذیر سازد.

دیگر ویژگی‌های مدل خوب شامل موارد زیر می‌شود:

- کافی بودن دوره زمانی ممکن و موجود برای درمان،
- وجود پیوندهای نزدیک با خدمات سلامتی و مواد مخدر جامعه، میزان بازآموزی ارائه شده برای پزشکان و پرستاران شرکت‌کننده در این درمان
- میزان به حساب آوردن نظریات خود زندانیان

همان‌طور که مقاله مشترک اعلام موضع سازمان بهداشت جهانی/دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد/یوان‌ایدز(۲۰۰۴) در مورد درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز خاطر نشان شده است، "هیچ‌گونه درمان واحدی برای کلیه افراد اثربخش نیست، از این رو، خدمات ارائه شده باید از تنوع و انعطاف‌پذیری کافی برای پاسخگویی به نیازهای متفاوت، شدت وابستگی آنها، اوضاع و احوال شخصی، انگیزش و پاسخ به مداخلات برخوردار باشد. مدیریت عقلایی وابستگی به مواد افیونی از ضرورت استفاده از ترکیب متعادلی از دارودرمانی، روان‌درمانی، بازتوانی روانی اجتماعی و مداخلات کاهش خطر سخن می‌گوید".

در تلاش برای ایجاد تعادل و برابری میان خدمات سلامتی در جامعه و در زندان، لازم است این رویکردهای درمانی متنوع به محیط زندان منتقل شوند.

اهداف اصلی درمان جایگزین

هرچند هدف غایی درمان ممکن است آن باشد که معتادان را به متوقف کردن مصرف مواد مخدر برانگیزیم، اهداف اصلی درمان جایگزین بر مفاهیم سلامت عمومی و کاهش آسیب استوار است. اهداف درمان جایگزین عبارتند از:

- کمک به مردم برای آنکه تا زمانی که به وسیله مراقبت و حمایت مقتضی، به یک زندگی عاری از مواد مخدر دست نیافته‌اند، سالم باقی بمانند یا، در صورتی که نتوانند به زندگی عاری از مواد مخدر دست یابند یا بخواهند از این برنامه خارج شوند، برای مدت سال‌ها یا حتی برای تمامی عمر خود، تحت درمان باقی بمانند.
- کاهش استفاده از مواد مخدر غیرقانونی یا تجویز نشده،
- برخورد با مشکلات مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر،
- کاهش خطرات مرتبط با سوء مصرف مواد، به ویژه خطر انتقال اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی و دیگر عفونت‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند، به واسطه تزریق و استفاده مشترک از لوازم تزریق،
- کاهش مدت زمان دوره‌های سوء مصرف مواد،
- کاهش امکان عود مجدد اعتیاد به مواد مخدر،
- کاهش نیاز به فعالیت‌های مجرمانه برای تأمین هزینه‌های سوء مصرف مواد،
- تثبیت وضعیت فرد در مورد داروهای جایگزین در هر جایی که مقتضی باشد، به منظور تخفیف علائم ترک،
- بهبود کارکرد کلی شخصی، اجتماعی و خانوادگی، و
- کاهش خطر مرگ ناشی از مواد مخدر، به ویژه در مقطع آزادی از زندان.

شواهد موجود در رابطه با مزایای درمان جایگزین^۲

رایج‌ترین شکل درمان جایگزین، درمان نگهدارنده با متادون است. از متادون ده‌ها سال است برای درمان وابستگی به هروئین و دیگر مواد افیونی استفاده می‌شود. استفاده از بوپرنورفین نیز که جدیدتر است در برخی کشورها بسیار رایج است (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مواد جایگزین به جدول ۱ و ۲ مراجعه کنید). ثابت شده است که هر دوی این داروها با کاهش تزریق مواد مخدر و بهبود وضع سلامت و کیفیت زندگی افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی، به شدت خطر عفونت اچ‌آی‌وی را کاهش می‌دهند.

برنامه‌های درمان جایگزین برای جامعه از اواسط دهه ۱۹۹۰ به این سو به سرعت گسترش یافته‌اند. امروزه بیش از نیم میلیون مصرف‌کننده مواد مخدر در سراسر جهان از برنامه‌های درمان جایگزین استفاده می‌کنند. درمان جایگزین طی ۱۰-۵ سال گذشته به میزان قابل ملاحظه‌ای در اتحادیه اروپا گسترش یافته است. امروزه کلیه کشورهای اتحادیه اروپا به شکلی از برنامه‌های درمان جایگزین استفاده می‌کنند، هرچند کشورهای گوناگون به میزان قابل ملاحظه‌ای از نظر وسعت و محتوای دسترس‌پذیری و کیفیت این درمان با یکدیگر تفاوت دارند. درمان جایگزین در اشکال گوناگونی که به کار گرفته می‌شود، خود را به عنوان تمهیدی با مقبولیت گسترده

^۲ لطفاً به مطلب کامل مراجعه کنید: ستال ویتس اند ستور ۲۰۰۷

برای کاهش آسیب و درمان افرادی از جامعه که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، تثبیت کرده است (شورای اروپا، ۲۰۰۱).

در مقاله مشترک اعلام موضع که سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد (یوان اودی سی) و یوان ایدز (۲۰۰۴) تدوین کرده اند، مطلب زیر آمده است:

درمان نگهدارنده جایگزین یکی از اثربخش ترین گزینه های درمان وابستگی به مواد افیونی است. این درمان می تواند با کاستن از مصرف هروئین، مرگ های مرتبط با آن، رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ آی وی و فعالیت های جنایتکارانه، هزینه بالای وابستگی به مواد افیونی برای افراد، خانواده هاشان و جامعه به طور کلی را کاهش دهد. درمان نگهدارنده جایگزین یک جزء بسیار مهم از رویکردهای جامعه محور در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از گسترش عفونت اچ آی وی میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر است.

تجویز درمان جایگزین و قرار دادن آگونیست های مواد افیونی در اختیار افرادی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می برند- در چارچوب روش درمانی شناخته شده و مورد تأیید مراجع صالح- با کنوانسیون واحد سال ۱۹۶۱ در مورد مواد مخدر و کنوانسیون ۱۹۷۱ در مورد مواد روان گردان مطابقت دارد.

داده های فراوانی اثربخشی برنامه های درمان جایگزین در کاهش رفتار تزریقی پرخطر و در کاستن از خطر ابتلا به اچ آی وی را تأیید می کنند. درمان جایگزین اثربخش ترین درمان موحود برای معتادان تزریقی هروئین از نظر کاستن از مرگ و میر (نرخ مرگ و میر افرادی که به مواد افیونی وابستگی دارند و از درمان نگهدارنده متادون استفاده می کنند، یک سوم تا یک چهارم نرخ آنهایی است که از این درمان استفاده نمی کنند)، مصرف هروئین و جرم و جنایت است. مصرف کنندگان مواد مخدر پیش از ورود به درمان، در جرم و جنایت شرکت قابل ملاحظه دارند که این میزان پس از یک سال درمان نگهدارنده با متادون به نصف کاهش یافته است. مزایای این درمان در طول آن و بلافاصله پس از آن بسیار عظیم است، اما تغییرات مثبت قابل ملاحظه برای سال ها پس از درمان همچنان باقی می ماند. میزان کاهش مسائل منفی در رفتارهای مجرمانه و جنایتکارانه مرتبط با مواد مخدر از همه شاخص تر است. معلوم شده است که بسیاری از نگرانی هایی که درباره درمان جایگزین مطرح شده اند، بی اساس بوده اند. به طور ویژه باید گفت که معلوم شده است درمان جایگزین مانعی بر سر راه متوقف کردن مصرف مواد مخدر نیست و در واقع، معلوم شده است که درمان جایگزین در پیشبرد امر پایبند نگاه داشتن افراد در برنامه های درمان مواد مخدر و خویشترداری از مصرف مواد مخدر غیرقانونی اثربخش تر از برنامه های سم زدایی بوده است. درمان به کمک جایگزین در صورتی که با نظر مساعد با دیگر مداخلات مراقبت های سلامتی نظیر درمان فشار خون بسیار بالا یا عفونت اچ آی وی و ایدز مقایسه شود، روش درمان باصرفه ای است. طبق چندین برآورد محافظه کارانه، هر یورویی که در این برنامه ها سرمایه گذاری شود، ممکن است به تنهایی

بازدهی بین چهار تا هفت یورو در کاهش جرم و جنایت مرتبط با مواد مخدر، هزینه‌های دادرسی کیفری و دزدی به همراه آورد. هنگامی که صرفه‌جویی‌های ناشی از مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی نیز در نظر گرفته شود، کل صرفه‌جویی‌ها می‌تواند از هزینه‌ها به نسبت ۱۲ به ۱ فراتر رود. مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که وارد فرایند درمان نمی‌شوند، شش برابر بیشتر از معتادان تزریقی که وارد فرایند درمان می‌شوند و در آن باقی می‌مانند احتمال دارد که به عفونت اچ‌آی‌وی آلوده شوند (انستیتو ملی سوء مصرف مواد مخدر، ۲۰۰۰).

سرانجام، افرادی که در فرایند درمان جایگزین قرار دارند و به دلیل زندانی شدن مجبور می‌شوند متادون را رها کنند، اغلب به مصرف مواد مخدر بازمی‌گردند، اغلب در چارچوب همان نظام زندان و اغلب به صورت تزریقی. از این رو، وسیعاً توصیه شده است که زندانیانی که در خارج از زندان در فرایند درمان جایگزین قرار داشتند، باید امکان یابند که این درمان را در زندان ادامه دهند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، یوان‌ایدز و سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶).

در زندان‌ها، نظیر جامعه، اگر درمان جایگزین در اختیار زندانیان قرار بگیرد، از قابلیت کاهش موارد تزریق و استفاده مشترک از سرنگ برخوردار است. از این رو، رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) در مورد عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز در زندان‌ها توصیه می‌کند که: "زندانیانی که پیش از زندانی شدن در فرایند درمان نگهدارنده متادون قرار داشتند، باید قادر باشند در حالی که در زندان به سر می‌برند نیز این درمان را ادامه دهند. در کشورهایی که درمان نگهدارنده متادون در اختیار افراد دارای وابستگی به مواد افیونی در جامعه قرار می‌دهند، باید این درمان را در زندان‌ها نیز در اختیار نیازمندان قرار دهند." به همین ترتیب، اعلامیه دویلین در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها در اروپا و آسیای مرکزی (لاینز و دیگران، ۲۰۰۴) اعلام می‌کند که:

ماده ۱: زندانیان از این حق برخوردارند که از خود در مقابل عفونت اچ‌آی‌وی حفاظت کنند.

زندانیانی که اچ‌آی‌وی/ایدز دارند، از این حق برخوردارند که از خود در مقابل آلوده شدن مجدد به عفونت و/یا ابتلای توأمان به عفونت‌های هپاتیت سی و/یا سل حفاظت کنند. از این رو، دولت‌ها از این مسئولیت برخوردارند که در کشورهایی که درمان جایگزین با متادون و دیگر درمان‌های جایگزین در جامعه به عموم مردم ارائه می‌شود، دسترسی رایگان به این درمان‌ها را برای زندانیان نیز تأمین کنند. این امر باید هم شامل قرار دادن این امکان در اختیار افرادی باشد که قبل از زندان نیز از چنین درمانی استفاده می‌کردند تا آن را پس از زندانی شدن نیز ادامه دهند و نیز فراهم کردن این امکان برای آغاز درمان جایگزین در زندان برای افراد نیازمند است. کشورهایی که برای درمان‌های جایگزین قانون به تصویب نرسانده‌اند یا آن را به اجرا درنیآورده‌اند، باید به چنین کاری اقدام کنند.

در سراسر جهان، شمار فزاینده‌ای از سازمان‌های زندان‌ها، از جمله سازمان زندان‌ها در استرالیا و کانادا، برخی ایالات در ایالات متحده، اغلب سازمان‌های زندان‌ها در کشورهای اتحادیه اروپا و سازمان‌های زندان‌ها در دیگر کشورها، از جمله در اندونزی و جمهوری اسلامی ایران، به زندانیان درمان جایگزین ارائه می‌دهند. در اسپانیا، ۱۸٪ از کل زندانیا، یا ۸۲٪ از کل مصرف‌کنندگان مواد مخدری که در زندان به سر می‌برند، این درمان را دریافت می‌کنند.

برنامه‌های درمان جایگزین همچنین در زندان‌های کشورهای جدید عضو اتحادیه اروپا نیز وجود دارند، هرچند این برنامه‌ها اغلب همچنان کوچکند و تنها به تعداد کوچکی از زندانیان نیازمند خدمات می‌دهند. سرانجام، شمار فزاینده‌ای از نظام‌های تأدیبی در بخش شرقی منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، نظیر جمهوری مولداوی یا قزاقستان، استفاده از برنامه‌های درمان جایگزین را آغاز کرده‌اند، اما خدمات درمان جایگزین همچنان در زندان‌های دیگر کشورهای منطقه وجود ندارد. در آغاز، درمان جایگزین در زندان‌ها اغلب تنها در اختیار زندانیانی قرار می‌گرفت که اچ‌آی‌وی یا دیگر بیماری‌های عفونی داشتند یا حامله بودند. ارائه این خدمات به طور کلی همچنان ناکافی و پایین‌تر از استانداردهای درمان جایگزین بود که در جامعه ارائه می‌شد. در بسیاری کشورها، درمان جایگزین هنگامی که فرد به زندان می‌افتد، قطع می‌شود. یک خلاء درمانی میان آنهایی که به درمان جایگزین نیاز دارند و آنهایی که آن را دریافت می‌کنند، وجود دارد.

برخی نظام‌های زندان هنوز در ارائه درمان جایگزین به نیازمندان یا گسترش دادن آن به زندانیانی که قبل از زندان آن را دریافت نمی‌کردند، با بی‌میلی برخورد می‌کنند. برخی متادون یا بوپرنورفین را صرفاً یک ماده مخدر تغییردهنده خلق می‌دانند که رشد شخصی لازم برای گذر کردن از یک هستی وابسته به مواد مخدر را به تأخیر می‌اندازند. برخی همچنین به لحاظ اخلاقی به درمان جایگزین معترضند و مدعی‌اند که این کار صرفاً یک ماده مخدر وابستگی‌آور را به جای یک ماده مخدر دیگر می‌نشانند. دلایل دیگر مخالفت با درمان جایگزین عبارتند از:

- این واقعیت که فرض بر این است که زندان‌ها از مواد مخدر عاری هستند،
- ترس از این امر که مواد جایگزین تبدیل شده و فروخته شوند،
- فقدان درک این امر که وابستگی به مواد مخدر یک بیماری مزمن است،
- فضای محدود و فقدان منابع و پرسنل مورد نیاز در بسیاری از زندان‌ها،
- هزینه درمان جایگزین و وظایف سازمانی اضافی مورد نیاز برای اجرای آن،
- اضطرابی که درمان جایگزین در زندان به وجود می‌آورد که موجب بی‌ثباتی آن می‌شود.

بیان صبورانه و پیگیر شواهد نیرومند موجود در مورد مزایایی که درمان جایگزین می‌تواند هم برای زندانیان و هم این تشکیلات در کل به ارمغان آورد، بهترین راه غلبه بر این موانع است. پزشکان و کارشناسان درمانی باید

این واقعیت را در نظر داشته باشند که همکاران حوزه درمانی یا مدیریتی در زندان‌ها اطلاع چندانی از ماهیت طولانی و عودکننده وابستگی به مواد مخدر ندارند. گذشته از این، چنین به نظر می‌رسد که درمان جایگزین برای اشخاص عادی اغلب بیشتر احتمال دارد که مشکلات سلامتی و اجتماعی مرتبط با وابستگی به مواد مخدر را تشدید کند تا تخفیف دهد. از این رو، کارشناس آگاه باید در همان حال که به آموزش دادن و حمایت از این روش به نمایندگی از سوی مصرف‌کنندگان مواد مخدر (که سزاوار این روش سرراست و باصرفه درمان‌اند که ثابت کرده است از قابلیت بهبود زندگی و طولانی‌تر کردن آن برخوردار است) مشغولند، باید به شک و تردیدهای همکاران خود گوش فرادهد و آنها را درک کند.

برخی زندانیان نیز، یا به دلیل اینکه اطلاعی از مزایای درمان جایگزین ندارند یا مایلند مصرف مواد مخدر خود را پنهان کنند (که یکی از دلایل آن ترس از این امر است که در صورتی که آنها را به عنوان مصرف‌کننده مواد مخدر بشناسند، با پیشداوری و درمان نامطلوب روبه‌رو شوند) که اگر درمان جایگزین دریافت دارند، این امر ناممکن می‌شود، نسبت به برخورداری از درمان جایگزین در زندان‌ها با بی‌میلی برخورد می‌کنند.

در صورتی که روش‌های اثربخش و قابل اعتماد دیگری وجود می‌داشت که می‌توانست به ترک طولانی مدت مصرف مواد مخدر دست یابد، در آن صورت درمان جایگزین قطعاً روشی نابسند می‌بود. اما چنین روش‌های بدیلی وجود ندارند (دولان و ووداک، ۱۹۹۶).

اکثریت بیمارانی که به هروئین وابستگی دارند پس از سم‌زدایی به مصرف مجدد هروئین بازمی‌گردند و معدودی برای مدت کافی به درمان‌هایی که عاری از مواد مخدر هستند جلب می‌شوند و در آنها باقی می‌مانند تا به ترک کامل نایل شوند. هرگونه درمانی (نظیر درمان جایگزین) که نیمی از کسانی را که در درمان ثبت نام کرده‌اند، در فرایند درمان نگهدارد، به میزان قابل توجهی مصرف مواد افیونی غیرقانونی را از سوی آنها کاهش دهد و از شرکت آنها در فعالیت‌های مجرمانه و جنایتکارانه بکاهد و سلامت و رفاه آنها را ارتقا دهد، کاری بیش از "صرفاً" جایگزین کردن یک ماده مخدر وابستگی‌آور با ماده دیگر انجام داده است.

در سال‌های اخیر، ارزیابی‌هایی که از برنامه‌های درمان جایگزین در زندان به عمل آمده است، شواهد روشنی از فواید این برنامه‌ها ارائه داده است. مطالعات نشان داده‌اند که اگر دوز دارو کافی باشد (دست کم ۶۰ میلی‌گرم متادون) و درمان برای دوره زندانی بودن فرد ارائه شود، چنین برنامه‌هایی تزریق مواد مخدر و استفاده مشترک از سوزن و عوارض ناشی از آنها، یعنی گسترش اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند را کاهش خواهند داد. این برنامه‌ها علاوه بر این، از مزایای اضافی و ارزشمندی هم از نظر سلامتی زندانیانی که در برنامه‌ها شرکت می‌جویند و هم برای نظام‌های زندان‌ها و جامعه برخوردارند.

- درمان جایگزین از طریق کاستن از رفتارهای جستجوی مواد، تأثیر مثبتی بر رفتار فرد در داخل نهادهای تأدیبی می‌گذارد و از این طریق ایمنی زندان را بالا می‌برد. نظام‌های زندان که درمان جایگزین به زندانیان عرضه می‌کنند، علاوه بر مزایای متعددی که به دست می‌آورند، با کاهش علائم ترک پس از ورود فرد معتاد به زندان (که اغلب با آسیب به خود یا حتی دست زدن به خودکشی همراه است)، اضطراب پس از ورود به زندان را تخفیف می‌دهند، معاملهٔ مواد مخدر را کاهش می‌دهند و بازدهی زندانیان را در درمان جایگزین افزایش می‌دهند.
 - تخلفات مکرر میان زندانیانی که درمان جایگزین دریافت می‌کنند به میزان قابل ملاحظه‌ای کمتر است.
 - در مقایسه با زندانیانی که در برنامه‌های سم‌زدایی ثبت‌نام کرده‌اند، درمان جایگزین در زندان به میزان قابل ملاحظه‌ای ورود به درمان پس از آزادی و باقی‌ماندن در آن را تسهیل می‌کند.
 - هرچند دستگاه ادارهٔ زندان‌ها اغلب در آغاز نگرانی‌هایی دربارهٔ امنیت زندان، رفتار خشونت‌آمیز و انحراف جهت استفاده از داروهای تجویزی مطرح کرده است، اما این مشکلات کمتر در جریان اجرای برنامه‌های درمان جایگزین بروز می‌کنند.
 - هم زندانیان و هم کادر مراکز تأدیبی از چگونگی تأثیر مثبت درمان جایگزین بر زندگی در زندان گزارش داده‌اند.
 - مأموران درمان جایگزین به صورت روزمره با خدمات مراقبت از سلامت در زندان و نیز زندانیان تماس دارند، رابطه‌ای که می‌تواند به عنوان مبنایی برای طرح مسائل سلامتی بیشتر و ایجاد پیوندی با دیگر استراتژی‌های پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی عمل کند.
 - شواهدی وجود دارد حاکی از اینکه قطع ناگهانی درمان جایگزین به هنگامی که فرد در زندان به سر می‌برد، خطر آسیب به خود و خودکشی را افزایش می‌دهد.
- در کانادا، نظام زندان‌های فدرال پس از آنکه ارزیابی‌ها نشان دادند که درمان نگهدارندهٔ متادون تأثیر مثبتی بر نتایج آزادی از زندان باقی می‌گذارد (کاهش بازگشت مجدد به زندان) دسترسی به درمان نگهدارندهٔ متادون را گسترش داد. بررسی‌ها نشان داد که شرکت‌کنندگان در چنین برنامهٔ درمانی کمتر احتمال دارد دست به جرم و جنایت بزنند و به زندان بازگردند. این امر اهمیت بسیار دارد، زیرا هزینهٔ برنامهٔ درمان جایگزین در زندان ممکن است با صرفه‌جویی‌های ناشی از عدم فعالیت‌های متخلفین و مجرمینی که برای دوران طولانی‌تری در جامعه باقی می‌مانند نسبت به مجرمینی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، خنثی شود.
- علاوه بر این، درمان جایگزین ممکن است به کاهش خطر مصرف بیش‌ازحد (اوردوز) مواد برای آنهایی که آزادی از زندان آنها نزدیک است، کمک کند (دولان و دیگران، ۲۰۰۵). مطالعات پیگیری آزمون کنترل شدهٔ تصادفی (آرسی‌تی) = هیچ‌گونه مورد مرگ پس از آزادی در گروه درمان نگهدارندهٔ متادون در مقایسه با ۱۷

مرگ در گروه کنترل). بسیاری از زندانیان هنگامی که از زندان آزاد شدند، تزریق را از سر می‌گیرند، اما این کار در شرایط خطر بیشتر مصرف‌بیش‌ازحد (اوردوز) و کشندهٔ مواد به خاطر کاهش تحمل نسبت مواد افیونی انجام می‌دهند. در پی تحقیقی که در بریتانیا بر روی ۵۱,۵۹۰ فرد آزاد شده از زندان انجام گرفت (فارل و مارسدن ۲۰۰۵)، چنین برآورد شد که تقریباً ۳۵٪ از کل مرگ و میر مردان بر اثر مصرف مواد مخدر و ۱۲٪ از کل مرگ و میر زنان بر اثر مصرف مواد مخدر میان زندانی‌هایی روی داده است که به تازگی از زندان آزاد شده بودند. این امر به سودمندی و ضرورت درمان جامع مواد مخدر در زندان‌ها برای مقابله با چنین شرایط خطرناکی اشاره دارد و بر اهمیت درمان جایگزین، نه تنها به عنوان یک استراتژی برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی در زندان‌ها، بلکه همچنین به عنوان یک استراتژی برای کاهش مرگ‌های ناشی از مصرف‌بیش‌ازحد (اوردوز) مواد مخدر به هنگام آزادی تأکید می‌کند.

کینلاک و دیگران (۲۰۰۷) در یک آزمایش تصادفی بالینی درمان نگهدارندهٔ متادون برای زندانیانی که پیش از آزادی از زندان یا بلافاصله پس از آن از درمان نگهدارندهٔ متادون بهره گرفته بودند، به این نتیجه دست یافتند که ظاهراً این کار از اثرات کوتاه‌مدت مفیدی بر ورود به فرایند درمان در جامعه و مصرف هروئین برخوردار است.

اگر این نمونه و اهمیت ارائهٔ مراقبت و درمان در زندان‌ها، به صورتی برابر با خدماتی که در خارج از آن ارائه می‌شود، را بر روی هم در نظر بگیریم، دلایل قانع‌کننده‌ای برای نظام زندان‌ها فراهم می‌شود تا درمان جایگزین را به کار گیرند. در مستطیل ۱ نمونه‌ای از دستورالعمل‌های درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در سلوونی ارائه شده است (کاستلیچ و دیگران، ۲۰۰۱).

مستطیل ۱:

مثال: دستورالعمل‌های عمومی برای درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌های سلوونی

خدمات سلامت برای افرادی که در زندان‌ها یا دارالتأدیب‌ها به سر می‌برند باید با خدماتی که در خارج از نظام تأدیبی ارائه می‌شود، معادل باشد.

استقلال حرفه‌ای مشاوران و درمان‌گران از خدمات امنیتی از اهمیت بسیار برخوردار است.

باید همکاری نزدیکی میان دست‌اندرکاران حرفهٔ سلامت در زندان‌ها و در جامعه برقرار باشد.

افراد معتاد باید به مجرد ورود به نظام زندان از حق درمان برخوردار باشند (استفاده از برنامه‌های کاهش آسیب، درمان جایگزین، سم‌زدایی یا درمان عاری از مواد).

آنها باید از این حق انتخاب برخوردار باشند که در برنامه‌های موجود جامعه درمان شوند.

درمان اثربخش

برای آنکه درمان جایگزین، نظیر هر نوع درمان دیگر، اثربخش باشد، باید:

- بر نیازهای زندانیان استوار شده باشد،
- در دوره زمانی مناسب و با دوز مناسبی که شخص مورد نظر بدان نیاز دارد، ارائه شود، و
- با پیوستگی ارائه شود، یعنی به محض زندانی شدن فرد و همچنین پس از آزاد شدن او ادامه یابد.

همان‌طور که در سطور بالا متذکر شدیم، درمان اثربخش از مزایای متعددی برای معتادان برخوردار است، هم به آنها کمک می‌کند زنده بمانند، هم خطر مبتلا شده به عفونت، به ویژه عفونت‌های اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی را کاهش می‌دهد، به آنها کمک می‌کند از مصرف مواد خودداری کنند یا الگوی مصرف پایداری در پیش بگیرند، به زندگی اجتماعی آنها ثبات می‌دهد، سلامت جسمی آنها را تقویت می‌کند و فعالیت مجرمانه و جنایتکارانه را در آنها کاهش می‌دهد. درمان اثربخش همچنین با بهبود سلامت عمومی، کاهش موارد اورژانس و بستری شدن، کاهش گسترش اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های عفونی، کاهش هزینه‌های رفاه اجتماعی و کاهش هزینه‌های نظام عدالت کیفری به جامعه نیز منفعت می‌رساند.

برنامه‌های درمان جایگزین از نظر مدت زمان، دوز تجویزی و طرح برنامه با یکدیگر تفاوت دارند. هرچند شواهد فراوانی (زیکلر، ۱۹۹۹) نشان می‌دهد که درمان جایگزین، به ویژه درمان با متادون، به هنگامی که دوزهای بالایی به صورت دوز نگهدارنده تجویز شده باشند از اثربخشی بیشتری برخوردارند، بسیاری از برنامه‌ها توجه خود را بر سم‌زدایی کوتاه‌مدت با دوزهای کاهش‌یابنده متمرکز می‌کنند.

اعمال درمان جایگزین منحصراً در قالب سم‌زدایی، قابلیت درمانی آن را محدود می‌کند. هدف درمان نگهدارنده جایگزین تثبیت وضعیت سلامت فرد و دستیابی به بازتوانی اجتماعی است. همان‌طور که تحقیقات در مورد اغلب افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی نشان داده است (سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و یوان‌ایدز، ۲۰۰۴)،

... پس از حدود سه ماه درمان، به آستانه بهبود قابل توجه دست می‌یابیم که در صورت ادامه درمان به دستاوردهای بیشتر نایل خواهیم شد. از آنجایی که مردم اغلب درمان را قبل از موقع رها می‌کنند و رها کردن قبل از موقع با نرخ‌های بالای عود اعتیاد و روی آوردن مجدد به مواد مخدر پیوند دارد، برنامه‌ها باید شامل استراتژی‌هایی برای درگیر و حفظ بیماران در فرایند درمان باشند. بسیاری از بیماران باید چندین سال در درمان باقی بمانند.

در سال ۱۹۹۰، دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۰)، دوره‌های استاندارد درمان با متادون را به چهار گروه تقسیم کرد:

- سم‌زدایی کوتاه مدت: کاستن از دوز دارو در طول یک ماه یا کمتر،
- سم‌زدایی درازمدت: کاستن از دوز دارو طی دوره‌ای بیش از یک‌ماه،
- درمان نگهدارنده کوتاه مدت: تجویز ثابت دارو برای یک دوره شش‌ماهه یا کمتر، و
- درمان نگهدارنده درازمدت: تجویز ثابت دارو برای دوره بیش از شش ماه.

علاوه بر این، متمایز کردن برنامه‌های آستانه پایین و برنامه‌های آستانه بالا نیز واجد اهمیت است. تفکیک میان این برنامه‌ها را می‌توان به صورت زیر جمع‌بندی کرد:

برنامه‌های آستانه پایین:

- ورود به آنها آسان است،
- سمت‌گیری آنها را کاهش آسیب تشکیل می‌دهد،
- هدف اصلی آنها را تخفیف علائم ترک و میل شدید به مواد و بهبود کیفیت زندگی معتادان تشکیل می‌دهد، و
- طیف وسیعی از حق‌انتخاب‌های درمانی ارائه می‌دهد.

برنامه‌های آستانه بالا:

- ورود به آنها سخت‌تر است و ممکن است دارای ملاک‌های گزینش باشند،
- سمت‌گیری خودداری از مصرف مواد مخدر دارند (که ممکن است شامل خودداری از مصرف متادون نیز باشد)،
- حق‌انتخاب‌های درمانی انعطاف‌پذیر ندارند،
- از کنترل منظم (آزمایش ادرار) استفاده می‌کنند،
- از خط‌مشی اخراج انعطاف‌ناپذیر بهره می‌گیرند (مصرف مواد افیونی غیرقانونی مورد پذیرش نیست)، و
- شامل مشاوره و روان‌درمانی اجباری هستند.

مفهوم "آستانه پایین" را نباید مترادف با "کیفیت پایین" دانست.

به طور کلی، برنامه‌های آستانه پایین در پیشبرد اهداف کاهش آسیب، از طریق درگیر کردن سریع معتادان در درمان و نگهداشتن آنها در این فرایند، هم برای فرد معتاد و هم جامعه، موفق‌تر هستند. برای کسانی که به دلیل

عادت به مواد مخدر سبک زندگی پر آشوبی دارند، این گونه برنامه‌ها نتایج درمانی بهتری به بار می‌آورند و از این رو، اهداف درمان جایگزین را برآورده می‌کنند.

درمان نگهدارنده جایگزین اثربخش تر از دیگر اشکال درمان است

چندین دلیل علیه اجرای درمان نگهدارنده جایگزین (ام‌ام‌تی) در محیط‌های زندان ارائه شده است. برخی منتقدان متادون را صرفاً یک ماده مخدر تغییردهنده خلق دیگر می‌دانند که استفاده از آن رشد شخصی لازم برای پشت سر گذاردن یک زندگی موادمخدر-محور را به تأخیر می‌اندازد. برخی نیز به دلایل اخلاقی به ام‌ام‌تی معترضند و معتقدند که این روش صرفاً وابستگی به یک ماده مخدر را با وابستگی به ماده مخدر دیگر عوض می‌کند. اما تحقیقات نشان داده‌اند که ام‌ام‌تی در نگهداشتن بیمار در درمان مواد مخدر، کاهش مرگ‌ومیر ناشی از مواد مخدر و ترک مصرف مواد مخدر غیرقانونی، اثربخش تر از برنامه‌های سم‌زدایی بوده است. همچنین، در حالی که برخی نگرانی خود را از امکان‌پذیری اجرای ام‌ام‌تی در محیط‌های زندان ابراز داشته‌اند، تجربه نشان داده است که بر این دشواری‌ها می‌توان فائق آمد.

به کار بستن درمان جایگزین صرفاً به صورت سم‌زدایی، قابلیت درمانی آن را محدود می‌کند. درمان نگهدارنده جایگزین با هدف تثبیت وضع سلامت و بازتوانی اجتماعی، نیازمند مد نظر قرار دادن دوره‌های زمانی طولانی‌تر است. همان‌طور که تحقیقات نشان داده است، برای اغلب اشخاصی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، "آستانه بهبود قابل توجه پس از حدود سه ماه درمان فرامی‌رسد که با ادامه درمان منافع بیشتری عاید خواهد شد. از آنجایی که بیماران اغلب پیش از موقع درمان را رها می‌کنند، و ترک پیش از موقع درمان با نرخ‌های بالای عود اعتیاد و افتادن مجدد به دامان مصرف مواد مخدر همراه است، برنامه‌ها باید شامل استراتژی‌هایی برای علاقه‌مند و جلب کردن بیماران به درمان و نگهداشتن آنها در فرایند درمان باشند. بسیاری از بیماران باید چندین سال در درمان به سر ببرند". (دبلیواچ‌او/یوان‌اودی‌سی/یوان‌ایدز، ۲۰۰۴).

با توجه به ماهیت غالباً مزمن اعتیاد به مواد افیونی، درمان جایگزین را می‌توان با دیگر درمان‌هایی مقایسه کرد که در معالجه شرایط مزمن عودکننده‌ای نظیر فشار خون و دیابت اثربخش بوده‌اند. این بیماری‌ها، نظیر وابستگی به مواد افیونی، مزمن هستند و به درمان روزمره نیاز دارند و در صورتی که درمان متوقف شود، از خطر بالای بروز عوارض نامطلوب برخوردارند.

این مطلب پذیرفته است که اعتیاد یک اختلال مزمن است که حتی پس از گذراندن دوره‌های بهبود قابل توجه، قابلیت عود دارد و درمان اثربخش برای آن باید دارای ماهیتی پیوسته باشد. با وجود این، درمان اعتیاد نیز اغلب اوقات شامل رویدادهای متعدد مراقبت و درمان حاد، به جای یک برنامه مراقبت پیوسته است که با توافق پزشک و بیمار اجرا می‌شود.

ملاک‌های درمان و برنامه درمان

دو ملاک تشخیصی که مورد تأیید بین‌المللی نیز قرار دارند و وابستگی به مواد مخدر را پوشش می‌دهند، عبارتند از: تجدیدنظر دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (آی‌سی‌دی-۱۰) (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) و ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (جمعیت روان‌پزشکان آمریکا، ۱۹۹۴).

درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی را باید به افرادی محدود کرد که ملاک‌های بالینی وابستگی به مواد افیونی را برآورده می‌کنند. با وجود این، مقررات محدودکننده در رابطه با ملاک‌های پذیرش و مشمول دانستن درمان نگهدارنده جایگزین، در رابطه با دسترسی به درمان و پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی و هپاتیت، نقشی زیانبار و معکوس بازی می‌کنند. پاسخ به مسائلی نظیر حداکثر دوز یا حداکثر طول درمان را باید به قضاوت درمانی پزشک واگذار کرد تا بر اساس ارزیابی فرد تعیین کند.

در اصل، هر فردی را که دچار وابستگی به مواد افیونی است و به درمان نیاز دارد و تمایل خود را به درمان جایگزین ابراز می‌کند، می‌توان پس از ارزیابی مقتضی و درمان اولیه، تحت این درمان تثبیت کرد. با وجود این، توصیه شده است که به هنگام تدوین ملاک‌های پذیرش، وجود اماکن درمانی را در نظر بگیریم. سن، طول دوره اعتیاد به مواد افیونی، سلامت جسمی و روانی و انگیزش شخصی فرد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی همه را باید در نظر گرفت. باید برای برخی گروه‌ها، نظیر زنان حامله یا افرادی که ایدز یا بیماری‌های دیگر دارند، اولویت قائل شویم. اما این امر نباید موجب آزمایش اجباری آنتی‌بادی اچ‌آی‌وی شود.

گذشته از این، از آنجایی که آزادی از زندان با افزایش مرگ‌های ناشی از مصرف مواد مخدر به دلیل شروع مجدد مصرف مواد مخدر پس از یک دوره ترک یا مصرف کمتر (که طی آن تحمل مواد افیونی ممکن است پایین بیاید) لازم است اولویت درمان را به کسانی بدهیم که در شرف آزادی از زندان هستند.

برنامه‌های درمان تک تک بیماران باید بر اهداف درمان متکی شوند که بر اساس منابع موجود، نیازها و خواست‌های شخص مورد بحث و نظریات حرفه‌ای پزشک تعیین می‌شوند. مسائلی که باید به هنگام تهیه یک برنامه درمان مد نظر قرار داد، عبارتند از:

- اهداف متقاضی،
- اوضاع و احوال جاری،
- منابع موجود،
- سوابق قبلی نتایج درمان، و
- شواهد مربوط به ایمنی، کارایی و اثربخشی.

وابستگی به مواد افیونی با طیفی از مشکلات درمانی، قانونی و روانی اجتماعی همراه است. شخص در صورتی برای درمان جایگزین مناسب است که احتمال برود با ورود او به درمان، آسیب‌های فردی و اجتماعی مرتبط با مصرف مواد افیونی کاهش خواهند یافت. مشکلات اضافی را باید از همان آغاز درمان، چه توسط خود برنامه یا از طریق ارجاع به خدمات مناسب، مورد توجه و حل و فصل قرار داد.

خطرات و محدودیت‌ها

مهم‌ترین خطر قابل توجهی که متادون و دیگر آگونیست‌های مواد افیونی در بر دارند، مصرف بیش‌ازحد (اوردوز) است که می‌تواند کشنده باشد. شواهد تحقیقاتی (ورستر و بونینگ ۲۰۰۳) نشان‌دهنده آنند که بیشترین خطر مصرف بیش‌ازحد (اوردوز) هنگامی است که درمان جایگزین با متادون آغاز شده است. از این رو، برای آغاز درمان تجویز دوزهای پایین توصیه شده است. با وجود این، هنگامی که یک دوز ثابت حاصل شد (یعنی پس از حدود دو هفته)، خطر مرگ بر اثر مصرف بیش‌ازحد (اوردوز) در مقایسه با این خطر پیش از آغاز درمان، به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

درمان جایگزین برخی جنبه‌های منفی دیگر هم دارد. مهم‌ترین این جنبه‌ها این واقعیت است که در اغلب موارد، شخص باید درمان را برای مدت طولانی دریافت دارد. جنبه‌ی درازمدت درمان، تأثیری منفی هم بر مخارج عمومی و هم خود شخص باقی می‌گذارد.

مصرف‌کننده مواد به یک بیمار درازمدت تبدیل می‌شود که به دارو و اغلب همچنین به شخصی که آن دارو را تجویز می‌کند، وابسته می‌شود. در برخی موارد، این وابستگی می‌تواند به یک نگرش انفعالی منجر شود که طبق آن مصرف‌کننده از اختیار کردن یک وضعیت "عجز و ناتوانی آگاهانه" به ایفای "نقش مریض" روی می‌آورد.

گذشته از این، وابستگی به دارو و انگ مرتبط با آن که فرد را احاطه کرده است، ممکن است به هنگامی که بیماران از یک محل به محل دیگر نقل مکان می‌کنند یا پس از آزادی از زندان به طور ساده به سفر می‌روند و داروهای خود را با خود می‌برند، می‌تواند دشواری‌هایی به وجود آورد.

عوارض منفی بالقوه شدیدی وجود دارد که باید پیش از آنکه بیمار درمان را آغاز کند، با او در میان گذاشته شود تا او بتواند آگاهانه با درمان اعلام موافقت کند. اما منافع درمان جایگزین، هم منفعی که عاید فرد می‌کند و هم جامعه، آشکارا بر این عوارض منفی بالقوه می‌چربد.

مصرف مواد مخدر متعدد

باید در رابطه با مصرف چندین ماده مخدر دیگر برای زندانیان به هنگامی که پا به زندان می‌گذارند، پروتکل‌ها و رهنمودهای روشن و شفافی به کار بست. به ویژه منظور ما بنزودیازپین‌ها، باریتورات‌ها و الکل است که در درمان جایگزین خطرات جدی متوجه سلامت فرد می‌کنند. در این موارد، پیوستگی درمان جایگزین باید به طور کامل و جامع، مورد به مورد، مورد بحث قرار گیرد. کمال مطلوب آن است که راه‌حل‌های هر مورد در یک تیم چندتخصصی، و در صورت وجود، با یک واحد خدمات مشاوره مواد در زندان، مورد بحث قرار گیرد. باید با در نظر گرفتن خواست‌ها و منابع زندانی، طرح‌ها و دستاوردهای آتی این راه‌حل‌ها مشخص و بر روی آنها توافق شود.

رهبری سیاسی و خط‌مشی‌ها و پروتکل‌های روشن

برای هماهنگ کردن درمان جایگزین در زندان‌های یک کشور، این امر از بیشترین اهمیت برخوردار است که استانداردهای درمانی قابل مقایسه‌ای در مورد چگونگی اجرای این درمان در زندان‌ها در اختیار داشته باشیم. اهمیت در اختیار داشتن مقررات قابل مقایسه هنگامی روشن می‌شود که یک زندانی به زندان یا مرکز دیگر منتقل می‌شود.

جدول ۲: شرح مواد جایگزین

دارو	فاصله تجویز	دوز بهینه توصیه شد ۵	شیوه مصرف	خطر مصرف بیش از حد (overdose)	ترک	توضیح
متادون	هر ۲۴ ساعت	۶۰-۱۲۰ میلی گرم در روز	خوراکی (شربت، قرص)، تزریقی	+++	+++	سطح دوز بهینه به فرد بستگی دارد: این میزان می تواند بسته به تفاوت در نیازهای فرد، کم تر از ۶۰ میلی گرم یا بیشتر از ۱۲۰ میلی گرم باشد
بوپرنورفین بوپرنورفین + نالوکسون (نسبت ۴ به ۱)	هر ۲۴ ساعت یا ۴۸ ساعت یا ۷۲ ساعت	۸-۲۴ میلی گرم در روز	زیربانی	+ (با مواد مخدر دیگر)	+	۶-۸ ساعت پس از آخرین مصرف هروئین یا به هنگام بروز نشانه های ترک شروع شود. اگر شخص قبلاً متادون مصرف می کرده، باید متادون کاهش یابد تا به ۳۰ میلی گرم در روز برسد و بوپرنورفین می تواند ۴۸ ساعت پس از آخرین دوز متادون یا با ظهور علائم ترک مصرف شود
مورفین پیوسته رهش	هر ۲۴ ساعت	۳۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم در روز	خوراکی (کپسول)	+++	++ (+)	در برخی زندان ها و به هنگامی که متادون یا بوپرنورفین منع مصرف دارد یا هنگامی که بدن فرد نمی تواند این مواد را تحمل کند، مصرف می شود
دیامورفین	۳-۲ بار در هر ۲۴ ساعت	۴۰۰-۷۰۰ میلی گرم در روز	قابل تزریق، قابل کشیدن	+++	+++	تنها در آزمایش های کلینیکی ارائه می شود
لوو-آلفا- آستیل متادول (LAAM)	هر ۲۴ ساعت	۶۰-۴۰ میلی گرم در روز	خوراکی	+++	+++	در اتحادیه اروپا و در شرایط نگرانی هایی که معطوف به ایمنی است، ارائه نمی شود
لوو-متادون	هر ۲۴ ساعت	۶۰-۴۰ میلی گرم در روز	خوراکی (شربت)	+++	+++	تنها در آلمان ارائه می شود
کدئین			خوراکی (شربت، قرص)	++	+++	تنها در آلمان و برای درمان نگهدارنده ارائه می شود

منبع: اقتباس از راهنمای استفاده از متادون در اروپا (ورستر و بونینگ، ۲۰۰۰)

در زندان، پروتکل‌ها و روش‌های درمان جایگزین اغلب بیشتر به سمت تأمین نیازها و احتیاجات سازمان متوجه هستند تا نیازها و خواست‌های هر شخص. برای مثال، تقریباً پنج دقیقه‌ای را که برای نظارت بر مصرف دوز بوپرنورفین لازم است (به شیوه زیرزبانی) بسیار زمان‌بر می‌دانند و در عوض متادون تجویز می‌شود.

مصرف کنندگان مواد مخدر ممکن است از تغییر داروهای جایگزین خود گلایه داشته باشند و با توجه به آنچه در جامعه روی می‌دهد، شاهد استانداردهای دوگانه‌ای باشند. هنگامی که قصد داریم یک داروی جایگزین را با دیگری تعویض کنیم، لازم است ارتباط روشنی با زندانی داشته باشیم و اطلاع‌رسانی روشنی انجام دهیم.

متادون

متادون (متادون هیدروکلراید) داروی جایگزین اصلی است که در داخل و خارج از زندان‌ها استفاده می‌شود. متادون یک آگونیست ترکیبی مواد افیونی است که اثری مشابه مورفین دارد. متادون، صرف‌نظر از نوع ترکیب آن (شربت یا قرص)، کاملاً از طریق دستگاه گوارش جذب می‌شود. فراهمی زیستی این ماده بسیار خوب است (۸۰-۹۵٪). برآورد نیم عمر حذف متادون، ۲۴-۳۶ ساعت است که در افراد متفاوت بسیار متفاوت است (۱۰ تا ۸۰ ساعت). این مشخصه دارویی، متادون را به داروی مفیدی برای جایگزینی مواد افیونی تبدیل کرده است، زیرا امکان تجویز خوراکی، تجویز تنها یک دوز طی یک روز و دستیابی به غلظت پلاسمایی ثابتی را پس از مصرف مکرر بدون هیچ‌گونه علائم ترک مواد افیونی طی یک فاصله مصرف یک‌روزه فراهم می‌آورد.

برخی بیماران با عوارض جانبی روبه‌رو می‌شوند. رایج‌ترین عوارض جانبی عبارت است از عرق کردن زیاد، یبوست و اختلال در خواب، کاهش لیبدو (میل جنسی)، کاهش قدرت تمرکز و نیز قابلیت افزایش وزن. این‌گونه عوارض جانبی نامطلوب به طور کلی در آغاز درمان روی می‌دهند و در طول زمان تخفیف می‌یابند. در برخی بیماران، این عوارض جانبی دوره‌های طولانی‌تری از درمان پابرجا می‌مانند، اما به طور عمده فاقد عواقب درمانی هستند. در کل، این عوارض جانبی کمتر از ۲۰٪ از بیمارانی را که از درمان جایگزین متادون استفاده می‌کنند، درگیر می‌کند.

متادون یک داروی بی‌خطر است و هیچ‌گونه عوارض جسمی یا فیزیولوژیک پایدار زیان‌بخش ندارد. برخلاف آنچه در میان عوام شایع است، این دارو هیچ‌گونه عوارض آسیب‌رسان روی استخوان‌ها، دندان‌ها و اندام‌ها ندارد (مواد افیونی مانع از تولید بزاق می‌شوند که به نوبه خود می‌تواند به پوسیدگی دندان‌ها منتهی شود). با وجود این، برای برخی از بیماران، سم‌زدایی از متادون ممکن است بسیار دشوار و طولانی شود.

متادون داروی ارزانی است. به سهولت می‌توان آن را به زندانی رساند و نظارت بر مصرف آن نیز ساده است. در اغلب موارد، تنها اطلاعات ناچیزی درباره داروهای جایگزین به بیماران داده می‌شود. این امر ممکن است به این

دلیل باشد که ارائه دهندگان داروها فرض می‌کنند بیماران با تجربه همه چیز را دربارهٔ دارو می‌دانند. اما همیشه این فرض صادق نیست.

مستطیل ۲: متادون: مبانی - راهنما برای تأمین‌کنندگان

توصیف کلی

ارائهٔ متادون در بیشترین میزانی که قوانین و مقررات محلی مجاز دانسته‌اند، باید پیرو همان استانداردهای حرفه‌ای و اخلاقی که در مورد کلیهٔ خدمات سلامتی دیگر به کار می‌روند، انجام گیرد. ارائه‌دهندگان باید مشوق تأمین طیف گسترده‌ای از روش‌های درمان و منابع مراقبت و درمان باشند و در صورت درخواست، به ارجاع و انتقال مصرف‌کنندگان مواد مخدر کمک کنند.

باید از پیکرهٔ عظیم تجربیاتی که در مورد استفاده از متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی وجود دارد، بیشترین بهره را گرفت. به این تجربیات می‌توان در ادبیات حرفه‌ای، منافع اینترنتی یا مشاورهٔ مستقیم با همکاران دست یافت. درمان نگهدارنده با متادون - حتی هنگامی که ده‌ها سال ادامه یابد - هیچ‌گونه عوارض نامطلوب روی هیچ‌یک از اندام‌های بدن ایجاد نمی‌کند.

زندگی‌های بیماران ممکن است در آغاز درمان آشفته و نابسامان باشد، امری که نظارت، نظم و ساختار نسبتاً بیشتری را ایجاد می‌کند. اما هرگونه محدودیت (نظیر با خود به خانه بردن دارو) را باید به طور مداوم بررسی و بازنگری کرد یا با تأمین‌ثبات، حذف کرد.

دوز

توصیهٔ عمومی: با دوز پایین شروع کن، به تدریج آن را اضافه کن - اما هدف رسیدن به دوز بالا باشد.

- نخست، مراقب باش آسیبی وارد نشود: برآوردهای مربوط به میزان وابستگی فرد و میزان تحمل آن غیرقابل اعتمادند و هرگز نباید آنها را پایه‌ای برای دوزهای شروع درمان با متادون قرار داد که، در صورتی که این برآوردها اشتباه باشند، ممکن است موجب مصرف بیش از حد (اوردوز) شوند.
- هیچ‌گونه ارزش اخلاقی در ارتباط با تجویز دوزهای "بالا" یا "پایین" وجود ندارد.
- نباید با دادن متادون به عنوان "پاداش" و خودداری از دادن آن به عنوان "تنبیه" برخورد کرد.

توصیه‌های مشخص

- دوزها را باید به تدریج اضافه و کم کرد. هنگامی که بیماران از دوزهای نسبتاً پایینی استفاده می‌کنند (کمتر از ۶۰ میلی‌گرم در روز)، هم برای ایمنی و هم راحتی آنها باید تغییرات کوچکی (نظیر ۵ میلی‌گرم در هر بار) در فواصل طولانی (نظیر هر پنج روز یک‌بار) اعمال کرد و این در حالی است که تغییرات بزرگ‌تر و کم‌فاصله‌تر (نظیر هر سه روز ۱۰ میلی‌گرم) در دوزهای مصرفی بالا عموماً بی‌خطر خواهد بود.
- به طور کلی، دوزهای نگهدارنده بالاتر با نتایج درمانی بهتری از دوزهای پایین همراهند. طیفی که برای

اغلب مردم بهینه است، روزانه ۱۲۰-۶۰ میلی گرم است.

- هنگامی که گلایه‌هایی شخصی می‌شنوید حاکی از اینکه "متادون کفاف مرا نمی‌دهد"، تقسیم دوز روزانه- و نیز افزایش آن- را مد نظر قرار بدهید. این امر ممکن است برای زنان حامله و/یا کسانی که درمان ضد تروروویروسی دریافت می‌کنند، صادق باشد.

خدمات جنبی

- هر قدر خدمات بیشتری بتوان ارائه کرد، بهتر است، اما چنین خدماتی نباید اجباری باشد.
- یکی از عمده‌ترین موانع بر سر راه اثربخشی متادون، انگک گسترده‌ای است که با شرایط وابستگی، شخصی که تحت درمان قرار دارد و خود درمان پیوند خورده است. مصرف کنندگان مواد مخدر را باید در برخورد با این انگک حمایت کرد و ارائه‌دهندگان خدمات باید از هر فرصتی برای آموزش دادن عموم مردم (از جمله و شاید از همه مهم‌تر همکاران خدمات سلامتی) استفاده کنند.

حفظ پیوستگی درمان

- باید ترتیبی داد که متادون هر قدر که ممکن است بیشتر در دسترس افراد نیازمندی که وارد نهادهای مختلف (از بازداشتگاه‌های پلیس گرفته تا بیمارستان‌ها و زندان‌ها) می‌شوند یا از آنها بیرون می‌آیند و وارد جامعه می‌شوند، قرار گیرد.
- تا زمانی که مستندات روشن و فاقد ابهامی مبنی بر اینکه در مکان قبلی دوزهای بالایی از متادون به بیمار داده شده است، موجود نباشد، باید دستورالعمل تجویز دوز توصیه شده برای مصرف کنندگان جدید مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد.

آزمایش سم‌شناسی ادرار و غلظت سرمی متادون

- ارزش این آزمایش‌ها و دیگر کنترل‌های آزمایشگاهی را باید نسبت به هزینه‌ها و منافع بالقوه ناشی از بهبود خدمات درمانی که این هزینه‌ها می‌توانند تأمین کنند، سنجید. دستورالعمل‌های بالینی در بسیاری از کشورها بر انجام آزمایش اعتیاد پیش از آغاز درمان جایگزین اصرار دارند.
- مشاهده‌ی ادرار کردن بیمار کاری موهن و سبک است و با یک رابطه مناسب و مطلوب میان پزشک-بیمار تضاد دارد.

اهداف درمانی

- اهداف درمان ممکن است به مصرف هروئین و دیگر مواد مخدر، رفتار پرخطر اچ‌آی‌وی، روابط بیمار، کار و مسکن و غیره مربوط باشد- اما این اهداف باید به صورت مشترک توسط پزشک و مصرف کننده مواد مخدر تعیین شوند و به طور کلی نباید توسط ارائه دهنده خدمات درمانی تحمیل شوند.

رضایت آگاهانه- ملاحظات ویژه در درمان اعتیاد

- اگر تعهد اصلی پزشک در مقابل دولت یا ارگان ثالث دیگری نظیر یک دادگاه، کارفرما، یک عضو خانواده و غیره باشد، مصرف کننده مواد مخدر را باید در آغاز درمان از این امر مطلع کند. حتی اگر چنین

موضوعی مطرح نباشد، مصرف کنندگان مواد مخدر در بسیاری از کشورها باور ندارند که محرمانه ماندن هویت آنها رعایت شود و این دیدگاه - چه موجه باشد یا نباشد - ممکن است بر روابط درمانی تأثیر بگذارد.

- مصرف کنندگان مواد مخدر را باید از علل ویژه قطع غیر عمدی و ناخواسته درمان و سازوکارهای موجود برای اعتراض به قطع درمان آگاه کرد. مصرف کنندگان مواد مخدر که درصدد قطع خودخواسته درمان هستند باید از امکان عود بعدی اعتیاد مطلع شوند. مصرف کنندگانی را که درصدد هستند به معالجات خود خاتمه دهند، باید تشویق کرد به جای پذیرش غیرطبیعی دوز دارو، دوزها را با سرعت مورد نظر خود کاهش دهند.

منبع: نیومن (۲۰۳)، با کمی تغییر و اقتباس توسط مؤلفان و اعضای شورای ویراستاری).

همان طور که در بالا متذکر شدیم، یافته‌ها به صورتی هماهنگ نشان داده‌اند که هم درمان نگهدارنده با متادون و هم، جدیداً، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین، از مزایای قابل توجهی برخوردار بوده‌اند.

با توجه به ارزش نسبی بالای مواد مخدر در زندان، توصیه شده است که کلیه داروهای جایگزین تحت شرایط مصرف نظارت شده به بیماران داده شود. حضور یک پزشک کمکی یا شخص مسؤل دیگر می‌تواند به تضمین این امر که داروها از هدف خود منحرف نمی‌شوند، کمک کند.

بوپرنورفین

بوپرنورفین دارویی تجویزی برای درمان اعتیاد است که فعالیت آگونیست افیونی ضعیف‌تری از متادون دارد. بوپرنورفین در صورتی که به صورت خوراکی مصرف شود، خوب جذب نمی‌شود و بنابراین، روش معمول مصرف آن در درمان وابستگی به مواد افیونی، زیربانی است. با افزایش دوز بوپرنورفین، اثر مواد افیونی به وضع ثابتی می‌رسد. در نتیجه، بوپرنورفین کمتر از متادون یا هروئین احتمال دارد که به مصرف بیش از حد (اوردوز) مواد افیونی منجر شود، حتی اگر هم‌زمان با دیگر مواد افیونی مصرف شود. اثربخشی بوپرنورفین از نظر کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و بهبود کارکرد روانی اجتماعی فرد مشابه متادون با دوزهای کافی است. با وجود این، بوپرنورفین ممکن است با نرخ‌های پایین‌تر باقی ماندن در درمان همراه باشد. بوپرنورفین در حال حاضر گران‌تر از متادون است.

بوپرنورفین برای مصرف کنندگان هروئین قابل قبول است، عوارض جانبی معدودی دارد و علائم ترک نسبتاً ملایمی به همراه می‌آورد. هنگامی که بوپرنورفین در درمان جایگزین مواد افیونی برای زنان حامله‌ای که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، مصرف شود، با مواد وقوع کمتری از نشانه‌های ترک در نوزادان روبه‌رو خواهیم بود.

عیب عمده درمان با بوپرنورفین در محیط زندان آن است که از آنجایی که قرص برای جذب زیرزبانی بین چهار تا ده دقیقه وقت نیاز دارد، این خطر وجود دارد که فرد آن را بیرون آورد و بعد بفروشد. تجربه نشان می دهد که چنین امکانی، ممکن است فردی را که این دارو برایش تجویز شده است در خطر آزار و اعمال فشار و تهدید برای بیرون آوردن دارویش قرار دهد. برخی زندانها پیش از مصرف دارو، آن را خرد می کنند، زیرا شواهدی وجود ندارد که خرد کردن دارو فراهمی زیستی آن را تغییر دهد. اما چنین روش مصرفی به دلیل زمان لازم برای جذب زیرزبانی دارو بسیار کاربر است و از این رو تجویز ترکیبی از نالوکسون و بوپرنورفین به عنوان یک راه حل رواج گسترده ای در زندانها پیدا کرده است.

یک محصول ترکیبی از بوپرنورفین با مقدار کمی نالوکسون (به نسبت ۴ به ۱) تهیه شده است که امکان انحراف مصرف و سوء مصرف بوپرنورفین را کاهش می دهد. میزان جذب نالوکسون از طریق زیرزبانی کم است، امری که اثر دارویی آن را محدود می کند. با وجود این، اگر این قرص خرد شده و به صورت وریدی توسط شخصی که به مواد افیونی وابسته است، مصرف شود، نالوکسون فراهمی زیستی دارد و می تواند موجب بروز عوارض شدید ناشی از قطع مصرف مواد افیونی شود، که بالقوه مانع از سوء استفاده بیشتر از آن از این طریق می شود.

مورفین پیوسته رهش

مورفین پیوسته رهش را عامل ارزشمندی در درمان جایگزین در برخی کشورها (استرالیا، اتریش، بلغارستان، هلند، اسلونی، سوئیس و انگلستان) به شمار می آورند. برخی تحقیقات نشان داده اند که مصرف خوراکی مورفین پیوسته رهش به افزایش بهزیستی افرادی که در فرایند درمان نگهدارنده با مورفین به سر می برند (در مقایسه با آنهایی که در درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند) منجر می شود (به دلیل مشخصات عوارض جانبی بهتر). به ویژه، استفاده از مورفین پیوسته رهش آسان است (روزی یک بار) و مصرف کنندگان آن گزارش داده اند که از تمرکز بهتر، فقدان اختلالات خلقی عمده و عدم افزایش وزن و توانایی رانندگی بیشتر برخوردارند.

تأمین مراقبت از تک تک بیماران به طور مجزا در محیط زندان می تواند یک مشکل عمده باشد. شمار زیاد مصرف کنندگان مواد مخدر که به خدمات درمانی در محیطی نیاز دارند که در آن عرضه مواد مخدر غیرقانونی به میزان چشمگیری کاهش یافته است، می تواند به معنای آن باشد که پروتکلها و روشهای درمان جایگزین بیشتر معطوف نیازهای اداره نهاد متوجه شود تا نیازها و خواستهای هر یک از بیماران. برای مثال، نظارت بر مصرف بوپرنورفین (زیرزبانی) تقریباً ۵ دقیقه به طول می کشد. این روش هم زمان بر است و هم این امکان را به وجود می آورد که دارو از مسیر اصلی خود منحرف شود و در مسیر دیگری مصرف گردد. از این رو، در محیطهای زندان اغلب و به عنوان اولین روش درمان، متادون تجویز می شود. با توجه به این امر، برخی مصرف کنندگان ممکن است چنین روشی را با آنچه در جامعه به آنها ارائه می شد، یکسان نبینند. از این رو،

لازم است برای تعویض یک داروی جایگزین با داروی دیگر، این امر به روشنی برای زندانیان توضیح داده شود.

درمان آنتاگونیستی: نالترکسون

اگر کسی از مصرف مواد مخدر افیونی خودداری کند، در آن صورت می‌توان درمان را در زندان یا پیش از آزادی از زندان با نالترکسون شروع کرد. نالترکسون یک آنتاگونیست خالص مواد افیونی است و بدین‌قرار، یک داروی آگونیست جایگزین به حساب نمی‌آید. با وجود این، نالترکسون اخیراً توجه قابل ملاحظه‌ای را به خود جلب کرده است و این هنگامی است که از آن برای سم‌زدایی بسیار سریع تحت بیهوشی عمومی استفاده کرده‌اند، روشی که برای بیمار بدون خطر نیست. نالترکسون علاوه بر استفاده به عنوان یک داروی سم‌زدایی سریع، همچنین ده‌ها سال است در درمان نگهدارنده به عنوان داروی بلوک‌کننده دراز مدت (یعنی آنتاگونیست کامل مواد افیونی) استفاده می‌شود.

از نالترکسون آنتاگونیست مواد افیونی می‌توان به عنوان بخشی از برنامه‌های پیشگیری از عود اعتیاد نیز استفاده کرد. یک دوز نگهدارنده واحد از نالترکسون به نقاط گیرنده مواد افیونی در مغز می‌چسبد و اثرات هر گونه ماده افیونی را که طی ۲۴ ساعت آتی مصرف شوند، بلوک می‌کند یا می‌توان آن را سه بار در هفته با یک دوز دوبرابر/سه برابر مصرف کرد. این دارو هیچ‌گونه وجد و سرخوشی، تحمل یا وابستگی ایجاد نمی‌کند. بیماران به طور کلی به ۵-۱۰ روز خودداری از مصرف مواد پیش از آغاز مصرف نالترکسون نیاز دارند (طول مدت خودداری از مصرف مواد به طول نیم‌عمر ماده مخدر افیونی که به طور منظم پیش از آغاز مصرف نالترکسون استفاده می‌شد، وابسته است).

انجام بررسی کوچران در مورد اثربخشی درمان نگهدارنده نالترکسون (کیرچمایر و دیگران، ۲۰۰۲، مینوتسی و دیگران، ۲۰۰۶) شواهد معتبری برای اثربخشی آن در درمان نگهدارنده به دست نیاورد. اما برای برخی گروه‌های هدف (به ویژه افرادی که از انگیزش بسیار برخوردارند) روند مثبتی برای درمان با نالترکسون مشاهده شد.

اثربخشی درمان با نالترکسون آشکارا به تبعیت از مقررات درمانی، حمایت روانی اجتماعی فعال و انگیزش کافی برای مصرف هر روز یا یک روز در میان دارو، وابسته است.

به طور خلاصه، داده‌ها از مفید بودن این رویکرد درمانی برای آنهایی که از انگیزش بالا برخوردارند و نیز در صورتی که این روش درمانی در پیوند با درمان‌های روانی اجتماعی گوناگون به کار گرفته شود، حمایت می‌کنند.

۳. درمان جایگزین در زندان‌ها

آغاز درمان جایگزین در زندان‌ها

به لحاظ تاریخی، امکانات درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها محدود بوده است. با وجود این، اصل برابری خدمات درمانی ارائه شده در زندان‌ها با خدماتی که در جامعه ارائه می‌شود، بیانگر آن است که درمان جایگزین باید برای کلیه زندانیان مطابق با نیازهای سلامتی آنها فراهم و دسترس پذیر باشد. از آنجایی که بسیاری از زندانیان پس از آزادی، عود فوری اعتیاد را تجربه می‌کنند، باید بتوانند با در اختیار داشتن اطلاعات لازم یا سم‌زدایی یا درمان نگهدارنده را انتخاب کنند.

با توجه به خصیلت غالباً عودکننده / فروکش‌کننده وابستگی به مواد افیونی، سم‌زدایی به تنهایی تنها در ایجاد تغییرات درازمدت برای اقلیتی از مصرف‌کنندگان اثربخش است. منافع حاصل از برنامه‌های درمان جایگزین را به روش‌های زیر می‌توان به حداکثر رساند:

- نگهداشتن بیماران در فرایند درمان،
- تجویز دوزهای بالاتر، به جای پایین‌تر، متادون،
- متوجه کردن سمت برنامه‌ها به سوی درمان نگهدارنده به جای خودداری از مصرف مواد،
- ارائه مشاوره، ارزیابی و درمان همایندی مرضی روانی و مشکلات اجتماعی،
- استفاده از اتحاد درمانی میان پزشک و بیمار به منظور کاهش استفاده از مواد مخدر اضافی و تقویت این رابطه و اتحاد.

سه سناریو وجود دارد که ممکن است برای وارد کردن مصرف‌کنندگان مواد مخدر به فرایند درمان نگهدارنده مواد افیونی در محیط زندان مناسب باشند. این سناریوها عبارتند از:

- بلافاصله پس از ورود به زندان،
- طی گذراندن دوران محکومیت،
- مدتی زمانی پیش از آزادی.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که خطر بی‌نهایت بزرگی زندانیان مصرف‌کننده مواد مخدر را تهدید می‌کند که کمی پس از آزادی مجدداً به دامان اعتیاد بازگردند و اووردوز (مصرف بیش‌ازحد) کنند. بروز موارد اووردوز (مصرف بیش‌ازحد) پس از آزادی از زندان و ارتکاب خودکشی در زندان‌ها، از عناصر اصلی گنجاندن درمان جایگزین (اس‌تی) در روال زندان‌ها بوده است. توصیه شده است که برای اجتناب از عود اعتیاد و وقوع اووردوز

(مصرف بیش از حد) پس از آزادی از زندان، زندانی تا زمانی که از زندان آزاد می‌شود، با دوز نگهدارنده کوچکی کنترل شود.

سم‌زدایی

برخی مصرف‌کنندگان مواد مخدر به هنگامی که در زندان هستند در دستیابی به یک وضع دائمی پرهیز از مصرف به موفقیت نایل می‌شوند. اما سم‌زدایی به تنهایی به ندرت در ایجاد یک تغییر درازمدت برای اکثریت مصرف‌کنندگان مواد مخدر اثربخش بوده است. مزایای برنامه‌های درمان نگهدارنده متادون را می‌توان با نگهداشتن بیماران در فرایند درمان، تجویز دوزهای بالاتر، به جای پایین‌تر، متادون، متوجه کردن برنامه‌ها به سمت درمان نگهدارنده به جای پرهیز از مصرف مواد، ارائه خدمات مشاوره، ارزیابی و درمان همبندی‌های مرضی روانی و درمان‌های اجتماعی و تقویت اتحاد درمانی میان پزشک و بیمار به منظور کاهش مصرف مواد مخدر بیشتر، به حداکثر خود رساند.

این امر با توجه به اینکه آیا برنامه‌های سم‌زدایی یا پیوستگی درمان جایگزین در زندان‌ها عرضه/تأمین خواهد شد یا نه، به عوامل متعدد بستگی دارد.

عواملی که به نهاد مورد نظر مربوط است، عبارتند از برای مثال، فقدان منابع و/یا پرسنل، که به محدودیت مکان‌های درمانی موجود منجر می‌شود، اطلاعات ضعیف، فقدان مقررات و رهنمودهای حمایتی، وابستگی به توسعه درمان جایگزین در جامعه، وجود خط‌مشی متضاد در مورد درمان جایگزین در محیط‌های زندان یا خط‌مشی‌های محدودکننده درمان جایگزین در خارج در جامعه.

عواملی که به بیمار مربوط می‌شوند، عبارتند از: گاه زندانیان خواهان آنند که به سرعت سم‌زدایی کنند و به طور کامل از مواد مخدر پاک شوند. آنها دیگر نمی‌خواهند با مواد مخدر و مصرف‌کنندگان مواد مخدر تماس داشته باشند یا درباره مشکلات مربوط به وابستگی و مواد مخدر چیزی بشنوند یا بگویند. آنها یا می‌خواهند از زندانی شدن به عنوان یک دوره عاری از مواد مخدر بهره‌گیرند یا دوست دارند زندگی تازه‌ای را آغاز کنند و برای موقعی که از زندان آزاد می‌شوند، آماده و "پاک" باشند.

با وجود این، پزشکان و پرستاران در صورتی که احساس کنند زمان‌بندی زندانی برای سم‌زدایی خیلی عجولانه، بلندپروازانه و از این رو، غیرواقع‌بینانه است، گاه ممکن است با چنین هدفی مخالفت کنند. عود اعتیاد با خطر آوردوز (مصرف بیش از حد) امری محتمل است، به ویژه هنگامی که سم‌زدایی خیلی سریع انجام گیرد.

یکی از عناصر بسیار مهم، انتخاب رویکردی انفرادی است، به این معنا که دکتر به روشنی مزایا و معایب سم‌زدایی سریع در مقابل طولانی را برای بیمار توضیح دهد.

عود اعتیاد پس از سم‌زدایی، بی‌نهایت رایج است و از این رو، سم‌زدایی به خودی خود به ندرت درمان بسنده‌ای برای وابستگی به مواد به شمار می‌رود. راه‌حل‌های موجود شامل مدیریت ترک پس از ورود زندانی به زندان به صورت سم‌زدایی تدریجی است که به سمت درمان پرهیزگرا یا درمان نگهدارنده درازمدت پیش می‌رود. دستیابی به نتایج موفقیت‌آمیز برای مداخلات نیازمند آن است که این مداخلات تا حد ممکن متناسب با بیمار طراحی شوند و بر اساس رویکرد مورد به مورد اعمال شوند.

این امر اهمیت دارد که پذیریم مصرف‌کنندگان مواد مخدر جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند. نیازهای آنها ممکن است طبق مرحله مصرف مواد مخدری که در آن قرار دارند، سطح خودباوری آنها و میزان برخورداری از حمایت اجتماعی، متفاوت باشد. این عوامل ممکن است موجب شود طرح کاهش وابستگی سریع‌تر و نه کندتری اختیار شود. نیازهای درمانی نیز ممکن است برای زنان با مردان متفاوت باشد.

تعیین دوز و نظارت بر مصرف دارو

از آنجایی که چیزی به نام دوز میانگین وجود ندارد، مسائل مربوط به تعیین دوز دارو را باید به روابط میان پزشک و بیمار واگذاشت و مطابق با نیازهای تک تک بیماران تعدیل کرد. با وجود این، باید این امکان وجود داشته باشد که در مورد نیازهای بیماران برای کاهش یا افزایش دوز دارو گفتگو و مذاکره انجام گیرد و برای این امر وقت کافی اختصاص یابد.

هر یک از بیماران، چالش درمانی منحصر به فردی را به نمایش می‌گذارند و هیچ راهی برای تجویز بهترین دوز متادون به عنوان "استاندارد طلایی" برای کلیه بیماران به منظور دستیابی به سطح غلظت سرمی خاص وجود ندارد. علائم بالینی و نشانه‌هایی که بیمار از وضعیت خود به هنگام خودداری از مصرف مواد گزارش می‌کند و میزان ادامه مصرف مواد افیونی غیرقانونی، شاخص‌های اثربخشی در مورد نابسندگی دوز تجویز شده هستند. به هنگامی که دوز متادون در درمان نگهدارنده جایگزین با متادون را "کافی" اعلام می‌کنیم، به نظر نمی‌رسد این مقدار حداکثر دوز روزانه را تشکیل دهد.

این دوز باید در سطحی تعیین شود که میل شدید به ماده مخدر را کاهش دهد و سپس مانع از هر گونه استفاده از هروئین به عنوان یک ماده سرخوشی آور شود.

در مورد دوزها و پیشنهادهای مشروح نظام درمان (سم‌زدایی کوتاه یا درازمدت یا درمان نگهدارنده) لطفاً به راهنمایی‌های یورومتورک متادون در نشانی (<http://www.quest4quality.nl/euromethwork/>) مراجعه کنید.

برخلاف محیط‌های درمان در جامعه، گاه ممکن است دوزهای نسبتاً پایین برای محیط‌های زندان کافی باشد. برای این امر دو دلیل وجود دارد:

۱. در زندان، نظارت جامع بر مصرف دارو تضمین کننده مصرف تقریباً ۱۰۰٪ داروی جایگزین است و
۲. میزان دیگر مواد مخدوری که مصرف می شود، در مقایسه با وضعیت مشابه در جامعه به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می یابد.

تحقیقات نشان دادند که میانگین دوز درمان جایگزین به میزان قابل ملاحظه‌ای در زندان‌ها متفاوت است (از ۳۰ تا ۷۰ میلی گرم). برخلاف روش معمول در جامعه، برخی پزشکان بر این باور بودند که دوزهای پایین کفایت می کند، آن هم بر این اساس که مصرف ۱۰۰٪ دارو تضمین شده است (یعنی با توجه به اینکه می توان کاملاً بر مصرف دارو نظارت کرد) و اینکه مقدار مواد مخدر مصرفی دیگر در زندان به میزان قابل توجهی کمتر است. باید زندانیان را از دوزی که برای آنها تجویز شده است، مطلع کرد، مگر اینکه به طور مشخص از شما درخواست کنند این مطلب را ندانند.

نظارت بر مصرف دارو (در مورد متادون، نظارت بر خوردن شربت یا قرص های متادون) را، که توسط پرستاران یا نگهبانان انجام می گیرد، بسته به اینکه داروی جایگزین چگونه و در کجا توزیع شود (یا در داخل درمانگاه یا در سلول ها/ در بند) به شیوه های متفاوت سازمان می دهند. این کار برای آن است که مطمئن شوند دارو به طور کامل بلعیده شده است. در اغلب موارد، کنترل به این صورت انجام می شود که از بیماران می خواهند بعد از خوردن دارو صحبت کنند.

در برخی محیطها، نگهبانان دارو را توزیع می کنند و این در حالی است که کارکنان درمانی حضور نداشته باشند.

همگی در این مورد اتفاق نظر دارند که خوردن داروهای جایگزین (و نیز خوردن دیگر مواد روان گردان، داروهای ضد افسردگی و غیره) باید تحت نظارت صورت گیرد تا مسئولان درمانی مطمئن شوند دارو به صورت مطلوبی بلعیده شده است و مانع از آن شوند که دیگر زندانیان، بیماران را تهدید و مرعوب کنند و آنها را وادارند سهم خود را بفروشند یا به آنها بدهند و سرانجام، برای اجتناب از آوردن (مصرف بیش از حد) دارو توسط زندانیانی که هیچ گونه تحمل مواد افیونی ندارند.

توزیع بوپرنورفین به صرف مقداری وقت نیاز دارد.

کنترل ادرار

ارزیابی و پیامد آزمایش های ادراری که با دستور پزشک انجام می گیرد، تفاوت های قابل ملاحظه ای با هم دارد. آزمایش ادرار موضوعی است که بحث زیادی روی آن انجام گرفته است. هرچند آزمایش های ادرار بخشی بسیار مهم از ارزیابی اولیه پزشکی بیمار را تشکیل می دهند (برای تأیید این امر که بیمار واقعاً مواد افیونی

مصرف می‌کند)، از این آزمایش‌ها اغلب به عنوان نوعی کنترل برای بیماران استفاده می‌کنند تا ببینند آیا آنها همچنان در کنار داروهایشان به مصرف مواد مخدر غیرقانونی نیز ادامه می‌دهند یا نه. بسیاری از کارشناسان اثربخشی این روش را به عنوان عاملی که در موفقیت درمان نقش مثبتی بازی می‌کند، مورد تردید قرار داده‌اند. بحث بر سر این است که این اطلاعات را همچنین می‌توان با سؤال کردن از بیمار نیز به دست آورد و به این طریق وقت و هزینه زیادی را صرفه‌جویی کرد. لازم به گفتن نیست که برای این کار به رابطه خوبی میان بیمار و پزشک نیاز داریم که بر احترام و اعتماد متقابل استوار باشد.

اما این استدلال نیز مطرح شده است که یک نمونه ادرار مثبت را هرگز نباید دلیلی برای قطع درمان به حساب آورد، زیرا این امر شاهدهی است برای وجود شرایطی که بیمار اصولاً به خاطر آن تحت درمان قرار گرفته است، یعنی وابستگی به مواد مخدر.

بیرون رفتن از برنامه درمان جایگزین

اگر بیماری از داروهای برنامه درمان جایگزین سوءاستفاده یا از آنها به نفع خود استفاده کند، در برخی برنامه‌ها ممکن است او را از برنامه کنار بگذارند. با وجود این، بسیار مهم است که بیمار برای مدت زمانی در برنامه درمان جایگزین قرار بگیرد و دوز داروی او نیز به اندازه کافی بالا باشد.

برخی برنامه‌ها بیماران را به این دلیل که به اعمال خشونت فیزیکی یا حتی بددهنی علیه دیگر بیماران یا کارکنان زندان دست زده‌اند، از برنامه کنار گذارده‌اند. در چنین حالتی، باید دوز دارو را به تدریج کاهش داد.

از درمان جایگزین هرگز نباید به عنوان نوعی پاداش برای رفتار خوب استفاده کرد یا به عنوان تنبیه از ارائه آن خودداری ورزید. با این درمان باید به عنوان یک رفتار عادی در متن طیف گسترده‌ای از راه‌حل‌های پزشکی و روانی اجتماعی برخورد کرد.

نقش مراقبت روانی-اجتماعی

ترکیبی از ابعاد فیزیکی، فیزیولوژیکی و اجتماعی به پیچیدگی وابستگی به مواد مخدر کمک می‌کنند. برای آنکه بتوان با موفقیت این بیماری را درمان و بر وابستگی به مواد مخدر غلبه کرد، ضروری است که به هر دو بُعد این بیماری، یعنی فیزیکی و روانی اجتماعی پردازیم. این کار ممکن است برای بسیاری از وابستگان به مواد مخدر مستلزم انجام تعدیل‌های قابل توجه فیزیکی، روانی اجتماعی و تعدیل در سبک زندگی باشد، فرایندی که معمولاً به صرف وقت زیاد نیاز دارد.

از این رو، درمان جایگزین نباید تنها به اعتیاد به مواد افیونی، بلکه باید همچنین به مشکلات روان‌پزشکی، پزشکی و اجتماعی نیز پردازد.

بنابراین، مراقبت روانی اجتماعی را بخشی اضافی و ضروری از درمان برای پشتیبانی از بخش پزشکی درمان جایگزین در زندان تلقی می کنند.

تجویز توآمان بنزودیازپین ها و مصرف دیگر مواد مخدر

استفاده از مواد مخدر دیگر میان مصرف کنندگان مواد افیونی امری رایج است، به طور عمده برای پر کردن خلأ ناشی از فقدان ماده افیونی ترجیحی (منظور صرفاً هروئین است). الگوهای مصرف اغلب شامل یک وابستگی دیگر با علائم شدید و مشکلات زیاد در سم زدایی است.

افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند و نیز معتادان تزریقی، اغلب از طیف وسیعی از مواد روان گردان علاوه بر مواد افیونی، از جمله الکل، استفاده می کنند. تحقیقات نشان داده است که مصرف کوکائین همراه با دیگر مواد افیونی، به طور اخص، عاملی است که با شکست درمان همراه است. علاوه بر این، هر جا مواد مخدری نظیر کوکائین به صورت تزریقی مصرف شوند، اثربخشی درمان جایگزین مواد افیونی در کنترل رفتارهای پرخطر کاهش می یابد. هم زمان، شواهد تحقیقاتی نشان می دهند که هنگامی که افرادی با وابستگی به مواد افیونی در فرایند درمان باقی می مانند، سطح استفاده از کوکائین، در کنار سطح مصرف مواد افیونی، کاهش می یابد.

مستطیل ۳: راهنمای درمان جایگزین برای نهادهای جزائی در اتریش

(اقتباس از پون جی، اسپتزر بی، رزینگر ای، ۲۰۰۵)

هدف از درمان جایگزین

۱. تثبیت احساسی و جسمی افرادی که شدیداً به مواد افیونی اعتیاد دارند
۲. به حداقل رساندن جرم و جنایت و بدهی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر
۳. کاهش مصرف وریدی مواد افیونی و بیماری هایی که از طریق خون قابل انتقالند (هپاتیت بی/سی و اچ آی وی/ایدز)

استراتژی های درمان جایگزین

- الف) درمان جایگزین درازمدت: برای مدت ماه ها، سال ها یا برای تمامی عمر
- ب) درمان جایگزین موقت: درمان جایگزین به صورت موقت، تا زمانی که یک درمان و ترک کاملاً برنامه ریزی شده طراحی شود.
- ج) کاهش جایگزین: داروی جایگزین به دقت و گام به گام کاهش می یابد.

داروی جایگزین: تنها از داروهایی استفاده کنید که دست کم برای مدت ۲۴ ساعت اثربخشند و یک بار در روز

و به صورت خوراکی تجویز می‌شوند:

۱. متادون با تجویز پزشک متخصص و به صورت شربت تهیه می‌شود تا استفاده و ریدی از آن را دشوار سازد. قابلیت وابستگی آن بسیار بالاست. میانگین دوز نگهدارنده آن حدود ۱۰۰-۴۰ میلی گرم در روز است. دوز بیشتر از ۱۲۰ میلی گرم توصیه نمی‌شود. دوز آغاز درمان: ۴۰-۳۰ میلی گرم در روز که تقریباً هر هفته ۱۰ میلی گرم به آن اضافه می‌شود. به هنگام کاهش، هفته‌ای ۱۰-۵ میلی گرم کاهش می‌یابد.
۲. بوپرنورفین یک آگونیست و آنتاگونیست جزئی مواد افیونی است که باید یک بار در روز و به صورت زیرزبانی مصرف شود. دوز روزانه آن از ۸ تا ۳۲ میلی گرم متفاوت است. برخلاف دیگر داروهای جایگزین، بیمارانی که از این دارو استفاده می‌کنند نسبتاً هشیار باقی می‌مانند. این امر مشکلاتی برای بیمارانی به وجود می‌آورد که به روشنی وضعیت را می‌فهمند و به خاطر همایندی‌های مرضی روانی اجتماعی خود، طاقت تحمل وضع خود را ندارند. مهم‌ترین عوارض جانبی این دارو سردرد است. هنگامی که آگونیست‌های خالص مواد افیونی را قطع می‌کنیم و به تجویز بوپرنورفین می‌پردازیم، این امر اهمیت دارد که پیش از آنکه بوپرنورفین را آغاز کنیم، برای مدت یک روز آگونیست را قطع کنیم تا از بروز علائم حاد ترک ماده افیونی احتراز کرده باشیم.
۳. مرفین‌های آهسته‌رهش به صورت قرص و کپسول تهیه می‌شوند. میانگین دوز مورفین روزانه حدود ۶۰۰ میلی گرم است که بیشترین میزان توصیه شده تقریباً ۸۰۰ میلی گرم است. بیمارانی که تحت درمان ضدترتروویروسی قرار دارند، به دلیل تداخل دارویی گاه به دوز تا ۱۲۰۰ میلی گرم نیاز دارند. دوز آغاز درمان ۲۰۰ میلی گرم است که هر هفته ۶۰-۳۰ میلی گرم به آن اضافه یا از آن کم می‌شود. طیف عوارض جانبی که در مورد مورفین رتارد مشاهده می‌شود، کمتر از عوارضی است که در رابطه با متادون دیده می‌شود (افسردگی کمتر، بی‌علاقگی کمتر افزایش وزن کمتر).

تداخلات دارویی

باید در ارتباط با کلیه داروهای مواد افیونی، مسئله تداخلات دارویی را در نظر گرفت، به ویژه آن تداخلات دارویی که در نتیجه بازدارندگی رقابتی یا ایجاد سیتوکروم پی ۴۵۰ پدید می‌آیند: آنتی‌بیوتیک‌هایی نظیر سیپروفلوکسازین، اریترومايسين، کلاریترومایسین، داروهای خوراکی ضدبارداری و SSRI (به ویژه فلووکسامین) اثر مواد افیونی را بیشتر می‌کنند و این در حالی است که داروهای اچ‌آی‌وی نظیر نوبیارین، افویرنز، نلفینار/ریتوناویر و بامیهشامی اثر مواد افیونی را کاهش می‌دهند.

توافقات الزامی با بیمار:

۱. اعلام رضایت و ثبت در اداره نظارت بر مواد اعتیادآور

۲. نظارت چشمی بر مصرف دارو
۳. کنترل مصرف دارو به کمک آزمایش ادرار
۴. حمایت‌های مراقبتی منظم توسط مشاوران درمانی
۵. اطلاعات دقیق درباره داروهای جایگزین و خطرات سوء مصرف آنها و مصرف توأمان آنها با مواد دیگر

راهنمای مصرف مواد جایگزین:

۱. بیمار به هنگام ورود به مرکز جزائی در فرایند درمان جایگزین به سر می‌برد
۲. بیمار قبل از زندانی شدن به مواد افیونی وابسته بوده و نمی‌تواند آنها را در مرکز جزائی ترک کند
۳. بیمار در طول زندان به مواد افیونی وابسته شده است و علی‌رغم چندین درمان برای ترک، موفق نشده است که پاک شود

تدابیر امنیتی:

۱. کنترل دقیق مصرف داروی جایگزین توسط کادر درمانی
۲. انجام آزمایش‌های ادرار تصادفی توسط کادر درمانی

اصول اخلاقی درمان جایگزین:

اعتیاد یک بیماری مزمن عودکننده است. هدف مطلوب درمان، یعنی درمان اعتیاد، به ندرت به دست می‌آید. درمان امروزی اعتیاد به میزان فزاینده‌ای تأکید خود را بر کاهش آسیب قراردادده است، یعنی کاهش درد و رنج، که با توضیح دقیق و درمان همایندی‌های مرضی روانی اجتماعی کامل می‌شود. هنگام انتخاب داروی جایگزین، اطلاع از هزینه درمان البته یک موضوع مهم است، یعنی متادون انتخاب اول خواهد بود. در مورد عوارض جانبی شدید متادون، می‌توان توسل به دارویی که تحمل بیمار در مقابل آن بیشتر باشد را انتخاب کرد. بیمارانی که پیش از ورود به زندان با موفقیت درمان جایگزینی را دنبال می‌کردند، باید همان دارو را در زندان نیز ادامه دهند. عود اعتیاد نباید به قطع درمان جایگزین منجر شود، زیرا عود اعتیاد در ذات آن است. در عوض، باید بیمارانی را مورد ارزیابی مجدد قرار داد تا درمان بهینه‌ای برای آنها پیدا شود. به ویژه، باید این موضوع را روشن کرد که آیا دوز دارو کافی است یا نه. اگر عود اعتیاد علی‌رغم استفاده از دوز بالاتر ادامه پیدا کند، ممکن است لازم باشد که به سراغ داروی جایگزین دیگری برویم. با وجود این، اگر بیمار به طور مکرر به سوء استفاده از دارو اقدام کند یا داروهای تجویز شده را از مسیر تعیین شده منحرف کند، باید او را در صورتی که آشکارا فاقد انگیزش و انضباط لازم باشد، از برنامه درمان جایگزین کنار گذاشت.

۴. برخی اطلاعات پایه دربارهٔ درمان

اطلاعاتی که مصرف‌کنندگان به آن نیاز دارند

شرط مطلق شروعی اثربخش برای درمان جایگزین آن است که اطلاعات مورد نیاز، به ویژه در مورد خطر اوردوز (مصرف بیش از حد) را در اختیار مصرف‌کننده قرار دهیم که باید شامل موارد زیر باشد:

- تأخیر در وقوع حداکثر اثر داروی جایگزین (متادون ۴-۲ ساعت)،
- انباشته شدن داروی جایگزین در طول زمان که موجب اثر بیشتر می‌شود (متادون طی ۳-۵ روز یا بیشتر، حتی در یک دوز ثابت،
- خطر استفاده از چندین مادهٔ مخدر به هنگام شرکت در فرایند درمان جایگزین، به ویژه مواد افیونی دیگر، کوکائین، بنزودیازپین‌ها و الکل، و
- تداخل احتمالی با دیگر داروها.

علاوه بر این، مصرف‌کنندگان لازم است دربارهٔ درمان جایگزین و مواد مخدر به طور اعم و دربارهٔ قواعد و انتظارات به طور اخص اطلاع داشته باشند. مصرف‌کنندگان مواد مخدر اغلب اهدافی را که در درمان جایگزین دنبال می‌شود، نمی‌فهمند و اطلاع کافی دربارهٔ داروهای ویژهٔ مورد استفاده یا مقرراتی که باید از آنها تبعیت کنند، ندارند. باید از زندانیان خواست هنگامی که کلیهٔ اطلاعات لازم را به روشنی فهمیدند، فرم رضایت‌نامه‌ای را مبنی بر آگاهی از درمان امضا کنند.

ناشناخته ماندن و محرمانه بودن درمان

هر زندانی باید پیش از دریافت هر نوع درمان، از تعهدات اصلی پزشک نسبت به دولت، زندان و زندانی اطلاع داشته باشد.

هر چند حفظ ناشناختگی و محرمانه ماندن در داخل یک زندان کار دشواری است، تلاش‌هایی به عمل آمده است تا یا با قرار دادن کلیهٔ مصرف‌کنندگان مواد مخدر در کنار هم در یک واحد یا بند یا تحویل داروهای جایگزین به صورت پنهانی همراه با دیگر داروها از زندانیان حراست شود.

زندانیان دیگر و کارکنان زندان نباید از این امر مطلع شوند که فلان زندانی مصرف‌کنندهٔ مواد مخدر است یا در درمان جایگزین به سر می‌برد. ترس از این است که اگر کسی از وابستگی به مواد مخدر یک زندانی اطلاع پیدا کند، این امر به عواقبی در رابطه با حکم واقعی منجر شود: محرومیت (نظیر دسترسی به کار، مدرک یا شغل)، پیشداوری، از دست دادن امتیازات یا به طور ساده نگرش منفی کارکنان و دیگر زندانیان نسبت به فرد. گذشته

از این، مصرف کنندگان مواد مخدر از این هراس دارند که تحت فشار زندانیان دیگری قرار گیرند که به این دلیل می‌خواهند در درمان جایگزین شرکت جویند که از آن برای قاچاق مواد مخدر جایگزین استفاده کنند.

با وجود این، اطلاع‌رسانی مناسب به نگهبانان دوره‌دیده و دیگر کارکنان زندان که با زندانی کار می‌کنند، می‌تواند مفید باشد، به ویژه در مراقبت از بیمارانی که از آسیب‌پذیری ویژه به خاطر درگیری هم‌زمان با مشکلات سلامت روانی رنج می‌برند. دور نگهداشتن کامل نگهبانان از حمایت‌های روانی اجتماعی و سلامتی نیز به نظر می‌رسد موانعی میان متخصصان گوناگون به وجود می‌آورد و گاه پیشداوری‌ها و سوء تفاهمات درباره زندانی و مصرف مواد را تقویت می‌کند. از این رو، تأمین همکاری، اطلاع‌رسانی و آموزش کادر زندان، از جمله نگهبانان، برای تضمین این امر که کارکنان زندان نگرش‌های مثبت یا دست‌کم بهتری نسبت به مصرف کنندگان مواد مخدر داشته باشند، ضروری است.

امتیازات

بیمارانی که در فرایند درمان جایگزین به سر می‌برند و از قواعد و مقررات توافق درمانی خود تبعیت می‌کنند، باید بتوانند از همان امتیازاتی که زندانیان دیگر از آن بهره می‌برند، برخوردار شوند. باید بر اساس قضاوت درمانگر، درباره آزادی مشروط و انعطاف‌پذیر این‌گونه زندانیان تصمیم گرفت. آزادی مشروط باید برنامه‌ریزی و به تدریج به اجرا گذارده شود.

می‌توان برای مرخصی‌ها یا ملاقات‌های حضوری که فرد بیش از ۲۴ ساعت در خارج از زندان به سر می‌برد، امکان بردن داروی مصرفی به خانه را در نظر گرفت. فرد زندانی که در فرایند درمان جایگزین به سر می‌برد، باید بتواند پس از آزادی نیز این درمان را ادامه دهد و این امکان را داشته باشد که پس از آزادی به برنامه‌های درمانی دیگر منتقل شود.

درباره توانایی بیمار در مورد کار برای کسانی که در برنامه‌های درمان جایگزین زندان قرار دارند، پزشک تصمیم می‌گیرد.

مستطیل ۴: تداوم درمان نگهدارنده مواد افیونی میان محیط‌های درمانی جامعه و زندان

درمان بیمارانی که پیش از ورود به زندان در درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به سر می‌برند، باید در داخل زندان نیز ادامه پیدا کند. با وجود این، موانع بسیاری بر سر راه این تداوم درمان وجود دارد. مهم‌ترین مانع آن است که درمان بسیاری از این بیماران طی مدت زمانی که در بازداشتگاه‌های پلیس می‌گذرانند، قطع می‌شود. این امر می‌تواند به از دست رفتن قابل توجه تحمل نسبت به مواد افیونی منجر شود. هر گاه که میسر باشد باید کوشید درمان نگهدارنده مواد افیونی این افراد در شرایطی که در بازداشتگاه پلیس به سر می‌برند نیز با دوز تجویز شده ادامه پیدا کند. یک استثنا برای این اصل هنگامی است که مصرف‌کننده مواد در لحظه‌ای از

زمان که قرار است دوز روزانه داروی نگهدارنده خود را بخورد، نشئه باشد) توجه داشته باشید که اگر بیماران به هنگام نشئگی دستگیر شده باشند، این امر نباید دلیلی برای خودداری از ارائه درمان نگهدارنده به آنها باشد). همچنین اگر مصرف کننده مواد در خارج از ساعات کار اداری وارد بازداشتگاه پلیس شود، یعنی در زمانی که میسر نباشد که دوز ادعایی مصرف کننده مواد را با خدمات دارویی جامعه کنترل و تأیید کنیم (معمولاً در آخر هفته) در آن صورت دوزی که باید پس از معاینه پزشک در سلول پلیس در اختیار بازداشتی قرار داد نباید از ۳۰ میلی گرم بیشتر شود و تنها باید پس از تأیید مصرف اخیر به کمک انجام آزمایش ادرار در محل یا نمونه گیری از بزاق دهان که نشان دهنده مثبت بودن مواد افیونی باشد، به زندانی داده شود.

این نیاز وجود دارد که رویکرد متفقی به درمان جایگزین در نظام عدالت کیفری اتخاذ شود، زیرا در حال حاضر حتی در حالتی که اغلب زندان‌ها درمان جایگزین ارائه می‌کنند، اغلب نیروهای پلیس درمان جایگزین یا درمان ترک عرضه نمی‌کنند. این وضع می‌تواند به ویژه هنگامی مشکل‌ساز باشد که دستگیر شدگان مستقیماً راهی زندان نمی‌شوند، بلکه به بازداشتگاه‌های پلیس برده می‌شوند که در آنجا ممکن است در برخی کشورها تا ۶ ماه (یا بیشتر) باقی بمانند و سپس به زندان منتقل شوند.

دیگر وضعیت دشوار هنگامی است که زندانیان به بازداشتگاه می‌روند، سپس به زندان منتقل می‌شوند و آنگاه مجدداً برای مثال برای حضور در دادگاه به بازداشتگاه بازمی‌گردند و بعد به زندان منتقل می‌شوند. به طور کلی، پلیس تحت حوزه اختیارات وزارت کشور قرار دارد و این در حالی است که زندان‌ها در حوزه اختیارات و مسئولیت وزارت دادگستری‌اند که در برخی کشورها همکاری میان این دو را باز هم دشوارتر می‌کند. باید در مورد درمان جایگزین میان مؤسسات اجتماعی، پلیس، دادگاه‌ها، زندان‌ها و احتمالاً وزارت بهداشت بحث و مذاکره شود تا امکانات درمان جایگزین بی‌نقص و کاملی برای کسانی که به مصرف مشکل‌آفرین مواد مخدر دچار هستند، فراهم شود.

در مورد مصرف کنندگان مواد مخدری که اولین شب را در زندان می‌گذرانند و این ادعا مطرح شده است که در درمان نگهدارنده با متادون قرار دارند، باید تأییدیه دوز مصرفی آنها، میزان نظارتی که بر مصرف آنها وجود دارد و زمان مصرف آخرین دوز را از خدمات دارویی/داروخانه‌دار پرسید. اگر بتوان چنین تأییدی را به دست آورد که مصرف کننده دوز کامل خود را تحت نظارت طی ۴۸ ساعت گذشته دریافت کرده است، در آن صورت باید خدمات درمان نگهدارنده را در سطح دوزی که در جامعه دریافت کرده است، به او ارائه کرد. اما کسب چنین تأییدی اغلب میسر نیست، زیرا بیماران در خارج از ساعات کاری عادی به زندان وارد می‌شوند. در چنین اوضاع و احوالی، دوز اولیه متادون پس از معاینه پزشک نباید از ۳۰ میلی گرم فراتر برود (از جمله برای دیگر مصرف کنندگان کم مصرف/بلا تکلیف مواد مخدر، تا هنگامی که قرار داشتن آنها تحت درمان جایگزین تأیید شود). با وجود این، برای آنهایی که وارد زندان شده‌اند و ادعا می‌کنند که تحت دوزهای بالای متادون قرار داشته‌اند، ممکن است لازم باشد دوره‌ای تحت نظر دقیق قرار بگیرند تا وقتی علائم ترک در شرف نمایان

شدن است آن‌گاه افزایش دوز متناسب با آن انجام گیرد.

تأمین مشارکت مصرف‌کنندگان مواد در درمان

دریافت کمک از سوی مصرف‌کنندگان مواد مخدر برای بهبود کیفیت خدمات درمانی ارزشمند است. اغلب زندانیان دارای تجارب قبلی و شخصی از مراقبت‌های درمانی در زندان و درمان جایگزین در داخل زندان و در جامعه (یا به صورت سم‌زدایی یا نگهدارنده) بوده‌اند.

پذیرش تجربیات و دانش و توان کارشناسی زندانیان و گنجاندن آنها در فرایند مشارکت مصرف‌کنندگان مواد مخدر در توسعه، طراحی و ارائه مداخلات امری بسیار مهم در افزایش مناسب بودن و دامنه دسترسی این مداخلات است.

باید گروه‌های پشتیبان یا برنامه‌های آموزشی به وجود آورد یا در برنامه کلی درمان اچ‌آی‌وی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر گنجانند. افرادی که در گذشته مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر بودند اغلب از موفقیت بی‌نظیری در آموزش دادن و ایجاد انگیزه در مصرف‌کنندگان تزریقی کنونی مواد مخدر برای تشویق آنها به برداشتن گام‌هایی جهت دسترسی به مراقبت و درمان اثربخش برخوردارند.

برقراری پیوند میان درمان عفونت‌های ویروسی که از طریق خون منتقل می‌شوند (برای مثال اچ‌آی‌وی/ایدز، هپاتیت B، هپاتیت C) و عفونت‌های دیگر (برای مثال سل و عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند)

درمان جایگزین فرصت‌هایی برای بهبود ارائه خدمات درمان ضدویروسی به مصرف‌کنندگان مواد افیونی ایجاد می‌کند که اچ‌آی‌وی دارند. درمان جایگزین، مصرف‌کنندگان مواد مخدر را که به مواد افیونی وابسته‌اند قادر می‌سازد زندگی خود را تثبیت کنند و از بسیاری از عوارض تزریق مواد مخدر اجتناب یا آنها را کنترل و مدیریت کنند. از این رو، درمان جایگزین را جزء اساسی استراتژی‌های نگهداشتن مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در فرایند درمان می‌دانند. درمان جایگزین همچنین نقاط ورود اضافی برای افزایش میزان درمان ضدویروسی را به وجود می‌آورد، پیروی از دستورات دارویی را تقویت می‌کند و دسترسی به مراقبت و درمان را افزایش می‌دهد.

برنامه‌های درمان جایگزین ممکن است به دلایل زیر از اهمیت عظیمی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که اچ‌آی‌وی دارند، برخوردار شوند:

- امکان آزمایش اچ‌آی‌وی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر فراهم می‌کنند،
- معتادان تزریقی را به مراکز ارائه‌کننده خدمات اچ‌آی‌وی معرفی می‌کنند،

- در ارتباط با درمان و مراقبت، نقش رابط با خدمات اچ‌آی‌وی ایفا می‌کنند،
- مصرف‌کنندگان تزریقی را برای درمان ضدویروسی آماده می‌کنند،
- وابستگی به مواد معتادان تزریقی را به نقطه‌ای می‌رساند که در آن او قادر باشد به درمان ضدویروسی اقدام کند
- درمان ضدویروسی را به همراه درمان جایگزین مواد افیونی توزیع می‌کند
- عوارض جانبی درمان ضدویروسی را پایش و مدیریت می‌کند،
- تداخل میان متادون با بوپرنورفین و درمان ضدویروسی را پایش و کنترل می‌کند، و
- از طریق تعهد مادام‌العمر به درمان ضدویروسی از فرد و خانواده او حمایت می‌کند.

این تماس روزمره با برنامه‌های درمان جایگزین به صورت بالقوه از مزایای عظیمی برای تأمین دسترسی فرد به درمان ضدویروسی و تبعیت از آن برخوردار است.

عرضه درمان جایگزین در کلیه مراحل نظام عدالت کیفری

درمان جایگزین می‌تواند در عین حال نقش مهمی در بازداشتگاه‌های پلیس و بازداشتگاه‌های پیش از محاکمه بازی کند. آنهایی که به هروئین یا دیگر مواد افیونی معتادند و توسط پلیس دستگیری و به بازداشتگاه‌های پلیس منتقل شده‌اند ممکن است با علائم شدید دوره ترک مواجه شوند. این امر ممکن است بر اطلاعاتی که به پلیس داده شده است، تأثیر بگذارد و همچنین ممکن است اقامت در این مکان‌ها را طولانی کند. درمان جایگزین باید به صورت یک درمان و مراقبت جامع ارائه شود که به وضعیت سلامت متخلفان، هم وضع جسمی و هم روانی، ثبات می‌بخشد. خطرات مربوط به آوردن (مصرف بیش از حد) در این مراکز با استفاده از مواد مخدر پس از یک دوره کوتاه سم‌زدایی نیز می‌تواند بسیار آسیب‌رسان باشد، زیرا معتادان به مواد افیونی طرف چند روز تحمل خود را نسبت به مواد افیونی از دست می‌دهند، امری که بعداً ممکن است به خطرات بیشتر برای آنها منجر شود. در این مورد که درمان جایگزین تا چه میزان می‌تواند به کاهش خطر خودکشی یا آسیب‌به‌خود کمک کند، هنوز تحقیقات کافی انجام نگرفته است. اما اینکه تأثیر مثبت درمان جایگزین بر این پدیده‌ها به طور عمده در چند هفته نخست زندانی شدن بروز می‌کند، کاملاً محتمل است.

همین مطلب را می‌توان در مورد زندان‌هایی که زندانیان در انتظار محاکمه به آنجا فرستاده می‌شوند صادق است. از این رو، درمان‌های جایگزین موجود باید در بازداشتگاه‌های پلیس و مراکز نگهداری زندانیان در انتظار دادگاه و محاکمه ارائه شود. گذشته از این، مرخصی‌ها، تعطیلات و غیره نیز دوره‌هایی هستند که گام‌های اصلی بازتوانی در آنها برداشته می‌شود، اما در عین حال خطر عود اعتیاد نیز در آنها بالاست. درمان جایگزین همچنین به لحاظ پیشگیری از آوردن (مصرف بیش از حد) نیز ثبات ایجاد می‌کند.

توجه ویژه به زنان

زنان هم از نظر وابستگی به مواد مخدر و هم درمان آن از تجربه‌ای متفاوت با مردان برخوردارند. مسائل اصلی به سطوح بالای همایندی مرضی جسمی و روانی در زنان با وابستگی به مواد افیونی مربوط می‌شود، مسائلی که باید آنها را در ارائه درمان در نظر گرفت. زنانی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، اغلب در مسیر درمان با طیفی از موانع روبه‌رو می‌شوند، شامل فقدان منابع مالی، نبود شبکه‌های خدمات و ارجاع مخصوص زنان و مسؤلیت‌های متعارض مراقبت از کودکان.

درمان جایگزین اثربخش وابستگی به مواد افیونی می‌تواند به میزان قابل ملاحظه‌ای نتایج مرتبط با مسائل زایمان، دوران بارداری و نوزادان را بهتر می‌کند. درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی همچنین نقش مهمی در جلب زنان حامله به فرایند درمان و نگهداشتن آنها در این فرایند دارد و تماس خوبی را با خدمات مربوط به زایمان و خدمات جامعه‌محور، از جمله مراقبت‌های اولیه برقرار می‌کند.

۵. چشم‌اندازهای آینده

برای آنکه مطمئن شویم زندان‌ها خدماتی معادل با آنچه در خارج از آنها ارائه می‌شود، در اختیار نیازمندان قرار می‌دهند،

- باید مراقبت از عفونت‌هایی که از طریق خون یا روابط جنسی انتقال می‌یابند، در بسیاری کشورها گسترش قابل ملاحظه‌ای پیدا کنند تا نیازهای زندانیان را برآورند،
- تلاش قابل ملاحظه‌ای باید صرف بهبود کیفیت خدمات شود، و
- لازم است پیوندهای بهتری میان زندان‌ها و طیف خدمات جامعه‌محور برقرار و درمان و مراقبت پیوستگی داشته باشد.

بیانیهٔ اجماع دولت‌ها در مورد زندان‌ها، مواد مخدر و جامعه (۲۰۰۲) (دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی برای اروپا و گروه پامپیدوی شورای اروپا، ۲۰۰۲) این امر را می‌پذیرد که:

- مواد مخدر و زندان‌ها را باید در زمینهٔ اجتماعی گسترده‌ای مشاهده کرد،
- افراد میان زندان‌ها و جامعه جابه‌جا می‌شوند،
- زندانی شدن نباید تنبیه بیشتری از محرومیت از آزادی به زندانیان تحمیل کند،
- زندان‌ها باید مکان‌هایی امن، خالی از خطر و شایسته‌ای باشند که مردم در آنها زندگی و کار می‌کنند، و
- افرادی که در زندان‌ها کار می‌کنند باید همان‌طور که باید، در چارچوب قانون کار کنند.

با توجه به شواهد موجود مبنی بر مشکلات فزایندهٔ مصرف تزریقی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها و نیز در مورد اثربخشی درمان جایگزین، وقت آن فرا رسیده است که به روشنی در این مورد اقدام کنیم. در صورتی که درمان اثربخشی برای مواد مخدر، شامل درمان جایگزین، انجام نگیرد و تدابیر لازم برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی به عمل نیاید، این وضع به گسترش بیشتر عفونت اچ‌آی‌وی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، جمعیت گستردهٔ زندانی‌ها و سرانجام جامعه‌ای که در خارج از زندان‌ها قرار دارد، منتهی خواهد شد.

۶. اخلاقیات پزشکی در رابطه با برنامه‌های درمان جایگزین در زندان‌ها

سه دلیل برای توجه بودن بحث برسر ملاحظات اخلاقی درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها وجود دارد، درمانی که نظیر هر درمان پزشکی معتبر دیگر قاطعانه بر شواهد علمی استوار است و در راستای توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی و سازمان ملل متحد (WHO)، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و UNAIDS، (۲۰۰۴) و بسیاری از قوانین ملی قرار دارد:

۱. اعتیاد به مواد مخدر تابع مفاهیم نیرومند ایدئولوژیک و فرهنگی است. تأثیر نامطلوب مفاهیم ایدئولوژیک بر رویکردهای درمانی و اهداف درمانی اعتیاد به مواد مخدر، بیماران معتاد را در موقعیتی قرار می‌دهد که دسترسی آنها به درمان‌ها و انتخاب درمان‌ها غالباً بر اساس ملاحظات ایدئولوژیک انجام می‌گیرد تا ملاحظات پزشکی.

۲. برای اجتناب از سوءمصرف مواد افیونی و منحرف کردن مصرف آنها، تجویز مواد افیونی تحت مقررات و قوانین نیرومند انجام می‌گیرد که به محرمانه ماندن لطمه می‌زند و به همین علت، ارائه مواد افیونی به بیماران معتاد موجب اجرای تدابیر کنترلی شده است که عنصر اجباری ویژه‌ای را به روابط بیمار-پزشک اضافه می‌کند.

۳. هر دو عبارت فوق در تعامل اخلاقی دشواری که میان بیمار زندانی و پزشک زندان و نیز زندان که نهادی تمامیت‌گراست، وجود دارد، بسیار پیچیده‌تر می‌شوند (Pont J، ۲۰۰۶).

در ادامه مطلب، جنبه‌های اخلاقی جایگزینی مواد افیونی در زندان بر اساس اصول اخلاقی پزشکی در زندان، طبق آنچه در مقررات زندان در اروپا {شورای اروپا، ۲۰۰۶}، در استانداردهای کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه (سی‌پی‌تی) {شورای اروپا، ۲۰۰۴} و در چندین سند بین‌المللی دیگر که مورد تأیید سازمان ملل متحد و جامعه جهانی پزشکی قرار دارند، آمده است، مورد بررسی قرار خواهند گرفت. جوهر اخلاقیات پزشکی در زندان و اسنادی که نقل شد را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

الف) کار اصلی (تنها دلیل وجودی) پزشک زندان و دیگر کارکنان خدمات سلامت، سلامت و بهزیستی زندانیان است {شورای اروپا، ۱۹۹۹، اصلاحات بین‌المللی جزایی ۲۰۰۱}

ب) هفت اصل اجرای مراقبت‌های سلامتی در زندان، طبق استانداردهای CPT (کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه) عبارتند از:

۱. دسترسی رایگان به پزشک برای کلیه زندانیان

۲. مشابه بودن خدمات ارائه شده
۳. راضی بودن بیمار و محرمانه ماندن اطلاعات
۴. خدمات سلامتی پیشگیرانه
۵. کمک انسان دوستانه
۶. استقلال حرفه‌ای
۷. لیاقت حرفه‌ای

این امر اهمیت دارد که پزشکان و کارکنان خدمات سلامت زندان قویاً از این اصول تبعیت کنند و اینکه این اصول به اطلاع کل جامعه زندان برسد و از طرف آنها مورد پذیرش قرار گیرد، منظور از جامعه زندان، زندانیان، کارکنان زندان و دستگاه اداره کننده زندان است. تبعیت از این اصول اعتماد زندانیان را به مراقبت‌های پزشکی در زندان تقویت می‌کند، شکی درباره تبعیت پزشک از حرفه‌ای‌گری درمانی و اخلاقیات درمانی باقی نمی‌گذارد، مانع از سوء تفاهات می‌شود و در حالت بروز اختلاف، رهنمودهای لازم ارائه می‌دهد.

طبیعی به نظر می‌رسد که کار اصلی پزشک زندان تأمین سلامت و بهزیستی زندانیان باشد، اما همان‌طور که هر دست‌اندرکار مراقبت‌های سلامتی در زندان می‌داند، لازم است دائماً برای تحقق این امر جنگید و این امر در مورد پیاده‌سازی و تحقق بخشیدن به برنامه‌های جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها نیز صادق است. دستگاه اداره زندان و کارکنان غیردرمانی اگر به اندازه کافی در مورد منافع اثبات‌شده این درمان توجه نشوند، توجه و تأکید خود را بر خطرات سوء مصرف و مصارف انحرافی مواد افیونی متمرکز خواهند کرد و عمل آنها به عقیم گذاردن برنامه‌های جایگزین متوجه خواهد شد. در راستای رعایت محور الف، بر عهده پزشک زندان است که این اطلاعات را در اختیار دیگران قرار دهد، به کارکنان امنیتی و کادر اداره زندان کمک کند اهداف درمان را درک کنند، بر هر گونه برداشت غلط غلبه کنند و راه دسترسی زندانیان وابسته به مواد افیونی به درمان‌های مناسب و حمایت‌شده مواد افیونی را هموار سازند.

ممکن است کادر امنیتی به دلایل ایمنی و امنیتی به زندانیان دستور دهند از نظر مشخص شدن اعتیاد آزمایش‌های ادرار بدهند. آزمایش‌های ادرار همچنین یکی از اجزاء قراردادهای درمانی در بسیاری از برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی را تشکیل می‌دهد. ممکن است از پزشکان و کارکنان مراقبت‌های سلامت که مراقب زندانیان هستند، درخواست شود هنگامی که نگرانی‌هایی در مورد ایمنی یک زندانی وجود دارد، آزمایش‌های ادرار را توسط کادر امنیتی انجام دهند. با در نظر داشتن محور (الف) و اهمیت اعتماد و اطمینان بیماران زندانی، پزشکان و کارکنان درمانی که مراقب سلامت زندانیان هستند، هرگز نباید به دلایل امنیتی در آزمایش مواد مخدر شرکت جویند. این امر از بیشترین اهمیت برخوردار است که زندانیان به روشنی در مورد تفاوت میان آزمایش‌های ادرار به عمل آمده به دلایل امنیتی و دلایل درمانی توجه شوند و بدانند که نتایج

آزمایش‌های ادراری که در برنامه‌های درمان جایگزین از آنها گرفته می‌شود، اکیداً محرمانه نگهداشته می‌شود و از آنها تنها برای توصیه‌های درمانی استفاده خواهد شد و هرگز موجب تنبیه نخواهد شد. این نتایج تنها هنگامی در خارج از حلقه تیم درمانی افشا خواهند شد که بیمار رضایت خود را نسبت به آن اعلام کرده باشد و در حالتی افشا خواهد شد که فاش کردن نتایج آن را بتوان به نفع زندانی دانست.

دیگر اصل مهم مفاهیم کنونی درمان بیماران دارای وابستگی به مواد مخدر کاملاً با جمله‌پردازی‌های محور (الف) تطبیق می‌کند: پزشک معالج نه تنها باید مراقب باشد که اهداف درمانی مورد توافق - هم در کوتاه مدت و هم درازمدت - برای تک تک بیماران قابل حصول باشند، بلکه همچنین باید مراقب باشد ایده‌های خود پزشک در مورد شأن انسانی و شیوه انسانی زندگی اهداف درمانی را که همراه با بیمار تعیین شده‌اند، تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. آنچه وظیفه درمان را تشکیل می‌دهد سلامت و بهزیستی بیمار زندانی است و نه لزوماً تطبیق شیوه زندگی بیمار بر سبک زندگی درمانگر.

مسئله دسترسی به درمان جایگزین مواد افیونی در زندان و یکسان بودن این درمان با خدمات بیرون از زندان - یعنی دو نکته نخست موجود در محور (ب)، یعنی اصول اساسی CPT (کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه)، هم‌اکنون توسط دبلیو‌اچ‌او در سال ۱۹۹۳ مطرح شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳) و از آن هنگام مکرراً مورد تأکید قرار گرفته است (لاینز آر و دیگران ۲۰۰۴). همچنان کشورهای اروپایی در اروپا هستند که در آنها برنامه‌های درمان نگهدارنده جایگزین در جامعه به اجرا درمی‌آیند، اما در زندان‌ها وجود ندارند و گاه در زندان‌ها و بازداشتگاه‌ها حتی هیچ گونه سم‌زدایی مواد افیونی وجود ندارد. هرگونه قطع مصرف ناگهانی مواد افیونی - به ویژه قطع مصرف متادون - بدون پشتیبانی مواد افیونی (ترک ناگهانی) با سهل‌انگاری پزشکی برابر است و مطلقاً با اخلاقیات پزشکی و حرفه‌ای‌گری پزشکی ناسازگار است!

تعداد برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها در اروپا و دیگر نقاط طی دهه گذشته به میزان قابل توجهی افزایش یافته است، اما همچنان میان زندانیانی که به درمان نگهدارنده جایگزین نیاز دارند و آنهایی که این درمان را دریافت می‌کنند، شکاف وجود دارد (ستور/کاسلمان/هنه‌بل ۲۰۰۶). این شکاف بیانگر نه تنها کمبود راه‌حل‌های درمانی و فرصت‌های کاهش آسیب برای تک تک بیماران زندانی، بلکه همچنین تهدیدی نسبت به سلامت عمومی است: از میان کلیه مکان‌هایی که مصرف‌کنندگان مواد مخدر به تزریق مواد می‌پردازند، زندان‌ها بدترین جایی هستند که تزریق با بالاترین خطر انتقال ویروس‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند، توأم است. این وضعیت پرخطر به معنای آن است که نیاز به تدوین و پیاده‌سازی استراتژی‌های کاهش آسیب در زندان بیش از نیازی است که در جامعه وجود دارد (لاینز ۲۰۰۶).

در چندین کشور، در حال حاضر بیش از یک داروی افیونی در برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی به کار می‌رود. نه تنها به خاطر اصل اخلاقی، بلکه به دلایل کاملاً عملی، باید از جمله با توجه به این امر، هدف تأمین

برابری و یکسانی خدمات درمانی میان خدماتی که به جامعه ارائه می‌شود و خدماتی که به زندان‌ها ارائه می‌شود و بین زندان‌ها، دنبال شود و تحقق یابد تا از تغییر در درمان در حساس‌ترین فازهای زندانی شدن فرد، انتقال از زندانی به زندان دیگر و آزادی از زندان، احتراز شود.

دسترسی به درمان وابستگی به مواد افیونی به کمک مواد مشابه‌اثر و دسترسی به درمان‌های همسان در عین حال باید برای زنان زندانی مصرف‌کننده مواد مخدر نیز فراهم شود. به دلیل تعداد پایین زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی، در بسیاری کشورها، خدمات و فرصت‌های درمان بسیار محدودی برای زنان زندانی وجود دارد. زنان زندانی مصرف‌کننده مواد مخدر، با توجه به همانندی‌های مرضی جسمی و روانی نسبتاً بیشتر و میزان شیوع بالاتر اچ‌آی‌وی نسبت به مردان، ممکن است به گزینه‌های درمانی بیشتری از هم‌تاهای مردشان نیاز داشته باشند. به دلیل تجربیات ویژه زنان در رابطه با اعتیاد و درمان آن، آنها ممکن است در عین حال به الگوهای درمانی متفاوتی نیاز داشته باشند. درمان جایگزین با کاهش خطراتی که متوجه مادر و کودک می‌شود، نقش مهمی در مراقبت‌های دوران حاملگی و پیش از وضع حمل در زنان دچار وابستگی به مواد افیونی بازی می‌کنند.

با توجه به مرگ و میر بیش از حد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در دو هفته نخست پس از آزادی از زندان، که عامل اصلی آن را اوردوز (مصرف بیش‌ازحد) مواد مخدر تشکیل می‌دهد، دسترسی به درمان نگهدارنده جایگزین بدون انقطاع و پیوسته مواد افیونی در یک مرکز درمانی جامعه پس از آزادی از زندان از اهمیت بسیار زیاد برخوردار است (کریستنسن و دیگران، ۲۰۰۶). علاوه بر آموزش مطالب مربوطه به زندانیان پیش از آزادی، تیم مراقبت‌های سلامت زندان باید در وقت مناسبی پیش از آزادی زندانی از زندان، تداوم و پیوستگی درمان جایگزین در جامعه را به صورت جامع برنامه‌ریزی کند و سازمان دهد.

رضایت بیماری که به میزان بسنده‌ای در جریان فرایند درمان قرار گرفته است - "رضایت آگاهانه" - یکی از پیش‌شرط‌های هر گونه درمانی است که حاوی عوارض جانبی ناگوار و/یا خطرات گوناگون است که در تجویز مواد افیونی نیز تعدادی از آنها وجود دارند. به خاطر پیچیدگی درمان جایگزین مواد افیونی از نظر درمانی، قانونی و روانی اجتماعی، بسیاری از برنامه‌های درمان جایگزین به رضایت آگاهانه زبانی یا کتبی بیمار اکتفا نمی‌کنند، بلکه خواستار امضای یک قرارداد رسمی می‌شوند که میان بیمار و درمان‌گر بسته می‌شود. باید در نظر داشت که اگر هم درمان‌های دیگری وجود داشته باشند که در آنها عقد قرارداد از سوی بیماران الزامی باشد (که اگر هم وجود داشته باشند، محدودند)، این امر ممکن است عنصر اجبار و بی‌اعتمادی در رابطه میان بیمار - پزشک وارد کند. از سوی دیگر، وجود قرارداد تأکیدی است بر این امر که تعهدات مورد توافق میان بیمار و درمان‌گر باید متقابلاً به طرفین یادآوری شود و متقابلاً از سوی طرفین مطالبه شود و در صورتی که این توافق، قراردادی باشد که برای نیازهای یک فرد طراحی شده باشد و به نحو شایسته‌ای توضیح داده شده و مورد بحث قرار گرفته باشد، درک بیمار از درمان جایگزین مواد افیونی و برنامه درمان فرد بیمار و اهداف درمان را تقویت

خواهد کرد، اما هرگز نباید از آن به عنوان ابزار تنبیه استفاده شود. نظرسنجی تازه‌ای که انجام گرفت (ستوور/کسلمن/هنه‌بل ۲۰۰۶) به روشنی نشان داد که لازم است با اطلاع‌رسانی بهتر به بیماران، درک آنها را از درمان بالا برد.

حداقل اطلاعاتی که لازم است پیش از ورود بیمار به فرایند درمان جایگزین به او ارائه شود، ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- هرگونه تعهدی که پزشک نسبت به ارگان ثالث دارد و محرمانه‌ماندن اطلاعات بیمار را نقض می‌کند (اطلاع دادن به ارگان‌ها طبق قانون یا اطلاع دادن به دادگاه) باید به اطلاع بیمار برسد، اما در عین حال کلیه عرصه‌هایی که بیمار می‌تواند در حفظ اکید محرمانه‌ماندن اطلاعات پزشکی خود روی آنها حساب کند، باید برای او مشخص شود
- توجیه ضرورت درمان جایگزین مواد افیونی
- تعهدات بیمار و درمان‌گر به صورتی که مورد توافق قرار گرفته است
- تک تک اهداف درمانی جاری که به تفصیل برای بیمار شرح و بسط داده شده است
- خطرات، عوارض جانبی ناخواسته و محدودیت‌های ممکن
- چه اتفاقی خواهد افتاد اگر بیمار آگاهانه درمان را متوقف کند
- با موارد عود اعتیاد چگونه باید برخورد کرد
- چه عواملی ممکن است موجب لغو شرکت فرد در درمان جایگزین شود

با توجه به ماهیت درازمدت درمان جایگزین مواد افیونی و تعدیل و تنظیم اهداف درمان و تغییرات استراتژی‌های درمان در طول زمان، اطلاعات، رضایت آگاهانه و/یا قرارداد باید به طور مداوم تعدیل شود که به آن "رضایت مداوم آگاهانه" می‌گویند.

از بیمار همچنین خواسته می‌شود با انجام تدابیر کنترلی، نظیر کنترل داخل دهان پس از خوردن ماده مخدر جایگزین، به منظور تلاش برای جلوگیری از سوءمصرف مواد و انحراف از مصرف درست مواد افیونی، که اهمیت ویژه‌ای برای آن در زندان قائلند، موافقت کند. این تمهیدات را باید جزئی از برنامه درمانی دانست و آنها را به وسیله کادر درمانی و نه کارکنان زندان به اجرا درآورد. همین مطلب در صورتی که قرار باشد آزمایش ادرار در برنامه گنجانده شود، صادق است. نتایج این آزمایش‌ها باید اکیداً محرمانه بماند و تنها در خدمت مقاصد درمانی قرار بگیرد و هرگز مورد استفاده تصمیمات انضباطی قرار نگیرد. اما همان‌طور که قبلاً متذکر شدیم، کارکنان درمانی هرگز نباید در جستجوی بدنی یا آزمایش‌های ادراری شرکت جویند که دستور آنها به دلایل امنیتی، یعنی غیرپزشکی، توسط کارکنان زندان داده شده است.

محرمانه ماندن هویت زندانیانی که در برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی شرکت می‌کنند، اغلب به دلایل قانونی و عملی محدود است: قوانین ملی در اغلب کشورها گزارش کردن اشخاصی را که مواد افیونی برای آنها تجویز شده است، الزامی می‌دانند. در زندان، عرضه و ارائه مواد مخدر جایگزین مواد افیونی و نیز کمبود کادر درمانی اغلب به کار گرفتن مأموران امنیتی در فرایند درمان و همکاری با آنها را الزامی می‌کنند، وضعیتی که محرمانه ماندن اکید اطلاعات پزشکی مصرف‌کنندگان مواد مخدر را خدشه‌دار می‌کند. درمان جامع مواد مخدر در شرایطی که در میان گذاردن اطلاعات و سوابق بیمار اجتناب‌ناپذیر و به نفع بیمار است، به همکاری بین‌رشته‌ای نیاز دارد. هر یک از اعضای تیم درمان باید مقید به محرمانه‌نگهداشتن اطلاعات حرفه‌ای باشد. این امر از اهمیت بسیار برخوردار است که اطلاعات کامل در این مورد که چه کسی به سوابق بیماران دسترسی خواهد داشت، چه کسی در دایره اطلاعات محرمانه حرفه‌ای قرار دارد و محدودیت‌های محرمانه‌ماندن اطلاعات عملاً تا کجا هستند، در اختیار بیماران قرار بگیرد.

مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان دوست دارند به دلایل متعدد وابستگی خود به مواد مخدر را پنهان کنند: آنها فکر می‌کنند که اگر این اطلاع پخش شود با محرومیت‌هایی از نظر محل استقرار، امتیازات و دسترسی به کار مواجه شوند. آنها از پیشداوری و تبعیض هم از سوی دیگر زندانیان و هم از سوی کارکنان زندان - و گاه حتی از سوی کارکنان خدمات درمانی! - می‌هراسند و از این بیم دارند که به محض اینکه وابستگی آنها به مواد مخدر برای دیگران معلوم شود، قربانی فشارهای گوناگون و اخاذی و حق‌السکوت واقع شوند. هنگامی که آنها در برنامه‌های درمان جایگزین شرکت می‌کنند، اغلب تحت فشار قرار می‌گیرند تا داروهای تجویز شده را به مجرای بازار سیاه زندان بیندازند.

به همه این دلایل، باید هرگونه تلاشی به خرج داد تا با حفظ و برقراری استانداردهای بالای محرمانه‌نگهداشتن اطلاعات بیماران و خلاص شدن از شر مقررات، رفتارها و نگرش‌های تبعیض‌آمیز علیه آنها، از مصرف‌کنندگان مواد مخدر و شرکت‌کنندگان در برنامه‌های جایگزین مواد افیونی حراست کرد. به ویژه، شرکت فرد زندانی در برنامه درمان مواد افیونی هرگز نباید به تبعیض علیه او، مادام که دوره زندان را می‌گذرانند، منجر شود.

در ارتباط با مراقبت‌های سلامتی پیشگیرانه، درمان‌نگهدارنده جایگزین مواد افیونی بیانگر نمونه‌ای کلاسیک از یک تدبیر اثربخش پیشگیری و کاهش آسیب برای فرد مصرف‌کننده مواد افیونی و نیز کل جامعه داخل و خارج دیوارهای زندان است: شواهد فراوانی در مورد پیشگیری از مرگ‌ومیر، اختلالات سلامتی، رنج و درد شخصی، بی‌ثباتی اجتماعی و فعالیت مجرمانه به صورت مستند وجود دارد و تأثیر پیشگیرانه آن بر انتقال اچ‌آی‌وی و هپاتیت بی و سی به کمک کاهش رفتار پرخطر اعتیاد تزریقی در زندان تقریباً قطعی است.

کمک انسان‌دوستانه که توسط کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه (CPT) مطرح شده است، به زندانیان به ویژه آسیب‌پذیر مربوط می‌شود. در آن معنا که مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان به گروهی از زندانیان

آسیب‌پذیر تعلق دارند، زیرا در سلسله‌مراتب زندانیان رتبهٔ پایین کسب می‌کنند، با پیشداوری دیگر زندانیان و کارکنان زندان مواجهند، با توجه به تهدیدهای بعدی در مورد مواجهه با زورگویی، خشونت، تن‌فروشی اجباری و فشار برای منحرف کردن مسیر مواد مخدر تجویز شده به بازار سیاه زندان، با خطر بالا آوردن بدهی مواجهند. می‌توان با رعایت اکید اصل محرمانه نگهداشتن اطلاعات از برخی از این مشکلات اجتناب کرد و درمان مناسبی برای وابستگی به مواد مخدر فراهم کرد، اما اغلب اوقات ممکن است تغییرات معقول در جای افراد و به کار بردن تدابیر حفاظتی اضافی لازم باشد: تشویق زندان‌ها برای آنکه با این درمان به صورت جزء عادی زندگی در زندان‌ها و در راستای دیگر مداخلات درمانی پزشکی که در زندان ارائه می‌شود، روبه‌رو شوند، قطعاً زندگی مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان را راحت‌تر خواهد کرد.

نوجوانان، زنان مصرف‌کنندهٔ مواد مخدر و به ویژه زنان حامله‌ای که مواد مخدر مصرف می‌کنند، و اعضای اقلیت‌های قومی یا فرهنگی به حمایت و کمک بیشتر نیاز دارند. در زندان‌های اروپا شمار فزاینده‌ای مصرف‌کنندهٔ مواد مخدر به سر می‌برند که به زبان‌های خارجی تکلم می‌کنند و در جریان ارزیابی و مشاوره به مترجم نیاز دارند. علاوه بر موانع زبانی، همبندی‌های مرضی روانی گسترده‌ای میان بیماران وجود دارد و لطامات شناختی در مصرف‌کنندگان زندانی مواد مخدر مشکلات اضافی بر سر راه درمان زندانیان وابسته به مواد مخدر به وجود آورده است.

اما مقررات و فرامین سازمان‌های سلامت ملی یا سازمان‌های زندان‌ها از ترس سوءمصرف مواد و خطرات مربوطه مکرراً تلاش کرده‌اند با محدود کردن مرزهای موارد استعمال یا پایین آوردن سطح حداکثر دوز داروها یا کم کردن طول مدت درمان، استقلال حرفه‌ای را در درمان نگهدارندهٔ جایگزین مواد افیونی محدود کنند. جدا از این واقعیت، در رابطه با این امر که ارگان‌های دولتی در تعیین موارد استعمال یا دوزهای درمان نقش و دخالت نداشته باشند، تجربه نشان داده است که برنامه‌هایی که آستانهٔ پایین، دوزهای بالاتر و دوره‌های درمان طولانی‌تری دارند، به نتایج بهتری دست یافته‌اند. مسائلی نظیر موارد استعمال دارو برای درمان، حداکثر دوز و طول دورهٔ درمان را باید به نظر کارشناس باسابقهٔ مواد مخدر واگذار کرد تا آنها را بر اساس ارزیابی بیمار و توافق متقابل تعیین کند.

به نظر می‌رسد اطلاع‌رسانی به بیماران به بهبود نیاز دارد و باید به آنها تفهیم کرد که درمان جایگزین در زندان یک درمان پزشکی مستقل از ملاک‌های محبوس بودن است: در نظرسنجی جدیدی که به عمل آمد (ستور/کسلمان/هنه‌بل ۲۰۰۶) گاه زندانیان این درمان را لطف یا پاداشی می‌دانستند که از سوی زندان و در ازای رفتار خوب به زندانیان داده می‌شود و نه یک درمان پزشکی از سوی خدمات پزشکی. روشن شدن موضوع به ویژه برای بیمارانی اهمیت دارد که دادگاه در مورد آنها حکم داده است که در عین حال که دوران زندان خود را می‌گذرانند، تحت درمان اعتیاد نیز قرار بگیرند.

هرگونه درمان وابستگی به مواد مخدر نیازمند قابلیت حرفه‌ای بالاست. با توجه به ماهیت پیچیده درمان جایگزین مواد افیونی در زندان، مسئولیت ارزیابی فرد و برنامه‌ریزی درمان و تعهد به این امر که خطرات کشنده و عوارض جانبی ناخواسته را تا حد ممکن پایین بیاوریم، هر تیم خدمات سلامت که در زندان فعالیت می‌کند و درمان جایگزین مواد افیونی عرضه می‌کند، باید شامل دکتر متخصصی در زمینه درمان وابستگی به مواد باشد.

درمان جایگزین مواد افیونی را باید یکی از اجزاء طیف خدمات درمانی به شمار آورد که به مصرف‌کنندگان مواد مخدر عرضه می‌شود و باید بتواند مصرف‌کنندگان مواد مخدر را مستعد استفاده از گزینه‌های درمانی بیشتری بکند یا استفاده از این گزینه‌های بیشتر را برای آنها تسهیل کند. اما همان‌طور که نقل قول تحقیق پیشگفته نشان داده است {ستوور اچ، کسلمان اچ، هَنبِل ال، ۲۰۰۶}، به دلیل کمبود منابع، در اکثریت زندان‌ها با فقدان مراقبت‌های روانی اجتماعی روبه‌رو هستیم که در آنها، درمان جایگزین صرفاً به تجویز مواد افیونی خلاصه شده است که نارضایی قابل توجهی هم برای بیماران و هم پزشکان به بار آورده است.

استفاده از تدابیر کنترل‌کننده برای به حداقل رساندن انحراف مواد افیونی و سوءاستفاده از آنها، اجتناب‌ناپذیر است. این تدابیر شامل بازرسی داخل دهان پس از خوردن ماده افیونی تجویز شده و آزمایش منظم ادرار از نظر میزان متابولیت‌های مواد مخدر می‌شود. این کنترل‌ها باید توسط کادر درمانی و تحت شرایطی که محرمانه‌ماندن اطلاعات را حفظ کند، انجام گیرد. تحقیقات نتوانسته‌اند نشان دهند که آزمایش ادرار شیوه اثربخش و قابل اعتمادی برای پایش مصرف مواد مخدر است. وجود یک رابطه درمانی، باز و اعتمادآمیز، احتمالاً نشانه‌های دقیق‌تر و ثمربخش‌تری برای الگوهای مصرف مواد مخدر به دست می‌دهد.

کنترل مستقیم چشمی ادرار کردن بیمار کاری تحقیرآمیز است و با یک رابطه احترام‌آمیز نسبت به بیمار سازگاری ندارد. نتایج آزمایش‌های ادرار باید محرمانه نگهداشته شود و از آنها صرفاً برای تصمیم‌گیری‌های درمانی استفاده شود.

برای بهبود کیفیت برنامه‌های درمان جایگزین مواد افیونی در زندان‌ها تیم‌های مراقبت از سلامتی باید

- بکوشند تا تأمین و تجهیز نیروی انسانی آنها به شکل مناسبی انجام گیرد
- رویکردی بین‌رشته‌ای به برنامه‌های درمان مواد مخدر داشته باشند
- از نمونه‌های روش‌های برتر کلینیکی تبعیت کنند
- پیوستگی و استمرار درمان را برای بیماران که قرار است منتقل یا آزاد شوند، تأمین کنند
- با مصرف‌کنندگان خدمات مشورت کنند و به هنگام توسعه خدمات دیدگاه‌های آنها را مد نظر قرار دهند
- نسبت به نیازهای متنوع کلیه مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌ها حساس و پاسخگو باشند
- کارکنان درمانی و غیردرمانی را در آموزش درگیر کنند

- به طور منظم با تیم‌های خدمات درمانی زندان‌های دیگر و خدمات جامعه‌محوری که در درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر شرکت دارند، ارتباط داشته باشند
- به طور منظم تحت نظارت قرار داشته باشند
- در تحقیقات برای بهینه کردن درمان شرکت داشته باشند

درمان زندانیان مصرف‌کننده مواد مخدر با کمک مواد افیونی، روش درمان ارزشمند و به لحاظ علمی متکی بر مستندات درمانی معتبر و با تأثیر اثبات‌شده‌ای از نظر کاهش آسیب بر سلامت فرد و سلامت عمومی است. از این روست که چنین درمانی به لحاظ اخلاقیات درمانی کاملاً قابل توصیه است. آنهایی که قید و شرط‌های اخلاقی در مورد تجویز مواد مخدری مطرح می‌کنند که به صورت نگهدارنده وابستگی به مواد مخدر را درمان می‌کند و کسانی که تنها پرهیز را درمان موفق در وابستگی به مواد مخدر می‌دانند، باید به ارزیابی مجدد روش خود پردازند و به این پرسش پاسخ دهند که آیا این هدف متعالی درمانی، که به ندرت در کوتاه مدت به آن دست یافته‌اند، بر کاهش ملموس مرگ و میر، مریض‌حالی، درد و رنج شخصی، بی‌ثباتی اجتماعی و فعالیت‌های جنایتکارانه که درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به آن دست می‌یابد، می‌چربد؟

منابع

جمعیت روان‌پزشکان آمریکا (۱۹۹۴): راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. واشینگتن، دی‌سی، جمعیت روان‌پزشکان آمریکا.

شورای اروپا (۲۰۰۱): ۱۱مین گزارش عمومی در مورد فعالیت‌های کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه در دوره اول ژانویه تا ۳۱ دسامبر ۲۰۰۰. ستراسبورگ، شورای اروپا، ۲۰۰۱ (کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه / INF (۲۰۰۱) ۱۶).

کریستنسن، پی‌بی، همربای، ای، سمیت، اس، ببرد، اس ام (۲۰۰۶). مرگ و میر میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر دانمارک که از زندان آزاد شده‌اند. مجله بین‌المللی سلامت زندانی ۲: ۱۹-۱۳.

شورای اروپا (۱۹۹۹): جنبه‌های اخلاقی و سازمانی خدمات درمانی در زندان. توصیه شماره آر (۹۸) ۷ و یادداشت توضیحی. انتشارات شورای اروپا.

شورای اروپا (۲۰۰۱): ۱۱مین گزارش عمومی در مورد فعالیت‌های کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه در دوره اول ژانویه تا ۳۱ دسامبر ۲۰۰۰. ستراسبورگ، شورای اروپا، ۲۰۰۱ (کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه / آی‌ان‌اف (۲۰۰۱) ۱۶).

شورای اروپا (۲۰۰۴): کمیته اروپایی پیشگیری از شکنجه و رفتار یا تنبیه غیرانسانی یا تحقیرکننده. استانداردهای سی‌پی‌تی. بخش‌های مهم گزارش‌های عمومی سی‌پی‌تی. www.cpt.coe.int.

شورای اروپا (۲۰۰۶): توصیه‌ها (۲۰۰۶) ۲ در مورد مقررات زندان در اروپا. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>.

دولان، کی. ای، ووداک، ای‌دی، هال، دبلیو.دی. (۱۹۹۶): بررسی بین‌المللی استفاده از متادون در زندان‌ها. تحقیقات اعتیاد، ۴: ۸۵-۹۷.

ادر، اچ و دیگران (۲۰۰۵): مطالعه تطبیقی اثربخشی مورفین آهسته رهش و متادون برای درمان نگهدارنده. اعتیاد، ۱۰۰: ۱۱۰۹-۱۱۰۱.

کیرچمایر، یو و دیگران (۲۰۰۲): یک بررسی نظام‌مند در مورد اثربخشی درمان نگهدارنده نالترکسون در وابستگی به مواد افیونی. اعتیاد، ۹۷: ۱۲۴۹-۱۲۴۱.

کاستلیچ، ای، پرهاوک، او، کاستناپفل ریتر، تی (۲۰۰۱): دستورالعمل‌های عمومی برای درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌ها در سلوونی، لوبلیانا، وزارت سلامت جمهوری سلوونی، وزارت دادگستری جمهوری سلوونی، ۲۰۰۱.

کاستلیچ، ای (۲۰۰۷): سلامت در زندان‌ها، راهنمای دبلیوچ‌او در مورد مبانی سلامت در زندان. سازمان بهداشت جهانی، درمان جایگزین در زندان‌ها، ۱۳۲-۱۱۳.

کینلاک، تی. دبلیو، گوردون، ام. اس.، شوارتس، آر. پی.، او گِردی، کی، فیتزجرالد، تی. تی.، ویلسون، ام (۲۰۰۷): یک آزمایش تصادفی بالینی از درمان نگهدارنده با متادون برای زندانیان: نتایج ۱ ماهه پس از آزادی. در وابستگی به مواد مخدر و الکل ۹۱ (۲۰۰۷) ۲۲۷-۲۲۰.

لاینز، آر. و دیگران (۲۰۰۴): اعلامیه دوبلین در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها در اروپا و آسیای مرکزی. دوبلین، سازمان اصلاح قانون کیفری ایرلند.

لاینز، آر (۲۰۰۶): از معادل کردن استانداردها تا معادل کردن اهداف: حق برخورداری زندانیان از استانداردهای مراقبت از سلامت بیشتر از آنهایی است که در خارج از زندان‌ها قرار دارند. مجله بین‌المللی سلامت زندانیان ۲: ۲۸۰-۲۶۹.

مینوتزی، اس. و دیگران (۲۰۰۶): درمان نگهدارنده نالترکسون خوراکی برای وابستگی به مواد افیونی. بانک اطلاعاتی کوچران در مورد بررسی‌های نظام‌مند، (۱): سی‌دی ۰۰۱۳۳۳.

انستیتو ملی سوءمصرف مواد مخدر (۲۰۰۰): اصول درمان اعتیاد به مواد مخدر: راهنمای مبتنی بر تحقیق. متسدا، ام‌دی، انستیتو ملی سوءمصرف مواد مخدر.

نیومن، آر. (۲۰۰۳): متادون: اصول مقدماتی، راهنمای تأمین‌کنندگان. اس‌ای‌ای‌ای ادیکشنز (آدویسنوستی/اویسنوستی/اعتیادات)، ۴ (۲-۱).

سازمان بین‌المللی اصلاح قانون جزا (۲۰۰۱): کارآمد کردن استانداردها: راهنمای بین‌المللی روش‌های موفق در زندان، ویرایش دوم. سازمان بین‌المللی اصلاح قانون جزا، لاهه.

پون، جی. (۲۰۰۶): اخلاق پزشکی در زندان‌ها: مقررات، استانداردها و مشکلات. مجله بین‌المللی سلامت زندانیان ۲: ۲۶۷-۲۵۹.

ستالویتس، ای، ستوور، اچ. (۲۰۰۷): تأثیر درمان جایگزین در زندان - مرور ادبیات موضوع، مجله بین‌المللی خط‌مشی مواد مخدر، سال ۱۸ (۶)، نوامبر ۲۰۰۷.

ستور، اچ، کسلمن، جی، هَنه‌بل، ال. (۲۰۰۶): درمان جایگزین در زندان‌های اروپا: تحقیقی دربارهٔ خط‌مشی و روش‌های مورد استفاده در ۱۸ کشور اروپا. مجلهٔ بین‌المللی سلامت زندان، ۲: ۱۲-۳.

ستور، اچ، مک‌دونالد، ام، آرتون، اس (۲۰۰۷): کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌های اروپا. اولدنبورگ/آلمان، لندن/انگلستان.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، یوان‌ایدز و دبلو‌اچ‌او (۲۰۰۶): پیشگیری، مراقبت، درمان و حمایت از اچ‌آی‌وی/ایدز در محیط‌های زندان: چارچوبی برای یک پاسخ اثربخش ملی. وین، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>) دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶).

ورستر، ای، بونینگ، ای. (۲۰۰۰): راهنمای استفاده از متادون در اروپا. آمستردام، یورومتورک (<http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm>) دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶).

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳): رهنمودهایی در مورد عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز در زندان‌ها. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳، http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf,

(دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶)

WHO، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و یوان‌ایدز (۲۰۰۴): درمان نگهدارندهٔ جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز. ژنو، سازمان بهداشت جهانی

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶)

دفتر سازمان بهداشت جهانی برای منطقهٔ اروپا (۱۹۹۰): سوءمصرف مواد مخدر در زندان‌ها: مدیریت مشکلات سلامتی. گزارش یکی از جلسات سازمان بهداشت جهانی، لاهه، ۱۸-۱۶ مه ۱۹۸۸. کپنهاگ، دفتر سازمان بهداشت جهانی برای منطقهٔ اروپا (انتشارات منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی، مجموعهٔ اروپا، شمارهٔ ۲۷).

دفتر سازمان بهداشت جهانی برای منطقهٔ اروپا و گروه پمپیدوی شورای اروپا (۲۰۰۲): زندان‌ها، مواد مخدر و جامعه. کپنهاگ، دفتر سازمان بهداشت جهانی برای منطقهٔ

اروپا. (، http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1) ، دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶)

زیکلر پ (۱۹۹۹): متادون دوزبالا نتایج درمان را بهتر می‌کند. یادداشت‌های ان‌آی‌دی‌ای، ۱۴(۵)

http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/High Dose.html ، دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶

برای مطالعه بیشتر

ناشناخته (۲۰۰۵): سلامت در زندان: یک تهدید یا فرصت؟ لانست، ۳۶۶: ۵۷

شورای اروپا (۲۰۰۱): توسعه و بهبود برنامه‌های درمان جایگزین. ستراسبورگ، انتشارات شورای اروپا.

وزارت بهداشت (۲۰۰۶): مدیریت کلینیکی وابستگی به مواد مخدر در محیط زندان بزرگسالان. شامل درمان روانی اجتماعی به عنوان یک بخش اصلی. لندن/انگلستان.

مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر (۲۰۰۲): نقش مهم جایگزین در درمان مواد مخدر. مواد مخدر زیر ذره‌بین، شماره ۱ (ژانویه-فوریه) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=439>) دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶

مرکز پایش اروپا برای مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر (۲۰۰۳): درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان- عرصه‌ای بسیار مهم برای خط‌مشی تقویت سلامت و کاهش جرم. مواد مخدر زیر ذره‌بین، شماره ۷ (ژانویه-فوریه) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=439>) دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶

فارل، ام، مارسدن، جی. (۲۰۰۵): مرگ و میر مرتبط با مواد مخدر میان متخلفانی که به تازگی آزاد شده‌اند، گزارش آنلاین هوم آفیس (دفتر مسؤل مهاجرت، مبارزه با تروریسم و مواد مخدر) ۴۰/۲۰۰۵، دولت انگلستان و ویلز

فورد، سی. و دیگران (۲۰۰۳): راهنمای استفاده از بوپرنورفین برای درمان وابستگی به مواد افیونی در مراقبت‌های اولیه. لندن، آرسی جی پی (دانشکده سلطنتی پزشکی عمومی) برنامه آموزش سوء مصرف مواد مخدر و الکل، گروه کار روابط جنسی، مواد مخدر و اچ‌آی‌وی آرسی جی پی و اس ام ام جی پی (مدیریت سوء مصرف مواد در پزشکی عمومی) (دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶) (<http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php>)

کاستلیچ، ای (۲۰۰۴): بیانیه ۷مین کنفرانس اروپایی خدمات مربوط به مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان، زندان، مواد مخدر و جامعه در اروپای بزرگ. در: ستور، اچ، هنبل، ال. سی.، کسلمان، جی (ویراستاران) درمان جایگزین در زندان‌های اروپا. تحقیقی درباره خط‌مشی‌ها و روش‌های درمان جایگزین در ۱۸ کشور اروپا. لندن، شبکه خدمات درمانی به معتادان مواد مخدر در زندان‌های اروپا.

کاستلیچ، ای، کوستنایفل ریتر، تی (۲۰۰۳): درمان اعتیاد به مواد مخدر در جمهوری اسلوانی، اس ای ای ای
اعتیاد، ۴(۲-۱)

کر، تی، یورگنز، آر (۲۰۰۴): درمان نگهدارنده متادون در زندان‌ها: مروری بر شواهد. مونترآل، شبکه قانونی
اچ آی وی/ایدز کانادا (دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶) (<http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf>)

کرایگر، دی و دیگران (۲۰۰۵): استفاده از مورفین خوراکی کندرهمش برای درمان وابستگی به مواد افیونی.
تحقیقات اعتیاد اروپا، ۱۱: ۱۵۱-۱۴۵.

لا وینسنت، اس (زیر چاپ): درمان مصرف‌کنندگان تریقی مواد مخدر که اچ آی وی/ایدز دارند: تقویت
دسترسی و بهینه‌سازی ارائه خدمات. ژنو، سازمان بهداشت جهانی.

مک‌دونالد، ام (۲۰۰۴): تحقیقی در مورد خدمات و استراتژی‌های مواد مخدر در زندان‌ها در ده کشور اروپای
مرکزی و شرقی. ورشو، شبکه خدمات مواد مخدر در زندان‌های اروپای مرکزی و
شرقی (سی ای ای ان دی اس پی)، خدمات مواد مخدر کرانستون (دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶)

(http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1)

مولر، ال، ستور، اچ، یورگنز، آر، گادرر، ای، نیکوگوسیان، اچ (ویراستاران) (۲۰۰۷): سلامت در زندان‌ها.

راهنمای سازمان بهداشت جهانی برای مبانی سلامت در زندان. کپنهاگ: سازمان بهداشت جهانی

(<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).

انستیتو ملی سوءمصرف مواد مخدر (۲۰۰۰): اصول درمان اعتیاد به مواد مخدر: راهنمای پژوهش محور. بتسدا،
ام دی، انستیتو ملی سوءمصرف مواد مخدر.

نیومن، آر. (۲۰۰۳): متادون: اصول اولیه، راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات، اس ای ای ای اعتیاد ۴: ۲-۱.

اوختنهاگن، ای (۲۰۰۲): درمان سوءمصرف مواد مخدر در محیط زندان: مروری بر شواهد. در: شورای اروپا.
زندان‌ها، مواد مخدر و جامعه. ستراسبورگ، شورای اروپا: ۷۹-۹۸

ورستر، ای، بونینگ، ای. (۲۰۰۳): اطلاعات برای تدوین‌کنندگان خط‌مشی در مورد اثربخشی درمان جایگزین
وابستگی به مواد افیونی. آمستردام، یورومتورک.

ورستر، ای، بونینگ، ای. (۲۰۰۳): جنبه‌های اصلی درمان جایگزین وابستگی به مواد افیونی. آمستردام، یورو متورک.

ورستر، ای، کینان، ای. (۲۰۰۳): تشریفات درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر: پیش‌نویس. لیسبون، مشاوره فنی سازمان بهداشت جهانی، در همکاری با ای‌ام‌سی‌دی‌دی‌ای، در مورد تدوین تشریفات درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی/ایدز برای معتادان تزریقی.

سازمان بهداشت جهانی-دفتر منطقه اروپا (۲۰۰۳): اعلامیه سلامت در زندان به عنوان جزئی از سلامت عمومی. کپنهاگ، دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳)، http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf, دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶

WHO (۲۰۰۴): روش‌ها و محیط درمان دارویی وابستگی به مواد افیونی در اروپای مرکزی و شرقی. ژنو، سازمان بهداشت جهانی، (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html), دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶

WHO، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد (UNODC)، UNAIDS (۲۰۰۴): درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز: مقاله اعلام نظر. ژنو. (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf), دسترسی در ۱۹ اکتبر ۲۰۰۵

دفتر منطقه اروپای WHO (۲۰۰۵): گزارش وضعیت زندان‌ها، مواد مخدر و کاهش آسیب. کپنهاگ، دفتر منطقه اروپای WHO (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1), دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶

UNODC/UNAIDS/WHO (۲۰۰۷): اثربخشی مداخلات برای کنترل اچ‌آی‌وی در زندان‌ها-درمان‌های جایگزین مواد افیونی و دیگر درمان‌های وابستگی به مواد مخدر. شواهدی برای مقاله‌های فنی عملی (دسترسی در ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۶)

جزئیات تماس با مؤلفان

آندره کاستلیچ

مرکز درمان اعتیاد به مواد مخدر لوبلیانا،

زالوسکا ۲۹، اس آی-۱۰۰۰ لوبلیانا/سلوونی،

ایمیل: andrej.kastelic@psih-klinika.si

پروفسور دکتر یورگ پون،

براختلگاسه ۲۰ ای، ای-۱۲۳۰، وین / اتریش،

ایمیل: joerg.pont@meduniwien.ac.at

پروفسور دکتر هاینو ستوور،

دانشگاه برمن، اف بی ۰۶، صندوق پستی ۳۳۰۴۴۰، دی-۲۸۳۳۴، برمن / آلمان

ایمیل: heino.stoever@uni-bremen.de

این راهنمای عملی در مورد "درمان جایگزین مواد افیونی در محیط‌های زندان" برای کمک به پزشکان زندان‌ها، پزشکان قراردادی، کارکنان درمانی زندان، دستگاه اداره زندان، سازمان‌های غیردولتی و دیگرانی که دست‌اندرکار ارائه خدمات درمان جایگزین برای زندانیان مبتلا به وابستگی به مواد افیونی یا پشتیبانی از این خدمات هستند، تهیه شده است.

باید با وابستگی به مواد مخدر به صورت یک بیماری شدید و جدی برخورد کرد و همگان در تلاش برای تضمین بهترین درمان برای زندانیان و نیز تا آنجا که ممکن است پایین نگهداشتن آسیب ناشی از مواد مخدر سهم و نقش خود را ایفا کنند. به کار بستن توصیه‌های ارائه شده در این راهنما با تأمین نقش‌های ارضاکنده‌تر برای کارکنان زندان و کاهش چشمگیر در آسیبی که مصرف مواد مخدر در زندان می‌تواند به زندانیان وارد آورد، به ایجاد یک زندان سالم‌تر برای زندانیانی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، کمک می‌کند.

این جزوه بر اساس تجربیات و دانش کارشناسی دانشمندان و پزشکان/ روان‌پزشکان/ متخصصان خدمات درمانی که در حوزه درمان جایگزین در زندان‌ها به کار مشغولند، تهیه شده است. ادبیات و بانک‌های اطلاعاتی بین‌المللی مربوط به این موضوع نیز مرور شده‌اند تا بهترین راهنمای ممکن بر اساس شواهد علمی موجود تهیه شود. این جزوه با تبعیت از رهنمون‌ها و توصیه‌های انتشارات بین‌المللی متعدد نظیر انتشارات دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی: "سلامت در زندان‌ها" تهیه شده است.

راهنمای سازمان بهداشت جهانی برای مبانی سلامت در زندان، چارچوب یوان اودی سی/یوان ایدز/دبلیو اچ او برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی، مراقبت و درمان و پشتیبانی از آن در محیط‌های زندان، و نیز شواهد UNODC/UNAIDS/WHO برای مقاله اقدام عملی: مداخلاتی برای مقابله با اچ‌آی‌وی در زندان‌ها- درمان وابستگی به مواد مخدر.