

مقاله اعلام نظر

مقاله اعلام نظر WHO/UNODC/UNAIDS

درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به
مواد افیونی و پیشگیری از اچ آی وی / ایدز



World Health
Organization



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS

UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK

اطلاعات مشخصات نشریه در کتابخانه سازمان بهداشت جهانی (WHO)

درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ آی وی/ایدز: مقاله اعلام نظر / سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز.

۱. اختلالات مرتبط با مواد افیونی - بازتوانی ۲. داروهای مسکن، مواد افیونی - مصرف درمانی ۳. عفونت های اچ آی وی - پیشگیری و کنترل ۴. سوء مصرف مواد، عوارض تزریق وریدی ۵. نتایج درمان ۶. رهنمون ها و راهکارها ۱. سازمان بهداشت جهانی ۱۱. ملل متحد. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ۱۱۱. برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز.

ISBN ۳ ۱۵۹۱۱۵ ۴۹۲ (NLM طبقه بندی WM ۲۸۴)

حق چاپ: سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز، ۲۰۰۴

منتشره توسط WHO از طرف دارندگان حقوق مؤلف. کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان بهداشت جهانی را می توان از مرکز فروش و توزیع، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰ خیابان آپیا، ۱۲۱۱ ژنو ۲۷، سوئیس (تلفن: +۴۱۲۲۷۹۱۲۴۷۶؛ فکس: +۴۱۲۲۷۹۱۴۸۵۷، ایمیل bookorders@who.int) درخواست برای مجوز تکثیر یا ترجمه انتشارات WHO - چه برای فروش یا برای توزیع غیرتجاری - باید به نشانی فوق برای انتشارات ارسال شود: (فکس: +۴۱۲۲۷۹۱۴۸۵۷، ایمیل permissions@who.int)

اسامی و عناوین مذکور در این سند و شیوه ارائه مطالب در آن بیانگر ابراز هیچ گونه عقیده ای از هر نوع از سوی سازمان بهداشت جهانی، دفتر برای مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد، و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز در ارتباط با جایگاه قانونی هیچ کشور، سرزمین، شهر یا ناحیه یا اختیارات آنها یا در رابطه با محدوده ها یا مرزهای آنها نیست. خطوط نقطه چین روی نقشه ها بیانگر خطوط مرزی تقریبی است که ممکن است در مورد آنها توافق کامل وجود نداشته باشد. ذکر اسامی شرکت های خاص یا محصولات برخی تولیدکنندگان بیانگر آن نیست که آنها مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز قرار دارند یا از طرف آنها توصیه می شوند و نسبت به دیگرانی که ماهیت مشابه دارند و نامشان ذکر نشده است، ترجیح دارند. خطاها و از قلم افتادگی ها به کنار، اسامی محصولات اختصاصی با حروف بزرگ اول آنها مشخص شده اند.

سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ آی وی/ایدز مدعی نیستند که اطلاعات مذکور در این جزوه کامل و صحیح هستند و در قبال هر گونه خسارتی ناشی از استفاده از آن مسؤل شمرده نمی شود.

طراحی توسط توشیتا بوسونه و والری روسیه، گرافیک و یژن سارل، ژنو، سوئیس

چاپ شده در فرانسه

فهرست مطالب

بیانیه مشترک سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در مورد درمان نگهدارنده جایگزین

مقدمه

شناخت بیماری‌های همه‌گیر (اپیدمیولوژی) و مشکلات ناشی از استفاده از مواد افیونی و وابستگی به آن

ماهیت وابستگی به مواد افیونی

درمان وابستگی به مواد افیونی: اهداف و اصول

درمان جایگزین وابستگی به مواد افیونی

تعریف درمان جایگزین و توجیه درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی

ترکیبات دارویی مورد استفاده در درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

✓ متادون

✓ بوپرنورفین

✓ دیگر ترکیبات دارویی

پیامدهای درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

✓ منافع

✓ خطرات

✓ عوامل مؤثر بر نتایج درمان

✓ صرفه اقتصادی

درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به عنوان نظام مراقبت درمانی

ارائه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی و اچ‌آی‌وی/ایدز

هستند

ملاحظات ویژه در ارائه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

تنظیم درمان جایگزین مواد افیونی و آموزش آن

جمع‌بندی

بیانیه مشترک سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و برنامه

مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز در مورد درمان نگهدارنده جایگزین^۱

وابستگی به مواد افیونی، ناراحتی و مشکل سلامتی پیچیده‌ای که اغلب به درمان و مراقبت درازمدت نیاز دارد، هنگامی که مواد افیونی با استفاده از وسایل تزریق آلوده تزریق شوند، با خطر بالای ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی ملازم است. درمان وابستگی به مواد مخدر استراتژی مهمی برای بهبود رفاه و کارکرد اجتماعی افرادی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند و کاهش عوارض سلامتی و اجتماعی آن، از جمله ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی است. از آنجایی که هیچ درمان واحدی برای کلیه افراد دچار وابستگی به مواد افیونی اثربخش نیست، باید به میزان کافی روش‌های درمانی متنوع فراهم کرد. درمان نگهدارنده جایگزین یکی از اثربخش‌ترین روش‌های درمان وابستگی به مواد افیونی است. این روش می‌تواند به کمک کاهش مصرف هرئین، مرگ‌های مرتبط با آن، رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی و فعالیت‌های جنایتکارانه، هزینه بالای وابستگی به مواد افیونی را برای افراد، خانواده‌هایشان و جامعه به طور کلی کاهش دهد. درمان نگهدارنده جایگزین یکی از عناصر بسیار مهم رویکردهای جامعه‌محور در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی است. باید ارائه درمان نگهدارنده جایگزین - با هدایت شواهد تحقیقاتی و با تأیید ارزیابی، آموزش و اعتبار علمی کافی - به عنوان روش درمانی مهم در جوامعی که از شیوع بالای وابستگی به مواد افیونی برخوردارند، به ویژه جوامعی که در آنها تزریق مواد افیونی، معتادان تزریقی را در خطر ابتلا و انتقال اچ‌آی‌وی و دیگر ویروس‌هایی قرار می‌دهد که از طریق خون انتقال می‌یابند، مد نظر قرار بگیرد.

^۱ در این سند، اصطلاح درمان نگهدارنده جایگزین به درمانی اطلاق می‌شود که ملاک‌های زیر را تأمین کند: عناصری که برای درمان جایگزین مورد استفاده قرار گرفته‌اند، به طور جامع ارزیابی شده‌اند، درمان توسط متخصصان معتبر در چارچوب روش‌های درمانی شناخته شده انجام گرفته است و پایش کلینیکی مناسبی نیز وجود دارد.

مقدمه

شناخت بیماری‌های همه‌گیر (اپیدمیولوژی) و مشکلات ناشی از استفاده از مواد افیونی و وابستگی به آن^۱

۱ مواد افیونی گروهی از مواد روان‌گرداند که از گیاه خشخاش مشتق می‌شوند و شامل تریاک، مورفین، کدئین و برخی مواد دیگر هستند. اصطلاح "ماده افیونی" همچنین برای مواد مخدر ترکیبی نظیر هروئین نیز که از ترکیب خشخاش تولید می‌شود، به کار می‌رود. بنابراین اصطلاح "مواد افیونی" به تریاک و دیگر ترکیبات نیمه ترکیبی و ترکیبی با خواص مشابه اطلاق می‌شود. مواد افیونی وابستگی آورند، که اثرات خود را با فعال کردن گیرنده‌های مواد افیونی در مغز ایجاد می‌کنند. مواد افیونی به طور کلی به صورت تزریق، خوراکی یا استنشاق گازهای ناشی از حرارت دادن مواد، مصرف می‌شوند. مصرف مرتب مواد افیونی می‌تواند به وابستگی به مواد افیونی منجر شود.

۲ مصرف‌کنندگان مواد مخدر تنها بخش بسیار کوچکی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (کمتر از ۱٪ از افراد ۱۵ سال و بیشتر). بخش‌هایی از جهان که در آنها مصرف مواد افیونی و مشکلات مربوط به آن بارز است، شامل آمریکای شمالی، آسیای غربی، جنوبی و جنوب شرقی، اروپا و خاورمیانه می‌شود. تزریق مواد افیونی به سرعت در آسیای مرکزی و اروپای مرکزی و شرقی افزایش یافته است. اطلاعات اخیر همچنین نشان می‌دهد که کانون‌های تزریق مواد افیونی در برخی مراکز شهری در آفریقا نیز پدیدار شده است و سطوح مصرف مواد افیونی بیشتر از آن چیزی است که در گذشته در آفریقا تصور می‌شد.

۳ هزینه مصرف مواد افیونی برای خود مصرف‌کننده و برای کل جامعه بالاست. مطالعات نشان می‌دهند که وابستگی به مواد افیونی از طریق بیکاری، بی‌خانمانی، فروپاشی خانواده، از دست دادن بهره‌وری اقتصادی، بی‌ثباتی اجتماعی و فعالیت‌های جنایی، هزینه‌های قابل توجهی برای جامعه به بار آورده است. عواقب قابل توجه مصرف مواد افیونی بر سلامت، شامل بالا رفتن خطر مرگ و میر پیش از موقع و در صورت مصرف تزریقی مواد مخدر، افزایش خطر ابتلا به عفونت‌های قابل انتقال از طریق خون، نظیر اچ‌آی‌وی و هیپاتیت بی و سی است.

^۱ در این سند اصطلاح مصرف/مصرف‌کننده مواد افیونی به هر شکل، سطح و الگوی استفاده غیردرمانی از مواد افیونی، شامل مصرف گهگاهی و طولانی آن اطلاق می‌شود.

۴ افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند - که اغلب مواد مخدري با تأثیر و کیفیت نامشخص و همراه با مواد ديگر تزریق می کنند - اغلب با پدیده مصرف بیش از حد روبه رو می شوند که خطر مرگ زیادی را به همراه دارد. مطالعات طولی بیانگر آنند که تقریباً ۳-۲٪ از آنها هر سال می میرند. نرخ مرگ و میر برای افرادی که دچار وابستگی به هروئین هستند، بین ۶ تا ۲۰ برابر میزانی است که برای کل جمعیت معتادان در همان سن و جنس انتظار می رود.

۵ در سراسر جهان، بین ۵ تا ۱۰٪ از عفونت های اچ آی وی از تزریق مواد مخدر ناشی می شود. اما در برخی کشورهای آسیا و اروپا، بیش از ۷۰٪ از عفونت های اچ آی وی را می توان به تزریق مواد مخدر نسبت داد که مواد افیونی رایج ترین مواد مخدر تزریقی در این مناطق به شمار می روند.

۶ معتادان تزریقی به دلیل استفاده مشترک از وسایل تزریق و محلول مخدر، تماس جنسی با دیگر معتادان تزریقی، و فعالیت جنسی پرخطر، در مقابل ابتلا به عفونت اچ آی وی و ديگر ویروس هایی که از طریق خون منتقل می شوند، آسیب پذیرند. هر چند اغلب معتادان تزریقی مرد هستند، زنان مصرف کننده مواد مخدر ممکن است به این دلیل که احتمال زیادی دارد از وسایل تزریق شرکای جنسی خود استفاده کنند و اغلب برای آنها دشوار است که در مورد روش های کم خطر روابط جنسی و استفاده از کاندوم باموفقیت چانه بزنند، در مقابل اچ آی وی آسیب پذیرتر باشند. معتادان تزریقی نسبتاً بیشتر احتمال دارد که در صنعت جنسی فعال باشند.

۷ مصرف تزریقی مواد مخدر اکنون شیوه غالب انتقال ویروس هپاتیت سی به شمار می رود. ابتلا به عفونت ویروس هپاتیت سی در دست کم ۸۵-۵۰٪ موارد به عفونت مزمن منجر می شود. تقریباً ۱۵-۷٪ از اشخاصی که به عفونت مزمن مبتلا هستند، ظرف مدت ۲۰ سال به سیروز کبدی دچار می شوند و بخشی از این عده متعاقباً به سرطان کبد مبتلا خواهند شد.

۸ میان مصرف مواد افیونی و وابستگی به آنها و رفتار جنایتکارانه پیوندهای نیرومندی وجود دارد: افرادی که به مواد افیونی وابسته اند، اغلب برای تهیه پول به منظور خرید مواد مخدر به جرم و جنایت دست می زنند. ارتکاب جرایم تحت تأثیر مواد مخدر روی می دهد و میان عواملی که با توسعه رفتارهای جنایتکارانه مرتبطند و عواملی که با مصرف مواد مخدر غیرقانونی پیوند دارند، هم پوشانی وجود دارد. جرم های کیفری در این زمینه به طور کلی عبارتند از جرایم اکتسابی، قاچاق مواد مخدر یا تجارت جنسی.

۹ برآورد شده است که در برخی کشورها، حدود سه چهارم افرادی که در زندان به سر می‌برند، مشکلات مرتبط با الکل یا دیگر مواد مخدر دارند و بیش از یک سوم آنها ممکن است به مواد افیونی وابستگی داشته باشند. حدود یک‌سوم آنها به خاطر جرایم مرتبط با مواد مخدر در زندان هستند. اغلب، سطحی از ادامه مصرف مواد مخدر در زندان روی می‌دهد و معمولاً با خطر بالای انتقال اچ‌آی‌وی به دلیل استفاده مشترک/استفاده مجدد از وسایل تزریق و محلول مواد همراه است. زندانیانی که دارای وابستگی به مواد افیونی هستند، به هنگام آزادی با خطر بالای عود مجدد اعتیاد و مصرف بیش‌ازحد مواد مواجهند. در نتیجه، در برخی کشورها، درمان جایگزین در اختیار زندانیان مراکز تأدیبی قرار می‌گیرد. هزینه‌های اجرای قانون، دادگاه‌ها و زندانی کردن بر روی هم، به میزان قابل توجهی به هزینه‌های اجتماعی مرتبط با وابستگی به مواد افیونی اضافه می‌کنند. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات صرفاً مبتنی بر تأمین عدالت کیفری، بدون درمان وابستگی به مواد افیونی مرتبط با آن، تأثیری بسیار محدود بر رفتار مصرف مواد مخدر و تکرار جرم میان افرادی دارد که به وابستگی به مواد مخدر دچارند.

ماهیت وابستگی به مواد افیونی

۱۰ وابستگی به مواد افیونی پس از یک دوره مصرف مرتب مواد افیونی به وجود می‌آید و زمان لازم برای این وابستگی برحسب مقدار، فاصله مصرف و شکل مصرف و نیز عوامل آسیب‌پذیری فرد و محیطی که مصرف مواد مخدر در آن روی می‌دهد، تفاوت می‌کند. وابستگی به مواد افیونی صرفاً مصرف زیاد مواد افیونی نیست، بلکه یک عارضه سلامتی پیچیده‌ای است که عوامل تعیین‌کننده و پیامدهای اجتماعی، روانی و زیست‌شناختی، شامل تغییراتی در مغز، به همراه دارد. این عارضه تنها ضعف شخصیت یا اراده نیست.

۱۱ عناصر اصلی وابستگی به مواد افیونی عبارتند از: میل شدید یا احساس وسواس گونه به استفاده از مواد افیونی، دشواری در کنترل رفتار مصرف‌مواد افیونی، بروز عوارض ترک به هنگامی که مصرف مواد افیونی قطع شده یا کاهش یافته است، شواهد مقاوم شدن، نظیر اینکه برای دستیابی به اثراتی که در ابتدا با دوزهای کمتر ایجاد می‌شد، به افزایش دوز نیاز است، بی‌توجهی فزاینده به لذات یا علائق دیگر، و سماجت در مصرف مواد افیونی به رغم شواهد واضح پیامدهای آشکارا زیانبار آن. این جنبه‌هاست که وابستگی به مواد افیونی را به ویژه برای فرد، خانواده و جامعه مخرب می‌سازد.

درمان وابستگی به مواد افیونی: اهداف و اصول

۱۲ درمان وابستگی به مواد افیونی استراتژی مهمی برای رسیدگی به پیامدهای سلامت و عواقب اجتماعی مرتبط با وابستگی به مواد مخدر در سطوح فردی و اجتماعی. فراهم نکردن درمان کافی برای وابستگی به مواد افیونی به طور کلی برای خدمات سلامت و برای جامعه پرهزینه است.

۱۳ نظیر دیگر بیماری‌ها و مشکلات سلامت نظیر فشار خون، دیابت و بیماری قلبی، افرادی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، می‌توانند با توسعه تغییرات رفتاری و گنجاندن آنها در زندگی خود و با استفاده مقتضی از دارو، وضعیت خود را تثبیت کنند.

۱۴ عود اعتیاد در پی سم‌زدایی به تنهایی، اتفاقی بینهایت رایج است و از این رو، سم‌زدایی به ندرت فی‌نفسه درمان مناسبی را برای وابستگی به مواد تشکیل می‌دهد. سم‌زدایی ساده یا متوقف کردن مصرف مواد افیونی اغلب ناکافی است: برای این کار به یک فرایند درمانی نیاز است. اما سم‌زدایی تنها گام نخست برای بسیاری از اشکال درمان‌های درازمدت پرهیزگرا به شمار می‌رود. هم‌سم‌زدایی همراه با درمان بعدی پرهیزگرا و هم‌درمان نگهدارنده جایگزین، اجزاء اساسی یک نظام درمان اثربخش برای وابستگی به مواد افیونی به شمار می‌رود.

۱۵ اهداف اصلی درمان و بازتوانی اشخاصی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، به شرح زیر است: کاهش وابستگی به مواد مخدر غیرقانونی، کاهش اختلال در سلامتی و مرگ و میر ناشی از مصرف مواد افیونی غیرقانونی، بهبود سلامت جسمی و روانی، کاهش رفتار مجرمانه، تسهیل بازگشت فرد به نیروی کار و نظام آموزش و بهبود کارکرد اجتماعی او. دستاورد نهایی وضعیتی عاری از مواد مخدر یک هدف ایده‌آل و درازمدت است، اما دستیابی به این هدف متأسفانه برای کلیه افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، به ویژه در کوتاه مدت، میسر نیست. تأکید صرف بر دستیابی به وضعیتی عاری از مواد مخدر به عنوان یک هدف فوری برای کلیه بیماران، ممکن است دستیابی به اهداف مهم دیگر نظیر پیشگیری از اچ‌آی‌وی را به مخاطره اندازد.

۱۶ هیچ درمان واحدی برای کلیه افراد اثربخش نیست. افرادی که به دنبال درمان وابستگی به مواد افیونی هستند، الگوهای خطر متفاوتی تهدیدشان می‌کند و عوامل حفاظتی متفاوتی در اختیار دارند و از مشکلات

روانی و اجتماعی متفاوتی رنج می‌برند. از این رو، خدماتی که در اختیار آنها قرار می‌گیرد، باید از تنوع و انعطاف‌پذیری کافی برخوردار باشد تا به نیازهای آنها، شدت وابستگی، اوضاع و احوال شخصی، انگیزش و پاسخ به مداخلات پاسخ دهد. مدیریت عقلایی وابستگی به مواد افیونی ترکیب متوازنی از دارودرمانی، روان‌درمانی، بازتوانی روانی-اجتماعی و مداخلات کاهش خطر را لازم می‌داند.

۱۷ درمان باید به سهولت در اختیار متقاضیان قرار گیرد. اغلب کسانی که به مواد افیونی وابستگی دارند، اشتیاق شدیدی به ترک از خود نشان می‌دهند، اما دربارهٔ درمان مردد و متزلزلند. اغلب اوقات پا گذاشتن به دورهٔ درمان را یک بحران (مالی، قانونی، سلامت جسی، رابطه با شریک جنسی یا خانواده) موجب می‌شود. در نتیجه، این امر اهمیت دارد که امکان درمان به سرعت و سهولت در اختیار فرد قرار داشته باشد که بتوان از انگیزهٔ ایجاد شده توسط بحران مورد بحث به خوبی بهره گرفت.

۱۸ باقی‌ماندن در درمان برای یک دورهٔ زمانی کافی برای اثربخشی درمان اهمیت بسیار دارد. مدت زمان مناسب برای درمان یک فرد به مشکلات و نیازهای او وابسته است، اما تحقیقات نشان می‌دهند که اغلب افرادی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند، پس از حدود سه ماه درمان به آستانهٔ بهبود قابل توجه دست می‌یابند و هر قدر درمان بیشتر ادامه پیدا کند، به نتایج بهتری می‌رسند. از آنجایی که مردم اغلب درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند، و این کار، یعنی رها کردن نیمه‌کارهٔ درمان با نرخ‌های بالای عود اعتیاد همراه است، برنامه‌ها باید شامل استراتژی‌هایی باشند تا بیماران را به درمان متعهد و در آن نگاه دارند. بسیاری از بیماران باید چندین سال درمان را ادامه بدهند.

۱۹ مداخلات درمانی برای کسانی که در حاصل حاضر قادر یا مایل نیستند مصرف مواد مخدر را متوقف کنند، باید معطوف کاهش اختلالات سلامتی، ناتوانی و معلولیت و مرگی شود که از مصرف مواد ناشی شده یا با آن پیوند دارد. کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با وابستگی به مواد مخدر یک هدف قابل حصول است.

درمان جایگزین وابستگی به مواد افیونی

تعریف درمان جایگزین و

توجیه درمان نگهدارنده جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی

۲۰ درمان جایگزین ("درمان دارویی آگونیستی"، "درمان جایگزینی آگونیست"، "درمان به کمک آگونیست") به صورت تجویز یک ماده روان گردان (که به لحاظ دارویی با ماده‌ای که وابستگی را به وجود آورده بود، ارتباط دارد) تحت نظارت پزشک به افرادی که دچار وابستگی به مواد هستند، برای دستیابی به اهداف درمانی تعریف شده، تعریف می‌شود. درمان جایگزین به وسعت در مدیریت نیکوتین ("درمان جایگزین نیکوتین") و وابستگی به مواد افیونی به کار می‌رود.

۲۱ ترکیباتی که برای درمان جایگزین وابستگی به مواد افیونی مناسبند، موادی هستند که از برخی خواص مواد افیونی برخوردارند، به صورتی که این ظرفیت را دارند که از بروز علائم ترک جلوگیری کنند و میل شدید به مصرف مواد مخدر را کاهش دهند. این مواد هم‌زمان اثرات هروئین و دیگر مواد مخدر افیونی را کاهش می‌دهند، زیرا به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز می‌چسبند. به طور کلی، مطلوب آن است که داروهای جایگزین مواد افیونی دوره تأثیر طولانی‌تری از مواد مخدری داشته باشند که جای آنها را می‌گیرند تا بروز علائم ترک را به تأخیر بیندازند و فواصل استفاده از مواد را کاهش دهند، و بدین طریق، شدت کمتر نیاز به تهیه و استفاده از دارو، اختلال کمتری در فعالیت‌های عادی زندگی به وجود می‌آورد. در حالتی که مصرف کنندگان مواد مخدر، مواد افیونی غیرقانونی را معمولاً تزریق یا استنشاق می‌کنند، این داروهای تجویزی معمولاً به صورت خوراکی مصرف می‌شوند و به صورت قرص یا شربت تهیه می‌شوند و بدین طریق خطر عفونت‌های ملازم با تزریق را کاهش می‌دهند.

۲۲ داروهای مورد استفاده در درمان جایگزین را می‌توان یا به صورت دوزهای کاهش‌یابنده در دوره‌های زمانی کوتاه (معمولاً کمتر از یک ماه) برای درمان علائم ترک یا برای سم‌زدایی یا در دوزهای نسبتاً ثابت برای یک دوره طولانی (معمولاً بیش از ۶ ماه) برای درمان نگهدارنده جایگزین، که امکان تثبیت کارکردهای مغز و

پیشگیری از میل شدید به مواد و بروز علائم ترک را فراهم می‌آورد، تجویز کرد. اصطلاح "درمان جایگزین" اغلب به صورت معادلی برای "درمان نگهدارنده جایگزین" به کار می‌رود.

۲۳ درمان نگهدارنده جایگزین یکی از اثربخش‌ترین انواع درمان‌های دارویی وابستگی به مواد افیونی است. شواهد یکدست به دست آمده از آزمایش‌های تحت کنترل متعدد، تحقیقات طولی و ارزشیابی‌های برنامه، حاکی از آن هستند که درمان نگهدارنده جایگزین وابستگی به مواد افیونی با به طور کلی کاهش قابل توجه در مصرف مواد افیونی غیرقانونی، فعالیت‌های مجرمانه و جنایتکارانه، مرگ ناشی از مصرف بیش از حد مواد و رفتارهای پرخطر در رابطه با انتقال اچ‌آی‌وی پیوند دارد.

۲۴ درمان نگهدارنده جایگزین وابستگی به مواد افیونی یکی از اجزاء مهم رویکردهای جامعه‌محور است که طی آن درمان را می‌توان به صورت سرپایی انجام داد و به نرخ‌های بالای حفظ بیماران در فرایند درمان و بالا بردن زمان و فرصت برای آنکه افراد در همان حال که در تماس با خدمات درمان قرار دارند، به حل و فصل مسائل عمده سلامت، روانی-اجتماعی، خانواده، مسکن، اشتغال، مالی و قانونی نایل شوند، دست یافت.

۲۵ تجویز درمان جایگزین و خوراندن آگونیست‌های مواد افیونی به اشخاصی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند- در چارچوب روش درمانی شناخته‌شده و مورد تأیید ارگانهای ذیصلاح- در راستای کنوانسیون‌های ۱۹۶۱ و ۱۹۷۱ در مورد مواد مخدر و مواد روان‌گردان قرار دارد.

ترکیبات دارویی مورد استفاده در درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

متادون

۲۶ متادون یک ماده افیونی مصنوعی است که معمولاً به صورت خوراکی و به صورت شربت برای بیماران تجویز می‌شود. متادون دارویی است که از همه بیشتر برای درمان جایگزین وابستگی به مواد افیونی استفاده می‌شود. درمان نگهدارنده متادون همچنین یکی از روش‌های درمانی است که بسیار مورد تحقیق و مطالعه قرار گرفته است. شواهد نیرومندی از تحقیقات و پایش خدمات ارائه شده به دست آمده است که نشان می‌دهند درمان نگهدارنده جایگزین با متادون (درمان نگهدارنده متادون) در کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی، کاهش مرگ و میر، کاهش خطر گسترش اچ‌آی‌وی، بهبود سلامت جسمی و روانی، بهبود کارکرد اجتماعی و کاهش ارتکاب جرم و جنایت اثربخش است. به طور کلی، تجویز دوزهای بالای متادون بیشتر از دوزهای متوسط یا پایین با کاهش بیشتر مصرف هروئین پیوند دارد.

۲۷ درمان نگهدارنده با متادون با عوارض جانبی پایین و بهبود قابل توجه سلامت همراه است. حدود سه چهارم افرادی که درمان نگهدارنده جایگزین با متادون را آغاز می‌کنند، پاسخ خوبی به آن می‌دهند. اما به دلایل گوناگون، متادون برای کلیه افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، مناسب نیست. برای این دسته، مهم این است که روش‌های دیگری موجود باشد که آنها را به ماندن در فرایند درمان تشویق کند. برخی پیش از آنکه پیشرفتی به دست آورند باید چندین مرحله درمان را تجربه کنند.

بوپرنورفین

۲۸ بوپرنورفین دارویی است فعالیت آگونیستی مواد افیونی ضعیف‌تری از متادون دارد. بوپرنورفین در صورتی که به صورت خوراکی مصرف شود، به خوبی جذب نمی‌شود، از این رو روش مصرف آن در درمان وابستگی به مواد افیونی، زیربانی است. با افزایش دوز بوپرنورفین، اثرات آن به یک وضعیت ثابت می‌رسد. در نتیجه، بوپرنورفین کمتر از متادون یا هروئین ممکن است موجب عوارض مصرف بیش‌ازحد مواد افیونی بشود، حتی اگر هم‌زمان با دیگر مواد افیونی مصرف شود. اثربخشی بوپرنورفین در صورتی که با دوز کافی مصرف شود، از نظر کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و بهبود در کارکرد روانی اجتماعی، مشابه با متادون است، اما بوپرنورفین ممکن است با نرخ‌های پایین‌تر حفظ فرد در فرایند درمان همراه شود. بوپرنورفین در حال حاضر پرهزینه‌تر از متادون است.

۲۹ بوپرنورفین برای مصرف‌کنندگان هروئین قابل قبول است، عوارض جانبی معدودی دارد و علائم ترک نسبتاً ملایمی به همراه می‌آورد. هنگامی که از این دارو در درمان جایگزین مواد افیونی برای زنان حامله‌ای استفاده می‌کنیم که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، به نظر می‌رسد که با موارد کمتر بروز علائم ترک در نوزادان روبه‌رو خواهیم شد.

دیگر ترکیبات دارویی

۳۰ لوو آلفا استیل متادول (LAAM)، نظیر متادون، یک ماده افیونی مصنوعی است که در صورتی که خوراکی مصرف شود، اثربخش است. LAAM و متادون به لحاظ ظرفیت کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی، از اثربخشی تقریباً برابر برخوردارند، اما LAAM در مقایسه با متادون شروع تأثیر کندتر و مدت زمان تأثیر طولانی‌تری دارد و می‌توان هر سه روز یک‌بار آن را مصرف کرد، امری که انعطاف‌پذیری بیشتری برای بیماران تأمین می‌کند و نیاز کمتری به دوزهای کنترل‌نشده دارد و از این رو، فرصت کمتری برای انحراف دوز فراهم می‌آورد. از LAAM در ایالات متحده آمریکا استفاده می‌شود، اما به دلیل نگرانی‌های مربوط به تأثیر احتمالی این دارو بر کارکرد قلب از حوزه درمان خارج شده است.

۳۱ در برخی کشورها، از دی‌هیدروکدئین برای سم‌زدایی و درمان نگهدارنده جایگزین استفاده می‌شود. در برخی از کشورهای آسیا از تننور تریاک (لودانوم) برای مدیریت علائم ترک و در موارد کمتر، برای درمان نگهدارنده جایگزین استفاده می‌شود. همچنین از مرفین ترکیبات خوراکی گوناگونی تهیه شده است تا به آهستگی آزاد شوند (آهسته رهش) (که به ترکیبات پیوسته رهش، رهش کنترل شده و رهش زمان‌بر نیز معروف است) و در درمان وابستگی به مواد افیونی از ارزش بالقوه برخوردارند. با وجود این، تحقیقات کنترل شده در مورد اثربخشی این ترکیبات برای درمان جایگزین هنوز انجام نگرفته‌اند.

۳۲ رویکرد استفاده از دیاستیل‌مورفین (هروئین) بر اساس تجویز پزشک به عنوان درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی موضوع مجادلات عمومی گسترده‌ای قرار گرفته، اما تحقیقات نسبتاً اندکی در این زمینه انجام گرفته است. پروژه‌های ملی در هلند و در سوئیس به ارزیابی عملی و مفید بودن استفاده از دیاستیل‌مورفین با تجویز پزشک برای درمان افرادی که شدیداً دچار وابستگی هستند، پرداخته‌اند. در هر دو کشور، بیمارانی که درمان با متادون برای آنها بی‌فایده بوده است، با موفقیت به درمان با دیاستیل‌مورفین پرداخته‌اند. سهم نسبی ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی همزمان با تجویز دیاستیل‌مورفین در نتایج درمان هنوز باید با تحقیقات بیشتر ارزیابی

شود. رویکرد تجویز دیاستیل مورفین، پیچیده و پرهزینه است و تنها در کشورهایی که نظام‌های درمانی پیشرفته‌ای دارند، ارزیابی شده است. نتایج حاصل از این ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که این روش می‌تواند در نظام‌های درمانی جامع برای بخش کوچکی از بیماران که برای مدت طولانی به شدت به مواد افیونی وابسته بوده‌اند و دیگر روش‌های درمانی در مورد آنها بی‌اثر بوده‌اند، به عنوان یک گزینه به کار گرفته شود.

پیامدهای درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

منافع

۳۳ چندین مطالعات طولی که به بررسی رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی بیمارانی پرداخته‌اند که تحت درمان قرار دارند، به این نتیجه دست یافته‌اند که باقی‌ماندن طولانی‌تر فرد در درمان و نیز تکمیل درمان، با کاهش رفتارهای پرخطر اچ‌آی‌وی در ارتباط با مصرف مواد مخدر یا افزایش رفتارهای محافظت‌کننده همبستگی دارند. معتادان تزریقی که وارد فرایند درمان نمی‌شوند، تا شش برابر بیشتر از معتادان تزریقی که وارد فرایند درمان می‌شوند و در آن باقی می‌مانند، احتمال دارد که به اچ‌آی‌وی مبتلا شوند.

۳۴ معلوم شده است که درمان نگهدارنده جایگزین وابستگی به مواد افیونی در نگهداشتن افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند در فرایند درمان و کاهش استفاده از هروئین، از به تنهایی داروهای کاذب و سم‌زدایی اثربخش‌ترند.

۳۵ نرخ مرگ برای افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند و به درمان نگهدارنده با متادون اقدام می‌کنند، یک‌سوم تا یک‌چهارم نرخ مرگ برای آنهایی است که به این درمان اقدام نمی‌کنند.

۳۶ زنان حامله‌ای که به درمان نگهدارنده جایگزین اقدام می‌کنند و نوزادانشان، در مقایسه با آنهایی که در درمان نیستند، از عوارض کمتری رنج می‌برند.

۳۷ درمان نگهدارنده جایگزین همچنین با درآمدهای سالانه قانونی بیشتری برای بیماران همراه همبستگی داشته است. برخی مطالعات نشان‌دهنده بهبود سطوح اشتغال و دیگر شاخص‌های کارکرد اجتماعی مرتبط با درمان نگهدارنده متادون است، اما داده‌ها در مورد این جنبه‌ها محدود است. ارزیابی تأثیرات درمان نگهدارنده جایگزین بر ابعاد اجتماعی به واسطه تأثیر عوامل دیگر، از جمله جو اجتماعی که مطالعات در متن آنها روی می‌دهد و اوضاع و احوال بیماران پیش از درمان، دشوار می‌شود.

۳۸ مطالعات متعدد سطوح بالایی از شرکت در جرم و جنایت توسط استفاده‌کنندگان از مواد مخدر پیش از ورود به درمان را ثبت کرده‌اند و نشان داده‌اند که این سطوح پس از یک سال درمان نگهدارنده با متادون به حدود نصف کاهش یافته‌اند. مزایای این درمان به هنگام درمان و بلافاصله پس از آن به بیشترین میزان می‌رسد،

اما با وجود این، برای سال‌ها پس از درمان، همچنان شاهد بهبود قابل توجهی خواهیم بود. چشمگیرترین کاهش‌ها به رفتار مجرمانه در ارتباط با مواد مخدر مربوط است.

خطرات

۳۹ مهم‌ترین خطر متادون و دیگر آگونیست‌های مواد افیونی مصرف‌بیش‌ازحد است که ممکن است کشنده باشد. شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که بیشترین خطر مصرف‌بیش‌ازحد در زمان آغاز درمان جایگزین با متادون است. از این رو، در آغاز درمان، تجویز دوزهای پایین توصیه می‌شود. با وجود این، هنگامی که دوز ثابتی به دست آمد (پس از حدود دو هفته)، خطر مرگ بر اثر مصرف‌بیش‌ازحد، در مقایسه با خطر پیش از درمان، به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد.

۴۰ نظیر دیگر مواد مخدر و روان‌گردان که تحت کنترل بین‌المللی قرار دارند، خطر انحراف مسیر درمان و افتادن داروهای مورد استفاده درمان جایگزین به مجاری غیرقانونی وجود دارد. پیاده‌سازی اثربخش رویه‌های ملی و بین‌المللی کنترل مواد مخدر و دیگر سازوکارهایی نظیر تجویز داروها تحت نظارت افراد مسؤل، می‌تواند بر روی هم چنین خطراتی را به حداقل برساند.

عوامل مؤثر بر نتایج درمان

۴۱ شواهد تحقیقاتی به روشنی نشان داده‌اند که اثربخشی درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به ورود به موقع به فرایند درمان، دوز دارویی کافی، مدت زمان و تداوم درمان، و خدمات درمانی و روانی اجتماعی توأم با درمان وابسته است. در برنامه‌هایی که از دوزهای بالاتر متادون استفاده می‌کنند، اکثریت بیماران دست کم به مدت ۱۲ ماه در فرایند درمان باقی می‌مانند. تحقیقات نشان می‌دهند که دوزهای بالاتر بوپرنورفین و ال‌ای‌ای‌ام نیز اثربخش‌تر از دوزهای پایین هستند. در کلیه موارد، این امر اهمیت دارد که دوز انتخاب شده بر ارزیابی تک تک بیماران مبتنی شود. پاسخ‌های بالینی سازنده (غیر تنبیهی) به مشکلات بیمار، باقی ماندن او در فرایند درمان و نتایج درمان را تقویت می‌کند.

۴۲ درمان جایگزین وابستگی به مواد افیونی فی‌نفسه با کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی همراه است. با وجود این، شواهدی وجود دارد حاکی از اینکه افزودن درمان روانی اجتماعی به فرایند درمان، اثربخشی کلی

برنامه‌های درمان جایگزین را افزایش می‌دهد. شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهد که مشاوره برای آنهایی که بدان نیاز دارند، واجد اهمیت است، اما در صورتی که حکم اجبار پیدا کند، می‌تواند نتیجه معکوس به بار آورد.

صرفه اقتصادی

۴۳ درمان وابستگی به مواد افیونی در کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی و هزینه‌های سلامت و اجتماعی ملازم با آن اثربخش است. درمان به میزان قابل توجهی ارزان‌تر از راه‌حل‌های دیگر، نظیر درمان نکردن افراد دچار وابستگی به مواد افیونی یا زندانی کردن آنهاست.

۴۴ طبق چندین برآورد محافظه‌کارانه، هر دلاری که در برنامه‌های درمان وابستگی به مواد افیونی سرمایه‌گذاری شود، ممکن است صرفاً بین ۴ تا ۷ دلار هزینه‌های مربوط به جرایم مرتبط با مواد مخدر، هزینه‌های تأمین عدالت کیفری و سرقت را کاهش دهد. هنگامی که صرفه‌جویی‌های مرتبط با خدمات سلامت در این برآورد محاسبه شوند، کل صرفه‌جویی‌ها ممکن است نسبت به هزینه‌ها از ۱۲ به ۱ فراتر برود.

۴۵ شواهد علمی حاکی از آن است که درمان نگهدارنده جایگزین روش درمانی باصرفه‌ای با تدابیر باصرفه‌ای است که می‌توان با نظر مساعد آن را با دیگر مداخلات سلامت، نظیر درمان پزشکی فشارخون شدید یا اچ‌آی‌وی/ایدز مقایسه کرد.

درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی به عنوان نظام مراقبت درمانی

۴۶ برنامه‌های کاهش تقاضا برای مواد مخدر و پیشگیری از اچ‌آی‌وی باید در خطمشی‌های وسیع پیشبرد رفاه اجتماعی و سلامت و برنامه‌های آموزشی پیشگیری جای بگیرد. مداخلات ویژه باید بر ارزیابی منظم ماهیت و گستره وابستگی به مواد مخدر و اختلالات مرتبط به آن و نیز روندها و الگوهای عفونت اچ‌آی‌وی استوار شود. برنامه ملی ساختاریافته برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی باید در نقاطی که تزریق مواد افیونی، معتادان تزریقی را در خطر انتقال اچ‌آی‌وی و دیگر ویروس‌هایی قرار می‌دهد که از طریق خون منتقل می‌شوند، شامل درمان جامع وابستگی به مواد مخدر، از جمله درمان نگهدارنده جایگزین وابستگی به مواد افیونی بشود.

۴۷ با توجه به مقیاس مشکلات در اغلب جوامع و منابع محدود موجود، به رویکردی روشن و منسجم به برنامه‌ریزی خدمات نیاز است. در کل، این نیاز وجود دارد که خدماتی توسعه یابند که بتوان آنها را در اختیار بیشترین تعداد افراد قرار داد و بیشترین تأثیر را با کمترین هزینه بر جای گذارند. خدمات گسترده جامعه‌محوری که می‌توانند با افراد در محلات خودشان در دوره‌های زمانی طولانی کار کنند، بیشترین احتمال دستیابی به این اهداف را فراهم می‌آورند.

۴۸ در کشورهایی که وابستگی به هرئین یا دیگر مواد افیونی شیوع قابل توجه دارد، باید برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون و/یا دیگر مواد را در متن خطمشی درمانی کلی ملی مواد مخدر، راه‌حل درمانی مفیدی به حساب آورد.

۴۹ این‌گونه برنامه‌ها و مداخلات باید بر شالوده دانش و تجربه کارشناسی به دست آمده از تحقیقات، شامل دانش تجربی درباره محیط اجتماعی ویژه‌ای که مصرف مواد مخدر برگرد آن شکل می‌گیرد و نیز درس‌آموخته‌های ناشی از اجرای پروژه‌ها و مداخلات قبلی، استوار شود. در کشورهایی که هیچ‌گونه تجربه درمان نگهدارنده جایگزین ندارند، باید پروژه‌های آزمایشی به اجرا درآیند تا بعداً در سطح ملی به کار گرفته شوند.

۵۰ تا به حال، بجز معدودی استثنا، ارائه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی در سراسر جهان به میزان زیادی در قالب برنامه‌های اختصاصی درمان وابستگی به مواد مخدر، که از خدمات عمومی سلامت مجزا

بوده‌اند، به اجرا درآمده است. اما درمان تعداد زیادی انسان که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، نیازمند توسعه خدمات سلامت جامعه‌محور و خدمات اجتماعی و توسعه برنامه‌های درمان نگهدارنده جایگزین است که در مراقبت‌های سلامت اولیه عمومی و خدمات رفاهی ادغام شده باشند.

۵۱ شرکت در درمان نگهدارنده جایگزین، فرصتی است برای تشخیص زودهنگام دیگر مشکلات سلامت، برای مشاوره و آزمایش و معرفی فرد برای دریافت خدمات اضافی. بهترین برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر، خدمات مشاوره و آزمایش برای اچ‌آی‌وی و هپاتیت‌های ویروسی و نیز ایمن‌سازی در مقابل هپاتیت ارائه می‌دهند و در عین حال توجه شایسته‌ای مبذول مشاوره در مورد کاهش رفتارهای پرخطر جنسی می‌کنند. علاوه بر این، برنامه‌های درمان مواد مخدر باید در صورت لزوم، درمان، مراقبت و حمایت از اچ‌آی‌وی/ایدز نیز به مشتریان خود ارائه دهند.

ارائه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

به افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی و اچ‌آی‌وی/ایدز هستند

۵۲ درمان نگهدارنده جایگزین از نظر نگهداشتن بیمار در فرایند درمان، کاهش مصرف مواد مخدر، بهبود کارکرد روانی و اجتماعی و کاهش رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی، اثربخشی خود را نشان داده است. بدین قرار، باید درمان نگهدارنده جایگزین را به طور جدی، نه تنها یکی از تدابیر پیشگیری از اچ‌آی‌وی، بلکه ابزاری دانست برای به حداقل رساندن خطر انتقال بیشتر ویروس اچ‌آی‌وی در مورد افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند و به اچ‌آی‌وی آلوده شده‌اند و نیز تثبیت شرایط اساسی آنها.

۵۳ درمان افرادی که اچ‌آی‌وی دارند و به مواد مخدر نیز وابسته‌اند باید به مسائل بالینی و روانی اجتماعی مرتبط با هر دو وضعیت پردازد. ترکیب وابستگی به مواد افیونی و عفونت اچ‌آی‌وی می‌تواند به وضعیت‌های بالینی ویژه‌ای نظیر وقوع عفونت‌های فرصت طلب خاص اچ‌آی‌وی منجر شود، علائم مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز را زیر نقاب داروهای جایگزین بپوشاند و میان داروهای جایگزین مواد افیونی و داروهای مورد استفاده برای کنترل عفونت اچ‌آی‌وی تداخل به وجود آورد. آنهایی که به درمان وابستگی به مواد افیونی در اشخاصی مشغولند که اچ‌آی‌وی/ایدز دارند باید از این وضعیت‌های بالینی آگاه باشند. برعکس، کسانی که به معالجه افرادی مشغولند که هم اچ‌آی‌وی/ایدز دارند و هم وابستگی به مواد افیونی، باید با رویکردهای مشترک به درمان وابستگی به مواد افیونی و مشکلات مربوطه آشنا باشند.

۵۴ مصرف مواد مخدر در افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند ممکن است در پیروی از نظام‌های درمانی مربوط به اچ‌آی‌وی/ایدز اختلال کند و از این رو، الزامی است که درمان وابستگی به مواد افیونی آغاز شود تا از تبعیت از ضوابط درمان ضد‌ترروویروسی و اقدامات پزشکی تکمیلی حمایت کند. ثابت شده است که متوقف کردن تزریق مواد مخدر، پیشرفت بیماری اچ‌آی‌وی در افراد مبتلا به عفونت را کند می‌کند.

۵۵ افرادی که هم به وابستگی به مواد افیونی دچارند و هم اچ‌آی‌وی/ایدز دارند اغلب با انگ مضاعف روبه‌رو هستند. به رغم شواهد علمی مبنی بر اینکه افرادی که مبتلا به وابستگی به مواد افیونی هستند، به همان اندازه که افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی نیستند، از درمان دارویی اچ‌آی‌وی/ایدز که به نحو مقتضی

در اختیار آنها قرار داده شده باشد، سود می‌برند، در بسیاری کشورها از دریافت درمان ضد تررو ویروسی محروم می‌شوند. از این رو، باید برنامه‌ها تشویق شوند درمان نگهدارنده جایگزین وابستگی به مواد افیونی را با درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از آن ادغام کنند. درمان وابستگی به مواد افیونی تحت نظارت مستقیم همچنین فرصت را برای اجرای درمان ضد تررو ویروسی تحت نظارت مستقیم و نیز درمان عفونت‌های فرصت‌طلبی نظیر سل فراهم می‌آورد.

ملاحظات ویژه در ارائه درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی

۵۶ در حالی که شواهد علمی از اثربخشی درمان نگهدارنده جایگزین در طیف گسترده‌ای از گروه‌های فرهنگی و قومی و محیط‌های اجتماعی حکایت دارند، تعدادی عامل شناسایی شده‌اند که بر نتایج درمان در برخی جوامع تأثیر می‌گذارند، شامل جایگاه اجتماعی-اقتصادی، فقر، تفاوت در فرصت‌های آموزشی و حساسیت فرهنگی برنامه‌های درمان. از این رو، به هنگامی که برنامه‌های درمان وابستگی به مواد افیونی را طراحی می‌کنیم، لازم خواهد بود که به نیازها و ویژگی‌های متنوع گروه‌های هدف گوناگون پاسخ دهیم تا اطمینان یابیم به نتایج درمانی خوبی دست خواهیم یافت.

۵۷ زنان هم در ارتباط با وابستگی به مواد افیونی و هم درمان آن تجربه متفاوتی از مردان دارند. مسائل عمده‌ای در رابطه با سطوح بالای اختلالات سلامتی هم فیزیکی و هم روانی زنانی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، وجود دارد که باید به هنگام ارائه درمان مد نظر قرار گیرند. زنانی که از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند، اغلب با طیف گسترده‌ای از موانع درمانی مواجه می‌شوند، شامل فقدان منابع مالی، نبود شبکه‌های ارائه خدمت و معرفی و ارجاع که برای زنان طراحی شده باشند و مسؤلیت‌های متعارض نگهداری از کودکان. در بسیاری کشورها، نسبت‌های فزاینده‌ای از زندانیان زن از وابستگی به مواد چندگانه، از جمله وابستگی به مواد افیونی، رنج می‌برند. سازمان دادن درمان مقتضی در این محیط همچنان یک چالش بزرگ به شمار می‌رود.

۵۸ درمان دارویی اثربخش وابستگی به مواد افیونی می‌تواند به میزان قابل توجهی نتایج زایمان، پیش از زایمان و نوزاد را بهتر کند. درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی همچنین نقش مهمی در جلب زنان به فرایند درمان و حفظ آنها در فرایند درمان و تضمین وجود روابط خوب با خدمات زایمان و خدمات جامعه‌محور، از جمله مراقبت‌های اولیه دارد. مسائل مراقبت از کودکان و حمایت از خانواده برای زنان همچنان یک کمبود عمده در ارائه خدمات به زنان در اغلب کشورها به شمار می‌رود.

۵۹ در مقایسه با کل جمعیت، دیگر بیماری‌های روان‌پزشکی میان افرادی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، رایج‌تر هستند. وجود اختلالات روانی توأمان خطر شکست درمان را بیشتر می‌کند. مراکز خدماتی باید

از این مسائل آگاه باشند و در صورت نیاز، خدمات اضافی برای کنترل ناراحتی‌های روانی موجود علاوه بر وابستگی به مواد افیونی ارائه دهند.

۶۰ افرادی از وابستگی به مواد افیونی رنج می‌برند و معتادان تزریقی، اغلب از طیف گسترده‌ای از مواد روان‌گردان علاوه بر مواد افیونی، شامل الکل، استفاده می‌کنند. تحقیقات نشان داده است که استفاده از کوکائین همراه با مواد افیونی، به طور خاص، عاملی است که با شکست درمان پیوند دارد. علاوه بر این، هر جا مواد مخدري نظیر کوکائین، به صورت تزریقی استفاده شوند، اثربخشی درمان جایگزین مواد افیونی در کنترل رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد. هم‌زمان، شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که هنگامی که افراد دارای وابستگی به مواد افیونی در فرایند درمان باقی می‌مانند، سطوح استفاده از کوکائین نیز همراه با سطوح استفاده از مواد افیونی، کاهش می‌یابد.

تنظیم درمان جایگزین مواد افیونی و آموزش آن

۶۱ درمان جایگزین برای وابستگی به مواد افیونی باید تابع اصول طبابت خوب باشد. راهکارهای شواهدبنیان در بسیاری کشورها وجود دارند و باید هر جا که وجود ندارند، بسط و گسترش یابند. این راهکارها باید شامل ملاک‌هایی برای تعریف افراد واجد شرایط درمان جایگزین و نیز موارد عدم استعمال دارو باشند و باید روش‌های برتر در مدیریت بالینی و نیز مقررات حکومتی ذیربط را بیان دارند. باید ترتیبی داد که راهکارها به طور گسترده‌ای به اطلاع همگان برسد و برنامه‌های پایش کیفیت و نتایج درمان به اجرا درآیند.

۶۲ درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی باید به افرادی محدود شود که ملاک‌های بالینی وابستگی به مواد افیونی را تأمین می‌کنند. با وجود این، مقررات محدودکننده اضافی در رابطه با معیارهای قرار دادن افراد در برنامه‌های درمان نگهدارنده جایگزین و ارائه این خدمات، که هیچ‌گونه اثر مهمی بر کیفیت درمان ارائه شده ندارد، به دسترسی به درمان و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز لطمه می‌زنند. مسائلی نظیر دوز حداکثر یا حداکثر مدت زمان درمان را باید به قضاوت بالینی پزشکان واگذار کرد که بر اساس ارزیابی از وضعیت تک تک بیماران مشخص می‌شوند.

۶۳ ثبت/ارائه مجوز به ارائه‌دهندگان خدمات و ثبت آنهایی که تحت درمان قرار می‌گیرند، روش‌های مفیدی برای تضمین کیفیت خدمات و به حداقل رساندن خطر انحراف داروهای تجویز شده و راه یافتن آنها به مجاری غیرقانونی است.

۶۴ به کار گرفتن و گسترش برنامه‌های درمان نگهدارنده جایگزین با خود نیاز به آموزش کارورزان را به همراه می‌آورد. گروه‌های هدف برای آموزش درمان دارویی مواد افیونی جایگزین عبارتند از: پزشکانی که در تجویز و ارائه درمان به افرادی مبتلا به اختلالات مصرف مواد شرکت دارند، داروسازانی که در توزیع داروها شرکت دارند، مشاوران الکل و مواد مخدر که با متقاضیان برنامه‌های درمان نگهدارنده جایگزین کار می‌کنند، کارشناسان سلامت که در برنامه‌های بیماری‌های عفونی کار می‌کنند، و همکاران عمومی بخش سلامت که ممکن است در این برنامه‌ها با متقاضیان در تماس قرار بگیرند (نظیر مأموران آمبولانس، کارکنان تصادفات و اورژانس، پزشکان عمومی).

جمع‌بندی

۶۵ وابستگی به مواد افیونی یک عارضه پیچیده است که اغلب، نیازمند درمان و مراقبت درازمدت است. هیچ شیوه درمان واحدی برای کلیه افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی اثربخش نیست. باید دسترسی کافی به طیف گسترده‌ای از شیوه‌های درمانی را تأمین کرد تا به نیازهای متنوع افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، پاسخ داده شود.

۶۶ درمان نگهدارنده جایگزین روشی اثربخش، بی‌خطر و باصرفه برای مدیریت وابستگی به مواد افیونی است. ارزشیابی‌های معتبر و مکرر نشان داده است که این شیوه، جزئی ارزشمند و بسیار مهم از مدیریت اثربخش وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی میان معتادان تزریقی به شمار می‌رود.

۶۷ شواهد فزاینده نشان می‌دهند که بهبود نتایج حاصل از درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی از ورود به موقع به فرایند درمان، مدت زمان طولانی‌تر ماندن در فرایند درمان و پیوستگی درمان و دوزهای کافی دارو ناشی می‌شود.

۶۸ افرادی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، از طریق افزایش ثبات وضعیت و بهبود رفاه و کارکرد اجتماعی خود از درمان نگهدارنده جایگزین سود می‌برند. افرادی که درمان جایگزین دریافت می‌کنند، می‌توانند به پیشرفت‌های قابل توجه در زندگی فیزیکی و احساسی و نیز در روابط خود با دیگران و در توانایی برای ایفای نقش هدفمند و ارزشمند در محله و در جامعه خود به طور کلی دست یابند.

۶۹ جامعه نیز به طور کلی در نتیجه کاهش موارد بروز رفتار مجرمانه و جنایتکارانه، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و عدالت کیفری، کاهش خطرات انتقال اچ‌آی‌وی و دیگر ویروس‌هایی که از طریق خون منتقل می‌شوند و افزایش بهره‌وری، از درمان نگهدارنده جایگزین سود می‌برد. دلایل بسیار محکمی برای سرمایه‌گذاری در درمان نگهدارنده جایگزین مواد افیونی وجود دارد، زیرا صرفه‌جویی‌های ناشی از درمان یک فرد از هزینه‌های بسیار فراتر می‌رود.

۷۰ ارائه درمان نگهدارنده جایگزین برای وابستگی به مواد افیونی، یکی از استراتژی‌های اثربخش پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز است که باید، هر چه سریع‌تر، در جوامعی که در خطر همه‌گیری اچ‌آی‌وی/ایدز قرار دارند، در مورد معتادان تزریقی که دچار وابستگی به مواد افیونی هستند، به اجرا گذارده شود. هنگامی که اچ‌آی‌وی

وارد يك جامعه محلی از معتادان تزریقی شد، امکان گسترش بینهایت سریع آن وجود دارد. ارائه خدمات درمان نگهدارنده جایگزین باید با دیگر مداخلات و خدمات پیشگیرانه اچ آی وی و نیز با آنهایی که برای درمان و مراقبت از افراد مبتلا به اچ آی وی/ایدز در نظر گرفته شده‌اند، ادغام شود.

۷۱ کار درمان نگهدارنده جایگزین باید تحت هدایت شواهد تحقیقاتی انجام گیرد و با آموزش و ارزشیابی کافی پشتیبانی شود. باید عواقب نامطلوب آن را با تبعیت از بهترین روش‌های بالینی، پایش کیفیت و نتایج درمان و برقرار کردن تدابیر کنترلی و مقررات کافی برای اجتناب از انحراف داروها از مسیر درمان و افتادن به مجاری غیرقانونی به حداقل رساند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد (UNODC) و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز (UNAIDS)، نظر مشترکی در مورد درمان نگهدارنده جایگزین برای وابستگی به مواد افیونی تدوین کرده‌اند. این نظر سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد و برنامه مشترک ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ایدز که به صورت یک مقاله تدوین شده و بر اساس شواهد علمی معطوف به سیاست‌گزاران تألیف شده است، طیف گسترده‌ای از مسائل، از دلایل انتخاب این روش درمان تا ملاحظات ویژه مربوط به ارائه این درمان برای افرادی که اچ‌آی‌وی/ایدز دارند را پوشش می‌دهد.

این جزوه به صورت آنلاین در نشانی‌های زیر موجود است:

http://www.who.int/substance_abuse/

<http://www.unodc.org/>

<http://www.unaids.org/>

ISBN 9241591153

برای تهیه نسخه چاپی با نشانی زیر تماس بگیرید:

publications@who.int