



World Health
Organization



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات

مسودة للاختبارات البحثية

مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة مارس 2017

لم يتم تحرير هذا المنشور رسميًا

شكر وتقدير

يود مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة UNDOC أن يتقدم بالشكر والتقدير إلى التالية أسماؤهم لإسهاماتهم القيمة في عملية نشر هذه المعايير وهم:

مجموعة الخبراء الدوليين الذين قدموا الأدلة العلمية ذات الصلة، والمشورة التقنية، وقاموا بإعداد المسودة الرئيسية للمعايير وهم (حسب الترتيب الأبجدي):

الدكتور ديفيد باسانغوا من أوغندا؛ والدكتور آدم بيساجا من الولايات المتحدة؛ والدكتور ويليام فان دن برينك من هولندا؛ والدكتورة ساندرا براون من الولايات المتحدة؛ والسيد توم براون من الولايات المتحدة؛ والدكتورة كاتلين كارول من الولايات المتحدة؛ والسيد همبرتو كارفالهو من الولايات المتحدة؛ والدكتور مايكل كلارك من الولايات المتحدة؛ والدكتور ستيف غوست من الولايات المتحدة؛ والدكتورة لوريتا فينيغان من الولايات المتحدة؛ والدكتورة غابرييل فيشر من النمسا؛ والدكتور هنري جونز من الولايات المتحدة؛ والدكتور مارتين كويما من هولندا؛ والدكتور إغيني كروبيتسكي من روسيا؛ والدكتور أوتو ليش من النمسا؛ والدكتور إيكرو ماريميني من إيطاليا؛ والدكتور دوغلاس مارلو من الولايات المتحدة؛ والدكتور أندرو توماس ماكليان من الولايات المتحدة؛ والدكتور إدوارد نونيس من الولايات المتحدة؛ والدكتور إيزيدور أوبوت من نيجيريا؛ والدكتور جون سترانغ من المملكة المتحدة؛ والدكتور إميلي سوباتا من ليتوانيا؛ والدكتورة مارتا تورينيس من إسبانيا؛ والدكتور روبرتو تيكانوري كينوشيتا من البرازيل؛ والدكتور رضا ساراسفيتا من إندونيسيا؛ والدكتور لوкас جورج ويسنغ من هولندا.

الدكتور فلاديمير بوزنيك من منظمة الصحة العالمية، والدكتور جيلبرتو جيريرا من مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة الذي تولى تنسيق هذا الجهد المشترك بين مكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية في إطار برنامج مكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية للعلاج من الارتهاان بالمخدرات ورعاية المرتهين لها.

العاملون بمنظمة الصحة العالمية وعلى رأسهم الدكتور نيكولاس كلارك لدعمه الممتد ومراجعته المعايير، والدكتور شيخار ساكسينا لإسهامه في وضع المعايير، والسيد سيزار ليوس تورو، المشاركون بصفته مستشاراً، للدعم الذي قدمه.

العاملون بمكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة التالية أسماؤهم، لالتزامهم وإسهاماتهم الجوهرية التي ساعدت في إخراج هذه الوثيقة إلى النور وهم (حسب الترتيب الأبجدي): السيدة أنجا بوس، والسيدة جيوفانا كامبيلو، والدكتور إيغور كوتسينوك، والسيدة إليزابيث ماتفيد، والدكتورة إليزابيث ساينز، فضلاً عن الاستشاريين السيدة كريستينا غامبوا والسيدة أولغا باراكال.

العاملون بمكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة التالية أسماؤهم لإخلاصهم ودعمهم التنظيمي طوال عملية إعداد المعايير الدولية بأكملها، وهم: السيدة كايسيليا هاندياني - هاسمان، والسيدة إميلي فينكلشتاين، والسيدة ناتاليا غرانينجر.

العاملون بمكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة في المكاتب الميدانية والخبراء على مستوى العالم لما قدموه من دعم جوهري.

جدول المحتويات

1	الفصل 1: المقدمة.....
1	1-1 خلفية.....
2	2-1 اضطرابات تعاطى المخدرات.....
4	3-1 اتجاهات جديدة فى تعاطى المخدرات.....
4	4-1 معايير العلاج الدولية.....
6	الفصل 2: المبادئ والمعايير الأساسية لعلاج اضطرابات تعاطى المخدرات.....
13	الفصل 3: أنماط وتدخلات العلاج.....
13	1-3 التوعية المجتمعية.....
16	2-3 الفحص، والتدخل السريع، والإحالة إلى العلاج.....
20	3-3 العلاج قصير المدى فى المستشفيات أو المراكز العلاجية الإيوائية.....
26	4-3 العلاج الخارجى.....
37	5-3 العلاج الإيوائى طويل المدى.....
45	6-3 إدارة عملية التعافى.....
49	الفصل 4 الفئات الخاصة من السكان.....
49	1-4 علاج السيدة الحامل.....
54	2-4 علاج حديثى الولادة الذين يتعرضون سلبيًا للأفيون فى الرحم.....
55	3-4 الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات.....
59	4-4 علاج الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية ويعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات.....
66	الفصل 5 مواصفات النظام الفعال لتقديم خدمات معالجة اضطرابات تعاطى المخدرات.....
75	المراجع.....

الفصل 1: المقدمة

1-1 خلفية

تشير التقديرات إلى أن هناك 250 مليون شخص، أو واحد من بين عشرين شخص تتراوح أعمارهم ما بين 15 و64 يتعاطون المخدرات غير المشروعة في عام 2014 (التقرير العالمي عن المخدرات 2016). ويعاني الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات غير المشروعة وهم حوالي واحد من بين كل عشرة أشخاص من شكل من أشكال اضطرابات تعاطي المخدرات بما فيها إدمان المخدرات. وحوالي نصف مدمني المخدرات يتعاطونها بالحقن، وأكثر من عشرة بالمائة منهم مصابون بمرض نقص المناعة البشرية، والقسم الأعظم يعاني من الفيروس الكبدى سي. وتشكل اضطرابات تعاطي المخدرات مشكلة صحية عالمية كبرى.

تمثل اضطرابات تعاطي المخدرات قضية صحية خطيرة، مع ما تمثله من عبء كبير للأفراد المصابين وعائلاتهم. وهناك تكاليف باهظة يدفعها المجتمع منها، الانتاجية المهدرة، والتحديات الأمنية، والجريمة، وتكاليف الرعاية الصحية المتزايدة، ومجموعة كبيرة من التبعات الاجتماعية السلبية. وتقدر التكلفة الاجتماعية لتعاطي المخدرات غير المشروع حتى 1.7% من الناتج المحلى الإجمالى فى بعض البلدان (التقرير العالمي للمخدرات 2016). وتمثل رعاية الأفراد المصابون باضطرابات تعاطي المخدرات عبء ثقيلاً على أنظمة الصحة العامة للدول الأعضاء ومن ثم تحسن أنظمة العلاج لجعلها على أفضل ما يمكن. وهذا من شأنه أن يعود بالنفع ليس فقط على الأفراد المصابين وإنما على مجتمعاتهم والمجتمع بأسره.

وبعد سنوات من الأبحاث الطبية، اتضح أن إدمان المخدرات اضطراب سلوكى وبيولوجى معقد ذو عوامل متعددة. وقد اتاحت التطورات العلمية إمكانية تطوير العلاجات التى تساعد على عمل وظائف المخ بطريقة طبيعية للأفراد المصابين ومعاونتهم على تغيير سلوكياتهم. ويساعد توفير العلاج القائم على الدليل العلمى ملايين من الأشخاص المصابين على إعادة التحكم فى حياتهم.

ولسوء الحظ، فإن الأفكار البالية بشأن اضطرابات تعاطي المخدرات لا تزال مستمرة فى العديد من أجزاء العالم. لقد أدى الوصم والتمييز ضد الأفراد المدمنين والمهنيين الذين يعملون معهم إلى التأثير سلباً على تنفيذ التدخلات العلاجية جيدة النوعية فى هذه المناطق، مما قوض من تطوير المرافق العلاجية، وتدريب الأخصائيين الصحيين، والاستثمار فى برامج التعافى. وبالرغم من أن الأدلة توضح أن اضطرابات تعاطي المخدرات تعالج على أفضل نحو داخل نظام الصحة العامة، مثلها مثل المشاكل الطبية الأخرى كمرض نقص المناعة المكتسبة، أو الضغط العالى، إلا إن إدراج علاج الإدمان فى نظام الرعاية الصحية، لا يزال شديد التعقيد فى العديد من البلدان حيث هناك هوة عميقة بين العلم والسياسة، والممارسات الطبية.

ولا يزال ينظر الكثيرون إلى اضطرابات تعاطي المخدرات فى بعض البلدان على أنها إحدى جرائم العدالة الجنائية من الدرجة الأولى، ولا تزال أجهزة وزارات الداخلية، والعدل، والدفاع مسؤولة عن الأفراد المصابين، دون إشراف أو إشراك من وزارة الصحة. إن استخدام استراتيجيات وأساليب إنفاذ القانون وحدها من غير المرجح أن يسفر عنها تأثيرات إيجابية مستمرة. ولا يؤدي إلى تحسين فرص التعافى من الاضطراب وتقليل تبعات (المخدرات) المرتبطة، إلا العلاج الذى يستند فى جوهره إلى النظر إلى إدمان المخدرات على أنه اضطراب سلوكى بيولوجى متعدد العوامل فى المقام الأول، ويمكن علاجه باستخدام المناهج الطبية والنفسية .

وفى الوقت الراهن، أوضح مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات فى التقرير العالمى للمخدرات أنه على المستوى العالمى، فإن واحد من بين ستة أشخاص ممن يحتاجون لعلاج إدمان المخدرات بمقدورهم الاستفادة من برامج العلاج؛ واحد من بين 11 شخص فى أمريكا اللاتينية، وواحد من بين 18 شخص فى إفريقيا والعلاج فى العديد من الدول لا يتاح إلا فى المدن الكبيرة وليس المناطق الريفية. ولسوء الحظ، فإن العلاج المتاح فى العديد من الأماكن غير فعال فى العادة،

ولا تدعمه الأدلة العلمية، وفي بعض الأحيان، لا يتماشى مع مبادئ حقوق الإنسان. وهذا هو الحال في الدول المتقدمة النمو حيث إتاحة برامج العلاج القائمة على الأدلة غير كافية في أغلب الأحوال.

2-1 اضطرابات تعاطي المخدرات

إن إرتهان العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية دون إشراف طبي، يرتبط بمخاطر صحية جسيمة، ولهذا السبب فقد تم تنظيم هذه العقاقير وإنتاجها، وبيعها، وتوزيعها، واستخدامها في إطار المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات (اتفاقيات 1961، 1971، 1988) بهدف تلافى العواقب السلبية التي يمكن أن تضر الصحة والأمن بدرجة كبيرة.

وحوالي 10% من الأشخاص الذين يشرون في تعاطي المخدرات تظهر عليهم بمرور الوقت تغييرات في سلوكياتهم بجانب بعض الأعراض الأخرى التي تمثل اضطراب تعاطي المخدرات (إما تعاطي المخدرات الضار، أو إدمان المخدرات في التصنيف الدولي العاشر للأمراض).

وأساس متلازمة إدمان المخدرات هي رغبة شديدة و عارمة في تعاطي المخدر، وعدم القدرة على التحكم في استهلاكه ومقدار جرعة المخدرات التي يتم تعاطيها مما ينتج عنه قدرًا كبيرًا من الوقت المهدر على الأنشطة المفرطة المرتبطة بالمخدرات. وبمرور الوقت، يتخذ تعاطي المخدرات لدى فرد معين أولوية أعلى بكثير من أنشطة أخرى كان لها فيما مضى قيمة أكبر. وعادة ما يفقد الأشخاص الذين يعانون من ذلك الاضطراب اهتمامهم بعائلاتهم، وحياتهم الاجتماعية، وتعليمهم، وعملهم، وأنشطتهم الترفيهية ويهملونها، وقد يشتركون في سلوكيات عالية المخاطرة، ويستمررون في تعاطي المخدرات برغم معرفتهم بالمشكلات الاجتماعية المتكررة و/أو مشكلات التعامل مع الآخرين والتي تنتج من تعاطي المخدرات وأخيرًا، فهناك بعض المخدرات التي قد تؤدي بمرور الوقت إلى انخفاض في تأثير نفس الجرعات المتكررة أو تكون الاستجابة أقل أو تظهر أعراض الانسحاب- وهي آثار سلبية مميزة- حينما يتم خفض مقدار الجرعة أو إيقافها. ويمكن أن تستمر الرغبة في تعاطي المخدر، حتى بعد فترة طويلة من الامتناع عنها.

وأساس هذه الأعراض والسلوكيات. هو خلل في المسارات العصبية في مناطق المخ التي تنظم التحفيز، والحالة المزاجية، ومعايشة المتعة، والرفاهية، والذاكرة والتعلم، والقدرة على كبت أى دوافع غير مرغوب فيها.

والمجتمع العلمي لديه فهم معقد لما ينتج عنه خلل وظائف المخ من الإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات. أولاً تلعب العوامل الوراثية أو الجينية دورًا في نقل الخطورة المتزايدة للإدمان إلى الجيل التالي. والعامل الوراثي تدلل عليه الاستجابات المختلفة للجرعات الأولية من المخدرات عند الأفراد المعرضين للخطر؛ فهم يظهرون تأثيرات إيجابية أكثر، وتأثيرات سلبية أقل، بجانب القدرة على تحمل جرعات أكبر من تلك التي يتحملها الأفراد غير المعرضين لخطورة العامل الوراثي. ومع ذلك، يمكن تعديل الخطر الوراثي من خلال المعاشات الحياتية المبكرة والتي يمكن أن يكون لها تأثيرات وقائية وقد تكون ضارة أيضًا. فالصدمات الحياتية المبكرة، والحرمان، والضغط العصبي المستمر يمكن أن تجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة بتأثيرات غير عادية على المخ عقب التعرض المبكر للمخدرات. وفي الأفراد الأكثر عرضة، فإن التعرض للمخدرات يحفز آليات التعلم بالثواب المرضى وتتداخل مع الاستجابات المكتسبة السابقة للسلوكيات والمكافآت مثل التفاعل الاجتماعي والطعام، وهذا النوع من الاستجابات المختلفة مستقر للغاية، ويستمر طوال الحياة، مثله كمثل السلوكيات المكتسبة الأخرى مثل قيادة الدراجات.

وتصبح البيئات المحايدة سابقاً مرتبطة بشدة مع تجربة المخدر، عندما يتم تعاطي المخدرات، ويمكن أن تسبب فيما بعد الرغبة في تعاطي المخدر بصورة مستقلة، وتحفز سلوك البحث عن المخدرات. ويمكن أن يؤدي التعرض للضغط العصبي أو تناول مقادير صغيرة من المسكرات كالكحول إلى حدوث الرغبة في تناول المخدرات. وبمرور الوقت، فإن الذكريات المرتبطة بتجارب تعاطي المخدر تصبح قوية ومستمرة. وتثير فيما بعد بسهولة الرغبة في تعاطي المخدر، حيث تصبح القدرة على التحكم وكبح رغبة التعاطي أكثر ضعفًا، لذا فالأشخاص المصابون يستمررون في تعاطي المخدر برغم من رغبتهم الشديدة سابقاً في عدم الإقدام على فعل ذلك.

ونتيجة لما سبق، فإن وظائف المخ غير الطبيعية في الأشخاص المصابين تعرضهم لاتخاذ قرارات ذات عواقب وخيمة تؤثر على صحتهم ومصلحتهم وكذلك مصلحة عائلاتهم ومجتمعاتهم بما في ذلك الانخراط في سلوكيات غير قانونية أو كانت تعتبر قبل سابق غير أخلاقية أو منافية للسلوك الحسن إما من خلال شراء المخدرات أو الوقوع تحت تأثيرها.

وقد شرعت التطورات العلمية وجهود تعليم العامة في تغيير المفاهيم الخاصة بإدمان المخدرات من خلال الدول الأعضاء والمجتمع المدني، فأضحى هناك إدراك أكبر بأن الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات هي مشكلة صحية معقدة ذات أسباب نفسية، وبيئية، وبيولوجية تحتاج استجابة شاملة متعددة التخصصات من مختلف المؤسسات التي تعمل معًا. وأصبح العديد من صناعات السياسات والعامة لا ينظرون إلى إدمان المخدرات على أنها "عادة سيئة مكتسبة"، وإنما نتاج لسلسلة طويلة من العوامل البيئية والبيولوجية، والمساوىء والمشكلات التي يمكن تلافيها ومعالجتها. وتم الاعتراف بعوامل الخطر في الدول النامية والمتقدمة، للإهمال وإساءة المعاملة في الطفولة المبكرة، وغياب الدعم القوي للعائلة، وتربية الوالدين الفاسدة، وغياب الدعم العاطفي والمشاركة الشخصية للمعلمين، والخلل الأسري، والعزلة والإقصاء الاجتماعي تساهم جميعها في الإصابة بالمشكلات الصحية العقلية، وإدمان المخدرات في العديد من المجتمعات. وفي مجتمعات أخرى، ما يزيد هذه المشكلات صعوبة التعرض هو للفقر المدقع، والضواحي المتدهورة، والتشريد، وانعدام المأوى، والاستغلال، والعنف، والجوع، وظروف العمل السيئة، وأعباء العمل الزائدة.

وبالإضافة إلى أعراض هذا المرض المعقد، فالأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الحادة لتعاطي المخدرات يصابون في أغلب الأحيان بمشكلات طبية ونفسية إضافية. فالذين يتعاطون المخدرات بالحقن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الدم (مثل مرض نقص المناعة المكتسبة، ومتلازمة نقص المناعة، والتهاب الكبدى-التهاب فيروس التهاب الكبد سي)، والسل، ويحملون خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، ومشكلات الكبد، ووقوع حوادث السير، والحوادث الأخرى، وكثيرًا ما يتعرضون للعنف. والعمر المتوقع لدى الأشخاص المدمنين يكون أقل. فعلى سبيل المثال، معدل الوفيات للأشخاص المدمنين للمواد شبه الأفيونية يكون أعلى بصورة ملحوظة من النسبة المتوقعة لدى عامة السكان، وعادة ما تحدث الوفاة في سن مبكرة. وتشير التقديرات إلى أن إدمان الأفيون وصل إلى 0.37% وفقًا لسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في عام 2010، وهو ما يمثل زيادة بمقدار 73% وفقًا لتقديرات سنوات العمر المعدلة حسب العجز على المستوى العالمي في عام 1990 (ديجنهاردت وآخرين 2014). ومن أكثر الأسباب المؤدية إلى الوفاة نتيجة استخدام المخدر هي الجرعات الزائدة، ومرض نقص المناعة المكتسبة، والتهاب الكبدى الفيروسي سي، والإصابات غير المقصودة (مثل الحوادث والعنف)، أمراض القلب والأوعية الدموية، وحالات الانتحار. والعلاقة بين الاضطرابات النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات هي علاقة معقدة. فعادة ما يتواجد الاضطراب النفسى قبل بداية تعاطي المخدر مما يعرض الشخص لخطورة الإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات. وقد يأتى الاضطراب النفسى فى الدرجة الثانية بعد اضطراب تعاطي المخدرات، ويرجع ذلك إلى حد ما إلى التغيرات البيولوجية فى المخ والناجمة عن تعاطي المخدرات المزمن. وتكون مخاطر الإصابة بإدمان المخدرات، والتعقيدات النفسية تكون مرتفعة لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لتأثيرات المخدرات قبل نضج المخ، وهي عملية عادة ما تحدث فى منتصف العشرينيات.

ولأن اضطرابات المخدرات هي اضطرابات مزمنة فى طبيعتها، تظل خطورة العودة لتعاطي المخدرات مستمرة لسنوات، وفى بعض الحالات تظل الخطورة بعد مرور سنوات من الاحجام التام عن تعاطي المخدر. ومدلول ذلك أنه يجب أن تكون الخدمات العلاجية مستعدة مع مرضى اضطرابات تعاطي المخدرات خلال فترة طويلة من الوقت، والحفاظ على التواصل وتقديم خدمات المتابعة الدائمة لسنوات، وفى بعض الأحيان قد تصل مدى الحياة. وهذا مشابه لنظام رعاية المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة (مثل السكر، والربو، وارتفاع ضغط الدم)، وهو نظام معد للتعامل مع فترات من توقف العرض وتفاقمه، وتقديم التدخلات المكثفة لتتماشى مع حدة المشكلة دون توقع شفاء الحالة تمامًا بعد فترة قصيرة من مرحلة العلاج. وبإدراك طبيعة الإزمان وفترة الانتكاسة لمدمنى المخدرات، فإن استمرار تعاطي المخدر لا ينطوى على أن العلاج غير فعال، وبالتالي لا قيمة له. وعلى العكس، فالعلاج المناسب الذي يقدم بصورة متكررة، برغم استمرارية التعاطي وفترات الانتكاسة المتقطعة لهو شىء ضرورى لضمان تحسن نوعية واستمرارية الحياة برغم المشكلات الصحية الخطيرة والمستمرة وتقليل التأثيرات الضارة إلى أقصى حد بالنسبة لكل من مستخدمى المخدرات وبالنسبة للمجتمع، وتعظيم فرصهم فى حياة صحية وطويلة.

3-1 اتجاهات جديدة في تعاطي المخدرات

قديمًا كانت المخدرات عبارة عن مواد مشتقة من النباتات مثل الكوكايين، والهيروين، والقنب، وكانت تستهلك في المناطق التي تزرع بها أو عبر طرق التجارة لتصل إلى أسواقها النهائية. وأدت التجارة العالمية والسفر إلى عولمة سوق المخدرات المشتقة من النباتات والتي كانت تتركز بصورة محددة قبل سابق في أقاليم مختلفة

وفي العقود الأخيرة، أصبحت المواد المخدرة الاصطناعية – بما فيها الأمفيتامين والمنشطات التي تصنع في المعامل غير المشروعة – متاحة على نطاق واسع وتنتج وتستهلك في كل إقليم. ويرجع تواجد نسبة كبيرة من المواد المخدرة الاصطناعية إلى الاستخدام غير الطبي لعقاقير الوصفات الطبية المصنفة كمواد خاضعة للرقابة مثل العقاقير الطبية المضادة للألم، والمهدئات المنومة، والعقاقير المنشطة النفسية. وقد نتج عن زيادة استخدام العقاقير الأفيونية القوية في علاج الألم في العشر سنوات الأخيرة في بعض أجزاء من العالم ارتفاع هائل في عدد الوفيات نتيجة تناول جرعات زائدة من العقاقير الأفيونية.

ولمنع الجهود القانونية للرقابة على توزيع المواد المخدرة الاصطناعية القائمة على جدول مكونات محددة، يتم تركيب مئات من المواد المخدرة الجديدة، وتوزيعها، وتعاطيها كل عام وحدث آثار غير متوقعة وعكسية هائلة لمن يتعاطونها إن انتاج وتهريب المواد المخدرة- الذي يتم غالبًا شراؤها عن طريق شبكة المعلومات الدولية- يجعل عملية مراقبتها والتحكم بها أكثر صعوبة. وهناك القليل من الدول التي لديها جهاز إنذار مبكر لجمع ومشاركة المعلومات عن هذه المواد المخدرة الجديدة.

ونتيجة لهذه التغيرات ترى العديد من الدول تغييرًا في أنماط تعاطي المخدرات؛ الاتجاه من المواد التقليدية المشتقة من النباتات إلى المركبات الاصطناعية، أو أدوية الوصفات الطبية، أو المواد الأخرى المشتقة من النباتات. وبينما لا يزال الأفيون يمثل التهديد الأكبر للصحة العامة، إلا أن منشطات الأمفيتامين تتبعه بشكل كبير (التقرير العالمي لمكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات 2016).

وفي الغالب تجاهد أنظمة الرعاية الصحية للاستجابة بشكل ملائم لما يظهر من مشكلات طبية وسلوكية جديدة لدى من يتعاطون المخدرات. فعلى سبيل المثال، في بعض أنحاء العالم التي كان من النادر استخدام الأفيون فيها، نجد أن الأنظمة الصحية ليس لديها القدرة على تقديم العلاج الطبي لاضطرابات تعاطي الأفيون مثل العلاج التواصلي بالمواد الأفيونية المحفزة، وبالمثل، في أجزاء من العالم التي كان نظام العلاج يركز بشكل أساسي على اضطرابات تعاطي الأفيون، نجد هناك زيادة في الاضطرابات الناجمة عن استخدام المنبهات النفسية، وأن أنظمة العلاج التي أنشئت لعلاج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الأفيون لم تعد قادرة على الاستجابة بصورة ملائمة لأنماط جديدة من المرضى الذي يعتبر العلاج الاجتماعي النفسي القائم على الأدلة أكثر العلاجات فاعلية بالنسبة لهم. إضافة إلى ما سبق، هناك العديد من المناطق التي تشهد مجموعات سكانية بحاجة إلى العلاج مثل الشباب الذين يتعاطون المخدرات المتعددة، والسيدات الحوامل، والأطفال الذين لديهم مشكلات تعاطي المخدرات، ومن يتعاطون المخدرات من المسنين، والأشخاص الذين لديهم أمراض مصاحبة مثل مرض نقص المناعة المكتسبة، والسل، والالتهاب الكبدى سي، والأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية مصاحبة مثل القلق، والاكتئاب، واضطرابات الشخصية، والأشخاص الذين يعانون من مشكلات الأدوية التي تصرف بوصفات طبية، والأشخاص الذين يتعاطون المواد المخدرة الجديدة ذات التأثير النفساني. وقد تولد عن مجموعة الأنماط المتغيرة لتعاطي المخدرات، والمجموعات السكانية المتغيرة من مدمني المخدرات صعوبات أمام أنظمة الرعاية الصحية في التكيف معها بأسلوب كفاً وفعال وسريع، وهو ما يتطلب استثمارات عاجلة في برامج العلاج والموارد البشرية.

4-1 معايير العلاج الدولية

من أجل معاونة الدول الأعضاء في تطوير استجابات ملائمة وخدمات قائمة على الأدلة، للاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات، اشترك كل من مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات ومنظمة الصحة العالمية في إعداد برنامج

علاج ورعاية مدمنى المخدرات فى عام 2009. والهدف من هذا البرنامج المشترك بين الوكالات هو نشر نماذج للممارسات الجيدة المستندة إلى العلم والمفاهيم الأخلاقية فى هذا المجال. على أن يضمن للمرتهنين بالمخدرات. نفس معايير الجودة والفرص التى يوفرها النظام الصحى للأمراض المزمنة الأخرى.

تم إعداد المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات (المعايير) لمساعدة الدول الأعضاء فى تطوير فى توسيع وتطوير خدمات العلاج التى تقدم علاج فعال وأخلاقى. والهدف من هذا العلاج هو عكس تأثيرات اضطرابات تعاطى المخدرات السلبية المستمرة على الأفراد ومساعدة الأفراد على التعافى من الاضطرابات بأقصى قدر ممكن، ومعاونتهم على الانخراط فى المجتمع مثلهم مثل أفرادهم.

وتلخص معايير كل من مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات ومنظمة الصحة العالمية الأدلة العلمية المتاحة حاليًا عن مناهج وتدخلات العلاج الفعالة ووضع أطر لتنفيذها بما يتسق مع مبادئ الرعاية الصحية بشكل أكبر. وتوضح هذه الوثيقة الملامح والمكونات الأساسية لنظام العلاج الفعال لتعاطى المخدرات. مع وصف تدخلات العلاج القائمة على الأدلة بما يتناسب مع احتياجات الأشخاص المصابين فى مراحل مختلفة من المرض بأسلوب يتسق مع علاج الأمراض المزمنة الأخرى.

فى الماضى وضع كل من مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات ومنظمة الصحة العالمية مبادئ علاج إدمان المخدرات (المبادئ) والتى تمثل سياسة شاملة. وتوجيه إرشادى وتتضمن المعايير وصف للممارسات والإجراءات المحددة التى تساعد على وضع المبادئ والحفاظ عليها ومساندتها. وتقدم المعايير القواعد أو الحد الأدنى من متطلبات الممارسات الإكلينيكية، والمبادئ المقبولة عامة للتعامل مع المريض فى أى نظام للرعاية الصحية.

ويقر هذا العمل بمجهودات المنظمات الأخرى (مثل مركز الرصد الأوروبى المعنى بالمخدرات والإدمان، ولجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطى المخدرات، ومعهد الوطنى المعنى بمشكلة تعاطى المخدرات، وإدارة خدمات الصحة النفسية ويعمل على الاستفادة منها حيث وضعت هذه المنظمات المعايير والدلائل الإرشادية لمختلف جوانب علاج الإدمان وشاركت فى صياغة وثيقة المعايير الحالية.

ونأمل أن يسترشد صناعات السياسات، والممارسين فى مجال الصحة والمجال الإجتماعى على نطاق عالمى بالمعايير الحالية فى وضع السياسات وخدمات علاج الإدمان والموارد البشرية من أجل دعم الخدمات العلاجية. وستكون المعايير ذات فائدة أيضًا فى التقييم والتحسين المستمر للخدمات. ونأمل أن تكون السياسات الجديدة وأنظمة العلاج الموضوعية بمساعدة هذه المعايير بمثابة استثمار حقيقى فى مستقبل الأفراد المصابون باضطرابات تعاطى المخدرات، وعائلاتهم، ومجتمعاتهم.

الفصل 2: المبادئ والمعايير الأساسية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات

يمكن علاج اضطرابات تعاطي المخدرات بصورة فعالة من خلال استخدام مجموعة من التدخلات الدوائية وتدخلات الرعاية النفسية الاجتماعية. وتم اختبار فاعلية معظم هذه التدخلات باستخدام الطرق العلمية الموضوعة لعلاج الاضطرابات الطبية الأخرى.

ومن خلال علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، فإن أهداف العلاج هي:

- 1) الحد من تعاطي المخدرات والرغبة الشديدة في تناولها.
- 2) تحسين الصحة، والرفاهية والأداء الاجتماعي للأشخاص المصابين و.
- 3) منع الأضرار المستقبلية بتقليل مخاطر المضاعفات والانتكاسة.

والعديد من التدخلات العلاجية الشائعة الاستخدام في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لا تقي بالمعايير العلمية المقبولة للفعالية الطبية. وقد تكون هذه التدخلات غير فعالة بل ضارة، أو ربما لم يتم إجراء التجارب السريرية اللازمة لها، كما أن فعالية العلاج غير معروفة. والموارد المتاحة للعلاج مع الأشخاص المصابين محدودة، لذا فإنه يجب تقييم أولويات تخصيص الموارد بعناية مقابل أهداف العلاج.

وبجانب هذه المعايير التي تركز على الفعالية الطبية، ينبغي أن يفي علاج اضطرابات تعاطي المخدرات بالمعايير الموحدة للرعاية الصحية:

- 1- أن يتسق مع إعلان الأمم المتحدة العالمي لحقوق الإنسان.
- 2- تعزيز الاستقلال الذاتي.
- 3- تعزيز سلامة الفرد والمجتمع.

وتحدد المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات مجموعة من الاشتراطات التي يجب أن توضع قبل النظر إلى أي شكل من أشكال التوعية، أو العلاج، أو التأهيل، أو خدمات التعافي على أنه نوع من الرعاية الفعالة والأمنة، بغض النظر عن فلسفة العلاج المستخدمة أو الإطار المستخدم فيه. وهذا شئ هام للغاية لأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات لا يستحقون أقل من معايير القائمة على العلم والأخلاقيات والتي تماثل المعايير المستخدمة في علاج الأمراض المزمنة الأخرى.

المبدأ 1: أن يكون العلاج متاح، سهل الحصول عليه، جاذب وملئم

الوصف: يمكن علاج اضطرابات تعاطي المخدرات بصورة فعالة في معظم الحالات إذا ما تمكن الأشخاص المصابين من الحصول على الخدمات التي تغطي مجموعة من المسائل التي قد يواجهونها. يجب أن تتوافق خدمات العلاج مع المتطلبات الخاصة للمرضى في فترة محددة من اصابتهم بالاضطرابات. وتشتمل هذه الخدمات على التوعية، الفحص، والتدخلات العلاجية، العلاج داخل المستشفيات وخارجها، العلاج الطبي والنفسي الاجتماعي. (متضمناً علاج المضاعفات المشتركة)، العلاج في مراكز علاجية لفترة طويلة، والتأهيل وخدمات دعم التعافي. يجب أن تكون هذه الخدمات ميسورة التكلفة ومتاحة في كل من مناطق الحضر والريف، ويمكن الحصول عليها من خلال توفر ساعات عمل مفتوحة ووقت انتظار أقل. يجب تذليل كل العقبات التي تحد من الحصول على خدمات العلاج الملائمة. ولا يجب ألا توفر تلك الخدمات علاج الإدمان فقط وإنما ينبغي أن تمتد لتشمل الدعم الاجتماعي، والحماية والرعاية الطبية. ولا يجب ألا يثبط الإطار القانوني من همة الأشخاص المصابين لحضور برامج العلاج.

المعايير:

- 1-1 أن تكون الخدمات الضرورية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات متاحة على مختلف مستويات أنظمة العلاج بدءاً من الرعاية الصحية الأولية وحتى الخدمات الصحية التخصصية بجانب برامج علاج متخصصة لاضطرابات تعاطي المخدرات.
- 2-1 تتضمن خدمات العلاج الضرورية خدمات التوعية، التدخلات الاجتماعية النفسية القصيرة، التقييم التشخيصي، العلاج الاجتماعي النفسي خارج المراكز العلاجية الإيوائية، العلاج الدوائي القائم على الأدلة، خدمات علاج الحالات المرضية الحادة الناتجة عن تناول المخدرات مثل الجرعات الزائدة، أعراض الانسحاب، والأمراض النفسية الناتجة عن تناول المخدرات، وخدمات العلاج داخل مراكز العلاج من أجل علاج أعراض الانسحاب الحادة، خدمات الإقامة طويلة المدى، وعلاج المضاعفات المشتركة.
- 3-1 يجب أن تكون خدمات علاج اضطرابات المخدرات في أماكن قريبة من وسائل النقل العام، ومتاحة للأشخاص الذين يعيشون في أماكن الحضر والريف.
- 4-1 ضرورة وجود خدمات توعية في متناول يد الجميع -كجزء من مجموعة خدمات الرعاية المقدمة- وذلك للوصول إلى مجموعة السكان المصابة غير المعروفة التي ليس لديها الدافع للعلاج أو تعرضت لانتكاسات بعد برامج العلاج.
- 5-1 يجب أن يتمكن الأفراد المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات من الحصول على خدمات العلاج من مداخل متعددة وذلك كجزء من مجموعة خدمات الرعاية المقدمة.
- 6-1 يجب أن تكون خدمات علاج تعاطي المخدرات والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات متاحة من خلال ساعات عمل مفتوحة بشكل كاف لضمان حصول الأفراد الذين يعملون أو الذين لديهم مسؤوليات عائلية على هذه الخدمات.
- 7-1 يجب أن تكون خدمات العلاج الضرورية في متناول المصابين من مختلف المجموعات الاقتصادية الاجتماعية، ومختلف مستويات الدخل مع تقليل مخاطر مواجهة صعوبات مالية لمن يطالبون بهذه الخدمات.
- 8-1 يجب أن تراعى خدمات العلاج الفوارق بين الجنسين أن تلبى احتياجات النساء متضمنة الاحتياجات الخاصة برعاية الأطفال واحتياجات الحمل.
- 9-1 مالم تكن متوفرة، ومتاحة، ويسهل الحصول عليها، فإن خدمات العلاج يجب أن توفر الدعم الاجتماعي، والرعاية الطبية العامة، وعلاج الحالات المرضية المترتبة.
- 10-1 ينبغي أن تكون خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات موجهة نحو المجموعات السكانية التي تغطيها مع الاحترام التام للأعراف الثقافية، واشتراك المستفيدين من الخدمة في تصميم الخدمات، وتوصيلها وتقييمها.
- 11-1 يجب أن تكون المعلومات عن توفر خدمات الرعاية الضرورية وكيفية الحصول عليها ميسرة من خلال مصادر معلومات متعددة متضمنة شبكة المعلومات الدولية، والمواد المطبوعة، وخدمات المعلومات المتاحة للجميع.

المبدأ الثاني: ضمان المعايير الأخلاقية للرعاية في خدمات العلاج

الوصف: يجب أن يركز علاج اضطرابات تعاطي المخدرات على المعايير الأخلاقية العالمية للرعاية الصحية؛ بما فيها احترام حقوق الإنسان وكرامة المريض. وهذا يتضمن الاستجابة للحق في التمتع بأعلى قدر يمكن بلوغه من الصحة والرفاهية مع ضمان عدم التمييز وإزالة وصمة العار. ينبغي أن يتخذ الشخص المصاب قرار العلاج؛ أي موعد بدء العلاج وإيقافه ونوع العلاج الذي يتلقاه طالما كان لديه القدرة لفعل ذلك. يجب ألا يفرض العلاج على المريض أو يكون ضد رغبته أو استقلاليته. يجب الحصول على موافقة المريض قبل أي تدخلات علاجية. ينبغي الاحتفاظ بسجلات طبية دقيقة ومحدثة، مع ضمان الحفاظ على سرية سجلات العلاج. لا يجب السماح بتسجيل المرضى الذين يتلقون العلاج خارج سجلات الصحة. ولا يجب استخدام التدخلات العلاجية التي تنطوي على العقاب أو الإذلال أو الإهانة. وينبغي الاعتراف بأن الشخص المصاب هو شخص يعاني من مشاكل صحية ويستحق علاج يماثل علاج المرضى الذين يعانون من مشاكل طبية ونفسية.

المعايير:

- 1-2- ينبغي في كل الأحوال أن تحترم خدمات علاج اضطرابات تعاطى المخدرات حقوق الإنسان، وكرامة مستخدمى الخدمات، ولا ينبغي على الإطلاق استخدام أى تدخلات تتطوى على الإذلال أو الإهانة
- 2-2- ينبغي الحصول على موافقة حرة من المريض قبل البدء فى العلاج، وضمان خيار الانسحاب من العلاج فى أى وقت.
- 3-2- يجب أن تكون بيانات المريض سرية للغاية، ولا ينبغي السماح بتسجيل المرضى الذين يخضعون للعلاج خارج السجلات الصحية. وأن تضمن التدابير التشريعية الحفاظ على سرية بيانات المريض وأن تعمل على حمايتها، وأن يدعمها تدريبات فريق العمل الملائمة، ولوائح وقوانين الخدمات.
- 4-2- ينبغي أن يتم تدريب فريق مقدمى الخدمات العلاجية بصورة ملائمة على تقديم الخدمات بما يتماشى مع المعايير الأخلاقية، ومبادئ حقوق الإنسان، وإتباع أساليب تظهر الاحترام، ولا تتم عن العنصرية أو الوصم الاجتماعى.
- 5-2- وضع إجراءات للخدمات تقتضى من فريق العمل إخطار المريض بصورة ملائمة بإجراءات وعمليات المعالجة متضمنة الحق فى الانسحاب من العلاج فى أى وقت.
- 6-2- يجب أن تخضع أى أبحاث تجرى على الخدمات العلاجية المتعلقة بالإنسان إلى المراجعة من جانب اللجان المعنية بأخلاقيات الأبحاث، وأن يكون اشتراك مستخدمى الخدمات فى هذه الأبحاث اشتراكاً تطوعياً بحت، مع تقديم موافقة خطية من جانبهم فى كل الحالات.

المبدأ: 3 تعزيز علاج اضطرابات تعاطى المخدرات من خلال التنسيق الفعال بين نظام العدالة الجنائية والأنظمة الاجتماعية والصحية

الوصف: ينبغي النظر إلى اضطرابات تعاطى المخدرات على أنها مشكلات صحية فى المقام الأول بدلاً من اعتبارها سلوكيات إجرامية، وكقاعدة عامة يجب علاج مدمنى المخدرات من خلال نظام الرعاية الصحية وليس نظام العدالة الجنائية، وقد يرتكب مدمنى المخدرات بعض الجرائم، ولكنها عادة ما تكون جرائم من المستويات المنخفضة والتي ترتكب لتمويل شراء المخدرات، وعادة ما يتوقف هذا السلوك بالعلاج الفعال لاضطرابات تعاطى المخدرات. ولهذا السبب، ينبغي أن يكون هناك تعاون وثيق بين نظام العدالة الجنائية والنظم الصحية والاجتماعية لتشجيع علاج المتهمون بالسجن أو المتورطون فى المقاضاة الجنائية من خلال نظام الرعاية الصحية. ويجب أن يتم تدريب موظفى إنفاذ القانون، والعاملين فى المحاكم، وموظفى نظام السجن تدريباً ملائماً على الاشتراك بفاعلية فى جهود العلاج والإصلاح. وإذا ما تمت المعاقبة بالسجن، يجب توفير العلاج للسجناء الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات خلال إقامتهم بالسجن وبعد الإفراج عنهم حيث أن العلاج الفعال سيقفل من خطر العودة لارتكاب الجرائم بعد إطلاق سراحهم. تمثل استمرارية الرعاية بعد الإفراج عنهم أهمية كبيرة ويجب ضمان ذلك وتيسيره. وفى كل جرائم العدالة، يجب توفير العلاج والرعاية بمعايير العلاج المماثلة التى تقدم لباقي أفراد المجتمع.

المعايير:

- 1-3- يجب توفير علاج مدمنى اضطرابات تعاطى المخدرات من خلال أنظمة الرعاية الصحية والاجتماعية بالأساس، ووضع آليات تنسيق فعالة مع نظام العدالة الجنائية لتيسير حصول الأفراد الذين يواجهون نظام العدالة الجنائية على العلاج والخدمات الاجتماعية.
- 2-3- يجب أن يكون علاج اضطرابات تعاطى المخدرات متاح للجنة اللين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات، وأن يكون-إذا ما لزم الأمر- بديل كلي أو جزئى عن السجن أو العقوبات الجنائية.
- 3-3- يجب أن تدعم الأطر القانونية الملائمة علاج اضطرابات تعاطى المخدرات حال اعتباره بديل للحبس أو عندما أو عندما يدخل ضمن نطاق العدالة الجنائية.
- 4-3- يجب أن يتيح إطار العدالة الجنائية للأشخاص الذين يعانون اضطرابات تعاطى المخدرات الفرص لتلقى العلاج والرعاية الصحية المتاحة فى أنظمة الرعاية الصحية والاجتماعية فى المجتمع.
- 5-3- لا يجب فرض التدخلات العلاجية على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات من خلال نظام العدالة الجنائية وأن تكون ضد رغبتهم.
- 6-3- يجب أن تكون خدمات العلاج والوقاية الضرورية متاحة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات ويقعون تحت طائلة نظام العدالة الجنائية، وتتضمن تلك الخدمات الوقاية من انتقال الأمراض المنقولة عن طريق

- الدم، والعلاج الدوائى والنفسى الاجتماعى، والوقاية من الأمراض المصاحبة، وتوفير خدمات التأهيل، وإقامة صلات مع المجتمع، وتقديم الخدمات الاجتماعية والصحية من أجل التمهيد لإطلاق سراحهم.
- 7-3 يجب إعداد برامج التدريب الملائمة لموظفى نظام العدالة الجنائية، بما فيهم موظفى إنفاذ القانون وموظفى نظام السجون، والعاملين بالمحاكم لضمان الاعتراف بالاحتياجات الطبية والنفسية الاجتماعية المرتبطة باضطرابات تعاطى المخدرات، ودعم جهود العلاج والتأهيل.
- 8-3 يجب أن يتبع علاج اضطرابات تعاطى المخدرات من خلال نظام العدالة الجنائية نفس الدلائل الإرشادية القائمة على الأدلة والمعايير الأخلاقية والمعنية المتواجدة فى المجتمع.
- 9-3 يجب ضمان استمرارية علاج اضطرابات تعاطى المخدرات فى كل الأحوال من خلال التنسيق الفعال للخدمات الصحية والاجتماعية فى المجتمعات وإطار العدالة القانونى.

المبدأ 4: يجب أن يستند العلاج على الأدلة العلمية وأن يستجيب للاحتياجات الخاصة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات

الوصف: يجب أن تكون مجموعة المعرفة العلمية عن طبيعة اضطرابات تعاطى المخدرات وعلاجها بمثابة إسترشاد للتدخلات والاستثمارات فى علاج اضطرابات تعاطى المخدرات. وينبغى تطبيق نفس المعايير العالية اللازمة لاعتماد وتنفيذ التدخلات الدوائية والنفسية الاجتماعية فى المجالات الطبية الأخرى على علاج اضطرابات تعاطى المخدرات. وكقاعدة عامة، لا يجب تطبيق سوى الطرق الدوائية والنفسية الاجتماعية التى أظهر العلم فاعليتها أو اتفق عليها مجموعة من الخبراء الدوليين. وحينما تكون هناك أسباب تدعو للاعتقاد بأن طرق العلاج الأخرى قد تكون مفيدة، فينبغى تقديمها فى إطار من التجارب الطبية. ويجب أن تتوافق مدة وكثافة (الجرعة) التدخلات مع الدلائل الإرشادية القائمة على الأدلة. وينبغى أن يعمل فريق متعدد التخصصات على إدراج تدخلات مختلفة تناسب كل مريض. ويجب أن يستند تنظيم علاج اضطرابات تعاطى المخدرات على فلسفة الرعاية للأمراض المزمنة مقابل فلسفة رعاية الأمراض الحادة. فاضطرابات تعاطى المخدرات الحادة تماثل فى مسار علاجها وتشخيصها الأمراض المزمنة الأخرى مثل السكر، ومرضى نقص المناعة المكتسبة، والسرطان، وارتفاع ضغط الدم. ومن المرجح أن يؤدى نموذج العلاج الطويل والرعاية إلى حياة طويلة وصحية ويجب أن تتكيف التدخلات الحالية مع الوضع الثقافى والمالى للدولة دون إضعاف العوامل الأساسية التى حددها العلم كعوامل هامة من أجل تحقيق نتائج فعالة. وربما تكون عوامل العلاج التقليدية متفردة لبلد بعينها أو لإطار ما، وتشتمل على أدلة محدودة تثبت فاعليتها بعيداً عن خبرات المرضى ووالأخصائيين الذين يعالجونهم. وينبغى أن تستفيد تلك الأنظمة بقدر الإمكان من التدخلات الحالية القائمة على الأدلة وتعتمدها داخل برامجها، ويجب أن تبذل بعض الجهود لتحديد إذا ما كانت هذه العلاجات فعالة و/أو إذا تحمل بعض المخاطر المقبولة.

المعايير:

- 1-4 عند تخصيص الموارد فى علاج اضطرابات تعاطى المخدرات، يجب الاسترشاد بالأدلة الحالية لفاعلية الوقاية والتدخلات العلاجية لاضطرابات تعاطى المخدرات وفاعلية تكلفتها.
- 2-4 يجب وضع مجموعة من التدخلات العلاجية القائمة على الأدلة لمختلف مستويات الكثافة وعلى جميع مستويات الأنظمة الصحية والاجتماعية وإدراج التدخلات الدوائية والنفسية الاجتماعية بشكل ملائم.
- 3-4 ينبغى تدريب أخصائى الصحة الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية الأولية على تحديد وعلاج اضطرابات تعاطى المخدرات الأكثر شيوعاً.
- 4-4 عند علاج اضطرابات تعاطى المخدرات يجب أن يتم دعم أخصائى الصحة فى الرعاية الصحية الأولية بما يناسب من خدمات متخصصة تتعلق باضطرابات تعاطى المخدرات وتدريبهم على مستويات متقدمة من الرعاية الصحية وخاصة فى علاج اضطرابات تعاطى المخدرات الحادة والمرضى الذين يعانون من حالات مرضية مصاحبة.
- 5-4 وكلما أمكن، يجب أن يركز تنظيم الخدمات المتخصصة فى علاج اضطرابات تعاطى المخدرات على وجود فريق متعدد التخصصات ومدرب تدريب ملائم على تقديم التدخلات العلاجية القائمة على الأدلة ووجود تخصصات فى طب الإدمان، والطب النفسى، وعلم النفس الإكلينكى، والعمل الاجتماعى.
- 6-4 يجب أن تتحدد مدة العلاج بناء على احتياجات الأفراد، وألا يكون هناك حدود قصوى لا يمكن تعديلها لمدة العلاج حتى تتماشى مع احتياجات المريض الطبية.

- 7-4 يجب أن يوضع تدريب أخصائيي الصحة على تحديد اضطرابات تعاطي المخدرات، وتشخيصها وعلاجها بناء على مستويات مختلفة من التعليم تتضمن المناهج الجامعية وبرامج التعليم المستمر.
- 8-4 يجب تحديث الدلائل التوجيهية للعلاج، والإجراءات، والمعايير بانتظام وفقاً للأدلة التراكمية لفعالية العلاج، والمعرفة بشأن احتياجات المرضى ومستخدمى الخدمات، ونتائج ابحاث التقييم.
- 9-4 يجب تكييف خدمات العلاج، والتدخلات العلاجية لاضطرابات تعاطي المخدرات للتماشى مع البيئة الاجتماعية الثقافية التى ستطبق من خلالها.
- 10-4 يجب قياس أداء خدمات العلاج مقابل معايير الأداء الخاصة بالخدمات المشابهة.
- 11-4 يجب إجراء تطوير العلاجات الجديدة من خلال التجارب الطبية التى تشرف عليها اللجنة المعنية بأخلاقيات الأبحاث البشرية.

المبدأ 5: الاستجابة لاحتياجات مجموعة محددة من السكان

الوصف: إن المجموعات الفرعية المتعددة التى تعانى من اضطرابات تعاطي المخدرات والمتواجدة داخل نطاق أكبر من السكان بحاجة إلى اهتمام خاص وإلى رعاية متخصصة فى بعض الأحيان. وتتضمن المجموعات ذات الاحتياجات المحددة، على سبيل المثال لا الحصر، المراهقين، وكبار السن، والنساء، والسيدات الحوامل، والأطفال، والمشتغلين بالجنس، والأقليات الجنسية والجنسانية، والأقليات الدينية والعرقية، والأشخاص المتورطين داخل نظام العدالة الجنائية، والأشخاص المهمشين اجتماعياً، ويتطلب العمل مع هذه المجموعات تخطيط علاجى متفرد ومتخصص يضع فى الاعتبار جوانب ضعفهم واحتياجاتهم المتفردة. وبالنسبة لبعض هذه المجموعات الفرعية، يلزم تناول بعض الاعتبارات مباشرة فى كل محيط تتم فيه مراحل العلاج.

ويوجه خاص، لا ينبغي علاج الأطفال والمراهقين فى نفس المحيط الذي يتم فيه علاج البالغين، بل ينبغي أن يتم علاجهم فى أحد المرافق القادرة على معالجة بعض المسائل الأخرى التى قد يواجهها هؤلاء المرضى، وينبغي أن تشمل على إطار أكبر للرعاية الصحية، والتعليمية، والاجتماعية وذلك بالتعاون مع العائلة، والمدرسة وفى نطاق الخدمات الاجتماعية. وبالمثل ينبغي أن تحصل النساء اللاتي يتلقين العلاج على الحماية الخاصة والخدمات. فالنساء اللاتي يعانين من اضطرابات تعاطي المخدرات يكن أكثر عرضة للعنف المنزلى والاستغلال الجنسى، وربما يتعرض أطفالهن أيضاً لمخاطر الاستغلال. لذا سكون من المفيد وجود اتصال مع الوكالات الاجتماعية التى تحمى النساء والأطفال وقد تحتاج النساء إلى علاج يختص بالمرأة فى بيئة آمنة ومنفصلة وذلك للحصول على أقصى قدر من الاستفادة. وينبغي أن تكون برامج العلاج قادرة على تلبية احتياجات الأطفال والسماح للأباء الذين يرعون الأطفال بتلقى العلاج أيضاً ودعم التربية الصالحة والممارسات الجيدة لرعاية الأطفال. وقد تحتاج النساء إلى التدريب والدعم بالنسبة لبعض الأمور مثل الصحة الجنسية ووسائل منع الحمل.

المعايير:

- 1-5 تظهر احتياجات المجموعات السكانية المحددة من خلال بروتوكولات توفير الخدمات والعلاج متضمنة احتياجات النساء، والمراهقين، والأطفال، والحوامل، والأقليات العرقية، والمجموعات المهمشة مثل المشردين.
- 2-5 ينبغي وضع الخدمات الخاصة وبرامج العلاج للمراهقين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات لمعالجة احتياجات العلاج المرتبطة بهذه الفئة العمرية ومنع الاتصال مع المرضى الذين يعانون من مراحل متقدمة من اضطرابات تعاطي المخدرات. ينبغي النظر فى تواجد بيانات منفصلة للعلاج المراهقين إن أمكن ذلك.
- 3-5 يجب أن تلبى برامج وخدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات احتياجات النساء والحوامل فى جميع جوانب تصميمها وتنفيذها متضمنة المكان، وفريق العمل، وتطوير البرنامج، ومحتواها ومدى ملاءمتها للأطفال.
- 4-5 يجب أن تلبى خدمات العلاج احتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات من مجموعات الأقليات، ويجب توفير الوسطاء الثقافيين والمترجمين الفوريين كلما استلزم الأمر لتقليل حاجز اللغة والثقافة إلى أقصى حد.
- 5-5 يجب إدراج مجموعة من المساعدات الاجتماعية والدعم فى برامج علاج الأشخاص المشردين أو العاطلين ممن يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات
- 6-5 يجب تقديم خدمات توعية لإقامة اتصال مع الأشخاص الذين لا يبيغون العلاج بسبب الوصم بالعار والتهميش.

المبدأ 6: ضمان الإدارة الطبية الجيدة لخدمات وبرامج العلاج لاضطرابات تعاطي المخدرات

الوصف: تتطلب خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات ذات الكفاءة والجودة العالية إدارة طبية تتسم بأسلوب مسئول وفعال. ويجب تحديد سياسات العلاج، والبرامج، والإجراءات، وآليات التعاون مقدماً وتوضيحها لكل أفراد الفريق العلاجي، والإدارة، والمجموعة السكانية المستهدفة. ويجب أن تقدم المنظمة المعنية بالخدمة البيانات البحثية الحالية، وأن تستجيب لاحتياجات مستخدمي الخدمة. إن علاج الأشخاص المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات والذين عادة ما يعانون من الإعاقات النفسية الاجتماعية وأحياناً إعاقات بدنية يمثل تحدياً كبيراً لكل من فريق العمل والمنظمات المعنية. إن تناقض الموظفين معروف في هذا المجال، وعلى المنظمات أن تضع مجموعة من التدابير لدعم موظفيها وتشجيعهم على تقديم خدمات عالية الجودة.

المعايير:

- 1-6 يجب أن تركز سياسات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات على مبادئ التغطية الصحية الشاملة، وتتماشى مع أفضل الأدلة المتاحة، وأن يتم تطويرها بالاشتراك الفعال من جانب أصحاب المصلحة الأساسيين على أن يتضمن ذلك المجموعات السكانية المستهدفة، وأعضاء المجتمع (العائلات)، والمنظمات غير الحكومية.
- 2-6 ينبغي أن تكون كل سياسات الخدمات وبروتوكولات العلاج متاحة، ومعروفة للموظفين، وتكون بمثابة إرشاد لتقديم الخدمات والتدخلات العلاجية.
- 3-6 ينبغي أن يكون الموظفون الصحيون الذين يعملون في الخدمات المتخصصة لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات على قدر وافر من الأهلية، وأن ينالوا تدريبات مستمرة قائمة على الأدلة، وشهادات اعتماد، إلى جانب المساندة والإشراف الطبي. وهناك حاجة للإشراف الطبي، والتوجيه وأشكال الدعم الأخرى من أجل الوقاية من الإنهاك الذي قد يصيب فريق عمل الموظفين.
- 4-6 ينبغي تحديد سياسات وإجراءات تعيين الموظفين الصحيين ومراقبة أدائهم تحديداً ووضوحاً وأن يكون ذلك معروف للجميع.
- 5-6 ينبغي توفر مصدر مستدام من التمويل على مستويات ملائمة بجانب وضع آليات مناسبة للإدارة المالية والمساءلة، وحيثما أمكن، إدراج موارد للتعليم المستمر للموظفين في الموازنة ذات الصلة من أجل تقييم أداء وجودة الخدمات.
- 6-6 ينبغي أن يكون هناك ربط وتداخل بين خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات والخدمات الاجتماعية والصحية العامة والمتخصصة ذات الصلة من أجل توفير سلسلة من الرعاية الشاملة للمريض.
- 7-6 وضع سجلات تسجيل ملائمة لكفالة المساءلة واستمرارية العلاج والرعاية.
- 8-6 ينبغي مراجعة برامج الخدمات، والقواعد، والإجراءات بصورة دورية، وتطوير آليات استقصاء الملاحظات، والمراقبة والتقييم.
- 9-6 ينبغي مراقبة أنماط تناول المخدرات بصورة دورية ومعرفة آثارها الصحية والأمراض الأخرى المصاحبة، وإتاحة النتائج التي تم التوصل إليها للمعاونة في تخطيط وإدارة الخدمات العلاجية.

المبدأ 7: ينبغي أن تدعم سياسات العلاج، وخدماته وإجراءاته نهج علاجي متكامل، بجانب مراقبة وتقييم مدى الربط بالخدمات التكميلية

الوصف: يجب تطوير نظام علاجي شامل لتيسير العلاج الفعال لاضطرابات تعاطي المخدرات ومشاكل الرعاية الصحية المرتبطة به، كاستجابة للمشكلات الصحية المعقدة متعددة الجوانب. ويجب أن يتضمن نظام العلاج، إن أمكن، الرعاية النفسية والنفسية الاجتماعية، والعقلية والخدمات الاجتماعية (الإسكان، ومهارات العمل، والتوظيف، والمعاونة القانونية إن أمكن)، وجوانب الرعاية الصحية المتخصصة (مثل خدمات علاج مرض نقص المناعة، والفيروس الكبدى سى، والسل، وأنواع العدوى الأخرى) وأن يتم إشراك فرق التنسيق في ذلك، يجب مراقبة نظام العلاج باستمرار، وتقييمه، وتعديله، وهذا يتطلب تخطيط وتنفيذ الخدمات بوتيرة منطقية وتدرجية تضمن قوة الروابط بين أ- السياسة، ب- تقييم الاحتياجات، ج- تخطيط العلاج، د- تنفيذ الخدمات، هـ- مراقبة الخدمات، و- تقييم النتائج، ز- تحسين الجودة،

المعايير:

- 1-7 يجب أن تضع السلطات الحكومية ذات الصلة سياسات علاج اضطرابات تعاطى المخدرات بناء على مبادئ التغطية الصحية العالمية، وأفضل الأدلة المتاحة، وبمشاركة أصحاب المصلحة الأساسيين متضمنًا ذلك المجموعات السكانية المستهدفة، وأفراد المجتمع (العائلات)، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات الدينية.
- 2-7 يجب وضع وتفعيل الروابط بين الوقاية من تناول المخدرات، ومعالجة إدمان المخدرات، وبين الوقاية من الآثار الصحية والاجتماعية لتناول المخدرات.
- 3-7 يجب أن يركز تخطيط العلاج على تقييم ووصف طبيعة ومدى نطاق المشكلة، وسمات المجموعة السكانية التي تحتاج العلاج.
- 4-7 ينبغي تحديد دور الوكالات الوطنية، والإقليمية، والمحلية في مختلف القطاعات ومسئولياتها المنوطة بها في تقديم علاج اضطرابات تعاطى المخدرات وخدمات التأهيل بجانب وضع آليات التعاون الفعال.
- 5-7 ينبغي وضع معايير جودة خدمات علاج تناول المخدرات مع الامتثال لها من أجل اعتمادها.
- 6-7 يجب وضع آليات الإدارة الطبية والمراقبة والتقييم متضمنة المساءلة الطبية، والمراقبة المستمرة لصحة المريض ورعايته والتقييم الخارجى على فترات متقطعة.
- 8-7 ينبغي رصد المعلومات الخاصة بعدد، ونوع وتوزيع الخدمات المتاحة والمستخدمة داخل نظام العلاج وذلك من أجل أغراض التخطيط والتطوير.

الفصل 3: أنماط وتدخلات العلاج

1-3-1 التوعية المجتمعية

1-3-1-1 تعريف ووصف أماكن العلاج

تتوجه خدمات التوعية المجتمعية وتتواصل مع الأشخاص الذين يتناولون المخدرات في مجتمعاتهم ولا يتلقون العلاج بسبب عدم إتاحة الخدمات الحالية، أو صعوبة الحصول عليها، أو عدم قبولها. وتستهدف التوعية أيضاً الأشخاص المتأثرون بالآخرين ممن يتعاطون المخدرات (الشريك الجنسي أو من يشاطرونهم استخدام الحقن). وعادة ما ينتمي العاملون في مجال التوعية إلى المجتمع الأصلي، ويعرفون العادات المتدنية لتناول العقاقير، أو ربما كانوا هم أنفسهم يتعاطونها قبل سابق أو من حين لآخر. وينفذ العاملون في مجال التوعية هم وأقرانهم مجموعة من التعليمات الخاصة بالتوعية، ويدعمون الاستراتيجيات التي وضعها ونفذها أفراد من نفس الثقافة الفرعية، أو المجتمع أو مجموعات من الأفراد.

ويعترف القائمون على التوعية بتأثير الشبكات الاجتماعية على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات، ويدركون أن هذه الشبكات من العوامل الهامة المحددة للنتائج الصحية والاجتماعية السلبية، ويستفيدون منها لتشجيع السلوكيات الصحية. وتستخدم العديد من نماذج التوعية التدخلات القائمة على الأفراد أو الشبكات.

1-3-2 المجموعة السكانية المستهدفة

تستهدف أنشطة التوعية في المقام الأول الأفراد الذين يتعاطون المخدرات على نحو ضار و/أو من يدمونها ولا يتلقون علاج لاضطرابات تعاطى المخدرات.

1-3-3 الأهداف

إن الهدف من حملات التوعية المجتمعية هو تحديد المجموعات المصابة باضطرابات تعاطى المخدرات، وإشراكهم في العلاج، وتقديم الرعاية المجتمعية، وإذا ما استلزم الأمر الإحالة إلى طرق علاج أكثر كثافة.

والتوعية متاحة في أى مجتمع -متضمنة المجتمعات "الإفتراسية" على شبكة المعلومات الدولية - مع تواجد بعض المعوقات مثل الحصول على التمويل واعتراض السلطات المحلية.

1-3-4 خصائص العاملين في مجال التوعية

نظراً للطبيعة الخفية للسكان الذين يتناولون المخدرات، يجب أن يكون العاملين في مجال التوعية على دراية بالمجتمعات المحلية التي يخدمون بها، وأن يكون لديهم فرص الوصول إلى خدمات الصحة العقلية والخدمات الأخرى الداعمة. ويستلزم الأمر حصولهم على بعض التدريبات الأساسية حول:

- بناء الثقة والتعرف على مصادر المعلومات الدقيقة.
- التعرف على موقف الأزمات الاستجابة لها.
- الأحوال الصحية ذات الصلة:
 - التعرف على الجرعات الزائدة والاستجابة لها.
 - الوقاية من أمراض الإيدز، والسل، والفيروس الكبدى وكيفية علاجها.
 - الصحة العقلية والسلوك الانتحارى.
- الصحة والخدمات الاجتماعية في المجتمع.

يعتمد برنامج التوعية على العاملين في خطوط المواجهة، وهم الأصول الرئيسية التي تستلزم التدريب الدورى الملائم، والحصول على خدمات الصحة العقلية والخدمات الأخرى الداعمة.

ينبغي أن يكون البرنامج ذاته مرناً، قابل للتطبيق، ذو بيانات واضحة للمهمة، وأن يشمل على آليات للمراقبة والتقييم، والوثائق الواضحة ذات الصلة.

3-1-5 نماذج وأنماط العلاج

تختلف برامج وأنماط العلاج بشكل كبير وفقاً للوضع المحلى، لكن ينبغي تقديم الخدمات الأساسية التالية:

- 1- المعلومات، وخدمات الرعاية لتوفير الاحتياجات الأساسية (الأمن، الطعام، والمأوى، والصحة والملابس).
- 2- تبادل الحقن وتوزيع الواقي الذكري.
- 3- فحص حالات مرض نقص المناعة، والفيروس الكبدى سى وتقديم المشورة.
- 4- التطعيمات ضد الوباء الفيروسي ب.
- 5- التوعية بشأن المخدرات والمخاطر المرتبطة بتناولها.
- 6- التقييم الأولي لاضطرابات تعاطي المخدرات.
- 7- التدخلات القصيرة لإحداث تغيير في عملية تناول المخدرات.
- 8- الإحالة إلى علاج اضطرابات تعاطي المخدرات.
- 9- تقديم المشورة/ الدعم الاجتماعى.
- 10- الإحالة إلى خدمات الرعاية الصحية إذا ما لزم الأمر.
- 11- خدمات الوقاية من الجرعات الزائدة متضمنة استخدام النالوكسون

3-1-6 قوة الأدلة

تدعم المراكز التجريبية والدراسات القائمة على المراقبة 1 مدى فاعلية برامج التوعية التي تتضمن تدخلات علاجية لتقليل مخاطر الجرعات الزائدة، ومرض نقص المناعة المكتسبة، والفيروسات الكبدية، والأمراض المعدية الأخرى.¹

3-1-7: معايير التوعية الموصى بها

صناع السياسات:

- هناك كشف عن الأشخاص الثملين الذين يحتاجون لعلاج إدمان الكحول وأعراض الانسحاب التي تظهر في الأماكن العامة.
- هناك اتفاق بين موظفى الصحة وموظفى إنفاذ القانون، وهناك تفهم مشترك لفوائد أعمال التوعية.
- توفر التدخلات الأساسية (انظر أعلاه) لتقليل الأثار الاجتماعية والصحية لتعاطي وإدمان المخدرات.
- هناك تشجيع للتدخل المبكر للمشكلات المتعلقة بتعاطي المخدرات
- هناك تشجيع للتدخل المبكر بين مجموعات فرعية محددة من السكان (مثل السيدات الحوامل، والمشتغلين بالجنس، والشباب، والمشردين).
- تشجيع السعى التطوعى لعلاج المشكلات المرتبطة بالمخدرات.
- توزيع المعلومات بشأن إجراءات التقييم، ومصادر العلاج على الأشخاص الذين يمثلون نقاط الاتصال الأساسية للمرضى المحتملين.
- إجراءات تقديم المشورة لأفراد العائلة، والموظفون، وأولئك الذين يريدون المساعدة فى وضع مدمنى المخدرات تحت العلاج.
- الاحتفاظ بسجل للإحالة لضمان استمرارية الرعاية الطبية.

¹ منظمة الصحة العالمية

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q6.pdf?ua=1

مديرى البرنامج

- توظيف الموظفين العاملين فى مجال التوعية بصورة رسمية.
- يجب أن يفى عمال موظفى التوعية بمعايير السلامة المقبولة.
- يجب أن تشمل الخدمات على سياسات بشأن ما يشكل أحوال عمل آمنة، وما الذى يتعين على موظفى التوعية فعله حال تواجدهم فى وضع غير آمن
- يقدم الرعاية المتخصصة (الرعاية الطبية، والتمريض، صرف الأدوية، والعلاج النفسى) موظفين يحملون المؤهلات والتراخيص ذات الصلة.

2-3 الفحص، والتدخل السريع، والإحالة إلى العلاج

1-2-3 تعريف ووصف مراكز العلاج

إن الفحص، والتدخل السريع، والإحالة إلى العلاج هي إحدى الممارسات القائمة على الأدلة والمستخدمة لتحديد اضطرابات تعاطي المخدرات، وتقليل تأثيرها، والوقاية منها، وبخاصة في المؤسسات الصحية غير المتخصصة في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات (مثل تقديم الرعاية الأولية، الرعاية في حالة الطوارئ، المرضى المتواجدين في المستشفيات، تقديم الرعاية ما قبل الولادة، خدمات الرعاية الاجتماعية، خدمات الصحة المدرسية، الخدمات الصحية في السجون، مرافق الصحة العقلية، إلخ). ويمكن إجراء الفحص والتدخل السريع بأسلوب سريع وفعال من حيث التكلفة يؤدي إلى أقل حد من التدخل مع توفير الخدمات الأخرى (منظمة الصحة العالمية، 2012).

التوصيات القائمة على الأدلة لبرنامج منظمة الصحة العالمية لرأب الفجوة في الصحة النفسية من أجل علاج اضطرابات تعاطي المخدرات في المؤسسات الصحية غير المتخصصة: تدخلات نفسية اجتماعية سريعة

ينبغي أن تقدم التدخلات السريعة إلى الأشخاص الذين يتعاطون القنب أو المنبهات النفسية حينما يتم الكشف عليهم في المؤسسات الصحية غير المتخصصة. وينبغي أن تشمل التدخلات السريعة على جلسة واحدة مدتها من 5-30 دقيقة تقدم خلالها المعلومات المحددة والمشورة عن تقليل تعاطي القنب أو إيقافه/ واستهلاك المنبهات النفسية، إتاحة المتابعة.

ينبغي إحالة الأفراد الذين يعانون من مشكلات مستمرة جراء تعاطيهم القنب أو المنبهات النفسية إلى التقييم المتخصص حال عدم استجابتهم إلى التدخلات السريعة.

منظمة الصحة العالمية، 2012

2-2-3 الأهداف

يمكن أن يؤدي الفحص الروتيني في المؤسسات الصحية غير المتخصصة إلى الكشف المبكر عن الأشخاص الذين يعانون من مشكلات تتعلق باضطرابات تعاطي المخدرات. وبالنسبة للأشخاص الذين تكون فحوصاتهم إيجابية، فإن التدخل السريع- الذي يتم بأسلوب تحفيزي وخال من إصدار الأحكام- يمكن أن يكون فعال في تغيير مسار الأشخاص الذين يواجهون خطر الإصابة باضطرابات تعاطي المخدرات، أو يعانون من مضاعفات حادة سلبية متعلقة بتناول المخدرات. وقد يحدد الفحص مجموعة صغيرة من الأفراد الذين يعانون بالفعل من مشكلات كبيرة أو مزمنة أو معقدة تتعلق بتناول المخدرات، مما يستلزم الأمر إجراء تقييم شامل والإحالة إلى العلاج الرسمي.

3-2-3 العملاء الذين يكون هذا المركز الطبي أكثر ملائمة لهم

يوصى بالفحص المنهجي لكل العملاء في كل المراكز الطبية التي وفتوجد بها معدلات عالية لانتشار تعاطي المخدرات. وقد تتضمن:

- مراكز الممارسة العامة في الأماكن الأشد تضرراً من الناحية الاقتصادية.
- مرضى الرعاية الصحية العقلية.
- المرضى المتواجدون في المستشفيات.
 - حجرة الطوارئ
 - جناح الجراحات التجميلية.
 - جناح جراحات العظام.
- عيادات الصحة الجنسية.
- خدمات علاج الفيروسات الكبدية.
- الأشخاص الذين هم على اتصال بوكالات الخدمات الاجتماعية والرعاية.
 - السكان الذين يمرون بأحوال سكن سيئة.

- السكان الذين يعيشون ويعملون في الشارع.
- السكان الذين ينتقلون من المؤسسات.
- المرضى في عيادات الأمراض المعدية.

وفي بعض المراكز الطبية الأخرى، قد يركز فحص العدوى الانتهازية على شكاوى محددة مرتبطة بتناول المخدر، أو بعض السمات للمريض تزيد من احتمالية تناول المخدرات.

إن التدخلات السريعة ملائمة للأشخاص الذين يعانون من الاستخدام الضار من المخدرات، وليس مدمنى المخدرات الذين يحتاجون الإحالة إلى علاج أكثر شمولاً.

3-2-4 نماذج وطرق العلاج المستخدمة

3-2-4-1 الفحص

يمكن تصنيف أدوات الفحص إلى فئتين:

- أدوات التقرير الذاتي (المقابلات، استبيان ذاتي).
- المؤشرات الحيوية (اختبار الكشف عن الكحول، مستويات الكحول في الدم، اختبار اللعاب أو البول، اختبار للكشف عن التعاطي بالأموال).

تتميز أدوات التقرير الذاتي بأنها غير مكلفة ولا تتطلب على أي جراحات بالجسم. ويجب أن تكون أداة فحص التقرير الذاتي الجيدة سريعة، من السهل إدارتها وتفسيرها، مخصصة للكحوليات والمخدرات، ولديها حساسية طبية وقدرة خاصة على تحديد الأشخاص الذين يحتاجون التدخل السريع أو الإحالة إلى العلاج.

ويمكن زيادة مستوى دقة التقرير الذاتي عند إشعار المريض بالسرية التامة، وأن تجرى مقابلته في بيئة تشجع على الإبلاغ الأمين، وتطرح عليه أسئلة واضحة وموضوعية.

إن اختبار فحص تناول الكحوليات، والتدخين، وتعاطي المخدرات هو أداة فحص قائمة على الأدلة وضعتها منظمة الصحة العالمية وأوصت بها، وهي تتكون من ثمانى أسئلة تطرح عن الكحول، والتبغ، وتعاطي المخدرات (متضمنة تعاطي المخدرات بالحقن). وتعطى الأسئلة معلومات عن تناول المخدرات بشكل خطر أو ضار أو معلومات عن إدمانها. وقد وضعت هذه الأداة من أجل مراكز الرعاية الأولية، ويوصى بها سواء من خلال عقد مقابلات، أو نموج الاستبيان الذاتي (منظمة الصحة العالمية 2010).

وقد تكون المؤشرات الحيوية مفيدة حينما لا يكون المريض قادر على الاستجابة لمقابلة شخصية ولكن المعلومات لازمة للحصول على نتائج الفحص (مثل أن يكون المريض فاقد الوعي في الرعاية المركزة). ومع ذلك فبالنسبة للمرضى الواعين، يفضل استخدام أداة فحص التقرير الذاتي.

3-2-4-2 التدخل السريع

هو طريقة علاج منظمة قصيرة المدة (تحديدًا من 5-30 دقيقة) تهدف إلى مساعدة الفرد على إيقاف تناول المؤثرات العقلية أو الإقلال منها، أو (وهو الأقل شيوعًا) التعامل مع القضايا الحياتية الأخرى. وهي مصممة خصيصًا من أجل الممارسين العاميين، وموظفي الرعاية الصحية الأولية الآخرين. (منظمة الصحة العالمية 1994).

وباتباع نهج يستند على القوة ويرتكز حول العميل، يتوفر لدى المرضى القوة والدافع على حمل المسؤولية وتغيير سلوكيات تعاطي المخدرات. وإن كان متاح وضروريًا، فيمكن أن يمتد التدخل السريع من جلسة إلى جلستين لمساعدة

المرضى على تنمية المهارات والموارد من أجل التغيير، أو من أجل المتابعة لتقييم إذا ماكانت هناك حاجة لمزيد من العلاج.

هناك بعض الخطوات التي ينبغي اتباعها من أجل التدخل السريع الفعال. بداية ينبغي أن يقدم الممارس موضوع تعاطى المخدرات في إطار رعاية وصحة المرضى، وفي إطار الصعوبات التي وضعتهم في الموقف الحالي. وحيث ان المريض هو محور النقاش، فتستخدم استراتيجيات مثل الإيجاز أو التفكير ملياً من أجل تقديم التعقيبات وإبداء الآراء. ويطلب من المرضى التحدث عن التغيير ووضع أهداف واقعية. وفي نهاية الجلسة يقدم الممارس العام تعقيبات إيجابية وموجزة لتمكين المرضى من حمل مسؤولية تغيير سلوكياتهم.

ويمكن إيجاز مكونات التدخلات السريعة الفعالة في إطار الست نقاط التالية: (ميلر ورولنيك 2002):

- يمنح المريض آراء تقييمية عن المخاطر الشخصية أو الإعاقة.
- مسؤولية التغيير تقع على عاتق المريض.
- يقدم موفر الخدمة المشورة من أجل التغيير..
- عرض قائمة من الحلول البديلة لمساعدة الذات أو العلاج.
- اتباع أسلوب التعاطف أثناء المشورة.
- يتم مراعاة الكفاءة الذاتية والتمكين من المنظور الجنساني.

توصي الأمم المتحدة بالتوسع خطوات التالية للتدخلات السريعة التي تعقب

- 1- سؤال المرضى إن كانوا مهتمين بمعرفة نتائج استبيان اختبار فحص تناول الكحوليات، والتدخين، وتعاطى المخدرات.
- 2- تقديم الآراء التقييمية للعملاء عن النتائج التي حققها عن طريق الآراء التقييمية لبطاقات الإبلاغ الذاتي الخاصة باختبار فحص تناول الكحوليات والتدخين وتعاطى المخدرات.
- 3- إسداء النصح عن كيفية تقليل المخاطر المرتبطة بتناول المخدرات.
- 4- السماح للعملاء بتحمل مسؤولية قراراتهم كاملة.
- 5- سؤال العملاء عن مدى اهتمامهم بنتيجة قراراتهم.
- 6- تقييم الأشياء الجيدة بشأن تناول العقاقير المخدرة مقابل الأشياء الأقل منها في القدر
- 7- إيجاز العبارات التي أدلى بها العملاء بشأن تناول المخدرات وتأملها مع التأكيد على الأمور التي تحمل أقل مميزات
- 8- سؤال العملاء عن مدى اهتمامهم بالأمور التي تحمل قدر ضئيل من المميزات بشأن تناول المخدرات.
- 9- إعطاء العملاء مواد منزلية لتعزيز التدخل السريع.

3-4-2-3 الإحالة إلى العلاج

يحال إلى العلاج على الفور في المرافق الصحية الأكثر ملائمة الأشخاص الذين تم فحصهم وثبت أنهم يعانون من اضطرابات شديدة مرتبطة بتعاطى المخدرات أو مشاكل صحية خطيرة متلازمة. ويمكن تيسير الإحالة من خلال بعض الأساليب مثل تحديد موعد العلاج في مركز العلاج المختص بجانب حضور المريض ومرافق المريض الذي يصاحبه إلى مركز العلاج، ويتابع مع المريض تسجيله في برنامج العلاج. وتتحقق أفضل إحالة إلى العلاج من خلال بدء وتوفير العلاج في مركز العلاج الذي يتم فيه الفحص والتدخل السريع والإحالة إلى العلاج.

3-2-5 معايير استكمال البرنامج ومؤشرات الفعالية

يمكن أن تتضمن قياسات الأداء لاختبار الفحص والتدخل السريع والإحالة إلى العلاج معدلات الفحص التي أجراها الشخص المتدرب داخل مركز العلاج، وتتضمن أيضاً نسبة الذين كانت نتائج فحوصاتهم إيجابية (والنسب العالية أو المنخفضة بصور غير اعتيادية قد تمثل مشكلة في حد ذاتها)، ونسبة المرضى الذين كانت فحوصاتهم إيجابية وتلقوا جلسة تدخل تحفيزية قصيرة، ونسبة المرضى الذين كانت نتائج فحوصاتهم خطيرة وحصلوا على تقييم رسمي وإحالة إلى العلاج، والمرضى الذين تمت إحالتهم إلى العلاج وبدؤوا العلاج بالفعل.

3-2-6 تقييم قوة الأدلة

أظهرت التجارب الإكلينيكية العشوائية فعالية الفحص والتدخل السريع في تقليل تعاطى المخدرات للأشخاص غير المدمنين.²

3-2-7 توصيات

- ينبغي على مرافق الرعاية الصحية التي ترتفع فيها معدلات الإصابة باضطرابات تعاطى المخدرات أن تجرى فحوصات بانتظام على كل المرضى لاكتشاف الاضطرابات الناشئة عن تعاطى المخدرات.
- ينبغي إجراء فحوصات على المرضى في كل مراكز الرعاية الصحية لاكتشاف اضطرابات تعاطى المخدرات إن كانت هناك شكوك طبية بتناول العقاقير المخدرة.
- يجب تدريب كل موظفي الرعاية الصحية على الفحص والتدخل السريع والإحالة إلى العلاج.

موظفو الرعاية الصحية

- يجب أن يكون لدى الموفر نظام يضمن أن طريقة اختيار الموظفين، وتعيينهم، وتدريبهم تتفق مع الأعراف القانونية السارية، والقواعد الداخلية الموضوعية.
- تحدد منظمة العلاج القواعد التي يتبعها موظفي الرعاية حال سريان بعض التشريعات.
- يتم تحديد هيكل وإدارة المنظمة، مع توضيح تخصص كل منصب يشغله الأفراد.
- يوضح الموفر هيكل المنظمة واحتياجات الموظفين، وكذلك توصيفات الوظائف ومؤهلات الموظفين مع الأخذ في الاعتبار احتياجات مستخدمي الخدمات وعددهم، وتتعلق كيفية تكوين الفريق والإضافات الأخرى بهذه الاحتياجات.
- ضمان الوقاية من مخاطر العمل.
- توضع في سجلات الموظفين الحالات التي ينتهك فيها أى من الموظفين حقوق المريض، والتدابير التي تم اتخاذها بصدد ذلك.
- يقدم الرعاية المتخصصة (الطبية، والنفسية، والنفسية الاجتماعية، والتعليمية، إلخ)، موظفون يحملون المؤهلات والتراخيص ذات الصلة.

² منظمة الصحة العالمية

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q1.pdf?ua=1

3-3 العلاج قصير المدى فى المستشفيات أو المراكز العلاجية الإيوائية

1-3-3 تعريف ووصف موجز لمركز العلاج

المراكز العلاجية أو المستشفيات التى يتم فيها العلاج قصير المدى هى أماكن يتوفر فيها العلاج أربعة وعشرون ساعة بكثافة وهى قادرة على علاج الأعراض والمضاعفات المحتمل حدوثها فى الأيام والأسابيع التى توقف تناول المخدرات متضمنة أعراض انسحاب للمخدرات.

ويوفر العلاج قصير المدى داخل المراكز العلاجية الإيوائية الفرصة لوقف تناول المخدرات بأقل قدر من المشقة والمخاطر، والابتعاد المؤقت عن الضغوطات البيئية، وإتاحة الفرصة لتلقى بعض الدعم النفسى الذى قد يصبح بداية علاج مستمر. وتختلف مدة البقاء من أسبوع إلى أربع أسابيع وفقاً للممارسات المحلية والوضع الطبى. ونظراً لأن أعراض انسحاب المخدر وعلاجه يشكلان خطراً صحياً جسيماً، فإن العلاج قصير المدى فى المراكز الطبية يستلزم درجة من الإشراف الطبى أعلى من العلاج طويل المدى والذى يتبعه أعراض انسحاب حادة (انظر الفصل 3-5).

2-3-3 الأهداف

يهدف العلاج قصير المدى فى المرافق العلاجية إلى تيسير التوقف المبدئى لتناول المخدرات، وتحفيز المرضى فى الاستمرار فى العلاج بعد العلاج قصير المدى. وقد يكون العلاج المتواصل علاج نفسى (علاج نفسى منظم مثل علاج السلوك الإدراكى، أو أسلوب زيادة القوة التحفيزية، أو طريقة تعزيز المجتمع، أو اجتماعى (مثل البرامج الخاصة بالتوظيف والإسكان)، أو علاج دوائى (المعالجة بالنالتريكسون لمدمنى الأفيون، أو العلاج الميثادون أو البوبرينورفين).

يمكن إتمام التطهير من السموم من خلال المساعدة الطبية خارج المراكز الطبية، وهو أقل كثافة من حيث استخدام الموارد، ولكن معدلات استكمال التطهير من السموم تكون منخفضة (منظمة الصحة العالمية 2009). ومخاطر الانتكاسة تكون عالية عقب أى شكل من أشكال التطهير من السموم، مما ينتج عنه خطورة متزايدة لتناول جرعات زائدة بعد العلاج وخاصة بين من يتعاطون الأفيون.

3-3-3 المجموعة السكانية المستهدفة

المجموعات السكانية المستهدفة هم فى العادة الأشخاص مدمنى المخدرات الأكثر عرضة للإصابة بأعراض انسحاب المخدرات حال توقف تعاطيها. ويمكن الاستعانة بالعلاج قصير المدى داخل المراكز الطبية للبدء فى علاج مدمنى الأفيون.

وأى شخص يكون عرضة للإصابة بأعراض انسحاب المخدر بعد توقف تناوله، والأكثر احتياجاً للعلاج هم الأشخاص الذين يتسبب تناولهم للمخدرات فى إصابتهم بأضرار جسيمة.

ويجب أخذ المعايير التالية فى الاعتبار عند تحديد إذا ماكان سيتم تطبيق العلاج قصير المدى فى المراكز الطبية أو تطبيق أى نوع آخر من العلاج:

- نوع المخدر الذى يتم تناوله.
- احتمالية أعراض الانسحاب.
- مدى حدة إدمان المخدرات.
- المشاكل الاجتماعية والصحية المرتبطة بإدمان المخدرات.
- المشاكل الطبية والنفسية المتزامنة.
- قد تكون أعراض انسحاب المهدئات أو الأفيون حادة، وقد تكون أكثر حدة لدى الأفراد الذين يتناولون جرعات كبيرة خلال فترة طويلة من الوقت.

3-3-4 نماذج وطرق العلاج المستخدمة

تتطلب أهداف العلاج قصير المدى في المراكز الطبية مزيج من التدخلات مثل التعليم النفسى عن تأثيرات المخدرات، والاستشارات التحفيزية، والمعالجة الدوائية، والدعم خلال أعراض الانسحاب. ومن التدخلات الأخرى التى يمكن بدئها التعريف بالعلاج السلوكى، التوجيه إلى مجموعات المساعدة الذاتية، والإحالة الملائمة إلى المتابعة بعد الإقلاع عن المخدرات. وتختلف نوعية ومدى هذه التدخلات بناء على طبيعة المخدرات المستخدمة، ومدى تعقيدها وأنماطها، وكذلك بناء على المشكلات الطبية والنفسية المتزامنة.

أنشطة العلاج

يجب أن تتضمن برامج العلاج قصيرة المدى في المراكز الطبية الأنشطة التالية:

- التقييم الطبى والنفسى الاجتماعى الشامل.
- خطة علاج تلبى الاحتياجات الفردية بأفضل الطرق.
- تطهير السموم بالأدوية عند الاقتضاء .
- بدء العلاج بالمدامومة عند الاقتضاء.
- وضع استراتيجيات لزيادة تحفيز المرضى من أجل التغيير.
- التواصل مع الأفراد الذين يمثلون أهمية فى بيئة المريض الاجتماعية لإشراكهم فى خطة العلاج.
- بدء استراتيجيات المعالجة السلوكية من أجل علاج الإدمان.
- بدء علاج الاضطرابات الطبية والنفسية المتزامنة إذا ما اتاح الوقت وسمحت الموارد.
- التقييم المستمر لمدى تقدم المريض فى العلاج، والتقييم الطبى المستمر الموضوع فى صميم البرنامج.
- خطة الإقلاع عن المخدرات مع الوقاية من الانتكاسة، وتواجد استراتيجيات رعاية مستمرة لفترة تستمر بعد العلاج فى المركز الطبى متضمنة العلاج بالأدوية الوقائية، ومستويات ملائمة من العلاج النفسى الاجتماعى، ومعالجة مستمرة للمشكلات الطبية والنفسية المتزامنة.

ينبغى إجراء تقييم طبي ونفسى اجتماعى شامل لكل مريض لتحديد الاحتياجات الفريدة، وخطة العلاج على أن يتم ذلك قبل ذلك قبل الانضمام للعلاج داخل مركز العلاج قصير المدى- ويفضل هذا- أو بعد الانضمام له. وينبغى أن يتضمن ذلك التاريخ الطبى والنفسى للمريض، فحوصات الحالة النفسية والعقلية، وقد يكون من المفيد أيضًا إجراء بعض الاختبارات المعملية مثل فحص البول للتحقق من تعاطى المخدرات، واختبارات للكشف عن مرض نقص المناعة المكتسب، والفيروسات الكبدية.

ويدير فريق من الموظفين المدربين أداة التقييم القائمة على الأدلة مثل مؤشر حدة الإدمان والذى يقيم حدة المشكلات المرتبطة بتعاطى المخدرات والمشكلات الأخرى المرتبطة بها (مشكلات طبية، ونفسية، أو مشكلات تتعلق بالعائلة إلخ). وحينما لا يعانى المريض من أعراض انسحاب حادة، يمكن النظر فى عقد مقابلات منظمة بشأن الاضطرابات النفسية مثل المقابلة النفسية العصبية الدولية المصغرة، أو المقابلة الإكلينيكية المركبة، أو المقابلة التشخيصية الدولية المركبة- نموذج تدريب عن اساءة استخدام المخدرات، وهى مقابلات مفيدة من أجل تحديد اضطرابات تعاطى المخدرات والاضطرابات النفسية المتزامنة.

ويجب على الفور فحص المرض الذين يدخلون مراكز العلاج قصيرة المدى عدة مرات فى اليوم فيما يتعلق بأعراض الانسحاب، أو أى مشكلات نفسية أو طبية حادى. وبمجر استقرار المشكلات الحادة، يجب أن يركز الفحص اليومي على الحالة الطبية والنفسية، وكذلك التحفيز، ووضع الأهداف، وخطط العلاج بعد الإقلاع.

3-3-5 علاج الانسحاب

إن علاج الانسحاب- ويسمى أيضًا التطهير من السموم- هو تحديًا مركز الاهتمام الرئيسي إذا ما كان لدى المريض تاريخ طويل، وحاد وحديث من تعاطي الأفيون، أو الكحوليات، أو البنزوديازيبين، أو الحبوب المنومة. وفي تلك الحالات، هناك بروتوكولات موضوعة خاصة بالانسحاب توظف العلاج الدوائي بجانب الراحة، والتغذية، والاستشارات التحفيزية. فأعراض الانسحاب غير المعروفة والتي لا يتم معالجتها من المحتمل أن تدفع بالمريض خارج نطاق العلاج، ويتعين أن يكون موظف برنامج العلاج قصير المدى داخل المراكز الطبية على دراية كافية بأعراض الانسحاب المختلفة، وأن يكونوا مهيبين لتقديم الدعم النفسي، وتحفيز المريض على تخطي مرحلة انسحاب المخدر، بجانب قدرتهم على كتابة وصفات طبية من أجل المعالجة الدوائية الفعالة لأعراض الانسحاب.

وخدمات العلاج الإيوائي قصير المدى بحاجة لأن تكون قادرة على المعالجة الطبية لأعراض الانسحاب الحادة، أو تحويل المريض إلى المستشفيات الطبية.

متلازمة انسحاب الأفيون:

يتضمن العلاج الدوائي لأعراض انسحاب الأفيون إما علاج قصير المدى باستخدام الميثادون والبوبرينورفين، أو مستقبلات ألفا 2 الأدرينالية (كلوندين، لوفيكسدين)، وإذا لم يتوفر أي منهما، فيمكن تقليل الجرعات الأسبوعية، واستخدام بعض الأدوية لعلاج بعض الأعراض التي تظهر جراء ذلك (مهدئات لمقاومة الإرهاق والأرق، ومسكنات للألم العضلات، مضاد للإسهال، مضاد للقيء)، ومع ذلك فمدمني الأفيون يصلون إلى نتائج أفضل بوجه عام باستخدام المواد الناهضة ذات المفعول الأفيوني على المدى الطويل حيث أنهم معرضون لمخاطر متزايدة من تناول الجرعات الزائدة إن تمت عملية التطهير وحدها. وينبغي إعطاء الأشخاص الذين يتناولون الأفيون وعائلاتهم- إذا كان ذلك متاحًا- عقار النالوكسون حينما يغادرون إلى منازلهم وذلك حال تناول جرعة زائدة من الأفيون، على أن يتم تدريبهم حال تناولهم زائدة منه.

متلازمة انسحاب المواد المهدئة:

يتم سؤال المرضى الذين يتلقون العلاج الإيوائي قصير المدى عن تناول المهدئات والكحوليات، أو مراقبتهم حال ظهور أعراض الانسحاب، أو علاجهم بالعقاقير الوقائية إذا ما كان هناك مخاطر عالية لحدوث ذلك (تناول المواد المهدئة بانتظام أو بكثافة، أو أن هناك تاريخ من أعراض الانسحاب).

ويمكن علاج أعراض انسحاب المواد المهدئة بفاعلية باستخدام البنزوديازيبين عن طريق البدء في إعطاء جرعة كافية لتهدئة أعراض الانسحاب وتقليلها تدريجيًا خلال أيام أو أسابيع. وتكون هناك حاجة لمراقبة المرضى حال ظهور أعراض الانسحاب الحادة للكحوليات أو المواد المهدئة مثل التشنجات، اضطراب القلب الأوعية الدموية، والهذيان. وينبغي التأكد أن العلاج ليس استخدام طويل المدى للمهدئات.

متلازمة انسحاب المهدئات:

ومتلازمة انسحاب المنبهات "التحطم" ذات معالم أقل وضوحاً من متلازمات الانسحاب الناجمة عن المواد المثبطة للجهاز العصبي المركزي، والاكنتابُ عَرَضٌ بارز ويتراق مع وعكة وعطالة وعدم استقرار

متلازمة انسحاب القنب:

يمكن أن تحدث متلازمة انسحاب القنب لدى الأشخاص الذين يتعاطونه بشراهة، وتتمثل في الأرق، الصداع، الاكتئاب، والعصبية الزائدة.

ويعتمد العلاج الدوائي لانسحاب المهدئات والقنب على ظهور الأعراض.

3-3-6 علاج المشكلات النفسية والطبية المتزامنة

ترتبط الاضطرابات النفسية- مثل الاكتئاب، والقلق، والاضطرابات النفسية اللاحقة للإصابة بالصدمة، والشيزوفرانيا، والاضطرابات النفسية الأخرى- باضطرابات تناول المخدرات وقد تتداخل مع الانخراط في العلاج. ويتسبب تناول العقاقير المختلفة في ظهور الأعراض النفسية منها الاكتئاب، والقلق، والذهان أو تؤدي إلى تفاقمها. وقد تبرز كل هذه الأعراض عند توقف تناول المخدر.

والخطة الأولى الهامة في التقييم الدقيق لأعراض النفسية بين من يتعاطون المخدرات هي التمييز بين الاضطرابات المستقلة والاضطرابات التي تسببها العقاقير المخدرة وتتوقف بتوقف تناولها.

ويوفر العلاج الإيوائي قصير المدى الفرصة لملاحظة ما إذا كانت الأعراض النفسية ستزول عند الامتناع عن تناول العقاقير المخدرة، والبدء في العلاج الطبي أو النفسي للاضطرابات التي ستستمر بعد توقف استخدام العقاقير المخدرة.

وينبغي أن يجرى تقييم شامل للمريض عند الانخراط في برنامج العلاج الذي يجب أن يكون شاملاً قدر المستطاع، ويتضمن التاريخ الطبي، والأمراض المزمنة والحادة والعلاج الدوائي المرتبط بها، وكذلك الوثائق الروتينية للأمراض المعدية ومنها، مرض نقص المناعة المكتسبة، والسل، والالتهابات الكبدية الوبائية.

وأى حالات طبية حادة يتم ملاحظتها عند الدخول قد تكون بحاجة إلى العلاج قبل إعطاءها مزيد من العلاج أو الرعاية، وقد تتضمن هذه الحالات التشوش الذهني، أو فرط التهذئة، أو الهلوس، أو التشنجات، أو الحمى. وبناء على الأحوال المحلية، ينبغي أن تقترن آليات علاج إدمان الأفيون؛ إذا لزم الأمر، بعلاج السل، ومرض نقص المناعة المكتسبة، والالتهابات الكبدية الوبائية لضمان استمرارية الأدوية المضادة للعدوى. قد لا يتضمن العلاج الإيوائي قصير المدى الخبرة الطبية أو الوقت للبدء في مثل هذا العلاج، ولكن ينبغي أن تكون الاستشارة والإحالة إلى الخدمات المتخصصة متوفرة.

إن الفيروس الكبدى ب منتشر بين العديد من المجموعات السكانية التي تتعاطى المخدرات، وخاصة (وليس بشكل حصري)، بين أولئك الذين يتعاطون المخدرات بالحقن. ويمكن أن يكون العلاج الإيوائي قصير المدى بمثابة فرصة للتطعيم ضد الالتهاب الكبدى الوبائي ب. واستناداً على مدة العلاج، يجوز إعطاء جدول تطعيمات معجل- يتكون من جرعتين إلى ثلاث جرعات- إلى الأشخاص الذين لم يتلقوا مقرر تطعيمى كامل ضد الوباء الكبدى ب من قبل، ودون إخضاعهم بالضرورة إلى اختبارات الأمصال مسبقاً.(منظمة الصحة العالمية 2012).

وقد يكون الألم المزمن من إحدى المشكلات الشائعة التي تساهم في التحفيز لتناول المخدرات غير المشروعة، وبخاصة الأفيون، وإلى مخاطر الانتكاسة. وينبغي ترتيب الإحالة لمزيد من التقييم لمصدر الألم، ووضع استراتيجيات محددة للعلاج.

3-3-7 المتابعة العلاجية

يعد الدخول إلى مراكز العلاج الإيوائي قصير المدى والانخراط فيه في العادة بمثابة خطوة أولية هامة في علاج اضطرابات تعاطى المخدرات. ومع هذا، يمثل الحفاظ على السلوكيات الصحية المستدامة أهمية خاصة بعدما يتوقف المرضى عن العلاج حيث تزداد مخاطر الانتكاسة وتناول جرعات زائدة فور المغادرة.

يجب أن تتضمن خطة متابعة العلاج الفعالة استراتيجيات لانتقال المرضى بنجاح إلى المستوى التالي من الرعاية وتعظيم الفرص للحفاظ على الصحة الطبية والنفسية. ويجب أن يعمل متخصصو الرعاية الصحية والاجتماعية معاً لتوفير المصادر اللازمة للمريض، والاهتمام بأبعاد العلاج التالية عند التخطيط للخروج من مراكز العلاج الإيوائي العلاج الخارجى أو التخطيط لبرنامج علاج إيوائي طويل المدى.

توفر الدعم الاجتماعي

إن الشبكات الاجتماعية ذات تأثير على أنماط استهلاك المخدرات، ويمكن للدعم الاجتماعي الجيد أن يساعد المرضى على التعافي، والمحافظة عن الامتناع عن التعاطي. ويجب تعليم المرضى وتوعيتهم بالعوامل التي تساهم في الاستخدام الضار للمخدرات وتسليحهم باستراتيجيات مختلفة لخلق بيئة تعزز الصحة وتحافظ عليها.

العلاج الطبي طويل المدى

بالنسبة لإدمان الأفيون، عادة ما تتضمن خطة العلاج مداومة طويلة المدى على العلاج (المداومة على الميثادون، أو المداومة بالبوبرينورفين، أو النالتريكسون بطني التحرر). ويقلل العلاج التواصلي بالمواد شبه الأفيونية المحفزة من تناول المخدرات، والجريمة، ومخاطر الوفاة جراء إدمان الأفيون إلى الثلثين. وأظهرت المواد الأفيونية المثبطة كالنالتريكسون أنها أكثر فاعلية من العلاج الوهمي. وبشكل أمثل، ينبغي أن يبدأ العلاج الدوائي خلال العلاج داخل المركز العلاجي ويستمر بعد مغادرتها من خلال برنامج المداومة على العلاج الدوائي خارج المستشفى.

الرعاية اللاحقة

هناك ضرورة لمواصلة الرعاية النفسية الاجتماعية لاضطرابات تعاطي المخدرات بعد العلاج الإيوائي قصير المدى. وبالنسبة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات حادة، وغياب الدعم الاجتماعي، فيوصى بالعلاج الإيوائي طويل المدى بعد العلاج الإيوائي قصير المدى. أما بالنسبة للمرضى الذين تكون لديهم درجة خطورة أقل، ودعم اجتماعي أفضل، فإن العلاج خارج المستشفى يمكن أن يكون طريقة العلاج التالية التي ينصح بها. وينبغي أن يتوفر الدعم لتصفح نظام الرعاية الاجتماعية للحصول على التدريب المهني، المسكن الثابت، إلخ كلما استلزم الأمر.

3-3-8 معايير استكمال البرنامج ومؤشرات الفاعلية

يمكن تقييم الاستكمال الناجح للعلاج الإيوائي قصير المدى لكل مريض بناء على عدة أبعاد منها:

- تقليل أعراض الانسحاب.
- فهم اضطرابات تعاطي المخدرات والمشكلات المتعلقة بها.
- التحفيز للانخراط في المتابعة العلاجية بعد المغادرة سواء من خلال العلاج الإيوائي طويل المدى أو العلاج خارج المستشفى.
- التحسن في الصحة النفسية والعقلية وبدء العلاج و/أو خطط المغادرة لمعالجة هذه المشكلات على المدى الطويل.
- التحسن في عملية اشتهااء الرجوع إلى المخدر، والشروع في تطوير المهارات، والتحكم في بعض المحفزات (الأفكار، والعواطف، والسلوكيات) التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات.

يمكن قياس فاعلية برنامج العلاج الإيوائي قصير المدى من خلال مؤشرات العملية (نوع الخدمات المقدمة للمريض، أو الأهداف التي حققها المريض خلال فترة العلاج)، أو المقاييس الموضوعية للنتائج طويلة المدى التي حققها المريض بعد المغادرة. ومن إحدى مقاييس النتائج الموضوعية هي نسبة المرضى الذين اشتركوا في المتابعة العلاجية بعد المغادرة. ومن أحد مؤشرات النتائج الأخرى هو الامتناع عن تناول المخدرات، ومؤشرات التعافي الأخرى من خلال المتابعة طويلة الأمد (6 أشهر على سبيل المثال). ونادرًا ما يتم تنفيذ هذا النوع من المؤشرات طويلة الأجل في الرعاية الروتينية حيث أنه يتطلب التتبع ومتابعة طويلة الأمد للمريض.

3-3-9 تقييم قوة الأدلة

- هناك بعض الأدلة الناتجة من التجارب الطبية العشوائية التي تفيد بأن العلاج باستخدام الميثادون، والبوبرينورفين، الكلونيدين، واللوفيكسيدين فعال في عملية التطهير من إدمان الأفيون.
- هناك بعض الأدلة الناتجة من عدد صغير من التجارب الطبية العشوائية التي تشير إلى أن العلاج بالمواد الأفيونية المحفزة أكثر فاعلية من التطهير من السموم لمدمني الأفيون.

- هناك بعض الأدلة الناتجة من التجارب الطبية العشوائية التي تفيد بأن الدعم النفسى الاجتماعى يحسن نتائج عملية التطهير من السموم فى حالات إدمان الأفيون.
- كشفت إحدى التجارب الطبية العشوائية عند مقارنة تطهير السموم المتعلقة بانسحاب الأفيون داخل المستشفى وخارجها أن العلاج داخل المستشفى أثبت نجاحاً يوازى ضعف العلاج خارج المستشفى.³

10-3-3 توصيات

- مراجعة موظفو الصحة للعلاجات بانتظام وتعديلها بالاشتراك مع المريض لضمان العلاج المناسب.
- تواجد بروتوكولات محددة بوضوح لوصف الأدوية والتدخلات الأخرى الملائمة للاحتياجات الخاصة للمرضى.
- تستند البروتوكولات بقوة على نتائج الأبحاث حيثما أمكن. وإن لم يكن ذلك متاحاً فهى تتماشى مع الممارسات الطبية الجيدة المعروفة.
- يتم وصف مجموعة خيارات العلاج المتاحة ذات الصلة إلى المريض.
- توفر المختبرات داخل الموقع وخارجه ومرافق التشخيص الأخرى.
- توفر الحصول على المساعدة الذاتية ومجموعات الدعم الأخرى
- يتم اتخاذ التدابير لتقليل ضرر الاستخدام المستمر للعقاقير (نظام غذائى صحى، ومعدات حقن معقمة)، وذلك سواء كان الهدف من العلاج الامتناع عن تناول المخدرات أو لا.
- حينما يتم النظر فى إجراء ذو مخاطر معروفة، فإن إجراء التقييم الدقيق للمخاطر/ والفائدة ينتج عنه اختيار المعيار ذو الخطورة الأقل.
- تواجد آليات لضمان استمرار رعاية المريض.
- التقييم المنتظم لفاعلية الخدمات (مثل تقييم البرنامج).
- الارتباط بين برامج علاج الإدمان والخدمات الأخرى التى تعمل على تيسير التدخلات مع الأطفال وأفراد العائلة للمريض الذين يعانون من الناحية النفسية أو الاجتماعية.
- توفر الدعم فى حالات الطوارئ أو النقل حال وجود مضاعفات لتناول المخدرات تهدد الحياة أو عند اعراض الانسحاب.
- هناك معايير محددة لطرد المرضى بسبب انتهاك المريض لقواعد الخدمات العلاجية، أو العنف، أو استمرار تعاطى العقاقير المخدرة دون وصفة طبية.
- هناك معايير محدد لمعالجة الحالات ذات المخاطر المحددة (مثل التسمم، وخطر الانتحار).

موظفو الرعاية الصحية

- يجب أن يكون لدى الموفر نظام يضمن أن طريقة اختيار الموظفين، وتعيينهم، وتدريبهم تفى بالأعراف القانونية السارية، والقواعد الداخلية الموضوعية.
- تحدد منظمة العلاج القواعد التى يتبعها موظفى الرعاية حال سريان بعض التشريعات.
- يتم تحديد هيكل وإدارة المنظمة، مع توضيح تخصص كل منصب يشغله الأفراد.
- يوضح الموفر هيكل المنظمة واحتياجات الموظفين، وكذلك توصيفات الوظائف ومؤهلات الموظفين مع الأخذ فى الاعتبار احتياجات مستخدمى الخدمات وعددهم، وتتعلق كيفية تكوين الفريق والإضافات الأخرى بهذه الاحتياجات.
- ضمان الوقاية من مخاطر العمل.
- توضع فى سجلات الموظفين الحالات التى ينتهك فيها أى من الموظفين حقوق المريض، والتدابير التى تم اتخاذها بصدد ذلك.
- يقدم الرعاية المتخصصة (الطبية، والنفسية، والنفسية الاجتماعية، والتعليمية، إلخ)، موظفون يحملون المؤهلات والترخيص ذات الصلة.

³ منظمة الصحة العالمية

http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

3-4-4 العلاج الخارجى

3-4-4-1 تعريف ووصف موجز لمكان العلاج

يهتم مكان العلاج الخارجى الخاص بعلاج اضطرابات تعاطى المخدرات بالأشخاص الذين لا يقيمون فى مرافق العلاج، ويقيمون فى منازلهم بدلاً عن ذلك، ويزورون مرفق العلاج فقط من أجل التدخلات العلاجية. وتختلف خدمات العلاج الخارجى كثيراً من حيث مكوناتها وكثافتها. وعادة ما يتم العلاج الخارجى لإدمان المخدرات من خلال الخدمات الاجتماعية المتخصصة فى علاج اضطرابات تعاطى المخدرات، أو داخل إطار علاج الصحة النفسية بشكل أوسع.

ويشمل نطاق العلاج الذى توفره مراكز العلاج التالية ما يلى:

- التدخلات النفسية.
- الدعم الاجتماعى.
- التدخلات الدوائية.

3-4-4-2 المجموعات السكانية المستهدفة

يعتدى العلاج الخارجى بمختلف طرائقه بنطاق عريض من الأفراد، ولكن بعض الطرائق مثل العلاجات النفسية تكون أكثر ملائمة للأفراد الذين لديهم مصادر دعم اجتماعى كافية فى المنزل، وفى مجتمعاتهم، ويكونوا على قدر كاف من الوعى للاستفادة من تلك الخدمات.

3-4-4-3 الأهداف

إن الهدف الأساسى من العلاج الخارجى هو معاونة المرضى على وقف أو تقليل استخدام المخدر؛ تقليل المشكلات الطبية، والنفسية، والاجتماعية المرتبطة بتناول المخدرات إلى أقصى حد؛ وتقليل مخاطر الانتكاسة، وتحسين مستوى رفاهيتهم وأدائهم الاجتماعى كجزء من عملية التعافى طويلة المدى.

3-4-4-4 سمات العلاج الخارجى

تختلف خدمات وبرامج العلاج الخارجى كثيراً استناداً على مستوى كثافة الخدمات والتدخلات التى يقدمونها. تستلزم البرامج مثل برنامج العلاج المكثف لمدة يوم التفاعلات المستمرة مع المرضى (كأن تكون يومية، أو عدة ساعات خلال يوم أو المزيد من الأيام). وتتضمن مكونات وأنشطة أماكن هذه الخدمات ما يلى:

- التقييم الطبى والنفسى الاجتماعى الشامل عند الدخول إلى مكان العلاج.
- خطة علاج تلبى الاحتياجات الفردية بأفضل الطرق.
- العلاج تطوعى بمشاركة المريض فى قرارات العلاج
- تطهير السموم بالأدوية عند الاقتضاء .
- بدء العلاج بالمدامومة الوقائية عند الاقتضاء.
- التواصل مع الأفراد الذين يمثلون أهمية فى بيئة المريض الاجتماعية لإشراكهم فى خطة العلاج. العلاج السلوكى والنفسى الاجتماعى لاضطرابات تعاطى المخدرات والاضطرابات النفسية المترابطة.
- المعالجة الدوائية للاضطرابات الطبية والنفسية المترابطة.
- عقد العلاج الذى يحدد بوضوح كل إجراءات العلاج، والخدمات، والسياسات واللوائح الأخرى، وكذلك توقعات البرنامج بالنسبة للمريض.
- التقييم المستمر لمدى تقدم المريض فى العلاج، والتقييم الإكلينيكي المستمر الموضوع فى صميم البرنامج.

- الوقاية من الانتكاسة واستراتيجيات المغادرة فيما يتعلق بالرعاية المستمرة بعد العلاج الإيوائى متضمنة، العلاج بالمدامومة عند الاقتضاء، ومستوى ملائم من العلاج النفسى الاجتماعى للإدمان، والعلاج المستمر للمشكلات الطبية والنفسية المتزامنة.
- الدعم الاجتماعى المكثف الذى يتضمن السكن والتوظيف.

التدخلات ذات الكثافة المتوسطة والمنخفضة

تتضمن التدخلات ذات الكثافة الأقل جلسات دعم جماعى أسبوعية، وعلاج نفسى فردى، والتثقيف فى مجال الصحة والمخدرات، والدعم الجماعى منخفض الكثافة.

يجوز لمتخصصى الصحة خلال مسار العلاج الخارجى تقييم تناول المخدرات والكحوليات بانتظام، والحالة النفسية والعقلية للمريض. والتعاون الروتينى مع خدمات الرعاية ذات الصلة يعد شيئاً ضرورياً، وينبغى أن يشتمل على دمج العلاج الخارجى مع الخدمات الطبية لأمراض نقص المناعة المكتسبة والفيروسات الكبدية، والسل، والعدوى المنقولة عن طريق الجنس.

وينبغى تواجدهم التعاون الروتينى مع وكالات الدعم الاجتماعى ووكالات الدعم الأخرى متضمناً دعم التعليم، أو التوظيف، أو الرفاهية، أو مصادر دعم للمعاقين، والمسكن، أو الشبكات الاجتماعية، أو المساعدة القانونية.

3-4-5 نماذج وطرق العلاج المستخدمة

يمكن تحقيق أهداف العلاج على أكمل وجه باستخدام مزيد من التدخلات الدوائية والنفسية. وبشكل مثالى، توفر برامج العلاج خارج المستشفى فيما يتعلق باضطرابات تعاطى المخدرات مجموعة شاملة من الخدمات لإدارة المشكلات المتنوعة التى تؤثر على المرضى عبر مختلف مجالات الحياة.

3-4-6 التدخلات النفسية والسلوكية القائمة على الأدلة

ينبغى استخدام التدخلات النفسية فى برامج العلاج الخارجى لمواجهة العوامل التحفيزية، والسلوكية، والنفسية، والاجتماعية والبيئية المرتبطة باستخدام المخدرات والتى أظهرت أنها تقلل استخدام تناول المخدرات، وتعزز الامتناع عن تناولها، وتمنع الانتكاسة. ويمكن استخدام التدخلات النفسية أيضاً لزيادة الالتزام بالعلاج والأدوية. وبالنسبة لاضطرابات تعاطى المخدرات المختلفة، فالأدلة الناتجة عن التجارب الإكلينيكية تدعم فاعلية العلاج السلوكى الإدراكى، والمقابلات التحفيزية، ونهج تعزيز المجتمع، علاج لزيادة التحفيز، طرائق العلاج الأسرى، إدارة حالات الطوارئ، العلاجات الموجهة تجاه البصيرة، برنامج تيسير الإثنتى عشر خطوة، السكن، ودعم البطالة من بين آخرين.

العلاج السلوكى الإدراكى

يستند العلاج السلوكى الإدراكى على وعى بأن الأنماط السلوكية والعمليات الإدراكية المتعلقة باستخدام المخدرات هى أشياء مكتسبة ويمكن تعديلها. فأتناء العلاج، يتم تعريف المرضى بمهارات تكيف واستراتيجيات إدراكية جديدة لتحل محل الأنماط السلوكية وأنماط التفكير غير المناسبة. وتوضع جلسات العلاج السلوكى الإدراكى بأهداف محددة لتحقيقها فى كل جلسة وتركز على المشاكل الطارئة التى يواجهها مدمن المخدرات، ويمكن أن يستخدم العلاج السلوكى الإدراكى كنهج قصير المدى يتم تكييفه ليلائم مجموعة من المرضى، ومختلف المراكز العلاجية، وكل من جلسات العلاج الجماعية والفردية. ويمكن أن يقترن العلاج السلوكى الإدراكى بمجموعة من العلاجات النفسية الاجتماعية والدوائية.

إدارة حالات الطوارئ

تتضمن حالات الطوارئ إعطاء المرضى مكافآت عينية غير نقدية لتعزيز السلوكيات الإيجابية مثل الامتناع عن تناول المخدرات، حضور جلسات العلاج، الالتزام بالأدوية، أو أهداف العلاج الخاصة بهم. ويعد القياس الموضوعى للنتائج الإيجابية المتفق عليها (عادة الإشراف على جمع البول واختبار السمية) بجانب التعقيبات الفورية شيئاً ضرورياً من أجل فاعلية العلاج. وتوفر نتائج الاختبارات مؤشراً لتقدم العلاج، ويمكن مناقشتها فى جلسات علاج سرية لتعزيز فهمها

أفضل لحالة المريض. يستخدم نهج إدارة الطوارئ عادة كجزء من العلاج الذي يركز على تعزيز سلوكيات جديدة تتنافس تناول المخدرات، ويمكن أن يقترن بالعلاج السلوكي الإدراكي.

ويظهر المرضى الذين يتعالجون من خلال إدارة الطوارئ انخفاضًا مبدئيًا في تناول المخدرات أكبر مما يظهره خلال أنواع العلاجات الأخرى، بالرغم من أن هناك تساؤلات عن استمرارية هذه التأثيرات مالم يقترن نهج إدارة الطوارئ بأنواع العلاجات الأخرى. وكشفت النتائج أن علاج إدارة الطوارئ مفيد بشكل خاص في علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الأمفيتامين والكوكايين حيث يساعد في تقليل الانقطاع عن تلقي العلاج، وخفض تناول المخدرات وكشفت بعض الدراسات الأخرى أن نهج إدارة الطوارئ الذي يستخدم قسائم صرف كمكافأة على الأداء العالي في العلاج أثبتت فاعلية في زيادة مستوى استخدام العلاج لدى مدمني المخدرات. وبالرغم من أن العديد من التجارب البحثية تستخدم المكافآت المالية، إلا أنه يجب تكيف إدارة الطوارئ مع الثقافة والسكان بجانب بعض المدخلات من المريض.

المقابلات التحفيزية والعلاج لزيادة التحفيز

المقابلات التحفيزية هي مقابلات تعاونية، مؤثرة وتترك استقلالية المريض. ويقوم الطبيب بدور الاستشاري بدلاً من اتخاذ دور المهيم، ويسعى إلى فهم ما يقدره المريض وهذه العملية تولد التعاطف، وتعزز التحالف العلاجي الذي يمكن من خلاله تفعيل التغييرات السلوكية. وقد يدرك المريض من خلال هذه العملية أن سلوك تعاطي المخدرات لا يتسق مع الأشياء التي تمثل أهمية بالنسبة له. والمقابلات التحفيزية هي نهج مبشر يؤدي إلى تقليل السلوكيات التي تنطوي على مخاطر عالية مثل ممارسة الجنس دون وقاية ومشاركة الحقن. ويمكن أن تعقد المقابلات التحفيزية خلال جلسة أو جلستين للحالات الأقل حدة، أو يمكن أن يمتد هذا النهج (حيث يطلق عليه حينها العلاج بزيادة التحفيز) ليصل إلى ست جلسات أو أكثر للحالات الأكثر حدة من اضطرابات تعاطي المخدرات.

إشراك أفراد الأسرة والأطراف الأخرى المعنية ذات الأهمية

أثبتت مناهج العلاجات الموجهة نحو الأسرة فاعلية في الانتظام في العلاج، وتقليل تعاطي المخدرات، وتحسين المشاركة في الرعاية اللاحقة عند مقارنتها بالرعاية التي تركز على المريض وحده. وتكون المناهج الموجهة نحو الأسرة مفيدة في تثقيف المرضى وعائلاتهم بشأن طبيعة المخدرات، وعملية التعافي.

وتتضمن المناهج الفعالة المحددة الموجهة نحو الأسرة : العلاج الزوجي السلوكي، والعلاج الأسري لاستراتيجي القصير، العلاج متعدد الأنظمة، والعلاج الأسري متعدد الأبعاد.

ويبدو أن العلاج الأسري متعدد الأبعاد أثبت فاعلية بوجه خاص في علاج إدمان الأفيون عند المراهقين. وتم اختبار العلاج الزوجي بشكل أكبر في إطار علاجات إدمان الكحول، ولكنه قد يلعب دورًا في علاج إدمان المخدرات. وقد يكون العمل مع الأسرة ذو فائدة حينما يرفض المريض الاشتراك في العلاج باستخدام المناهج مثل العلاج الأسري أحادي الجانب، أو الدعم المجتمعي، أو تدريب الأسرة.

توصيات منظمة الصحة العالمية

يمكن تقديم التدخلات النفسية الاجتماعية التي تشمل حالات الطوارئ والعلاج السلوكي الإدراكي والعلاج الأسري لعلاج إدمان المنبهات النفسية.
يمكن تقديم التدخلات النفسية الاجتماعية القائمة على العلاج السلوكي الإدراكي أو العلاج بزيادة التحفيز أو العلاج الأسري لعلاج إدمان القنب.
يمكن تقديم التدخلات السلوكية للأطفال والمراهقين، والتدريب على مهارات مقدم الرعاية لعلاج الاضطرابات السلوكية.
يمكن تقديم التدخلات النفسية الاجتماعية-متضمنة العلاج السلوكي الإدراكي، والعلاج الزوجي، وعلاج الشبكة الاجتماعية، وإدارة حالات الطوارئ، والمقابلات التحفيزية، وبرنامج تيسير الاثنى عشرة خطوة ولك علاج إدمان الكحوليات.

7-4-3 التدخلات الدوائية القائمة على الأدلة

تكون الأدوية مفيدة للغاية فى إدارة/علاج مجموعة متنوعة من جوانب اضطرابات تعاطى المخدرات مثل التسمم، والجرعة الزائدة، الانسحاب، والإدمان، والمشاكل النفسية المرتبطة بإدمان المخدرات. وينبغى إجراء التدخلات الدوائية بجانب التدخلات النفسية.

3-4-8 العلاج الدوائى

3-4-8-1 العلاج الدوائى لاضطرابات تعاطى الأفيون

جرعة الأفيون الزائدة

يمكن تحديد جرعة الأفيون الزائدة من خلال الجمع بين هذه الأعراض الثلاثة: (1) انقباض حدقة العين، (2) فقدان الوعي، (3) قصور فى الجهاز التنفسى. ويمكن لمثبط الأفيون النالوكسون أن يوقف مفعول جرعة الأفيون الزائدة خلال دقائق، فهو علاج منقذ للحياة. ومن خلال تاريخه الطويل من النجاحات الطبية، وتأثيراته الجانبية شديدة الندرة، ينبغى أن يتوفر النالوكسون فى كل مرافق الرعاية الصحية التى يمكن اللجوء إليها للاستجابة للجرعات الزائدة من الأفيون.

يمكن حقن النالوكسون فى العضل، أو تحت الجلد، أو فى الوريد، كما يمكن إعطاؤه داخل الأنف. ووقد أثبتت أدوات الحقن داخل الأنف يدوية الصنع فاعلية فى التجارب الطبية حيث يتم تركيبها بإضافة بخاخة إلى الحقن التى تحتوى على النالوكسون، وبالرغم من ذلك قد يحتاج المريض إلى جرعة ثانية. وتكون تركيبات الأنف التجارية أكثر تركيزاً من تلك التى تستخدم من خلال الحقن حيث أن الغشاء المخاطى للأنف لديه حد معين لكمية السائل التى يمتصها مرة واحدة. والجرعات التى يتم إعطاؤها من خلال الأنف بحاجة لأن تكون أعلى من الجرعات التى يتم حقنها فى الوريد.

وبالإضافة إلى العلاج بالنالوكسون، يتضمن علاج الجرعات الزائدة من الأفيون المحاولة لإفاقة المريض، طلب الإسعاف، وأساليب الإنعاش مثل التنفس الإنقاذى، والبقاء بجانب الشخص حتى يسترد وعيه.

ويجب توزيع النالوكسون وأساليب الإنعاش على المريض، وأفراد العائلة، والأشخاص الآخرين المرجح مشاهدتهم لتعاطى الجرعة الزائدة.

توصيات منظمة الصحة العالمية

ينبغى أن يتوفر النالوكسون فى كل مرافق الرعاية الصحية التى يمكن اللجوء إليها للاستجابة للجرعات الزائدة من الأفيون.
تتضمن مجموعة خيارات علاج إدمان الأفيون الدعم النفسى الاجتماعى، علاجات المداومة مثل الميثادون والبوبورينورفين، التطهير من السموم، والعلاج بالمواد المثبطة مثل النالتريكسون.
ينبغى إعطاء النالوكسون إلى الأشخاص الأكثر عرضة لمشاهدة تعاطى الجرعات الزائدة من الأفيون، والتدريب على كيفية التعامل مع الجرعات الزائدة.

التطهير من الأفيون:

إن الهدف الأساسى من التطهير من السموم هو استقرار الصحة البدنية والنفسية، والتعامل مع أعراض الانسحاب عند توقف تناول المخدرات أو الإقلاق منه. والتطهير من السموم شيئاً ضرورياً قبل العلاج اللاحق، ومع ذلك، هناك وقت يكون فيه المرضى أكثر ضعفاً بشكل خاص حيث أن الفترات الأخيرة من التوقف تمثل عوامل خطورة كبيرة من تناول الجرعات الزائدة المميتة من الأفيون نتيجة انخفاض درجة التحمل، أو الحكم غير الدقيق فيما يتعلق بالجرعة. وحيثما يكون متاح، يمكن خفض الجرعات اليومية من الميثادون والبوبرينورفين التى يتم الإشراف عليها من أسبوع لأسبوعين بفاعلية وأمان من أجل التطهير من الأفيون. وبطريقة أخرى، يمكن استخدام جرعات منخفضة من الكلونيدين واللويفيكسيدين، أو الإقلاق التدريجى لعلاجات الأفيون الأضعف- بجانب بعض الأدوية المحددة- لعلاج أعراض انسحاب الأفيون بمجرد ظهورها. (مثل مضادات التقيؤ، ومضادات الإسهال، ومسكنات الألم، والمهدئات. ولا يتعين على الأطباء وصف الأدوية المهدئة إلا لفترة قصيرة، ومراقبة الاستجابة للعلاج عن كثب حيث أن مخاطر التحمل، والاستخدام الخاطى للأدوية قد يتطور بالنسبة لبعض الأدوية ذات الاستخدام الأطول. وتكون فاعلية العلاج أكبر عند توفر المساعدة النفسية أثناء علاج إدارة أعراض الانسحاب.

توصيات منظمة الصحة العالمية	
توصيات موحدة	توصيات قوية
بالنسبة لعلاج أعراض انسحاب الأفيون، يفضل استخدام جرعات متناقصة من محفزات الأفيون مثل الميثادون والبوبرنورفين بالرغم من إمكانية استخدام المستقبلات ألفا ₂ الأدرينالية	يجب ألا يستخدم الأطباء مزيج من مثبطات الأفيون مع مقدار كبير من المهدئات في إدارة أعراض الانسحاب.
ينبغي ألا يستخدم الأطباء بشكل روتيني مزيج من مثبطات الأفيون وقدر قليل من المهدئات لعلاج أعراض الانسحاب.	
يجب أن تقدم الرعاية النفسية بشكل روتيني بجانب العلاج الدوائي لأعراض انسحاب الأفيون.	

إدمان الأفيون

ينطوي إدمان الأفيون على فترات مزمنة وفترات انتكاسة، وبالتالي يجب وضع علاج طويل المدى للوقاية من الانتكاسة. ويجب أن يتضمن علاج الانتكاسة مزيج من العلاج الدوائي والتدخلات النفسية. وتكون نتائج العلاج الذي لا يتضمن سوى المناهج النفسية أقل بكثير من العلاج الذي يشتمل على الأدوية المناسبة.

هناك استراتيجيتين أساسيتين لمواجهة إدمان الإيون ومهما:

- 1- العلاج بـمداومة محفزات الأفيون باستخدام محفزات الأفيون طويلة المفعول (الميثادون والبوبرنورفين).
- 2- التطهير من السموم يعقبه علاج للوقاية من الانتكاسة باستخدام مثبطات الأفيون (بالنالتريكسون).

العلاج بمداومة محفزات الأفيون

توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن العلاج بمداومة محفزات الأفيون	
توصيات موحدة	توصيات قوية
ينبغي أن تكون الجرعة المعتادة للعلاج المداوم بالبوبرنورفين 8 ميللجرام يوميًا على الأقل.	بالنسبة للعلاج بمداومة محفزات الأفيون، ينبغي نصح معظم المرضى باستخدام الميثادون بجرعات مناسبة تفضيلاً على البوبرنورفين.
يتم توفير الجرعات التي يأخذها المريض حينما تفوق فوائد قلة وتيرة التردد مخاطر التحول عن المسار، ويخضع ذلك للمراجعة الدورية.	خلال التحفيز بالأفيون، يجب أن تعتمد الجرعة اليومية المبدئية على التكيف العصبي، ويجب ألا تتعدى بوجه عام 20 ميللجرام، وألا تزيد بالقطع عن 30 ميللجرام.
	وينبغي أن تتراوح جرعات الميثادون في المعتاد ما بين 60 إلى 120 ميللجرام يوميًا.
	وينبغي أن يتم الإشراف على تناول جرعات الميثادون والبوبرنورفين في المرحلة الأولى من العلاج.
	ينبغي تقديم الدعم النفسي بشكل روتيني بالاشتراك مع العلاج الدوائي لإدمان الأفيون.

إن الهدف الأساسي من العلاج بمداومة محفزات الأفيون هو تقليل تناول المواد الأفيونية غير المشروعة، وإدارة التوقف بمنع أعراض الانسحاب، وتقليل الإشتهاء لتناول المخدرات، وتقليل تأثيرات المواد الأفيونية الإضافية إذا ماتم استهلاكها.

العلاج بمداومة الميثادون

وبمقارنة علاج الميثادون بالعلاج دون أدوية، يظهر المرضى الذين يتم معالجتهم انخفاضاً في تناول الهيروين وأنواع العقاقير المخدرة الأخرى، وتكون معدلات الوفيات أقل، مضاعفات طبية أقل، نسب أقل من انتقال أمراض نقص المناعة المكتسبة والفيروسات الكبدية، أنشطة إجرامية أقل، وتحسين الوظائف المهنية والاجتماعية.

ويجب أن يبدأ العلاج بالميثادون باتباع قاعدة "البدء بجرعات منخفضة وزيادتها بشكل تدريجي"، وينبغي أن تكون الجرعة المبدئية 20 ملليجرام أو أقل -بناء على مدى تحمل الميثادون- مما يسمح بهامش أعلى من الأمان لتقليل مخاطر الجرعات الزائدة من الميثادون. ويمكن إعطاء جرعات صغيرة إضافية إذا ما استلزم الأمر- تصل إلى 30 ملليجرام. وبمجرد إعطائها بأمان، فإن الهدف هو الوصول لجرعة مثالية من أجل علاج طويل الأمد لمنع الإسهال واستخدام المخدرات غير الشرعية. ويجب تعديل الجرعة المبدئية تدريجياً بالزيادة للوصول إلى الجرعة المثالية التي تقضى على الإسهال، ولا تؤدي في نفس الوقت إلى الخمول أو النشاط الشديد وإنما تسمح للمرضى بالأداء الأمثل في كل مناحي الحياة. ويجب تعديل الجرعة بالزيادة إذا ما كان هناك تعاطى مستمر للهيروين، أو تعديلها بالنقص إذا ما كان هناك أى خمول أو كان الشخص على استعداد لوقف العلاج.

وبشكل مثالي، تتراوح الجرعات الفعالة بمداومة الميثادون ما بين 20 / 120 ملليجرام في اليوم وتعتمد على عوامل فردية مثل القدرة على تحمل الأدوية، والتداخل الاستقلابي للأدوية الأخرى التي يمكن أن تغير مستويات الميثادون في الدم(مثل أدوية نقص المناعة المكتسبة، أو السل، أو الأدوية النفسية أو أدوية القلب).

وللحفاظ على مستويات بلازما ملائمة وتجنب أعراض انسحاب الأفيون، من المهم إعطاء الميثادون يوميًا وتتم مراقبة مدى التزام المرضى بنظام العلاج بصورة منتظمة. في بداية العلاج، يتم إعطاء الميثادون تحت الإشراف الطبي، وبمجرد استقرار حالة المريض، يتم إعطائه الجرعات عند مغادرته وفقاً للقوانين المحلية، وتقييم يقارن بين المنافع والمخاطر بالنسبة للفرد.

وحيث أن الميثادون هو نوع من أنواع الأفيونيات، فيمكن أن يحاول بعض الأشخاص بيع الميثادون الموصوف لهم طبيًا بطريقة غير مشروعة، ويمكن تقليل فرصة ذلك من خلال تخفيف الجرعة التي يتم الإشراف عليها، وتخفيف الجرعات التلي يأخذونها عند المغادرة إلى حد تقل معه احتمالية حقه.

توصيات الأمم المتحدة بشأن استخدام الميثادون في العلاج بالمداومة

ينبغي أن تتكون خيارات العلاج الدوائي من الميثادون والبوبرينورفين للمداومة بمحفزات الأفيون وانسحاب الأفيون، واستخدام مستقبلات ألفا 2 الأدرينالية لعلاج انسحاب الأفيون، واستخدام النالتريكسون لمنع الانتكاسة، والنالوكسون لعلاج الجرعة الزائدة.
ينبغي أن تكون الجرعة المبدئية من الميثادون بـ 20 ملليجرام أو أقل -بناء على مدى مستوى تحمل الميثادون- مما يسمح بهامش أعلى من الأمان لتقليل مخاطر الجرعات الزائدة غير المقصودة.
ينبغي تعديل الجرعة سريعاً بالزيادة إذا ما كان هناك أعراض انسحاب مستمرة للأفيون، وتعديلها بالنقص إذا ما كان هناك خمول.
زيادة تدريجية إلى النقطة التي يتوقف عندها الاستخدام غير المشروع للأفيون، ومن المرجح أن تتراوح الجرعة ما بين 60-120 ملليجرام من الميثادون يوميًا.
ينبغي مراقبة المرضى من خلال التحليل الطبي وتقييم المخدرات.
توفير المساعدة النفسية لكل المرضى.
يتم الإشراف مبدئيًا على تناول الميثادون.
ينبغي تكييف درجة الإشراف وفقًا لاحتياجات كل فرد، ووفقًا للقوانين المحلية، وينبغي أن تحقق التوازن ما بين تقليل كم الجرعات لدى الحالات المستقرة من المرضى ومخاطر الحقن وتحول الميثادون لسوق من المخدرات غير المشروعة.

الجمع ما بين البوبرينورفين Buprenorphine والبوبرينورفين، buprenorphine والميثادون:

تتشابه أهداف وأفكار العلاج بمداومة البوبرينورفين لأهداف وأفكار المداومة بالميثادون: وهي منع الإشتهاء وتناول الأفيون غير المشروع. وعند البدء بعلاج البوبرينورفين، ينبغي أن تتراوح الجرعة الأولى التي يتم إعطاؤها ما بين 2-4 ميلليجرام من ثمانى إلى اثنى عشرة ساعة بعد آخر تناول للأفيون، أو حينما تحدث أعراض انسحاب الأفيون. وعلى عكس قاعدة استخدام الأفيون " البدء بجرعة صغيرة ثم زيادتها تدريجياً". ينبغي البدء بتحفيز البوبرينورفين سريعاً بمجرد إظهار تحمل الجرعة الأولى حيث أن مخاطر التسمم ضئيلة نتيجة لمفعولها التحفيزى الجزئى.

تتراوح جرعات المداومة الفعالة من البوبرينورفين من 8-14 مليجرام يوميًا على ألا تتجاوز الجرعة اليومية 32 مليجرام على حد أقصى. ويمكن النظر فى إعطاء جرعة بديلة- بتناول ضعف الجرعة اليومية- للمرضى الذين يحتاجون جرعة مراقبة ولا يحتاجون جرعة بديلة لالتزيم عن 32 مليجرام. وعند مقارنته بالميثادون، فإن البوبرينورفين يتفاعل بدرجة أقل مع الأدوية التي إعطاؤها بشكل شائع. وشأنه شأن الميثادون، فيوصى بإعطاء جرعات البوبرينورفين تحت الإشراف الطبي حتى تستقر حالة المريض ثم يتم إعطاؤه الجرعات عند مغادرته إلى المنزل وفقاً للقوانين المحلية وتقييم يقارن المنافع بالمخاطر بالنسبة للفرد.

ولتقليل جاذبية الأفراد الذين يحقنون البوبرينورفين أو يبيعون أقراصه، فإن البوبرينورفين يتواجد أيضاً مختلطاً بالنالكسون. وهذا الخلط يجعله أقل جاذبية لمن يتناولون الأفيون، وقد يمرون بأعراض الانسحاب إذا ما قاموا بحقنه. وحيث أن الكبسولة التي توضع تحت اللسان قد تستغرق خمسة عشر دقيقة لكى تذوب فى الفم، فقد تم تطوير كبسولة لينة تتصلب عند اختلاطها بالماء مما يجعل الحقن أكثر صعوبة.

عند علاج الأشخاص مدمنى المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا مثل (مثل المورفين)، فيمكن للأطباء التحول إلى أفيون طويل المفعول مثل (الميثادون والبوبرينورفين) اللذين يتم تناولهما مرة واحدة يوميًا مع صرفه بأشراف طبي- إذا ما استلزم الأمر- إما من أجل العلاج بالمداومة أو التطهير من السموم

منظمة الصحة العالمية 2009

العلاج بمثبطات الأفيون كالنالتريكسون

لا يمكن البدء بالعلاج بمثبطات الأفيون طويلة المفعول كالنالتريكسون إلا بعد التطهير من السموم لدى الأشخاص الذين لم يتناولوا الأفيون لمدة أسبوع أو أكثر (تحديدًا الذين تركوا مراكز العلاج الإيوائى). يستخدم النالتريكسون لمنع الإبتكاسة، وإيقاف تأثير الأفيون من 1-2 يوم. وإذا لم يكن لدى المريض التحفيز الكافى، فيمكن أن ترتفع معدلات التوقف عن العلاج.

يمثل النالتريكسون فائدة للمرضى الذين:

- 1- لا يحصلون على العلاج بمحفزات الأفيون.
- 2- لديهم دافع قوى للتوقف عن تناول كل أنواع الأفيونيات.
- 3- لا يستطيعون العلاج بمحفزات الأفيون بسبب التأثيرات العكسية.
- 4- أو الذين أظهروا نجاحًا من خلال العلاج بمحفزات الأفيون ولكنهم لا يرغبون فى الاستمرار فى العلاج بمحفزات الأفيون ويرغبون فى حماية إضافية ضد الإبتكاسة.

والنالتريكسون متوفر فى شكل أقراص تؤخذ يوميًا عن طريق الفم (50 مليجرام يوميًا)، أو ثلاث مرات أسبوعيًا (100-150 مليجرام لكل جرعة) للمحافظة على مستويات منع تأثيرات الأفيون فى الدم، وهو متوفر أيضاً على هيئة مستحضر حقن ديبوت بطيئة التحرر (تعطى كحقن أو تغرس تحت الجلد) للحفاظ على مستوى وقف تأثير الأفيون لفترة من 3-6 أسابيع بعد الجرعة الواحدة. وتم توزيع عدد من مستحضرات الحقن تحت الجلد وأفادت التقارير أنها توقف تأثير الأفيون لفترة أطول.

توصيات الأمم المتحدة للعلاج بمثبطات الأفيون باستخدام النالتريكسون

بالنسبة للمرضى من مدمنى الأفيون الذين لم يتلقوا علاج المداومة بمحفزات الأفيون، يجب النظر فى العلاج الدوائى باستخدام النالتريكسون بعد الانتهاء من أعراض انسحاب الأفيون.

منظمة الصحة العالمية 2009

2-8-4-3 العلاج الدوائى لاضطرابات تعاطى المنشطات النفسية

تعتبر المنشطات النفسية مثل الأمفيتامين والكوكايين من أكثر العقاقير غير المشروعة استخدامًا وإشكالية فى العديد من أجزاء العالم. وحتى يومنا هذا، لم يثب أى دواء فاعليته بثبات فى علاج اضطرابات المنشطات النفسية. وفى الوقت الحالى، تستخدم الأدوية فى المقام الأول لعلاج الاضطرابات النفسية المتزامنة وأعراض الانسحاب.

وإذا ما تمت ملاحظة أعراض انسحاب المنشط، فيمكن استخدام أدوية لتخفيف الأعراض عند الاقتضاء (مثل الأدوية المضادة للقيء، والمضادة للأسهال، ومسكنات الألم، والمهدئات). ومع هذا، ينبغى أن يصف الأطباء هذه الأدوية لفترات قصيرة فقط من الوقت، ومراقبة الاستجابة للعلاج عن كثب حيث أن مخاطر التحمل، والاستخدام الخاطى للأدوية قد يتطور لفترات أطول.

وقد تستخدم الأدوية المهدئة والمضادة للذهان لعلاج الأعراض النفسية الناتجة من تسمم المنشطات النفسية الحاد، حيث أكثر من نصف المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المنشطات النفسية لديهم اضطرابات نفسية رئيسية متزامنة (مثل الاضطراب الاكتئابى الحاد، واضطراب ثنائى القطب، وانفصام الشخصية)، لذا تلعب أدوية المؤثرات العقلية الملائمة دورًا كبيرًا فى علاج اضطرابات الناتجة عن تناول المنشطات النفسية، والمرضى الذين تتكرر إصابتهم باضطرابات تناول المنشطات النفسية لديهم اضطرابات أخرى من تناول المواد المخدرة (مثل الكحول أو إدمان الأفيون)، والذى ينبغى معالجته من خلال المناهج الدوائية والنفسية الاجتماعية.

توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن علاج إدمان المنشطات النفسية

لا ينبغى استخدام الديكستروأمفيتامين الاضطرابات الناتجة تناول المنشطات النفسية فى مراكز العلاج غير المتخصصة.

برنامج راب الفجوة فى الصحة النفسية 2012

العلاج الدوائى لاضطرابات تعاطى القنب

هذا لا يوجد حتى يومنا هذا علاج دوائى معتمد للاضطرابات الناجمة عن تناول القنب، ويظل العلاج النفسى الاجتماعى هو المنهج الأساسى. وإذا ماتمت ملاحظة أعراض انسحاب القنب، فيمكن استخدام أدوية معالجة الأعراض لعلاج أعراض الانسحاب عند الاقتضاء مثل الأدوية المضادة للقيء، والمضادة للأسهال، ومسكنات الألم، والمهدئات). ومع هذا، ينبغى أن يصف الأطباء هذه الأدوية لفترات قصيرة فقط من الوقت، ومراقبة الاستجابة للعلاج عن كثب حيث أن مخاطر التحمل، والاستخدام الخاطى للأدوية قد يتطور لفترات أطول.

العلاج الدوائى للاضطرابات العقلية المصاحبة

يمر الكثير من المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات باضطرابات عقلية مصاحبة مثل الاكتئاب، أو الضغط العصبى ما بعد الصدمات، أو الهوس، أو الذهان.

وبعد توقف المرضى عن تناول المخدرات سرعان ما يمر العديد من المرضى بالأعراض النفسية مثل القلق، أو الأرق التى يجوز معالجتها بأدوية معالجة الأعراض ومع ذلك، ينبغى استخدام الأدوية المهدئة المنومة مثل البنزوديازيبين بحذر كأول خط من العلاج حيث أن احتمالية إدمان هذه الأدوية تكون عالية. وبدلاً من ذلك، ينبغى النظر فى الأدوية البديلة مثل مضادات الاكتئاب المهدئة أو مضادات الذهان بجرعات منخفضة بالإضافة إلى العلاج النفسى الاجتماعى والسلوكى.

9-4-3 إدارة التعافى والدعم الاجتماعى

تضم عملية التعافى مجموعة مختلفة من الأنشطة تشجع وتعزز المصادر الداخلية والخارجية التى تساعد المرضى على معالجة المشكلات المتعلقة بالمخدرات وتكرارها بشكل طوعى وبحماس. وقد تكون بعض من هذه الأنشطة متواجدة بالفعل فى إطار بيت المريض، والضاحية التى يقطن بها، والمجتمع، بينما تحتاج بعض الأنشطة الأخرى إلى تطويرها. وتؤدى العوامل والأنشطة التالية إلى إعادة الدمج الاجتماعى وتحسين فرص الإبراء المستقر والتعافى من الاضطرابات الناتجة عن تعاطى المخدرات:

- تحسين قدرة الفرد على الصمود، وفعالية الذات، والثقة بالنفس لمواجهة الصعوبات اليومية والضغط العصبى والحفاظ على الالتزام بالتعافى وتجنب الانتكاس إلى استخدام المخدرات.
- شبكة اجتماعية داعمة (مثل الشريك، وأفراد العائلة، والأصدقاء) تراقب مدى استقرار عملية التعافى والامتناع عن المخدرات، والالتزام بالعلاج.
- إعاشة مستقرة.
- العمل المثمر والتقدير فى بيئة العمل مما يحل محل الوصم والعنصرية.
- الانخراط مع الأفراد، والشبكات الاجتماعية من الأصدقاء وزملاء العمل ممن لديهم معايير موجهة نحو الامتناع عن تناول المخدرات ويدعمون أهداف التعافى.
- المشاركة السياسية، أو الإنسانية، أو الروحية التى توفر السبيل لإضفاء معنى لضغوطات الحياة ووضع هدف أسمى فى الحياة.
- المشاركة الاجتماعية والاندماج فى الأنشطة الاجتماعية والمهنية متضمنة الاشتراك التطوعى أو المجتمعى.
- إصلاح المشكلات القانونية والمالية.
- الانخراط النشط فى مجموعات المساعدة الذاتية، أو الدينية، أو المجموعات الأخرى الداعمة.

10-4-3 تقييم قوة الأدلة

- هناك مجموعة من التجارب الطبية العشوائية التى تقارن مختلف المناهج للدعم الاجتماعى، ومع ذلك، أخفق معظمها فى إظهار الفرق. وأظهرت مجموعة صغيرة من التجارب أن بعض المناهج أفضل من قائمة الانتظار، وأن بعض المناهج أفضل من بعض المناهج الأخرى، وأن تلك المناهج الأخرى تعادل مناهج مختلفة أثبتت فاعليتها (انظر برنامج راب الفجوة فى الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية من أجل مزيد من التفاصيل).
- هناك بعض الأدلة الناتجة من التجارب العشوائية التى تقضى بأن الدعم النفسى الاجتماعى بجانب العلاج بمداومة محفزات الأفيون أفضل من العلاج بمداومة محفزات الأفيون وحده.⁴
- هناك أدلة ناتجة من التجارب الطبية العشوائية بشأن فوائد العلاج بمداومة الميثادون والبوبرينورفين، وفاعلية الميثادون والبوبرينورفين فى التطهير من السموم.⁵
- هناك أدلة ضعيفة عن فوائد النالتريكسون الذى يؤخذ عن طريق الفم⁶ لعلاج إدمان الأفيون.

11-4-3 توصيات بشأن خدمات العلاج الخارجى

⁴ منظمة الصحة العالمية

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/substance_use_q5.pdf?ua=1

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/substance_abuse/q4/en

http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

⁵ منظمة الصحة العالمية

http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

⁶ منظمة الصحة العالمية

http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

إعطاء معلومات بشأن مرافق الطوارئ طوال 24 ساعة إلى المريض وذويه الذين يعالجون على أساسا العلاج خارج المراكز العلاجية.

العلاج الخارجية للاضطرابات الناتجة عن تعاطي الأفيون

- يجب أن تتضمن خدمات علاج انسحاب الأفيون علاج الانسحاب من خلال خيارات العلاج الأخرى المستمرة.
- يجب أن تتكون خدمات العلاج الدوائي الضرورية من العلاج بـمداومة محفزات الأفيون وخدمات علاج انسحاب الأفيون، وعلى أقل تقدير، يجب أن يتضمن ذلك إما الميثادون أو البوبرينورفين للمداومة بمحفزات الأفيون وعلاج الانسحاب خارج المراكز العلاجية.
- يجب أن تتكون خدمات العلاج الدوائي من كل من الميثادون والبوبرينورفين للعلاج بـمداومة محفزات الأفيون وانسحاب الأفيون، مستقبلات ألفا 2 الأدرينالية لعلاج انسحاب الأفيون، واستخدام النالتريكسون لمنع الانتكاسة، والنالوكسون لعلاج الجرعة الزائدة.
- يوصى بالجرعات التي تؤخذ عند المغادرة إلى المنزل حينما تكون الجرعة والحالة الاجتماعية في حالة استقرار، وتكون هناك مخاطرة ضئيلة للتحويل إلى أهداف غير مشروعة.
- يجب تبرير الترك القسري للعلاج لضمان سلامة الموظفين والمرضى، ولكن عدم الامتثال لبرنامج العلاج لا ينبغي أن يكون سبباً للتخريج القسري، ويجب اتخاذ تدابير لتحسين الموقف متضمنة إعادة تقييم نهج العلاج المستخدم.
- توفر المعامل والمرافق الأخرى لرصد تقدم العلاج والامتثال للعلاج الذي يتم إعطاؤه للمريض.
- هناك معايير محددة لحالات خاصة تتعلق بالخطر مثل التسمم، والانتحار).

تقييم خيارات العلاج

- يركز خيار العلاج للفرد على التقييم المفصل لاحتياجات العلاج، وملائمة العلاج لمجابهة هذه الاحتياجات (يجب أن يركز تقييم ملائمة العلاج على الأدلة)، وقبول المرضى وتوفير العلاج.
- إجراء التحاليل الطوعية لأمراض نقص المناعة المكتسبة والأمراض المعدية الشائعة بصاحبها الاستشارة قبل وبعد التحاليل.
- وبشكل مثالي، ينبغي أن تجرى تحاليل لكل المرضى في التقييم المبدئي لتناول المخدرات حديثاً.
- ينبغي أن تتخذ خطط العلاج منظور طويل الأمد.
- ينبغي التخطيط لانسحاب الأفيون بجانب العلاج المستمر.

نطاق الخدمات المقدمة

- ينبغي أن تتكون خيارات العلاج الدوائي من الميثادون والبوبرينورفين للمداومة بمحفزات الأفيون وانسحاب الأفيون، واستخدام مستقبلات ألفا 2 الأدرينالية لعلاج انسحاب الأفيون، واستخدام النالتريكسون لمنع الانتكاسة، والنالوكسون لعلاج الجرعة الزائدة.
- يجب توفر مجموعة منظمة من التدخلات الاجتماعية، وفقاً لاحتياجات المريض. وتتضمن هذه التدخلات -- على سبيل المثال لا الحصر-- أشكال مختلفة من الاستشارات والعلاج النفسي، والمساعدة فيما يتعلف بالاحتياجات الاجتماعية مثل الإسكان، والتوظيف، والتعليم، والمشاكل القانونية.
- توفير العلاج النفسي الاجتماعي والنفسي داخل المراكز العلاجية للمرضى الذين يعانون من الحالات المرضية النفسية.

علاج الحالات المرضية المصاحبة

- حينما يكون هناك عدد كبير من المرضى الذين يتعاطون الأفيون ويعانون من أمراض نقص المناعة المكتسبة، أو الفيروس الكبدى ب، أو السل، فينبغى أن يقترن علاج إدمان الأفيون بالخدمات الطبية لهذه الحالات.

- وبالنسبة للمرضى الذين يعانون من السل، أو الالتهابات الكبدية، أو مرض نقص المناعة المكتسبة، وإدمان الأفيون، فيجب أن يتم إعطاء محفزات الأفيون بجانب العلاج الطبي؛ فليس هناك حاجة للانتظار التوقف عن تناول الأفيون للبدء فى العلاج المضاد للسل، أو علاج الالتهابات الكبدية، أو العقاقير المضادة للفيروسات الارتجاجية.
- يجب أن يكون هناك تقييم على فترات متقطعة أو تقييم مستمر لعملية العلاج الذي يتم تقديمه أو نتائجه.

موظفو الرعاية الصحية

- يجب أن يكون لدى الموفر نظام يضمن أن طريقة اختيار الموظفين، وتعيينهم، وتدريبهم تتفق مع الأعراف القانونية السارية، والقواعد الداخلية الموضوعية.
- تحدد منظمة العلاج القواعد التي يتبعها موظفى الرعاية حال سريان بعض التشريعات.
- يتم تحديد هيكل وإدارة المنظمة، مع توضيح تخصص كل منصب يشغله الأفراد.
- يوضح الموفر هيكل المنظمة واحتياجات الموظفين، وكذلك توصيفات الوظائف ومؤهلات الموظفين مع الأخذ فى الاعتبار احتياجات مستخدمى خدمات المنظمة وعددهم، وتتعلق كيفية تكوين الفريق والإضافات الأخرى بهذه الاحتياجات.
- ضمان الوقاية من مخاطر العمل.
- توضع فى سجلات الموظفين الحالات التى ينتهك فيها أى من الموظفين حقوق المريض، والتدابير التى تم اتخاذها بصدد ذلك.
- يقدم الرعاية المتخصصة (الطبية، والنفسية، والنفسية الاجتماعية، والتعليمية، إلخ)، موظفون يحملون المؤهلات والتراخيص ذات الصلة.

المغادرة والرعاية اللاحقة والإحالة:

- هناك معايير محددة لطرد المرضى بسبب انتهاك المريض لقواعد الخدمات العلاجية، أو العنف، أو استمرار تعاطى العقاقير المخدرة دون وصفة طبية.
- يجب تبرير الترك القسرى للعلاج لضمان سلامة الموظفين والمرضى، ولكن عدم الامتثال لبرنامج العلاج لا ينبغى أن يكون سببًا للتخريج القسرى، ويجب اتخاذ تدابير لتحسين الموقف متضمنة إعادة تقييم نهج العلاج المستخدم.
- هناك معايير محددة لحالات خاصة تتعلق بالخطر مثل التسمم، والانتحار.
- اكتشاف خطط الرعاية التى توضح السبل البديلة التى من الممكن اتباعها حال الإخفاق الكلى أو الجزئى للخطة الأصلية، أو الطرد من خدمات علاج إدمان المخدرات.

3-5 العلاج الإيوائى طويل المدى

3-5-1 تعريف ووصف موجز لمكان العلاج

يتواجد العلاج الإيوائى لاضطرابات تعاطى المخدرات فى أشكال عدة، وتطور بشكل مستقل فى العديد من الأماكن العلاجية. ويجب التمييز بين العلاج الإيوائى الذى يهدف إلى تعزيز التغييرات العلاجية وبين الإعاشة المدعومة التى تعمل فى المقام الأول كتدخل سكنى لا يقدم العلاج الفعال.

يمكن أن يتم العلاج الإيوائى طويل المدى فى محيط المستشفى، تحديداً مستشفى للأمراض النفسية، أو من خلال جماعات علاجية. وتم تطوير هجين من العلاج، والعيش المجتمعى والجماعات العلاجية من خلال برامج للعيش المجتمعى الخالى من المخدرات بجانب فلسفة دعم مشتركة. وتم تطوير نماذج أخرى من العلاج الإيوائى طويل المدى للتعامل على وجه التحديد مع اضطرابات الصحة العقلية المتزامنة وهذه النماذج لديها سمات العيادات النفسية والطبية بجانب علاج نفسى متكامل، وعلاج عائلى، وتدخلات دوائية.

والبقاء لفترة طويلة فى المراكز الأيوائية يتيح للمريض الابتعاد عن البيئة التى تشوبها الضغوط والفضى التى قد تكون ساهمت فى إدمان المخدرات. ولا يتعرض المرضى فى البيئة العلاجية الخالية من المخدرات- والخالية من الكحوليات فى العادة- إلى الإشارات التى تحفز سلوكيات البحث عن المخدرات، بل ويجدون أنه من السهل التوقف عن تناول المخدرات والاتجاه نحو التعافى.

لا يصنف كل مكان يعيش فيه الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تعاطى المخدرات معاً فى محاولة لخلق بيئة داعمة لبعضهم البعض على أنه مرفق للرعاية الصحية. ومع ذلك، بمجرد مطالبة المرفق بتوفير فوائد الرعاية الصحية، وقبوله الأموال من أجل أهداف علاجية، فمن البديهي أن يصبح مرفق للرعاية الصحية، وعندئذ، فمن المتوقع أن يفى بمعايير مرافق الرعاية الصحية. والسمة المتفرقة للجماعة العلاجية أنه بينما لديها معايير مرفق الرعاية الصحية، فهى تحتفظ بالجوانب المفيدة الأقل رسمية المفيدة للعيش فى المجتمع.

وتستخدم الجماعة العلاجية المجتمع بأكمله فى البرنامج، متضمناً المقيمين، وموظفو الرعاية، وإطار الاجتماعى كمكونات فعالة للعلاج. وتعنى البيئة " الخالية من المخدرات " موافقة المقيمين على جلب المخدرات أو تناولها (متضمنة الكحوليات)-أثناء تواجدهم بين الجماعة.

وبالرغم من أن النماذج التقليدية للعلاج الإيوائى طويل المدى لا تتضمن سوى طرق العلاج النفسى الاجتماعى، إلا أن المناهج الحديثة قد تشتمل على استخدام الأدوية لتقليل اشتهاؤ المخدرات وعلاج الأعراض النفسية المصاحبة. ويكون التركيز الأساسى للعلاج على تعلم مهارات التحكم فى الإشتهاء، ومهارات الاتصال بين الأشخاص، والمساءلة الشخصية، والمسئولية، وتحسين تقدير الذات.

وهناك قواعد وأنشطة لبرامج العلاج الإيوائى طويل المدى مصممة لمعاونة المرضى المقيمين على تناول أساليب التفكير والتصرف ذات الاختلال الوظيفى، ومعاونتهم على تبنى أساليب جديدة وفعالة للتفاعل مع الآخرين، وتتضمن الخدمات الشاملة التى يمكن توفيرها فى مراكز العلاج الإيوائى المهارات المهنية، والتدريب على الوظائف، وعلاج اضطرابات الصحة العقلية.

وتمثل الرعاية المكثفة والداعمة التى يتلقاها المرضى فى مراكز العلاج الإيوائى استجابة ملائمة للتاريخ الشخصى الذى عادة ما يتسم بالرعاية السئية للوالدين، والإهمال العاطفى، والاعتداء البدنى أو الجنسى، والصدمات، العنف بين الأشخاص، والإقصاء الاجتماعى. إضافة إلى ذلك، فإن الأنشطة المنظمة وقواعد البرنامج تساعد المرضى على تنمية قدرتهم على السيطرة على الانفعالات، وتأخير اشباع الرغبات، وفى نفس الوقت، تعلم مهارات للتعامل مع الاحباطات

والتكيف مع الضغط العصبي. كما يساعد اتخاذ الالتزامات الملموسة على تنمية المساءلة الشخصية وتقييم التقدم الشخصى من خلال الإنجازات القابلة للقياس. وبالرغم من أن نموذج الجماعات العلاجية من النماذج القديمة في علاج اضطرابات تعاطى المخدرات، والقبول الجيد له في العديد من الدول، إلا أنه من الصعب اختياره في العيادات الطبية. وقد كشفت مراجعة كوكرين للجماعات العلاجية عن أدلة تفيد بفعاليتها في إطار السجون، وأنه ليس هناك إرشادات محددة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الجماعات العلاجية. ودون التعقيب على فاعلية نهج الجماعات العلاجية مقارنة بطرائق العلاج الأخرى، يحدد هذا الفصل المعايير المتوقعة للعلاج الإيوائى طويل المدى، متضمنًا الجماعات العلاجية.

3-5-2 المجموعات السكانية المستهدفة

هم المرضى الذين من غير المرجح حفاظهم على الامتناع عن تناول المخدرات خارج إطار البيئة المنظمة لتحسين جودة حياتهم، أو المشاركة في الدمج الاجتماعى أو الصحى. وبرامج العلاج الإيوائى طويل المدى هي الأكثر ملائمة للأشخاص الذين يتطلبون علاج مكثف ومستمر لمواجهة احتياجات الشخص بأكمله مع التركيز على إدارة المشكلات النفسية والاجتماعية المعقدة المرتبطة بالإدمان، والبدء في إحداث تغييرات في جوانب الحياة المتعددة لتيسير الانتقال إلى عملية التعافى.

وتوصف خدمات العلاج الإيوائى طويل المدى تحديداً للمرضى

- الذين يمرون بمشكلات حادة مرتبطة بتعاطى المخدرات وتؤثر على تعليمهم، ووظائفهم، وعملية الدمج الاجتماعى.
- الذين لهم تاريخ غير ناجح من العلاج، ولا يستجيبون للعلاج الدوائى والنفسى الاجتماعى خارج مراكز الرعاية الصحية، أو من خلال العلاج قصير المدى داخل مرافق الرعاية الصحية.
- الذين تأثروا باضطرابات الصحة العقلية المتزامنة وأثرت على صحتهم وأمانهم خارج البيئة المنظمة (الذين يحتاجون إلى العلاج داخل المستشفيات).
- الذين لديهم موارد شخصية محدودة.
- الذين لديهم مشاكل عائلية واجتماعية ودعم اجتماعى محدود.
- والمعزولين اجتماعياً أو المهمشين.
- الذين يجدون صعوبات في قطع علاقاتهم للمجموعات الإجرامية وشبكات الإتجار فى المخدرات.
- الذين يدركون الحاجة إلى العلاج وعلى استعداد لتغيير أسلوب حياتهم بشكل كبير، واكتساب مهارات جديدة.

3-5-3 الأهداف

الأهداف الأساسية للعلاج الإيوائى طويل المدى هي كالتالى:

- تقليل مخاطر العودة للتعاطى للنشط للمخدرات
- علاج الاضطرابات النفسية واضطرابات الإدمان باستخدام العلاج الدوائى والعلاج النفسى الاجتماعى.
- تنمية المهارات للتكيف مع الاشتهاء وضغوطات الحياة دون تناول المخدرات.
- تحسين الصحة الشخصية ومحيط العائلة والعمل والتوظيف الاجتماعى.
- تطوير العلاقات الشخصية الفعالة مع المرضى الآخرين وموظفو الرعاية، واكتساب مهارات اجتماعية جديدة، واكتساب الثقة بالنفس، وتلقى التقدير على السلوكيات الإيجابية.
- تطوير المهارات الشخصية ومهارات التواصل لبناء شبكة من الأصدقاء الذين امتنعوا عن تناول المخدرات.
- الحصول على أنماط حياتية صحية أكثر مثل : التغذية السليمة، ونظام نوم / واستيقاظ مستقر، والمراقبة الروتينية للصحة، والالتزام بالعلاج.
- استكمال تعليمهم، وتنمية المهارات المهنية، والقدرة تدريجياً على استعادة التحكم فى حياتهم بمجرد العودة إلى الاندماج فى مجتمعهم العام.

3-5-4 مناهج العلاج

قد تختلف برامج العلاج الإيوائي طويل المدى في مناهجها المطبقة، فقد يبدأ العلاج بمرحلة التطهير من السموم، أو قد يحدث ذلك قبل الدخول إلى مراكز العلاج. وعادة ما يتكون العلاج بواسطة الجماعات العلاجية من مزيج من التدخلات الفردية والجماعية بجانب أعضاء الجماعة أيضاً الذين يشاركون مهام الحياة اليومية كشكل من أشكال العلاج. وتختلف التدخلات المقدمة عن بعضها البعض بشكل كبير، ويمكن أن تركز على نهج الإثني عشرة خطوة، أو منهج مدمنى الكحول المجهولين، أو مناهج نفسية اجتماعية منظمة مثل علاج السلوك الإدراكي، أو نهج الحكمة الجماعية للمجموعة غير المحدد تحديداً جيداً. وبالرغم من دعم المقيمين بعضهم البعض، إلا أن توفر نطاق محدود من تقديم الآراء النقدية البناءة.

3-5-5 طرق العلاج

التقييم

تتيح المقابلة المبدئية لموظفي الصحة التعرف على المريض المقيم المرتقب، وتتيح للمقيم المرتقب بأن يتعرف على برنامج العلاج الإيوائي. وهذه بمثابة الخطوة الأولى في إنشاء "التحالف العلاجي". ويقرر المقيم عادة خلال تلك المقابلة ما إذا كانوا سيلتحقون بالبرنامج العلاجي أم لا، ويحدد القائمين على البرنامج العلاجي ما إذا كانوا سيقبلون المقيم المرتقب من عدمه. وقد تجرى مكالمات هاتفية مبدئية قبل التقييم الشخصي.

يجب أن يجري القائمين على برامج العلاج الإيوائي تقييم نفسي اجتماعي وطبي شامل لكل مريض يلتحق بالعلاج لتحديد الاحتياجات الفردية وللنظر في مدى ملائمة المرضى لبرامج العلاج المحددة، فقد يحتاج المرضى الذين يعانون من مشكلات عقلية وبدنية كبيرة مكان علاجي يوفر الرعاية الطبية والنفسية الملائمة.

وعقب موافقة المريض، ينبغي مناقشة احتياجات المريض والعلاج الخاص به مع وكالات الإحالة و الممارسين الطبيين متضمناً ذلك خطة لتطهير من السموم إذا اقتضى الأمر.

ويجب تطوير خطط العلاج بناء على التقييمات الشاملة التي يجب أن تتضمن أدوات وعمليات موحدة مثل مؤشر خطورة الإدمان، والمقابلة التشخيصية الدولية المركبة لنماذج تعاطي المخدرات.

وتمثل المجالات التالية أهمية لعملية التقييم:

- العلاجات قصيرة وطويلة المدى السابقة وتصورات العلاج السابق.
- حالة الصحة العامة متضمنة اهتمام بالحالة الصحية الحالية متضمنة الإعاقات البدنية، أو الحسية، أو الإدراكية.
- الصحة العقلية متضمنة الصدمات أو تاريخ الاعتداءات (سواء بدنية، أو نفسية، أو جنسية)، والعنف، ومخاطر الانتحار، أو الأذى النفسي، والعلاقات مع الآخرين.
- أحوال المعيشة الحالية؛ متضمنة المعيشة والمنازل الآمنة، ونظام الدعم في المنزل.
- الحياة العائلية متضمنة العلاقة مع الأسرة الأصلية، والعلاقات الحميمة، والمعالين.
- الصداقات متضمنة شبكة علاقات الزمالة، والتأثيرات الإيجابية والسلبية، والأشخاص الذين يقدمون المؤازرة أثناء فترة التعافي طويلة المدى.
- التعليم والعمل متضمناً المدرسة وتاريخ العمل، مستوى التدريب المهني، والاحتياجات، والدخل _ سواء قانوني أو غير قانوني).
- المشكلات القانونية متضمنة الأنشطة الإجرامية والصلة بتعاطي المخدرات.
- الأنشطة والهوايات وقت الفراغ.

وتؤدي الفترة طويلة الأمد ومكان العلاج الإيوائي إلى خلق الفرصة لإجراء تقييم دقيق، كما يتيح أيضًا التقييم بعد مرور الفترة الأولية من الامتناع مباشرة عن التعاطي والتي تضمن أن التقييم لا يتأثر بتأثيرات التسمم الناتج عن المخدرات أو انسحاب المخدر وأن المرضى يفهمون جيدًا طبيعة العلاج وأنهم يوافقون عليه تمام الاتفاق. ويتيح التعايش مع الأقران وموظفي الصحة تقييم السمات المزاجية والشخصية التي قد تفيد في اتباع نهج متفرد لوصف العلاج.

ويجب أن يشتمل كل برنامج على سياسة خطية للدخول لضمان أن الالتحاق بالبرنامج تطوعى ويوثق ذلك بموافقة خطية من المريض وينبغي أن تصف هذه السياسة بوضوح معايير الأهلية والاستبعاد، إضافة إلى ضرورة أن يتضمن البرنامج إجراءات خطية للدخول والتوجيه تستخدم مع كل الوافدين. وخلال إجراءات الدخول يجب أن يكون المقيمين الجدد على علم تام بالبرنامج وأن يتلقوا معلومات مكتوبة عن البرنامج متضمنة أهدافه، وطرق العلاج المستخدمة وقواعد البرنامج. وينبغي إطلاع المرضى على التزاماتهم، وحقوقهم والتفاصيل المتعلقة بالخصوصية، وعدم التمييز والسرية. كما يجب أن يكونوا على دراية بدور موظفي الصحة، والفلسفة الكامنة وراء البرنامج، والقواعد الخاصة بالتواصل مع الأشخاص خارج نطاق البرنامج ومع الزائرين، وأخيرًا ينبغي مناقشة التفاصيل الإدارية (مثل تكاليف البرنامج وطرق السداد) يجب أن يكون موظفي الصحة على علم تام بسياسات وإجراءات الدخول.

عدم القبول بالبرنامج

إذا لم يتم قبول أحد المقيمين المحتملين بالبرنامج، فينبغي أن يتم منح المريض المرفوض تفسير شامل لأسباب الرفض شفاهيًا ومشفوعًا بنموذج مكتوب، وإن أمكن إخطار جهة الإحالة (دون انتهاك سرية المريض). إذا لم يتم قبول أحد الأشخاص، فيبغي تحويله بطريقة ملائمة. ويجب أن يكون فريق التقييم على دراية بالخدمات البديلة الملائمة للإحالات بمساعدة شبكة خدمات معدة سلفًا.

الانتظام في العلاج

يمكن أن تؤثر المستويات المرتفعة للانتظام في العلاج على نتائج العلاج بشكل إيجابي. وتتضمن بعض المتغيرات التي تعزز الاستبقاء على العلاج ما يلي:

- مستوى التحمس قبل العلاج.
- مستوى استهلاك المخدر أو الكحول قبل العلاج.
- عدد حالات القبض قبل العلاج.
- قوة العلاقة مع القائم بالعلاج.
- المساعدة المتوقعة من خدمات العلاج وجدوى العلاج.
- تعاطف موظفي الصحة.
- تضمين التدريب على منع الانتكاسة.

خلال الثلاثة أسابيع الأولى من العلاج، وبخاصة الأيام الأولى، تكون مخاطر التوقف عن العلاج والانتكاسة في أعلى معدلاتها. لذا، فمن المهم أن يتلقى المرضى المقيمين رعاية متفردة تركز على تعزيز التحفيز للاستمرار في العلاج، وبخاصة في تلك الفترة التي قد يستمر فيها المرضى في التعرض للاضطرابات النفسية المرتبطة بأعراض الانسحاب المطولة (مثل الأرق، والقلق، وحدة الطباع، والاشتهاء للمخدر)، والتردد بشأن الإقلاع عن المخدرات، وقد يجدون صعوبة في التكيف مع قواعد البرنامج. ينبغي أن تغطي الجلسات الإعلامية موضوعات مثل: فلسفة البرنامج والتوقعات الخاصة به، وكذلك نهج العلاج والشفاء، والاستبقاء على البرنامج، والحصائل الصحية، والمخاوف التي يواجهها المقيمون عادة خلال المراحل الأولى من العلاج. ولمواجهة الدوافع نحو التردد والتذبذب بشأن العلاج ينبغي على موظفي الصحة:

- توفير بيئة مطمئنة مليئة بالمودة.
- إنشاء تحالف علاج يركز على الثقة.
- الاستجابة سريعًا لطلبات العلاج لتعزيز الانتظام في العلاج.
- التركيز على الاهتمامات الملحة للعميل وليس اهتمامات البرنامج.

- توفير دعم مكثف خلال الإثنى وسبعون ساعة الأولى من العلاج من خلال الملاحظة عن كثب، وزيادة التفاعل العام، واتباع نظام الرفاق (جمع نزيل جديد مع آخر .
- أن يهتموا بالمرضى وأن يتسموا بالاحترام فيما يتعلق بكل جوانب البرنامج حيث أن المواجهة عادة ما ينتج عنها الغضب والتوقف عن العلاج في مرحلة مبكرة.
- منح تعقيبات إيجابية موضوعية بشأن المشكلات وعمليات التغيير من أجل تعزيز المصداقية والجدارة بالثقة.
- وضع استراتيجيات تحفيزية تركز على كل مريض على حدة.
- وضع أهداف علاج واقعية وشخصية تعكس مراحل التغيير للعمل وتتسم بمرونة كافية لتتحول بتقديم المريض.
- خلق وعى بمدى اختلاف العملاء وبخاصة في عمليات العلاج الجماعي.
- تحديد استراتيجيات متعددة للعملاء بمشكلات متعددة.
- التدخل المبكر لتقليل الارتباك وتوضيح التوقعات والأدوار.
- التعامل مع العملاء لتوفير دعم فردي، شامل ومستمر.
- تنمية المهارات لإدارة العلاقات بعد المغادرة.

التدخلات العلاجية

ينبغي أن يوفر العلاج الإيوائى طويل المدى على أقل تقدير (وبخاصة ذلك الذى يركز على نموذج الجماعات العلاجية) بيئة خالية من المخدرات والكحوليات ومجموعة متنوعة من مقابلات الجماعة (مثل المقابلات الصباحية، والمجموعات التى لا تنزع إلى المواجهة، والمجموعات الخاصة للنزليات من السيدات، والمجموعات المعنية بتقييم الأقران، والدعم النفسى الاجتماعى إذا ما تتطلب الأمر). وينبغي أن توفر البرامج الإيوائية القائمة على المستشفيات الرعاية الطبية والنفسية، والعلاج الفردي والجماعي، والتدخلات التى تتضمن أفراد الأسرة.

وقد تتضمن برامج العلاج الإيوائى طويل المدى مجموعة متنوعة من الطرائق العلاجية مثل التدخلات النفسية الاجتماعية سواء الفردية أو الجماعية، والتدريب على المهارات الحياتية، والتدريب التعليمى والمهنى، والأنشطة الترفيهية، ويمكن تطبيق التدخلات القائمة على الأدلة التى تستخدم بصورة روتينية فى العلاج خارج المستشفيات واستخدامها أيضاً فى العلاج الإيوائى طويل المدى. وتتضمن طرق العلاج النفسى الاجتماعى المحددة التى يمكن استخدامها العلاج السلوكى الإدراكى، والعلاج بزيادة الحافز، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتعد البرامج المنظمة لمنع الانتكاسة شيئاً ضرورياً فى الإعداد لإعادة دمج النزلاء فى المجتمع. ويمكن أن تؤدى بعض التدخلات العلاجية مثل العلاج بالفنون، والعلاج الإبداعي، والعلاج بتحفيز الحركة، والأدوية، وأنشطة الاسترخاء، والأنشطة البدنية إلى مساعدة المرضى على الاستفادة من أوقات الفراغ وتنمية الأنشطة الإبداعية التى قد تدعم عملية التعافى إذا ما استمرت بعد العودة إلى المجتمع.

وحيث أن التوظيف شئ هام فى عملية إعادة الدمج والتعافى، يتم إعداد المقيمين بشكل عام للالتحاق بالوظائف من خلال تعليمهم، وتقديم الخدمات المهنية، والتدريب على الوظائف. وتتضمن الخدمات المهنية إسداء المشورة بشأن الوظائف، التدريب على المقابلات الشخصية عند الالتحاق بالوظائف، وكتابة السير الذاتية، الخدمات الخاصة بكيفية التقدم بطلبات للوظائف والالتحاق بها. وينتج التدريب على الوظائف للمقيمين تعلم المهارات الجديدة وتنمية الثقة. وتمثل أنشطة العمل والأنشطة التعليمية تدخلات علاجية تقترن بطرق أخرى لإعادة دمج المرضى فى المجتمع مرة أخرى.

وكما جرى فى أى مكان علاجي آخر، يجب تجنب المواجهات التى تتضمن إساءات لفظية، أساليب الفضح والإشهار، أساليب العقاب والتقييد (متضمناً التقييد الجسدى)، وتجنب بعض المناهج مثل الإشراف المضاد، أو العلاج بالصدمة بجانب أى تدخلات تمس سلامة المريض وكرامته.

مدة العلاج

تؤدي الفترة الكافية من العلاج وكثافته إلى زيادة الفرصة لتدعيم وترسيخ أى تغير سلوكى بطراً، وتهيئة المقيمين بصورة كافية على الحياة بدون مخدرات فى مجتمعاتهم. وتختلف مدة العلاج اللازمة لبلوغ هذه المرحلة من مريض لآخر، ومع ذلك فالمرضى المقيمين الذين يمضون ثلاثة أشهر فى العلاج يصلون إلى نتائج أفضل فى العادة.

3-5-6 الاشتراطات المحددة للبرنامج

- ينبغى أن تتضمن البرامج التى تقدم العلاج الإيوائى طويل المدى المكونات الآتية:
- التقييم الطبى والنفسى الاجتماعى الشامل عند الدخول إلى مكان العلاج
 - خطة علاج تلبي الاحتياجات الفردية بأفضل الطرق.
 - قواعد البرنامج التى تحتوى على إجراءات واضحة للدخول، والمغادرة، وعواقب السلوك السلبى.
 - عقد العلاج يحدد بوضوح كل إجراءات العلاج، والخدمات، والسياسات والقواعد الأخرى بجانب توقعات المريض من البرنامج.
 - التقييم المستمر لمدى تقدم المريض فى العلاج، والتقييم الإكلينيكي المستمر الموضوع فى صميم البرنامج.
 - الوقاية من الانتكاسة واستراتيجيات المغادرة فيما يتعلق بالرعاية المستمرة بعد العلاج الإيوائى .
 - شكل واضح للأنشطة والإجراءات.

التوثيق

- ينبغى أن تحفظ السجلات الإلكترونية أو الخطية لكل التقييمات بسرية فى مكان آمن لا يطلع عليه إلا موظفى الصحة المشتركون فى العلاج. ويجب أن يتضمن التوثيق السليم على الأقل ما يلى:
- موافقة موقعة على العلاج واتفق بشأن قواعد البرنامج.
 - سياسة موقعة لمراعاة السرية والأخلاق.
 - خطط ملائمة للعلاج والإدارة لكل مقيم.
 - تحديثات منتظمة مع تفاصيل العلاج، ومدى التقدم المحرز، وأى تغير فى أهداف العلاج.
 - ملخص كامل فى نهاية البرنامج (مع إخطار المقيم بمحتوياته).

موظفى الصحة

هناك حاجة لتوفير قدر من الإشراف الطبى للجماعات العلاجية وخدمات العلاج الإيوائى الأخرى طويل المدى. ووفقاً لحجم الجماعة العلاجية، يكون هناك عادة ضرورة لتواجد فريق من المهنيين المدربين والمتطوعين لتقديم الرعاية المثلى.

ويجب أن يكون الأطباء – بما فيهم الأطباء النفسيين إن أمكن- قيد الطلب أو متواجدين لعدد من الساعات كل أسبوع. وفى مرافق العلاج الإيوائى لاضطرابات الصحة العقلية المتزامنة، يجب أن تتوفر خدمات الرعاية الطبية فى المكان طوال النهار، وتوافرها عند الطلب أثناء الليل. وينبغى تواجد كل من الاستشاريين، والمرضات، والأخصائيين الاجتماعيين طوال الأوقات فى موقع البرنامج.

ويمكن أن يكون الأشخاص الذين تعافوا هم أنفسهم من اضطرابات تعاطى المخدرات ويعملون ضمن فريق العمل بمثابة نماذج جيدة يحتذى بها للمقيمين. ويفضل أن تكون لهم خبرات عملية خارج برنامج العلاج، ويتبعون برنامج تدريب مهنى كاستشاريين أو أخصائى العمل الجماعى. وبالنسبة للمهنيين الذين شرعوا فى العمل فى الجماعات العلاجية، فينبغى بأن يمضوا بعض الوقت فى مجموعة علاجية قبل تعيينهم أو فور ذلك مباشرة. وينبغى تطبيق ضوابط السلوك الأخلاقى الصارمة الخاصة بموظفى الصحة. ويجب أن يتمتع موظفو الصحة عن أى معاملات مذلة أو مهينة وأن يدافعوا عن المبادئ الشخصية. وبشكل مثالى، يجب أن يكون هناك مجلس إدارة خارجى يودى المهام الإشرافية لضمان أن مديرى الجماعات العلاجية والموظفين لا يسيئون استخدام سلطتهم.

اشتراطات السلامة

يجب أن توفر كل برامج العلاج الإيوائى بيئة آمنة للموظفين والنزلاء لضمان بيئات آمنة من الناحية النفسية والبدنية للحياة والتعلم.

وتمثل البيئة الطبيعية والشكل الخارجى لكان البرنامج أهمية كبيرة حيث قد يمضى النزلاء شهرًا فى المكان. فيجب ألا يبدو المرفق أشبه بسجن أو مستشفى وإنما يقارب المنزل. وينبغى التشديد على عدم وجود المخدرات أو الكحوليات وطلب ذلك. ومع ذلك، لا ينبغى خفض الأدوية ذات التأثير النفسانى الميثيلفينيدات، أو مضادات الاكتئاب، أو الميثادون أو البوبرينورفين الطبي لعلاج الاضطرابات النفسية أو الإدمان مثل الميثيلفينيدات، أو مضادات الاكتئاب، أو الميثادون أو البوبرينورفين مالم يوصى طبيًا بذلك. ويجب وضع الاجراءات الخاصة بوقف أو مناولة الأدوية الموصوفة طبيًا.

أما السلوكيات غير المقبولة والتي قد ينتج عنها الاستبعاد من البرنامج فتتضمن تعاطى المخدرات، أو الكحوليات، أو العنف، أو السرقة، أو الأنشطة الجنسية بين النزلاء. ويمكن أن يساعد تحليل المخدرات فى البول على أساس دورى- وذلك عند العودة من المجموعة بعد أجازة مؤقتة حينما يكون هناك شك بتعاطى المخدرات. فى ضمان بيئة خالية من المخدرات. ووينبغى ان تكون هناك إجراءات خاصة بالإبلاغ عن الأحداث غير الآمنة مثل الاعتداء الجنسى أو البدنى وكيفية التعامل معهم. وكاستجابة لأى انتهاكات لقواعد وقيم البرنامج، يجب وضع إجراءات واضحة بمستويات مختلفة من الاستجابة تعكس الظروف المحددة. ويجب مراقبة التواصل مع الزائرين، أو الأشراف عليه أو منعه إذا تطلب الأمر وبخاص وفى المراحل الأولى من العلاج.

3-5-7 معايير استكمال البرنامج ومؤشرات الفاعلية

يتم خلال العلاج مراقبة النزلاء بصورة منتظمة وتقييمهم بشكل دورى بهدف تقديم التعقيبات البناءة لهم عن مدى تقدمهم نحو تحقيق اهداف العلاج واستكمال البرنامج.

يجب أن يركز تقييم نجاح العلاج والاستعداد للمغادرة على عدة أبعاد تتضمن:

- تحسين الصحة البدنية والعقلية.
- فهم العوامل والمحفزات التى قد تسهم فى تعاطى المخدرات والانتكاسة وإظهار المهارات للتعرف عليهم وعلاج الاشتهاء للمخدرات.
- تحسين الأداء الاجتماعى والرغبة فى الابتعاد عن شبكات تعاطى المخدرات والتوجه نحو الشبكات الاجتماعية التى تقدر الامتناع عن التعاطى والتعافى.
- تنمية مهارات واهتمامات جديدة تستمر بعد المغادرة.
- وجود الحافز للاستمرار فى العلاج والحفاظ على التعافى بعد المغادرة.
- القدرة والحافز على الانخراط فى الأعمال والمساهمة بدور فى المجتمع.

تقدم بعض برامج العلاج الإيوائى طويل المدى فترة علاج انتقالية أو فترة إعادة الدخول للعلاج وذلك لتهيئة النزلاء للمغادرة. وقد يمضى النزلاء تدريجيا خلال تلك الفترة المزيد من الوقت خارج نطاق الجماعة (متابعة المدرسة أو العمل) بينما لا يزالون مستقرين فى مكان تلقى البرنامج. وهذه الفترة من الاتصال المتزايد مع المجتمع الأوسع مع3- الحفاظ على الأمان، والاستقرار، والدعم الذى توفره خدمات البرنامج تمنح الفرصة للمقيمين لممارسة مهارات جديدة مكتسبة، والمداومة على الامتناع عن المخدرات، وتنمية علاقات جديدة، وشبكات صداقة داعمة، وإعادة بناء العلاقات مع عائلاتهم إذا اقتضى الأمر.

3-5-8 تقييم قوة الأدلة

هناك نقص فى الدراسات الدقيقة الخاضعة للمراقبة التى تقيم العلاج الإيوائى طويل المدى وبخاصة نموذج الجماعات العلاجية. ولم تجد واحدة من مراجعات كوكرين التى أجريت حديثًا أى أدلة تقضى بأن نموذج الجماعات العلاجية أكثر

أو أقل فاعلية من مناهج العلاج الأخرى، فيما عدا الجماعات العلاجية في السجون، والتي وجد من المراجعة أنها أكثر فاعلية⁷ من الرعاية النفسية والطبية الروتينية في السجون.

9-5-3 توصيات

معايير الجماعات العلاجية

- أن يكون لدى الجماعة برنامج علاجي مخطط له.
- هناك جدول يومي منظم ودقيق لأنشطة المجموعة.
- هناك خطة رعاية مكتوبة لكل الأعضاء.
- تعد الجماعة الأعضاء للعيش المستقل في المجتمع الأوسع.
- لدى الجماعة تسلسل واضح من المساءلة الطبية.
- هناك امتيازات محددة بوضوح بجانب أسباب منطقية وعمليات لتخصيص هذه الامتيازات.
- تحمل الجماعة على عاتقها مسئولية تحسين الصحة البدنية لأفرادها من المرضى والحفاظ عليها.
- وحيثما يقدم للمرضى العلاج الدوائي، تكون هناك سياسة مكتوبة خاصة بذلك وإشراف طبي مناسب.
- يجب أن تفي بيوت الرعاية المسجلة بأقل المعايير الوطنية.

موظفو الرعاية الصحية

- يجب أن يكون لدى الموفر نظام يضمن أن طريقة اختيار الموظفين، وتعيينهم، وتدريبهم تتفق مع الأعراف القانونية السارية، والقواعد الداخلية الموضوعية.
- تحدد منظمة العلاج القواعد التي يتبعها موظفي الرعاية حال سريان بعض التشريعات.
- يتم تحديد هيكل وإدارة المنظمة، مع توضيح تخصص كل منصب يشغله الأفراد.
- يوضح الموفر هيكل المنظمة واحتياجات الموظفين، وكذلك توصيفات الوظائف ومؤهلات الموظفين مع الأخذ في الاعتبار احتياجات مستخدمي الخدمات وعددهم، وتتعلق كيفية تكوين الفريق والإضافات الأخرى بهذه الاحتياجات.
- ضمان الوقاية من مخاطر العمل.
- توضع في سجلات الموظفين الحالات التي ينتهك فيها أي من الموظفين حقوق المريض، والتدابير التي تم اتخاذها بصدد ذلك.
- يقدم الرعاية المتخصصة (الطبية، والنفسية، والنفسية الاجتماعية، والتعليمية، إلخ)، موظفون يحملون المؤهلات والتراخيص ذات الصلة.

المغادرة

- هناك معايير محددة لطرد المرضى بسبب انتهاك المريض لقواعد الخدمات العلاجية، أو العنف، أو استمرار تعاطي العقاقير المخدرة دون وصفة طبية.
- هناك معايير محددة لحالات خاصة تتعلق بالخطر مثل التسمم، والانتحار.
- تركز المغادرة على النظر في حالة تعافي المريض.
- بذل الاهتمام لمزيد من العلاج والدعم (مثل دعم الأسرة والدعم الاجتماعي) والذي قد يكون مطلوب وذلك بناء على تشخيص حالة المريض وأهدافه وموارده.
- اكتشاف خطط الرعاية التي توضح السبل البديلة التي من الممكن اتباعها حال الإخفاق الكلي أو الجزئي للخطة الأصلية، أو الطرد من خدمات علاج إدمان المخدرات.

⁷ Smith LA, Gates S, Foxcroft D :الجماعات العلاجية لاضطرابات تعاطي المخدرات -قاعدة بيانات كوكرين للمراجعات المنهجية 2006، إصدار 1.

3-6 إدارة عملية التعافى

3-6-1 تعريف موجز ووصف للمكان

تصف عملية إدارة التعافى – والمعروفة باسم "الرعاية اللاحقة"، "أو" الرعاية المستمرة"، أو الدعم الاجتماعى- نموذج موجه طويل المدى نحو التعافى والذي يعقب الاستقرار فى الامتناع عن تناول المخدرات خلال العلاج خارج المستشفيات أو العلاج الإيوائى. فهو يركز على تقليل مخاطر الانتكاسة من خلال دعم الأداء الاجتماعى والعيش الجيد بصورة شاملة بجانب إعادة الدمج فى الجماعة والمجتمع. وتساعد إدارة التعافى على استقرار وتعزيز التعافى باتباع منظور شامل لجميع مراحل الحياة. وبلاستناد إلى قوة المريض وقدرته على التحمل، يتحول التركيز نحو المريض مما يؤدي إلى زيادة إحساسه بالمسئولية الشخصية حيال علاج اضطراب تعافى المخدرات المصاب به.

وأظهرت الدراسات المطولة أن علاج اضطرابات تعافى المخدرات مرتبط بتقليل كل من تناول العقاقير المخدرة بدرجة كبيرة والمشكلات المرتبطة بتناولها، والتكاليف التى يتكبدها المجتمع. ومع ذلك، فإن الانتكاسة بعد المغادرة، وإعادة الالتحاق ببرامج العلاج فى النهاية هى أشياء شائعة، لذا فمعظم المرضى الذين يلتحقون بالبرامج العلاجية تم معالجتهم من قبل. ولا تقل مخاطر الانتكاسة قبل مرور أربع أو خمس سنوات من التوقف الناجح عن تناول المخدرات. ومع ذلك فالتعافى المستدام ممكن تحقيقه، وقد حققه أكثر من 40% من المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعافى المخدرات.

وبشكل مثالى، يجب أن يعقب الرعاية الداخلية طويلة المدى والرعاية المركزة خارج مركز العلاج تناقص فى مستوى الرعاية المقدمة على أن تستمر لفترة طويلة. وهذا يخالف نوبات الرعاية المتكررة قصيرة المدة التى تعقب الانتكاسة وتنفق إلى الاستمرارية. والرعاية المستمرة الموجهة نحو التعافى هى نهج طويل المدى لعلاج المرضى داخل شبكة من الدعم والخدمات المجتمعية. وبشكل احترافى، فإدارة التعافى الموجهة- شأنها شأن إدارة اضطرابات الصحة المزمنة الأخرى- تحول التركيز من "الدخول، والعلاج، والمغادرة" إلى شراكة مستمرة لإدارة الصحة ومن خلال هذا النموذج يحل محل عملية المغادرة التقليدية مراقبة لما بعد حالة الاستقرار، والتنقيف بشأن التعافى، والتعافى والتوجيه، والترابط الفعال مع الجماعات المعنية بالتعافى، تنمية مصادر جماعات التعافى، والتدخلات المبكرة إذا لزم الأمر.

ويدعم التركيز على إدارة التعافى طويلة المدى- كمقابل لحالات العلاج القصيرة- الأدلة التى تقضى بأن الطريقة المثلى لفهم وعلاج تعافى المخدرات هى أنه اضطراب مزمن انتكاسى بدلا من كونه مرض أو حالة حادة وأنه يماثل أمراض مثل الضغط العالى، والربو، والسكر، لذا يجب توفر التدخلات الطبية والنفسية الاجتماعية للأشخاص المصابين باضطرابات تعافى المخدرات طوال فترة حياتهم بكثافة تماثل حدة الأعراض. ويجب أن تتضمن مناهج إدارة التعافى تدخلات دوائية ونفسية اجتماعية، وبيئية طويلة المدى موجهة نحو خفض تعافى المخدرات والسلوك الإجرامى بجانب تحسينات فى الصحة البدنية والعقلية والأداء الاجتماعى.

3-6-2 الأهداف

إن الهدف من إدارة التعافى هو الحفاظ على الفوائد المكتسبة فى مراحل العلاج الأولى. وبعد التمكن من الامتناع عن تناول المخدر والتحكم فى السلوك الاستحواذى نحو السعى لتعافى المخدرات- خلال مراحل العلاج المكثف- تهدف الرعاية الموجهة نحو التعافى إلى دعم عملية تنمية ودمج الأصول الاجتماعية والشخصية اللازمة للتكيف مع الظروف الخارجية والحفاظ على أسلوب حياة صحى. وهذا يتضمن السعى المستمر نحو التعافى الشخصى والاجتماعى كجزء من حوض حياة خالية من المخدرات، وتحسين الرعاية الذاتية من أجل السلامة البدنية والنفسية، واستعادة الكرامة، وتقدير الذات، والنمو الروحى.

ويدعم عملية التعافى مواصلة العلاج (متضمناً الأدوية والعلاج المنتظم)، و/ أو الحفاظ على الانخراط مع قطاع أكبر من الجماعات المعنية بالتعافى مثل جماعات الدعم المشترك. وتدعم الرعاية الموجهة نحو التعافى تنمية المهارات لإدارة لمعالجة الضغوطات اليومية المرتبطة بالتشرد، أو الحفاظ على السكن، أو البطالة، أو المشكلات المرتبطة بمكان العمل،

أو العزلة اليومية، أو العلاقات غير المرضية بين الأشخاص. ويحتاج المرضى بشكل خاص إلى الدعم قبل الأزمات والصراعات وأثناء وقوعها للمساعدة في التحكم في ردود الأفعال الحادة التي تعكس خللاً وظيفياً. ومن بين كل هذه العوامل يدعم العلاج الموجه نحو التعافى عملية التركيز على تقليل عوامل الإجهاد التي قد تستحث السلوك الجبرى لمعاودة الحصول على المخدرات. وبوجه عام تساعد الرعاية الموجهة نحو الشفاء المرضى على تحسين جودة الحياة واستقرارها والحصول على الفرص لإعادة الدمج الاجتماعى فى المجتمع.

إضافة إلى ذلك ينبغي خلال فترة التعافى الأول توقع تجدد ظهور الأعراض النفسية التي كانت قد تخفت وراء تناول المخدرات وتحديد أعراضها وذلك فى فترات التعافى الأولى.

3-6-3 أنواع المرضى التي تعد طريقة العلاج هذه هي الأكثر ملائمة لهم

بعد انقضاء فترة العلاج المبدئى لاضطرابات تعاطى المخدرات، يحتاج غالبية المرضى إلى عملية إدارة تعافى طويلة المدى بكثافة تتماشى مع احتياجات كل فرد. من التعافى والمرضى الذين يكونون فى أشد الاحتياج لعملية إدارة التعافى هم أولئك الذين لديهم تاريخ من حالات الانتكاسة المتعددة، ويعانون من اضطرابات الصحة البدنية والعقلية، وضعف الدعم المقدم من العائلة والمجتمع، والمشكلات القانونية و/أو مشكلات السكن. أما من يحتاجون برامج مكثفة لإدارة التعافى هم المرضى الذين يعانون من اضطرابات على درجة عالية من التعقيد؛ وبخاصة أولئك الذين لديهم ظهور مبكر للاضطرابات الناشئة عن تعاطى المخدرات وعاهات وظيفية على الصعيد العالمى، ومن يفتقرون إلى المهارات الحياتية الفعالة، ولديهم آليات محدودة للتكيف مع الضغوط، ومن المهم تواصل المرضى الأكثر عرضة للانتكاسة مع العناصر المناسبة والفردية لإدارة التعافى قبل مغادرة مراكز العلاج الإيوانى طويل المدى أو التوقف عن العلاج المكثف خارج المستشفيات.

3-6-4 طرائق ونماذج العلاج

توفر إدارة التعافى والرعاية المستمرة الفرصة للمرضى للحفاظ على التواصل المستمر مع نظام الرعاية الصحية، ومرافق الخدمات الاجتماعية والعلاج. وعادة ما ينسق الاستشارى إدارة الحالة، ويلتقى بالمريض كثيراً، ويوفر الدعم الإيجابى، ويشجع على الانخراط فى الجماعة، والمساعدة فى كيفية التعامل مع الظروف العصيبة التي تطرأ. كما يساعد الاستشارى المرضى على التواصل مع المهنيين الآخرين الذين يكونون بمثابة مصدر عون فى عملية إعادة الدمج الاجتماعى. وفى استجابة للاحتياجات الخاصة، يحيل الاستشارى المرضى إلى الأخصائين الاجتماعيين، وأخصائى علم النفس، والأطباء، وأخصائى الصحة الجنسية والإجانبية، ومسؤولى الخدمات القانونية.

مبادئ إدارة التعافى

ينتم منهج إدارة التعافى بما يلى:

التركيز على نقاط القوة بدلاً من تقليل جوانب النقص.: تهدف مناهج التعافى إلى تحديد المهارات، والمواهب، والمصادر والاهتمامات ودعمهم بدلاً من التركيز على الاحتياجات وجوانب النقص، والأمراض.

توجد برامج مرنة بدلاً من أخرى ثابتة: يجب أن تستجيب برامج إدارة التعافى إلى التغييرات التي تطرأ على المريض من خلال إجراء تعديلات بمرور الوقت، وتوفير الخيارات بتقديم نطاق مرن من الدعم والخدمات للوفاء باحتياجات المريض الفردية.

أخذ استقلالية المريض فى الاعتبار: إدارة التعافى هو منهج موجه نحو الذات يعمل على دعم وتشجيع اتخاذ خيارات واعية بشأن حياتهم وعلاجهم. وتم التأكيد على أهمية إدراج خيارات المريض فى المجالات الأخرى من الطب وبخاصة فى علاج الأمراض المزمنة، ووجد أنها تؤدي إلى زيادة مسئولية المريض نحو التعافى.

مشاركة الجماعة: على عكس التغلب على الإدمان من خلال فرض العزلة، إلا أن عملية إدارة التعافى تحاول إشراك أفراد الأسرة، والأصدقاء والمجتمع لتعزيز الجوانب الاجتماعية للتعافى، كما يتم تشجيع آخرين على لعب دور في عملية التعافى، كما يتم استغلال موارد الجماعة مثل المنظمات المهنية وغير المهنية والمنظمات والمدارس الدينية.

الأنشطة العلاجية

تتكون عملية إدارة التعافى من مجموعة من الأنشطة التي تدعم وتعزز الموارد الداخلية والخارجية لمساعدة المرضى على إدارة مشكلات الإدمان وتكرار حدوثها بصورة طوعية وفعالة. وقد تكون هذه الأنشطة متواجدة بالفعل في نطاق منزل المريض، أو الضاحية التي يقطن بها، أو المجتمع، بينما تحتاج أنشطة أخرى إلى التطوير. وتؤدي الأنشطة والعوامل التالية إلى زيادة إعادة الدمج الاجتماعى وتحسين فرص الإبراء والتعافى المستقر من اضطرابات تعاطى المخدرات:

- تعزيز تحسين قدرة الفرد على الصمود، وفعالية الذات، والثقة بالنفس لمواجهة الصعوبات اليومية والضغط العصبى والحفاظ على الالتزام بالتعافى وتجنب الانتكاس إلى استخدام المخدرات.
- شبكة اجتماعية داعمة (مثل الشريك، وأفراد العائلة، والأصدقاء) تراقب مدى استقرار عملية التعافى والامتناع عن المخدرات، والالتزام بالعلاج.
- الانخراط مع الأفراد، والشبكات الاجتماعية من الأصدقاء وزملاء العمل ممن لديهم معايير موجهة نحو الامتناع عن تناول المخدرات ويدعمون أهداف التعافى.
- العمل المثمر والتقدير فى بيئة العمل مما يحل محل الوصم والعنصرية.
- المشاركة الفعالة فى المجموعات المعنية بتنمية الذات، أو المجموعات الدينية أو مجموعات الدعم الأخرى.
- المشاركة الاجتماعية والاندماج فى الأنشطة الاجتماعية والمهنية متضمنة الاشتراك التطوعى أو المجتمعى
- المشاركة السياسية، أو الإنسانية، أو الروحية التى توفر السبيل لتحقيق هدف أسمى فى الحياة..
- إعاشة مستقرة.
- إصلاح المشكلات القانونية والمالية.

اشتراطات خاصة

ينبغى تطوير خطط العلاج بمعاونة فريق من المهنيين بجانب إشراك المرضى. يجب أن تكون خطط العلاج فردية وتتسق مع علاج الأمراض المزمنة. وعلى العكس من برامج الرعاية المركزة، توسع خطط العلاج الموجهة نحو التعافى من نطاق تركيزها فتبدء من الرعاية الطبية الأولية حتى الرعاية الاجتماعية متضمنة (الأخصائيين الاجتماعيين، والأخصائيين النفسانيين، والاستشاريين الأقران، شيوخ القبائل المحتملين، والزعماء الدينيين، وقادة المجتمع الآخرين)، وكذلك الأصدقاء وأفراد العائلة الذين يقدمون الدعم.

تتضمن عادة الخطة العلاجية لإدارة التعافى تقييمات لعمليات الرصد أو المتابعة والتي يجريها الاستشاري، أو الأخصائى النفسى بجانب الاختصاصى، أو طبيب الرعاية الأولية. ويمكن لهذه المتابعات - التى تجرى بصفة شخصية أو عبر الهاتف- تعزيز عملية التعافى المستدامة أو منع الانتكاسة. ويجوز للاستشارى خلال المتابعات أن يطلب من المريض الحديث عن الوضع الحالى لظروف عمله، أو أحواله المعيشية، أو آليات التكيف مع الضغوط، أو كيفية الحفاظ على العلاقات الصحية. وقد تتضمن المتابعات اختبار السمية الطوعى، حيث يمكن فحص المريض لمعرفة إن كان هناك إنتكاسة وذلك أثناء العيش وسط المجتمع ويمكن لهم تلقى تدخلات مبكرة من جديد إذا ما لزم الأمر.

3-5-6 معايير استكمال البرنامج ومؤشرات الفاعلية

وحيث أن منهج إدارة التعافى يتبنى منظور "تتبع مسيرة الحياة، فهو منهج مفتوح ويمكن أن يستمر مدى الحياة، فلم يعد يتم استخدام مصطلحات مثل "المغادرة"، أو "التخرج" والتي كانت تستخدم قبل سابق فى الكثير من مناهج العلاج التقليدية. فهو يتبنى مفهوم إدارة الأمراض المزمنة الذى يهدف إلى علاج المشكلات الصحية بهدف تحسين أحوالهم.

وينبغي تقييم مدى نجاح برامج إدارة التعافى فيما يتعلق بالقدرة على تقليل معدلات الانتكاسة (السيطرة على تناول المخدرات وتجنب الأضرار المرتبطة به)، وتحسين صحتهم البدنية والنفسية، وتحسين أوضاعهم، وأدائهم الاجتماعى، وإعادة دمجهم فى المجتمع.

ويمكن استخدام بعض الأدوات المنظمة لتقييم الأداء العالمى مثل مؤشر خطورة الإدمان لتقييم مدى التقدم فى الاتجاهات المتعددة المتعلقة بالصحة والأداء، بينما يمكن استخدام أدوات أخرى لتقييم "رأس مال التعافى" وهو مقدار الموارد الداخلية والخارجية التى تستخدم لبدء عملية الشفاء واستمراريتها.

6-6-3 تقييم قوة الأدلة

إدارة التعافى هو تصور مفاهيمى أخذ فى التطور لعلاج طويل المدى لاضطرابات تعافى المخدرات، وهو لا يتوقف بعد حالة واحدة من حالات العلاج أو بعد برنامج الرعاية اللاحقة قصير المدى. فإنه منهج علاج أكثر من كونه واحدة من التدخلات العلاجية المحددة، ولم يتم مقارنته بمنهج العلاج الأخرى خلال التجارب الطبية العشوائية.

الفصل 4 الفئات الخاصة من السكان

1-4 علاج السيدة الحامل

1-1-4 مبادئ العلاج

تمثل السيدات الحوامل اللاتي يعانين من اضطرابات تعاطى المخدرات قطاع متفردًا من السكان الذى يكون حاجة خاصة إلى العلاج من أجل سببين: أولهما: أن السيدة الحامل التى تعانى من الاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات تمثل تحديًا لموفرى الخدمات الصحية؛ لأن تعاطى المخدرات قد يؤثر على صحة الأم والجنين- ولأن العلاج قد يؤثر بصورة عكسية على أى من الأثنين فهناك تحديات طبية وأخلاقية تظهر عند تقديم العلاج لاضطرابات تعاطى المخدرات لهذا الزوج، مقارنة بتقديم العلاج للأم والطفل كل على حدة. ثانيًا أن القسم الأعظم من السيدات الحوامل اللاتي يعانين من اضطرابات تعاطى المخدرات لديهن مهارات قليلة إن لم يكن لديهن أى مهارات على الإطلاق فيما يتعلق بمهارات التربية ويفتقرن إلى المعلومات الأساسية بشأن الطفل كالتعرض للطفل وتربيته، إضافة إلى ذلك، بمجرد ولادته قد يحتاج الطفل إلى الخدمات الطبية أو الخدمات الأخرى الشاملة. بالنظر إلى إمكانية التعرض لتسوهات الجنين، وعلى صعيد آخر، فإن الفرصة لتوفير العلاج لاضطرابات تعاطى المخدرات التى تعانى منها السيدة الحامل قد يكون له إمكانية هائلة على إحداث تغييرات إيجابية تؤدي إلى تحسين جودة الحياة للأم والجنين والطفل إذا ما قدمت له الخدمات المناسبة. لذا فهناك دومًا "زوجين" مشتركين فى علاج السيدة الحامل من اضطرابات تعاطى المخدرات؛ الأم والجنين، والأم والطفل.

تعكس قضايا السيدات الحوامل اللاتي يعانين من اضطرابات تعاطى المخدرات قضايا البالغين الذين يتعاطون المخدرات، وتكون العديد من هذه القضايا – مثل التعليم النظامى أو احتمالية التورط فى أعمال غير قانونية- شائعة بين الرجال، والنساء، والنساء الحوامل. على العكس من ذلك فإن قضايا الوصم والعار وغياب العلاقات الإيجابية الداعمة هى قضايا قد يكون لها تأثيرات عكسية بصورة أكبر على النساء. وهى من الأسباب الرئيسية لعدم سعى المرأة نحو العلاج أو الدخول فى برامجه أو الاشتراك فيها. والمرأة أكثر عرضة من الرجل لتجارب للاعتداء، و/أو الإهمال، أو التعرض المتكرر للعنف بين الأفراد، أو الاعتماد من الناحية الاقتصادية على آخرين من أجل العيش، أو عدم القدرة على الحصول على فرص التعليم النظامى أو المهنى، ولديهم مهارات تربية وموارد محدودة. ومع الحمل، قد تصبح القضايا السالف ذكرها أكثر ظهورًا وتمثل عوائق للبدء فى العلاج، واستخدامه والحصول على نتائجه. وعلى عكس الشخص الذى يتعاطى المخدرات، فإن السيدات الحوامل يعرضن أجهتهن لاحتمالية التعرض للتأثيرات الضارة للمخدرات. وهؤلاء النسوة يمزقهن الصراع الداخلى ويحركهن الشعور بالوصم والذنب حيال ما يعتبرنه عدم القدرة على "التحكم" فى سلوك تعاطى المخدرات.

شددت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا على الاحتياجات الفريدة لخدمات العلاج للسيدة الحامل التى تعانى من الاضطرابات الناشئة عن تعاطى المخدرات. فالسيدة الحامل لديها نفس حقوق العلاج التى تتمتع بها السيدة التى تعانى من اضطرابات تعاطى المخدرات أو السيدة الحامل التى لا تعانى منها ولا يجب ألا تستبعد من العلاج أو تمنع من تلقي العلاج بسبب حملها. فعلاج السيدة التى تعانى من اضطرابات تعاطى المخدرات ليس أكثر تعقيدًا من علاج القطاعات الأخرى من المرضى. ولا يجب ألا تجبر السيدة التى تعانى من اضطرابات تعاطى المخدرات على الإجهاض أو التعقيم الطوعى. إضافة إلى ذلك، يجب أن تتضمن برامج العلاج إجراءات ووسائل حماية لمنع الاعتقال أو العلاج القسرى للسيدة الحامل. وأخيرًا، فإن السيدات يظهرن نتائج جيدة على المدى الطويل عند تلقي العلاج الذى يركز على القضايا الشائعة بين النساء اللاتي يعانين من اضطرابات تعاطى المخدرات مقارنة بالعلاجات التى تفتقر إلى التركيز على المرأة.

2-1-4 نماذج العلاج

الفحص والدخول

تتضمن الخدمات التي توفر العلاج للسيدة الحامل التي تعاني من اضطرابات تعاطى المخدرات وطفلها إجراءات للفحص والدخول تحدد مدى ملائمة الدخول للبرنامج، ويجب أن يتضمن تقييم الفحص ثلاثة عوامل خطورة على أقل تقدير وهي: الرعاية الطبية العاجلة، والتطهير من السموم، ومنع إيذاء الذات و/أو الآخرين. وقد يشير عامل أو أكثر من عوامل الخطورة الثلاث إلى أن السيدة الحامل ينبغي أن تحال أو تنقل إلى وحدة علاج طبية أو نفسية متخصصة لإدارة هذه المخاطر- على أساس قصير المدى على الأقل-- وذلك قبل البدء في أي برنامج للعلاج. وينبغي اعتبار احتياجات السيدة الحامل ومدى ملائمتها للخدمات المقدمة بمثابة الخطوة الأولى في إقامة علاقة بين مقدم الخدمة والمريض والفرصة لإنشاء هذه العلاقة.

وينبغي تواجد سياسة مكتوبة تتعلق بإجراءات الفحص والدخول تتضمن العناصر التالية:

- وصف لإجراءات الفحص وتدابير الدخول و/ أو اللقاءات. وينبغي بقدر الإمكان توثيق كل اللقاءات وتدابير الدخول الخاصة بالمرأة الحامل التي تعاني من اضطرابات تعاطى المخدرات.
- الاشتراطات الخاصة بتدريب الموظفين الذين يجرّون إجراءات الفحص والدخول.
- وضع سياسة تتعلق بمدى الأهلية للالتحاق بالبرنامج والإجراءات الخاصة بعدم الدخول خدمات بديلة للسيدة الحامل.

ينبغي حفظ كل المعلومات الطبية الخاصة بالمريض في مكان آمن خالي من المخاطر، وتدوينها في سجلات البرنامج الخاصة بالمرض

التقييم

يتم التقييم الطبي عند الالتحاق بالبرنامج الذي يتناول حياة السيدة الحامل بالتفصيل وذلك من أجل تحقيق ثلاثة أهداف هي: التشخيص السليم، وصف العلاج المناسب، وتطوير أهداف العلاج الملائمة. والهدف المبدئي من التقييم هو تقدير ظروف الحياة الحالية، وجمع المعلومات التي تخص الصحة البدنية والنفسية، وتناول المخدرات، وتاريخ الدعم الاجتماعي ودعم الأسرة حتى يمكن تطوير خطة علاج تلائم نقاط قوة السيدة الحامل واحتياجاتها. وتمثل المعلومات الخاصة بالحمل- مثل تاريخ الولادة، ومرات الحمل السابقة والخطط الخاصة بالولادة -أهمية في عملية التقييم. ويجب أن يستفيد التقييم من المصادر المتعددة للمعلومات للحصول على تاريخ المرأة الكامل. كما يجب أن يكون هناك تقييم مبدئي ينظر إليه كعملية سلسلة، وينبغي أيضًا جري التخطيط لعملية التقييم بصورة دورية أثناء العلاج. وبالنظر إلى التغيرات البدنية، والنفسية، والأداء الاجتماعي، فمن المهم تقييم المرأة خلال العلاج، وأثناء فترة التعافي. وتعتمد عدد المرات التي يجري خلالها التقييم على دورة العلاج، وعلى أي انتكاسات تحدث خلال تقدم العلاج. وتتشابه معايير التقييم مع المعايير الخاصة بالفحص والدخول المذكورة أعلاه.

تخطيط العلاج

ينبغي ألا ينظر إلى السيدة الحامل على أنها مريض سلبي يتم إبلاغه فقط بحالته الصحية، ولكن ينبغي عليها بدلاً من ذلك أن تشارك بفاعلية في قرارات العلاج التي لا تؤثر عليها فقط إنما على طفلها أيضًا.

مناهج العلاج

تعتمد مناهج العلاج الخاصة بالسيدة الحامل التي تعاني من اضطرابات تعاطى المخدرات بدرجة كبيرة على نوع المخدرات التي تتناولها وكميتها. وفي ظروف معينة يكون من الملائم قيام موفر الرعاية الأولية أو الطبيب المولد بإجراء بعض التدخلات القصيرة التي تركز على المعرفة واستعراض المخاطر. ومع ذلك، فبالنظر إلى المخاطر المحتملة التي قد تصيب الجنين، يجب أن تكون هذه التدخلات محدودة تجرى على حالات انتقائية للغاية ممن يعانون من مشكلات صحية بسبب تعاطى المخدرات، أو ممن يعانون من اضطرابات طفيفة بسبب تناول المخدرات. ولهذا، معظم برامج العلاج الخاصة بالسيدة الحامل التي تتناول المخدرات تستخدم مناهج علاج تقليدية بصورة أكبر.

هناك بعدان متميزان يمكن استخدامهما لتنظيم برامج العلاج: وهما مكان ونوع التدخلات، وبالنسبة لأماكن العلاج نجد من ناحية برامج العلاج اللايوائى، ومن ناحية أخرى برامج العلاج الإيوائى بدوام كامل. وتتضمن التدخلات العلاجية العلاج الدوائى والتدخلات النفسية الاجتماعية.

اعتبارات خاصة للعلاجات الدوائية خلال فترة الحمل:

تعد الاعتبارات العلاجية شئ هام للمرأة التى تعاني من الاضطرابات الناجمة عن تناول الأفيون حيث أن العلاج المدعم بالدواء يمثل أهمية. ولا يجب ألا تحرم المرأة من العلاج بمحفزات الأفيون بسبب حملها. ويجب أن يتم اختيار علاج المريض بالأدوية شبه الأفيونية على أساس حالة كل مريض مع الأخذ فى الاعتبار الصفات الفردية. ويعد الميثادون والبوبرينورفين من العلاجات الفعالة حيث نسبة المجازفة إلى المنفعة لصالح هذه العقاقير. ولكن تأثيراتهم ليست دائماً قابلة للمقارنة فى كل مريض. فقد أظهرت الأدلة البحثية أن تعرض والبوبرينورفين فى الرحم يؤدي إلى متلازمة الامتناع الوليدى ولكن بصورة أقل حدة عن تعرضه للميثادون. ومع ذلك فإن متلازمة الامتناع الوليدى هي حالة يمكن تحديدها وعلاجها بسهولة على أن يأخذ الطبيب والمرأة الحامل فى الاعتبار نسبة المخاطرة والفوائد الكاملة عند اتخاذ قرارات بشأن العلاج أثناء فترة الحمل.

ويؤدي كل من الميثادون والبوبرينورفين إلى تقليل تناول الأفيون بفاعلية وبتيح للمرضى المزيد من الاستفادة من العلاج النفسى الاجتماعى. وينبغى إعادة تقييم جرعة العلاج بشكل دورى خلال فترة الحمل من أجل تعديلها –وتكون عادة بالزيادة– وذلك للحفاظ على مستويات الأدوية العلاجية فى البلازما ومن ثم تقليل مخاطر انسحاب الأفيون والاشتهاء، وتقليل تناول الأفيون أو الامتناع عنه والحفاظ على توقف تناوله.

وإذا حدث الحمل أثناء العلاج بالميثادون والبوبرينورفين، ينبغى أن يستمر العلاج بنفس الأدوية، وبخاصة إذا كانت الاستجابة للعلاج جيدة. ولا يوصى بانسحاب محفزات الأفيون خلال فترة الحمل فالانسحاب يؤدي إلى معدلات عالية من توقف العلاج والانتكاسة مع وجود خطورة على الأم والجنين، ويؤدي انسحاب الأفيون إلى زيادة خطورة حدوث الإجهاض.

العلاج الشامل

يتكون منهج العلاج الشامل الذى يركز على المرأة من علاج الشخص ذاته، وعلاج الزوج المكون من الأم والجنين، وهذا يتضمن علاج مجموعة على معرفة بالصدمات والعلاج الفردى، ورعاية الطفل، والنقل، والرعاية الطبية، ورعاية التوليد وأمراض النساء، والطب النفسى، تثقيف الوالدين، والتدخل المبكر، وإعادة التأهيل المهنى، والسكن، والمساعدة القانونية. ويعد توفير هذه الخدمات شيئاً ملائماً ولكنه غير كافٍ لعلاج يركز على المرأة، فبرامج علاج المرأة الخاصة بعلاج المرأة الحامل التى تتناول المخدرات بحاجة لأن تكون مراعية لاحتياجات المرأة، وتتعامل مع العوامل البيولوجية المحددة التالية بجانب العوامل الثقافية والاجتماعية والبيئية والمرتبطة بتناول المخدرات والعلاج عند المرأة أجل تحقيق المستوى الأمثل من نتائج العلاج.

تتضمن الاعتبارات الأخرى عند علاج السيدة التى تعاني من اضطرابات تعاطى المخدرات ما يلى:

- تلعب العلاقات الشخصية الهامة وتاريخ الأسرة دوراً هاماً فى الشروع فى تناول المخدرات.
- يمنع الشعور بالوصم السيدات من الدخول فى العلاج.
- تدخل النساء برامج علاج اضطرابات تعاطى المخدرات من خلال مجموعة أكبر من مصادر الإحالة.
- المرأة أكثر عرضة لمواجهة العوائق فى السعى نحو العلاج وأثناء تلقيه كنتيجة لأدوار مقدم الرعاية، والتوقعات الجنسانية، والصعوبات الاقتصادية الاجتماعية. وقد ينتج عن هذه العوائق التأخر فى العلاج خلال مرحلة حرجة من الاضطرابات بجانب الأمراض الطبية والنفسية الإضافية.
- المرأة أكثر احتمالية للانخراط فى سلوك البحث عن المساعدة وحضور الجلسات العلاجية بعد الدخول لبرامج العلاج.
- قد تحتاج السيدة الحامل لتعديل جرعات الأدوية.

- قد تحتاج المرأة العلاج الذى يركز على المرأة فى أماكن غير مختلطة للحصول على أقصى قدر من الاستفادة.
- قد تحتاج المرأة للتدريب والدعم بشأن بعض القضايا مثل الصحة الجنسية، ووسائل منع الحمل، والتربية ورعاية الطفل.
- تكن المرأة والطفل أكثر عرضة لخطر العنف المنزلى، والتحرش الجنسى، لذا من المفيد وجود تواصل مع وكالات الخدمات الاجتماعية التى تحمى المرأة والطفل.
- يجب أن تكون الخدمات العلاج قادرة على إيواء الأطفال حتى تتمكن الأم من تلقى العلاج.

بروتوكولات الوضع

ينبغي أن تتضمن البرامج التى تحتوى على خدمات الوضع للسيدة الحامل التى تعانى من اضطرابات تعاطى المخدرات على بروتوكول مكتوب خاص بعملية الوضع والذى يحدد المسائل المحتملة التى تتعلق بالولادة وعلاج المريض. وينبغي أن يتضمن البروتوكول على أقل تقدير مناقشة بشأن المكان الذى ستنتم فيه عملية الوضع، والشخص الذى سيتم إخطاره، والاحتياجات اللازمة للمرأة والطفل وكيفية الحصول على هذه الاحتياجات. كما يجب تحديد الإجراءات الملائمة لعلاج الآلام، فالعديد من النساء اللاتى يعانين من اضطرابات تعاطى الأفيون يكن أكثر حساسية للألم من النساء اللاتى لا يعانين من هذه الاضطرابات، فعدم معالجة الألم قد تودى إلى الانتكاسة والنتائج العكسية التى تؤثر على الأم والطفل إن لم تكن الأم قادرة على رعاية طفلها.

بروتوكول العلاج لفترة ما بعد الولادة

يجب أن تشتمل كل البرامج التى توفر خدمات للسيدة الحامل التى تعانى من اضطرابات تعاطى المخدرات على بروتوكول علاجى لفترة ما بعد الولادة، فلا يجب ألا تترك المرأة العلاج بسبب الحمل أو حالة النفاس وحدها، ويجب أيضاً تحديد طرق دعم الأم والطفل متضمنة على الأقل على مهارات التربية الأساسية

الرضاعة الطبيعية

بالرغم من الجهود التى ينبغي أن تبذل من أجل تشجيع الرضاعة الطبيعية، إلا أنه يجب تقييم قرار الرضاعة الطبيعية بناء على كل حالة على حدة. فالرضاعة قد تضر فى حالات الأمهات اللاتى يعانين من مرض نقص المناعة، والأمهات اللاتى يعانين من الحالات الطبية الأخرى التى تستلزم تناول أدوية الأمراض النفسية. كما توجد الموانع والاحتياطات الأخرى الخاصة بالرضاعة فى حالات استخدام الأم للمستنشقات، والميثامفيتامين، والمنبهات، والمهدئات، والكحوليات.

تم نشر بعض الدلائل الإرشادية الخاصة بهذه الموضوعات لمساعدة الأطباء على وضع أفضل التوصيات. وترتكز الحاجة لمنهج يلائم كل حالة فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية للأم التى تتعاطى المخدرات على تقييم لمدى فهم الأم لتأثير المخدرات التى تفرز فى اللبن وكذلك ممارستها فى تعاطى المخدرات، وتم اقتراح التوصل لاتفاقيات واضحة ومكتوبة مع الأمهات بشأن ممارستهن المتعلقة بالرضاعة الطبيعية.

4-3 اشتراطات خاصة بالبرنامج

تدريب موظفو الصحة

يجب أن يتميز أى فرد من أفراد موظفى الصحة ممن هم على اتصال مباشر بالمرضى (سواء السكرتارية، أو مديرى المكاتب) بالمعرفة الواسعة والحساسية بشأن المسائل التى تواجهها المرأة الحامل. فيجب تدريب الموظفين على تعريف المرأة بما يجب عمله عندما تذهب للعمل: من الذى ينبغي أن تتواصل معهم، كيفية تصرفها، والمكان الذى تذهب إليه حال الطوارئ. وعلى عكس الأفراد الذين يتعاطون المخدرات، فالسيدة الحامل تعرض جنينها لاحتمالية الإصابة بأضرار المخدرات. والقسم الأعظم من هؤلاء النسوة يمزقهن الصراع الداخلى وبحركهن الشعور بالوصم والذنب حيال ما يعتبرنه عدم القدرة على "التحكم" فى سلوك تعاطى المخدرات. ويحتاج الموظفون لأن يكونوا على دراية بهذه المشاعر والاهتمامات وأن يكونوا مهينين للاستجابة بصورة ملائمة وبأسلوب داعم. وليس وصم وتعبير السيدة التى تتناول المخدرات خلال الحمل بأساليب علاج فعالة لمنع تعرض الجنين للمخدرات أو تحسين صحة الأم.

التوثيق

وبغض النظر عن أماكن أو كثافة الرعاية المقدمة، ينبغي أن تتضمن الوثائق اللازمة لعلاج السيدة الحامل التي تعاني من اضطرابات تعاطى المخدرات كل العوامل المحددة لعامة السكان من المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات. مثل عقد العلاج، العلاج الفردي وخطة العلاج، ملخص للعلاج. ويحتاج موفري خدمات الرعاية للسيدة الحامل التي تعاني من اضطرابات المخدرات الاحتفاظ بسجلات للخدمات الطبية، النفسية، وخدمات الإدمان لضمان التنسيق التام بين خدمات الرعاية المختلفة وبين تنفيذ كل خدمات الرعاية الموصى بها.

2-4 علاج حديثى الولادة الذين يتعرضون سلباً للأفيون فى الرحم

مقدمة

من الصعب تحديد عدد المواليد الذين يولدون عقب التعرض المزمن للأفيون والعقاقير المخدرة الأخرى فى داخل الرحم، ومن العوامل التى تسهم فى انعدام الدقة هى غياب إجراءات القياس والتعديلات فى أنماط تعاطى المخدرات بمرور الوقت وتغير المكان. ويمكن تحسين النتائج الخاصة بحديثى الولادة إذا ما توفر للامهات العلاج بالمساعدة الطبية، والنفسية الاجتماعية، والعلاج بالأدوية. وإذا لم يتم توفير هذه الخدمات، يتعرض حديثى الولادة إلى مخاطر الولادة المبكرة، وتأخر النمو داخل الرحم، وانتان الوليد، وموت الجنين، والاختناق الوليدى، وضعف الارتباط بين الأم والرضيع، والحرمان، والإهمال، وتأخر النمو، ومتلازمة موت الرضع المفاجئ. ومن إحدى الحالات الرئيسية التى توجد فى حوالى من 50-80% من حديثى الولادة المعرضون للأفيون فى الرحم هى متلازمة الانسحاب الوليدى. وتعرف متلازمة الانسحاب الوليدى على أنها حدوث تغييرات مؤقتة فى الجهاز العصبى المركزى (مثل سرعة الانفعال، البكاء بصوت عال، الارتعاش، وفرط التوتر، وفرط المنعكسات، والنوم المتقطع)، والجهاز الهضمى (مثل القيء والتجشع، والإسهال، وزيادة منعكس المص، واضطراب المص والبلع، وضعف التناول وفقدان الوزن)، والجهاز التنفسى (انسداد الأنف، وتسرع التنفس)، والجهاز العصبى الذاتى (مثل العطس والتثؤب) ويظهر ذلك فى الأيام والأسابيع التى تعقب ولادة الرضع المعرضين للأفيون أو المهدئات الأخرى فى الرحم. ويصاب الأطفال بمتلازمة الانسحاب الوليدى نتيجة لتعاطى الأم للأفيون غير المشروع الذى يتم شراؤه من الطريق أو من خلال الأدوية التى وصفها الطبيب للأم بسبب حالتها الطبية متضمنة أدوية الميثادون أو البوبرينورفين المستخدمة لعلاجها من اضطرابات تعاطى المخدرات.

علاج متلازمة الانسحاب الوليدى

يتضمن علاج متلازمة الانسحاب الوليدى تدخلات غير دوائية يعقبها علاج دوائى (إذا ما اقتضى الأمر) وذلك بعد إجراء تقييم سليم ومستمر وتتضمن التدابير الداعمة استصحاب الطفل، الرضاعة الطبيعية، أو اللهاية (وهى الرضاعة غير الطبيعية)، قسط الطفل بصورة مريحة تمكنه من الرضاعة دون مبالغة فى اللباس، بجانب تلامس الأم، إفراغ البلعوم الأنفى، عدد مرات رضاعة منتظمة (كل ساعتين) بكميات صغيرة فى كل مرة (إذا استمر ضعف الرضاعة) دون فرط الرضاعة مع اتخاذ وضع الاستلقاء على الجانب الأيمن لتقليل دخول أى مياه غريبة عند التنفس وذلك إذا ما كان القيء، أو الارتجاج من الأعراض الواضحة لمتلازمة الانسحاب الوليدى.

لا ينبغي تأخير البدء فى العلاج الدوائى. ومن أكثر العقاقير المستخدمة لعلاج متلازمة الانسحاب الوليدى نتيجة للتعرض للأفيون هى الميثادون أو المورفين عن طريق الفم تبعاً لوزن الجسم وحرزه. وبالامتناع عن اعطاء حديثى الولادة عن العقاقير المخدرة الأخرى (مثل الباربيتورات، والإيثانول، والمهدئات، والحبوب المنومة)، يمكن اعطاء للفينوباربيتال بشكل عام). والهدف من الأدوية هو تقليل حدة أعراض الانسحاب الوليدى وتهدئة الطفل حتى تعمل الوظائف المعتادة من الأكل، والنوم، والتخلص من الفضلات بشكل طبيعى. وينبغى زيادة الجرعة على الفور إذا استلزم الأمر، ويفضل أن يكون ذلك كاستجابة للتقييمات المستمرة الخاصة بمدى حدة المتلازمة باستخدام أدوات تقييم مشروعة، وبالمثل ينبغى انقاص الجرعة إذا ما قلت حدة الأعراض.

تدريب موظفو الصحة

يجب أن يتم تدريب كل موظفو الرعاية الذين يعتنون بالأطفال حديثى الولادة على تحديد علامات وأعراض متلازمة الانسحاب الوليدى وكذلك اعراض الحالات الصحية الأخرى التى قد تظهر بشكل مشابه لمتلازمة الانسحاب الوليدى (مثل تسمم الدم، والتهاب الدماغ، والالتهاب السحائى، وتهيج الجهاز العصبى المركزى التال لنقص الأوكسجين، ونقص سكر الدم، ونقص كالسيوم الدم، والنزيف الدماغى).

التوثيق

يجب تسجيل أى تقييمات لمتلازمة الانسحاب الوليدى شأنها فى ذلك شأن التدخلات الطبية المقدمة لتقليل حدة متلازمة الانسحاب الوليدى إلى أقصى حد ممكن

٦

3-4 الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات

1-3-4 مبادئ العلاج

أنواع الأطفال والمراهقين الذين يتلقون العلاج

يمثل الأطفال والمراهقين حول العالم قطاع عريض من ضحايا الاعتداءات البدنية والجنسية، والإساءة العاطفية. ويتعرض الأطفال الذين يتم استغلالهم في الحروب والأعمال الإرهابية إلى أشكال متعددة من العنف، بجانب منعهم من التعليم، والاتجار بهم من أجل الربح، واستغلالهم في تجارة المخدرات. يعاني الأطفال من الحرمان، والفقر، والمجاعة، والتمييز بسبب الجنس، والتشرد، والأحوال الصحية البدنية والعقلية المختلفة. والأطفال ضحايا في كل مرحلة من مراحل صناعة الاتجار في المخدرات؛ حيث يتم استغلالهم في زراعتها، وتصنيعها، وبيعها، وشراؤها وتوزيعها. ويتعرض الأطفال الذين تزرع عائلاتهم النباتات المنتجة للمخدرات لبقايا المزرعات السامة، والتدخين غير المباشر والتدخين الثالثي. ويكون الأطفال الذين يعيشون في البلدان التي تعاني من الصراعات أكثر عرضة لمخاطر جمة بطرق متعددة. فالأطفال الجنود يحصلون على المخدرات بسهولة حتى تقيهم متيقظين، وتدفعهم للقتال، والقيام بسلوكيات إرهابية، بجانب التعامل مع صدمات العنف. وبالنسبة لهم فإن تعاطي المخدرات بمثابة وسيلة للتغذية في عالم غير آمن مليء بالتقلبات.

قضايا ينبغي وضعها في الاعتبار عند علاج الأطفال والمراهقين

اضطراب تعاطي المخدرات هو مرض خطير يصيب الأطفال وكلما بدأ تناول المخدر في سن مبكرة، زادت مخاطر التقدم السريع نحو فرط الاستخدام الإصابة باضطرابات تعاطي المخدرات. ومن غير المرجح أن يدرك الأطفال الذين يتعاطون المخدرات أن التعاطي يمثل مشكلة لهم وللآخرين في حياتهم. ومع ذلك، فتعاطي المخدرات – المشروع وغير المشروع – يمكن أن يضر بنمو الطفل. إضافة إلى ذلك، فسيكون الأطفال على الأرجح في احتياج لخدمات علاج تعاطي المخدرات والصحة العقلية في المستقبل.

قد يقيم الأطفال مع عائلاتهم، وربما يعيشون في الطرقات أيضًا. إما لأنهم قد أصبحوا أيتامًا، أو نبذتهم عائلتهم- أو ربما يتم تجنيدهم في الخدمة العسكرية، أو يلتحقون بالمؤسسات الإصلاحية. ونتيجة لذلك، فإن أماكن وظروف العلاج بالنسبة للمجموعتين الأخيرتين من الأطفال قد تختلف عن العلاج الإيواني أو العلاج التقليدي خارج المستشفيات، وقد يتطلب العلاج مراكز توعية ومراكز إيواء أكثر مقارنة بمراكز علاج البالغين الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات. ويأتي الآباء بأبنائهم المراهقين إلى العلاج حيث يعترهم القلق بسبب تعاطي أبنائهم للمخدرات مؤخرًا.

والأبحاث محدودة فيما يخص علاج هذا القطاع من السكان. وبالرغم من أن هناك أدلة مشجعة تقضي بأن العلاج النفسي الاجتماعي فعال في حالة الأطفال الأكبر سنًا، إلا أنه عادة ما تركز الدلائل الإرشادية التي تخص علاج الأطفال الأصغر سنًا على النتائج البحثية لعلاجات البالغين والمراهقين. ومع ذلك، قد يمثل نهج علاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات مشكلات غير متوقعة مثل الاستجابات المختلفة للعلاج عند الأطفال على عكس الحال بالنسبة للبالغين. وأخيرًا، تحتاج العديد من العلاجات النفسية والاجتماعية المستخدمة مع الأطفال لأن توضع بما يتماشى مع مستوى النمو الإدراكي والخبرات الحياتية عند الأطفال.

والموضوعات الأخرى التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند علاج اضطرابات تعاطي المخدرات للمراهقين والأطفال تشمل على ما يلي:

- يكون لدى الأطفال والمراهقين من مدمني المخدرات احتياجات متفردة مرتبطة بالعقول غير الناضجة والمعرفة الإدراكية ومهارات تكيف محدودة مرتبطة بعدم اكتمال النمو النفسي والاجتماعي لديهم.
- يكون لدى المراهقين معدلات عالية من اتخاذ عنصر المخاطرة والسعي وراء إلى الجديد، ويستجيبون بشدة لضغط أقرانهم.
- يكون لدى المراهقين الذين يعانون من مشكلات تعاطي المخدرات معدل انتشار عال من الاضطرابات النفسية المترامنة والاختلال العائلي وهي عناصر بحاجة للتركيز عليها عند العلاج.

- قد يكون الأطفال والمراهقين الذين يتعاطون المخدرات أبعد من البالغين عن احتمال رؤية قيمة الحديث عن مشاكلهم، فهم أكثر ميلاً للتفكير بطريقة سطحية، وهم أقل تقدماً من ناحية المهارات اللغوية، وأقل تقييماً للذات من البالغين.
- يجب تعديل تدخلات العلاج السلوكي مع الأخذ في الاعتبار القدرات الإدراكية المحدودة للأطفال والمراهقين.
- قد يكون لدى الأطفال والمراهقين دوافع مختلفة عن البالغين للمشاركة في العلاج وتقاسم أهداف العلاج المختلفة مع موثر العلاج.

تعد المراهقة مرحلة نمو هامة، وعقول المراهقين أكثر عرضة لاضطرابات تعاطي المخدرات. وبالنظر إلى تأثيرات السمية العصبية للمخدرات والكحوليات على نمو المخ، فيتعين تحديد تعاطي المخدرات ومواجهته في أقرب وقت ممكن. ويمكن للمراهقين الاستفادة من تدخلات تعاطي المخدرات حتى إذا لم يكونوا مدمني أي نوع محدد من العقاقير المخدرة. وقد يساعد وقف التعرض للمخدرات بأسرع وقت على المساعدة في تقليل مخاطر الضرر البدني والنفسى اللاحقة إلى أقصى حد. وقد توفر الزيارات الطبية الروتينية، أو الزيارات المدرسية، أو الزيارات الأخرى المتعلقة بالصحة الفرصة لسؤال المراهقين عن إدمان العقاقير المخدرة وسيجيبون بأمانة إذا لم يشعروا أن هناك عواقب سلبية فورية نتيجة لأمانتهم في الرد. وقد يكون الضغط القانوني أو ضغط الأسرة أو المدرسة من القوى الهامة لدخول المراهقين في برامج العلاج والاستمرار بها واستكمالها.

ينبغي أن يتلاءم علاج اضطرابات تعاطي المخدرات مع الاحتياجات المتفردة للمراهق، كما ينبغي تلبية احتياجات الشخص ككل، وليس احتياجاته كمدمن للمخدرات. ويتعين تحديد العنف، وإيذاء الأطفال، ومخاطر الانتحار ومواجهتها في المراحل الأولى من العلاج. وتعد مراقبة تعاطي المخدرات من العوامل الأساسية في علاج المراهق حيث يكمن الهدف في توفير الدعم اللازم والترتيبات الإضافية أثناء نمو عقولهم. يحتاج المراهق أثناء العلاج إلى مزيد من الدعم المختلف عما يحتاجه الشخص البالغ وبالنظر إلى بداية النشاط الجنسي والمعدلات العالية من التحرش الجنسي بين المراهقين الذين يتعاطون المخدرات، يعد إجراء تحاليل للمراهقين للأمراض المنقولة عن طريق الجنس- مثل مرض نقص المناعة المكتسبة، والالتهاب الكبد الوبائي ب، ج- جزء هام في علاج الإدمان. ينبغي أن يشمل العلاج أيضاً على بعض الاستراتيجيات مثل: التدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب المهني، التدخلات على مستوى الأسرة، والتدخلات المتعلقة بالصحة الجنسية متضمنة منع الحمل غير المرغوب فيه، والأمراض المنقولة عن طريق الجنس. وينبغي لطرق العلاج أن تحاول إدراج مجالات أخرى من المشاركة الاجتماعية للمراهقين مثل المدرسة، والرياضة، والهوايات والتعرف على أهمية العلاقات الإيجابية بين الأقران. ويجب أن يعمل علاج المراهقين على تحفيز المشاركة الإيجابية للوالدين إذا لزم الأمر. ويجب تيسر فرص الاستفادة من وكالات رعاية الأطفال.

ينبغي أن تتلائم خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، وخدمات علاج الصحة العقلية مع السمات المتفردة للأطفال والمراهقين، وأن تتميز بالمرونة في تحديد ومجابهة احتياجاتهم داخل إطار من شأنه يوفر أفضل سبل الحماية للطفل من الأضرار بجانب تلبية احتياجاتهم الفردية في مجال الصحة.

4-3-2 طرق العلاج

إن الهدف من برامج التوعية هو التعرف على الأطفال الذين قد يكونوا بحاجة إلى الخدمات الصحية، وتوفير تلك الخدمات بأقصى قدر ممكن وذلك بالنظر إلى القيود التي يزرع تحتها الطفل في حياته. (سواء في الشوارع، أو كونه في الحبس). ولذا يهدف فريق التوعية إلى استهداف الأطفال المعرضين لمخاطر ويعملون كنقطة وصل للحصول على هذه الخدمات اللازمة. وتهدف هذه الخدمات إلى مواجهة المشكلات المختلفة متضمنة خدمات العلاج المرتبطة بالصحة، والصحة العقلية. وفي حالات التوعية، قد يجرى فريق التوعية الفحص من خلال عقد لقاءات الهدف منها جمع معلومات كافية لتحديد مدى الاحتياج إلى الإحالة والعلاج في مناطق متعددة معروف عنها أنها تمثل إشكالية للأطفال في هذه الظروف حيث يتم التواصل (في الشارع)، وأن يكون هناك عامل نشط من أجل الترتيب للعلاج. ويمثل سبب ونطاق المشكلة عوامل ثانوية للبدء في العلاج.

الفحص والتقييم:

تتضمن برامج العلاج التقليدية التي توفر العلاج للأطفال سواء داخل المراكز العلاجية وخارجها إجراءات للفحص والدخول تحدد مدى ملائمة الطفل للالتحاق بالبرنامج. ولذا يمثل فحص عوامل الخطورة الثلاث التالية – على أقل تقدير- ضرورة في عملية الالتحاق ببرامج العلاج: السمية، التهديدي بإيذاء الذات/ أو الآخرين والإيذاء (النفسي، أو الجنسي، أو البدني). وقد تشير واحدة أو أكثر من هذه المشكلات إلى أكثر برامج العلاج ملائمة للطفل داخل مراكز العلاج. ويقدر التقييم ظروف حياة الطفل الحالية ويجمع معلومات تتعلق بتاريخ الاعتداء البدني، والنفسي، وتاريخ العائلة، والتاريخ الاجتماعي لتحديد احتياجات العلاج الخاصة، لذا يمكن تطوير خطط علاج تتماشى مع نقاط القوة والاحتياجات. وينبغي ألا تختلف المعايير المستخدمة في فحص وتقييم الأطفال عن نظيرتها المستخدمة مع القطاع الآخر من المرضى.

ينبغي النظر في اعتبار الأطفال الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات على أنهم جزء من فريق العلاج الذي يركز على كل من الرعاية البدنية والنفسية. وينبغي ألا ينظر للطفل على أنه مريض يتلقى المعلومات عن حالته/ حالتها بصورة سلبية، ولكن يجب أن يتم اعتباره- بجانب مقدم الرعاية- عنصر يشارك بفاعلية في قرارات العلاج. إضافة إلى ذلك، يجب أن يتم اتخاذ القرارات التي تتعلق بإعادتهم إلى المجتمع في وقت مبكر من عملية التخطيط.

طرق العلاج

تعتمد طرق علاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات بدرجة كبيرة على أنواع المخدر(المخدرات) التي يتناولونها وشأنه شأن علاج القطاعات الأخرى من المرضى، ينبغي أن يتضمن علاج الأطفال تدخلات نفسية بجانب الأدوية-إن أمكن. ومع ذلك، هناك أبحاث قليلة تتعلق بمدى فاعلية العلاج بالأدوية عند علاج المراهقين، وأبحاث أقل في هذا الصدد بالنسبة لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات عند الأطفال لذا لم يتم إقرار استخدام أي من هذه الأدوية بالنسبة لهذا القطاع من السكان. هناك بعض الدعم لاستخدام محفزات الأفيون مثل الميثادون والبوبرينورفين بالنسبة للمراهقين حينما يتم اعتبارهم قادرين على الرضا بهذه العلاجات، ولا تستخدم إلا مع المراهقين الذين يعانون من إدمان شديد للأفيون ومخاطر عالية للاستمرار في تعاطيه. ولا ينبغي إعطاء أي علاج للقصر دون موافقة الآباء وذلك وفقاً للتشريعات الوطنية. والمراهقين الذين يعانون من اضطراب تعاطي الأفيون لفترة قصيرة ولديهم درجة كبيرة من الدعم العائلي والاجتماعي قد يستجيبون لانسحاب الأفيون بواسطة الناليتريكسون أو بدونه كإحدى الاستراتيجيات لمنع الانتكاسة. ويجب استخدام العلاج الدوائي المناسب لمعالجة الاضطرابات النفسية المترامنة كجزء لا يتجزأ من خطة العلاج التي تتضمن أيضاً العلاج النفسي.

ينبغي أن تغطي مناهج علاج اضطرابات تعاطي المخدرات عند الأطفال والمراهقين بقدر الإمكان نطاق عريض من حيواتهم وذلك باستخدام نهج متفرد يأخذ في الاعتبار بواطن الضعف والقوة. ومن أمثلة مناهج علاج اضطرابات تعاطي المخدرات عند الأطفال والمراهقين نجد نهج المهارات حياتية، وتدخلات على مستوى العائلة (مثل العلاج الأسري الاستراتيجي القصير، أو العلاج السلوكي الأسري، والعلاج الأسري متعدد الأشكال)، بجانب التوعية الأساسية. وسيحقق المراهقون استفادة من التدريب على مهارات التحكم في الذات، والمهارات الاجتماعية، واتخاذ القرار.

قضايا الفروق بين الجنسين عند علاج المراهقين:

ينبغي النظر للاعتراف بالفروق بين الجنسين باعتباره جزء لا يتجزأ من علاج المراهقين. فالذكور تحديداً تفضل الجماعات المختلطة، بينما تفضل الفتيات المجموعات التي تتضمن الفتيات فقط مما يعكس الفروقات في التنشئة الاجتماعية، وتاريخ تعاطي المخدرات لكل من الإناث والذكور. وبالنظر إلى المعدلات المرتفعة من الإيذاء البدني، أو التحرش الجنسي، أو ممارسة الجنس مقابل المخدرات بين الفتيات أكثر من الذكور، فيجب أن يراعى جزء من العلاج على الأقل هذه الفروقات بين الجنسين. وبالنسبة للفتيات، قد يركز العلاج على بواطن الضعف المنفردة للفتيات مثل الاكتئاب، وتاريخ الإيذاء البدني والجنسي، بينما قد يركز علاج الذكور على مسائل التحكم في الانفعالات، الاختلال في المراحل الدراسية وفي التواصل مع المجتمع، وتاريخ من المشكلات التعليمية والسلوكية، ومع ذلك تحتاج العديد من هذه المسائل لمعالجتها بين كل الأطفال.

4-4 علاج الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية ويعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات

1-4-4 وصف وتعريف موجز للمكان

هناك ما يزيد على عشرة مليون شخص قيد الاعتقال حول العالم (حوالي 146 حالة لكل 100.000 من السكان) وفي معظم الدول والقسم الأعظم من هؤلاء الأشخاص لديه تاريخ من إدمان المخدرات. إضافة إلى أن نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات وليسوا في الحبس في الوقت الحالي قد أفادوا بأنه قد تم حبسهم قبل سابق مرة على الأقل.

ويجدر الإشارة إلى أنه فيما يتعلق بجرائم الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي، فإن المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات⁸ تتوخى اتخاذ التدابير اللازمة مثل العلاج، أو التعليم، أو الرعاية اللاحقة، أو إعادة التأهيل، أو إعادة الدمج الاجتماعي بما في ذلك بدائل الإدانة أو العقاب⁹. وإضافة إلى المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، فالدول لديها مجموعة من المعايير والأعراف المرتبطة بتطبيق تدابير غير احتجازية ينبغي الاستناد عليها¹⁰.

يمكن تقديم خدمات علاج المخدرات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات ومحتكين بنظام العدالة الجنائية، وهي نفس الوقت يمكن أن تتصدى لعنصر أساسي في خطر العودة لارتكاب الجريمة. فيضمان أن الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية ولديهم اضطرابات تعاطي المخدرات يحصلون على العلاج القائم على الأدلة وخدمات الرعاية، تقل اضطرابات تعاطي المخدرات بشكل ملحوظ والنشاط الإجرامي المرتبط بها مع توقع نتائج إيجابية تتعلق بالصحة العامة (مثل انخفاض انتشار الفيروس الكبدى سى مرض نقص المناعة المكتسبة).

يصير علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات والمحتكين بالعدالة بديلاً للإدانة أو العقاب، أو أى إجراء إضافي (مثل السجن) بناء على طبيعة الجريمة المرتكبة. ويتم علاج الأشخاص المصابون باضطرابات تعاطي المخدرات والمحتكين بنظام العدالة الجنائية كبدائل للإدانة أو العقاب في ظل مجموعة من الشروط مثل الإخضاع للمراقبة أو الإفراج المشروط، أو عدم اللجوء إلى القضاء وبرامج العلاج من المخدرات بأمر المحاكم، أو إحالة الشرطة إلى العلاج كلما أمكن. وفي الأماكن المغلقة مثل السجن أو أماكن الاحتجاز السابقة للمحاكمة، فإن نظام العدالة الجنائية يتوجه إلى الأشخاص الذين قد يحققون استفادة من الحصول على خدمات علاج إدمان المخدرات كلما أمكن.

يجب أن تركز خدمات توفير العلاج وإعادة التأهيل في إطار نظام العدالة الجنائية على نفس المبادئ المتبعة في أى مجال من مجالات الممارسات الطبية. إضافة إلى ذلك، فإن المبادئ الأساسية المذكورة بأدناه ستكون ذات صلة بناء على سياقها المحدد.

2-4-4 الأهداف

يمكن أن تكون المناهج القائمة على الأدلة – بما فيها التدخلات القائمة على تقييم مخاطر العودة إلى الإجرام- فعالة في كسر دائرة إدمان المخدرات والجريمة. ومن أحد الجوانب الهامة في اختيار هذه التدخلات هو توفير الخدمات الأكثر ملائمة من حيث النوع والكثافة إلى الأشخاص. فتوفير خدمات العلاج البسيطة لمن يعانون من مشكلات خطيرة مرتبطة بتعاطي المخدرات لا يؤدي عادة إلى تحقيق النتائج المرجوة. وبالمثل، فتقديم خدمات العلاج المكثفة إلى الأشخاص الذين لا يعانون من مشكلات خطيرة مرتبطة بالمخدرات قد يمثل إشكالية، ويمكن أن يجعل الوضع أسوأ في بعض

⁸ الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات هي الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام 1961 المعدلة ببروتوكول 1971 (معاهدة 1961)؛ اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 (اتفاقية 1971)؛ اتفاقية الأمم المتحدة لعام 1988 المتعلقة بمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية (اتفاقية 1988).

⁹ انظر المادة 136(ب) من اتفاقية عام 1961، والمادة 22 1(ب) من اتفاقية 1971، والمادة 3(4) من اتفاقية عام 1988.

¹⁰ انظر، تحديداً، قواعد الأمم المتحدة الدنيا النموذجية للتدابير غير الاحتجازية، قرار الجمعية العامة 110/45، ملحق (قواعد طوكيو)، وقواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجناء، والتدابير غير الاحتجازية للمجرمات، قرار الجمعية العامة 229/65 ملحق (قواعد بانكوك).

الأحيان بتعريض الفرد لأشخاص ذو أنماط مخاطرة عالية من تعاطي المخدرات. ويجب أن تستند موازنة الأشخاص مع خدمات التدخلات وتكييف الخدمات تبعاً للمخاطر والاحتياجات المحددة على مدى توافق حدة مشكلات الفرد مع نوع وكثافة الخدمات المقدمة.

3-4-4 أنواع العملاء

ينبغي توفر العلاج القائم على الأدلة والرعاية لكل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات بغض النظر عن موقفهم القانوني. وبالنظر إلى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات وأولئك الذين يعانون من درجات متفاوتة من اضطرابات تعاطي المخدرات الحادة دون أى سلوك إجرامى على أنهم ليسوا من المجرمين وإنما يعانون من اضطراب صحى فى المقام الأول يتيسر حصولهم على الخدمات الصحية والاجتماعية.

ويمكن أن يتحول الاحتكاك بنظام العدالة الجنائية إلى فرصة لتشجيع المشاركة الطوعية فى تقديم خدمات العلاج لمن يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، لذا فمن المهم بشكل بالغ التحرى عن الأشخاص الذين يحتاجون خدمات العلاج والرعاية المستمرة أيضاً فى إطار نظام العدالة الجنائية. وباستثناء الحالات التى يوظف فيها نظام العدالة الجنائية متخصصو علاج بشكل مباشر، فمن المنطقى أن يقدم أولاً متخصصو العلاج المدربين من الناحية الإكلينيكية تقييماً، بينما يعمل نظام العدالة الجنائية على تيسير الإحالة لخدمات العلاج فى المقام الأول. وبناء على حدة الإدمان، قد تتطلب حالات بعض الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والمحتكين بنظام العدالة الجنائية تدخلات قصيرة بجانب خدمات العلاج، بينما تستلزم حالات أخرى علاج طويل المدى.

عندما يرتكب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات أفعالاً إجرامية، فقد تكون هذه الأفعال مرتبطة باضطرابات تعاطي المخدرات مثل الحصول على الأموال لشراء المخدرات. ومن أكثر التدخلات فاعلية لهذا النمط من المرضى هو علاج اضطراب تعاطي المخدرات التى يعانون منها؛ وعادة ما يتوقف السلوك الإجرامى حينما يتوقف المريض عن التعاطي غير المشروع للمخدرات. وفى هذا الموقف، يعد توفير العلاج الفعال لتعاطي المخدرات أحسن وسيلة للتدخل الصحى العام والأمن العام بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والأفعال الجنائية المرتبطة بها. وقد تعتمد الحاجة المستمرة لعقوبات العدالة الإجرامية- حسبما ما يقتضى الحال على نتائج هذا العلاج.

وفى حالات أخرى، قد يكون الفعل الإجرامى ذاته غير مرتبط بتعاطي المخدرات، وقد لا يفى الشخص بالمعايير التشخيصية لإدمان المخدرات. وفى هذا الصدد، وبينما تكون برامج العلاج كبداية أقل قابلية للتطبيق، فإن أى شخص يتعاطي المخدرات أو يعاني من اضطرابات تعاطي المخدرات لا يزال يحقق استفادة من الرعاية الصحية أو التدخلات الاجتماعية كجزء من التدابير المطبقة أو بالاقتران معها.

4-4-4 نماذج وطرق العلاج

المبادئ الأساسية

ينبغي أن يجري تقييم اضطرابات تعاطي المخدرات شخص حاصل على تدريب إكلينكى.

يحتاج تقييم اضطرابات تعاطي المخدرات إلى أن يجريه طاقم مدرب لديه خلفية صحية. والمسائل الرئيسية التى يجب حلها فى هذا التقييم هي:

- هل الشخص فى حاجة إلى علاج أمراض حادة، كما هو الحال على سبيل المثال مع انسحاب المخدر أو الإصابة بالذهان؟
- هل يطابق نمط تعاطي المخدرات نمط الاستعمال الضار أو الإدمان؟
- هل يرغب الشخص فى تلقي العلاج لاضطرابات تعاطي المخدرات؟
- ما نوع العلاج الذى تلقاه فى السابق؟

- ما هي مجموعة التدخلات التي من المرجح أن تكون فعالة؟
- من بين هذه المجموعة من التدخلات العلاجية، أي منها سيرغب الشخص في اتباعه؟
- هل هناك أي مشكلات طبية مصاحبة (بما في ذلك المسائل النفسية) تحتاج إلى أخذها في الاعتبار؟

وتكون سلطات العدالة والسلطات الصحية مجتمعة قادرة على تقدير ما إذا كانت المعالجة يمكن تطبيقها كبديل عن الإدانة أو المعاقبة، وأي الخيارات هو المتاح، وسيكون الأنسب للشخص المذكور، مع الأخذ في الاعتبار الجناية المرتكبة واحتياجات الرعاية الصحية.

الفحص والتقييم مفتاح تحديد العلاج المناسب

لطالما بدت عملية المطابقة بين المرضى وخيارات المعالجة علما صعبا. فالنهج العملي سيأخذ في الاعتبار نمط تعاطي المخدرات ودرجة إدمانها، حيث يبدأ علاج الحالة غير المصابة بالإدمان في العادة بتدخلات نفسية واجتماعية بسيطة، وتستخدم كامل مجموعة خيارات المعالجة طويلة المدى مع الارتهاق لتعاطي المخدرات. أما خيارات العلاج بمساعدة الأدوية، مثل الميثادون والبوبرينورفين، فهي مقتصرة على حالات الارتهاق للأفيون. وعادة ما يكون العلاج المضاد للارتهاق للأفيون مثل العلاج بالنالتريكسون مقتصرًا على الأفراد ممن لديهم دافع قوي للعلاج مع قدر محدود من الاعتلال النفسي المصاحب. ويتطلب الاعتلال الطبي أو النفسي البالغ المصاحب بيئة علاجية يمكن فيها معالجة تلك المسائل. ويمكن أن يكون أداء علاج سابق أداة إرشاد جيدة لنجاح العلاج المستقبلي.

وقد يقترح الطبيب المعالج بعد البحث الأولي مجموعة من البدائل العلاجية ذات الجدوى، بما يتماشى مع احتياجات العميل، والتي يكون العميل جاهزا للخضوع لها. وبناء على هذه القائمة وتوفر البرامج العلاجية المختلفة،¹¹ قد تعرض المحكمة مقترحا واحدا أو أكثر على الجاني، الذي يوافق أو لا يوافق حينها، مع الإشارة إلى الخيار الأفضل.

وحيث إن الكثير من المعلومات المستخدمة في عملية الفحص والتقييم مبنية على ما يرويه الشخص عن نفسه، فمن المهم للغاية الحصول على مصادر معلومات جانبية (مثل: نتائج تحاليل المخدرات) عند اتخاذ قرارات تحديد العلاج.

مبدأ خطر العودة للإدمان

إن أكثر البرامج فعالية هي تلك التي تطابق بشكل صحيح بين نوع التدخل وكل مريض على حدة. فمن المعروف أن البرامج التي لا تفرض سوى عقوبات أو خدمات والتي لا تكون مبنية على بيان مواصفات المخاطر لكل فرد تصاحبها نتائج ضئيلة أو تكاد تكون منعدمة، وفي بعض الحالات تصاحب هذه الخدمات نتائج أسوأ من مجموعات المقارنة التي لم تتم معالجتها. ونتيجة لما توصلت له الأبحاث، قررت العديد من نظم العدالة الجنائية الاحتفاظ بالخيارات العلاجية المكثفة بشكل أكبر لتطبيقها على الأفراد الذين لهم أعلى مستويات من مخاطر العودة للإدمان. وبالمثل، ينبغي استثمار موارد العلاج بشكل أكبر في الخدمات المكثفة للأشخاص الذين لديهم مخاطر أعلى في العودة للإدمان. ففي غالبية الحالات، يرجح أن تظل مخاطر العودة للإدمان لدى الأشخاص الذين تقل لديهم مخاطر العودة إليه منخفضة كما هي، بغض النظر عما إذا قدمت لهم خدمات علاجية أم لا.

مبدأ الحاجة

ينص مبدأ الحاجة على أن الخدمات المقدمة للأفراد المحتكين بنظام عدالة جنائية يجب أن تتركز على الحاجات "المولدة للإجرام"، ومعالجة السلوكيات والمواقف المرتبطة بالعودة للإدمان، والتركيز على الأشخاص الأكثر قابلية للتغيير نتيجة للخدمات العلاجية المستهدفة. وعلى وجه التحديد، يجب أن تستهدف الخدمات التغييرات في المواقف والمشاعر والارتباطات الذهنية المعادية للمجتمع، حيث إن العمل على مساعدة الأفراد على تحسين مهارات إدارة النفس واكتساب المهارات الاجتماعية قد أظهر نتائج أفضل. وبالعكس، النهج العلاجية التقليدية التي تستهدف تكوين مفاهيم نفسية واجتماعية، مثل محاولة تعزيز احترام الذات دون معالجة الجوانب الشخصية العدائية للمجتمع، يجب ألا يكون أحد الأركان الأساسية في أسلوب تقديم الخدمة العلاجية.

¹¹ كما ورد في قواعد طوكيو، يشار إلى الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية بـ "الجناة"، بصرف النظر عما إذا كانوا من المشتبه فيهم أو المتهمين أو الصادرة بحقهم أحكام.

وقد أظهر البحث في هذا المجال أن هناك أربع فئات عامة للاحتياجات المولدة للجريمة يجب معالجتها وهي: (1) سجل السابق للسلوكيات المعادية للمجتمع، (2) أنماط الشخصية المعادية للمجتمع، (3) الإدراك المعادي للمجتمع، (4) الارتباطات الذهنية المعادية للمجتمع، إلى جانب أربعة مجالات إضافية تستدعي النظر فيها، وهي تحديداً: تعاطي المادة المخدرة، والعائلة، والتعليم أو العمل، وأوقات الفراغ والترويح.

مبدأ معدل الاستجابة

بناء على التقييم الشامل للفرد (يشمل تقييم نمط التعلم لديه، ومستوى التحفيز، والنوع، والعرق)، يتم إعداد أسلوب علاجي مخصص، فعلى سبيل المثال، لا يستجيب العديد من الأفراد في نظام العدالة الجنائية جيداً للنهج العلاجية التعليمية التقليدية، لذا يجب أن تسعى الخدمات العلاجية إلى تضمين نهج بصرية مكانية بشكل أكبر لدى طرح المحتوى العلاجي. ويجب تجنب النهج المستندة حصراً على نهج عقابي، وكذلك تلك التي تفقر إلى بنية أساسية.

المساواة في الخدمات

الفرضية الأساسية في تقديم الخدمات الصحية ذات الصلة بنظام العدالة الجنائية هي أن الخدمات الصحية ينبغي أن تكون مماثلة في النوع والنطاق لما هو متاح على المستوى المجتمعي، فيجب ألا تحرم قرارات مسؤولي العدالة الجنائية شخصاً من حقه في تلقي الرعاية والخدمات الصحية التي يحتاجها.

الربط بالخدمات على المستوى المجتمعي

إلى جانب المساواة في الخدمات داخل وخارج السجن، ينبغي الربط بين نظم العدالة الجنائية والخدمات المجتمعية لتجنب تعطل الخدمات ولضمان استدامة جودة الرعاية واستمراريتها.

البنية الأساسية للخدمات العلاجية

تبدأ أغلب البرامج بتزويد الأفراد بخدمات علاجية على درجة عالية من الهيكلية والتنظيم، تتضمن مراقبة دقيقة للسموم، فيما تقل درجة كثافة الخدمات بمرور الوقت مع إحراز تقدم في الحالة. وتنفذ البرامج الفعالة مجموعة من المحفزات، والعقوبات ولكن بدرجة أقل للمساعدة على تكوين شكل سلوك الفرد، حيث إن مكافأة السلوكيات الإيجابية، كأن يمنح الفرد شهادة إنجاز، يساعد على تعزيز استمرارية السلوك الإيجابي. أما التعزيز السلبي فيحتاج إلى أن يستخدم على نحو أقل تكراراً ويطلق في الوقت المناسب وبطريقة موضوعية في حالة استخدامه، (على سبيل المثال: زيادة فورية في تكرار إجراء تحاليل البول بعد الحصول على نتيجة تحليل إيجابية).

الحاجة إلى توفير شبكة واسعة من الخدمات

نظراً لتعدد المشكلات التي يواجهها الأشخاص المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات المحتكين بنظم العدالة الجنائية، فإنه من المهم أن تكون البرامج العلاجية من خلال شبكتها قادرة بما يكفي على معالجة الحاجات الإضافية للمرضى مثل مشكلات الإيواء والتوظيف، والمشكلات القانونية والمالية والعائلية.

استمرارية العلاج التي تتضمن الرعاية اللاحقة ضرورية لاستدامة التعافي

لتأكيد عدم عودة المريض للإدمان وعدم تورطه في تعاطي المخدرات غير المشروعة، يجب أن يستمر العلاج لما بعد مرحلة العلاج الأولي (الرعاية اللاحقة). تستلزم المحافظة على استدامة فوائد العلاج استمرارية الرعاية المعدة لإعانة الفرد على الانتقال من خدمات المؤسسات الإصلاحية إلى الخدمات المجتمعية، فبدون استمرارية الخدمات، تتلاشى في العادة مكاسب العلاج أو تفقد. ولسوء الحظ هناك الكثير من معوقات تقديم الرعاية المستمرة، منها: (1) الانتقال إلى التنسيق بين ممارسي العدالة الجنائية ومقدمي العلاج، (2) غياب المحفزات والعقوبات للأفراد ليستمروا في العلاج عقب إخلاء سبيلهم من بيئات السجن دون إشراف، بعد قضائهم المدة المحكوم بها، (3) الانتقال إلى البرامج العلاجية المجتمعية، (4) عدم خبرة مقدمي العلاج عادة بكيفية معالجة أفراد محتكين مع نظم العدالة الجنائية.

العلاج بديلاً للحبس

بعد سنوات من التزايد في أعداد نزلاء السجون، ينبغي البحث عن بدائل للسجن كوسيلة للتقليل من نزلاء السجون. وكان من بين النهج تحديد الأفراد المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات الذين استوفوا معايير أهلية محددة، وإخضاعهم لإشراف مشدد من المحكمة أو المجتمع كبديل للسجن. وعادة ما يتضمن ذلك الحاجة إلى علاج مجتمعي كشرط للإشراف. ويوسع هذا النهج من نطاق الخيارات المتاحة أمام المحاكم، وقد يسهم في الحفاظ على ترابط الأسر والمجتمعات. ويسمح بالنهج غير القائمة على السجن على وجه التحديد في المناسب من قضايا الجنايات المتعلقة بالمخدرات ذات الطبيعة البسيطة بموجب الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.

محاكم معالجة إدمان المخدرات

محاكم معالجة إدمان المخدرات هي إحدى نهج إيجاد بدائل للسجن للأفراد ذوي مشكلات المخدرات الخطيرة. وبوصفها فرعاً مختصاً من المحاكم، تُنشأ محكمة معالجة إدمان المخدرات في إطار ولايات قضائية قائمة لتشرف على المعالجة الخاضع لإشراف المحكمة، والإشراف المجتمعي. وقد تتنوع هيكله محكمة معالجة إدمان المخدرات وإجراءاتها، لكن أغلبها يطلب من المشاركين هو إتمام تحاليل بول عشوائية، وحضور جلسات مشورة علاجية، واللقاء بمسؤولي المحكمة ومراقبي السلوك على نحو منتظم، وعادة المشاركة في مجموعات المساعدة الذاتية.

تهدف محاكم المخدرات إلى إيجاد بيئات داعمة يكافئ فيها القضاة الأفراد وأحياناً يمدحونهم على مشاركتهم الناجحة في البرنامج، في حين يقصرون فيها العقاب على من لا يمتثل. وفي بعض الحالات، يكون خيار محكمة علاج المخدرات غير متاح إلا بعد الاعتراف بارتكاب الجريمة، وبذلك فإن العلاج قد لا يكون دائماً متاحاً على الفور لمن هم في حاجة إليه. وفي أغلب برامج محاكم علاج المخدرات، يمكن للأفراد الذين يكملون البرنامج بنجاح أن يتجنبوا جزءاً من الحكم عليهم بالسجن أو الحكم بأكمله، وفي العديد من الحالات يكون من الممكن إلغاء إدانات معينة (مثل تعاطي المخدرات) من سجلاتهم الجنائية.

المؤسسات الإصلاحية المجتمعية

المؤسسات الإصلاحية المجتمعية هي بديل آخر لسجن الأفراد ممن لديهم مشكلات تعاطي مخدرات خطيرة. ويتم فرض فترات إشراف على الفرد مع تحذيره من أن أي مخالفة قد تؤدي به إلى السجن. وإلى جانب الخضوع لفحوصات دم عشوائية، والخضوع لتفتيش السكن، وعدم التورط في تعاطي المخدرات غير المشروعة، قد تشمل متطلبات الإشراف المشاركة في خدمات علاجية. وبالنسبة لأكثر الجناة خطورة، قد يكون هناك إشراف مكثف بشكل أكبر، خلال فترة المراقبة على سبيل المثال، والتي تتضمن مراقبة أكثر تكراراً من جانب ممارسي إنفاذ القانون، وكذلك المزيد من اللقاءات المطلوبة المتكررة. وتقديم التقارير يومياً هو خيار آخر يفرض على الأفراد أن يقدموا تقريراً لموقع معين، مثل مكتب المراقبة الاجتماعية بشكل متكرر (يومي في العادة). وفي بعض الولايات القضائية، توجد خيارات علاجية مخصصة لمن يخضعون للإشراف المكثف والإشراف من خلال التقارير اليومية. وبدلاً من ذلك، يتم توفير "دور تأهيل" عندما تدعو الحاجة إلى سكن متوسط خلال مرحلة الانتقال من السجن إلى المجتمع. ويطلب من الأفراد البقاء في دور التأهيل عندما لا يكونون في العمل أو المحكمة أو يتلقون علاجاً طبيياً. وتقدم دور التأهيل في العادة مجموعات دعم (مساعدة ذاتية) تتكون من اثني عشر خطوة، وفي بعض الأحيان تقدم خيارات علاجية مخصصة للمقيمين داخل هذه الدور.

العلاج المجتمعي الخاضع للإشراف

يشير مصطلح العلاج المجتمعي الخاضع للإشراف إلى الخدمات التي تقدم لأشخاص تحت إشراف المحكمة أو المجتمع. وكما هو موضح أعلاه، قد يشمل ذلك محاكم معالجة إدمان المخدرات وكذا أنواعاً مختلفة من الإشراف المجتمعي بدلاً عن السجن. وفي العديد من الحالات، قد لا تستدعي الجنايات التي يرتكبها أشخاص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات السجن، وتسمح بإخضاع الأفراد مباشرة للإشراف المجتمعي، بشرط أن يخضعوا لفترة مراقبة أو يتلقوا خدمات علاجية تخضع لإشراف المحكمة. إلا أن هناك أشخاص ممن يخضعون للإشراف المجتمعي استمروا في الحصول على الكحول والمخدرات، ولذلك فهم معرضون لخطر الاستمرار في تعاطي المخدرات غير المشروعة. ويساعد البقاء في المجتمع على الحفاظ على العلاقات الأسرية الإيجابية ومعالجة العلاقات السلبية.

التدخلات العلاجية

بوجه عام، ينبغي أن تكون التدخلات العلاجية مماثلة لتلك الخيارات المتاحة لعامة الناس (كما هو موضح في الفصول السابقة)، مع الاعتراف بالوضع الاستثنائي للأفراد المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات الذين يواجهون عقوبة السجن. ويجب أن تكون التدخلات العلاجية دائما طوعية ومبنية على موافقة عن علم من المريض. وجميع الأشخاص ممن يحصلون على خدمات، بمن فيهم الأفراد الذين يخضعون لإشراف نظام العدالة الجنائية، لهم الحق في رفض العلاج حتى إن كان ذلك يترتب عليه تدابير احتجازية أو غير احتجازية أخرى.

(1) التطهير من السموم بمساعدة الأدوية هو عادة المرحلة الأولى من العلاج. وإذا كانت المؤسسة الإصلاحية لا تتاح لديها عملية التطهير من السموم في مقرها، فلا بد من إحالة المريض إلى خدمات علاجية خارجية. إن إجبار الأفراد على الخضوع إلى الانسحاب دون رعاية طبية ليس أمراً غير أخلاقي فحسب بل أيضا قد يشكل خطراً على صحة الشخص وسلامته.

(2) العلاج خارج المستشفيات أو المراكز العلاجية قد يتضمن فترات علاج مكثف بدرجة أكبر تتبعها فترات أقل تكثيف. ويلائم أسلوب "الخفض التدريجي" لكثافة العلاج تحديداً الأشخاص الذين يتلقون خدمات علاجية مكثفة في السجن أو الذين لا يزالون يحتاجون بعد عودتهم إلى المجتمع للخدمات العلاجية وإن كانت بمستويات أقل تكثيف. ويجب أن يكون خفض تكثيف العلاج مع مرور الوقت مبنياً على ما إذا كان الأفراد يحققون أهداف العلاج أم لا.

(3) العلاج الإيوائي يمكن تقديمه في وحدات مخصصة داخل السجن. وتكمن أهمية هذه البرامج تحديداً عند استهداف أشخاص محددين ممن هم معرضون لخطر أكبر مثل الجناة صغار السن، والنساء، والأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية. فوجود بيئة إيوائية مخصصة يقلل من التعرض لأشخاص، خاصة من عامة نزلاء السجن، الذين قد يختصون الأفراد الخاضعين للعلاج بالإيداء. كما يساعد هذا المكان المخصص على استهداف مشكلات مجموعات فرعية (مثل علاج مشكلة الصدمة لدى النساء اللاتي وقعن ضحايا للإيداء) ويتوقع من عملاء البرامج الإيوائية التعاضد مع بعضهم البعض والتعاون في الأعمال اليومية مثل تحضير الوجبات والقيام بغسيل الملابس. ومن خلال إعطاء النماذج وتعليم حل المشكلات، ومهارات الاتصال، وتحديد الأهداف والعمل الجماعي، يمكن أن يصبح ذلك نهجا علاجيا شاملا ذو فعالية عالية للأشخاص الذين لهم سجل من تعاطي المخدرات المحفوف بالمشكلات. ومع ذلك يجب ألا يستخدم هذا النهج بمفرده، فالعلاج الإيوائي يجب أن يتبعه تقديم خدمات مستمرة عقب إكمال برنامج العلاج الإيوائي.

(4) الجماعات العلاجية هي نموذج للعلاج الإيوائي الذي يمكن تطويعه ليناسب نزلاء السجن وتبينت فعاليته في التجارب العشوائية التي تم تنفيذها في بيئة خاضعة للمراقبة (سميث وآخرون، 2006). ويجب أن تكون برامج الجماعات العلاجية التي تقام في السجن موجودة في وحدة منفصلة من السجن بتجهيزات وخدمات مماثلة للبرامج المشابهة خارج بيئة السجن. ويجب أن تكون المشاركة في هذا العلاج طوعية ويكون الأفراد من عامة نزلاء السجن ممن تنطبق عليهم الشروط للتقدم للالتحاق. إن بعض التدخلات التي ظلت تستخدم في الجماعات العلاجية لم تثبت فعاليتها في التقليل من احتمال العودة للإدمان أو الاستخدام غير الطبي للعقاقير ويجب تجنبها، بما فيها النهج غير الفعالة التي عادة ما تتضمن جداول بالغة الصرامة وذات طابع عسكري مقترنة بالمواجهة، والانضباط، وتعديل السلوك.

(5) مجموعات المساعدة الذاتية تقدم الدعم الضروري للأفراد في مرحلة التعافي من مشكلات الكحول والمخدرات. وتتواجد مجموعات المساعدة الذاتية (مدمني المخدرات المجهولين أو مدمني الكحول المجهولين) في العديد من البيئات بما فيها السجن وفي المجتمع. ولأن العديد منها قائم على أساس ديني وقد يرفض اعتماد المعالجة بمساعدة الأدوية، فمن المهم أخذ هذه العوامل في الاعتبار قبل أن ينصح فرد أو يطلب منه المشاركة في مجموعات مساعدة ذاتية معينة.

(6) العلاج الدوائي قد يكون من بين أكثر عناصر العلاج أهمية لاضطرابات تعاطي بعض المواد. فعلى سبيل المثال: يعد الميثادون والبوبرينورفين هما معيار العلاج في اضطراب تعاطي الأفيون، في حين أن نهج أخرى

مثل التطهير من السموم ثم استخدام النالتريكسون قد تكون فعالة في الوقاية من الانتكاس. وتحتاج قرارات إدخال العلاج بمساعدة الأدوية كجزء من نهج علاجي كلي إلى دراستها على أساس حالة كل فرد. فمواجهة تهم جنائية يجب ألا تكون المبرر الوحيد للتوصية بالعلاج بمساعدة الأدوية.

ملحوظة: للتقليل من خطر الجرعات المفرطة من الأفيون بعد إطلاق السراح من السجن، يجب تزويد الأشخاص الذين لهم سجل من تعاطي الأفيون وأسرهم وأصدقائهم أيضا بعقار النالوكسون وبالتعليمات والتدريب لاستخدامه في حالة تعاطي جرعة مفرطة من الأفيون.

5-4-4 متطلبات معينة للمعالجة في بيئات السجن

إن تقديم أفضل علاج ممكن للأشخاص في بيئات السجن يمثل مجموعة من المسائل المعقدة التي تتضمن أسئلة لوجيستية مثل من سيقدم العلاج، وأين يجب تقديمه، ومتى يُقدم.

ومن بين المسائل الأكثر تعقيدا ما يتعلق بتوفير الطاقم المناسب لبرامج العلاج. في بعض السجون، يكون أفراد الطاقم في المؤسسة مدربين لتقديم الخدمات العلاجية، بينما في سجون أخرى، يجري التعاقد مع مقدمي علاج خارجيين لتقييم الخدمات العلاجية. ويجب أن يكون هدف اتخاذ تلك القرارات لتوفير الطاقم هو تحقيق أفضل النتائج بأقل التكاليف الممكنة. وبوجه عام، بالرغم من ذلك، ستعتمد النتائج بالنسبة للمرضى على جودة الخدمات المقدمة لا على الجهة التي ينتمي إليها أفراد الطاقم.

وفي الوضع الأمثل، ينبغي أن يكون المشاركون في العلاج منعزلين عن الأفراد المسجونين الآخرين للحفاظ على بيئة اجتماعية إيجابية. فعودة أفراد في مرحلة التعافي إلى عامة نزلاء السجن قد يقوض بسهولة المكاسب التي تم تحقيقها أثناء العلاج، نظرا للمناخ السلبي الذي يشيع عادة في عامة بيئات السجن.

وعندما يكون من غير الممكن أو غير المتاح توفير بيئات علاجية قائمة بذاتها، يجب بذل الجهود للتقليل من التعرض لعوامل الخطر الخارجية (على سبيل المثال، توفير أماكن منفصلة في أوقات تناول الطعام أو الترويح). كما أن القدر المتبقي من الوقت في المدة المحكوم بها على الشخص يجب أن يؤثر على القرارات الخاصة بالعلاج حيث يمكن أن يكون الفرد لا يزال في منتصف مسار العلاج عندما يحين موعد إطلاق سراحه. لذا تحتاج الأجهزة إلى أن تأخذ في اعتبارها مقدار الوقت الذي سيكون فيه الفرد مسجوناً ثم تطلب إكمال الخدمات العلاجية المخصصة له قبل إطلاق سراحه أو تضمن استمرار العلاج اللازم بعد إطلاق سراحه.

الفصل 5 مواصفات النظام الفعال لتقديم خدمات معالجة اضطرابات تعاطي المخدرات

مقدمة

يتطلب نظام وطني فعال لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات رد فعل منسق ومتكامل من العديد من الجهات لتفعيل سياسات وتدخلات مبنية على دليل علمي في بيئات متعددة وتستهدف مجموعات مختلفة في مراحل مختلفة من حيث خطورة اضطرابات تعاطي المخدرات التي يعانون منها. ويعد النظام الصحي العام أفضل من تكون له الريادة في تقديم الخدمات العلاجية الفعالة للأشخاص ممن تأثروا باضطرابات تعاطي المخدرات، ويكون ذلك عادة بالتنسيق الوثيق مع خدمات الرعاية الاجتماعية وغيرها من الخدمات المجتمعية. ويجب أن تكون الخدمات العلاجية:

- متوفرة
- يسهل الحصول عليها
- معتدلة التكلفة
- مبنية على أدلة
- متنوعة

يشير توفر الخدمات العلاجية إلى الوجود المادي لخدمات قادرة على علاج المرضى المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات.

سهولة الحصول على الخدمات العلاجية تشير إلى وصولها لجميع الأشخاص أو سهولة الحصول عليها ماديا بالنسبة للجميع، حيث يجب أن يكون موقع الخدمات العلاجية ملائما ويتصف بالقرب الجغرافي من وسائل المواصلات العامة (وذلك في المناطق الريفية والحضرية). وبالإضافة إلى ذلك، يجب ألا تتم إعاقة الوصول إلى الخدمات بسبب مواقف تجاه مجموعات سكانية محددة أو غيرها من العوامل.

توفر الخدمات العلاجية بتكلفة معتدلة يشير إلى المرضى والنظام العلاجي، حيث يجب أن تكون الخدمات العلاجية معتدلة التكلفة بالنسبة للمرضى من مختلف المجموعات الاجتماعية والاقتصادية ومستويات الدخل. وفي الوقت نفسه، تحتاج الأنظمة العلاجية إلى أن تكون معتدلة التكلفة بالنسبة للنظام الصحي والاجتماعي كي تكون مستدامة.

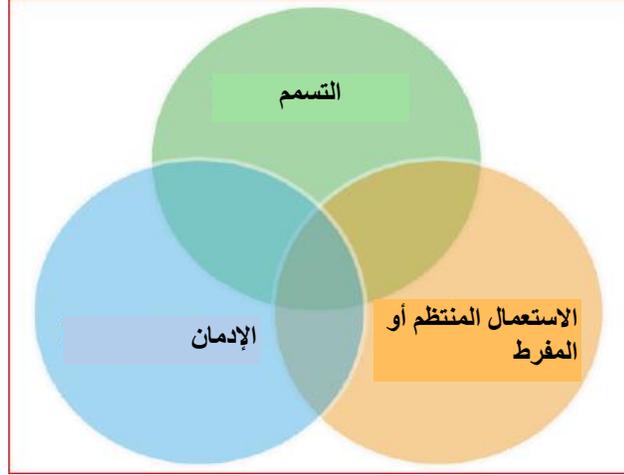
يضمن النهج المبني على الأدلة في الخدمات العلاجية جودة الخدمات العلاجية. ونظرا لمجمل الحدود الموضوعية للتمويل المتاح لمعالجة اضطرابات تعاطي المخدرات، يجب أن تكون التدخلات العلاجية مبنية على دليل علمي وتتبع مبادئ توجيهية مبنية على أدلة.

الخدمات العلاجية ينبغي أن تكون متنوعة وتطرح نهجا علاجية مختلفة، حيث إن نهجا واحدا لن يناسب جميع الاضطرابات ومراحلها المتعددة. لذا ينبغي أن توجد مجموعة متنوعة من التدخلات في البيئات المختلفة للتعامل على نحو وافي مع حاجات المرضى المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات. وحيث يظل التعافي هو الهدف النهائي لجميع خدمات العلاج والرعاية، ينبغي أن تكون خدمات إدارة التعافي المستدام جزءا لا يتجزأ منها.

نموذج تنظيم نظام العلاج

يمكن توصيف اضطرابات تعاطي المخدرات من خلال طيف يتراوح من الأقل إلى الأعلى في الحدة والتعقيد. ويفرق التتقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات الصلة (ICD-10)، الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام 2011، في فصل الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن استعمال مواد نفسية التأثير (F10 - F19)، بين التسمم الحاد، والاستعمال الضار، ومتلازمة الارتهاان. كما فرق ثورلي (1980) في نمودجه لتعاطي المخدرات بطريقة مماثلة بين التسمم أو الاستعمال المنتظم أو المفرط والاعتماد (شكل 1). وبحسب تقرير المخدرات العالمي لعام

2015 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، من بين إجمالي 246 مليون شخص - أكثر من 5% بنحو طفيف ممن تتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى 64 عاما على مستوى العالم - ممن يتعاطون المخدرات غير المشروعة، يعتبر 27 مليون شخص متعاطين إشكاليين للمخدرات وما يقرب من نصفهم يتعاطى المخدرات بالحقن. (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2015).



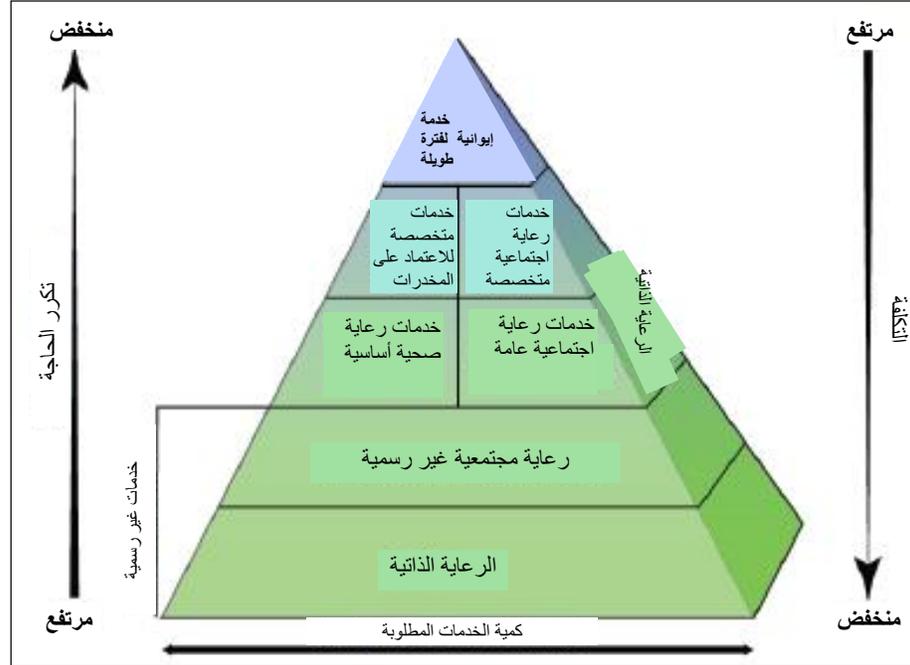
شكل 1: نموذج ثورلي لتعاطي المخدرات

عند وضع نظام علاجي شامل يخصص بحكمة الموارد المتاحة ويستجيب أفضل استجابة لحاجات المريض، يكون مبدأ الصحة العامة الرئيسي الذي ينبغي تطبيقه هو استخدام الممكن من التدخلات الأقل انتهاكية مع أعلى مستوى من الفعالية وأقل تكلفة ممكنة. وهذا المبدأ مهم عند تصميم نظام علاجي أو مراجعته مع الأخذ في الاعتبار بمعايير المعالجة الموضحة في هذه الوثيقة.

ومن منظور متعلق بالميزانية العامة، يعد علاج اضطرابات تعاطي المخدرات المبني على الأدلة استثمارا ذكيا، حيث إن تكاليف علاج اضطرابات تعاطي المخدرات منخفضة بالمقارنة مع تكاليف الارتهاان للمخدرات غير المُعالج (مكتب الأمم المتحدة المعني بالجريمة والمخدرات/ منظمة الصحة العالمية، 2009). ويمكن أن تتجاوز نسبة المخدرات إلى الاستثمارات نسبة 12: 1 من خلال انخفاض الجريمة المتصلة بالمخدرات وتكاليف العدالة الجنائية، وإنفاذ القانون والرعاية الصحية (المعهد الوطني المعني بمشكلة تعاطي المخدرات، 2012).

وبوجه عام، ينبغي أن تلائم درجة اختصاص الخدمات ومستواها حاجات المرضى وخطورة إدمانهم، فالشخص الذي لم يتعاطى المخدرات سوى مرة واحدة يحتاج، على سبيل المثال، إلى نوع من التدخل وقوة الدعم بما يختلف عن ما يحتاجه مريض له سجل طويل من تعاطي المخدرات ومشكلات أخرى صحية واجتماعية ذات صلة.

لذا ينبغي أن يتم استثمار المال العام وفقا لتكرار الخدمات العلاجية اللازمة. وكما هو موضح في هرم تنظيم الخدمات (شكل 2)، أغلب الخدمات العلاجية مطلوب بمستويات أقل تكثيفا، ويمكن لها أن تمنع الأشخاص من أن تنشأ لديهم اضطرابات تعاطي مخدرات أكثر تعقيدا عند تقديمها. وبما أن الخدمات ذات المستويات الأقل تكثيفا هي الأكثر طلبا وغالبا الأقل تخصصا والأقل كلفة، فإن الأنظمة العلاجية المصممة بما يتماشى مع هرم تقديم الخدمات هي الأكثر كفاءة من حيث التكلفة، يفرض أن تكون الخدمات المقدمة مبنية على دليل علمي. ومع ذلك، عادة ما يتم الاستثمار بدرجة عالية للغاية في خدمات علاجية على درجة عالية من التكتيف ومرتفعة التكلفة في قمة الهرم، مما يسفر عن وضع ينتهي الحال فيه بأصحاب الإدمان الأقل خطورة في موقع الخدمات عالية التركيز دون وجه حاجة. وعندما لا تطابق خطورة الاضطراب درجة تكثيف العلاج، تتضاءل النتائج وتوزع الموارد توزيعا غير كفاء، مما لا يعد استثمارا جيدا للأموال العامة.



شكل 2 هرم تنظيم الخدمات

وبما أن الخدمات العلاجية لتعاطي المخدرات على مستوى العلاج خارج المستشفيات هي بشكل عام أقل تعطيلاً للمرضى وأقل تكلفة على النظام الصحي، فإنها يوصى بها من منظور الصحة العامة طالما كان العلاج خارج المستشفيات موافقاً لحدّة الإدمان واحتياجات المريض.

وتظهر بيانات تقرير المخدرات العالمي وجود فجوة كبيرة على مستوى العالم بين عدد الأشخاص الذين يرغبون في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات أو يستطيعون الاستفادة منه وعدد الأشخاص الذين يتلقون الخدمات بالفعل (مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، 2015). وعدم وجود الخدمات بالحد الأدنى وبأقل درجة تكثيف مثل التدخلات البسيطة على مستوى الرعاية الصحية الأولية) قد يؤدي إلى عدم سهولة الحصول على خدمات الحد الأدنى، بحيث يتواصل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات فقط مع النظام الصحي عندما تنشأ لديهم اضطرابات تعاطي مخدرات خطيرة بدلاً من تلقي دعم أقل تكثيف (وأقل تكلفة) في مراحل مبكرة من إصابتهم بالاضطرابات. وتظهر البيانات أن الأشخاص نادراً ما يخضعون لفحص ممارسي الرعاية الأولية (إرنست وآخرون، 2007). وبالرغم من ذلك، فإن إجراء الفحوصات والخدمات المبدئية في بيئات الرعاية الصحية الأولية هو أمر مجدٍ ويساعد في تحديد الأشخاص الذين يعانون من مشكلات تعاطي المخدرات ودعمهم وإحالتهم، وبالتالي الإسهام في خفض تكاليف الرعاية الصحية.

التدخلات المقترحة في مستويات الخدمة المختلفة:

التدخلات الممكنة	مستوى الخدمة
التوعية مجموعات المساعدة الذاتية الدعم غير الرسمي من الأصدقاء والعائلة	الرعاية المجتمعية غير الرسمية
الفحص، التدخلات البسيطة، الرعاية الصحية الأساسية، الإحالة الدعم المستمر للأشخاص في مرحلة العلاج أو من هم على صلة بخدمة علاجية متخصصة تشمل الخدمات الصحية الإسعافات الأولية والتعامل مع الإصابات	خدمات الرعاية الصحية الأولية

الإيواء الغذاء الدعم الاجتماعي غير المشروط ضمان الحصول على خدمات صحية واجتماعية أكثر تخصصا عند الحاجة	الرعاية الاجتماعية الأساسية
التقييم إدارة الحالة تخطيط المعالجة التطهير من السموم التدخلات النفسية والاجتماعية المعالجة بمساعدة الأدوية الوقاية من الانتكاس خدمات إدارة التعافي	المعالجة المتخصصة من إدمان المخدرات
العلاج الصحي النفسي الطب الباطني علاج الأسنان علاج فيروس نقص المناعة المكتسبة والتهاب الكبد الوبائي (فيروس سي)	خدمات الرعاية الصحية المتخصصة
دعم العائلة وإعادة الإدماج التدريب المهني/ البرامج التعليمية توليد الدخل/ القروض الصغيرة تخطيط أوقات الفراغ خدمات إدارة التعافي	خدمات الرعاية الاجتماعية المتخصصة
الإيواء التدريب المهني توفير بيئة محمية التدريب على المهارات الحياتية الدعم العلاجي المستمر خدمات إدارة التعافي	الخدمات الإيوائية طويلة المدى

ومن بين القرارات المهمة عند العمل في تخطيط نظام فعال ومستدام للمعالجة من الارتهان للمخدرات قرار يتعلق بتخصيص الموارد والخدمات المقدمة على مستويات مختلفة من النظام الصحي والاجتماعي. وينبغي أن تكون نظم المعالجة مصممة باستخدام البيانات المتوفرة حول العرض والطلب من المخدرات على مختلف المستويات كمصدر مهم للتوجيه (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2003). وينبغي ألا يكون عدم توفر البيانات أو أنظمة جمع بيانات منهجية عائقاً أمام تنفيذ علاج الاعتماد على المخدرات وخدمات الرعاية وتقديمها، وخاصة أن بعض المؤشرات مثل مؤشر الطلب على العلاج ("الاستفادة من الخدمات لمعالجة مشكلات المخدرات")، لا يمكن جمعها على نحو فعال سوى إذا كانت هناك خدمات علاجية تسمح بجمع البيانات على مستوى المريض .

يحتاج إنشاء نظام معلومات وطني فعال للمخدرات إلى الدعم من الشركاء على جميع المستويات ومن مختلف القطاعات، حيث إنه لا يتضمن المكون التقني فحسب، بل أيضا يتضمن عملية تشاركية للاتفاق على السياسات التي تحكم نظام المعلومات الوطني للمخدرات والمرصد الوطني للمخدرات. ويتوفر دليل بخطوات مفصلة لهذه العملية للرجوع إليه (المرصد الأوروبي المعني بالمخدرات وإدمانها، 2010)

نموذج تنظيم الخدمات العلاجية: نهج الوجهة الموحدة للعلاج والرعاية في اضطرابات تعاطي المخدرات

نظراً لتنوع حاجات الأشخاص المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات وتعددتها، فإن الحل الأمثل هو تقديم مجموعة واسعة من الخدمات الطبية والاجتماعية في مؤسسة واحدة أو برنامج واحد، وهو ما يمكن وصفه بـ "الوجهة الموحدة" (شكل 3). فتقديم خدمة متكاملة كهذه بدون حواجز تعوق الوصول إليها يشمل مجموعة كاملة من خدمات الرعاية ويزود متعاطي المخدرات بعلاج شامل لعلاج الارتهاان للمخدرات (راب وآخرون، 2006).



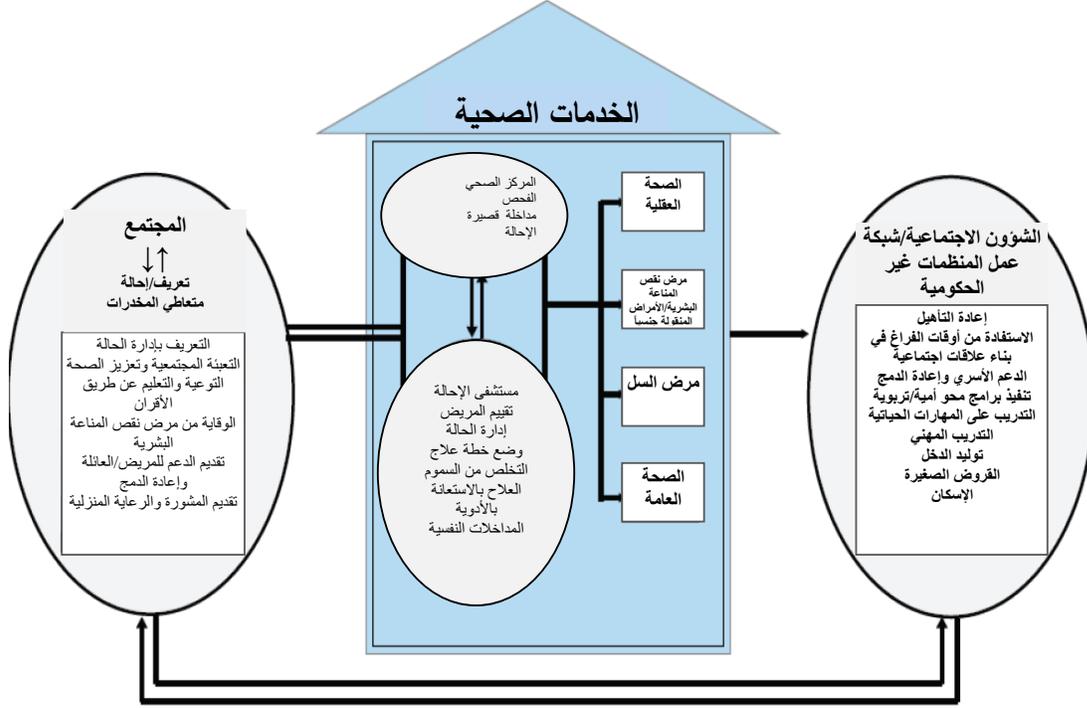
شكل 3: النهج الجامع

نموذج تنظيمي لخدمة العلاج: منهج مجتمعي لمعالجة اضطرابات تعاطي المخدرات ورعايته

يتعين إعداد سلسلة متصلة من خدمات الرعاية الشاملة والمتناسقة والتي تشمل مختلف عناصر الرعاية، وذلك إذا لم تتوفر إمكانية دمج جميع الخدمات بالبرامج العلاجية (مثل المنهج العلاجي المتكامل). ولا يقتصر هذا المنهج على تقديم الخدمات الطبية كعنصر أساسي وإنما يضم الكثير من الخدمات المساعدة على مستوى البلدية/المجتمع عن طريق مشاركة رؤية محددة والعمل استناداً إلى آليات الإحالة الموضوعية. ومن أجل ضمان وصول هذا المنهج، فيتعين وضع الخدمات التمهيديّة (مثل التوعية، الزيارات السريعة) مصحوبة بآليات إحالة محددة إلى خدمات العلاج السريرية فضلاً عن الخدمات الاجتماعية المصاحبة بالشكل المطلوب.

لا يقتصر وجود شركات واسعة النطاق بأي من المجتمعات القائمة على شبكة علاج (الشكل 4)، بين الخدمات المختلفة للصحة العامة والقطاع الاجتماعي العام فحسب بل يشمل ذلك الآخرون من أصحاب المصلحة المعنيين. وتعد من بين الأمور المفيدة، من أجل التنسيق بين جميع الخدمات المقدمة، إعداد أحد المناهج المحلية للمعالجة على أساس مجتمعي وذات فعالية بحيث يستخدم جميع الموارد المتاحة بالفعل داخل المجتمع. يوفر العلاج على أساس مجتمعي منهج متعدد

العوامل والقطاعات بهدف إدارة المشكلات المتعلقة بالمخدرات فضلاً عن المشكلات الصحية. ويحفز هذا المنهج من استخدام مختلف مسارات العلاج والاستشفاء والرفع من مستوى الحياة المعيشية. كما يلزم على الشركاء بشبكة الخدمات المجتمعية التعاون والتنسيق عن كثب مع بعضهم البعض، لتقديم أفضل دعم ممكن عن طريق استراتيجيات الإحالة الفعالة وإدارة الحالة لضمان توافر سلسلة متصلة من خدمات الرعاية. فتقدم شبكة المعالجة المجتمعية مجموعة من الخدمات التمهيديّة للالتحاق بالنظام العلاجي فضلاً عن تيسير الوصول إلى العلاجات المختلفة وخدمات الرعاية .



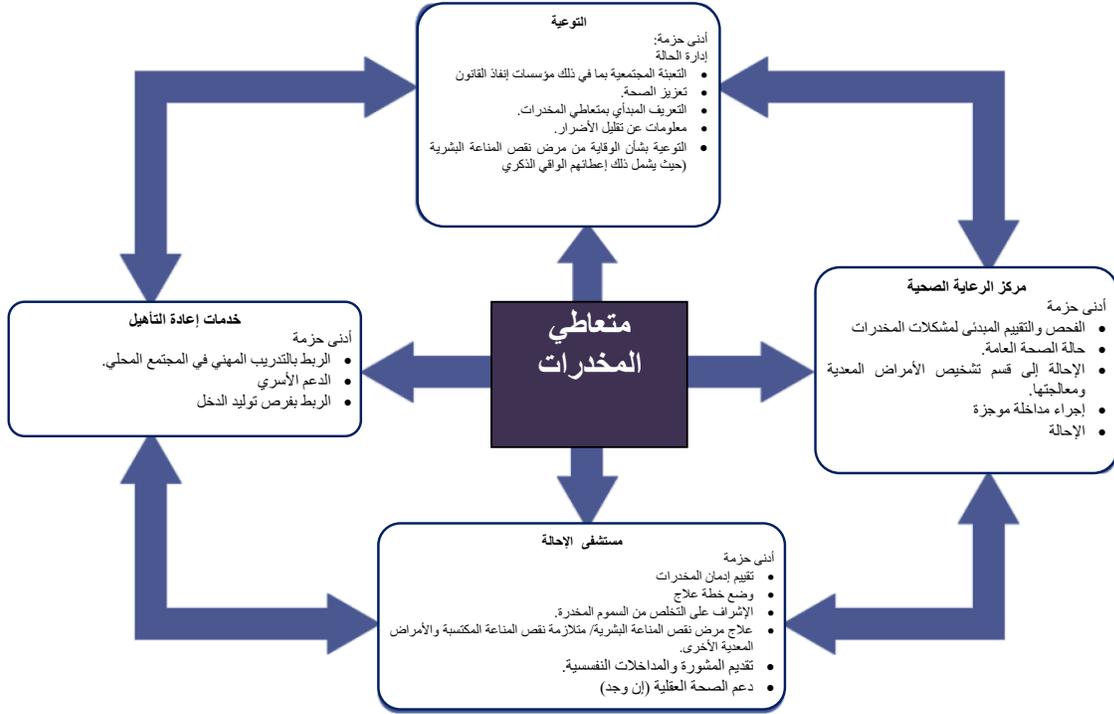
شكل 4: نموذج العلاج المجتمعي

- تتضمن المبادئ الأساسية لعلاج ورعاية الإدمان على أساس المشاركة المجتمعية ما يلي:
- سلسلة متصلة من خدمات الرعاية بدءاً من التوعية والدعم الأساسي وتقليل الأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات إلى إعادة الدمج الاجتماعي بحيث تتاح سلاسة الحصول على خدمات الالتحاق بالنظام العلاجي.
- التعاون الوثيق بين المجتمع المدني وهيئات إنفاذ القانون فضلاً عن قطاع الصحة.
- وجود أقل قدر من الخلل في الروابط الاجتماعية ومكان العمل.
- الدمج بالخدمات الصحية والاجتماعية القائمة.
- تقديم الخدمات المطلوبة بالمجتمع بحيث يتوافر بقدر المستطاع إمكانية حصول متعاطي المخدرات عليها.
- المشاركة في بناء الموارد المجتمعية بحيث يتضمن ذلك مشاركة الأسر.
- مشاركة الأشخاص المتضررين من تعاطي المخدرات وإدمانها، فضلاً عن الأسر والمجتمع بأسره فيما يتعلق بتخطيط الخدمات وتنفيذها.
- تقديم المداخلات على أساس القرائن.
- المشاركة المستنيرة والتطوعية في العلاج .
- وضع منهج شامل مصحوباً بمنظور عن الاستشفاء بحيث يأخذ في الاعتبار الاحتياجات المتنوعة والتي تشمل (الصحة والأسرة والتعليم والتوظيف والإسكان).
- القبول بأن انتكاس المريض جزء من عملية العلاج وأنه باستطاعة الأفراد الحصول على الخدمات العلاجية مرة أخرى.
- احترام حقوق وكرامة الإنسان بما في ذلك خصوصيته.

تعد الخدمات الصحية مثل خدمات الرعاية الصحية الأساسية، والخدمات المتخصصة في علاج الإدمان والمستشفيات والعيادات والخدمات الاجتماعية، الشركاء الرئيسيين بشبكة الرعاية والعلاج القائم على المشاركة المجتمعية. إضافة إلى ذلك، فيتعين تكوين الشراكات أيضاً بالتعاون مع أصحاب المصلحة المحليين الآخرين كما يلي:

- المجتمع المدني/المنظمات غير الحكومية (على سبيل المثال، تقديم خدمات التوعية والتدريب المهني وأنشطة الرعاية اللاحقة)
- الشرطة (على سبيل المثال، الفحص، الإحالة إلى نظام المعالجة الصحي)
- نظام العدالة الجنائية (مثل توفير العلاج في السجن، تنسيق متابعة الخدمات بالمجتمع المحلي)
- المنظمات المتخصصة (مثل توفير الدعم القانوني)
- مؤسسات التجارة والخدمات (مثل خلق الفرص المهنية).
- فئات متعاطي المخدرات المنظمة والأفراد في طور التعافي.
- الفئات المنظمة التي تُعرف أنفسها ببناءً على النوع والانتماء العرقي.
- المؤسسات التربوية والبحثية.
- المنظمات الشبابية وقادة الشباب.
- المؤسسات الدينية (مثل توفير أماكن للإقامة الليلية)
- قادة الدين والمجتمع المحلي.
- جمعيات الحي.
- أعضاء الأسرة.

يعد إدارة الحالة إحدى العناصر الضرورية لضمان ارتباط وإحالة المرضى إلى الخدمات الملائمة التي تناسب احتياجاتهم. فيعمل مسؤولي الحالات مع المرضى وأعضاء الفريق المُعالج والخدمات أو المنظمات لاختيار أفضل تجميع بين المداخلات والدعم. كما يقدم مسؤول الحالات تقييم متواصل عن تقدم العلاج، ومن خلال ذلك تضمن إدارة الحالة بقاء الوصول إلى شبكة عمل الإحالة وخدمات الدعم الأخرى فضلاً عن تحقيق الكفاءة في الاستفادة من الموارد. ويُظهر الشكل التوضيحي التالي، نظام توظيف إحدى الحالات من منظور الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات ثم الدخول بالنظام العلاجي حيث تتوافر "سلسلة التحاق" الأفراد بالنظام وذلك لوجود التواصل بين مختلف الخدمات العلاجية وتعاونها حتى يمكن إحالة المرضى إلى مرفق الخدمة الذي يتطابق مع شدة ما يعانونه من اضطرابات مع تلبية احتياجاتهم الشخصية.



شكل 5: نموذج إدارة الحالة وعلاج ورعاية الأفراد الذين يتعاطون المخدرات ويعانون من الاضطرابات الناتجة عن ذلك.

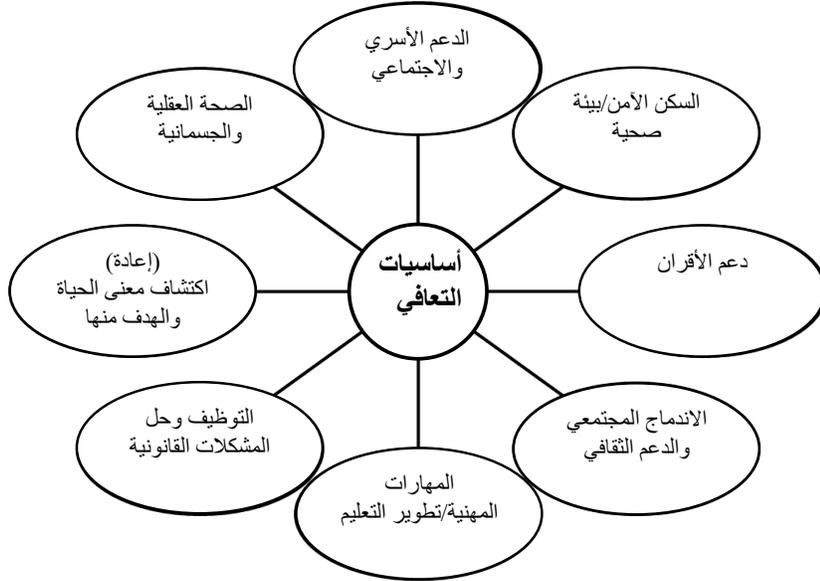
وقد نشر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وثيقة الممارسات الجيدة عن علاج إدمان المخدرات على أساس المشاركة المجتمعية (UNDOC)، (2008) ومذكرة إرشادية عن الموضوع ذاته والتي تعطي أمثلة من جميع أنحاء العالم ودليل إرشادي مفصل عن عناصر شبكة العمل العلاجية على أساس المشاركة المجتمعية.

نموذج الخدمة العلاجية المتواصلة: إدارة التعافي المستدام

يعد التعافي "...[إحدى العمليات والتجارب المتواصلة التي يستطيع الأفراد والعائلة والمجتمع المحلي من خلالها الاستفادة من الموارد الداخلية والخارجية بهدف معالجة إدمان المخدرات ومشكلات تعاطي المواد الكيميائية فضلاً عن فاعلية التحكم في استمرار تعرضهم لمثل هذه المشكلات من أجل عيش حياة هادئة مفعمة بالعطاء والصحة" (مقتبسة من دبلو وايت، 2007). يتعين أن تكون عملية التعافي الغاية الأولى بكل مرحلة من مراحل سلسلة العلاج، والاضطرابات وبين مختلف الأماكن ("المداخلات المقترحة بمستويات الخدمة") بدءاً من التوعية إلى الدعم وتقليل الأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات وإعادة الدمج الاجتماعي. كما يلزم ضمان استمرارية الخدمات بهدف دعم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والتأكيد على الحاجة إلى إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي والتعافي في حد ذاته. وقد تكون مثل هذه الخدمات التي يمكن تسميتها "بالخدمات المستدامة لإدارة التعافي" مدمجة بالفعل بالشبكة الوظيفية لعلاج ورعاية إدمان المخدرات على أساس المشاركة المجتمعية، كما سينخفض حجم الاستفادة من الخدمات القائمة كلما تقدم الأفراد نحو تعافي مستدام. ويتعين أن تقدم هذه الخدمات طواعية (مثل أي من خدمات علاج الإدمان الأخرى بعيداً عن الحالات الطارئة التي تهدد حياة الإنسان) وتهدف إلى عدم إحداث سوى أقل مستوى من الخطر على الشخص في طور الاستشفاء. وعلى الرغم من أن التعافي هو الغاية الأولى من العلاج، فمن المهم إدراك أن إدمان المخدرات هو أحد الاضطرابات المزمنة التي يتوافر بها احتمالية انتكاس المرضى وإعادة استخدام شبكة خدمات العلاج مرة أخرى.

يمكن تنفيذ خدمات التعافي في مجموعة من أماكن ومراحل الاضطراب بحيث تتضمن على سبيل المثال، حل جميع المشكلات القانونية وأنشطة توليد الدخل ودعم عملية التعافي بمشاركة الأقران والدعم الاجتماعي ومرحلة ما بعد

الرعاية ودور الإقامة المؤقتة والتدريب المهني أو غير ذلك. وقد تضمنت وثيقة الممارسات الجيدة عن إدارة عملية التعافي المستدامة الصادرة عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، التعريف بثمانية مجالات عن أساسيات التعافي كفكرة عن المجالات والمداخلات ل يتم وضعها محل دراسة بشكل مستمر (شكل 5).



شكل 5: الدعم الأساسي الخاص بتحقيق إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي.

التوصيات/الملخص

- يتعين عند إعداد نظام علاجي، توظيف الموارد في المجالات التي هي بأمرس الحاجة إليها. كما يجب إيلاء الاهتمام على خدمات العلاج والرعاية التمهيدية التي يسهل الوصول إليها كخطوة أولى.
- يتعين أن تكون جميع الخدمات العلاجية المقدمة في متناول الجميع ومستندة على أدلة بحيث يصاحبها عنصر الاستشفاء كغاية أولى لدمج إدارة الاستشفاء المستدام بجميع خدمات العلاج والرعاية.
- يتعين استخدام البيانات المتاحة عند تصميم نظام علاج إدمان المخدرات وتنفيذه. وعلى الرغم من ذلك فلا يجب أن يشكل عدم توافر البيانات حائل دون تنفيذ خدمات علاج ورعاية إدمان المخدرات وتقديمها.
- يمثل وجود نهج متكامل (وهو مجموعة من خدمات الرعاية المتكاملة والمتاحة بأحد المرافق أو البرامج) أو إحدى شبكات الخدمات الصحية والاجتماعية المتكاملة في المجتمع، نماذج تقديم سلسلة من رعاية اضطرابات تعاطي المخدرات متنوعة وسهل الوصول إليها .

المراجع

- EMCDDA (2010). Building a national drugs observatory: a joint handbook.
- Ernst D, Miller WR, Rollnick S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*, vol. 7
- NIDA (2012). Principles of drug dependence treatment. A Research based Guide. Third Edition). NIH Publication No. 12-4180
- Rapp RC et al. (2006) Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Apr; 30(3): 227-235.
- Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2
- UNODC (2003). Developing an Integrated Drug Information System. Toolkit Module 1. United Nations. New York
- UNODC (2008). Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment. Good Practice Document.
- UNODC (2008). Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Good Practice Document.
- UNODC (2014) Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia.
- UNODC (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).
- UNODC/WHO (2009). Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper.
- Weisner C. et al.(2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, No. 14, pp. 1715-1723.
- World Health Organization (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. WHO, Geneva
- World Health Organization (2010), *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual for use in primary care* WHO, Geneva.

World Health Organization (2009-2015). MhGAP Evidence Resource Centre. Available online at: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/

World Health Organization (2011). International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision.

World Health Organization (2012), Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and C among people who inject drugs. WHO, Geneva.

World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO, Geneva. Retrieved November 24, 2014., from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

WHO (2015) Community management of opioid overdose. WHO, Geneva