

به نام خدا

ویرایش چهاردهم

راهنمای (پروتکل) مراقبت های

درمانی در مراکز درمان اجباری

موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر
مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

و

اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر



اسفند ۸۹

و اینک که الزام قانونی نیز دست اندرکاران را به اجرای مداخلات «درمان اجباری» مکلف کرده است ضرورت تدوین موارد فوق دوچندان می شود.

تحقیقاً اگر برنامه های بازتوانی در این مراکز در قالب یک طرح ساختار یافته مراقبت درمانی و بازتوانی ارائه شود شاهد اثرات سودمند آن برای افراد معتاد، خانواده، جامعه و نظام سلامت خواهیم بود.

مجموعه حاضر برگرفته از آیین نامه و پروتکل تدوینی در سال ۸۶ وزارت بهداشت بوده که طی نامه شماره ۵۵۲۵۹ مورخ ۸۹/۴/۲۷ معاون محترم سلامت وقت ابلاغ گردیده است که با اصلاحاتی تقدیم می گردد.

امیداوریم با شروع طرح و پایش و ارزیابی برنامه نتایج آن از نظر هزینه/فایده، هزینه ای/اثربخشی نیز ارائه گردد تا تصمیم گیران کشوری را در ادامه راه و یا تغییرات اصلاحی برنامه یاری نماید.

برخود لازم می دانم از همه همکارانی که در تدوین و نهایی کردن این راهنما، علیرغم کاستی ها و کمبودها با تلاش مضاعف همت گماردند صمیمانه سپاسگزاری کرده و از خداوند منان اجر اخروی و عاقبت نیک برای ایشان آرزو نمایم.

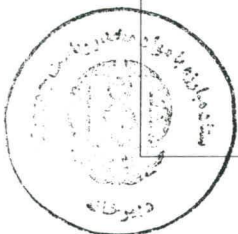
در پایان از عزیزانی که ما را با راهنمایی ها و انتقادات خود در بهبود وضعیت و اصلاح امور و کارآمد کردن این راهنما و دستورالعمل مربوطه یاری خواهند نمود نیز کمال سپاس را دارم.

اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی دبیر خانه ستاد

۱۳۸۹/۱۲/۱۷



	مشخصات پروتکل
	مقدمه
۵	بخش اول: تعاریف
	۱-۱- اعتیاد
	۲-۱- بیخانمانی
	۳-۱- درمان اجباری
	۴-۱- واحد غربالگری (ارزیابی سریع اولیه و تریاز)
	۵-۱- مرکز اقامتی (نگهداری) درمان اجباری سوءمصرف مواد
	۶-۱- مرکز بهداشتی، درمانی
	۷-۱- دستورالعمل / آئین نامه تکالیف مراقبت بعد از خروج موضوع تبصره ۱
	۸-۱- کمیته هماهنگی مرکز
۷	بخش دوم: مبانی قانونی
	۱-۲- قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن
	۲-۲- قانون مجازات اسلامی
	۳-۲- اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر
۹	بخش سوم: اهداف برنامه
	۱-۳- هدف کلی
	۲-۳- اهداف اختصاصی
۱۰	بخش چهارم: راهنمای خدمات
	۱-۴- غربالگری (ارزیابی سریع اولیه و تریاز)
	۲-۴- معیارهای دستگیری ارزیابی و ورود به مرکز
	۳-۴- احراز اعتیاد تزریقی
	۴-۴- مسمومیت با مواد افیونی
	۵-۴- درمان مسمومیت (بیش مصرف) ترکیبات افیونی
	۶-۴- نحوه برخورد با مسمومیت (اوردوز) ترکیبات افیونی
	۷-۴- آزمایش مواد
	۸-۴- تست های سریع
	۹-۴- آزمایش ادرار
	۱۰-۴- آزمایش بزاق
	۱۱-۴- تایید آزمایش ها
۱۷	بخش پنجم: برنامه ریزی مراقبت و مسیرهای درمان
	۱-۶- استانداردها
	۲-۶- کاهش آسیب در بافتار برنامه ریزی مراقبت
	۳-۶- درمان اجباری در جایگاههای تادیبی
	۴-۶- برنامه ریزی مراقبت و درمان ساختاریافته



	<p>۵-۶- برنامه ریزی مراقبت و مسیر درمان</p> <p>۶-۶- برنامه اولیه مراقبت</p> <p>۷-۶- ارزیابی جامع</p> <p>۸-۶- برنامه جامع مراقبت</p> <p>۹-۶- برنامه ترخیص و مراقبتهای پس از ترخیص</p> <p>۱۰-۶- مراحل (فازهای) درمان</p> <p>۱۱-۶- فرآیند برنامه ریزی مراقبت</p>
۲۵	<p>بخش ششم: ارزیابی جامع</p> <p>۱-۷- بیماریابی سل</p> <p>۲-۷- غربالگری HIV</p> <p>۳-۷- نتایج آزمایش</p> <p>۴-۷- مراقبتهای بهداشتی، درمانی در مرکز اقامتی</p> <p>۵-۷- مراقبتهای بدو ورود</p> <p>۶-۷- مراقبتهای بهداشتی اولیه</p> <p>۷-۷- ایمن سازی بیماران و کارکنان</p> <p>۸-۷- پیشگیری از کزاز</p> <p>۹-۷- استانداردهای ایمن سازی</p> <p>۱۰-۷- درمان اختلالات مصرف مواد</p> <p>۱۱-۷- مدیریت خطر (risk management)</p> <p>۱۲-۷- فرآیند پذیرش</p> <p>۱۳-۷- تجویز داروی آگونست: تثبیت</p> <p>۱۴-۷- درمان اوردوز ترکیبات افیونی</p> <p>۱۵-۷- درمان نگهدارنده با داروهای آگونست</p> <p>۱۶-۷- سم زدایی ترکیبات افیونی</p> <p>۱۷-۷- نالترکسون</p> <p>۱۸-۷- بنزودیازپین ها</p> <p>۱۹-۷- تجویز دارو و نظارت پرستاری</p> <p>۲۰-۷- مدیریت محرومیت از محرک ها</p> <p>۲۱-۷- الکل</p> <p>۲۲-۷- مداخلات سایکو سوشیال (روانی - اجتماعی)</p> <p>۲۳-۷- اختلالات روانپزشکی همراه</p> <p>۲۴-۷- خدمات کاردرمانی</p> <p>۲۵-۷- برنامه ترخیص</p> <p>۲۶-۷- بازبینی دوز متادون</p> <p>۲۷-۷- مداخلات دارویی داروهای آگونست</p>



۶۴	<p>بخش هفتم: کارکنان و تجهیزات کارکنان و تجهیزات</p> <p>۸-۱- کارکنان</p> <p>۸-۲- تجهیزات غیر پزشکی</p> <p>۸-۳- تجهیزات پزشکی</p> <p>۸-۴- تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی</p>
۶۶	<p>بخش هشتم: فضای فیزیکی، ایمنی و بهداشت محیط</p> <p>۹-۱- فضای فیزیکی</p> <p>۹-۲- ایمنی</p> <p>۹-۳- بهداشت محیط</p> <p>۹-۴- احتیاط‌های استاندارد برای تمیز کردن خون/مایع‌های بدنی</p>
۸۸	<p>بخش دهم: پایش و ارزشیابی</p> <p>۱۰-۱- پایش برنامه ریزی مراقبت</p> <p>۱۰-۲- ارزشیابی برآیندها</p>
۷۹	<p>بخش یازدهم: (بیوست ها)</p>



مشخصات پروتکل:

هدف: فراهم آوردن چارچوبی برای ارائه مراقبت های درمانی سوءمصرف مواد در جایگاه های اقامتی و بصورت اجباری تدوین گردیده است.

عنوان: راهنمای (پروتکل) مراقبت های درمانی در مراکز درمان اجباری

گردآورندگان:

۱- دکتر محمد باقر صابری زفرقندی - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدیرکل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد

۲- دکتر علیرضا نوروزی - روانپزشک دانشجوی PHD اعتیاد ، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دکتر محمد عبهری - روانپزشک و کارشناس اعتیاد

۴- خانم دکتر سودابه نمازی - روانپزشک و کارشناس اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

و با تشکر از همکاران محترم

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی دبیرخانه ستاد



بخش اول

۱- تعاریف:

۱-۱- اعتیاد- در این برنامه منظور از اعتیاد معادل تعریف اختلال وابستگی به ترکیبات افیونی بر اساس چهارمین ویرایش کتابچه آماری و تشخیصی اختلالات روانپزشکی انجمن روانپزشکان آمریکا است.

۱-۲- معناد تزریقی: فرد وابسته به مصرف مواد را گویند که برای استعمال از روش تزریق زیر پوست یا عضله یا وریدی بهره می جوید.

۱-۳- معناد بی خانمان: به معنای گفته می شود که شخصاً شغل خاصی ندارد و فاقد مسکن و سرپناه می باشد و اقدام به درمان نموده است و خانواده و ولی قانونی او قادر و یا مایل به نگهداری و درمان او نیستند.

۱-۴- درمان اجباری: به مجموعه مداخلات درمانی گفته می شود که با استفاده از فشار قانونی در چارچوب قوانین اعمال می گردد تا منجر به تغییر رفتار اعتیاد در فرد شود.

۱-۵- غربالگری: به فرایند ارزیابی سریع افراد جمع آوری شده بر اساس معیارهای ورود به مرکز اقامتی درمان اجباری اطلاق می شود که براساس این پروتکل، صورت می پذیرد.

۱-۶- واحد غربالگری: محلی است با یک فضای فیزیکی معین که ارزیابی سریع افراد دستگیر شده را به منظور ارجاع به «مرکز اقامتی درمان اجباری» انجام می دهد.

۱-۷- مرکز اقامتی درمان اجباری: مرکزی تادیبی است که در آن خدمات بهداشتی، درمانی مورد نیاز افراد مقیم طبق «این پروتکل» تأمین می گردد. این مرکز تحت مدیریت نیروی انتظامی با هدف نگهداری، معاینه و ارزیابی پزشکی، ارایه خدمات درمان سوءمصرف مواد، مراقبت های بهداشتی اولیه (درمان شپش، گال، سل و سایر عفونت های پوستی، مشکلات دهان و دندان و...)، انجام مراقبت های بهداشتی فردی (حمام، اصلاح، تعویض لباس و ...)، غربالگری بیماریهای عفونی (هپاتیت، اچ ای وی و سل) و انجام فعالیت های مددکاری و نظارت بر تکالیف پس از خروج بر اساس آئین نامه / دستورالعمل تکالیف مراقبت بعد از خروج، ایجاد می گردد.



این مرکز موظف است:

الف: محیطی سالم، عاری از مواد و ایمن برای اقامت افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد فراهم نماید تا با استفاده از امکانات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مراقبتهای بهداشتی متناسب و درمانهای اختصاصی سوءمصرف مواد بصورت شبانه روزی برای مراجعین تأمین گردد.

ب : برنامه ترخیص را اعمال به نحویکه کلیه امکانات لازم برای درمان بیماران پس از ترخیص، حمایتهای لازم برای اسکان و اشتغال و نحوه نظارت (supervision) بر تداوم درمان توسط نهادهای قضایی و انتظامی در آن بر اساس دستورالعمل ابلاغی مراقبت بعد از خروج پیش بینی شده باشد.

۸-۱- واحد بهداشتی درمانی مرکز درمان اجباری: محلی است که در آن خدمات بهداشتی، درمانی مورد نیاز افراد مقیم مرکز بر اساس « این پروتکل » به صورت شبانه روزی ارائه می گردد و در صورت عدم بهبودی و داشتن مشکلات خاص و نیازمند به خدمات بیشتر هماهنگی لازم برای اخذ پذیرش و اعزام بیمار به بیمارستان را فراهم می نماید.

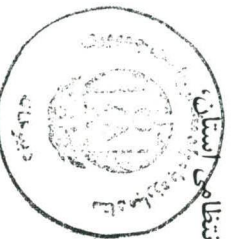
۹-۱ - اقامتگاه مرکز درمان اجباری: بخشی از مرکز را گویند که مشتمل بر آسایشگاه برای خواب و استراحت افراد مقیم، امکانات بهداشت فردی همچون حمام و دستشویی و امکان تغذیه می باشد.

۱۰-۱- دستورالعمل/ آئین نامه تکالیف بعد از خروج موضوع تبصره یک ماده ۱۶: دستورالعمل/آئین نامه ای است که توسط دفتر حقوقی و امور مجلس ستاد مبارزه با مواد مخدر تهیه و پس از تصویب رئیس قوه قضائیه ابلاغ خواهد شد.

۱۱-۱ - کمیته هماهنگی مرکز درمان اجباری: کمیته ای است متشکل از نمایندگان ثابت و تام الاختیار وزارت بهداشت/دانشگاه علوم پزشکی (به عنوان رئیس کمیته) دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر / شورای هماهنگی استان (دبیر کمیته) فرماندهی نیروی انتظامی استان، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (سازمان بهزیستی) و نماینده قوه قضائیه / دادگستری استان

۱۲-۱ - دستورالعمل / آئین نامه تکالیف مراقبت بعد از خروج موضوع تبصره ۱ ماده ۱۶ : دستورالعمل / آئین نامه ای است که توسط اداره کل حقوقی و امور مجلس دبیر خانه ستاد تهیه و پس از تصویب رئیس قوه قضائیه ابلاغ خواهد رسید.

۱۳-۱ - کمیته هماهنگی مرکز: کمیته ای است متشکل از نمایندگان ثابت و تام الاختیار وزارت بهداشت (به عنوان رئیس کمیته) دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر / شورای هماهنگی استان (دبیر کمیته) فرماندهی نیروی انتظامی استان، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (سازمان بهزیستی) و نماینده قوه قضائیه / دادگستری استان



بخش دوم

۲ - مبانی قانونی

۲-۱ - قانون مجازات اسلامی

ماده ۱۲- مجازات بازدارنده، تأدیب یا عقوبتی است که از طرف حکومت به منظور حفظ نظم و مراعات مصلحت اجتماع در قبال تخلف از مقررات و نظامات حکومتی تعیین می گردد، از قبیل حبس، جزای نقدی، تعطیل محل کسب، لغو پروانه و محرومیت از حقوق اجتماعی و اقامت در نقطه یا نقاط معین و منع از اقامت در نقطه یا نقاط معین و مانند آن.

ماده ۱۹- دادگاه می تواند کسی را به علت ارتکاب جرم عمدی به تعزیر یا مجازات بازدارنده محکوم کرده است به عنوان تنمیه حکم تعزیری یا بازدارنده مدتی از حقوق اجتماعی محروم و نیز از اقامت در نقطه یا نقاط معین ممنوع یا به اقامت در محل معین مجبور نماید.

۲-۲ - اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر (مصوب ۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام)

«**ماده ۱۶-** معتادان به موادمخدر و روان گردان مذکور در دو ماده (۴) و (۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماهه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می باشد.»

«**تبصره ۱:** با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می باشند که بنابر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه های ذیربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضاییه می رسد.»

«**تبصره ۲:** مقام قضایی می تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند.»



در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه ماهه دیگر بلامانع است.»



بخش سوم

۳ - اهداف برنامه

۳-۱ - هدف کلی

مداخله درمانی با استفاده از فشار قانون یکی از راهبردهای کشور برای مبارزه با مواد است. مراقبتها در جایگاههای تادیبی باید به صورت ادغام یافته با خدمات موجود در جامعه ارائه شود. به همین دلیل لازم است هماهنگی کامل میان جایگاههای تادیبی و خدمات درمانی و حمایتی موجود در جامعه وجود داشته باشد.

- هدف کلی این برنامه استفاده از فشار قانونی برای درگیر نمودن (engagement) و نگهداری (retention) در درمان آن دسته از افراد بیخانمان مبتلا به شکل تزریقی اختلالات مصرف مواد است که بصورت داوطلبانه به جایگاههای ارائه خدمات موجود در جامعه مراجعه نمی کنند.

۳-۲ - اهداف اختصاصی

- افزایش ورود گروه هدف به برنامه های درمانی؛
- افزایش ماندگاری در درمان؛
- کاهش میزان/قطع مصرف مخدر غیرقانونی در جمعیت هدف؛
- افزایش آگاهی جمعیت هدف از خطرات اعتیاد تزریقی (HIV/AIDS، بیش مصرف [overdose]، اندوکاردیت قلبی و ...)؛
- کاهش رفتارهای پرخطر (تزریق اشتراکی، ارتباط جنسی غیر ایمن، ...)؛
- کاهش میزان ارتکاب جرم (criminality) و بازگشت به جرم (recidivism) و
- افزایش کارکرد فردی، بین فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی.



بخش چهارم

۴ - راهنمای خدمات

۴-۱ - غربالگری (ارزیابی سریع اولیه و تریاژ):

- بر اساس تعریف واحد غربالگری محلی است که در آن ارزیابی اولیه و تریاژ بیماران انجام می شود. کلیه افراد معرفی شده به واحد غربالگری پس از احراز وابستگی به مواد از نظر اختلالات جسمانی و روانی همراه و حمایت خانوادگی یا اجتماعی مورد ارزیابی قرار می گیرند.
- هدف از غربالگری عبارت است از:

الف) تطبیق افراد معرفی شده با معیارهای ورود به برنامه

ب) قرار دادن (placement) خدمت گیرندگان در یکی از سرویسها ارائه خدمات درمان و آسیب گاهی اعتیاد موجود در جامعه (community services) پس از اخذ ضمانت.

ج) ارجاع افراد واجد شرایط جهت درمان اجباری به مرکز درمان اجباری.

۴-۲ - معیارهای دستگیری ارزیابی و ورود به مرکز:

افراد زیر نباید در زمره دستگیرشدگان باشند:

- ۱- زیر ۱۷ سال و بالای ۶۵ سال
- ۲- مدرک مستند مبنی بر کارت اشتغال یا تحصیل
- ۳- به همراه داشتن برگه یا کارت معتبر مراجعه به مراکز گذری یا برگه یا کارت معتبر پیگیری درمان که نشان دهنده این است که فرد تحت پوشش خدمات یک مرکز گذری یا تحت درمان یک مرکز خصوصی یا دولتی درمان سوءمصرف مواد قرار دارد.
- ۴- اعتیادهای غیرتزریقی
- ۵- داشتن بیماری شدید جسمی، روانی یا مسری (عفونی) و همچنین معلولان جسمی یا ذهنی که قادر به انجام کارهای روزمره (به تنهایی) نباشند.



۶- افراد دارای خانواده که مراقبت وی را بپذیرند

۷- مصرف کنندگان مواد غیرافیونی

۸- کسانی که بر اساس DSM-IV-TR تشخیص وابستگی به مواد افیونی نداشته باشند.

۹- زنان

۱۰- ارایه گواهی پزشک مبنی بر مصرف قانونی مجاز مواد قانونی مثل متادون و بتیدین برای سایر بیماریها مانند سرطانها و دردها که تشخیص مواد فوق با پزشک مستقر می باشد.

۴-۳- احراز اعتیاد تزریقی:

- احراز اعتیاد تزریقی می تواند توسط پرستار انجام شود.
 - به این منظور باید محلهای تزریق مواد شامل ساعد، گردن، ناحیه اینگوئینال، اسکروتوم و ناحیه آگزیلاری معاینه شود.
 - وجود آثار تزریق، زخمها، آبسه ها یا سایر جراحات باید در این مرحله توسط پرستار مستند گردد.
 - در صورت عدم وجود اطمینان از وضعیت اعتیاد تزریقی، باید از پزشک واحد غربالگری مشورت گرفته شود.
 - پذیرش در واحد غربالگری
- بایستی بیمارانی که نیاز به مراقبتهای اورژانس دارند بلافاصله و به صورت خارج از نوبت ویزیت شوند.
- مستندسازی
- بایستی کلیه مشاهدات و مداخلات انجام شده در مواجهه با بیماران مستندسازی شود.
- ارجاع اورژانس بیماران
- تمام کارکنان باید از سیاستها و فرآیندهای مدیریت موارد اورژانس آگاه باشند. بایستی توافقههای روشنی برای تسهیل ارجاع بیماران به تسهیلات درمانی صورت پذیرفته باشد



۴-۴ - مسمومیت با مواد افیونی:

مسمومیت با مواد افیونی به عنوان تغییرات غیرانطباقی و برخی نشانه‌های جسمانی خاص مصرف مواد افیونی تعریف می‌شود. به طور کلی وجود تغییر خلق، کندی روانی-حرکتی، خواب‌آلودگی، تکلم جویده جویده و اختلال حافظه و توجه همراه با سایر شاخصهای مصرف اخیر مواد افیونی قویا تشخیص مسمومیت با مواد افیونی را مطرح

ملاحظات تشخیصی DSM-IV-TR برای مسمومیت با ترکیبات افیونی

الف) مصرف اخیر یک ماده افیونی

ب) تغییرات غیرانطباقی رفتاری با روانشناختی قابل ملاحظه بالینی (مانند بوفوری اولیه و در پی آن آپاتی، دیسفوریه، کندی یا سرآسیمگی روانی-حرکتی، اختلال قضاوت یا اختلال عملکرد اجتماعی یا شفلی) که در حین مصرف ماده افیونی یا کمی پس از آن ظهور کرده است.

ج) تقیاض مردمک (با اتساع مردمک در اثر آنوکسی ناشی از مسمومیت شدید) و بروز یک یا چند علامت از علائم زیر در حین مصرف ماده افیونی یا کمی پس از آن:

۱- خواب‌آلودگی یا اغما

۲- تکلم جویده جویده

۳- اختلال توجه یا حافظه

د) علائم ناشی از یک بیماری طی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری برای آن نیست.

مشخص کنید اگر:

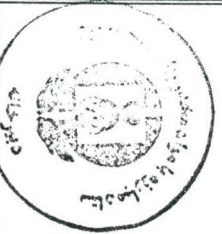
همراه با اختلالات ادراکی

می‌سازد.

مسمومیت حاد اغلب در کسانی روی میدهد که مشکلات پدیدارتر مربوط به مصرف مواد را دارند. نحوه بروز این مشکلات مثل مصرف زیانبار (harmful use)، سندرم وابستگی (dependency) یا اختلالات سایکوتیک نیز باید ثبت شود.

برای مشخص کردن وجود هرگونه عارضه همراه با مسمومیت حاد می‌توان از فهرست زیر استفاده کرد:

- بدون عارضه
- شدت نشانه‌ها متغیر و معمولاً وابسته به دوز است
- همراه با ضربه یا سایر جراحات بدنی
- همراه با سایر عوارض طی
- نمونه‌هایی از آن عبارتند از هماتمز، فروردن مواد استفراغی به داخل ریه



- همراه با دلیریوم
- همراه با تحریفات ادراکی
- همراه با اغما
- همراه با تشنج

در صورت شک به مسمومیت با ترکیبات افیونی باید وضعیت بیمار در قالب "چک لیست مسمومیت با ترکیبات افیونی" در پرونده بیمار مستند شود.

۴-۵ - درمان مسمومیت (بیش مصرف) ترکیبات افیونی:

بیش مصرف (اوردوز) ترکیبات افیونی باعث سرکوب تنفسی می شود و به همین دلیل یک اورژانس طبی محسوب می شود. در برخورد با بیمار مشکوک به بیش مصرف با ترکیبات افیونی اقدامات زیر باید صورت گیرد:

۱- در صورت لزوم CPR پایه و پیشرفته برای بیمار صورت گیرد.

۲- اطمینان از باز بودن راه هوایی. ترشحات تراکئوفارنژیال بیمار باید ساکشن شده و ایروی (airway) گذاشته شود. در صورت دپرسیون تنفسی تا زمان تجویز آنتاگونیست تهویه مکانیکی برای بیمار برقرار شود.

۳- از بیمار IV line گرفته شود.

۴- آنتاگونیست ایپویدی تجویز گردد.

دو آنتاگونیست ایپویدی به این منظور تایید شده اند که عبارتند از نالوکسان و نالوفن. نالوکسان بطور نسبی نیمه عمر کوتاه (۶۰-۹۰ دقیقه) دارد و باید در بیمارانی که با ترکیبات ایپویدی طولانی اثر (مثل متادون) بیش مصرف (اوردوز) کرده اند بصورت مکرر بکار رود.

دوز وریدی اولیه تقریباً ۰.۸ میلیگرم برای ۷۰ کیلوگرم وزن بدن است. بهبود علائم - افزایش تعداد تنفس و اتساع مردمک - باید بلافاصله رخ دهد. اگر هیچ پاسخی به دوز اولیه مشاهده نشد دوز قبلی باید بعد از چند دقیقه تکرار شود. اگر با این دوز پاسخ دیده نشود می توان مقدار ۱-۲ میلیگرم نالوکسان را هر ۵-۲ دقیقه تکرار نمود (تا دوز کلی ۱۰-۱۵ میلیگرم) در افراد وابسته به ترکیبات افیونی دوز بیش از اندازه نالوکسان می تواند علائم سندرم محرومیت ایجاد نماید. در مواردی ممکن است به علت محرومیت آزیتاسیون ایجاد شود. در صورت بروز سندرم محرومیت توسط نالوکسان علائم گذرا خواهد بود. در گذشته تصور می شد اگر به دوزهای مکرر نالوکسان هیچ پاسخی دیده نشد سرکوب تنفسی احتمالاً فقط به علت مسمومیت با ایپویدها نیست. گرچه بازگرداندن علائم



مسمومیت با بوپرنورفین با آنتاگونیستهای اپیویدی دشوار است و نیاز به دوزهای بالاتری از نالوکسان دارد (هرچند خطر سرکوب تنفسی متعاقب بسش مصرف بوپرنورفین غیرشایع است).

شروع اثر نالوکسان ۳-۵ دقیقه، حداکثر اثر آن ۱۰-۵ دقیقه پس از تزریق و نیمه عمر آن ۶۰-۹۰ دقیقه است. از آنجا که نیمه عمر اکثر ترکیبات اپیویدی بیش از ۲-۴ ساعت است برای کنترل اثرات توکسیک مواد مخدر معمولاً نیاز به تجویز مکرر دارو در فواصل ۳۰-۶۰ دقیقه وجود دارد.

در صورت وجود هر یک از حالات زیر باید از انفوزیون مداوم نالوکسان استفاده کرد:

- ۱- مواردی که پاسخ به نالوکسان چندان چشمگیر نباشد.
 - ۲- نیاز به تجویز مکرر دوز اولیه به علت رجعت سرکوب تنفسی وجود داشته باشد.
 - ۳- مسمومیت با مواد مخدر طولانی اثر مثل دیفنوکسیلات یا متادون وجود داشته باشد.
- روش کار در این موارد به این صورت است که حدود دوسوم دوز اولیه ای را که موثر بوده داخل ۱۰۰ میلی لیتر محلول دکستروز ۵٪ یا نرمال سالین ریخته و در طی یکساعت انفوزیون می کنیم. علاوه بر آن نصف دوز اولیه ای را که موثر بوده است، هر ۲۰-۱۵ دقیقه بصورت بولوس تجویز می کنیم.

۴-۶ - نحوه برخورد با مسمومیت (اوردوز) ترکیبات افیونی:

در صورت مواجهه با مسمومیت خفیف و متوسط با ترکیبات افیونی (شامل رخوت، آپاتی، خواب آلودگی، تکلم جویده جویده، اختلال توجه و انقباض مردمک) لازم است اقدامات درمانی لازم مطابق دستورالعمل بالا انجام شده و بیمار حداقل به مدت ۲ ساعت تحت نظر قرار گیرد.

در صورت مواجهه با مسمومیت شدید با ترکیبات افیونی (دپرسیون تنفسی، اتساع مردمکها و کما) لازم است پس از اقدامات اولیه احیاء، بیمار جهت ادامه درمان به یک مرکز درمان مسمومین اعزام شود.

۴-۷ - آزمایش مواد:

آزمایش مایعات بیولوژیک بدن می تواند اطلاعات مهمی در اختیار کارکنان مراقبت بهداشتی قرار دهد که به آنها برای تصمیم گیری های درمانی کمک می کند. این آزمایش ها صرفاً یک ابزار کمکی برای بررسی افراد با انگشت و



تاکنون هیچ آزمایش منفردی که قادر باشد مستقل از ارزیابی بالینی تشخیص "وابستگی به ترکیبات اپیوئیدی" را تأیید نماید معرفی نشده است.

به صورت شایع ادرار یا بزاق برای آزمایش ترکیبات اپیوئیدی وبا شیوع کمتر نمونه مو یا خون فرد مورد بررسی قرار می گیرد. انجام آزمایش می تواند مصرف ترکیبات افیونی را مستند سازد، در صورتیکه امکان آزمایش در طول زمان وجود داشته باشد تغییرات الگوی مصرف مواد را نشان دهد و میزان پیروی بیمار از دستورات درمانی را آشکار سازد. هزینه - اثربخش ترین رژیم برای پایش مصرف مواد در بیمارانی که در یک برنامه درمانی هستند آزمایش منظم با فواصل زمانی تصادفی است.

۴-۸ - تست های سریع:

در این روش نمونه از بیمار گرفته می شود و بلافاصله با استفاده از یک کیت آزمایش وجود مجموعه ای از مواد (برای مثال ترکیبات اپیوئیدی، آمفتامین ها، متابولیت کوکائین، بنزودیازپین ها، متادون و حشیش) مورد ارزیابی قرار می گیرد. وجود مرفین در ادرار اغلب به عنوان علامت مصرف تریاک یا هروئین در نظر گرفته می شود، اما باید توجه داشت که برخی از داروهای ضد درد نیز می توانند مرفین را در ادرار مثبت نمایند. دستورات نحوه به کارگیری کیت آزمایش سریع مطابق آنچه کارخانه سازنده ارائه کرده است می باشد

۴-۹ - آزمایش ادرار:

آزمایش ادرار همچنان قابل اعتمادترین روش برای شناسایی سوءمصرف اخیر مواد باقی مانده است. یک امتیاز آزمایش ادرار این است که مصرف مواد در چند روز اخیر را می تواند نشان دهد و اکثر ترکیبات اپیوئیدی بین ۲ تا ۳ روز، متادون تا ۹ روز و حشیش تا ۲۷ روز پس از مصرف در ادرار قابل اندازه گیری هستند.

۴-۱۰ - آزمایش بزاق:

امتیاز اصلی آزمایش بزاق سهولت گرفتن نمونه است و گرفتن نمونه تحت نظارت در این روش از آزمایش ادرار ساده تر است و امکان تقلب در آن کمتر است. خشکی دهان می تواند برای گرفتن یک نمونه خوب اشکال ایجاد



نماید. یک مشکل دیگر آزمایش بزاق این است که زمان اندازه گیری مصرف مواد به صورت قابل توجهی کمتر از آزمایش ادرار است و عموماً مصرف ایبوئیدها در ۲۴ ساعت اخیر را نشان میدهد.

۴- ۱۱ - تایید آزمایش ها: آزمایش های تاییدی اغلب برای کاهش نتایج مثبت کاذب مورد نیاز است

در صورتیکه پس از ارزیابی بالینی بیمار و انجام تست سریع ادراری میان ارزیابی و نتیجه تست ناهمخوانی وجود داشته باشد انجام تست تاییدی توصیه می شود. باید نمونه به همراه شرح حال بالینی بیمار برای آزمایشگاه تاییدی ارسال گردد. آزمایشگاه لازم است گزارش آزمایش را در یک فرمت ساده ارسال نماید و اطلاعات کافی به همراه ارزش بالینی آنها را گزارش نماید.

مواد مورد سوء مصرف که در ادرار قابل آزمایش هستند

ماده	طول مدتی که در ادرار قابل کشف است
الکل	۷-۱۲ ساعت
آمفتامین	۴۸ ساعت
باربیتورات	۲۴ ساعت (کوتاه اثر) ۲ هفته (طولانی اثر)
بنزودیازپین	۳ روز
حشیش	۳ روز تا ۴ هفته (بسته به مصرف)
کوکائین	۶ تا ۸ ساعت اولیه (متابولیتها ۲ تا ۴ روز)
کدئین	۴۸ ساعت
هروئین	۲۶ تا ۷۲ ساعت
متادون	۳ روز
متاکووالون	۷ روز
مورفین	۴۸ تا ۷۲ ساعت
فن سیکلیدین	۸ روز
پروپوکسی فن	۶ تا ۴۸ ساعت



۵ - برنامه ریزی مراقبت و مسیرهای درمان (care planning and drug treatment journeys)

هدف از برنامه ریزی مراقبت (care planning) افزایش درصد کسانی است که به صورت موفقیت آمیزی درمان را کامل می کنند یا آن را در طول سالها ادامه می دهند و هدف از تدوین این بخش تمرکز روی بهبود کیفیت درمانهای مواد در چارچوب پروتکل های ابلاغی است. برنامه ریزی مراقبت به بهبود اثربخشی مداخلات درمانی در جایگاههای تادیبی در سطح عملکرد بالینی کمک می کند.

۵-۱ - استانداردها

- خدمات ارائه شده باید با رعایت استانداردهای تعیین شده در این پروتکل و سایر پروتکل های درمانی ابلاغی صورت گیرد.
- خصوصیات انفرادی بیماران را به حساب آورد و نیازهای جسمی، روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی و ترجیحات آنها را در تدوین برنامه لحاظ نماید.
- هماهنگی کامل برای ارائه مراقبتهای توسط جایگاههای درمانی و نهادهای ارائه کننده خدمات حمایت اجتماعی انجام شده باشد.
- توسط کارکنان آموزش دیده مراقبتهای ارائه شوند و تصمیمات بالینی مبتنی بر شواهد باشد.

۵-۲ - کاهش آسیب در بافتار برنامه ریزی مراقبت:

برای درمان اختلالات مصرف مواد سلسله مراتبی از اهداف شناسایی شده است که عبارتند از:

- ۱- کاهش مشکلات سلامتی، اجتماعی و سایر مشکلات مرتبط با سوءمصرف مواد؛
- ۲- کاهش رفتارهای آسیب رسان یا پرخطر همراه با سوءمصرف مواد؛
- ۳- کاهش مشکلات سلامتی، اجتماعی و سایر مشکلات که مستقیماً قابل انتساب به سوءمصرف مواد نیستند؛
- ۴- به دست آوردن کنترل، مصرف مواد بدون وابستگی یا بدون مشکل.
- ۵- پرهیز از مصرف مشکل آفرین مواد.
- ۶- پرهیز از مصرف تمام مواد.



۵-۳- برنامه ریزی مراقبت و درمان ساختار یافته:

درمان ساختار یافته مواد دامنه ای از مداخلات پیوند یافته توسط برنامه مراقبت را در بر می گیرد و شامل دریافت طیفی از مداخلات درمان مواد به صورت همزمان یا متوالی می شود.

۵-۴- برنامه ریزی مراقبت و مسیر درمان:

لازم است برنامه ریزی مراقبت بر اساس وضعیت بیمار در مسیر درمان صورت گیرد. پیشرفت در مسیر درمان به چهار جزء همپوشانی کننده قابل تقسیم است که عبارتند از:

- ۱- درگیر شدن در درمان
- ۲- ارائه درمان (شامل نگهداری)
- ۳- بازگشت به اجتماع (که زیرساخت ارائه و نگهداشتن در درمان یا تکمیل آن است)
- ۴- تداوم یا تکمیل درمان

برنامه مراقبت چارچوبی را تأمین می کند که در ارتباط با چهار مرحله ذکر شده در مسیر درمان اهداف درمان و نحوه پایش برآیندهای آن را معین می کند.

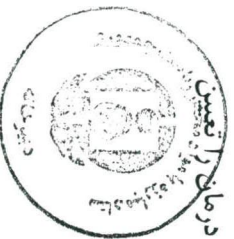
جنبه های کلیدی فرآیند مسیر درمان عبارتند از:

- ۱- تماس با تأمین کننده خدمات
- ۲- غربالگری

غربالگری یک فرآیند کوتاه است که در طی آن مشخص می شود:

- آیا بیمار مشکل سوء مصرف مواد دارد؟
- آیا بیمار مواد را به طریقه تریقی مصرف می کند؟
- آیا از اختلالات همراه رنج می برد؟
- آیا خطر جدی و فوری بیمار را تهدید می کند؟

غربالگری لزوم ارجاع به درمان سوء مصرف مواد یا سایر درمانها را شناسایی نموده و فوریت نیاز به درمان را تعیین می کند.



۵-۵ - برنامه اولیه مراقبت :

پس از آن که نیاز به درمان اختلال مصرف مواد شناسایی شد، باید فرآیند تریاژ برای بیمار انجام شود. هدف از تریاژ تعیین شدت و فوریت مشکلات بیمار و مشخص کردن مناسب ترین نوع درمان برای او است. تریاژ بیماران باید براساس شدت وابستگی، عوامل خطر و فوریت نیاز انجام پذیرد.

در ابتدای ورود بیماران به مرکز اقامتی درمان اجباری طراحی برنامه اولیه مراقبت شامل شناسایی نیازها، تعیین اهداف و برنامه ریزی مداخلات است که به خدمت گیرنده کمک می کند در مراقبت درگیر شود. مراقبتهای هفته اول شامل مصاحبه انگیزشی، تثبیت علائم محرومیت و مداخلات کاهش آسیب خواهد بود.

برنامه اولیه مراقبت توسط پزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی مرکز طراحی و اجرا می شود. نقش تیم درمانی ایجاد و حفظ رابطه مثبت با بیمار، ارائه یکی یا بیشتر از عناصر برنامه مراقبت و هماهنگی میان افراد دخیل در درمان خواهد بود. برنامه اولیه مراقبت باید حاوی تعیین حوزه های مسوولیت، توصیف نیازهای اولیه، خطرات و اهداف شناسایی شده و مداخلات برنامه ریزی شده باشد.

۵-۶ - ارزیابی جامع:

باید در طول هفته اول اقامت بیمار ارزیابی جامع بیمار صورت گیرد. به این منظور مداخله پزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی مرکز الزامی خواهد بود.

۵-۷ - برنامه جامع مراقبت:

متعاقب ارزیابی جامع، برنامه جامع مراقبت باید تدوین شود. برنامه مراقبت باید نیاز به مداخله در یک یا بیشتر از ۴ حوزه کلیدی زیر را تعیین نماید:

- ۱- مصرف مواد
- ۲- سلامت جسمانی و روانی
- ۳- درگیری جنایی و ارتکاب جرم
- ۴- کارکرد اجتماعی



تمام بیماران برای دریافت مداخلات درمانی ساختاریافته نیاز به برنامه جامع دارند. تدوین برنامه مراقبت یک کار گروهی است که باید تیم درمان در آن مداخله داشته باشند.

۵-۸ - برنامه ترخیص و مراقبتهای پس از ترخیص

برنامه ریزی ترخیص و مراقبتهای پس از ترخیص شامل طراحی مداخلاتی است که به مددجویان کمک می کند عاری از مواد باقی بمانند و در سایر حوزه های کلیدی پیشرفت نموده یا پیشرفت خود را حفظ کند.

۵-۹ - مراحل (فازهای) درمان:

فازهای درمان عبارتند از:

۱- درگیر نمودن در درمان

۲- ارائه خدمات

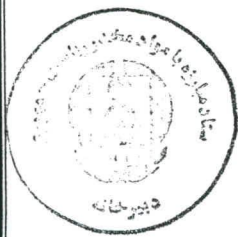
۳- بهبود بازگشت به اجتماع

۴- بهبود تداوم یا تکمیل درمان

۵-۹-۱ - درگیر نمودن در درمان (treatment engagement): در طول فاز درگیر نمودن در درمان باید به بیماران اطمینان داده شود که خدمات درمانی متناسب با نیاز آنها برایشان در دسترس قرار خواهد گرفت. در این مرحله بیماران از مصاحبه انگیزشی متمرکز بر افزایش درگیری در درمان نفع می برند. در طول این فرآیند باید نقش و مسوولیت تأمین کننده خدمات و انتظاراتی که از بیماران می رود به روشنی توضیح داده شود.

۵-۹-۲ - ارائه خدمات درمانی (treatment delivery): این مرحله زمانی است که خدمات درمانی اصلی شناسایی شده در برنامه جامع مراقبت ارائه می شود. یک عنصر اساسی این مرحله از فرآیند برنامه ریزی مراقبت بازبینی منظم برنامه زیر نظر سرپرست تیم درمانی و با مشارکت بیمار و سایر اعضای تیم درمان است.

کارکنان دخیل در مراقبت بیمار باید در جهت برقراری رابطه مثبت درمانی با مشتریان تلاش کنند و آنها را برای مشارکت در طراحی برنامه مراقبت تشویق نمایند. درمان با کیفیت مناسب باید به بهبود بیمار در چهار حوزه اصلی ذکر شده در بالا منجر شود.



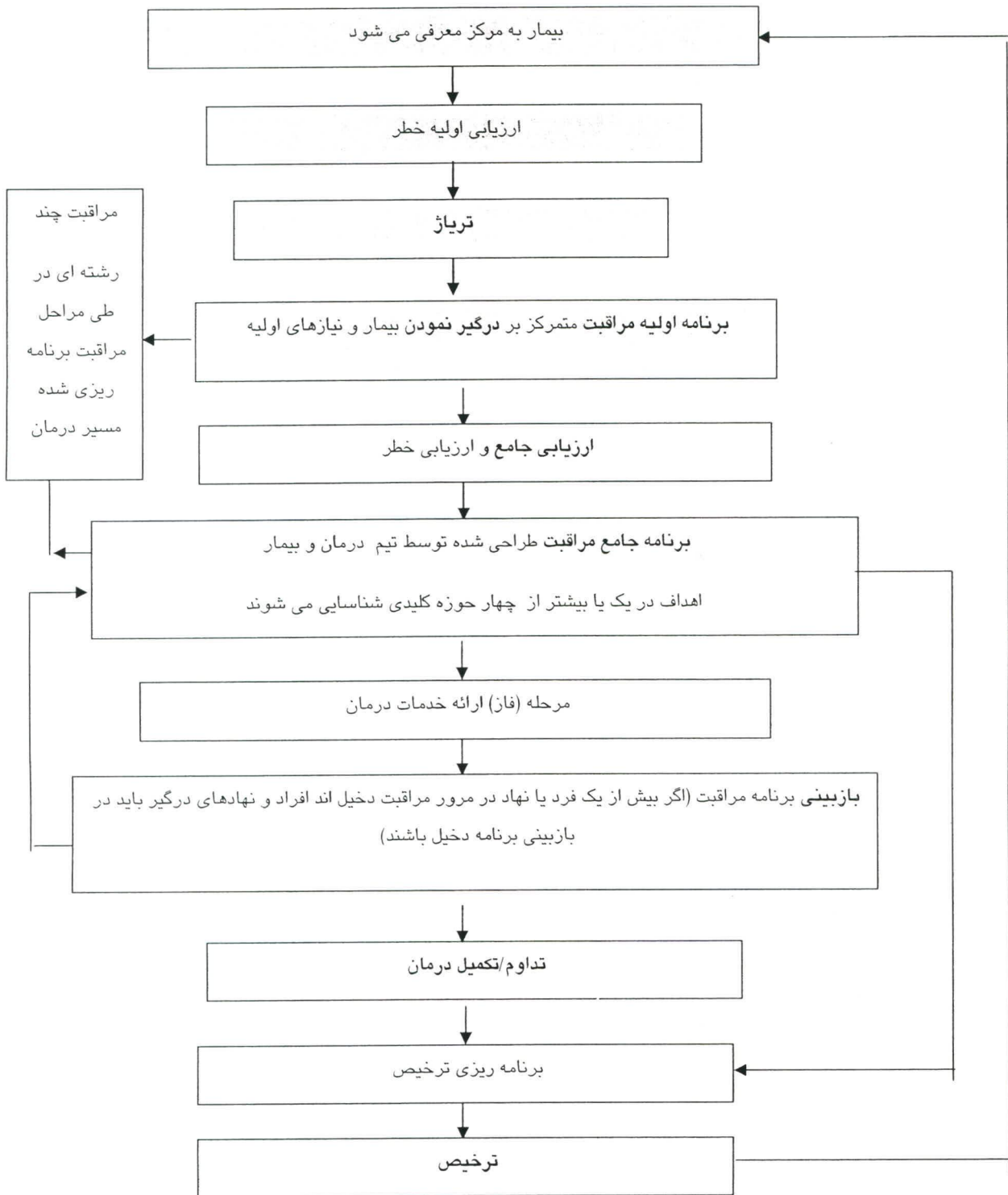
باید مسیر درمان بیمار پس از ترخیص به خوبی روشن باشد و هماهنگی های لازم برای تداوم مراقبت در جامعه انجام شده باشد.

۵-۹-۳ - بهبود بازگشت به اجتماع (improving community integration): در کنار درمان بالینی باید امکان دسترسی به دامنه ای از حمایت های اجتماعی (شامل حمایت برای اسکان، تحصیل و شغل) وجود داشته باشد تا منافع درمان به حداکثر رسانده شود. فرآیند برنامه ریزی مراقبت می تواند برای کسب اطمینان از این که این موضوعات دقیق و نظام مند مورد توجه قرار گرفته است به کار گرفته شود.

۵-۹-۴ - بهبود تداوم/تکمیل درمان: (improving treatment continuity/completion): باید مسیر درمان بیمار پس از ترخیص از مرکز اقامتی برنامه ریزی شده و روشن باشد. این مسیر شامل دریافت مراقبت های درمانی (تداوم درمان نگهدارنده، پیشگیری از عود، گروه های حمایتی، مشاوره کاهش آسیب) و حمایت های دیگر (دسترسی به اسکان، اقامت حمایت شده، حمایت روابط، آموزش و تحصیل، حمایت برای کارایی و پذیرش مسوولیت های خانواده) می شود.



شکل ۱- مسیر استاندارد درمان



۵-۱۰- فرآیند برنامه ریزی مراقبت (the care planning process):

۵-۱۰-۱- تدوین برنامه مراقبت بر اساس ارزیابی: تدوین برنامه مراقبت بر اساس ارزیابی اولیه صورت گرفته ویزیت اولیه پزشک در مرکز اقامتی انجام می شود. این برنامه باید بر روی درگیر نمودن بیماران و آماده ساختن آنها برای درمان متمرکز باشد. علاوه بر این توجه به نیازهای فوری بیماران نظیر تنبیت بیماران روی دوز مناسب متادون در ۵ روز اول ضروری است.

۵-۱۰-۲- برنامه جامع مراقبت: ارزیابی جامع اساس برنامه ریزی و ارائه درمان ساختاریافته است. نتایج این فرآیند ایجاد یک برنامه جامع مراقبت خواهد بود که برای پاسخ به نیازهای شناسایی شده و اهداف تعیین شده در طی فرآیند ارزیابی جامع ایجاد شده است.

۵-۱۰-۳- ارزیابی خطر: خطرات اختصاصی سوءمصرف مواد شامل خطر اوردوز، سوءمصرف چندگانه، تزریق غیرایمن، آسیب به خود یا دیگران باید در برنامه ریزی مراقبت اولویت داده شوند. فرآیند ارزیابی باید منجر به یک برنامه توافق شده با بیمار بر روی اهداف درمان گردد.

۵-۱۰-۴- حوزه های برنامه ریزی جامع مراقبت: مشکلاتی که توسط افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد تجربه می شود در چهار حوزه طبقه بندی شده است. برنامه ریزی مراقبت باید به نحوی باشد که به بیمار برای پیشرفت در یکی از این چهار حوزه کمک نماید، هر چند نیاز بیماران برای دریافت کمک در هر یک از این حوزه های ممکن است متفاوت باشد.

چهار حوزه کلیدی که باید در درمان سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

الف : مصرف مواد

شامل انواع مواد، کمیت و بسامد مصرف، الگوی مصرف و طریقه مصرف می شود.

ب : سلامت جسمانی و روانشناختی

مشکلات جسمانی شامل عوارض ناشی از مصرف مواد، عفوتهای منتقل شونده از راه خون، بیماری کبدی، آبسه ها، اوردوز و ناتوانی های دیگر می شود.



مشکلات روانشناختی شامل مشکلات یا اختلالات شخصیت، آسیب به خود، تاریخچه آسیب (تروما) یا سوءاستفاده، افسردگی و اضطراب و اختلالات روانپزشکی شدید همراه می شود.

ج: درگیری جنایی و ارتکاب خلاف

موضوعات قانونی شامل بازداشت، جریمه، سابقه زندان، جرائم خشن و اقدامات جنایی می شود.

د: کارکرد اجتماعی

موضوعات اجتماعی شامل ارتباط با خانواده، مراقبت از خانواده، خشونت خانگی، اسکان، تحصیل، اشتغال و مشکلات مالی می شود.



۶ - ارزیابی جامع

هدف از ارزیابی جامع به شناسایی نیازها و کسب اطلاعات لازم برای طرح ریزی برنامه جامع مراقبتها (care plan) در مرکز اقامتی و برنامه ترخیص و مراقبتهای بعد از آن (discharge plan and aftercare) است که شامل:

۱- ارزیابی تکمیلی تاریخچه مصرف مواد و رفتارهای پرخطر

۲- ارزیابی سوابق قانونی (موارد بازداشت، زندان ...)

۳- ارزیابی تکمیلی وضعیت اسکان، شغل و روابط اجتماعی

۴- ارزیابی تکمیلی وضعیت روانی (ارزیابی تمایل به خودکشی)

ارزیابی های فوق بایستی توسط روانشناس مرکز اقامتی بر اساس فرمهای پروتکل درمان انجام گیرد.

بیمارانی که سابقه آسیب به خود، اقدام به خودکشی، بیماری روانپزشکی و دریافت درمانهای روانپزشکی را می دهند باید برای بررسی بیشتر و اقدام درمانی متناسب به روانپزشک ارجاع شوند. علاوه بر این بیمارانی که در ارزیابیهای پزشکی تمایل به آسیب به خود و خودکشی یا سایر علائم اختلالات روانپزشکی را نشان میدهند باید برای بررسی بیشتر به روانپزشک ارجاع شوند..

۶-۱ - بیماریابی سل:

مطالعات نشان میدهد که سل ریوی در جمعیت بیخانمان، افراد ساکن در پناهگاهها، مراکز اقامتی و جایگاههای تادیبی بیش از جمعیت عمومی دیده می شود. از سوی دیگر میکرواوبیدمیهای عفونت ویروس نقص ایمنی منجر به فعال شدن مجدد سل غیرفعال در این جمعیت شده است. بیماریابی سل در مرکز اقامتی باید بصورت فعال و مطابق دستورالعمل اداره مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت انجام شود. شروع درمان پروفیلاکسی برای افراد با تست مثبت الزامی است.



۶-۲- غربالگری HIV

۶-۲-۱ برای تمام بیماران توضیح داده شود که انجام غربالگری بخشی از ارائه خدمات روتین در مراکز اقامتی است.

۶-۲-۲ رضایت کتبی برای انجام آزمایش HIV لازم نیست،

۶-۳-۲ غربالگری HIV بایستی به عنوان جزئی جدایی ناپذیر از خدمات مراکز اقامتی در میان معتادان تزریقی بیخانمان برای تمام خدمت گیرندگان صورت گیرد.

۶-۴-۲ هدف از انجام غربالگری HIV افزایش تعداد افرادی است که از وضعیت خود آگاهی دارند و خدمات مشاوره پیشگیرانه و مراقبت‌های درمانی متناسب دریافت می کنند.

۶-۵-۲ به تمام بیماران باید اطلاع داده شود که انجام آزمایش برنامه ریزی شده و انجام خواهد شد
۶-۶-۲ کلیه شرکت کنندگان این برنامه صرف نظر از نتیجه آزمایش باید خدمات مشاوره پیشگیرانه دریافت کنند.

۶-۷-۲ بیماری که آزمایش تایید شده مثبت دارند باید به خدمات درمانی متناسب پس از تشخیص ارجاع شوند.

۶-۳- نتایج آزمایش:

۶-۱-۳ نتایج آزمایش مثبت برای HIV باید بصورت محرمانه از طریق تماس فردی و بوسیله یک بااینگر، پرستار یا یکی از کارکنان سطوح میانی تأمین مراقبت‌ها، مشاور یا سایر کارکنان آموزش دیده اطلاع داده شود.
۶-۲-۳ تلاش‌های فعالانه برای اطمینان از اینکه بیماران آلوده به HIV نتیجه آزمایش مثبت خود را دریافت کرده‌اند و بیوند دادن آنها با مراقبت بالینی، مشاوره حمایتی و خدمات پیشگیری اساسی است.
۶-۳-۳ مستند سازی نتایج آزمایش HIV. آزمایش HIV مثبت و منفی باید در اسناد پزشکی بیمار به صورت محرمانه مستند شود و باید به سادگی برای کارکنان مراقبت بهداشتی دخیل در درمان بیمار در دسترس باشد.

۶-۴- مراقبت‌های بهداشتی، درمانی در مراکز اقامتی:

۶-۱-۴ مرکز اقامتی درمان اجباری سوءمصرف مواد یک موسسه تأدیبی (correctional) است که موظف است:



۱- محیطی سالم، عاری از مواد و ایمن برای اقامت افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد فراهم نماید تا با استفاده از امکانات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مراقبتهای بهداشتی متناسب و درمانهای اختصاصی سوءمصرف مواد بصورت شبانه روزی برای مراجعین تامین گردد.

۲- برنامه ترخیص معتادان بیخانمان را تدوین نماید به نحویکه کلیه امکانات لازم برای درمان بیماران پس از ترخیص، حمایتهای لازم برای اسکان و اشتغال و نحوه نظارت (supervision) بر تداوم درمان توسط نهادهای قضایی و انتظامی در آن پیش بینی شده باشد.

۲-۴- مرکز بهداشتی درمانی مرکز اقامتی محلی است که در آن خدمات بهداشتی، درمانی مورد نیاز افراد مقیم بطور شبانه روزی بصورت ادغام یافته با خدمات موجود در جامع تامین می گردد و در صورت عدم بهبودی و داشتن مشکلات خاص و نیازمند به خدمات بیشتر بایستی هماهنگی لازم برای اخذ پذیرش و اعزام بیمار به بیمارستان فراهم گردد.

۳-۴- مرکز بهداشتی درمانی مستقر در مرکز اقامتی موظف است کلیه خدمات درمان سوءمصرف مواد (دارویی، روانشناختی، حمایتی) را تأمین نماید.

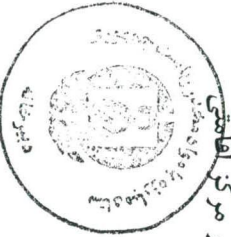
۴-۴- هر فرد حداکثر می تواند سرپرست دو نوبت کاری در شبانه روز را برعهده داشته باشد. هر یک از سرپرستان شیفت در نوبت کاری خود مسوولیت آن قسمت از وظایف مربوط به خود را که در ارتباط با فعالیتهای جاری مرکز است به عهده دارد.

۴-۵- مرکز بهداشتی، درمانی باید برای تمام بیماران یک پرونده پزشکی براساس دستورالعملهای وزارت بهداشت تهیه نماید. در پرونده بیمار باید خلاصه ای از شرح حال، نوع خدمات بهداشتی، درمانی و حمایتی ارائه شده و تاریخ ترخیص ثبت شود.

الف) واحد پذیرش و بایگانی مرکز بهداشتی، درمانی مرکز اقامتی موظف است اطلاعات بیماران را مطابق دستورالعملها در رایانه ثبت نماید.

ب) دسترسی به اطلاعات بیماران فقط برای پزشکان و کادر درمانی مجاز است و باید در دسترسی به آنها اصول رازداری و اخلاق پزشکی رعایت گردد.

۶-۴- رعایت فعالیت حداکثر دو شیفت کاری برای کلیه پزشکان و کادر پیرایشگی که در مرکز اقامتی فعالیت می کنند الزامی است.



۶-۷-۴ - سرپرست شیفت باید در تمام ساعات نوبت کاری خود در مرکز حضور داشته باشند.

۵-۶ - شرح وظایف مسوول فنی:

۱. نظارت بر ارزیابیهای پزشکی خدمت گیرندگان، برنامه مراقبت (care plan) و برنامه ترخیص (discharge plan) و پاسخگویی در ارتباط با اقدامات انجام شده مبتنی بر دستورالعمل کنترل و نظارت بر فوریت‌های پزشکی، انجام خدمات درمانی لازم و در صورت لزوم هماهنگی جهت اعزام بیمار به مراکز تخصصی واجد شرایط.

۱-۱- بیمارانیکه نیاز به دریافت خدمات درمانی بیشتر دارند و نیاز آنها فوریت دارد (اورژانس) است باید پس از اخذ پذیرش به بیمارستان اعزام گردند.

۱-۲- شکایت بیمار، شرح حال مختصر، مداخلات درمانی انجام شده و علت ارجاع به بیمارستان باید در پرونده پزشکی بیماران ثبت گردد.

۲. تهیه و تنظیم برنامه کاری قسمتهای مختلف مرکز بهداشتی، درمانی و نظارت بر حسن اجرای خدمات در ساعات تعیین شده.

۳. جلوگیری از مداخلات پزشکی غیرمجاز یا بدون اندیکاسیون علمی.

۴. رسیدگی به شکایات بیماران در امور فنی و پاسخگویی به آنها و سایر مراجع ذیربط.

۵. نظارت بر تهیه، تنظیم و نگهداری پرونده پزشکی کلیه خدمت گیرندگان و نیز بررسی پرونده ها از نظر کامل بودن و ارائه بازخورد به بخش مربوطه.

۶. کنترل و نظارت بر ارائه کلیه خدمات لازم به بیماران در تمام ساعات شبانه روز و روزهای تعطیل با رعایت مقررات وزارت بهداشت.

۷. نظارت بر تأمین، کیفیت، قابل استفاده بودن تجهیزات و ملزومات هر بخش و نیز داروهای موجود در مرکز بهداشتی، درمانی.

۸. کنترل و نظارت بر ثبت خشونتهای رفتاری بیماران، نحوه مواجه کارکنان با موارد و ارجاع به تسهیلات اصلاحی، تادیبی با سطوح بالاتر محدودیت (زندان).

۹. برگزاری جلسات دوره ای با کارکنان (staff meeting) بخش انتظامی جهت ارتقاء هماهنگی میان بخش درمانی و امنیتی.



۱۰. نظارت بر گزارش دهی صحیح و به موقع مشخصات بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر قابل گزارش به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه. فهرست بیماریهای واگیر قابل گزارش و چگونگی گزارشدهی توسط وزارت بهداشت تعیین می گردد.

- مرکز بهداشتی، درمانی مرکز اقامتی باید دارای دفتر مخصوصی باشد و کلیه سرپرستان موظفند همه روزه پس از پایان کار خود اقدامات انجام شده در مرکز را طبق ضوابط یادداشت و یا مشکلات به وجود آمده را در آن ثبت، امضا و ممهور به مهر نظام پزشکی نمایند.
- نام و مشخصات بیماران اورژانسی باید در دفتر مخصوصی ثبت و اسامی افراد فوت شده با ذکر علت و زمان بندی تعیین شده به دانشگاه مرتبط گزارش شود.

۶-۶ - مراقبتهای بدو ورود:

- مرکز اقامتی صرفاً مجاز به پذیرش افرادی است که از سوی نهادهای قانونی صاحب صلاحیت بر اساس دستورالعمل مراکز درمان اجباری ارجاع می شوند.
- کلیه افرادی که وارد مرکز اقامتی می شوند باید مراقبتهای بدو ورود مشروحه زیر را دریافت کنند. ارائه این مراقبتهای برعهده واحد انتظامی مستقر در اقامتگاه خواهد بود.

۱. ثبت اسامی (registration)

۲. جستجوی بدنی (body searching)

۳. گرفتن لباسها و وسایل شخصی بیماران و تحویل آنها به افراد پس از ترخیص

در صورتیکه لباسهای بیماران مندرس و غیرقابل استفاده باشد با رضایت بیمار باید دور انداخته شود. زباله های تولید شده در این مرحله عفونی تلقی می شوند و باید براساس دستورالعملهای وزارت بهداشت دفع گردد.

۴. استحمام و نظافت

۵. کوتاه کردن موی سر و صورت

۶. کوتاه کردن ناخنها

۷. دادن لباس تمیز و تحویل سایر وسایل شخصی

۸. ارجاع به مرکز بهداشتی، درمانی مرکز اقامتی



۶-۷- مراقبتهای بهداشتی اولیه (درمان شیش، گال و سایر عفونتهای پوستی):

دستورالعمل مراقبتهای عمومی بهداشتی ساکنان اقامتگاه مطابق دستورالعمل معاونت سلامت سازمان زندانها لازم الاجرا است.

۶-۸- ایمن سازی بیماران و کارکنان:

واکسن هیپاتیت B:

براساس راهنمای ایمن سازی مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت "گروه های پرخطر" باید بر علیه هیپاتیت B واکسینه شوند (جدول ۱).

جدول ۱- "گروه های پرخطر" برای ایمن سازی هیپاتیت B به شرح زیر است:

- ۱- کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمان بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل: پزشکان، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، کارشناسان و تکنسینهای آزمایشگاههای تشخیص طبی، نظافتچیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاههای تشخیص طبی، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری، مامایی، ...
- ۲- بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی که به طور مکرر خون یا فراورده های خونی دریافت می کنند (تالاسمی، هموفیلی، ..)
- ۲- اعضا خانواده فرد HbsAg+ ساکن در یک واحد مسکونی.
- ۴- کودکانی که در کانونهای اصلاح و تربیت نگهداری می شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل موسسات نگهداری این کودکان و خانه سالمندان.
- ۵- آتش نشانیها، امدادگران اورژانس، زندانبانان، کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم.
- ۶- افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی یا اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند.
- ۷- افراد مبتلا به هیپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.
- ۸- زندانیانی که دارای رفتار پرخطر هستند و محکومیت آنها بیش از ۶ ماه است.
- ۹- رفتگران شهرداریها.



بر اساس این دستورالعمل توصیه می شود:

۱- کلیه بیماران و

۲- کارکنانی که ممکن است به عنوان بخشی از وظایف روزانه خود با خون یا سایر مایعات بدنی بیماران

مواجهه داشته باشند؛

بر علیه هیپاتیت B واکسینه شوند.

باید کلیه بیماران آموزشهای لازم در خصوص اهمیت واکسینایون بر علیه هیپاتیت B را دریافت کنند. مطلوب است هر جا که ممکن است بیماران نوبت اول واکسن را در طول مدت اقامت در مرکز دریافت نمایند و برنامه ریزی برای معرفی بیماران به مراکز بهداشتی درمانی برای ادامه برنامه واکسیناسیون پس از ترخیص در برنامه ترخیص بیماران گنجانده شود.

توصیه می شود در کسانی که جزء گروه پرخطر هستند ۳ ماه بعد از دریافت آخرین دوز واکسن تیتر آنتی بادی HbsAb آنها کنترل و در صورتیکه تیتر آنتی بادی آنها کمتر از ۱۰ باشد یک دوره کامل واکسیناسیون (سه نوبت) با دوز ۲ برابر معمول دریافت نمایند. بررسی تیتر آنتی بادی در گروه های غیر پرخطر لازم نیست.

بیماری "هیپاتیت B" برای گروه های پرخطر

زمان تزریق

در اولین مراجعه

یک ماه بعد از نوبت اول

شش ماه بعد از نوبت اول



۶-۹ - پیشگیری از کزاز:

پیشگیری بر علیه کزاز بر حسب نوع زخم و سابقه ایمن سازی بر اساس جدول ۳ انجام می گیرد.

جدول ۳- پیشگیری از کزاز

سایر زخم ها		زخمهای تمیز و جراحات کوچک		سابقه واکسیناسیون بر علیه کزاز
تتابولین	واکسن Td	تتابولین	واکسن Td	
+	+	-	+	ناشناخته یا با سابقه ۳ نوبت یا کمتر
-	**--	--	**--	بیش از ۳ نوبت

* چنانچه بیش از ۱۰ سال از آخرین نوبت واکسن کزاز گذشته باشد تزریق Td ضروری است.

** چنانچه بیش از ۵ سال از آخرین نوبت واکسن کزاز گذشته باشد تزریق Td ضروری است.

۶-۱۰ - استانداردهای ایمن سازی:

- ۱- نحوه تهیه، حمل، نگهداری و تجویز واکسنها باید بر اساس دستورالعملها و پروتکل‌های مرکز مدیریت بیماریها باشد.
- ۲- موانع برنامه ایمن سازی شناسایی شود و به حداقل رسانده شود.
- ۳- کارکنان مراقبت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بصورت روتین وضعیت واکسیناسیون بیماران را بررسی کنند.
- ۴- کارکنان مراقبت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی باید کنترل‌اندیکاسیون های واکسیناسیون را در بیماران ارزیابی کنند.
- ۵- به زبان ساده فواید و مضرات احتمالی واکسیناسیون برای مراجعین توضیح داده شود.



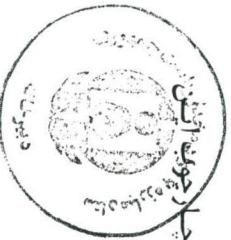
- ۶- پروتکل واکسیناسیون در محل ارائه خدمات ایمن سازی موجود باشد.
- ۷- واکسیناتورها به اندازه کافی آموزش دیده باشند.
- ۸- توصیه می شود کارکنان مراقبت بهداشتی، کارکنان انتظامی و کارکنان نظافت بصورت همزمان تمام دوزهای واکسن های دارای اندیکاسیون را دریافت کنند.
- ۹- خدمات ارائه شده بصورت دقیق در پرونده مراجعین مستند شده و به سهولت در دسترس باشد.
- ۱۰- سیستمی به کار گرفته شود که به بیماران و کارکنان مراقبت بهداشتی موعده روزهای واکسن را یادآوری نماید.

۶-۱۱- درمان اختلالات مصرف مواد :

- بیماران در بدو ورود باید بر روی دوز مناسبی از یک داروی آگونیست به مدت ۵ روز تثبیت شوند و سپس از طریق یکی از مدلایته های درمانی زیر مسیر خود را ادامه دهند:

- درمان نگهدارنده با آگونیست
- سم زدایی استاندارد (حداقل ۱۴ روز)
- سم زدایی آهسته (حداقل ۲۱ روز)
- در صورت وجود وابستگی به سایر مواد مورد سوءمصرف نظیر بنزودیازینها و الکل درمان متناسب باید ارائه گردد.

- علائم محرومیت از محرکها باید به صورت بالینی پایش شود.
- در صورت فراهم شدن بسترهای قانونی لازم باید هماهنگی خوبی میان تیم درمان چند رشته ای و گروه نظارت قانونی بر تداوم درمان حین و پس از ترخیص بیماران وجود داشته باشد.
- مراقبت باید توسط تیم درمان تامین گردد. این تیم موظف است به منظور به حداقل رساندن آسیبهای ناشی از مشکلات بیمار، مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران را ارزیابی و مداخلات متناسب را عرضه می کنند.
- این راهما به صورت یک مدل درمانی فرمول بندی شده تا یک دوره زمانی از بدو ارجاع بیمار از واحد غربالگری به مرکز اقامتی تا زمان ترخیص و پس از ترخیص بیماران را توصیف نماید.
- تمام مداخلات پزشکی و سایکوسوشیال ارائه شده در مراکز اقامتی درمان اجباری باید در چارچوب آئین پروتکل و پروتکلها و استانداردها وزارت بهداشت باشد.



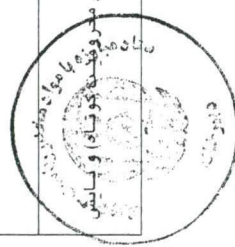
- مدل ارائه شده در این پروتکل باید به کلیه کارکنان دخیل در ارائه مراقبتها به بیماران آموزش داده شود تا اطمینان حاصل شود که دانش و مهارت لازم برای اجرای آن وجود دارد.
- این راهنما برای افراد بزرگسال تدوین شده و کاربرد آن برای کودکان، نوجوانان و سالمندان مناسب نخواهد بود.

۶-۱۲ - مدیریت خطر (risk management):

جدول زیر روشهای مدیریت خطر را به طور خلاصه توضیح داده است. برخی از موارد ذکر شده احتیاط های خاص مداخلات درمانی در جایگاه های تادیبی هستند:

جدول ۱- مدیریت خطر

حوزه خطر	خطر	مدیریت توصیه شده
خونکنشی و محرومیت از مواد	خطر افزایش یافته خونکنشی و آسیب به خود در میان وابستگان به ترکیبات افیونی در ۲۴ ساعت اول دستگیری	پیش بینی تجویز دارو برای محرومیت توسط پزشک در بدو ورود به مرکز اقامتی در هر ساعت روز و محرومیت از ترکیبات افیونی در ۵ روز اول از طریق تثبیت روی متادون مدیریت شود
اوردوز (overdose) مرکباز پس از ترخیص از زندان	مصرف کنندگان ترکیبات افیونی خصوصا به علت کاهش تحمل به این مساله آسیب پذیر هستند	درمانهای نگهدارنده متادون موثر پس از ترخیص تا مین آموزشهای پیشگیری از اوردوز برای بیماران
سطح وابستگی به ترکیبات افیونی ناروشن است	افراد سوء مصرف کننده غیر وابسته ممکن است در معرض مسمومیت با اپیوئیدها باشند	<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش مواد • استفاده از ارزیابی ویدئوآل ترکیبات افیونی (برای مثال مقیاس محرومیت کوتاه) و پایش مسمومیت • کسب اطمینان از این که بیمار هوشیار است، به صورت متناسب پاسخ می دهند و هیچ علامتی از خواب آلودگی ندارد. در صورت هرگونه شک دوز بیمار داده نشود و بیمار پس از یک دوره زمانی مجددا ارزیابی شود. • القا تدریجی دوز و تجویز آن به صورت منقسم • حداقل روزانه دویار از نظر علائم محرومیت و مسمومیت بیمار از پایش شوند • تجویز همزمان دوز متوسط از بنزودیازپین ها در دوزهای منقسم برای حداقل ۷ روز اول درمان • آموزش کارکنان در تجویز نالوکسان
کاهش وابستگی به ترکیبات افیونی در یک فرد تازه وارد	به علت گذراندن مدتی در بازداشت ممکن است تحمل به ترکیبات افیونی کاهش یافته باشد	<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش مواد • استفاده از ارزیابی ویدئوآل ترکیبات افیونی (برای مثال مقیاس محرومیت کوتاه) و پایش مسمومیت • کسب اطمینان از این که بیمار هوشیار است، به صورت متناسب پاسخ می دهند و هیچ علامتی از خواب آلودگی ندارد. در صورت هرگونه شک دوز بیمار داده نشود و بیمار پس از یک دوره زمانی مجددا ارزیابی شود. • القا تدریجی دوز و تجویز آن به صورت منقسم • حداقل روزانه دویار از نظر علائم محرومیت و مسمومیت بیمار از پایش شوند • تجویز همزمان دوز متوسط از بنزودیازپین ها در دوزهای منقسم برای حداقل ۷ روز اول درمان • آموزش کارکنان در تجویز نالوکسان
افزایش خطر در روز دوم و سوم تثبیت روی داروهای	مسمومیت تجمعی به علت پرخوردن ذخیره باقی	<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش مواد • استفاده از ارزیابی ویدئوآل ترکیبات افیونی (برای مثال مقیاس محرومیت کوتاه) و پایش مسمومیت



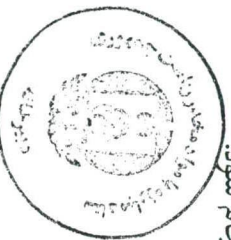
<ul style="list-style-type: none"> کسب اطمینان از این که بیمار هوشیار است، به صورت متناسب پاسخ می دهند و هیچ علامتی از خواب آلودگی ندارد. در صورت هرگونه شک دوز بیمار داده نشود و بیمار پس از یک دوره زمانی مجددا ارزیابی شود. القا تدریجی دوز و تجویز آن به صورت منقسم حداقل روزانه دوبرار از نظر علائم محرومیت و مسمومیت بیماران پایش شوند تجویز همزمان دوز متوسط از بنزودیازپین ها در دوزهای منقسم برای حداقل ۷ روز اول درمان آموزش کارکنان در تجویز نالوکسان 		آگونیسیت
<ul style="list-style-type: none"> آزمایش مواد استفاده از ارزیابی ویدرئوال ترکیبات افیونی (برای مثال مقیاس محرومیت کوتاه) و پایش مسمومیت کسب اطمینان از این که بیمار هوشیار است، به صورت متناسب پاسخ می دهند و هیچ علامتی از خواب آلودگی ندارد. در صورت هرگونه شک دوز بیمار داده نشود و بیمار پس از یک دوره زمانی مجددا ارزیابی شود. القا تدریجی دوز و تجویز آن به صورت منقسم حداقل روزانه دوبرار از نظر علائم محرومیت و مسمومیت بیماران پایش شوند تجویز همزمان دوز متوسط از بنزودیازپین ها در دوزهای منقسم برای حداقل ۷ روز اول درمان آموزش کارکنان در تجویز نالوکسان 	<p>پاسخ بیمار می تواند تحت تاثیر عوامل زیر قرار گیرد:</p> <p>کارکرد کبدی نارسا، تاریخچه سوءمصرف تزریقی، سوءمصرف الکل هیپاتیت</p> <p>تنوع افراد از لحاظ فعالیت آنزیمی</p>	پاسخهای متفاوت فرد به درمان جایگزین با آگونیسیت
<p>تجویز داروی آگونیسیت برای بیماران با ایلئوس پارالیتیک و سرکوب تنفسی حاد ممنوع است. در موارد نارسایی کبدی، کلیوی و ضربه به سر اخیر لازم است تجویز داروی آگونیسیت با احتیاط صورت گیرد.</p> <p>در صورت نیاز دفعات و مدت پایش را افزایش دهید.</p> <p>در موارد پیچیده درخواست مشاوره تخصصی ممکن است لازم باشد.</p>		احتیاط ها و ملاحظات
<p>مشابه احتیاطات بالا</p> <p>به جدول تداخلات دارویی مراجعه نمایید.</p> <p>از مشاوره تخصصی استفاده نمایید.</p>	<p>اثرات داروهای آگونیسیت ممکن است در اثر داروهای همراه افزایش یا کاهش داده شود</p>	تداخلات دارویی
<p>کلیه داروهای تجویز شده باید تحت نظارت مصرف شود</p> <p>شرایط تجویز بویرنوفین:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حفره دهان (و زیر زبان) را پیش از تجویز دارو معاینه کنید تا اطمینان حاصل کنید که هیچ جسم خارجی در آن پنهان نشده باشد. ۲. بیمار مقدار کمی آب مصرف نماید. ۳. قرص یا قرصهای زیرزبانی بویرنوفین توسط پرستار زیر زبان بیمار گذاشته شود. ۴. بیمار در طول مدت حل شدن دارو تحت نظر گرفته شود و حداقل یک بار در طول این فرآیند زیر زبان بیمار چک شود تا از وجود دارو اطمینان حاصل گردد. ۵. فرد نظارت کننده تایید نماید که دارو حل شده است. ۶. بیمار باید مقدار کمی آب بنوشد. <p>شرایط تجویز متادون:</p> <p>مصرف متادون به شکل شربت بوده و در صورت عدم دسترسی به شربت باید به صورت پودر شده و محلول در آب تجویز گردد.</p> <p>پس از مصرف متادون بیمار باید ۲۰۰ میلی لیتر آب بنوشد.</p>	<p>بیماران ممکن است مورد باجگیری قرار گیرند.</p> <p>دارو ممکن است نشئت پیدا نموده و از سوی افراد با تحمل پایین (مثلا افرادی که در حال سم زدایی هستند) مصرف شود</p>	نشئت داروی تجویز شده (ارزش بالای بازار سیاه مرکز نسبت به اجتماع)
<p>هر جا که ممکن است بیماران در اتاقهای دارای دریچه اقامت داده شوند</p> <p>بیماران در فعالیتهای هدفدار (شامل مذاکلات روانی-اجتماعی) شرکت داده شوند و زمان کافی را خارج از خوابگاه بگذرانند</p>	<p>رفتارهای آسیب به خود تشدید شده در اثر محرومیت درمان تشدید شده</p> <p>دشواری تشخیص اوردوز</p>	نظارت محدود روی خوابگاههای بیماران



تیم درمان در ۳ روز اول باید استفاده کنندگان از محرکها را پایش نمایند (در هر ویزیت باید فشار خون بیمار و علائم عصبی بررسی شوند)	مسئولیت حاد یا محرکها می تواند باعث سکتة قلبی یا مغزی شود	آسیب پذیری مصرف کنندگان محرکها
مصرف کنندگان محرکها باید برای شرکت در مداخلات سایکوسوشیال تشویق شوند.	افت شدید خلقی می تواند افکار خودکشی و آسیب به خود را تشدید نماید	
کلیه مداخلات درمان اختلال سوءمصرف مواد باید توسط پزشک دوره دیده صورت پذیرد	درمان نامتناسب و غیراستاندارد	مراقبتها توسط کارکنان غیر تخصصی ارائه شود
آموزش بالینی مداوم و نظارت می تواند پزشکان را در ارتقا سیستم توانمند سازد.		
باید کارکنان مرکز اقامتی آموزش کافی برای ارجاع بیماران ببینند	تیم بالینی ممکن است از بیمارانی که نیاز به توجه بالینی فوری دارند، مطلع نشوند	کارکنان مراکز اقامتی ممکن است علائم محرومیت یا ویدر اوال را شناسایی نکنند
راهکارهایی برای تسهیل ارتباط میان بیماران و کارکنان مرکز اقامتی اندیشیده شود.	بیماران ممکن است عود یا تشدید اختلال روانی همراه را تجربه نمایند	اثر محرومیت از مواد بر روی بیماران دارای اختلال روانی همراه
درمان علائم محرومیت به منظور به حداقل رساندن بیستوس بیماران	اشتیاق گرفتن بیمار	حجم بالای کار
تدوین برنامه مراقبت انفرادی شده برای بیماران روانی بر اساس نظر روانپزشک		
برای فرآیند تجویز دارو شناسایی فوکرانیک یا بیومترونک بیماران باید انجام شود	جموین اشتباه دوز دارو	
تمام دوزهای آگونیسست تحت نظارت مصرف شوند و بیمار پس از مصرف دارو دفتر یا فرم مخصوص را امضا نماید		

۶-۱۳- فرآیند پذیرش:

- هدف از شناسایی نیازهای مراقبت بهداشتی فوری شامل علائم محرومیت و پاسخ درمانی متناسب به آنها است. در بدو مراجعه بهتر است بیماران در محلی که امکان تحت نظر گرفتن ۲۴ ساعته وجود داشته باشند اقامت داده شوند. این موضوع در بیمارانی که سابقه مصرف محرکها را می دهند اهمیت بیشتری دارد.
- در بدو ورود بیماران باید از نظر علائم محرومیت بررسی و دوز کافی از داروی آگونیسست برای برطرف شدن علائم دریافت نمایند.
- در ویزیت اولیه باید شمای کلی خدمات درمانی ارائه شده در مرکز اقامتی به بیماران توضیح داده شود و به آنها اطمینان داده شود که خدمات و مراقبتهای لازم در اختیار آنها قرار خواهد گرفت و علائم محرومیت یا سایر مشکلات جسمی آنها به اندازه کافی درمان خواهد شد.
- کلیه افرادی که به مرکز اقامتی درمان اجباری معرفی می شوند باید یک آزمایش مواد مثبت داشته باشند. در صورتی که به هر دلیل به صورت استینا امکان انجام آزمایش برای یک بیمار وجود نداشته باشد شروع درمان با داروی آگونیسست فقط پس از مشاهده علائم و نشانه های آشکار محرومیت باید انجام شود.
- محرومیت از بنزودازاپینها می تواند تابلوی فرد را پیچیده نماید.



- کارکنان باید از اثرات روانشناختی محرومیت از نیکوتین که شامل بیقراری و تکانشگری می شود آگاه باشند.

۶-۱۴ - تجویز داروی آگونیست: تثبیت

- در این پروتکل واژه تثبیت به معنای کاهش و کنترل علائم و نشانه های محرومیت برای یک دوره مشخص به کار رفته است. در پروتکل درمان وابستگی به ترکیبات افیونی با داروهای آگونیست تثبیت به عنوان یکی از مراحل ۳ گانه درمان نگهدارنده (لقا، تثبیت و نگهدارنده) به صورت اختصاصی تری به کار رفته است.

- اهداف تثبیت روی داروهای آگونیست در بدو ورود به جایگاه های درمان اجباری:

۱- کاهش رفتارهای آسیب به خود و اقدام به خودکشی در بیمارانی که به صورت مزمن به مصرف ترکیبات افیونی وابسته هستند. نشان داده شده است میان محرومیت از مواد و خودکشی در جایگاههای تادیبی در ۵ روز اول همراهی وجود دارد.

۲- تامین راهی به سمت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست که برای خدمت گیرندگان موضوع این برنامه مداخله دارویی انتخابی محسوب می گردد.

۳- افزایش تحمل به ترکیبات افیونی. این مداخله خطر اوردوز تصادفی پس از ترخیص را کاهش می دهد، اما به صفر نمی رساند.

- پنج روز اول ورود به جایگاههای تادیبی با بالاترین خطر اقدام به خودکشی یا رفتارهای تخریبی در افراد وابسته به ترکیبات افیونی همراهی دارد. بررسی ها نشان می دهد کنترل کافی علائم محرومیت بیماران تا حد زیادی این خطر را کاهش می دهد.

• تثبیت یک فرآیند القا دوز داروی آگونیست است که در طی آن دارو در پاسخ به علائم محرومیت برای بیمار شروع و تدریجاً افزایش داده می شود.

• القا دوز معمولاً در ۴۸-۷۲ ساعت اول تکمیل می شود و پس از رسیدن به آن نقطه دوز دارو باید تا روز پنجم ادامه داده شود. پس از ۵ روز باید در خصوص نحوه تداوم درمان تصمیم گیری شود.

• کلیه کسانی که وارد مرکز اقامتی درمان اجباری می شوند باید برای کنترل علائم محرومیت به مدت ۵ روز روی دوز مناسبی از داروی آگونیست تثبیت شوند.



- در این دوره زمانی باید ارزیابی های بیمار تکمیل شود و پس از این مدت به بیمار کمک شود که اهداف شخصی خود را در فرآیند درمان مشخص نماید و با مشارکت بیمار در خصوص نحوه تداوم درمان برنامه ریزی شود.
- درمان موثر علائم و نشانه های محرومیت در ۵ روز اول و تحت نظر گرفتن بیماران از طریق درجه های محل اقامت احتمال تکانشگری و رفتارهای خودتخریبی را به حداقل می رساند و در صورت وقوع شناسایی آن را تسهیل می نماید.
- بیماران باید مکرراً از نظر علائم محرومیت در طول دوره تثبیت و پس از آن پایش شوند. مواردی از مرگ بیماران در اثر استفراغ مقاوم به درمان در طول دوره سم زدایی در جایگاههای تأدیی گزارش شده است. در صورتی که علائم محرومیت بیمار شدید بوده و با وجود مداخلات درمانی بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد بیمار باید به بیمارستان جهت بررسی بیشتر و درمان ارجاع گردد.
- بالینگران همچنین باید تاریخچه جزئی نگرانه ای از سایر داروهای مورد سوء مصرف (بنزودیازینها، الکل و محرکها) اخذ نمایند.
- مرگ و میر در اثر مسمومیت با متادون با دوزهای اندک (۲۰ میلیگرم) نیز گزارش شده است. افراد غیروابسته به ترکیبات افیونی ممکن است با دوزهای بسیار پایین متادون دچار عوارض مرگبار شوند، خصوصاً وقتی متادون به صورت همزمان با بنزودیازینها تجویز می شود. مرگ در اثر متادون اغلب در روز دوم یا سوم درمان به عنوان نتیجه مسمومیت تجمعی رخ میدهد. علل احتمالی این مرگها عبارتند از:

۱- ارزیابی ناکافی سابقه مصرف ترکیبات افیونی

۲- عدم تأیید مصرف مواد در حد وابستگی

۳- درمان در غیاب علائم محرومیت

۴- فقدان پایش علائم مسمومیت

۵- تجویز همزمان سایر داروها

در صورتیکه هر جا درباره وجود وابستگی شک وجود داشته باشد، تجویز دارو باید صرفاً با نظارت عینی (objective) محرومیت از ترکیبات افیونی انجام شود و پیروی از موارد ذیل ضروری است:

۱- ارزیابی دقیق تاریخچه مصرف مواد



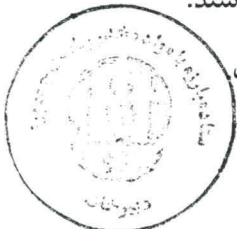
۲ - نتیجه تست ادرار مثبت

در صورت وجود علائم و نشانه های محرومیت از مواد به شرح ذیل اقدامات ذیل توصیه می شود:

تعریق	اشک ریزش
خمیازه کشیدن	دل پیچه
احساس گرمی و سردی	تهوع، استفراغ و اسهال
بی اشتهاهی	درد
لرزش	تاکیکاردی، هیپرتانسیون
بیخوابی و بیقراری	مردمکهای متسع
افزایش صداهای روده ای	

برای پیشگیری از وقایع ناگوار مرگ و میر اقدامات زیر توصیه می شود:

- ۱- افزایش تدریجی دوز متادون در مقادیر ۱۰-۵ میلیگرم
- ۲- پایش منظم بیمار- در صورت وجود علائم خواب آلودگی دوز متادون یا سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی نباید داده شود.
- ۳- تجویز تحت نظارت متادون و مصرف حداقل ۲۰۰ میلیلیتر آب پس از خوردن شربت یا محلول متادون به منظور به حداقل رساندن احتمال نشت دارو به داخل مرکز.
 - متادون نیمه عمر متغیری دارد و می تواند تا ۲۵ ساعت باشد. گرچه سطوح پلاسمایی حداکثر آن ۲-۴ ساعت پس از دوز خوراکی به دست می آید. بنابراین به نظر منطقی به نظر می رسد که تثبیت با دوزهای اندک در فواصل زمانی مشخص انجام شود. این کار کمک می کند از هر گونه اوردوز اولیه تصادفی در کسانی که حساس اند پیشگیری شود.
 - مطلوب است بیمارانی که روی متادون تثبیت می شوند در ۵ روز تحت نظارت تقویت شده باشند.
- ۴- عوامل خطر: مراکز اقامتی باید تعداد زیادی از بیماران را در مدت زمان اندکی پذیرش نموده و درمان نمایند. القا دوز در این جایگاه ها به دلایل زیر بسیار دشوار و حساس است:
 - ۱- دینامیک غیرمعمول عرضه درمان به صورت اجباری به کسانی که ممکن است متقاضی آن نباشند.
 - ۲- کاهش تحمل به ترکیبات افیونی در طول مدتی که فرد در بازداشت نیروی انتظامی بوده است



۳- محدودیت امکان نظارت به علت محدودیت فضای فیزیکی در جایگاههای تادیبی.

- برای کسب اطمینان از ایمنی بیماران در این بافتار (context)، باید دوزهای اولیه متادون ۱۰-۵ میلیگرم باشد و حداقل در فواصل زمانی ۶ ساعته تجویز شود.
- تجویز تمام دوزها و افزایش دادن دوز باید با رعایت اصول ذکر شده در جدول مدیریت خطر انجام شود.
- بیماران بصورت شایع در جایگاههای تادیبی نیاز به دوز کمتری برای تثبیت در مقایسه با جایگاههای موجود در جامعه دارند.
- به عنوان یک محافظ ایمنی بیشتر برای بیماران و به منظور به حداقل رساندن پتانسیل نشست دوزهای بالای متادون به داخل جایگاه تادیبی و خطرات همراه آن حداکثر دوز مجاز روزانه برای درمان نگهدارنده با متادون ۴۰ میلیگرم در نظر گرفته شود. ولی کلیه بیماران باید پس از رسیدن به دوز ۴۰ میلیگرم در روز از نظر نیاز افزایش دوز به صورت دقیق تر بررسی شوند.
- در صورتی که بیمار علی رغم دریافت ۴۰ میلیگرم در روز باز هم نیاز به افزایش دوز داشته باشد، افزایش تدریجی روزانه ۱۰-۲ میلیگرم متادون اندیکاسیون دارد.
- تثبیت علائم ترک می تواند توسط بوپرنورفین نیز انجام شود اما از آنجا که القای بوپرنورفین در فاز اولیه مدیریت بالینی بیماران دشوارتر است به همین دلیل توصیه می شود برای تثبیت تمام بیماران از متادون استفاده شود.
- حداکثر دوز متادون در روز اول ۴۰ میلیگرم است که در صورت تداوم علائم محرومیت باید استفاده از داروهای کمکی در نظر گرفته شود. تهوع، استفراغ و اسهال باید با تجویز داروهای ضدتهوع و ضداسهال درمان شوند. در صورت وجود علائم دهیدراتاسیون بیمار باید هیدراته شود. باید توجه داشت استفراغ مقاوم به درمان در جایگاههای تادیبی می تواند به مرگ منجر شود.
- سوءتغذیه، بی اشتها، هیپوناترمی و هیپوگلیسمی مشکلات شایع در فازهای اولیه محرومیت از مواد هستند. بیماران باید به غذا، مایعات کافی و پتو اضافی در این فاز دسترسی داشته باشند. با شروع درمان اشتهای بیماران افزایش می یابد و مشکلات خواب ظاهر می شود لذا در طول فاز ریکاوری (بهبودی) از علائم محرومیت لازم است در ساعات شب بیماران به غذا و مایعات دسترسی داشته باشند.
- بیخوابی یکی از شایعترین علائم محرومیت از مواد است. کمبود خواب طول کشیده بر روی خلق، تفکر و رفتار تاثیر می گذارد. بر این اساس بیخوابی باید به عنوان یک عامل خطر برای آسیب به خود و خودکشی



در نظر گرفته شود. باید دامنه ای از مداخلات غیر دارویی برای بیمارانی که مشکل خواب دارند در دسترس باشد. آموزش آرام سازی می تواند مفید باشد. با رعایت احتیاط تجویز کوتاه مدت داروهای خواب آور بنزودیازپینی را می توان در نظر گرفت.

۶-۱۵- درمان اوردوز ترکیبات افیونی:

- اصول کلی درمان اوردوز ترکیبات افیونی در قسمت غربالگری آورده شده است.
 - علائم اوردوز ترکیبات افیونی:
- مردمک تنگ (در صورت سرکوب تنفسی ممکن است اتساع مردمک دیده شود)

سرکوب تنفس/سینانوز

ادم ریوی

تعریق

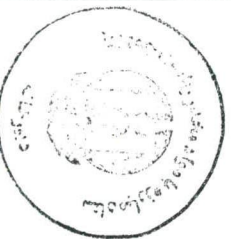
افت فشارخون، برادیکاردی

ناهوشیاری

- پیش مصرف ترکیبات افیونی باید توسط احیا با اکسیژن درمان شود.
- تجویز اورژانس ۲-۸ میلیگرم نالوکسان باید به صورت وریدی یا عضلانی توسط یکی از اعضا تیم مراقبت درمانی صورت گیرد. در صورت نیاز به علت نیمه عمر کوتاه نالوکسان نسبت به متادون یا هروئین تجویز دوزهای بعدی ممکن است لازم باشد.
- در صورت شک به مسمومیت با بوپرنورفین دوزهای بالاتری از نالوکسان لازم خواهد بود.

۶-۱۶- درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست:

- برنامه ادامه درمان بیماران بر اساس ارزیابی های انجام شده در ۵ روز اول پس از انجام مصاحبه مجدد با بیمار و مشخص نمودن اهداف فردی از درمان به صورت مشترک با بیمار تدوین خواهد شد.
- این راهنما توصیه می نماید پس از دوره ۵ روزه تثبیت، تمام بیماران برای درمان نگهدارنده با آگونیست تشویق شوند. و تعیین برهیز کامل به عنوان هدف درمانی را تا ۱۲-۶ ماه به تأخیر بیندازند.
- طول مدت درمان در این برنامه ۲۸-۳۱ روز در نظر گرفته شده است.



- آزمایش راندوم مواد باید بخشی از درمان نگهدارنده در مراکز اقامتی باشد. آزمایش سریع مواد باید هفتگی انجام شود و نتیجه آن در پرونده بیماران ثبت گردد.
- داروی آگونیست انتخابی برای درمان نگهدارنده بیماران متادون است اما در صورت عدم تحمل متادون می توان آن را مطابق پروتکل درمان با داروهای آگونیست به بوپرنورفین تبدیل کرد.

۶-۱۷ - سم زدایی ترکیبات افیونی :

- تصمیم گیری درباره زمان و نحوه انجام سم زدایی با در نظر گرفتن عوامل زیر باید صورت پذیرد:
 - ۱- شدت وابستگی بیمار؛
 - ۲- تمایل بیمار؛
 - ۳- شرایط جایگاه ارائه خدمات و
 - ۴- دیدگاه پزشک تامین کننده خدمات در جایگاه تأدییی و مراکز موجود در جامعه.
- پس از یک دوره ۵ روزه تثبیت بر روی آگونیست برای سم زدایی ترکیبات افیونی کوتاه اثر یک دوره حداقل ۱۴ روزه و برای سم زدایی ترکیبات افیونی طولانی اثر همچون متادون یک دوره حداقل ۲۱ روزه توصیه می شود.
- به طور کلی بهتر است در جایگاههای تأدییی حداقل استاندارد زمانی برای دوره زمانی سم زدایی تعریف شده باشد، که در صورت لزوم می تواند طولانی تر باشد زیرا در پسزمینه وابستگی شدید چند دارویی رویکرد درمانی تدریجی تر ضروری خواهد بود. در صورت اقدام به سم زدایی الکل باید دوز متادون ثابت نگه داشته شود.
- پزشکان باید دقت داشته باشند که دوره سم زدایی هر چقدر که باشد علائم محرومیت ممکن است پس از قطع داروها تداوم داشته باشند. در این صورت ممکن است بیماران نیاز به تسکین علامتی با استفاده از داروهای همچون کلونیدین داشته باشند.
- لازم است میزان پایش پزشکی در بیمارانی که روی درمان سم زدایی قرار می گیرند افزایش داده شود و هر جا که ممکن است بیماران در طول مدت سم زدایی تحت نظارت باشند. این نظارت از طریق اقامت در اتاقها یا خوابگاه هایی که دارای دریچه هستند مقدور خواهد بود.



۶-۱۸- نالترکسون:

- گزینه نالترکسون در جایی که از نظر بالینی اندیکاسیون دارد باید در دسترس قرار بگیرد. نالترکسون می تواند پس از سم زدایی برای کمک به حفظ پرهیز کاربرد داشته باشد.
- در صورتی که امکان ارائه همزمان مداخلات سایکوسوشیال پس از ترخیص وجود نداشته باشد شروع نالترکسون توصیه نمی شود زیرا خروج از درمان با خطر بالای مرگ و میر مرتبط با مصرف مواد همراهی دارد.
- درمان با نالترکسون باید حداقل ۵ روز پیش از ترخیص از مرکز اقامتی شروع شده باشد. باید پیش از ترخیص مرکز درمانی را که تداوم درمان بیمار در آنجا انجام خواهد شد شناسایی کنیم. نالترکسون به تنهایی احتمالاً برای پیشگیری از بازگشت به مصرف هروئین ناکافی است و باید با برنامه های مداخلات روانشناختی و حمایتی اجتماعی همراه باشد.
- پیش شروع انجام تست کارکرد کبدی لازم است. در صورتی که آسپاراتات آمینوترانسفراز (AST) بیمار بیش از ۲ برابر نرمال باشد نباید نالترکسون شروع شود.
- اگر بیمار تصمیم به قطع مصرف نالترکسون بگیرد باید به بیمار آموزش داده شود که تحمل بیشین خود را به ترکیبات افیونی از دست داده است و در صورت بازگشت به مصرف هروئین باید دوزی به مراتب کمتر از آنچه قبلاً مصرف می کرده است استفاده نماید. علاوه بر تاکید به خطر بالای بازگشت به مصرف هرگونه هروئین باید بر خطر بسیار بالای بازگشت مستقیم به مصرف هروئین تزریقی تاکید گردد.
- از آنجا که نالترکسون اثر ضد درد ترکیبات افیونی را بلوک می کند استفاده از آن در کسانی که سابقه دردهای مزمن دارند یا کاندید عمل جراحی هستند توصیه نمی شود.
- باید بیماران اکیداً از هر گونه اقدام به غلبه بر اثر بلوک کننده نالترکسون از طریق استفاده از مقادیر افزایش یابنده هروئین منع شوند.
- بیمارانی که به مصرف ترکیبات افیونی وابسته هستند ممکن است متعاقب دریافت اولین دوز نالترکسون دچار علائم محرومیت شدید شوند. به منظور اجتناب از وقوع این حالت توصیه می شود:
 - ۱- درمان با نالترکسون نباید زودتر از ۷ روز از قطع هروئین یا ۱۴ روز از قطع متادون شروع شود.
 - ۲- آزمایش مواد باید وضعیت عاری از مواد را تأیید نماید.
 - ۳- آزمون چالش نالوکسان پیش از شروع درمان انجام شود.



- آزمون چالش نالوکسان: ابتدا ۰.۲ میلیگرم نالوکسان به صورت وریدی تزریق می شود و بیمار به مدت ۳۰ دقیقه تحت نظر گرفته می شود. هر گونه مصرف مواد گزارش نشده که در آزمایش مواد آشکار نشده باشد با این کار پدیدار می شود. اثرات محرومیت که به این صورت برانگیخته می شود کمتر از علائم ایجاد شده توسط نالوکسان خوراکی شدید و ناخوشایند است. اگر بیمار به تزریق اولیه واکنش نشان ندهد باید دوز دوم نالوکسان به مقدار ۰.۶ میلیگرم تجویز و بیمار به مدت ۳۰ دقیقه تحت نظر گرفته شود. اگر هیچ علامت محرومیتی ظاهر نشود می توان برای بیمار نالترکسون را شروع کرد. متعاقب آزمایش موفقیت آمیز چالش نالوکسان باید یک دوز ۲۵ میلیگرمی نالترکسون تجویز گردد. اگر واکنشی ظاهر نشود باید دوز روزانه ۵۰ میلیگرم از روز بعد برای بیمار آغاز گردد.
- در صورتی که تزریق وریدی برای بیمار دشوار باشد و بالینگر اطمینان داشته باشد که بیمار عاری از مواد است و زمان کافی از دریافت آخرین دوز ترکیبات افیونی می گذرد (۱۴-۷ روز بر حسب نیمه عمر)، می تواند نالترکسون را پس از انجام آزمون چالش خوراکی تجویز کند. بیمار به این منظور باید ۱۲.۵ میلیگرم نالترکسون دریافت کند و سپس ۲ ساعت تحت نظر گرفته شود. اگر بیمار علامتی نشان ندهد باید به بیمار ۲۵ میلیگرم دیگر نالترکسون داد و اگر مشکلی پیش نیامد از روز بعد دوز روزانه ۵۰ میلیگرم برای بیمار شروع شود.

۶-۱۹ - بنزودیازپین ها:

- ارزیابی وابستگی به بنزودیازپین ها باید براساس ارزیابی خودگزارشی افراد، سوابق پزشکی بیمار (در صورت دسترسی) و پایش محرومیت انجام شود.
- مطلوب است مراکز اقامتی مجهز به آزمایش بنزودیازپین در مایعات بدنی بیماران باشند. در این صورت آزمایش نیز باید به عنوان بخشی از فرآیند تشخیص گنجانده شود.
- لازم به توجه است محرومیت از بنزودیازپین ها ممکن است ۷۲ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف آغاز شود. قطع ناگهانی بنزودیازپینها منجر به علائم و نشانه های محرومیت شامل سایکوز، حالات اضطرابی، بیخوابی، تهوع، سردرد و لرزش می شود.
- در صورتی که ارزیابی بالینی نشان دهنده تاریخچه مصرف منظم بنزودیازپین ها با دوز و مدت زمانی باشد که مطرح کننده وابستگی باشد، رژیم سم زدایی بنزودیازپین ها باید از شب اول شروع شود.



- در موارد وابستگی همزمان به بنزودیازپین ها، الکل و ترکیبات افیونی بیش از یک رژیم کاهش دوز ممکن است لازم باشد و احتیاط بیشتر به علت تداخلات دارویی بالقوه ضروری است. تجارب زندان ها نشان می‌دهد که سم زدایی با دوز پایین کلردیازپوکساید برای محرومیت الکل و رژیم دوز پایین دیازپام برای وابستگی همزمان به بنزودیازپینها می‌تواند به صورت بیخطری همراه با هم تجویز شود، هر چند محدودیت‌هایی برای سطح ترکیب وجود دارد. به جز در فاز حاد محرومیت از الکل دوز معادل کلی دیازپام نباید بیش از ۳۰ میلیگرم در روز باشد در جائیکه درمان جایگزین با ترکیبات افیونی به صورت همزمان تجویز می‌شود.
- برای کاهش خطر تسکین بیش از حد دوز دیازپام باید در دوزهای مقسم تجویز گردد تا به سطح ۲۰ میلیگرم در روز برسد. محرومیت از بنزودیازپینها سپس به صورت تدریجی با سرعتی کمتر از ۲ میلیگرم در هفته باید انجام شود.
- به علت احتمال غفلت از وابستگی همزمان به الکل و بنزودیازپین ها توصیه شده است که رژیم‌هایی سم زدایی از الکل و بنزودیازپین ها به صورت جداگانه به ترتیب با استفاده از کلردیازپوکساید و دیازپام تجویز گردد.
- وابستگی به و محرومیت از بنزودیازپینها با میزان بالایی از رفتارهای آسیب به خود و خودکشی همراه است و باید با احتیاط بسیار درمان شود که می‌تواند در موارد خاص نیاز کند کردن سرعت کاهش دوز نسبت به آنچه در بالا گفته شد داشته باشد.
- افرادی که سابقه ابتلا به صرع دارند، باید داروی ضدصرع خود را دریافت نمایند. ممکن است افزایش در سطوح هر گونه داروی ضدصرع تجویز شده لازم باشد.
- دیازپام در جایگاه‌های نادیمی باید به صورت پودر شده و محلول در آب تجویز شود.

۶-۲۰ — تجویز دارو و نظارت پرستاری:

- مصرف دوز متادون باید تحت نظارت کارکنان پرستاری باشد. سایر داروهای غیرافیوئیدی نیز باید تحت نظارت مصرف شود تا اثربخشی آنها پایش شود و متناسب با آن تغییرات لازم در دوز دارو اعمال گردد. برای تشدید کنترل بر روی نشست دارو توصیه می‌شود که تمام دوزهای داروهای دارای پتانسیل سوءمصرف به صورت محلول در آب تجویز گردد.



- تجویز متادون باید توسط پرستار انجام شود. علاوه بر پرستار هنگام دادن دارو حضور یکی دیگر از کارکنان به عنوان شاهد الزامی است. پیش از تجویز متادون کارکنان پرستاری باید:
- ۱- هویت بیمار را چک نمایند.
- ۲- اطمینان حاصل نمایند که بیمار کاملاً هوشیار است و به صورت متناسبی به سوالات پاسخ می دهد و هیچ علامتی از خواب آلودگی، تکلم نامفهوم یا پلکهای در حال فروافتادن ندارد.
- ۳- هر نشانه دیگری از ظن به مصرف مواد مخدر غیرقانونی باید مورد توجه قرار گیرد.
- در صورت شک به هر یک از موارد بالا پرستار باید دوز متادون را تجویز نکند، علائم حیاتی بیمار را چک نموده و در پرونده بیمار ثبت کند و پزشک را مطلع سازد.
- در صورت صلاحدید پزشک در این صورت باید آزمایش مواد خارج از روال معمول آزمایش مواد در مرکز (هفته ای یک بار) انجام شود.

۶- ۲۱ - مدیریت محرومیت از محرک ها:

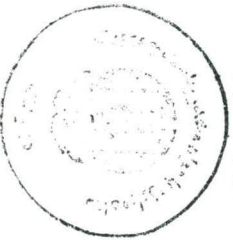
- محرومیت از محرک ها می تواند با نوسانات خلقی قابل توجه و اقدامات بالقوه خشن نسبت به خود و دیگران همراه باشد. تجربه یک دوره افسردگی عمیق اما کوتاه مدت یکی از علائم محرومیت از محرکها است.
- مصرف محرکها با مشکلات طبی جدی شامل آریتمی قلبی، فشار خون بالا و سکته مغزی می تواند همراه باشد. توصیه می شود کلیه بیمارانی که به صورت همزمان سابقه مصرف سنگین محرکها را میدهند در محلی با امکان نظارت بیشتر درمان شوند و در صورت وجود هر گونه ابنورمالیتی اقدام درمانی متناسب انجام پذیرد. توجه ویژه به گزارش سردرد و گیجی در طول این مدت لازم است.
- در صورت بروز بیقراری یا خشونت در کسانی که محرومیت از محرک ها را تجربه می کنند، تجویز کوتاه مدت دارو برای تسکین بیمار یا کنترل بیقراری یا خشونت ممکن است ضرورت یابد.
- متعاقب قطع ناگهانی مصرف محرکها ممکن است یک اختلال روانپزشکی ماژور (نظیر افسردگی یا اسکیزوفرنی) پدیدار شود. باید برای هر بیماری که علائم روانپزشکی نشان میدهد ارزیابی کامل روانپزشکی انجام شود. در صورت وجود نگرانی درخصوص ایمنی و سلامت بیماران باید فرآیند مدیریت خطر چندرشته ای مرکز اقامتی فعال گردد.



- باید به نیاز مصرف کنندگان مداخلات سایکوسوشیال به صورت ویژه توجه گردد که شامل دسترسی به گروه درمانی و کلاسهای ریلاکسیشن می شود.
- تداوم درمان بخش نقش عمده ای در برآیندهای درمان پس از ترخیص دارد. بیمارانی که سابقه مصرف همزمان محرکها را میدهند ترجیحا باید برای ادامه درمان به مراکز ارجاع شوند که دارای تجربه در مدیریت درمان این گروه هستند.

۶- ۲۲- الکل:

- ارزیابی محرومیت از الکل باید در ویزیت اولیه انجام شود.
- علائم محرومیت از الکل ۸-۶ ساعت بعد از آخرین نوبت مصرف الکل ظاهر می شود.
- لرزش دست شایعترین و زودرس ترین علامت محرومیت از الکل است که به راحتی قابل تشخیص است.
- تشخیص می تواند در ۴۸-۲۴ ساعت اول ظاهر شود.
- سم زدایی الکل باید با استفاده از کلردیازپوکساید از شب اول ورود به مرکز اقامتی شروع شود. دوز اولیه کلردیازپوکساید باید در شب اول تجویز شود. علائم شایع محرومیت از الکل عبارتند از تعریق، لرزش، تهوع، استفراغ، فشارخون بالا و تاکیکاردی.
- گروهی از بیماران در معرض عوارض شدیدتری همچون دلیرיום ترمیس و تشنج هستند. این دو حالت به صورت بالقوه کشنده هستند. به همین دلیل بسیار مهم است که تمام بیماران از نظر سابقه مصرف سنگین الکل و علائم محرومیت از آن مورد بررسی قرار گیرند و در صورت نیاز روی رژیم سم زدایی با کلردیازپوکساید قرار گیرند.
- هنگام ارزیابی سابقه مصرف الکل میزان مصرف الکل نیز اهمیت دارد.
- سوءتغذیه خصوصا کمبود تیامین می تواند منجر به آسیب نورولوژیک شود. تمام بیمارانی که مورد سم زدایی قرار می گیرند باید به صورت روتین ۴۰۰ میلیگرم تیامین را روزانه به مدت ۲۸ روز دریافت کنند. در صورتی که بیماری نیاز به سم زدایی از الکل نداشته باشد اما سابقه مصرف طولانی مدت الکل را بدهد باید به صورت پیشگیرانه تیامین دریافت کند.
- بیماران روی درمان سم زدایی الکل نیاز به مصرف کافی مایعات برای اجتناب از دهیدراتاسیون و کالری برای پرهنز از همیوگلیسمی دارند.



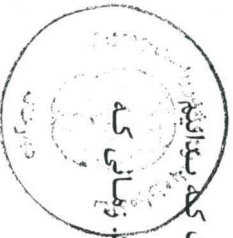
- سابقه تشنج قبلی در اثر محرومیت از الکل باید در تنظیم دوز کلردیازپوکساید لحاظ شود. بیمارانی که سابقه صرع دارند باید داروی ضدصرع خود را دریافت نمایند. ممکن است در ۱۴ روز اول سم زدایی نیاز باشد که دوز داروی ضدصرع افزایش داده شود.
- لازم است بیماران در ۷ روز اول درمان از نظر طبی پایش شوند زیرا در این مدت ممکن است حال بیماران ناگهان رو به وخامت رود.
- در درمان همزمان وابستگی به الکل و ترکیبات افیونی تا زمان تکمیل سم زدایی با الکل دوز آگونیست نباید کاهش داده شود. در صورت تداوم علائم محرومیت از الکل نشان داده شده است که افزایش دوز کلردیازپوکساید موثر است.

۶- ۲۳ - مداخلات سایکو سوشیال (روانی - اجتماعی):

- مداخلات سایکوسوشیال باید به عنوان بخشی از درمان/حمایت مداوم روانی/اجتماعی برای خدمت گیرندگان در نظر گرفته شوند تا به آنها کمک کند که پایدار و عاری از مواد باقی بمانند. هم درمانهای دارویی و هم مداخلات روانشناختی موثرتر خواهند بود اگر به صورت ادغام یافته و هماهنگ ارائه شوند.
- رویکرد این برنامه اقامت کوتاه مدت و تداوم مراقبتها به صورت سریایی است. هر چند مدت برنامه ۲۸- ۳۱ روز در نظر گرفته شده است، اما لازم است زمان ترخیص بیماران براساس برنامه مراقبت انفرادی شده آنها تعیین شود.
- مطالعات نشان میدهد ۲۸ روز اول اقامت در جایگاههای تأدیبی یک دوره زمانی بحرانی محسوب می گردد. یک بررسی نشان داد ۵۰ درصد موارد خودکشی موفق در ۵۰ روز اول اقامت در جایگاههای تأدیبی صورت می گیرد و ۶۲ درصد آنها مشکلات مصرف مواد داشتند.
- هدف اصلی مداخلات سایکوسوشیال تأمین حمایت ساختار یافته از بیمار است به نحوی که:

- ۱- مکمل مداخلات دارویی باشد.
- ۲- چارچوبی برای درمان طولانی مدت پس از ترخیص از مرکز اقامتی فراهم سازد.
- ۳- سوابق پیشین درمان های فرد در جایگاههای تأدیبی دیگر و جامعه را در نظر بگیرد.
- مسیری که یک بیمار برای درمان باید طی کند ممکن است ۷-۵ سال (یا بیشتر) به طول انجامد^۱، برای برخی مسیر درمان ممکن است به صورت مادام العمر ادامه داشته باشد. این بسیار مهم است که بدانیم که

مسیر درمان افراد مختلف متفاوت است و بر این اساس انعطاف پذیری بسیار اهمیت دارد. زمانی که



بیماران در مرکز اقامتی می گذرانند تنها بخش بسیار کوچکی از مسیر درمان بیمار به حساب می آید. شواهد نشان میدهد بیمارانی که ۳ ماه یا بیشتر در درمان باقی می مانند از منافع بهینه آن سود می برند، بنابراین باید توجه داشت که دوره ۳-۴ هفته ای اقامت در مرکز اقامتی درمان اجباری یک مداخله درمانی مجزا و مستقل محسوب نمی شود بلکه صرفاً شروع و امکان تداوم مسیر را تامین می کند.

- درمان مبتنی بر مشتری: درمان مواد باید هماهنگ با نیاز شناسایی شده ارائه شود. برآیندهای بهتر درمان زمانی که خدمت گیرنده احساس می کند که به صورت فعال در خلق برنامه مراقبت خود دخیل اند به دست می آید. بنابراین برنامه مراقبتها باید بر اساس اهداف درمانی توافق شده با بیمار صورت گیرد. برخی از این اهداف ممکن است خارج از حوزه درمان اختلال وابستگی به ترکیبات افیونی باشد و با اشتغال و سکونت مربوط شود.

- ایجاد فرهنگ درمان: شواهد نشان میدهد برآیندهای درمان زمانی که خصوصیات/محیط خدمات دوستدار استفاده کننده (user friendly) است، تقویت می شود. ایجاد محیط مناسب درمان در جایگاههای تادیبی ممکن است چالش برانگیز باشد. اقدامات زیر می تواند در ایجاد یک فرهنگ/محیط درمانی در جایگاه تادیبی کمک کننده باشد:

۱- آموزش اصول درمان در جایگاه تادیبی به تمام کارکنان، آگاهی از اهمیت دادن پیامهای مثبت به خدمت گیرندگان؛

۲- اطمینان از این که تمام کارکنان دخیل در مراقبت بیمار دانش و صلاحیت کافی برای این کار را دارند؛

۳- تدوین یک برنامه مراقبت توافق شده با بیمار توسط تیم مراقبت چند رشته ای؛

۴- امکان انجام ارزیابی ها به صورت انفرادی و رعایت حریم بیماران؛

۵- رعایت اصول رازداری در جلسات گروه درمانی و تبادل اطلاعات با اشخاص ثالث

۶- اطلاع رسانی عمومی درباره اصول درمان با استفاده از مواد آموزشی و پوستر.

- انعطاف پذیری و اولویت بندی: حمایتهای روانی اجتماعی در طول مدت اقامت بیماران باید انعطاف پذیر باشد تا به نیازهای گوناگون مشتریان پاسخ دهد. فازهای مداخلات سایکوسوشیال که در ادامه این پروتکل آمده است باید متناسب با نیازهای شناسایی شده و وضعیت افراد ارائه شود. مهم است به خاطر داشته باشیم برخی بیماران در چند روز اول ورود به مرکز اقامتی در فرآیند درمان درگیر می شوند اما برخی ممکن است نیاز به زمان بیشتری داشته باشند.



- حداقل مداخلات در فاز ۱ در نظر گرفته شده است. حداقل مداخله سایکوسوشیال که باید برای بیمار در فاز ۱ (۷ روز اول) تامین شود عبارت است از:
- ۱- اطلاع به خانواده بیمار/دعوت از خانواده یا سایر افراد مطلع جهت تکمیل ارزیابی
- ۲- ارزیابی جامع/مرور ارزیابی و برنامه ریزی مراقبت/برنامه ریزی ترخیص (برنامه ریزی مراقبت و ترخیص که در این مرحله انجام می شود باید در فازهای بعدی در صورت نیاز بازبینی شود)
- ۳- کاهش آسیب/خطر آوردوز
- کارکنان مسوول در ارائه خدمات سایکوسوشیال: نقش سرپرست تیم (key worker) در موفقیت مداخلات سایکوسوشیال برای بیماران بسیار مهم است.
- سرپرست تیم مراقبت بیمار در هر نوبت کاری پزشکی است که مسوولیت مراقبتهای طبی بیمار را برعهده دارد.
- به صورت طبیعی پزشک باید در ویزیت های منظم بیمار پیشرفت بیمار در طول دوره را ارزیابی و هر جا لازم است برنامه مراقبت با بیمار به بحث گذاشته شود، برنامه و اهداف در صورت نیاز بازبینی شود.
- سرپرست تیم مسوول ارائه تمام خدمات سایکوسوشیال به بیمار نیست، بلکه مسوولیت هماهنگی، نظارت و جمع بندی خدمات ارائه شده را بر عهده دارد.
- سرپرست تیم نقش اساسی در ایجاد و حفظ انگیزش و درگیر شدن در درمان بر عهده دارد.
- سرپرست تیم در خلال ویزیت های انجام شده برای درمان اختلال وابستگی به ترکیبات افیونی باید نقش خود را به عنوان هماهنگ کننده سایر خدمات ایفا نماید.
- ارزیابی جامع باید بر اساس فرمهای "پروتکل درمان وابستگی به ترکیبات افیونی با داروهای آگونیست" توسط روانشناس مرکز انجام شود.
- جلسات ارزیابی باید انفرادی با رعایت حریم خصوصی بیماران انجام شود.
- روانشناس درگیر در ارزیابی بیمار در فاز ۱ باید مسوول اداره جلسات گروه درمانی بیمار در فاز بعدی باشد.
- هماهنگی جهت اطلاع به خانواده بیمار در صبح روز بعد از ورود فرد به مرکز اقامتی برعهده مددکار اجتماعی است.
- روانشناس و مددکار اجتماعی مرکز اقامتی در اولین روز کاری پس از ورود بیماران به مرکز باید آنها را ویزیت نمایند.



- در اولین روز کاری پس از ورود بیماران به مرکز، مددکار اجتماعی باید با خانواده بیمار تماس گرفته و وضعیت بیمار را اطلاع دهد و از آنها جهت مشارکت در تکمیل ارزیابی و تدوین برنامه ترخیص بیمار دعوت به عمل آورد.
- در صورتی که امکان تماس با خانواده یا بستگان بیمار ممکن نشود مددکار اجتماعی مرکز باید برای ویزیت منزل بستگان یا شبکه حمایت کننده بیمار برنامه ریزی نماید.
- روانشناس مرکز باید در غالب یک جلسه انفرادی با هر بیمار تازه وارد فرمهای ارزیابی بیمار را تکمیل نموده و با مشارکت بیمار اهداف مداخله درمانی در حوزه های اختلال مصرف مواد و سلامت روانی را تعیین نماید.
- مددکار اجتماعی باید در اولین روز کاری پس از ورود بیماران آنها را ویزیت نماید و بر اساس ارزیابی انجام شده توسط روانشناس مرکز و با مشارکت بیمار اهداف مداخله درمانی در حوزه های کارکرد اجتماعی (اسکان، اشتغال، ...) را تعیین نماید.
- صرف نظر از دو جلسه انفرادی که در بدو ورود توسط روانشناس و مددکار اجتماعی انجام می شود، بخش عمده ای از مداخلات سایکوسوشیال از طریق جلسات گروه درمانی اراده می شود. موضوعات مطرح شده در جلسات موضوعاتی خواهد بود که برای بهبود برآیندهای درمانی تمام مشتریان این برنامه مشترک است.
- اداره جلسات گروهی بر عهده روانشناس مرکز قرار دارد.
- درمان سایکوسوشیال: مداخلات سایکوسوشیال ساختاریافته " ... مداخلات خوب تعریف شده روانی اجتماعی هستند که به عنوان بخشی از برنامه مراقبت ارائه می شوند و به مشتری کمک می کنند که رفتارهای مصرف مواد خود را تغییر دهد."
- درمانهای سایکوسوشیال یک چتر وسیع است که مداخلات متنوع غیردارویی برای مدیریت موثر سوءمصرف مواد را پوشش می دهد. درمانهای سایکوسوشیال می توانند تاثیر درمانهای دارویی را از طریق افزایش پیروی از دستورات درمانی، ماندن در درمان و اکتساب مهارتهایی که اثرات دارو را تقویت می کند، افزایش دهد. علاوه بر تقویت درمانهای فارماکولوژیک، درمان سایکوسوشیال می تواند دستیابی به اهداف طولانی مدت درمان شامل پرهیز کامل، درمان نگهدارنده یا کاهش آسیب را تسهیل نماید.
- حفظ پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی ممکن است برای بیماران که سبک زندگی خاصی دارند، دشوار باشد. این سبک زندگی اغلب متأثر از خرده فرهنگ مصرف مواد است که در آن اشتغال ذهنی افراد ابتدا



با مواد است. بنابراین برای دستیابی به پرهیز طولانی مدت از مصرف مواد غیرقانونی نیاز به تغییر سبک زندگی و در پیش گرفتن سبک زندگی مولدتر احساس می شود. فردی که در مرکز اقامتی ساکن است و از سبک زندگی معمول خود برای متی جدا شده است می تواند از این دوره جدایی از سبک زندگی همراه با مصرف مواد برای یاد گرفتن مهارت‌های تازه استفاده نماید. این مهارت‌های تازه می توانند به بیماران کمک نمایند تا سبک زندگی سالم تری را در پیش بگیرند.

- جلسات استاندارد: کار گروهی باید در گروه‌های حداکثر ۱۲ نفره انجام شود. یک جلسه کار گروهی با احتساب زمان استراحت ۹۰ دقیقه خواهد بود و موضوعات زیر را پوشش میدهد:

- ۱- کاهش آسیب (پرهیز از اوردوز، تزریق ایمن، پیشگیری از عفونت‌های منتقل شونده از راه خون)

- ۲- آگاهی پایه از مواد

- ۳- مداخلات سایر مواد مورد سوءمصرف (بنزودازین ها، الکل، محرکها، ...)

- ۴- انگیزش برای تغییر

- ۵- تکنیک‌های ریلکسیشن

- ۶- ارتقا عمومی سلامتی: زندگی و غذا خوردن سالم

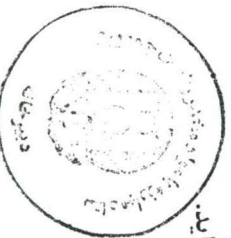
- فازهای مداخلات سایکوسوشیال: مداخله سایکوسوشیال در این برنامه شامل ۳ فاز- ارزیابی و درگیرنمودن (motivation and engagement)، انگیزش و ارائه (assessment and delivery) و تکمیل (completion)- می شود. فازهای توصیف شده در مسیر درمان گزینه مراحل انعطاف ناپذیر با دوره‌های زمانی غیرقابل تغییر نیستند، بلکه این فازها یک چارچوب منعطف است که مراحل مختلفی را که بیماران از آن عبور می کنند تصویر می نماید. فازهای درمان با یکدیگر همپوشانی دارند و بیماران ممکن است زودتر یا دیرتر برای ورود به فاز بعدی آمادگی نشان دهند.

- فاز یک- روزهای ۱ تا ۷

ارزیابی و درگیر نمودن

این فاز بر روی ارزیابی و مداخلات بالینی متمرکز است. در طول این فاز بیماران ممکن است علائم محرومیت را تجربه نمایند و ویژگی‌های بیمار در چند روز اول باید منعطف باشد. نقش سرپرست تیم در ۵ روز اول ورود بیمار مهم خواهد بود زیرا باید با تمام افراد دخیل در مراقبت بیمار به منظور تکمیل ارزیابی‌ها ارتباط برقرار نماید.

مداخلات انجام شده در این فاز عبارتند از:



جدول ۲- فازهای حمایت‌های سایکوسوشیال در طول مدت اقامت در مرکز درمان اجباری

فاز یک: ارزیابی و درگیر نمودن	فاز ۲- انگیزش و ارائه خدمات	فاز ۳- ترخیص
روز ۷-۱	روز ۸ تا پایان دوره	بازبینی مورد
ارزیابی جامع توسط پزشک و روانشناس	جلسات منظم انفرادی سرپرست تیم	ارجاع به خدمات موجود در جامعه
مشاوره انفرادی با روانشناس	جلسه انفرادی اطلاع نتیجه آزمایش HIV و مشاوره پیشگیرانه توسط روانشناس	اجرای برنامه ترخیص
مشاوره انفرادی با مددکار اجتماعی	آگاهی درباره مواد	
دعوت از خانواده بیمار	مداخلات سایر مواد مورد سوء مصرف	
کاهش آسیب	پیشگیری از عود	
خطر اوردوز	انگیزش برای تغییر	
آموزش	تکنیک‌های ریلکسیشن	
مرور بالینی	ارتقا سلامت	
شروع برنامه ریزی برای ترخیص	حمایت گروه	
	کار با خانواده	
	تکمیل برنامه ترخیص	

۱- اطلاع وضعیت بیمار به خانواده یا بستگان او توسط مددکار اجتماعی مرکز؛

۲- دعوت از اعضاء خانواده جهت تکمیل ارزیابی و مشارکت در مراقبت بیمار؛

۳- در اولین جلسه ویزیت پزشک در روز پس از ورود بیمار به مرکز پزشک به عنوان سرپرست تیم درمانی باید با بیمار رابطه درمانی برقرار کند، مسیر درمان و نحوه دسترسی به خدمات در مرکز برای بیمار توضیح دهد و به بیمار اطمینان دهد در صورت وجود هر مشکلی امکان دسترسی به مراقبت درمانی متناسب وجود دارد. در این جلسه پزشک باید با مشارکت بیمار اهداف درمان در حوزه اختلالات مصرف مواد و سلامت جسمانی و روانی را تعیین نماید؛

۴- اولین جلسه مشاوره انفرادی بیمار با روانشناس مرکز باید در اولین روز کاری پس از ورود به مرکز انجام

شود. هدف از این جلسه ایجاد رابطه درمانی و ارزیابی بیمار است. در این جلسه روانشناس مرکز باید

اهداف درمان در حوزه اختلالات مصرف مواد و سلامت روانی را با بیمار مرور نماید؛



۵- اولین جلسه مشاوره انفرادی مددکار اجتماعی و بیمار در اولین روز کاری پس از ورود بیمار به مرکز باید انجام شود. در این جلسه باید مددکار اطلاعات لازم برای برنامه ریزی ترخیص بیمار را با بیمار مرور می کند و اهداف درمان در حوزه کارکردهای اجتماعی را با مشارکت بیمار تعیین می کند؛

۶- اولین جلسه کار گروهی با بیماران باید توسط روانشناس در طول هفته اول ورود بیمار تشکیل و بر روی به حداقل رساندن آسیب و خطر (پیشگیری از ابتلا به عفونتهای منتقل شونده از راه خون، پیشگیری از اوردوز ناشی از مصرف مواد) تمرکز شود.

• فاز ۲- روز ۸ تا زمان ترخیص

انگیزش و ارائه (motivation and delivery)

این فاز پس از تثبیت بیمار و تدوین برنامه مراقبت و مرور بالینی صورت پذیرد. برای برخی این فاز می تواند زودتر یا دیرتر آغاز شود.

سطح مداخله روانی اجتماعی عرضه شده به صورت زیر خواهد بود:

۱- هفته ای ۲ جلسه کار گروهی در هفته

۲- مرور مورد مداوم

۳- تداوم ارتباط با کارکنان بالینی

۴- تداوم کار با خانواده در صورت لزوم

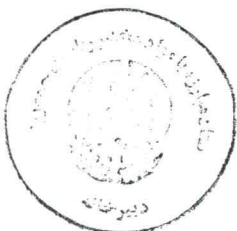
۵- مشاوره با پزشک و مددکار شاغل در مرکز در صورت نیاز (به عنوان مثال مشاهده علائم یا نشانه های اختلال روانی، شناسایی نیاز به مداخله برای جلب حمایت اجتماعی و ...)

۶- برنامه ریزی ترخیص بیمار به منظور ادامه اهداف درمان پس از ترخیص در حوزه های مصرف مواد، اختلالات جسمانی و روانی و کارکرد اجتماعی.

۷- شناسایی محل درمان بیمار در مراکز موجود در جامعه.

• فاز ۳- ترخیص

در پایان دوره باید مراقبتها و خدمات انجام شده توسط سرپرست تیم درمان مرور و درخصوص ارجاع بیمار تصمیم گیری شود.



۶-۲۴ - اختلالات روانپزشکی همراه:

- علائم محرومیت و استرس حاصل از دستگیری و ورود به یک جایگاه تادیبی می تواند خطر رفتارهای خودتخریبی را در بیماران افزایش دهد. به همین دلیل شناسایی الگوی مصرف مواد بیمار و طراحی برنامه مراقبت برای پاسخ به علائم محرومیت بسیار مهم است.
- درمان انتخابی در بیماران موضوع این برنامه درمان نگهدارنده با متادون است اما در صورتی که به هر دلیل سم زدایی مورد نظر باشد برنامه سم زدایی با کاهش آهسته دوز (extended detoxification) توصیه می شود.
- کلیه بیمارانی که علائم و نشانه های اختلالات روانی را نشان میدهند باید برای بررسی بیشتر به روانپزشک ارجاع شوند.
- در برنامه ترخیص بیماران تداوم درمان اختلالات روانپزشکی همراه باید مورد توجه قرار گیرد.

۶-۲۵ - خدمات کاردرمانی:

- باید قوانینی در هر مرکز اقامتی وجود داشته باشد که برخورداری از هواخوری روزانه را برای بیماران تضمین نماید.
- خدمات کاردرمانی می تواند به منظور ساخت بخشیدن به اوقات بیماران به منظور سرگرمی یا آموزش مهارتهای حرفه ای مورد استفاده قرار گیرد. هدف از ارائه خدمات کاردرمانی در این تأمین تفریح برای بیماران است. تأمین تفریح برای بیماران از طریق شرکت در فعالیتهای جمعی می تواند به درگیر نمودن بیماران در درمان و حاکم ساختن فرهنگ درمان در محیط تادیبی کمک نماید.
- تنظیم و نظارت بر اجرای برنامه هواخوری روزانه افراد مقیم و برنامه استفاده از ورزشگاه بر عهده واحد کاردرمانی است.

۶-۲۶ - برنامه ترخیص:

تداوم درمان

- در دوره بلافاصله پس از ترخیص بیماران در معرض آسیب پذیری قابل توجهی هستند.



- اطمینان دادن به بیماران که پس از ترخیص امکان تداوم درمان در مراکز موجود در جامعه وجود دارد شانس باقی ماندن بیماران در اماکن را افزایش می دهد.
- لازم است هر یک از اعضاء تیم چند رشته ای درمان بیماران ملاحظات خاص خود درباره مراقبتهای پس از ترخیص بیمار را در پرونده پزشکی بیمار مستند نماید تا هنگام تدوین برنامه ترخیص در نظر گرفته شود.
- از ابتدای ورود بیماران به مرکز اقامتی باید تدوین برنامه ترخیص بیمار توسط تیم درمان با مشارکت خود بیمار آغاز گردد.
- مسوولیت جمع بندی دادههای مرتبط با برنامه ترخیص و امور اداری مرتبط بر عهده مددکار اجتماعی شاغل در مرکز است.
- محل ادامه درمان اختلال وابستگی به مواد تمام بیماران باید پیش از ترخیص بیمار تعیین شده باشد.
- باید قبل از ترخیص هماهنگی های کامل میان مرکز اقامتی و مرکز درمانی موجود در جامعه وجود داشته باشد تا اطمینان حاصل گردد که بیمار می تواند روز بعد از ترخیص برای تداوم درمان به مرکز مورد نظر مراجعه نماید.
- ارتباط و همکاری نزدیک میان خود بیمار، خانواده او، تیم درمان و مراکز موجود در جامعه برای تداوم مراقبتهای اساسی است.
- به صورت روتین توصیه می شود که هنگام ترخیص دوز منزل ۳ روز بیمار به صورت شربت یا محلول در آب در ۳ بطری کوچک به بیماران داده شود.
- هر چند مقرر است که تمام کلینیک های درمان با آگونیست روزهای تعطیل باز باشند، اما لازم است هماهنگی با مراکز درمان موجود در جامعه برای پذیرش بیمارانی که در روز پایان هفته یا پیش از تعطیل ترخیص می شود انجام شده باشد تا اطمینان حاصل شود بیمار می تواند به مرکز درمانی مورد نظر مراجعه نماید و درمان اش را ادامه دهد.
- در نامه ارجاع بیمار باید اطلاعات کلیدی لازم برای طراحی تداوم مراقبت بیمار در حوزه های درمان اختلالات مصرف مواد، اختلالات جسمانی و روانپزشکی همراه و کارکرد اجتماعی ذکر شود.
- ارائه این اطلاعات به مرکز درمانی باید با آگاهی و رضایت بیمار صورت پذیرد.



- برای ترخیص بیماران حضور یکی از بستگان یا فردی که مسوولیت ترخیص و تداوم درمان بیمار را بپذیرد الزامی است.

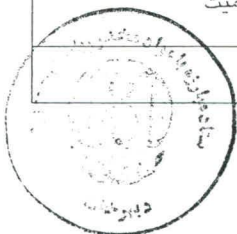
۶- ۲۷ - بازبینی دوز متادون:

- بیماران در جایگاههای اقامتی معمولاً روی دوز پایین تر از آنچه در مراکز درمان موجود در جامعه دیده می شود تثبیت می شوند.
- پیش از ترخیص بیماران باید دوز بیمار مجدداً بازبینی شود به نحوی که احتمال باقی ماندن بیماران روی درمان را پس از ترخیص به حداکثر برساند. این کار معمولاً شامل افزایش اندک (۵-۲ میلیگرم) در دوز متادون بیماران پیش از ترخیص است.
- باید افزایش دوز ۳ روز پیش از ترخیص بیمار صورت بگیرد. بیماران باید از افزایش دوز مطلع شوند و علت آن برایشان توضیح داده شود.

۶- ۲۸ - تداخلات دارویی داروهای آگونیست:

متادون داروهایی که با متادون تداخل دارند و اثر آن را کاهش میدهند:

دارو	کارکرد	تداخل بالقوه	ملاحظات
اباکاویر	انتی رتروویرال	کاهش اثر	
امپناویر	انتی رتروویرال	کاهش اثر	
پاریتورات ها	سداتیو و ضدتشنج	کاهش اثر و تقویت سرکوب دستگاه اعصاب مرکزی	فنوباریتال سطح خونی متادون را کاهش میدهد
بوپرنورفین	اپیوئید آنالژژیک	جدانمودن متادون از گیرنده ها	می تواند علائم قابل توجه محرومیت را ایجاد نماید
کاربامازپین	ضدتشنج	کاهش اثر	
افاویرنز	انتی رتروویرال	کاهش اثر	
نالتراکسون	انتاگونیست اپیوئید	جدانمودن متادون از گیرنده ها	اثرالقا محرومیت
تلفیناویر	انتی رتروویرال	کاهش اثر	
نویراپین	انتی رتروویرال	کاهش اثر	ممکن است علائم محرومیت را ایجاد نماید
فنی توئین	ضدتشنج	تشدید متابولیسم متادون	کاهش از نظر بالینی قابل توجه سطوح خونی متادون
ریغامپیسین	درمان سل ریوی	تشدید متابولیسم متادون	ایجاد علائم شدید محرومیت
اسپیرونولاکتون	مدر	کاهش اثر	

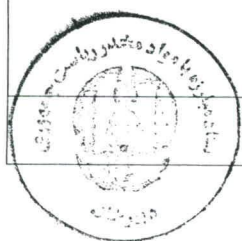


داروهایی که با متادون تداخل نموده اثرات آن را افزایش می دهند:

ملاحظات	تداخل بالقوه	کارکرد	دارو
	افزایش سطوح متادون	بلوک H ₂	سایمتیدین
	افزایش تاثیر	آنتی بیوتیک	کلاریترومایسین
	افزایش تاثیر	آنتی بیوتیک	اریترومایسین
سایر SSRI ها ممکن است اثر مشابهی داشته باشند	افزایش تاثیر	SSRI	فلوکسامین
	SSRI	ضدقارچ	کتوکونازول
ممکن است خطر در تمام MAOI ها وجود داشته باشد	افزایش تاثیر، واکنش های هیپوتانسیو و هیپرتانسیو گزارش شده است	MAOI	موکلومیاید
	ممانعت از دفع متادون	درمان وضعیتهای کلیوی	قلیایی کننده های ادرار
	افزایش تاثیر	داروی قلبی	وراپامیل

سایر تداخلات میان متادون و داروها

ملاحظات	تداخل بالقوه	کارکرد	دارو
	در موارد نادر تجویز همزمان با متادون خطر طولانی شدن QT را افزایش می دهد ^{۱۹}		آنتی هیستامین ها (غیر خواب آورها)
افزایش خطر مسمومیت با داروهای میلو ساپرسیو	تقویت اثرات ساداتیو و هیپوتانسیو	درمان سایکوز	آنتی سایکوتیک ها (شامل کلرپرومازین، هالوپریدول)
	تشدید تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی	آرام بخش / خواب آور	بنزودیازپین ها
افزایش دوز متادون ضرورتا اندیکاسیون ندارد	عوارض دارویی علائم محرومیت را تقلید می کند	درمان هیپاتیت C	اینترفرون آلفا و ریبوورین
	تاخیر در جذب مکسیلیتین	داروی قلبی	مکسیلتین
	افزایش نیفدیپین	داروی قلبی	نیفدیپین
ممکن است باعث تسکین بیش از حد گردد	اثرات تاثیر	ضد درد	اپیوئیدها
سطوح متادون متاثر نمی شود	کاهش سطوح خونی استاوودین	آنتی رتروویرال	استاوودین
	افزایش سمیت سه حلقه ای ها	آنتی پرسیانتها	داروهای سه حلقه ای
	افزایش سطوح خونی زیدوودین	آنتی رتروویرال	زیدوودین



بوپرنورفین

داروهایی که بوپرنورفین با تداخل دارند و اثر آن را کاهش میدهند:

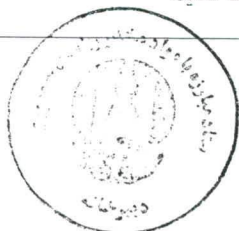
دارو	کارکرد	تداخل بالقوه	ملاحظات
کاربامازپین	ضدتشنج	کاهش اثر	
نالترکسون	انآگ.نیست اپیوئید	جداکردن بوپرنورفین از گیرنده	علائم محرومیت شدید
فنی توئین	ضدتشنج	افزایش متابولیسم	کاهش قابل توجه بالینی سطوح بوپرنورفین
ریفامپیسین	درمان سل ریوی	افزایش متابولیسم	از نظر بالینی شدید- می تواند محرومیت شدید ایجاد کند

داروهایی که بوپرنورفین با تداخل دارند و اثر آن را افزایش میدهند:

دارو	کارکرد	تداخل بالقوه	ملاحظات
سایمتیدین	بلوک H ₂	افزایش سطح بوپرنورفین	
کلاریترومایسین	انتی بیوتیک	افزایش تاثیر	
اریترومایسین	انتی بیوتیک	افزایش تاثیر	
فلوکسامین	SSRI	افزایش تاثیر	سایر SSRI ها ممکن است اثر مشابهی داشته باشند
کتوکونازول	ضدقارچ	افزایش تاثیر	از نظر بالینی قابل توجه
موکلوبامید	MAOI	افزایش تاثیر، واکنش های هیپوتانسیو و هیپرتانسیو محتمل است.	ممکن است خطر در تمام MAOI ها وجود داشته باشد
ریتوناویر	انتی رتروویرال	افزایش تاثیر	سایر مهارکننده های پروتئاز ممکن است اثر مشابهی داشته باشند.

سایر تداخلات میان بوپرنورفین و داروها

دارو	کارکرد	تداخل بالقوه	ملاحظات
انتی سایکوتیک	درمان سایکوز	افزایش اثرات ساداتیو و هیپوتانسیو	افزایش خطر مسمومیت با داروهای میلو سائپرسیو.
باربیتوراتها	سداتیو و ضدتشنج	افزایش سرکوب دستگاه اعصاب مرکزی	
بنزودیازپین ها	ارام بخش / خواب آور	تشدید تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی	
اینترفرون الفا و ریباویرین	درمان هپاتیت C	عوارض دارویی علائم محرومیت را تقلید می کند	افزایش دوز بوپرنورفین ضرورتاً اندیکاسیون ندارد
مکسلیتین	داروی قلبی	تاخیر جذب مکسلیتین	
اپیوئیدها	ضد درد	افزایش تاثیر	ممکن است باعث تسکین بیش از حد گردد یا محرومیت شدید را القا نماید.



۶- ۲۹- عفونت های هپاتیت

۶- ۲۹- ۱- عفونت هپاتیت A:

- افراد بزرگسالی که علائم و نشانه های مطرح کننده هپاتیت حاد را داشته باشند باید مورد آزمایش تشخیصی مناسب برای افتراق هپاتیت A، B و C قرار گیرند (جدول ۱). (عملکرد استاندارد)

جدول ۱- آزمایش تشخیصی برای هپاتیت های ویروسی

در بیماران مبتلا به هپاتیت حاد باید آزمایش های لازم برای افتراق میان انواع هپاتیت انجام شود:

هپاتیت A حاد: IgM-anti-HAV-positive

هپاتیت B حاد: HbsAg-positive IgM-anti-HBV-positive

هپاتیت C حاد: سطوح ALT بیش از ۷ برابر طبیعی، و

Anti-HCV-positive در آزمایش غربالگری ایمونواسی و تایید شده توسط ارزیابی

دقیق تر (RIBA برای anti-HCV یا اسید نوکلئیک آزمایش شده برای HCV RNA) یا

anti-HCV-positive توسط غربالگری ایمونواسی و یک نسبت سیگنال به نقطه برش

پیش بینی کننده یک مثبت حقیقی آنطور که با یک ارزیابی خاص تعیین می شود.

آزمایش تشخیصی هپاتیت مزمن

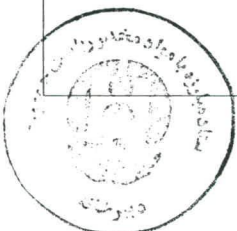
هپاتیت B مزمن: HbsAg-positive, total anti-HBc-positive و

IgM-anti-HBc-negative یا

HbsAg-positive دو بار با فاصله حداقل ۶ ماه.

هپاتیت C مزمن: anti-HCV-positive (آنطور که در بالا آمده است) و

HCV RNA-positive دو بار با فاصله حداقل ۶ ماه.



- در صورت شناسایی مورد جدید هیاتیت A در تسهیلات تادیبی باید بررسی همه گیر شناختی توسط کارکنان مرکز برای شناسایی منبع عفونت و افرادی که ممکن است در معرض آن بوده باشند صورت پذیرد (عملکرد استاندارد)

- افراد دارای تماس نزدیک با مورد شناسایی شده هیاتیت A باید در اسرع وقت پروفیلاکسی پس از مواجهه با دوز منفرد ایمونوگلوبولین (۰.۰۲ میلیلیتر به ازای کیلوگرم وزن بدن) دریافت کنند، مگر آن که بیش از ۲ هفته از آخرین مواجهه آنها گذشته باشد. (جدول ۲) (قویا توصیه می شود)

جدول ۲- بررسی تماس (contact investigation) و پروفیلاکسی در صورت شناسایی مورد مبتلا به هیاتیت A

بررسی تماس باید توسط کارکنان مرکز اقامتی و با همکاری واحد مدیریت بیماریهای دانشگاه پزشکی حوزه استقرار مرکز اقامتی صورت گیرد.

افراد زیر در صورت مواجهه با بیمار شناسایی شده در طول ۲ هفته قبل از شروع علائم باید کاندید پروفیلاکسی پس از مراجعه شوند:

- هم سلولی ها و هم خوابگاهی های فرد.
- افرادی که با او تماس جنسی داشته اند.
- سایر افرادی که بر اساس بررسی اپیدمیولوژیک با بیمار تماس نزدیک داشته اند، یا
- سایر حمل کنندگان غذا اگر بیمار حمل کننده غذا بوده باشد.

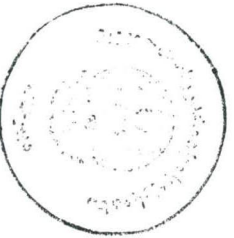
دور منفرد ایمونوگلوبولین (۰.۰۲ میلیلیتر به ازای کیلوگرم وزن بدن) باید در اسرع وقت (بیش از ۲ هفته از آخرین مواجهه) بصورت عضلانی تزریق گردد.

در مواردی که بیمار شناسایی شده در مدرسه، محل کار یا واحد اسکان موقت با سایرین تماس داشته است تخوین ایمونوگلوبولین به صورت روئین توصیه نمی شود

کارکنان جایگاه تادیبی در معرض خطر پائینی هستند و پروفیلاکسی پس از تماس برای آنها اندیکاسیون ندارد.^{۳۰}

۶- ۲۹- ۲- عفونت هیاتیت B:

پیش از مواجهه



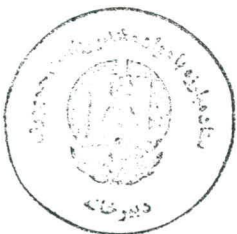
- تمام بزرگسالانی که در مراکز اقامتی درمان اجباری اختلالات مصرف مواد مورد ارزشیابی پزشکی قرار می گیرند باید واکسن هپاتیت B را دریافت نمایند، به جز کسانی که دوره کامل واکسن را دریافت کرده اند یا شواهد سرولوژیک ایمنی به بیماری را نشان میدهند.
 - صرف نظر از طول مدت اقامت یک دوره واکسیناسیون باید در تمام کسانی که هرگز واکسینه نشده اند شروع شود و در کسانی که واکسیناسیون ناقص دارند تکمیل گردد (۳۲-۳۱). (قویا توصیه می شود)
 - در جایگاههای تادیبی که مدت اقامت بیمار کمتر از ۶ ماه است می توان از دوره واکسیناسیون ۴ ماهه (۱-۴) برای ایمن سازی بر علیه هپاتیت B استفاده کرد. (توصیه می شود)
 - برحسب مدت اقامت بیمار باید بیشترین تعداد دوزهای واکسن تجویز و بیمار به جایگاههای متناسب برای تکمیل دوره واکسیناسیون ارجاع داده شود.
 - اطلاعات واکسن شامل تاریخ تجویز، دوز و نام کارخانه سازنده باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد. (عملکرد استاندارد)
 - باید پس از ترخیص کارتی به بیمار داده شود و روی آن تعداد و تاریخ دوزهای واکسن تجویز شده ثبت گردد. (عملکرد استاندارد)
 - برنامه ریزی ترخیص باید شامل ارجاع بیمار به جایگاههای مراقبت بهداشتی متناسب برای تکمیل دوره واکسیناسیون باشد. (عملکرد استاندارد)
- آزمایش قبل و بعد از واکسیناسیون
- انجام آزمایش سرولوژیک پیش از واکسیناسیون برای افراد بزرگسال ساکن جایگاههای تادیبی را می توان در نظر گرفت و ممکن است در جاهاییکه شیوع ایمنی ناشی از ابتلا قبلی یا واکسیناسیون بالای ۳۰-۲۵ درصد است هزینه-اثربخش باشد. (اندیکاسیون دارد)
 - برای آنکه بتوانیم لزوم انجام آزمایش پیش از واکسیناسیون را در ساکنان جایگاههای تادیبی مشخص نماییم ارزیابی دوره ای سرولوژیک افراد وارد شده می تواند کمک کننده باشد. (عملکرد استاندارد)
 - آزمایش anti-HBs بهترین روش برای سنجش ایمنی نسبت به عفونت HBV است زیرا می تواند ایمنی ناشی از عفونت یا القا شده توسط واکسن را اندازه می گیرد. (عملکرد استاندارد)
 - در کسانی که وضعیت های خاص دارند (برای مثال نقص ایمنی، عفونت HIV یا همودیالیز) یا در معرض خطر بالای مواجهه با HBV هستند (برای مثال شرکای جنسی افراد Hbs-Ag مثبت یا کارکنان بهداشتی) آزمایش پس از



واکسیناسیون برای anti-HBs، ۱-۲ ماه پس از تکمیل دوره واکسیناسیون توصیه می شود. افرادی که پاسخ ایمنی قابل قبول نشان ندهند باید دوباره واکسینه شوند. (قویا توصیه می شود)

۶-۲۹-۳ - پروفیلاکسی پس از تماس:

پس از هر گونه تماس پرکوتانئوس (برای مثال اشتراک سرنگ یا گاز گرفتن انسان) یا مخاطی (برای مثال جنسی) با خون، فرد واکسینه نشده باید یک دوره واکسینه شود و بررسی بیشتر از نظر وجود نیاز به تجویز پروفیلاکسی پس از تماس با HBIG باید صورت پذیرد. (قویا توصیه می شود)



۷- کارکنان و تجهیزات

۷-۱- کارکنان:

- کلیه کارکنان مرکز اقامتی باید آموزش کمکهای اولیه، مانور هایملیج و CPR را دیده باشند.
- کارکنان باید چگونگی تخلیه آسایشگاهها در مواقع اضطراری را بیاموزند و روند کار با بیماران تمرین شود.

۷-۲- تجهیزات غیر پزشکی:

- کلیه قسمتهای مرکز اقامتی از جمله خوابگاهها، راهروها، مرکز بهداشتی درمانی و ... باید دارای وسایل ایمنی از جمله: کپسول ضدحریق نصب شده در محل مناسب، دستگاه تشخیص دهنده دود (smoke detector) باشد و کلیه کارکنان آموزش لازم را در این زمینه دیده باشند بطوریکه در هر نوبت کاری افراد آموزش دیده وجود داشته باشند.
- مرکز اقامتی باید مجهز به سیستم برق اضطراری باشد.
- کلیه بخشهای مرکز اقامتی باید مجهز به سیستم حرارتی/برودتی سالم باشد (بطوریکه بتواند درجه حرارت فضاهای داخلی را بین ۲۵-۲۰ درجه نگه دارد).
- پله ها (در صورت وجود) باید دارای نرده و حفاظ باشند.

۷-۳- تجهیزات پزشکی:

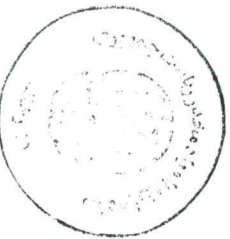
- کلیه تجهیزات پزشکی باید در شرایط مناسب نگه داشته شوند.
- سالم بودن تجهیزات اورژانس باید روزانه توسط پرستار نوبت کاری شب کنترل شود.

۷-۴- تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی:

- مرکز بهداشتی، درمانی باید مجهز به توالی احیاء کامل باشد.
- مرکز بهداشتی، درمانی مستقر در اقامتگاه باید مجهز به دستگاه الکتروکاردیوگرام (ECG) سالم و کالیبره باشد.



- مرکز بهداشتی، درمانی اقامتگاه باید مجهز به دستگاه الکتروشوک (DC Shock) استاندارد مطابق دستورالعملهای وزارت بهداشت باشد.
- اتاق احیاء باید مجهز به ترالی احیاء، تخت احیاء و سایر تجهیزات براساس استانداردهای وزارت بهداشت باشد.
- اتاق تحت نظر باید مجهز به یک تخت معاینه و ۳ تخت بستری، قفسه داروهای ضروری و سایر تجهیزات براساس استانداردهای وزارت بهداشت باشد.
- اتاق تزریقات و پانسمان باید دارای تخت معاینه، پاراوان، چراغ پایه دار و سایر تجهیزات مورد نیاز براساس استانداردهای وزارت بهداشت باشد.
- تجهیزات ست پانسمان متناسب با ظرفیت مرکز اقامتی باید تأمین شود.
- ستهای پانسمان باید دارای شان سالم، test tape باشد و تاریخ استریلیزاسیون ستها برای آنها درج شده باشد.
- مرکز بهداشتی، درمانی اقامتگاه بهتر است مجهز به اتوکلاو باشد.
- کلیه اتاقهای معاینه پزشکان باید مجهز به تخت معاینه، ست معاینه (درجه، گوشی، فشارسنج) و پاراوان باشد.
- ایستگاه پرستاری باید مجهز به ست معاینه (درجه، گوشی و فشارسنج) به تعداد کافی باشد.
- مرکز باید مجهز به تجهیزات حمل و نقل بیماران (برانکار و صندلی چرخدار) سالم باشد



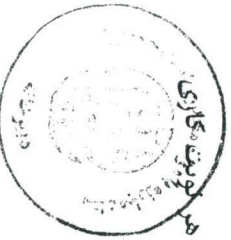
- باید فضای مناسب و تعداد کافی صندلی قابل شستشو و سالم در سالن انتظار مرکز بهداشتی، درمانی مرکز اقامتی تأمین گردد.

۸-۲- فضایی فیزیکی اقامتگاه و سایر بخشها:

- مرکز اقامتی باید مجهز به اتاق ایزوله باشد. مساحت، خصوصیات و اندیکسبوزهای استفاده از اتاق ایزوله باید مطابق دستورالعمل نحوه مواجهه با خشنونت در اقامتگاهها صورت گیرد.
- در آسایشگاه مساحت مورد نیاز به ازای هر تخت ۵ متر مربع منظور گردد.
- ساختمان باید دارای حیاط مناسب و متناسب با ظرفیت مرکز باشد.
- علاوه بر آسایشگاه ها باید در هر مرکز اقامتی فضایی متناسب با ظرفیت مرکز به نمازخانه، کتابخانه و سالن ورزشی اختصاص داده شود.
- نمازخانه باید مطابق با آیین نامه مقررات بهداشتی مساجد باشد.
- آسایشگاهها باید مجهز به تلوزیون باشد و قوانینی برای استفاده از آن توسط واحد کاردرمانی تدوین شود.
- در صورتیکه تأمین تلوزیون برای تمام آسایشگاهها مقدور نباشد یک سالن تلوزیون باید برای مرکز در نظر گرفته شود.
- به ازای هر ۲۵ نفر ظرفیت آسایشگاه یک توالت و یک دستشویی باید تأمین شود.
- به ازای هر ۴۰ نفر ظرفیت آسایشگاه باید یک عدد حمام بهداشتی تأمین شود.

۸-۲- ایمنی :

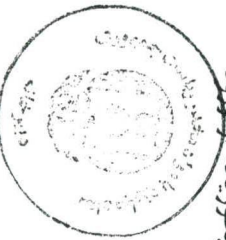
- سرپرست مرکز بهداشتی درمانی در هر نوبت کاری در تمام ۲۴ ساعت روز باید به تلفن برای فوریتهای دسترسی داشته باشد.
- لیست شماره تلفنهای اضطراری در کنار تلفن نوشته شود.
- کلیه قسمتهای مرکز اقامتی از جمله خوابگاهها، راهروها، مرکز بهداشتی درمانی و ... باید دارای وسایل ایمنی از جمله: کپسول ضدحریق نصب شده در محل مناسب، دستگاه تشخیص دهنده دود (smoke detector) باشد و کلیه کارکنان آموزش لازم را در این زمینه دیده باشند بطوریکه در هر لحظه بگزارای افراد آموزش دیده وجود داشته باشند.



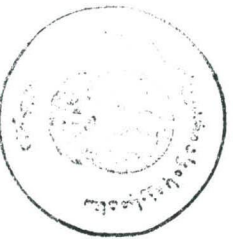
- مرکز اقامتی باید مجهز به سیستم برق اضطراری باشد.
- خدومه مسئول شستشوی وسایل باید از وسایل محافظتی (دستکش، ماسک، عینک محافظ) استفاده کنند.
- پرسنل بخش تزیینات و پانسمان باید نکات ایمنی و بهداشتی را در رابطه با نحوه مواجهه با خون و ترشحات بیماران رعایت کنند.
- پوسترهای آموزشی درباره خطرات مصرف تزریقی مواد مخدر در محل دید خدمت گیرندگان نصب شود.
- برای موارد اضطراری باید درهای اضطراری پیش بینی و تعیینه گردد.
- برای جلوگیری از حریق و انفجار و سایر خطرات احتمالی باید پیش بینی های لازم باتوجه به حجم کار و نوع فعالیت و ظرفیت آسایشگاه بعمل آید.
- کلیه سیم کشی های برق و نصب دستگاههای برقی باید با رعایت کامل اصول ایمنی و حفاظتی صورت گرفته و همواره سالم و بدون خطر باشد.

۸-۳- بهداشت محیط:

- ساختمان مرکز بهداشتی درمانی، خوابگاهها و سایر بخشها و کلیه شرایط تهویه، نور، سیستمهای حرارتی و برودتی باید منطبق با اصول بهداشتی بوده و به تأیید دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی حوزه استقرار مرکز رسیده باشد.
- کف مرکز بهداشتی درمانی باید دارای کف شور به تعداد مورد نیاز، مجهز به شتر گلو بوده و نصب توری ریز روی آن الزامی است.
- کف و دیوارهای مرکز باید از جنس مقاوم، قابل شستشو و بدون درز و شکاف باشد.
- سقف مرکز باید رنگ آمیزی شده و بدون درز و شکاف باشد.
- درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون ترک خوردگی و شکستگی و زنگ زدگی و قابل شستشو بوده و همیشه تمیز باشد.
- پنجره های باز شو باید مجهز به توری سالم و مناسب باشد به نحوی که از ورود حشرات بداخل هر یک از قسمتهای آسایشگاه جلوگیری نماید و پنجره ها حتی الامکان به صورت کشویی باز شوند.
- درهای مشرف به فضای باز باید مجهز به توری سالم و مناسب و همچنین فنردار باشد بطوریکه از ورود حشرات و چونندگان و سایر حیوانات جلوگیری نماید.
- فضاهای داخلی باید تهویه مناسب داشته باشند.



- کلیه فضاهای مرکز اقامتی باید دارای نور کافی باشد.
- کلیه تختها باید از جنس مقاوم در برابر رنگ زدن و قابل شستشو باشد.
- دستورالعمل ممنوعیت مصرف دخانیات در مرکز بهداشتی، درمانی در معرض دید نصب گردد.
- هر مرکز اقامت باید دارای یک واحد مدیریت خدمات غذایی باشد.
- واحد مدیریت خدمات غذایی مسول نظارت بر تهیه و توزیع غذا، بهداشت فضای آشپزخانه و سالنهای غذاخوری است.
- کلیه اتاقهای آسایشگاه باید سالم، قابل شستشو و غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی و به رنگ روشن باشد.
- سرویسهای بهداشتی (توالت، حمام و دستشویی) علاوه بر رعایت مشخصات بالا باید کف و دیوارهای قابل شستشو داشته باشند.
- باید به ازای هر دستگاه توالت یک واحد دستشویی وجود داشته باشد.
- دستشویی ها باید مجهز به صابون (ترجیحاً صابون مایع) بوده و وجود زباله دان درب دار بهداشتی در کنار دستشویی الزامی است.
- توالت باید دارای کاسه سالم و بدون ترک خوردگی به رنگ روشن، فلاش تانک سالم و کارا باشد.
- توالت و دستشویی باید مجهز به شیر آب گرم و سرد سالم باشند.
- برای کارکنان باید توالت و دستشویی با شرایط بهداشتی به تعداد مورد نیاز وجود داشته باشد.
- قفل توالت و حمام خوابگاهها باید با کلید مخصوص از بیرون قابل باز شدن باشد.
- هر یک از بیماران باید دارای یک کمد کوچک جهت نگهداری لوازم شخصی خود باشند.
- تختخوابها باید سالم، رنگ آمیزی شده و استاندارد باشند. (تختخوابهای استیل نیاز به رنگ آمیزی ندارند).
- استفاده از لحاف، پتو، تشک و بالش کتیف مندرس بدون ملحفه ممنوع است.
- استفاده از تختخوابهایی که دارای پارگی و یا گودرفکگی فتر باشد و ایجاد سروصدای غیرطبیعی کند ممنوع است.
- کلیه وسایل بیمار شامل ملحفه ها، تشک، پتو، بالش و روتختی باید بطور تعویض گردد به نحویکه پیوسته سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشد.
- اتاقها و کلیه وسایل موجود در آن باید روزانه نظافت گردد.



- کف کلبه اتاقها و راهروها با بستی بطور مرتب در هر نوبت کاری نظافت و سپس با تی آغشته به محلول مناسب ضد عفونی گردد.

- نظارت کارشناس بهداشت محیط دانشگاه که بطور منظم مسائل بهداشت محیط را چک نماید ضروری است.

- کلبه دستورالعملهای بهداشت محیطی ابلاغی از طرف وزارت بهداشت لازم الاجرا است.
- مقررات بهداشتی برای کنترل عفونت در محیط مرکز اقامتی الزامی است:

الف) مسوولیت نظارت بر برنامه های کنترل عفونت از جمله عملکرد صحیح تجهیزات استریل کننده، آموزشهای منظم و دوره ای پرسنل و عملکرد صحیح آن بر عهده معاونت بهداشتی دانشگاه است.

ب) مراکز اقامتی بایستی وسایل محافظت شخصی (personal protective equipment) متناسب با بخش مربوطه فراهم نمایند.

ج) کلبه کارکنان بخش خدمات مرکز اقامتی باید بر علیه هیاتیت B واکسینه شوند.

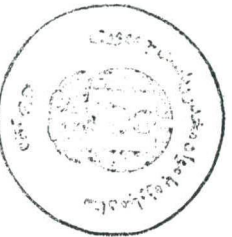
- مقررات بهداشتی که باید در مراکز اقامتی رعایت شود عبارتند از:

الف) درب اصلی مرکز باید در محلی قابل دسترس برای تردد وسایل نقلیه شامل آمبولانس، ماشین های آتش نشانی و...، و دور از هر نوع مراکز مزاحم و آلوده کننده باشد.

ب) آب مرکز اقامتی باید از شبکه های عمومی آب آشامیدنی تامین شده یا دارای شبکه آب خصوصی با رعایت استانداردهای آب آشامیدنی کشور باشد و همچنین دارای منبع ذخیره آب به میزان کافی باشد و کترلهای بهداشتی در مورد مخازن ذخیره آب صورت گیرد.

ج) سیستم جمع آوری فاضلاب باید سیستمی باشد که سطوح، خاک، آبهای سطحی و آبهای زیرزمینی را آلوده نکند. بند پایان و جوندگان به آن دسترسی نداشته باشند و بدمنظره نباشد با اولویت روشهای زیر:

۱) چنانچه شهرداری دارای سیستم دفع فاضلاب در حال بهره برداری و کارآمد باشد دفع فاضلاب همانند مشترکین فاضلاب عادی خواهد بود.



۲) در جاهاییکه دارای شبکه جمع آوری فاضلاب بوده و فاقد تصفیه خانه باشد اتصال فاضلاب مرکز به شبکه پس از استفاده از سپتیک تانک و ضد عفونی کامل پساب بلامانع است.

۳) در صورت عدم وجود سیستم شبکه فاضلاب در منطقه، سیستم کامل تصفیه فاضلاب مرکز الزامی است.

۴) هدایت و تخلیه هرگونه فاضلاب و پساب تصفیه نشده مرکز اقامتی به معابر، جوی و انهار عمومی اکیداً ممنوع است.

۸-۳-۱- روش جمع آوری زباله های خطرناک (عفونی):

۱- زباله های عفونی باید در مبداء تولید از زباله های معمولی تفکیک شده و در کیسه های زرد رنگ مقاوم ضدنشست جمع آوری و در مخزن زرد رنگ قابل شستشو و ضد عفونی نگهداری گردد و پس از جمع آوری بایستی به صورت غیرسوز (مطابق دستورالعملهای وزارت بهداشت) به زباله های بیخطر تبدیل شود و در حمل و نقل آن ضوابط بهداشتی رعایت شود.

۲- کلیه سرنگهای استفاده شده و زباله های تیز و برنده در قسمتهای مرتبط با بیماران بایستی طبق دستورالعملهای وزارت بهداشت در ظروف استاندارد (safety box) جمع آوری و بنحو مقتضی امحاء گردد.

۳- زباله های معمولی (عادی) بیمارستان در کیسه زباله مشکی، مقاوم و ضدنشست جمع آوری و در مخزن آبی رنگ قابل شستشو و ضد عفونی نگهداری گردد.

۴- به تعداد کافی مخزن زباله با رنگ و حجم مناسب سالم- درب دار پدالی در بخشهای مختلف قرار داده شود و به طور مرتب زباله ها تخلیه و زباله دان ها شستشو گردد.

۵- هنگامیکه سه چهارم ظروف و کیسه های زباله پر شد باید در آنها بسته و به محل نگهداری موقت حمل زباله منتقل گردد.

۶- در صورت استفاده از ترالی چرخدار یا ظروف چرخدار برای جمع آوری زباله قسمتهای مختلف، نباید از ترالی مخصوص حمل زباله برای سایر مقاصد استفاده شود.

۷- محل نگهداری موقت زباله ها دارای اتاق با فضای مناسب با حجم زباله های تولید شده، درب دار، مسقف با شرایط بهداشتی از جمله:



کف و دیوارهای قابل شستشو، بدون نشست و نفوذناپذیر، دارای شیب مناسب به طرف کفشوی، وصل پساب به سیستم تصفیه بیولوژیکی فاضلاب یا چاه جاذب، داری شیر آب سرد و گرم، غیرقابل نفوذ برای حشرات و حیوانات، جهت نگهداری انواع زباله قسمت بندی و علامت گذاری شده باشد، از آتشزنخانه و خوابگاهها دور باشد و دارای تهویه مناسب باشد، مجهز به سیستم خنک کننده و قفل باشد. وسیله جمع آوری زباله ها به راحتی به محل ذخیره دسترسی داشته باشد.

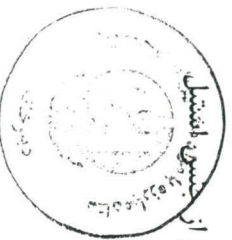
۸- بر اساس ماده ۷ قانون مدیریت پسماندها مدیریت اجرایی پسماندهای ویژه (پزشکی) برعهده تولیدکننده است. درخصوص روش امحاء پسماندهای عفونی مطالعات زیادی توسط وزارت بهداشت بعمل آمده و در نهایت سیستم "بیخطر سازی پسماندهای تولید شده در مبدأ تولید با روشها و فن آوریهای غیر سوز" (مانند کاربرد سیستمهایی با فناوری تصفیه حرارتی مرطوب و خشک مجهز به خردکن نظیر انوکلاو و یا پرتوهای ماکروویو و ...) توسط وزارت بهداشت اتخاذ شده است. این تصمیم با توجه به خطرات و عوارض ناشی از زباله سوزها که در برخی موارد حتی در زباله سوزهای با تکنولوژی بالا نیز قابل احتراز نیست گرفته شده است و لازم است مراکز درمانی سیستمهای زباله سوز موجود از هر نوع (سوزگر یا غیرسوزگر) را متوقف و سیستمهای غیرسوز را جایگزین کنند.

۸-۳-۲- رخشویخانه:

- رخشویخانه مرکز اقامتی باید دارای تهویه و نور مناسب بوده و از فضای کافی برخوردار باشد.
 - تفکیک البسه آلوده، شستشو با ماشین لباس شویی مناسب، ضدعفونی به نحو مقتضی اعمال گردد.
 - کف و دیوارها قابل شستشو باشد و از سیستم فاضلاب مناسب استفاده گردد.
 - محل رخشویخانه، تاسیسات و تجهیزات، خشک کنی و توزیع البسه و ملحفه برابر دستورالعملهای مربوطه باشد.
 - البسه آغشته به مواد دفعی باید بصورت جداگانه جمع آوری، بطرز بهداشتی ضدعفونی و شستشو شود.
 - ظروف مورد استفاده باید دارای شرایط ذیل باشد.
- الف) ظروف غذایی باید برای هر بیمار اختصاصی باشد وسایر بیماران نباید از آن ظروف استفاده نمایند.

ب) به دلیل خطرات احتمالی ظروف غذا نباید قابل شکستن باشد. استفاده از سینی های ۳ قسمتی از جنس آلومینیل

توصیه می شود.



ج) ظروف فلزی که برای تهیه و نگهداری و مصرف مواد غذایی بکار میروند باید سالم، صاف و بدون زنگ زدگی باشد.

د) وسایل و ظروف غذا باید پس از هر بار مصرف شسته تمیز و بر حسب ضرورت ضد عفونی گردیده و در و بهترین یا گنجه مخصوص نگهداری شود.

• در صورت وجود مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی (از قبیل نانوايي، قصابي و ...) در مرکز اقامتی باید شرایط آنها مطابق آیین نامه های اجرائی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آریبسی و بهداشتی باشد.

• کلیه کارکنان آشپزخانه و رانندگان ماشینهای حمل غذا موظفند کارت معاینه پزشکی معتبر درمحل کار خود داشته و هنگام مراجعه بازرسین بهداشت محیط ارائه نمایند.

• کارت معاینه پزشکی منحصر از طرف مرکز بهداشت شهرستان یا مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر خواهد شد. مدت اعتبار کارت فوق برای آشنیزان و افرادی که با فراوری مواد غذایی سروکار دارند ۶ ماه است.

۸-۳-۳- پیشگیری از بیماریهای واگیر:

- شستن دستها

توصیه هایی در مورد محیط:

لازم است محیط عمومی تسهیلات اقامتگاهی دارای ویژگیهای زیر باشد:

- یوبسترهایی در معرض دید عموم نصب شود که بیماران را به شستن مکرر دستها ترغیب نماید.
- بالای تمام دستشویی ها یوبسترهایی نصب شود که طریقه صحیح شستن دستها را نشان میدهد.
- دستشویی ها باید به سهولت در دسترس کارکنان و بیماران باشد.
- دستشویی ها باید سالم باشند، آب سرد و گرم داشته باشند و تخلیه فاضلاب آنها درست کار کند.

- جصابونی ها باید دارای صابون بوده و به خوبی کار کند.

- حوله شخصی در دسترس باشد.



توصیه هایی به کارکنان

کارکنان باید:

- سرمشق و مشوقی برای رعایت بهداشت دستها باشند.
- دستهایشان را بلافاصله بعد از استفاده از توالت بشویند.
- قبل از سرو، تهیه، و یا خوردن غذا دستهایشان را بشویند.
- دستهایشان را قبل و بعد از هر کمکی به مشتریان بشویند (مانند کمک در حفظ تعادل، هنگام حرکت و نیازهای بهداشتی و یا سلامتی).
- دستهای خود را بعد از دست زدن به لباسهای نشسته و یا رختخوابهای ساکنین بشویند.
- زمانی که می خواهند به رخت های نشسته خشک ساکنین دست بزنند بهتر است برای کاهش خطر سرایت از دستکش و پیش بند استفاده کنند.
- زمانی که به وسایل شخصی ساکنین دست می زنند باید برای کاهش خطر سرایت باکتری، ویروس، شپش و کاهش خطر عفونت ناشی از فرو رفتن سوزن های استفاده شده در بدن از دستکش استفاده کنند.

توصیه های عملکردی:

برای حفظ بهداشت، اعضاء و کارمندان را تشویق کنید که در هنگام ورود به اقامتگاه دستهای خود را بشویند. این عمل به طرز مؤثری از ورود میکروب به اقامتگاه ها جلوگیری می کند. در ورودی اقامتگاهها ساختن مکانی برای ضدعفونی کردن دستها به وسیله الکل می تواند کارکنان را به این کار تشویق نماید.

- حوله های استفاده شده پارچه ای را دوباره استفاده نکنید.

- به کارکنانی که غذا را تهیه و سرو می کنند آموزش دهید که دستهای خود را در ابتدای کار بشویند.

- مطمئن شوید که مرکز اقامتگاهی شما دارای سیاست کنترل بیماری های منتقل شونده از راه خون است، ۴، ۵.



۸-۴ - احتیاط‌های استاندارد برای تمیز کردن خون / مایعهای بدنی:

۱. از پوششهای محافظ استفاده کنید. اگر امکان دارد که خون یا مایع بدنی بپاشد یا ترشح کند از پوشش محافظت کننده چشمها (عینک‌های ایمنی پلاستیکی) استفاده کنید. دستکش لاتکس دست کنید. اگر ممکن است لباسهای شما آلوده شود، (مثل وقتی که به لباسهای کثیف دست می‌زنید) گان (روپوش) محافظت کننده بپوشید. افراد را از محل آلوده شده دور نگه دارید.
۲. یک سطل یا ظرف مخصوص اسپری کردن، محلول بلیچ، حوله کاغذی یا تی اسفنجی برای تمیزی زمین و بقیه قسمت‌ها استفاده کنید. اگر محیط بزرگ است یک فنجان بلیچ را در یک گالن آب سرد (آب داغ محلول بلیچ را از بین می‌برد) مخلوط کنید. این محلول را روی محل آلوده اسپری کنید. اگر محیطی که تمیز می‌کنید کوچک است، شما می‌توانید محلول بلیچ را در یک لیتر آب سرد مخلوط کرده و در بطری اسپری دار بریزید. یک قاشق چای خوری محلول بلیچ را در یک لیتر آب مخلوط کنید. این محلول بایستی بعد از بیست و چهار ساعت دور ریخته شود. توصیه می‌شود که در موارد نیاز محلول تازه تهیه و استفاده شود.
۳. بیشتر ماده و محلول بلیچ را به وسیله حوله‌های کاغذی تمیز کنید. اگر حجم بالایی از مایع یا استفراغ وجود داشته باشد از اسفنج برای جمع کردن آن استفاده کنید. حوله‌ها و اسفنجهای آلوده را در داخل کیسه زباله پلاستیکی قرار دهید.
۴. اگر از تی اسفنجی استفاده می‌کنید، پس از تمیز کردن سطح آلوده آن را در داخل محلول بلیچ فرو برید و اجازه دهید تا خشک شود. مایع باقی مانده را داخل فاضلاب و یا توالت خالی کنید، برای این منظور نباید از ظرفشویی مخصوص تهیه غذا استفاده نکنید.
۵. آشغالهای جامد (مانند: لباسها، رختخوابها، حوله‌ها و یا بانداژها) را جمع‌آوری کرده و در سطل آشغال قرار دهید. اگر کار نظافت را به پایان بردید پوششهای محافظ و دستکش‌ها را درآورید و آنها را در سطل آشغال قرار دهید. کیسه‌های زباله را گره بزنید و آنها را در سطل‌های آشغال روزانه قرار دهید. فقط حجمهای بالای خون یا مایعات بدنی احتیاج به دفع زباله در کیسه‌های مخصوص بیوه‌آزارد (biohazard) دارد. انتقال و دفع زباله‌ها باید براساس دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص دفع زباله‌های تسهیلات بهداشتی درمانی صورت پذیرد.



۶. دستهای خود را به طور کامل بشوئید. وسایل نظافت را به محل مخصوص آن بازگردانید. اگر در تماس قابل توجهی با خون یا مایعات بدنی پیدا کردید (نظیر فرورفتن تصادفی سوزن به داخل دست، تماس مایعات با سطوح مخاطی یا زخمهای پوستی) فوراً موضوع را به سرپرست اطلاع دهید.



۹- پایش و ارزشیابی

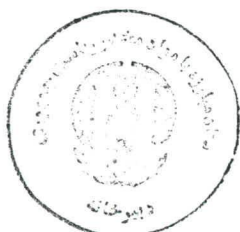
به عنوان یک مداخله تضمین کیفیت، برنامه ریزی مراقبت باید موضوع پایش و ارزشیابی در سطح ارائه خدمات باشد. برنامه های مراقبت برای پایش خدمات مفید است زیرا آنها امکان بررسی شاخص های مرتبط با عملکرد بالینی را فراهم می کند. برآیندهای درمان می تواند به عنوان بخشی از فرآیند نظارت مورد ارزیابی قرار گیرد.

۹-۱- پایش برنامه ریزی مراقبت :

با استفاده از چک لیست خدمات مرکز اقامتی درمان می توان حوزه هایی را که نیاز به کار بیشتر دارند شناسایی نمود. در صورت یافتن مشکل در یکی از حوزه های تأمین خدمات باید علل احتمالی مشکل مورد بررسی قرار گیرد. متعاقب شناسایی علل احتمالی مشکل باید اقدامات مناسب به منظور رفع آن به عمل آید. این اقدامات مواردی همچون ارتقاء میزان هماهنگی میان مرکز اقامتی و سایر مراکز و نهادهای مداخله کننده در درمان، بازبینی و اصلاح فرآیندها و تأمین آموزش و حمایت برای کارکنان را دربرمی گیرد.

برنامه ریزی مراقبت تصویری روشن از روند ارائه خدمات به هر بیمار در اختیار ما می گذارد. پایش برنامه مراقبت می تواند شامل موارد زیر باشد:

- نیازها و اهداف بیمار را شناسایی نمایید؛
- دامنه ای از مداخلات که برای رسیدن به این اهداف و پاسخ به این نیازها لازم است مشخص کنید؛
- تعیین کنید به چه میزان خدمات مشتری مدار است، بیماران را در مراقبت دخیل می کند و به نیازهای آنها پاسخگو است؛
- نهادهای دخیل در درمان بیمار را معین کنید؛
- برای رسیدن به درک عمیق تر از مسیر درمان بیمار و دلایل ماندن یا خروج از درمان تلاش کنید؛
- شکاف های موجود در ارتباط و همکاری میان افراد و نهادهای دخیل در درمان را شناسایی کنید؛
- راهنمایی برای گسترش خدمات تدوین کنید؛
- میزان آموزش دیده شده توسط کارکنان تیم درمانگر را بررسی کنید؛
- کیفیت فرآیند برنامه ریزی مراقبت به صورت اشتراکی با کارکنان مرکز بررسی کنید.



۹-۲- ارزشیابی برآیندها:

پایش پیشرفت بیماران در دستیابی به اهداف در چهار حوزه کلیدی در اندازه گیری برآیندهای درمان مهم خواهد بود. باید میزان پیشرفت بیماران در چهار حوزه کلیدی (مصرف مواد، سلامت جسمانی و روانشناختی، کارکرد اجتماعی و اقدامات جنایی) با استفاده از یک ابزار استاندارد (نظیر پروفایل اعتیاد مادزلی ۲ [MAP] یا پرسشنامه سیمای برآیند درمان [TOP]) سنجیده شود. در بیمارانی که از اختلالات روانپزشکی همراه رنج می برند تغییرات حوزه کارکرد روانشناختی با استفاده از ابزارهای اختصاصی نظیر پرسشنامه افسردگی بک سنجیده می شود.

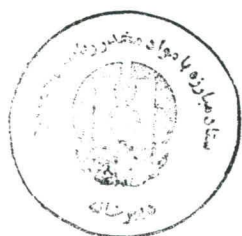
پایش برآیندها امکان اندازه گیری عینی پیشرفت در یک حوزه را میسر می کند و امکان مقایسه را در طول زمان فراهم می نماید. مقیاسهای پروفایل اعتیاد مادزلی (MAP) کارکرد بیمار را در تمام چهار حوزه مورد مداخله در برنامه مراقبت ارزیابی می کند.

پرسشنامه MAP باید در ابتدای درمان، هنگام ترخیص و سپس به صورت دوره ای مطابق "پروتکل درمان با داروهای آگونیست" برای بیماران تکمیل شود. این پرسشنامه باید توسط پزشک یا روانشناس مرکز پر شود. زمان تقریبی برای تکمیل آن ۱۵-۱۲ دقیقه است.



بخش دهم

(پیوست ها)



پیوست ۱

الگوریتم یک

ارجاع از مراجع قضایی

پذیرش

آیا بیمار هوشیار است و توانایی پاسخ به سئوالات را دارد؟

خیر

بلی

پزشک عمومی

- ثبت علائم حیاتی
 - ارزیابی وضعیت هوشیاری با استفاده از پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)
 - مستند ساختن وضعیت جسمی بیمار
- آیا بیمار علائم مسمومیت با ترکیبات اپیوئیدی را دارد؟

بلی

خیر

الگوریتم ۲

احیا بیمار
تحت نظر گرفتن
ارزیابی مجدد بعد از ۲ ساعت

ارزیابی از نظر سایر علل
کاهش هوشیاری (انسفالوپاتی
متابولیک، ضربه به سر، ...)

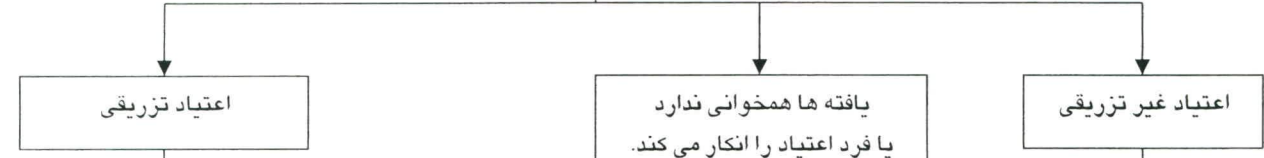
الگوریتم ۲



پذیرش
فرد هوشیار است و توانایی پاسخ به سوالات را دارد.

آزمایشگاه: تست سریع ادراری

پرستار:
آیا فرد اعتیاد تزریقی دارد؟



اعتیاد تزریقی

یافته ها همخوانی ندارد
یا فرد اعتیاد را انکار می کند.

اعتیاد غیر تزریقی

پزشک:
آیا بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی شدید است؟

درخواست آزمایش تاییدی

بلی

خیر

مثبت

منفی

روانپزشک

- بررسی تاییدی
- ارجاع موارد مبتلا به اختلالات ماژور روانپزشکی

پزشک
آیا بیمار مبتلا به اختلال جسمی شدید است؟

خروج از برنامه

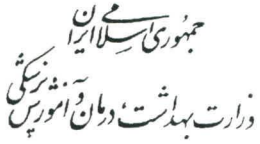
بلی

خیر

ارجاع

الگوریتم ۳

الگوریتم ۴



فرد دارای اعتیاد تزریقی که اختلالات روانی و/یا جسمانی شدید ندارد.

مددکاری

آیا فرد دارای خانواده‌یی که مراقبت او را بپذیرند، هست؟

بلی

اخذ ضمانت از خانوادۀ/فرد پذیرنده مسئولیت ارجاع و تعیین محل درمان فرد در مراکز موجود در جامعه

خیر

سن فرد چقدر است؟

بالای ۶۵

آزادی مشروط به درمان با ضمانت خانوادۀ/فرد پذیرنده مسئولیت ارجاع؛ تعیین محل درمان فرد در مراکز موجود در جامعه و ارجاع؛ افرادی که دارای شغل هستند می توانند با ضمانت کارفرما مشروط به درمان آزاد شوند. افرادی که تمایل به درمان در کمپهای گروههای خودیار دارند، می توانند با ضمانت مرکز درمانی مشروط به درمان آزاد شوند.

۲۳-۵۵

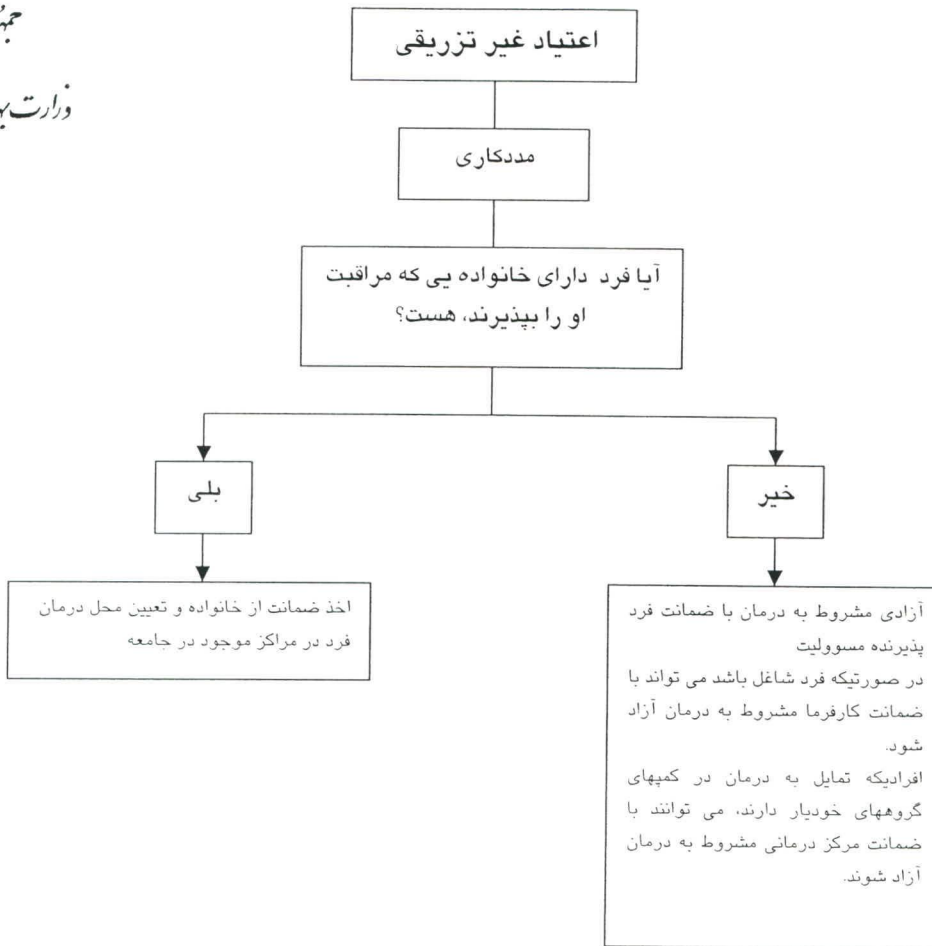
آزادی مشروط به درمان با ضمانت خانوادۀ/فرد پذیرنده مسئولیت ارجاع در نوبت اول و دوم بستگی؛ تعیین محل درمان فرد در مراکز موجود در جامعه و ارجاع؛ افرادی که دارای شغل هستند می توانند با ضمانت کارفرما مشروط به درمان آزاد شوند. افرادی که تمایل به درمان در کمپهای گروههای خودیار دارند، می توانند با ضمانت مرکز درمانی مشروط به درمان آزاد شوند.

۱۸-۲۳

آزادی مشروط به درمان با ضمانت خانوادۀ/فرد پذیرنده مسئولیت ارجاع؛ تعیین محل درمان فرد در مراکز موجود در جامعه و ارجاع؛ افرادی که دارای شغل هستند می توانند با ضمانت کارفرما مشروط به درمان آزاد شوند. افرادی که تمایل به درمان در کمپهای گروههای خودیار دارند، می توانند با ضمانت مرکز درمانی مشروط به درمان آزاد شوند.

زیر ۱۷

آزادی مشروط به درمان با ضمانت خانوادۀ/فرد پذیرنده مسئولیت ارجاع؛ تعیین محل درمان فرد در مراکز موجود در جامعه و ارجاع؛





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی

۳-۲ پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)^۱

نام بیمار:	شماره پرونده:	تاریخ:	حداکثر امتیاز
جهت یابی			
۱. الان در چه سالی، فصلی، ماهی، تاریخی و روز هفته ای هستیم؟			۵
۲. الان در چه کشوری، استانی، شهری، ساختمانی و طبقه ای هستید؟			۵
۳. ثبت (به ازای هر پاسخ درست یک نمره بدهید)			۲
سه شی را نام ببرید و از بیمار بخواهید آنها را تکرار کند. در صورت نیاز سه شیء مورد نظر را چند بار تکرار کنید تا بیمار بتواند برستی آنها را تکرار کند. (دفعات آزمایش ثبت شود.....)			
۴. توجه و محاسبه			۵
بطور متوالی عدد ۷ را از ۱۰۰ کم کنید تا به ۶۵ برسید. حداکثر نمره=۵ (در افراد کم سواد کسر عدد ۳ از ۲۰ تا رسیدن به عدد ۵ یا شلرش روزهای هفته بصورت معکوس می تواند جایگزین آزمون بالا شود.)			
۵. یادآوری			۲
از بیمار بخواهید سه شی ای را که در آزمون ثبت تکرار نمود مجدداً به یاد آورد. به ازای هر شیئی که بیمار بخاطر می آورد یک نمره بدهید.			
۶. نامیدن			۲
۲ شی را به بیمار نشان دهید (برای مثال یک خودکار، یک ساعت) و از او بخواهید نام آنها را بگوید. به ازای هر پاسخ صحیح یک نمره بدهید.			
۷. تکرار			۱
از بیمار بخواهید عبارت " بدون اگرها و یا اماها" را تکرار کنید. در صورت تکرار صحیح یک امتیاز بدهید.			
۸. ادراک			۲
از بیمار بخواهید یک دستور ۳ مرحله ای را اجرا کند. کافنی را که روی میز است بردارد، آن را از نیمه تا کند و روی زمین بگذارد. برای انجام هر مرحله یک امتیاز بدهید=۳ امتیاز			
۹. خواندن			۱
روى یک کاغذ دستور "چشمانتان را ببندید" را بنویسید و از بیمار بخواهید آن را انجام دهد.=۱ امتیاز			
۱۰. نوشتن			۱
از بیمار بخواهید یک جمله بنویسید. در صورت نوشتن یک جمله صحیح دارای فاعل، فعل و مفعول یک امتیاز بدهید.			
۱۱. ساخت			۱
از بیمار بخواهید شکل زیر را کپی کند.			

حداکثر امتیاز کل	۳۰
امتیاز کل	



پیوست ۵

پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE) در اواسط دهه هفتاد میلادی به منظور ارزیابی بالینی طیف وسیعی از کارکردهای شناختی شامل جهت یابی، توجه، حافظه، ساخت و زبان ساخته شده است.^۱ این پرسشنامه می تواند در کمتر از ۱۰ دقیقه توسط پزشک یا تکنسین آموزش دیده انجام پذیرد. این پرسشنامه وسیعاً مورد مطالعه قرار گرفته و قابلیت اعتماد (reliability) بسیار بالایی نشان داده است. این پرسشنامه اعتبار (validity) خوبی در مطالعات وسیعی از اندازه گیریهای جامعتر کارکرد روانی و آسیب شناختی بالینی نشان میدهد. یک استفاده شایع از این آزمون غربالگری برای اختلالات شناختی در مطب، تحقیقات همه گیری شناختی و تحقیقات بالینی است. به این منظور نقطه برش ۲۴ برای شناسایی موارد اختلال شناختی پیشنهاد می شود. استفاده اصلی دیگر ارزیابی وضعیت شناختی در طول زمان و مقایسه تغییرات وضعیت شناختی است. به عنوان قاعده، نمره بین ۲۴-۲۰ نشان دهنده اختلال شناختی خفیف، نمره بین ۱۹-۱۱ نشان دهنده اختلال شناختی متوسط و نمره بین ۱۰-۰ نشان دهنده اختلال شناختی شدید است. افرادی که تحصیلات بالاتری دارند تمایل دارند نمرات بالاتری در این آزمون نشان دهند.^۲



جدول ۱- چک لیست خدمات مرکز اقامتی درمان اجباری

ملاحظات	در صورت انجام تیک بزنید			اجزاء	حوزه های ارزیابی	شماره
	انجام نشده	تا حدودی	کاملا			
				احراز هویت بیماران	هویت بیماران	۱
				مطابقت هویت با عکس بیماران		
				سابقه مصرف ترکیبات افیونی	ارزیابی مصرف مواد	۲
				سابقه مصرف سایر مواد (محرکها، ضد اضطرابها، ...)	ارزیابی مصرف سایر مواد	۳
				اشتراک و سایل تزریق آموزش	رفتارهای پرخطر	۴
				رفتارهای جنسی آموزش شرکا		
				اسیب به خود	مشکلات روانشناختی	۵
				اختلالات روانپزشکی همراه شدید		
				سابقه درمانهای روانپزشکی	مشکلات جسمانی	۶
				بیماریها پوستی (گال، شپش ...)		
				تغذیه، بهداشت فردی		
				آبسه		
				ناتوانی جسمانی شدید		
				آوردوز/سابقه آوردوز		
				سل		
				هیپاتیت		
				غربالگری آچ آی وی /ایدز		
				مشاوره پیشگیرانه سلامت دهان و دندان روابط با خانواده		
				خشونت خانگی	کارکرد اجتماعی	۷
				همسر یا شریک جنسی		
				اسکان ناپایداری وضعیت اسکان		
				شغل		
				مشکلات مالی	مشکلات قانونی	۸
				سابقه بازداشت		
				سابقه زندان		
				سابقه محکومیتهای دیگر به جز زندان		
				شرکت در جرائم خشن		



	حوزه های برنامه ریزی مراقبت	اجزاء	در صورت انجام تیک بزید		
			کاملاً	تا حدودی	انجام نشده
۹	هویت تیم درمانگر	افراد دخیل در درمان بیمار مشخص شده اند؟			
۱۰	مدیریت خطر	برنامه ها			
		چه کسانی مسوول اند؟			
۱۱	تبادل اطلاعات	رضایت بیمار			
۱۲	برنامه اولیه مراقبت	برنامه ها			
		چه کسانی مسوول اند؟			
۱۳	اهداف	آیا معین شده اند؟			
		با بیمار توافق شده برنامه ها			
۱۴	برنامه مراقبت جامع	با بیمار توافق شده			
		چه کسانی مسوول اند؟			
		چه نهادهایی مسوول اند؟			
۱۵	برنامه ترخیص	برنامه ها			
		با بیمار توافق شده			
		چه کسانی مسوول اند؟			
		چه نهادهایی مسوول اند؟			

نام و امضاء

تکمیل کننده فرم




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان امور پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی

فرم ارجاع به بیمارستان

ریاست محترم بیمارستان

با سلام و احترام

بدین وسیله آقای فرزند که در تاریخ ---/--/---
نیازمند دریافت مراقبتهای حاد درمانی به علت مشکلات جسمانی ○ روانپزشکی ○
هر دو ○ هستند، به حضور معرفی می گردد.

BP=	خلاصه شرح حال و علت ارجاع:
PR=	
RR=	
Temp=	

لطفا بیمار پذیرش و نتیجه به این مرکز گزارش شود.

مهر و امضاء پزشک

رونوشت : معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی جهت دستور اقدام





جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی

فرم ارجاع به بیمارستان

ریاست محترم بیمارستان

با سلام و احترام

بدین وسیله آقای فرزند که در تاریخ ---/--/---- در مرکز بهداشتی درمانی اقامتگاه درمان اختلالات مصرف مواد ویزیت گردیده و نیازمند دریافت مراقبتهای حاد درمانی به علت مشکلات جسمانی ○ روانپزشکی ○ هردو ○ هستند، به حضورتان معرفی می نمایم.

خلاصه شرح حال و علت ارجاع:
BP=
PR=
RR=
Temp=

لطفا بیمار پذیرش و نتیجه به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گزارش شود.

مهر و امضاء پزشک مرکز اقامتی



فرم ارزیابی اولیه در مرکز

توجه: برگه گزارش آزمایش مثبت تست سریع ادراری (rapid test) به این برگه الصاق شود.

تاریخ تکمیل: ---/---/---	شماره پرونده:	پذیرش
نام پدر:	تاریخ تولد: ---/---/---	نام خانودگی:
	نام:	

2- بررسی از نظر اعتیاد تزریقی

3- وضعیت جسمانی و روانی بیمار (نظریه پزشک)

سابقه بیماریهای جسمی: دیابت فشارخون بیماری ایسکمیک قلبی آسم هپاتیت (نوع آن را مشخص نمایید:)
 صرع مورد شناخته شده HIV/AIDS
 سابقه درمانهای انجام شده:

امضاء و مهر نظام پزشکی

4- اختلالات روانپزشکی همراه (نظریه روانپزشک)

سابقه اختلالات روانپزشکی همراه:
 سابقه درمانهای های انجام شده: سابقه ECT سابقه بستری بیمارستان
 سابقه دارو:

امضاء و مهر نظام پزشکی



فرم مددکاری

تاریخ: ---/---/----	شماره پرونده	نام و نام خانوادگی
وضعیت تاهل: متاهل <input type="radio"/> متارکه کرده <input type="radio"/> بیوه <input type="radio"/> مطلقه <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/>		
توضیح: متارکه کرده=با همسر زندگی نمی کند ولی هنوز طلاق نگرفته است.		
وضعیت اسکان: منزل شخصی <input type="radio"/> منزل اجاره ای <input type="radio"/> بیخانمان (فاقد مکان ثابت برای زندگی) <input type="radio"/>		
توضیح: افرادی که بیشتر شبهای خود را در طول ۲۰ روز گذشته در مکانهایی که برای خواب در نظر گرفته نشده اند از جمله خیابانها، نیمکتها، ماشین یا ساختمان رها شده به صبح رسانده اند بیخانمان محسوب می شوند.		
الگوی بیخانمانی: اپیزودیک <input type="radio"/> دائمی <input type="radio"/> توضیحات:	تاریخچه بیخانمانی: مدت بیخانمانی (به ماه) ----- سن فرد در شروع بیخانمانی --	
وضعیت اشتغال: دائم <input type="radio"/> پاره وقت منظم <input type="radio"/> پاره وقت نامنظم <input type="radio"/> بازنشسته، ازکارافتاده یا مستمری بگیر <input type="radio"/> بیکار <input type="radio"/>		
اهل:	ساکن:	تحصیلات: بیسواد <input type="radio"/> ابتدایی <input type="radio"/> راهنمایی <input type="radio"/> دبیرستان <input type="radio"/> دانشگاه <input type="radio"/>
آدرس محل سکونت خانواده بیمار و شماره تلفن:		
ارجاع به مراکز درمانی موجود در جامعه:		
نام مرکز:		
آدرس:		
شماره تلفن:		
نام مسوول مرکز:		
نظریه واحد مددکار		
نام و امضاء تکمیل کننده فرم:		




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی
معرفی نامه به مراکز درمان

مسوول محترم مرکز

با سلام و احترام

متعاقب هماهنگی بعمل آمده در تاریخ ---/--/---- ساعت ---:--- توسط نماینده این آقا/خانم با نماینده آن مرکز آقا/خانم در مورد ارجاع بیمار وابسته به مواد بدین وسیله آقای در معیت فرد متعهد پذیرنده مسوولیت ارجاع آقا/خانم به حضورتان معرفی می گردد. مقتضی است هماهنگی های لازم جهت تامین مراقبتهای درمانی برای بیمار بعمل آمده و گزارش آن مطابق فرم پیوست بصورت هفتگی به به این مرکز ارسال گردد.

	نام مرکز
	آدرس
	شماره تلفن
	نام مسوول مرکز

مهر و امضاء پزشک

رونوشت:

فرماندهی محترم انتظامی استان جهت اقدام و انعکاس به مقام محترم قضایی




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی
معرفی نامه به مراکز درمان

مسوول محترم مرکز

با سلام و احترام

بدینوسیله به استحضار می‌رساند آقای فرزند در تاریخ ---/--/-- در این واحد مورد غربالگری (ارزیابی سریع اولیه و تریاژ) قرار گرفته و متقاضی آزادی مشروط به درمان است. خواهشمند است هماهنگی‌های لازم جهت تامین مراقبتهای درمانی برای بیمار بعمل آمده و گزارش آن مطابق فرم پیوست بصورت هفتگی به واحد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ارسال گردد.

	نام مرکز
	آدرس
	شماره تلفن
	نام مسوول مرکز

مهر و امضاء پزشک واحد غربالگری

رونوشت:

فرماندهی محترم انتظامی استان جهت اقدام و انعکاس به مقام محترم قضایی

