



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



سنجه های کیفیت شبکه‌ی درمان

برای درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات مراقبتی

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل

وین

سنجه های کیفیت شبکه‌ی درمان
برای درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات
مراقبتی

سازمان ملل

نیویورک، ۲۰۱۲



سنجه های کیفیت شبکه‌ی درمان از سوی یک کارگروه حرفه‌ای با گوناگونی جغرافیایی تعریف شده‌اند که از چهار منطقه‌ی فعالیت پروژه‌ی شبکه‌ی درمان دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد می‌آیند. این پروژه که "مشارکت برای اقدام در زمینه‌ی درمان همه‌جانبه (PACT) - درمان وابستگی به مواد مخدر و پیامد های سلامت آن" نام دارد، هم‌اکنون در حال انجام است. دیگر متخصصان این طرح را بازبینی نموده‌اند تا اطمینان حاصل کنند اقدامی همه‌جانبه و مرتبط با شرایط و محیط‌های متفاوت اجتماعی-فرهنگی، و نمادی متوازن از دیدگاه‌ها و چشم‌اندازهای مختلف در این زمینه به شمار می‌آید.

© تمامی حقوق معنوی سند حاضر در مالکیت معنوی سازمان ملل متحد قرار دارد. آوریل ۲۰۱۲ (فروردین ۱۳۹۱)

نقش‌ها و نام‌های ذکر شده و استفاده شده در متن سند حاضر به هیچ وجه به منزله‌ی بیان هرگونه عقیده‌ای از سوی دبیرخانه‌ی سازمان ملل متحد در زمینه‌ی وضعیت حقوقی هیچ کشور، سرزمین، شهر یا ناحیه یا مقامات آنها، یا مرتبط با تحدید حدود قلمروها و مرزهای آنها به شمار نمی‌آید.

این سند منتشر شده به طور رسمی ویرایش نشده است.

محصول [بخش] انگلیسی، بخش انتشارات و کتابخانه، دفتر سازمان ملل متحد، وین.

پیش گفتار

بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، دو میلیارد نفر استفاده کنندگان مشروبات الکلی، ۱/۳ میلیارد نفر مصرف کنندگان دخانیات (اعم از نیکوتین یا تنباکو)، و ۱۸۵ میلیون نفر استفاده کنندگان مواد مخدر غیرقانونی میزان استعمال جهانی مواد روانگردان را تشکیل می دهند^۱. با توجه به پیامدهای اجتماعی و سلامت ناشی از این مسأله برای افراد، خانواده ها و جوامع، نیاز فوری به تقویت دسترسی به درمان وابستگی به مواد مخدر در سطح جهان احساس می شود. این خدمات، ضمن در نظر گرفتن نیازهای حساس فرهنگی گروه های هدف، مانند زنان، جوانان، افرادی که از اختلالات مزمن ذهنی و جسمی رنج می برند، و تن فروشان اجباری، ایجاد گستره ی گوناگونی از خدمات را دربر می گیرند. استفاده از انواع تازه ی مواد مخدر (مانند داروهای بازطراحی شده با فرمول های تغییر شکل یافته و انحرافی، برای فرار از موانع قانونی) باید مورد توجه قرار گیرند. درمان و خدمات مراقبتی با کیفیت برای رفع وابستگی به مواد مخدر نقشی کلیدی در کاهش تقاضا برای داروهای غیرقانونی و قانونی ایفا می کنند. شبکه ی درمان دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC TREATNET) می کوشد تا سهم خود نسبت به گسترش شواهد-مدار خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر را ادا کند. به همین منظور، سنجه های ویژه ی کیفیت برای ارزیابی خدمات مراقبت و درمان وابستگی به مواد مخدر بر اساس اصول اعلام شده از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد / سازمان بهداشت جهانی (UNODC/WHO) در این حوزه ایجاد شده اند. این سنجه ها هم در پروژه ی حاضر و از این پس به کاربرده خواهند شد.

شبکه ی درمان

شبکه ی درمان دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در حال حاضر در ۲۱ کشور واقع در چهار منطقه ی جهان مشغول به کار است. هدف آن، کاهش آثار منفی در حوزه ی اجتماعی و سلامت در پی وابستگی به مواد مخدر، مانند HIV و ایدز، از طریق بهبود کیفیت خدمات درمان و مراقبت [نسبت به] وابستگی به مواد مخدر و نیز افزایش دسترسی به درمان اعتیاد برای تمام افراد نیازمند به این خدمات است.

شبکه ی درمان می کوشد به ترویج درک این باور بپردازد که وابستگی به مواد مخدر، یک اختلال سلامت و نیازمند درمان است، و با انگ و عار و تبعیض ناشی از اعتیاد به مبارزه بپردازد. در این زمینه، ظرفیت سازی، نقشی محوری در حمایت از دولت های محلی دارد تا شبکه های درمان خود، با فراهم آوردن درمان شواهد-مدار اعتیاد به مواد مخدر فعال و اجرایی نمایند.

شبکه ی درمان با ایجاد دست کم دو مرکز مبتنی بر جوامع کوچک در هر کشور از دولت های محلی پشتیبانی می کند. هدف این اقدام افزایش دسترسی به خدمات درمان اعتیاد و مراقبت پس از آن، و پرداختن به شکاف

¹ http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html

های موجود در ظرفیت های مربوط به خدمات درمان اعتیاد و مراقبت است. شناسایی نیازهای ویژه و فراهم آوردن پشتیبانی فنی از طریق تخصیص و پرداخت کمک هزینه برای آموزش و بهبود خدمات نیز از عناصر محوری راهبرد شبکه ی درمان به شمار می آیند. فعال نمودن پایگاه های شبکه ی درمان نیازمند تعهد فراهم کنندگان خدمات است، که علاقه دارند به شبکه ای که از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد پشتیبانی می شود، بپیوندند. چالش های پیش روی عبارتند از ایجاد نظامی با کیفیت بالا برای ارایه ی خدمات درمان اعتیاد و به اجرا درآوردن خدمات کافی که با نیازهای پرشمار و پیچیده ی مصرف کنندگان مواد مخدر طی دوران بالینی شان تناسب داشته باشند. به اجرا درآوردن خدمات مقرون به صرفه درمان اعتیاد به شکل تمرکززدایی شده با یاری دولت های محلی تقویت شده و بر ادغام درمان اعتیاد در نظام مراقبت سلامت تأکید ورزیده خواهد شد. افزایش دسترسی، دستیابی و به صرفه بودن هزینه های این خدمات نیز از اهمیت محوری برخوردار است. این که نه تنها معتادان بلکه خانواده های آنها، و گروه های اجتماعی که بیش از همه در معرض خطر هستند از دریافت خدمات درمانی شواهد- مدار سود ببرند مسأله ای کلیدی است؛ چنین دستاوردی می تواند امکان بالقوه ی پاسخگویی به پیامدهای ویرانگر مصرف مشکل آفرین مواد، از جمله انتقال HIV را تقویت نماید.

شبکه ی فراهم آوردندگان درمان [اعتیاد به] مواد مخدر و مراقبت پس از آن، در همکاری نزدیک با دولت های محلی و دانشگاه ها، سبب پایداری و پیدایش احساس مالکیت و پیوند با پروژه می شوند. دانشگاه ها و دیگر مؤسسات آموزشی ترغیب می گردند تا دروسی را در زمینه ی روش های خوب در درمان وابستگی به مواد مخدر و پیشگیری از HIV در برنامه های درسی خود بگنجانند. همچنین، از آنها خواسته می شود تا آموزش کارکنان حرفه ای در حوزه ی جغرافیایی خود را برعهده بگیرند. دولت های محلی راهبری هماهنگی همکاری بین خدمات دولتی و سازمان های غیردولتی را در پیش می گیرند تا از نظام جامع و جزیی مداخلات پشتیبانی کنند.

تا جایی که به تقویت کیفیت درمان وابستگی به مواد مخدر مربوط می شود، شبکه ی درمان به مؤسسات همکار برای دستیابی به اهداف زیر کمک هزینه پرداخت می کند:

- ظرفیت سازی برای اجرای مداخلات شواهد- مدار در وضعیت های متفاوت، با در نظر گرفتن نیازهای ویژه ی هریک؛
- پشتیبانی از دولت ها با پدیدآوردن ساز و کارهای ملی برای هماهنگی آموزش، سازگاری و یکپارچه سازی مطالب آموزشی؛
- گسترش توانایی جوامع برای ارایه ی پاسخ های جامع و همه جانبه ی مبتنی بر جوامع خرد و درمان وابستگی به مواد با تکیه بر مستندات مطلوب؛

- تبدیل درمان شواهد- مدار وابستگی به مواد مخدر و خدمات مرتبط، به خدماتی قابل دسترسی و مقرون به صرفه تا نیازمندان به آنها از پس پرداخت هزینه هایش برآیند؛
- نشر و به اشتراک گذاری شیوه ها و تجربیات خوب، تقویت دستیابی به خدمات درمان برای مصرف کنندگان مواد، ایجاد فرصت هایی برای پیوند و بازتوانی، و ترویج درمان شواهد- مدار وابستگی به مواد مخدر، و
- پشتیبانی از سازمان ها و برنامه های خودجوش و مبتنی بر جوامع خرد در حوزه ی درمان، و نیز مراکز بازتوانی مبتنی بر جوامع خرد، با به اجرا درآوردن پیوند میان خدمات به منظور فراهم آوردن استمرار کارآمد و مؤثر مراقبت برای بیماران/مراجع کنندگان.

در سطح ملی، ذینفعان شبکه ی درمان دولت ها (وزارتخانه های بهداشت، کشور و/ یا مؤسسات کنترل مواد مخدر)، مؤسسات آموزشی (دانشگاه ها یا دیگر مؤسسات آموزشی) و دیگر فراهم آورندگان درمان وابستگی به مواد مخدر را در برمی گیرند. هم مراکز دولتی و مراکز غیردولتی درمان وابستگی به مواد مخدر به یک اندازه، و به طور فعال در ارائه دامنه ی وسیعی از خدمات درمان و مراقبت به افرادی درگیر هستند، که تحت تأثیر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و وابستگی به آنها قرار گرفته اند.

پدیدآوردن سنجه های کیفیت شبکه ی درمان

هدف سند حاضر، پیشنهاد کردن فهرستی از سنجه هاست برای بهبود و پیشبرد کیفیت در درمان اعتیاد و خدمات مراقبتی آن، و نیز فراهم آوردن ابزار ارزیابی برای به اجرا درآوردن این سنجه ها در پایگاه های شبکه ی درمان واقع در آمریکای لاتین، آفریقا، آسیای جنوب شرقی، خاورمیانه و آسیای مرکزی، که در پروژه ی حاضر مشارکت داشته اند.

شایان توجه است که سنجه های کیفیت ملی در شماری از کشورهای شرکت کننده تعریف شده اند. در این موارد، شبکه ی درمان می کوشد رهنمودهای حاضر بر اساس اصول درمان اعتیاد و مراقبت از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد /سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کنند.

برای ایجاد سنجه های کیفیت درمان اعتیاد و خدمات مراقبتی متعاقب آن، متخصصان هر منطقه ی پروژه ای، انتشارات منطقه ای، ملی و بین المللی را برگزیدند، و به همراه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و متخصصان بین المللی بازبینی کردند. سند حاضر سنجه های کیفیت شبکه ی درمان ابزار ارزیابی مربوطه را در برگرفته و اساساً بر پایه ی اصول درمان وابستگی به مواد مخدر دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد /سازمان بهداشت جهانی (سال ۲۰۰۹ میلادی)، سنجه های OAS/CICAD در زمینه ی مراقبت (سال ۲۰۰۹ میلادی)، و برنامه های زمانبندی شده سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی سنجه های مراقبت در درمان مصرف مواد مخدر (سال ۱۹۹۳ میلادی) استوار شده است. در زمینه ی پاسخ های مورد نیاز متناسب با شرایط ویژه ی کشورهای شرکت کننده، جنبه های موردنظر با توجه به توصیه های متخصصان منطقه ای افزوده شده اند.

سیاسگزاری

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد مرتب سپاسگزاری خود را نسبت به نامبردگان در ذیل ابراز می دارد:

حامیان مالی شبکه ی درمان - همکاری برای اقدام در زمینه ی درمان جامع (PACT) —درمان وابستگی به مواد مخدر و پیامدهای مرتبط با سلامت آن: دولت های کانادا، آلمان، هلند، اسپانیا، سوئد، ایالات متحده ی آمریکا و بنیاد OFID، به خاطر کمک های سخاوتمندانه شان؛

تمامی پایگاه های شبکه ی درمان که در پدیدآوردن سنجه های کیفیت شرکت داشته اند و متخصصان منطقه ای آنها، به خاطر منش حرفه ای، تعهد، اشتیاق، و پشتیبانی متقابل نسبت به هم، از جمله پشتیبانی های مالی و منابع؛

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد علاقمند است سپاس ویژه ی خود را به خانم گابریله فیشر (مشاور) و دستیار وی، خانم ورنه متس، و همچنین دیگر کارشناسان بین المللی تقدیم نماید که نسخه ی پیشین پیش نویس این سند را بازبینی نمودند، به خاطر پشتیبانی سخاوتمندانه، دیدگاه ها، بازخوردهای سازنده و کوشش های شان برای پیشبرد و نهایی کردن نشریه ی حاضر شبکه ی درمان:

- بولاته وا عزیزبک^۲ (آسیای میانه)
- ادنا اوپنهاایمر^۳ (آسیای جنوب شرقی)
- لوییس آلفونسو^۴ (آمریکای لاتین)
- فرد اویتی^۵ (آفریقا).

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد علاقمند است تا سپاس خود را به اعضای گروه هماهنگی پروژه به شرح زیر که سهم ضروری و عمده ای در سند حاضر داشته اند، ابراز دارد:

- الیزابت سائز^۶، مقرر دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، وین
- آنیا بس^۷، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، وین

^۲ Bolateav Azizbek

^۳ Edna Oppenheimer

^۴ Luis Alfonzo

^۵ Fred Owiti

^۶ Elizabeth Saenz,

- استفانه ايبانز دُبنيتو^۸، نايروبي، ROEA
- کامران نياز^۹، تاشکند، ROEA
- علي شير ايشانف^{۱۰}، شبکه ی درمان ROCA
- ايزابل پالائوس^{۱۱}، ليما، COPER
- خُوانا توماس-رُزلو^{۱۲}، بانکوک، ROSEAP
- کارآموزان: دِرک چانگ^{۱۳}، تامارا مِلْمِر^{۱۴} و مارتينا اشتورم^{۱۵}، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، وين.

گروه بازبيني همتايان: آکينوانده آکينهانمي^{۱۶}، آمليا آريا^{۱۷}، آدام بيزاگا^{۱۸}، آنجلينا برادرهود^{۱۹}، جيوزپه کارا^{۲۰}، کريم کريم دار^{۲۱}، ماریا گونزالز^{۲۲}، تاکايوکی هارادا^{۲۳}، ترور کينگ^{۲۴}، ناصر لوزا^{۲۵}، مارتينا مليس^{۲۶}، اينگو ميکلاس^{۲۷}، آنتونيو مولينا^{۲۸}، نانسی پال^{۲۹}، امیلیس سوباتا^{۳۰}، آتاپل سوگهوند-هايبرم^{۳۱}، مارتا تورنس^{۳۲}، کلاود اولينگر^{۳۳} و ماریا زارزا^{۳۴}.

⁷ Anja Busse

⁸ Stephane Ibanez de Benito

⁹ Kamran Niaz

¹⁰ Alisher Ishanov

¹¹ Isabel Palacios

¹² Juana Tomas-Rosello

¹³ Derek Chang

¹⁴ Tamara Melmer

¹⁵ Martina Sturm

¹⁶ Akinwande Akinhanmi

¹⁷ Amelia Arria

¹⁸ Adam Bisaga

¹⁹ Angelina Brotherhood

²⁰ Giuseppe Carrà

²¹ Karim Dar

²² Maria Gonzalez

²³ Takayuki Harada

²⁴ Trevor King

²⁵ Nasser Loza

²⁶ Martina Melis

²⁷ Ingo Michels

²⁸ Antonio Molina

²⁹ Nancy Paull

³⁰ Emilis Subata

³¹ Atapol Sughondhabirom

³² Marta Torrens

³³ Claude Uehlinger

³⁴ Maria Zarza

فهرست

پیش گفتار	۴
سیاسگزاری	۸
فهرست اختصارات	۱۳
دیباچه	۱۵
۱. دستیابی و دسترسی به درمان وابستگی به مواد مخدر	۱۷
۱.۱ دسترسی جغرافیایی، توزیع و پیوندهای نهادینه	۱۷
۱.۲ انعطاف پذیری ساعات ارائه ی خدمات	۱۷
۱.۳ چهارچوب های قانونی	۱۷
۱.۴ دستیابی و دسترسی به خدمات	۱۸
۱.۵ توانایی پرداخت هزینه ها	۱۸
۱.۶ ارتباط فرهنگی و دوستدار-مراجع کننده/کاربرپسند بودن خدمات	۱۸
۱.۷ پاسخگویی به شرایط گوناگون	۱۸
۱.۸ پاسخگویی به نظام عدالت کیفری	۱۸
۱.۹ حساس سازی خدمات نسبت به جنسیت	۱۸
۲. برنامه ریزی غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان	۲۰
۲.۱ غربالگری	۲۰
۲.۲ ارزیابی و تشخیص	۲۰
۲.۳ ارزیابی جامع: مرحله و شدت	۲۰
۲.۴ برنامه ریزی درمان	۲۱
۳. درمان شواهد- مدار وابستگی به مواد مخدر	۲۲
۳.۱ گروه های درمان چند رشته ای	۲۲
۳.۲ طول مدت درمان کافی	۲۲
۳.۳ مداخلات روانشناختی- جامعه شناختی و دارویی	۲۳
۳.۴ مداخلات کوتاه مدت	۲۳
۳.۵ مداخلات ارائه ی خدمات حضوری در محل و خدمات آستانه ی پایین	۲۳
۳.۶ خدمات اولیه	۲۳

۲۳	.....	۳.۷ ترک تحت نظر پزشک
۲۳	.....	۳.۸ داروهای دوران مراقبت
۲۴	.....	۳.۹ مداخلات روانشناختی و جامعه شناختی
۲۴	.....	۳.۱۰ گروه های خودیاری
۲۴	.....	۳.۱۱ ارتباط اجتماعی- فرهنگی
۲۴	.....	۳.۱۲ انتقال دانش و پژوهش های جاری بالینی
۲۴	.....	۳.۱۳ آموزش کارکنان حرفه ای درمان
۲۵	.....	۴. حقوق بشر و کرامت مراجعه کنندگان /بیماران
۲۵	.....	۴.۱ دسترسی کافی به درمان و مراقبت
۲۶	.....	۴.۲ پرهیز از تبعیض
۲۶	.....	۴.۳ حفاظت از حقوق بشر
۲۶	.....	۴.۴ حقوق مراجعه کنندگان / بیماران
۲۷	.....	۵. هدف قراردادن شرایط و زیرگروه های ویژه
۲۷	.....	۵.۱ نوجوانان
۲۷	.....	۵.۲ زنان
۲۷	.....	۵.۳ زنان باردار
۲۸	.....	۵.۴ افراد دارای عوارض جانبی [به مثابه عوارض اعتیاد]
۲۸	.....	۵.۵ افراد دارای عوارض روحی همراه [به مثابه عوارض اعتیاد]
۲۸	.....	۵.۶ تنفروشان اجباری
۲۸	.....	۵.۷ اقلیت های قومی
۲۸	.....	۵.۸ افراد به حاشیه رانده شده در اجتماع
۲۹	.....	۶. درمان وابستگی به مواد مخدر به عنوان جایگزین زندانی شدن، درون محیط و شرایط زندان
۲۹	.....	۶.۱ درمان به عنوان جایگزین محدودیت های کیفری (مانند زندان)
۲۹	.....	۶.۲ حقوق بشر
۲۹	.....	۶.۳ استمرار درمان
۲۹	.....	۶.۴ خدمات مستمر در جوامع خُرد
۳۰	.....	۶.۵ خودداری کردن از بازداشت و کار اجباری
۳۱	.....	۷. درمان مبتنی بر جوامع خُرد
۳۱	.....	۷.۱ دخالت فعال بیمار / مراجعه کننده
۳۱	.....	۷.۲ پاسخگویی نسبت به جامعه
۳۱	.....	۷.۳ مداخلات مبتنی بر جوامع خُرد

۳۲	۷.۴ یکپارچه سازی
۳۲	۷.۵ پیوند با دیگر نهادها
۳۲	۷.۶ دخالت و درگیر نمودن سازمان های غیردولتی
۳۳	۸. مدیریت و زمامداری بالینی
۳۳	۸.۱ پروتکل های خدماتی مربوط به سیاست های خدماتی
۳۳	۸.۲ پروتکل درمانی
۳۳	۸.۳ کارکنان واجد شرایط
۳۴	۸.۴ نظارت
۳۴	۸.۵ منابع مالی
۳۴	۸.۶ ساختار ارتباطی
۳۴	۸.۷ نظام پایش
۳۴	۸.۸ منابع انسانی
۳۵	۹. ایجاد سیاست و خط مشی، برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی خدمات
۳۵	۹.۱ سیاست چند بخشی درمانی
۳۵	۹.۲ پیوند با پیشگیری
۳۶	۹.۳ ارزیابی وضعیت
۳۶	۹.۴ هماهنگی و توازن
۳۶	۹.۵ تسلسل مراقبت
۳۶	۹.۶ رویکرد چند رشته ای
۳۶	۹.۷ ظرفیت سازی
۳۷	پیوست ۱: رهنمودهای ارزیابی سنجه های کیفیت شبکه درمان
۴۷	پیوست ۲: پرسشنامه ارزیابی خدمات و برنامه های درمان سوء مصرف مواد مخدر
۹۷	منابع
۹۸	واژه نامه

فهرست اختصارات انگلیسی به فارسی

سندرم اکتسابی نقص ایمنی	AIDS
شاخص شدت اعتیاد	ASI
آزمایش غربالگری گرفتاری به الکل، دخانیات و مواد مخدر	ASSIST
تولید ناخالص ملی	GDP
ویروس هپاتیت بی	HBV
ویروس هپاتیت سی	HCV
ویروس نقص ایمنی انسان	HDI
مشاوره و آزمایش HIV	HCT
شاخص توسعه ی انسانی	IDU
معتادان تزریقی	IEC
وزارت بهداشت	MOH
درمان نگهداری با متادون	MMT
مردان دارای روابط جنسی با مردان	MSM
انتقال مادر به جنین	MTCT
سازمان های غیر دولتی / مردم نهاد	NGO
نظام سلامت همگانی / عمومی	NHS
برنامه ی سرنگ و سوزن	NSP
کودکان بی سرپرست و آسیب پذیر	OVC
کسانی که با HIV زندگی می کنند (مبتلایان)	PLHIV
پیشگیری از انتقال ویروس از مادر به جنین	PMTCT
عفونت های منتقل شونده از راه روابط جنسی	STI
فرآیند عملیاتی متعارف / استاندارد	SOP
سل	TB
دسترسی جهانی / دسترسی همانند	UA
برنامه ی مشترک سازمان ملل متحد برای مقابله با HIV/AIDS	UNAIDS

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد	UNODC
اقدامات احتیاطی جهانی	UP
سازمان بهداشت جهانی	WHO

دیپاچه

سنجه ی کیفیت برای درمان وابستگی به مواد مخدر و مراقبت های بعد از آن، دستاوردهای مشترک همکاران پروژه و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد را منعکس می کند. فرض بر آن است که این سنجه ها هم با حقوق بشر و نیز روش های مطلوب بالینی سازگار باشند. تمام پایگاه های شبکه ی درمان ترغیب می شوند که این سنجه ها را برای بهبود خدمات خود به کارگیرند.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات مراقبتی بر اساس جنبه های اصلی زیر استوار هستند:

حقوق بشر

تعهد به حفاظت از حقوق بشر و اعمال عمومی منشور جهانی حقوق بشر در تمامی مراحل درمان یکی از پیش شرط های لازم الاجرا برای همه ی پایگاه های شرکت کننده در برنامه ی شبکه ی درمان به شمار می آید. این جنبه شامل حفاظت از حقوق بیمار/مراجعه کننده از طرق زیر است:

- عدم ذکر نام و محرمانه ماندن [اطلاعات شخصی]
- عدم اعمال هرگونه درمان اجباری (هرگونه درمان اجباری باید در مدارک به طور مستند درج گردد)
- [کسب] اجازه ی آگاهانه [برای هرگونه درمانی]
- تماس با خانواده و بستگان
- آزمایش داوطلبانه ی HIV
- جلوگیری از هرگونه تهدید و ارعاب جسمی و روانشناختی
- وجود مراحل شفاف برای هرگونه اعتراض.

روش های خوب و مطلوب در درمان وابستگی به مواد مخدر و مراقبت های پس از آن

لازم است تمامی پایگاه های شبکه ی درمان به شرح زیر شیوه های خوب و مطلوب درمان وابستگی به مواد مخدر را به کارگیرند. حتی اگر در زمره ی پیش شرط های پیوستن به پروژه نباشند هم، سلسله شیوه های خوب زیر نمادی هستند از اساس توسعه ی آتی و پیشرفت تمام مراکز درمان وابستگی به مواد:

- اولویت با بیمار/مراجعه کننده است: نخستین نگرانی و مسأله ی کلیه ی کارکنان باید سلامتی و تندرستی بیمار/مراجعه کننده باشد. بهترین راه برای عمل کردن در این راستا ایجاد همکاری بین ارائه دهندگان خدمات و بیمار/مراجعه کننده است. افزون بر این، حفاظت از سلامت و ارتقای آن، و نیز مقابله با انگ و ننگ، تبعیض و جداسازی های اجتماعی باید در زمره ی اولویت های نخست باشند.

- کارگروهی/ تیمی: یک گروه کاری چندرشته ای مناسب ترین گزینه برای بیماران دارای وابستگی به مواد مخدر است، زیرا چنین گروه هایی امکان بالقوه ی پرداختن به نیازهای مختلف و مشکلات گروه های مخاطب ویژه را دارند. اعضای گروه باید به روشنی شایستگی ها و مهارت های خود را تعریف کرده باشند. این مهارت ها به طور دوره ای ارزشیابی شده و موقعیت رشد مستمر حرفه ای را فراهم خواهند نمود. باید، به منظور اداره ی مطمئن امور، مرتباً از وجود پیوندهای مرتبط [بین این گروه های کاری] با پیکره های حرفه ای اطمینان حاصل کرد.
- خط مشی ها، سیاست ها و فرآیندهای استاندارد عملیاتی (SOPS) به صورت کتبی: رهنمودهای شواهد- مدار برای تشخیص و درمان، و نیز درباره ی چگونگی اعمال فرآیندهای درمانی باید در هر پایگاهی موجود باشند تا کارکنان را هدایت کرده، و دستورالعمل های سودمندی برای کارهای رایج روزانه ی آنها در اختیارشان بگذارند، و کیفیت خدمات ارائه شده را تضمین کنند. دامنه ی سیاست نهادینه ی موسسه باید به گونه ای باشد که بتواند دستورالعمل ها در زمینه ی خدمات مؤثر و جامع را نیز در برگیرد؛ حقوق بیماران /مراجعه کنندگان و کسانی که از آنها نگهداری می نمایند را تعریف کند، و دستورالعمل های لازم برای پیوند دادن دوباره ی آنان با جامعه را نیز ارائه دهد.
- مدیریت داده ها: حفاظت از اطلاعات و امنیت آن از الزامات است. کسب دقیق اطلاعات، مدیریت و مستندسازی داده ها هم برای کارکنان و هم برای مراجعه کنندگان/بیماران از اهمیت حیاتی برخوردار است. در همه ی زمان ها و مراحل باید از محرمانه ماندن داده ها اطمینان حاصل شود، از این رو، این داده ها تنها باید در اختیار کارکنان قرارگیرند. احترام به سیاست های مرتبط در زمینه ی مدیریت داده ها نیز یک پیش شرط شمرده می شود.
- پایش و ارزشیابی: باید فرآیندهای ساختارمندی داشته باشد، زیرا نقشی اساسی در درمان وابستگی به مواد ایفا می کند.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان

نه حوزه ی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان که در پی می آیند، بر اصول درمان وابستگی به مواد مخدر و مراقبت پس از آن متعلق به دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد پایه ریزی و با کمک متخصصان هریک از نواحی شرکت کننده و هماهنگ کنندگان منطقه ای شبکه ی درمان تحت رهنمودهای عمومی یک مشاور/کارشناس در زمینه ی سنجه های کیفیت برای درمان وابستگی به مواد مخدر توضیح داده شده اند. سنجه های کیفیت شبکه ی درمان دسته ای از سنجه های شواهد - مدار را نمایندگی می کنند، که هدف آنها پیشبرد و توسعه ی مراکز درمانی مشارکت کننده است.

۱. دستیابی و دسترسی به درمان وابستگی به مواد مخدر

در بسیاری از موارد، در صورتی که بیماران/مراجعہ کنندگان دسترسی کافی به خدمات بازتوانی و درمان با کیفیت و مبتنی بر شواهد داشته باشند، وابستگی به مواد مخدر قابل درمان است. لازم است همه ی موانع محدودکننده ی دسترسی به خدمات درمان داوطلبانه به حداقل کاهش پیدا کنند، تا نیازهای مصرف کنندگان مواد مخدر را بهتر دریافته و برطرف نمایند. دسترسی به این خدمات، از جمله مکان، ساعات کاری، حمل و نقل و ایمنی رسیدن به این مراکز باید به آسانی فراهم شوند. خدمات باید به دور از هر گونه تأخیری، که می تواند برای بیماران/مراجعہ کنندگان خطر ایجاد کند، در دسترس آنها قرارگیرند. باید اطمینان حاصل شود که کلیه ی تسهیلات درمانی به دور از هرگونه تبعیض مبتنی بر قومیت، جنسیت، سن، گرایش جنسی، باورهای سیاسی، پیشینه ی دینی و مذهبی، وضعیت طبقاتی/اجتماعی، توانایی پرداخت هزینه ها، وضعیت مدنی، وضعیت قانونی/حقوقی و نوع مواد سوءمصرفی به مراجعہ کنندگان ارایه می گردند. همچنین، لازم است خدمات بدون در نظر گرفتن وضعیت جسمی، روانی، یا تجربه ی درمان قبلی ارایه شوند. خدماتی که بر اساس نیازهای وابسته به جنسیت داده می شوند می توانند از طریق پرهیز از انگ-زنی، احترام به نیازهای مرتبط با نگهداری از کودکان، و موضوعات مربوط به بارداری به بهبود دسترسی یاری برسانند. اگر بیماران/مراجعہ کنندگان برای خدماتی که ارایه می شود نامناسب تشخیص داده شوند، باید آنها را به خدمات مناسب خود ارجاع نمود. برای کمک به روندهای شفاف پذیرش مراجعہ کنندگان/بیماران، ضروری است خط مشی ها و سیاست های پذیرش یا جداسازی کتبی باشند.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با دستیابی و دسترسی به درمان وابستگی به مواد مخدر موارد زیر را در برمی گیرند:

۱.۱ دسترسی جغرافیایی، توزیع و پیوندهای نهادینه:

در یک نظام جامع درمان، وجود یک شبکه ی توزیع تسهیلات درمانی در مقیاس بزرگ که بتواند به نیازهای گوناگون افراد جویای درمان پاسخ دهد، امکان پاسخ دهی کافی در هر جامعه ی خرد را فراهم می کند.

۱.۲ انعطاف پذیری ساعات پذیرش و کار:

به منظور ارایه ی خدمات ساختارمند، انجام پذیرش در همان روز مراجعہ، یا با مدت انتظار کوتاه، و نیز فراهم آوردن خدمات و مداخلات فوری، مانند ارایه ی اطلاعات به بیماران/مراجعہ کنندگان، شرایطی بسیار مطلوب در روند درمان مشکلات مرتبط با مواد مخدر را شکل می دهند.

۱.۳ چهارچوب قانونی:

نباید هیچ الزامی برای ثبت مشخصات بیماران/مراجعه کنندگان وابسته با مواد مخدر در مدارک و بایگانی رسمی وجود داشته باشد، زیرا چنین روش هایی می توانند خطر زندانی شدن و در نتیجه دلسرد شدن بیماران/مراجعه کنندگان نسبت به حضور در برنامه ی درمانی را در پی داشته باشند.

۱.۴ دستیابی و دسترسی به خدمات:

در ارایه ی خدمات، باید از معیارهای گزینشی غیرلازم پرهیز شده، و از گزینه هایی با آستانه ی پایین در پذیرش بیماران/مراجعه کنندگان بهره برده شود.

۱.۵ مقرون به صرفه/ قابل پرداخت بودن خدمات:

در صورت امکان، درمان وابستگی به مواد مخدر باید در چهارچوب نظام سلامت عمومی، به صورت رایگان، یا تحت بیمه های درمانی تأمین شود.

۱.۶ ارتباط فرهنگی و کاربرپسند بودن خدمات:

درمان وابستگی به مواد مخدر باید در محیطی فراهم گردد که از نظر فرهنگی حساس سازی شده، ترجیحاً چند حرفه در آن مشغول فعالیت باشند، و اساس آن بر کار گروه/تیم- مدار پایه ریزی شده باشد. هم چنین، محیط باید بتواند بیماران / مراجعه کنندگان را به مشارکت در درمان تشویق نموده و درگیر روند آن بگرداند. چنین وضعیتی دسترسی آنان و ماندگاری شان در درمان، و در نهایت دسترسی به برآیندهای پیشرفته را تسهیل می سازد.

۱.۷ پاسخگویی به شرایط گوناگون :

برای پرداختن به موارد پیچیده، باید خدمات ویژه در دسترس باشند؛ برای نمونه، می توان به بیماران / مراجعه کنندگانی اشاره کرد که، افزون بر وابستگی به مواد مخدر درگیر اختلالات جسمی و روانی مرتبط با آن نیز هستند.

۱.۸ پاسخگویی به نظام عدالت کیفری:

همکاری نزدیک و ارتباط بین نظام سلامت و مقامات انتظامی، دادگاه ها و زندان ها باید حفظ گردد تا افراد دارای وابستگی به مواد مخدر تشویق شوند به طور داوطلبانه به درمان بپیوندند.

۱.۹ آگاهی جنسیت - مدار در خدمات:

ارایه ی خدمات باید براساس نیازهای درمانی وابسته به جنسیت انجام پذیرد، که می تواند دسترسی به پاسخ ها و اقدامات متناسب با انواع انگ- زنی ها، نیازهای مرتبط با نگهداری از کودکان و موضوعات مربوط به بارداری را بهبود بخشد.

نشانگان های مرتبط برای ارزشیابی تفصیلی و مشروح این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان گنجانده شده اند (که در رهنمودهای سنجه های کیفیت شبکه ی درمان آورده شده اند).

۲. برنامه ریزی غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان

برای حصول اطمینان از آنکه بیماران/مراجعہ کنندگان بر اساس نیازهای شان و سر وقت درمان می شوند، نخست یک ارزیابی برای تشخیص فوریت و اضطراب مورد انجام می پذیرد. باید فرآیندهای استاندارد و مرسوم وجود داشته باشند، از جمله ارزیابی وضعیت جسمی، روانی و قانونی، و نیز پیشینه ی اختلالات مصرف مواد. استفاده از ابزارهای متعارف برای ارزیابی و تشخیص و اقدامات ساده ی روان-سنجی قویاً توصیه می شود. بیماران/مراجعہ کنندگان تحت تأثیر اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، غالباً نیاز دارند در حوزه های متفاوت شخصی، اجتماعی و اقتصادی درمان های متعدد دریافت کنند، تا تمام نیازهای شان برطرف گردد. خدمات ارائه شده باید بخشی از یک نظام گسترده تر خدمات سلامت و اجتماعی باشد، تا به استمرار رویکرد درمان-مراقبت یاری برساند. همچنین، این خدمات باید متناسب با نیازهای گروه های مختلف مصرف کنندگان تعریف و ارائه شوند تا اطمینان حاصل شود هر کسی منطبق با نیازهای خود درمان می شود. به عنوان نمونه، انجام درمان همراه با تجویز دارو برای بیماران/مراجعہ کنندگانی که به مواد مخدر وابسته هستند می تواند پیروی از رژیم های دارویی برای HIV، سل و هپاتیت را افزایش دهد. از همین رو، در هنگام برنامه ریزی برای فرآیندهای درمانی، انجام آزمایش HIV و مشاوره، و نیز واکسیناسیون هپاتیت در مورد همه ی بیماران/مراجعہ کنندگان می تواند در نظر گرفته شده و به همه ی آنان ارائه گردد. همانطور که در بخش های پیشین هم گفته شد، ارجاع بیمار/مراجعہ کننده به مؤسسه ای مرتبط با این زمینه ها می تواند در این موارد سودمند باشد.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با حوزه ی برنامه ریزی غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان شامل بخش های زیر می شوند:

۲.۱ غربالگری:

ابزارهای متعارف و مرسوم برای شناسایی مصرف مواد مخدر و شدت وابستگی به آن در افراد وجود دارد، و می توان آنها را در محیط ها و بافت های مختلف (نظام مراقبت از سلامت، بهداشت مدارس و خدمات مشاوره، و برنامه های یاری رسانی به کارفرمایان در محیط های کار) به کار بست.

۲.۲/ارزیابی و تشخیص:

پیش از آغاز درمان، لازم است یک ارزیابی مفصل و دقیق انجام گیرد، تا با استفاده از ابزارهای مرسوم و متعارف، هر گاه لازم باشد میزان و ماهیت مصرف مواد و آسیب های آن، معلوم بودن درمان و ماهیت معالجاتی که می تواند و باید فراهم شود را روشن کند. این ارزیابی باید به وضعیت HIV، هپاتیت B و C نیز بپردازد.

۲.۳/ارزیابی جامع؛ مرحله و شدت:

نشانگان های متعددی مانند مرحله و شدت بیماری، وضعیت سلامت جسمی و روانی، وضعیت اشتغال، پیوندهای خانوادگی و اجتماعی و وضعیت حقوقی- قانونی در این مورد در نظر گرفته می شوند.

۲.۴ برنامه ریزی درمان:

برنامه های درمان و مراقبت پس از آن نیازهای ویژه ی فرد بیمار را مشخص نموده و تعیین می کنند چگونه در مراحل مختلف درمان و با ارایه ی خدمات به آنها پرداخته شود. این برنامه ها باید مشارکت بیماران/مراجعه کنندگان را برانگیزند تا دستیابی به برآیندهای مطلوب درمان تضمین شود. هدف درگیرکردن فعالانه ی بیماران/مراجعه کنندگان با روند درمان، تقویت احساس مالکیت و مسوولیت، تغییر در رفتار فردی و بهبود کیفیت و بهره برداری از خدمات سلامت است. بیماران / مراجعه کنندگان باید از دامنه ی گزینه های قابل دستیابی مطلع شوند و امکانات آن گزینه ها، از جمله مزایا و خطرات شان، به دقت و به روشنی به آنان توضیح داده شود. برنامه ی درمان باید مورد توافق بیمار بوده و طی دوره ی درمانی به طور مستمر درباره ی آن با وی گفت و گو شود. در صورت لزوم، بحث های گروهی باید به طور مستمر انجام پذیرند تا برنامه ی درمان تغییر کند.

نشانگان های مرتبط برای ارزشیابی تفصیلی و مشروح این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان گنجانده شده اند.

۳. درمان شواهد - مدار وابستگی به مواد مخدر

تجربیات موفق و خوب مبتنی بر شواهد، و دانش گردآوری شده علمی درباره ی ماهیت وابستگی به مواد باید راهنمای مداخلات درمانی در رفع وابستگی به مواد باشند. بیشتر یافته ها و شواهد بر اساس کار با بیماران/مراجعه کنندگان وابسته به مواد مخدر به دست آمده، و نشان می دهد که قابلیت دسترسی به درمان شواهد-مدار دارویی و روانشناختی-اجتماعی ضروری است. به عنوان مثال، در مورد بیماران/مراجعه کنندگان به مواد مخدر، درمان های کلیدی عبارتند از: متادون/بوپرنورفین و نالتراگزون، مدیریت موردی و احتمالات، مصاحبه های انگیزشی شامل مداخلات مرتبط به باور ها، مداوای رفتاری شناختی، و گروه های خودیاری تحت نظارت. توصیه هایی درباره ی پیامدهای منفی مصرف مواد در حوزه های سلامت و اجتماع نیز باید فراهم گردد. همچنین، توصیه می شود بیماران/مراجعه کنندگان با ثبات بتوانند میزانی از داروی مورد نیاز خود را به خانه ببرند، و در صورت لزوم و به منظور جبران محدودیت در ارایه ی برخی خدمات مرکز، به مؤسسات مرتبط فراهم کننده ی درمان های دارویی و روانشناختی ارجاع داده شوند.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان که با حوزه ی درمان شواهد - مدار وابستگی به مواد مرتبط اند شامل موارد زیر می شوند:

۳.۱ دسته ها/تیم های چندرشته ای درمانی:

در درمان وابستگی به مواد باید به دنبال رویکردی چندرشته ای بود. با توجه به ماهیت چند-عاملی وابستگی به مواد، لازم است تیمی چندرشته ای شامل پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران و پرستاران پاسخگویی به نیازهای بیماران/مراجعه کنندگان را بر عهده بگیرند.

۳.۲ طول مدت کافی برای درمان:

در درمان بیماری های مزمن پیچیده و برای پیشگیری از عود و بازگشت آن، برنامه های طولانی مدت درمان تأثیرگذارترین راهبرد شناخته شده اند؛ به ویژه، برای درمان انواع شدیدتر وابستگی به مواد. معمولاً، درمان اعتیاد به مواد چه اندازه طول می کشد؟

افراد با آهنگ متفاوت در برنامه های درمان اعتیاد پیش می روند؛ از همین رو، زمانی از پیش تعیین شده برای طول درمان وجود ندارد. با این همه، پژوهش ها به صراحت نشان می دهند که برآیندهای مطلوب با طول مدت کافی درمان نسبت مستقیم داشته اند. به طور کلی، برای درمان بیماران/مراجعه کنندگان مستقر در مرکز یا بیرون از آن، مشارکت در درمان برای مدت کمتر از ۹۰ روز اثربخشی محدودی داشته، و درمان هایی با استمرار قابل ملاحظه و طولانی تر به منظور دستیابی به برآیندهای مثبت ماندگار توصیه می شوند. برای نگهداری با

متادون، ۱۲ ماه کمترین زمان درمان به شمار می آید؛ برخی از وابستگان به مواد مخدر سال های طولانی از متادون استفاده می کنند (نگاه کنید به NIDA، اصول درمان اعتیاد به مواد).

۳.۳ مداخلات روانشناختی- اجتماعی و دارویی:

دامنه ای از مداخلات خواهد- مدار داروشناسی و روانشناختی- اجتماعی مرتبط با مراحل مختلف بیماری موجود است. هیچ درمانی به تنهایی برای همه ی بیماران مناسب نیست، و مداخلات هدفمند به بهترین شکل به نیازهای هر وضعیت بالینی ای پاسخ می دهند.

۳.۴ مداخلات کوتاه مدت:

افرادی با پیشینه ی تجربی یا گاه گاه مصرف مواد می توانند از ارزیابی و مداخلات کوتاه مدت بهره ببرند، که گزینه ای مقرون به صرفه و مؤثر در پیشگیری به شمار می آیند؛ به ویژه در مراحل اولیه ی اختلالات ناشی از مصرف مواد.

۳.۵ مداخلات حضوری در محل، و مداخلات با آستانه ی پایین:

این مداخلات می توانند به بیمارانی دست پیدا کنند که تمایل به مشارکت در اشکال ساختارمند درمان ندارند، و شامل بسته ای از اقدامات جامع برای پیشگیری از پیامدهای سلامت و اجتماعی ناشی از مصرف مواد، مانند HIV/ AIDS، و دیگر عفونت های قابل انتقال توسط خون هستند.

۳.۶ خدمات اولیه:

ضروری است ارایه ی پشتیبانی اساسی برای توقف یا کاهش مصرف مواد در منطقه/محدوده ی تحت پوشش مرکز درمان توزیع گردیده، و به شکلی گسترده در دسترس باشد؛ از جمله: سم زدایی، مداوای پرخاشگری ناشی از وابستگی به مواد مخدر و فروش آن با استفاده از دارو- درمانی و با مساعدت های روانشناختی- اجتماعی، راهبردهای بازتوانی و حمایت های اجتماعی.

۳.۷ ترک اعتیاد با نظارت پزشکی:

در برنامه های طولانی مدت که اغلب بر مدار بازتوانی و عدم استفاده از مواد تنظیم شده اند، سم زدایی یک مرحله ی آماده سازی به شمار آمده، و برای بیماران دارای وابستگی های شدید نسبت به برخی مواد (مانند مخدرها، آرام بخش ها/ مواد هیپنوتیک و خواب آور، و مشروبات الکلی) و امثال آن ضروری است. بیماران معمولاً در این مرحله دشواری های پیچیده ی مرتبط با ترک را از سر می گذرانند.

۳.۸ داروهای نگهدارنده:

در مورد وابستگی به مواد مخدر، کارآیی درمان های آگونیستی یا آنتاگونیستی در پیشگیری از عود و بازگشت اعتیاد، و تثبیت وضعیت بیمار/مراجعه کننده مبرهن و ثابت شده است. به همین دلیل، استفاده از آنها توصیه می شود.

۳.۹ مداخلات روانشناختی و اجتماعی:

یافته ها حاکی از آن هستند که مداخلات روانشناختی و اجتماعی در بازتوانی و پیشگیری از بازگشت به اعتیاد مؤثر بوده اند.

۳.۱۰ گروه های پشتیبانی خودیاری:

این ملاقات های گروهی گزینه های درمان رسمی را تکمیل می کنند و می توانند جایگزین مداخلات روان شناختی متعارف و استاندارد بشوند.

۳.۱۱ ارتباط و پیوند اجتماعی - فرهنگی:

ضروری است روش ها و راهبردهای شواهد- مدار با شرایط گوناگون منطقه ای، ملی و محل سازگار شوند و عوامل اقتصادی و نیز فرهنگی را هم در نظر داشته باشند.

۳.۱۲ انتقال دانش و یافته های پژوهش های جاری:

اجرای [گردآوری] شواهد روزآمد بالینی در شرایط و مناطق مختلف، کلید پیشبرد مستمر برنامه های درمان در دسترس بیماران است.

۳.۱۳ آموزش کارکنان حرفه ای درمانی:

به منظور گسترش روش های شواهد- مدار، ضروری است تا کارکنان حرفه ای، از همان آغاز اشتغال و نیز طی دوران تحصیل دانشگاهی شان، آموزش مستمر دریافت کنند.

نشانگان های مرتبط برای ارزشیابی تفصیلی این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان آورده شده است.

۴. حقوق بشر و کرامت بیماران /مراجعه کنندگان

خدمات درمانی [رفع] وابستگی به مواد باید با تعهدات حقوق بشر سازگار بوده و کرامت انسانی همه ی افراد را به عنوان حق طبیعی شان به رسمیت بشناسند. این مسأله پاسخگویی نسبت به دریافت بالاترین استانداردهای قابل دسترسی سلامت و تندرستی، و اطمینان از عدم وجود تبعیض را در برمی گیرد.

پوشیدگی و رازداری از بیشترین اهمیت برخوردارند. داده ها و اطلاعات مربوط به بیمار /مراجعه کننده به شدت محرمانه هستند و پیش از آن که با هر هدفی از آنها استفاده شود، از بیمار /مراجعه کننده اجازه ی کتبی درخواست می گردد.

بیماران /مراجعه کنندگان باید به طور کامل در جریان وضعیت سلامت و بهبودی خود، و نیز خط مشی مرکز قرار بگیرند. مهم است که درمان تنها در صورتی انجام پذیرد که بیمار از خط مشی مرکز اطلاع کامل داشته و رضایت خود را به دنبال آگاهی کامل از این روندها اعلام بدارد.

در تمامی مداخلات ارایه شده باید بالاترین الزامات اخلاقی رعایت گردند. نکات کلیدی عبارتند از: کاربرد و تعهد به منشور جهانی حقوق بشر و رفتار توأم با احترام و همدلی کامل با بیماران /مراجعه کنندگان. افزون بر این، طی دوران درمان شان، بیماران /مراجعه کنندگان باید از هرگونه انگ زنی یا تبعیض، یا روش های همراه با اجبار و فشار از سوی ارایه دهندگان خدمات سلامت در امان باشند. ترک وابستگی به مواد—بدون اجازه ی بیمار—تنها باید به صورت کوتاه مدت یا به عنوان آخرین راه و گزینه در وضعیت های اضطراری، که زندگی بیمار در تهدید قرار دارد، در پیش گرفته شود. لازم است در این شرایط هم مانند درمان داوطلبانه، تمامی همان استانداردهای علمی و اخلاقی رعایت شود.

در کنار همه ی آنچه گفته شد، باید فرآیندهایی برای بیماران /مراجعه کنندگان پیش بینی شوند که آنها بتوانند در صورت لزوم شکایات خود را منعکس کنند، و نیز اطمینان داشته باشند می توانند در هر زمانی درمان خود را متوقف کنند.

اصول سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با حوزه ی حقوق بشر و کرامت انسانی بیماران /مراجعه کنندگان موارد زیر را در برمی گیرد:

۴.۱ دسترسی کافی به درمان و مراقبت:

لازم است در تمامی مراحل بیماری، از دسترسی کافی به خدمات درمان و مراقبت، از جمله اقدامات پیشگیرانه نسبت به پیامدهای اجتماعی و سلامت مصرف مواد، اطمینان حاصل شود؛ چه برای بیمارانی که انگیزه ی کافی برای ترک مصرف مواد ندارند یا پس از درمان دوباره به اعتیاد بازگشته اند، و چه طی دوران بازداشت در زندان.

۴.۲ پرهیز/از تبعیض:

تبعیض به هیچ دلیلی—از جمله: جنسیت، پیشینه ی قومی، گرایش های جنسی، دین و مذهب، باورهای سیاسی، وضعیت سلامت، اقتصادی، قانونی/حقوقی و اجتماعی—نباید رخ بدهد.

۴.۳ محافظت از حقوق بشر:

حقوق بشر هرگز نباید به بهانه ی درمان مصرف مواد مخدر و بازتوانی محدود شود. روش های تحقیرآمیز یا غیرانسانی و مجازات نباید بخشی از درمان وابستگی به مواد مخدر به شمار آیند.

۴.۴ حقوق بیمار/مراجعه کننده:

درمان وابستگی به مواد مخدر باید بر اساس رازداری استوار باشد. افزون بر این، بیمار/مراجعه کننده حق آن را دارد که از وضعیت خود مطلع گردد. وی همچنین حق دارد در روند تصمیم گیری مشارکت کند.

نشانه‌های مرتبط با ارزشیابی این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان آورده شده اند.

۵. پرداختن به زیرگروه ها و شرایط ویژه

چندین گروه جمعیتی نیازمند ملاحظات، و غالباً، مراقبت های تخصصی هستند. این گروه ها نوجوانان، زنان، زنان باردار، بیماران / مراجعه کنندگان دارای ناخوشی های همزمان/عوارض جانبی پزشکی و روانپزشکی، تن فروشان اجباری، اقلیت های قومی و افرادی که به حاشیه ی جامعه رانده شده اند را در بر می گیرند. از آنجا که یک نفر می تواند به بیش از یکی از این گروه ها تعلق، و در نتیجه نیازهای متعددی داشته باشد، اعمال راهبردهای کافی و فراهم آوردن درمان مناسب برای این بیماران / مراجعه کنندگان اغلب مستلزم رویکردهای هدفمند و متمایز نسبت به [ارائه ی] خدمات برقراری تماس از گونه ای است که بهترین پاسخ را به نیازهای این گروه ها می دهد. از این رو، خدمات تخصصی برای این گروه های جمعیتی باید به دقت برنامه ریزی و فراهم شوند.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با حوزه ی پرداختن به گروههایی که بیش از همه در معرض خطر هستند موارد زیر را در بر می گیرند:

۵.۱ نوجوانان:

آموزش های ویژه باید در اختیار مشاوران، مددکاران ارایه ی خدمات حضوری / در محل، و دیگر کارکنان حرفه ای درگیر در درمان نوجوانان دارای اختلال سوءمصرف مواد قرار بگیرند. روانپزشکان و روانشناسان متخصص کودک و نوجوان باید بخشی از این تیم ها و گروه های چندرشته ای باشند. خدمات متمایز و تفکیک شده ویژه ی نیازهای بیماران / مراجعه کنندگان کم سن و سال در نخستین مراحل سوءمصرف مواد نیز توصیه می شود.

۵.۲ زنان:

بسیاری از خدمات و برنامه های درمان آن چنان طراحی شده اند که تنها نیازهای بزرگسالان مذکر را برآورده سازند. در بیشتر فرهنگ ها، زنان دارای مشکل مصرف مواد با انگ - زنی و ننگ سنگینی مواجه هستند و دسترسی محدودی به خدمات درمانی دارند. لازم است این خدمات به گونه ای طراحی و برنامه ریزی شوند که نیازهای ویژه ی زنان را نیز برآورده سازند.

۵.۳ زنان باردار:

در بسیاری از فرهنگ ها، تقریباً یک سوم افراد دارای وابستگی به مواد را زنانی که در سنین باروری به سر می برند، تشکیل می دهند. بنابراین، احتمال بارداری باید در نظر گرفته شود، و آزمایش های اختیاری بارداری باید در دسترس این دسته از زنان قرار گیرد. بارداری در این گروه های جمعیتی همواره به عنوان

خطری بزرگ باید در نظر آید. از همین رو، درمان آنان به یک حوزه ی تخصصی تبدیل شده و نیازمند رویکردی حرفه ای است که مراقبت های پیش از زایمان را نیز در خود داشته باشد.

۵.۴ افرادی با عوارض پزشکی ناشی از اعتیاد:

افرادی که دارای وابستگی به مواد هستند، باید به همان اندازه که هر شهروند دیگری در کشور از درمان و مراقبت های لازم در برابر بیماری هایی مانند HIV، هپاتیت ها برخوردار می شوند، به درمان و مراقبت نسبت به عوارض ناشی از وابستگی خود دسترسی داشته باشند.

۵.۵ افراد دارای عوارض روانپزشکی:

شیوع و گستردگی اختلالات شخصیتی، رفتاری و کلیه ی اختلالات دیگر روانی در میان بیماران / مراجعه کنندگان وابسته به مواد بسیار بالاست. می توان با انجام غربالگری نسبت به اختلالات روانپزشکی مرتبط و درمان کافی روان- داروشناختی و روان-جامعه شناختی، کارآیی خدمات درمانی ارایه شده را، ضمن در نظر گرفتن تداخل های دارویی، بهبود بخشید.

۵.۶ تنفروشان اجباری:

نسبت قابل ملاحظه ای از وابستگان به مواد را اشخاصی تشکیل می دهند که به عنوان ممری برای تأمین خرید مواد به تنفروشی اجباری روی آورده اند. این افراد به گونه ای روزافزون در معرض خطر عفونت های ویروسی، قربانی شدن، خشونت و انزوا و جداسازی اجتماعی قرار دارند.

۵.۷ اقلیت های قومی:

اقلیت ها ممکن است با محدودیت هایی ویژه در زمینه ی دسترسی به خدمات درمانی، از جمله مشکلات زبان [و ارتباطی] رو در رو گردند. ضروری است این محدودیت ها، به همراه تفاوت های فرهنگی و دینی/مذهبی هنگام سازماندهی تسهیلات درمان مورد ملاحظه واقع شوند.

۵.۸ افراد به حاشیه رانده شده در اجتماع:

بسته ی کاملی از مساعدت ها و حمایت های اجتماعی باید در اختیار بیماران معتادی که از جامعه رانده و منزوی شده یا در معرض طرد شدن هستند، قرار بگیرد تا امکان معیشت پایدار برای آنها فراهم گردد. این دسته خیابان- زیست ها، بیکاران، بی خانمان ها و یا کسانی که از خانواده های شان رانده شده اند را در بر می گیرد.

نشانگان های مرتبط برای ارزشیابی تفصیلی این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان آورده شده است.

۶. درمان وابستگی به مواد به عنوان جایگزینی برای زندان یا شرایط زندان

بیشتر نظام های حقوقی دنیا جرایم مرتبط با مواد مخدر را با افزایش [جزای] بزه کنترل می کنند. با این همه، سوءمصرف مواد باید به عنوان یک مسأله ی سلامت دیده شود و از همین رو، هر جا ممکن باشد، با سوءمصرف کنندگان مواد باید در چهارچوب نظام سلامت—و نه در نظام عدالت کیفری—برخورد شود.

در نظام عدالت کیفری، مداخلات مربوط به وابستگی به مواد باید جایگزینی برای مجازات حبس (به عنوان مثال: دادگاه های مربوط به مواد مخدر) ارایه کنند. هر جا عدول از این روش ممکن نباشد، درمان وابستگی به مواد باید طی دوره ی حبس و در داخل زندان، و نیز پس از آزادی از زندان انجام پذیرفته و ادامه یابد. هماهنگی مؤثر بین نظام سلامت و نظام عدالت کیفری لازم است تا به مسأله ی دو-وجهی جرایم مرتبط با سوءمصرف مواد و نیازهای مراقبتی از افراد دارای وابستگی به مواد پرداخته شود.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با حوزه ی درمان وابستگی به مواد در شرایط زندان موارد زیر را در برمی گیرند.

۶.۱ درمان به عنوان جایگزینی برای محدودیت های جزایی (حبس):

مجرمین دارای وابستگی به مواد مخدر باید به عنوان جایگزین حبس و یا دیگر محدودیت های کیفری به گزینه ی درمان دسترسی داشته باشند. همه ی انواع پیشگیری و درمان افراد معتاد که بیرون از نظام زندان در دسترس قرار دارد، باید در اختیار کسانی که داخل نظام زندان به سر می برند نیز باشد.

۶.۲ حقوق بشر:

افراد دارای وابستگی به مواد که در زندان به سر می برند حق آن را دارند که از درمان و مراقبت هایی که در مراکز درمانی جوامع بیرون از زندان تضمین می شود برخوردار گردند.

۶.۳ استمرار خدمات:

درمان وابستگی به مواد، به عنوان مثال متادون/بوپرنوروفین و نیز مداخلات ویژه برای کاهش رفتارهایی با احتمال خطرپذیری بالا در رابطه با بیماری های عفونی، باید در زندان فراهم گردد (مانند: برنامه های تبادل سرنگ). اگر زندانیان به ترک اعتیاد روی آورند، درمان باید به دنبال روش های بالینی مطلوب آغاز شود.

۶.۴ مراقبت مستمر در جوامع:

پس از آزادی، زندانیان با چالش ها و فشارهایی روبه رو می شوند که احتمال بازگشت آنان به راهبردهای مقابله ی پیشین، به ویژه سوءمصرف مواد را افزایش می دهند. به دنبال آزادی و ورودشان به جامعه بدون

مسکن و سرپناه، و حمایت های مالی یا پزشکی، زندانیان تمایل بیشتری به ارتکاب مجدد بزه پیدا کرده، و بیشتر در معرض سوءمصرف بیش از اندازه مواد (overdose) قرار می گیرند. به همین دلیل، برای پیوند دوباره و معنادار خلافکاران دارای وابستگی به مواد با جامعه ای که عضو آن هستند، باید از استمرار درمان اعتیاد [پس از آزادی از زندان] اطمینان حاصل شود.

۶.۵ خودداری از بازداشت و کار اجباری:

هیچ کدام از این دو از سوی دانشمندان به عنوان درمان اختلالات سوءمصرف مواد شناخته نشده اند.

نشانگان های مرتبط با ارزشیابی تفصیلی این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان آورده شده است.

۷. درمان جامعه - مدار (مبتنی بر جوامع کوچک)

پاسخ جامعه - مدار به سوءمصرف مواد و وابستگی به آن می تواند تغییرات رفتاری را ترغیب و پشتیبانی کند. چنین راهکاری می تواند به مفهوم چرخش در سمت و سوی الگوی کار از یک شیوه ی دستوری به شیوه ای تفویضی به منظور ارائه خدمات باشد، که مشارکت فعال ذینفعان محلی (سازمان های دولتی و غیردولتی، بخش خصوصی، رهبران اجتماعی و سازمان های مذهبی)، اعضای جامعه (از جمله خانواده ها) و گروه هدف را طلب می کند. به این ترتیب است که هم احساس مالکیت و تعلق خاطر در ذینفعان، و هم شبکه ای یکپارچه از خدمات مراقبت سلامت مبتنی بر جوامع کوچک استقرار می یابد.

دروندهای برنامه ریزی، موفقیت در دستیابی به اهداف و ارزشیابی خدمات باید از سوی بیماران / مراجعه کنندگان، مراقبین، خانواده ها، و هر عضو جامعه ی مربوطه پی جویی شوند. حضور فعال بیماران / مراجعه کنندگان و خانواده های شان در روند تصمیم گیری درباره ی برنامه ی درمان باید تضمین گردد.

شدیداً توصیه می شود تا راهبردی نظام مند برای مشاوره و به کارگماشتن جامعه ی محلی به منظور برنامه ریزی، دستیابی به اهداف، و ارزشیابی خدمات وجود داشته باشد. برای حصول اطمینان از انجام پذیری این مسأله، جامعه ای که از تسهیلات بهره برده است باید تعریف شده و به نیازهای ویژه ی آن در برنامه ریزی و فراهم شدن خدمات پرداخته شود. نیروی انتظامی باید مشارکت داشته و درباره ی خدمات به آنها توضیحات کافی داده شود. در شرایط آرمانی، نیروی انتظامی نیز باید از اهداف درمان پشتیبانی نماید. همکاری و مشارکت نظام عدالت کیفری نیز تشویق و ترغیب می شود.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با حوزه ی درمان جامعه - مدار شامل موارد زیر می شوند:

۷.۱ مشارکت فعال بیمار / مراجعه کننده:

هدف تشویق احساس مالکیت و تعلق خاطر، مسوولیت، تغییر در رفتار فردی، و بهبود کیفیت و استفاده از خدمات سلامت است.

۷.۲ پاسخگویی به جامعه ی محلی:

لازم است روند پدیدآوردن خدمات به گستره ی بزرگی از منافع جامعه ی محلی توجه کرده، و نسبت به آنها پاسخگو باشد. این مسأله هر روز بیش از پیش به رسمیت شناخته می شود.

۷.۳ مداخلات جامعه - مدار:

پشتیبانی جوامع محلی از افراد دارای مشکلات مواد مخدر می تواند سبب حمایت افکار عمومی و سیاست های سلامت از آنان، و کاهش تبعیض و به حاشیه رانده شدن آنها بشود.

۷.۴ یکپارچه سازی:

یکپارچه سازی درمان [وابستگی به] مواد مخدر در نظام گسترده ی سلامت و تأمین اجتماعی تغییر الگو در جامعه را سبب می شود و ترغیب می کند که در نتیجه ی آن وابستگی به مواد مخدر به عنوان اختلالی چند علتی در نظر گرفته شود.

۷.۵ پیوند و ارتباط با دیگر مؤسسات:

برقراری ارتباط بین مراکز ارایه ی خدمات درمان وابستگی به مواد، و خدمات بیمارستانی، مانند بخش های اورژانس، بیماری های عفونی، روانپزشکی و پزشکی داخلی، و نیز خدمات اجتماعی ویژه مانند [تأمین] سرپناه و مسکن، آموزش های حرفه ای و اشتغال از اهمیتی کلیدی برخوردار است.

۷.۶ مشارکت سازمان های غیردولتی:

سازمان های مردم نهاد (سَمَن ها یا همان NGOها) می توانند به ویژه در روند ارتقاء درمان و تسهیل گری بازتوانی و پیوند دوباره [ی افراد دارای وابستگی به مواد] نقش به ویژه مهمی ایفا نمایند.

نشانگان های مرتبط با ارزشیابی تفصیلی این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان آورده شده است.

۸. مدیریت و زمامداری بالینی

خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر نیازمند راهبردهای پاسخگو و مؤثر در زمینه ی زمامداری بالینی هستند، که دستیابی به اهداف مربوطه را تسهیل کنند. سازماندهی خدمات لازم است شواهد جاری پژوهش ها را منعکس کرده، و به نیازهای بیماران/ مراجعه کنندگان پاسخگو باشند. سیاست های درمان، برنامه ها، فرآیندها و ساز و کارهای هماهنگی ها باید پیشاپیش تعریف شده و به روشنی با تمامی اعضای تیم های درمانی، اداری و پشتیبانی و نیز گروه های هدف در میان گذاشته شوند.

افزون بر این، پیشنهاد می شود برنامه ای واضح و ملموس برای ارجاع موارد اضطراری وجود داشته باشد. یکی از کارکنان حرفه ای بخش سلامت (پزشک) باید در پایگاه حاضر، یا به محض فراخوانده شدن، آماده ی حضور در آنجا باشد. توصیه می شود پیشینه های بیماران / مراجعه کنندگان، معیارهای کتبی پذیرش یا ترخیص، پروتکل های تعریف شده ی دارویی یا رهنمودهای لازم برای نسخه پیچی داروها و دیگر مداخلات اجتماعی همگی پیش بینی گردند.

پیوند به خدمات در دسترس در جامعه ی محلی، از جمله خدمات پزشکی و روان-جامعه شناختی، نظام عدالت کیفری، سازمان های دولتی و غیردولتی نیز باید فراهم باشد.

نظارت و بازبینی موردی باید از سوی مرکز فراهم شده، و کمک و پشتیبانی باید، با اجازه ی رسمی بیمار / مراجعه کننده، به خانواده ی وی ارایه شود. براساس بازخوردی که از بیماران / مراجعه کنندگان، بستگان آنها و جامعه ی محلی گرفته می شود، باید خدمات به طور مستمر بازبینی و روزآمد شوند. همچنین، نتایج فرآیندهای ارزشیابی می تواند به بهتر شدن کیفیت خدمات یاری رساند؛ از همین رو، انجام ارزشیابی ها توصیه می گردد.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط با مدیریت و زمامداری بالینی شامل موارد زیر می شوند:

۱.۱ پروتکل های خدماتی مربوط به سیاست های خدماتی:

پروتکل ها درک مشترکی از فلسفه ی برنامه های درمان، اهداف بلند مدت و مقاصد، مدیریت راهبردی، رویکرد درمانی، جمعیت هدف، برنامه ها و فرآیندها را مشخص و تسهیل می کنند.

۱.۲ پروتکل های درمانی:

این پروتکل ها، اسنادی کتبی هستند که جزییات فرآیندهای ارزیابی، برنامه ریزی مراقبت و فراهم کردن درمان را دربر می گیرند.

۱.۳ کارکنان واجد شرایط:

نقش کارکنان و مسوولیت های آنان به روشنی تعریف شده، و به منظور ارایه ی خدمات با کیفیت بالا، لازم است آنها به طور مستمر به تحصیلات و آموزش های مناسب گمارده شوند.

۱.۴ نظارت:

روش های ویژه ای از پشتیبانی برای کارکنان وجود دارد که از فرسودگی شغلی آنان پیشگیری می کند. هر گروه حرفه ای به آموزش های ویژه برای کار موفقیت آمیز با افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد مخدر احتیاج دارند، و سیاست های ملی می توانند معیارها و سنجه های تحصیلی جاری مورد نیاز را مشخص کنند، تا قابلیت های کارکنان حرفه ای [درمان] وابستگی به مواد مخدر استاندارد شده و گواهی گردد.

۱.۵ منابع مالی:

منابع پایدار اعتباری، به میزان کافی، لازم هستند تا دستیابی به خدمات مناسب را تضمین نمایند. سازوکارهای مناسب پاسخگویی و مدیریت مالی نیز باید وجود داشته باشند.

۱.۶ ساختار ارتباطی:

ارتباطات و شبکه سازی بین درمان وابستگی به مواد و دیگر خدمات لازم است، تا از ارجاع کارآمد و استمرار مراقبت اطمینان حاصل گردد.

۱.۷ نظام پایش:

این عنصر محوری هر رسته از خدمات درمانی است و می کوشد تا چگونگی تأمین خدمات و رسیدگی به نیازهای بیماران / مراجعه کنندگان را بازبینی نموده، و ارزشیابی و بازخورد در زمینه ی خدمات و نظام اجرایی را به منظور ارزیابی کیفی فراهم کند.

۱.۸ منابع انسانی:

شرایط کاری کارکنانی که خدمات درمان را ارایه می کنند باید با نیازهای مشخصی همخوانی داشته باشد؛ مانند: ساعت های مشخص کاری، حقوق ثابت، و نیز در نظر داشتن نسبت متناسب از [تأثیر] نظر مراجعه کنندگان و کارکنان.

نشانه های مرتبط با ارزشیابی تفصیلی این موارد در پرسشنامه ی شبکه ی درمان آورده شده اند.

۹. ایجاد سیاست و خط مشی، برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی خدمات

نظام پایش عنصری محوری در خدمات درمانی است که ارزشیابی کارآیی و تأثیرگذاری این خدمات را در پاسخگویی به نیازهای بیماران/ مراجعہ کنندگان ممکن نموده، و به منظور ارزیابی کیفی، امکان دست یافتن به بازخوردهای مربوط به خدمات و نظام اجرایی آنها را فراهم می کند. نظام ثبت داده ها، شامل اطلاعات درباره ی بیماران/ مراجعہ کنندگان، خدمات ارائه شده، مدیریت منابع انسانی، و فیش های پرداخت حقوق همگی باید همگی محرمانه تلقی شوند.

این تسهیلات باید نظامی ساختارمند برای گردآوری داده ها و تحلیل آنها داشته، و با معیارهای ملی و بین المللی هماهنگ باشند. همچنین، باید گزارشی سالانه از روندها و برآیندهای درمان تسهیلات تهیه گردد.

ارزشیابی درمان باید بخشی پیوسته با فرآیندهای معمول و رایج (روتین) باشد و نیز، باید بودجه ی مورد نیاز آن نیز باید فراهم گردد. مدیریت و منابع انسانی مرکز درمانی نیز باید از ارائه ی بهترین خدمات و نیز شفافیت کارآمد مدیریت مالی اطمینان حاصل نمایند.

توصیه می شود ارائه کنندگان خدمات در مرکز ارائه تسهیلات درمانی از هر دو جنس زن و مرد انتخاب شوند. دست کم یکی از کارکنان باید بر اساس بسته ی آموزشی شبکه ی درمان دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (یا دوره های متعارف و شناخته شده ی دیگر)، و نیز ساز و کار فعالیت مستمر در ارائه ی خدمات آموزش دیده باشد. همه ی کارکنان باید برای ارائه ی خدمات مورد نظر واجد شرایط مناسب باشند.

سنجه های کیفیت شبکه ی درمان مرتبط به حوزه ی ایجاد سیاست و خط مشی، برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی خدمات شامل موارد زیر می شود:

۹.۱ سیاست چند بخشی درمانی:

سیاست های مؤثر در زمینه ی کنترل مواد مخدر جامع هستند و نقش و مسوولیت های همه ی شرکای مرتبط، از جمله بخش سلامت، بهزیستی، کار [و اشتغال]، عدالت کیفری، و جامعه ی مدنی را تعریف و معین می کنند. افزون بر این، یک سیاست خوب درمانی بر اساس شواهدی مانند کارآیی و مقرون به صرفه بودن پایه گذاری می شود.

۹.۲ پیوند با پیشگیری:

خدمات و نظام های درمانی هنگامی که به موازات / در ارتباط با مداخلات پیشگیرانه گره خورده و پدید آورده می شوند، دامنه ی عمل گسترده تری خواهند داشت. این مداخلات پیشگیرانه باید بر تأمین دانش و

آگاهی، مهارت ها و فرصت هایی برای جوانان، بزرگسالان و جوامع کوچک متمرکز شوند، تا آنها از رفتارهای پرخطر بپرهیزند و سبک زندگی سالمی را برگزینند.

۹.۳ / ارزیابی وضعیت:

درک انواع افراد مددجو، الگوهای استفاده از مواد مخدر در آنها، این که چگونه این الگوها طی زمان و در هر گروه جمعیتی ای تغییر می کنند، و ترجیحات شان در زمینه ی انواع درمان ها در برنامه ریزی درمان وابستگی به مواد مخدر از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۹.۴ هماهنگی و توازن:

در یک نظام جامع و همه جانبه ی درمانی، سطوح گوناگونی خدمات، از درمان های بسیار تخصصی تا مراقبت های اولیه، در دسترس قرار دارند.

۹.۵ تسلسل مراقبت:

یک سیاست و خط مشی خوب درمان وابستگی به مواد باید سازوکارهایی را برای هماهنگی خدمات تعیین کند که بتوانند انتقال و تبدیل این خدمات به برآیندهای بهتر بالینی را تضمین نمایند.

۹.۶ رویکرد چندرشته ای:

به کارگیری گروه های حرفه ای گوناگون از اهم اصول یک نظام همه جانبه ی درمان است. در چنین نظامی، بخش هایی مانند کارکنان پزشکی، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، درمانگران حرفه مدار، مددکاران عدالت کیفری، سازمان های مردم نهاد، و دیگران جای دارند.

۹.۷ ظرفیت سازی:

لازم است دولت و مؤسسات آموزشی چنان برنامه ریزی کنند که تضمین شود در آینده کارکنان مجرب آموزش دیده ای در اختیارشان خواهند بود.

نشانگان های مرتبط با ارزشیابی تفصیلی این موارد در پرسشنامه ی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان آورده شده اند.

پیوست ۱. رهنمودهای ارزیابی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان

این ابزار ارزیابی از سوی کارشناسان و متخصصان شهیر بین المللی در همکاری با کارشناسان منطقه ای از کشورهای شرکت کننده پدیدآورده شده است تا نیازهای ویژه ی هر منطقه ی پروژه ای را برآورده سازند. ابزار یادشده ارزیابی کیفیت خدمات ارایه شده در هر یک از پایگاه های شبکه ی درمان و نیز شناسایی ناحیه هایی که نیازمند پیشرفت هستند را امکان پذیر می کند.

هدف پرسشنامه ی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان

با استفاده از این پرسشنامه، مراکز درمانی در کشورهای شرکت کننده فرصت آن را دارند تا محدوده ای را که عملاً در آن درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات مراقبتی شواهد- مدار، مقرون به صرفه، و قابل دسترسی را ارایه می دهند ارزیابی کنند. پرسشنامه باید بتواند به کاهش پیامدهای منفی سوءمصرف مواد در حوزه های سلامت و اجتماعی کمک کند، مانند پیشگیری از HIV/AIDS. این ابزار را همچنین می توان به عنوان وسیله ای جهت ارزشیابی کلی و راهنمایی به منظور تقویت درمان وابستگی به مواد مخدر و مراقبت در استانداردهای بالاتر، و در هرگونه تسهیلات عرضه کننده ی خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر را در هر کجای جهان، به کار برد.

رهنمودها: چگونه پرسشنامه ی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان را به کار ببریم؟

در پروژه ی درمان، هر یک از پایگاه های شبکه ی درمان دوبار در معرض ارزیابی قرار خواهند گرفت: نخست، در آغاز فعالیت های پروژه، و سپس، ۱۲ ماه بعد در هنگام تکمیل راهبردهای بهبود خدمات. پیش از تکمیل بررسی ها، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد ناظرانی را انتخاب خواهد کرد که این ابزار را در همکاری با هماهنگ کننده ی منطقه ای مسوول شبکه ی درمان به کار خواهد برد. در مورد فرآیند ارزیابی، کارکنان ناظر برگزیده شده از تسهیلات درمانی دیدار خواهند کرد. در صورتی که ناظر ضروری بداند، ممکن است پرونده ها و اطلاعات ثبت شده ی بیماران/ مراجعه کنندگان را درخواست کند، یا مصاحبه هایی با مدیران برنامه، کارمندان بخش درمانی، بیماران/ مراجعه کنندگان یا هر کس دیگری که بتواند اطلاعات مرتبط را ارایه دهد، برگزار کنند.

همانطوری که در بالا گفته شد، پرسشنامه می تواند به منظور ارزشیابی داخلی یا نظارت مکرر بر مرکز درمانی به کار رود، و شاید از سوی کارکنان در هر زمانی و هر مرکزی مورد استفاده واقع شود. پرسشنامه ی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان از سه بخش اصلی تشکیل شده اند که یک دیگر را تکمیل می کند:

- بخش یکم. اطلاعات کلی درباره ی تسهیلات درمانی
- بخش دوم. توصیف تسهیلات درمانی
- بخش سوم. ارزیابی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان

بخش یکم. اطلاعات کلی درباره ی تسهیلات درمانی

دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد از شما درخواست می کند که، در زمان تکمیل فرم ارزیابی، به فرآیندهای متعارف و استاندارد احترام بگذارید.

مکان: لطفاً نشانی کامل، شماره ی تلفن، نمابر، ایمیل، و نشانی وبسایت خود را اعلام کنید.

نام رسمی: لطفاً نام رسمی تشکیلات را ذکر کنید، و بگویید آیا شعبه ای از سازمان بزرگتری هست یا نه.

تاریخ تأسیس: بر اساس آنچه در مدارک ثبتی آمده است.

نوع تأسیس: لطفاً بگویید برنامه دولتی است یا خصوصی؟

کارشناسان مسوول: لطفاً خانه ی مناسب را در جدول علامت بزنید، از جمله: نام، حرفه و تاریخ استخدام افرادی که مسوولیت های اجرایی را در برنامه بر عهده دارند.

پرسشنامه توسط این فرد تکمیل شد: لطفاً خانه ی مناسب را در جدول علامت بزنید، و نام خود، مقام و

تاریخ تکمیل این فرم را بنویسید.

بخش دوم. توصیف تسهیلات درمانی

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد با احترام از شما درخواست می کند که فرآیندهای متعارف زیر را در هنگام تکمیل ارزیابی هستید رعایت فرمایید.

۲.۱. سطح مراقبت: برای توضیح، لطفاً به سطح مرتبط به توضیحات مربوط به مراقبت و ظرفیت درمانی (مانند شمار جاهای خالی در حال حاضر) توجه کنید.

سطح مراقبت

هدف این قسمت بررسی پژوهش درباره ی چهارچوب های نهادینه، یا برنامه ای است که فعالیت های درمانی درون آنها جای گرفته اند. برخی تشکیلات تنها قادر به فراهم کردن یک دسته از خدمات هستند، در حالی که دیگران می توانند برنامه هایی یکپارچه در چندین سطح ارائه دهند.

سطح ۱. بیماران/مراجعہ کنندگان سرپایی

گروه هدف	شرح خدمات
<ul style="list-style-type: none"> • افرادی که تحت تأثیر سوءمصرف مواد قرار گرفته اند و/یا وابستگی داشته و در معرض درمان رسمی قرار نگرفته اند. • بیماران / مراجعه کنندگان دریافت کننده ی مداخلات برای کاهش پیامدهای منفی وابستگی به مواد در حوزه های سلامت و اجتماعی. • بیماران/مراجعه کنندگانی که درجه ی شدت وابستگی های آنها می توند با منابع در دسترس مدیریت شود، یا از درمان در سطحی بسیار جدی تر برخوردار شده اند، و هم اکنون به سطحی رسیده اند که می توانند از این سطح مراقبت سود ببرند، از جمله: بیماران/مراجعه کنندگانی که "تشخیص داده شده دچار ناراحتی های دوگانه هستند"، یا دچار اختلالات ملایم (یا شدیدتر، اما تثبیت شده تر) روانی هستند. 	<ul style="list-style-type: none"> • درمان حضوری در محل • مرکز گذری • اقامت محدود • تکرر: هفتگی یا یک روز در میان، روزانه برای مراجعه کنندگان درمان نگهداری با متادون • مثال: مشاوره ی بیماران سرپایی، شامل درمان روانشناختی - جامعه شناختی، خدمات اجتماعی بیشتر و افزون تر

سطح ۲: بیماران سرپایی/بستری محدود	
گروه هدف	شرح خدمات
بیماران/مراجعه کنندگانی که شدت تشخیص داده شده ی وابستگی شان از طریق برنامه ی درمان	<ul style="list-style-type: none"> • درمان در محیط های غیرمسکونی، مانند مراکز/تسهیلات مراقبت های سلامت اولیه

<p>سرپایی قابل مدیریت است. بهترین گزینه برای افرادی که نیازمند مراقبت های شدید هستند، که می تواند به شکل روزانه و طی جلسات چند ساعته محقق گردد. این سطح می تواند شرایط عادی، عناصری از برنامه های ساختارمندتر داشته باشد که نیازمند اقامت طولانی تر هستند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • استقرار برای مدت چند ساعت، ساعات صبح، بعداز ظهر یا هر دو؛ تکرر: روزانه • مثال: درمانگاه های روزانه / مرکز گذری
سطح سه: تسهیلات اقامتی	
<p style="text-align: center;">گروه هدف</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی که پیامد های سوءمصرف مواد در آنها بسیار مشهود و مشخص است، و دچار سطح بالایی از آسیب های بالقوه هستند؛ که خود انگیزه و پیشگیری از عود اعتیاد را دشوار یا بی تأثیر می کند. • افرادی که اختلالات شناختی موقت یا دائمی شان با روابط متقابل بیمار و مهارت های مقابله ای/ از عهده بر آمدن وی تداخل پیدا می کنند. • افرادی دارای مشکلات مشخص جدی پزشکی، روانشناختی، و اجتماعی، که مقابله با آنها نیازمند درمان جامع، چندبعدی و بلند-مدت است. • افرادی که محیط زندگی شان دارای روابط متقابل خطرناک یا مسموم، پرهرج و مرج یا حتی همراه با تعدی و سوءاستفاده است. • افرادی که دارای پیشینه های متعدد طولانی درمان، مشکلات با نیروی انتظامی، عملکرد کاری یا تحصیلی ضعیف، یا دارای ارزش های ضد اجتماعی هستند. 	<p style="text-align: center;">شرح خدمات</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان بیماران بستری – طول اقامت بر اساس قضاوت بالینی مشخص می گردد. • تأکید بر اقامت مدت دار و ساختارمند • شامل مراقبت هایی می شود که نوعاً در شرایط اقامت مراجعه کننده در تسهیلات درمانی می شود، مانند مراقبت های حرفه ای پزشکی، روانپزشکی، روانشناختی، پایش داروها، ارزشیابی، درمان، بازتوانی، رویکردهای خانواده –محور، و غیره. • مشاوره ی روان – درمانی
سطح ۴: بیمارستان	

<p style="text-align: center;">گروه هدف</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی که به ویژه دچار گونه ای جدی از اختلال بوده، و یا در گروهی به شدت در معرض خطر قرار گرفته اند و نیازمند سم زدایی همراه با کمک دارویی هستند. • نیازهای منبعث از اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد، همراه با مشکلات ملایم /تعدیل یافته یا شدید پزشکی یا بهداشت روانی. • اختلالات نیمه حاد پزشکی یا روانی که نیازمند همه ی منابع در دسترس در یک بیمارستان عمومی یا تخصصی هستند. 	<p style="text-align: center;">شرح خدمات</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان همراه با بستری • تأکید بر مراقبت عمومی یا تخصصی پزشکی • شامل مراقبت هایی که نوعاً در شرایط اقامت/بستری شدن بیمار فراهم می شود، مانند مراقبت های پزشکی، روانشناختی، روانپزشکی، سم زدایی، پایش داروها، ارزشیابی، درمان، بازتوانی، رویکردهای خانواده محور، و غیره، تحت نظارت یکی از کارکنان حرفه ای و معتبر حوزه ی سلامت. • مثال: محیط /شرایط کوتاه یا میان مدت بستری، که مدیریت و نظارت پزشکی بر آن اعمال گردد.
مداخله در شرایط اضطراری /بحران	
<p style="text-align: center;">گروه هدف</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیماران/مراجعه کنندگانی که دچار عوارض زوال زیست شناختی، روان شناختی، یا شرایط اجتماعی حاد شده اند و نیازمند مراقبت های پزشکی و پرستاری آنی هستند. • بیماران/مراجعه کنندگانی که با نشانه های مسمومیت یا دچارعارضه ی ترک شدید شده باشند، که احتمال خطر بروز ناراحتی های جدی را برای شان پدید آورده، و نیازمند مراقبت از سوی یکی از اعضای مجرب و آموزش دیده ی حوزه ی سلامت (پزشکان یا پرستاران) است، که بتوانند مراقبت های مستمر ۲۴ ساعته بر اساس پروتکل های مداخلات ویژه فراهم کنند. این چنین مداخلاتی همه ی منابع فراهم آمده از سوی بیمارستان ها که مختص بخش مراقبت های 	<p style="text-align: center;">شرح خدمات</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات مراقبتي اضطراری که در تمامی سطوح برای درمان دشواری های حاد ناشی از سوءمصرف مواد باید در دسترس باشند، آن هم در شرایطی که مهم ترین نگرانی خطر حتمی یا قریب الوقوع نسبت به زندگی بیمار است؛ از همین رو، فناوری مورد نیاز از نوع پزشکی عمومی یا تخصصی است. • مثال: بخش اورژانس بیمارستان عمومی

۲.۲ سیاست‌ها و خط‌مشی‌های عمومی: بررسی کنید تا مطمئن شوید تمامی اسناد قانونی مربوط به عملیات برنامه با معیارهای و سنج‌های جاری همخوانی داشته، نسخه‌هایی از اسناد در دسترس بوده و به پرونده الحاق شده‌اند. همچنین، از این مسأله اطمینان حاصل نمایید که اطلاعات درباره‌ی کارکنان و شرح سوابق و زندگی‌نامه‌ی آنها به همراه مدارک مربوطه‌شان موجود است.

۲.۳ سازماندهی: مطمئن شوید که فهرستی تفصیلی از بخش‌های برنامه‌ی درمانی؛ دستورنامه‌ی سازمانی و عملیاتی، و نیز نمودار سازمانی موجود هستند، و نیز نسخه‌های رونوشت برابر اصل شده‌ی فرم‌های پذیرش و ثبت نام، دستورنامه‌ی برنامه‌ی درمان، و قراردادهای درمانی در دسترس باشند.

۲.۴ تأمین/اعتبار: لطفاً منابع مناسب مالی را علامت‌بزنید:

الف. منابع فردی (عمومی): که به طور کامل به اعتبارهای تخصیص یافته از سوی بخش دولتی وابسته هستند.

ب. منابع فردی (خصوصی): که به طور کامل به منابعی که از سوی خود سازمان فراهم شده وابسته هستند.

پ. درآمد‌های تکمیلی: مساعدت و حمایت مالی از سوی بخش‌های دولتی و خصوصی، و از طریق همکاری‌های بین‌المللی.

ت. هزینه‌ی [تمام شده درمان] هر بیمار: برآورد متوسط هزینه‌های درمان برای هر بیمار در هر ماه (بر اساس دلار آمریکا و واحد پول محلی).

۲.۵ آمار: لازم است کیفیت نظام اطلاعات موجود در پایگاه شبکه‌ی درمان، براساس مدارک و مطالب مُعین (شواهد پشتیبانی) و با توجه به اعتبار و قابلیت اطمینان داده‌های تأمین شده، ارزشیابی بشود:

الف. برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه و بازآموزی برای مدیران [گردآوری] داده‌ها؛

ب. چگونگی پردازش اطلاعات (مانند فرم‌ها، پایگاه داده‌ها)

پ. پردازش به موقع اطلاعات.

اطلاعات آماری

لطفاً، در پرسشنامه ذکر کنید آیا داده‌های درمانی گردآوری شده در پایگاه (مانند دیگر داده‌هایی که ممکن است در برنامه مورد استفاده قرار گیرند) به شکل رسمی و به طور مرتب به مقامات مسوول سلامت عمومی (وزارت بهداشت، برنامه‌های بهداشت روانی، غیره) ارسال می‌شوند تا به منظور جمع‌آوری انبوه داده‌های

آماري حفظ شوند، يا خير. يك نسخه از فرم حاضر، كه براي اهداف تشخيصي به كار برده شده، والگوي دسته بندي اسناد، به عنوان مرجع، بايد در دسترس قرار داشته باشد. [اعمال] دسته بندي بين المللي بيماري ها (نسخه ي بازبيني شده ي ICD- 10a) اختياري است. با اين همه، از هر نظام دسته بندي ديگري هم مي توان استفاده كرد، به شرطي كه مفهوم عبارت بخوبي توضيح داده شود.

۲.۶ جمعيت هدف: در اينجا، پرسشنامه سوال مي كند كه آيا خدمات به افراد، زوج ها يا خانواده ها ارايه مي شوند، يا آيا تسهيلات تخصصي به گروه ويژه اي از جمعيت اختصاص يافته اند.

۲.۷ خدمات /ارايه شده: لطفاً انواع خدماتي را كه از سوي مركز درماني ارايه مي شود ذكر كرده، و پاسخ خود را از ميان گزينه هاي زير تعيين كنيد:

تعريف خدمات ارايه شده	
۱. تسهيلات درمان اوليه	خدمات مراقبتي در اختيار استفاده كنندگان كه در مرحله ي حادّ هستند قرار مي گيرد، پيش از آنكه آنان به بخش درماني پذيرش شوند. آنها در رابطه با بازگشت از وابستگي و ورود به درمان از مساعدت برخوردار مي شوند.
۲. مديريت بازگشت از وابستگي و سم زدائي	مديريت بازگشت از وابستگي و مسموميت هاي حادّ، با بهره بردن از مساعدت مشورتي حرفه اي (سم شناختي)، كه معمولاً براي مدت هاي كمتر از يك ماه صورت مي پذيرد.
۳. بازتواني	برنامه اي ميانجي، كه هدف آن پذيرگيري از عود اعتياد است.
۴. معيشت پايدار	پيوند اجتماعي دوباره و اقدامات حمايتي براي موفقيت بيمار/ مراجعه كننده در بازار كار، حمايت اجتماعي و يافتن مسكن
۵. مشاركت خانواده ها	با درخواست بيمار/مراجعه كننده، خانواده ي وي در درمان مشاركت خواهند داشت.
۶. كمك حقوقي [قضايي]	خدماتي كه در پاسخ به نيازهاي آن دسته از بيماران/ مراجعه كنندگان داراي وابستگي به مواد مخدر به ارايه مي شود كه مرتكب بزه يا جرمي در ارتباط با پيشينه

ی سوءمصرف مواد مخدر خود شده اند.	
مشاوره، حمایت روانشناختی، آگاهی و اطلاعات و درمان های [اروانی] خانوادگی	۷. پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر
فعالیت هایی که برای تشویق بیماران/مراجعہ کنندگان طراحی می شود تا آنها را به سبک زندگی سالم بازگرداند و پیوند دهد.	۸. تثقویت سلامت
لطفاً دیگر خدمات را ذکر کنید.	۹. سایر

۲.۸ /هدف درمان: اهدافی که مقصد مداخلات درمانی واقع می شوند (استفاده از مواد مخدر، سبب ها یا پیامد های آن).

۲.۹ مداخلات فراهم شده: لطفاً نوع مداخلات درمانی ای را که در این پایگاه برای هر یک از مراحل مراقبتی انجام می گردد از طریق انتخاب هر یک از گزینه های زیر بیان کنید.

تعریف مداخلات ارایه شده	
ارزیابی های اولیه در زمینه ی سلامت، شامل ارزیابی عوارض جسمانی و روانی و وضعیت اجتماعی بیمار، و انجام آزمایش غربالگری از طریق انجام آزمایش ادرار به منظور کشف سوءمصرف همزمان. درمان بر اساس فرآیندهای متعارف و استاندارد جامع طراحی و آغاز می گردد.	۱. مرحله ی ابتدایی
مراقبت های فوری پزشکی می توانند به طور آنی اجرا گردند.	۲. مرحله ی حادّ
الف) پشتیبانی: ارزشیابی و پشتیبانی از روند سم زدایی و تثبیت ب) مداخله: دستیابی و تثبیت ترک [اعتیاد]، درمان های دارویی یا روانشناختی و حمایت اجتماعی پ) تثبیت: نگهداری حالت ترک / تثبیت که بیمار به آن دست یافته است، که شامل هدف محافظت و تقویت ترک مواد تحت درمان های دارویی می شود.	۳. مرحله ی میانی - گام های نخست - گام های دوم
الف) پایش: فعالیت هایی که ترک و بهبودی را	مرحله ی پیگیری

<p>پایش می کنند، که شامل توجه به خانواده، دیدار از خانه [ای بیمار]، محل کار یا تحصیل وی، و نیز پایش او از نظر سم شناسی می گردد.</p> <p>ب) درمان نگهداری: متادون و بوپرنورفین، یا نالتریگزون برای وابستگان به مواد مخدر، به منظور دست یافتن به تثبیت و ترک مصرف همزمان مواد مخدر</p> <p>پ) پیشگیری از بازگشت به سوءمصرف مواد: فعالیت هایی که طراحی شده اند تا از بازگشت بیمار به سوی سوءمصرف مواد یا فعالیت های مرتبط پیشگیری کنند.</p> <p>ت) حمایت عملی: مداخلات طراحی شده برای حمایت از تلاش برای تغییر به سبک زندگی عاری از سوءمصرف مواد یا با میزان مصرف کاهش یافته</p> <p>ث) معیشت پایدار: اقدامات حمایتی شامل آموزش های حرفه ای، کمک مسکن، مساعدت و پشتیبانی های حقوقی و اجتماعی.</p>	
--	--

۲.۱۰ منابع و تدارکات موجود: حصول اطمینان از این که منابع و تدارکات لازم برای اجرای ملاحظات جهانی سازمان بهداشت جهانی (WHO) کافی و در اختیار قرار دارند. همچنین، وسایل اولیه ی دفتری باید در دسترس، و اتاق ها باید به شکل لازم و مناسب تقسیم بندی شده باشند تا حریم بیماران/ مراجعہ کنندگان حفظ گردد.

بخش ۳. ارزیابی سنجہ های کیفیت شبکه ی درمان

معیارهای مختلف خدمات ارایه شده در تسهیلات و مرکز درمان با استفاده از مقیاس کیفی ای که در پی می آید، ارزیابی می گردند. به موازات تکمیل ابزار/ارزیابی شبکه درمان ۲، لطفاً فضای پیش بینی شده برای هر مورد و زیرشاخه های هر یک را به دنبال [خواندن] توضیحات روبروی شان پر کنید.

لطفاً، دقت کنید: اگر به موردی برخورد کردید که زیرشاخه دارد، لطفاً پیش از آن که به مورد بعدی بپردازید، نگاهی به رتبه بندی های خود انداخته، و بررسی کنید آیا رتبه بندی کلی شما از آن مورد با رتبه بندی تان از زیرشاخه ها همخوانی دارد یا نه.

به اندازه ی کافی برآورده شده: اگر فکر می کنید که معیار مورد نظرتان به اندازه ی کافی برآورده شده، این گزینه را انتخاب کنید.

به اندازه ی کافی برآورده نشده: اگر فکر می کنید که تنها بخشی از /به طور ناکافی معیار مورد نظرتان برآورده شد، این گزینه را انتخاب کنید.

برآورده نشده: اگر فکر می کنید معیار شما برآورده نشده، این گزینه را انتخاب کنید.

صدق نمی کند: اگر فکر می کنید این معیار در مؤسسه ی شما صدق نمی کند یا کاربردی ندارد، این گزینه را انتخاب کنید، و دلیل آن را در فضای مربوطه وارد کنید.

در صورت ارجاع در دسترس است: این گزینه را در حالتی انتخاب کنید که معیار مورد نظر در مؤسسه ی شما از طریق ارجاع قابل دستیابی باشد، یا در صورتی که خدمت موردنظر به بیماران/مراجعه کنندگان ارائه شده، اما نه مستقیماً و نه در مؤسسه ی شما.

نظرات: در صورتی که گزینه های ۵ و ۴ را انتخاب کرده باشید، از این فضا برای ابراز نظرات خود استفاده کنید، یا اگر فکر می کنید لازم است اطلاعات بیشتری را برای توضیح انتخاب یک گزینه ی مشخص اضافه کنید. همچنین، در برخی موارد از شما خواسته می شود اطلاعات را در این فضا به صورت خاص و ویژه توضیح دهید.

پیوست ۲: پرسشنامه ی ارزیابی خدمات و برنامه های درمان سوءمصرف مواد مخدر

بخش ۱. اطلاعات عمومی			
مکان:			
آدرس:			
شهر:		کد پستی	
استان:			
کشور			
تلفن:			
نمابر (در صورت وجود)			
ایمیل (در صورت وجود)			
وبسایت (در صورت وجود)			
نام رسمی			
آیا این مؤسسه بخشی از/وابسته به سازمان بزرگتری است؟ بله/ خیر			
اگر پاسخ شما "بله" است، نام آن مؤسسه را ذکر کنید.			
تاریخ تأسیس			
نوع برنامه/مرکز درمان (لطفاً مربع های مربوطه را علامت بزنید)			
<input type="checkbox"/>		دولتی	
<input type="checkbox"/>		خصوصی انتفاعی	
<input type="checkbox"/>		خصوصی غیرانتفاعی (NGO)	
<input type="checkbox"/>		سایر (لطفاً توضیح بدهید)	
کارشناسان مسوول			
مقام	نام	حرفه	مدت اشتغال در این مقام

تکمیل پرسشنامه توسط:			
نام:		تاریخ	
مقام/عنوان			
امضاء			

بخش ۲. توصیف تسهیلات درمان			
لطفاً بررسی کنید آیا هیچ یک از بخش های زیر درباره ی تسهیلات درمانی شما صدق می کند یا خیر.			
ظرفیت درمان (تعداد پذیرش)		۲.۱. سطح مراقبت ها	
نظرات			
شمار بیماران/مراجعه کنندگان:		الف) سطح ۱: بیماران سرپایی (شامل درمان در محل/حضوری، و مرکز گذری)	
شمار بیماران/مراجعه کنندگان:		ب) سطح ۲: بیماران سرپایی در وضعیت تشدید شده/بستری نسبی	
شمار بیماران/مراجعه کنندگان:		پ) سطح ۳: جوامع اقامتی / درمانی (گاه این مراکز در بیمارستان ها مستقر هستند)	
شمار بیماران/مراجعه کنندگان:		ت) سطح ۴: بیمارستان	
شمار بیماران/مراجعه کنندگان:		ث) وضعیت اضطراری/ مداخله ی زمان بحران:	
نظرات:	خیر	بله	۲.۲. خط مشی ها و سیاست های کلی مرکز درمانی:
تاریخ آخرین بازبینی و ویرایش:			الف) منشور کتبی یا آیین نامه ی تأسیس
تاریخ صدور مجوز:			ب) اجازه ی معتبر و کتبی برای فعالیت از سوی مقامات مسوول
تاریخ انقضای مجوز:			در وزارت بهداشت
تاریخ ثبت:			
تاریخ انقضای مجوز:			
تاریخ ثبت:			در کمیسیون (ستاد) مبارزه با مواد مخدر

تاریخ انقضای مجوز:			
لطفاً با جزییات بنویسید:			سایر
تاریخ ثبت:			
تاریخ انقضای مجوز:			
نظرات:	خیر	بله	۲.۳. سازمان ساختار و فرآیندهای سازمان به شرح زیر هستند:
مدت اشتغال			الف) مدیر مسوول اداری
مدت اشتغال			ب) مدیر مسوول فنی
آخرین بازبینی و ویرایش			پ) دستورنامه ی کتبی سازمانی و عملیاتی
آخرین بازبینی و ویرایش			ت) خط مشی مربوط به خدمات اداری به صورت کتبی
آخرین بازبینی و ویرایش			ث) خط مشی مربوط به حصول اطمینان از ایمنی بیماران و کارکنان به صورت کتبی
آخرین بازبینی و ویرایش			ج) دستورنامه ی کتبی برنامه ی درمان
آخرین بازبینی و ویرایش			خط مشی مربوط به پروتکل پذیرش به صورت کتبی، شامل ترخیص داوطلبانه و غیر داوطلبانه
آخرین بازبینی و ویرایش			قرارداد درمان به صورت کتبی موجود است
آخرین بازبینی و ویرایش			قرارداد مدیریت شرایط اضطراری به صورت کتبی موجود است
آخرین بازبینی و ویرایش			قراردادهای مربوط به پروتکل های ارجاع به صورت کتبی موجود است
نظرات	خیر	بله	۲.۴. تأمین اعتبار
به دلار آمریکا:			الف) منابع (دولتی). منبع را ذکر کنید:
به واحد پول ملی:			
به دلار آمریکا:			ب) منابع شخصی (خصوصی). منبع را ذکر کنید:

به واحد پول ملی:			
به دلار آمریکا: به واحد پول ملی:			پ) مساعدت مالی بخش دولتی. منبع را ذکر کنید:
به دلار آمریکا: به واحد پول ملی:			ت) مساعدت مالی بخش خصوصی؛ منبع را ذکر کنید:
به دلار آمریکا: به واحد پول ملی:			ث) همکاری های بین المللی. منبع را ذکر کنید:
به دلار آمریکا: به واحد پول ملی:		ج) هزینه ی متوسط /بیمار/ در ماه	
نظرات	خیر	بله	۲.۵. آمار، پیشینه ها و گزارش دهی اپیدمیولوژیک (همه گیری)
روش ها را با جزئیات شرح دهید:			الف) روش هایی برای گردآوری و پردازش داده ها وجود دارد (مانند: جداول، پایگاه داده ها، غیره)
طول مدت زمان متوسط پردازش			ب) داده های گردآوری شده بر اساس یک بازه ی زمانی مشخص پردازش می شوند.
تکرر ارسال گزارش ها و تاریخ آخرین گزارش:			پ) گزارش های به طور مرتب به مسوولین (وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر) تسلیم می شوند.
با جزئیات شرح بدهید:			ت) گزارش کتبی پذیرش ها و ترخیص ها موجود است.
با جزئیات شرح بدهید:			ث) تشخیص ها بر اساس ICD-10 ثبت می شوند.
کدام دسته بندی؟ با جزئیات شرح دهید.			ج) تشخیص ها بر اساس دیگر نظام های دسته بندی ثبت می شوند.
تاریخ آخرین دوره ی آموزشی:			چ) برنامه های آموزشی مرتب درباره ی پردازش داده ها برای کارکنان مرتبط وجود دارد.
نظرات:	خیر	بله	۲.۶. جمعیت هدف

پذیرش به مرکز خدمات درمان از سوی:			
الف) گروه های قومی			لطفاً گروه قومی را ذکر کنید:
ب) مسایل جنسیتی			لطفاً مسأله ی جنسیتی را ذکر کنید:
پ) گروه سنی			لطفاً گروه سنی را ذکر کنید:
ت) باور دینی			لطفاً باور دینی را ذکر کنید:
ث) باور سیاسی			لطفاً باور سیاسی را ذکر کنید:
ج) کاست یا وضعیت اجتماعی			لطفاً وضعیت اجتماعی /کاست را ذکر کنید:
چ) وضعیت قانونی			لطفاً وضعیت قانونی را ذکر کنید:
ح) وضعیت مدنی			لطفاً وضعیت مدنی را ذکر کنید:
خ) وضعیت قدرت مالی			لطفاً قدرت مالی را ذکر کنید:
د) وضعیت جسمی			لطفاً وضعیت جسمی را ذکر کنید:

د) وضعیت روحی			لطفاً وضعیت روانی را ذکر کنید:
ر) وضعیت سوء مصرف مواد مخدر			لطفاً نوع مواد مخدر را ذکر کنید:
ز) پیشینه ی درمان			لطفاً پیشینه ی درمانی را ذکر کنید:
س) دیگر سنجه ها یا معیارها			لطفاً سنجه ها و معیار های دیگر را ذکر کنید:
هدف خدمات ارایه شده عبارت است از:			
افراد مشخص (مثال: کودکان، زنان، غیره)			لطفاً افراد را نام ببرید:
زوج ها			لطفاً زوج ها را نام ببرید:
خانواده ها			لطفاً خانواده ها را نام ببرید:
جوامع کوچک و / یا محله ها			لطفاً جوامع کوچک را نام ببرید:
گروه های به حاشیه رانده شده ی جمعیتی			لطفاً زیر-شاخه ها را نام ببرید:

			۲.۷. خدمات در دسترس
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۱. درمان اولیه مراقبت و تثبیت همواره فراهم شده اند:
اقدامات را نام ببرید:			الف) پیش از آغاز درمان
اقدامات را نام ببرید:			ب) طی معرفی و وارد کردن بیمار / مراجعه کننده با درمان
اقدامات را نام ببرید:			ت) طی طول درمان
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۲. سم زدایی فراهم شدن مساعدت های مشورتی سم شناسی در:
مساعدت مشورتی را نام ببرید:			الف) مدیریت ترک و بازگشت، و درمان
اقدامات را نام ببرید:			ب) شرایط بیماران سرپایی
اقدامات را نام ببرید:			پ) شرایط جامعه - مدار
اقدامات را نام ببرید:			ت) بستری کوتاه مدت بیماران بر اساس نظام غیراقامتی (مراکز درمان بدون وقت قبلی)
اقدامات را نام ببرید:			ث) شرایط اقامتی
مساعدت را نام ببرید:			ج) مدیریت و درمان مسمومیت های شدید
اقدامات را نام ببرید:			چ) خدمات سم زدایی که دست کم برای مدت یک ماه انجام شوند (دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد/ سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۸ میلادی)
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۳. بازتوانی: مرحله ی پیشگیری از بازگشت وابستگی به مواد در طی دوره ی درمان
اقدامات را نام ببرید:			الف) خدمات روانشناختی شامل مشاوره در پایگاه یا در صورت ارجاع آرایه می شوند.

اقدامات را نام ببرید:			ب) سایر خدمات داروشناختی ارایه می شوند
اقدامات را نام ببرید:			درمان آگونیستی در مقابله با مواد مخدر در دسترس است.
اقدامات را نام ببرید:			درمان آنتاگونیستی در مقابله با مواد مخدر در دسترس است.
			سایر درمان های داروشناختی (مانند: دیسولفیرام)
اقدامات را نام ببرید:			پ) مدیریت موردی در پایگاه و یا در صورت ارجاع انجام می پذیرد.
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۴. معیشت پایدار
نظر بدهید:			الف) برنامه ی مداخله ای برای بیماران سرپایی /بستری به منظور بازپیوستن آنها به اجتماع موجود است.
اقدام را نام ببرید:			پشتیبانی برای دسترسی به خدمات مرتبط به مسکن فراهم می شود.
نظر بدهید:			پ) برنامه ی مداخله ای برای بیماران سرپایی /بستری به منظور بازپیوستن آنها به محیط کارشان وجود دارد.
اقدام را نام ببرید:			آموزش های حرفه ای در پایگاه یا در صورت ارجاع ارایه می شود.
اقدام را نام ببرید:			پشتیبانی برای بازپیوستن به بازار کار ارایه می شود.
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۵. درمان خانوادگی
شمار متوسط درخواست ها:			الف) بر اساس درخواست بیمار/ مراجعه کننده، خانواده به مشارکت در درمان فراخوانده می شوند.
نکات ویژه در دستور جلسه:			ب) خانواده ی بیمار / مراجعه کننده مشارکت فعال در دستور جلسه ی برنامه ی درمانی وی دارند.
اقدام ها را نام ببرید:			پ) مرکز برنامه های نظام مند شواهد مدار برای درمان خانوادگی ارایه می دهد.
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۶. مساعدت قانونی
پیشینه را ذکر کنید:			الف) مساعدت به همه ی بیماران/ مراجعه کنندگان بر

			اساس درخواست آنها یا در صورت ارجاع
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۷. پیشگیری
پیشینه را ذکر کنید:			الف) مشاوره درباره ی پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر توسط کارکنان مجرب ارایه می شود.
مطالب و مواد مطالعاتی را نام ببرید:			ب) مطالب IEC برای توزیع در دسترس کاربران و استفاده کنندگان قرار می گیرد.
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۸. بهبود و تقویت سلامت این فعالیت ها:
فعالیت ها را نام ببرید:			الف) درمان در مراحل آغازین اختلال اعتیادآور را تقویت می کنند.
فعالیت ها را نام ببرید:			ب) درمان برای افرادی که تحت تأثیرات منفی مواد مخدر گرفته اند را تقویت می کنند.
فعالیت ها را نام ببرید:			پ) برنامه های متمرکز بر کاهش پیامدهای منفی سوءمصرف مواد در حوزه ی سلامت و اجتماع را تقویت می کنند.
نظرات	خیر	بله	۲.۷.۹. دیگر خدمات
گزینه های را نام ببرید:			مرکز دسته ای از خدمات تکمیلی را ارایه می کند (مانند: یوگا، مدیتیشن، تمرینات ورزشی، فعالیت های هنری، و غیره)
نظرات	خیر	بله	۲.۸. اهداف درمان اهداف اصلی عبارتند از:
درصد متوسط اهداف موفق:			الف) دستیابی به ترک کامل سوءمصرف مواد مخدر
درصد متوسط اهداف موفق:			ب) کاهش خطرات سوءمصرف مواد مخدر (مانند: مصرف ایمن و عاری از آسیب)
درصد متوسط اهداف موفق:			پ) تمرکز بر علل ریشه ای سوءمصرف مواد مخدر
درصد متوسط اهداف موفق:			ت) تمرکز بر پیامدهای سوءمصرف مواد مخدر (مانند: HIV, HCV، و بیماری منتقل شونده از راه عفونت های جنسی).

			۲.۹. نوع مداخلات فراهم شده برای درمان سوءمصرف مواد مخدر
نظرات	خیر	بله	۲.۹.۱. غربالگری
ابزار(ها) را نام ببرید:			// (الف) ابزاری متعارف برای غربالگری به کار برده می شود (مانند ASSIT)
ابزار(ها) را نام ببرید:			شامل مصاحبه ی انگیزشی است.
ابزار(ها) را نام ببرید:			شامل مداخلات کوتاه است.
نظرات	خیر	بله	۲.۹.۲. ارزیابی
مداخلات را نام ببرید:			// (الف) از ابزاری جامع و متعارف برای ارزیابی استفاده می شود (مانند: ASI)
مداخلات را نام ببرید:			شامل ارزیابی وضعیت جسمی بیمار/ مراجعه کننده می شود.
مداخلات را نام ببرید:			شامل ارزیابی عوارض جنبی جسمی می شود.
مداخلات را نام ببرید:			شامل ارزیابی روانپزشکی می شود.
مداخلات را نام ببرید:			شامل ارزیابی درباره ی سوءمصرف همزمان مواد مخدر می شود.
نظرات	خیر	بله	۲.۹.۳. مدیریت مرحله ی بحرانی و شدید
مداخلات را نام ببرید:			// (الف) مداخلات فوری مانند مراقبت های اضطراری می توانند اجرا گردند.
مداخلات را نام ببرید:			ب) مداخلات فوری برای مقابله با نشانه های سم زدایی شدید می توانند اجرا گردند.
نظرات	خیر	بله	۲.۹.۴. مدیریت مرحله ی میانی
			// (الف) نخستین مداخلات تثبیتی می کوشند روند ترک را تسکین ببخشند.
			ب) نخستین مداخلات تثبیتی می کوشند روند ترک را پایش کنند.
			پ) نخستین مداخلات تثبیتی می کوشند به پرهیز از سوءمصرف مواد مخدر دست یافته و آن را حفظ کنند.
			ت) نخستین مداخلات درمان های دارویی مانند درمان آگونیستی مواد مخدر را نیز در برمی گیرند.

			ث) نخستین مداخلات درمان های روانشناختی را نیز در بر می گیرند.
			یک مصاحبه ی انگیزشی برگزار می گردد.
			درمان های شناختی رفتاری در دسترس هستند.
			ج) دومین مرحله ی مداخلات تثبیتی می کوشند با استفاده از دارو پرهیز از مصرف مواد مخدر را حفظ کنند.
			چ) دومین مرحله ی مداخلات تثبیتی می کوشند با استفاده از روش های دیگر پرهیز از مصرف مواد مخدر را تثبیت کنند.
	نظرات	خیر	بله
	مداخلات را نام ببرید:		مرحله ی نگهداری و پیگیری، شامل: الف) پایش به منظور نگهداری پرهیز از مصرف مواد مخدر در بیمار / مراجعه کننده
	مداخلات را نام ببرید:		ب) پیشگیری از عود و بازگشت
	مداخلات را نام ببرید:		درمان آگونویستی مواد مخدر در دسترس است.
	مداخلات را نام ببرید:		درمان آنتاگونیستی مواد مخدر در دسترس است
			دیگر درمان های دارویی (مانند: دیسولفیرام) در دسترس است.
	مداخلات را نام ببرید:		پ) مدیریت بحران یا سازو کاری برای حمایت عملی با هدف پرهیز از بازگشت به سبک زندگی پیشین و عادات آن
	مداخلات را نام ببرید:		ت) حمایت از ایجاد معیشت پایدار (مانند آموزش حرفه ای)
			۲.۱۰ ذخایر موجود
	نظرات	خیر	بله
			۲.۱۰.۱ احتیاط های و پیش بینی های جهانی، شامل: الف) تسهیلات برای شستن دست ها بعد از هر تماس مستقیمی با بیمار / مراجعه کننده
			ب) سطل زباله برای دورریزی فوری سرنگ ها به منظور پیشگیری از سرپوش گذاشتن او استفاده ی دوباره از آنها]

			پ) سطل زباله برای دورریزی فوری اجسام تیز
			ت) دستکش برای تماس با مایعات و ترشحات غشاء
			ث) ماسک های صورت و حفاظ چشم ها و گان
			ج) حفاظ چشم در صورتی که خون یا دیگر مایعات بدن به اطراف بپاشند.
			چ) گان در صورتی که خون یا دیگر مایعات بدن به اطراف بپاشد.
			ح) باند و وسایل تعویض پانسمان پزشکی برای پوشاندن بریدگی ها و سایش ها
			خ) تجهیزات لازم برای پاک و تمیز کردن خون و دیگر مایعات که از بدن به اطراف پاشیده شده باشند.
			د) نظام ایمن برای مدیریت زباله های عفونی و دورریزها.
نظرات	خیر	بله	۲.۱۰.۲ تقسیم اتاق ها تضمین می کند:
			الف) طی معاینات پزشکی بدنی، حریم ها رعایت گردد.
			ب) رعایت حریم ها طی معاینات روانپزشکی
			پ) رعایت حریم طی مشاوره ها
			ت) رعایت حریم طی فعالیت های خصوصی / اشخصی بیمار
نظرات	خیر	بله	۲.۱۰.۳ وسایل دفتری شامل:
			الف) لوازم التحریر (خودکار، کاغذ، مداد و غیره)
			ب) تلفن
			پ) ماشین فکس (نمبر)
			ث) رایانه
			ث) دسترسی به اینترنت
نظرات	خیر	بله	۲.۱۰.۴ زیرساخت ها و تجهیزات
			الف) ساختمان مرکز تمیز و تحت نگهداری است.
			ب) محیط اطراف مرکز از نظر ایمنی برای بیماران/

			مراجعه کنندگان و کارکنان آن خطری ایجاد نمی کند.
			پ) آب سالم و قابل اعتماد در اختیار هست.
			ت) سرویس های بهداشتی تمیز در اختیار هست.
			ث) تجهیزات خاموش کردن آتش وجود دارد.
			ث) ذخیره ی خوراک کافی است.
			ج) راه های خروج اضطراری در مرکز وجود دارد.
			چ) برق یا ژنراتور، و وسایل گرمایشی و سرمایشی در موجود است.
			ح) وسایل شست و شوی لباس در محل موجود است.
			خ) تشک های تمیز، پتوها، تشکچه ها، بالش و حوله در دسترس هست.
			د) در شرایط اضطراری دستورنامه ی کتبی پیش بینی شده و موجود است.
			ذ) زیرساخت ها با توجه به نوع و بازه ی خدماتی که در مرکز ارائه می شود سازگار شده باشند.
			ر) تجهیزات آزمایشگاهی اولیه برای منظورهای زیر موجود است:
			آزمایش خون
			آزمایش نمونه های ادرار
			آزمایش اخلاط
			ز) تجهیزات اولیه ی پزشکی شامل:
			حرارت سنج بدن
			وسیله ی گرفتن فشار خون
			گوشی پزشکی
			دستگاه گرفتن نوار قلب
			ترازو برای تعیین وزن بیمار
			سرنگ
			تجهیزات تست ادرار
			انوارهای] تست بارداری

			شمارنده ی قند خون
			بسته ی کمک های اولیه
			س) داروهای اولیه:
			مسکن ها
			داروهای ضد التهاب
			نالکسن برای درمان استفاده ی بیش از حد مواد (overdose)
			ش) تجهیزات اولیه برای پیشگیری از HIV به مقدار کافی و وافی
			سرنگ و سرسوزن
			کاندوم
			ص) تجهیزات امن نگهداری وسایل:
			یخچال و حصول اطمینان از این که به درستی کار می کند
			ذخیره سازی مواد سمی یا دارای احتمال خطر

بخش ۳. ارزیابی سنجه های کیفیت شبکه ی درمان ۲

به اندازه ی کافی برآورده می سازد: ک	متوسط: مُت
ناکافی است: ن.ک.	شماره: ش
برآورده نمی سازد: ن	تعداد کل: ت.ک.
صدق نمی کند: ص/ن	کنار گذاشته شده: X
دسترسی به شرط ارجاع: د/ا	نظرات: داده ها یک سال را پوشش می دهند.

معیار کیفیت	به	برآورده	برآورده	صدق نمی	در صورت	نظرات
لطفا زیر هریک از موارد زیر با	اندازه	می	نمی کند	کند	ارجاع در	
توجه به علامت های اختصاری	ی	کند اما			دسترس	
بالا علامت بزنید.	کافی	کافی			است	

				نیست	برآورده می کند	
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱. قابل دسترس و دستیابی بودن درمان وابستگی به مواد
						۱.۱ دسترسی جغرافیایی، توزیع و پیوندهای نهادینه
متوسط محیط تحت پوشش این مرکز. شمار بیماران/مراجعه کنندگان شهری						الف) بیماران/مراجعه کنندگان شهری به راحتی می توانند به محل تسهیلات برسند.
متوسط محیط تحت پوشش این مرکز. شمار بیماران/مراجعه کنندگان شهری						ب) بیماران/مراجعه کنندگان روستایی به راحتی می توانند به محل تسهیلات برسند.
شمار کنندگان مراجعه						پ) بیمارانی که دچار چالش های جسمی هستند به راحتی می توانند به این مرکز برسند.
شمار مراکز مرتبط و پیوندها						ت) مرکز به [مرکز] تسهیلات دیگری مرتبط است.
نوع وسیله ی نقلیه ی عمومی را مشخص کنید:						ث) دسترسی به مرکز با وسایل نقلیه ی عمومی ممکن است.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۲ انعطاف پذیری در ساعت های فعالیت مرکز

شمار متوسط پذیرش در همان روز مراجعه						الف) پذیرش در همان روز مراجعه انجام می گیرد.
متوسط زمان انتظار						ب) زمان انتظار برای دریافت خدمات پایش شده و همیشه در کمترین زمان ممکن نگه داشته می شود.
خدمات میانی آرایه شده						پ) خدمات میانی آرایه می شوند (مانند: خدمات اطلاعات رسانی) تا از زمان انتظار استفاده ی بهینه بشود.
ساعات کار مربوطه:						ت) به بیماران/مراجعه کنندگانی که مسوولیت های خانوادگی دارند توجه می شود.
ساعات کار مربوطه:						ث) مسوولیت های حرفه ای بیماران /مراجعه کنندگان در نظر گرفته می شود.
شمار قرارملاقات های ویژه						ج) در موارد ویژه، قرارهای جایگزین گذاشته می شود.
شمار افرادی که در فهرست انتظار قرار دارند.						چ) هیچ بیمار/ مراجعه کننده ای در فهرست انتظار قرار نمی گیرد.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۳ چهارچوب قانونی توافق کتبی در موارد زیر موجود است:
تاریخ آخرین بازبینی و ویرایش						الف) خدمات درمانی محرمانه هستند.
تاریخ آخرین بازبینی						ب) پرونده های درمانی

و ویرایش						محرمانه هستند.
تاریخ آخرین بازبینی و ویرایش						پ) ثبت نام رسمی از سوء مصرف کنندگان مواد، محرمانه است.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۴ دسترسی و تبعیض خدمات درمانی ارایه می شوند:
شمار کلی بیماران/مراجعه کنندگان:						الف) بدون توجه به گروه قومی بیمار/مراجعه کننده
شمار کلی بیماران/مراجعه کنندگان: بیماران/مراجعه کنندگان مرد: بیماران/مراجعه کنندگان زن:						ب) برای زنان و مردان بزرگسال (بالتر از ۱۵ سال)
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	
شمار بیماران زیر ۴۰ سال شمار بیماران بالای ۴۰ سال						ت) برای بیماران جوان (زیر ۴۰ سال) و جاافتاده (بالای ۴۰ سال)
شمار بیماران دارای باورهای سیاسی دیگراندیش:						ث) برای کسانی با باورهای سیاسی معمول یا دیگراندیش

شمار بیماران دارای باورهای دینی دیگراندیش:						ج) برای کسانی با باورهای دینی رایج و متفاوت
شمار بیماران با وضعیت طبقاتی یا کاست پایین:						ج) برای کسانی از کاست ها یا طبقات اجتماعی بالا یا پایین
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۵ توانایی پرداخت هزینه ها
توضیح دهید:						الف) هزینه های خدمات درمان قابل پرداخت هستند (رایگان، مبلغ هر خدمت درمانی، بیمه، نظام سلامت ملی)
سطح درآمدی را مشخص کنید:						اگر خدمات ارایه شده رایگان نیستند، هزینه ی آنها با توجه به سطح درآمدی کشور مناسب است.
آستانه ی درآمدی را مشخص کنید:						ب) سازو کارهای چشم پوشی از هزینه برای بیماران/مراجعان بی بضاعت وجود دارد.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۶ پیوند فرهنگی و آسانی استفاده برای مراجعان (کاربرپسندی)
						الف) خدمات درمانی با پیشینه ی فرهنگی بیمار/مراجعه کننده متناسب سازی شده است.
						ب) تیم درمانی چندفرهنگی

						است.
						۱.۷ پاسخگویی به تنوع نیازها
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	الف) خدمات ارائه شده می کوشند نیازهای مختلف را برآورده سازند (عوارض جنسی، شرایط جسمی)
نوع خدمات:						در پایگاه
نوع خدمات:						در صورت ارجاع
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۸ پاسخگویی به نظام عدالت کیفری تشویق افراد مجرم به ورود به درمان
مؤسسه ی قانونی را نام ببرید:						الف) مرکز درمانی با نیروی انتظامی همکاری می کند.
مؤسسه ی قانونی را نام ببرید:						ب) مرکز درمانی زندان ها/ دادگاه ها را تشویق می کند در اقدامات ارجاعی و مقابله با ارجاع مشارکت کنند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۱.۹ حساسیت خدمات نسبت به مسایل جنسیتی
						الف) مرکز خدمات اولیه ی سلامت مختص زنان دارای وابستگی به مواد مخدر را ارائه می دهد.
شمار بیماران / مراجعه کنندگان:						برای حصول اطمینان از وجود حریم خصوصی] اتاق

					های جداگانه برای بیماران /مراجعه کنندگان زن وجود دارد.
					بیمار/مراجعه کننده می تواند انتخاب کند کارمند مرکز که خدمات مورد نظر را به او ارائه می کند زن باشد یا مرد.
شمار بیماران / مراجعه کنندگان:					ب) در مرکز خدمات اولیه ی سلامت مختص زنان باردار ارائه می شود.
شمار بیماران / مراجعه کنندگان:					پ) مرکز خدمات حضوری در محل برای زنان دارای وابستگی به مواد مخدر ارائه می کند.
شمار بیماران / مراجعه کنندگان:					ت) مرکز خدمات حضوری در محل برای زنان باردار دارای وابستگی به مواد مخدر ارائه می کند.
شمار بیماران / مراجعه کنندگان:					ث) مرکز سرپناهی برای فرزندان والدین دارای وابستگی به مواد مخدر تأمین می نماید.
رابطه ی مرکز با این مؤسسات را معین کنید: شمار موارد ارجاع شده و ارجاع نشده:					ج) مرکز به مؤسساتی وابسته است که خدمات ذکر شده در بالا را ارائه می دهند.

۲. برنامه ریزی غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان

نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۲.۱ غربالگری
						//ف) غربالگری نظام مند همه ی بیماران/ مراجعه کنندگان اقدامی عمومی و رایج در مرکز است.
نوع ابزار غربالگری:						ب) ابزار غربالگری متعارف، شامل آنچه در زیر می آید، استفاده می شود:
						انتقال ویروسی از راه استفاده از سرنگ مشترک
						فعالیت های جنسی محافظت نشده
						فعالیت های بالقوه ی خشونت آمیز
						خطر خودکشی
						پ) ابزار غربالگری می تواند برای این منظور ها به کار برده شود:
						برنامه های مساعدت به کارمندان در محیط های کاری
						برنامه های سلامت در مدارس
						خدمات مشاوره ای
						نظام مراقبت های اولیه ی سلامت
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۲.۲ ارزیابی و تشخیص
تاریخ آخرین بازبینی و ویرایش						//ف) ابزار های متعارف و استاندارد به کار می روند (مانند: ICD-1- , DSM V)
تاریخ آخرین بازبینی						ب) SCL-90 به عنوان معیار

و ویرایش						اندازه گیری آسیب شناسی روانشناختی به کار برده می شود.
تاریخ آخرین بازبینی و ویرایش						پ) CAGE به منظور ارزیابی شدت وابستگی بیمار/مراجعه کننده به الکل و دیگر مواد مخدر به کار برده می شود.
شمار موارد:						ت) آزمایش HIV و مشاوره های مربوطه به همه ی بیماران /مراجعه کنندگان توصیه و ارایه می گردد.
						رایگان
						با پرداخت هزینه
شمار موارد:						ث) آزمایش HIV به بیماران /مراجعه کنندگان باردار ارایه می شود.
						رایگان
						با پرداخت هزینه
شمار موارد:						ج) آزمایش هپاتیت به همه ی بیماران /مراجعه کنندگان ارایه می شود.
شمار موارد:						چ) واکسن هپاتیت به همه ی بیماران /مراجعه کنندگان ارایه می شود.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۲.۳ ارزیابی جامع: وضعیت و شدت
						الف) عملیات تریاژ انجام می شود تا نیازهای فوری مراقبتی بیمار مشخص گردند.
ابزار را مشخص						ب) ابزار متعارف و استاندارد

کنید:						برای ارزیابی به کار می رود، که موارد زیر را در بر می گیرد:
						وضعیت جسمی
						وضعیت روانی (روانپزشکی)
						وضعیت اجتماعی بیمار / مراجعه کننده
						وضعیت پیشینه ی اختلالات سوء مصرف مواد از سوی بیمار / مراجعه کنند
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۲.۴ برنامه ریزی درمان
						الف) برنامه های درمان بر اساس ارزیابی انجام می شوند.
						ب) بیماران / مراجعه کنندگان در برنامه روند برنامه ریزی درمان مشارکت دارند.
						پ) به بیماران/مراجعه کنندگان درباره ی گزینه های موجود درمان و امکانات فراروی آنها توضیحات تفصیلی داده می شود. خطرات و امتیازات این درمان ها هم به اطلاع آنان می رسد.
						ث) برنامه ی درمان به طور مرتب با بیماران/مراجعه کنندگان به بحث و گفت و گو کذاشته می شود.
۳. درمان شواهد- مدار وابستگی به مواد مخدر						
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۳.۱ تیم های چندرشته ای درمان شامل این موارد می

						شوند:
شمار پزشکان						الف) پزشکان
شمار روانپزشکان						ب) روانپزشکان
شمار روانشناسان						پ) روانشناسان
شمار مددکاران اجتماعی						ت) مددکاران اجتماعی
شمار پرستاران						ث) پرستاران
شمار مشاوران						ج) مشاوران
شمار معتادان سابق که هم اکنون در زمره ی کارکنان هستند.						چ) معتادان سابق
مشخص کنید:						ح) دیگر حرفه ها
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۲ طول درمان
طول مدت را مشخص کنید:						الف) مرکز درمان طولانی مدت که هدف آنها پیشگیری از باگشت به وابستگی است ارایه می دهد.
رویکردها را مشخص کنید:						ب) مرکز از رویکردهای ویژه بهره می برد که برای تسهیل پرهیز طولانی مدت بیمار از سوء مصرف مواد طراحی شده اند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۳ مداخلات روانشناختی- جامعه شناختی شامل موارد زیر می گردند:
						الف) مداخلات داروشناختی
						ب) مدیرین موردی
						پ) مدیریت بحران

						ت) مصاحبه های انگیزشی
						ث) درمان رفتاری شناختی
گروه های خودیاری را مشخص کنید:						ج) گروه های خودیاری تحت نظارت
مداخلات را معین کنید:						ح) دیگر مداخلات (داروهای جایگزین، غیره)
						خ) مداخلات کوتاه
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۴ مداخلات کوتاه
						الف) مداخلات کوتاه مدت و مشاوره به طور نظام مند بر افراد دارای سوء مصرف اتفاقی و تجربی مواد مخدر اعمال می گردند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۵ مداخلات دارای آستانه ی پایین و قابل ارایه با مراجعه به محل حضور بیماران
						الف) توصیه برای کاهش پیامد های منفی سوء مصرف مواد مخدر در حوزه ی سلامت و اجتماع ارایه می شوند.
						ب) خدمات هدفمند مشاوره به افراد یا گروه های زیر ارایه می شود:
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	
						گروه های آسیب پذیر
						بیماران / مراجعه کنندگان مبتلا به HIV
						بیماران / مراجعه کنندگان باردار (انتقال عفونت از مادر به

						جنین، شیردهی در زمان ابتلا به عفونت، غیره)
						شرکای سوءمصرف کنندگان مواد مخدر
						زندانیان آزاد شده
						پناهندگان و افرادی که مجبور به جابجایی در سرزمین خود شده اند (مهاجران اجباری داخلی)
						پ) اقدامات پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد مخدر یا overdose
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۶ خدمات اولیه شامل این موارد می شوند:
						الف) سمزدایی
						ب) درمان دارویی آگونیستی مواد مخدر به همراه مساعدت های روانشناختی
						پ) مشاوره
						ت) راهبردهای بازتوانی
						ث) حمایت اجتماعی
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۷ در صورت نیاز داروهای زیر در دسترس بوده و مورد استفاده قرار می گیرند:
						الف) ضد افسردگی ها
						ب) ضد اضطراب ها
						پ) آنتی سایکوتیک ها
						ت) تثبیت کننده های خلق و خو
						ث) لیتیوم

نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۳.۸ داروهای نگهدارنده
						الف) درمان شواهد مدار وابستگی به مواد مخدر در دسترس بوده و بر اساس انتظارات برآیند درمان بیماران/ مراجعه کنندگان، به آنها ارایه می گردد.
اگر دارویی غیر از متادون/بوپرنورفین به کار برده می شود، لطفا آن را ذکر کنید:						متادون/بوپرنورفین
						نالترپزون
						ب) میزان تجویز شده ی داروها پاسخگوی نیاز بیماران/ مراجعه کنندگان بوده، واز معیارهای ملی و بین المللی پیروی می کنند.
						میزان های تجویز شده از داروهایی که بیماران دارای وضعیت تثبیت شده با خود به منزل می برند .
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۳.۹ گروه های خودیاری که در مرکز درمانی فعال هستند
						الف) مرکز با گروه های خودیاری خصوصی همکاری می کند.
						ب) مرکز با گروه های

						خودیاری که از طرف دولت پشتیبانی می شوند همکاری می کند.
						پ) مرکز با گروه های خودیاری که از سوی سازمان های مردم نهاد پشتیبانی می شوند همکاری می کند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۱۰ پیوند و ارتباط فرهنگی - جامعه شناختی در مرکز درمانی گنجانده شده است.
						الف) شرایط محلی، ملی و منطقه ای گوناگون
						ب) عوامل فرهنگی و اجتماعی
						پ) عوامل اقتصادی
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۱۱ انتقال دانش از پژوهش های جاری بالینی
آخرین تاریخی که خدمات بر اساس این یافته ها روزآمد شده اند.						الف) خدمات درمان با توجه به یافته های تازه ترین پژوهش های مرتبط با برآیند شواهد مدار درمان وابستگی به مواد مخدر به طور مرتب بازبینی شده و در صورت نیاز تغییر یافته و بر اساس آنها سازگار می گردند.
آخرین تاریخی که خدمات بر اساس این یافته ها روزآمد شده اند.						ب) خدمات درمان به طور مرتب و با تکیه بر آخرین برآیند های پژوهش های گوناگون بازبینی می شوند، که در مناطق مختلف جهان انجام گرفته و در صورت نیاز تغییر

						یافته و بر اساس آنها سازگار می گردند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۳.۱۲ آموزش کارکنان درمانی
تاریخ آخرین دوره:						الف) دوره های آموزشی به طور مکرر برگزار می گردند.
تاریخ آخرین دوره:						ب) به منظور رشد حرفه ای، روند آموزش به طور مستمر ادامه دارد.
						پ) کارکنان درگیر در درمان زیرگروه ها آموزش ویژه دریافت می کنند، از جمله در پیشگیری از استفاده ی بیش از حد از مواد مخدر (Overdose)
شمار کارکنان آموزش دیده						ت) دست کم یکی از کارکنان مرکز بر اساس بسته ی شبکه ی درمان، جلد A، در زمینه ی غربالگری، ارزیابی و برنامه ریزی درمان آموزش دیده است.
شمار کارکنان آموزش دیده						ث) دست کم یکی از کارکنان مرکز بر اساس بسته ی آموزشی شبکه ی درمان، جلد B، در زمینه ی عناصر درمان روانشناختی، آموزش دیده است.
شمار کارکنان آموزش دیده						ج) دست کم یکی از کارکنان مرکز بر اساس بسته ی آموزشی شبکه ی درمان، جلد C، در زمینه ی داروهای اعتیاد و جمعیت های ویژه +

						آموزش دیده است.
۴. حقوق بشر و کرامت انسانی بیمار / مراجعه کننده						
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۴.۱. دسترسی کافی به خدمات درمانی و مراقبت
						الف) فراهم آوردن خدمات درمان پزشکی به نوع اختلال ناشی از سوء مصرف مواد بستگی ندارد.
						ب) تأمین مستمر خدمات درمان به انطباق با درمان اعتیاد انطباق ندارد.
						پ) بیماران فاقد انگیزه تشویق می شوند تا درمان شان را متوقف نکنند.
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۴.۲. پرهیز از تبعیض
تاریخ آخرین آموزش						الف) به کارکنان آموزش کامل و مناسب داده شده تا خدمات درمان را در انطباق با معیارهای اخلاقی ارائه دهند، و رفتار و منشی به دور از انگ زنی، و توأم با احترام داشته باشند.
اگر خیر، لطفا توضیح بدهید:						ب) اقداماتی پیش بینی شده اند که تضمین کنند هیچگونه تبعیضی در مورد بیماران / مراجعه کنندگان بر اساس موارد زیر صورت نمی پذیرد:
شمار دفعات:						جنسیت یا سن
شمار دفعات:						پیشینه ی قومی
شمار دفعات:						باورهای دینی یا سیاسی

وضعیت قانونی یا اجتماعی						شمار دفعات:
در صورتی که مصداق داشته باشد، سیاست های به دلیل اعمال تبعیض کنار گذاشته می شوند.						
۴.۳. حفاظت از حقوق بشر	ک	ن.ک.	ن	ص/ن	د/ا	نظرات
الف) خدمات درمانی در انطباق با حقوق بشر ارایه می شوند.						تاریخ آخرین بازبینی و ویرایش
ب) حریم خصوصی بیمار/مراجعه کننده رعایت می شود.						
پ) از بیمار/مراجعه کننده پیش از آنکه داده ها یا اطلاعات مربوط به وی به هر دلیلی مورد استفاده قرار گیرد، اجازه ی کتبی دریافت می شود.						اگر "ن.ک" یا "ن" انتخاب شده است ، شمار دفعات؟
ت) روش های غیرانسانی یا تحقیرآمیز نسبت به بیمار/مراجعه کنندگان هرگز در طی درمان دیده نشده است.						اگر "ن.ک" یا "ن" انتخاب شده است ، شمار دفعات؟
ث) تنبیه یا مجازات بیمار/مراجعه کنندگان هرگز دیده نشده است.						اگر "ن.ک" یا "ن" انتخاب شده است ، شمار دفعات؟
۴.۴. حقوق بیمار/مراجعه کننده	ک	ن.ک.	ن	ص/ن	د/ا	نظرات
الف) حقوق بیمار و رازداری نسبت به شرایط او از طرق زیر						

تضمین می گردد:						
ک	ن.ک.	ن	ص/ن	د/ا	نظرات	
						هیچ اطلاعاتی به افراد بیرون از مرکز بدون اجازه ی وی داده نمی شود (به غیر از مواردی که براساس دستور دادگاه بوده باشند)
						هیچ عکسبرداری یا ضبط ویدئویی از بیماران/مراجعه کنندگان بدون اجازه ی کتبی او مجاز نیست.
						ب)بیماران/ مراجعه کنندگان بخوبی از وضعیت سلامت و بهبودی خود مطلع هستند.
						پ)بیماران /مراجعه کنندگان بخوبی از سیاست به اشتراک گذاشتن اطلاعات کتبی در مرکز مطلع هستند.
						ت)درمان ها تنها بر اساس اجازه ی کتبی بیمار/مراجعه کننده انجام می پذیرند.
						ث)تمامی مداخلات الزامات اولیه مانند داوطلبانه بودن درمان را رعایت می نمایند.
						منشور جهانی حقوق بشر در برنامه ی درمان صدق می کند.
						با تمامی بیماران / مراجعه کنندگان با احترام و همدردی برخورد می شود.

						هیچ روش همراه با فشاری در طی درمان استفاده نمی شود.
						بیماران / مراجعه کنندگان حق آن را دارند تا از مرکز شکایت به عمل آورند.
						بیماران/مراجعه کنندگان حق آن را دارند تا در هر لحظه که خواستند درمان را متوقف کنند.
۵. تمرکز بر زیرگروه های ویژه یا شرایط خاص						
						۵.۱. نوجوانان
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	
						الف) بنابر ترتیبات مرکز، بیماران جوان در نخستین مراحل اختلالات سوءمصرف مواد با افراد دارای شدت بیشتر وابستگی و در مراحل بالاتر تماسی ندارند.
						ب) مرکز شرایط و محیط جداگانه ای به نوجوانان و والین آنها ارایه می کند.
						پ) برنامه ریزی و اجرای مداخلات با همراهی خانواده ها و مدرسه انجام می پذیرد.
						۵.۲. زنان
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	
دوره ی آموزشی ویژه						الف) آن دسته از کارکنان به کار درمان اشتغال دارند که آموزش ویژه در مورد خدمات پاسخگو به جنسیت دریافت کرده اند. این خدمات شامل موارد زیر می گردد:

شرایط ویژه را توضیح دهید:						شرایط ویژه ی درمان
برنامه ی درمان ویژه را توضیح دهید:						ایجاد برنامه ی ویژه ی درمان
توضیح بدهید:						روش های دوستدار کودک
توضیح دهید:						مشاوره ی ویژه و خدمات اجتماعی حضور در محل
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۵.۳. زنان باردار
						الف) سنجه های شواهد مدار داروشناختی برای درمان وابستگی به مواد مخدر طی دوران بارداری در دسترس قرار دارد.
						ب) در صورت عدم وجود هرگونه موارد منع، از شیردهی حمایت می شود.
موارد منع مشخص:						لطفاً مورد منع را نام ببرید.
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۵.۴. افراد مبتلا به عوارض جانبی پزشکی
آموزش های ویژه را نام ببرید:						الف) کارکنان درگیر با درمان آموزش های ویژه ای دیده اند که به افراد دارای وابستگی به مواد مخدر اطمینان بدهند که آنها در برابر ناخوشی های زیر از همان سطح و دسترسی به درمان برخوردار هستند که

						افراد عادی در کشور از آن بهره می برند:
						هپاتیت B و C
						HIV
						TB
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۵.۵ افراد دارای عوارض جانبی روانی
						//ف) مداخلات اولیه شامل غربالگری برای اختلالات مرتبط روانی
						ب) درمان های روان- داروشناختی و روان- جامعه شناختی کافی ارائه می گردند.
کنش های متقابل یا تداخل ها را توضیح دهید.						پ) به تداخل های دارویی محتمل توجه می شود.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۵.۶. تن فروشان اجباری
اقدامات را توضیح دهید:						//ف) خدمات درمان شامل اقدامات پیشگیری از عفونت HIV است.
اقدامات را توضیح دهید:						ب) خدمات درمان شامل اقدامات برای پیشگیری از عفونت هپاتیت است.
اقدامات را توضیح دهید:						پ) خدمات درمان شامل اقدامات برای پیشگیری از بیماری های منتقل شونده از طریق روابط جنسی می گردد.
منابع را مشخص کنید:						ت) منابع معیشت پایدار به موازات درمان وابستگی به

						مواد مخدر ارایه می گردند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۵.۷. اقلیت های قومی
						الف) برای پاسخگویی به موانع زبانی، در صورت نیاز مترجمانی در دسترس خواهند بود.
درباره ی میانجی ها توضیح دهید.						ب) برای پاسخگویی به تفاوت های فرهنگی و دینی ، میانجی های فرهنگی در دسترس خواهند بود.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۵.۸. افراد به حاشیه رانده شده
دربار این حمایت ها توضیح دهید.						الف) حمایت ها و مساعدت های اجتماعی برای دستیابی به راه های معیشت پایدار ارایه می شوند.
						ب) خدمات درمان به همراه خدمات زیرارایه می گردند:
درباره ی موقعیت های شغلی توضیح دهید:						موقعیت های موقت شغلی
شمار تخت ها؟						خوابگاه
نوع بُن ها؟						بُن
نوع خوراک / وعده های آن را معین کنید.						خوراک رایگان
۶. درمان به عنوان جایگزینی برای زندان / شرایط محیطی زندان						
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۶.۱. درمان به عنوان جایگزینی برای محدودیت های جزایی (زندانی)

						الف) درمان به بیماران/مراجعه کنندگان به عنوان جایگزینی برای زندان ارایه می شود.
						ب) درمان به عنوان جایگزینی برای زندان ارائه نمی شود، مگر آن که بیمار/ مراجعه کننده رضایت خود را نسبت به آن اعلام کند.
نظرات	د/۱	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۶.۲ حقوق بشر
						الف) خطمشی های کتبی موجود در مرکز درمانی تأکید می کنند که بیمار/مراجعه کننده ی معتاد در شرایط زندان حق آن را دارد که از درمان و مراقبت های سلامت برخوردار گردد.
						ب) خطمشی های کتبی موجود در مرکز درمانی تأکید دارند که بیماران/ مراجعه کنندگان دارای وابستگی به مواد مخدر در شرایط زندان، حق دسترسی به خدماتی را که از سوی مراکز درمانی مستقر در زندان ارایه می شوند، دارد.
نظرات	د/۱	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۶.۳ استمرار خدمات
						الف) در مورد همبندهایی که کار درمان خود را از پیش از دوران حبس آغاز کرده اند، درمان وابستگی به مواد مخدر حتی پس از ورود به زندان

						ادامه پیدا خواهد کرد.
						ب) برای همبندهایی که کار درمان خود را از پیش از دوران حبس آغاز کرده اند، درمان دارویی وابستگی به مواد مخدر پس از ورود به زندان نیز ادامه پیدا خواهد کرد.
						پ) اقدامات پیش از آزادی از زندان شامل آگاه سازی درباره ی پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد مخدر می گردد.
						ت) تسهیلات ویژه برای درمان زنان باردار دارای وابستگی به مواد مخدر و مادران کودکان خردسال در محیط زندان برای ایجاد فرصت های بهینه برای پیوند (میان مادر و فرزند) فراهم می شوند.
						ث) مداخلات روانشناختی شامل آموزش حرفه ای تأمین می گردد، تا از بازپیوستن آنان به جوامع پس از آزادی آنها از زندان حمایت کند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۶.۴ مراقبت مستمر در جوامع پس از آزادی، به خاطر حمایت از سوی جامعه ی کوچک، بیماران/ مراجعه کنندگان به این موارد دسترسی خواهند داشت:
نوع ارتباط و پیوند را						الف) درمان

توضیح دهید:						
نوع ارتباط و پیوند را توضیح دهید:						ب) آموزش و تحصیلات
نوع ارتباط و پیوند را توضیح دهید:						پ) مسکن
نوع ارتباط و پیوند را توضیح دهید:						ت) موقعیت های شغلی
نوع ارتباط و پیوند را توضیح دهید:						ث) بیمه و مراقبت های سلامت شامل درمان وابستگی به مواد مخدر
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۶.۵ پرهیز از بازداشت و کار اجباری مرکز موافقت می کند که:
						الف) بازداشت نمی تواند درمان وابستگی به مواد مخدر به شمار بیاید.
						ب) کار اجباری نمی تواند به عنوان اقدام درمانی شمرده شود.
						پ) مجازات های جسمی و/یا روحی نمی توانند به عنوان اقدامات درمانی برشمرده شوند.
۷. درمان مبتنی بر جوامع کوچک						
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۷.۱ مشارکت فعال بیمار/

						مراجعه کننده
						الف) برنامه ریزی غربالگری، ارزیابی و درمان تنها در صورتی محقق می شوند که اعتماد میان بیمار/مراجعه کننده و جامعه ایجاد شده باشد.
						ب) درمان مبتنی بر جامعه، وضعیت بیمار/مراجعه کننده را در نظر می گیرد.
						پ) برنامه ریزی درمان، بیماران/مراجعه کنندگان، کسانی که نقش پرستاری و مراقبت از آنان را بر عهده دارند، خانواده ها و دیگر اعضای جامعه ی کوچک را در بر می گیرد.
						ت) با توجه به اجازه ی بیمار/مراجعه کننده، مساعدت و حمایت در اختیار اعضای خانواده قرار می گیرد.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۷.۲ پاسخگویی به جامعه
						الف) مرکز یک راهبرد نظام مند دارد که با استفاده از آن جامعه را در برنامه ریزی، به انجام رسانیدن، و ارزشیابی خدمات به کار می گمارد.
						ب) جامعه و بیمار/مراجعه کننده در انجام ارزشیابی خدمات درگیر هستند.
						پ) برای پاسخگویی به

						بازخوردهای بیماران/مراجعه کنندگان، بستگان و جامعه ای که آنها عضو باشند و نیز در پاسخ ارزشیابی کارشناسان، خدمات به طور مرتب روزآمد شده و بازبینی می شوند.
						ت) هرگاه ثبت مشخصات و نام بیماران/مراجعه کنندگان توصیه نشود، آنها با دیگر راه های منحصر به فرد شناسایی می شوند (مانند: شماره ها یا کدهای مختلف).
نظرات	۱/د	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۷.۳ مداخلات مبتنی بر جوامع
						الف) سازوکارهای تبادل ارتباطات با ذینفعان (سالمدان، صاحبان صنوف و هبران دینی، و غیره)
						ب) هم جوامع کوچک و هم بیماران/مراجعه کنندگان در روند تصمیم سازی و برنامه ریزی خدمات مشارکت دارند.
						پ) نیازهای جوامع در برنامه درمان منعکس شده اند.
						ت) برنامه ریزی درمان شامل پیشنهادهایی از سوی بیماران/مراجعه کنندگان، مراقبان و مستحفظان آنها، خانواده ها و دیگر اعضای جامعه می شود.
نظرات	۱/د	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۷.۴ یکپارچه سازی

						الف) مرکز می کوشد تا وابستگی به مواد مخدر را به عنوان یک اختلال سلامت چندریشه ای در نظام سلامت بشناساند.
						ب) خدمات ویژه ی حضوری در محل می کوشد تا سبب تغییر یک الگوی فکری در جامعه گردد.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۷.۵ پیوند با دیگر مؤسسات
						الف) شبکه های ارجاع با دیگر مؤسسات ایجاد می شوند.
						ب) شبکه های ارجاع برای مداخلاتی تخصصی ایجاد می گردند
						پ) نیروی انتظامی در خدمات درگیر بوده و از آنها مطلع می شود.
						ت) نیروی انتظامی از اهداف درمان حمایت می کند.
						ث) کارشناسان دادگاه ها و نظام عدالت کیفری با مراکز درمانی مشارکت می کنند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۷.۶ مشارکت سازمان های مردم نهاد
						الف) سازمان های مردم نهاد در روند ارتقا درمان و تسهیل باتوانی و بازپیوستن وابستگان به مواد مخدر مشارکت دارند.
						ب) سازمان های مردم نهاد در

						ارایه خدمات حضوری در محل درگیر هستند. پ) سازمان های مردم نهاد در دیگر روندها مشارکت دارند.
۸. مدیریت بالینی						
						۸.۱. خط مشی های خدماتی- پروتکل های خدماتی
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	
						الف) پروتکل ها و رهنمودهای کتبی برای تجویز نسخه های دارویی و دیگر مداخلات موجود است.
						این پروتکل های/رهنمودها استانداردهای مراقبت ملی و بین المللی را رعایت می کنند.
						کارکنان از وجود این پروتکل ها/رهنمودها با خبر هستند و آنها را در خدماتی که ارایه می کنند به کار می برند.
						ب) معیارهای کتبی در رابطه با پذیرش و ترخیص موجود است:
						بیماران/ مراجعه کنندگان از این پروتکل ها و رهنمودها مطلع می گردند.
						کارکنان با این معیارها آشنا هستند.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۸.۲. پروتکل های درمان
						الف) پرونده های بیماران/مراجعه کنندگان به طور کتبی موجود است.

						این پرونده ها روزآمد هستند.
						این پرونده ها در جای امنی بایگانی می شوند تا رازداری اطلاعات آنها تضمین شود.
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۸.۳. کارکنان ماهر
						الف) همیشه، یک پزشک یا در پایگاه حضور دارد (معیار بهینه) و یا در حالت فراخوان on call (معیار کمینه) در اختیار مرکز قرار دارد.
						ب) یک پزشک همیشه به صورت فراخوان برای پاسخگویی به امور اضطراری در دسترس قرار دارد.
						پ) زمان های ثابتی برای دیدار با پزشک به بیماران/مراجعه کنندگان اعلام می شود.
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۸.۴. نظارت
						الف) نظارت مداوم و گفت و گو درباره ی هر مورد تضمین می گردد.
						ب) نظارت دائمی بر کارکنان انجام می گیرد.
						پ) سوابق مربوط به نظارت نوشته شده و به دقت نگهداری می شود.
						ت) جلسات مداوم با کارکنان برگزار می شود.
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۸.۵. منابع مالی
						الف) داده های مالی روشن و

						روزآمد هستند.
						ب) داده های مالی کامپیوتری می شوند.
						پ) گزارش های دقیق و به موقع تولید می شوند.
						ت) خطمشی تجهیز منابع موجود است.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۸.۶. ساختارهای ارتباطی
						الف) فرآیندهایی برای گزارش اتفاقات مربوط به بیماران/مراجعه کنندگان موجود است.
						ب) اطلاعات درباره ی تسهیلات ۲۴ ساعته ی اضطراری تأمین می شود.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۸.۷. نظام پایش
						الف) مرکز دارای نظامی ساختار مند برای گردآوری داده ها و تحلیل آنها دارد که با معیارهای ملی و بین المللی تطابق دارد.
						ب) مرکز گزارش سالانه ای درباره ی روندها و برآیندهای درمان تولید می کند.
						پ) مرکز بر اساس شیوه ای استاندارد کار خود را انجام می دهد، که بر اساس استوار است:
						برنامه ریزی
						اجرا

						Proc که یک نظام بایگانی وابسته به سیستم عامل لیناکس است
						همراهی و رضایت بیماران/مراجعه کنندگان
						برآیندها
	نظرات	د/ا	ص/ن	ن.ک.	ک	۸.۸. منابع انسانی
						الف) مرکز هم از کارکنان زن و هم از کارکنان مرد استفاده می کند.
						بیماران و مراجعه کنندگان قدرت انتخاب دارند.
						ب) تمام کارکنان برای خدماتی که ارائه می دهند واجد شرایط لازم هستند.
						تمام کارکنان آموزش های مرتبط با نقشی که دارند دریافت نموده اند.
لطفا بگویید این نسبت در مرکز شما چند است؟						پ)نسبت بیماران/مراجعه کنندگان به کارکنان کافی است و با معیارهای منطقه ای و ملی همخوانی دارد.
						ت)ساعت کار و حقوق بر اساس معیار های ملی است.
						ث) کارکنان قراردادهای کار کتبی دارند.
						ج)ساختار مدیریتی شفاف است.
						چ) کارکنان از مراقبت های سلامت برخوردار هستند.

						در صورت بروز موارد اضطراری، کارکنان دسترسی فوری به کمک پزشکی دارند.
						کارکنان آموزش دیده هستند و ذخایر پیشگیرانه در مرکز موجود است تا خطرات مرتبط به سلامت را کاهش دهد.
						حمایت حرفه ای و پیشگیری از فرسوده شدن کارکنان فراهم می شود.
۹. توسعه ی سیاست و راهبرد در نظام درمان						
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۱ سیاست و خطمشی چندبخشی درمان در سطح ملی شامل:
						الف) خطمشی درمان بر اساس شواهد کارامدی و مقرون به صرفه بودن
						ب) نقش و مسوولیت نظام درمان
						پ) نقش و مسوولیت نظام بهزیستی
						ت) نقش و مسوولیت نظام عدالت کیفری
						ث) نقش و مسوولیت جامعه ی مدنی
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۲ پیوند به نظام های پیشگیری در جامعه، در صورت وجود، شامل:
						الف) خدمات پزشکی (شامل ایمن سازی، خدمات تخصصی،

						به عنوان مثال دندانپزشکی، رادیولوژی وغیره)
						ب)خدمات روان-جامعه شناختی در جوامع (اشتغال، مسکن و رفاه)
						پ)نظام عدالت کیفری (به عنوان مثال آزادی به قید التزام، دادگاه های مواد مخدر، آزادی به قید التزام و تحت نظارت، مساعدت های حقوقی، غیره)
						ت)سازمان های مردم نهاد و دولتی
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۳ ارزیابی وضعیت به صورت کتبی برای اهداف زیر انجام می گردد:
						الف) برای شناسایی انواع افرادی که ممکن است نیازمند کمک باشند.
						ب) ثبت الگوهای سوءمصرف مواد مخدر و تغییرات آنها طی زمان در گروه های جمعیتی.
						پ)برای شناسایی انواع درمان ها
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۴ توازن هماهنگی توازن مناسبی بین:
						الف)خدمات ارایه شده توسط مرکز و دیگر خدمات تخصصی که از سوی نظام سلامت در اختیار قرار می گیرند.

						ب) خدمات آرایه شده توسط مرکز و دیگر خدمات تخصصی که از سوی نظام رفاه اجتماعی و بهزیستی در اختیار قرار می گیرند.
						پ) مرکز و نظام عدالت کیفری
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۵ زنجیره ی مراقبت و نگهداری زنجیره ی مطلوب مراقبت می کوشد تا به بیماران و مراجعه کنندگان پاسخگو باشد.
						الف) نیازهای جسمی
						ب) نیازهای روانی
						پ) نیازهای اجتماعی
						ت) نیازهای معنوی
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۶ رویکرد چندرشته ای تیم ها شامل موارد زیر می شوند:
تعداد:						الف) پزشکان و روانپزشکان
تعداد:						ب) پرستاران
تعداد:						پ) روانشناسان
تعداد:						ث) مددکاران اجتماعی
تعداد:						ث) تسکین بخشان معنوی
تعداد:						ج) دیگر حرفه ها
نظرات	د/ا	ص/ان	ن	ن.ک.	ک	۹.۷ ظرفیت سازی
						الف) دولت و مؤسسات آموزشی همکاری می کنند تا از دسترسی به کارکنان مجرب

						آموزش دیده اطمینان حاصل نمایند.
						ب) درمان وابستگی به مواد مخدر با برنامه ی درسی دانشکده های پزشکی و پرستاری ادغام شده است.
نظرات	د/ا	ص/ن	ن	ن.ک.	ک	۹.۸ تضمین کیفیت نظامی از مدیریت بالینی ایجاد و اعمال شده برای:
						الف) پایش مستمر تندرستی بیماران/مراجعہ کنندگان
						ب) ارزشیابی متناوب خارجی

منابع:

پیشنهادات اعلامیه سیاسی و برنامه اقدام کمیسیون مقابله با مواد مخدر از سال ۲۰۰۹ میلادی، و برنامه اقدام اروپا- آسیای میانه برای مقابله با مواد مخدر (۲۰۰۹-۲۰۱۳).

سنجه های مراقبتی OAS/CICAD، سال ۲۰۰۹ میلادی

اصول درمان وابستگی به مواد مخدر: رساله ای برای بحث و گفت و گو، سال ۲۰۰۹ میلادی، دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، و سازمان بهداشت جهانی

رهنمود سازمان بهداشت جهانی برای درمان دارویی وابستگی به مواد مخدر همراه با مساعدت های روان-جامعه شناختی، سال ۲۰۰۹ میلادی

رساله ی برای اعلام موضع از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد/سازمان بهداشت جهانی/UNAIDS: درمان با نگهداری توسط داروی جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد مخدر و پیشگیری از HIV و AIDS، سال ۲۰۰۴ میلادی

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد؛ درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد مخدر: رهنمود عملی، سال ۲۰۰۳ میلادی

آزمایش غربالگری دخالت الکل، دخانیات و مواد مخدر، سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۲ میلادی

برنامه ی زمانبندی شده برای ارزیابی مراقبت های استاندارد در درمان سوءمصرف مواد مخدر، سال ۱۹۹۳ میلادی

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html

<http://www.ethics-network.org.uk/ethical-issues/ethical-frameworks/the-four-principles-approach>

اختلال سوءمصرف مواد مخدرⁱ

اختلالات سوءمصرف مواد مخدر شامل همرفت (سندرم) وابستگی و استفاده ی زیان آور مواد روان گردان، و نیز شماری از شرایط مرتبط با مصرف مواد مخدر یا الکل می گردد.

در ICD-10، بخش F10-F19، "اختلالات روحی و رفتاری ناشی از سوءمصرف مواد روان گردان"، گستره ی بزرگی از اختلالات دارای شدت و اشکال بالینی متفاوت را در برمی گیرد، که فصل مشترک همه ی آنها سوءمصرف یک نوع (یا بیش تر) از مواد روان گردان است. امکان دارد این مواد توسط پزشک نسخه شده ، یا فاقد نسخه باشند. این مواد شامل مشروبات الکلی، مواد مخدر، کانابینوئیدها، آرام بخش ها یا خواب آورها، کوکائین، دیگر محرک های شامل کافئین، مواد توهم زا، دخانیات، حلال های ناپایدار (بخارشده) می شود.

هر چند این مسأله درباره ی تمام مواد روان گردان صدق نمی کند، مسمومیت شدید، مصرف زیان آور، همرفت (سندرم) وابستگی، (وضعیت های متعاقب) ترک مصرف، (وضعیت های متعاقب) ترک مصرف همراه با هذیان گویی، اختلالات تأخیری روانی و همرفت ابتلا به فراموشی از جمله وضعیت های بالینی ای هستند که ممکن است رخ دهند.

وابستگی به موادⁱⁱ

وابستگی به شرایطی گفته می شود که در آن فرد به منظور پشتیبانی یا عملکرد یا بقا به چیزی یا کسی نیازمند یا وابسته باشد. این وضعیت بیشتر اوقات به عناصر جسمی و روحی وابستگی به مواد دلالت دارد. به طور مشخص تر، وابستگی روان شناختی و روحی به تجربه ی کنترل معیوب بر استفاده از مواد مخدر مرتبط است، در حالی که وابستگی زیست شناختی یا جسمی به نشانگان های تحمل یا یا ترک اعتیاد اشاره می کند.

درمان جایگزینⁱⁱⁱ

ارایه داروی روانگردان به بیماران وابسته به مواد تحت نظر پزشک، برای دستیابی به اهداف درمانی؛ در حالیکه آن دارو خواص فارماکولوژیک مشابه با ماده ای که باعث اعتیاد شده است؛ را دارد.

ⁱ http://www.who.int/substance_abuse/terminolog/who_lexicone/en/

راهنمای WHO Guideline for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence (2009); سازمان بهداشت جهانی برای درمان روان-جامعه شناختی وابستگی به مواد مخدر، با بهره جویی از درمان دارویی، سال ۲۰۰۹ میلادی (۱۳۸۸)

ⁱⁱⁱ WHO/UNODC/UNIADS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention (2004) - رساله ی مشترک سازمان بهداشت جهانی/دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد/ برنامه ی مشترک سازمان ملل متحد برای کنترل و پیشگیری از HIV و AIDS در زمینه ی مدیریت وابستگی به مواد مخدر و پیشگیری از HIV و AIDS، سال ۲۰۰۴ میلادی (۱۳۸۳)



**1Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria
Tel.: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org**