

راهنمای تکمیل فرم‌های ثبت خدمات درمان سوءمصرف مواد

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

بهار ۱۳۸۹

فهرست

عنوان	صفحه
شاخص‌های تقاضای درمان	
تعاریف	
راهنمای تکمیل فرم ثبت خدمات درمان سوءمصرف مواد	
راهنمای تکمیل فرم ثبت مراکز درمان سوءمصرف مواد	
پایش و ارزیابی	

شاخص‌های تقاضای درمان

شاخص‌های تقاضای درمان، میزان استفاده سالانه از خدمات درمانی را می‌سنجند. هدف از اندازه‌گیری شاخص‌های تقاضای درمان، تامین اطلاعات مطمئن و قابل مقایسه درباره خدمت‌گیرندگان و خصوصیات و ویژگی‌های آنهاست. در اغلب مواقع مصرف‌کنندگان مواد یک جمعیت پنهان هستند که گردآوری اطلاعات در مورد ویژگی‌های آنها را مشکل می‌سازد. بنابراین اطلاعات درباره موارد شناسایی‌شده، یعنی افرادی که جهت درمان به مراکز درمان سوءمصرف مواد مراجعه می‌کنند، می‌تواند دریچه‌ای رو به مشکلات پنهان مواد باشد. سیاست‌گذاری برنامه‌های درمان سوءمصرف این اطلاعات می‌تواند نشان دهد که کدام بخش‌های جمعیت بیشتر تحت تاثیر مشکلات مواد قرار گرفته‌اند، نوع مشکلاتی که تجربه می‌کنند کدام است و سطوح ناتوانی (morbidity) همراه چقدر است. تغییرات در تعداد یا ترکیب مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی می‌تواند نشانگر تغییر در تعداد یا ترکیب جمعیتی باشد که مشکلات مصرف مواد را تجربه می‌کنند. آگاهی از تعداد و خصوصیات مصرف‌کنندگان موادی که در جستجوی کمک هستند و نوع درمانی که دریافت می‌کنند، برای بسیاری از مخاطبان ارزشمند است، چراکه می‌تواند در موارد زیر مفید باشد:

پشتیبانی برنامه‌ریزی و مدیریت نظام درمان.

شناسایی نیازهای حداقلی منابع

مشخص شدن نمایی از فراهمی تسهیلات درمانی

تشخیص الگوهای استفاده از خدمات درمان سوءمصرف مواد

تامین داده‌هایی برای پژوهش

در صورت استفاده همزمان با سایر پایگاه‌های داده‌ها به تخمین‌های شیوع کمک می‌کند.

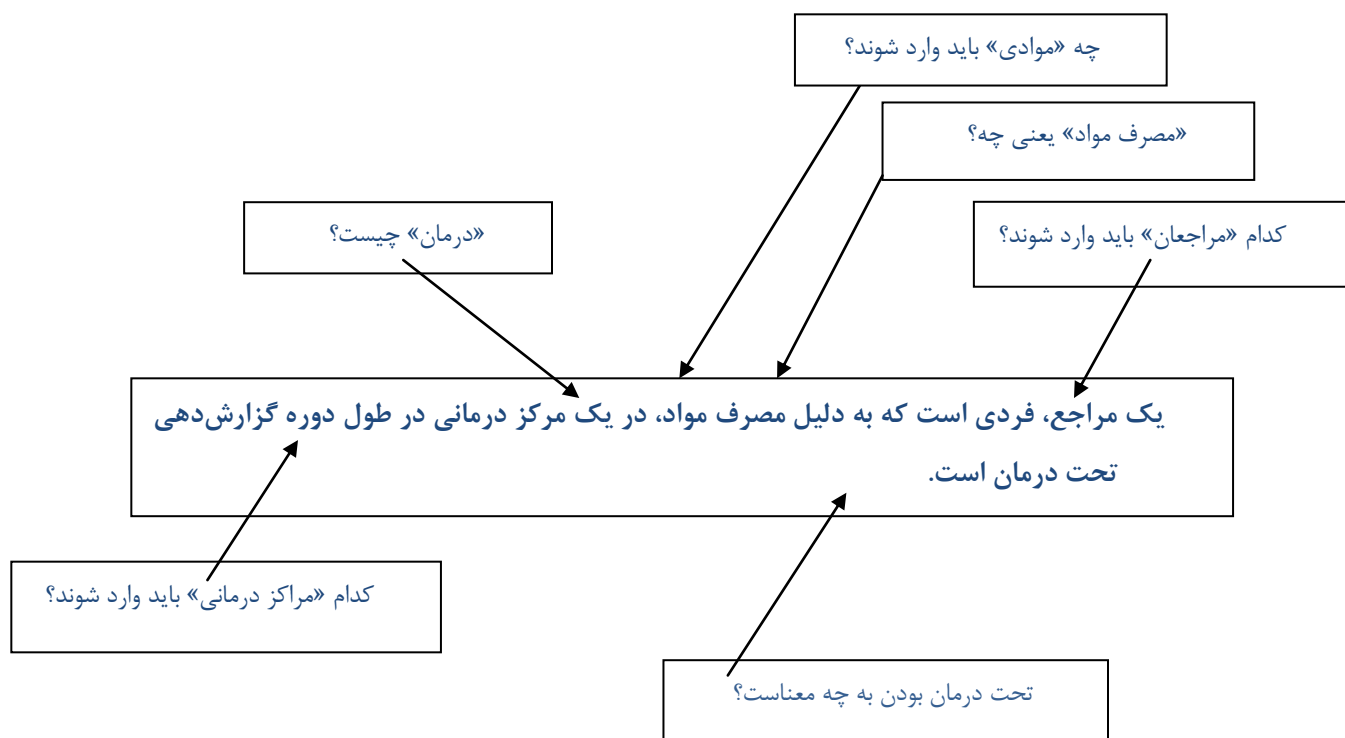
جمع آوری اطلاعات در مورد افرادی که برای بار اول جهت درمان مراجعه کرده‌اند (اولین تقاضای درمان) مفید است، زیرا این گروه ممکن است گاهی بهترین معرف جمعیت درمان نشده باشند. افزایش در تعداد اولین تقاضاها برای درمان می‌تواند نشان‌دهنده افزایش بروز مشکلات مواد باشد. ظهور مواد جدید، طریقه‌های جدید استفاده از مواد یا تغییر در خصوصیات یک زیرگروه خاص می‌تواند نشانگر تغییرات ویژه‌ای در جمعیتی که تحت درمان نیستند باشد. اطلاعات مربوط به افراد با مشکلات شناخته‌شده سوء مصرف مواد می‌تواند اطلاعات اولیه برای سیاست‌گذاران فراهم کند تا تصمیم‌های گسترده‌تری در مورد نیاز به مداخلات پیشگیری، خدمات درمانی، تداوم مراقبت‌های پس از درمان و کنترل سوء مصرف مواد بگیرند. اطلاعات مربوط به افراد با مشکلات شناخته‌شده سوء مصرف مواد می‌تواند اطلاعات اولیه برای سیاست‌گذاران فراهم کند تا تصمیم‌های گسترده‌تری در مورد نیاز به مداخلات پیشگیری، خدمات درمانی، تداوم مراقبت‌های پس از درمان و کنترل سوء مصرف مواد بگیرند. داده‌های حاصل از نظام‌های اطلاعات درمانی می‌تواند برای ارزشیابی فعالیت‌های کشوری در زمینه میزان ورود به درمان، ادامه درمان و اثربخشی درمان کمک کننده باشد.

داده‌های مورد نیاز برای شاخص‌های تقاضای درمان از گزارش‌های ثبت شده در مراکز سرپایی درمان سوء مصرف مواد به دست می‌آید. وجود تعاریف مشترک برای داده‌ها موجب می‌شود مجموعه داده‌ها قابل تجمیع و مقایسه باشند. هدف از تدوین این دستورالعمل ارائه تعاریف و نحوه جمع‌آوری داده‌ها برای دستیابی به هدف فوق است.

تعاریف

• مراجع

یک مراجع فردی است که به دلیل مصرف مواد، درمان خود را در یک مرکز درمانی در طول یک سال تقویمی شروع می‌کند. شکل پایین جنبه‌هایی از تعریف را که نیاز به روشن کردن دارد نشان می‌دهد. در ادامه تعریف هر یک از این موارد آورده شده است.



• تعریف مواد

ماده اصلی مورد سوءمصرف، ماده‌ای است که در نقطه ایجاد تقاضای درمان بیشترین مشکل را ایجاد کرده و/یا ماده‌ای است که بیمار برای درمان وابستگی به آن مراجعه کرده است. داده‌های مراجعان به تفکیک نوع «ماده اصلی» مورد سوءمصرف در

شاخص تقاضای درمان از طریق انجام پیمایش استخراج می‌گردد، اما در نظام جاری گزارش‌دهی درمان این داده‌ها به صورت تفکیک‌شده گزارش نمی‌شود.

طبقات اصلی مواد برای شاخص تقاضای درمان در جدول زیر آورده شده است.

جدول فهرست مواد

گروه‌های مواد	مواد
ترکیبات افیونی	تریاک، شیره، سوخته هروین کراک نورجریک متادون غیرقانونی بوپرنورفین غیرقانونی و تمجیزک سایر ترکیبات افیونی (کدیین، ترامادول، دیفنوکسیلات ...)
محرك‌های شبه‌آمفتامینی	آمفتامین‌ها ام‌دی‌ام‌ای سایر مشتقات محرك‌ها
کوکائین	کوکائین
الکل	
خواب‌آورها و آرام‌بخش‌ها	بنزودیازپین‌ها باربیتورات‌ها سایر
توهم‌زاها	ال‌اس‌دی سایر
مواد استنشاقی فرار	
حشیش	
سایر مواد	

• مصرف مواد

به تمام راه‌های ممکن برای وارد کردن مواد به بدن مصرف مواد گفته می‌شود. هنگامی که یک فرد برای مصرف یک ماده اختصاصی یا مجموعه‌ای از مواد درخواست درمان می‌کند، فرض بر این است که مصرف مواد برای او مشکل ایجاد کرده است. قضاوت در مورد مشکل می‌تواند مبتنی بر داوری شخصی فرد درگیر یا سایر افرادی که با او زندگی می‌کنند صورت گیرد.

در مداخلات طبی و روان‌شناختی وقتی بیمار نیاز به درمان دارد که تشخیص یک اختلال یا بیماری برای او گذاشته شده باشد. استانداردهای بین‌المللی – همچون طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) یا کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی (DSM-IV) – به صورت فزاینده‌ای در این فرآیند مورد استفاده قرار می‌گیرند. علاوه بر آن برخی ابزارهای غربالگری همچون «آزمون غربالگری درگیری با الکل سیگار و مواد»¹ (ASSIST) سطح خطر مرتبط با مصرف هر ماده اختصاصی را تعیین می‌کند. کسانی که در ارزیابی این آزمون خطر متوسط یا بالا مرتبط با مصرف یک ماده اختصاصی را نشان می‌دهند نیاز به درمان دارند.

لازم است پیش از شروع درمان تشخیص سوءمصرف یا وابستگی به مواد بر اساس معیارهای یکی از طبقه‌بندی‌ها در فرد وجود داشته باشد.

▪ درمان

هر مداخله ساختار یافته با هدف اختصاصی توجه به مصرف مواد فرد، درمان (سوءمصرف) مواد در نظر گرفته می‌شود. به عبارت دیگر به هر گونه فعالیت که مستقیماً افراد دارای مشکلات مواد را هدف قرار می‌دهد و می‌خواهد وضعیت طبی و روانی، اجتماعی کسانی را که برای مشکل مصرف مواد خود در جستجوی کمک برآمده‌اند، بهبود بخشد درمان گفته می‌شود. این خدمات عموماً در مراکز سرپایی درمان سوءمصرف مواد عرضه می‌شود، اما می‌تواند در سایر جایگاه‌های مراقبت ارایه شود.

¹ ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

تعریف درمان موارد زیر را دربرمی گیرد:

- درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست شامل متادون و بوپرنورفین
- مداخلات دارویی به منظور بازگیری طبی
- مداخلات دارویی و غیردارویی (روانی، اجتماعی)
- برنامه‌های تخصصی‌تر، ساختاریافته و طولانی مدت

موارد زیر بنا به تعریف بالا «درمان» تلقی نمی‌شوند:

- دریافت کمک‌های اجتماعی صرف
- مراجعاتی که در آن مشکلات مصرف مواد علت اولیه مراجعه درمانی نیست
- مداخلاتی که هدف آن درمان عوارض جسمانی مصرف مواد است (مثلاً درمان بیش مصرف مواد یا عفونت محل تزریق)
- مراجعه غیرحضوری مثلاً از طریق ایمیل یا تلفن
- مراجعه افراد خانواده

تعریف «درمان» عمداً وسیع در نظر گرفته شده تا طیف گسترده‌ای از مصرف‌کنندگان مواد را دربرگیرد. این تعریف اساساً، بر مبنای ملاحظات همه‌گیری‌شناسی تدوین شده و جنبه‌های پزشکی در آن مورد نظر نبوده است. تقاضای درمان مواد بازتاب‌دهنده‌ی عوامل متعددی است: باید یک فرد مصرف‌کننده مواد، یک مرکز درمانی و تقاضایی برای درمان وجود داشته باشد تا یک مورد تقاضای درمان ثبت شود. این توضیحات نشان می‌دهد نوع درمان عرضه شده بر روی تعداد افراد مراجعه کننده برای درمان و احتمالاً نوع مصرف ماده مراجعه‌کنندگان تاثیر می‌گذارد. برای مثال راه-اندازی یک روش درمانی جدید ممکن است مصرف‌کنندگانی را که قبلاً مراجعه ننموده‌اند جذب کند. به همین دلیل تا حد امکان باید پوشش نظام جمع‌آوری اطلاعات کامل باشد و تمام انواع روش‌های درمانی موجود در کشور را شامل نماید.

▪ مرکز درمانی

به هر مرکزی که مطابق تعریف بالا برای افراد دارای مشکلات مواد «درمان» تامین می‌نماید، «مرکز درمانی» گفته می‌شود. مرکز درمان می‌تواند روش‌های درمانی دارویی یا غیردارویی را به کار ببرد. دولتی یا غیردولتی باشد. مرکز درمانی می‌تواند آستانه پایین، سرپایی، اقامتی یا بستری باشد. مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مراکز درمان سوءمصرف مواد زندان نیز مطابق تعریف مرکز درمانی هستند. در نظام جاری جمع‌آوری داده‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال حاضر داده‌های درمان مراکز اقامتی (شامل اجتماع درمان‌مدار) ثبت نمی‌گردد.

مراکز درمان اورژانس بیمارستان‌ها، تسهیلات مراقبت سلامت یا حمایت اجتماعی که مصرف‌کنندگان مواد ابتدائاً برای دریافت کمک برای مشکلات دیگر به آن‌ها مراجعه می‌کنند شامل نمی‌شود.

باید تمام مراکز درمانی (به جز مراکز اقامتی) برای شرکت در نظام گزارش‌دهی انتخاب شوند. در صورت محدودیت منابع لازم است طبقه‌بندی مورد استفاده برای انواع مراکز درمانی مورد استفاده در این پروتکل به شرح زیر است:

- خدمات آستانه پایین (واحد آگونیست در مراکز گذری)
- مراکز درمان سوءمصرف مواد سرپایی.
- ✓ واحدهای آگونیست مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری نیز یک مرکز درمانی سرپایی محسوب می‌شوند.
- مراکز درمان اقامتی
- ✓ اجتماع درمان‌مدار نیز یک مرکز اقامتی محسوب می‌گردد
- ✓ در حال حاضر داده‌ها مراکز اقامتی در نظام جاری داده‌های وزارت بهداشت نباید گزارش شود.
- مراکز درمان بستری
- درمان در زندان

مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یا مراکز گذری در صورتی که فاقد واحد درمان با داروهای آگونیست باشند نباید بعنوان مرکز درمانی در نظر گرفته شوند.

■ مورد جدید

بیماری که طی دوره گزارش‌دهی درمان سوءمصرف مواد را صرف نظر از سابقه درمان‌های قبلی سوءمصرف مواد، در مرکز درمان سوءمصرف مواد یک دوره درمان دارویی یا غیردارویی را شروع کرده است. انجام ارزیابی‌های اولیه و تشکیل پرونده جهت بیمار به عنوان «مورد جدید» در نظر گرفته می‌شود. مراجعانی که جهت دریافت اطلاعات یا تنها یک جلسه مشاوره در مورد درمان سوءمصرف مواد مراجعه کرده‌اند مورد جدید محسوب نمی‌شوند. حداقل تشکیل پرونده و ارزیابی اولیه درمان کافی است و نحوه پیگیری درمان و مراجعه بیمار به مرکز مورد بررسی قرار نمی‌گیرد.

■ پرونده فعال

بیماری که طی دو هفته پایانی دوره گزارش‌دهی سه ماهه حداقل یک بار مراجعه به مرکز جهت دریافت خدمات درمان داشته است، صرف نظر از زمان شروع درمان، دارای پرونده فعال می‌باشد.

مورد	سه ماهه قبل	سه ماهه فعلی	وضعیت گزارش‌دهی
الف			پرونده فعال، مورد جدید
ب			پرونده فعال، مورد جدید
پ			پرونده غیرفعال، مورد جدید
ت			پرونده فعال، مورد قدیمی
ث			پرونده غیرفعال، مورد قدیمی

▪ پوشش درمان نگهدارنده با متادون

تعداد بیمارانی که شش ماه یا بیش تر تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده‌اند بعنوان تعداد بیماران «تحت پوشش درمان نگهدارنده با متادون» در این بخش گزارش می‌شوند. رژیم دارویی بیمارانی که در این آیتم گزارش می‌شوند باید نگهدارنده بوده و رژیم‌های کاهش دوز در این بخش گزارش نمی‌شوند.

▪ لیست انتظار درمان نگهدارنده با متادون

تعداد بیمارانی که جهت ورود به درمان نگهدارنده با متادون در لیست انتظار شروع درمان هستند، ولی به دلیل پر بودن سقف پذیرش واحد آگونیست، هنوز موفق به ورود به درمان نشده‌اند.

▪ بازگیری

فرایندی که در طول آن با تجویز دارو علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. بازگیری اولین مرحله درمان بوده و به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست. واژه سم‌زدایی مفهومی کنترل علائم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، به همین دلیل در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود.

▪ درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونیست، همچون متادون و بوپرنورفین به منظور کاهش مصرف مواد و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. اصطلاح «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» و «درمان جایگزین با داروهای آپئویدی» معمولاً به صورت معادل به کار می‌روند. اصطلاح «درمان جایگزین» بر این مفهوم تأکید دارد که در این روش مصرف مواد افیونی حذف نشده، بلکه به منظور کاهش عوارض مصرف مواد، ماده افیونی آسیب‌رسان و غیرقانونی با یک داروی آپئویدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح «درمان نگهدارنده» بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند

طولانی مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای آپوییدی مثل متادون و بوپرنورفین تثبیت و درمان می‌شود. مؤلفان بر این باورند که اصطلاح «نگهدارنده»، بهتر از اصطلاح «جایگزین» اثرات درمانی این روش را منعکس می‌نماید، لذا در این کتاب همه جا از اصطلاح «درمان نگهدارنده» برای توصیف این روش درمانی استفاده شده است.

■ معناد تزریقی

تزریق می‌تواند طبیعت «پیشرفته» مصرف مواد و نگرانی‌های حوزه بهداشت عمومی در گسترش بیماری‌های منتقل شونده از راه خون را نشان دهد. به همین دلیل «تزریق» یک شاخص گزارش‌دهی حیاتی است. ارزیابی محلی این عامل می‌تواند نشانگر مستقیم نیاز به پیش‌بینی خدمات تامین وسایل تزریق تمیز باشد.

طبق تعریف، معناد تزریقی فردی است که در ماه قبل از مراجعه درمانی حداقل یک بار مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده باشد.

■ مراقبت بعد از خروج

بیماری که پس از ترخیص از زندان به طور دایم یا موقت، در مرکز درمان سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون است. تداوم درمان بیماران زندانی در محیط خارج از زندان ممکن است از طریق مداخلات و برنامه‌های درمانی دیگر پیگیری شود، اما در نظام جاری جمع‌آوری داده‌های درمان اعتیاد صرفاً گزارش‌دهی مراقبت بعد از خروج درمان نگهدارنده با متادون الزامی است.

■ خدمات روان‌شناختی گروهی

انواع درمان غیردارویی سوءمصرف مواد اعم از درمان‌های شناختی، رفتاری، پیشگیری از عود، مهارت‌آموزی و کاهش آسیب که به صورت گروهی اداره می‌شوند.

■ خدمات روان‌شناختی انفرادی

انواع درمان‌های غیردارویی سوءمصرف مواد اعم از درمان‌های شناختی، رفتاری، مدیریت مشروط، مداخلات انگیزشی، پیشگیری از عود، کاهش آسیب، مداخله مختصر و مهارت‌آموزی که به صورت انفرادی اداره می‌شوند.

■ آموزش خانواده

مداخلات آموزشی خانواده در خصوص سوءمصرف مواد و درمان که به صورت گروهی یا انفرادی برگزار می‌گردند. مداخلات روان‌شناختی تخصصی همچون «زوج‌درمانی» و «خانواده‌درمانی» ممکن است در برخی مراکز درمان سوءمصرف مواد صورت پذیرد، اما گزارش‌دهی این مداخلات در نظام جاری جمع‌آوری داده‌ها الزامی نیست.

راهنمای تکمیل فرم ثبت خدمات درمان

■ موارد جدید به تفکیک جنسیت

در این بخش کل موارد جدید طی دوره گزارش دهی به تفکیک جنسیت ثبت می شوند.

■ موارد جدید به تفکیک نوع درمان

در این بخش کل موارد جدید طی دوره گزارش دهی به تفکیک نوع درمان ثبت می شود.

- ✓ **بازگیری با کلونیدین:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش دهی بازگیری با استفاده از کلونیدین را آغاز کرده اند.
- ✓ **بازگیری با متادون:** تعداد افرادی که طی دوره گزارش دهی، بازگیری با متادون را آغاز کرده اند.
- ✓ **بازگیری با بوپرنورفین:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش دهی بازگیری با بوپرنورفین را آغاز کرده اند.
- ✓ **درمان نگهدارنده با نالتروکسان:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش دهی درمان نگهدارنده با نالتروکسان را آغاز کرده اند.
- ✓ **درمان نگهدارنده با بوپرنورفین:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش دهی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین را آغاز کرده اند.
- ✓ **درمان نگهدارنده با متادون:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش دهی درمان نگهدارنده با متادون را آغاز کرده اند.

- تعداد موارد جدید درمان نگهدارنده با متادون به تفکیک جنسیت درج می شود.
- تعداد موارد جدید درمان نگهدارنده با متادون به تفکیک تزریقی/غیرتزریقی ثبت می شود.
- **موارد عادی/مراقبت بعد از خروج:** تعداد موارد جدید به تفکیک مواردی که پس از ترخیص از زندان به طور دائم یا موقت در مرکز تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند از موارد عادی، یعنی کسانی که در دوره جدید درمان نگهدارنده از زندان ارجاع نشده اند.

- ✓ **بازگیری سریع:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش دهی درمان بازگیری سریع را آغاز کرده اند و مورد جدید محسوب می شوند.

✓ **خدمات روانشناختی به تنهایی:** موارد جدیدی که صرفاً جهت دریافت خدمات روانشناختی به مرکز مراجعه کرده‌اند و مورد ارزیابی قرار گرفته و جهت ایشان پرونده تشکیل شده‌است. بیمارانی که جهت کسب اطلاعات و مشاوره جهت شروع درمان به مرکز مراجعه نموده‌اند جزو این موارد محسوب نمی‌شوند. این موارد شامل بیمارانی است که حداقل یک مداخله درمان غیردارویی جهت ایشان صورت می‌پذیرد. به عنوان مثال بیماری که در مرکز دیگری مورد بازگیری قرار گرفته و صرفاً جهت مداخلات غیردارویی به مرکز مراجعه کرده است.

✓ **پذیرش مرکز اقامتی:** تعداد مواردی که طی دوره گزارش‌دهی در مرکز اقامتی پذیرش شده‌اند. همان گونه که در بخش‌های قبل توضیح داده شد، در حال حاضر داده‌های درمان مراکز اقامتی شامل اجتماع درمان‌مدار در نظام جمع‌آوری وزارت بهداشت ثبت نمی‌شود.

- لازم به ذکر است در مواردی که گزارش‌دهی به صورت دقیق انجام شود تعداد «موارد جدید به تفکیک جنسیت» با تعداد «موارد جدید به تفکیک نوع درمان» با یکدیگر هم‌خوانی خواهند داشت.

■ پرونده فعال به تفکیک جنسیت

تعداد پرونده‌های فعال بیمارانی که درمان‌های نگهدارنده با متادون، بوپرنورفین، نالتروکسان یا خدمات روانشناختی دریافت می‌کنند، به تفکیک جنسیت درج می‌شود. منظور از «پرونده فعال» همانطور که در بالا اشاره شد، تعداد بیمارانی است که طی دو هفته قبل از گزارش‌دهی حداقل یک بار جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز مراجعه کرده‌اند.

■ پرونده فعال به تفکیک نوع درمان

در این بخش تعداد پرونده‌های فعال *درمان‌های نگهدارنده* از نظر نوع درمان تفکیک می‌شوند.

✓ **درمان نگهدارنده با نالتروکسان:** تعداد مواردی که تحت درمان نگهدارنده با نالتروکسان هستند و در دو هفته پایانی دوره گزارش‌دهی حداقل یک بار جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز مراجعه کرده‌اند.

✓ **درمان نگهدارنده با بوپرنورفین:** تعداد مواردی که تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین هستند و طی دو هفته پایانی دوره گزارش‌دهی حداقل یک بار جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز مراجعه کرده‌اند.

✓ **درمان نگهدارنده با متادون:** تعداد مواردی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند و طی دو هفته پایانی دوره گزارش‌دهی حداقل یک بار جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز مراجعه کرده‌اند.

• زن/مرد: تعداد پرونده‌های فعال درمان نگهدارنده با متادون به تفکیک زن و مرد در این بخش درج می‌شود.

• تزریقی/غیرتزریقی: تعداد پرونده‌های فعال درمان نگهدارنده با متادون به تفکیک تزریقی/غیرتزریقی در این بخش درج می‌شود.

✓ **خدمات روان‌شناختی:** تعداد بیمارانی که طی دو هفته قبل از گزارش‌دهی حداقل یک بار برای دریافت خدمات روان‌شناختی به تفکیک زیر به مرکز مراجعه کرده‌اند.

• گروهی: تعداد بیمارانی که طی دو هفته قبل از گزارش‌دهی حداقل یک بار از خدمات روان‌شناختی گروهی استفاده کرده‌اند.

• انفرادی: تعداد بیمارانی که طی دو هفته قبل از گزارش‌دهی حداقل یک بار از خدمات روان‌شناختی انفرادی استفاده کرده‌اند.

• آموزش خانواده: تعداد بیمارانی که طی دو هفته قبل از گزارش‌دهی حداقل یک بار از خدمات آموزش خانواده استفاده کرده‌اند.

✓ **خدمات مددکاری:** تعداد بیمارانی که طی دو هفته قبل از گزارش‌دهی حداقل یک بار از خدمات مددکاری استفاده کرده‌اند.

▪ پوشش درمان نگهدارنده با متادون

تعداد مراجعانی که حداقل شش ماه تحت پوشش درمان نگهدارنده با متادون بوده‌اند و در دوره سه ماهه‌ی گزارش‌دهی مراجعه درمانی داشته‌اند. به تفکیک:

• زن/مرد

• تزریقی/غیرتزریقی

■ لیست انتظار درمان نگهدارنده با متادون

تعداد بیمارانی که در زمان گزارش دهی در لیست انتظار درمان نگهدارنده با متادون هستند به تفکیک:

- زن/مرد
- تزریقی/غیرتزریقی

راهنمای تکمیل فرم «اطلاعات مراکز درمان سوءمصرف مواد»

اطلاعات موجود در این فرم شناسنامه مراکز درمان سوءمصرف مواد تحت پوشش هر دانشگاه را مشخص می‌سازد. از آنجا که صدور مجوز «واحد آگونیست» هر مرکز و نظارت بر آن از جمله وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی است، لذا کلیه مراکز درمان سوءمصرف مواد صرفنظر از نوع مجوز «مرکز»، ملزم به ارائه آمار و داده‌های درمان به دانشگاه علوم پزشکی می‌باشند.

■ شهرستان

نام شهرستانی که مرکز درمان سوءمصرف مواد در آن واقع است در این قسمت درج می‌گردد.

■ نام مرکز

«مرکز درمان سوءمصرف مواد» به مرکزی اطلاق می‌گردد که امکانات ارائه خدمات درمانی سم‌زدایی و خدمات پیشگیری از عود و درمان‌های غیردارویی و در صورت اخذ مجوز واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، درمان سم‌زدایی و نگهدارنده را با داروی آگونیست افیونی برای درمان سوءمصرف کنندگان مواد مخدر دارا باشد کلیه خدمات این مرکز باید منطبق با پروتکل درمان سوءمصرف مواد (که توسط معاونت سلامت ابلاغ می‌گردد). باشد. (فصل اول، ماده یک آیین‌نامه راه-اندازی مرکز درمان سوءمصرف مواد)

نام مرکز درمان سوءمصرف مواد، همانگونه که در مجوز «مرکز درمان سوءمصرف مواد» قید شده است در این قسمت درج می‌گردد.

■ نشانی

نشانی پستی مرکز در این قسمت ثبت می‌گردد. این نشانی در پروانه بهره‌برداری مرکز درمان سوءمصرف مواد از روی سند مالکیت مرکز درج شده است.

▪ کد پستی

کد پستی ده رقمی مرکز در این بخش درج می گردد.

▪ تلفن

تلفن مرکز به همراه کد شهرستان در این بخش درج می گردد.

▪ تاریخ اخذ مجوز

تاریخ صدور پروانه بهره برداری مرکز درمان سوء مصرف مواد به عنوان تاریخ اخذ مجوز مرکز درمان سوء مصرف مواد در نظر گرفته می شود.

▪ نوع مجوز

مرکز درمان سوء مصرف مواد می تواند مجوز فعالیت خود را از دانشگاه علوم پزشکی، سازمان بهزیستی یا سازمان زندان ها دریافت نموده باشد. بخش «نوع مجوز» مرکز به تفکیک «بهزیستی»، «دانشگاه» یا «زندان» نشانگر سازمان صادرکننده پروانه فعالیت مرکز می باشد.

▪ نوع مرکز

ارائه خدمات در مراکز درمان سوء مصرف مواد ممکن است به صورت سرپایی، بستری، اقامتی یا اجتماع مدار باشد.

✓ «مرکز سرپایی درمان سوء مصرف مواد» به مرکزی گفته می شود که خدمات سوء مصرف مواد را در حداقل یک نوبت کاری (صبح/عصر) ارائه نماید و مجاز به فعالیت در نوبت کاری شب نمی باشد. (فصل هفتم، ماده ۲۷ آئین نامه راه اندازی مراکز درمان سوء مصرف مواد)

✓ «مرکز بستری درمان سوءمصرف مواد» یک موسسه پزشکی است که با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی و آموزشی و پژوهشی به منظور ارائه خدمات درمان سوءمصرف مواد بیماران بستری به صورت شبانه‌روزی تاسیس می‌گردد.

✓ «مرکز اقامتی» شامل مراکز میان‌مدت و خانه‌های بهبودی است که مراجعان به مدت یک الی سه ماه جهت درمان سوء-مصرف مواد در آنها اقامت می‌نمایند و توسط گروه‌های خودیار، با غربالگری و کمک تیم پزشکی اداره می‌شوند. مجوز این مراکز توسط سازمان بهزیستی صادر می‌گردد.

✓ «مراکز اجتماع‌مدار» یا مراکز اقامتی بلند مدت مراکزی هستند که توسط گروه‌های خودیار اداره می‌شوند و مراجعان جهت درمان سوءمصرف مواد به مدت سه الی شش ماه در این مراکز اقامت می‌نمایند. مجوز این مراکز توسط سازمان بهزیستی صادر می‌شود.

در این فرم داده‌های مربوط به مراکز اقامتی و خانه‌های بهبودی توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گردآوری نمی‌شود.

▪ نوع وابستگی

در این بخش نوع وابستگی مرکز درج می‌شود. منظور از «وابستگی»، منبع تامین کننده اعتبار اجرای برنامه است که ممکن است دولتی یا غیر دولتی باشد.

▪ نوع مدیریت

در این قسمت نوع مدیریت مرکز درج می‌شود. مدیریت مراکز ممکن است بر عهده بخش دولتی، خصوصی یا سازمان‌های مردم-نهاد باشد.

مراکز دارای «مدیریت دولتی» شامل مراکزی است که به مراکز دولتی (آموزشی یا درمانی) وابسته باشند. (برگرفته از ماده دو، فصل اول آیین نامه تاسیس درمانگاهها)

مراکز دارای «مدیریت خصوصی» یا «مدیریت سازمان غیردولتی» شامل مراکزی هستند که به ترتیب توسط فرد حقیقی یا سازمان های غیردولتی اداره می شوند.

▪ نوبت کاری

نوبت کاری هر مرکز در پروانه بهره برداری مرکز درمان سوء مصرف مواد درج شده است. مراکز سرپایی می توانند به صورت نیمه وقت (یک شیفت صبح یا عصر) یا تمام وقت (صبح و عصر) فعالیت نمایند. مراکز بستری درمان سوء مصرف مواد به صورت شبانه روزی فعالیت می نمایند.

▪ مجوز واحد آگونیست

« واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست» زیرمجموعه مرکز درمان سوء مصرف مواد بوده و تحت نظر پرسنل درمانی، درمان سم زدایی و درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست افیونی را ارائه می دهد. (ماده دو، فصل اول آیین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد) کلیه مراکز درمان سوء مصرف مواد جهت ارائه این خدمات ملزم به اخذ مجوز راه اندازی واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست از کمیته منطقه ای نظارت بر واحدهای درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست (کمیته ماده ۳۱) می باشند.

▪ تاریخ اخذ مجوز واحد آگونیست

تاریخ صدور مجوز راه اندازی واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست می باشد.

▪ نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز

مرکز مشخصات مندرج در پروانه مسئول فنی در این قسمت ثبت می گردد. در صورتی که بیش از یک مسئول فنی در نوبت های کاری مرکز مشغول فعالیت باشند، نام و نام خانوادگی کلیه مسئولان فنی به همراه نوبت کاری هریک در این قسمت درج می گردد.

■ نام مسئول/مسئولان فنی واحد آگونیست

نام و نام خانوادگی مسئول فنی مندرج در مجوز راه اندازی واحد آگونیست در این قسمت ثبت می گردد. در صورتی که بیش از یک مسئول فنی در نوبت های کاری واحد مشغول فعالیت باشند، نام و نام خانوادگی کلیه مسئولان فنی به همراه نوبت کاری هریک در این قسمت درج می گردد.

■ تعداد پزشکان شاغل

تعداد پزشکان عمومی شاغل در مرکز درمان سوء مصرف مواد در کلیه نوبت های کاری در این قسمت درج می شود. در صورتی که یک پزشک در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک پزشک شمارش می شود.

■ تعداد پزشکان شاغل دوره دیده

تعداد پزشکان عمومی شاغل در مرکز که دوره چهارده روزه آموزش عملی درمان سوء مصرف مواد را گذرانده باشند، در کلیه نوبت های کاری مرکز در این قسمت درج می شود. در صورتی که یک پزشک دوره دیده در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک پزشک شمارش می گردد. بدیهی است «پزشکان شاغل دوره دیده» زیرمجموعه «تعداد پزشکان شاغل» محسوب می شود.

■ تعداد بهیار/پرستار شاغل

تعداد کل بهیاران یا پرستارانی که در نوبت های کاری یک مرکز درمانی مشغول به کار هستند در این قسمت درج می شود. در صورتی که بهیار/پرستار در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک پرستار/بیار شمارش می گردد.

■ تعداد روانپزشک تمام وقت شاغل

تعداد روانپزشکانی که حداقل در یک شیفت کاری به طور کامل در مرکز مشغول به کار هستند در این قسمت ذکر می شود. در صورتی که یک روانپزشک در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک روانپزشک شمارش می گردد.

■ تعداد روانپزشک پاره وقت شاغل

تعداد روانپزشکانی که به صورت پاره وقت در مرکز فعالیت می نمایند.

■ تعداد روانپزشک دوره دیده

تعداد روانپزشکانی که به طور پاره وقت یا تمام وقت در مرکز درمان سوء مصرف مواد فعالیت می کنند و دوره دوهفته ای آموزش عملی درمان سوء مصرف مواد را گذرانده اند.

■ تعداد روانشناسان شاغل

تعداد روانشناسانی که در کلیه نوبت های کاری مرکز مشغول به کار هستند. در صورتی که یک روانشناس در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک روانشناس محسوب می گردد.

■ تعداد روانشناسان دوره دیده

تعداد روانشناسانی که در کلیه نوبت های کاری مرکز مشغول به کار هستند و دوره دوهفته ای آموزش درمان های غیر دارویی سوء مصرف مواد را در دانشگاه های علوم پزشکی برگزارکننده این دوره ها گذرانده اند. در صورتی که یک روانشناس دوره دیده در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک روانشناس محسوب می گردد.

■ تعداد مددکار شاغل

تعداد مددکارانی که در کلیه نوبت های کاری مرکز مشغول به کار هستند. در صورتی که یک مددکار در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک مددکار محسوب می گردد.

■ تعداد مددکار دوره دیده

تعداد مددکارانی که در کلیه نوبت های کاری مرکز مشغول به کار هستند و دوره های آموزشی مددکاری مراکز درمان سوء مصرف مواد را گذرانده اند در این قسمت درج می شود. در صورتی که یک مددکار در دو نوبت کاری متفاوت در مرکز مشغول به فعالیت باشد، یک مددکار محسوب می گردد.

■ تعداد مددیار/یاور شاغل

تعداد یاور/مددیاران شاغل در مراکز اقامتی یا اجتماع مدار در این قسمت درج می شود.

پایش و ارزیابی

پایش و ارزیابی داده‌های جمع‌آوری شده از سطح مراکز از جمله عواملی است که موجب بهبود کیفیت ثبت و گردآوری داده‌ها می‌شود. ارزیابی شاخص‌ها/داده‌های تقاضای درمان فرایندی مداوم است که می‌تواند: (الف) داده‌های جمع‌آوری شده را ارتقاء دهد؛ و (ب) در صورت ضرورت شاخص را ارتقاء داده و بازبینی نماید.

طی فرآیند ارزیابی میزان پیروی از دستورالعمل جمع‌آوری داده‌ها، پردازش داده‌ها و تحلیل داده‌ها باید کنترل شود. داده‌هایی از نظر درونی معتبر هستند که طبق تعاریف صحیح جمع‌آوری شده باشند، در حد قابل قبولی کامل باشند، از فقدان داده‌ها اجتناب کرده باشند، دوباره‌شماری را به حداقل رسانده باشند.

بهبود عملی در جمع‌آوری داده‌ها برای مثال بهبود فرم‌های داده‌ها یا پیش‌بینی ورود الکترونیک داده‌ها از طریق رایانه متعاقب مرور روش‌های عملیاتی ضروری خواهد بود و تا حد زیادی کیفیت و اعتبار داده‌ها را ارتقاء می‌دهد. ارائه بازخورد درباره اشکالات ورود داده‌ها برای تامین کنندگان آن، یک راهبرد برای ارتقاء تدریجی ورود داده‌ها در طول زمان است.

برخی آیتم‌های پایگاه داده‌ها باید از نظر درونی همخوانی داشته باشند. برای مثال جمع‌هریک از ستون‌های تفکیکی با هم و با جمع‌کل همخوانی داشته باشد. مثلاً حاصل جمع دو ستون «زن» و «مرد» با جمع سایر تفکیک‌ها و در عین حال با جمع کل بیماران همخوانی داشته باشد.

