

مشتمین ویرایش طرح عملیاتی

«ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام

مراقبت‌های بهداشتی اولیه»

توجه:

اجرای این پیش‌نویس منوط به کسب مجوز از دفتر سلامت جوانان و مدارس (اداره پیشگیری و درمان اعتیاد) و دستور ریاست دانشگاه مربوطه می‌باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر سلامت جوانان و مدارس

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

1383

فهرست مطالب

صفحه 4	پیشگفتار
صفحه 6	مقدمه
صفحه 9	اهمیت موضوع
صفحه 13	تعریف اصطلاحات
صفحه 21	اهداف
صفحه 23	استراتژی‌ها
صفحه 28	مراحل و روش اجرا
صفحه 29	تشکیلات و نظام سازمانی
صفحه 49	پایش و ارزشیابی
صفحه 50	شاخص‌ها
صفحه 52	فهرست منابع
	ضمائم

تدوین کنندگان: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر منصور باصر، سیدعباس باقری یزدی، دکتر جعفریوالهیری، دکتر سیروس پيله رودی

علی خمسه، دکتر عمران محمد رزاقی، دکتر علی زجاجی، دکتر کامل شادپور

شادروان دکتر داود شاه محمدی، دکتر نرگس شمس علیزاده، دکتر جمال صالحی،

دکتر سید ابراهیم قدوسی، دکتر حسین کاظمینی، شادروان هوشمند لایقی،

دکتر وحید مجتهدزاده، دکتر ستاره محسنی فر، دکتر گلاره مستشاری،

دکتر محسن تقوی، دکتر سیده مریم نبی پور، دکتر محسن وزیریان، دکتر محمدتقی یاسمی

پیش‌گفتار

توجه به اعتیاد به عنوان یک مشکل بهداشتی، دارای سابقه‌ای طولانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. برای اولین بار در سال 1365 در برنامه کشوری بهداشت روان به این بیماری توجه شده و اساتید تدوین کننده برنامه کشوری بهداشت روان به این نکته اشاره داشتند که "اعتیاد به تریاک و هرئین یکی از مسائل اساسی در ایران به شمار می‌رود" (1). از سال 1365 طرح‌ها و برنامه‌های گوناگونی در این زمینه توسط همکاران شاغل در حوزه معاونت بهداشتی، درمانی و یا عزیزانی که در سایر بخش‌های وزارت متبوع به خدمت مشغول بوده‌اند تهیه و اجرا شد که از جمله آنها می‌توان به طرح جامع عملیاتی - پژوهشی اعتیاد و معتادان (2)، برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوء مصرف مواد (3)، راه اندازی در مانگاه‌ها و بخش‌های تخصصی ترک اعتیاد و بررسی اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران، اشاره نمود. با استفاده از الگوی برنامه کشوری بهداشت روان در سال 1374 پیش‌نویس اول طرح عملیاتی برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوء مصرف مواد تهیه گردید (4). در سالهای 76-1375 بدنبال تغییر نگرش مسئولین در زمینه اعتیاد و توجه بیشتر به آن به عنوان یک بیماری، با بهره‌گیری از نظرات و پیشنهادات گروهی از کارشناسان و متخصصین در امر اعتیاد پیش‌نویس دوم برنامه تهیه گردید. این پیش‌نویس در سال 1377 مورد تجدید نظر قرار گرفت و جهت اخذ تصمیم به معاونت محترم بهداشتی ارائه گردید. طبق دستور معاونت محترم بهداشتی در جهت تدوین بهتر برنامه به منظور ادغام در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، طرح توسط گروهی از کارشناسان محترم مرکز گسترش شبکه و اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها مورد تجدید نظر قرار گرفت و پس از تشکیل 12 جلسه کار

گروهی و پنج ماه مطالعه کارشناسی طرح نهایی تهیه گردید. و در تاریخ 78/12/7 با حضور معاونت محترم بهداشتی، گروهی از اعضای هیئت علمی دانشگاهها، کارشناسان مرکز گسترش شبکه و کارشناسان اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها به تصویب رسید. همچنین مقدمات اجرای طرح فراهم گردید. از جمله اینکه چهار دانشگاه کرمانشاه، کرمان، گیلان و علوم پزشکی ایران جهت انجام طرح پایلوت در نظر گرفته شد و کارگاه‌هایی در کرمان، گیلان و هشتگرد به اجرا درآمد، ولی متأسفانه به دلیل بروز برخی مشکلات اجرای طرح متوقف گردید. در سال 81 مجدداً طرح در دستور کار دفتر سلامت جوانان و مدارس (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد) قرار گرفت. با توجه به نیاز به بازنگری به خصوص در زمینه کاهش آسیب، کمیته علمی - مشورتی مرکب از کارشناسان اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، کارشناسان دفتر گسترش شبکه و جمعی از سایر صاحب نظران در زمینه اعتیاد تعیین گردید و پس از برگزاری چندین جلسه پیش نویس هفتم تهیه و به تصویب رسید.

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران به عنوان کوتاهترین مسیر ترانزیت مواد مخدر از مبدا کشور افغانستان (عمده ترین منبع تولید مواد مخدر در جهان) به مقصد بازار اروپا همواره با مشکلات ناشی از ترانزیت مواد مخدر اعم از شیوع سوءمصرف مواد مخدر در بین کلیه اقشار جامعه بویژه جوانان، افزایش شرارتهای و اقدامات ضد امنیتی از سوی قاچاقچیان و افزایش تعداد زندانیان ناشی از جرائم مواد مخدر مواجه می باشد. میزان کشف و ضبط مواد مخدرسیری صعودی داشته است به عنوان مثال در شش ماهه اول سال 2002 میلادی در مجموع 76500 کیلوگرم مواد مخدر توسط سازمانهای مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران کشف و ضبط گردیده است و میزان کشفیات در مقایسه با مدت مشابه در سال 2001 در کل 16 درصد رشد داشته است (10) هرچند هیچ کشوری به اندازه ایران در زمینه مبارزه با قاچاق مواد مخدر فعالیت نداشته است (11) اما تحقیقات و بررسی‌هایی که در زمینه شیوع اعتیاد در جامعه ایران در سالیان گذشته انجام گرفته است، همگی مویده شیوع نسبتا بالای اعتیاد در کشور هستند و با توجه به نرخ $2/7-3/6$ درصدی رشد جمعیت در طول دو دهه گذشته و شیوع اعتیاد در گروه سنی 18-25 سال بنظر می رسد که پدیده اعتیاد در دهه آینده تظاهر انفجار آمیزی خواهد داشت (6).

ارائه آمار دقیقی از تعداد معتادان کشور بدلیل آنکه در حال حاضر در جهان روش واحدی در زمینه اپیدمیولوژی اعتیاد که مورد قبول همگان باشد وجود ندارد عملی ناشدنی

است. اما از طرق مختلف و با توجه به آثار و عواقب اعتیاد می‌توان تخمین‌هایی نزدیک به واقعیت در زمینه اعتیاد ارائه نمود. مطابق آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری تعداد تقریبی معتادان کشور حدود 1200000 نفر است و در کنار آنها 800000 نفر هم به صورت تفننی از مواد اعتیادآور استفاده می‌کنند (7). اما مطابق پژوهشی که در سال 1378 توسط سازمان بهزیستی و UNDCP¹ تحت عنوان "ارزیابی سریع مسئله اعتیاد در ایران" انجام شد تعداد معتادین 700000 نفر تخمین زده شده است. (8).

بر اساس گزارش مقدماتی طرح بررسی اپیدمیولوژیک سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران در سال 1380، تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی (شامل تریاک، شیره، هروئین و بوپرنورفین) 3761223 نفر است (73٪ تریاک، 17٪ شیره، 9٪ هروئین و 1٪ بوپرنورفین) که 1157591 نفر از آنها دچار معیارهای اعتیاد هستند و مردان 90٪ و زنان 10٪ این عده را تشکیل می‌دهند، تعداد مصرف‌کنندگان حشیش 352645 نفر، الکل 1862673 و مواد محرک 47771 نفر است. (9)

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش حوادث ترافیکی، غیبت از کار، اثر بر روی خانواده، فحشاء و بزهکاری را نیز سبب می‌گردد. (5).

مواد مخدر یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی نیز می‌باشد به نحوی که از میان 3277 مورد گزارش شده آزمایش مثبت ایدز

¹ United Nations International Drug Control Program

در فروردین 1381، 64٪ یعنی تا دو سوم موارد، به علت رفتار اعتیاد تزریقی به ویروس عامل ایدز آلوده شده‌اند. (9)

آمار متوفیات ناشی از سوء مصرف مواد نیز سیری صعودی راطی می نماید. این آمار در طی 5 ماهه اول سال 1381 به نسبت زمان مشابه در سال 1380، 58 درصد افزایش داشته است (16)

شیوع رفتار تزریقی نیز در بین 40000 تا 144000 نفر در کشور تخمین زده شده است (9) همچنین رزاقی و همکاران نشان دادند که 16 درصد مصرف کنندگان مواد دریک ماه قبل از مطالعه از داروی تزریقی و 50 درصد از سرنگ مشترک استفاده می کردند (8) بنابراین با توجه به میزان شیوع اعتیاد در کشور و معضلات بهداشتی و اجتماعی ناشی از آن، کاملاً منطقی است اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور که سلامت جامعه را به خطر می اندازد محسوب گردد و برای پیشگیری و درمان آن برنامه ریزی اصولی و اقدامات جامعی به عمل آید. با در نظر گرفتن این نکته که با توجه به توانمندیهای ساختاری سیستم شبکه، در حال حاضر هیچ سازمان و تشکیلات دیگری از تواناییهای معادل آن برخوردار نیست (12) ادغام برنامه پیشگیری و درمان اعتیاد در ساختار شبکه می تواند گامی موثر در پیشبرد پیشگیری و درمان اعتیاد باشد.

اهمیت موضوع

در حال حاضر سوء مصرف مواد مخدر مشکل اصلی دولت‌ها و کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد. گرچه قوانینی که قاچاق و در اختیار داشتن مواد مخدر را منع می کنند، عنصر مهمی در یک استراتژی ملی مبارزه با مواد مخدر به حساب می آیند اما در صورتی که خود مصرف کنندگان بالقوه به این نتیجه نرسند که مصرف مواد مخدر به نفع ایشان نیست کارآیی لازم را نخواهد داشت و واضح است که بدون یک استراتژی پیشگیری موفق کلیه سیاست های مبارزه با مواد مخدر در نهایت شکست خواهند خورد. درمان نیز یک استراتژی موثر در کاهش مصرف مواد مخدر و معضلات بهداشتی و اجتماعی مربوطه است (11)

در زمینه فعالیتهای مربوط به کاهش تقاضا (پیشگیری و درمان)، بخش بهداشت و درمان کشور بدلیل زیر پس از انقلاب، فعالیتهای متناسب با سختگیریهای کاهش عرضه را از خود نشان نداده است.

1- فعالیتهای بخش بهداشت و درمان در قبل از انقلاب، منجر به موفقیت بخصوصی نگردیده بود، این مسئله باعث تعبیر نادرستی شد که "اصولا فعالیتهای کاهش تقاضا کارآئی ندارند" و براساس همین تعبیر نادرست، برای هرچه محدودتر کردن و حتی تعطیل برخی فعالیتهای مربوطه در بخش بهداشت و درمان اقدام شد.

2- از آنجا که جنگ تحمیلی باعث وارد آوردن فشار زیادی بر بخش بهداشت و درمان کشور گردید، امکان و توجه زیادی برای فعالیتهای و مسئولیتهای دیگر این بخش از جمله پدیده اعتیاد باقی نماند و این پدیده نیز نظیر برخی معضلات جدی پشت جبهه مانند رشد بی‌رویه جمعیت برای دوره‌ای مسکوت باقی ماند(7). این امر موجب افزایش تعداد معتادین و دستگیرشدگان در ارتباط با مواد مخدر گردید. به نحوی که تعداد زندانیان مواد مخدر بدون در نظر گرفتن افراد بازداشت موقت و مقیم مراکز بازپروری، از 47586 نفر در سال 1372 با رشد 192 درصدی به 93652 نفر در سال 1377 رسید (7).

فعالیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امر پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، البته با موانع قانونی نیز روبرو بود. مهمترین مانع در این زمینه مصوبه 1367 مجمع تشخیص مصلحت نظام در خصوص مجرم شناختن فرد معتاد بود. این مصوبه نه تنها مانعی در برابر آغاز فعالیت وزارت متبوع در این زمینه بود بلکه بدلیل هراس و وحشت معتادین از دستگیری، مانع بزرگی برای مراجعه آنان به مراکز رسمی و دولتی کشور بود (13). فعالیتهای معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی در زمینه درمان معتادان و اثرات مثبتی که این فعالیتهای داشت بعد از مدتی منجر به صدور مجوز خاص از سوی رئیس قوه قضائیه شد که به موجب آن معتادین خود معرف مراجعه کننده به مراکز درمان، از تعقیب معاف هستند (14). اما بدلیل محدودیت امکانات، اقدامات فراگیر نبود و همچنان نیاز به اقدامات گسترده‌تر برای پیشگیری و درمان اعتیاد احساس می‌شد. ارائه نظرات کارشناسی و رایزنی‌های متعدد کارشناسان متخصص در امر اعتیاد با مسئولین کشور، منجر به تصویب "اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر" در مجمع تشخیص مصلحت نظام در تاریخ 77/6/15 گردید. به موجب این قانون به معتادان اجازه داده شد که به مراکز مجاز درمان

که از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند. افراد معتاد در طول مدت درمان و بازپروری، تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف می‌باشند” (15). باتصویب این قانون در مجمع تشخیص مصلحت نظام، شرایط برای مداخله گسترده‌تر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فراهم گردید. به همین دلیل شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد در سال 1376 تشکیل گردید. این شورا موفق شد اولین برنامه 5 ساله کاهش تقاضای مصرف مواد را که توسط متخصصان و کارشناسان معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردیده بود به تصویب رسانده جهت اجرا به سازمان بهزیستی و معاونت‌های ذیربط ابلاغ نماید (12).

اجرای این برنامه و تطابق برنامه‌های اجرایی معاونت‌های مختلف وزارت متبوع با آن، در جلسه تاریخ 78/1/7 شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد مجدداً مورد تایید قرار گرفت.

در برنامه پنج ساله، 2 هدف اصلی و 8 هدف اختصاصی مشخص گردیده است. اهداف اصلی برنامه عبارتند از: 1- ارتقاء فراگیر شدن پیشگیری از سوء مصرف مواد در سطوح مختلف جامعه و 2- توسعه و ارتقاء درمان و بازتوانی سوء مصرف کنندگان و معتادان

به منظور رسیدن به این اهداف معاونت بهداشتی وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، مسئولیت ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بعهده گرفت و برنامه ای راتدوین نمود تاکید اصلی این برنامه بر پیشگیری از شیوع مصرف مواد اعتیادآور

بود که از طریق آموزشهای عمومی و اختصاصی، در سطوح مختلف شبکه و توسط کارگزاران آن صورت می‌گیرد. از اهداف دیگر برنامه فراهم کردن شرایط مناسب برای افرادی است که داوطلبانه تصمیم به ترک اعتیاد گرفته‌اند. مطابق برنامه، افراد داوطلب ترک به استفاده از خدمات بازپروری سازمان بهزیستی تشویق می‌گردند تا در مجموع، مداخله در سه سطح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه صورت گرفته باشد. با تغییر ساختار وزارت بهداشت و تشکیل دفتر سلامت جوانان و مدارس و اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد این دفتر مسئولیت ادامه این کار را به عهده گرفت و به دنبال افزایش شیوع ایدز و این حقیقت که 64 درصد افراد مبتلا به ایدز را معتادان به اعتیاد تزریقی تشکیل می‌دهند پیش نویس جدید برنامه با تاکید بیشتر بر برنامه های کاهش آسیب تدوین گردید.

طراحی و تدوین این برنامه بدلیل حساسیت‌های نظام شبکه با دقت و وسواس زیادی صورت گرفته است. اما بدیهی است که کاستی‌هایی بر آن مترتب می‌باشد که انشاءالله در جریان اجرای آزمایشی برنامه، کاستی‌ها شناسایی و در جهت رفع آنها اقدام خواهد گردید.

تعریف اصطلاحات

مواد

شامل همه ترکیباتی است که باعث تغییر کارکرد مغز به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور بشود.

وابستگی و اعتیاد (addiction)

عبارتست از نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به همان تأثیرات و بروز

علائم ترک در صورت قطع مصرف

«سوء مصرف» abuse

بدین معنا است که اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد. ولی آن را مصرف

می‌کند. یعنی:

- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن غیرقانونی است.
- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن باعث بروز تغییرات روحی در فرد می‌شود.

- استفاده از ماده‌ای که به خود فرد یا دیگران ضرر می‌رساند.

تحمل

حالتی است که فرد مجبور است، مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد.

کاهش آسیب

سیاست یا برنامه‌ای است که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد طرح ریزی شده باشد، هرچند که فرد مصرف‌کننده به مصرف مواد خود ادامه دهد.

رفتارهای پرخطر

رفتارهایی هستند که موجب

- انتقال بیماری‌های عفونی منتقل‌شونده از طریق خون هم‌چون ایدز و هپاتیت
- ابتلای بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی
- ابتلای عفونت‌های خطرناکی مثل اندوکاردیت و آبسه
- ایجاد عوارض دیگر ناشی از سوء مصرف (هم‌چون بیش مصرف = overdose) می‌گردد.

نمونه رفتارهای پرخطر عبارتند از : استفاده مشترک از وسایل تزریق، رابطه جنسی غیرایمن، استفاده از وسایل غیربهداشتی، 000

رفتارهای کم خطر

رفتارهایی هستند که در مورد آنها خطر انتقال بیماری‌هایی مانند ایدز، هپاتیت، و بیماری‌های جنسی یا ابتلای به بیماری‌هایی مانند اندوکاردیت، آبسه یا عوارض ناشی از سوءمصرف مواد اصلاً وجود ندارد یا بسیار کم است، نمونه رفتارهای کم خطر عبارتند از : شیوه مصرف غیرتزریقی، تزریق ایمن، رابطه جنسی ایمن و

000

تزریق ایمن

به معنای استفاده از وسایل تزریقی یکبار مصرف و استریل، همراه با ضدعفونی کردن کامل محل تزریق است. نیز به سبب خطرناک بودن کار تزریق، یکی از لوازم تضمین ایمنی، حضور فردی دیگر در هنگام تزریق است تا امکان مقابله با عوارض احتمالی تزریق فراهم باشد.

اقدامات کاهش تقاضا

عبارت است از اقداماتی که منجر به کاهش مقدار مصرف مواد گردد از جمله

پیشگیری و درمان معتادان

خدمات بهداشتی اولیه

خدماتی است که در سطح جامعه و با اولین تماس (خانه بهداشت) آغاز گردیده و از این طریق به سطح دوم (مرکز بهداشتی درمانی) و سپس به سطح سوم (بیمارستانها) راه می‌یابد.

شاخص‌های اپیدمیولوژیک:

شامل میزان مراجعه مبتلایان به سوءمصرف مواد به واحدهای درمان سرپایی شهری و روستایی شبکه‌های بهداشت و درمان در استان‌های پایلوت می‌گردد. سایر شاخصهای اپیدمیولوژیک عبارتست از توزیع سنی، جنسی، جغرافیایی، شغلی، ... و همچنین شاخصهای دیگری چون توزیع اعتیاد برحسب نوع مواد، سن شروع، میزان مصرف مواد و جایگزین کردن رفتارهای پرخطر (در میان مبتلایان به سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به واحدهای درمان سرپایی شهری و روستایی) و 000

شیوع و بروز:

به تعداد موارد موجود موضوع موردنظر و بروز به موارد جدیدی که در طول دوره‌ای خاص از زمان ظاهر می‌گردند اطلاق می‌شود.

شیوع نقطه‌ای:

به تعداد افراد مبتلا به وابستگی و سوء مصرف مواد در نقطه‌ای خاص از زمان اطلاق می‌گردد.

سیاستگذاران و تصمیم‌گیران:

مقصود اعضای شورای اداری شهرستان و یا استان، و کسانی است که در تصمیم‌گیری اجرای برنامه‌ها نقش اساسی دارند.

حد پایه:

مقصود میزانهایی است که با بررسی وضعیت موجود قبل از اجرای برنامه به دست

می‌آید مثل میزان شیوع اعتیاد قبل از اجرای برنامه

خانواده معتادان خود معرف:

وابستگان درجه اول در دسترس فردی است که داوطلب ترک اعتیاد است.

معتاد خود معرف:

به فرد معتادی گفته می‌شود که خود داوطلبانه برای ترک اعتیاد مراجعه می‌کند.

گروه‌های در معرض خطر:

گروه‌هایی هستند که بیشتر در معرض خطر ابتلاء به اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند

همچون جوانان، نوجوانان، دانش‌آموزان، دانشجویان، مهاجران، پناهندگان، زندانیان و مشاغل

خاص (رانندگان و ...)

عوامل خطرزا:

عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز ابتلاء افراد به اعتیاد به مواد مخدر گردند

همچون سن پائین، جنس مرد، بیسواد، فقر، بیکاری، خانواده‌های از هم پاشیده، طلاق و

...

کارکنان بهداشت و درمان:

منظور افرادی هستند که در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور و یا در مراکز

خصوصی به امر ارائه خدمت به افراد جامعه مشغول می‌باشند.

پروتکل درمانی:

مقصود پروتکل درمانی دستورالعمل درمانی است که توسط کمیته علمی مشورتی برنامه جهت درمان معتادین خود معرف تهیه و به مراکز اجرای طرح فرستاده خواهد شد.

خدمات توان بخشی:

مقصود خدماتی است که از سوی سازمان بهزیستی به معتادین خود معرف ارائه می‌گردد و منجر به افزایش توانایی‌های جسمی و روانی آن می‌گردد.

جمعیت تحت پوشش:

منظور جمعیتی است که در حوزه شبکه بهداشت و درمان محل اجرای طرح زندگی می‌کنند.

نیازهای آموزشی:

مقصود نیازهای آموزشی کارکنان سطوح مختلف عرضه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی و افراد جامعه است که از طریق بررسی و مطالعه بدست می‌آید.

آموزش گیرندگان:

مقصود کلیه کسانی است که هدف آموزش برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد هستند. مثل کارکنان سطوح مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، گروه‌های در معرض خطر و ...

آموزش عمومی:

مقصود آموزشهایی است که به صورت چهره به چهره یا از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی (روزنامه و تلویزیون) یا به صورت کتاب، پمفلت و تراکت عرضه می‌گردد.

مداخله آموزشی و درمانی:

مقصود اجرای برنامه‌های آموزشی و پروتکل درمانی مصوب می‌باشد.

مهارت‌های زندگی:

مهارت‌های هستند که توانایی‌های روانی - اجتماعی فرد را افزایش داده او را قادر می‌سازند تا با شرایط و کشمکش‌های زندگی روبرو گردند.

واحدهای عرضه خدمت در مناطق روستایی

خانه بهداشت:

واحد بهداشتی مستقر در روستا است که غالباً چند روستای دیگر (قمر) را پوشش می‌دهد. میانگین جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت 1500 نفر است. بهورزان زن و مرد، کارکنان خانه بهداشت را تشکیل می‌دهند.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

واحدی مستقر در روستا است که یک خانه بهداشت در همان روستا و اغلب چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش مرکز

بهداشتی درمانی روستایی حدود 9000 نفر است. در مرکز بهداشتی درمانی روستایی گروهی مرکب از پزشک، کاردانها و تکنیسین های بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط، بهداشت دهان و دندان، آزمایشگاه و بهیار و کارکنان اداری با رهبری پزشک کار می کنند. این واحد نظارت بر فعالیت خانه های بهداشتی و هدایت و پشتیبانی آنها را نیز به عهده دارد

واحدهای عرضه خدمت در شهر

مرکز بهداشتی درمانی شهری

واحدی است مستقر در شهر که به طور متوسط جمعیتی حدود 40-50 هزار نفر را تحت پوشش دارد. در مراکز شهری معمولاً کاردان یا تکنیسین رادیولوژی به نیروی انسانی مراکز روستایی اضافه می شود وظیفه اصلی این مرکز ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی به جمعیت تحت پوشش و در صورت لزوم ارجاع بیماران به بیمارستان است. مرکز بهداشتی درمانی شهری یک یا چند پایگاه بهداشتی را تحت پوشش دارد.

پایگاه بهداشتی

پایگاه بهداشتی تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری می باشد. هر پایگاه جمعیتی معادل 12500 نفر را تحت پوشش دارد. در این پایگاه ها، ماما، کاردان بهداشت خانواده و کاردان بهداشت محیط ارائه خدمت می کنند. یک سری افراد (عمدتاً زنان) به صورت داوطلب، هرکدام 30-50 خانوار را تحت پوشش دارند و پی گیری مراقبت های افراد این خانوار ها را به عهده دارند.

الف - اهداف

الف - 1 هدف کلی:

کاهش میزان سوء مصرف ، وابستگی به مواد و کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد با

استفاده از امکانات شبکه بهداشت و درمان کشور

الف - 2 اهداف اختصاصی:

- 1- تعیین مقادیر شاخصهای اپیدمیولوژیک سوء مصرف مواد در پایان طرح (2 سال پس از شروع مداخله).
- 2- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش سیاستگذاران و تصمیم‌گیران از حد پایه به میزان 30 درصد در پایان طرح (2 سال پس از شروع مداخله)
- 3- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش توده مردم از حد پایه به میزان 30 درصد در پایان طرح
- 4- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش خانواده معتادان خود معرف از حد پایه به میزان 60 درصد در پایان طرح
- 5- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش معتادان خود معرف از حد پایه به میزان 30 درصد در پایان طرح
- 6- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش گروههای در معرض خطر از حد پایه به میزان 50 درصد در پایان طرح.
- 7- افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش کارکنان بهداشت و درمان از حد پایه به میزان 50 درصد در پایان طرح.
- 8- کاهش آسیبهای روانی اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد (ترک تحصیل، طلاق، فرار از مدرسه و ...) به میزان 20 درصد در پایان طرح
- 9- درمان 60 درصد معتادان خود معرف توسط پزشکان عمومی آموزش دیده در بخش دولتی / خصوصی بر اساس پروتکل درمانی مصوب.
- 10- درمان 90 درصد معتادان خود معرف ارجاع شده از سوی پزشکان عمومی به مراکز سرپایی درمان تخصصی براساس پروتکل درمانی مصوب.

- 11- بستری نمودن و درمان معتادان خود معرف ارجاع شده از مراکز سرپایی درمان تخصصی در بیمارستان براساس پروتکل درمانی مصوب.
- 12- ارجاع معتادان درمان شده به سازمان‌های حمایت‌گر برای استفاده از خدمات توانبخشی و رفاهی.
- 13-افزایش آگاهی و شناخت معتادان در خصوص بیماری‌های منتقله از راه تزریق به میزان 70درصد در پایان طرح
- 14-افزایش آگاهی و شناخت معتادان در زمینه راههای کاهش آسیب به میزان 50درصد در پایان طرح
- 15-کاهش رفتارهای پر خطر(درمعتادان تزریقی) به میزان 30 درصد در پایان طرح
- 16-کاهش میزان شیوع اعتیاد تزریقی به میزان 20 درصد در پایان طرح

الف 3- هدف کاربردی:

ارائه الگوی مناسب پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد جهت اجرا در سایر نقاط

کشور

ب - استراتژی‌ها

ب - 1 استراتژی پژوهشی

1. سنجش دانش و نگرش پرسنل بهورزی قبل و بعد از مداخله در

شهرستان‌های مداخله و شاهد

2. سنجش دانش و نگرش پرسنل کاردان در سطوح محیطی و مرکزی شهرستان قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
3. سنجش دانش و نگرش پرسنل کارشناس در سطوح محیطی و مرکزی شهرستان قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
4. سنجش دانش و نگرش پزشکان عمومی در سطوح محیطی و مرکزی شهرستان قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
5. سنجش دانش و نگرش عموم جامعه قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
6. سنجش میزان مراجعه معتادان خود معرف به واحد ارائه دهنده خدمت قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
7. سنجش میزان عود اعتیاد قبل و بعد از مداخله در واحدهای ارائه‌دهنده خدمت شهرستان‌های مداخله و شاهد
8. سنجش میزان معتادان تحت درمان نگهدارنده در واحد ارائه‌دهنده خدمت قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
9. سنجش درصد موارد سم‌زدایی معتادان در واحد ارائه‌دهنده خدمت قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
10. سنجش درصد رضایت معتادان مراجعه‌کننده به واحد ارائه‌دهنده خدمت قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد

11. سنجش درصد رضایت پرسنل در واحد ارائه‌دهنده خدمت قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله و شاهد
12. سنجش درصد رضایت مراجعه‌کننده دریافت‌کننده سایر خدمات از ادغام برنامه در واحد ارائه‌دهنده خدمت قبل و بعد از مداخله در شهرستان‌های مداخله

ب - 2 استراتژی آموزشی

1. تهیه، تدوین و تالیف متون و منابع آموزشی لازم برای تمام

آموزش گیرندگان شامل:

تالیف متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد برای بهورزان

تالیف متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد برای کاردانان

تالیف متن آموزشی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد برای کارشناسان

تالیف کتاب پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد برای پزشکان عمومی

2. برگزاری کارگاه‌های آموزشی براساس متون تدوین شده

(دستورالعمل شماره 7)

3. آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش به صورت:

آموزش جمعی مردم در مساجد، مدارس، ...

ارائه برنامه‌های آموزشی از طریق رسانه‌های جمعی

آموزش کارکنان سطوح مختلف نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی.

4. آموزش چهره به چهره فرد مبتلا به سوءمصرف مواد یا خانواده او

در صورت مراجعه به خانه بهداشت طبق متن آموزشی

5. آموزش گروههای در معرض خطر جامعه

6. آموزش معنادان در زمینه نحوه کاهش آسیب

کلیه آموزشها براساس متون آموزشی تهیه شده داده خواهد شد.

ب - 3 استراتژی درمانی

1. تهیه پروتکل درمانی مورد نیاز توسط کمیته علمی پیشگیری و درمان سوء

مصرف مواد.

2. تهیه دارو از طریق دفتر امور دارویی معاونت بهداشتی برای واحدهای

درمانی سرپایی.

3. خدمات درمانی به معنادین خود معرف در سه سطح ارائه می‌گردد:

4. درمان سرپایی در مراکز غیرتخصصی شامل:

- مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهری، شهری- روستایی یا روستایی

- درمانگاههای غیردولتی و مطب‌های خصوصی.

5. درمان سرپایی در مراکز تخصصی، شامل:

درمان سرپایی - کلینیک‌های تخصصی دولتی موجود در شهرستان

- کلینیک‌های تخصصی ترک اعتیاد (غیردولتی) که توسط روانپزشک اداره می‌شود.

6. درمان بستری در مراکز بیمارستانی: شامل

- بیمارستان دولتی موجود در شهرستان

- بیمارستان خصوصی موجود در شهرستان

ب-4- استراتژی کاهش آسیب و بازتوانی

اساس این استراتژی بر این نظر استوار است که در مواردی که فرد معتاد حاضر به پذیرش ترک اعتیاد نمی باشد باید به نحوی موجب کاهش مخاطرات ناشی از اعتیاد، علیرغم ادامه اعتیاد گردید و به خصوص افزایش روز افزون شیوع ایدز توجه بیشتر به این استراتژی را می طلبد. نیز افراد معتاد بعد از گذراندن دوران سم‌زدایی و نیز قطع وابستگی روانی به دو دلیل قادر به برقراری روابط مطلوب با جامعه نیستند.

اول: به دلیل تاثیرات منفی جسمانی و روانی اعتیاد، فرد درمان شده تا مدتی قادر به عملکرد مناسب و مورد نیاز نیست.

دوم: جامعه به دلیل ذهنیات و نگرش‌های موجود در مورد معتادان افراد درمان شده را هم به آسانی جذب نمی کند.

1. سم زدایی و درمان نگهدارنده با متادون

- در صورت تشخیص روانپزشک کلینیک تخصصی ترک اعتیاد بیمار تحت سم زدایی یا درمان نگهدارنده با متادون قرار می گیرد.

- درمان نگهدارنده یا سم زدایی با متادون تحت نظر پزشک و در مراکز بهداشتی - درمانی شهری صورت می گیرد.

2. تحویل سرنگ و کاندوم

- در صورت تشخیص پزشک مبنی بر عدم امکان ترک یا تغییر الگوی مصرف یا درمان نگهدارنده با متادون سهمیه سرنگ در نظر گرفته می شود .
- سرنگهای جدید در صورت ارائه سرنگهای مصرف شده تحویل داده خواهد شد.
- ارائه کاندوم به کلیه معتادان .

3. پیگیری ادامه برنامه‌های آموزشی درمانی تا زمان تعیین شده از سوی پزشک

- درمانگر توسط کارکنان مرتبط سطوح مختلف بهداشتی (روانشناس، سایر کارکنان بهداشتی)

ج - مراحل و روش اجرا

ج-1 انتخاب محل: 3 نقطه از کشور (شهر یا شهرستان) بر مبنای «دارا بودن حداقل

معیارهای لازم برای شروع یک برنامه بهداشتی» انتخاب می‌گردند.

ج-2 برای اجرای این برنامه لازم است مناطق انتخاب شده دارای شرایط زیر باشد:

- کامل بودن شبکه بهداشتی درمانی

- برنامه ادغام بهداشت روان در شبکه بهداشتی درمانی شهرستان بمورد اجرا درآمده

باشد.

- وجود بیمارستان عمومی در شهرستان که امکان ارائه خدمات سرپایی و بستری را

داشته باشد.

- وجود روانپزشک و کارشناس بهداشت روان در شهرستان

ج-3 با پایان یافتن مطالعات پژوهشی، اجرای برنامه آغاز می‌گردد.

د - تشکیلات و نظام سازمانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق سطوح مختلف ارائه خدمات به اجرای برنامه اقدام خواهد کرد.

د-1 خانه‌های بهداشت

شرح وظائف بهورز:

1. راهنمایی بیمار خودمعرف مبتلا به سوءمصرف مواد به مرکز بهداشتی درمانی روستایی
2. پیگیری بیماران سم‌زدایی شده در صورت رضایت بیمار طبق دستورالعمل
3. آموزش جمعی مردم روستا در مورد سوءمصرف مواد و عوارض آن
4. آموزش چهره به چهره فرد مبتلا به سوءمصرف مواد یا خانواده او در صورت مراجعه به خانه بهداشت طبق متن آموزشی
5. توزیع کاندوم در میان معتادان تزریقی طبق دستورالعمل
6. ثبت و گزارش اطلاعات خدمات ارائه شده مربوطه بهداشتی درمانی و آموزشی مربوطه طبق فرم و دستورالعمل

د-2 مراکز بهداشتی درمانی روستائی

شرح وظایف پزشک عمومی:

1. ارزیابی بیماران مراجعه‌کننده مبتلا به سوء مصرف مواد و تکمیل فرم‌های مربوطه و انجام مصاحبه انگیزشی طبق متن آموزشی
2. تصمیم‌گیری درباره تعیین فوریت بیمار مراجعه‌کننده و ارجاع به بیمارستان در صورت لزوم پس از اقدامات اولیه درمانی طبق دستورالعمل
3. توضیح فرآیندهای لازم درمانی به بیمار و خانواده او و تصمیم‌گیری درباره اقدام لازم درمانی طبق دستورالعمل و متن آموزشی پیوست
4. آغاز درمان و ارائه آموزش‌های لازم برای کاهش آسیب در صورت لزوم و ارجاع بیمار برای اقدامات کاهش آسیب به مرکز بهداشتی درمانی شهری طبق دستورالعمل
5. ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی و پیشرفت درمان طبق دستورالعمل

6. مشاوره با بیمار و خانواده او در مورد سوءمصرف مواد و مخاطرات رفتارهای پرخطر در صورت موافقت بیمار طبق متن آموزشی
7. ویزیت منظم پس از ختم سم‌زدایی جهت پیگیری بیمار و پیشگیری از عود و تکمیل فرم‌های مربوطه طبق دستورالعمل
8. ارائه آموزش‌های پیشگیرانه جمعی به اهالی روستا طبق متن آموزشی
9. بازدید از خانه بهداشت و بررسی فعالیت‌های بهورز و رفع اشکالات احتمالی
10. آموزش مستمر بهورزان تحت پوشش مرکز در خصوص پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
11. جمع‌بندی اطلاعات و گزارش فعالیت‌های آموزشی مربوط به مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت
12. آموزش‌های لازم برای مسئولین و افراد کلیدی روستا در خصوص اهمیت سوءمصرف مواد و راه‌های مقابله با آن
13. مشارکت در آموزش کلیه پرسنل مرکز بهداشتی درمانی روستایی
14. ارجاع افرادی که رفتار پرخطر داشته‌اند، جهت انجام تست HIV, HBS (Ag, Ab) و HBC پیش از مشاوره برای افرادی که فعالیت‌های پرخطر داشته‌اند.

شرح وظائف کاردان:

1. کمک به پزشک برای ارائه آموزش‌های لازم به مسئولین و افراد کلیدی در خصوص اهمیت سوءمصرف مواد و راه‌های مقابله با آن
2. آموزش مستمر به افراد پرخطر و اطلاع‌رسانی به آنان
3. آموزش خانواده افراد مبتلا به سوءمصرف مواد طبق دستورالعمل
4. آموزش بهورزان تحت پوشش مرکز در خصوص موضوعات مرتبط به حیطه فعالیت خانه‌های بهداشت در برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور
5. نظارت بر توزیع کاندوم توسط بهورز به معتادان تزریقی
6. جمع‌آوری اطلاعات و گزارش فعالیت‌های آموزشی مربوط به مرکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت تحت پوشش
7. آموزش جمعی اهالی روستا به کمک بهورز

د-3 مراکز بهداشتی درمانی شهری غیر مرجع

شرح وظائف پزشک عمومی:

1. ارزیابی بیماران مراجعه کننده مبتلا به سوءمصرف مواد و تکمیل فرم‌های مربوطه و انجام مصاحبه انگیزشی طبق متن آموزشی
2. تصمیم‌گیری درباره تعیین فوریت بیمار مراجعه‌کننده و ارجاع به بیمارستان پس از اقدامات اولیه درمانی طبق دستورالعمل

3. توضیح فرآیندهای لازم درمانی به بیمار و خانواده‌او و تصمیم‌گیری درباره اقدام لازم درمانی طبق دستورالعمل و متن آموزشی پیوست
4. ارائه اقدامات درمانی و کاهش آسیب طبق دستورالعمل‌های مربوطه
5. ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی و پیشرفت درمان طبق دستورالعمل
6. مشاوره با بیمار و خانواده او در مورد سوءمصرف مواد و مخاطرات رفتارهای پرخطر در صورت موافقت بیمار طبق متن آموزشی
7. ویزیت منظم پس از ختم سم‌زدایی، جهت پیگیری بیمار و پیشگیری از عود و تکمیل فرم‌های مربوطه طبق دستورالعمل
8. ارجاع بیمار به مرکز مرجع جهت درمان با متادون با تشخیص پزشک
9. مشارکت در آموزش کاردanan و بهورزان^۲ تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی مربوطه در زمینه سوءمصرف مواد
10. ارائه آموزش‌های پیشگیرانه جمعی در پایگاه‌های بهداشتی شهری
11. بازدید خانه بهداشت و بررسی فعالیت‌های بهورز و رفع اشکالات احتمالی
12. بازدید پایگاه بهداشتی و بررسی کاردanan و پرسنل شاغل و رفع اشکالات احتمالی
13. آموزش رابطان بهداشتی تحت پوشش مرکز در خصوص پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

² در صورتی که آن مرکز شهری، خانه بهداشت تحت پوشش داشته باشد.

14. جمع‌بندی اطلاعات و گزارش فعالیت‌های آموزشی مربوط به مرکز بهداشتی

درمانی شهری و پایگاه‌های تحت پوشش

شرح وظائف کاردان/کارشناس:

1. آموزش مستمر و اطلاع‌رسانی به افراد پرخطر طبق دستورالعمل
2. آموزش خانواده‌های افراد مبتلا به سوءمصرف مواد طبق دستورالعمل
3. آموزش بهورزان تحت پوشش مرکز در خصوص موضوعات مرتبط با
حیطه فعالیت خانه‌های بهداشت در برنامه ادغام پیشگیری و درمان
سوءمصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه
4. جمع‌آوری اطلاعات و گزارش فعالیت‌های آموزشی مربوط به مرکز و
خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی
5. ارائه کاندوم به بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد

شرح وظائف داروخانه:

1. ارائه کاندوم به بیماران مبتلا به سو، مصرف مواد با تجویز پزشک
2. ارائه سرنگ به معتادان تزریقی با تجویز پزشک

شرح وظائف آزمایشگاه:

1. انجام آزمایش‌های روتین مربوط به سو، مصرف مواد

2. انجام و در صورت لزوم ارجاع بیماران جهت انجام آزمایش‌های هپاتیت و ایدز به آزمایشگاه انتقال خون شهرستان با تجویز پزشک (در صورت منفی بودن آنتی‌ژن HBS ، آنتی‌بادی چک شود).

شرح وظائف بهیار:

- انجام واکسیناسیون در صورت منفی بودن تست هپاتیت

د-4 مراکز بهداشتی درمانی شهری مرجع

شرح وظائف پزشک عمومی:

1. موارد ذکر شده در وظائف پزشک عمومی درمانگاه‌های غیرمرجع (به غیر از بند 8 آن)
2. سرپرستی کلیه امور فنی و خدمات پزشکی مربوط به متادون در مرکز و نظارت بر اجرای صحیح موازین و قوانین (پزشک مسئول متادون).
3. مسئولیت حسابرسی داروی تحویل گرفته شده از مدیریت دارویی (پزشک مسئول متادون).
4. مسئولیت نظارت بر تجویز متادون (پزشک مسئول متادون).

5. مسئولیت نظارت بر ارائه متادون به بیماران در حضور پرسنل { قرص پودر شده محلول در آب } (پزشک مسئول متادون).
6. مسئولیت نظارت مستقیم بر درمان بیماران و شرایط مصرف متادون در منزل (پزشک مسئول متادون).
7. مسئولیت نظارت مستقیم بر انجام سایر اقدام‌های کاهش آسیب در مرکز.

کاردان یا کارشناس:

1. کلیه وظایف ذکر شده برای کاردان/کارشناس در درمانگاه غیرمرجع
2. آماده سازی و ارائه متادون به بیماران طبق دستورالعمل

آزمایشگاه:

- وظایف ذکر شده برای درمانگاه غیرمرجع

داروخانه:

- وظایف ذکر شده برای درمانگاه غیرمرجع

بھیار:

- وظایف ذکر شده برای درمانگاه غیرمرجع

د - 5 شرح وظائف کارکنان مراکز بهداشت شهرستان:

- در مراکز بهداشت شهرستان کمیته‌ای تحت عنوان «کمیته پیشگیری و درمان سوءمصرف شهرستان» به شرح ذیل تشکیل و انجام وظیفه خواهد نمود:
- 1- معاون بهداشتی شبکه و رئیس مرکز بهداشت شهرستان (بعنوان رئیس کمیته)
 - 2- مدیر درمان شبکه بهداشت و درمان شهرستان
 - 3- رئیس بهزیستی شهرستان
 - 4- روانپزشک مشاور علمی برنامه بهداشت روان در شهرستان
 - 5- کارشناس بهداشت روان مرکز بهداشت شهرستان (در صورت تصدی)
 - 6- کارشناس گسترش شبکه مرکز بهداشت شهرستان
 - 7- کارشناس آموزش بهداشت مرکز بهداشت شهرستان
 - 8- رئیس بیمارستان روانپزشکی شهرستان یا رئیس بیمارستان‌های عمومی واجد بخش روانپزشکی (منوط به ارائه خدمات سرپائی یا بستری به معتادان)
 - 9- مدیر آموزشگاه بهورزی
 - 10- رئیس مرکز بهداشتی درمانی واجد درمانگاه سرپائی ویژه معتادان
- اعضاء کمیته با حکم مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان منصوب خواهد شد.

کمیته مذکور بطور منظم ماهانه یکبار تشکیل جلسه خواهد داد و نقش راهبری ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در شبکه بهداشت و درمان شهرستان بعهد خواهد داشت. وظایف شورا عبارتند از:

- 1- راهبری ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در شبکه بهداشتی شهرستان
- 2- پایش و ارزشیابی آن
- 3- جمع‌بندی نتایج آماری و تحلیل آنها
- 4- برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی برای پزشکان مراکز بهداشتی درمانی، کاردانها و بهورزان و ارزیابی میزان تأثیر این دوره‌ها بر اطلاعات هریک از گروه‌های فوق (برای آموزش پزشکان وفق کوریکولوم معاونت محترم آموزشی وزارت متبوع عمل خواهد شد و در مورد سایر گروه‌ها برنامه آموزشی لازم توسط اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد تهیه و ابلاغ خواهد شد).
- 5- برگزاری دوره‌های آموزشی برای افراد در معرض خطر (خانواده‌های معتادان، دانش‌آموزان، سربازان و ...)
- 6- تقویت مراکز سرپائی ویژه معتادان جهت پذیرش موارد ارجاع‌شده در جهت تحقق اهداف برنامه
- 7- ایجاد یا تقویت بخش بستری معتادان شامل 5 تا 10 تخت در بیمارستان عمومی شهرستان با همکاری معاونت درمان شبکه
- 8- ایجاد هماهنگی بین مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری با سطوح دوم و سوم ارجاع (درمانگاه سرپائی ویژه معتادان، بیمارستان واجد بخش اعصاب و روان)
- 9- همکاری در اجرای برنامه‌های پژوهشی

10- تشویق، ترغیب و حمایت علمی و فنی از گروه‌ها و سازمان‌های غیردولتی در جهت تحقق اهداف برنامه

11- ارائه خدمات مددکاری از طریق واحد مددکاری مرکز

12- ارسال گزارش ماهانه به شورای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد استان (فرم شماره 4)

شرح وظائف رئیس مرکز بهداشت شهرستان:

1. هماهنگی درون و برون بخشی به منظور ایجاد بستری مناسب برای اجرای برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

شرح وظائف واحد مبارزه با بیماری‌ها:

1. برنامه‌ریزی آموزشی با اهداف ذیل:

- آموزش عمومی مباحث مرتبط با سو، مصرف مواد
- آموزش گروه‌های در معرض خطر در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
- آموزش افراد آلوده و بیمار و خانواده آنان در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
- آموزش افراد کلیدی شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
- آموزش پرسنل بخش بهداشت و درمان شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد

2. توزیع متون آموزشی، دستورالعمل‌ها و فرم‌های آموزشی مرتبط با سوءمصرف مواد

در سطح شهرستان

3. ارائه بازخورد بازدیدهای به عمل آمده به واحدهای محیطی

4. ارائه گزارش عملکرد به سطوح استانی

واحد بهداشت مدارس:

- هماهنگی با آموزش و پرورش به منظور برنامه‌ریزی و ارائه آموزش به کارکنان مدرسه و اولیای دانش‌آموزان و دانش‌آموزان

واحد طرح گسترش:

- هماهنگی به منظور آموزش بهورزان و دانش‌آموزان بهورزی و رابطان بهداشتی
- ارائه گزارش عملکرد برنامه‌های آموزشی به رئیس مرکز بهداشت

واحد آموزش بهداشت:

1. هماهنگی در جهت برنامه‌ریزی آموزشی در سطح شهرستان
2. همکاری در جهت اجرای برنامه‌های آموزشی در سطح شهرستان

3. ارائه گزارش عملکرد اجرایی برنامه‌های آموزشی به رئیس مرکز بهداشت

واحد دارویی:

1. برنامه‌ریزی و تامین وسایل بهداشتی و درمانی موردنیاز در برنامه ادغام پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد (کاندوم، سرنگ، و)
2. هماهنگی با امور دارویی مرکز بهداشت استان جهت تسهیل در تحویل متادون به پزشکان مسئول مرکز درمانی مرجع
3. ارائه گزارش عملکرد اجرایی برنامه‌های آموزشی به رئیس مرکز بهداشت

واحد آمار:

- جمع‌بندی و ارسال فرم‌های آماری ماهیانه، فصلی و سالیانه مرتبط با برنامه ادغام پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه به مرکز بهداشت استان

د- 6 شرح وظائف سطح بیمارستان شهرستان

مدیریت بیمارستان:

- تامین امکانات درمانی لازم جهت بیماران ارجاعی مبتلا به سو، مصرف مواد در فوریت درمانی
- ارائه گزارش عملکرد درمانی و حمایتی در خصوص بیماران مبتلا به سو، مصرف مواد به مرکز بهداشت استان

روان‌پزشک یا پزشک عمومی دوره‌دیده:

1. ارائه خدمات تخصصی و یا بستری به بیماران ارجاعی مبتلا به سو، مصرف مواد
2. آموزش پرسنل در رده‌های مختلف در خصوص نحوه برخورد با بیمار و رعایت احتیاطات لازم
3. ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه جهت پیگیری‌های بعدی

آزمایشگاه:

- انجام آزمایشات روتین بیماران

دفتر پرستاری بیمارستان (مترون، سوپروایزرهای بالینی و آموزشی):

- آموزش پرسنل در رده‌های مختلف در خصوص نحوه برخورد با بیمار و احتیاطات لازم

مددکار اجتماعی بیمارستان:

- انجام اقدامات حمایتی

د - 7 شرح وظائف مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان

شرح وظائف مدیر شبکه:

1. تامین اعتبارات لازم برای اجرای برنامه
2. تامین نیروی انسانی لازم برای اجرای برنامه
3. هماهنگی با مسئولین اداری و کلیدی شهرستان در قالب کمیته پیشگیری و درمان سو،مصرف شهرستان
4. نظارت عالیه بر حسن اجرای برنامه‌ها

د- 8 شرح وظائف معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده‌های علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- ریاست کمیته پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد
- نظارت عالی بر حسن اجرای برنامه ادغام پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه
- هماهنگی درون و برون‌بخشی به منظور ایجاد بستری مناسب برای اجرای برنامه پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد

د- 9 شرح وظائف معاونت درمان و دارو دانشگاه/دانشکده‌های

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شرح وظائف معاون درمان یا نماینده ایشان:

1. شرکت در شورای پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد
2. نظارت بر سطح سوم ارجاع
3. نظارت عالی بر حسن اجرای برنامه ادغام پیشگیری و درمان سو، مصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه

شرح وظائف مدیر دارو:

- هماهنگی لازم جهت تامین داروهای مربوط به ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه

د-10 مراکز بهداشت استان:

در مراکز بهداشت استان شورائی تحت عنوان «شورای پیشگیری و درمان سوءمصرف دانشگاه/استان» به شرح ذیل تشکیل و انجام وظیفه خواهد نمود:

شورای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد دانشگاه/استان مرکب است از:

1. معاون بهداشتی دانشگاه (بعنوان رئیس شورا)
2. معاون آموزشی دانشگاه
3. مدیر درمان دانشگاه
4. معاون پیشگیری و فرهنگی بهزیستی استان
5. روانپزشک مشاور علمی برنامه بهداشت روان در استان
6. کارشناس مسئول بهداشت روان

7. کارشناس مسئول گسترش شبکه

8. کارشناس مسئول آموزش بهداشت

9. رئیس بیمارستان روانپزشکی مرکز استان یا رئیس بیمارستان‌های عمومی واجد بخش

روانپزشکی

اعضاء شورا با حکم ریاست دانشگاه/دانشکده منصوب خواهد شد.

شورای مذکور بطور منظم ماهانه یکبار تشکیل جلسه خواهد داد و نقش راهبری ادغام

پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در دانشگاه را بعهده خواهد داشت. وظایف شورا

عبارتند از:

- راهبری ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در شبکه بهداشتی استان و پایش و

ارزشیابی آن

- جمع‌بندی نتایج آماری و تحلیل آنها

- برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی برای مدیران شبکه، پزشکان مراکز بهداشتی درمانی

کارشناسان، کاردانها و بهورزان و ارزیابی میزان تأثیر این دوره‌ها بر اطلاعات هریک از

گروه‌های فوق (برای آموزش پزشکان وفق کوریکولوم معاونت محترم آموزشی وزارت

متبوع عمل خواهد شد و در مورد سایر گروه‌ها برنامه آموزشی لازم توسط اداره

پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد تهیه و ابلاغ خواهد شد).

- ایجاد هماهنگی بین بخشی بخصوص در سطوح دوم و سوم ارجاع

- ارسال گزارش ماهانه به دفتر سلامت جوانان مدارس (اداره پیشگیری و درمان

سوء مصرف مواد)

رئیس مرکز بهداشت:

1. شرکت در کمیته ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه
2. نظارت عالیه بر حسن اجرای برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام بهداشتی اولیه در بخش بهداشت
3. هماهنگی برون‌بخشی به منظور ایجاد بستر مناسب برای اجرای برنامه‌های ادغام

واحد مبارزه با بیماری‌ها:

1. برنامه‌ریزی آموزشی به منظور آموزش عمومی مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
2. برنامه‌ریزی آموزشی به منظور آموزش گروه‌های در معرض خطر در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
3. برنامه‌ریزی آموزشی به منظور آموزش افراد آلوده و بیمار و خانواده آنان در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
4. برنامه‌ریزی آموزشی به منظور آموزش افراد کلیدی استان در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
5. برنامه‌ریزی آموزشی به منظور آموزش پرسنل بخش بهداشت و درمان شهرستان در خصوص مباحث مرتبط با سوءمصرف مواد
6. توزیع متون آموزشی، دستورالعمل‌ها و فرم‌های آموزشی مرتبط با سوءمصرف مواد در سطح شهرستان
7. ارائه بازخورد به سطوح محیطی مبتنی بر بازدیدهای به عمل آمده
8. ارائه گزارش عملکرد به شورای ادغام استان

واحد بهداشت مدارس:

- هماهنگی با آموزش و پرورش به منظور برنامه‌ریزی و ارائه آموزش به کارکنان مدرسه و اولیای دانش‌آموزان و دانش‌آموزان

واحد طرح گسترش:

- هماهنگی به منظور آموزش بهورزان و دانش‌آموزان بهورزی
- ارائه گزارش عملکرد برنامه‌های آموزشی به شورای ادغام استان

واحد آموزش بهداشت:

1. هماهنگی در جهت برنامه‌ریزی آموزشی در سطح استان
2. همکاری در جهت اجرای برنامه‌های آموزشی در سطح استان
3. ارائه گزارش عملکرد برنامه‌های آموزشی به کمیته ادغام استان

واحد دارویی:

1. برنامه‌ریزی و تامین وسایل بهداشتی و درمانی موردنیاز برای برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد (کاندوم، سرنگ، و ...)
2. تخمین میزان متادون موردنیاز و تحویل‌گیری آن از معاونت درمان و داروی دانشگاه و محاسبه نقطه سفارش مجدد
3. ارائه گزارش عملکرد برنامه‌های آموزشی به کمیته ادغام استان

واحد آمار:

- جمع‌بندی و ارسال فرم‌های آماری مرتبط با برنامه ادغام و ارسال دوره‌ای آن به دبیرخانه کمیته ادغام کشوری (اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد)

د 11- دفتر سلامت جوانان و مدارس (اداره پیشگیری و درمان

سوءمصرف مواد)

این دفتر از طریق اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وظایف ذیل را بعهده خواهد داشت:

د 1-6 تشکیل کمیته علمی - مشورتی برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف

مواد جهت برنامه‌ریزی، پایش، پژوهش، ارزشیابی و ... برنامه در سطح کشور، مرکب از:

1- مدیر کل دفتر سلامت جوانان و مدارس

2- رئیس مرکز گسترش شبکه و ارتقاء سلامت یا نماینده ایشان

3- رئیس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

4- رئیس اداره سلامت روان

5- رئیس انستیتو روانپزشکی تهران یا نماینده ایشان

6- کارشناسان اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

7- کارشناسان دفتر گسترش شبکه و ارتقاء سلامت

8 - کارشناسان اداره سلامت روان

9- دو کارشناس صاحب نظر خارج از تشکیلات فوق الذکر

د- 2-6 نظارت مستمر بر اجرای برنامه

د- 3-6 اندازه‌گیری شاخصهای قابل سنجش برنامه

د- 4-6 پایش و ارزشیابی برنامه در فواصل تعیین شده در برنامه عملیاتی

د- 5-6 همکاری با ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر کمیته‌های مرتبط با برنامه

د- 6-6 تدوین و اجرای پروتکل همکاری با سازمانهای غیردولتی در سطح شهرستان،

استان و کشور در جهت پیشبرد برنامه

ه- پایش و ارزشیابی

ه- 1 بررسی وضعیت موجود قبل از شروع مداخله

ه- 2 پایش منظم برنامه در فواصل زمانی 3 ماهه در سال اول مداخله

- هـ - 3 ارزشیابی پیشرفت برنامه یکسال بعد از مداخله
- هـ - 4 پایش منظم برنامه در فواصل زمانی 6 ماهه در سال دوم مداخله
- هـ - 5 بررسی وضعیت پس از ختم دوره زمانی مداخله و ارزشیابی برنامه

شاخص‌ها:

- درصد شیوع رفتار تزریقی

- درصد بروز رفتارهای پرخطر از نظر انتقال HIV

- درصد میزان آگاهی سیاستگذاران و تصمیم‌گیران منطقه اجرای طرح نسبت به اعتیاد و خطرات آن.
- درصد میزان آگاهی و نگرش معتادان و خانواده آنها نسبت به اعتیاد و خطرات آن.
- درصد میزان آگاهی و نگرش گروه‌های در معرض خطر نسبت به اعتیاد و خطرات آن.
- درصد میزان آگاهی و نگرش کارکنان بهداشت و درمان نسبت به اعتیاد و خطرات آن.
- درصد موارد آسیب‌های روانی، اجتماعی و بهداشتی (ایدز، طلاق و...) ناشی از اعتیاد.
- درصد موارد مراجعه معتادین خود معرف
- درصد موارد عود اعتیاد در معتادین خود معرف
- درصد موارد قطع درمان در معتادین خود معرف
- درصد موارد درمان معتادین خود معرف بطور سرپایی
- درصد موارد درمان معتادین خود معرف بطور بستری
- درصد مواد سم زدایی با متادون
- درصد موارد درمان نگهدارنده با متادون
- درصد استفاده از کاندوم در معتادان تزریقی
- درصد موارد استفاده کنندگان از خدمات توانبخشی
- درصد میزان رضایت بهورزان از انجام طرح
- درصد میزان رضایت افراد جامعه از انجام طرح
- درصد میزان رضایت کارشناسان از انجام طرح
- درصد میزان رضایت پزشکان از انجام طرح

فهرست منابع:

- 1) برنامه کشوری بهداشت روان (1365). اداره کل مبارزه با بیماریها
- 2) فخر، سیدحسین، (1372). طرح جامع عملیاتی پژوهشی اعتیاد و معتادان.
- 3) رزاقی، عمران محمد و همکاران (1373). برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازتوانی سوء مصرف مواد، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.
- 4) شاه محمدی، داود و همکاری (1374). طرح عملیاتی برنامه مل پیشگیری، درمان و بازپروری سوء مصرف مواد. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها
- 5) شیخ الاسلام، ربابه. (1370). نگرش اپیدمیولوژیک بر مسئله اعتیاد در ایران تهران: پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت عمومی (MPH)، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم، پزشکی تهران.
- 6) گزارش کارگاه بررسی پیش نویس برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوء مصرف مواد. (1373). تهران: انتشارات دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی، صفحه 4.
- 7) ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1377.

8) RAZZAGHI, EM. Et al. (1999) Rapid Situation Assessment (RSA) of Drug Abuse in Iran. Tehran. Prevention Dep. State welfare organization.

9) گزارش مقدماتی طرح بررسی اپیدمیولوژیک سوء مصرف مواد در جمهوری

اسلامی ایران در سال 1380

10) ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1381

11) UNODCCP، گزارش جهانی مواد مخدر 2000

12) اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد. (1377). شورای هماهنگی

پیشگیری و درمان اعتیاد.

13) قانون مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام، 1365.

14) سازمان بهزیستی کشور، 1375.

15) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، الحاق موادی به آن، مصوب

77/6/15.

16) دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1381