



راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد



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

تألیف:

دکتر علیرضا نوروزی، روان‌پزشک

دستیار تخصصی مطالعات اعتیاد، دانشکده فن‌آوری‌های نوین پزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، روان‌پزشک

استادیار روان‌پزشکی، انسیتو روان‌پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهسا گیلانی‌پور، روان‌پزشک

فهرست مطالب

سخنی با شما	۹
تقدیر و سپاسگزاری	۱۱
پیش‌گفتار	۱۴
۱. مقدمه	۱۷
تعریف واژه‌ها و اصطلاحات	۱۷
وضعیت فعلی	۲۵
جایگاه درمان بستری در نظام سطح‌بندی	۲۷
جایگاه‌های تخصصی و عمومی	۳۱
۲. خدمات بستری درمان سوء‌مصرف مواد	۳۳
ویژگی‌های کلیدی مرکز بستری درمان سوء‌مصرف مواد	۳۳
ویژگی‌های کلیدی بخش تخصصی درمان بستری سوء‌مصرف مواد	۳۶
فعالیت‌های کلیدی در سطح خدمات بستری	۳۸
ارزیابی	۳۸
تثبیت	۴۱
بازگیری حمایت‌شده	۴۳
بازگیری مواد افیونی در جایگاه‌های بستری	۴۶
عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیند	۴۹
هزینه و هزینه - اثربخشی	۵۰



- ۵۲ بازگیری بستری برای چه کسانی مناسب است؟
- ۵۴ عوامل کلیدی در موفقیت بازگیری
- ۵۷ بازگیری تسریع شده، سریع و فوق سریع
- ۵۹ عملکرد فعلی
- ۶۰ تعریف سطوح آرام بخشی
- توصیه‌هایی برای بازگیری حمایت شده استاندارد در جایگاه‌های
- ۶۴ بستری
- ۶۸ انتخاب جایگاه درمانی
- ۷۰ سایر فعالیت‌های مهم
- ۷۰ مداخلات روان‌شناختی
- ۷۳ سایر مداخلات روانی، اجتماعی
- ۷۵ کاهش آسیب
- ۷۸ پیشگیری از عود

۳. جنبه‌های اجرایی ۸۰

- ۸۰ چه زمانی بیماران باید بستری شوند؟
- ۸۶ ارتباط با سایر بخش‌های نظام سلامت
- ۸۶ آماده‌سازی برای پذیرش
- ۸۸ پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار
- ۹۰ فرآیندهای مراقبت
- ۹۲ پیوند خدمات بستری با مراقبت‌های پس از ترخیص
- ۹۵ دیدگاه‌های استفاده‌کنندگان خدمات و خانواده‌ها
- ۹۷ کارکنان



آموزش	۱۰۲
محیط	۱۰۴
جمعیت‌های خاص	۱۰۷
سیاست‌ها و رویه‌ها	۱۱۰
تضمین کیفیت	۱۱۷
منابع	۱۱۹
منابع فارسی	۱۱۹
منابع انگلیسی	۱۲۱
پیوست‌ها	۱۲۵
پیوست ۱: مروری بر مطالعات اثربخشی درمان بستری	۱۲۵
پیوست ۲: مرور عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیند	۱۳۰
پیوست ۳: مروری بر شواهد اثربخشی بازگیری تسریع‌شده، سریع و فوق‌سریع	۱۳۲
پیوست ۴: ارزیابی همه‌گیری‌شناختی نیاز به خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد	۱۵۱



سخنی با شما

وابستگی به مواد در اکثر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود. این مشکل، یک اختلال چندعاملی سلامت است که اغلب سیری مزمن، عودکننده و فروکش‌کننده دارد. در کشور ما بار اختلالات سوءمصرف مواد پس از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی - عروقی و افسردگی در رده چهارم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها قرار دارد. بار وابستگی به مواد ناشی از مرگ‌ومیر، انتقال اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی، هزینه‌های مراقبت سلامت، هزینه‌های قضایی، انتظامی و هزینه‌های کم‌تر آشکار مثل از هم‌گسیختگی خانواده و از دست رفتن توانایی مولد بودن است. وابستگی به مواد و سوءمصرف مواد غیرقانونی با مشکلات تندرستی، فقر، خشونت، رفتار مجرمانه و طرد اجتماعی همراه است. علاوه بر هزینه‌های مراقبت بهداشتی و سایر هزینه‌های ناشی از پیامدهای سوءمصرف مواد، وابستگی به مواد هزینه‌های اجتماعی متعددی دارد که شامل کاهش توانایی تولید و درآمد خانواده، خشونت، مشکلات امنیتی، حوادث ترافیکی و کار بوده و با فساد مالی



ارتباط دارد. این هزینه‌ها منجر به هزینه‌های سرسام‌آور اقتصادی و هدر رفتن غیرقابل قبول منابع انسانی می‌شود.

در طول سالیان اخیر مدل زیستی - روانی - اجتماعی وابستگی به مواد را مشکلی چندوجهی دانسته است که نیاز به تخصص در رشته‌های مختلف دارد. رویکردی چندرشته‌ای در علوم بهداشتی می‌تواند برای پژوهش، پیشگیری و درمان به کار گرفته شود. تلاش برای درمان و پیشگیری سوءمصرف مواد از طریق اعمال مجازات‌های سخت‌گیرانه مصرف‌کنندگان مواد موفق نخواهد بود، زیرا این رویکردها تغییرات عصب‌شناختی را که سوءمصرف مواد روی مسیرهای عصبی انگیزش مغز ایجاد می‌کنند در نظر نمی‌گیرند. اعتیاد، قابل پیشگیری و قابل درمان است اما درمان آن ساده نیست، زیرا اعتیاد ابعاد گوناگون دارد و جنبه‌های مختلف زندگی فرد را مختل می‌کند. هدف از درمان اعتیاد این است که فرد بتواند مصرف مواد خود را قطع نموده، به سبک زندگی عاری از مواد بازگشته و کارکرد خود را در خانواده، محل کار و اجتماع بدست آورد. برنامه‌های مؤثر در درمان اعتیاد نوعاً از اجزای مختلفی تشکیل یافته که هر کدام به یکی از جنبه‌های بیماری اعتیاد یا عوارض آن می‌پردازد. بهترین نتایج درمانی زمانی به دست می‌آید که رویکردی چندرشته‌ای و جامع شامل مداخلات متنوع دارویی و روان‌شناختی برای پاسخ به نیازهای گوناگون به کار گرفته شود.

امید است مجموعه حاضر که حاصل تلاش علمی مؤلفین محترم بوده و با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده است، بتواند نقشی در درمان و کاهش آسیب اعتیاد ایفا نموده و در نهایت جامعه‌ای عاری از مواد غیرقانونی داشته باشیم.

دکتر عباسعلی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



تقدیر و سپاس‌گزاری

«گروه تدوین‌کننده راهنما» فرصت را غنیمت شمرده مراتب سپاس خود را به حضور جناب آقای دکتر ناصحی، مشاور محترم معاونت بهداشتی در امور سلامت روان و اعتیاد و قائم‌مقام محترم معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جناب آقای دکتر نیک‌فرجام قائم‌مقام محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تقدیم می‌نماید.

«گروه تدوین‌کننده راهنما» همچنین بر خود لازم می‌داند از سخنرانان کارگاه یک روزه «استانداردهای خدمات بستری اعتیاد»، استاد محترم جناب آقای دکتر آذرخش مکرری، روان‌پزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، جناب آقای دکتر علی فرهودیان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و جناب آقای دکتر حامد اختیاری به‌صورت ویژه تقدیر و سپاس‌گذاری نماید.



ما همچنین مراتب قدردانی خود را از جناب آقای دکتر سیدابراهیم قدوسی و سرکار خانم دکتر شیما محسنی شینی، تسهیل‌گران کارگاه مذکور اعلام می‌داریم.

در پایان، از کلیه صاحب‌نظرانی که وقت ارزشمند خود را در اختیار ما گذاشتند و با مرور پیش‌نویس‌ها و آرایه نظرات گران‌قدر خود ما را در فرآیند تدوین این راهنما یاری رساندند سپاس‌گذاریم:

- دکتر محمدعلی ادیب‌فر
- دکتر مهرداد احترامی
- دکتر فریبرز احمدی
- خانم امیری
- دکتر مصطفی اقلیما
- خانم دهباشی
- دکتر سیدرامین رادفر
- دکتر فیروزه جعفری
- دکتر احمد جلیلی
- دکتر پوریا جورقانیان
- دکتر پیمان حسنی ابهریان
- دکتر فاطمه خدایی‌فر
- دکتر شهرام خرازی‌ها
- دکتر سیدوحید شریعت
- دکتر جمال شمس
- دکتر مهرداد صالحی
- دکتر محمدکاظم عاطف‌وحید
- دکتر محسن قائنی‌نژاد



- دکتر شاهین قره‌خانی
- دکتر سعید صفاتیان
- حمیدرضا طاهری‌نخست
- دکتر محمداسماعیل کاملی
- دکتر ستاره محسنی‌فر
- دکتر کامبیز محضری
- دکتر گلاره مستشاری
- دکتر سعید ممتازی



پیش‌گفتار

ظرفیت‌سازی برای تامین خدمات مبتنی بر شواهد یکی از اهداف اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. طرح «تدوین نظام سطح‌بندی خدمات درمان و کاهش آسیب سوء‌مصرف مواد» در سال ۱۳۸۷ توسط اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوء‌مصرف مواد به منظور شناسایی و معرفی مدل‌های آگاه از شواهد خدمات درمانی آغاز شد. هدف از این طرح شناسایی نقش و جایگاه سطوح مختلف خدمات درمانی، تدوین استانداردهای هر یک و تعریف پیوندهای روشن میان هر یک از سطوح با یکدیگر و با نظام سلامت و خدمات حمایتی است. مدل خدمات بستری درمان اختلالات مصرف مواد در مراکز یا واحدهای تخصصی درمان بستری اعتیاد بخشی از نظام سطح‌بندی خدمات خواهد بود که امکان تأمین خدمات تخصصی‌تر برای متقاضیان را فراهم می‌نماید. با توجه به این‌که شواهد تجربی اثربخشی و هزینه - اثربخشی مداخلات و مدل‌های خدمات بستری اندک است، هدف از طراحی و معرفی مدل درمان



بستری اعتیاد تدوین راهنماها و استانداردها مورد توافق خبرگان و درمان‌گران در خصوص موضوعات مرتبط بالینی است.

پیش‌نویس راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد توسط اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت تهیه و متن پیش‌نویس با مشارکت گروهی از استادان دانشگاه در رشته‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مددکاری، مدیران برنامه‌های درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، نمایندگان دستگاه‌های دخیل در درمان اعتیاد و پزشکان و درمان‌گران اعتیاد اصلاح شد. سپس توصیه‌های راهنما در کارگاه «استانداردهای درمان بستری اعتیاد» در تاریخ ۱۲ مهر ۱۳۸۸ با حضور جمعی از صاحب‌نظران و ذی‌نفعان کلیدی حوزه درمان اعتیاد ارائه و مورد بحث قرار گرفت و پس از اعمال نتایج بحث‌ها متن نهایی حاصل گردید.

در این جا تلاش شده استانداردها و خطوط راهنمای کلی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های خدمات بستری درمان اختلالات مصرف مواد ارائه شود و برای آشنایی با نحوه اجرای هر یک از مداخلات یا مدالیته‌های درمانی مراجعه به پروتکل‌ها یا راهنماهای اختصاصی توصیه می‌شود. امید است این راهنما بتواند به ارتقای نقش درمان بستری اعتیاد در نظام سطح‌بندی خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد کمک نماید.

درمان بستری اختلالات مصرف مواد اغلب به‌صورت نامتناسبی مترادف با «سم‌زدایی»^۱ شناخته می‌شود، زیرا بیش‌تر برنامه‌های بستری درمان اعتیاد صرفاً بر ارائه خدمات «سم‌زدایی» متمرکز است. این سند به روشنی نشان می‌دهد استفاده‌کنندگان از خدمات نیاز به یک برنامه مراقبت جامع دارند و «سم‌زدایی» فقط بخشی از این برنامه درمانی جامع را تشکیل می‌دهد، به همین دلیل



«سمزدایی» تنها به عنوان بخشی از خدمات مورد نیاز در کنار سایر مداخلات معرفی شده است.

«سمزدایی» یک مداخله دارویی کوتاه‌مدت به منظور تخفیف علائم حاد ناشی از بازگیری ماده مورد سوءمصرف است. به دلیل تداخل مفهوم واژه «سمزدایی» با مداخلات درمانی مسمومیت حاد ناشی از مواد، امروزه در متون علمی از این واژه کمتر استفاده می‌شود و به جای آن از اصطلاح «بازگیری حمایت‌شده»^۱ استفاده می‌شود. به منظور ارتقای واژه‌شناسی درمان اعتیاد در کشور، در این راهنما به جای «سمزدایی» اصطلاح «بازگیری حمایت‌شده» یا به اختصار «بازگیری» به کار رفته است.



مقدمه

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات

Addiction

اعتیاد

به تعریف «وابستگی» مراجعه کنید. به مصرف مکرر و اجباری مواد روان‌گردان علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن اطلاق می‌شود. واژه «اعتیاد» در گذشته شایع‌تر بود، اما چون تصور می‌شد استفاده از این واژه برای بیماران آنگ‌زننده است، تا حد زیادی جای خود را به واژه «وابستگی» داد. در متون علمی جدید تمایل به استفاده از اصطلاح «اعتیاد» برای توصیف این بیماری رو به افزایش است.

Rehabilitation

بازتوانی

به مجموعه مداخلات و برنامه‌هایی گفته می‌شود که پس از درمان علائم حاد بیماری، به فرد کمک می‌کند به بهترین سطح عملکرد خود در حوزه‌های فردی، بین‌فردی و اجتماعی دست یابد.



Accelerated Detoxification

بازگیری تسریع شده

«سمزدایی» تسریع شده یا بازگیری تسریع شده عبارت است از کوتاه نمودن فرآیند بازگیری از مواد افیونی با استفاده از داروهای آنتاگونیست مواد افیونی است.

Rapid Detoxification (RD)

بازگیری سریع

«سمزدایی» سریع یا بازگیری سریع یک روش درمان برای کنترل سریع علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القاشده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت آرام‌بخشی سنگین است.

Ultra Rapid Detoxification (URD or UROD)

بازگیری فوق سریع

«سمزدایی» فوق سریع یا بازگیری فوق سریع یک روش درمان برای کنترل بسیار سریع علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القاشده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت بی‌هوشی عمومی است.

Medically Assisted Withdrawal

بازگیری طبی

بازگیری طبی یا به اختصار بازگیری فرایندی است 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. تعریف واژه «سمزدایی» را نیز ملاحظه فرمایید.

بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد

Pecialized Substance Abuse Treatment Ward

بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد بخشی است که در بیمارستان عمومی یا بیمارستان تک تخصصی روان‌پزشکی راه‌اندازی شده و برای بیمارانی که مشکلات طبی یا روان‌پزشکی همراه شدید دارند، مراقبت درمانی ۲۴ ساعته توسط تیم چندرشته‌ای تخصصی تأمین می‌نماید.



Abstinence

پرهیز

به اجتناب از مصرف مواد مخدر یا سایر رفتارهای اعتیادی گفته می‌شود.

Tolerance

تحمل

وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم‌تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علائم سندرم وابستگی است.

Dual Diagnosis

تشخیص دوگانه

به وجود اختلالات روان پزشکی همراه در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد تشخیص دوگانه گفته می‌شود.

Stabilization

تثبیت

در این راهنما به القا و تثبیت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست تثبیت گفته می‌شود.

Modality Matching

تطبیق روش درمانی

به تطبیق نیازهای مصرف‌کننده خدمات با یک مداخله درمانی (مثلاً مصاحبه انگیزشی)، بدون توجه به جایگاه درمانی گفته می‌شود.

Placement Matching

تطبیق جایگاه درمانی

تطبیق جایگاه درمانی به قراردادی مراجع در یک جایگاه خاص همچون مراقبت سرپایی، بستری یا اقامتی اطلاق می‌شود.

Agonist Drugs

داروهای آگونیست

در درمان اعتیاد به داروهایی گفته می‌شود که با اتصال به گیرنده‌های آپئوپیدی در مغز - محل اتصال و اثر مواد افیونی - و فعال کردن آن‌ها اثراتی مشابه مواد افیونی ایجاد می‌کنند. مانند: متادون.



Antagonist Drugs

داروهای آنتاگونیست

داروهایی که با اتصال به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز، مانع فعال شدن این گیرنده‌ها می‌شوند. از نظر داروشناختی، تأثیر داروهای آنتاگونیست بر روی گیرنده اثرات فیزیولوژیک و رفتاری عوامل دارویی آگونیست را مهار می‌کند. برای مثال، نالترکسون یک آنتاگونیست آپوییدی است و مصرف آن باعث انسداد گیرنده‌های آپوییدی و ممانعت از فعال‌سازی آن‌ها می‌شود.

درمان جایگزین با داروهای آپوییدی

Opioid Substitution Therapy (OST)

به جایگزین کردن مصرف آسیب‌رسان مواد افیونی غیرقانونی با داروهای آپوییدی گفته می‌شود. تعریف «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» را نیز ملاحظه فرمایید.

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

Agonist Maintenance Treatment

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های آپوییدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. در این کتاب منظور از «درمان نگهدارنده»، «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» است. اصطلاح «درمان نگهدارنده» و «درمان جایگزین» 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 آپوییدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح «درمان نگهدارنده» بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی‌مدت 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.

Detoxification

سم‌زدایی

به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. فرایندی که در طول آن علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. واژه سم‌زدایی مفهوم 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.

Withdrawal

محرومیت

مجموعه علائمی که پس از ترک یا کاهش ناگهانی مصرف مستمر و طولانی‌مدت مواد روان‌گردان ظاهر می‌شوند. سندرم محرومیت با نشانه‌های فیزیولوژیک، جسمی و روان‌شناختی همراه است. محرومیت یکی از علائم سندرم وابستگی است.

Drug Abuse

سوء مصرف مواد

تداوم مصرف مواد، علی‌رغم بروز مشکلات خانوادگی، اجتماعی یا قانونی را سوء مصرف مواد می‌گویند.

Polysubstance Abuse

سوء مصرف چندگانه مواد

سوء مصرف هم‌زمان بیش از یک ماده مخدر یا روان‌گردان را اصطلاحاً سوء مصرف چندگانه مواد می‌گویند.

Relapse

عود

بازگشت به مصرف مواد در یک فرد وابسته به مواد، بعد از یک دوره عدم مصرف را گویند که اغلب با بازگشت علائم وابستگی همراه است. باید میان



«لغزش»^۱ و عود تفاوت قایل شد. لغزش به یک نوبت مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز از مواد گفته می‌شود. عود در مصرف‌کنندگان مواد بسیار شایع است و بیش‌تر آن‌ها قبل از دستیابی به پرهیز طولانی مدت چندین بار عود می‌کنند.

Harm Reduction

کاهش آسیب

به مجموعه سیاست‌ها یا برنامه‌هایی گفته می‌شود که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشند، هرچند فرد مصرف‌کننده به مصرف مواد ادامه دهد. گروه‌های هدف در برنامه‌های کاهش آسیب مواد غالباً از گروه‌های حاشیه‌ای و سخت‌دسترس هستند، لذا برنامه‌های کاهش آسیب باید از بدو شروع فعالیت، روشی مشخص برای دسترسی به آن‌ها داشته باشند.

مرکز بستری درمان سوء مصرف مواد

Inpatient Substance Abuse Treatment Center

مرکز بستری درمان سوء مصرف مواد مرکزی است که در آن خدمات ارزیابی، تثبیت یا بازگیری طبی به صورت ۲۴ ساعته توسط یک تیم بالینی - چندرشته‌ای آموزش‌دیده ارائه می‌شود.

Narcotic Anonymous (NA)

معتادان گمنام (ان‌ای)

معتادان گمنام یک گروه خودیاری است که با استفاده از اصول و سنت‌های برنامه‌های ۱۲ قدمی به اعضای خود برای دستیابی به پرهیز و حفظ آن کمک می‌کند.

Motivational Interview

مصاحبه انگیزشی

یک سبک مصاحبه که هدف آن افزایش انگیزه بیمار برای تغییر رفتار است.



Polysubstance Use

مصرف مواد چندگانه

به مصرف هم‌زمان چندین ماده روان‌گردان اطلاق می‌گردد.

Patient Placement Criteria (PPC)

ملاک‌های قراردهی بیمار

ملاک‌ها یا معیارهایی هستند که پایین‌ترین سطح مراقبتی را تعیین می‌کند که می‌تواند به نحو مؤثر و ایمن به نیازهای درمانی بیمار مبتلا به اختلالات مصرف مواد پاسخ دهد. شناخته‌شده‌ترین ملاک‌های قراردهی بیمار، ویرایش دوم ملاک‌های قراردهی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا است.

Opioids

مواد افیونی

مواد افیونی به ترکیبات افیونی و سایر ترکیبات نیمه‌صناعی و صناعی با خواص مشابه اطلاق می‌شود. مواد افیونی موادی وابستگی‌آور هستند که اثرات خود را از طریق فعال‌سازی گیرنده‌های آپئوپیدی در مغز القا می‌کنند و مصرف مستمر آن می‌تواند منجر به وابستگی شود.

Psychoactive Substances

مواد روان‌گردان

به موادی گفته می‌شود که در صورت مصرف تدخینی، خوراکی، استنشاقی، مشامی یا تزریقی فرآیندهای شناختی مثل شناخت یا عاطفه را متأثر می‌نماید.

Narcotic Drugs

مواد مخدر

نارکوتیک‌ها یا مواد مخدر در گذشته به مواد روان‌گردانی اطلاق می‌شد که خاصیت القاکنندگی خواب دارند، اما امروزه به گروهی از مواد روان‌گردان شامل مواد افیونی، کوکائین و ماری‌جوانا طلاق می‌شود که مصرف و تجارت آن‌ها براساس پیمان منفرد^۱ سازمان ملل (۱۹۶۱) غیرقانونی اعلام شده است.

**Dependence****وابستگی**

وضعیتی که با مصرف اجباری مواد، علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن مشخص می‌شود.

Polysubstance Dependence**وابستگی چندگانه مواد**

وابستگی هم‌زمان به بیش از یک ماده مخدر یا روان‌گردان وابستگی چندگانه مواد گفته می‌شود.

Drug Craving**وسوسه مواد**

به تمایل قدرتمند به مصرف مواد طلاق می‌شود. این اصطلاح برای هر دو حالت وابستگی جسمی یا روانی به کار می‌رود.

ویروس نقص ایمنی انسانی (اچ‌آی‌وی)**Human Immunodeficiency Virus (HIV)**

این ویروس (اچ‌آی‌وی) ویروس ایجادکننده ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) است. اچ‌آی‌وی از طریق خون، مایع منی، ترشحات واژینال و شیر مادر منتقل می‌شود. درمان‌هایی برای به تأخیر انداختن پیشرفت عفونت اچ‌آی‌وی به ایدز شناسایی شده است، اما هنوز واکسن یا درمان قطعی برای آن وجود ندارد.



وضعیت فعلی

خدمات بستری ۳/۵۷٪ (۶۲۹۰ دوره درمانی) از خدمات درمان سوء مصرف مواد تأمین شده در سال ۱۳۸۶ را تشکیل می‌دهد (اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوء مصرف مواد ۱۳۸۷) که از این میزان ۱۲٪ توسط بخش دولتی و ۸۸٪ توسط بخش غیردولتی ارایه شده است. داده‌های نظام جاری جمع‌آوری داده‌های خدمات درمان اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوء مصرف مواد نشان می‌دهد سهم خدمات بستری از کل دوره‌های درمانی تأمین شده در سال ۱۳۸۷ ۳/۸٪ است که افزایش اندکی را در مقایسه با سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد.

در یک نگاه کلی

- تقریباً تمام فعالیت‌های مراکز بستری بر «سم‌زدایی» کوتاه‌مدت متمرکز شده است. در این مراکز به صورت معمول سایر خدمات نظیر القای درمان‌های نگهدارنده، مداخلات روانی، اجتماعی و مداخلات کاهش آسیب از جمله آموزش‌های پیشگیری از بیش مصرف^۱ ارایه نمی‌شود.
- فرآیند مشخصی برای دسترسی فرد متقاضی یا نیازمند درمان بستری به این خدمات تعریف نشده است.
- بسیاری از مراجعان به مراکز بستری، سوء مصرف چندگانه مواد را ذکر می‌کنند اما درمان‌های ارائه شده صرفاً بر وابستگی به مواد افیونی متمرکز است.



- ♦ در مراکز بستری ندرتاً یک تیم چندرشته‌ای حقیقی در مراقبت بیماران دخیل‌اند. در بسیاری از موارد تعداد کارکنان دخیل در درمان کم‌تر از میزان لازم است و کارکنان آموزش کافی برای درمان اختلالات مصرف مواد ندیده‌اند.
- ♦ اکثریت مراکز فاقد برنامه برای پیگیری درمان پس از ترخیص هستند.
- ♦ مراکز بستری درمان سوءمصرف مواد موجود عمدتاً فاقد پیوندهای تعریف شده با سایر سطوح درمان اعتیاد، سلامت عمومی و خدمات حمایتی هستند.
- ♦ توسعه «بخش‌های تخصصی درمان بستری سوءمصرف مواد» که در آن درمان ادغام‌یافته خدمات درمان اعتیاد با اختلالات طبی و روانی همراه انجام می‌شود بسیار اندک و منحصر به تخت‌های درمان اعتیاد در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دولتی می‌گردد (اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوءمصرف مواد ۱۳۸۷).



جایگاه درمان بستری در نظام سطح‌بندی

در سند «سطح‌بندی خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد» یک چارچوب مفهومی برای اجرای خدمات درمانی مبتنی بر شواهد تأمین شده است. خدمات سوءمصرف مواد در چهار سطح گروه‌بندی می‌شوند. سایر کشورها نیز از یک نظام چهار سطحی برای تبیین مدل‌های مراقبت در حوزه اعتیاد استفاده می‌کنند. درمان‌های بستری سوءمصرف مواد در سطح چهار نظام سطح‌بندی خدمات درمان اعتیاد قرار می‌گیرند. در سند سطح‌بندی خدمات درمان و کاهش آسیب بر مفید بودن ساختار سطح‌بندی برای کمک به تأمین خدمات درمانی اعتیاد مواد تأکید می‌شود. تجربه عملی به‌کارگیری نظام سطح‌بندی خدمات درمان سوءمصرف مواد نشان می‌دهد که استفاده از یک چارچوب مفهومی باید با انعطاف‌پذیری در اجرا همراه باشد.

در نظام سطح‌بندی شده خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد توصیه می‌شود در مرحله برنامه‌ریزی مراقبت، «تطبیق جایگاه درمانی»^۱ و «تطبیق روش درمانی»^۲ به‌صورت جداگانه در نظر گرفته شوند. در «تطبیق جایگاه درمانی» مراجع به یک جایگاه خاص همچون مراقبت سرپایی، بستری یا اقامتی ارجاع می‌شود، در حالی که در «تطبیق روش درمانی» نیازهای مصرف‌کننده خدمات با یک رویکرد درمانی (مثلاً مصاحبه انگیزشی)، بدون توجه به جایگاه درمانی تطبیق داده می‌شود. هنگام برنامه‌ریزی درمان اگر تعیین سطح ارایه خدمات از تعیین نوع روش درمانی جدا باشد درمان کمتر مؤثر خواهد بود، زیرا ممکن است خدمات در نظر گرفته شده در برآورده ساختن نیازهای مراجع نارسا باشد. بنابراین برای موفقیت در برنامه‌ریزی درمان لازم است «تطبیق روش درمانی» (برای تمام مشکلات شناسایی‌شده در ارزیابی) با «تطبیق جایگاه

1. Placement matching

2. Modality matching



درمانی « ترکیب شود. «تطبيق جایگاه درمانی» عبارت است از تعیین حداقل سطحی از مراقبت که می‌تواند به‌صورت ایمن و مؤثر منابع لازم برای پاسخ به نیاز مصرف‌کننده خدمت را تأمین کند. سند سطح‌بندی خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد تأکید دارد که برنامه‌ریزی مراقبت باید بر اساس ارزیابی همه‌جانبه و به‌صورت خاص برای هر فرد تدوین شود. در نظام درمان اعتیاد برخی کشورها بر اساس ارزیابی انجام شده حداقل سطح درمانی مناسب برای پاسخ به نیازهای خدمت‌گیرنده تعیین می‌شود. در جدول یک ملاک‌های قراردادی بیمار (تدوین شده توسط انجمن طب اعتیاد آمریکا) آورده شده است.

ارجاع به خدمات بستری در سطح چهار نظام سطح‌بندی از مراکز سطوح پایین‌تر انجام می‌شود. به‌صورت ایده‌آل ارجاع به مراکز بستری زمانی باید انجام شود که خدمات بستری مناسب‌ترین محل برای دستیابی کارآمد و موفقیت‌آمیز به یک هدف درمانی خاص باشد.

برای تطبیق نیازهای مراجع با برنامه درمان باید در تعیین طول مدت بستری انعطاف وجود داشته باشد. تعیین زمان تقریبی بستری در شروع درمان برای مراجع و خانواده او، محلی که بیمار را ارجاع داده است و خود مرکز/بخش بستری مهم است. مدت اقامت براساس اهداف برنامه مراقبت تعیین می‌شود. از آن جا که هر فرد با ترکیب منحصر به فردی از مشکلات وارد برنامه درمان بستری می‌شود، تعیین یک سقف ثابت برای مدت اقامت اغلب کمک‌کننده نیست. مشکلات بر اساس شدت بیماری و سطح کارکرد مراجع اولویت‌بندی می‌شود سپس باید متناسب با نیازهای دریافت‌کننده خدمات یک برنامه مراقبت تدوین و با ارزیابی منظم پاسخ درمانی در صورت نیاز بازبینی شود.

از مرکز/بخش بستری می‌توان برای تأمین سه دسته عمده خدمات استفاده نمود. این خدمات عبارتند از ارزیابی، تثبیت درمان‌های نگهدارنده و بازگیری حمایت‌شده که برای تأمین مؤثر آن‌ها خدمات بستری باید بخشی ادغام‌یافته از نظام درمان اعتیاد کشور باشند.



جدول ۱: معیارهای قراردعی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا^۱

۱. درمان باید متناسب با نیازهای افراد و طبق یک برنامه درمان انفرادی شده ارایه شود.
۲. اهداف توافق شده در برنامه درمان تعیین کننده روش درمانی، سطح تخصصی و تنوع خدمات مورد نیاز است.
۳. سطوح مختلف درمان باید وجود داشته باشد - به دلایل بالینی و اقتصادی، سطح دلخواه مراقبت - پایین ترین سطحی از خدمات است که اهداف^۲ درمان را ضمن تأمین ایمنی بیمار فراهم می‌سازد.
۴. یک پیوستار مراقبت^۳ باید در دسترس باشد، به گونه‌ای که انتقال در میان سطوح درمان میسر بوده و هم‌خوانی فلسفی میان تأمین کنندگان مراقبت وجود داشته باشد.
۵. پیشرفت بیمار باید به صورت منظم در سطوح مختلف مراقبت ارزیابی شود.
۶. مدت اقامت بر اساس میزان پیشرفت بیمار در دستیابی به اهداف پیش‌بینی شده برنامه درمانی تعیین می‌شود. در نظر گرفتن مدت اقامت ثابت^۴ برای برنامه‌های درمان بستری توصیه نمی‌شود. سطوح مراقبت پیش‌بینی شده به شرح زیر است:

۰/۵ - مداخله زودرس

۱/۰ - درمان سرپایی

۲/۰ - درمان سرپایی تخصصی^۵ / بستری نیمه‌وقت^۶

۳/۰ - درمان بستری / اقامتی

۴/۰ - درمان بستری تحت مراقبت طبی تخصصی^۷

ویژگی اصلی برنامه‌های سطح سه این است که این مراکز درمانی برای افرادی که جهت حرکت به سمت بهبودی نیاز به محیطی ایمن و پایدار دارند، محیط مناسبی فراهم می‌کنند. این خدمات را می‌توان «از نظر طبی پایش شده»^۸ در نظر گرفت که در آن سطح کافی از نظارت پزشکی توسط پزشک دوره‌دیده در زمینه اعتیاد تأمین می‌شود. محل بستری فرد می‌تواند در همان مرکز درمانی یا در مکان جداگانه‌ای باشد که با مرکز درمانی مرتبط است.

1. ASAM: American Society of Addiction Medicine
2. Objective
3. Continuum of care
4. Fixed
5. Intensive outpatient treatment
6. Partial hospitalization
7. Intensive medically managed inpatient treatment
8. Medically monitored



ادامه جدول ۱: معیارهای قراردعی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا

در مقایسه، خدمات سطح چهار بنا به تعریف «از نظر طبی مدیریت شده»^۱ هستند. این خدمات در تسهیلات مراقبت حاد بستری یک برنامه درمانی ۲۴ ساعته شامل ارزیابی، مراقبت و درمان سوءمصرف مواد و اختلالات روانی همراه تأمین می‌کنند. کارکنان آنها متخصصان درمان اعتیاد شامل روان‌پزشکان، پزشکان آموزش‌دیده و سایر کارکنان سلامت روان هستند. این خدمات براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای مشخص عرضه می‌شوند. برنامه‌های سطح چهار تأمین‌کننده خدمات درمانی جامع برای بیمارانی هستند که مشکلات مرتبط با مواد آنها آنقدر شدید است که به مراقبت تخصصی چندرشته‌ای نیاز پیدا می‌کنند. درمان به صورت ۲۴ ساعته انجام می‌شود و تمام منابع یک مراقبت حاد بیمارستانی در آن وجود دارد. درمان در سطح چهار بر اختلالات مصرف مواد و اختلالات روانی همراه متمرکز است، هر چند مهارت‌های تیم چندرشته‌ای و در دسترس بودن خدمات جانبی امکان درمان هرگونه وضعیت پزشکی همراه را فراهم می‌کند. تحقیق در مورد استفاده از معیارهای قراردعی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا تلاطم دارد اما نتایج نشان می‌دهد که به‌کارگیری حتی یک نسخه ناکامل از معیارها با افزایش ماندگاری در درمان همراه بوده است.



جایگاه‌های تخصصی و عمومی

ارزیابی واحدهای بستری درمان اعتیاد در کشور انگلستان نشان می‌دهد که تعداد تخت‌های بستری اعتیاد در بخش‌های روان‌پزشکی دو برابر تعداد تخت‌های بستری بخش‌های تخصصی درمان اعتیاد است (دی و همکاران ۲۰۰۵ الف). نتایج مقایسه درمان بستری اعتیاد در بخش‌های روان‌پزشکی عمومی با بخش‌های تخصصی درمان سوءمصرف مواد نشان می‌دهد

- بخش‌های روان‌پزشکی تعداد کم‌تری تخت درمان سوءمصرف مواد دارند
- ضریب اشغال تخت‌های درمان سوءمصرف مواد پایین‌تر است
- مدت برنامه‌ریزی شده برای درمان کوتاه‌تر است
- احتمال بسته بودن و در دسترس نبودن خدمات بالاتر است
- نقش کارکنان متخصص در درمان سوءمصرف مواد کم‌تر است
- دامنه محدودتری از گزینه‌های درمان طبی و روان‌شناختی در دسترس است.

علاوه بر این شواهدی وجود دارد مبنی بر آن که استفاده از تخت‌های بستری درمان اعتیاد در بخش‌های روان‌پزشکی مؤثرترین روش بهره‌برداری از منابع نیست. در یک مطالعه معتادان هروئین که به‌صورت تصادفی وارد یک واحد تخصصی درمان اعتیاد شدند، در مقایسه با بیماران واردشده به بخش روان‌پزشکی (غیرتخصصی برای درمان سوءمصرف مواد) به‌صورت معنی‌داری نتایج درمانی بهتری نشان دادند. در واحد تخصصی درمان سوءمصرف مواد ۵۲ نفر از ۶۹ بیمار پذیرش شده (۷۵٪) حداقل تا رسیدن به اولین روز پاکی در درمان باقی ماندند، در حالی که این میزان برای بیماران پذیرش‌شده در بخش روان‌پزشکی عمومی ۱۳ نفر از ۳۰ نفر (۴۳٪) بود. تعداد بیش‌تری از بیماران درمان‌شده در واحد تخصصی درمان سوءمصرف مواد دوره بازگیری در بیمارستان



را به پایان رساندند. این بیماران در پیگیری‌های ۲ ماهه و ۷ ماهه کم‌تر عود کرده بودند. برای کسب اطلاعات بیش‌تر در مورد مقایسه جایگاه‌های عمومی و تخصصی به فصل ۲، قسمت بازگیری حمایت‌شده مراجعه کنید.



خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد

ویژگی‌های کلیدی مرکز بستری درمان سوءمصرف مواد

- مرکز بستری درمان سوءمصرف مواد^۱ مرکزی است که در آن خدمات ارزیابی، تثبیت^۲ یا بازگیری حمایت‌شده^۳ توسط یک تیم بالینی چندرشته‌ای آموزش‌دیده ارائه می‌شود.
- یک مرکز بستری درمان سوءمصرف مواد محل درمان بیمارانی است که مشکلات مرتبط با مصرف مواد آن‌ها به قدری شدید است که نیاز به اقامت در محیطی ایمن و عاری از مواد و پایش ۲۴ ساعته پزشکی دارند.
- مدت بستری برای هر مراجع باید به صورت فردی تعیین گردد.

1. Inpatient substance abuse treatment centre
2. Stabilization
3. Assisted withdrawal



- مرکز بستری توسط تیم چندرشته‌ای متشکل از افراد دارای دانش و تخصص در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد شامل پزشک دوره‌دیده، روان‌پزشک، پرستار، روان‌شناس دوره‌دیده، مددکار و کاردرمان‌گر اداره می‌شود.
- بیماران در مرکز بستری ارزیابی شده و برنامه درمان توسط پزشک با مشارکت سایر اعضای تیم چندرشته‌ای درمان تدوین می‌شود. مشاوره تخصصی روان‌پزشکی به طور معمول و مشاوره با سایر سرویس‌های تخصصی در صورت نیاز انجام می‌پذیرد.
- مهارت‌های تیم چندرشته‌ای درمان امکان درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی همراه خفیف تا متوسط را تأمین می‌کند.
- حداکثر در سه روز اول بستری باید بیمار به صورت جامع ارزیابی و برای او برنامه مراقبت تدوین شود. مطلوب است به نحوی برنامه‌ریزی شود که مرکز بستری یا مرکز ارجاع‌دهنده پیش از بستری ارزیابی‌های خدمت‌گیرنده را تکمیل نموده باشند.
- مراقبت‌های پس از ترخیص باید بخش عمده‌ای از برنامه مراقبت تمام بیماران باشد. مراقبت‌های پس از ترخیص باید توسط همان مرکز، یک مرکز سرپایی در همان محل یا در صورت بعد مسافت توسط یک مرکز سرپایی یا اقامتی نزدیک به محل سکونت بیمار ارایه گردد.
- مداخلات درمانی که در یک مرکز بستری ارائه می‌شود باید متناسب با نیاز فرد بوده و مجموعه‌ای از مداخلات دارویی و روانی، اجتماعی را شامل گردد.
- درمان در مراکز بستری نباید اجباری باشد. افرادی که وارد یک مرکز درمان بستری می‌شوند به صورت داوطلبانه برای درمان مراجعه می‌کنند یا براساس دستور قانونی موظف به شرکت در دوره درمانی و تکمیل آن هستند.



- برخلاف «بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد» که باید در بیمارستان عمومی یا بیمارستان تک تخصصی اعصاب و روان راه اندازی شود، «مرکز بستری درمان سوءمصرف مواد» موجودیت مستقل دارد.
- گروه هدف مراکز بستری درمان سوءمصرف مواد بیمارانی هستند که برای درمان اعتیاد نیاز به نظارت طبی در یک محیط کنترل شده دارند. این‌ها بیمارانی هستند که به دلیل شدت مشکل اعتیاد، مصرف مواد چندگانه^۱، وضعیت خانوادگی، اجتماعی ناپایدار یا مشکلات خفیف تا متوسط طبی و روان پزشکی همراه برای درمان نیاز به نظارت ۲۴ ساعته دارند.
- در صورت وجود مشکلات طبی یا روان پزشکی شدید، درمان به بهترین نحو در یک «بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد» انجام پذیر است.



ویژگی‌های کلیدی بخش تخصصی درمان بستری سوء مصرف مواد

- بخش تخصصی درمان سوء مصرف مواد^۱ بخشی است که در بیمارستان عمومی یا بیمارستان تک تخصصی روان پزشکی راه اندازی شده و برای بیمارانی که مشکلات طبیی یا روان پزشکی همراه شدید دارند، مراقبت درمانی ۲۴ ساعته توسط تیم چندرشته‌ای تخصصی تأمین می‌نماید.
- بخش تخصصی درمان سوء مصرف مواد محل درمان بیمارانی است که مشکلات مرتبط با مصرف مواد آنها آن قدر شدید است که نیاز به مراقبت و درمان ۲۴ ساعته پزشکی یا روان پزشکی دارند.
- رهبری تیم برعهده روان پزشک آموزش دیده است.
- بخش تخصصی درمان سوء مصرف مواد مطابق استانداردهای بخش‌های روان پزشکی راه اندازی و اعتبار بخشی می‌شود.
- بخش تخصصی درمان بستری توسط تیم چندرشته‌ای متشکل از افراد دارای دانش و تخصص در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد شامل روان پزشک، پزشک دوره دیده، پرستار، روان شناس آموزش دیده، مددکار و کار درمان گر اداره می‌شود. این بخش در یک بیمارستان واقع است که در آن امکان درمان ادغام یافته مشکلات شدید طبیی و روان پزشکی همراه وجود دارد.
- ارزیابی جامع، تأمین مراقبت پس از ترخیص و مداخلات درمانی متنوع دارویی و غیر دارویی به یک اندازه در مرکز درمان بستری و بخش تخصصی درمان اعتیاد اهمیت دارد.



- در بخش‌های بستری خدمات اورژانس‌های طبی و روان‌پزشکی نیز تأمین می‌شود. در صورتی که بخش بستری در یک بیمارستان تک‌تخصصی روان‌پزشکی راه‌اندازی شود خدمات اورژانس طبی در دسترس نبوده و در صورت نیاز باید بیمار ارجاع گردد.

- درمان در بخش‌های بستری نباید اجباری باشد. افرادی که وارد یک مرکز درمان بستری می‌شوند به‌صورت داوطلبانه برای درمان مراجعه نموده یا براساس دستور قانونی موظف به شرکت در دوره درمانی و تکمیل آن هستند.

- بخش تخصصی درمان بستری سوءمصرف مواد می‌تواند به‌عنوان یک بخش مجزا یا به‌عنوان قسمتی از یک بخش روان‌پزشکی راه‌اندازی شود.

تبصره: بیمارستان‌های تک‌تخصصی روان‌پزشکی نیز می‌توانند اقدام به راه‌اندازی بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد نمایند. در این مراکز درمان ادغام‌یافته تخصصی برای مشکل اعتیاد و مشکلات روان‌پزشکی همراه بیمار تأمین شده و در صورت نیاز به مراقبت‌های طبی تخصصی باید مشاوره با خدمات تخصصی مورد نظر یا ارجاع در نظر گرفته شود.



فعالیت‌های کلیدی در سطح خدمات بستری

ارزیابی

پس‌زمینه

افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد از طیف وسیعی از مشکلات روان‌پزشکی، جسمی و اجتماعی رنج می‌برند. خدمات درمان سوءمصرف مواد این مشکلات و نیازها را به‌صورت جامع ارزیابی و برای پاسخ به آن‌ها برنامه‌مراقبت درمانی تدوین می‌کند. طبیعت خدمات سرپایی به گونه‌ای است که ممکن است در آن ارزیابی جامع بیمار دشوار باشد، خصوصاً وقتی که مشکلات چندگانه وجود دارد. در چنین مواردی می‌توان از طریق خدمات بستری تسهیلات و کارکنان لازم برای ارزیابی جامع مراجع را فراهم کرد. در مواردی حین ارزیابی و برنامه‌ریزی مراقبت برای بیمار در سایر سطوح مراقبت دیده می‌شود که برای رسیدن به یک هدف درمانی خاص محیط بستری مناسب‌ترین گزینه به حساب می‌آید. خدمات بستری در مقایسه با خدمات سرپایی دارای چند امتیاز بالقوه هستند. در محیط بستری امکان تحت نظر گرفتن بیمار در مکانی ایمن و عاری از مواد فراهم می‌شود.

توصیه‌هایی برای ارزیابی استاندارد

خدمات استاندارد نیاز به محیط و کارکنانی دارد که موارد زیر را تأمین نماید:

ارزیابی مصرف مواد

ارزیابی میزان درگیری (سوءمصرف، وابستگی) با مواد گوناگون خصوصاً در جمعیت‌های در معرض خطر بیش‌تر (مثلاً زنان باردار) بسیار مهم است. بهترین مکان برای ارزیابی مراجعان مراکز درمان سرپایی نزدیک به محل سکونت آن‌ها است، اما در مواردی به علت تعدد یا پیچیدگی مشکلات فرد این کار مقدور



نیست. کارکنان باید برای استفاده از ابزارهای ارزیابی مصرف مواد آموزش دیده و به خدمات آزمایشگاهی دسترسی داشته باشند. آموزش‌ها مورد نظر بخشی از آموزش‌های در نظر گرفته شده در دوره‌های آموزشی روان‌شناسان و پزشکان را تشکیل می‌دهد.

ارزیابی سلامت جسمی

کارکنان بالینی خدمات بستری حین فرآیند پذیرش باید سلامت جسمی را به صورت کامل ارزیابی نموده و در صورت نیاز در مراحل بعدی ارزیابی جسمی را تکرار نمایند. این ارزیابی باید شامل مرور تاریخچه سلامت جسمی (طبی)، داروهای تجویز شده، وضعیت فعلی سلامت جسمی، معاینه فیزیکی، آزمایش‌ها و... باشد. ارزیابی تخصصی‌تر سلامت جسمی برای برخی گروه‌ها مثل افراد مبتلا به ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون یا زنان باردار ممکن است ضرورت داشته باشد.

مشاوره منظم با سایر سرویس‌های تخصصی پزشکی ممکن است ضرورت پیدا کند. لازم است یکی از کارکنان هنگام اعزام بیمار جهت مشاوره‌های طبی وی را همراهی نماید. پایش منظم علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تعداد تنفس و دمای بدن) باید برای تمام بیماران پیش‌بینی شود. پایش علائم جسمی دیگر همچون وضعیت هوشیاری باید در موارد لزوم در نظر گرفته شود.

ارزیابی وضعیت سلامت روانی

بیش‌تر مقالات حوزه تشخیص دوگانه^۱ سوء مصرف مواد و بیماری روانی بر بیماران دارای مشکلات روانی شدید یا طولانی‌مدت متمرکز شده است. گرچه وقوع هم‌زمان سوء مصرف مواد با اختلالات خلقی، اضطرابی و شخصیتی بسیار



شایع است، تشخیص دوگانه اغلب فقط زمانی مورد توجه قرار می‌گیرد که بیمار مشخصاً سایکوتیک باشد یا توجه به آن برای تدوین یک برنامه درمانی مناسب و مراقبت بعد از ترخیص غیرقابل اجتناب باشد. خدمت‌گیرندگان همچنین ممکن است با ناتوانی‌های یادگیری، اختلالات تکاملی، ترک تحصیل یا اختلالات شناختی ثانویه به مصرف مواد مراجعه کنند. این خدمت‌گیرندگان از ارزیابی مهارت‌های عصب‌روان‌شناختی و مهارت‌های اجرای فعالیت‌های روزانه زندگی برای هدایت فرآیند برنامه‌ریزی مراقبت نفع می‌برند.

تمام بیماران بستری باید از نظر وجود مشکلات و اختلالات روان‌پزشکی همراه بررسی شوند. به‌صورت ایده‌آل این ارزیابی بررسی خطر خودکشی، خطر آسیب به خود، اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت، ناتوانی‌های یادگیری و نقایص عصب‌روان‌شناختی همراه را شامل می‌شود.

متناسب با ارزیابی به‌عمل‌آمده اقدامات زیر برای بیمار در نظر گرفته می‌شود:

- روان‌درمانی
- کاردرمانی^۱ (شامل آموزش فعالیت‌های زندگی روزمره)
- آموزش‌های لازم
- درمان دارویی مناسب در صورت وجود اندیکاسیون
- برنامه‌های بازتوانی عصب‌روان‌شناختی (در صورت وجود منابع)

ارزیابی بیماران از نظر اختلالات روانی همراه همچنین امکان ارجاع به مراکز درمانی متناسب را پس از ترخیص برای دریافت درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه نظیر اختلالات خلقی و اختلال استرس پس از سانحه را فراهم می‌کند. با ارائه خدمات بستری می‌توان فرصتی برای درگیر کردن دریافت‌کنندگان خدمات در درمان اختلالات روانی همراه فراهم کرد و ناتوانی و مرگ‌ومیر همراه با آن را کاهش داد. افرادی که اختلالات مصرف مواد دارند زمانی از درمان حداکثر نفع را

1. Occupational therapy



می‌برند که اختلالات روان‌پزشکی همراه مورد توجه قرار گیرند. نشان داده شده است که شدت اختلالات روان‌پزشکی همراه بهترین عامل پیش‌بینی‌کننده نتیجه درمان اعتیاد است.

نشانگان ترک می‌تواند با علایم افسردگی و اضطراب همراه باشد، اما علایم اضطراب و افسردگی ناشی از ترک معمولاً بین روزهای دهم تا چهاردهم فروکش می‌کنند. در صورتی که بعد از گذشت این مدت هنوز اضطراب یا افسردگی قابل توجهی گزارش گردد، فرد باید از نظر وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه بررسی شود. اگر علائم اضطراب و افسردگی در هفته‌های سوم و چهارم باقی بماند ممکن است در کنار مداخلات روان‌درمانی، دارودرمانی نیز ضرورت یابد.

تثبیت

پس‌زمینه

منظور از تثبیت در این راهنما، تثبیت بیماران بر روی دوز داروهای آگونیست است. فعالیت بیش‌تر خدمات بستری درمان سوء مصرف مواد بر «سم‌زدایی» متمرکز است و اهداف درمانی براساس رویکرد پرهیزمدار^۱ تعریف می‌شود. گرچه شواهدی وجود دارد که برآیندهای^۲ بازگیری حمایت‌شده در مرکز/بخش‌های بستری از جایگاه‌های سرپایی بهتر است اما این امتیاز ممکن است در بیماران پایدار و دارای انگیزه بالا با در نظر گرفتن هزینه‌های بیش‌تر این روش خنثی شود. برخی شواهد نشان می‌دهد شمار خدمت‌گیرندگان دارای مشکلات شدیدتر (بیماری هم‌زمان جسمی و روانی، وابستگی به بیش از یک ماده) در حال افزایش است. از طریق ارزیابی خدمات بستری می‌توان برای

1. Abstinence based

2. Outcome



خدمت‌گیرندگانی که به اشکال تخصصی‌تر خدمات نیاز دارند امکان تحت نظر گرفتن، نظارت طبی و درمان را در محیطی ایمن فراهم کرد.

توصیه‌هایی برای تثبیت استاندارد

خدمات بستری باید منابع انسانی و فضای فیزیکی کافی برای ارائه طیفی از فرآیندهای تثبیت در چارچوب نظام سطح‌بندی خدمات و پروتکل‌های بالینی درمان اختلالات سوءمصرف مواد وزارت بهداشت داشته باشند (فصل ۳ را ببینید).

تیتراسیون دوز

القای متادون دارای خطرات بالقوه است و باید با احتیاط انجام شود. خطر مرگ در طول دوره القای متادون در حدود ۷ برابر بیش‌تر از خطر مرگ پیش از ورود به درمان نگهدارنده تخمین زده می‌شود. افراد مبتلا به وابستگی شدید به مواد افیونی یا وابستگی به بیش از یک ماده از تیتراسیون دوز در جایگاه‌های بستری نفع می‌برند. با پایش تاثیر متادون بر سندرم ترک مواد افیونی حین درمان در جایگاه‌های بستری زیر نظر پزشکان با تجربه می‌توان از ریزش زودرس بیمار جلوگیری نموده و تمایل به مصرف مواد غیرقانونی را کاهش داد. این موضوع می‌تواند به صورت خاص در مورد زنان بارداری که مصرف‌کننده مواد افیونی یا مواد محرک هستند اهمیت داشته باشد، زیرا باید در طول تیتراسیون دوز مادر و جنین از نزدیک پایش شوند.

تثبیت روی درمان نگهدارنده

براساس راهبردهای فعلی کشور ظرفیت ارائه خدمات درمان نگهدارنده در مراکز سرپایی وسیعاً گسترش یافته است. هدف اصلی درمان نگهدارنده با متادون قطع مصرف تمام مواد غیرقانونی است، اما دستیابی به این هدف برای برخی مراجعان دشوار است. مصرف مواد افیونی غیرقانونی همراه با متادون تجویز شده می‌تواند مشکل‌آفرین باشد و ممکن است اقدام برای مقابله با این پدیده از طریق



افزایش دوز متادون افزایش تحمل فرد را به مواد افیونی را در پی داشته، بدون آن که او را از بازار مواد غیر قانونی جدا نماید.

در بسیاری از موارد پذیرش کوتاه مدت (یک یا دو هفته) در جایگاه‌های بستری می‌تواند راه مؤثری برای شکستن این چرخه باشد. هدف از این کار تثبیت مراجع روی دوز مؤثر متادون یا بوپرنورفین است از طریق فراهم آوردن محیطی ایمن که در آن مواد غیرقانونی در دسترس فرد نبوده و بازگیری از مواد افیونی غیرقانونی را تسهیل می‌نماید. بستری کوتاه‌مدت همچنین می‌تواند فرصتی برای ارایه آموزش‌های کاهش آسیب و آشنا نمودن بیماران با اهمیت خدمات روانی، اجتماعی در بهبودی باشد.

ترکیب بازگیری حمایت‌شده/تثبیت

بسیاری از افرادی که روی درمان نگهدارنده با آگونیست هستند، مواد دیگری مثل محرک‌ها یا بنزودیازپین‌ها را سوءمصرف می‌کنند. استفاده از این مواد اغلب مانع جداسدن کامل فرد از بازار مواد غیرقانونی می‌شود. گذراندن یک دوره درمانی در یک مرکز/بخش بستری می‌تواند امکان ارزیابی و درمان علائم ترک مواد محرک و بنزودیازپین‌ها را فراهم کند. در ادامه افراد می‌توانند درمان نگهدارنده خود را در مراکز سرپایی پیگیری کنند. سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی که به‌صورت هم‌زمان به الکل وابسته هستند، ممکن است برای ترک الکل نیاز به درمان در جایگاه‌های بستری پیدا کنند.

بازگیری حمایت‌شده

پس‌زمینه

بازگیری حمایت‌شده (سم‌زدایی) در میان برخی بیماران از محبوبیت بالایی برخوردار است. علت این است که بیماران (عموماً به غلط) تصور می‌کنند تنها چیزی که برای رها شدن از مواد نیاز دارند یک دوره بازگیری حمایت‌شده است.



برخی نیز به بازگیری به عنوان راهی برای رهایی کوتاه‌مدت از وابستگی یا کاهش دوز مصرفی (و به تبع آن هزینه‌های سوء مصرف مواد) نگاه می‌کنند. مکرراً نشان داده شده است که درمان سوء مصرف مواد به روش بازگیری حمایت‌شده به‌تنهایی با میزان‌های بالایی از عود همراهی دارد. بنابراین بازگیری حمایت‌شده باید به عنوان قدم اول در فرآیند طولانی‌مدت درمان دیده شود و لازم است با برنامه‌های پیشگیری از عود یا بازتوانی^۱ ادغام گردد.

بازگیری مدیریت‌شده^۲ به خودی خود برای درمان وابستگی به مواد افیونی کافی نیست. میزان تکمیل دوره بازگیری پایین بوده و میزان عود به مصرف مواد افیونی متعاقب بازگیری بالاست، اما بازگیری حمایت‌شده هم چنان یک گام ضروری برای بسیاری از درمان‌های طولانی‌مدت محسوب می‌شود. بازگیری می‌تواند همچنین نقطه پایان یک دوره طولانی مدت درمانی مثل درمان نگهدارنده با متادون باشد. بنابراین، برای یک نظام درمانی مؤثر در دسترس بودن روش‌های بازگیری از اهمیت بالایی برخوردار است. علاوه بر روش درمانی انتخاب شده برای بازگیری، مجموعه پیچیده‌ای از متغیرها بر سیر و شدت ذهنی ترک تاثیر می‌گذارند. این متغیرها شامل نوع ماده افیونی مورد سوء مصرف، دوز مصرفی، مدت مصرف، وضعیت سلامت عمومی و عوامل روان‌شناختی مثل علت مراجعه برای ترک و میزان ترس از آن می‌شود. برآیندهای یک دوره درمان بازگیری مدیریت‌شده به سیر درمان پیش از سم‌زدایی نیز می‌تواند مرتبط باشد. برای مثال ممکن است بتوان با یک دوره درمان نگهدارنده با متادون بیمار را تا حدی از نظر سلامتی و اجتماعی تثبیت نموده و بازگیری موفقیت‌آمیز را تسهیل کرد.

یک متغیر کلیدی دیگر تاثیرگذار بر احتمال تکمیل بازگیری جایگاه درمانی است. بسیاری از افراد وابسته به مواد افیونی می‌گویند به علت نزدیکی دوستان و همراهان مصرف‌کننده، عوامل استرس‌زای خانوادگی و فقدان حمایت نمی‌توانند

1. Rehabilitation
2. Managed withdrawal



به صورت سرپایی به پرهیز دست یابند. برنامه‌های درمانی عرضه شده در جایگاه‌های بستری و اقامتی نقش مهمی در تأمین خدمات درمانی برای سوء مصرف‌کنندگان مشکل‌آفرین مواد در بسیاری از کشورهای جهان ایفا می‌کند. مطالعات ملی برآیندهای درمان در انگلستان و آمریکا پیش‌رفت قابل ملاحظه بالینی در بیماران درمان شده در برنامه‌های اقامتی را نشان می‌دهند. برنامه‌های اقامتی در این بررسی‌ها برنامه‌های بستری را نیز شامل می‌شود. در هر دو مطالعه همچنین نتیجه‌گیری شد که زمان گذرانده شده در درمان یک عامل پیش‌بینی‌کننده خوب برای برآیندهای بعد از درمان است. گرچه اثربخشی مقایسه‌ای جایگاه بستری در مرحله بازگیری کم‌تر شناخته شده است.

در اواخر دهه ۱۹۵۰ روش‌های ایمن بازگیری از مواد افیونی به صورت سرپایی معرفی شد و دیدگاه افراد خُبره در درمان اعتیاد این بود که بازگیری بستری به جز در بیماران دارای مشکلات طبی یا روان‌پزشکی شدید غیرضروری و پرهزینه است. بازگیری سرپایی برای بیمار و خانواده‌اش راحت‌تر است و امکان تداوم روال معمول زندگی روزمره را فراهم می‌کند. در طول دوره بازگیری سرپایی بیمار با موقعیت‌های زندگی روزمره مواجه شده و این وضعیت شکل‌گیری مهارت‌های مقابله را تقویت می‌کند. در مقابل، در درمان سرپایی دسترسی به مواد غیرقانونی راحت‌تر است و این موضوع احتمالاً عامل میزان‌های بالاتر عود در بیماران سرپایی است. به علاوه عوارض طبی ترک به راحتی در منزل درمان نمی‌شوند و فرآیند ممکن است طولانی‌تر باشد.

احتمال موفقیت بازگیری حمایت‌شده در جایی که هم مراجع و هم بالین‌گر درباره اهداف و فرآیند کار شامل مصرف دارو طبق دستور و پرهیز از مصرف مواد یا داروهای دیگر توافق دارند افزایش می‌یابد. بالین‌گر از طریق بازگیری در یک جایگاه بستری می‌تواند از پایبندی مراجع به رژیم درمانی اطمینان حاصل نموده



و عوارض درمان را مدیریت کند. همچنین از این طریق فرصت مهمی برای تشویق مراجعان به پذیرش درمان طولانی مدت تر برای کاهش خطر عود فراهم می‌آید.

بازگیری مواد افیونی در جایگاه‌های بستری

مرور شواهد اثربخشی

مطالعات بازگیری بستری نسبتاً اندک هستند. به طور کلی در محیط بستری نسبت بالاتری از بیماران درمان را به صورت موفقیت‌آمیز کامل می‌کنند (۳۶-۸۱ درصد) تا در محیط سرپایی (۶۰-۱۷ درصد). در یک مطالعه دی و همکاران (۲۰۰۵) شواهد اثربخشی سم‌زدایی مواد افیونی در جایگاه بستری را در مقایسه با جایگاه‌های غیربستری به صورت نظام‌مند مرور کردند. در این بررسی مروری سه مطالعه مورد توجه قرار گرفت که در پیوست ۱ خلاصه نتایج هر یک آورده شده است. مؤلفان این مطالعه نتیجه‌گیری کردند شواهد برای مقایسه اثربخشی و مقرون به صرفگی درمان بستری و سرپایی ناکافی است.

مطالعات غیرتصادفی مقایسه درمان بستری و سرپایی حاکی از آن است که در درمان بستری بیماران تاریخچه سنگین‌تر مصرف مواد، شیوع بالاتر مشکلات طبی، روان‌شناختی و شغلی از جمله ثبات اجتماعی پایین‌تر و بیکاری را نشان می‌دهند. این داده‌ها بازتاب دهنده الگوی ارجاع است و مشخص نمی‌کند چه گروه‌هایی از درمان بستری نفع بیشتری می‌برند. بازگیری بستری عموماً برای کسانی در نظر گرفته می‌شود که به علت عوامل پیش‌آگهی منفی متعدد احتمال موفقیت‌شان در درمان سرپایی اندک باشد. در عمل، احتمال کمی وجود دارد که چنین کسانی دوره بازگیری بستری را تکمیل کنند. به این وضعیت «پارادوکس شدت» گفته می‌شود. درمان بستری معمولاً برای بیماران واجد مشکلات پیچیده اندیکاسیون دارد. اگر مراجعان واجد مشکلات متعدد و پیچیده یا به عبارت دیگر



مراجعه‌کنان پرهزینه‌تر از این درمان‌های تخصصی‌تر و پرهزینه‌تر نفع ببرند، تأمین این خدمات برای این گروه توجیه‌پذیر خواهد بود.

کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده معمولاً روش‌شناسی انتخابی برای تعیین بهترین گزینه درمانی است. گرچه در مورد بازگیری مواد افیونی مشکل این جاست که بیماران که به‌صورت نظری از درمان بستری بیش‌ترین نفع را می‌برند، یعنی بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی همراه، افرادی که از نظر اجتماعی ناپایدار هستند یا وابستگی هم‌زمان به سایر مواد دارند، از کارآزمایی‌های بالینی کنار گذاشته می‌شوند. بنابراین، مهم است که به‌خاطر داشته باشیم ناتوانی در نشان دادن تفاوت در این موقعیت‌ها، عدم وجود هر گونه امتیاز را اثبات نمی‌کند. از دیدگاه بالینی گروه کوچکی از بیماران وجود دارند که ممکن است از درمان بازگیری در محیط نظارت‌شده‌تر سود ببرند. بنابراین نیاز به طراحی مطالعات آینده‌نگر برای بررسی نتیجه درمان بیماران دارای مشکلات پیچیده‌تر در جایگاه‌های درمان بستری محسوس است. بدین ترتیب مجال آزمون فرضیه عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیندهای بهتر در جمعیت‌های خاص (برای مثال بیماران دارای مشکلات روان‌پزشکی همراه، وابستگی چندگانه) فراهم می‌آید. همچنین شواهدی دال بر افزایش احتمال درگیر نمودن بیمار در مراقبت طولانی‌مدت‌تر متعاقب بازگیری در محیط بستری وجود دارد. چنین مطالعات آینده‌نگری برای آزمون این موضوعات مناسب خواهد بود.

در راهنمای بالینی بازگیری سوء مصرف مواد افیونی مؤسسه ملی تعالی بالینی و سلامت (۲۰۰۷) کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده و مطالعات مشاهده‌ای متمرکز بر مقایسه درمان بازگیری در جایگاه بستری با سایر جایگاه‌ها به‌صورت نظام‌مند مرور شد. علاوه بر دو کارآزمایی بالینی مرور‌شده در مطالعه دی و همکاران (۲۰۰۵)، یک کارآزمایی دیگر نیز واجد ملاک‌های تعیین‌شده توسط گروه تدوین‌کننده راهنما بود که در مجموع داده‌های ۱۷۱ شرکت‌کننده را تأمین



می‌کرد. نتایج دو مطالعه (ویلسون ۱۹۷۵؛ دی ۲۰۰۶) از سه کارآزمایی بالینی شناسایی شده که بازگیری بستری را با بازگیری سرپایی مقایسه کرده بودند، فراتحلیل شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است. (جدول ۲). در کارآزمایی سوم (گوسوپ ۱۹۸۶) داده‌های آزمودنی‌هایی که داوطلبانه جایگاه درمانی را انتخاب کرده بودند از داده‌های بیمارانی که تصادفی شده بودند به‌صورت جداگانه ارائه نشده بود، در نتیجه نتایج این مطالعه در فراتحلیل وارد نشد.

جدول ۲: خلاصه شواهد بازگیری بستری در مقایسه با بازگیری سرپایی

بازگیری بستری در مقایسه با بازگیری سرپایی	
تعداد کل کارآزمایی‌ها	۲
تعداد کل شرکت‌کنندگان	۱۷۱
مشخصات مطالعات	دی ۲۰۰۶؛ ویلسون ۱۹۷۵
مدت پیگیری	پایان درمان
کیفیت کل شواهد	پایین
تکمیل بازگیری	۵۳٪ در گروه بستری مقایسه با ۳۶٪ در گروه سرپایی، (نسبت برتری: ۱/۶۰ فاصله اطمینان ۹۵٪ ۲/۴۲-۱/۰۵)

طبق جدول ۲ شرکت‌کنندگانی که تحت درمان بازگیری بستری قرار گرفته بودند با احتمال بیشتری از گروه بازگیری سرپایی درمان خود را تکمیل نمودند (نسبت برتری: ۱/۶۰ فاصله اطمینان ۹۵٪ ۲/۴۲-۱/۰۵). گرچه نتایج این مطالعه باید با احتیاط تفسیر شود زیرا نتایج مطالعه جدیدتر (دی ۲۰۰۶، نسبت برتری: ۱/۳۸ فاصله اطمینان ۹۵٪ ۲/۴۲-۰/۹۶) در مقایسه با مطالعه قدیمی‌تر (ویلسون ۱۹۷۵، نسبت برتری: ۱/۹۱ فاصله اطمینان ۹۵٪ ۳/۵۵-۱/۰۳) تفاوت کم‌تری میان دو روش درمانی نشان می‌دهد و مطالعه ویلسون و همکاران (۱۹۷۵) از مجموعه‌ای از محدودیت‌های روش‌شناختی رنج می‌برد.



مطالعه شواهد در دسترس از مقایسه بازگیری در جایگاه‌های بستری در مقایسه با سرپایی محدود است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بازگیری بستری از بازگیری سرپایی مؤثرتر است. اما دو کارآزمایی (ویلسون ۱۹۷۵، گوسوپ ۱۹۸۶) از سه کارآزمایی انجام شده با محدودیت‌های روش شناختی قابل توجهی مواجهند و این موضوع تفسیر یافته‌های مطالعه را دشوار می‌نماید.

عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیند

در برخی مطالعات عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیندهای بازگیری بستری مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما روش‌شناسی‌های این مطالعات متفاوت بوده و استخراج یک نتیجه مشخص از آن‌ها دشوار است. برخی مطالعات به جستجوی عوامل خروج زودرس از درمان پرداخته‌اند. نتایج این بررسی‌ها حاکی از آن است که در تمام جایگاه‌های درمانی، هیچ همراهی معنی‌داری بین میزان ریزش از درمان^۱ با سن، جنسیت، تاریخچه قبلی جرم یا عوامل اقتصادی - اجتماعی یافته نشده است. تاریخچه قبلی درمان سوء مصرف مواد عامل پیش‌بینی‌کننده ریزش زودرس نیست، هر چند سابقه اخیر مصرف سنگین‌تر مواد و الکل با میزان‌های بالاتر ریزش همراه است.

مجموعه‌ای از عوامل پیش‌بینی‌کننده تکمیل دوره بازگیری بستری شناسایی شده‌اند. این عوامل عبارتند از: سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی در بدو پذیرش، کارکرد خانوادگی بهتر و باورهای مثبت‌تر درباره خود، ثبات بالاتر سبک زندگی پیش از بازگیری، وابستگی و مشکلات طبی خفیف‌تر و مصرف کم‌تر کوکائین و کراک کوکائین. درگیری با جرم و جنایت اثر متفاوتی دارد. در یک مطالعه آزادی مشروط یا تاریخچه زندان عامل پیش‌بینی‌کننده تکمیل دوره



بازگیری بود، ولی در مطالعه دیگری وجود مشکلات قانونی با شکست بیش‌تر در درمان بستری همراه بود. در یک مطالعه جالب در کشور آلمان نشان داده شد مراجعه منظم به یک مشاور و داشتن برنامه برای پیگیری درمان مبتنی بر پرهیز به‌صورت معنی‌داری تکمیل بیش‌تر درمان را پیش‌بینی می‌کند.

در پیوست ۲ خلاصه‌ای از نتایج مرور عوامل مؤثر بر برآیندهای درمان بستری (مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی ۲۰۰۷) آورده شده است. به نظر می‌رسد که سوءمصرف انواع محدودتر مواد، در مقادیر کم‌تر و ثبات اجتماعی بیش‌تر مراجع هنگام پذیرش عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیندهای بهتر برای بازگیری بستری هستند. گرچه باید توجه کرد که این مطالعات نشان می‌دهند خدمت‌گیرندگان با عوامل پیش‌آگهی به‌تر عملکرد بهتری دارند. سؤالی که پاسخ به آن می‌تواند بسیار ارزشمند باشد این است که آیا خدمت‌گیرندگان دارای عوامل پیش‌آگهی منفی‌تر از جایگاه‌های درمانی خاص یا مداخلات درمانی بیش‌تر در جایگاه‌های بستری نفع می‌برند یا خیر؟ برخی شرکت‌کنندگان ممکن است در مقایسه با سایر گروه‌ها عوامل پیش‌آگهی‌کننده منفی متعدد داشته باشند، اما همچنان از درمان بستری بیش از درمان سرپایی نفع ببرند.

هزینه و هزینه - اثربخشی

بازگیری بستری به مراتب از بازگیری سرپایی گران‌تر است. دو مرور نظام‌مند هزینه - اثربخشی درمان بازگیری را در جایگاه‌های مختلف بررسی کردند (گوسوپ، استرنگ ۲۰۰۰؛ شانهان ۲۰۰۶). گوسوپ و استرنگ (۲۰۰۰) داده‌های دو کارآزمایی راندومیزه تصادفی‌شده متمرکز بر اثربخشی درمان بازگیری در جایگاه‌های مختلف را دوباره تحلیل کردند. تحلیل اقتصادی خام مقایسه هزینه‌ها با میزان‌های تکمیل دوره بازگیری صورت پذیرفت. در تحلیل اول، هزینه بازگیری بستری ۲۴ برابر بیش از درمان سرپایی بود، اما تصحیح اعمال شده بر



اساس مقایسه نسبت هزینه صرف شده به میزان موفقیت روش درمانی نشان داد بازگیری بستری و سرپایی تقریباً مشابه هستند.

در تحلیل دیگری، میزان تکمیل دوره در واحد تخصصی درمان اعتیاد و بخش روان پزشکی به ترتیب ۴۵٪ و ۱۸٪ بود. هزینه درمان در واحد تخصصی سه بار بیش تر از هزینه درمان در بخش روان پزشکی عمومی است، اما بعد از در نظر گرفتن میزان تکمیل دوره نسبت ۱/۹ به ۱ بود. هر چند تحلیل بر اساس تخمین های خام بود و ممکن است قابل تعمیم به سایر جایگاه ها نباشد، مولفان نتیجه گرفتند یک دوره بازگیری ۱۰ روزه بستری به اندازه برنامه سرپایی هزینه - اثربخش است. به علاوه، مولفان نتیجه گرفتند بازگیری بستری در بخش روان پزشکی عمومی از واحد تخصصی آسان تر و ارزان تر است.

شانهان و همکاران (۲۰۰۶) ۵ روش بازگیری سرپایی و بستری را با استفاده از داده های ۴ کارآزمایی بالینی روی ۳۶۵ آزمودنی مقایسه کردند. در این مطالعه دستاوردهای یک دوره پرهیز ۷ روزه و تداوم درمان بعد از بازگیری ارزیابی شد. بازگیری سرپایی کلاسیک واحد پایه مقایسه بود و سایر واحدهای مقایسه شامل بستری کلاسیک، بازگیری سریع تحت آرام بخشی، بازگیری سریع تحت بی هوشی و بازگیری با بوپرنورفین می شد. بازگیری سرپایی با بوپرنورفین ارزان ترین روش (۴۹۱ دلار) و بازگیری سریع تحت بی هوشی (۲۶۸۹ دلار) گران ترین روش بود. از نظر پرهیز، بازگیری سریع تحت بی هوشی و بازگیری سریع تحت آرام بخشی معادل هم بودند (۵۹٪) و سطوح دستیابی به پرهیز در این روش ها به صورت معنی داری از بازگیری سرپایی کلاسیک (۲۴٪)، بوپرنورفین (۱۲٪) و سرپایی کلاسیک (۴٪) بیش تر بود. تحلیل هزینه - اثربخش بیش تر نشان داد که بازگیری سرپایی با بوپرنورفین روی هم رفته هزینه - اثربخش ترین روش است. در واقع، بوپرنورفین تنها درمانی است که از واحد مقایسه پایه مؤثرتر و



ارزان تر است. بازگیری سریع از مواد افیونی تحت آرام بخشی هزینه - اثربخش ترین روش درمان بستری بود.

داده‌های اثربخشی مقایسه‌کننده بازگیری سرپایی با بستری ضعیف بوده و تفاوت معنی‌داری از نظر دستیابی به پرهیز نشان نمی‌دهد. درمان بستری به علت هزینه‌های بیمارستان و رژیم‌های دارویی پیچیده‌تر به مراتب از درمان سرپایی گران‌تر است. در نتیجه و با توجه به شواهد ضعیف هزینه - اثربخشی بیش‌تر خدمات بستری و فقدان اطلاعات درباره زیرگروه‌های خاص بیماران داده‌های موجود نشان می‌دهد که بازگیری سرپایی باید به‌عنوان درمان خط اول در نظر گرفته شود.

بازگیری بستری برای چه کسانی مناسب است؟

پذیرش بستری دارای منافع متعددی است. از طریق جایگاه بستری می‌توان نظارت طبی و ایمنی بیش‌تری را برای کسانی که ممکن است به پایش نزدیک طبی و روان‌پزشکی نیاز داشته باشند فراهم کرد. همچنین با درمان تخصصی‌تر می‌توان به بیمارانی که به درمان‌های سبک‌تر پاسخ نداده‌اند، کمک کرد. با درمان بستری می‌توان به شکستن چرخه مصرف مواد حتی در غیاب علائم ترک خطرناک کمک کرد. بازگیری اغلب در محیط بستری بسیار سریع‌تر تکمیل می‌شود، هرچند در یک برنامه درمانی جامع باید به مشکلات طبی، روان‌پزشکی، خانوادگی و شغلی نیز پرداخته شود. از نظر برخی عدم دسترسی به مواد در محیط بستری می‌تواند یکی از عیب‌های آن باشد، زیرا عامل اصلی ایجادکننده ولع مصرف مواد در دسترس بودن آن است. آنگ همراه با بستری در برخی جایگاه‌های بستری می‌تواند همچنین یک عامل بازدارنده باشد، خصوصاً وقتی تخت‌های بستری درمان اعتیاد در یک بخش یا بیمارستان روان‌پزشکی قرار دارد (ویلسون ۱۹۷۵، استرنگ ۱۹۹۷).



گرچه شواهد کمی درباره اندیکاسیون‌های بازگیری بستری در دسترس است، توافق نظر بالینی درباره نوع بیمارانی که از بازگیری مواد افیونی در جایگاه بستری نفع می‌برند وجود دارد. درمان بستری می‌تواند برای

- کسانی که از نظر اجتماعی ناپایدار هستند،
- وابستگی شدیدتر دارند،
- مشکلات طبی یا روان‌پزشکی همراه دارند یا
- بیش از یک بار سم‌زدایی سرپایی ناموفق داشته‌اند

سودمند باشد. درمان در واحدهای تخصصی درمان بستری معمولاً به منظور کاهش خطر پیامدهای پزشکی بالقوه خطرناک بازگیری انجام می‌شود. به صورت مشابهی رژیم‌های بازگیری پیچیده - مثلاً برای سوء مصرف چندگانه مواد - نیز در محیط بستری با سهولت بیشتری قابل انجام است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد از طریق درمان در جایگاه بستری می‌توان مصرف مواد را در مراجعانی که سوء مصرف چندگانه مواد دارند کاهش داد. مطالعه ملی پژوهش برآیند درمان^۱ در کشور انگلستان ۲۳ برنامه درمان اقامتی را بررسی نمود که ۸ مورد خدمات بستری و ۱۵ مورد مراکز اقامتی بازتوانی بودند. در کل ۴۰۸ مراجع وارد درمان اقامتی شدند که ۱۰۲ نفر آن‌ها تحت درمان بستری قرار گرفتند. در مقایسه با میانگین نمونه، بیماران بستری سابقه مصرف مواد افیونی طولانی‌تر، میزان اشتغال پایین‌تر و مشکلات طبی و روان‌پزشکی بیش‌تر نشان دادند. این گروه همچنین با احتمال بالاتری در مقایسه با بیماران سرپایی کوکابین مصرف می‌کردند و میانگین مصرف الکل بالاتری داشتند. بیماران در طیفی از برآیندهای درمانی بهبودی وسیعی نشان دادند که به مدت دو سال حفظ شد.

وجود عوامل متعدد پیش‌آگهی بد در مراجعان به طوری که احتمال موفقیت درمان سرپایی اندک باشد، به‌عنوان اندیکاسیون بازگیری حمایت‌شده در جایگاه



بستری در نظر گرفته می‌شود. مطالعات کنترل‌نشده به‌صورت یکدستی نشان داده است که خدمات بستری با میزان‌های بالاتری از تکمیل فرآیند ترک مواد افیونی همراه است. به منظور افزایش احتمال تکمیل موفقیت‌آمیز دوره بازگیری می‌توان پذیرش بیماران دارای وابستگی با شدت کم‌تر را خصوصاً در اوایل سیر بیماری در نظر گرفت. اگر این درمان با درمان سرپایی متمرکز بر حفظ پرهیز پیگیری شود، می‌تواند یک روش اثربخش (و هزینه - اثربخش) در درمان بیماران باشد.

عوامل کلیدی در موفقیت بازگیری

اثربخشی جایگاه‌های تخصصی و عمومی: استرنگ و همکاران افراد وابسته به هرویین را به‌صورت تصادفی در دو گروه واحد تخصصی درمان بستری سوءمصرف مواد یا بخش روان‌پزشکی عمومی وارد نمودند (استرنگ ۱۹۹۷). ۱۸۶ بیمار به‌صورت تصادفی در لیست انتظار برای درمان در واحد تخصصی درمان (۱۱۵ بیمار) یا بخش روان‌پزشکی عمومی (۷۱ بیمار) به‌صورت تصادفی ثبت نام شدند. گرچه فقط ۶۹ نفر در گروه واحد تخصصی و ۳۰ نفر در گروه بخش روان‌پزشکی عمومی در زمان ورود به درمان بستری باقی مانده بودند. در واحد تخصصی ۷۵٪ و در بخش روان‌پزشکی ۴۳٪ دوره درمان خود را تکمیل کردند (نسبت برتری: ۱/۴۷ فاصله اطمینان ۹۵٪ ۲/۶۸-۱/۱۳). پیگیری در ماه هفتم نشان داد میزان پرهیز در گروه درمان‌شده در واحد تخصصی ۲۷/۵٪ و در گروه بخش عمومی روان‌پزشکی ۱۳/۳٪ بود (نسبت برتری: ۲/۰۷ فاصله اطمینان ۹۵٪ ۵/۵۵-۰/۷۷). هر چند برخی محدودیت‌های این مطالعه این سؤال را ایجاد می‌کنند که آیا تفاوت مشاهده‌شده در برآیند به علت جایگاه است یا سایر عوامل مخدوش‌کننده. به همین دلیل نتیجه‌گیری یا ارائه توصیه اختصاصی براساس این مطالعه ممکن نیست. این محدودیت‌های روش‌شناختی عبارتند از: داروی



استفاده شده برای بازگیری در واحد تخصصی (متادون) و بخش روانپزشکی عمومی (کلونیدین) متفاوت بود، بنابراین معلوم نیست آیا تفاوت‌های گزارش شده در برآیند به علت جایگاه است یا نوع مداخله. به علاوه تمام شرکت‌کنندگان قبلاً به مراکز خدمات تخصصی ارجاع شده بودند بنابراین ورود به بخش روانپزشکی عمومی می‌تواند به علت مقاومت، ریزش بالاتر و برآیندهای ضعیف‌تر باشد.

بسیاری از بالین‌گران که با بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد کار می‌کنند توصیه می‌کنند که به دلایل زیر بهتر است درمان بستری اعتیاد در بخش‌های تخصصی مجزا از سایر بیماران روانپزشکی انجام شود:

- عدم دسترسی به گروه همسان حمایت‌کننده در بخش‌های روانپزشکی عمومی،
- عدم دسترسی به کارکنان دارای تخصص کافی برای کار با بیماران اختلالات مصرف مواد و
- راحت نبودن این دو گروه از بیماران در کنار هم

مدت اقامت: ارتباط بین مدت اقامت و برآیند درمان بستری روشن نیست. مطالعه‌های بزرگ برآیند نشان داده است که بیماران وابسته به مواد افیونی که کم‌تر از ۹۰ روز به صورت سرپایی یا بستری تحت درمان بوده‌اند، برآیندهای درمانی ضعیف‌تری در مقایسه با بیمارانی که بیش از ۹۰ روز درمان دریافت کرده‌اند، دارند. در مطالعه ملی برآیند درمان در انگلستان نسبت برتری سوء مصرف مواد افیونی برای سه دوره زمانی شامل روزهای ۱۰، ۲۸ و ۶۰ محاسبه شد. در برنامه‌های بستری و بازتوانی کوتاه‌مدت، یک دوره ۲۸ روزه بالاترین شانس پرهیز همراه بود و این قویاً با احتمال بهبودی کلی ارتباط داشت. احتمال پرهیز از تمام مواد مورد بررسی در پیگیری برای مراجعانی که این دوره را در درمان باقی مانده بودند، ۵ بار بیش‌تر بود.



پیوند بازگیری با مراقبت بعد از ترخیص: درمان طولانی مدت امیدبخش ترین راه برای کاهش وابستگی به مواد است و برخی افراد وابسته تماس خود را با نظام درمان از طریق بازگیری آغاز می کنند. نشان داده شده است که حتی پذیرش کوتاه مدت ۳ روزه منافع زیادی تا ۶ ماه بعد به همراه خواهد داشت. هر چند در صورتی که بازگیری در نظام جامع درمانی ادغام نشده باشد می تواند مشکل ساز باشد. خطر بیش مصرف مواد افیونی بلافاصله پس از یک دوره بازگیری افزایش می یابد.

مهم است که فرآیند بازگیری را نه به عنوان یک درمان مستقل، بلکه به عنوان اولین قدم در مسیر بهبودی ببینیم. با در نظر داشتن این موضوع، در دوره پس از بازگیری، پیوند با یک بسته جامع مراقبت پس از ترخیص ضروری است. پژوهش ها نشان می دهد کسانی که پس از تکمیل دوره سم زدایی حداقل ۶ هفته در یک برنامه بهبودی سرپایی یا بازتوانی اقامتی شرکت کرده اند به صورت معنی داری برآیندهای درمانی بهتری داشتند. در مقابل، تفاوت معنی داری بین کسانی که دوره سم زدایی را کامل نکردند و کسانی که دوره را کامل کردند اما مراقبت بعد از ترخیص نداشتند در بیش تر اندازه گیری ها نبود. در مطالعاتی که عوامل پیش بینی کننده ورود به درمان طولانی مدت بعد از بازگیری را بررسی نموده اند بر اهمیت تکمیل درمان شده است. در یک نمونه مراجعان درمان شده به صورت بستری، شدت مشکلات طبی و اعتیاد قوی ترین عوامل پیش بینی کننده منفی برای ماندن طولانی مدت در درمان بود. در برخی مطالعات نقش مداخلات روانی، اجتماعی را برای افزایش ورود به مراقبت بعد از ترخیص بعد از درمان بستری بررسی شده است. شواهدی وجود دارد مبنی بر این که شرکت کنندگانی که معتقدند از درمان طولانی مدت نفع برده و مشکلات سلامتی و مالی شان کم تر می شود با احتمال بیش تری از درمان های طولانی مدت استفاده می کنند. نشان داده شده ابراز تمایل به شرکت در برنامه درمان مبتنی بر پرهیز یک عامل پیش بینی کننده مهم در تکمیل دوره بازگیری بستری است. در جدول ۳ برخی



نکات مهم درباره بازگیری مواد افیونی در جایگاه‌های بستری خلاصه شده است. هر چند مطالعات ساختاریافته روی یک مدل ترکیبی بازگیری حمایت‌شده در مراکز بستری و سرپایی وجود ندارد، این رویکرد می‌تواند از طریق ترکیب نظارت نزدیک ترک اولیه با آموزش مهارت‌های مقابله در مراکز سرپایی برای مراجعان سودمند باشد.

جدول ۳: بازگیری در جایگاه‌های بستری

- ◀ میزان تکمیل موفقیت‌آمیز بازگیری مواد افیونی عموماً در جایگاه‌های بستری از جایگاه‌های سرپایی بالاتر است.
- ◀ درباره نوع مراجعانی که از درمان بستری نفع می‌برند اتفاق نظر نسبی وجود دارد و شامل کسانی می‌شود که نیازهای پیچیده دارند و کسانی که در موقعیت‌هایی هستند که درمان بستری به دلایل طبی، روانی یا اجتماعی ضرورت دارد.
- ◀ درمان بستری می‌تواند همچنین برای بیماران پایدارتر سودمند باشد گرچه هزینه‌های آن از درمان سرپایی بیشتر است. هزینه بیش‌تر تا حدی با میزان‌های بالاتر تکمیل دوره بازگیری در جایگاه بستری خنثی می‌شود. بنابراین، بازگیری و سایر مداخلات در جایگاه بستری می‌تواند هزینه - اثربخش باشد.
- ◀ عواملی که بر احتمال موفقیت در درمان و بهبود برآیندها تاثیر می‌گذارند عبارتند از طول مدت اقامت، پیوند بازگیری با بازتوانی و مراقبت بعد از ترخیص و پیش‌بینی درمان در تسهیلات تخصصی.

بازگیری تسریع‌شده، سریع و فوق‌سریع

بازگیری سریع و فوق‌سریع رویکردهایی برای بازگیری از مواد افیونی با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی، مثل نالوکسان، نالتراکسون یا نالمفن^۱ (در ایران موجود نیست) تحت بی‌هوشی عمومی یا آرام‌بخشی سنگین است. هدف از این کار غرقه ساختن مغز با آنتاگونیست آپئویدی برای جدا کردن خیلی سریع تمام آگونیست‌ها و تخفیف ناراحتی ایجاد شده با استفاده از

1. Nalmefene



بی‌هوشی یا آرام‌بخشی است. بیمار سپس بر روی درمان با نالترکسون گذاشته می‌شود، که به همین دلیل در برخی منابع به آن «القای سریع نالترکسون» گفته می‌شود. پروتکل‌های مختلفی با طول مدت بازگیری و سطح آرام‌بخشی مختلف استفاده شده است. در بازگیری فوق‌سریع، بیماران در واحد مراقبت‌های ویژه یا واحد تخصصی درمان ۲۴ ساعته پذیرش شده و برای القای بازگیری نالترکسون یا نالوکسون دریافت می‌کند؛ بی‌هوشی با پدیدار شدن علائم ترک شروع و با استفاده از داروهای مختلف ۶-۵ ساعت ادامه داده می‌شود. در بازگیری سریع، به جای بی‌هوشی، آرام‌بخشی با بنزودیازپین‌ها استفاده می‌شود، اما سایر داروهای استفاده شده مشابه است. طول مدت بازگیری به طور معمول ۵-۱ روز است، در برخی منابع بازگیری با استفاده از بی‌هوشی یا آرام‌بخشی عمیق بازگیری فوق‌سریع و بازگیری در حالتی که مراجع بیدار است را سریع نام می‌نهند. امتیاز گزارش‌شده استفاده از بازگیری فوق‌سریع و سریع با بی‌هوشی یا آرام‌بخشی این است که طول مدت علائم ترک کوتاه شده و ناراحتی در طول بی‌هوشی یا آرام‌بخشی به حداقل می‌رسد. بنابراین این روش ممکن است برای کسانی که از علائم ترک می‌ترسند جذاب به نظر برسد.

استفاده از بازگیری فوق‌سریع در درمان سوءمصرف مواد افیونی محل مناقشه است. مشکل اصلی این رویکرد میزان بالای خطرات همراه با این روش از جمله مرگ‌ومیر است. نکته بسیار مهم این جاست که بازگیری از مواد افیونی به تنهایی ندرتاً منجر به مرگ می‌شود. علاوه بر این هزینه‌های ناشی از حمایت طبی لازم به مراتب بیش‌تر از سایر روش‌های بازگیری است. بحث زیادی بر روی اثربخشی این روش وجود دارد و داده‌های برآیندهای طولانی‌مدت محدودی در دسترس است. به‌صورت جایگزین، اضافه کردن نالترکسون و نالوکسون به کلونیدین، لوفکسیدین^۱ (آنتاگونیست گیرنده‌های α_2 ، در ایران موجود نیست) یا بوپرنورفین



برای سرعت بخشیدن به بازگیری بدون القای کامل ترک استفاده شده است. این روش‌ها در این متن با عنوان «بازگیری تسریع شده»^۱ خوانده می‌شوند. با این رویکرد همچنین می‌توان به قرار دادن بیمار روی درمان با نالترکسون برای پیشگیری از عود کمک کرد.

عملکرد فعلی

در حوزه نظارت بر درمان وزارت بهداشت اولین بار در سال ۱۳۸۱ استانداردهای بازگیری فوق‌سریع وابستگی به مواد افیونی در قالب «دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت‌شده شماره (۱۱): راهنمای ترک اعتیاد به روش URD» مورد توجه قرار گرفت (معاونت درمان ۱۳۸۳). بر اساس این دستورالعمل معرفی بیمار به متخصص بی‌هوشی باید توسط روان‌پزشک یا پزشک آموزش‌دیده در زمینه اعتیاد انجام شود و مراکز درمان اعتیاد مجهز به اتاق عمل و ICU می‌توانند این روش درمانی را برای بیماران به کار گیرند. در «پروتکل درمان سوء مصرف مواد: درمان وابستگی به مواد افیونی» (اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوء مصرف مواد ۱۳۸۳) روش‌های مختلف بازگیری از مواد افیونی شامل بازگیری با استفاده از داروهای آگونیست گیرنده‌های آلفا، بازگیری سریع و فوق‌سریع توصیف شده‌اند. در این پروتکل جایگاه درمانی مناسب برای انجام بازگیری فوق‌سریع بیمارستان دانسته شده، اما در صورتی که بیمار همراه داشته باشد امکان انجام بازگیری سریع به صورت سرپایی در نظر گرفته شد. در پروتکل مورد اشاره تعیین اندیکاسیون بازگیری فوق‌سریع و ارجاع به متخصص بی‌هوشی بر عهده روان‌پزشک گذاشته شده است. در آیین‌نامه «راه‌اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد» (۱۳۸۵) انجام بازگیری سریع و فوق‌سریع فقط در مراکز



بیمارستانی و با شرایط مندرج در «پروتکل درمان سوءمصرف مواد: درمان وابستگی به مواد افیونی» مجاز دانسته شد. براساس ماده ۱۳ این آیین‌نامه «تنها بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان‌های تخصصی اعصاب و روان با تسلیم تقاضا به معاونت درمان دانشگاه ذی‌ربط و متعاقباً بررسی و تصویب کمیسیون قانونی ماده ۲۰ جهت اضافه نمودن مرکز درمان سوءمصرف مواد به پروانه تأسیس و رعایت مفاد پروتکل درمان سوءمصرف مواد می‌توانند اقدام به سم‌زدائی بیماران به روش بازگیری فوق‌سریع بنمایند.» بر اساس بخش‌نامه معاونت درمان وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ انجام بازگیری فوق‌سریع صرفاً در بیمارستان‌های آموزشی و پژوهشی مجاز دانسته شد.

سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۳ سه بخش‌نامه درباره روش بازگیری سریع صادر کرده است که بر اساس آن‌ها بازگیری سریع بدون استفاده از داروهای تزریقی تسکینی، حداقل به مدت دو روز و بدون استفاده از بی‌هوشی مجاز است.

بازگیری فوق‌سریع و سریع با بی‌هوشی یا آرام‌بخشی عمیق در بخش‌هایی از اروپا (مثل اسپانیا، سوئیس و هلند) و استرالیا انجام می‌شود. در انگلستان، این روش‌ها به صورت غیرشایع در بخش خصوصی انجام می‌شود.

تعریف سطوح آرام‌بخشی

آرام‌بخشی جزئی یا سبک

آرام‌بخشی سبک شامل تجویز دارو برای کاهش اضطراب، بی‌خوابی و بی‌قراری است. خصوصیات این نوع آرام‌بخشی این است که فرد بیدار بوده و قادر است به خوبی ارتباط برقرار کند. گرچه کارکرد شناختی و هماهنگی ممکن است کم شده باشد، کارکردهای تنفسی، قلبی و عروقی دست نخورده باقی می‌ماند. این نوع آرام‌بخشی معمولاً برای یک مداخله جدی یا دردناک کافی



نیست. بیش‌تر مطالعات بازگیری «کلاسیک» که در آن داروهای آرام‌بخش به‌صورت کمکی تجویز می‌شوند، در این طبقه قرار می‌گیرند.

آرام‌بخشی متوسط

سطح بالاتری از آرام‌بخشی، آرام‌بخشی متوسط است به این نحو که بیمار واضحاً آرام می‌شود اما نکته مهم این است که می‌تواند راه هوایی خود را مستقلاً حفظ نموده و به‌صورت هدف‌دار به محرک (مثل پرسیدن سؤال) پاسخ دهد.

آرام‌بخشی عمیق

در آرام‌بخشی عمیق سطح آرام‌بخشی بالاتر بوده و فرد آشکارا آرام شده است، به راحتی قابل بیدار کردن نیست و به‌صورت هدفمند به دستورات کلامی پاسخ نمی‌دهد و ممکن است فقط به محرک‌های شدید (مثل تحریک دردناک شدید) پاسخ اندکی بدهد. فرد ممکن است به طور نسبی یا کامل رفلکس‌های محافظتی شامل توانایی حفظ راه هوایی به‌صورت مستقل و پیوسته را از دست بدهد به همین دلیل ممکن است برای حفظ راه هوایی نیاز به کمک داشته باشد. کارکرد قلبی، عروقی معمولاً حفظ می‌شود.

این حالت معادل بی‌هوشی عمومی نیست اما متخصصان بر سر این موضوع اتفاق نظر دارند که برای انجام آن به کارکنان دارای مهارت و تخصص در حد بی‌هوشی عمومی لازم است. اگر آرام‌بخشی در حدی باشد که توانایی پاسخ کلامی از بین برود، فرد نیاز به مراقبت در سطحی معادل بی‌هوشی عمومی دارد.

بی‌هوشی عمومی

تحت بی‌هوشی عمومی، فرد ناهوشیار و حتی با تحریک شدید غیرپاسخ‌ده است. توانایی حفظ مستقل راه کارکرد تنفسی اغلب از بین می‌رود. فرد اغلب



برای حفظ راه هوایی نیاز به کمک دارد و به خاطر سرکوب تنفس خود به خودی یا سرکوب کارکرد عصبی، عضلانی فشار مثبت تنفسی ممکن است لازم باشد. کارکرد قلبی، عروقی ممکن است دچار نقصان شود.

بازگیری تسریع شده با آنتاگونیست آپیویدی تحت آرام بخشی جزئی یا سبک

در این رویکرد برخلاف رژیم‌های بازگیری سریع و فوق سریع که از داروی آنتاگونیست برای القای ترک کامل استفاده می‌شود، بازگیری ابتدا با استفاده از سایر داروها شروع شده و سپس برای تسریع فرآیند بازگیری نالترکسون تجویز می‌شود یا آن که دوز اندک نالترکسون (۱۲/۵ میلی گرم) از ابتدای درمان همراه با داروهای مورد استفاده در بازگیری تجویز می‌شود. به علاوه، در این پروتکل‌ها سایر داروهای کمکی مثل کلونیدین و بنزودیازپین‌ها نیز استفاده می‌شود. استفاده از دوز اندک نالترکسون (۱۲/۵ میلی گرم) از بازگیری سریع یا به اصطلاح «روش اتریشی»^۱ متفاوت است. در بازگیری سریع در شروع ۵۰ میلیگرم نالترکسون تجویز می‌شود سپس برای برطرف کردن علائم ترک داروهای بیش‌تر و با دوزهای بالاتر تجویز می‌شود. خلاصه شواهد اثربخشی مطالعات بازگیری تسریع شده در پیوست ۳ آورده شده است.

جمع‌بندی مطالعه مروری مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی (۲۰۰۷) حاکی از آن است که افزودن آنتاگونیست به بازگیری کلونیدین، لوفکسیدین یا بوپرنورفین هیچ اثری بر میزان تکمیل دوره درمان ندارد، اما مقداری شدت ترک را افزایش داده که از یک مداخله تسریع کننده ترک قابل انتظار است. داده‌های مداوم پرهیز در پیگیری ناهمخوان هستند. تنها یک مطالعه میزان پرهیز بیش‌تر را در پیگیری ۹ ماهه نشان داد، در حالی که در یک مطالعه دیگر روند متضاد در پیگیری ۶ ماهه نشان داده شد.

1. Asturian method



بازگیری سریع تحت آرام‌بخشی متوسط

در راهنمای بازگیری مواد افیونی مؤسسه عالی تعالی بالینی و سلامت (۲۰۰۷) یک کارآزمایی بالینی واجد داده‌های ۸۰ شرکت‌کننده مبنی بر مقایسه بازگیری مواد افیونی تحت آرام‌بخشی متوسط با آرام‌بخشی جزئی گزارش شده است. خلاصه نتایج این مطالعه و دو مطالعه غیرتصادفی ارزیابی اثربخشی بازگیری سریع در پیوست ۳ آورده شده است.

جمع‌بندی مطالعه مروری مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی حاکی از آن است که از شواهد محدود موجود نمی‌توان درباره ایمنی و کارآمدی این روش بازگیری به نتیجه‌گیری قاطعی رسید. گرچه واضح است که در جریان القای ترک، تجویز داروهای متعدد کمکی برای رفع علائم اجتناب‌ناپذیر بوده و برخی خطرات به‌عنوان مثال افزایش احتمال تداخلات دارویی افزایش می‌یابد، بویژه اگر بازگیری در جایگاه با نظارت طبی اندک انجام پذیرد.

بازگیری فوق‌سریع تحت بی‌هوشی یا آرام‌بخشی عمیق

در راهنمای بازگیری مواد افیونی مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی (۲۰۰۷) برای مقایسه بازگیری فوق‌سریع با بازگیری تحت آرام‌بخشی جزئی یا بدون آرام‌بخشی ۶ کارآزمایی بالینی شناسایی شد که واجد داده‌های ۸۴۵ شرکت‌کننده بودند. به‌علاوه، یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، یک مطالعه شبه‌تجربی، ۵ مجموعه موارد و سه گزارش موردی حاوی داده‌های عوارض جانبی را در بازگیری فوق‌سریع بودند. نتایج این مطالعه و خلاصه‌ای از چند مطالعه مروری روش بازگیری فوق‌سریع در ایران در پیوست ۳ آورده شده است.

جمع‌بندی مطالعه مروری مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی حاکی از آن است که این روش با افزایش قابل توجه خطر عوارض جدی حاد از جمله عوارض همراه با بی‌هوشی (مثل پنومونی آسپیراسیون، دلیریوم و تب) در کنار عوارض



معمول ناشی از بازگیری مواد افیونی تحت آرام‌بخشی خفیف همراه است. علاوه بر این، داروهای متعدد کمکی ممکن است به‌صورت طبیعی خطر تداخلات دارویی را افزایش دهند. گرچه شواهد نشان می‌دهد که بازگیری فوق‌سریع (در مقایسه با بازگیری با کلونیدین) راه بسیار مؤثری برای شروع درمان نگهدارنده با نالترکسون است و این احتمال وجود دارد که در پیگیری ۳ ماهه برآیندهای پرهیز بهتری داشته باشد، این منافع از خطرات آن به مراتب کم‌تر است.

توصیه‌هایی برای بازگیری حمایت‌شده استاندارد در جایگاه‌های بستری

مواد افیونی

چهار راهبرد داروشناختی اصلی برای بازگیری مدیریت‌شده مواد افیونی وجود دارد که تمام آنها موضوع مرورهای نظام‌مند پایگاه داده‌های کوکرین^۱ بوده است:

- متادون
- آگونیست‌های α_2 آدرنرژیک
- بوپرنورفین
- بازگیری تسریع‌یافته، سریع و فوق‌سریع مواد افیونی با آنتاگونیست‌های آپئوئیدی

اثربخشی بالینی روش‌های بازگیری حمایت‌شده با شاخص‌هایی مثل میزان تکمیل درمان و پروفایل عوارض دارویی ارزیابی می‌شود. روی هم رفته تفاوت‌های برآیندهای درمان بین روش‌های معمول بازگیری (سه مورد اول) نسبتاً جزئی است و بنابراین فراهم آوردن امکان انتخاب گزینه درمان برای اکثر مراجعان منطقی به نظر می‌رسد. با توجه به کوتاه بودن دوره بازگیری با داروهای آگونیست α_2 آدرنرژیک و بوپرنورفین در شرایط مساوی استفاده از این روش‌های بازگیری بر متادون ارجحیت دارد. در مطالعات اخیر توصیه شده است



که بازگیری تسریع یافته و سریع نباید به طور معمول برای بازگیری از مواد افیونی استفاده شود؛ همین ارزیابی‌ها نشان می‌دهند نباید از روش‌های ترک فوق‌سریع همراه با بی‌هوشی عمیق در درمان وابستگی به مواد افیونی استفاده شود.

تجربه بیماران با هر یک از روش‌های درمانی بسیار متنوع است و بسیاری از بیماران دیدگاه‌های شخصی خاصی درباره روش مناسب درمان برای خود دارند. درگیر نمودن بیمار در فرآیند انتخاب گزینه درمانی، احساس خودکارآمدی او را افزایش می‌دهد و مشارکت فعال در فرآیند درمان را تشویق می‌نماید. درمان‌های بازگیری حمایت‌شده باید در چارچوب پروتکل‌های درمان اختلالات مصرف مواد وزارت بهداشت انجام پذیرد.

مواد محرک

هر چند در حال حاضر بخش اصلی درمان اختلالات مصرف مواد محرک مداخلات روانی، اجتماعی با هدف نگه داشتن مراجع در درمان است، پذیرش در خدمات بستری می‌تواند برای رسیدن به یکی از اهداف بسیار مهم زیر انجام شود:

۱. شکستن چرخه‌های سوء مصرف سنگین مواد محرک و دوره‌های crash متعاقب آن

۲. تسکین علامتی علائم بازگیری از محرک‌ها

۳. ارزیابی وضعیت طبی و روانی و درمان طبی متناسب

۴. تأمین مداخلات روان‌شناختی تخصصی برای مسلح کردن بیمار به مهارت‌های حفظ پرهیز

بنزودیازپین‌ها

بسیاری از سوء مصرف‌کنندگان ترکیبات افیونی تاریخچه مصرف بنزودیازپین‌ها را در سال پیش از مراجعه گزارش می‌کنند و تقریباً نیمی از آن‌ها



زمانی که در درمان هستند، بنزودیازپین تزریقی مصرف می‌کنند. در یک ارزیابی، شیوع مصرف بنزودیازپین‌ها در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی ۴۰٪ تخمین زده شد. ترک بنزودیازپین‌ها در صورت عدم درمان می‌تواند زمینه‌ساز سایکوز، تیرگی شعور و تشنج گردد. درمان ترک بنزودیازپین‌ها در خدمات بستری می‌تواند به صورت همزمان با بازگیری مدیریت‌شده امکان‌پذیر است، گرچه دریافت‌کنندگان خدمات ممکن است علائم شدیدتر ترک مواد افیونی را تجربه نمایند. در افرادی که تحت درمان نگهدارنده با متادون در فاز القا و تثبیت هستند، در صورت مشاهده علائم محرومیت علی‌رغم دریافت دوز کافی متادون باید بررسی از لحاظ سابقه سوء مصرف بنزودیازپین‌ها به عمل آید و در صورت وجود اقدامات درمانی مناسب انجام شود.

الکل

سندرم ترک الکل یک وضعیت طبی بالقوه تهدیدکننده حیات است، بویژه زمانی که مشکلات جسمی و روان‌پزشکی همراه وجود داشته باشد. اقلیتی از بیماران وابسته به الکل نیاز به بستری و بازگیری مدیریت‌شده طبی دارند. معیارهای بستری وابستگی به الکل عبارتند از: وابستگی شدید، تاریخچه ترک عارضه‌دار شده با دلیریوم ترمنس یا تشنج، وضعیت بد سلامت جسمی، اختلالات روان‌پزشکی یا خطر خودکشی همراه، سوء مصرف چندگانه مواد، فقدان حمایت اجتماعی و تاریخچه اقدامات قبلی ناموفق در مراکز سرپایی.

ترک الکل اگر به صورت نامناسبی مدیریت شود ممکن است با عوارض قابل توجه و مرگ همراه باشد. ۱۵٪ بیماران درمان شده برای ترک الکل ممکن است تشنج ناشی از ترک را تجربه کنند. بنزودیازپین‌ها به عنوان درمان انتخابی ترک الکل شناسایی شده‌اند. مراجعانی که سابقه دلیریوم ترمنس، ضربه به سر و نقایص شناختی دارند، ممکن است به رژیم‌های درمانی طولانی‌تر (برای مثال ۱۰ روز یا بیش‌تر) نیاز داشته باشند. در بازگیری حمایت‌شده وابستگی شدید به الکل



لازم است برای پیشگیری از سندرم کورساکف، تیامین داخل وریدی یا داخل عضلانی تجویز شود.

سوء مصرف مواد چندگانه

سوء مصرف همزمان بیش از یک نوع ماده به صورت فزاینده‌ای تبدیل به یک مشکل بالینی شایع شده است و کسانی که در جستجوی درمان هستند اغلب وابستگی به چندین ماده را گزارش می‌کنند. در یک مطالعه ملی روی دریافت‌کنندگان خدمات درمان اختلالات مواد در انگلستان بیش از دو سوم افراد مصرف سه ماده یا بیش‌تر و بیش از یک سوم سوء مصرف مکرر مواد محرک را گزارش کردند.

شایع‌ترین ترکیباتی که نیاز به مدیریت بالینی دارند مواد افیونی، بنزودیازپین‌ها، الکل و مواد محرک هستند. که معمولاً مصرف هم‌زمان دو ماده یا بیش‌تر از این مواد دیده می‌شود. بازگیری حمایت‌شده برای دو ماده یا بیش‌تر به علت خطر بالای سندرم ترک عارضه‌دار و نیاز احتمالی به ارزیابی مجدد بیمار و تنظیم رژیم‌های دارویی معمولاً به بهترین وجه در یک جایگاه بستری انجام می‌شود. در مواردی قبل از آن که فرصت ارزیابی کامل برای شناسایی ماده مشکل‌آفرین اصلی فراهم شود، لازم است درمان بازگیری حمایت‌شده برای یک ماده یا بیش‌تر حتماً در نظر گرفته شود. طول مدت اقامت بیمارانی که مصرف چندگانه مواد دارند باید متناسب با نیاز و شدت مشکل هر بیمار تعیین شود و تعیین طول مدت بستری ثابت برای درمان تمام بیماران مناسب نیست.

سایر مواد

سوء مصرف مواد روان‌گردان یک پدیده دائماً تغییر شکل یابنده است. در طول سال‌های اخیر ما شاهد تغییرات قابل توجهی در الگوی مصرف مواد از جمله مصرف مواد افیونی پرخطرتر (کِراکِ هرویین) و مواد جدید (مت‌آمفتامین)



بوده‌ایم. سوءمصرف مواد جدید و متفاوت چالشی برای خدمات درمانی است، خصوصاً زمانی که مسمومیت یا محرومیت ناشی از این مواد علائم جسمی و روان‌شناختی شدید ایجاد می‌کند. تمام مواد مورد سوءمصرف باید در ارزیابی‌های اولیه ثبت شده و برنامه درمان براساس آنها تنظیم شود.

انتخاب جایگاه درمانی

به تمام خدمت‌گیرندگانی که برای بازگیری از مواد افیونی کاندید هستند باید به طور معمول درمان در یک جایگاه سرپایی توصیه شود. استثناهای این قاعده ممکن است کسانی باشند که:

- از درمان سرپایی قبلی نفع نبرده باشند.
- به خاطر مشکلات قابل توجه سلامت جسمی و روانی همراه نیاز به پایش، مدیریت یا مراقبت پرستاری و پزشکی دارند.
- نیاز به بازگیری از مواد چندگانه دارند به‌عنوان مثال هم‌زمان وابسته به بنزودیازپین‌ها هستند.
- مشکلات اجتماعی قابل توجه دارند که منافع درمان سرپایی را محدود می‌کند.

تسریع بازگیری

- بازگیری تسریع شده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی در دوزهای پایین‌تر نباید به طور معمول برای کوتاه کردن دوره بازگیری انجام شود زیرا شدت علائم ترک و احتمال بروز عوارض را افزایش می‌دهد.
- بازگیری سریع به‌صورت معمول نباید انجام شود زیرا تجویز داروهای کمکی متعدد و سطح بالای نظارت پزشکی و پرستاری مورد نیاز است.



- بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی عمومی یا آرام‌بخشی سنگین (در حدی که نیاز به حمایت راه هوایی وجود داشته باشد) به علت احتمال عوارض جانبی جدی از جمله مرگ، نباید انجام شود.
- بازگیری تسریع شده و بازگیری سریع باید فقط برای کسانی در نظر گرفته شود که اختصاصاً این روش را درخواست می‌کنند، به روشنی خطرات همراه با آن را درک می‌کنند و می‌توانند دریافت داروهای کمکی متعدد را تحمل کنند. در این شرایط درمان‌گران باید در طول بازگیری اطمینان حاصل نمایند که:
 - ◀ خدمت‌گیرنده می‌تواند به تحریک کلامی پاسخ دهد و نیازی به مراقبت از راه هوایی وجود ندارد.
 - ◀ نظارت پزشکی و پرستاری کافی برای پایش منظم سطح آرام‌بخشی و علائم حیاتی بیمار در دسترس است.
 - ◀ کارکنان در صورت لزوم از توانایی و مهارت تأمین مراقبت از راه هوایی برخوردارند.



سایر فعالیت‌های مهم مداخلات روان‌شناختی

پس‌زمینه

ارزیابی دی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد در خدمات بستری نظام ملی سلامت انگلستان درمان روان‌شناختی به طور میانگین ۱۸ ساعت در هفته عرضه می‌شود که غالباً در قالب گروهی ارائه می‌گردد. شایع‌ترین خدمات روان‌شناختی تأمین‌شده در جایگاه‌های بستری رفتاردرمانی‌شناختی پیشگیری از عود (۸۲٪)، تقویت انگیزه (۵۰٪) و روان‌درمانی‌شناختی (۴۳٪) است. مشکل اولیه بیش‌تر کسانی که در واحدهای بستری پذیرش شدند سوءمصرف مواد افیونی (۳۵٪)، سوءمصرف مواد چندگانه (۱۲٪) و سوءمصرف الکل و مواد (۱۰٪) و فقط ۳٪ پذیرش‌شدگان مشکل سوءمصرف مواد محرک داشتند.

هیچ مطالعه‌ای که اختصاصاً کارآمدی مداخلات روانی، اجتماعی اضافه شده به درمان‌های بستری را با گروه کنترل مقایسه کرده باشد انجام نشده است. گر چه در مطالعه ملی برآیندهای درمان در انگلستان ۸ واحد بستری نظام ملی سلامت بررسی شده است، بنابراین نتیجه‌گیری اختصاصی درباره کارآمدی درمان بستری ممکن نیست. اضافه شدن درمان‌های روان‌شناختی به درمان معمول سوءمصرف‌کنندگان مواد منجر به بهبود نتایج درمانی می‌شود. راهبردهای مبتنی بر مدل‌های روان‌شناختی اعتیاد در تمام مراحل مسیر درمان شامل درگیر نمودن^۱، ارزیابی، نگهداری^۲، بازگیری حمایت‌شده و پیشگیری از عود نقش مهمی ایفا می‌کند. به منظور دستیابی به حداکثر اثربخشی خدمات بستری باید مداخلات روان‌شناختی را در تمام جنبه‌های کار ادغام نمود.

1. Engaging
2. Maintenance



اثربخشی مجموعه‌ای از مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات مصرف مواد نشان داده شده است که شامل موارد زیر است:

- درمان تقویت انگیزه^۱
- درمان شناختی، رفتاری
- آموزش مهارت‌های مقابله^۲
- پیشگیری از عود
- مدیریت مشروط^۳
- مداخله درمانی کوتاه^۴
- مشاوره داوطلبانه و آزمایش
- آموزش‌های کاهش رفتارهای پرخطر سوء مصرف مواد و رفتار جنسی
- زوج‌درمانی/خانواده درمانی
- رفتار اجتماعی و شبکه‌درمانی^۵
- گروه‌های خودیاری

مدل‌های درمان روان‌شناختی

با استفاده از مدل‌های درمان روان‌شناختی اجرای تمام نقش‌های کلیدی یک مرکز بستری را می‌توان تسهیل نمود:

ارزیابی

سبک‌های ارزیابی فعال مثل مصاحبه انگیزشی^۶ از یک طرف انگیزه افراد را برای درمان ارتقا می‌دهد و از طرف دیگر جمع‌آوری اطلاعات لازم برای

-
1. Motivational enhancement therapy
 2. Coping skills training
 3. Contingency management
 4. Brief intervention
 5. Social behavior and network therapy
 6. Motivational interviewing



برنامه‌ریزی مراقبت را امکان‌پذیر می‌کند. تحلیل کارکردی مشکلات و تعیین اهداف درمانی بخش کلیدی تدوین برنامه درمان را شکل می‌دهد. ارزیابی شناختی می‌تواند در شناسایی ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات تکاملی ثانویه به سوءمصرف مواد و در ارزیابی عوامل روان‌شناختی تداوم‌دهنده آن بسیار کمک‌کننده باشد. آزمون‌های روان‌سنجی استاندارد می‌تواند یک بخش مهم از فرآیند پایش درمان و ارزیابی برآیندها محسوب گردد.

تثبیت و بازگیری حمایت‌شده

با مداخلات روان‌شناختی و روانی، اجتماعی می‌توان به ایجاد انگیزه برای رسیدن به یک هدف و تدوین برنامه‌های مدیریت عود کمک کرد. از درمان‌های روان‌شناختی می‌توان برای درمان مشکلات زمینه‌ای که منجر به تداوم سوءمصرف مواد می‌شود بهره برد.

توصیه‌هایی برای مداخلات روان‌شناختی استاندارد

همان طیف مداخلات روانی، اجتماعی که در جایگاه‌های سرپایی در دسترس است باید در جایگاه‌های بستری در دسترس باشد. این مداخلات به‌صورت طبیعی شامل شناخت‌درمانی رفتاری، مدیریت مشروط، مداخله درمانی کوتاه، مصاحبه انگیزشی، خانواده درمانی و آموزش خانواده می‌شود. به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی خدمات بستری باید شرکت در گروه‌های خودیاری را تشویق و تسهیل گردد. مداخلات روان‌شناختی باید برای هر مراجع به‌صورت انفرادی متناسب شود. شرکت در گروه مؤثر است و می‌تواند فوایدی از نظر حمایت گروه هم‌سان در برداشته باشد اما درمان‌های گروهی برای همه افراد مناسب نیست.

در تأمین مداخلات روان‌شناختی ملاحظات زیر باید در نظر گرفته شوند:

- کارکنان: شمار کافی از کارکنان صاحب صلاحیت در زمینه درمان‌های روان‌شناختی سوءمصرف مواد برای تدوین برنامه مراقبت و عرضه آن مورد نیاز است.



- نظارت: بر کار کارکنان باید نظارت مستمر وجود داشته باشد تا از پیروی آن‌ها از رویکرد درمانی اطمینان حاصل گردد.
- آموزش: کارکنان باید از مهارت‌های لازم برای برنامه‌ریزی و ارائه مداخلات روان‌شناختی درمان سوءمصرف مواد برخوردار باشند.
- محیط: برای ارایه مداخلات روان‌شناختی اتاق‌های ساکت، با اندازه مناسب مورد نیاز است.
- ارزشیابی: تاثیر و کارآمدی مداخلات روان‌درمانی در دستیابی به اهداف تعیین شده باید به‌صورت منظم ارزیابی و نتایج ارزیابی‌ها مستند گردد.

سایر مداخلات روانی، اجتماعی

پس‌زمینه

در ارائه یک بسته جامع خدمات باید رویکردهای طبی و روان‌شناختی با حمایت‌های اجتماعی و مداخلات شغلی تکمیل گردد. سوءمصرف مواد بخش عمده‌ای از زمان افراد را به خود اختصاص می‌دهد. ممکن است سوءمصرف مواد منجر به کاهش فعالیت‌های فرد در حوزه‌هایی نظیر اشتغال و تفریح شود. علاوه بر این می‌تواند به کاهش تماس‌های اجتماعی فرد با کسانی که مصرف‌کننده مواد نیستند، بینجامد. همچنین محتمل است که سوءمصرف مواد به عنوان راهی برای مقابله با اضطراب یا سایر دشواری‌ها در روابط اجتماعی شروع شده باشد، یا این‌که استفاده از مواد زمانی شروع شده باشد که هنوز فرد مهارت‌های عملی مثل مدیریت مالی، خرید یا سایر مهارت‌های زندگی روزمره را به‌دست نیاورده است. بیمارانی که نیاز به درمان در خدمات بستری پیدا می‌کنند اغلب احتمال دارد از نظر اسکان، شغل و روابط نیز مشکلاتی داشته باشند. اقدامات برنامه‌ریزی شده در خدمات بستری می‌تواند راهی بسیار خوب در ارزیابی این نقایص و



تدوین برنامه مداخله مؤثر باشد. علاوه بر این بی‌حوصلگی یک عامل خطر اصلی برای عود است به همین دلیل این موضوع باید در زمان اقامت فرد در خدمات بستری مورد توجه قرار گیرد. فراهم کردن امکان فعالیت‌های روانی و جسمی نه تنها توجه فرد را از علائم ناراحت‌کننده مرتبط با بیماری منحرف می‌کند بلکه همچنین می‌تواند راهی برای آموزش مهارت‌های جدید باشد.

توصیه‌هایی برای فعالیت‌های روانی، اجتماعی استاندارد

- برای تدوین یک بسته جامع مراقبت لازم است به نیازهای مراجعان در حوزه‌های آموزش، اسکان و اشتغال توجه شود. در خدمات بستری باید دسترسی به افراد خیره در این حوزه‌ها (شامل مددکاران اجتماعی و کاردرمان‌گرها^۱) امکان‌پذیر باشد تا ارزیابی و توصیه‌های لازم برای اقدام را تأمین کنند.
- مرکز بستری باید واجد فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده اجتماعی و تفریحی باشد. این برنامه‌ها باید به طریقی سازمان‌دهی شوند که از دوره‌های طولانی مدت سکون و بی‌حوصلگی پیشگیری نماید و به ایجاد مهارت‌های اجتماعی مثبت کمک شود.
- یک نفر کاردرمان‌گر یا هماهنگ‌کننده فعالیت‌های کاردرمانی باید برای برنامه‌ریزی موارد بالا به کار گرفته شود تا فشار کاری کارکنان ارایه‌دهنده مداخلات طبی و روان‌شناختی کاهش یابد.
- فعالیت‌های ورزشی همچنین باید در نظر گرفته شود. از طریق دسترسی به سالن ورزشی به صورت تحت نظارت می‌توان تنش‌ها را تخفیف داد. فعالیت‌های ورزشی برای سلامت جسمی نیز سودمندند.



کاهش آسیب

پس زمینه

از طریق درمان در جایگاه‌های بستری امکان تماس ۲۴ ساعته با مراجعان فراهم می‌آید که فرصت بسیار باارزشی برای ارائه مجموعه‌ای از مداخلات کاهش آسیب است. علاوه بر غربالگری‌های توضیح داده شده در بالا باید به نکات زیر نیز توجه نماییم:

- آزمایش برای HIV، هپاتیت B و C
- واکسیناسیون هپاتیت B
- آموزش پیشگیری از بیش مصرف^۱
- توصیه به سبک زندگی سالم و ترک سیگار
- دسترسی به خدمات دندان پزشکی

توصیه‌هایی برای مداخلات کاهش آسیب استاندارد

آزمایش ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون و واکسیناسیون هپاتیت B

آزمایش اچ‌آی‌وی، هپاتیت C و B باید برای تمام بیمارانی که سابقه رفتارهای پرخطر دارند در نظر گرفته شود. معنادان تزریقی در برنامه واکسیناسیون کشوری جزء گروه‌های پرخطر برای ابتلا به هپاتیت B شناخته شده‌اند و واکسیناسیون هپاتیت B باید برای این گروه از بیماران انجام شود. این مداخلات در حال حاضر در خدمات درمان اعتیاد ارایه نمی‌شود و منجر به از دست رفتن فرصت با ارزشی برای بهبود سلامت فرد و جامعه می‌شود.

ارزیابی تمام بیماران از نظر رفتارهای پرخطر ضروری است و برای تمام بیماران در معرض خطر باید در زمان اقامت در مرکز/بخش بستری آزمایش

1. Overdose



هپاتیت B، C، HIV و واکسیناسیون هپاتیت B انجام شود. انجام آزمایش ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون باید داوطلبانه و با رضایت شخصی مراجع انجام شود. نتیجه آزمایش‌های ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون (مثبت یا منفی) باید به اطلاع بیمار رسانده شده و متناسب با نتیجه آزمایش مشاوره بعد از آزمایش برای او تأمین شود. خدمات آزمایشگاهی در مراکز بستری می‌تواند توسط خود مرکز یا یک آزمایشگاه تشخیص طبی طرف قرارداد با خدمات بستری انجام شود. در صورتی که بیمار مبتلا به هپاتیت C یا B باشد، مشاوره با متخصص عفونی، داخلی یا فوق‌تخصص گوارش برای درمان بهینه مشکلات کبدی وی ممکن است لازم باشد.

آموزش پیشگیری از بیش‌مصرف

مراجعاتی که در جایگاه‌های بستری یا اقامتی با روش بازگیری حمایت‌شده تحت درمان قرار می‌گیرند، پس از خروج از برنامه اغلب خیلی زود دچار لغزش می‌شوند. لغزش اولیه لزوماً به عود کامل و مصرف روزانه منتهی نمی‌شود، اما به علت کاهش یا از بین رفتن تحمل به مواد افیونی متعاقب بازگیری حمایت‌شده، لغزش فرد را در معرض خطر بالای بیش‌مصرف (اُوردوز) قرار می‌دهد.

بیش‌مصرف همچنان یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در سوءمصرف‌کنندگان مواد است و افزایش میزان بیش‌مصرف گشوده در میان کسانی که اخیراً مصرف مواد افیونی را قطع کرده‌اند گزارش شده است. کارکنان خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد باید از خطرات بالقوه بیش‌مصرف در مراجعاتی که به‌صورت موفقیت‌آمیزی مواد افیونی را ترک کرده و تحمل خود را به اثرات این مواد از دست داده‌اند آگاه باشند.

بسیاری از مرگ‌های ناشی از بیش‌مصرف با افزایش آگاهی درباره آن و تأمین چند دوز منزل نالوکسان تزریقی قابل پیش‌گیری است. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی تمایل زیادی دارند در زمینه مداخلات



اورژانسی آموزش بگیرند. در برخی کشورها مراکز درمان سوءمصرف مواد به مراجعان یا خانواده‌های آن‌ها چندین دوز نالوکسان تزریقی تحویل داده و نحوه استفاده از آن را آموزش می‌دهند تا از مرگ فرد زمانی که منتظر رسیدن اورژانس هستند، پیشگیری نمایند.

- باید به تمام مراجعان که در خدمات بستری به روش بازگیری حمایت‌شده درمان می‌شوند درباره بیش‌مصرف، موقعیت‌های پرخطر، تشخیص بیش‌مصرف مواد افیونی و اجرای تکنیک‌های حمایت‌های پایه آموزش داده شود.
- در صورتی که برای پیشگیری از بیش‌مصرف مواد افیونی تحویل نالوکسان به بیمار یا خانواده او در نظر گرفته شده باشد، باید آموزش‌های لازم درباره نحوه استفاده از آن تأمین گردد.

توصیه به سبک زندگی سالم و ترک سیگار

ترویج سبک زندگی سالم بخش مهمی از فعالیتهای خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد است. به این منظور لازم است با مراجع درباره عادات زندگی روزانه و انگیزه و میل‌اش برای تغییر صحبت کنیم. ارائه آموزش‌هایی درباره انتخاب سبک زندگی سالم در زمینه تغذیه، فعالیت بدنی روزانه و نحوه بکارگیری این توصیه‌ها لازم است. سیگارکشیدن شایع‌ترین علت منفرد بیماری و مرگ قابل پیش‌گیری است. راهبردهای مؤثر ترک آن اکنون در دسترس است و باید به تمام سیگاری‌ها ارائه شود.

دسترسی به خدمات دندان‌پزشکی

مشکلات دندان‌پزشکی در میان جمعیت سوءمصرف‌کننده مواد شایع است، بنابراین ارزیابی مشکلات دهان و دندان و ارجاع مواردی که نیاز به مراقبت دارند می‌تواند یک مداخله درمانی بسیار مفید باشد.



پیشگیری از عود

پس زمینه

اصول کلی پیشگیری از عود در بخش‌های قبل مورد توجه قرار گرفته، اما به دلیل اهمیت بالای پیشگیری از عود در خدمات درمان بستری به صورت جداگانه در این بخش به آن پرداخته شده است. مراجعانی که تحت درمان بازگیری حمایت‌شده قرار می‌گیرند در معرض خطر بالای عود پس از ترخیص از جایگاه درمان بستری هستند. انتظار نمی‌رود فرآیند بازگیری حمایت‌شده به تنهایی بتواند تغییرات روان‌شناختی و رفتاری لازم برای پرهیز طولانی‌مدت را ایجاد نماید.

توصیه‌هایی برای پیشگیری از عود استاندارد

- نالترکسون می‌تواند برای برخی استفاده‌کنندگان از خدمات مفید باشد
 - بویژه اگر
 - ◀ انگیزه شخصی بالایی برای استفاده از این دارو داشته باشند
 - ◀ خانواده حمایت‌گر داشته باشند
 - ◀ شاغل باشند و
 - ◀ تاریخچه کوتاه مدت سوءمصرف مواد را ذکر کنند
- در مداخلات پیشگیری از عود از راهبردهای گوناگون شناختی و رفتاری برای شناسایی موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش خطر عود استفاده می‌شود.
- برنامه‌ریزی ترخیص به منظور تداوم درمان سرپایی برای دریافت مداخلات شناختی، رفتاری متمرکز بر پیشگیری از عود اهمیت بالایی دارد.



- بخشی از برنامه مراقبت درمان پس از ترخیص می‌تواند شرکت در جلسات گروه‌های خودیاری مثل معتادان گمنام باشد. جایگاه‌های خدمات بستری به منظور تسهیل رابطه مراجعان با گروه‌های خودیاری می‌توانند تسهیلات لازم برای برگزاری جلسات این گروه‌ها را در محل مرکز بستری فراهم نمایند.



جنبه‌های اجرایی

چه زمانی بیماران باید بستری شوند؟

پرسش در مورد جایگاه درمان بستری در درمان اختلالات مصرف مواد مثل پرسش درباره استفاده از درمان بستری برای سایر بیماری‌های مزمن نظیر دیابت و آسم است. تمام این بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن، عودکننده و مادام‌العمر هستند که درمان بستری ممکن است به دلیل عوارض خاص یا حمایت از درمان سرپایی طولانی‌مدت برای‌شان لازم باشد. فهرست‌های مختلفی به‌عنوان اندیکاسیون‌ها در درمان بستری تا کنون منتشر شده است. ملاک‌های قراردادی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا (می‌لی و همکاران ۲۰۰۱) یکی از پرکاربردترین این موارد در کشور آمریکا است. همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، این ملاک‌ها بر اساس یک ارزیابی چندبعدی، سطح مراقبت بهینه برای درمان بیمار را



مشخص می‌کنند. ارزیابی توصیه شده توسط ملاک‌های قراردادی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا دارای ۶ جنبه یا بعد مختلف است (جدول ۴).

جدول ۴: ابعاد شش‌گانه ارزیابی توصیه شده توسط ملاک‌های قراردادی بیمار انجمن طب اعتیاد آمریکا

ابعاد	تمرکز ارزیابی و برنامه ریزی درمان
پتانسیل مسمومیت حاد یا مسمومیت	از نظر درمان مسمومیت یا محرومیت بیمار را ارزیابی کنید. در یکی از سطوح مختلف مراقبت بیمار را بازگیری و او را برای خدمات پیگیری آماده سازید.
بیماری‌ها و عوارض جسمی	بیماری‌ها و عوارض جسمی همراه را ارزیابی و درمان کنید. درمان در همان سطح مراقبت یا از طریق هماهنگی با مراکز درمانی دیگر تأمین می‌شود.
مشکلات و عوارض هیجانی، رفتاری و شناختی	مشکلات یا عوارض روانی همراه را ارزیابی و درمان کنید. درمان در همان سطح مراقبت یا از طریق هماهنگی با مراکز درمانی دیگر تأمین می‌شود.
آمادگی برای تغییر	میزان آمادگی برای تغییر را ارزیابی کنید. اگر فرد به بهبودی تعهد کامل آماده نداشته باشد، او را با استفاده از راهبردهای تقویت انگیزه در درمان درگیر کنید. اگر برای بهبودی آماده است اقدامات لازم برای درمان را شروع کنید.
پتانسیل عود، تداوم مصرف یا تداوم مشکل	آمادگی برای ورود به خدمات پیشگیری از عود را ارزیابی و در صورت نیاز در این زمینه آموزش دهید. اگر بیمار هنوز در مراحل اولیه چرخه تغییر است، بر افزایش آگاهی از پیامدهای تداوم مصرف به‌عنوان بخشی از راهبردهای تقویت انگیزه متمرکز شوید.
محیط بهبودی	نیاز برای خدمات اختصاصی، فردی یا خانوادگی، نیاز به اسکان و خدمات مالی، شغلی، آموزشی، قانونی، حمل و نقل، مراقبت از کودک را ارزیابی کنید

بعد از انجام این ارزیابی درمان‌گر باید نهایتاً دو موضوع مهم را برای تصمیم‌گیری درباره بستری بیمار لحاظ نماید:

۱. احتمال آن که بیمار برای خود یا دیگران خطرناک باشد، چقدر است؟

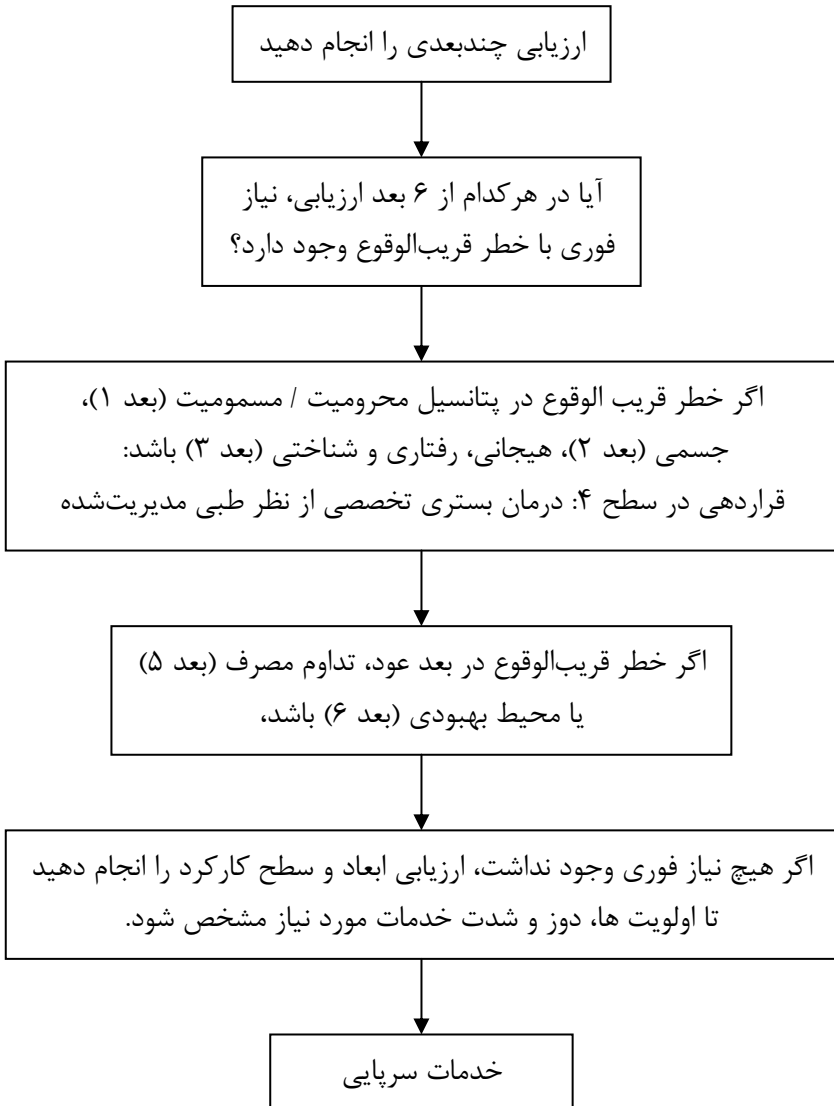


۲. احتمال آن که بیمار در یک محیط کم‌تر محدود‌کننده در درمان موفق شود چقدر است؟

شکل صفحه بعد نحوه استفاده از ارزیابی چندبعدی را برای قراردعی بیمار در سطح مراقبت بستری نشان می‌دهد (شکل ۱).

یکی از کارکردهای درمان بستری محافظت از بیمار یا دیگران در یک دوره زمانی خطر حاد است، تصمیم‌گیری درباره زمان بستری در بیماران در معرض خطر مزمن و راجعه دشوارتر است.

یک جایگاه بستری همچنین می‌تواند تامین‌کننده ایمنی در طول دوره بازگیری باشد. این موضوع به طور خاص در بازگیری از الکل یا داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش مهم است، زیرا محرومیت از این مواد می‌تواند عوارض طبی جدی مثل تشنج، دلیریوم یا مرگ داشته باشد. چندین مطالعه نشان داده است که بازگیری از الکل را می‌توان به صورت ایمن و مؤثر برای بیماران به دقت انتخاب شده در جایگاه‌های سرپایی منتخب انجام داد. به عبارت دیگر درمان بستری وابستگی به الکل به درمان سرپایی ارجحیت ندارد، اما به علت کیفیت نسبتاً پایین این مطالعات باید در تعمیم نتایج آن احتیاط نمود. در یک مطالعه کلاسیک، نشان داده شد یک جلسه «پند و اندرز» سرپایی به اندازه درمان بستری در بازگیری از الکل مؤثر است. گرچه، تحلیل بعدی نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که بیماران مبتلا به وابستگی شدیدتر به الکل بهتر از بیماران سرپایی به درمان بستری پاسخ داده‌اند (ویس و همکاران ۲۰۰۹). بازگیری بستری از الکل همچنان به دلیل عوارض بالقوه جدی محرومیت از آن اندیکاسیون دارد. برای مثال برخی بیمارانی که بازگیری از الکل سرپایی را تجربه می‌کنند، ممکن است به صورت هم‌زمان مواد دیگری همچون محرک‌ها را استفاده کنند که آستانه تشنج را پایین می‌آورد.



شکل ۱: تطبیق بیماران با سطح مراقبت بستری



بازگیری از دوزهای درمانی داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور مثل بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها معمولاً به صورت سرپایی انجام می‌شود، اما لازم است وابستگی به دوزهای بالای این داروها یا وابستگی هم‌زمان به الکل در جایگاه‌های بستری انجام می‌شود.

گرچه محرومیت از مواد افیونی عموماً از نظر پزشکی کم خطرتر از محرومیت از الکل و داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور است، احساس ناراحتی شدید تجربه‌شده با محرومیت از مواد افیونی منجر به عودهای مکرر می‌شود و می‌تواند اثربخشی درمان سرپایی را کاهش دهد. به همین دلیل ممکن است بیمارانی را که قادر نیستند به صورت سرپایی مواد افیونی را ترک کنند، برای تکمیل فرآیند ترک در بخش بستری نمود.

رژیم‌های بازگیری پیچیده مثل بازگیری از چند ماده به دلیل نیاز به ارزیابی و تصحیح مکرر برنامه درمان باید عموماً در بیمارستان انجام شود. بیماران مبتلا به کژکارکردی قابل توجه اعضا (مثلاً قلب، مغز، کبد) عموماً باید در بیمارستان بازگیری شوند.

هر چند در گذشته درمان بستری به عنوان شروع‌کننده برنامه درمان توصیه می‌شد، در حال حاضر به بیمارانی درمان بستری توصیه می‌شود که در معرض خطر قریب‌الوقوع بوده یا در درمان سرپایی یا مراقبت روزانه شکست خورده باشند. برای بیمارانی که نیاز دارند در طول دوره بازتوانی در محیط ساختاریافته و ایمن باشند، برنامه‌های درمان اقامتی می‌تواند متناسب باشد، اما در بیمارانی که برای خود یا دیگران خطرناک هستند، نیاز به نظارت پزشکی شدید برای دستیابی به بازگیری دارند یا در طول دوره بازگیری به درمان روان‌پزشکی نیاز دارند درمان بستری در بیمارستان با مدیریت طبی ضرورت خواهد داشت.

پژوهش‌های اخیرتر نشان داده‌اند که بستری بیمارستانی می‌تواند برای زیرگروه‌هایی از بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد بر درمان سرپایی ارجح باشد. این مطالعات اغلب گزارش داده‌های طولی درمان بیمارانی وابسته به مواد



در جایگاه‌های درمانی مختلف از پایگاه‌های داده‌های درمان اعتیاد است. به‌صورت خلاصه نتایج این مطالعات نشان می‌دهد بیمارانی که در ۳۰ روز قبل از شروع درمان سابقه اقدام به خودکشی داشتند، در شروع درمان افکار خودکشی داشتند یا از نظر مصرف مواد، وضعیت روان‌شناختی و انسجام اجتماعی مشکلات شدیدتری داشتند، نتایج درمانی بهتری از نظر تکمیل دوره درمان و حفظ پرهیز در درمان بستری در مقایسه با درمان سرپایی نشان دادند. هیچ‌یک از این مطالعات تفاوتی از نظر نتیجه درمان بستری و سرپایی در بیمارانی که مشکلات پایه خفیف‌تری داشتند نیافتند (ویس و همکاران ۲۰۰۹).



ارتباط با سایر بخش‌های نظام سلامت

آماده‌سازی برای پذیرش

مقدمه

نظر ارایه‌کنندگان و بهره‌گیرندگان از خدمات درمان سوءمصرف مواد این است که محیط بستری می‌تواند در تسهیل ارائه برخی اجزاء یک برنامه جامع مراقبت نقش مهمی داشته باشد. گرچه به منظور بهره‌مندی بهینه از این خدمات و وارد کردن آن در مسیرهای مراقبت و درمان به‌صورت کامل لازم است به فرآیند پیش از پذیرش توجه بیش‌تری شود. باید برای ایجاد هماهنگی میان سطوح مختلف خدمات درمان اعتیاد و فلسفه‌های مختلف درمانی تلاش شود. در غیاب این هماهنگی‌ها و نظام بیمه‌ای برای حمایت از تطبیق نوع و سطح ارایه خدمات درمانی، تعیین معیارهای ورود به خدمات بستری فاقد ضمانت اجرایی خواهد بود.

در حال حاضر تقریباً تمام فعالیت‌های خدمات بستری درمان اعتیاد بر بازگیری بیماران متمرکز است. بسیاری از بیمارانی که در خدمات بستری درمان می‌شوند آمادگی لازم برای ورود به درمان‌های پرهیزمدار را ندارند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد کسانی که پس از ترخیص از درمان بازگیری بستری در تماس منظم با یک مشاور هستند و برای درمان پرهیزمدار پس از خروج از بیمارستان/مرکز بستری برنامه‌ریزی کرده‌اند با احتمال بالاتری در درمان موفق خواهند شد، در حالی که استفاده‌کنندگان از خدمات با وابستگی بسیار شدیدتر ممکن است کم‌تر موفق باشند. وابستگی چنددارویی نیز احتمال بازگیری موفق را کاهش می‌دهد.

آماده‌سازی برای پذیرش: توصیه‌هایی برای خدمات استاندارد

ملاحظات کلیدی در فرآیند پیش از پذیرش به شرح زیر است:



- باید درباره خدمات و فرآیندهای درمانی تأمین‌شده در جایگاه بستری اطلاعات کافی در اختیار تمام خدمت‌گیرندگان بالقوه قرار داده شود. در این مرحله باید قوانین و مقررات درمان بستری شامل ممنوعیت سوء مصرف مواد، مقررات تردد، ملاقات و پیامدهای تخطی از آن به خدمت‌گیرندگان آموزش داده شود. مطلوب است این اطلاعات به صورت مکتوب، در قالب یک بروشور، کتابچه یا... در اختیار مراجعان قرار گیرد.
- در صورتی که مراجع از یک مرکز درمانی دیگر ارجاع شده باشد مشورت با مرکز ارجاع‌دهنده برای تعیین اهداف درمان بستری و زمان تقریبی اقامت مفید خواهد بود. در این فرآیند فرد خدمت‌گیرنده و خانواده او باید تا جایی که امکان دارد مشارکت داده شوند.
- قبل از پذیرش باید یک ارزیابی اولیه توسط کارکنان مرکز/بخش بستری صورت پذیرد. این کار برای تعیین سطح مناسب خدمات درمانی لازم است و کمک می‌کند هدف از درمان بستری احتمالی به‌عنوان بخشی از یک برنامه مراقبت جامع مشخص شود. انجام معاینه جسمی، آزمایش خون و سایر اقدامات ضروری پیش از پذیرش، امکان تصمیم‌گیری برای خدمات مناسب را فراهم می‌سازد.
- مدت اقامت در مراکز بستری صرفاً باید به عنوان بخشی از یک برنامه مراقبت کلی دیده شود. بلافاصله پس از پذیرش بیمار باید هماهنگی‌های لازم جهت قرار دادن وی در یک برنامه درمانی پس از ترخیص آغاز شود و بیمار به محض اتمام دوره بستری برنامه درمان خود را در یک سطح درمانی دیگر ادامه دهد. بیمارانی که دوره بازگیری حمایت‌شده را در یک مرکز/بخش بستری تکمیل می‌کنند، ممکن است از تداوم درمان در مراکز بازتوانی اقامتی نفع ببرند.



- بازدید از محیط بخش پیش از پذیرش و ملاقات با کارکنان مرکز/بیمارستان اضطراب مراجع را کاهش داده و احتمال درگیر شدن در درمان را افزایش می‌دهد.
- آموزش و مشاوره پیش از پذیرش در بهینه نمودن منافع بالقوه فرآیند پذیرش اهمیت اساسی دارد.

پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

- پس از پذیرش در بخش ارزیابی جامع بیمار در حوزه‌های سابقه سوءمصرف مواد، سابقه درمان‌های قبلی، رفتارهای پرخطر، بیماری‌های طبی و روانی همراه، و وضعیت حمایت‌های اجتماعی بیمار توسط کارشناس روان‌شناسی آموزش‌دیده انجام می‌گیرد.
- پزشک آموزش‌دیده مرکز ارزیابی‌ها را بررسی و شرح حال بیمار را تکمیل و نتایج معاینات بالینی و موارد زیر را در پرونده خدمت‌گیرنده ثبت می‌نماید:
 - ◀ ساعت و تاریخ انجام ویزیت
 - ◀ کلیه نتایج حاصل از اخذ شرح حال عمومی و معاینه بالینی بیمار
 - ◀ کلیه دستورات درمانی، مراقبتی و بررسی‌ها و آزمایش‌های لازم
 - ◀ توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج
- در کلیه مراحل مراقبتی بیمار، یک نفر به عنوان پزشک مسؤل بیمار مشخص شده و کلیه مشاوره‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های لازم با اطلاع و هماهنگی وی انجام می‌پذیرد.



- روان‌پزشک مرکز بیمار را ویزیت نموده و وضعیت فعلی و نیاز به مداخلات تخصصی روان‌پزشکی بیش‌تر را در پرونده مراجع مستند می‌نماید.
- هنگام پذیرش، نیازهای خدمت‌گیرندگان به خدمات مددکاری اجتماعی و توانبخشی توسط کارشناس مددکاری و کارشناس کاردرمان‌گری مشخص می‌شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.
- یک نفر پرستار با مدرک کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:
 - ◀ شکایت فعلی بیمار و علت بستری شدن
 - ◀ ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
 - ◀ ارزیابی پرستاری شامل: نتایج حاصل از ارزیابی سلامت جسمی و روانی بیمار هنگام پذیرش
 - ◀ برنامه درمانی و کلیه بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک و روان‌پزشک معالج
 - ◀ توضیحات و آموزش‌های پریتار به بیمار و همراهان وی
- در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد زیر رعایت می‌شوند:
 - ◀ تمام اطلاعات با خودکار، خودنویس یا روان‌نویس نوشته می‌شوند.
 - ◀ تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
 - ◀ نام، نام‌خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده وی ثبت می‌شوند.
 - ◀ زمان و تاریخ ثبت هریک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.



- ◀ در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضاء و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- ◀ هیچ فضای خالی بین سطر پایانی نوشته‌ها و امضای انتهای آن وجود ندارد.
- ◀ در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران هیچ‌گونه وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- ◀ در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و سپس امضاء، مهر و سمت فرد همان جا ثبت می‌شود.
- ◀ مستندات مربوط به سیر ارزیابی، مراقبت و درمان بیمار و نتایج و گزارش‌های مربوط به آزمایش‌ها و... با رعایت توالی زمانی در پرونده بیمار ثبت و نگهداری می‌شود.

فرآیندهای مراقبت

- پزشک، روان‌پزشک، پرستار، روان‌شناس و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار با پزشک مسئول او همکاری می‌کنند، به منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.
- برنامه مراقبت به صورت مشترک توسط خدمت‌گیرنده و تیم چندرشته‌ای درمان تدوین می‌شود. کلیه خدمات و ارزیابی‌های دارویی و غیردارویی انجام‌شده در پرونده خدمت‌گیرنده ثبت می‌شود.
- کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده وی ثبت می‌نمایند:



- ◀ پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
- ◀ ثبت گزارش‌های سیر درمان توسط پرستار، حداقل یک بار در هر شیفت
- ◀ ثبت علائم حیاتی و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار توسط پرستار
- ◀ ثبت روزانه وضعیت بیمار (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر)، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ◀ ثبت روزانه تفاوت میان برنامه‌های مراقبتی ثبت‌شده با اقدامات صورت گرفته توسط پرستار
- ◀ نمونه‌گیری آزمایش‌های مواد توسط کاردان آزمایشگاه، پرستار یا روان‌شناس انجام و نتیجه آن در پرونده بیمار ثبت می‌شود.
- اقدامات مراقبتی براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شود.
- برنامه‌ریزی ترخیص به‌صورت مشترک توسط خدمت‌گیرنده و تیم چندرشته‌ای صاحب صلاحیت تدوین می‌شود.
- در زمان ترخیص برگه ترخیص به‌صورت خوانا کامل و مطابق با خط مشی‌ها و روش‌های مرکز تکمیل شده و نسخه‌ای از آن به بیمار تحویل می‌گردد.
- در زمان ترخیص یکی از پرستاران آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌کند.



- در زمان ترخیص پزشک مسئول بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار (در صورتی که شرایط بیمار اجازه دهد) و همراهان وی ارائه نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به اطلاع وی (در صورتی که شرایطش اجازه دهد) و همراهانش رسانده شود.

پیوند خدمات بستری با مراقبت‌های پس از ترخیص

مقدمه

دومین مانع بالقوه برای استفاده بهینه از درمان بستری کمبود پیوندهای کافی با درمان پس از ترخیص است. در صورتی که افراد بلافاصله پس از ترخیص مورد پیگیری قرار نگیرند این خطر وجود دارد که هزینه صرف شده برای ارزیابی‌ها و مراقبت‌های درمانی انجام شده در مرکز / بخش بستری از دست برود. ارائه خدمات پس از ترخیص گاهی نیاز به مداخله سازمان‌های مختلف و برنامه‌ریزی قبلی دقیق دارد. سیستم باید انعطاف‌پذیر باشد زیرا نیازهای استفاده‌کننده خدمات با پیشرفت در مسیر درمان تغییر می‌کند.

ارزیابی و تثبیت

براساس تعریف هدف از ارزیابی پاسخ به سوالاتی درباره مشکلات و نیازهای مصرف‌کننده خدمات است. جمع‌آوری داده‌ها درباره مشکلات و نیازهای درمانی به ما کمک می‌کند تا برای هر یک از بیماران یک برنامه انفرادی شده درمان طراحی نماییم.



بازگیری حمایت‌شده

بازگیری حمایت‌شده به تنهایی ندرتاً در طولانی مدت به عنوان یک درمان استاندارد برای وابستگی به مواد افیونی مؤثر واقع می‌شود. نتایج بهتر درمانی در میان آن دسته از مراجعان دیده می‌شود که پس از تکمیل دوره بازگیری خدمات روان‌درمانی سرپایی یا بازتوانی اقامتی گذرانده‌اند. علاوه بر این در طول مدت پیگیری هیچ تفاوت معنی‌داری میان کسانی که دوره بازگیری حمایت‌شده (سم‌زدایی) را کامل نکردند و کسانی که کامل کردند اما مراقبت پس از ترخیص نداشتند در بیش‌تر اندازه‌گیری‌ها دیده نشد.

پیوند خدمات بستری با مراقبت پس از ترخیص: توصیه‌هایی برای خدمات استاندارد

- بسته مراقبت پس از ترخیص باید برای پاسخ به نیازهای مراقبت برنامه‌ریزی شده متناسب با خصوصیات فردی بیماران در دسترس باشد. برحسب نوع خدمات ارائه شده در دوره بستری تداوم مراقبت باید رویکردهای پرهیزگرا و غیرپرهیزگرا را شامل گردد.
- مراکز ارجاع‌دهنده بیماران باید قبل و بعد از دوره بستری در تأمین مراقبت‌های لازم به صورت فعال درگیر باشند. علاوه بر این کارکنان خدمات بستری باید با توجه به موقعیت جغرافیایی مرکز/بخش بستری و تعداد مراکز ارجاع‌دهنده، هماهنگی‌های لازم برای خدمات پیش از پذیرش و پس از ترخیص را به عمل آورند.
- خدمات بستری برای حمایت از مراجعان در دستیابی به اهداف درمان نیاز به انعطاف‌پذیری بالایی دارند. برای مثال روان‌شناسان و مددکاران خدمات بستری باید بیمار را برای پیگیری مشکلات روانی و جسمی خود پس از ترخیص و مراجعه به مراکز درمان پس از ترخیص کمک کنند.



- مدت درمان باید براساس نیاز استفاده‌کننده خدمات تعیین شود و احتمال دارد در صورت وجود اندیکاسیون زمان بستری طولانی‌تر شود. بر اساس ارزیابی اولیه مدت بستری تعیین و براساس آن برنامه‌ریزی برای مراقبت پس از ترخیص با مرکز ارجاع‌دهنده یا مراکز تأمین‌کننده خدمات پیشگیری از عود و بازتوانی نزدیک محل سکونت بیمار انجام می‌شود.
- اگر بیمار روی درمان نگهدارنده با آگونیسست تثبیت شود بعد از ترخیص باید به مرکز دارای واحد آگونیسست ارجاع شود.
- برای ایجاد شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده از پرهیز، خانواده استفاده‌کنندگان خدمات و شبکه اجتماعی آن‌ها باید در برنامه درمان مشارکت داده شوند.
- شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد تداوم بدون وقفه درمان از مرحله بازگیری حمایت‌شده بستری به یک مرکز بازتوانی می‌تواند نتایج درمان را بهبود بخشد. با توجه به این موضوع می‌توان با پیش‌بینی تسهیلات درمان سوءمصرف مواد در مراکز بازتوانی اقامتی محیطی مناسبی برای درمان مراجعان دارای انگیزه و فاقد تاریخچه عوارض درمانی فراهم کرد.
- تأمین خدمات درمان بستری و بازتوانی اقامتی در کنار خدمات سرپایی باید برای هر منطقه جغرافیایی در نظر گرفته شود.



دیدگاه‌های استفاده‌کنندگان خدمات و خانواده‌ها

پس‌زمینه

ارزش استفاده از دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان خدمات و خانواده‌های آن‌ها در عرضه خدمات درمانی به صورت فزاینده‌ای در سال‌های اخیر شناخته شده است. در برخی کشورها مشارکت دادن استفاده‌کنندگان از خدمات، خانواده‌ها و اجتماع و مشورت با آن‌ها درباره برنامه‌ریزی و تأمین خدمات، تصمیم‌گیری درباره بازبینی آن و نحوه ارائه آنها به شکل تکلیف درآمده است. هدف از این بخش فراهم آوردن زمینه‌های لازم برای تغییر فرهنگ موجود و دخیل نمودن دیدگاه مصرف‌کننده و خانواده او در ارائه خدمات است.

نتایج یک بررسی درباره دیدگاه استفاده‌کنندگان از خدمات درباره کیفیت تماس‌های بین فردی با کارکنان درمانی (شامل گوش دادن به حرف‌شان و رفتار براساس احترام)، در دسترس بودن کارکنان و آرایه توضیحات درباره وضعیت فرد، درمان و عوارض آن، در نظر گرفتن فرصت برای ابراز دیدگاه‌های‌شان و شرکت دادن‌شان در تصمیم‌گیری‌های درمانی نشان داد که هنوز در این زمینه نقایص بسیار زیادی وجود دارد. دستیابی به این اهداف با تقویت همکاری مراجعان و خانواده‌ها با مرکز درمانی امکان‌پذیر است. برنامه درمانی که پاسخ‌گوی نیازهای استفاده‌کنندگان خدمات باشد با احتمال بیش‌تری می‌تواند بر روی باقی ماندن در درمان و نتایج درمانی اثرات مطلوب داشته باشد.

دیدگاه‌های استفاده‌کنندگان خدمات و خانواده‌ها: توصیه‌هایی برای

خدمات استاندارد

- خدمات بستری باید به‌گونه‌ای طراحی گردند که خدمت‌گیرندگان فعالانه در برنامه‌ریزی، مرور و ارائه خدمات مشارکت داشته باشند.



- هر یک از استفاده‌کنندگان خدمات باید به‌صورت فعال در تدوین برنامه مراقبت و ترخیص درگیر شوند.
- مرکز/بخش‌های بستری باید مراجعان را از خدمات ارائه‌شده مطلع نموده و اهداف و انتظارات درمان را به زبان روشن و ساده در اختیار استفاده‌کنندگان خدمات بگذارند.
- کلیه دریافت‌کنندگان خدمات باید درباره حق خود برای برخورداری از یک برنامه مراقبت درمانی در مرکز/بخش بستری و یک برنامه مراقبت‌های پس از ترخیص آموزش داده شوند. مرکز/بخش‌های بستری باید به افراد کمک‌کنند تا سطح آگاهی و توقع خود را از برنامه درمان افزایش دهند.
- مطلوب است مرکز/بخش‌های بستری به تشکیل گروه‌های حمایت‌کننده استفاده‌کننده از خدمات به عنوان بخشی از کارکرد مراقبت پس از ترخیص کمک نمایند.
- مرکز/بخش‌های بستری باید دارای فرآیندها و سیاست‌هایی باشند که مصرف‌کنندگان سابق خدمات را به عنوان داوطلب بپذیرند و شرایط تبدیل کار داوطلبانه به کار در برابر دستمزد را مشخص کنند.
- مرکز/بخش‌های بستری باید به طور منظم میزان رضایت استفاده‌کنندگان از خدمات را ارزیابی کرده و براساس نتایج آنها عمل نماید.



کارکنان

پس زمینه

توصیه‌های ارایه شده در این متن یک مرکز/بخش بستری الگو را توصیف می‌کند. چنین خدماتی اساساً وابسته به نیروی کار چندرشته‌ای با انگیزه و ماهر است. در حال حاضر کارکنان مرکز/بخش‌های بستری در بسیاری از موارد کم‌تر از میزان مورد انتظار است.

موانع تربیت نیروی انسانی متخصص در سطح خدمات بستری عبارتند از:

- نامشخص بودن نقش و جایگاه خدمات بستری در نظام درمان سوءمصرف مواد
- فقدان پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی و
- فقدان آموزش تخصصی برای خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد
- بررسی خدمات بستری و اقامتی نشان می‌دهد ترکیب کارکنان این خدمات تحت تاثیر موارد زیر قرار می‌گیرد:
- منابع مالی در دسترس
- توانایی بکارگیری کارکنان با تخصص‌های مورد نظر
- نیازهای مراجعان به مرکز/بخش بستری
- اهداف درمان

کارکنان: توصیه‌هایی برای خدمات استاندارد

- خدمات درمان اعتیاد در مراکز بستری باید توسط یک تیم چندرشته‌ای ارائه شود. هدایت بالینی تیم درمان در مراکز بستری برعهده روان‌پزشک یا پزشک دوره‌دیده و در بخش‌های بستری بر عهده روان‌پزشک است.



- پرونده یا فایل پرسنلی - پرونده یا فایل پرسنلی هریک از کارکنان حداقل شامل موارد ذیل بوده که یک نسخه از آن در اختیار مسئول فنی مرکز/بخش است:
 - ◀ تمام مشخصات و جزئیات تماس کارکنان
 - ◀ شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد
 - ◀ کپی مدارک تحصیلی
 - ◀ کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
 - ◀ مستندات مربوط به ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
 - ◀ مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
 - ◀ فهرست کارکنان؛ در مرکز بستری فهرستی از کلیه کارکنان در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
 - ◀ نام و نام خانوادگی
 - ◀ جزئیات تماس (شامل آدرس و تلفن فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت)
 - ◀ سمت سازمانی
- فهرست شیفت شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن شیفت، در محلی مناسب و قابل رویت بر روی تابلوی اعلانات یا دیوار نصب شده است.
- هریک از پرسنل در طول بیست و چهار ساعت، حداکثر دو نوبت کاری به طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران عمل می‌شود).



- در بخش‌های بستری لیست شیفت شبانه روزی هر ماه گروه احیاء در محلی مناسب و قابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.
- برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از فہست شیفت شبانه روزی، وجود دارد، برنامه‌ریزی شده است.
- مستنداتی که نشان می‌دهد محاسبه و چینش پرسنل در هر شیفت کاری متناسب با نوع و وخامت بیماری، تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.
- دوره توجیہی کارکنان در بدو ورود
 - ◀ مطلوب است در مرکز/بخش بستری یک کتابچه توجیہی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی، ویژگی‌ها و نکات اختصاصی مرکز/بخش موجود باشد که حداقل شامل موارد زیر است:
 - ◀ الف) معرفی کل مرکز/بخش از جمله (نقشه ساختمان، برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، برنامه کنترل عفونت، موضوعات ایمنی و سلامت حرفه‌ای، بهداشت محیط، اطفاء حریق و مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، چارت و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به استانداردهای پوشش و رفتار، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، بیمه، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقاء شغلی، امکانات رفاهی و...)
 - ◀ ب) معرفی جزییات و موارد خاص این بخش (خصوصاً موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد)



- ◀ پ) زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این مرکز.
- ◀ چک لیستی مبنی بر گذراندن کلیه مباحث برنامه توجیهی مربوطه که پس از امضاء توسط هر یک از کارکنان، در پرونده پرسنلی آنها بایگانی می‌شود.
- استانداردهای آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان، آموزش و توانمندسازی کارکنان و ایمنی شغلی مطابق استانداردهای خدمات بستری عمومی و بخش‌های روان‌پزشکی است.

ترکیب بهینه کارکنان

مرکز/بخش بستری موظف است کارکنان کافی متناسب با تعداد تخت مرکز/بخش بستری فراهم نماید. سطح تخصص کارکنان مورد نیاز بر حسب میزان تخصصی بودن خدمات ارائه شده متفاوت است. ترکیب بهینه کارکنان مورد نیاز برای یک مرکز و یک بخش بستری درمان سوءمصرف مواد در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۵: ترکیب بهینه کارکنان در جایگاه‌های بستری

بخش	مرکز
کارکنان پزشکی	کارکنان پزشکی
◀ روان‌پزشک (نوبت کاری صبح)	◀ روان‌پزشک یا پزشک عمومی (نوبت کاری صبح)
◀ پزشک عمومی (نوبت کاری عصر و شب)	◀ پزشک عمومی (نوبت کاری عصر و شب)
◀ مشاوره با سایر سرویس‌های تخصصی در صورت نیاز	◀ در صورت بهره‌گیری از پزشک عمومی در نوبت کاری صبح: روان‌پزشک (نوبت کاری صبح یا عصر، نیمه‌وقت)*
	◀ مشاوره با سایر سرویس‌های تخصصی در صورت نیاز



ادامه جدول ۵: ترکیب بهینه کارکنان در جایگاه‌های بستری

کارکنان پرستاری	کارکنان پرستاری
◀ سوپروایزر پرستاری - یک پرستار یا روان پرستار در هر نوبت کار	◀ سوپروایزر پرستاری - یک پرستار یا روان پرستار در هر نوبت کار
پاراکلینیک	پاراکلینیک
◀ تابع ضوابط بیمارستان محل راه‌اندازی است.	◀ آزمایش مصرف اخیر مواد به‌عنوان بخشی از خدمات پرستاری ارائه می‌شود**
کارکنان روان‌شناسی	کارکنان روان‌شناسی
◀ کارشناس روان‌شناسی	◀ کارشناس روان‌شناسی***
◀ مددکار اجتماعی	◀ مددکار اجتماعی
◀ کاردرمان‌گر	◀ کاردرمان‌گر***
سایر کارکنان	سایر کارکنان
◀ منشی بخش	◀ منشی
◀ سایر کارکنان تابع ضوابط بیمارستان محل راه‌اندازی است.	◀ مدیر بیمارستان
	◀ کارکنان نظافت
	◀ کارکنان آشپزخانه و رختشوی‌خانه
	◀ نگهبانی

* در صورت به‌کارگیری پزشک عمومی در نوبت کاری صبح، همکاری پاره‌وقت با یک روان‌پزشک الزامی خواهد بود.

** کلیه مراکز بستری درمان سوء مصرف مواد باید به عنوان بخشی از خدمات پرستاری، آزمایش‌های نقطه مراقبت بررسی سوء مصرف اخیر مواد در ادرار را جهت استفاده در مقاصد بالینی تأمین نمایند. مرکز بستری مجاز است سایر خدمات آزمایشگاهی را از طریق یک مرکز تشخیص طبی دیگر تأمین نماید.

*** کارشناس روان‌شناسی باید بالینی یا مشاوره باشد. در مناطقی که کمبود کارشناس روان‌شناسی بالینی یا مشاوره وجود دارد، با نظر معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی می‌توان از کارشناس روان‌شناسی سایر گرایش‌ها به شرط گذراندن دوره آموزشی استفاده نمود.

**** مطلوب است مرکز/بخش بستری کارکنان و فضای فیزیکی مناسب برای عرضه خدمات کاردرمانی را فراهم نمایند.



آموزش

پس زمینه

به رغم سطوح بالایی از مهارت‌های بالینی مورد نیاز، شواهد کافی برای تعیین ضروریات مورد توافق برای آموزش کارکنان مراکز بستری در دسترس نیست. علاوه بر این شواهد به دست آمده از مطالعات کشورهای دیگر به علت تفاوت‌های سیستم آموزشی کاملاً قابل تطابق با سطوح آموزشی و تخصصی موجود در کشور نیست. بنابراین سطوح تخصصی مورد نیاز براساس آیین‌نامه و پروتکل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تجارب موجود در زمینه آموزش کارکنان خدمات سرپایی درمان سوءمصرف مواد پیشنهاد شده است.

- دوره آموزش نظری و عملی دو هفته‌ای درمان‌های دارویی برای پزشکان و روان‌پزشکان شاغل در مرکز/بخش بستری
- پزشکان و روان‌پزشکان شاغل در خدمات درمان بستری باید بخشی از برنامه‌های بازآموزی سالانه خود را به برنامه‌های بازآموزی مرتبط با درمان و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد اختصاص دهند.
- دوره آموزش نظری و عملی دو هفته‌ای مداخلات روانی، اجتماعی درمان سوءمصرف مواد برای روان‌شناسان شاغل در خدمات بستری
- مطلوب است که کارکنان مراکز بستری علاوه بر آموزش‌های فوق یک دوره آموزشی نظری و عملی طراحی شده بر اساس راهنمای حاضر بگذرانند تا با تمام جنبه‌های ارزیابی، تثبیت، بازگیری، مداخلات روان‌شناختی و مراقبت‌های بعد از ترخیص آشنا شوند.
- در مرکز/بخش بستری باید کتابخانه کوچکی شامل کتاب‌های مرجع در زمینه اورژانس مسمومیت‌ها، اورژانس‌های داخلی و جراحی و پروتکل‌های درمان اختلالات مصرف مواد وزارت بهداشت وجود داشته باشد.



- ارزشیابی کارکنان باید در فواصل زمانی مشخص انجام شود و نیازهای آموزشی ایشان را تعیین کند.
- پزشک یا روان‌پزشک مسؤول فنی مرکز مسؤول تأمین آموزش‌های لازم برای پرستاران و سایر کارکنان دخیل در درمان گیرندگان هستند.

محیط

پس زمینه

محیط فیزیکی طراحی شده برای مرکز/بخش‌های بستری باید به گونه‌ای باشد که ضمن رعایت اصول ایمنی و امنیت بیماران و کارکنان، فضاهای کافی برای ارائه خدمات فراهم شده و تمهیدات لازم به منظور ایجاد ارتباطات منطقی فضایی میان بخش‌های مختلف ارائه خدمات درمان شامل اتاق معاینه، محل خوردن دارو، آزمایشگاه و ... اندیشیده و بکار گرفته شود.

محیط: توصیه‌هایی برای خدمات استاندارد

- مطلوب است تخت‌های بخش ارزیابی/تثبیت از تخت‌های بخش بازگیری حمایت‌شده جدا باشد. گر چه ممکن است در مرکز/بخش‌های کوچک این امر مقدور نباشد.
- نسبت تعداد تخت بستری درمان سوءمصرف مواد به جمعیت بستگی به میزان شیوع منطقه‌ای اختلالات مصرف مواد، میزان توسعه خدمات سرپایی درمان سوءمصرف مواد و میزان ادغام‌یافتگی مسیرهای مراقبت بیماران دارد. در «پیوست یک» نحوه محاسبه نیاز به خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد بر اساس شاخص‌های همه‌گیری‌شناختی شرح داده شده است. به طور کلی تأمین حداقل ۲۰ تخت درمان سوءمصرف مواد به ازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت متناسب به نظر می‌رسد. میزان تخت مورد نیاز محاسبه‌شده با توصیه انجمن سلطنتی روان‌پزشکان انگلستان (۲۰۰۲) است که تأمین سه تخت بستری اعتیاد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت را توصیه می‌کند قابل مقایسه است.



- به ازای هر ۵۰۰ هزار نفر جمعیت حداقل ۱۵ تخت بستری درمان سوءمصرف مواد در مراکز درمان بستری و ۵ تخت بستری در بخش‌های تخصصی درمان سوءمصرف مواد مورد نیاز است.
- مطلوب است بخش‌های تخصصی بستری درمان سوءمصرف مواد به صورت بخش مستقل راه‌اندازی شوند و صرفاً به صورت اختصاص چند تخت در بخش روان‌پزشکی عمومی نباشند.
- استفاده از مراکز بستری به صورت ایده آل برای بیمارانی مناسب است که امکان درمان آنها در سطوح پایین‌تر ارائه خدمات وجود نداشته باشد.
- با توجه به تعداد و نحوه پراکندگی جمعیت، نحوه تأمین خدمات بستری متغیر خواهد بود. برای تأمین و ارایه پاسخ مناسب به نیازهای درمان بستری باید در طراحی مدل خدمات بستری انعطاف وجود داشته باشد.

طراحی محل

- مطلوب است مرکز بستری درمان سوءمصرف مواد به یک بیمارستان عمومی نزدیک باشد تا در صورت لزوم از خدمات اورژانس آن استفاده کند.
- خدمات بستری باید فضای داخلی و خارجی (حیاط) کافی داشته باشند.
- مشخصات فضاهای فیزیکی مطلوب در خدمات بستری به شرح زیر است:
 - ◀ اتاق‌های معاینه خوب تجهیز شده
 - ◀ اتاق‌های مجزا برای جلسات روان‌درمانی به طوری که حریم خصوصی مراجعان حفظ می‌شود
 - ◀ محل گرفتن نمونه تحت نظارت ادرار
 - ◀ اتاق توزیع دارو به نحوی که مسیر کارکنان از استفاده‌کنندگان خدمات هنگام توزیع دارو جدا باشد
 - ◀ یک اتاق گروهی بزرگ



- اتاقی برای ملاقات خانواده‌ها و همراهان (شامل وسایل بازی، پمفلت، بروشور، پوستره‌های مرتبط و...)
 - ◀ لازم است اتاق‌های بیماران تحت نظارت طبی شدیدتر به ایستگاه پرستاری نزدیک باشد
 - ◀ تمام فضاهای فیزیکی باید برای صندلی چرخ‌دار قابل تردد باشد
 - ◀ اتاق طراحی شده برای کارکنان با کم‌د، دوش و توالت شخصی و محلی برای استراحت
 - ◀ مطلوب است در تمام اتاق‌های بالینی امکان اتصال به شبکه داخلی یا اینترنت وجود داشته باشد
- در حال حاضر سیاست محیط‌های کاری عاری از دود سیگار در بسیاری از بیمارستان‌ها اجرا می‌شود. خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد باید منافع و مشکلات احتمالی اجرای این سیاست را در نظر بگیرند. در عمل می‌توان اتاق مخصوص سیگار کشیدن در قسمتی از هر مرکز/بخش بستری در نظر گرفت، اما ممکن است این اتاق‌ها تبدیل به محلی برای تعاملات اجتماعی میان افراد شود. یک راه حل احتمالی در نظر گرفتن اتاق‌های مخصوص سیگار کشیدن با ظرفیت بسیار اندک است، اما در مراکزی که اکثریت قریب به اتفاق استفاده‌کنندگان از خدمات سیگار می‌کشند، در پیش گرفتن این سیاست دشوار خواهد بود. توصیه می‌شود در اتاق مخصوص سیگار کشیدن و در سایر فضاهای عمومی پوستره‌های نمایش‌دهنده مضرات استعمال دخانیات و سوءمصرف مواد نصب گردد.



جمعیت‌های خاص

جوانان

مناسب نیست افراد زیر ۱۸ سال در بخش درمان سوءمصرف مواد افراد بزرگسال بستری شوند. تعیین استانداردهای بستری درمان سوءمصرف مواد در افراد زیر ۱۸ سال نیاز به بررسی جداگانه با مشارکت روان‌پزشکان کودک و نوجوان وجود دارد. مطلوب است در مرکز/بخش‌های بستری درمان سوءمصرف مواد بیماران جوان‌تر (زیر ۲۵ سال) در محیطی مجزا تحت درمان قرار گیرند.

سالمندان

با افزایش سن جمعیت، مشکلات سوءمصرف مواد به صورت فزاینده‌ای در گروه‌های سنی بالاتر مشاهده خواهد شد و خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد باید از نیازهای افراد مسن استفاده‌کننده از خدمات آگاه باشند. بخشی از این مشکلات به بیماری‌های جسمی همراه برمی‌گردد. بسته‌های مداخلات طبی، روان‌شناختی و اجتماعی دماست بستری باید با نیازهای سالمندان تطبیق داده شود.

زنان باردار

زنان باردار ممکن است برای ارزیابی، تثبیت یا بازگیری حمایت‌شده نیاز به بستری پیدا کنند. پرداختن هم‌زمان به نیازهای مادر و جنین مهم است و از طریق خدمات بستری امکان‌ارایه خدمات زیر را فراهم گردد:

- تیتراسیون دوز دقیق
- درمان سوءمصرف چندگانه مواد
- درگیر کردن بیمار با مراقبت‌های بارداری



پژوهش‌ها بارداری را یک «فرصت طلایی» برای درمان سوءمصرف مواد می‌دانند، زیرا انگیزه مادر برای درمان افزایش می‌یابد. خدمات بستری موجود عمدتاً بر بازگیری مواد افیونی متمرکز هستند که از نظر بالینی در طول دوره بارداری توصیه نمی‌شود. مرکز/بخش‌های بستری باید مداخلات درمانی مناسب در طول بارداری را ارائه نمایند. در خدمات بستری همچنین باید همسر و خانواده بیمار را در درمان مشارکت داده شده و نیازهای روان‌شناختی و اجتماعی آنان در نظر گرفته شود.

بیماری‌های جسمی همراه

همان‌طور که پیش از این نیز تأکید شد اختلالات جسمی همراه یک مشکل قابل توجه در جمعیت سوءمصرف‌کننده مواد است. دریافت‌کنندگان خدمات ممکن است برای مقابله با مشکلات جسمی به مصرف مواد روی آورده باشند یا در اثر مصرف مواد به مشکلات جسمی مختلف دچار شده باشند. مشکلات طبی حاد بستری در بیمارستان را ایجاب می‌نماید. به دلایل زیر ممکن است افراد مبتلا به اختلالات جسمی همراه مراقبت کافی را از مراقبت‌های اولیه یا ثانویه دریافت نکرده باشند:

- آنگ اجتماعی اعتیاد
- فقدان دانش درباره اعتیاد
- دشواری برای درگیر کردن این مراجعان در درمان
- پیچیدگی بیش از حد مشکلات آن‌ها

از طریق خدمات مراکز بستری می‌توان ارزیابی‌های لازم برای شناسایی مشکلات جسمی بیماران انجام داد. درمان اختلالات جسمی به صورت ادغام‌یافته در کنار سایر خدمات انجام می‌شوند. در صورت نیاز به مداخلات تخصصی یا خدمات فوق تخصصی، بیمار جهت پیگیری درمان به سایر مراکز بیمارستانی ارجاع خواهد شد.



اختلالات روانی همراه

در خدمات بستری سوءمصرف مواد باید رویه‌های مشخصی برای ارزیابی اختلالات روانی همراه در بیماران در نظر گرفته شود و متناسب با نیاز اختلالات روانی همراه بیماران درمان شود. درصد بالایی از مراجعان به جایگاه‌های درمان سوءمصرف مواد از اختلالات روانی همراه از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت رنج می‌برند. درمان این اختلالات به صورت سرپایی ممکن است دشوار باشد، خصوصاً اگر بیمار مواد را برای تسکین علائم بیماری روانی خود مصرف کند.

سیاست‌ها و رویه‌ها

پس‌زمینه

ایجاد یک محیط حمایت‌کننده از روند بهبودی نقش مهمی در اثربخشی خدمات بستری دارد. بنابراین لازم است یک مرکز/بخش بستری برای تأمین محیطی ایمن و درمانی رویه‌های روشن و اختصاصی داشته باشد. استفاده‌کنندگان از خدمات باید از برنامه درمان، سیاست‌ها و رویه‌های مرکز بستری مطلع شده و پذیرش آن‌ها بر مبنای رضایت آگاهانه انجام پذیرد. به جز افرادی که وضعیت جسمی یا روانی‌شان اجازه نمی‌دهد باید سایر بیماران در فرآیند درمان فعالانه مشارکت داده شوند.

به تمام دریافت‌کنندگان خدمات باید توضیح داد که استفاده از مواد غیرقانونی یا هرگونه اقدامی که دیگران را در معرض خطر عود قرار دهد در کلیه فضاهای فیزیکی مرکز/بخش بستری مجاز نیست. خشونت کلامی و فیزیکی، تهدید کارکنان، بیماران یا همراهان قابل قبول نیست. در صورت تخلف بیمار از مقررات بخش، موضوع توسط تیم درمان‌گر بررسی و با مراجع قراردادی برای تغییر رفتار بسته می‌شود. در مواردی که تخلف شدید باشد، ترخیص از برنامه درمانی در نظر گرفته می‌شود. تمام موارد تخلف از مقررات باید به‌صورت کافی در پرونده بیمار مستند گردد.

سیاست‌ها و فرآیندها: توصیه‌هایی برای خدمات استاندارد

ملاقات

ملاقات اعضای خانواده نقش مهمی در تأمین حمایت و ایمنی برای استفاده‌کننده خدمات ایفا می‌کند. حضور ملاقات‌کنندگان در طول یک اقامت بستری ممکن است اثر مثبت یا منفی داشته باشد. از یک طرف آمدن همراهان می‌تواند حمایت‌کننده و تشویق‌کننده باشد، از طرف دیگر ممکن است ملاقات‌کننده



به طرح تعارضات خود با مراجع پردازد. این خطر نیز وجود دارد که آن‌ها همراه با خود مواد غیرقانونی به داخل مرکز/بخش بستری بیاورند. مراکز باید زمانی را برای ملاقات‌کنندگان مشخص کنند که با برنامه درمانی بیماران تداخل نداشته باشد. باید از استفاده‌کنندگان از خدمات خواسته شود که افرادی را برای ملاقات خود مناسب‌ترند مشخص کنند، باید کسانی برای ملاقات انتخاب شوند که با احتمال بیشتری به فرد برای رسیدن به اهداف درمانی کمک می‌کنند و به سایرین نباید اجازه ملاقات داده شود.

استفاده از مواد غیرقانونی

در غالب موارد، در صورت استفاده از مواد غیرقانونی در بخش بستری بیمار باید از برنامه درمانی اخراج شود. این موضوع باید به خوبی به تمام بیماران صرف نظر از روش درمانی (بازگیری یا تثبیت روی درمان‌های نگهدارنده) توضیح داده شود.

اکثر بیماران وابسته به مواد افیونی سیگار می‌کشند. انتظار پرهیز از مصرف نیکوتین هنگام بستری غیرواقع‌گرایانه است اما در صورت امکان بهتر است برای محافظت کارکنان از دود سیگار و تشویق سبک زندگی سالم مصرف سیگار به محل یا محل‌های خاصی محدود شود. در صورت بکارگیری یک نظام پاداش ژتونی در مراکز بستری تحت هیچ شرایطی از سیگار یا داروهای آگونیست نباید به عنوان پاداش استفاده کرد.

آزمایش مواد

به منظور ایجاد محیط عاری از مواد در جایگاه‌های بستری باید مصرف مواد غیرقانونی پایش شود. آزمایش مواد بخشی از این پایش است. عموماً آزمایش مواد با استقبال استفاده‌کنندگان از خدمات مواجهه نمی‌شود اما پزشک،



روان‌شناس و سایر کارکنان دخیل در درمان بیمار باید آزمایش مواد را به عنوان بخشی از راهبرد اتخاذشده برای تأمین محیطی ایمن برای بیماران و روشی برای مستند نمودن پیشرفت درمان معرفی نمایند. در واقع نتیجه منفی آزمایش ادرار می‌تواند روش مفیدی باشد تا بیمار پیشرفت خود را در درمان به اشخاص ثالث (خانواده، خدمات اجتماعی و...) نشان دهد.

آزمایش مواد باید بخشی از فرآیند پذیرش بیماران باشد تا وضعیت پایه هر مراجع را مشخص کرده و تاریخچه سوءمصرف مواد او را تأیید نماید. باید از استفاده‌کنندگان از خدمات به صورت تصادفی خواسته شود که نمونه برای آزمایش ادرار دهند. (معمولاً ۲۰-۱۵٪ خدمت‌گیرندگان در هر روز). همه افراد حداقل هفته‌ای یکبار باید آزمایش شوند. در مواردی که تست ادرار فردی مثبت می‌شود یا کارکنان به یکی از خدمت‌گیرندگان مشکوک هستند باید آزمایش‌ها با دفعات بیشتر (حداقل هفته‌ای ۲ بار) انجام شود. در صورتی که کارکنان به طور عمومی نگران مصرف مواد در بخش شده باشند، موضوع باید توسط کادر درمانی بررسی و در خصوص افزایش دفعات انجام آزمایش یا ادرار انجام آزمایش ادرار از تمامی خدمت‌گیرندگان تصمیم‌گیری شود.

روش‌های انجام آزمایش ادرار شامل موارد زیر است:

- آزمایش ادرار با استفاده از غربالگری ایمونواسی^۱ و آزمایش تأییدی با روش گاز کروماتوگرافی و طیف‌سنجی توده‌ای^۲: غربالگری ایمونواسی و تأیید با گاز کروماتوگرافی و طیف‌سنجی توده‌ای عموماً «استاندارد طلایی» محسوب می‌شود. مشکلات کلیدی عبارتند از نیاز به تکنولوژی آزمایشگاهی پیشرفته، زمان لازم برای آماده شدن جواب، هزینه و نمونه‌گیری تحت نظارت.



- آزمایش ادرار با نوار^۱: نوارهای آزمایش مواد گوناگون با استفاده از تکنیک‌های ایمنونوآسی در دسترس هستند. این روش ارزان بوده و نتیجه آزمایش در فاصله زمانی کوتاهی مشخص می‌شود. نمونه‌گیری باید تحت نظارت انجام شود. مثبت کاذب این روش از سایر روش‌ها بالاتر است و باید این موضوع را هنگام تفسیر نتایج در نظر داشت.
- آزمایش با استفاده از سواپ دهانی: آزمایش سریع مصرف اخیر مواد مختلف با استفاده از نمونه‌گیری از بزاق در دسترس قرار گرفته است.

کارکنان استفاده‌کننده از آزمایش‌های سوءمصرف مواد باید با محدودیت‌های بالقوه این آزمایش‌ها آشنا باشند. کارکنان همچنین باید درباره نحوه نمونه‌گیری تحت نظارت، انجام آزمایش و تفسیر نتایج آموزش دیده باشند.

ترخیص برنامه‌ریزی‌نشده

در صورتی که مراجع قوانین مرکز/بخش بستری را رعایت نکند، به‌صورت برنامه‌ریزی‌نشده از برنامه درمان ترخیص می‌شود. معمولاً مصرف مواد در بخش، خشونت یا تهدید به خشونت دلایل اخراج بیماران از مرکز درمان بستری محسوب می‌شوند. اگر به علت وضعیت طبی یا روان‌پزشکی بیمار امکان ترخیص او نباشد، باید نقض مقررات از طرف مراجع به طریقی دیگر مدیریت شود.

در بخش‌های تخصصی درمان سوءمصرف مواد مستقر در بیمارستان روان‌پزشکی که منابع کافی از نظر فضای فیزیکی و آموزش پرسنل برای کنترل پرخاش‌گری و خشونت کلامی و فیزیکی وجود دارد، در صورت بروز رفتارهای خشونت‌آمیز بیمار بر اساس پروتکل‌های مشخص درمان می‌شوند. در این بخش‌ها پرخاش‌گری و خشونت اندیکاسیونی برای ترخیص برنامه‌ریزی‌نشده نخواهد بود.



ایمنی فیزیکی

- استانداردهای ایمنی فیزیکی در بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد مشابه بخش‌های عمومی روان‌پزشکی و به شرح زیر است:
 - ◀ سیستم زنگ خطر نگهدارنده متصل به ایستگاه پرستاری در دسترس و سالم باشد.
 - ◀ داخل اتاق‌های بخش، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهدارنده شخصی که سریعاً جوابگو باشند وجود دارد.
 - ◀ نگهبان در زمان مورد نیاز فوراً در دسترس قرار می‌گیرد.
 - ◀ نگهبان حداقل دو سال تجربه دارد یا دوره آموزش امنیتی را گذرانده وجود دارد.
 - ◀ ایمنی فضا و وسایل برای پیشگیری از احتمال آسیب رساندن به خود یا دیگران و فرار رعایت شده است.
 - ◀ دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران مرکز کنترل شده و منطقه مذکور محصور است.
- علاوه بر موارد بالا باید در خدمات بستری درمان اعتیاد فرآیندهایی طراحی شده باشد که از تأمین محیط فیزیکی عاری از مواد اطمینان حاصل گردد. این فرآیندها شامل انجام آزمایش مصرف اخیر مواد و اعمال نظارت بر تردد و ملاقاتی‌ها است.

مدیریت خشونت

بروز خشونت در جریان درمان بستری اعتیاد شایع نیست. در صورت بروز خشونت اقدامات لازم در چارچوب پروتکل‌های مدیریت خشونت در بخش‌های روان‌پزشکی انجام می‌گردد. هماهنگی با نزدیک‌ترین پاسگاه نیروی انتظامی نزدیک محل استقرار مرکز درمانی برای مداخله در موارد ضروری می‌تواند مفید



باشد. اغلب صرف حضور پلیس به خدمت‌گیرنده پیامدهای تداوم رفتار غیرقابل قبول را به روشنی نشان می‌دهد و ندرتاً مداخله بیش‌تر ضرورت پیدا می‌کند.

پذیرش مجدد

هماهنگی‌های محلی با مراکز ارجاع‌دهنده بیماران درباره پذیرش مجدد مفید است. پذیرش مجدد بیماران تحت تاثیر ظرفیت خدمات بستری و میزان دسترس بودن سایر گزینه‌های درمانی (برای مثال خدمات سرپایی) قرار می‌گیرد. پذیرش مجدد را می‌توان منفی دانست زیرا احساس مسؤلیت شخصی فرد را در اقدام ناموفق درمانی کاهش می‌دهد اما از طرف دیگر می‌تواند به‌عنوان بخشی از فرآیند یادگیری پیشگیری از عود دیده شود که به دستیابی نهایی فرد به پرهیز از مواد غیرقانونی کمک می‌کند.

ممکن است پذیرش مجدد از دید کارکنان یک پدیده منفی باشد، زیرا این احتمال وجود دارد که انگیزه آن‌ها را در خصوص مؤثر بودن مداخلات‌شان پایین بیاورد یا نسبت به فرد دیدگاه منفی پیدا کنند. باید آموزش‌هایی در مورد طبیعت عودکننده و مزمن اختلالات مصرف مواد برای کارکنان خدمات بستری تأمین گردد. عواملی که باید در پذیرش مجدد در نظر گرفته شوند عبارتند از:

- دقات پذیرش‌های قبلی فرد
- زمان سپری‌شده از آخرین پذیرش
- تغییر در وضعیت اسکان، شغل و... بیمار
- شواهد تعهد به اهداف درمان
- شدت مشکلات (سلامت جسمی، روانی، وابستگی، سوابق قانونی، مراقبت از کودک و...)
- ترخیص قبلی فرد برنامه‌ریزی شده بوده یا برنامه‌ریزی نشده



- پذیرش مجدد برنامه‌ریزی شده می‌تواند یک روش مناسب خصوصاً در کار با مراجعانی که اهداف غیرواقع‌گرایانه دارند، باشد. برای مثال:
- می‌توان مراجعی را که متقاضی بازگیری از مواد افیونی است، اما از نظر سابقه بیماری و وضعیت اجتماعی برای درمان بازگیری مناسب نیست، ابتدا بر روی یک داروی آگونیست تثبیت کرد و زمانی را برای پذیرش مجدد (مثلاً ۶ ماه بعد) تعیین نمود.
- می‌توان خدمت‌گیرنده‌ای را که در زمان بارداری متقاضی بازگیری از مواد افیونی است، بر روی متادون تثبیت نمود و بعد از تولد فرزند پذیرش مجدد برنامه‌ریزی‌شده را برای بازگیری از متادون در نظر گرفت.

همکاری با افراد بهبودیافته

همکاری با افراد بهبودیافته به‌عنوان بخشی از نیروی کار خدمات بستری بسیار ارزشمند است. افراد بهبودیافته اغلب به‌عنوان کارکنان بخش حمایتی زیر نظر مددکار به کار گرفته می‌شوند. در استفاده از افراد بهبودیافته باید احتیاطات لازم برای به حداقل رساندن خطر عود سوءمصرف مواد برای آنان در نظر گرفته شود.

داوطلبان

مشارکت افراد داوطلب نیز می‌تواند در این جایگاه بسیار کمک‌کننده باشد. ورود داوطلبانه برای کار در خدمات بستری می‌تواند برای سوءمصرف‌کنندگان بهبودیافته‌ای که می‌خواهند در این بخش کار کنند و افراد دیگری که علاقه‌مند به کار در این حوزه هستند اما نیاز به تجربه بالینی دارند، گامی به سوی اشتغال باشد. باید سیاست‌هایی برای استفاده از داوطلبان تدوین گردد تا مشارکت آنها را در کار به حداکثر برساند و امکان کسب تجربه را فراهم نماید.



تضمین کیفیت

پس زمینه

مرکز/بخش بستری درمان سوءمصرف مواد باید در چارچوب استانداردهای مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راهاندازی شده و تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی فعالیت نماید. به عنوان بخشی از فرآیند ارتقای کیفیت، در خدمات بستری باید تمام داده‌های مربوط به ارزیابی پایه و پایش دوره‌ای درمان ثبت شود. برخی شاخص‌های فرآیندی مهم در درمان بستری عبارتند از: میزان تکمیل دوره بستری، رضایت خدمت‌گیرندگان و ارجاع موفق به مراقبت بعد از ترخیص. شاخص‌های فرآیند و برآیند باید به صورت دوره‌ای محاسبه و برای ارتقای مداوم خدمات بستری به کارکنان بازخورد داده شود.

تضمین کیفیت: توصیه‌هایی برای خدمات استاندارد

- رعایت استانداردهای ذکر شده در این راهنما باید به صورت مداوم از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پایش شود.
- راهنمای حاضر استانداردهای خاص خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد را توصیف می‌کند و برای ارزیابی هر یک از مداخلات درمانی اعم از مداخلات دارویی و روانی، اجتماعی کلیه کارکنان مرکز/بخش بستری ملزم به رعایت پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند.
- داده‌های مداخلات بالینی در خدمات بستری باید مطابق پروتکل‌های اختصاصی درمان سوءمصرف مواد ثبت گردند.



• برآیندهای درمان بستری

- ◀ برای خدمات تثبیت: ماندگاری در درمان و تداوم درمان در مراکز سرپایی (سطح دو). سایر برآیندها تداوم پایبندی به برنامه مراقبت را بازتاب می‌دهند شامل: کاهش آسیب ناشی از مصرف الکل و مواد، بهبود کارکرد روانی، اجتماعی و سلامت جسمی
- ◀ عینیات ارزیابی دوز همچنین شامل ماندگاری در درمان و سایر برآیندهای طولانی‌مدت می‌شود.
- ◀ برای خدمات پرهیزمدار شامل گروه «بازگیری تخصصی حمایت‌شده زودرس» برآیندها شامل تکمیل برنامه بازتوانی (سرپایی یا اقامتی)، حفظ پرهیز و پیشگیری از آسیب‌های مرتبط بعدی است.



منابع

منابع فارسی

اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوءمصرف مواد. گزارش فعالیت‌های اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوءمصرف مواد در سال ۱۳۸۶. معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهریور ۱۳۸۷.

اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوءمصرف مواد. پروتکل درمان سوءمصرف مواد افیونی. ۱۳۸۳.

اداره پیشگیری، کاهش آسیب و درمان سوءمصرف مواد. پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست. زمستان ۱۳۸۴.



افتخار مهرداد، تقوا ارسیا. سم‌زدایی سریع در افراد وابسته به مواد افیونی به کمک آنتاگونیست افیونی. اندیشه و رفتار، سال دهم زمستان ۱۳۸۳، شماره ۳، صص ۲۱۹-۲۱۴.

تیموری حسن، نجفی سیدسعید، طراحی محمدجواد، حیدری پور ایمن. میزان موفقیت ترک اعتیاد به روش سم‌زدایی فوق‌سریع (UROD) بی‌هوشی عمومی. یافته، دوره هشتم، شماره ۴، زمستان ۸۵، صص ۲۱-۱۷.

بدیعی مهدی، افتخار مهرداد. سم‌زدایی سریع و سم‌زدایی کلونیدین در بیماران وابسته به مواد افیونی. اندیشه و رفتار، سال دهم زمستان ۱۳۸۳، شماره ۳، صص ۲۱۳-۲۰۳.

صبری فرهاد، خمسه اکبر. ارزیابی و مقایسه گرفتاری‌ها و بروز تهوع و استفراغ با روش بی‌هوشی عمومی استنشاقی و وریدی در روش سم‌زدایی فوق‌سریع. مجله عملی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. زمستان ۱۳۸۶، سال پنجم، شماره ۴، صص ۱۴۶۶-۱۴۶۱.

مرکز مدیریت بیماری‌ها. برنامه کشوری ایمن‌سازی جمهوری اسلامی ایران. ویرایش ششم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.

معاونت درمان. مراقبت‌های مدیریت‌شده. کتاب اول، دستورالعمل ۱۱ الی ۲۵ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. انتشارات معاونت درمان، بهار ۱۳۸۳.

نجفی کیومرث، امیرعلوی سیروس، ضرابی هما، محمدزاده علی، خدایی الهه سادات، سلاجقه علی. بررسی میزان عود در روش سم‌زدایی فوق‌سریع زیر



بی‌هوشی عمومی در افراد وابسته به هرئوین و تریاک. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۷ دوره هفدهم، شماره ۶۷، صص ۶۴-۵۵.

نقوی و همکاران. بار بیماری‌ها در ایران. معاونت درمان، ۱۳۸۵

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی. نظام تخصیص منابع ساختاری خدمات درمان بستری کشور. بخش اول: برآورد تخت‌های بستری مورد نیاز به تفکیک شهرستان‌های کشور. چاپ اول ۱۳۸۴.

یاسینی اردکانی سیدمجتبی، خسروی لاریجانی. بررسی نتایج حاصل از ترک معتادین به روش سم زدایی فوق سریع (Ultra Rapid Detoxification). مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. زمستان ۱۳۸۰؛ ۹(۴):۳-۹.

منابع انگلیسی

Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. Issue 2ed: The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005a.

Day E. Opiate Detoxification in an Inpatient Setting. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, 2005b.

Day E, Bearn J, Keaney F, Marshal J, Myles J, et al. Inpatient treatment of drug and alcohol misusers in the national health services. SCAN consensus project, 2006.

Gossop M, Johns A, Green L. Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. British Medical Journal 1986;293(6539):103-4.



Gossop, M. & Strang J. Price, cost and value of opiate detoxification treatments- Reanalysis of data from two randomized trials. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 262-266.

Kleber HD. Opioids: Detoxification. In: Galanter M, Kleber HD, editor(s). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999:251-69.

Mee-Lee D, Shulman GD. The ASAM Placement Criteria and Matching Patients to Treatment. In: Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB, editors. *Principles of Addiction Medicine*. Third ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 2003: 453-465.

Mee-Lee D, Gastfriend R. Patient placement criteria. In: Galanter M, Kleber H. *American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse*. Forth Edition, American Psychiatric Press, 2009.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). FINAL VERSION of Drug misuse: Psychosocial interventions, National Clinical Practice Guideline Number 51. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). FINAL VERSION Drug misuse: Opioid detoxification, National Clinical Practice Guideline Number 52. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.

National Treatment Agency for Substance Misuse. Briefing on tier 4 services, London: National Treatment Agency for Substance Misuse. 2003.

National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of Care for the Treatment of Drug Misusers. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002.



National Treatment Agency for Substance Misuse. Consultation Report: Models of Care for the Treatment of Adult Drug Misusers. Update 2005. London: National Treatment Agency, 2005.

Royal College of Psychiatrists. Role of Consultants with Responsibility for Substance Misuse (Addiction Psychiatrists). London: Royal College of Psychiatrists, 2001.

Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners. Roles and Responsibilities of Doctors in the Provision of Treatment for Drug and Alcohol Misusers. London: Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians, 2005.

Shanahan, M. D., et al. A cost-effectiveness analysis of heroin detoxification methods in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD). *Addictive Behaviors*, 2006, 31, 371-387.

Strang, J, Marks, I, Dawe, S, Powell, J, Gossop, M, Richards, D et al. Type of hospital setting and treatment outcome with heroin addicts. *British Journal of Psychiatry*; 1997 171: 335-339.

Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *British Medical Journal* 2003; 326(7396):959-960.

Strang J, Best D, Man L-H, Noble A, Gossop M. Peer-initiated overdose resuscitation: fellow drug users could be mobilised to implement resuscitation. *The International Journal of Drug Policy* 2000; 11:437-445.

The Royal College of Anaesthetists (2001) *Implementing and Ensuring Safe Sedation Practice for Healthcare Procedures in Adults*. London: Royal College of Anaesthetists.

<http://www.rcoa.ac.uk/docs/safesedationpractice.pdf>



Vidjak N. Treating heroin addiction: comparison of methadone therapy, hospital therapy without methadone, and therapeutic community. *Croatian Medical Journal* 2003;44(1):59-64.

Weiss, RD. Inpatient treatment. In Galanter, M, Kleber, HD (eds) *Textbook of substance abuse treatment*. 2nd edn, Washington DC: The American Psychiatric Press 1999.

Weiss RD, Potter JS, Iannucci RA. Inpatient treatment. In: Galanter M, Kleber H. *American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse*. Forth Edition, American Psychiatric Press, 2009.

Wilson BK, Elms RR, Thomson CP. Outpatient versus hospital methadone detoxification: An experimental comparison. *International Journal of the Addictions* 1975;10(1):13-21.



پیوست‌ها

پیوست ۱: مروری بر مطالعات اثربخشی درمان بستری

دی و همکاران (۲۰۰۵) شواهد اثربخشی درمان وابستگی به مواد افیونی در جایگاه‌های بستری را به صورت نظام‌مند مرور کردند. برآیندهایی اولیه مورد بررسی شامل تکمیل دوره بازگیری، شدت و طول مدت نشانه‌ها و علائم ترک، وجود و نوع عوارض جانبی تجربه‌شده، پیگیری درمان بعد از دوره بازگیری و میزان‌های لغزش و عود بعد از ترخیص بود. هزینه صرف‌شده به ازای هر درمان تکمیل‌شده یکی از برآیندهای ثانویه این مطالعه بود. در یک مطالعه (ویدجاک ۲۰۰۳) ۹۰ مراجع وابسته به مواد افیونی به صورت نظام‌مند وارد یکی از گروه‌های درمان با متادون، درمان بستری بدون متادون یا اجتماع درمان‌مدار شدند. تمام شرکت‌کنندگان حداقل دو سال سابقه اعتیاد به هرئوین داشتند. معیار موفقیت در درمان حداقل دو سال پرهیز از هرئوین بعد از تکمیل دوره



درمان بود. تنها یک نفر از گروه متادون درمانی بعد از دو سال پرهیز خود از مواد افیونی را حفظ کرده بود، گرچه به مصرف مواد سبک و الکل ادامه می داد. بعد از درمان بستری، هیچ یک از شرکت کنندگان پرهیز خود را از هرویین حفظ نکردند. بعد از درمان در اجتماع درمان مدار نه شرکت کننده پرهیز خود از هرویین حفظ کردند، گرچه پنج نفر از آنها به مصرف مواد سبک یا الکل ادامه می دادند. ارتباط معنی دار آماری میان پرهیز از هروئین و روش درمانی وجود داشت. مؤلفان از این مطالعه نتیجه گرفتند درمان اعتیاد به هرویین در اجتماع درمان مدار از درمان با متادون و درمان بستری بهتر است. از آن جا که مطالعه واپس نگر بود و بیماران به صورت تصادفی وارد گروه های درمانی نشده بودند، این مطالعه از بررسی مروری کنار گذاشته شد.

در مطالعه دیگری (گوسوپ ۱۹۸۶) ۶۰ شرکت کننده (۴۵ مرد و ۱۵ زن) در یکی از گروه های درمانی زیر وارد شدند: گروه سرپایی تصادفی شده، گروه بستری تصادفی شده، گروهی که درمان سرپایی را ترجیح دادند و گروهی که درمان بستری را ترجیح دادند. آزمودنی هایی که متقاضی شرکت در درمان سرپایی یا بستری بودند وارد گروه دلخواه خود شدند. برنامه درمان بستری به مدت ۲۱ روز به طول انجامید. برنامه سرپایی ۵۶ روز بود و شامل شرکت هفتگی در کلینیک برای مشاوره بود. در هر دو برنامه سم زدایی از متادون خوراکی استفاده شد و دوز متادون روزانه به صورت خطی کاهش داده شد. هدف اصلی دستیابی به پرهیز در پایان رژیم بازگیری تحت نظارت بود و حفظ پرهیز با استفاده از آزمایش ادرار تأیید شد. در گروه بستری ۸۱٪ بیماران به صورت موفقیت آمیزی مواد افیونی (و تمام مواد دیگر، شامل الکل) را ترک کردند، در حالی که فقط ۱۷٪ گروه سرپایی به پرهیز دست یافتند. از آن جا که تمام آزمودنی ها این مطالعه به صورت تصادفی وارد گروه های درمانی نشده بودند، این مطالعه نیز از تحلیل مرور نظام مند کنار گذاشته شد.



تنها یک مطالعه واجد معیارهای ورود به مطالعه مرور نظام‌مند بود (ویلسون ۱۹۷۵). در این مطالعه تمام شرکت‌کنندگان به هرویین وابسته بودند. سن میانگین شرکت‌کنندگان ۲۲ سال بود و درمان ارایه شده در تقریباً ۷۵٪ موارد اولین دوره درمان بازگیری شرکت‌کنندگان در مطالعه محسوب می‌شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی وارد گروه بازگیری بستری یا سرپایی شدند. بازگیری بستری تحت نظارت سه روان‌پزشک در یک بخش باز روان‌پزشکی انجام شد. سم‌زدایی با استفاده از متادون صورت گرفت و حداکثر دوز روزانه متادون تجویز شده ۴۰ میلی‌گرم بود. مدت بستری از پیش مشخص نشده بود و کسانی که احساس می‌کردند وضعیت‌شان تثبیت شده یا درخواست ترخیص می‌کردند مرخص می‌شدند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد که در فعالیت‌های بخش و جلسات گروهی شرکت کنند. گروه سم‌زدایی سرپایی نیز تحت نظارت یک روان‌پزشک متادون دریافت کردند. تمام دوزهای متادون تحت نظارت مستقیم پرستار کلینیک تحت یک رژیم ثابت ۱۰ روزه تجویز شد. بازگیری با تجویز دوز ۲۰-۱۰ میلی‌گرم متادون شروع شده و سپس بیمار در روز دوم و سوم بر روی حداکثر ۴۰ میلی‌گرم متادون در روز تثبیت می‌شد. به تمام افراد مشاوره انفرادی توسط روان‌پزشک و پرستاران کلینیک ارایه می‌شد. هر دو گروه در صورت وجود اندیکاسیون بالینی داروهای کمکی دریافت می‌کردند.

در این مطالعه سوء مصرف مواد در طول درمان و پیگیری‌های بعد از آن بر اساس اظهار شخصی و نتیجه آزمایش ادرار گزارش شد. تعداد بیمارانی که از هر گروه به صورت موفقیت‌آمیزی فرآیند بازگیری را تکمیل کردند، گزارش نشد اما از یافته‌های گزارش شده می‌توان چنین استنتاج کرد که ۷ نفر از ۱۰ نفر (۷۰٪) گروه بستری در مقایسه با ۱۱ نفر از ۳۰ نفر (۳۷٪) گروه سرپایی در پایان دوره نتیجه آزمایش‌شان منفی بود. در این مطالعه برخی از شرکت‌کنندگانی که برای درمان بستری معرفی شدند، ورود به این درمان را نپذیرفتند. گرچه در مطالعه



تعداد این افراد گزارش نشده، اما این نشان می‌دهد در گروه بستری نسبت تعداد افرادی که دوره درمان را تکمیل کردند به افرادی که این روش درمانی برای آن‌ها در نظر گرفته شده^۱ به مراتب کم‌تر از میزان گزارش شده در بالا است. اثر مداخله بر طول مدت و شدت نشانه‌ها و علائم ترک، عوارض جانبی درمان و اثر مداخله در پیگیری درمان گزارش نشد. امکان پیگیری سه نفر از ۱۰ نفر (۳۰٪) در نمونه بستری نبود. از ۷ بیمار باقیمانده، یک بیمار در عرض ۲۴ ساعت پس از ترخیص، یک بیمار در عرض یک هفته، دو بیمار در عرض یک ماه، دو بیمار در عرض دو ماه و یک بیمار در عرض سه ماه سوءمصرف مواد افیونی را از سر گرفتند. در نمونه سرپایی امکان پیگیری ۱۰ نفر (۳۳٪) فراهم نشد. هشت بیمار علی‌رغم ورود به درمان و مصرف متادون مصرف هرویین خود را قطع نکردند. دو بیمار در عرض یک هفته از درمان، ۵ بیمار در عرض دو ماه و یک بیمار بدون مشخص نمودن زمان به مصرف مواد افیونی غیرقانونی بازگشتند. دو بیمار ۲ ماه بعد از درمان هنوز پرهیز خود را حفظ کرده بودند. در این مطالعه فواصل زمانی تماس با بیماران و روش تعیین عود مصرف مشخص نشده است. هزینه میانگین روزانه درمان بیماران سرپایی ۱۰ دلار یا ۱۰۰ دلار برای یک دوره ۱۰ روزه گزارش شد (شامل هزینه‌های پذیرش، آزمایش‌ها و دارو). هزینه میانگین درمان بستری روزانه ۹۱ دلار و ۴۹۶ دلار برای یک برنامه درمانی با میانگین اقامت ۵/۴ روز گزارش شد.

نتایج این مرور نظام‌مند نشان می‌دهد بازگیری بستری وابستگی به مواد افیونی بیش‌تر بر اساس تجربه بالینی انجام می‌شود تا شواهد. بازگیری یک گام بسیار مهم در دستیابی به پرهیز طولانی‌مدت است، اما به اثر جایگاه درمانی در نتایج درمان توجه کمی شده است. علی‌رغم هزینه‌های بالقوه درمان بستری،



نتیجه جستجوی مقالات علمی جهان تا سال ۲۰۰۵ تنها دو کارآزمایی بالینی تصادفی شده بوده که محدودیت‌های روش‌شناختی بسیاری دارند.

همچون مرور نظام‌مند کوکرین در مطالعه مؤسسه ملی تعالی بالینی (۲۰۰۷) نیز مطالعه گوسوپ (۱۹۸۶) در فراتحلیل وارد نشد، زیرا داده‌های تصادفی شده و غیرتصادفی به صورت ترکیبی ارایه شده‌اند. در این کارآزمایی درمان بازگیری بستری با بازگیری سرپایی مقایسه شد و هماهنگ با داده‌های بالا تفاوت معنی‌داری بین بازگیری بستری و سرپایی بدست آمد. میزان تفاوت میان درمان در جایگاه‌های سرپایی و بستری در این مطالعه از سایر کارآزمایی‌ها به مراتب برجسته تر بود. در کل ۸۱٪ از گروه بستری به صورت موفقیت آمیزی از مواد افیونی بازگیری شدند اما این میزان در گروه سرپایی ۱۷٪ بود (نسبت برتری: ۴/۶۸ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۰/۵۸-۲/۰۷). یافته اصلی این مطالعه این بود که بازگیری بستری از سرپایی موفق‌تر است. گرچه دو مشکل مهم در این مطالعه بحث‌برانگیز بود: اول این که داده‌های مقایسه‌کننده برآیندهای شرکت‌کنندگان که روش درمان خود را به دلخواه انتخاب کرده بودند با شرکت‌کنندگانی که به صورت راندوم وارد درمان شده بودند ترکیب شده بود. به علاوه سطح حمایت و درمان گروه بستری به میزان قابل توجهی از گروه سرپایی بالاتر بود. دوره درمان بستری ۲۱ روز و درمان سرپایی ۸ هفته بود.



پیوست ۲: مرور عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیند

در مرور عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیند در جایگاه‌های بستری (مؤسسه ملی تعالی بالینی و سلامت ۲۰۰۷) ۵ مطالعه واجد معیارهای تعیین‌شده توسط گروه تدوین‌کننده راهنمای بالینی بودند. در مطالعات مختلفی عوامل مرتبط با خدمت‌گیرنده و برنامه که می‌تواند پیش‌بینی‌کننده برآیند در خدمت‌گیرندگان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بازگیری بستری پیش‌بینی باشد بررسی شده‌اند. فرانکن و هندریکن (۱۹۹۹) در یک مطالعه روی ۱۷۵ خدمت‌گیرنده نشان دادند که مصرف مواد بیش‌تر با میزان‌های تکمیل پایین‌تر بازگیری بستری همراهی دارد (نسبت برتری: ۹/۰۰ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۷/۷۵-۴/۵). به‌صورت مشابهی، در یک مطالعه روی ۲۷۵ خدمت‌گیرنده، دلوس کوبوس و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که سوءمصرف فزون‌تر کوکائین با خروج بیش‌تر از برنامه بازگیری بستری همراهی دارد (نسبت برتری: ۳/۸۱ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۱/۴۰-۱/۳۰). فرانکن و هندریکن همچنین نشان دادند که مشکلات سلامت جسمی شدید پیش‌بینی‌کننده تکمیل کم‌تر دوره بازگیری است (نسبت برتری: ۹/۳۰ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۸/۶۳-۴/۷۲). بکمود و همکاران (۲۰۰۱) پرونده ۱۰۷۰ بیمار پذیرش شده برای بازگیری بستری را بررسی کردند و دریافتند که خدمت‌گیرندگانی که قبلاً روی درمان نگهدارنده با متادون بودند برآیندهای بهتری (تکمیل دوره ۵۰/۴٪) در مقایسه با مصرف‌کنندگان هرویین تزریقی (تکمیل دوره ۳۵/۹٪) دارند (نسبت برتری: ۱/۴۰ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۷۷-۱/۱۱).

شاخص‌های ثبات اجتماعی مثل فقدان انسجام اجتماعی^۱ ($t=-0/26$) (هانتچویلر ۲۰۰۰) و مجرد بودن ($x^2=4/32, p<0/05$) (دلوس کوبوس ۱۹۹۷) نیز با میزان پایین‌تر تکمیل دوره بازگیری همراه است. عوامل مرتبط با برآیند



مثل نگرش مراجع به برنامه درمانی (فرانکن و هندریکس ۱۹۹۹) میزان تکمیل بیشتر دوره را پیش‌بینی می‌کند. بکمود و همکاران (۲۰۰۱). یک رابطه مثبت دوز پاسخ بین مقدار حمایت روانی، اجتماعی یا روان‌درمانی و تکمیل دوره بازگیری یافتند.

در مورد سایکوپاتولوژی به‌عنوان یک عامل احتمالی پیش‌بینی‌کننده آراجو و همکاران (۱۹۹۶) نتوانستند میان اضطراب (میانگین تفاوت استاندارد: ۰/۰۷/۰/۰۷) و میزان موفقیت دوره بازگیری رابطه‌ای نشان دهند. فرانکن و هندریکس (۱۹۹۹) نشان دادند که سایکوپاتولوژی، سبک‌های مقابله و فیلترهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی نمی‌توانند برآیندهای بازگیری را پیش‌بینی کنند.

مطالعاتی که در بالا در نظر گرفته شدند مطالعات فرآیند هستند و هیچ کارآزمایی بالینی برای آزمون این فرضیه‌ها در دسترس نیست. به نظر می‌رسد که سوء مصرف انواع محدودتر مواد، در مقادیر کم‌تر و ثبات اجتماعی بیشتر مراجع هنگام پذیرش عوامل پیش‌بینی‌کننده برآیندهای بهتر برای بازگیری بستری هستند. گرچه باید توجه کرد که این مطالعات نشان می‌دهند خدمت‌گیرندگان با عوامل پیش‌آگهی بهتر عملکرد بهتری دارند. سؤالی که پاسخ به آن می‌تواند بسیار ارزشمند باشد این است که آیا خدمت‌گیرندگان دارای عوامل پیش‌آگهی منفی‌تر از جایگاه‌های درمانی خاص یا مداخلات درمانی بیشتر در جایگاه‌های بستری نفع می‌برند یا خیر؟ برخی شرکت‌کنندگان ممکن است در مقایسه با سایر گروه‌ها عوامل پیش‌آگهی‌کننده منفی متعدد داشته باشند، اما همچنان از درمان بستری بیش از درمان سرپایی نفع ببرند.



پیوست ۳: مروری بر شواهد اثربخشی بازگیری تسریع شده، سریع و فوق سریع

بازگیری تسریع شده از مواد افیونی تحت آرام بخشی سبک

برای مقایسه نالوکسان/نالتراکسون با پلاسبو به عنوان داروی کمکی افزوده شده به بازگیری با بوپرنورفین، کلونیدین یا لوفکسیدین پنج کارآزمایی بالینی تصادفی شده در راهنمای بازگیری مواد افیونی (مؤسسه ملی تعالی بالینی و سلامت ۲۰۰۷) بررسی شد که در کل داده‌های مربوط به ۳۳۵ شرکت کننده را شامل می‌شد.

جدول ۶: کارآزمایی‌های بالینی بازگیری تسریع شده با آنتاگونیست‌های آپئویدی با آرام بخشی جزئی یا سبک

بازگیری تسریع شده با آنتاگونیست در مقایسه با بازگیری بدون آگونیست	
تعداد مطالعات	۵ کارآزمایی بالینی تصادفی شده
کل تعداد شرکت کنندگان	۳۹۹
مطالعه	نالوکسان با لوفکسیدین: بستویک ۲۰۰۳
	نالتراکسون با کلونیدین: جرا ۱۹۹۵، جرا ۲۰۰۰، اُکانر ۱۹۹۷
	نالتراکسون با بوپرنورفین: آمبریچت ۱۹۹۹
تشخیص	وابستگی به مواد افیونی؛ جرا ۱۹۹۵ (۱۰۰٪ هرویین) آمبریچت ۱۹۹۹ (۳۰ درصد تزریقی)
میانگین سال‌های مصرف	هرویین ۲-۴ سال (جرا ۱۹۹۵)، ۲-۶ سال (جرا ۲۰۰۰)، ۶/۵-۸/۳ سال (آمبریچت ۱۹۹۹)، ۷/۷-۸/۹ (اُکانر ۱۹۹۹)
میانگین مصرف روزانه مواد افیونی	هرویین ۰/۵ گرم (جرا ۱۹۹۵)، ۰/۵۵ گرم (بستویک ۲۰۰۳)، ۱/۵-۲/۰ گرم (جرا ۲۰۰۰)
کیسه‌های هرویین مصرفی در ماه گذشته: ۴/۰-۳/۸ (اُکانر ۱۹۹۷)	
تعداد روزهای مصرف هرویین در ۳۰ روز گذشته: ۲۹ (آمبریچت ۱۹۹۹)	
دوز متادون در ورود: ۴۲/۹ میلی گرم (بستویک ۲۰۰۳)	



ادامه جدول ۶: کارآزمایی‌های بالینی بازگیری تسریع شده با آنتاگونیست‌های اُپیویدی با آرام‌بخشی جزئی یا سبک

مدت درمان	۴ روز: جرا ۱۹۹۵
	۶ روز: بستویک ۲۰۰۳
	۸ روز: اُکانتر ۱۹۹۷، آمبریچت ۱۹۹۹
مدت پیگیری	تا ۶ ماه
سن	۱۸-۵۶ سال
کیفیت کلی شواهد	متوسط
پرهیز	پرهیز پس از ۶ ماه: ۴۴٪ در برابر ۵۶٪ (نسبت برتری= ۰/۸۲) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۳۷-۰/۴۹)
	حفظ پرهیز در پیگیری ۹ ماهه: ۲۰٪ در برابر ۹٪ (نسبت برتری= ۲/۳۰) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۷۶-۶/۹۴)
	پرهیز در ماه گذشته در ۹ ماه پیگیری: ۳۶٪ در برابر ۲۶٪ (نسبت برتری= ۱/۳۶) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۷۳-۲/۵۵)
تکمیل درمان	۷۸٪ در برابر ۷۷٪ (نسبت برتری= ۱/۰۱) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۸۶-۱/۱۷)
پایبندی به درمان نالتراکسون در پیگیری سه ماهه	۷۵٪ در برابر ۵۳٪ (نسبت برتری= ۱/۴۱) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۹۶-۲/۰۷)
ارزیابی فرد از شدت ترک	حداکثر: میانگین تفاوت استاندارد ۰/۹۵ (-۱/۲۰ - ۳/۱۰)
	به طور کلی: میانگین تفاوت استاندارد ۰/۵۱ (-۰/۵۸ - ۱/۶۰)
	ترک مطالعه به علت ترک: میانگین تفاوت استاندارد ۱/۷۵ (۸/۸۴ - ۰/۳۵)



جدول ۷: توصیف مطالعات بازگیری تسریع شده مواد افیونی

مطالعه	رژیم بازگیری اولیه	داروهای کمکی	علائم ترک، عوارض دارویی و عوارض جانبی
بستویک ۲۰۰۳	لوفکسیدین (۱/۸ میلی گرم) با نالوکسان (۰/۸ میلی گرم) در مقایسه با لوفکسیدین با پلاسبو	پروکلرپرازین (۵ میلی گرم) در شروع برای تخفیف تهوع دیازپام در صورت نیاز شب قبل از دوز اول مطالعه (۵ نالوکسان بالاتر بود، اما تفاوت معنی دار فقط در روز سوم یک ساعت بعد از تا ۲۰ میلی گرم) بعد از آن برای کاهش اضطراب و بی-قراری	اندازه گیری ترک با استفاده از مقیاس کوتاه ترک مواد افیونی - امتیازها در گروه نالوکسان بعد از دریافت نالوکسان بالاتر بود، اما تفاوت معنی دار فقط در روز سوم یک ساعت بعد از تزریق و سپس در روزهای ۵، ۶، ۷ و ۸ دیازپام بیشتر تر در گروه نالوکسان در روز ۳ و ۴ استفاده شد، اما نه در روزهای دیگر.
جرا ۱۹۹۵	کلونیدین با نالتراکسون در مقایسه با کلونیدین و پلاسبو	ذکر نشده	فهرست ۹ نشانه ارزیابی شده توسط مشاهده کننده: ضربان قلب، لرزش، آب ریزش بینی، میدریازیس، دردهای عضلانی، لرز، استفراغ، اضطراب و بی خوابی
جرا ۲۰۰۰	کلونیدین در مقایسه با کلونیدین با نالوکسان و نالتراکسون، در مقایسه با متادون	کلونیدین با گروه نالوکسان و نالتراکسون در دسترس بود: اکزازپام ۶۰ میلیگرم ۲ بار در روز، بکلوفن ۱۰ میلیگرم سه بار در روز، کتورولاک تزریق وریدی ۴۰۰ میلیگرم روزانه.	گروه کلونیدین به تنهایی: هیچ علائم ترکی به جز بی خوابی و اضطراب خفیف نشان نداد. گروه کلونیدین - نالتراکسون، در مقایسه با متادون: متعاقب تجویز نالتراکسون بار در روز، کتورولاک تزریق وریدی ۴۰۰ میلیگرم روزانه. داد (لرزش، اضطراب و تاکیکاردی) که چند ساعت بعد از تزریق کلونیدین تجویز داروهای کمکی به گروه های دیگر گزارش نشده وریدی بر طرف شد. گروه متادون: اضطراب، تاکیکاردی، بی خوابی، آب ریزش بینی، میدریازیس، درد عضلانی و تحریک پذیری نشان دادند. همچنین سطح پایداری از کج خلقی را نشان دادند.



ادامه جدول ۷: توصیف مطالعات بازگیری تسریع شده مواد افیونی

<p>بوپرنورفین در مقایسه کلونیدین برای کنترل علائم علائم ترک: مقیاس ذهنی ۲۴ ایتمی با کلونیدین در ترک به تمام گروه‌های با دوز نظر: به عوارض جانبی اشاره نشده مقایسه با کلونیدین و ۰/۱-۰/۲ میلگرم هر ۴ ساعت است. در صورت نیاز تجویز شد. داروهای کمکی زیر همچنین برای تمام شرکت‌کنندگان در صورت لزوم در دسترس بود: اکزایپام (بی‌خوابی و کرامپ)، ایبوپروفن یا کتورولاک (کرامپ عضلانی)، پروکلرپرازین (تهوع).</p>	<p>آکانر ۱۹۹۷</p>
<p>اندازه‌گیری ترک با استفاده از مقیاس عینی ترک مواد افیونی در میان افراد ریزش‌شده، ۴ شرکت‌کننده در گروه نالترکسون علت ریزش را ترک اظهار کردند (شامل یک مورد درد شکمی)، ۱ بیمار از گروه پلاسبو علائم ترک شدید القاشده توسط بوپرنورفین را تجربه کرد و مصرف متادون بلافاصله قبل از پذیرش را تأیید کرد. در مورد اندازه‌گیری فیزیولوژیک شامل اندازه مردمک، ضربان قلب و فشار خون: «نمی‌توان این موضوع را رد کرد که داروهای کمکی تجویز شده برای درمان ترک در روز ۲ و ۸ می‌تواند تفاوت بین گروه‌ها را از بین برده باشد.»</p>	<p>آمریچت ۱۹۹۹</p> <p>بوپرنورفین با نالترکسون در مقایسه «اندیکاسیون استاندارد» برای علائم ترک یعنی نمره مقیاس عینی ترک مواد افیونی بالاتر از ۵ تجویز شد. شامل: کلونیدین (۸۳٪)، هیدروکسی‌زین (۷۷٪)، دیازپام (۲۵٪)، ایبوپروفن (۵۰٪)، استامینوفن (۷۸٪)، دی‌سیکلومین (۴۳٪)، دیفنوکسیلات (۳۵٪). ۱۶٪ در هر گروه نیاز به هیچ داروی کمکی پیدا نکردند.</p>



بازگیری سریع

جدول ۸: کارآزمایی‌های بالینی بازگیری سریع تحت آرام‌بخشی متوسط

بازگیری سریع تحت آرام‌بخشی متوسط	
تعداد مطالعات	۱ کارآزمایی بالینی تصادفی شده
مجموع تعداد شرکت‌کنندگان	۸۰
مطالعه	آرنولد - هالس ۲۰۰۵
تشخیص	وابستگی به مواد افیونی
میانگین سال‌های مصرف مواد افیونی	بیش از ۶۶٪ مصرف هرویین بالای ۵ سال
میانگین مصرف روزانه مواد افیونی	مصرف روزانه هرویین: ۹۵٪
طول مدت درمان	۱ روز (بازگیری سریع تحت آرام‌بخشی متوسط) در برابر بازگیری با کلونیدین ۱۰-۷ روز
طول مدت پیگیری	۱ ماه
سن میانگین	۳۰ سال
کیفیت کلی شواهد	متوسط
پرهیز	یک ماه پیگیری: ۳۹٪ در برابر ۳۰٪ (نسبت برتری= ۱/۳۰) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۵/۲۰-۱/۸۶
تکمیل درمان	۸۸٪ در برابر ۲۸٪ (نسبت برتری= ۳/۱۱) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۱۷-۰/۸۶
پایبندی به درمان نالتراکسون در پیگیری سه ماهه	شروع دوز نگهدارنده ۵۰ میلی‌گرمی نالتراکسون: ۸۶٪ در مقایسه با ۵۰٪ (نسبت برتری= ۱/۷۲) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲/۷۲-۱/۰۹ دستیابی به ۱۰۰٪ پایبندی در پیگیری ۴ هفته‌ای: ۵۶٪ در برابر ۴۰٪ (نسبت برتری= ۱/۳۹) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲/۵۶-۰/۷۵
ارزیابی فرد از شدت ترک	تغییر میانگین از خط پایه (تحلیل تکمیل‌کنندگان): تفاوت میانگین استاندارد (نسبت برتری= ۱/۷۰) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲/۵۶- (۰/۸۴)



در یک مطالعه توصیفی نتایج بازگیری سریع با آرام‌بخشی متوسط با رویکرد موسوم به «روش اتریشی» در منزل و بدون نظارت مستقیم طبی و پرستاری گزارش شد (کارنو و همکاران ۲۰۰۲). از خدمت‌گیرندگان خواسته شد به مدت ۱۲ ساعت پیش از شروع درمان هیچ ماده افیونی استفاده نکنند تا شدت علائم و نشانه‌های ترک القاشده کم‌تر باشد. آرام‌بخشی متوسط با استفاده از ۰/۴۵ میلی‌گرم کلونیدین، ۴۰ میلی‌گرم فاموتیدین، ۴ میلی‌گرم لوپرامید، ۲۲/۵ میلی‌گرم میدازولام، ۱۲ میلی‌گرم آنداسترون و ۵۰ میلی‌گرم کلوزیات القا شد. بعد از ۴۵ دقیقه بیماران بیدار شدند تا برای القای علائم ترک ۱۰ میلی‌گرم متوکلوپرامید و ۵۰ میلی‌گرم نالتراکسون مصرف کنند. بعد از یک ساعت و ۴۵ دقیقه برای کنترل علائم ترک، دارو تجویز شد (۲۰ میلی‌گرم هیوسین، ۰/۳ میلی‌گرم کلونیدین و ۱۰ میلی‌گرم متوکلوپرامید). بعد از ۲۴ ساعت، خدمت‌گیرندگان معاینه شدند، در صورت نیاز برای مدیریت درمان علائم ترک، دارو تجویز شد و بیمار وارد درمان نگهدارنده با نالتراکسون شد. در این مطالعه ۱۳۶۸ بیمار که با روش فوق درمان شده بودند گزارش شدند. این گزارش بیش‌تر توصیفی است و برآیندها در حد محدود توصیف شده و گروه مقایسه ندارد. با توجه به این دلایل، نتایج تأییدکننده کارآمدی این رویه محدود است.

در یک مجموعه موارد (افتخار، تقوا ۱۳۸۳) نتایج درمان بستری ۴۱ بیمار ۳۷ مرد و ۴ زن) وابسته به مواد افیونی با روش بازگیری سریع با استفاده از نالوکسان (۱۱ نفر) و نالتراکسون خوراکی (۳۰ نفر) گزارش شد. طول دوره درمان کم‌تر از ۱۲ ساعت بود و ۹۵٪ موارد دوره درمان را تکمیل کردند. عوارض جدی به صورت دلیریوم در ۵٪ بیماران دیده شد. در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده (بدیعی، افتخار ۱۳۸۳) بازگیری سریع (نالتراکسون و کلونیدین) با بازگیری کلاسیک (کلونیدین) در جایگاه بستری مقایسه شدند. نتایج مطالعه نشان داد میزان تکمیل دوره درمان (۹۴٪ در گروه بازگیری سریع و ۹۴٪ در بازگیری

کلاسیک) و عود در پیگیری یک ماه (۵۰٪) در گروه بازگیری سریع و ۴۶٪ در گروه بازگیری کلاسیک) در دو گروه مشابه بود، اما مدت بستری در گروه بازگیری سریع (۵ روز) به صورت معنی داری از گروه کلونیدین به تنهایی (۹ روز) طولانی تر بود. برخلاف مطالعات دیگر در این مطالعه میزان علائم محرومیت اندازه گیری شده با ابزارهای عینی و ذهنی ارزیابی علائم ترک مشابه و در حد متوسط بود.

بازگیری فوق سریع

جدول ۹: کارآزمایی‌های بالینی بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی یا آرام‌بخشی عمیق

تعداد مطالعات	مجموع تعداد شرکت کنندگان	مطالعه	تشخیص
۶ کارآزمایی بالینی تصادفی شده	۸۴۵	بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی در مقایسه با بازگیری تحت آرام‌بخشی جزیبی یا سبک	وابستگی به مواد افیونی
		۶ کارآزمایی بالینی تصادفی شده	میانگین سال‌های مصرف مواد افیونی
		بی‌هوشی با پروپوفول در مقایسه با بازگیری با کلونیدین: کالینز ۲۰۰۵؛ فاوارات ۲۰۰۶؛ مک‌گرگور ۲۰۰۲	هریوین: ۶/۳ تا ۱۱/۱ سال (کراب ۲۰۰۳)، ۹/۹ (مک‌گرگور ۲۰۰۲)؛ ۱۲/۰ (دجونگ ۲۰۰۵)
		بی‌هوشی با پروپوفول در مقایسه با بازگیری با متادون: کراب ۲۰۰۳؛ پروپوفول با میدازولام در مقایسه با آرام‌بخشی سبک با همان دارو: سوان ۱۹۹۷	اختلال مصرف مواد افیونی طول عمر: ۷/۵ سال (کالینز ۲۰۰۵) متادون: ۳/۵ تا ۹/۴ سال (کراب ۲۰۰۳)
		وابستگی به مواد افیونی	میانگین مصرف روزانه مواد افیونی
		هریوین: ۶/۳ تا ۱۱/۱ سال (کراب ۲۰۰۳)، ۹/۹ (مک‌گرگور ۲۰۰۲)؛ ۱۲/۰ (دجونگ ۲۰۰۵)	متادون: ۰/۷۴ گرم (سوان ۱۹۹۷)
		میانگین روزهای مصرف مواد افیونی	دفعات مصرف هرویین در ۳۰ روز گذشته: ۸۷/۱ (مک‌گرگور ۲۰۰۲)
		میانگین روزهای مصرف مواد افیونی	میانگین روزهای مصرف هرویین در ۳۰ روز گذشته: ۱۸/۴ (دی-جونگ ۲۰۰۵)؛ ۳۰ (کالینز ۲۰۰۵)
		میانگین روزهای مصرف مواد افیونی	میانگین روزهای مصرف متادون در ۳۰ روز گذشته: ۲۲/۸ (دجونگ ۲۰۰۵)



ادامه جدول ۹: کارآزمایی‌های بالینی بازگیری فوق‌سریع تحت بی‌هوشی یا آرام‌بخشی

عمیق

مدت درمان	۱ روز: سوان ۱۹۹۷
	۱ روز (بازگیری فوق‌سریع) در مقایسه با ۷ روز گروه کنترل: فاوارات ۲۰۰۶
	۳ روز: کالینز ۲۰۰۵؛ مک‌گرگور ۲۰۰۲
	۷ روز: دجونگ ۲۰۰۵
مدت پیگیری	تا ۱۲ ماه
سن	۳۰-۳۶ سال
کیفیت کلی شواهد	متوسط
پرهیز	۱ ماه پیگیری: ۶۶٪ در برابر ۵۸٪ (نسبت برتری=۱/۵۴ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۶۶-۳/۵۹)
	۳ ماه پیگیری: ۳۰٪ در برابر ۱۴٪ (نسبت برتری=۲/۰۸ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۱۸-۳/۶۸)
	۶ ماه پیگیری: ۲۲٪ در برابر ۸٪ (نسبت برتری=۲/۷۰ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۹۲-۷/۹۱)
	۱۲ ماه پیگیری: ۲۰٪ در برابر ۱۴٪ (نسبت برتری=۱/۴۰ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۵۸-۳/۳۹)
تکمیل درمان	۸۴٪ در برابر ۵۴٪ (نسبت برتری=۱/۶۷ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۸۸-۳/۱۸)
پایبندی به درمان نالترکسون در پیگیری سه ماهه	شروع دوز نگهدارنده ۵۰ میلی‌گرمی: در مقایسه با گروه کلونیدین ۶۱٪ در برابر ۱۹٪ (نسبت برتری=۳/۸۷ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۴/۵۴-۱/۰۳) - در مقایسه با گروه نالترکسون: ۹۰٪ در برابر ۹۹٪ (نسبت برتری=۰/۹۱ فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۸۶-۰/۹۷)
عوارض جانبی	عوارض جانبی شدید: نسبت برتری=۳/۶۲ (۱/۳۶-۹/۶۱)



جدول ۱۰: توصیف مطالعات بازگیری فوق سریع از مواد افیونی

مطالعه	رژیم بازگیری اولیه	داروهای کمکی	علایم ترک، عوارض دارویی و عوارض جانبی
بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی عمومی یا آرام‌بخشی عمیق (کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده)			
کالینز ۲۰۰۵	با کمک بی‌هوشی	گروه بی‌هوشی - رانتیدین، کلونیدین، می‌دازولام، ایزوفلوران، لی‌دوکائین، توبوکورارین، ساکسینیل کولین، اُکتروتاید، نالتراکسون، کتورولاک، اُندانسترون، نتوستیگمین.	گروه بی‌هوشی: یک مورد پنومونی (پروپوفول) در مقایسه با پروپوفول، ایزوفلوران، لی‌دوکائین، توبوکورارین، ساکسینیل کولین، اُکتروتاید، نالتراکسون، کتورولاک، اُندانسترون، نتوستیگمین. یک مورد کتواسیدوز دیابتی ۲ روز بعد از ترخیص که سابقه بیماری خود را اظهار نکرده بود.
		کتورولاک، اُکتروتاید، کلونازپام، استامینوفن، منیزیم هیدروکسید، آلومینیوم هیدروکسید/منیزیم هیدروکسید/سیمتیکون ۱.	یک مورد کتواسیدوز دیابتی ۲ روز بعد از ترخیص که سابقه بیماری خود را اظهار نکرده بود.
دجونگ ۲۰۰۵	بازگیری سریع با بی‌هوشی عمومی در خون بالا: ۰/۳ میلی‌گرم،	کلونیدین (برای کاهش فشار دیکلوفناک، اُندانسترون، نیکوتین، پچ، اُکتروتاید، بوتیل اسکوپولامین، هالوپریدول	گروه سم‌زدایی سریع: بدون عوارض جانبی گروه بی‌هوشی عمومی: ۵ مورد که تمام موارد بعداً بهبود یافتند. یک مورد برای «خواب‌آلودگی شدید ناشی از بی‌هوشی» (به علت مشکل کبدی ناشی از هپاتیت C) درمان شد. یک مورد با تاریخچه روان‌پزشکی قبلی برای بی‌قراری ناشی از آرام‌بخشی پروپوفول درمان شد (دوره احتمالی



سایکوتیک به علت بازگیری و بی-هوشی). یک مورد هیپوکسی تاریخچه بیماری مزمن ریوی و پنومونی داشت. یک مورد تب با علت ناشناخته و یک مورد آسیبراسیون ناشی از بی‌هوشی نیز وجود داشت.

فـاوارات بازگیری فوق‌سریع - گروه فوق‌سریع - کلونیدین عوارض جانبی توصیف نشده‌اند. ۲۰۰۶ تحت بی‌هوشی (برای کنترل ترک)، اکتروتاید (پروپوفول) - (برای اسهال)، کتورولاک (ضد درد/ضد التهاب)، یک بیمار در گروه بی‌هوشی ۳ ماه لیدوکائین (برای دروپریدول) در صورت بعد احتمالاً به علت بیش مصرف فوت عمیق دادن دلیریوم، نئوستیگمین کرد، البته تداخل دارویی یا علت بی‌هوشی) - گروه کلونیدین: لوپراماید (۴ میلی گرم برای اسهال)، به مصرف مواد بازگشته و متادون، میلی گرم در دوزهای تولپریزون (۱۵۰ میلی گرم بنزودیازپین و داروی ضد اسفردگی برای دردهای عضلانی)، سوء مصرف می‌کرد و همچنین خون-مقسوم آندانسترون (۴ میلی گرم برای ریزی گوارشی داشت. تهوع)، زولپیدم (۱۰ میلی گرم برای بی‌خوابی)، آلانزاپین (۵ میلی گرم برای بی‌قراری)، پاراستمول (۵۰۰ میلی گرم برای سردرد)

هنـسـل بازگیری فوق‌سریع کلونیدین اظهار شده هیچ عوارض جانبی ۲۰۰۰ تحت بی‌هوشی - (۲ میلی گرم/کیلوگرم/ساعت) بی‌هوشی جز عوارض جانبی قابل چشم‌پوشی دیده نشده است. بسته به دوز پروپوفول که به صورت معنی داری هنگام پایش EEG پایین تر بود. ۸ بیمار برای برادیکاردی درمان گرفتند. یک بیمار برای بلوک AV درجه اول درمان گرفت. ۶ بیمار هیپوتانسیون خفیف اما پایدار داشتند (فشار خون



سیستولی ۹۰-۸۰ میلیمتر جیوه) و نیاز به درمان پیدا کردند.	EEG بود.
کرب ۲۰۰۳	بازگیری فوق سریع گروه فوق سریع فقط: درمان تحت بی‌هوشی قبلی با دیکلوفناک (۵۰ (پروپوفول) : میلی گرم)، لوپراماید (۸) نالترکسون خوراکی میلی گرم)، پاراستمول (۱۰۰۰ (۱۰۰ میلی گرم) میلی گرم)، کلونیدین (۰/۳) گروه متادون: در میلی گرم) و تروپیزترون طول ۱-۲ هفته به وریدی (۵ میلی گرم). نشانه‌ها صفر رسانده شد. و علایم ترک به صورت تزریقی با داروهای ضد تهوع، آنتی‌دیورتیک‌ها و کلونیدین درمان شد.
در بحث به هیچ عارضه جانبی جدی اشاره نشده است.	مک‌گرگور بی‌هوشی (پروپوفول) کلونیدین، اکروتاید. در مقایسه با درمان‌های علامتی: کلونیدین، بستری نالترکسون ارفنادرین، پاراستمول، تمازپام، ناپروکسن، متوکلوپرامید، بوسکاپون، ویتامین‌ها.
سوان ۱۹۹۷	بازگیری فوق سریع با کلونیدین، متوکلوپرامید، آرام‌بخشی سبک در نالوکسان/نالترکسون مقایسه با آرام‌بخشی عمیق سبک: پروپوفول، میدازولام عمیق: داروهای بالا با دوزهای بالاتر
میزان عوارض به طور کل ۴/۳٪ (۱۳) عارضه در ۱۳ بیمار دیده شد. برای مثال آرام‌بخشی بیش از حد منتهی شده به سرکوب تنفسی (نیاز به انتوباسیون)، برونکواسپاسم و برادی کاردی	۹۷/۳٪ بعد از ۲۴ ساعت از بیمارستان ترخیص شدند؛ بستری ۲/۳٪ (۷) بیمار) به علت استفراغ، اسپهال و تب تا ۴۸ ساعت ادامه یافت؛ بستری ۱ بیمار به علت پنومونی تا ۵ روز ادامه یافت.



بازگیری سریع و فوق سریع (مطالعات مشاهده‌ای)

آرمسترانگ بازگیری تسریع شده با نالتراکسون سرپایی (مجموعه در طول یک دوره ۶ ماهه، ۴۲ بیمار بعد از بازگیری به بخش اورژانس ۲۰۰۳ موارد واپس‌نگر) مراجعه کردند. علایم شایع استفراغ، اسهال، درد شکم، بی‌قراری و خواب‌آلودگی بیش از حد. بیش‌تر علایم با مراقبت حمایتی ساده درمان شد.

کووک و بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی عمومی (گزارش متعاقب بستری و با کاهش مصرف، کالینز ۱۹۹۸ موردی) بیمار ۳۸ ساله با سابقه تزریق ۲۰ ساله هرویین دچار لرز، کرامپ‌های شکمی، تعریق سرد، توهم بینایی و لامسه شد.

بازگیری منجر به هیپرتانسیون خفیف، تاکیکاردی و سیخ شدن موهای بدن شد. همچنین افت پیشرونده فشار خون، ضربان قلب و دمای بدن را در پی داشت. فقط دمای بدن خارج از دامنه طبیعی بود و با پتوی گرم‌کننده درمان شد. پس از بیدار شدن بیمار به راحتی از دستگاه ونتیلاتور جدا شد و حال خود را «بسیار خوب» گزارش نمود و ۱۱ ماه پرهیز از مواد را حفظ نمود در حالی که در جلسات مشاوره نیز شرکت می‌کرد.

کوچیا ۱۹۹۸ نالتراکسون خوراکی و سوء مصرف کنندگان وابسته به عارضه جانبی جدی در طول بازگیری می‌دازولام با بنزودیازپین‌ها به بنزودیازپین فوق سریع رخ نداد. فشار خون پایین کلونیدین و بیش‌تری نیاز داشتند (دوز گزارش شد که نیاز به درمان پیدا انداسترون، برای معادل بنزودیازپین = $255 \pm$ نکرد. اسهال و استفراغ در برخی سوء مصرف کنندگان ۵۳ در نقایسه با 178 ± 89 بیماران دیده شد. یک بیمار مبتلا به



هرویین و متادون میلی گرم) اما تفاوت معنی دار اختلال شخصیت مرزی اقدام جدی به خودکشی با داروهای ضد افسردگی نیود. که روز قبل دریافت کرده بود داشت.

المان ۲۰۰۱ بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی عمومی (مجموعه) در طول مرحله بی‌هوشی، سطوح هورمون آدرنوکورتیکوئروپیک و کورتیزول به صورت قابل توجهی افزایش یافت. در طول دوره بعد از بی‌هوشی علائم ترک قابل توجه و تنفس تند در تمام خدمت‌گیرندگان دیده شد. دیسترس تنفسی در یک مورد دیده شد، اما فشار خون و ضربان قلب ثابت ماند. در طول مرحله بعد از بازگیری (۳ هفته) افزایش امتیازهای ترک، وسوسه مصرف جزیی و بهبود تدریجی در علائم نباتی، اضطراب و افسردگی دیده شد.

گلد ۱۹۹۹ بازگیری فوق سریع کلونیدین و اکتوتاید در شروع تحت بی‌هوشی پروتکل؛ کتورولاک، عمومی. درمان قبلی می‌دازولام و کلونیدین در با گلیکوپیرولات و صورت نیاز، داروهای کلونیدین، بی‌هوشی ضد اسهال تجویز نشد. با پروپوفول و سی‌اس‌تراکوریوم؛ بازگیری با نالوکسان و نالمفن. القای نالتراکسون خوراکی در پایان فرآیند (مجموعه موارد)

همایلتون بازگیری فوق سریع تحت بی‌هوشی عمومی، با نالتراکسون زیرجلدی (مجموعه موارد) ۲۰۰۲

مورد ۱: خدمت‌گیرنده دیس‌پنه حاد داشت، بی‌قرار بود، خمیازه می‌کشید،



اسهال داشت و تشخیص ادم ریوی حاد داده شد. نالترکسون زیرجلدی برداشته شد و علائم ترک بعد از ۱۲ ساعت از بین رفت.

مورد ۲: خدمت‌گیرنده ۲۷ ساله ۵ روز استفراغ، اسهال، خشکی دهان، ضعف، خستگی، خروجی ادرار اندک و هیپرآلژی- تمام علائم بلافاصله بعد از بازگیری شروع شد.

مورد ۳: در طول کل دوره بازگیری خدمت‌گیرنده از تهوع و استفراغ غیرقابل درمان شکایت داشت و استفراغ به داروهای ضدتهوع پاسخ نداد. ۲ هفته بعد از بازگیری، خدمت‌گیرنده به اورژانس مراجعه نمود و هنوز از تهوع، استفراغ، ضعف، خشکی دهان و برون‌ده ادرار اندک شکایت داشت. بیمار ۲۰-۱۵ پوند کاهش وزن، لرز، آبریزش بینی، سرفه، بی‌اشتهایی و درد شکمی داشت. نالترکسون بعد از این که بیمار برای دهیدراتاسیون و علائم ترک درمان گرفت برداشته شد. در عرض ۲۴ ساعت خدمت‌گیرنده رژیم خوراکی را تحمل نمود و ترخیص شد.

مورد ۴: ۶ ساعت بعد از بازگیری، خدمت‌گیرنده در تخت خود با حالت عدم پاسخ‌دهی یافته شد در حالی که اطراف دهان‌اش استفراغ دیده می‌شد. بیمار در بخش اورژانس بستری و



درمان شد. تشخیص «مسمومیت با بکلوفن» برای بیمار مطرح شد.

مورد ۵: یک بیمار ۳۰ ساله در منزل در حالت عدم پاسخ‌دهی یافته شد در حالی که دندان‌هایش قفل شده و کف از دهانش بیرون زده بود. دیازپام سریعاً قفل‌شدگی و بی‌قراری را درمان نمود. بیمار برای ترک الکل و بنزودیازپین‌ها درمان شد اما علائم ترک پایدار ماندند. سپس بیمار تحت درمان با باربیتورات درمان قرار گرفت که منجر به سرکوب تنفسی شد. بیمار در عرض ۵ روز بهبود یافت و به یک واحد سرپایی ارجاع شد.

مورد ۶: یک بیمار ۳۰ ساله که با قرارگیری نالترکسون زیرجلدی در جداره شکم بازگیری شد. بیمار روز بعد از ترخیص توسط پرستار ویزیت و برای درمان تهوع و استفراغ دارو دریافت کرد.

در روز سوم خانواده بیمار او را در حالت عدم پاسخ‌دهی یافتند. بیمار به بخش اورژانس برده شد و تشخیص آسپیراسیون ریوی و خون‌ریزی مری برای بیمار مطرح شد.

هوفمان بازگیری فوق‌سریع تحت بی‌هوشی عمومی (مجموعه بیماران گروه بازگیری فوق‌سریع (۲۰) ۱۹۹۸ (موارد)

نفر) با ۵ بیمار کنترل مقایسه شدند و فشار خون افزایش یافته و ضربان قلب کندتر در نقطه پایه نشان دادند. بازگیری فوق‌سریع با افزایش تعداد تنفس و تهویه همراه بود. این مقادیر



۳ ساعت بعد از شروع نالترکسون به حداکثر رسید و تا پایان درمان بالا باقی ماند. تنفس سریع تا ۲۴ ساعت بعد از بازگیری فوق‌سریع ادامه داشت.

روزن ۲۰۰۲ بازگیری سریع کلونیدین (۰/۱۵ میلی‌گرم هر مرد ۳۷ ساله وابسته به مواد افیونی به تسریع‌شده با ۶ ساعت)، لورازپام ۲ میلی‌گرم مدت ۲۰ سال که در حال حاضر ۴۰ نالترکسون تحت هر ۸ ساعت)، میدازولام (۱۵ میلی‌گرم در روز متادون می‌گیرد: آرام‌بخاشی - سطح میلی‌گرم در روز)، دگزامتازون داروهای کمکی نتوانست اسهال و آرام‌بخشی در مقاله (۶ میلی‌گرم) فقط روز اول، استفراغ را تخفیف دهد و بیمار ۳۶ مشخص نشده است اندانسترون (۸ میلی‌گرم سه ساعت بعد از بازگیری در بخش گزارش موردی) بار در روز) مراقبت‌های ویژه بستری شد. در بدو ورود بیمار خواب‌آلوده، دارای پوست سرد و انتهای سیانوتیک بود. شدیداً دهیدراته بود و آزمایش‌ها نارسایی حاد کلیوی را نشان می‌داد. بعد از پذیرش خدمت‌گیرنده سریعاً هیدراته شد. اسهال چند روز طول کشید. بهبودی کامل در عرض ۲ هفته رخ داد.

خانم ۴۵ ساله ۱۰۰ میلی‌گرم در روز متادون متادون و ۴ میلی‌گرم در روز آلپرازولام مصرف می‌کرد (توصیه به قطع آلپرازولام پیش از بازگیری): ۱۲ روز پیش از بازگیری سم‌شناسی متادون و بنزودیازپین‌ها مثبت بود. متادون قطع شد اما آزمایش غربالگری متادون روز پیش از بازگیری منفی بود. پس از بازگیری، بیمار برای کنترل اضطراب آلپرازولام را بدون تجویز پزشک مصرف نمود.

شیرمن بازگیری فوق‌سریع
۲۰۰۱ گزارش موردی)



بیمار احساساتی نظیر تجربه «بد
تریپ»، بدبینی به کارکنان و توهم
شنوایی را گزارش نمود. در حال
بازگیری از بنزودیازپین‌ها استفاده شد.
در زمان خارج کردن لوله و چند
ساعت بعد علی‌رغم هوشیاری کامل
بیمار بی‌قرار بود. علایم در عرض ۲۴
ساعت برطرف شد.

در ایران نیز نتایج بازگیری با روش فوق‌سریع در چند گزارش مجموعه موارد،
مورد توجه قرار گرفته است. در یک مطالعه (یاسینی و همکاران ۱۳۸۰) نتایج
درمان ۲۵ نفر معتاد به مواد مخدر به روش بازگیری فوق‌سریع با بی‌هوشی
عمومی و تزریق آنتاگونیست‌های مواد مخدر (نالوکسان) گزارش شد. نتایج این
مطالعه نشان داد شدت علایم ترک اندازه‌گیری شده با مقیاس ترک مواد افیونی
(۶۴-۰) پایین ($4/92 \pm 4/14$) است. در این مطالعه عوارض قلبی، عروقی در طول
دوره بی‌هوشی برای برخی بیماران گزارش شد که با مداخله درمانی متناسب
کنترل گردید. در یک مجموعه موارد دیگر (تیموری و همکاران ۱۳۸۵) نتایج
درمان بازگیری فوق‌سریع در ۱۱۲ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای
عشایر خرم‌آباد گزارش شد. روش بی‌هوشی استفاده شده و میزان تکمیل دوره
بازگیری گزارش نشد. بیماران پس از تکمیل بازگیری فوق‌سریع تحت درمان با
نالتراکسون قرار گرفتند اما میزان پایبندی به رژیم نالتراکسون گزارش نشده
است. در پیگیری شش ماهه ۱۰۴ نفر شرکت داشتند که از این تعداد ۹۰ نفر
($86/5\%$) در طول شش ماه اخیر سوءمصرف مواد نداشتند. سن بیماران، نوع ماده
مورد سوءمصرف، مدت زمان مصرف با موفقیت درمان ارتباطی نشان نداد، اما
شاغل بودن به صورت معنی‌داری با موفقیت بیش‌تر در ترک در پیگیری شش
ماهه همراه بود ($92/5\%$ در مقایسه با $66/6\%$). میزان حفظ پرهیز شش ماهه



گزارش شده در این مطالعه به صورت قابل توجهی از مقادیر گزارش شده در مطالعات مشابه بالاتر است و این می‌تواند به علت ثبت نتایج پرهیز براساس گزارش شخصی شرکت‌کنندگان باشد. عوارض همراه با بی‌هوشی در این مطالعه دیده نشد.

نجفی و همکاران (۱۳۸۷) نتایج درمان ۹۰ بیمار را با استفاده از روش بازگیری فوق‌سریع گزارش نمودند. در این مطالعه ابتدا به مدت ۴۸ ساعت برای تمام شرکت‌کنندگان مورفین تجویز شد و ۶ ساعت پیش از شروع بازگیری، دوز مورفین قطع شد. داروهای مورد استفاده در بی‌هوشی ذکر نشده‌اند، اما برای کنترل عوارض بعد از بازگیری فوق‌سریع از رانیتیدین و لوپرامید استفاده نشد. شدت ترک با استفاده از مقیاس‌های عینی و ذهنی ترک مواد افیونی (۱، ۶ و ۲۴ ساعت بعد از بازگیری) و حفظ پرهیز با استفاده از آزمایش ادرار ارزیابی شد. یک سال بعد از بازگیری فوق‌سریع بیماران پیگیری شدند. امکان دسترسی به ۱۳ بیمار فراهم نشد. از ۷۷ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه ۶۰ نفر (۷۸٪) در پیگیری‌های به عمل آمده به مصرف مواد برگشته بودند. ۵۰٪ آن‌ها در عرض ۳ ماه، ۱۸٪ در عرض ۳-۶ ماه، ۶٪ در فاصله ۶ ماه تا یک سال و بالاخره ۳ درصد بعد از یک سال عود کردند. عوارض مرتبط با بی‌هوشی گزارش شده به شرح زیر بود: برادی‌کاری (۴ مورد: ۳ مورد ناشی از کلونیدین و ۱ مورد ناشی از تزریق وریدی اکتروید) که با تجویز آتروپین درمان شد؛ تاکی‌کاردی (۲ مورد)؛ فشار خون بالا (۳ مورد)؛ استفراغ بعد از بی‌هوشی (۴ مورد، ۳ مورد آن در بیمارانی بود که از اکتروید زیرجلدی پیش از شروع بازگیری و انفوزیون در طول دوره استفاده نشده بود). عوارض روان‌پزشکی ثانویه به بازگیری فوق‌سریع، انتوباسیون مشکل، هیپوکسی، لارنگواسپاسم، پنوموتوراکس و مرگ گزارش نشد.

در یک کارآزمایی بالینی ۹۵ بیمار مرد و ۵ بیمار زن به صورت تصادفی در ۲ گروه درمان بازگیری فوق‌سریع وارد شدند. در این مطالعه برآیندهای بی‌هوشی



مورد توجه قرار گرفته و برآیندهای درمان اعتیاد شامل میزان تکمیل دوره بازگیری، میزان حفظ پرهیز و شدت علائم ترک تجربه شده، گزارش نشده‌اند. به کلیه شرکت کنندگان شب قبل از بازگیری فوق‌سریع ۰/۲ میلی‌گرم کلونیدین تجویز شد. یک ساعت پیش از شروع بازگیری، ۰/۲ میلی‌گرم کلونیدین و ۵ دقیقه پیش از شروع بازگیری، ۲۰ میلی‌گرم نالترکسون خوراکی و ۵ میلی‌گرم میدازولام وریدی تجویز شد. در هر دو گروه بی‌هوشی با تیوپنتال و ۶ میلی‌گرم پانکورونیوم شروع شد و ادامه شل‌کنندگی عضلانی حین بی‌هوشی با پانکورونیوم انجام شد. ادامه بی‌هوشی در گروه اول (۴۷ مرد و ۳ زن) با هالوتان به میزان ۱/۰، ۵۰٪ اکسیدازت و ۵۰٪ اکسیژن و تجویز مرتب نالوکسان حین بی‌هوشی به مقدار ۱۵ میلی‌گرم با پمپ تزریقی به مدت ۴ ساعت انجام شد و در گروه دوم (۴۴ مرد و ۶ زن) ۵۰ سی‌سی پروپوفول به مدت ۴ ساعت تجویز شد. برای پیشگیری از اسهال در میانه دوره بازگیری، ۲ سی‌سی سندوستاین زیرجلدی و برای پیشگیری از تهوع پیش از شروع بازگیری، ۳۰۰ میلی‌گرم سایمتیدین و ۱۰ میلی‌گرم متوکلوپرامید تجویز شد. در پایان دوره بازگیری اثر داروی شل‌کننده عضلانی با تجویز نتوستیگمین و آتروپین از بین برده شد. بیماران یک روز قبل از بازگیری بستری و ۲ روز بعد ترخیص شدند. برای درمان ورم ریه در صورت بروز از ۲۰۰-۱۰۰ میلی‌گرم هیدروکورتیزون، ۸ میلی‌گرم دگزامتازون وریدی، سرم آمینوفیلین و سالبوتامول استفاده شد. میزان بروز ورم ریه در هر دو گروه مشابه بود (۶٪). احتباس ادراری در ۵ بیمار مرد دیده شد (۳ نفر از گروه هالوتان و ۲ نفر از گروه پروپوفول). ۹ نفر از بیماران گروه اول (۱۸٪) و ۴ نفر از بیماران گروه دوم (۸٪) تهوع استفراغ خفیف تا متوسط را تجربه کردند. نتایج این مطالعه نشان داد بی‌هوشی وریدی با پروپوفول به میزان قابل توجهی تهوع و استفراغ کم‌تری در مقایسه با بی‌هوشی استنشاقی با هالوتان ایجاد می‌کند.



پیوست ۴: ارزیابی همه‌گیری‌شناختی نیاز به خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد

در جدول زیر نحوه محاسبه میزان نیاز به خدمات بستری برای تأمین خدمات بازگیری و تثبیت به ازای هر ۵۰۰ هزار نفر جمعیت آرایه شده است. خدماتی که به طور معمول در یک مرکز بستری تأمین می‌شود شامل بازگیری مدیریت‌شده، ارزیابی و تثبیت است.

جدول ۱۱: تعداد تخت مورد نیاز خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد به ازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت

ردیف	شاخص	مقدار
بازگیری		
۱	جمعیت وابسته به مواد	۱۲۰۰۰۰
۲	نسبت افراد وابسته به مواد که نیاز به بازگیری دارند (در سال)	۰/۷۵
۳	تعداد افراد وابسته به مواد که نیاز به بازگیری دارند (در سال)	۹۰۰۰۰
۴	نسبت افراد وابسته به مواد که نیاز به بازگیری در جایگاه بستری دارند (در سال)	۰/۱
۵	تعداد افراد وابسته به مواد که نیاز به بازگیری در جایگاه بستری دارند (در سال)	۹۰۰۰
۶	نسبت افراد وابسته به مواد که در طول سال با خدمات درمانی تماس دارند	۰/۳
۷	تعداد مراجعه‌کنندگان وابسته به مواد که نیاز به خدمات بازگیری در جایگاه بستری دارند (در سال)	۲۷۰۰۰
۸	نسبت پذیرش مجدد در خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد	۰/۰۵
۹	تعداد موارد پذیرش مجدد مراجعه‌کنندگان وابسته به مواد که نیاز به خدمات بازگیری در جایگاه بستری دارند	۱۳۵۰
۱۰	مجموع دوره‌های درمان بازگیری مورد نیاز برای پذیرش مراجعه‌کنندگانی که نیاز به خدمات بازگیری بستری دارند (در سال)	۲۸۳۵۰
۱۱	مجموع دوره‌های درمان بازگیری مورد نیاز برای پذیرش مراجعه‌کنندگانی که نیاز به خدمات بازگیری بستری دارند (در ماه)	۲۳۶۲/۵
۱۲	میانگین طول مدت اقامت در جایگاه بستری برای بازگیری (بر حسب ماه)	۰/۷۵



ادامه جدول ۱۱: تعداد تخت مورد نیاز خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد به ازای

۵۰۰ هزار نفر جمعیت

۱۳	تعداد تخت مورد نیاز برای تأمین خدمات بازگیری بستری برای مراجعه‌کنندگان برای ۱۷۷۱/۸۷۵ کل جمعیت
۱۴	تعداد تخت مورد نیاز برای تأمین خدمات بازگیری بستری برای مراجعه‌کنندگان به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
تثبیت	
۱	نسبت افراد وابسته به مواد که نیاز به درمان جایگزین با داروهای آگونست دارند ۰/۲۵
۲	تعداد افراد وابسته به مواد که نیاز به درمان جایگزین با داروهای آگونست دارند ۳۰۰۰۰۰
۳	نسبتی از افراد که نیاز به تثبیت درمان جایگزین در جایگاه‌های بستری دارند (در سال) ۰/۱
۴	تعداد کسانی که نیاز به تثبیت درمان جایگزین در جایگاه‌های بستری دارند (در سال) ۳۰۰۰۰
۵	نسبت افراد وابسته به مواد که در طول سال با خدمات درمانی تماس دارند ۰/۳
۶	تعداد مراجعه‌کنندگان در سال که به تثبیت درمان جایگزین در جایگاه‌های بستری نیاز دارند ۹۰۰۰
۷	تعداد مراجعه‌کنندگان در ماه که به تثبیت درمان جایگزین در جایگاه‌های بستری نیاز دارند ۷۵۰
۸	میانگین طول مدت اقامت در جایگاه بستری برای تثبیت (بر حسب ماه) ۰/۵
۹	تعداد تخت مورد نیاز برای تأمین خدمات تثبیت برای مراجعه‌کنندگان (در ماه) ۳۷۵
۱۰	تعداد تخت مورد نیاز برای تأمین خدمات تثبیت برای مراجعه‌کنندگان به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ۲/۶۸
مجموع تخت‌های مورد نیاز برای تأمین خدمات بازگیری و تثبیت به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
۱	مجموع تخت‌های مورد نیاز برای تأمین خدمات بازگیری و تثبیت به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ۱۵/۳۳
۲	ضریب اشغال تخت ۰/۷۵
۳	تخت‌های مورد نیاز برای تأمین خدمات بستری درمان اعتیاد به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت (با در نظر گرفتن ضریب اشغال معادل ۰/۷۵) ۲۰/۴۴
۴	نسبت بیمارانی که نیاز به بستری در بخش تخصصی درمان سوءمصرف مواد دارند ۰/۲۵
۵	تعداد تخت بستری مورد نیاز در مراکز بستری درمان سوءمصرف مواد به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ۱۵/۳۳
۶	تعداد تخت بستری مورد نیاز در بخش‌های تخصصی درمان سوءمصرف مواد به ازای هر ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ۵/۱۱