





راهنمای جامع مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد

گردآورنده:

دکتر معصومه معارف‌وند

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با همکاری انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران

سرشناسه : معارف‌وند، معصومه، ۱۳۵۲ - گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور : راهنمای جامع مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد/
گردآورنده معصومه معارف‌وند؛ با همکاری انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران.
مشخصات نشر : تهران: سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری : ۲۳۲ ص: جدول، نمودار .
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۶۵۶۹-۵۸-۱
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتابنامه.
موضوع : معتادان به مواد مخدر -- خدمات اجتماعی
موضوع : خدمات اجتماعی
موضوع : اعتیاد -- جنبه های اجتماعی
شناسه افزوده : انجمن علمی مددکاران اجتماعی ایران
شناسه افزوده : سازمان بهزیستی کشور
رده بندی کنگره : HV۵۸۰/۱/م۵۵۵۲ ۱۳۹۴
رده بندی دیویی : ۳۶۲/۳۹۳
شماره کتابشناسی ملی : ۳۹۳۸۲۹۹



انتشارات سازمان بهزیستی

راهنمای جامع مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد

گردآورنده: دکتر معصومه معارف‌وند / نازنین عین البقین / لیلا ارشد

ناشر: سازمان بهزیستی کشور

مجری: اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل

ناظر طرح: حسن اسدی

طراح جلد: سید مجید برقانی

ویراستار: شیدا محمدطاهر

صفحه آرایی: آرزو کرمی

چاپ اول: ۱۳۹۴

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: اهدایی

فهرست مطالب

پیش‌گفتار.....	۹
نحوه تهیه راهنما.....	۳۹
اصول و ارزش‌های مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد.....	۴۱
راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان اقامتی میان‌مدت.....	۴۳
راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی در درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد.....	۶۵
راهنمای مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در درمان سرپایی سوءمصرف مواد(از نوع درمان نگهدارنده).....	۸۹
راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی در کاهش آسیب سوءمصرف مواد.....	۱۱۵
راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی در خدمات پس از ترخیص از مراکز درمان سوءمصرف مواد.....	۱۳۵
راهنمای مددکاران اجتماعی در پیشگیری اجتماع‌محور از عود اعتیاد	۱۵۹
مراقبت از خود	۱۷۹
منابع.....	۱۸۱
پیوست‌ها	۱۹۷

مقدمه رئیس سازمان

نجات معتاد نجات یک فرد نیست، نجات یک جامعه است.

(از بیانات امام خمینی در جمع اعضای مؤسسه اسلامی مبارزه با اعتیاد - ۵۸/۱۰/۶)

سالیان متمادی است که سازمان بهزیستی کشور، به عنوان پرچمدار پیشگیری و درمان اعتیاد، در تکاپوی دائمی است تا با اعتیاد به عنوان یک مشکل اجتماعی مقابله کند و همواره تلاش جهت ایجاد نگرش علمی و تبیین اهمیت دیدگاه کل نگر در امر کاهش تقاضای اعتیاد، جزو اهداف اصلی سازمان بوده است. جریان سازی کاهش تقاضای مواد و تنویر ابعاد گوناگون آن، همزمان با معرفی و ایجاد نمونه اجرایی اقدامات کاهش تقاضا، حمایت یابی، بازاریابی، آموزش و پژوهش در این حوزه از برنامه های اصلی سازمان بهزیستی به منظور کاستن از حجم اعتیاد به مردم این سرزمین بوده است. نگاهی به تاریخچه اعتیاد و شیوه های مبارزه با آن در قالب بررسی های علمی و تحلیل های کارشناسی، نشان دهنده اثربخشی برخی مداخلات و نامؤثر بودن گروهی دیگر است. تکرار اشتباهات و برخورد هیجانی با معضلات اجتماعی، معمولاً نقض غرض است و این مهم در خصوص آسیب اجتماعی بزرگی به نام اعتیاد بیشتر خود را نشان می دهد؛ چراکه راه اصلی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد از مسیر ترویج سبک زندگی مبتنی بر تعقل، ارزیابی واقعیت، تعلق اجتماعی و در نهایت پذیرش تعامل فرد و جامعه در بستر زندگی روزمره می گذرد.

از دیدگاه سازمان بهزیستی کشور، اعتیاد یک مشکل چندوجهی با ابعاد عمیق اجتماعی است، بنابراین برای حل آن بایستی بر اقدامات اجتماعی تأکید ورزید. اولویت نخست، پیشگیری از اعتیاد و ارتقای کیفیت زندگی آحاد جامعه است، اما فراهم کردن خدمات درمان و کاهش آسیب برای کسانی که دچار این مشکل شده اند، در اولویت بندی سیاست های سازمان در سطح ملی است.

همان گونه که اشاره شد، بُعد اجتماعی فرد در شکل گیری و البته بازگشت فرد به جامعه اهمیت اساسی دارد؛ موضوعی که سازمان بهزیستی، به عنوان یکی از متولیان اصلی حوزه رفاه اجتماعی کشور، همواره در برنامه ریزی های خود به آن توجه جدی داشته است.

در این راستا، با برنامه ریزی و مشارکت موسع کارشناسی و منطبق با اسناد بالادستی و مأموریت های محوله، از جمله سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور، نمای کلی و نقشه راه اقدامات مورد نیاز در مسیر جریان سازی و ارائه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سازمان بهزیستی طراحی شده است. راهنمای حاضر که به همت معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی کشور و توسط انجمن علمی

مددکاران اجتماعی با مشارکت و همکاری محققان، مدیران و کارشناسان فرهیخته سازمان تهیه شده، بر این واقعیت استوار است که تنها زمانی می‌توان درمان اعتیاد را همه‌جانبه و مؤثر دانست که ایجاد مشکل و بهبود فرد را در بستر محیط اجتماعی فرد دید.

مددکاری اجتماعی به‌عنوان یک دانش عمیق و انسانی، ابزاری را فراهم می‌کند تا با دیدگاه انسانی، مهربانانه و اخلاقی به آسیب‌دیدگان اجتماعی، آن‌ها را در جهت توانمند شدن برای پذیرش خود به‌عنوان فردی مسئول در سرنوشت خویش و جامعه، یاری رساند.

بر این باورم که جای خالی راهنمای حاضر در برنامه‌های درمان و کاهش آسیب کشور کاملاً مشهود بود و بر خود واجب می‌دانم از تهیه‌کنندگان این راهنما، مدیران فعلی و سابق و کارشناسان معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد که مجدانه در تبدیل این مفاهیم به ابزار قابل استفاده کوشیده‌اند، تشکر و سپاس‌گزاری کنم. امیدوارم این دستاورد راهی بگشاید در گسترش نگاه اجتماعی به موضوعات اجتماعی. در پایان از خداوند متعال برای تلاش‌گران این مجموعه عافیت می‌طلبم و امیدوارم با پی‌گیری نتایج استفاده از این مفاهیم، روزبه‌روز بر غنای عملیاتی این دیدگاه بیفزایند.

پیش‌گفتار

راهنمای جامع مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد توسط انجمن علمی مددکاری اجتماعی و به سفارش سازمان بهزیستی کشور برای اولین بار تهیه شدند. مداخلات مددکاری اجتماعی در درمان اقامتی میان‌مدت، درمان اقامتی بلندمدت، درمان سرپایی از نوع نگهدارنده، کاهش آسیب، خدمات پس از ترخیص و پیشگیری اجتماع‌محور از عود در این راهنماها به‌طور اختصاصی مورد توجه قرار گرفتند. این راهنماها جزوه‌های آموزشی نیستند، از این رو در آن‌ها تکنیک‌ها به‌طور مفصل شرح داده نشده‌اند. تلاش بر این بوده است که علاوه بر مشخص کردن نوع خدمات مددکاری اجتماعی در این حوزه‌ها، فرایند مداخله نیز برای مددکاران اجتماعی ترسیم شود. در عین حال در همه راهنماها اصول اخلاقی که مددکار اجتماعی باید به آن‌ها متعهد باشد، نیز ذکر شده‌اند.

ارائه خدمات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد مستلزم فراهم کردن پشتوانه‌های قانونی، بازنگری دستورالعمل‌ها و حمایت سازمان‌های متولی به‌خصوص سازمان بهزیستی کشور است.

رویکرد علمی جناب آقای دکتر براتی سده و حمایت‌های تعیین‌کننده ایشان شرایط را برای تهیه این مجموعه فراهم کرد. از ایشان بی‌نهایت سپاس‌گزاریم.

سرکار خانم‌ها امیری و صابری و جناب آقایان اسدی و دکتر روشن‌پژوه در دفتر پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور در طول مدت تهیه راهنمای جامع مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد بسیار همراه و کمک‌کننده بودند. از آن‌ها برای این‌که شرایط را برای تدوین راهنمای مذکور فراهم کردند، قدردانی می‌کنیم. از همکاری جناب آقای گلچویی معاون محترم پیشگیری سازمان بهزیستی استان مازندران و گروه آموزشی مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی نیز به دلیل حمایت‌هایی که از تیم تدوین‌کننده کردند، متشکریم.

به‌طور ویژه از مددکاران اجتماعی که به‌طور فعال در تهیه راهنماها مشارکت داشتند، قدردانی می‌کنیم. به‌خصوص حضور سرکار خانم‌ها ثابت، عباسی، کرمی، تدین و محسنی و آقایان دانایی‌فر، مغنی‌باشی، ندایی و لطفی در تیم تدوین بسیار راه‌گشا و مغتنم بود.

در این مجموعه پس از مرور منابع و شرح مختصر نحوه تهیه راهنماها، جزئیات هر یک از راهنماها آورده شده است. امیدواریم تهیه این اسناد فرصتی جدید برای ارائه خدمت با کیفیت بیشتر به گروه‌های هدف در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد فراهم آورد.

دکتر معصومه معارف‌وند

نازنین عین‌الیقین

لیلا ارشد

مقدمه

مددکار اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان و کاهش آسیب اعتیاد امکان ارائه خدمات ضروری و جامع به گروه هدف فراهم می کند. پژوهش های متعدد نشان داده اند که ضعف برنامه های درمانی در اقدامات مربوط به فعال کردن خانواده در فرایند درمان، نبود یا نقص چشم گیر خدمات پس از ترخیص، اهتمام اندک نسبت به اجرای برنامه های اجتماع محور و مواردی نظیر این، دلایل مهمی در عودهای مکرر بیماران به شمار می روند. مددکار اجتماعی با مشارکت فعال در تیم درمان و توجه خاص به موارد فوق می تواند شرایط را به گونه ای فراهم کند که موفقیت در درمان افزایش یابد. از سوی دیگر حضور مددکاران اجتماعی در مراکز کاهش آسیب نیز اثربخشی خدمات این مراکز را افزایش خواهد داد. برای مثال پی گیری وضعیت کودکان تحت نظارت و سرپرستی مراجعه کنندگان به مراکز کاهش آسیب اقدامی بسیار مهم در برنامه های کاهش آسیب تلقی می شود که با حضور مددکار اجتماعی به طور منسجم و حرفه ای قابل اجرا خواهد بود.

وظایف متعددی برای مددکاران اجتماعی بر شمرده شده است. گالوانی (۲۰۱۱) در مرور گزارش های رسمی و علمی مربوط به خدمات مددکاری اجتماعی ویژه سوءمصرف کنندگان مواد مهم ترین اقداماتی را که به عنوان زمینه های اصلی فعالیت مددکاران اجتماعی معرفی شده بودند، به شرح زیر طبقه بندی کرد:

- مددکاری اجتماعی با کودک و خانواده سوءمصرف کننده مواد
 - خدمات مددکاری اجتماعی ویژه افراد بی خانمان سوءمصرف کننده مواد
 - خدمات مددکاری اجتماعی در مورد بیماری روانی و سوءمصرف مواد
 - سوءمصرف مواد و خدمات مددکاری اجتماعی در مورد سالمندان، معلولان و خشونت خانگی
- در همه این زمینه ها بر ضرورت ارائه خدمات در چهارچوب مدیریت تأکید شده است.

پنج نقش اصلی برای مددکاری اجتماعی در حوزه سوءمصرف مواد پیشنهاد شده است؛ آموزش، واسطه گری، میانجی گری و حمایت یابی، مدیریت مورد و قادرسازی (گالوانی، ۲۰۱۱). روبرتز و همکاران (۲۰۰۲) نیز واسطه گری، اقدامات ویژه پیشگیری از عود، ارائه خدمات پس از ترخیص و حمایت یابی را به عنوان وظایف مددکاران اجتماعی در اجتماع های درمان مدار پیشنهاد کردند. علاوه بر این اشتغال، مدرسه، برنامه برای سالمندان و مداخلات اجتماع محور (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۶) ارجاع مانند ارجاع به مراکز درمانی در مورد سوءمصرف کنندگانی که هم زمان به بیماری روانی مبتلا هستند (هال و همکاران، ۲۰۰۰) از جمله مهم ترین وظایف مددکار اجتماعی در این حوزه معرفی شده اند.

در ادامه پس از مرور سریع تاریخچه، رویکردها و اصول اخلاقی مددکاری اجتماعی در حوزه درمان اعتیاد به وظایفی پرداخته خواهد شد که برای مددکاران اجتماعی پیش‌بینی شده‌اند. همه مطالب این بخش بر اساس اسناد و منابع منتشرشده موجود طبقه‌بندی شده‌اند. به این ترتیب به تجربه‌های ثبت‌نشده خارجی و داخلی اشاره نشده است. مهم‌ترین منابع مطالعه‌شده برای مرور ادبیات از بانک‌های اطلاعات، ScienceDirect، PubMed، Ovid، Wiley، Springer، SID و NASW به دست آمدند.

لازم به توضیح است که بخشی از خدماتی که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود، از جمله خدماتی هستند که به‌طور معمول به عهده مددکاران اجتماعی است. برای مثال عموماً جنس خدماتی که برای حمایت پس از ترخیص ارائه می‌شوند، یا مداخلاتی که در سطح خانواده انجام می‌گیرند، از نوع مددکاری اجتماعی است، یا حمایت از کودکان حوزه‌ای است که مددکاران اجتماعی بیش از متخصصان سایر رشته‌ها در آن فعال هستند و برای مددکار در شرایطی که کودک با والدین معتاد زندگی می‌کند، وظایف مشخصی تعیین شده است. از این رو چنین خدماتی در فهرست خدمات قابل ارائه توسط مددکاران اجتماعی گزارش شده است.

در عین حال وظایف دیگری برای مددکاران مورد توجه قرار گرفته‌اند که وظیفه سایر اعضای تیم درمان نیز به شمار می‌روند. برای مثال مصاحبه انگیزشی نوعی از مصاحبه است که همه اعضای تیم باید با آن آشنا باشند و بتوانند به‌درستی آن را در تعامل با مراجعان اجرا کنند. مددکار اجتماعی نیز به‌عنوان یکی از اعضای تیم می‌بایست بر این روش مصاحبه تسلط کافی داشته باشد.

نکته دیگری که باید به آن اشاره شود، این است که تدوین‌کنندگان این مجموعه قصد نداشته‌اند نحوه و تکنیک‌های اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی را با جزئیات و به تفصیل ذکر کنند. برای مثال از نظر تدوین‌کنندگان ضرورتی نداشت که جزئیات خانواده‌درمانی ساختاری در این مجموعه آورده شود. یکی از مهم‌ترین خاستگاه‌های خانواده‌درمانی مددکاری اجتماعی با خانواده است و آموزه‌های خانواده‌درمانی که مددکارانی مانند ستیر در توسعه آن‌ها نقش چشم‌گیری داشته‌اند، به‌عنوان مباحث تخصصی به مددکاران اجتماعی آموزش داده شده است. بنابراین با توجه به آشنایی مددکاران اجتماعی با رویکردهای مختلف خانواده‌درمانی، اشاره به عناوین این رویکردها برای شناخت چهارچوب مداخلات مددکاری اجتماعی کفایت خواهد کرد.

تاریخچه مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد

بررسی گزارش‌ها و مطالعات مروری در مورد مددکاری اجتماعی در حوزه اعتیاد نشان می‌دهد مددکاران اجتماعی به‌طور سنتی با سوءمصرف‌کنندگان مواد کار نمی‌کردند و در صورتی که به سوءمصرف‌کنندگان مواد خدمتی ارائه می‌دادند، به‌طور مستقیم به دلیل این مشکل نبود. به نظر می‌رسد تا مدت‌ها رویکردهای حاکم بر درمان اعتیاد بر مشارکت حرفه‌های مختلف، از جمله مددکاری اجتماعی در فرایند درمان تأثیرگذار بوده است. مطالعه اسناد موجود نشان می‌دهد در دوره‌هایی که اعتیاد به‌عنوان جرم و پس از آن به‌عنوان یک وابستگی جسمی تلقی می‌شد، حضور مددکاران اجتماعی در مداخلات مربوط به اعتیاد بسیار کم‌رنگ بود. علاوه بر این گسترش روش‌های درمانی خودیار و اصرار بر عدم استفاده از متخصصان نیز حضور مددکاران اجتماعی در فرایند درمان را با تأخیر بیشتری روبه‌رو کرد. در این دوره‌ها مددکاران اجتماعی عموماً بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد را ارجاع می‌دادند (نگاه کنید به لمانسکی، ۲۰۰۱؛ هومن و همکاران، ۲۰۰۶). تا دهه ۱۹۹۰ پیشنهادهایی در مورد نقش مددکاران در این حوزه مطرح می‌شد، اما این پیشنهادها مبتنی بر پژوهش نبودند. پس از دهه ۱۹۹۰ بود که مددکاری اجتماعی ویژه سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌عنوان یک حوزه تخصصی مورد توجه بیشتری قرار گرفت. به هر حال خدمات مددکاری اجتماعی در سایر حوزه‌ها مانند رفاه کودک، خشونت خانگی و سلامت همواره با سوءمصرف مواد هم‌پوشانی‌های بسیاری داشته است.

پس از دهه ۱۹۹۰ نیز باوجود این که مددکاری اجتماعی وارد حوزه درمان اعتیاد شده بود و در عین حال بسیاری از مراجعان مددکاران اجتماعی با سوءمصرف مواد مرتبط بودند، هم‌چنان دانش مددکاران اجتماعی در این حوزه محدود بود (لورن و همکاران، ۲۰۱۰).

در بررسی انجام‌شده توسط NASW مشخص شد باوجود این که ۷۱ درصد مددکاران شرکت‌کننده در مطالعه اعلام کرده بودند ظرف یک سال گذشته با مراجع سوءمصرف‌کننده مواد مواجه شده‌اند، ۵۳ درصد آن‌ها هیچ نوع آموزشی در مورد این گروه ندیده بودند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۶).

فقدان آموزش، ناآگاهی در حوزه سوءمصرف مواد، دیدگاه قالبی در مورد مصرف‌کنندگان مواد، تصور این که افرادی که مشکل سوءمصرف مواد دارند، برای دیگران خطرناک‌اند، فقدان اعتماد برای انجام مداخله، عدم همکاری بین بخشی و استفاده از یک مدل برای همه افراد، از جمله مهم‌ترین مشکلات مددکاران اجتماعی در حوزه کار با سوءمصرف‌کنندگان مواد برشمرده شده‌اند (گالوانی، ۲۰۱۱؛ گالوانی و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوین، ۲۰۱۰؛ گالوانی و هوگز، ۲۰۰۸؛ گالوانی و فورستر، ۲۰۰۸؛ دینیتو، ۲۰۰۲).

بی‌تردید دانش و تجربه مددکاران اجتماعی در سال‌های اخیر ارتقا یافته است و تعداد زیادی از مددکارانی که در این حوزه مشغول کار هستند، به‌عنوان سرپرست گروه مشاوران فعالیت می‌کنند (نگاه کنید به بائر، ۲۰۰۵). مددکاران فعال در این حوزه تجربه‌ها و نتیجه پژوهش‌های خود را منتشر کرده‌اند (برای مثال نگاه

کنید به گالوانی، ۲۰۱۱؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۶؛ گودمن، ۲۰۰۹؛ انجمن ملی مددکاری اجتماعی آمریکا، ۲۰۰۵ و ۲۰۱۲) و در چهارچوب انواع روش‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سایر کشورها مشغول فعالیت هستند. مددکاری اجتماعی در حوزه درمان سوءمصرف مواد به‌طور گسترده‌تری در آمریکا به کار گرفته شده است. بررسی انجمن ملی مددکاری اجتماعی آمریکا نشان می‌دهد اغلب مددکاران اجتماعی که در حوزه درمان سوءمصرف مواد فعالیت می‌کنند، دارای مدرک کارشناسی ارشد هستند و تعدادی از آن‌ها مدرک کارشناسی دارند. در عین حال در برخی ایالات، مددکاران اجتماعی دارای مدارک تخصصی برای کار در حوزه درمان سوءمصرف مواد هستند. مددکاران اجتماعی در هر دو نوع مراکز درمان اقامتی (برای مثال MaineGeneral Montefiore و Residential Services، Butler Hospital) و سرپایی فعالیت می‌کنند.

مهم‌ترین فعالیت‌هایی که مددکاران اجتماعی در مراکز درمان اعتیاد انجام می‌دهند، شامل ارزیابی اولیه، طراحی برنامه مراقبت و ترخیص، مشاوره فردی و گروهی، آموزش مهارت‌های زندگی، خانواده‌درمانی چندبعدی، مداخله و مصاحبه‌های انگیزشی، ارجاع و حمایت‌یابی برای دستیابی به منابع اجتماعی، هماهنگی درمان و پی‌گیری برای ماندگاری فرد در درمان است.

رویکردها

در این جا قصد بر این نیست که نظریه‌ها و رویکردهای مددکاری اجتماعی را مرور کنیم یا به تشریح مدل‌های تبیین‌کننده اعتیاد بپردازیم. سعی بر این بوده است که به رویکردها یا مدل‌هایی که بر طراحی و ارائه خدمات مددکاری اجتماعی تأثیرگذار بوده‌اند، در این بخش اشاره شود. منابعی که به‌طور مشخص در مورد مددکاری اجتماعی در حوزه درمان اعتیاد منتشر شده‌اند، چند رویکرد یا مدل اصلی را که بیشتر توسط مددکاران در این حوزه مورد توجه و استفاده قرار گرفته‌اند، به شرح زیر معرفی می‌کنند.^۱

گودمن (۲۰۰۹) دو مدل برای مددکاری اجتماعی در حوزه درمان اعتیاد معرفی می‌کند:

مدل بیماری؛ که در آن سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌عنوان بیمار در نظر گرفته می‌شوند. به آن‌ها توضیح داده می‌شود که آن‌ها مبتلا به بیماری اعتیاد هستند و برای این که بیماری متوقف شود، باید از موقعیت‌هایی که می‌توانند بیمار را به سوی سوءمصرف مواد سوق دهند، اجتناب شود و

مدل چرخه تغییر؛ که در آن اعتیاد به‌عنوان چرخه مورد توجه قرار می‌گیرد. هر تجربه عود موجب می‌شود سوءمصرف‌کننده مواد دوباره این چرخه را از ابتدا آغاز کند. مددکار اجتماعی تلاش می‌کند با مشارکت مراجع

۱. از آنجایی که در این سند مجال شرح و تفصیل نظریه‌های مختلف وجود ندارد، به اشاره و توضیح مختصری در مورد هر یک از رویکردها اکتفا شده است.

تکرار چرخه را متوقف کند.

رویکرد مددکاری خانه‌محور / متمرکز بر خانواده

در این رویکرد مددکار به‌طور فعال‌تری عمل می‌کند. این مددکار است که به خانواده‌ای که عضو معتاد دارد، مراجعه می‌کند، تمایل آن‌ها را برای درمان بررسی می‌کند و در صورت تمایل آن‌ها مداخلات خانه‌محور و متمرکز بر خانواده را اجرا می‌کند (NASW، ۲۰۰۵؛ لارکین، ۲۰۰۳).

نظریه تاب‌آوری

کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) معتقدند تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است. بر اساس نظریه تاب‌آوری مددکار اجتماعی به مراجع کمک می‌کند بتواند در شرایط خطرناک ناشی از وسوسه مصرف مواد یا روبه‌رو شدن با انواع شروع‌کننده‌ها تعادل زیستی - روانی خود را حفظ کند. روبرتز و همکاران (۲۰۰۲) به کار گرفتن نظریه تاب‌آوری را توسط مددکاران اجتماعی در اجتماع‌های درمان‌مدار توصیه می‌کنند. آن‌ها معتقدند مددکاران اجتماعی با توجه به مهارت‌هایشان در سنجش و ارزیابی اولیه و پیشگیری از عود و در عین حال با تسلطی که بر نظریه تاب‌آوری و نحوه اجرای آن دارند، می‌توانند در افزایش اثربخشی اجتماع درمان‌مدار تأثیرگذار باشند.

مدیریت مورد

در منابع مختلف بر ضرورت استفاده از رویکرد مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد تأکید شده است (برای مثال نگاه کنید به گالوانی، ۲۰۱۱؛ گودمن، ۲۰۰۹؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶؛ برون و راپ، ۲۰۰۱). رویکرد مدیریت مورد بیش از هر چیز در مددکاری اجتماعی به‌عنوان ابزاری کارآمد برای پایش وضعیت مراجع استفاده شده است. مددکار اجتماعی در چهارچوب مدیریت مورد ارائه خدمات یکپارچه و هدفمند به مراجع را مدنظر قرار می‌دهد. بر اساس این رویکرد مددکار اجتماعی باید مطمئن شود خدمات مورد نیاز مراجع اعم از خدمات مددکاری اجتماعی و غیر از آن به اندازه کافی و در زمان مورد نیاز ارائه می‌شوند. از این رو مدیریت مورد نیازمند تعامل مستمر با اعضای تیم درمان/مداخله است.

اصول اخلاقی

انجمن ملی مددکاری اجتماعی آمریکا (۲۰۱۲) در استاندارد مددکاری اجتماعی با مراجعان سوءمصرف کننده مواد به اصول اخلاقی اشاره کرده است، اما به کدهای اخلاقی ویژه فعالیت مددکاران در این حوزه اشاره‌ای نکرده است. گودمن (۲۰۰۹) نیز به اشاراتی کلی در مورد اصول اخلاقی اکتفا کرده است. انجمن ملی مددکاری اجتماعی آمریکا (۲۰۱۲) به‌طور مشخص کدهای اخلاقی مورد تأیید این انجمن را که به صورت عمومی اصول اخلاقی را مورد توجه قرار داده است، مرجع اصلی کدهای اخلاقی که باید توسط مددکاران اجتماعی رعایت شوند، معرفی می‌کند.

انتخاب خدمت متناسب برای مراجعه کنندگان

روش‌های مختلفی برای انتخاب مداخله مناسب با بیماران سوءمصرف کننده مواد پیشنهاد شده است. در ادامه به یکی از آن‌ها اشاره می‌شود که خدمات متناسب با شرایط فرد را بر اساس سه مرحله مقدماتی (مرحله‌ای که بیمار به‌تازگی وارد درمان شده و تمام تمرکز بر پاک ماندن اوست. در این مرحله احتمال عود زیاد است و بین یک ماه تا یک سال ادامه می‌یابد)، میانی (پاکی ادامه یافته است. وسوسه مصرف وجود دارد اما بیمار می‌تواند آن را مدیریت کند. تغییراتی در سبک زندگی فرد روی آغاز می‌شود. برای این مرحله نیز یک سال پیش‌بینی شده است. احتمال دارد تعدادی از بیماران هیچ‌گاه به این مرحله نرسند و با عود به مرحله قبلی بازگردند) و نگهداری (نگرش‌های فرد تغییر کرده، رفتارهای مسئولانه دارد و بر جنبه‌های روانی اجتماعی زندگی که با اعتیاد نیز مرتبط نیستند، متمرکز می‌شود. این مرحله همواره ادامه خواهد داشت) معرفی کرده است. ASAM^۱ نیز روش مشخصی را برای انتخاب خدمت متناسب با شرایط بیماران سوءمصرف کننده مواد پیشنهاد می‌کند که خدمات ویژه مراجعان در پنج سطح مداخله پیشنهاد شده‌اند.

مداخله						مرحله بهبودی
پیشگیری از عود	فرایند بین فردی	حمایت	شناختی-رفتاری	مهارت سازی	روانی-آموزشی	
—	*	***	*	**	***	مقدماتی
***	***	**	**	**	*	میانی
—	***	*	**	—	—	نگهداری
راهنما: — نامناسب * گاهی لازم است. ** معمولاً لازم است. *** ضروری و بسیار مهم است.						

منبع: SAMHSA (۲۰۰۵)

در ساختار درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران انتخاب خدمت، متناسب با شرایط بیمار و مراحل درمان بر اساس راهنمای مشخصی انجام نمی‌شود. بی‌تردید همه اعضای تیم درمان می‌بایست از یک چهارچوب پیروی کنند تا ضمن پیشگیری از تداخل فعالیت‌ها بسته جامعی از خدمات برای مراجع فراهم شود.

وظایف برشمرده شده برای مددکاران اجتماعی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد

ثبات وضعیت خانوادگی و اجتماعی بیمار

تعامل با خانواده و فعال کردن آن در فرایند درمان یکی از مهم‌ترین وظایف مددکار اجتماعی به شمار می‌رود. این موضوع مستلزم ارزیابی از وضعیت خانواده بیمار است که معمولاً با مسئولیت مددکار اجتماعی انجام می‌شود. (گودمن، ۲۰۰۹؛ گالوانی، ۲۰۱۱) یانگ و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند باید اطلاعات در مورد خانواده با مشارکت فعال اعضای تیم درمان جمع‌آوری شود.

مصاحبه انگیزشی با بیمار و خانواده او

اسمیت و میرز (۲۰۰۸) معتقدند همه اعضای تیم مداخله می‌بایست به مهارت‌های مصاحبه انگیزشی مسلط باشند. گودمن (۲۰۰۹) بر ضرورت مصاحبه انگیزشی توسط مددکاران اجتماعی تأکید دارد و جزئیات مفصلی در مورد چگونگی انجام مصاحبه انگیزشی توسط مددکار اجتماعی در کتاب خود آورده است. از نظر اسمیت و میرز (۲۰۰۸) باید مصاحبه انگیزشی با خانواده بیمار نیز صورت گیرد. همان‌طور که گودمن آورده است، فرایند مصاحبه انگیزشی مددکاران اجتماعی تفاوت جدی با الگوی مصاحبه‌های انگیزشی ندارد. این مصاحبه‌ها می‌توانند توسط مددکار اجتماعی قبل از آغاز برنامه درمانی به منظور ترغیب بیمار برای درمان و در طول دوره درمان به منظور تشویق بیمار برای ماندگاری در درمان و جلب مشارکت خانواده و اجتماع بیمار در فرایند درمان انجام گیرند.

حمایت از کودکان^۱ در خانواده‌های دارای معتاد

احتمال کودک‌آزاری در شرایطی که مراقبان کودک سوء مصرف کننده مواد باشند، افزایش می‌یابد. یکی از مهم‌ترین عوامل سپرده شدن کودکان به مراکز شبانه‌روزی، اعتیاد است (بروک و مک دونالد، ۲۰۰۹). در صورت

۱. بر اساس ماده یک کنوانسیون حقوق کودک همه افراد زیر ۱۸ سال کودک تلقی می‌شوند.

سوءمصرف مواد توسط مادر درواقع کودک در دوره جنینی مورد آزار قرار می‌گیرد (مک کلنن، ۲۰۱۰؛ براگ، ۲۰۰۳). زندگی کودک با فرد در حال مصرف حتی می‌تواند در مواردی حیات او را تهدید کند. والدین معتاد عموماً بسیار ناکارآمد هستند و چندان توجهی به وضعیت کودکشان ندارند. در مواردی احتمال بهره‌کشی از کودکان در توزیع و خریدوفروش مواد و تن‌فروشی به‌طور جدی مطرح می‌شود.

این کودکان در زمینه‌های مختلفی نیاز به حمایت دارند. کلیور و همکاران (۱۹۹۷) برخی از مهم‌ترین واکنش‌های کودکان به سوءمصرف الکل یا مواد توسط والدین را به شرح زیر فهرست کرده‌اند: ترس از مرگ والدین، ترس از این‌که والدین آن‌ها را دوست ندارند، ترس از والدین وقتی که تحت تأثیر مواد هستند، گریه کردن، جست‌وجوی روابط با سایرین به‌عنوان راه مقابله، احساس مسئولیت در مورد کمک به والدین و پذیرفتن کمک به شرط این‌که به والدینشان کمک شود.

مطالعه استراسنر و براون (۲۰۰۲) نشان می‌دهد زنان صرف‌نظر از این‌که سوءمصرف‌کننده مواد باشند یا نه، تمایل دارند رابطه‌شان را با مرد سوءمصرف‌کننده مواد ادامه دهند. این در حالی است که مردان به‌طور کلی ترجیح می‌دهند زن سوءمصرف‌کننده مواد را ترک کنند. ترک زن سوءمصرف‌کننده مواد در وهله اول او را با مشکلات متعدد اقتصادی و اجتماعی مواجه می‌کند و موجب می‌شود بیشترین آسیب در این شرایط متوجه کودک شود. بی‌تردید در چنین شرایطی نیازهای پایه کودکان در سطح حداقلی نیز پاسخ داده نمی‌شوند.

از سوی دیگر سوءمصرف‌کنندگان مواد معمولاً در خانواده‌هایی زندگی کرده‌اند که والدین آن‌ها به اندازه کافی مهارت فرزندپروری ندارند. از این رو احتمال این‌که سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌عنوان والدین بتوانند رابطه مناسبی با فرزندشان برقرار کنند، بسیار کم است (استراسنر و فول، ۲۰۱۱). با افزایش تعداد زنان سوءمصرف‌کننده مواد تعداد خانواده‌هایی که زن و شوهر مبتلا به اعتیاد هستند، بیشتر شده است. در چنین شرایطی کودکان ناچارند یاد بگیرند که چگونه از خودشان مراقبت کنند و ویژگی‌های فرزند والدگونه در آن‌ها مشاهده می‌شود. به عبارت دقیق‌تر آن‌ها هستند که از والدینشان مراقبت می‌کنند.

ورنر و جانسون (۲۰۰۴) وضعیت کودکانی را که با والدین الکلی زندگی می‌کردند، در طول ۳۰ سال پی‌گیری کردند. این مطالعه از دو سالگی این کودکان آغاز شد. یافته‌ها حاکی از این بود که حمایت‌های خانواده گسترده و اجتماع محلی مهم‌ترین عاملی بود که بر رشد کودکان تأثیر گذاشته بود.

با توجه به وضعیت خاص کودکان در این خانواده‌ها حمایت از کودکان یکی از مهم‌ترین اولویت‌ها در ارائه خدمات به شمار می‌رود. پرداخت هزینه‌های رفت‌وآمد، آموزش، تغذیه، کمک‌های مالی، اشتغال والدین، درمان والدین، درمان بیماری‌های روانی و جسمانی کودکان، تأمین سرپناه، تأمین پوشاک، فراهم کردن امکان تفریح برای کودک و ... بخشی از خدماتی هستند که در قالب برنامه‌های حمایت از کودکان ارائه می‌شوند. مددکار اجتماعی موظف است مطمئن شود که نیازهای پایه کودک پاسخ داده می‌شود، در مکانی امن به سر می‌برد و

از آموزش متناسب با سنش برخوردار می‌شود. در عین حال برنامه‌ریزی برای تحقق رشد و تکامل همه‌جانبه کودک به عهده مددکار اجتماعی است. سایر حرفه‌ها نیز بی‌تردید در این فرایند مشارکت فعال خواهند داشت، اما مددکار اجتماعی به شیوه مدیریت مورد باید همواره وضعیت کودک را پی‌گیری کند و اقدامات لازم را برای تأمین نیازهای او انجام دهد.

خدمات ویژه زنان

زنان سوءمصرف‌کننده مواد به دلایل مختلف (مانند دلایل فرهنگی، محدودیت‌های مالی و ...) دسترسی کمتری به درمان دارند (برای مثال نگاه کنید به گورمن و همکاران، ۲۰۰۳؛ UNODC، ۲۰۰۴) و محدودیت‌ها و دشواری‌های بیشتری را تجربه می‌کنند. بارداری، مراقبت از فرزندان، خشونت خانگی، تن‌فروشی، فقر و ... از جمله موارد دیگری هستند که موجب شده است در بسیاری از برنامه‌های درمانی و حمایتی سوءمصرف‌کنندگان مواد بسته‌های خدماتی ویژه زنان در نظر گرفته شود. در ادامه شواهد علمی که در مورد این خدمات طبقه‌بندی شده‌اند، گزارش می‌شود.

زنان باردار

پس از گسترش سوءمصرف کراک در آمریکا در دهه ۱۹۸۰ ایالات مختلف برای روبه‌رو شدن با پدیده بارداری زنان سوءمصرف‌کننده کراک قوانین مختلفی را وضع کردند. این قوانین تنوع بسیاری داشتند و علاوه بر جرم تلقی کردن مصرف مواد غیرقانونی توسط زنان باردار، خدماتی را نیز برای این گروه پیش‌بینی می‌کردند. از جمله می‌توان به اولویت قائل شدن برای درمان این گروه، تأمین هزینه‌های درمان، خدمات حمایت از کودکان، آزمایش‌های دوره‌ای و شناسایی گروه هدف، آگاهسازی و آموزش آن‌ها اشاره کرد (استیو، ۲۰۰۴).

بیشتر برنامه‌های مداخله در مورد مادران باردار سوءمصرف‌کننده مواد با برنامه‌هایی در مورد مادرانی طراحی شدند که الکل مصرف می‌کردند و تحت مراقبت‌های کلینیکی دوره بارداری قرار داشتند. نتیجه این مداخلات نشان می‌دهد بسیاری از مادران حداقل در دوره بارداری سوءمصرف مواد و استفاده از الکل را متوقف کردند. اما نکته اصلی این است که بسیاری از زنان بارداری که مصرف سنگین مواد دارند، تحت مراقبت‌های بارداری قرار نمی‌گیرند (ملنیکوف و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسکالفولم و همکاران، ۱۹۹۱؛ سونیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ فریدمن و همکاران، ۲۰۰۹).

بهترین وضعیت این است که زنان سوءمصرف‌کننده مواد قبل از بارداری از برخی خدمات برخوردار شوند تا آگاهی‌های لازم برای پیشگیری از بارداری به آن‌ها داده شود (استراسنر و فول، ۲۰۱۱).

مادران باردار سوءمصرف‌کننده عموماً ناچارند به محیطی بازگردند که حمایت لازم برای ادامه بهبودی از

آن‌ها صورت نمی‌گیرد. از سوی دیگر ترک کردن محیط قبلی و قطع ارتباط با خانواده و کسانی که پیش از این در شبکه ارتباطی فرد قرار می‌گرفتند، موجب می‌شود احساس تنهایی و انزوا به‌عنوان دو شروع‌کننده مهم برای عود به‌شدت روی فرد تأثیر گذارد (استراسنر و فول، ۲۰۱۱).

اغلب روش‌های درمانی در وهله اول برای مردان طراحی شده‌اند. اما بسیاری از محققان معتقدند خدماتی که به مادران سوءمصرف‌کننده بارداری یا مراقب کودکان ارائه می‌شود، باید با مردان متفاوت باشد (کاستن و همکاران، ۱۹۹۳؛ گرینفیلد و همکاران، ۲۰۰۷؛ می و همکاران، ۲۰۰۸؛ مسینا و همکاران، ۲۰۱۰). یوزیل-میلر و لیونز (۲۰۰۰) ۳۶ برنامه ویژه ارائه خدمت به زنان سوءمصرف‌کننده مواد و کودکانشان را بررسی کردند. این برنامه‌ها طیف متنوعی از خدمات را ارائه می‌کردند؛ درمان اعتیاد، درمان بیماری‌های روانی و بیماری‌های جسمی، آموزش مهارت‌های زندگی (شامل مهارت‌های فرزندپروری و مهارت‌های شغلی و ...) و خدمات اجتماعی (مانند مراقبت از کودک، رفت‌وآمد و ...).

اعتیاد زنان در موارد زیادی با تن‌فروشی پیوند می‌خورد. این کار علاوه بر این که خطراتی را برای زن معتاد ایجاد می‌کند (آزار جسمی و جنسی، سوءتغذیه، ابتلا به بیماری‌هایی مانند ایدز، هپاتیت و بیماری‌های مقاربتی و خشونت) زمینه را برای غفلت و آزار کودک نیز فراهم می‌آورد (واسمن و لونتال، ۱۹۹۳؛ پدرسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ سیمسون، ۲۰۰۹). از این رو برای زنان، به‌خصوص در شرایطی که باردار هستند، خدمات ویژه مددکاری اجتماعی در نظر گرفته می‌شود.

زنان مراقب کودکان

همان‌طور که در قسمت مربوط به حمایت از کودکان نیز اشاره شد، کودکانی که در خانواده‌های معتادان زندگی می‌کنند، باید اولویت خدمات حمایتی دریافت کنند. از آنجایی که معمولاً زنان مراقب از کودکان را به عهده دارند، ارائه خدمات حمایتی به کودکان ارتباط تنگاتنگی با مادر پیدا می‌کند. اسکان زنان معتادی که مراقبت از کودکان را به عهده دارند، تدبیر کردن برای نحوه نگهداری از کودک در طول دوره درمان والدین، آموزش والدین در مورد روش‌های فرزندپروری (نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ استراسنر و فول، ۲۰۱۱) و مراقبت از کودک از جمله مهم‌ترین مواردی هستند که باید در نظر گرفته شوند.

زنان خشونت‌دیده

سوءمصرف‌کنندگان مواد می‌توانند در خانواده مشکلاتی ایجاد کنند. یکی از مهم‌ترین دلایل خشونت‌های خانگی سوءمصرف مواد و الکل به شمار می‌رود (گودمن، ۲۰۰۹). گودمن (۲۰۰۹) معتقد است احتمال دارد مراجع در مورد این موضوع صحبت نکند، اما اعضای خانواده مایل باشند به این موضوع توجه شود. مهم است

که مراجع را برای پرداختن به این موضوع و تلاش برای حل کردن آن ترغیب کنید. خشونت خانگی در میان خانواده‌های معتادان رواج بیشتری دارد (نگاه کنید به وایت و چن، ۲۰۰۲). از این رو ارزیابی احتمال خشونت خانگی و آموزش و مشاوره به اعضای خانواده برای پیشگیری از بروز خشونت و مراقبت از خود به‌طور ویژه در برخی برنامه‌های مداخله مانند برنامه CRAFT مورد توجه قرار گرفته است. مک‌لنن (۲۰۱۰) بر تأثیر سوءمصرف مواد بر اعمال خشونت علیه زنان تأکید می‌کند و پیشنهاد می‌کند با مشارکت فرد خشونت‌دیده برنامه مداخله به منظور پیشگیری و کاهش احتمال خشونت طراحی و اجرا شود. وضعیت زنانی که خود سوءمصرف‌کننده مواد هستند و به‌طور هم‌زمان مورد خشونت نیز واقع می‌شوند، دشوارتر است. این گروه به دلیل انگ‌های اجتماعی مربوط به سوءمصرف مواد کمتر از خدمات درمانی و حمایتی برخوردار می‌شوند (پاترسون، ۲۰۰۳). خدماتی که به این گروه ارائه می‌شود، به‌طور قابل توجهی وابسته به بسته‌های خدماتی هستند که توسط سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط طراحی و ارائه می‌شوند.

روش‌های مداخله در خانواده معتادان در طول درمان

تقویت اجتماع و آموزش خانواده (CRAFT)

شواهد علمی نشان می‌دهند CRAFT می‌تواند در ترغیب بیماران به درمان موفق عمل کند (اسمیت و میرز، ۲۰۰۴). این برنامه به‌طور ویژه برای خانواده معتادانی اجرا می‌شود که از درمان سر باز می‌زنند. آنچه کیفیت مداخلات پیش‌بینی‌شده در CRAFT را افزایش می‌دهد، این است که تنها بر ورود بیمار به درمان متمرکز نمی‌شود و با ارائه مشاوره و آموزش به خانواده و افراد مهم در زندگی فرد معتاد مقدمات تغییر و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را نیز فراهم می‌آورد. داتچر و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند شرکت افراد مهم در زندگی فرد معتاد در برنامه CRAFT می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی آن‌ها منتهی شود. در عین حال افراد مهم در زندگی فرد معتاد با شرکت در این برنامه می‌توانند در کاهش رفتارهای پرخطر فرد معتاد به‌طور مؤثرتری عمل کنند (بریگهام و همکاران، ۲۰۰۹).

افراد نیازمند به درمان سوءمصرف مواد اغلب در برابر ورود به مرحله درمان مقاومت زیادی نشان می‌دهند، ولی اعضای خانواده یا افراد مهم غالباً انگیزه بالایی برای کمک به آن‌ها برای درمان دارند. بسته‌های مداخله‌ای که تا قبل از این طراحی و اجرا شده‌اند، نتوانسته‌اند به اندازه مورد انتظار به خانواده‌ها و اعضای مهم کمک کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند CRAFT توانسته است در مقایسه با گروه‌های همتای خانواده معتادان (نارائان و الاثان) و هم‌چنین مدل راغب‌سازی جانسون موفق‌تر عمل کند (میلر و همکاران، ۱۹۹۹). برنامه CRAFT

از طریق کار با افراد مهم در زندگی معتاد (CSOs)^۱ سه هدف عمده را دنبال می‌کند:

- کمک به فرد سوءمصرف‌کننده مواد برای ورود به درمان
- کاهش میزان مصرف فرد معتاد و ...
- افزایش میزان شادکامی خانواده و افراد مهم زندگی فرد معتاد، جدای از ورود یا عدم ورود فرد معتاد به

درمان

در ابتدای جلسات CRAFT به خانواده در مورد موفقیت‌های این برنامه اطلاعات داده می‌شود و بر این نکته تأکید می‌شود که اگرچه این برنامه موفقیت‌های بسیاری کسب کرده است، همه افراد معتاد در ادامه اجرای این برنامه وارد درمان نشده‌اند و آن‌چه اهمیت دارد، این است که افراد مهم در زندگی فرد معتاد صرف‌نظر از ورود یا عدم ورود فرد معتاد به درمان، برنامه را پی‌گیری کنند. قبل از هر چیز باید افراد مهم در زندگی فرد معتاد آموزش و مشاوره‌های پیش‌بینی‌شده در CRAFT را دریافت کنند و پس از آن از فرد معتاد برای ورود به درمان دعوت می‌شود. معمولاً این فرایند در ۱۲ جلسه پی‌گیری می‌شود، اما احتمال دارد در برخی موارد زمان کمتر یا بیشتری مورد نیاز باشد. تأکید صرف بر ورود فرد معتاد به درمان در CRAFT تشویق نمی‌شود. آمادگی افراد مهم در زندگی فرد معتاد برای تغییر نیز در این برنامه اهمیت ویژه‌ای دارد. افراد مهم در زندگی فرد معتاد در این جلسات درمی‌یابند از روش‌های ناکارآمد برای ورود فرد معتاد به درمان (مانند مواجهه یا برخورد، پند و اندرز، بحث، جدل و مشاجره، تنبیه، تهدید، اجبار و زور، کتک زدن، کمپ اجباری، پرخاش، تحقیر، برچسب زدن، سرزنش، تحریک عواطف و وجدان^۲) پرهیز کنند و پس از اصلاح مهارت‌های ارتباطی و آموزش نحوه به کار گرفتن تقویت مثبت و پیامدهای منفی، برای دعوت از بیمار به درمان آماده می‌شوند. CRAFT به‌عنوان نوعی خانواده‌درمانی یک‌جانبه شناخته شده است. به این معنا که درمان‌گر مداخله خود را با یک یا چند نفر از اعضای خانواده اجرا می‌کند و تأثیر این مداخله به واسطه آن‌ها به خانواده منتقل شده و تغییر مورد نظر ایجاد می‌شود.

همان‌طور که پیش از این نیز اشاره شد، خشونت خانگی در میان خانواده‌های معتادان رواج بیشتری دارد. از این رو ارزیابی احتمال خشونت خانگی و آموزش و مشاوره به اعضای خانواده برای پیشگیری از بروز خشونت و مراقبت از خود به‌طور ویژه در برنامه CRAFT مورد توجه قرار گرفته است.

۱. Concerned Significant Others

۲. برگرفته از ارائه منتشرنشده طاهری نخست (۱۳۹۱)

مداخله مختصر

با توجه به این که بیمار و خانواده‌اش همیشه در بازه زمانی طولانی با تیم درمان در ارتباط قرار نمی‌گیرند، معمولاً تیم‌های مداخله در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد از جمله مددکاران اجتماعی فعال در این حوزه ترغیب می‌شوند از انواع مداخلات مختصر بهره بگیرند. البته باری (۱۹۹۹) معتقد است نمی‌توان (BT) Brief Therapy را برای همه گروه‌های هدف استفاده کرد. از نظر او این روش برای کسانی مناسب است که شرایط زیر در مورد آن‌ها مصداق دارد:

- مایل نیستند از خدمات بلندمدت استفاده کنند.
- به دلیل محدودیت‌های مالی قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نیستند.
- تعداد مراجعان زیاد است و تیم درمان نمی‌تواند بر مداخلات بلندمدت متمرکز شود.
- شدت اعتیاد بر اساس مقیاس ASI کم است.
- آسیب‌های ناشی از اعتیاد زیاد نبوده است.
- منابع کافی برای مداخلات بلندمدت در اختیار نیست.
- زمان زیادی برای ارائه خدمات طولانی مدت وجود ندارد.
- مشکلات دیگری مانند بیماری‌های جسمی یا روانی به‌طور هم‌زمان در مورد بیمار تشخیص داده شده است.

- مشکل بیمار سابقه طولانی ندارد.
- بیمار با خانواده، محیط کار و اجتماع محلی در ارتباط و از حمایت آن‌ها برخوردار است.
- برای BT رویکردهای مختلفی وجود دارد، اما تقریباً می‌توان برای همه آن‌ها ویژگی‌های زیر را برشمرد:
- صرف‌نظر از این که رویکرد مسئله‌محور یا راه‌حل‌محور باشد، بر نشانه‌ها متمرکز است و نه بر علت‌های مشکل.

- آن‌ها به‌روشنی اهداف مرتبط با تغییر رفتار را تعریف می‌کنند؛ اهدافی که برای درمان‌گر و مراجع قابل درک باشند.

- باید مداخله به گونه‌ای طراحی شود که نتایج زود هنگام داشته باشد.
- نیازمند شکل گرفتن رابطه حرفه‌ای قوی میان درمان‌گر و مراجع هستند.
- الگوی درمان باید بسیار فعال، هم‌دل و در مواردی هدایت‌کننده باشد.
- مهم‌ترین اهداف در این رویکرد تلاش برای افزایش خودکارآمدی بیمار است و درمان‌گر بر این متمرکز می‌شود که بیمار دریابد تغییر امکان‌پذیر است.
- از ابتدا در مورد زمان خاتمه مداخله با بیمار صحبت می‌شود.

- دستاوردها قابل اندازه‌گیری هستند.
- این مداخله در حوزه درمان سوءمصرف مواد با اهداف زیر به کار گرفته می‌شود:
- افزایش احتمال دسترسی بیمار به خدمات درمانی.
- ایجاد انگیزه در بیمار برای درمان.
- تغییر یا کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با سوءمصرف مواد.

خانواده درمانی

مددکاران اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین عضو تیم مداخله در مراکز درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد که در ارتباط با خانواده قرار می‌گیرند، باید با تکنیک‌های خانواده‌درمانی آشنا باشند و بدانند در هر روش درمانی با در مراکز کاهش آسیب کدام‌یک از رویکردها و تکنیک‌های خانواده‌درمانی اثرگذار خواهند بود. SAMHSA (۲۰۰۴) ۷ رویکرد را برای خانواده درمانی در حوزه اعتیاد معرفی کرده است. بر این اساس هر یک از این رویکردها را می‌توان در ساختارهای درمانی مشخصی به کار گرفت.

توضیحات	رویکرد
ترسیم مرزها در خانواده	خانواده درمانی ساختاری/استراتژیک
بیشتر در روش‌های درمان سرپایی و برای خانواده‌هایی که نوجوان سوءمصرف‌کننده مواد دارند، به کار می‌رود.	خانواده درمانی چند بعدی
ترکیب مداخلات فردی با چهارچوب حل مسئله در خانواده و استفاده از تکنیک‌های قراردادهای اقتضایی، مهارت‌آموزی و بازسازی شناختی	خانواده درمانی رفتاری و خانواده درمانی شناختی-رفتاری
	خانواده/سیستم گسترده/مدیریت مورد درمانی
	ویژه خانواده‌هایی که باید در تعامل با سیستم‌های بزرگ‌تر مانند مدرسه، دادگاه، محیط کار و... قرار گیرند.
از شبکه ارتباطی خانواده شامل دوستان، بستگان، هم‌تایان مانند گروه‌های ۱۲ قدمی و ... برای اهداف درمانی استفاده می‌شود.	شبکه درمانی

توضیحات	رویکرد
تمرکز بر یکی از اعضای خانواده با این پیش فرض که تغییر در یکی از اعضا می تواند سرآغاز تغییر در خانواده باشد. کاهش اضطراب، تهیه ژنوگرام سوءمصرف مواد در خانواده و تغییر مثلث سازی های خانواده از مهم ترین تکنیک های این رویکرد است.	درمان سیستم های خانواده بوئن
ترغیب مراجع به پاسخ دادن به این سؤال که اگر مسئله آن ها حل شود، زندگی چگونه خواهد بود. سؤال جادویی (تصویر زندگی بدون مشکلی که اکنون با آن روبه روست)	درمان کوتاه مدت متمرکز بر راه حل

برگرفته از SAMHSA (۲۰۰۴)

باری (۱۹۹۹) معتقد است خانواده درمانی به شکل بلندمدتش نمی تواند در برنامه درمانی اعتیاد جایگاهی داشته باشد. او پیشنهاد می کند در شرایطی که مشکل مشخصی وجود دارد و درمان گر می تواند با تمرکز بر شرایط فعلی خانواده بدون نیاز به مداخلات عمیق به خانواده در یافتن راه حل برای مشکل کمک کند، خانواده درمانی کوتاه مدت بهترین انتخاب خواهد بود. مدت درمان در این روش می تواند بسیار کوتاه باشد. (برنامه درمانی که زمان مورد نظر برای اجرای آن از پنج دقیقه تا شش جلسه یک ساعته به طول می انجامد). به هر حال در مداخلات درمانی بلندمدت امکان استفاده از رویکردهای خانواده درمانی که نیازمند زمان طولانی تری هستند، وجود خواهد داشت.

Family Group Conferencing

مدلی است که به منظور حل مشکل در مورد یکی از اعضای خانواده و به خصوص کودکان مورد استفاده قرار گرفته است. از این مدل می توان در تعامل با خانواده بیماران استفاده کرد. بر اساس این مدل جلسات با حضور بیمار، اعضای خانواده او و تیم درمانی تشکیل می شود. در این مدل فرض بر این است که اعضای خانواده حق دارند در تصمیم هایی که بر زندگی آن ها تأثیر می گذارد، مشارکت کنند. در صورتی که به خانواده آگاهی های لازم در مورد موضوع داده شود و در صورتی که خانواده در تصمیم گیری ها مشارکت داشته باشند، اجرای مداخلات با موفقیت بیشتری در مقایسه با زمانی که مشارکت نداشتند، همراه خواهد شد (هانتسمن، ۲۰۰۶؛ رنو و همکاران، ۲۰۰۰). از این روش برای سنجش وضعیت خانواده نیز استفاده می شود. ارزیابی وضعیت خانواده در این روش در دو مرحله انجام می شود؛ مرحله اول شامل جمع آوری اطلاعات توسط تیم تخصصی و با استفاده از ابزارهای تخصصی است. در مرحله دوم طی جلسه مشترکی با اعضای خانواده و بیمار اطلاعات جمع آوری

و ارزیابی مجدد می‌شوند. خانواده و تیم تخصصی در این جلسه تصمیم می‌گیرند که باید برای چه تغییراتی برنامه‌ریزی و اقدام کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶).

گروه درمانی

SAMHSA (۱۹۹۸) بر به کار گرفتن مداخلات گروهی با محدودیت زمانی در درمان سوءمصرف مواد تأکید می‌کند. رویکردهای مختلفی برای مداخله گروهی وجود دارد که برخی از آن‌ها کاربرد بیشتری در درمان اعتیاد دارند.

SAMHSA (۲۰۰۵) در سند دیگری پنج مدل برای گروه درمانی معرفی می‌کند که کاربرد گسترده‌ای در درمان سوءمصرف مواد دارند. در عین حال انواع گروه‌هایی که در چهارچوب این مدل‌ها برای درمان سوءمصرف مواد اجرا می‌شوند، در این سند معرفی شده‌اند. در ادامه ضمن معرفی مختصر مدل‌های اشاره‌شده، تعدادی از انواع گروه‌هایی که به‌طور مستقیم با رویکردهای مددکاری اجتماعی هم‌خوانی دارند و معمولاً مددکاران اجتماعی مبادرت به اجرای این گروه‌ها می‌کنند، آمده است.

ویژگی‌های مدل‌های گروه درمانی در درمان سوءمصرف مواد

مدل گروه	گروه یا رهبر	نقش تسهیل‌گر	دوره درمان	مدت هر جلسه	چینش گروه
روانی آموزشی	متمرکز بر رهبر	زیاد	محدود به برنامه درمانی	۱۵ تا ۹۰ دقیقه	نعل اسبی یا دایره
توسعه مهارت	متمرکز بر رهبر	زیاد	متغیر	۴۵ تا ۹۰ دقیقه	نعل اسبی یا دایره
شناختی رفتاری	هر دو	زیاد	متغیر و مداوم	۶۰ تا ۹۰ دقیقه	دایره
حمایت	متمرکز بر گروه	کم تا متوسط	مداوم	۴۵ تا ۹۰ دقیقه	دایره
فرایند درون فردی	متمرکز بر گروه	کم تا متوسط	مداوم	۱ تا ۲ ساعت	دایره

انواع گروه‌هایی که با توجه به مدل‌های گروه‌درمانی در برنامه‌های درمان اعتیاد اجرایی‌شوند

مدل گروهی						نوع گروه
روانی آموزشی	ویژه	حمایت	فرایند درون فردی	شناختی رفتاری	توسعه مهارت	
				*	*	مهارت‌آموزی
*				*	*	حل مناقشه
*		*		*	*	پیشگیری از عود
		*	*			تروما (آزار و خشونت)
*		*		*	*	در آغاز بهبودی
	*					جشن بهبودی
		*				حمایت
*						نقش‌های خانواده
*		*			*	چند خانواده
	*	*				ویژه یک جنس
				*	*	آموزش مهارت‌های زندگی
*						سلامت
		*		*	*	شناختی رفتاری
	*					ماراتن
		*	*			انسان‌گرایانه/ هستی‌شناسانه

رویکردهای چهارگانه مددکاری گروهی نیز با موفقیت می‌توانند در درمان اعتیاد به کار گرفته شوند. روش‌های فعالیت و آموزشی-مشاوره‌ای از رویکرد توسعه به دلیل قابلیت برنامه‌ریزی و اجرای گروه در مدت کوتاه و مشارکت فعال مراجعان در گروه می‌توانند در برنامه‌های درمان اعتیاد با موفقیت بیشتری به کار گرفته شوند. اما هر یک از رویکردهای دیگر (کنش متقابل، درمانی و اقدام) نیز می‌توانند متناسب با نیازهای مراجعان

برنامه‌ریزی و اجرا شوند. در ادامه رویکردهای مددکاری گروهی که می‌توانند در هر یک از روش‌های درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد به کار گرفته شوند، مشخص شده‌اند:

رویکرد مددکاری اجتماعی گروهی	درمان اقامتی بلندمدت	درمان اقامتی میان مدت	درمان‌های نگه‌دارنده	درمان‌های سرپایی (کوتاه مدت)	مداخلات اجتماع محور	کاهش آسیب
توسعه	*	*	*	*	*	*
کنش متقابل		*	*			
درمانی	*		*			
اقدام					*	

پژوهش نشان داده است شیوه متمرکز بر راه‌حل در مقایسه با شیوه متمرکز بر مشکل در درمان بیماران سوءمصرف کنندگان مواد به‌طور معناداری مؤثر بوده است (اسموک و همکاران، ۲۰۰۸). فوت و مانوئل (۲۰۰۹) معتقدند برنامه CRAFT می‌تواند با لحاظ کردن اصول اداره گروه به‌خوبی در قالب مداخله گروهی به کار گرفته شود.

کاهش آسیب

با مراجع از جایی شروع کنید که مراجع در آن قرار دارد. این اصل معروف مددکاری اجتماعی است که با فلسفه کاهش آسیب تطبیق دارد (ورمر، ۲۰۰۴). همان‌طور که کارول (۲۰۱۰) نیز اشاره کرده است، مددکاران اجتماعی سابقه‌ای طولانی در حوزه توانمندسازی گروه‌های هدف داشته‌اند، اما رویکرد کاهش آسیب سوءمصرف کنندگان مواد رویکردی جدید است که مدت چندانی از مطرح شدن آن در حرفه مددکاری اجتماعی نمی‌گذرد. مددکاران اجتماعی در بسیاری موارد در شرایطی قرار می‌گیرند که برای کمک به مراجعان باید مداخلاتی را با ماهیت کاهش آسیب در پیش گیرند، اما عموماً آن‌ها از این مداخلات به‌عنوان کاهش آسیب یاد نمی‌کنند (بیگلر، ۲۰۰۵؛ کارول، ۲۰۱۰؛ عنبر و همکاران، ۲۰۱۲).

عنبر و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند ارائه خدمات در چهارچوب نظریه مددکاری اجتماعی ساختاری می‌تواند اثربخشی خدمات را افزایش دهد. مددکاری اجتماعی ساختاری با توجه به ارزش‌های انسانی و تفاوت میان انسان‌ها بر همکاری بین‌رشته‌ای و ارائه خدمات مبتنی بر شواهد تأکید دارد و برای تحقق عدالت اجتماعی و

دستیابی گروه هدف به منابع تلاش می‌کند.

بیگلر (۲۰۰۵) معتقد است اگرچه کاهش آسیب رویکردی است که اولین بار در حوزه اعتیاد مورد توجه قرار گرفت، فلسفه و راهبردهای آن به‌طور گسترده‌ای در سطوح سه‌گانه خرد، میانه و کلان مددکاری اجتماعی و برای موضوعات متنوع قابل پی‌گیری است. در همین راستا مددکاران اجتماعی مداخلاتی را طراحی و با موفقیت اجرا کرده‌اند. از جمله می‌توان به مداخله برای کاهش آسیب طلاق (کروک، ۲۰۰۵) اشاره کرد.

احتمال این که مددکاران اجتماعی در مراکز کاهش آسیب با افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند، روبه‌رو شوند، بسیار زیاد است. آرونشتین و تامپسون (۱۹۹۸) به خدمات مددکاری اجتماعی ویژه افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند، پرداخته‌اند.

اطلاعات کم مراجعان در مورد انتقال ویروس اچ‌آی‌وی (HIV) (برتونی، ۲۰۱۱)، سوء تغذیه (ورب، ۲۰۱۰)، مشکلات ویژه زنان مانند بارداری (رایت و همکاران، ۲۰۱۲؛ نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ برنز و همکاران، ۲۰۰۷) و مسائلی که زنان بیشتر با آن‌ها روبه‌رو هستند، مانند فرزندپروری (نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲)، خشونت (شانون و همکاران، ۲۰۰۸) و تن‌فروشی (شانون و همکاران، ۲۰۰۸؛ اسپیس، ۲۰۰۷) از جمله مسائلی هستند که در مراکز کاهش آسیب باید با اولویت مورد توجه مددکاران اجتماعی قرار گیرد.

Housing First Approach

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که باید در مراکز کاهش آسیب به آن پرداخته شود، بی‌خانمانی مراجعان است. برخی روش‌های کاهش آسیب تنها در طول مدت اقامت یا حضور بیمار در مرکز خدمات به او ارائه می‌شود. در حالی که روش‌های دیگری برای کاهش آسیب طراحی و اجرا می‌شوند که بر اقامت تأکید ندارند، خدمات را در مراکز روزانه ارائه می‌کنند و در طول دوره‌ای که بیمار در مرکز اقامت ندارد، ارائه خدمت را متوقف نمی‌کنند. بر اساس رویکرد «اول اسکان» لازم است قبل از هر چیز برای محل اقامت مراجعان بی‌خانمان تدبیری اندیشیده شود (نگاه کنید به راسل، ۲۰۱۰؛ پیرسون و همکاران، ۲۰۰۷). چگونگی عملکرد مددکاران اجتماعی در این خصوص به‌طور ویژه توسط Canada Mortgage and Housing Corporation (۲۰۰۶) مورد توجه قرار گرفته است.

برخی از روش‌های کاهش آسیب بر این موضوع تأکید دارند که اسکان بیماران باید در اولویت اول قرار گیرد. این مکان باید جایی برای اقامت باشد و نه جایی برای درمان. مددکاران اجتماعی باید خدمات موجود در جامعه برای اسکان بی‌خانمان‌ها را جست‌وجو کنند، از فرایند و شرایط استفاده از آن‌ها مطلع باشند و به مراجع اطلاع دهند. در عین حال مددکار اجتماعی باید به بیمار کمک کند تا بتواند با صاحب‌خانه یا مسئولان سرپناه به‌درستی تعامل داشته باشد. چراکه در بسیاری موارد بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز به دلیل رفتارهایشان

فرصت اسکان در سرپناه‌ها را از دست می‌دهند و مسئولان مراکز اسکان به دلایل مختلف از پذیرفتن آن‌ها سر باز می‌زنند. رویکرد اول اسکان بر این پایه استوار است که اسکان بیماران و بهبودی با یکدیگر پیوند دارند و می‌تواند مقدمه تعیین‌کننده‌ای برای بهبود باشد. با این حال احتمال دارد بیمار اسکان یافتن را بپذیرد، اما از پذیرش درمان سر باز زند. عدم پذیرش درمان موجب اخراج او از محل اسکان نمی‌شود. در مراکز کاهش آسیب اولویت مددکار اجتماعی این خواهد بود که بیمار در فرایند کاهش آسیب قرار گیرد و ارتباط خود را تا جایی که ممکن است، با مرکز ادامه دهد. اغلب پروژه‌های اسکان که در ایران و سایر کشورها اجرا می‌شوند، از مراجعان کاهش آسیب حداقل انتظار را دارند. مددکاران اجتماعی در این مراکز بیمار را به‌عنوان کسی مورد پذیرش قرار می‌دهند که سوءمصرف مواد را ادامه می‌دهد. در صورتی که پذیرش به‌درستی صورت گیرد، بیماران با تیم مداخله روراست خواهند بود و همین کار می‌تواند برنامه‌ریزی برای گام‌های احتمالی بعدی را تسهیل کند. رویکرد اول اسکان بر این موضوع تأکید دارد که نمی‌توان برنامه‌ریزی یکسانی برای اسکان همه مراجعان بی‌خانمان داشت. از این رو لازم است مددکار اجتماعی نحوه اسکان هر مراجع را به صورت جداگانه مورد توجه قرار دهد.

خدمات پس از ترخیص

باز پیوند فرایندی طولانی است و معمولاً بیش از آن‌چه که انتظار می‌رود، طول می‌کشد (بروک و مک‌دونالد، ۲۰۰۷). به همین دلیل دوره‌های درمانی به‌تنهایی برای بازگشت موفق بیمار به خانواده و جامعه کفایت نمی‌کنند. به‌خصوص اگر بیمار وارد برنامه‌های درمانی کوتاه‌مدت یا میان‌مدت شده باشد، فرصت کافی برای آماده کردن بیمار، خانواده و جامعه برای تغییر وجود نخواهد داشت. از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند بیش از دوسوم بیماران ترخیص‌شده از مراکز ظرف سه ماه اول پس از ترخیص عود می‌کنند. این آمار در درمان‌های پرهیزمدار حتی تا ۹۰ درصد هم گزارش شده است. به این ترتیب ضرورت دارد در دوره پس از ترخیص نیز بیمار برای ادامه بهبودی حمایت‌ها و خدماتی را دریافت کند. این در حالی است که اغلب برنامه‌های درمانی خدمات پس از ترخیص را پیش‌بینی نکرده‌اند (آستین و همکاران، ۲۰۰۵). خدمات پس از ترخیص طیف وسیعی از خدمات فردی، خانوادگی و گروهی، مصاحبه‌های انگیزشی در مراحل مختلف، آموزش مهارت‌های پیشگیری از عود و ... را در بر می‌گیرد.

اداره برنامه سوءمصرف مواد (۲۰۰۱) که راهنمایی را برای خدمات پس از ترخیص سوءمصرف‌کنندگان مواد ارائه کرده است، بر این موضوع تأکید می‌کند که هیچ فرمول مشخصی برای خدمات پس از ترخیص وجود ندارد، چراکه عوامل بسیار زیادی بر طراحی این نوع برنامه تأثیر می‌گذارند. در این راهنما تأکید شده است که خدمات پس از ترخیص باید در طول دوره درمان فرد طراحی شوند و هدف مشخصی را دنبال کنند. به این معنا که ارائه

خدمات روتین بدون در نظر گرفتن نیازهای مراجع برای پیشگیری از عود و بازگشت موفق به خانواده و جامعه کمک چندانی نخواهد کرد. از آن جایی که ۶ تا ۹ ماه پس از ترخیص ماه‌های خطرناکی هستند و احتمال عود در آن‌ها زیاد است، برنامه خدمات پس از ترخیص باید حداقل برای یک سال طراحی شود. این برنامه باید به موضوعاتی نظیر تقویت شبکه حمایتی فرد، تشویق مراجع به شرکت در گروه‌های خودیار، ارزیابی مداوم و چند وجهی از وضعیت مراجع، مسکن، شغل، رفت‌وآمد، مراقبت از کودکان و پایش (آزمایش اعتیاد، مدیریت مورد، بازدید منزل، تماس تلفنی و مانند آن) توجه خاص نشان دهد.

بر اساس راهنمای مراقبت پس از ترخیص و پی‌گیری پس از درمان که اداره برنامه سوءمصرف مواد (۲۰۰۱) تهیه کرده است، باید خدمات پس از ترخیص علاوه بر الگوی قدیمی آن که تیم ارائه‌دهنده خدمات در کلینیک یا مرکز مستقر می‌شد، به شیوه‌های دیگری برای ارائه خدمت بیندیشد. خدمات سیار پس از ترخیص به‌خصوص برای کسانی که احتمال عودشان زیاد شده است، می‌تواند تعیین‌کننده باشد.

توان بخشی شغلی

اغلب برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد به توان بخشی شغلی توجه نداشته‌اند. معمولاً مراجعه‌کنندگان برای بازگشت به محیط کار یا آغاز شغل جدید آماده نمی‌شوند و مشاوره‌های شغلی لازم را در طول دوره درمان دریافت نمی‌کنند. در حالی که یکی از مهم‌ترین برنامه‌های خدمات پس از ترخیص یا برنامه‌های درمانی طولانی‌مدت مانند درمان‌های نگهدارنده می‌تواند توان بخشی شغلی باشد (نگاه کنید به کامرفورد، ۱۹۹۹). زانیس و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند نرخ اشتغال در میان مراجعان دریافت‌کننده خدمات درمان نگهدارنده با متادون بسیار پایین است. این در حالی است که توان بخشی شغلی می‌تواند عاملی مؤثر در موفقیت مراجعان در درمان باشد. اغلب مطالعه‌ها در مورد اشتغال بیماران در طول دوره درمان در مورد مراکز درمان نگهدارنده با متادون انجام شده‌اند، اما این موضوع در پژوهش جداگانه‌ای در مورد معتادانی که در برنامه‌های پرهیزمدار شرکت می‌کنند نیز مورد توجه قرار گرفته است (نگاه کنید به کینگری، ۱۹۹۷). به‌طور کلی بی‌کاری مراجع می‌تواند بر وضعیت روانی اجتماعی او تأثیر نامطلوبی داشته باشد. اگرچه اشتغال زود هنگام نیز می‌تواند تأثیر نامناسبی بر بهبودی فرد بگذارد (نگاه کنید به روم، ۱۹۹۸؛ کینگری، ۱۹۹۷).

مداخلات اجتماع‌محور

رویکردهای مختلفی ذیل مددکاری جامعه‌ای طبقه‌بندی شده‌اند. توسعه محلی یکی از روش‌های مددکاری جامعه‌ای است که در آن مداخلات به‌طور مشخص با تمرکز بر اجتماعات محلی (با تمرکز بر محدوده جغرافیایی) طراحی و اجرا می‌شوند. این مدل که کاملاً با مداخلات اجتماع‌محور مطابقت دارد، در سال‌های اخیر به‌عنوان

یکی از راه‌های تغییر در سطح اجتماع‌های محلی مورد توجه قرار گرفته است. مشارکت، افزایش سرمایه اجتماعی، تشکل مردم در سازمان‌های غیررسمی و ظرفیت‌سازی برای توانمندسازی گروه‌های مختلف مهم‌ترین محورهای این رویکرد است (پین، ۲۰۰۵؛ تونلوتریز، ۲۰۰۲؛ اقلیما و عادلین راسی، ۱۳۸۸). این مداخلات برای درمان و بازتوانی بیماران روانی به‌طور گسترده‌ای به کار گرفته شده است (برای مثال نگاه کنید به کومار و اسریناث، ۲۰۰۹؛ بلوم، ۲۰۰۹؛ هیون و همکاران، ۲۰۰۸؛ استیلیانندیس و همکاران، ۲۰۰۸؛ واکر، ۲۰۰۶؛ آلتمن و ویلگاس، ۲۰۰۴). رویکرد اجتماع محور برای ارتقای سلامت، برنامه‌های پیش‌گیرانه و مراقبت‌های بلندمدت در اجتماعات محلی نیز کاربرد فراوانی داشته (برای مثال نگاه کنید به ورزش‌باخ، ۲۰۰۴؛ پالی، ۲۰۰۹؛ ایزیل، ۲۰۰۵؛ بین اسمیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۴) و اثرگذاری آن مورد تأیید قرار گرفته است. فرولیچر و همکاران (۲۰۱۰) نیز تأثیرگذاری درمان سوءمصرف مواد و سیگار به روش اجتماع محور را تأیید کرده‌اند.

انتظار می‌رود میزان مشارکت در مداخلات اجتماع محور در بالاترین سطح باشد. در عین حال میزان مشارکت اعضای اجتماع می‌تواند با توجه به مؤلفه‌های متعددی مانند هدف از مداخله، مدت اجرای برنامه، میزان مشارکت پذیری اجتماع و ... متفاوت باشد.

فرایندهای پیشنهادی برای مداخلات اجتماع محور تفاوت زیادی با یکدیگر ندارند. معمولاً کیفیت اجرای هر یک از این مراحل می‌تواند متناسب با هدف از اجرای مداخلات اجتماع محور و میزان مشارکت اعضای اجتماع متفاوت باشد.

۱. تشکیل تیم کاری

ورزش‌باخ (۲۰۰۴) اولین مرحله مداخله اجتماع محور را مدیریت نیروی انسانی معرفی می‌کند. از نظر او بسیار مهم است که بدانیم چه کسانی را برای مداخلات اجتماع محور استخدام کنیم، چگونه افراد داوطلب را در گروه کاری جذب و حفظ کنیم، چگونه فضای کاری مثبتی را ایجاد کنیم، چگونه جلسات گروه را به‌طور مؤثر اداره کنیم و بدانیم هزینه‌های تیم را چگونه تأمین کنیم. بر اساس نظر ورزش‌باخ آموزش افرادی که قرار است در مداخلات اجتماع محور به‌عنوان تسهیل‌گر فعالیت کنند یا تیم را پشتیبانی کنند، بسیار ضروری است.

۲. ارزیابی اجتماع

اطلاعات فراوانی را می‌توان در مورد یک اجتماع جمع‌آوری و طبقه‌بندی کرد. آن‌چه اهمیت دارد، این است که هر اطلاعاتی برای مداخله‌کنندگان ضروری نیست. از این رو لازم است شاخص‌هایی برای ارزیابی اجتماع در نظر گرفته شوند. ورزش‌باخ (۲۰۰۴) مجموعه مفصلی از شاخص‌ها و متغیرها را برای ارزیابی یک اجتماع محلی پیشنهاد کرده است. این شاخص‌ها و متغیرها به منظور فراهم آوردن اطلاعات پایه برای مداخلات اجتماع محور

برای آموزش و ارتقای سلامت پیشنهاد شده‌اند. ورزش‌باز تأکید می‌کند که باید تصویری از اجتماع سلامت مدنظر تیم کاری باشد و براساس آن شاخص‌ها طراحی شوند. به‌طوری که نیم‌رخ‌های کارآمد از اجتماع به دست آید. بخش قابل توجهی از این داده‌ها بدون مشارکت افراد و گروه‌های اجتماع قابل جمع‌آوری نخواهند بود. برای این که بتوان اطلاعات دقیقی در مورد اجتماع به دست آورد، می‌توان با افراد مطلع در اجتماع مصاحبه عمیق انجام داد یا با تعدادی از آن‌ها جلسات بحث گروهی متمرکز برگزار کرد (انگلرت و همکاران، ۲۰۰۵). مدنی قهفرخی (۱۳۸۹) معتقد است در گام اول باید میزان کارکرد، همکاری و نقش همکاران مداخله و ارزیابی را تعیین کرد. تونلوتریز (۲۰۰۲) می‌نویسد در مرحله تهیه نیم‌رخ اجتماع با کسانی مواجه می‌شویم که تمایل به همکاری در اقدامات اجتماع‌محور دارند. حتی گاهی اوقات این مرحله با مرحله برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های اجتماع‌محور هم‌پوشانی پیدا می‌کند. روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری داده در مورد اجتماع وجود دارد؛ برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز، مصاحبه‌های عمیق و پیمایش.

۳. بسیج اجتماعی

بر اساس این که مدل اجرایی برنامه چگونه باشد، بسیج اجتماعی نیز متفاوت خواهد بود. سه مؤلفه اصلی در نوع بسیج اجتماعی مخاطب‌ها تعیین‌کننده است:

میزان مشارکت مورد نیاز طراحی شده و مجاز در برنامه

مدل اجرایی برنامه

ذی‌نفعان/ساکنان

ورزش‌باز (۲۰۰۴) می‌نویسد اگرچه جلب همکاری اعضای اجتماع فرایند مداخلات را طولانی می‌کند، بدون مشارکت آن‌ها نیز این اقدامات به نتیجه نخواهند رسید. او همکاران بالقوه در فعالیت‌های اجتماع‌محوری را که معطوف به آموزش و ارتقای سلامت هستند، به شش گروه زیر تقسیم می‌کند:

- گروه‌ها، سازمان‌ها و انجمن‌های پزشکی
- مؤسسات دولتی
- سازمان‌های محلی
- سازمان‌ها و گروه‌های مرتبط با آموزش
- سازمان‌های حمایت‌گر
- سازمان‌های تجاری

به نظر می‌رسد ورزش‌باز افرادی را که در اجتماع زندگی می‌کنند و ضرورتاً عضو هیچ‌یک از گروه‌های فوق نیستند، نادیده گرفته است. گروه‌های همکار می‌توانند در مداخلات اجتماع‌محور جزو گروه‌هایی متفاوت با

گروه‌های فوق باشند. همه این گروه‌ها باید اهداف مشترکی را برای ایجاد تغییر در اجتماع بپذیرند. آن‌ها باید در مورد روش مداخله اجتماع محور و اهمیت مشارکت خودشان به‌خوبی توجیه شوند.

چگونگی برقراری ارتباط با منابع قدرت در اجتماع و نحوه تعامل با افراد و گروه‌های محلی موضوع دیگری است که باید در این مرحله مورد توجه خاص قرار گیرد (برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به مدنی قهفرخی، ۱۳۸۹؛ نوری نشاط و همکاران، ۱۳۸۹ الف؛ ورزباخ، ۲۰۰۴؛ توتلوتیز، ۲۰۰۲).

۴. تشکیل تیم محلی

همه کسانی که در مرحله بسیج اجتماعی دعوت می‌شوند، در فرایند مداخلات اجتماع محور مشارکت نخواهند کرد. معمولاً از میان آن‌ها گروه کوچک‌تری که علاقه‌مندی بیشتری نسبت به موضوع دارند، آمادگی همکاری دارند. این افراد و نمایندگان سازمان‌ها و گروه‌ها باید در قالب تیم محلی سازمان‌دهی شوند. یوسفی (۱۳۸۹) برای تشکیل تیم اجرایی در محله‌ها مراحل را در نظر گرفته است. او پیشنهاد می‌کند در گام اول تسهیل‌گری که برای اجرای برنامه اجتماع محور وارد محله می‌شود، شاخص‌های مورد نظر برای انتخاب اعضای تیم اجرایی محله هدف را بررسی کند. شاخص‌های مورد نظر او که باید میزان اهمیت و تأثیر حضور یک فرد در تیم محلی بر اساس آن‌ها وزن دهی شوند، به شرح زیر پیشنهاد شده‌اند:

شاخص‌های انتخاب اعضای تیم اجرایی در محله

وزن	شاخص
۱۰	میزان وقتی که می‌تواند برای طرح بگذارد
۸	میزان اعتماد و باور افراد کلیدی محله به آن‌ها
۷	علاقه فردی و تعهد به همکاری در طرح
۶	سطح سواد
۵	مهارت ارتباطی

شیوه پیشنهادی یوسفی برای تعیین اعضای تیم محلی تا اندازه‌ای محدود کننده به نظر می‌رسد و در صورت هر گونه سوگیری مجریان برنامه یا افراد کلیدی، برخی افراد محلی نمی‌توانند در تیم عضو شوند.

۵. برنامه ریزی و اجرای مداخلات اجتماع محور

اجتماع محلی باید به پرسش‌های زیر پاسخ دهد و بر همین اساس برنامه عملیاتی را برای ایجاد تغییر

طراحی و اجرا کند.

چه مداخلاتی توسط تیم محلی انجام خواهد شد و چرا؟
دارایی های و نگرانی های اجتماع چه هستند؟
مداخلات به چه روشی انجام خواهند شد؟

۶. مستندسازی و ارزش یابی

ارزش یابی به دلایل متعددی مهم است. مثلاً گروه شما ممکن است علاقه مند باشد بداند چگونه در جریان انجام مراحل مداخله و ارزش یابی جماعت [اجتماع] کار خود را انجام داده است. شاید گروه بخواهد مطمئن شود کارهایی را که در برنامه کاری تعریف شده اند، انجام داده و مطابق جدول زمانی پیش رفته است... (A.C.PH، ۲۰۰۴؛ به نقل از مدنی قهفرخی، ۱۳۸۹). به این منظور شاخص سازی و تعیین روش جمع آوری داده ها، جمع آوری داده ها و تحلیل آن ها و ارائه بازخورد به اجتماع باید در برنامه کاری قرار گیرد.

حمایت گیری در مداخلات اجتماع محور

حمایت گیری یکی از مهم ترین نقش های مددکاران اجتماعی در فرایند اقدامات اجتماع محور است. پین (۲۰۰۵) حمایت گیری را به دو نوع اصلی تقسیم می کند؛ ابراز درخواست ها و ارزش های گروه ضعیف تر در مقابل گروه های قوی تر و نوع دوم انجام کار به جای گروه ضعیف تر.

- حمایت از گروه های در معرض آسیب
- ایجاد خدمات و حمایت های مورد نیاز گروه هدف
- حمایت و پیش بردن ادعاها و درخواست های گروه ضعیف
- تقویت هماهنگی و کنترل

مفهوم دیگری که پین (۲۰۰۵) مطرح می کند، نوعی حمایت گیری تحت عنوان حمایت گیری همتاست که در آن فرایند حمایت گیری توسط گروه های همتا اجرایی می شود. در فرایند حمایت گیری سماجت^۱ و آشنایی به فنون مذاکره^۲ بسیار حیاتی است.

مک لروی و همکاران (۲۰۰۳) برای اقدامات اجتماع محور انواع مختلفی را ذکر کرده اند. در این مدل ها

۱. Assertiveness

۲. Negotiation

اجتماع به عنوان بستر فعالیت، اجتماع به عنوان هدف، اجتماع به عنوان کار گزار و اجتماع به عنوان منبع موضوع اصلی هستند.

اجتماع به عنوان بستر فعالیت:

برنامه های اجتماع محور اغلب بر اجتماع به عنوان بستر مداخله استوار بوده اند. بر همین اساس اجتماع در چهار چوب جغرافیایی تعریف می شود و موقعیتی است که مداخلات در آن انجام می شود. این مداخلات می توانند به وسعت شهر، استفاده از رسانه های گروهی باشند یا ممکن است در یک محیط همسایگی، مدرسه، محل کار، کلیساها، مؤسسات داوطلبانه و نظیر آن ها انجام گیرد. مداخلات نیز می توانند در سطوح متفاوتی صورت گیرند. این مداخلات اگر چه در اجتماع انجام می شوند، تغییر فرد را هدف قرار می دهند.

اجتماع به عنوان هدف:

در برخی مداخلات اجتماع محور، اجتماع به عنوان هدف مورد نظر بوده است. این رویکرد در راستای ایجاد محیط اجتماعی سلامت و از طریق ایجاد تغییرات نظام مند در سیاست های عمومی و مؤسسات فعال و خدمات محلی انجام می شود. در این مدل سلامت اجتماع هدف اصلی مداخلات است.

اجتماع به عنوان منبع:

در مدل سوم اقدامات اجتماع محور اجتماع به عنوان منبع مورد توجه است. این مدل معمولاً در برنامه های ارتقای سلامت به کار گرفته می شود، چرا که مشارکت اجتماع می تواند در پایداری موفقیت در سطح بهداشت جمعیت نقشی اساسی داشته باشد. در این نوع مداخلات منابع خارج از اجتماع و در جاتی از اثر گذاری افراد خارج از اجتماع که می توانند دستیابی به هدف را تسهیل کنند نیز پیش بینی شده است. نمونه این نوع مداخلات شهرهای سالم هستند که در کشورهای مختلف اجرا شده اند.

اجتماع به عنوان کار گزار:

در مدل چهارم اجتماع به عنوان کار گزار عمل خواهد کرد. این مدل با مدل قبلی قرابت زیادی دارد. در این مدل تأکید بر احترام و تقویت داشته های اجتماع و حمایت و ظرفیت سازی در اجتماع است و از موقعیت هایی که در خود اجتماع برای حل مشکل وجود دارد، استفاده می شود. از این رو ارزیابی دقیق اجتماع در این مدل بسیار اهمیت دارد. در عین حال تقویت امکانات موجود در اجتماع برای پاسخ گویی بهتر به مشکلات اجتماع، هدف دیگر این مدل است.

در این مدل اولویت ها به طور مشخص توسط اعضای اجتماع تعیین می شوند. به عبارت دیگر این مدل از

جایی شروع می‌کند که مردم در آن قرار دارند.^۱

اهمیت این مدل‌ها در این است که هر یک از آن‌ها بازتابی از مفاهیم متفاوتی از اجتماع هستند و نقش بهداشت عمومی در پاسخ‌گویی به نیازهای اجتماع و پیامدهای متفاوت آن‌ها را مورد توجه قرار می‌دهند. مدل‌هایی که بر اجتماع به‌عنوان هدف، منبع و کارگزار تأکید دارند، نشان می‌دهند که ممکن است پیامدهای مناسب همواره با تغییرات فردی به دست نیایند، ولی شامل تغییر در ظرفیت‌های اجتماعی شوند.

مداخلات اجتماع‌محور به منظور پیشگیری از اعتیاد در ایران از سال ۱۳۸۲ شروع شد و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است (نگاه کنید به جهان‌شاهی، ۱۳۸۳؛ علی‌پوری نیاز و همکاران، ۱۳۸۸). معارف‌وند و همکاران (۱۳۹۰) برای اولین بار مداخلات پیشگیری اجتماع‌محور از عود را با تأکید بر اجتماع به‌عنوان منبع و بستر فعالیت طراحی و اجرا کردند. مداخله با تأکید بر مداخلات مددکاری جامعه‌ای (رویکرد توسعه) طراحی و اجرا شد. نتیجه پژوهش نشان داد کسانی که از خدمات مداخله اجتماع‌محور به منظور پیشگیری از عود برخوردار شده بودند، بیش از کسانی که از این خدمت برخوردار نشده بودند، در پرهیز باقی ماندند.

مراقبت از خود

فعالان در حوزه کاهش آسیب به‌طور دائمی با فقر، خشونت، سوءمصرف مواد، ایدز و هپاتیت، رفتارهای پرخطر، مرگ‌های زودهنگام، کمبود بودجه، فرسودگی شغلی و... مواجه‌اند (شپارد، ۲۰۱۳). روش‌هایی که فعالان این حوزه برای مراقبت از خود و کنار آمدن با شرایط سخت کاری به کار می‌برند، اهمیت ویژه‌ای دارد. در راهنمای ایمنی مددکاران اجتماعی در محیط کار که انجمن ملی مددکاری اجتماعی آمریکا ارائه کرده، به مواردی برای مراقبت از خود اشاره شده است.

راهنمای ایمنی مددکار اجتماعی در محیط کار با جزئیات به مواردی که مدیر، سرپرست و مددکار اجتماعی به منظور پیشگیری از مورد آزار و خشونت قرار گرفتن مددکاران اجتماعی باید توجه کند، پرداخته است (نگاه کنید به NASW، ۲۰۱۳).

مدیریت مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد مسئولیت تأمین امنیت کارکنان خود را به عهده دارند. با این حال ضرورت دارد مددکار اجتماعی در فرایند مداخلات به نکات زیر توجه داشته باشد:

واکسیناسیون به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های واگیردار اهمیت ویژه‌ای دارد و همه کارکنان مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد می‌بایست نسبت به انجام آن متعهد باشند.

لازم است محل استقرار مددکار در اتاق کار به گونه‌ای در نظر گرفته شود که در شرایط بروز رفتارهای خشونت‌آمیز و در صورت لزوم بتواند به‌راحتی اتاق را ترک کند. اتاق مددکار اجتماعی باید مجهز به تلفن داخلی

و تلفن مستقیم باشد.

به مددکاران اجتماعی به‌طور اکید توصیه شده است به‌خصوص زمانی که می‌خواهند برای اقداماتی نظیر بازدید منزل از مرکز خارج می‌شوند، باتری تلفن همراه خود را همواره به‌طور کامل شارژ کنند و یک باتری شارژ‌شده اضافه و تلفن‌های اضطراری را همیشه با خود داشته باشند. مدیر مرکز یا فرد دیگری که از جانب او معرفی می‌شود، باید همواره برای کمک و مداخله در شرایط مخاطره‌آمیز آماده باشند. مددکار می‌تواند با ارسال پیامک آن‌ها را از وضعیتی که در آن قرار گرفته است، مطلع کند. در راهنمای مذکور تأکید شده است که بهتر است مددکار اجتماعی با مدیر مرکز و تأمین‌کنندگان امنیت کارکنان در مورد جملات و واژگانی که برای دریافت کمک در شرایط مخاطره‌آمیز مبادله خواهد شد، توافق کنند.

قبل از انجام بازدید، تا جایی که ممکن است، باید خطرات احتمالی بررسی شوند. برای مثال مهم است که بدانید در زمان بازدید به احتمال زیاد چه کسانی در منزل حضور خواهند داشت؟ آیا اطرافیان مراجع درگیر رفتارهای مجرمانه هستند؟ آیا احتمال ابتلا به بیماری خاصی وجود دارد؟ آیا فرد سوءمصرف‌کننده مواد (به‌خصوص الکل یا مواد محرک) هنگام بازدید در منزل حضور خواهد داشت؟ آیا مراجع یا اعضای خانواده او مسلح هستند؟ و ...

اجتناب از بازدید منزل در زمان تاریکی و به‌تنهایی می‌تواند بسیار مخاطره‌آمیز باشد. NASW (۲۰۱۳) برخی شرایط را به‌عنوان شرایطی که می‌توانند احتمال خطر را برای مددکار افزایش دهند، به شرح زیر مورد توجه قرار می‌دهد:

- شرایط جسمی خاص (مثلاً بارداری، معلولیت جسمی حرکتی و ...)
- تنها کار کردن
- استفاده از وسایل زینتی و کفش و لباس گران‌قیمت
- استفاده از پوشش یا آرایشی که می‌تواند واکنش‌های شدید فرهنگی ایجاد کند.

نحوه تهیه راهنما

برای تهیه هر یک از بسته‌های راهنما فرایند زیر اجرا شد:

۱. مرور منابع
۲. مصاحبه عمیق با مددکاران فعال و صاحب‌نظر در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد
۳. توافق در مورد چهارچوب راهنما با دفتر پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی کشور
۴. تهیه پیش‌نویس راهنما
۵. برگزاری جلسه بحث گروهی با حضور مددکاران اجتماعی صاحب‌نظر و فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد و مرور پیش‌نویس
۶. استخراج نتایج FGD و ارائه بازخورد به شرکت‌کنندگان در قالب ویرایش دوم
۷. جمع‌آوری نظرات شرکت‌کنندگان و تهیه ویرایش نهایی
۸. اخذ نظرات صاحب‌نظران سایر حرفه‌های فعال در تیم درمان و مداخله حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد

اصول و ارزش‌های مددکاری

اجتماعی در حوزه درمان و کاهش

آسیب سوءمصرف مواد

مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد علاوه بر این که به کدهای اخلاقی مندرج در سند اصول اخلاقی در حرفه مددکاری اجتماعی (مصوبه شماره ۳۰۳/ت/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۳/۷ انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران) متعهد هستند، به‌طور ویژه به اصول زیر نیز توجه دارند و خود را ملزم به رعایت همه این موارد می‌دانند.

۱. مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد موظف‌اند شرایط را به گونه‌ای فراهم کنند که مراجعه‌کننده در تمام طول دوره درمان به مددکار اجتماعی دسترسی داشته باشد.
۲. مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد مجاز نیستند نسبت به مراجعه‌کنندگان در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد به دلیل نوع ماده مصرفی و عوارض ناشی از آن، شیوه مصرف، سوابق درمانی، رفتارهای پرخطر و عوارض ناشی از آن‌ها، اختلالات روانی و همراه، بیماری جسمی، عدم مشارکت خانواده و توانایی در پرداخت هزینه‌های درمان تبعیض قائل شوند و به آن‌ها انگ بزنند.
۳. مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد مجاز نیستند به دلیل لغزش و عود بیمار خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی را متوقف کنند.
۴. مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد مجاز نیستند به دلیل رفتارهای خشونت‌آمیز و پرخاش‌گرانه مراجع رفتار تلافی‌جویانه نشان دهند یا خدمات تخصصی خود را متوقف کنند.
۵. مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد موظف‌اند در زمان ارجاع مراجع به سایر مراکز درمانی منافع او را در اولویت قرار دهند. به این ترتیب ارجاع مراجعان به سایر مراکز به دلیل توافق‌های صورت گرفته میان مراکز درمانی بدون لحاظ کردن اولویت منافع مراجع مجاز نیست.
۶. مددکاران اجتماعی فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد مجاز نیستند مراجع یا خانواده‌اش را به هر منظوری (اعم از ترغیب مراجعان به درمان، باقی ماندن در درمان و ارجاع یا ترخیص) تحت فشار قرار دهند یا تهدید کنند، یا به آن‌ها وعده‌های غیرواقعی بدهند.

راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان اقامتی میان مدت

۱-۱. مقدمه

مددکار اجتماعی در برنامه‌های درمان اقامتی سوءمصرف مواد به‌عنوان یکی از اعضای تیم درمان وارد شده است. آن‌ها در هر دو نوع مراکز درمان اقامتی کوتاه‌مدت و بلندمدت (برای مثال MaineGeneral Residential Services, Butler Hospital و Montefiore) فعالیت می‌کنند. بررسی نشان داده است در برنامه‌های درمان اقامتی سوءمصرف مواد خدمات اجتماعی بیشتری ارائه می‌شوند (مک‌کارتی و همکاران، ۲۰۰۸). مددکار اجتماعی می‌تواند این خدمات را در چهارچوبی حرفه‌ای برنامه‌ریزی و اجرا کند.

عموماً مسئولیت مدیریت مورد در مراکز درمان اعتیاد به عهده مددکاران اجتماعی است (NASW، ۲۰۱۳؛ برون و ریچارد، ۲۰۰۱؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶؛ آشتی، ۱۹۹۲). این بدان معناست که مددکار اجتماعی بیمار و خانواده‌اش را در کل فرایند مداخله شامل آماده‌سازی برای ورود به فرایند درمان، پذیرش، ارزیابی جامع از وضعیت فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بیمار، برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی، آماده‌سازی برای ترخیص و پس از ترخیص در چهارچوب حرفه‌ای همراهی می‌کند. مددکار اجتماعی نه‌تنها بیمار، بلکه خانواده و محیطی را که در آن زندگی می‌کند، در برنامه‌ریزی و پی‌گیری‌هایش مورد توجه قرار می‌دهد. بر اساس رویکرد مدیریت مورد، حصول اطمینان از دریافت خدمات و پایش وضعیت بیمار و خانواده‌اش در دوره درمان و پس از ترخیص به عهده مددکار اجتماعی خواهد بود.

از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهند، مدیریت مورد می‌تواند در موفقیت بیماران در درمان به‌طور چشم‌گیری تأثیرگذار باشد و در عین حال اسناد متعدد بر کارآمد بودن مدیریت مورد توسط مددکاران اجتماعی تأکید کرده‌اند (برای مثال نگاه کنید به NASW، ۲۰۱۳؛ برون و ریچارد، ۲۰۰۱؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶)، وظایف مددکاران اجتماعی در این راهنما در چهارچوب رویکرد مدیریت مورد تنظیم شده است.

رویکردهای مددکاری اجتماعی از تمرکز صرف بر مراجع پرهیز می‌کنند. آن‌ها بر ضرورت در نظر گرفتن مراجع در محیط خانوادگی و اجتماعی تأکید دارند. بر این اساس خانواده به‌عنوان نهادی که به دلیل اعتیاد

آسیب دیده است، نیازمند دریافت خدمات حرفه‌ای است. به‌خصوص برخی از اعضای خانواده که بیشتر در معرض آسیب هستند (مانند کودکان، زنان در معرض خشونت و زنان باردار) با حساسیت بیشتری مورد توجه مددکاران اجتماعی قرار می‌گیرند (برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ استراسنر و فول، ۲۰۱۱؛ مسینا و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمسون، ۲۰۰۹؛ فریدمن و همکاران، ۲۰۰۹؛ می و همکاران، ۲۰۰۸؛ پدرسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ سونیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ گرینفیلد و همکاران، ۲۰۰۷؛ UNODC، ۲۰۰۴؛ کلیور و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاستن و همکاران، ۱۹۹۳؛ واسمن و لونتال، ۱۹۹۳؛ ملنیکوف و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسکالفولم و همکاران، ۱۹۹۱).

برنامه‌ریزی و اقدام برای بازگشت موفق به خانواده و فراهم کردن مقدمات لازم برای بازپیوند مراجع به جامعه در این راهنما مورد توجه ویژه قرار گرفته است. از این رو در طراحی خدمات مددکاری اجتماعی علاوه بر ضرورت تعامل با مراجع بر مداخلات مددکار اجتماعی در حوزه خانواده و تقویت شبکه اجتماعی او نیز تأکید شده است. بی‌تردید مددکاران اجتماعی با توجه به دانش و ابزارهای حرفه‌ای که در اختیار دارند، در مقایسه با سایر حرفه‌ها می‌توانند به‌طور مؤثرتری مراجع را در دستیابی به اهداف درمانی در سطوح خانوادگی و اجتماعی یاری کنند. تنظیم‌کنندگان این راهنما همکاری و تعامل هدفمند با تیم درمان را به نفع مراجع می‌دانند و بر حضور فعال مددکاران اجتماعی در تیم درمان به منظور تحقق اهداف این راهنما تأکید دارند.

مددکاران اجتماعی می‌توانند در اجرای مداخلات راغب‌سازی (مانند ACRAFT، CRAFT و جانسون) با موفقیت عمل کنند. با توجه به شواهد پژوهشی مبنی بر عملکرد موفق CRAFT (بریگهام و همکاران، ۲۰۰۹؛ میلر و همکاران، ۱۹۹۹؛ داتچر و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسمیت و میرز، ۲۰۰۴) به‌خصوص در مقایسه با سایر روش‌های راغب‌سازی (نگاه کنید به میلر و همکاران، ۱۹۹۹) این برنامه با اولویت مورد نظر این راهنماست.

۱-۲. هدف از تنظیم راهنما

۱-۲-۱. رفع ابهام و تعیین چهارچوب مداخله مددکاری اجتماعی در درمان اقامتی میان‌مدت

۱-۲-۲. ارائه راهکارهای حرفه‌ای مبتنی بر چهارچوب‌های علمی مددکاری اجتماعی در درمان اقامتی

میان‌مدت

۱-۲-۳. یکسان‌سازی خدمات تخصصی مددکاران اجتماعی در حوزه درمان اقامتی میان‌مدت

۱-۲-۴. ارائه شرح وظایف مشخص مددکاران اجتماعی در مراکز درمان اقامتی میان‌مدت

۱-۲-۵. مشخص کردن مرزهای مداخلات مددکاری اجتماعی با سایر مداخلات در تیم درمان

۳-۱. اهداف مداخله مددکاری اجتماعی در مرکز درمان اقامتی میان مدت

- ۱-۳-۱. راغب سازی بیماران برای ورود به درمان
- ۱-۳-۲. آگاه کردن مراجع و خانواده او از عوامل محافظ و خطر عود
- ۱-۳-۳. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه پیشگیری از عود
- ۱-۳-۴. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه مدیریت لغزش
- ۱-۳-۵. جلب مشارکت فعال خانواده در فرایند درمان
- ۱-۳-۶. آماده سازی مراجع برای ترخیص
- ۱-۳-۷. حمایت از گروه هایی که به دلیل زندگی در خانواده دارای معتاد در معرض آسیب قرار گرفته اند (مانند کودکان، زنان باردار و ...)
- ۱-۳-۸. تقویت شبکه حامی بهبودی مراجع
- ۱-۳-۹. افزایش دسترسی مراجع و خانواده به خدمات حمایت کننده بهبودی

۴-۱. تعریف مفاهیم

۱-۴-۱. مددکار اجتماعی

- در این راهنما منظور همه افرادی هستند که دارای شرایط زیر باشند:
- ۱-۴-۱-۱. فارغ التحصیل رشته مددکاری اجتماعی حداقل در مقطع کارشناسی
 - ۱-۴-۱-۲. ارائه مدارک و گواهی های معتبر مبنی بر سپری کردن دوره های آموزشی مرتبط که محتوای زیر در آن ها ارائه شده باشد:
 - ۱-۴-۱-۱-۱. مبانی (شامل انواع مواد اعتیاد آور و عوارض آن ها، تعریف اعتیاد، سبب شناسی اعتیاد، اختلالات همراه، کلیات کاهش آسیب، کلیات درمان های دارویی و غیر دارویی و کلیات پیشگیری از اعتیاد)
 - ۱-۴-۱-۱-۲. اختصاصی (پروتکل درمان اقامتی میان مدت، مددکاری گروهی با افراد در حال بهبودی و خانواده آن ها، مددکاری ویژه خانواده افراد در حال بهبودی، استراتژی های مدیریت لغزش، استراتژی های پیشگیری از عود، تکنیک های حمایت یابی ویژه افراد در حال بهبودی، تکنیک های مداخله در شرایط بحرانی، مصاحبه انگیزشی، نحوه طراحی برنامه مداخله مددکاری اجتماعی، نحوه تعامل خانواده با فرد در حال مصرف، کار و بهبودی، پی گیری و انواع آن و شبکه درمانی، رویکرد تقویت اجتماع (CRA)، مدیریت مورد و رویکرد CBT در مددکاری اجتماعی)
 - ۱-۴-۱-۲-۳. سپری کردن دوره کارورزی مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد به مدت ۱۵۰ ساعت

۲-۴-۱. مرکز درمان اقامتی میان مدت

به مرکزی اطلاق می شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می کند. رویکرد اصلی در این مرکز سم زدایی (بازگیری) به همراه درمان های دارویی و غیردارویی مبتنی بر شواهد ترجیحاً با مشارکت گروه های همتا و خودیار و برای مصرف کنندگان مواد مخدر یا روان گردان است.

۳-۴-۱. رضایت آگاهانه

منظور از رضایت آگاهانه جلب موافقت داوطلبانه مراجعان یا نمایندگان قانونی آن ها پس از ارائه اطلاعات در مورد نوع خدمت، نحوه ارائه و منافع و مضرات احتمالی ناشی از موافقت آن ها برای دریافت خدمت است.

۴-۴-۱. مداخلات راغب سازی (Motivational Interventions)

منظور همه اقدامات مددکاران اجتماعی به منظور ترغیب مراجع به ورود و ادامه درمان و در عین حال ترغیب خانواده به مشارکت فعال در فرایند بهبود و اقدام برای درمان خود است. مددکاران اجتماعی از مدل های تأیید شده ای مانند CRA، CRAFT، جانشون و مهارت ها و تکنیک های مصاحبه های انگیزشی بهره می گیرند.

۵-۴-۱. گروه آموزشی - مشاوره ای

یکی از روش های تشکیل و اداره گروه ها در مددکاری گروهی، روش آموزشی-مشاوره ای است که در آن ارتقای سطح آگاهی شرکت کنندگان و ارائه مشاوره های گروهی مورد توجه خاص قرار می گیرد. در این روش شرکت کنندگان به عنوان افرادی تلقی می شوند که قادرند پس از حساس شدن نسبت به شرایط خود و کسب آگاهی از نحوه بهبود شرایط، به طور مؤثر عمل کنند.

۶-۴-۱. حامی بهبودی

افرادی که بهبودی فرد برای آن ها اهمیت دارد و برای تحقق این موضوع آمادگی همکاری دارند. حامیان بهبودی می توانند اعضای خانواده، بستگان و دوستان یا هر فرد مهم دیگری باشند.

۷-۴-۱. Family Group Conferencing

مدلی است که به منظور حل مشکل در مورد یکی از اعضای خانواده با مشارکت خود او و اعضای خانواده اش مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس این مدل جلسات با حضور بیمار، اعضای خانواده او و تیم درمانی در مراحل مختلف تشکیل می شود و فرض بر این است که در صورتی که به خانواده آگاهی های لازم در مورد موضوع

داده شود و چنانچه خانواده در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند، اجرای مداخلات با موفقیت بیشتری در مقایسه با زمانی که مشارکت ندارند، همراه خواهد شد.

۸-۴-۱. خانواده‌درمانی (Family Therapy)

منظور استفاده مددکار اجتماعی از رویکردها و تکنیک‌های خانواده‌درمانی است که با هدف افزایش مشارکت خانواده در فرایند درمان و ترغیب خانواده به درمان خود انجام می‌شود.

۹-۴-۱. بازدید منزل (Home Visit)

بازدید منزل یکی از اقدامات پیش‌بینی‌شده در خدمات مددکاری اجتماعی است که علاوه بر این که به منظور فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد مراجع، خانواده و محیط زندگی آن‌ها تلقی می‌شود، برای انجام برخی مداخلات نیز به کار گرفته می‌شود. (برای مثال مددکاران اجتماعی مجازند تحت شرایط مشخصی جلسات مداخله به منظور راغب‌سازی، خانواده‌درمانی، FGC و نظایر آن‌ها را در منزل مراجع برگزار کنند).

۱۰-۴-۱. شبکه‌درمانی (Network Therapy)

در این روش، برخی اعضای خاص خانواده، دوستان و اطرافیان مؤثر بیمار برای ایجاد یک سیستم حمایتی و افزایش انگیزه برای تغییر در بیمار در یک شبکه ثبت‌نام کرده و با هم همکاری می‌کنند. هدف از این شیوه، رسیدن سریع مراجع به پرهیز کامل و پیشگیری از عود و افزایش سازگاری با زندگی بدون مواد است.

۱۱-۴-۱. حمایت از کودک (Child Protection)

مجموعه‌ای از اقدامات است که با هدف حصول اطمینان از تأمین امنیت و نیازهای کودکانی که در خانواده معتادان زندگی می‌کنند، انجام می‌شود.

۱۲-۴-۱. مددکاری گروهی (Group work)

مداخله‌های مددکاری اجتماعی که با استفاده از رویکردهای تخصصی توسعه (با تأکید بر روش‌های آموزشی-مشاوره‌ای و فعالیت)، اقدام اجتماعی و درمان اجرا می‌شوند.

۱۳-۴-۱. حمایت‌یابی (Advocacy)

حمایت‌یابی به مفهوم اقدام (شامل مذاکره، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، پی‌گیری و...) توسط مراجع، شبکه

حمایتی او یا مددکار اجتماعی به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آنهاست. در گام‌های اولیه مداخلات درمانی و حمایت‌های روانی-اجتماعی و در شرایطی که خود مراجع به دلیل محدودیت‌های موجود قادر به انجام حمایت‌یابی نباشد، این اقدامات توسط مددکاران اجتماعی انجام می‌شود. ولی مددکار اجتماعی در ادامه فرایند بازتوانی بر توانمند کردن مراجع و شبکه حمایتی او برای حمایت‌یابی تأکید دارد.

۱۴-۱. مداخله در بحران (Crisis Intervention)

مداخلاتی که مددکار اجتماعی در شرایط بروز بحران‌های رایج در درمان سوءمصرف مواد (شامل بحران‌هایی که به واسطه لغزش یا عود، اعلام نتیجه آزمایش بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت و ...) انجام می‌دهند.

۱۵-۴. پی‌گیری فعالانه پس از ترخیص

منظور اقدامات مددکاری است که پس از ترخیص مراجع از مرکز درمان اقامتی بلندمدت برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند. پی‌گیری فعالانه به کسب اطلاع از وضعیت مراجع محدود نمی‌شود. در این روش پی‌گیری مددکار اجتماعی مداخلات تخصصی برای ارجاع، مشاوره، آموزش و... را پیش‌بینی و اجرا می‌کند.

۱۶-۴. مشاور همتای معتادان

منظور افرادی با حداقل تحصیلات دیپلم هستند که پس از یک دوره سوءمصرف مواد، حداقل دو سال از قطع مصرف آنها گذشته است و برای ارائه خدمت به سوءمصرف‌کنندگان مواد و افراد در حال بهبودی توسط مراجع مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور آموزش دیده‌اند و در گروه‌های خودیار مشارکت فعال دارند.

۱۷-۴. مشاور همتای خانواده معتادان

منظور افرادی با حداقل تحصیلات دیپلم هستند که حداقل یکی از اعضای خانواده آنها سابقه سوءمصرف مواد را داشته است (صرف‌نظر از این که اکنون در حال بهبود است یا خیر). مشاور همتای خانواده می‌بایست حداقل دو سال به‌طور مستمر تحت درمان هم‌وابستگی (به شیوه خودیار یا غیر از آن) بوده و برای ارائه خدمت به خانواده معتادان، توسط مراجع مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور آموزش دیده باشد.

۵-۱. وظایف مددکاران اجتماعی در درمان اقامتی میان‌مدت

۵-۱.۱. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند راغب‌سازی

۵-۱-۱. همه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد تمایل به درمان ندارند. مداخلات راغب‌سازی در چنین

شرایطی می‌توانند مورد توجه قرار گیرند.

۱-۵-۱-۲. از آن جایی که در صورت عدم تمایل بیمار به درمان احتمال حضور او در مرکز درمانی و برگزاری جلسات راغب‌سازی به حداقل می‌رسد، می‌توانید برای برگزاری این جلسات با هماهنگی مدیر مرکز در خارج از محیط درمانی برنامه‌ریزی کنید. منزل بیمار یکی از مهم‌ترین مکان‌هایی است که معمولاً مددکاران اجتماعی جلسات راغب‌سازی را در آن اجرا می‌کنند، اما متناسب با شرایط بیمار و با در نظر گرفتن این که حامیان بهبودی او چه کسانی هستند، محیط‌های دیگری مانند محیط کار بیمار، منزل بستگان یا دوستانش و... نیز می‌توانند برای برگزاری جلسه مورد بررسی قرار گیرند.

۱-۵-۱-۳. از مدل‌های معتبر مانند ACRAFT، CRAFT، جانسون و... می‌توانید برای راغب‌سازی بیماران به درمان استفاده کنید.

۱-۵-۱-۴. با توجه به موفقیت‌های گزارش‌شده در مورد CRAFT و صرف زمان قابل قبول برای ایجاد تغییر در خانواده توصیه می‌شود با اولویت از این برنامه برای راغب‌سازی استفاده کنید.

۱-۵-۱-۵. در صورتی که خانواده بیمار به دلایل قابل قبول نمی‌تواند وقت لازم را برای دریافت خدمت پیش‌بینی‌شده در برنامه CRAFT صرف کند، مدل جانسون می‌تواند جایگزین بعدی برای راغب‌سازی باشد. لازم است خانواده را از میزان موفقیت‌های گزارش‌شده در مورد هر یک از روش‌های راغب‌سازی مطلع کنید.

۱-۵-۱-۶. در نظر داشته باشید روش‌های راغب‌سازی ضرورتاً به وارد کردن بیمار به فرایند درمان منتهی نمی‌شوند. مراقب باشید تلاش برای راغب‌سازی با فشار و تهدید برای ورود بیمار به درمان جایگزین نشود.

۱-۵-۱-۷. مواردی را که در انتهای این راهنما در خصوص الزامات مراقبت از خود آمده است، به‌طور ویژه در زمان برنامه‌ریزی و برگزاری جلسات راغب‌سازی در خارج از محیط درمانی مورد توجه قرار دهید.

۱-۵-۱-۸. مسئولیت مدیریت جلسات راغب‌سازی با مددکار اجتماعی است. از این رو لازم است همه اقدامات آن‌ها با هماهنگی مددکار اجتماعی انجام پذیرد.

۱-۵-۱-۹. برای هر جلسه راغب‌سازی متناسب با شرایط بیمار و خانواده او برنامه‌ریزی کنید و قبل از ورود به جلسه نکاتی را که باید در طول جلسه مورد توجه قرار گیرند، با همکاران مرور کنید.

۱-۵-۱-۱۰. اغلب خانواده‌ها برای ورود بیمار به درمان عجله دارند. در نظر داشته باشید خانواده‌هایی که با بیماران سوءمصرف‌کننده مواد محرک یا دارای علایم روان‌پریشی و خشونت زندگی می‌کنند، باید با هماهنگی مدیر مرکز در اولویت قرار گیرند.

۱-۵-۱-۱۱. قبل از دعوت از فرد معتاد برای ورود به درمان و برگزاری جلسات راغب‌سازی با حضور او، خانواده را در مورد اعتیاد و ماهیت آن آگاه کنید. لازم است باورهای غلط خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن مرور و اصلاح شوند و خانواده در مورد مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌های تقویت مثبت و پیامدهای منفی آموزش ببینند.

۱۲-۱-۵. قبل از ورود به جلسه راغب‌سازی با حضور بیمار فرایند جلسه را با اعضای خانواده مرور و تمرین کنید. در نظر داشته باشید اختلال در روابط بین فردی امری شایع در خانواده‌های دارای معتاد است و اعضای خانواده برای ورود به جلسه راغب‌سازی نیاز به آموزش و مشاوره دارند.

۱۳-۱-۵. همه بیماران شرایط پذیرش در مرکز درمان اقامتی میان‌مدت را ندارند. در طول اجرای مداخلات راغب‌سازی، با تعهد به اصول اخلاق حرفه‌ای، منافع بیمار و خانواده‌اش را در نظر بگیرید و مناسب‌ترین روش درمانی را به آن‌ها پیشنهاد کنید.

۲-۵-۱. وظایف مددکاری اجتماعی در ارزیابی اولیه و پذیرش

۱-۲-۵. فرم رضایت آگاهانه را در اختیار مراجع قرار دهید. در صورتی که مراجع بی‌سواد یا کم‌سواد است، فرم را برای او بخوانید. به سؤال‌های مراجع در مورد محتوای فرم رضایت آگاهانه پاسخ دهید. مطمئن شوید که مراجع به‌روشنی دریافته است که طرفین در فرم رضایت آگاهانه به انجام چه کارهایی متعهد می‌شوند.

۲-۲-۵. خدمات مرکز درمان اقامتی میان‌مدت سوء‌مصرف مواد را به مراجع معرفی کنید. به‌طور مشخص به او بگویید که شما به‌عنوان مددکار اجتماعی در چه مرحله‌ای با او همراه خواهید بود و چه خدماتی را به او ارائه خواهید کرد.

۳-۲-۵. برای هر یک از مراجعانی که فرم رضایت آگاهانه را امضا می‌کنند، پرونده مددکاری اجتماعی را به صورت جداگانه تشکیل دهید. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او دریافت و ثبت شوند.

۴-۲-۵. لازم است در مرحله ابتدایی درمان به خانواده مراجع در مورد شیوه درمان توضیح دهید. سؤال‌های خانواده مراجع را در مورد درمان پاسخ داده و نگرانی‌های آن‌ها را مورد توجه قرار دهید.

۵-۲-۵. در صورتی که خانواده مراجع در مرحله پذیرش با او به مرکز درمانی مراجعه نکرده‌اند، لازم است موافقت مراجع را برای برقراری ارتباط با خانواده‌اش کسب کنید و سپس خانواده را برای مشارکت در درمان دعوت کنید. به این نکته توجه داشته باشید که رضایت مراجع برای دعوت خانواده ضروری است.

۶-۲-۵. به مراجع یادآوری کنید برای استفاده از خدمات مرکز حق انتخاب با اوست. به این ترتیب مددکار اجتماعی مجاز نیست برای جذب مراجع به مرکز او را تحت فشار قرار دهد، اما این کار مانع از انجام مصاحبه‌های انگیزشی نخواهد بود.

۷-۲-۵. در صورتی که مراجع شرایط پذیرش در مرکز درمان اقامتی میان‌مدت را نداشت، او و خانواده‌اش را برای انتخاب روش درمانی مناسب و نحوه مراجعه به مراکز درمانی دیگر راهنمایی کنید. امکان دارد برای ارائه راهنمایی مناسب لازم باشد مراجع و خانواده‌اش را به سایر اعضای تیم درمان نیز ارجاع دهید تا بتوانند بهترین

شیوه ممکن را برای درمان انتخاب کنند.

۸-۲-۵-۱. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او نیز دریافت و ثبت شوند. به خصوص ضرورت دارد اطلاعات لازم در مورد کودکان تحت سرپرستی مراجع و سایر افرادی که در معرض آسیب هستند (مانند زنان در معرض خشونت، زنان باردار و...)، کسب شود.

۹-۲-۵-۱. در صورت لزوم برای بررسی وضعیت مراجع و خانواده او می‌توانید بازدید منزل انجام دهید. برای این منظور رضایت مراجع را جلب کرده و با مدیر مرکز هماهنگ کنید.

۳-۵-۱. برنامه‌ریزی برای مداخلات مددکاری اجتماعی

۱-۳-۵-۱. برای هر یک از مراجعان با رویکرد مدیریت مورد برنامه مداخله‌ای ویژه طراحی و اجرا کنید و آن را در پرونده مددکاری اجتماعی ثبت کرده و نحوه پیشرفت مداخله را در پرونده منعکس کنید.

۲-۳-۵-۱. برنامه مداخله را به گونه‌ای تنظیم کنید که واقع‌بینانه، هدفمند، زمان‌دار، قابل اجرا و قابل سنجش باشد. به خصوص به زمان محدود اقامت مراجع در مرکز توجه داشته باشید و از برنامه‌ریزی برای اقداماتی که با خروج مراجع از مرکز نیمه‌تمام باقی خواهند ماند، اجتناب کنید.

۳-۳-۵-۱. برای طراحی مداخله مددکاری اجتماعی به منظور بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه از مشارکت او و خانواده‌اش بهره بگیرید.

۱-۳-۳-۵-۱. مددکاری فردی با مراجعان

۱-۳-۳-۵-۱-۱. در طراحی مداخلات مددکاری اجتماعی فردی با مراجعان به مشکلات خانوادگی، فرزندپروری، شغلی، حقوقی و قانونی توجه داشته باشید.

۲-۳-۳-۵-۱-۲. مطمئن شوید که مراجعان در مورد پیشگیری از وسوسه مصرف، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی آموزش‌های لازم را دریافت می‌کنند.

۳-۳-۳-۵-۱. مدیریت مشروط

۱-۳-۳-۵-۱-۳-۱. از تکنیک‌های شناختی- رفتاری برای تنظیم سیستم پاداش‌دهی به مراجعان بهره بگیرید. از جمله تقویت‌کننده‌هایی که در مدیریت مشروط می‌توانید مورد توجه قرار دهید، می‌توان به تقویت‌کننده‌های اجتماعی مانند اعطای مسئولیت در مرکز، تشویق‌های کلامی در جمع و مشارکت دادن مراجع در برنامه‌های مرکز و همچنین موافقت با مرخصی اشاره کرد. لازم است برای انتخاب تقویت‌کننده‌ها و شروط با تیم مداخله هماهنگ شوید و سپس مراجع را نیز در انتخاب آن‌ها مشارکت دهید.

۱-۴-۳-۳-۱. مشکلات قانونی

۱-۴-۳-۳-۱. بسیاری از مراجعان به دلیل سوءمصرف مواد با مشکلات قانونی مواجه شده‌اند. برطرف نشدن مشکلات مذکور می‌تواند در مواردی عاملی برای لغزش و عود تلقی شود. از این رو لازم است مداخلاتی را برای کاهش تأثیر مشکلات قانونی انجام دهید. مذاکره با شاکیان احتمالی، میانجی‌گری و ارجاع برای دریافت مشاوره حقوقی بخشی از مداخلات مددکاری در این زمینه هستند.

۱-۴-۳-۳-۲. در مواردی که ضرورت دارد در طول دوره اقامت مشکلات قانونی مراجع توسط خود او پی‌گیری شود، یا لازم است در مراجع قضایی حضور یابد، پی‌گیری‌های لازم را برای پیشنهاد و اخذ مرخصی و گواهی مبنی بر تحت درمان بودن مراجع از مرکز درمانی انجام دهید.

۱-۴-۳-۳-۲. مداخلات مددکاری گروهی با مراجعان

۱-۴-۳-۳-۲-۱. برای اداره جلسات مددکاری گروهی در مراکز درمان اقامتی میان‌مدت با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور ویژه از روش‌های آموزشی-مشاوره‌ای و فعالیت) استفاده کنید.

۱-۴-۳-۳-۲-۲. مطمئن شوید روش‌های پیشگیری از وسوسه مصرف، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی جلسات گروهی با مراجعان و با حضور حداقل یکی از اعضای تیم درمان به بحث گذاشته می‌شوند.

۱-۴-۳-۳-۲-۳. بهتر است طرح موضوعاتی مانند برانگیزاننده‌های بیرونی و آماده‌سازی برای ترخیص با حضور مددکار اجتماعی در گروه صورت پذیرد. در این جلسات بازگشت موفق به خانواده، اجتماع محلی و محیط کار را مورد توجه خاص قرار دهید. بازسازی موقعیت‌ها و تمرین چگونگی مواجهه با شرایط دشوار در هر یک از این موقعیت‌ها را در جلسات گروهی پیش‌بینی کنید.

۱-۴-۳-۳-۲-۴. می‌توانید از همکاری مشاوران همتای معتادان به‌عنوان کمک رهبر در جلسات مددکاری گروهی بهره بگیرید. لازم است قبل از ورود مشاوران همتای معتادان به جلسات مددکاری گروهی از صلاحیت آن‌ها برای همراهی شما در گروه مطمئن شوید و مطمئن شوید آموزش‌های لازم را در خصوص فعالیت‌های گروهی دیده‌اند.

۱-۴-۳-۳-۲-۵. در نظر داشته باشید که مشاوران همتای دارای شرایط تنها در صورتی می‌توانند در فعالیت‌های گروهی مددکار اجتماعی را همراهی کنند که مطابق برنامه پیش‌بینی‌شده توسط مددکار اجتماعی و تحت نظر او عمل کنند.

۳-۳-۳-۱. مداخلات مددکاری اجتماعی با خانواده مراجعان

۳-۳-۳-۱-۱. قبل از هر نوع مداخله‌ای در مورد خانواده مراجعان، جلساتی را با آن‌ها ترتیب دهید و موضوعات زیر را در جلسات مذکور بررسی و پی‌گیری کنید:

۳-۳-۳-۱-۱-۱. اطلاعات تکمیلی در مورد مراجع

۳-۳-۳-۱-۱-۲. الگوی ارتباطی خانواده

۳-۳-۳-۱-۱-۳. افراد تأثیرگذار در خانواده

۳-۳-۳-۱-۱-۴. دانش و اطلاعات اعضای خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن

۳-۳-۳-۱-۱-۵. نگرش‌ها و باورهای نادرست در مورد اعتیاد و درمان آن

۳-۳-۳-۱-۱-۶. شبکه حمایتی خانواده

۳-۳-۳-۲. قبل از هر نوع مداخله‌ای در مورد خانواده مراجعان، جلساتی را با آن‌ها ترتیب دهید و موضوعات زیر را در جلسات مذکور بررسی و پی‌گیری کنید:

۳-۳-۳-۲-۱. اطلاعات تکمیلی در مورد مراجع

۳-۳-۳-۲-۲. الگوی ارتباطی خانواده

۳-۳-۳-۲-۳. افراد تأثیرگذار در خانواده

۳-۳-۳-۲-۴. دانش و اطلاعات اعضای خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن

۳-۳-۳-۲-۵. نگرش‌ها و باورهای نادرست در مورد اعتیاد و درمان آن

۳-۳-۳-۲-۶. شبکه حمایتی خانواده

۳-۳-۳-۳. بهتر است علاوه بر این که جلسات را با حضور همه اعضای خانواده برگزار می‌کنید، جلساتی را نیز با هر یک از اعضا داشته باشید. این اقدام به شما کمک می‌کند اطلاعات دقیق‌تری را در مورد خانواده مراجع به دست آورید.

۳-۳-۳-۳-۱. در صورت لزوم برای تکمیل اطلاعات در مورد مراجع و خانواده‌اش بازدید منزل انجام دهید.

۳-۳-۳-۴. در صورت نیاز می‌توانید جلسات با اعضای خانواده مراجع را در منزل آن‌ها برگزار کنید.

۳-۳-۳-۵. پس از کسب اطلاعات لازم در مورد خانواده مراجع برای مداخله در سطح خانواده برنامه‌ریزی کنید. لازم است مشارکت اعضای خانواده را تا حد امکان برای مداخلات مرتبط با آن‌ها جلب کنید. مهم‌ترین هدف در برنامه‌ریزی به منظور مداخله در سطح خانواده، افزایش مشارکت مؤثر خانواده در فرایند بهبودی و فعال شدن خانواده برای درمان خود است.

۳-۳-۳-۶. برگزاری جلسات مشترک با اعضای خانواده و مراجع (و در صورت لزوم حامیان بهبودی

مراجع) (Family Group Conferencing) پس از آماده کردن طرفین توصیه می‌شود. در صورت آمادگی طرفین برگزاری حداقل یک جلسه و حداکثر سه جلسه مشترک را در طول دوره اقامت مراجع برنامه‌ریزی کنید. بهبود روابط خانواده با مراجع و آماده کردن آن‌ها برای پذیرش و حمایت سالم از مراجع مهم‌ترین اهدافی هستند که در این جلسات باید پی‌گیری شوند.

۷-۳-۳-۱-۵. هم‌وابستگی در خانواده معتادان مشکلی است که درمان آن نیاز به توجه جدی دارد. علاوه بر تلاش برای جلب همکاری و مشارکت خانواده در فرایند بهبودی، ترغیب اعضای خانواده برای درمان هم‌وابستگی را در تمامی اقدامات مربوط به آن‌ها مدنظر قرار دهید.

۸-۳-۳-۳-۱-۵. به اعضای خانواده کمک کنید الگوهای بیمارگونه ارتباطی در خانواده را بشناسند و برای تغییر این الگوها با مشارکت اعضای خانواده برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۹-۳-۳-۳-۱-۵. روش‌های مناسب برای رفتار صحیح با فرد در حال بهبود را به خانواده آموزش دهید.

۱۰-۳-۳-۳-۱-۵. اعضای خانواده را از عوامل زمینه‌ساز لغزش و عود آگاه کنید.

۱۱-۳-۳-۳-۱-۵. اعضای خانواده را با گروه‌های همتایی که برای درمان هم‌وابستگی تلاش می‌کنند، آشنا و آن‌ها را ترغیب کنید در جلسات گروه‌های همتا به‌طور فعال مشارکت کنند.

۱۲-۳-۳-۳-۱-۵. در قالب مصاحبه انگیزشی اعضای خانواده و حامیان بهبودی را از دشواری‌های بهبودی، عوامل موثر بر عود و بازگشت به مصرف آگاه کرده و حمایت مؤثر آن‌ها را در زمینه تغییر رفتار و افکار اعتیادی مراجع و حمایت‌های تعیین‌کننده آن‌ها در زمینه اشتغال به کار، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی و ... جلب کنید.

۱۳-۳-۳-۳-۱-۵. تکنیک‌های خانواده‌درمانی «کوتاه‌مدت متمرکز بر راه‌حل» را برای مداخلات در مورد خانواده به کار بگیرید. در صورتی که خانواده مراجع حاضر به همکاری نبوند، از تکنیک‌های خانواده‌درمانی یک‌جانبه استفاده کنید.

۱۴-۳-۳-۳-۱-۵. در صورتی که مراجع سابقه سوءمصرف مواد محرک را داشته است، می‌توانید از بسته پیش‌بینی‌شده ویژه خانواده در مدل ماتریکس بهره بگیرید. با توجه به این که برنامه پیش‌بینی‌شده در مدل ماتریکس بیش از مدت اقامت در مرکز به زمان نیاز دارد، لازم است خانواده را برای دریافت ادامه خدمات به مراکز خدمات پس از ترخیص ارجاع دهید.

۱۵-۳-۳-۳-۱-۵. با حضور تعدادی از خانواده‌ها می‌توانید جلسات مددکاری گروهی را برگزار کنید. متناسب با اهدافی که برای گروه در نظر می‌گیرید، اعضا را دعوت کنید. احتمالاً گروه والدین، گروه همسران، فرزندان یا گروه‌هایی متشکل از چند خانواده (با همه اعضا) می‌توانند در گروه‌های خانواده دعوت شوند.

۱۶-۳-۳-۳-۱-۵. برای اداره جلسات مددکاری گروهی با خانواده مراجعان با اولویت از رویکرد توسعه

(به‌طور ویژه از روش آموزشی-مشاوره‌ای) استفاده کنید.

۱۷-۳-۳-۱-۵. آموزش و مشاوره در مورد ماهیت اعتیاد و سبب‌شناسی آن، وسوسه مصرف، شروع‌کننده‌ها، لغزش و عود و نحوه پیشگیری از آن‌ها، نحوه مدیریت لغزش، نحوه تعامل با فرد در حال بهبودی، کاهش آسیب، هم‌وابستگی و درمان آن و حمایت سالم از فرد در حال بهبود از جمله مهم‌ترین موضوعاتی هستند که باید در جلسات گروهی با خانواده مراجعان مطرح شوند.

۱۸-۳-۳-۱-۵. می‌توانید از همکاری مشاوران همتای خانواده به‌عنوان کمک رهبر در جلسات مددکاری با خانواده بهره بگیرید. لازم است قبل از ورود مشاوران هم‌تا به جلسات مددکاری خانواده از صلاحیت آن‌ها برای همراهی‌تان در گروه مطمئن شوید و آموزش‌های لازم را به آن‌ها بدهید.

۱۹-۳-۳-۱-۵. در نظر داشته باشید که مشاوران همتای دارای شرایط تنها در صورتی می‌توانند در جلسات ویژه خانواده، مددکار اجتماعی را همراهی کنند که مطابق برنامه پیش‌بینی شده توسط مددکار اجتماعی و تحت نظر او عمل کنند.

۲۰-۳-۳-۱-۵. در مواردی احتمال دارد علاوه بر فرد در حال بهبودی، فرد یا افراد در حال مصرف دیگری در منزل حضور داشته باشند. لازم است خانواده را در مورد شیوه درست تعامل با فرد در حال مصرف آگاه کنید.

۲۱-۳-۳-۱-۵. احتمال بروز خشونت و آزار در خانواده‌های معتادان زیاد است. کودکان، زنان، افراد کم‌توان و سالمندان از مهم‌ترین قربانیان خشونت و آزار در این خانواده‌ها هستند. لازم است این موضوع را در خانواده ارزیابی کنید و در صورتی که بروز خشونت و آزار تأیید شد، در جلسات فردی و خانوادگی آن را مورد توجه قرار دهید. به قربانیان در مورد نحوه پیشگیری از بروز خشونت و آزار و مراقبت از خود آموزش و مشاوره دهید.

۲۲-۳-۳-۱-۵. در صورتی که همسر مراجع باردار است، مطمئن شوید که از مراقبت‌های دوره بارداری برخوردار است و در عین حال وضعیت او از نظر ابتلا به بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت بررسی می‌شود. در صورت ابتلای او به این بیماری‌ها لازم است پی‌گیری‌های لازم را به منظور انجام زایمان ایمن صورت دهید و مطمئن شوید مشاوره‌های لازم در این خصوص را دریافت می‌کند و آزمایش‌های تشخیصی در مورد بیماری‌های مذکور در بدو تولد نوزاد انجام می‌شود.

۲۳-۳-۳-۱-۵. برخی از خانواده‌ها تصور می‌کنند تمام مسئولیت درمان مراجع، به‌خصوص در برنامه‌های درمانی میان‌مدت، به عهده تیم درمان است و حتی برای ملاقات مراجع نیز نمی‌روند. آن‌ها را از اهمیت ملاقات‌های منظم با مراجع آگاه کنید.

۲۴-۳-۳-۱-۵. با هماهنگی تیم درمان ملاقات‌های خانواده را متناسب با شرایط مراجع برنامه‌ریزی و مدیریت کنید. لازم است مراجع و خانواده را برای ملاقات آماده کنید و در صورت لزوم قبل از ملاقات به اعضای

خانواده کمک کنید شیوه مناسب تعامل با مراجع را در حضور شما تمرین کنند.

۴-۳-۳-۱. حمایت از کودکان تحت سرپرستی یا مراقبت مراجع

۴-۳-۳-۱-۵. نسبت به وضعیت کودکانی که تحت سرپرستی و مراقبت مراجعان هستند، حساس باشید. احتمال اعمال انواع آزارها نسبت به این کودکان وجود دارد، بنابراین تأمین شرایط امن و عاری از آزار را برای آن‌ها به‌طور جدی پی‌گیری کنید و حمایت از این کودکان را در اولویت قرار دهید.

۴-۳-۳-۲-۱-۵. مطمئن شوید کودک در طول دوره اقامت مراجع در مرکز، در شرایط امن و عاری از آزار زندگی می‌کند و نیازهای او به شیوه مناسب پاسخ داده می‌شوند.

۴-۳-۳-۳-۱-۵. مطمئن شوید سرپرست و مراقب کودک آموزش‌های فرزندپروری را دریافت می‌کنند. ۴-۳-۳-۴-۱-۵. در صورتی که ادامه زندگی کودک با مراقب فعلی می‌تواند زمینه آزار و خشونت علیه او را فراهم کند، پی‌گیری‌های لازم را برای مراقبت مناسب از کودک انجام دهید. قبل از هر چیز امکان سپردن کودک را به بستگان دارای شرایط برای مراقبت بررسی کنید. در صورتی که در میان بستگان فرد دارای شرایط وجود نداشت، سپردن کودک به مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور را پی‌گیری کنید.

۴-۳-۳-۵-۱-۵. در نظر داشته باشید که بسیاری از مراجعان با توجه به عملکرد قبلی‌شان والدین غیرمؤثری بوده‌اند و احتمالاً حداقل تا مدتی پس از ترخیص نیز نمی‌توانند شرایط ایده‌آلی برای فرزندشان فراهم کنند. اغلب آن‌ها از این‌که نتوانند فرزندشان را پس از متعادل شدن شرایط باز پس گیرند، نگرانی‌های بسیاری دارند. به این نگرانی‌ها توجه کنید و به والدین کمک کنید منافع فرزندشان را با اولویت مورد توجه قرار دهند.

۴-۳-۳-۶-۱-۵. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از امکان تحصیل برخوردار می‌شوند. در صورتی که خانواده قادر به تأمین امکانات آموزشی و کمک‌آموزشی ضروری برای ادامه تحصیل کودکان نبود، با هماهنگی مدیر مرکز نسبت به تأمین امکانات اقدام و در این مورد حمایت‌یابی کنید.

۴-۳-۳-۷-۱-۵. غفلت از سلامت کودکان در خانواده‌های معتادان بسیار رایج است. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و به موقع برخوردار می‌شوند.

۴-۳-۳-۸-۱-۵. احتمال اعتیاد یا ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت را در مورد کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان بررسی کنید. برای این منظور کودک را به پزشک تیم مداخله ارجاع دهید و پی‌گیری‌های لازم را برای انجام آزمایش‌های تشخیصی صورت دهید. چنان‌چه کودک به اعتیاد یا هر نوع بیماری مرتبط با آن مبتلا شده است، ارائه خدمات درمانی مربوط را به‌عنوان اقدام فوری پی‌گیری کنید.

۴-۳-۳-۹-۱-۵. ترتیبی دهید که ارتباط کودک با مراجع در طول دوره اقامت در مرکز قطع نشود. به این

منظور آماده کردن کودک برای ملاقات و برنامه‌ریزی برای ملاقات‌های منظم را در دستور کار خود قرار دهید.

۵-۳-۳-۱. مداخلات مددکاری اجتماعی در سطح اجتماعی و شغلی

۵-۳-۳-۱-۱. تقویت شبکه حمایتی

۵-۳-۳-۱-۱-۱. معمولاً امکان تکمیل فرایند شبکه‌درمانی در برنامه درمان اقامتی میان مدت فراهم نمی‌شود، اما لازم است مقدمات شبکه‌درمانی را انجام دهید و گزارش آن را در اختیار تیم مداخله واحد پس از ترخیص بگذارید تا بتوانند این فرایند را تکمیل کنند.

۵-۳-۳-۱-۲. به مراجع کمک کنید شبکه حمایتی خود را ترسیم کند. لازم است از او بخواهید حداقل یکی از حمایت‌کنندگان مؤثر در زندگی خویش را که احتمال می‌دهد در فرایند تغییر به او کمک کند، به مددکار معرفی کند.

۵-۳-۳-۱-۳. با کسانی که مراجع به‌عنوان افراد مهم و مؤثر در فرایند تغییر سبک زندگی خود معرفی کرده، تماس تلفنی برقرار کنید و برای جلسه حضوری از آن‌ها دعوت کنید. در جلسه حضوری با فرد مؤثر لازم است انگیزه‌های او را برای مشارکت در فرایند مداخله تقویت کنید.

۵-۳-۳-۱-۴. به حامی بهبودی توضیح دهید که دقیقاً از او چه انتظاری دارید. از کلی‌گویی و مطرح کردن انتظارات مبهم اجتناب کنید.

۵-۳-۳-۱-۵. برای اقدامات حمایتی از فرد در حال بهبود برنامه‌ریزی کنید و ضمن تقسیم وظیفه زمان اجرای هر اقدام را مشخص کنید.

۵-۳-۳-۱-۶. در طول دوره اقامت مراجع جلسه یا جلساتی را با حامیان بهبودی برنامه‌ریزی و برگزار کنید

۵-۳-۳-۱-۷. در فاصله برگزاری جلسات اقدامات شبکه حامیان بهبودی را از طریق تلفن پی‌گیری کنید

۵-۳-۳-۱-۸. حضور مراجع در جلسه حامیان بهبودی می‌تواند مؤثر باشد، اما احتمال دارد در مواردی شرکت در چنین جلسه‌ای با فشار روانی برای مراجع همراه باشد. از این رو لازم است برای تصمیم‌گیری در مورد حضور مراجع در جلسه به شرایط او توجه کنید.

۵-۳-۳-۱-۹. در صورتی که مراجع در اجتماع محلی زندگی می‌کند، مقدمات لازم را برای مداخلات پیشگیری اجتماع‌محور از عود انجام دهید. برای این منظور از راهنمای مداخله مددکاری اجتماعی به منظور پیشگیری از عود اعتیاد استفاده کنید.

۲-۵-۳-۳-۱. محیط کار

۱-۵-۳-۳-۲. به نگرانی‌های مراجعان برای بازگشت به محیط کارشان توجه داشته باشید. در صورتی که مراجع موافقت خود را اعلام کرد، مداخلات لازم را برای این که محیط کار آمادگی لازم را برای پذیرش او به دست آورد، انجام دهید.

۱-۵-۳-۳-۲. در صورتی که امکان مداخله در محیط کار مراجع وجود ندارد، لازم است به او کمک کنید تا آمادگی لازم برای حضور در محیط کار و تعامل موفق با کارفرما و همکارانش را به دست آورد. به خصوص در مواردی که فرد یا افراد مصرف‌کننده‌ای در محیط کار او حضور دارند، یا بر اساس گزارش‌های مراجع به این نتیجه می‌رسید که رفتارهای اعتیادی در میان همکاران او وجود دارد و می‌تواند بهبودی او را در معرض خطر قرار دهد، آماده‌سازی مراجع برای بازگشت به محیط کار اهمیت زیادی دارد.

۱-۵-۳-۳-۳. لازم است با مشارکت مراجع میزان برانگیزاننده بودن شغل قبلی او را بررسی کنید. در صورتی که شغل قبلی او به‌عنوان یکی از برانگیزاننده‌ها تشخیص داده شد، لازم است او را توجیه کنید که برای تغییر احتمالی شغل یا کاهش عوامل برانگیزاننده برنامه‌ریزی و اقدام کند.

۱-۵-۳-۳-۴. در صورت موافقت مراجع، مذاکره با کارفرما را برای حفظ شغل مراجع و فراهم کردن زمینه بازگشت او به محیط کار در برنامه‌های مداخله خود قرار دهید.

۶-۳-۳-۱. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند حمایت‌یابی

۱-۵-۳-۳-۶-۱. انگ اجتماعی در مورد اعتیاد، معتادان و خانواده آن‌ها موجب می‌شود حمایت‌یابی برای این گروه کار دشواری باشد. از سوی دیگر یک مرکز به تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی همه نیازهای مراجعان و خانواده آن‌ها در دوره پس از ترخیص باشد. حمایت‌یابی یکی از ابزارهایی است که می‌تواند شرایط را برای ارائه خدمات متنوع و متناسب با نیاز مراجعان و خانواده آن‌ها فراهم کند.

۱-۵-۳-۳-۶-۲. برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی و اقدام کنید. برای این منظور حمایت‌کنندگان بالقوه را شناسایی کنید و در مورد روش تعامل با آن‌ها تصمیم‌گیری کنید. در نظر داشته باشید که یک روش به‌تنهایی نمی‌تواند برای حمایت‌یابی در همه عرصه‌ها مؤثر واقع شود و احتمال دارد لازم باشد برای هر مخاطب یک روش ویژه را در نظر بگیرید.

۱-۵-۳-۳-۶-۳. برای توجیه مخاطبان اصول اخلاقی را مدنظر قرار دهید و به‌طور ویژه از اغراق، اظهارات غیرواقعی، نقض گمنامی و فاش کردن اسرار مراجعان و خانواده آن‌ها پرهیز کنید.

۱-۵-۳-۳-۶-۴. در صورتی که می‌خواهید برای حمایت‌یابی مشخصات و جزئیات مشکل مراجعتان را با مخاطبان در میان بگذارید، حتماً رضایت آگاهانه مراجعتان را دریافت کنید.

۵-۳-۳-۵-۱. لازم است در گام اول برای حساس سازی و آگاه سازی مخاطبان اقدام کنید. به این موضوع توجه کنید که گاهی این اقدام نیاز به صرف زمان قابل توجهی خواهد داشت.

۶-۳-۳-۵-۱. در فرایند حمایت یابی به انواع حمایت ها (اعم از حمایت های روانی-عاطفی، اجتماعی، شغلی، آموزشی، مادی و...) توجه کنید.

۷-۳-۳-۵-۱. تقویت شبکه حمایتی مراجع و تأمین نیازهای افراد تحت سرپرستی و مراقبت مراجع از جمله مواردی هستند که می توانند با اولویت در برنامه حمایت یابی در نظر گرفته شوند.

۸-۳-۳-۵-۱. به حمایت کنندگان به صورت منظم بازخورد دهید و بازخوردهای آن ها را در مورد عملکرد خود دریافت کنید. رعایت دقت و نظم در ارائه گزارش به حمایت کنندگان بالقوه ادامه حمایت توسط آن ها را تا اندازه زیادی تضمین می کند.

۹-۳-۳-۵-۱. بازخورد مراجعان را در مورد حمایت یابی های انجام شده دریافت و در برنامه ریزی های بعدی به آن ها توجه کنید.

۷-۳-۳-۵-۱. وظایف مددکار اجتماعی به منظور مداخله در بحران

۱-۳-۳-۵-۱. رفتارهای تکانشی در طول دوره اقامت مراجع در مرکز دور از انتظار نیست. در صورت بروز درگیری و اختلاف بین مراجعان یا میان مراجعان و کارکنان در مرکز به آن ها کمک کنید ضمن حفظ آرامش، مشکل را تشریح کنند و برای مشکل راه حلی بیابند. در نظر داشته باشید که نباید به عنوان قاضی میان آن ها داوری کنید. لازم است از این موقعیت ها به گونه ای بهره برداری کنید که مراجعان بتوانند شیوه های برقراری ارتباط بدون خشونت و ارتباط مؤثر را تمرین کنند.

۲-۳-۳-۵-۱. تعدادی از مراجعان مراکز درمان اقامتی میان مدت سوءمصرف مواد به دلیل سابقه رفتارهای پرخطر بیش از سایر گروه ها در معرض ابتلا به بیماری هایی مانند ایدز و هپاتیت هستند. پس از اعلام نتایج آزمایش ایدز و هپاتیت، ایجاد بحران از واکنش های معمول بیماران و اعضای خانواده آن ها است و مددکار اجتماعی در این زمینه موظف است در زمینه سازگاری با بحران ایجاد شده بیمار و خانواده او را حمایت کرده و برنامه درمانی معینی پس از سپری شدن دوره بحران جهت توانمندسازی آن ها تدوین و اجرا کند.

۳-۳-۳-۵-۱. مطمئن شوید که مشاوره های لازم در چهارچوب VCT در مرکز درمانی توسط یکی از اعضای تیم درمان به مراجع داده می شود.

۴-۳-۳-۵-۱. به بیمار کمک کنید خانواده اش را از بیماری اش مطلع کند و با برگزاری جلسات مشاوره خانواده را در پذیرش فرد مبتلا کمک کنید.

۱-۵-۳-۳-۸. وظایف مددکار اجتماعی در طراحی و استفاده از سیستم ارجاع

- ۱-۵-۳-۳-۸-۱. سازمان‌ها و مؤسساتی را که می‌توانند خدماتی را به افراد در حال بهبودی ارائه دهند، شناسایی کنید و متناسب با نیاز، مراجع را به آن‌ها ارجاع دهید.
- ۱-۵-۳-۳-۸-۲. در صورت نیاز مراجع را به دیگر اعضای تیم درمان ارجاع دهید.
- ۱-۵-۳-۳-۸-۳. هنگام ترخیص، مراجع و خانواده او را جهت ادامه درمان به مراکز ارائه‌کننده حمایت‌های پس از ترخیص ارجاع دهید.
- ۱-۵-۳-۳-۸-۴. قبل از ارجاع هماهنگی‌های لازم را با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انجام دهید. برای ارجاع مناسب‌ترین روش را برای معرفی مراجع به فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انتخاب کنید و پس از ارجاع نیز نحوه تعامل مراجع با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را پی‌گیری کرده و مطمئن شوید که خدمات مورد نظر به مراجع ارائه شده است. در صورتی که خدمات به‌طور مناسبی ارائه نشده باشند، لازم است پی‌گیری لازم را برای تحقق این موضوع انجام دهید.
- ۱-۵-۳-۳-۸-۵. در صورت لزوم گزارش مختصری از وضعیت مراجع یا خانواده‌اش به فرد حرفه‌ای، سازمان یا مؤسسه مقصد ارائه کنید.

۱-۵-۳-۳-۹. وظایف مددکار اجتماعی در تعامل با تیم درمان

- ۱-۵-۳-۳-۹-۱. با تیم درمان همکاری نزدیک داشته باشید و در جلسه‌های تیم درمان به‌طور منظم و فعال شرکت کنید.
- ۱-۵-۳-۳-۹-۲. در مورد فعالیت‌هایی که بر اساس پروتکل، هر یک از اعضای تیم درمان می‌توانند آن‌ها را انجام دهند (مانند مصاحبه انگیزشی)، در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کنید و مطابق تقسیم‌وظیفه صورت گرفته توسط تیم درمان مستقر در مرکز عمل کنید.
- ۱-۵-۳-۳-۹-۳. در جلسات تیم درمان از عدم هم‌پوشانی، تعارض و تداخل مداخلات مددکاری اجتماعی با مداخلات سایر اعضای تیم درمان مطمئن شوید. در این مورد در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کرده و بر اساس تصمیم‌های تیم درمان اقدام کنید.
- ۱-۵-۳-۳-۹-۴. این راهنما مبنای اصلی تعیین مرزهای مداخلات مددکار اجتماعی با سایر اعضای تیم درمان محسوب می‌شود. اعضای تیم درمان را با خدمات پیش‌بینی شده در این راهنما آشنا کنید و ارائه این خدمات را توسط مددکار اجتماعی دارای شرایط با حساسیت پی‌گیری کنید.
- ۱-۵-۳-۳-۹-۵. روند درمان مراجع را با سایر اعضای تیم درمان در میان بگذارید و اطلاعات مربوط به مراجع را از سایر اعضای تیم درمان به‌طور منظم جویا شوید.

۱۰-۳-۳-۱. وظایف مددکار اجتماعی در آماده‌سازی برای ترخیص

۱۰-۳-۳-۱-۱. لازم است در هفته آخر اقامت در مرکز با هر یک از مراجعان حداقل یک جلسه فردی مددکاری اجتماعی برگزار شود. در این جلسه شرایط مراجع را مرور کرده و با مشارکت مراجع برنامه پس از ترخیص را تنظیم کنید. ارزیابی مخاطراتی که بهبودی فرد را تهدید می‌کنند، راه‌های مقابله با آن‌ها، متعهد کردن مراجع به ادامه درمان، روش‌های ارتباط و مشاوره‌های بعدی باید به‌عنوان مهم‌ترین محتوای این جلسه در نظر گرفته شوند.

۱۰-۳-۳-۱-۲. حداقل یک هفته قبل از ترخیص خانواده و شبکه حمایتی مراجع را برای ترخیص بیمار آماده کنید. برگزاری جلساتی با اعضای خانواده و اعضای تأثیرگذار بر بهبودی، بازدید منزل و تماس تلفنی می‌توانند بخشی از اقدامات مددکار اجتماعی در این خصوص باشند.

۱۰-۳-۳-۱-۳. مراجع و خانواده‌اش را بر اساس برنامه تنظیم‌شده برای دریافت خدمات پس از ترخیص، ارجاع دهید.

۱۱-۳-۳-۱. وظایف مددکار اجتماعی در پی‌گیری پس از ترخیص

۱۱-۳-۳-۱-۱. پس از ترخیص حداقل به مدت سه ماه شرایط مراجع را به صورت فعال پی‌گیری کنید.

۱۱-۳-۳-۱-۲. منظور از پی‌گیری پس از ترخیص صرفاً کسب اطلاع از وضعیت مراجع نیست. لازم است

در صورتی که بهبودی مراجع با دشواری مواجه شده باشد، برای مداخله برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۱۱-۳-۳-۱-۳. در طول مدت پی‌گیری پس از ترخیص لازم است حداقل هر هفته تلفنی با مراجع و

خانواده او در ارتباط باشید و در صورت لزوم ضمن بازدید منزل وضعیت مراجع را پی‌گیری کنید.

۱۱-۳-۳-۱-۴. برگزاری اردو، جلسات آموزشی و جلسات گروه‌های همتا می‌توانند به ادامه ارتباط مراجع

با مرکز کمک کنند. برای این فعالیت‌ها برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۱۱-۳-۳-۱-۵. جزئیات بیشتر در مورد خدمات مددکاری اجتماعی در دوره پس از ترخیص در راهنمای

مربوط آمده است. برنامه مداخلات پس از ترخیص را بر اساس راهنمای مذکور طراحی و اجرا کنید.

۱۱-۳-۳-۱-۶. در مواردی که مراجع با تمدید دوره درمانی مدت طولانی‌تری در مرکز اقامت می‌کند،

احتمال Hospitalization افزایش می‌یابد. این موضوع می‌تواند مشکلاتی را برای زندگی مراجع خارج از

مرکز فراهم کرده و زمینه را برای عود او فراهم کند. بنابراین لازم است در طول دوره پس از ترخیص علائم این

مشکل را مدنظر قرار دهید و در صورت وجود این علائم، با همکاری تیم درمان، مداخله کمکی را برای مراجع

برنامه‌ریزی و اجرا کنید.

۱۲-۳-۳-۵-۱. وظایف مددکار اجتماعی در مستندسازی و گزارش‌نویسی

۱۲-۳-۳-۵-۱. برای هر یک از مراجعان پرونده مددکاری اجتماعی جداگانه تشکیل دهید و همه اقدامات مددکاری اجتماعی (اعم از خدماتی که در مرکز درمان اقامتی بلندمدت ارائه می‌شوند، پی‌گیری‌ها، ارجاع‌ها و خدمات پس از ترخیص) در مورد مراجع و خانواده‌اش را با ذکر تاریخ در پرونده مددکاری او ثبت کنید.

۱۲-۳-۳-۵-۲. از اشاره‌های مبهم در پرونده و درج کدهایی که عمومیت ندارند، خودداری کنید.

۱۲-۳-۳-۵-۳. در کوتاه‌ترین زمان پس از اجرای اقدامات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی، گزارشتان را تهیه و در پرونده ثبت کنید.

۱۳-۳-۳-۵-۱. نحوه همکاری با مشاوران همتا

۱۳-۳-۳-۵-۱. مشاوران همتا به شیوه‌های مختلف در فرایند درمان اقامتی میان‌مدت می‌توانند همکاری داشته باشند. در صورتی که تصمیم دارید مشاوران همتا را به‌عنوان کمک رهبر در جلسات مددکاری گروهی یا مددکاری با خانواده مراجعان به همکاری دعوت کنید، مطمئن شوید که ویژگی‌های مدنظر این راهنما (اشاره‌شده در تعریف مفاهیم) در مورد آن‌ها مصداق دارد.

۱۳-۳-۳-۵-۲. تصمیم‌گیری در مورد همکاری مشاور همتا در جلسات مددکاری گروهی یا مددکاری با خانواده به عهده مددکار اجتماعی است.

۱۳-۳-۳-۵-۳. مطمئن شوید که مشاور همتا به اصول اخلاق حرفه‌ای متعهد است، مهارت ارتباط مؤثر را دارد و دقیقاً مطابق برنامه پیش‌بینی‌شده برای جلسات مددکاری گروهی یا مددکاری با خانواده اقدام خواهد کرد. در نظر داشته باشید مسئولیت همه جلسات مددکاری اجتماعی با فرد حرفه‌ای (یعنی مددکار اجتماعی) است و اداره همه یا بخشی از این جلسات بدون حضور مددکار اجتماعی به هیچ وجه مجاز نخواهد بود.

۱۳-۳-۳-۵-۴. گزارش‌های جلسات مددکاری گروهی و خانواده باید توسط مددکار اجتماعی تهیه شوند. گزارش‌های مشاوران همتا که در این جلسات مددکار اجتماعی را همراهی کرده‌اند، نمی‌تواند به‌عنوان گزارش مددکاری اجتماعی در پرونده مددکاری اجتماعی قرار گیرد. در صورت تشخیص مددکار اجتماعی برخی یادداشت‌های مشاور همتا می‌تواند به‌عنوان پیوست گزارش مددکاری اجتماعی ثبت شوند.

۱۳-۳-۳-۵-۵. پرونده مددکاری اجتماعی نباید در اختیار مشاوران همتا قرار گیرد. مددکار اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم بخشی از اطلاعات را در اختیار مشاور همتایی که با او در جلسات مددکاری گروهی یا مددکاری با خانواده شرکت می‌کند، قرار دهد. انتقال این اطلاعات تنها در صورتی مجاز است که ناقض اصول اخلاق حرفه‌ای مددکاری اجتماعی نباشد.

راهنمای مداخلات مددکاری اجتماعی در
درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد

۱-۲. مقدمه

مددکار اجتماعی در برنامه‌های درمان اقامتی سوء مصرف مواد به عنوان یکی از اعضای تیم درمان وارد شده است. آن‌ها در هر دو نوع مراکز درمان اقامتی کوتاه مدت و بلند مدت (برای مثال MaineGeneral Residential Services, Butler Hospital و Montefiore) فعالیت می‌کنند.

بررسی‌ها نشان داده است که در برنامه‌های درمان اقامتی سوء مصرف مواد خدمات اجتماعی بیشتری ارائه می‌شوند (مک‌کارتی و همکاران، ۲۰۰۸). مددکار اجتماعی می‌تواند این خدمات را در چهارچوبی حرفه‌ای برنامه‌ریزی و اجرا کند. خدماتی که در این مراکز توسط مددکار اجتماعی ارائه می‌شوند، بیش از هر چیز بر تعامل با خانواده، تلاش برای تقویت شبکه حمایتی مراجع و بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه متمرکز هستند. این خدمات در راستای استانداردهای مددکاری اجتماعی برای ارائه در قالب مراقبت‌های بلند مدت پیش‌بینی شده‌اند (نگاه کنید به استانداردهای مددکاری اجتماعی در مراقبت‌های بلند مدت، CASW و NASW). مهم‌ترین فعالیت‌هایی که مددکاران اجتماعی در مراکز درمان اعتیاد انجام می‌دهند، شامل ارزیابی اولیه، طراحی برنامه مراقبت و ترخیص، مشاوره فردی و گروهی، آموزش مهارت‌های زندگی، خانواده‌درمانی، مداخله و مصاحبه‌های انگیزشی، ارجاع و حمایت‌یابی برای دستیابی به منابع اجتماعی، هماهنگی درمان و پی‌گیری برای ماندگاری فرد در درمان است.

رویکردهای مددکاری اجتماعی از تمرکز صرف بر مراجع پرهیز می‌کنند. آن‌ها بر ضرورت در نظر گرفتن مراجع در محیط خانوادگی و اجتماعی تأکید دارند. بر این اساس خانواده به عنوان نهادی که به دلیل اعتیاد آسیب دیده است، نیازمند دریافت خدمات حرفه‌ای است. به خصوص برخی از اعضای خانواده که بیشتر در معرض آسیب هستند (مانند کودکان، زنان در معرض خشونت و زنان باردار) با حساسیت بیشتری مورد توجه

مددکاران اجتماعی قرار می‌گیرند (برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ استراسنر و فول، ۲۰۱۱؛ مسینا و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمسون، ۲۰۰۹؛ فریدمن و همکاران، ۲۰۰۹؛ می و همکاران، ۲۰۰۸؛ پدرسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ سونیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ گرینفیلد و همکاران، ۲۰۰۷؛ UNODC، ۲۰۰۴؛ کلیور و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاستن و همکاران، ۱۹۹۳؛ واسمن و لونتال، ۱۹۹۳؛ ملنیکوف و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسکالفولم و همکاران، ۱۹۹۱).

برنامه‌ریزی و اقدام برای بازگشت موفق به خانواده و فراهم کردن مقدمات لازم برای بازپیوند مراجع به جامعه در این راهنما مورد توجه ویژه قرار گرفته است. از این رو در طراحی خدمات مددکاری اجتماعی علاوه بر ضرورت تعامل با مراجع بر مداخلات مددکار اجتماعی در حوزه خانواده و تقویت شبکه اجتماعی او نیز تأکید شده است. بی‌تردید مددکاران اجتماعی با توجه به دانش و ابزارهای حرفه‌ای که در اختیار دارند، در مقایسه با سایر حرفه‌ها می‌توانند به‌طور مؤثرتری مراجع را در دستیابی به اهداف درمانی در سطوح خانوادگی و اجتماعی یاری کنند. تنظیم‌کنندگان این راهنما همکاری و تعامل هدفمند با تیم درمان را به نفع مراجع می‌دانند و بر حضور فعال مددکاران اجتماعی در تیم درمان به منظور تحقق اهداف این راهنما تأکید دارند.

مددکاران اجتماعی می‌توانند در اجرای مداخلات راغب‌سازی (مانند ACRAFT، CRAFT و جانسون) با موفقیت عمل کنند. با توجه به شواهد پژوهشی مبنی بر عملکرد موفق CRAFT (بریگهام و همکاران، ۲۰۰۹؛ میلر و همکاران، ۱۹۹۹؛ داتچر و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسمیت و میرز، ۲۰۰۴) به‌خصوص در مقایسه با سایر روش‌های راغب‌سازی (نگاه کنید به میلر و همکاران، ۱۹۹۹) این برنامه با اولویت مورد نظر این راهنماست. از سوی دیگر مددکار اجتماعی خطر hospitalization را در این راهنما مورد توجه قرار گرفته است.

عموماً مسئولیت مدیریت مورد در مراکز درمان اعتیاد به عهده مددکاران اجتماعی است (NASW، ۲۰۱۳؛ برون و ریچارد، ۲۰۰۱؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶؛ آشتی، ۱۹۹۲). این بدان معناست که مددکار اجتماعی بیمار و خانواده‌اش را در کل فرایند مداخله شامل آماده‌سازی برای ورود به فرایند درمان، پذیرش، ارزیابی جامع از وضعیت فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بیمار، برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی، آماده‌سازی برای ترخیص و پس از ترخیص در چهارچوب حرفه‌ای همراهی می‌کند. مددکار اجتماعی نه‌تنها بیمار، بلکه خانواده و محیطی را که در آن زندگی می‌کند، در برنامه‌ریزی و پی‌گیری‌هایش مورد توجه قرار می‌دهد. بر اساس رویکرد مدیریت مورد حصول اطمینان از دریافت خدمات و پایش وضعیت بیمار و خانواده‌اش در دوره درمان و پس از ترخیص به عهده مددکار اجتماعی خواهد بود.

از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهند مدیریت مورد می‌تواند در موفقیت بیماران در درمان به‌طور چشم‌گیری تأثیرگذار باشد و در عین حال اسناد متعدد بر کارآمد بودن مدیریت مورد توسط مددکاران اجتماعی تأکید کرده‌اند (برای مثال نگاه کنید به NASW، ۲۰۱۳؛ برون و ریچارد، ۲۰۰۱؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶)،

وظایف مددکاران اجتماعی در این راهنما در چهار چوب رویکرد مدیریت مورد تنظیم شده است.

۲-۲. هدف از تنظیم این راهنما

- ۲-۲-۱. تعیین چهارچوب مداخله مددکاری اجتماعی در مراکز درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد
- ۲-۲-۲. ارائه راهکارهای حرفه‌ای مبتنی بر چهارچوب‌های علمی مددکاری اجتماعی در مراکز درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد
- ۲-۲-۳. فراهم کردن زمینه ارائه خدمات یکسان مددکاری اجتماعی در همه مراکز درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد
- ۲-۲-۴. ارائه شرح وظایف مشخص مددکاران اجتماعی در مراکز درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد
- ۲-۲-۵. مشخص کردن مرزهای مداخلات مددکاری اجتماعی با سایر مداخلات در تیم درمان

۲-۳. اهداف مداخله مددکاری اجتماعی در مرکز درمان اقامتی بلندمدت

- ۲-۳-۱. راغب‌سازی بیماران برای ورود به درمان
- ۲-۳-۲. آگاه کردن مراجع و خانواده او از عوامل محافظ و خطر عود
- ۲-۳-۳. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه پیشگیری از عود
- ۲-۳-۴. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه مدیریت لغزش
- ۲-۳-۵. جلب مشارکت فعال خانواده در فرایند درمان
- ۲-۳-۶. تقویت شبکه حامی بهبودی مراجع
- ۲-۳-۷. حمایت از گروه‌هایی که به دلیل زندگی در خانواده دارای معتاد در معرض آسیب قرار گرفته‌اند (مانند کودکان، زنان باردار و ...)
- ۲-۳-۸. آماده‌سازی مراجع برای ترخیص
- ۲-۳-۹. افزایش دسترسی مراجع و خانواده به خدمات حمایت‌کننده بهبودی
- ۲-۳-۱۰. توان‌بخشی شغلی مراجع

۲-۴. تعریف مفاهیم

۲-۴-۱. مددکار اجتماعی

- در این راهنما منظور همه افرادی هستند که دارای شرایط زیر باشند:
- ۲-۴-۱-۱. فارغ‌التحصیل رشته مددکاری اجتماعی حداقل در مقطع کارشناسی

۲-۴-۱-۲. ارائه مدارک و گواهی‌های مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور در خصوص سپری کردن دوره‌های آموزشی مرتبط که محتوای زیر در آن‌ها ارائه شده باشد:

۱-۱-۴-۲. مبانی (شامل انواع مواد اعتیادآور و عوارض آن‌ها، تعریف اعتیاد، سبب‌شناسی اعتیاد، اختلالات همراه و...)

۲-۴-۱-۱-۲. اختصاصی (انواع پروتکل درمان اقامتی بلندمدت، مددکاری گروهی با افراد در حال بهبودی و خانواده آن‌ها، مددکاری ویژه خانواده افراد در حال بهبود، استراتژی‌های مدیریت لغزش، استراتژی‌های پیشگیری از عود، تکنیک‌های حمایت‌یابی ویژه افراد در حال بهبودی، تکنیک‌های مداخله در شرایط بحرانی، مدل‌های راغب‌سازی با تأکید بر CRAFT، رویکرد مدیریت مورد)

۲-۴-۱-۳. سپری کردن دوره کارورزی مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد به مدت ۱۵۰ ساعت

۲-۴-۲. درمان اقامتی بلندمدت

درمان‌های اقامتی که بر اساس آن‌ها بیمار بین سه ماه تا دو سال در مرکز درمانی اقامت می‌کند. در این نوع مراکز درمان‌ها از نوع غیردارویی است و بر به وجود آوردن تغییرات کلی در شیوه زندگی افراد وابسته به مواد، خودیاری، رشد فردی، کسب حمایت گروهی و ایجاد جو معنوی در مرکز تأکید می‌شود.

۲-۴-۳. رضایت آگاهانه

منظور از رضایت آگاهانه جلب موافقت داوطلبانه مراجعان یا نمایندگان قانونی آن‌ها پس از ارائه اطلاعات در مورد نوع خدمت، نحوه ارائه و منافع و مضرات احتمالی ناشی از موافقت آن‌ها برای دریافت خدمت است.

۲-۴-۴. مداخلات راغب‌سازی (Motivational Interventions)

منظور همه اقدامات مددکاران اجتماعی به منظور ترغیب مراجع به ورود و ادامه درمان و در عین حال ترغیب خانواده به مشارکت فعال در فرایند بهبود و اقدام برای درمان خود است. مددکاران اجتماعی از مدل‌های تأییدشده‌ای مانند CRAFT، CRA، جانشون و مهارت‌ها و تکنیک‌های مصاحبه‌های انگیزشی بهره می‌گیرند.

۲-۴-۵. گروه آموزشی - مشاوره‌ای

یکی از روش‌های تشکیل و اداره گروه‌ها در مددکاری گروهی، روش آموزشی-مشاوره‌ای است که در آن ارتقای سطح آگاهی شرکت‌کنندگان و ارائه مشاوره‌های گروهی مورد توجه خاص قرار می‌گیرد. در این روش

شرکت کنندگان به عنوان افرادی تلقی می شوند که قادرند پس از حساس شدن نسبت به شرایط خود و کسب آگاهی از نحوه بهبود شرایط به طور مؤثر عمل کنند.

۲-۴-۶. حامی بهبودی

افرادی که بهبودی فرد برای آن ها اهمیت دارد و برای تحقق این موضوع آمادگی همکاری دارند. حامیان بهبودی می توانند اعضای خانواده، بستگان و دوستان یا هر فرد مهم دیگری باشند.

۲-۴-۷. Family Group Conferencing

مدلی است که به منظور حل مشکل در مورد یکی از اعضای خانواده با مشارکت خود او و اعضای خانواده اش مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس این مدل جلسات با حضور بیمار، اعضای خانواده او و تیم درمانی در مراحل مختلف تشکیل می شود و فرض بر این است که در صورتی که به خانواده آگاهی های لازم در مورد موضوع داده شود و چنانچه خانواده در تصمیم گیری ها مشارکت داشته باشند، اجرای مداخلات با موفقیت بیشتری در مقایسه با زمانی که مشارکت ندارند، همراه خواهد شد.

۲-۴-۸. خانواده درمانی (Family Therapy)

منظور استفاده مددکار اجتماعی از رویکردها و تکنیک های خانواده درمانی است که با هدف افزایش مشارکت خانواده در فرایند درمان و ترغیب خانواده به درمان خود انجام می شود.

۲-۴-۹. بازدید منزل (Home Visit)

بازدید منزل یکی از اقدامات پیش بینی شده در خدمات مددکاری اجتماعی است که علاوه بر این که به منظور فرصتی برای جمع آوری اطلاعات در مورد مراجع، خانواده و محیط زندگی آن ها تلقی می شود، برای انجام برخی مداخلات نیز به کار گرفته می شود. (برای مثال مددکاران اجتماعی مجازند تحت شرایط مشخصی جلسات مداخله به منظور راغب سازی، خانواده درمانی، FGC و نظایر آن ها را در منزل مراجع برگزار کنند.)

۲-۴-۱۰. توان بخشی شغلی (Vocational Rehabilitation)

منظور مجموعه ای کامل از مداخلات شامل ارزیابی اولیه، ارجاع برای آموزش حرفه ای یا کار آفرینی، تهیه یا بازنگری طرح کسب و کار برای هر فرد، حمایت یابی در فرایند کسب و کار، شبکه سازی مشاغل و... است.

۱۱-۴-۲. شبکه درمانی (Network Therapy)

در این روش، برخی اعضای خاص خانواده، دوستان و اطرافیان مؤثر بیمار برای ایجاد یک سیستم حمایتی و افزایش انگیزه برای تغییر در بیمار در یک شبکه ثبت نام کرده و با هم همکاری می کنند. هدف از این شیوه، رسیدن سریع مراجع به پرهیز کامل و پیشگیری از عود و افزایش سازگاری با زندگی بدون مواد است.

۱۲-۴-۲. حمایت از کودک (Child Protection)

مجموعه ای از اقدامات است که با هدف حصول اطمینان از تأمین امنیت و نیازهای کودکانی که در خانواده معتادان زندگی می کنند، انجام می شود.

۱۳-۴-۲. مددکاری گروهی (Group work)

مداخله های مددکاری اجتماعی که با استفاده از رویکردهای تخصصی توسعه (با تأکید بر روش های آموزشی-مشاوره ای و فعالیت)، اقدام اجتماعی و درمان اجرا می شوند.

۱۴-۴-۲. حمایت یابی (Advocacy)

حمایت یابی به مفهوم اقدام (شامل مذاکره، اطلاع رسانی و آگاه سازی، پی گیری و...) توسط مراجع، شبکه حمایتی او یا مددکار اجتماعی به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آنهاست. در گام های اولیه مداخلات درمانی و حمایت های روانی-اجتماعی و در شرایطی که خود مراجع به دلیل محدودیت های موجود قادر به انجام حمایت یابی نباشد، این اقدامات توسط مددکاران اجتماعی انجام می شود، ولی مددکار اجتماعی در ادامه فرایند بازتوانی بر توانمند کردن مراجع و شبکه حمایتی او برای حمایت یابی تأکید دارد.

۱۵-۴-۲. مداخله در بحران (Crisis Intervention)

مداخلاتی که مددکار اجتماعی در شرایط بروز بحران های رایج در درمان سوء مصرف مواد (شامل بحران هایی که به واسطه لغزش یا عود، اعلام نتیجه آزمایش بیماری هایی مانند ایدز و هپاتیت و ...) انجام می دهند.

۱۶-۴-۲. پی گیری فعالانه پس از ترخیص

منظور اقدامات مددکاری است که پس از ترخیص مراجع از مرکز درمان اقامتی بلندمدت برنامه ریزی و اجرا می شوند. پی گیری فعالانه به کسب اطلاع از وضعیت مراجع محدود نمی شود. در این روش پی گیری مددکار اجتماعی مداخلات تخصصی برای ارجاع، مشاوره، آموزش و... را پیش بینی و اجرا می کند.

۵-۲. وظایف مددکار اجتماعی در درمان اقامتی بلندمدت

۱-۵-۲. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند راغب‌سازی

۱-۵-۲. همه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد تمایل به درمان ندارند. مداخلات راغب‌سازی در چنین

شرایطی می‌توانند مورد توجه قرار گیرند.

۲-۵-۱-۲. از آن جایی که در صورت عدم تمایل بیمار به درمان احتمال حضور او در مرکز درمانی و برگزاری جلسات راغب‌سازی به حداقل می‌رسد، می‌توانید برای برگزاری این جلسات با هماهنگی مدیر مرکز در خارج از محیط درمانی برنامه‌ریزی کنید. منزل بیمار یکی از مهم‌ترین مکان‌هایی است که معمولاً مددکاران اجتماعی جلسات راغب‌سازی را در آن اجرا می‌کنند، اما متناسب با شرایط بیمار و با در نظر گرفتن این که حامیان بهبودی او چه کسانی هستند، محیط‌های دیگری مانند محیط کار بیمار، منزل بستگان یا دوستانش و... نیز می‌توانند برای برگزاری جلسه مورد بررسی قرار گیرند.

۳-۵-۱-۲. از مدل‌های معتبر مانند ACRAFT، CRAFT، جانسون و... می‌توانید برای راغب‌سازی بیماران به درمان استفاده کنید. با توجه به موفقیت‌های گزارش‌شده در مورد CRAFT و صرف زمان قابل قبول برای ایجاد تغییر در خانواده، توصیه می‌شود با اولویت از این برنامه برای راغب‌سازی استفاده کنید.

۴-۵-۱-۲. در صورتی که خانواده بیمار به دلایل قابل قبول نمی‌تواند وقت لازم را برای دریافت خدمت پیش‌بینی‌شده در برنامه CRAFT صرف کند، مدل جانسون می‌تواند جایگزین بعدی برای راغب‌سازی باشد. لازم است خانواده را از میزان موفقیت‌های گزارش‌شده در مورد هر یک از روش‌های راغب‌سازی مطلع کنید. ۵-۵-۱-۲. در نظر داشته باشید روش‌های راغب‌سازی ضرورتاً به وارد کردن بیمار به فرایند درمان منتهی نمی‌شوند. مراقب باشید تلاش برای راغب‌سازی با فشار و تهدید برای ورود بیمار به درمان جایگزین نشود.

۶-۵-۱-۲. مواردی را که در انتهای این راهنما در خصوص الزامات مراقبت از خود آمده است، به‌طور ویژه در زمان برنامه‌ریزی و برگزاری جلسات راغب‌سازی در خارج از محیط درمانی مورد توجه قرار دهید.

۷-۵-۱-۲. مسئولیت مدیریت جلسات راغب‌سازی با مددکار اجتماعی است. از این رو لازم است نسبت به عملکرد سایر اعضای تیم اعزام‌شده برای راغب‌سازی حساس باشید. لازم است همه اقدامات آن‌ها با هماهنگی مددکار اجتماعی انجام پذیرد.

۸-۵-۱-۲. برای هر جلسه راغب‌سازی متناسب با شرایط بیمار و خانواده او برنامه‌ریزی کنید و قبل از ورود به جلسه نکاتی را که باید در طول جلسه مورد توجه قرار گیرند، با همکاران مرور کنید.

۹-۵-۱-۲. اغلب خانواده‌ها برای ورود بیمار به درمان عجله دارند. در نظر داشته باشید خانواده‌هایی که با بیماران سوءمصرف‌کننده مواد محرک یا دارای علائم روان‌پریشی و خشونت زندگی می‌کنند، باید با هماهنگی مدیر مرکز در اولویت قرار گیرند.

۱۰-۵-۲. قبل از دعوت از فرد معتاد برای ورود به درمان و برگزاری جلسات راغب‌سازی با حضور او، خانواده را در مورد اعتیاد و ماهیت آن آگاه کنید. لازم است باورهای غلط خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن مرور و اصلاح شوند و خانواده در مورد مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌های تقویت مثبت و پیامدهای منفی آموزش ببینند.

۱۱-۵-۲. قبل از ورود به جلسه راغب‌سازی با حضور بیمار فرایند جلسه را با اعضای خانواده مرور و تمرین کنید. در نظر داشته باشید اختلال در روابط بین فردی امری شایع در خانواده‌های دارای معتاد است و اعضای خانواده برای ورود به جلسه راغب‌سازی نیاز به آموزش و مشاوره دارند.

۱۲-۵-۲. همه بیماران شرایط پذیرش در مرکز درمان اقامتی بلندمدت را ندارند. در طول اجرای مداخلات راغب‌سازی با تعهد به اصول اخلاق حرفه‌ای منافع بیمار و خانواده‌اش را در نظر بگیرید و مناسب‌ترین روش درمانی را به آن‌ها پیشنهاد کنید.

۲-۵-۲. وظایف مددکار اجتماعی در ارزیابی اولیه و پذیرش

۱-۵-۲. فرم رضایت آگاهانه را در اختیار مراجع قرار دهید. در صورتی که مراجع بی‌سواد یا کم‌سواد است، فرم را برای او بخوانید. به سؤال‌های مراجع در مورد محتوای فرم رضایت آگاهانه پاسخ دهید. مطمئن شوید که مراجع به‌روشنی دریافته است که طرفین در فرم رضایت آگاهانه به انجام چه کارهایی متعهد می‌شوند.

۲-۵-۲. خدمات مرکز درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد را به مراجع معرفی کنید. به‌طور مشخص به او بگویید که شما به‌عنوان مددکار اجتماعی در چه مرحله‌ای با او همراه خواهید بود و چه خدماتی را به او ارائه خواهید کرد.

۳-۵-۲. برای هر یک از مراجعانی که فرم رضایت آگاهانه را امضا می‌کنند، پرونده مددکاری اجتماعی را به صورت جداگانه تشکیل دهید. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او دریافت و ثبت شوند.

۴-۵-۲. لازم است در مرحله ابتدایی درمان به خانواده مراجع در مورد شیوه درمان توضیح دهید. سؤال‌های خانواده مراجع را در مورد درمان پاسخ داده و نگرانی‌های آن‌ها را مورد توجه قرار دهید.

۵-۵-۲. در صورتی که خانواده مراجع در مرحله پذیرش با او به مرکز درمانی مراجعه نکرده‌اند، لازم است موافقت مراجع را برای برقراری ارتباط با خانواده‌اش کسب کنید و سپس خانواده را برای مشارکت در درمان دعوت کنید. به این نکته توجه داشته باشید که رضایت مراجع برای دعوت خانواده ضروری است.

۶-۵-۲. به مراجع یادآوری کنید برای استفاده از خدمات مرکز حق انتخاب با اوست. به این ترتیب مددکار اجتماعی مجاز نیست برای جذب مراجع به مرکز او را تحت فشار قرار دهد، اما این کار مانع از انجام مصاحبه‌های انگیزشی نخواهد بود.

۲-۵-۲-۷. در صورتی که مراجع شرایط پذیرش در مرکز درمان اقامتی بلندمدت را نداشت، او و خانواده‌اش را برای انتخاب روش درمانی مناسب و نحوه مراجعه به مراکز درمانی دیگر راهنمایی کنید. امکان دارد برای ارائه راهنمایی مناسب لازم باشد مراجع و خانواده‌اش را به سایر اعضای تیم درمان نیز ارجاع دهید، تا بتوانند بهترین شیوه ممکن را برای درمان انتخاب کنند.

۲-۵-۲-۸. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او دریافت و ثبت شوند. به خصوص ضرورت دارد اطلاعات لازم در مورد کودکان تحت سرپرستی مراجع و سایر افرادی که در معرض آسیب هستند (مانند زنان در معرض خشونت، زنان باردار و...)، کسب شود.

۲-۵-۳. برنامه‌ریزی برای مداخلات مددکاری اجتماعی

۲-۵-۳-۱. طولانی بودن دوره درمان اقامتی بلندمدت در مقایسه با سایر روش‌های درمانی فرصت کافی را برای مددکار اجتماعی فراهم می‌کند تا مداخلات بلندمدت را برای بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه طراحی و اجرا کند.

۲-۵-۳-۲. برای هر یک از مراجعان با رویکرد مدیریت مورد برنامه مداخله‌ای ویژه طراحی و اجرا کنید و آن را در پرونده مددکاری اجتماعی ثبت کرده و نحوه پیشرفت مداخله را در پرونده منعکس کنید.

۲-۵-۳-۳. برنامه مداخله را به گونه‌ای تنظیم کنید که واقع‌بینانه، هدفمند، زمان‌دار، قابل اجرا و قابل سنجش باشد.

۲-۵-۳-۴. برای طراحی مداخله مددکاری اجتماعی به منظور بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه از مشارکت او و خانواده‌اش بهره بگیرید.

۲-۵-۳-۵. مددکاری فردی با مراجعان

۲-۵-۳-۵-۱. در صورت لزوم برای بررسی وضعیت مراجع و خانواده او می‌توانید بازدید منزل انجام دهید. برای این منظور رضایت مراجع را جلب کرده و با مدیر مرکز هماهنگ کنید.

۲-۵-۳-۵-۲. در طراحی مداخلات مددکاری اجتماعی فردی با مراجعان به مشکلات خانوادگی، فرزندپروری، شغلی، حقوقی و قانونی بپردازید.

۲-۵-۳-۵-۳. مطمئن شوید که مراجعان در مورد پیشگیری از وسوسه مصرف، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی آموزش‌های لازم را دریافت می‌کنند.

۲-۵-۳-۵-۴. مدیریت مشروط

۱-۲-۵-۳-۵-۴. از تکنیک‌های شناختی- رفتاری برای تنظیم سیستم پاداش‌دهی به مراجعان بهره بگیرید. از جمله تقویت‌کننده‌هایی که در مدیریت مشروط می‌توانید مورد توجه قرار دهید، می‌توان به تقویت‌کننده‌های اجتماعی مانند اعطای مسئولیت در مرکز، تشویق‌های کلامی در جمع و مشارکت دادن مراجع در برنامه‌های مرکز و همچنین موافقت با مرخصی اشاره کرد. لازم است برای انتخاب تقویت‌کننده‌ها و شروط با تیم مداخله هماهنگ شوید و سپس مراجع را نیز در انتخاب آن‌ها مشارکت دهید.

۲-۵-۳-۵-۴. تحصیل

۱-۲-۵-۳-۵-۴. سوادآموزی و ادامه تحصیل می‌تواند بخشی از فعالیت‌هایی باشد که برای افراد در حال بهبودی مقیم مراکز درمان اقامتی بلندمدت در نظر گرفته می‌شود.

۲-۲-۵-۳-۵-۴. از اقدام زود هنگام برای ادامه تحصیل اجتناب کنید. فشار برای ادامه تحصیل و احساس ناتوانی در این کار می‌تواند موجب قطع ارتباط مراجع با مرکز شود. توصیه می‌شود برنامه‌ریزی برای ادامه تحصیل را حداقل پس از یک سال اول بهبودی در دستور کار قرار دهید.

۳-۲-۵-۳-۵-۴. در صورتی که مراجع مایل به ادامه تحصیل بود، مطمئن شوید که مشاوره‌های تحصیلی لازم را دریافت می‌کند.

۴-۲-۵-۳-۵-۴. برای انجام امور ثبت‌نام، تهیه وسایل آموزشی و کمک آموزشی و ایاب و ذهاب حمایت‌یابی کنید

۲-۵-۳-۵-۵. مشکلات قانونی

۱-۲-۵-۳-۵-۵. بسیاری از مراجعان به دلیل سوءمصرف مواد با مشکلات قانونی مواجه شده‌اند. برطرف نشدن مشکلات مذکور می‌تواند در مواردی عاملی برای لغزش و عود تلقی شود. از این رو لازم است مداخلاتی را برای کاهش تأثیر مشکلات قانونی انجام دهید. مذاکره با شاکیان احتمالی، میانجی‌گری و ارجاع برای دریافت مشاوره حقوقی می‌توانند بخشی از مداخلات مددکاری اجتماعی در این زمینه باشند.

۲-۲-۵-۳-۵-۵. در مواردی که ضرورت دارد در طول دوره اقامت مشکلات قانونی مراجع توسط خود او پی‌گیری شود، یا لازم است در مراجع قضایی حضور یابد، پی‌گیری‌های لازم را برای پیشنهاد و اخذ مرخصی و گواهی مبنی بر تحت درمان بودن مراجع از مرکز درمانی انجام دهید.

۵-۳-۲. مددکاری فردی با مراجعان

۱-۵-۳-۲. برای اداره جلسات مددکاری گروهی در مراکز درمان اقامتی بلندمدت با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور ویژه از روش‌های آموزشی-مشاوره‌ای و فعالیت) استفاده کنید.

۲-۵-۳-۲. آموزش و مشاوره در مورد روش‌های پیشگیری از وسوسه مصرف و پیشگیری از عود با تأکید بر برانگیزاننده‌های بیرونی، مدیریت لغزش، ارتباط با خانواده، مهارت ارتباط مؤثر، تعهد به درمان، اوقات فراغت و تفریح، معنویت، کار و اشتغال و آماده‌سازی برای ترخیص می‌توانند مهم‌ترین موضوعات برگزاری جلسات گروهی با مراجعان باشند.

۳-۵-۳-۲. لازم است تشکیل گروه‌های فعالیت و اوقات فراغت به‌طور مشخص توسط مددکار اجتماعی برنامه‌ریزی و اجرا شوند. موضوع گروه‌های مذکور با توجه به شرایط مراجعان و امکانات مرکز می‌تواند بسیار متنوع باشد. برای مثال برنامه‌ریزی و اجرای یک اردوی نیم‌روزی می‌تواند موضوع یک گروه فعالیت قرار گیرد. در نظر داشته باشید در این نوع گروه مشارکت اعضا در برنامه‌ریزی و اجرا بسیار اهمیت دارد.

۴-۵-۳-۲. مطمئن شوید که جلسات گروه‌های خودیار در مرکز برگزار می‌شود.

۶-۳-۲. مداخلات مددکاری اجتماعی با خانواده

۱-۵-۳-۶-۲. قبل از هر نوع مداخله‌ای در مورد خانواده مراجعان، جلساتی را با آن‌ها ترتیب دهید و موضوعات زیر را در جلسات مذکور بررسی و پی‌گیری کنید:

۱-۵-۳-۶-۱-۱. اطلاعات تکمیلی در مورد مراجع

۲-۵-۳-۶-۱-۲. الگوی ارتباطی خانواده

۳-۵-۳-۶-۱-۳. افراد تأثیرگذار در خانواده

۴-۵-۳-۶-۱-۴. دانش و اطلاعات اعضای خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن

۵-۵-۳-۶-۱-۵. نگرش‌ها و باورهای نادرست در مورد اعتیاد و درمان آن

۶-۵-۳-۶-۱-۶. شبکه حمایتی خانواده

۲-۵-۳-۶-۲. بهتر است علاوه بر این که جلسات را با حضور همه اعضای خانواده برگزار می‌کنید، جلساتی را نیز با هر یک از اعضا داشته باشید. این اقدام به شما کمک می‌کند اطلاعات دقیق‌تری را در مورد خانواده مراجع به دست آورید.

۳-۵-۳-۶-۲. در صورت لزوم برای تکمیل اطلاعات در مورد مراجع و خانواده‌اش بازدید منزل انجام دهید.

۴-۵-۳-۶-۲. در صورت نیاز می‌توانید جلسات با اعضای خانواده مراجع را در منزل آن‌ها برگزار کنید.

۵-۵-۳-۶-۲. پس از کسب اطلاعات لازم در مورد خانواده مراجع برای مداخله در سطح خانواده برنامه‌ریزی

کنید. لازم است مشارکت اعضای خانواده را تا حد امکان برای مداخلات مرتبط با آن‌ها جلب کنید. مهم‌ترین هدف در برنامه‌ریزی به منظور مداخله در سطح خانواده، افزایش مشارکت مؤثر خانواده در فرایند بهبودی و فعال شدن خانواده برای درمان خود است.

۶-۳-۲. برگزاری جلسات مشترک با اعضای خانواده و مراجع (و در صورت لزوم حامیان بهبودی مراجع) (Family Group Conferencing) پس از آماده کردن طرفین توصیه می‌شود. در صورت آمادگی طرفین برگزاری حداقل سه جلسه مشترک را در طول دوره اقامت مراجع برنامه‌ریزی کنید. بهبود روابط خانواده با مراجع و آماده کردن آن‌ها برای پذیرش و حمایت سالم از مراجع مهم‌ترین اهدافی هستند که در این جلسات باید پی‌گیری شوند.

۷-۳-۲. هم‌وابستگی در خانواده معتادان مشکلی است که درمان آن نیاز به توجه جدی دارد. علاوه بر تلاش برای جلب همکاری و مشارکت خانواده در فرایند بهبودی، ترغیب اعضای خانواده برای درمان هم‌وابستگی را در تمامی اقدامات مربوط به آن‌ها مدنظر قرار دهید.

۸-۳-۲. به اعضای خانواده کمک کنید الگوهای بیمارگونه ارتباطی در خانواده را بشناسند و برای تغییر این الگوها با مشارکت اعضای خانواده برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۹-۳-۲. روش‌های مناسب برای رفتار صحیح با فرد در حال بهبود را به خانواده آموزش دهید.

۱۰-۳-۲. اعضای خانواده را از عوامل زمینه‌ساز لغزش و عود آگاه کنید.

۱۱-۳-۲. اعضای خانواده را با گروه‌های همتایی که برای درمان هم‌وابستگی تلاش می‌کنند، آشنا و آن‌ها را ترغیب کنید در جلسات گروه‌های هم‌تا به‌طور فعال مشارکت کنند.

۱۲-۳-۲. در قالب مصاحبه انگیزشی اعضای خانواده و حامیان بهبودی را از دشواری‌های بهبودی، عوامل مؤثر بر عود و بازگشت به مصرف آگاه کرده و حمایت مؤثر آن‌ها را در زمینه تغییر رفتار و افکار اعتیادی مراجع و حمایت‌های تعیین‌کننده آن‌ها در زمینه اشتغال به کار، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی و... جلب کنید

۱۳-۳-۲. جلسات خانواده‌درمانی خانواده‌درمانی ساختاری/استراتژیک را برای اهداف درمانی بلندمدت و «درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر راه‌حل» را برای مداخلات کوتاه‌مدت در مورد خانواده به کار بگیرید.

۱۴-۳-۲. در صورتی که خانواده مراجع حاضر به همکاری نبوند، از تکنیک‌های خانواده‌درمانی یک‌جانبه استفاده کنید.

۱۵-۳-۲. در صورتی که مراجع سابقه سوءمصرف مواد محرک را داشته است، می‌توانید از بسته پیش‌بینی‌شده ویژه خانواده در مدل ماتریکس بهره بگیرید.

۱۶-۳-۲. با حضور تعدادی از خانواده‌ها می‌توانید جلسات مددکاری گروهی را برگزار کنید. به ترکیب

گروه‌های خانواده دقت کنید و متناسب با اهدافی که برای گروه در نظر می‌گیرید، اعضا را دعوت کنید. احتمالاً گروه والدین، گروه همسران، فرزندان یا گروه‌هایی متشکل از چند خانواده (با همه اعضا) می‌توانند در گروه‌های خانواده دعوت شوند.

۱۷-۳-۲. برای اداره جلسات مددکاری گروهی با خانواده مراجعان با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور ویژه از روش آموزشی-مشاوره‌ای) استفاده کنید.

۱۸-۳-۲. آموزش و مشاوره در مورد ماهیت اعتیاد و سبب‌شناسی آن، وسوسه مصرف، شروع‌کننده‌ها، لغزش و عود و نحوه پیشگیری از آن‌ها، نحوه مدیریت لغزش، نحوه تعامل با فرد در حال بهبودی، هم‌وابستگی و درمان آن و حمایت سالم از فرد در حال بهبود از جمله مهم‌ترین موضوعاتی هستند که در جلسات گروهی با خانواده مراجعان باید مطرح شوند.

۱۹-۳-۲. در مواردی احتمال دارد علاوه بر فرد در حال بهبودی، فرد یا افراد در حال مصرف دیگری در منزل حضور داشته باشند. لازم است خانواده را در مورد شیوه درست تعامل با فرد در حال مصرف آگاه کنید.

۲۰-۳-۲. احتمال بروز خشونت و آزار در خانواده‌های معتادان زیاد است. کودکان، زنان، افراد کم‌توان و سالمندان از مهم‌ترین قربانیان خشونت و آزار در این خانواده‌ها هستند. لازم است این موضوع را در خانواده ارزیابی کنید و در صورتی که بروز خشونت و آزار تأیید شد، در جلسات فردی و خانوادگی آن را مورد توجه قرار دهید. به قربانیان در مورد نحوه پیشگیری از بروز خشونت و آزار و مراقبت از خود آموزش و مشاوره دهید.

۲۱-۳-۲. در صورتی که همسر مراجع باردار است، مطمئن شوید که از مراقبت‌های دوره بارداری برخوردار است و در عین حال وضعیت او از نظر ابتلا به بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت بررسی می‌شود. در صورت ابتلای او به این بیماری‌ها لازم است پی‌گیری‌های لازم را به منظور انجام زایمان ایمن صورت دهید و مطمئن شوید مشاوره‌های لازم در این خصوص را دریافت می‌کند و آزمایش‌های تشخیصی در مورد بیماری‌های مذکور در بدو تولد نوزاد انجام می‌شود.

۲۲-۳-۲. برخی از خانواده‌ها تصور می‌کنند تمام مسئولیت درمان مراجع، به‌خصوص در برنامه‌های درمانی بلندمدت، به عهده تیم درمان است و حتی برای ملاقات مراجع نیز نمی‌روند. آن‌ها را از اهمیت ملاقات‌های منظم با مراجع آگاه کنید.

۲۳-۳-۲. با هماهنگی تیم درمان ملاقات‌های خانواده و مراجع را متناسب با شرایط مراجع برنامه‌ریزی و مدیریت کنید. لازم است مراجع و خانواده را برای ملاقات آماده کنید و در صورت لزوم قبل از ملاقات به اعضای خانواده کمک کنید شیوه مناسب تعامل با مراجع را در حضور شما تمرین کنند.

۲-۵-۳-۷. حمایت از کودکان تحت سرپرستی یا مراقبت مراجع

۲-۵-۳-۷-۱. نسبت به وضعیت کودکانی که تحت سرپرستی و مراقبت مراجعان هستند، حساس باشید. احتمال اعمال انواع آزارها نسبت به این کودکان وجود دارد، بنابراین تأمین شرایط امن و عاری از آزار را برای آن‌ها به‌طور جدی پی‌گیری کنید و حمایت از این کودکان را در اولویت قرار دهید.

۲-۵-۳-۷-۲. مطمئن شوید کودک در طول دوره اقامت مراجع در مرکز در شرایط امن و عاری از آزار زندگی می‌کند و نیازهای او به شیوه مناسب پاسخ داده می‌شوند.

۲-۵-۳-۷-۳. مطمئن شوید سرپرست و مراقب کودک آموزش‌های فرزندپروری را دریافت می‌کنند.

۲-۵-۳-۷-۴. در صورتی که ادامه زندگی کودک با مراقب فعلی می‌تواند زمینه آزار و خشونت علیه او را فراهم کند، پی‌گیری‌های لازم را برای مراقبت مناسب از کودک انجام دهید. قبل از هر چیز امکان سپردن کودک را به بستگان دارای شرایط برای مراقبت بررسی کنید. در صورتی که در میان بستگان فرد دارای شرایط وجود نداشت، سپردن کودک به مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور را پی‌گیری کنید.

۲-۵-۳-۷-۵. در نظر داشته باشید که بسیاری از مراجعان با توجه به عملکرد قبلی‌شان والدین غیرمؤثری بوده‌اند و احتمالاً حداقل تا مدتی پس از ترخیص نیز نمی‌توانند شرایط ایده‌آلی برای فرزندشان فراهم کنند. اغلب آن‌ها از این‌که نتوانند فرزندشان را پس از متعادل شدن شرایط باز پس گیرند، نگرانی‌های بسیاری دارند. به این نگرانی‌ها توجه کنید و به والدین کمک کنید منافع فرزندشان را با اولویت مورد توجه قرار دهند.

۲-۵-۳-۷-۶. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از امکان تحصیل برخوردار می‌شوند. در صورتی که خانواده قادر به تأمین امکانات آموزشی و کمک‌آموزشی ضروری برای ادامه تحصیل کودکان نبود، با هماهنگی مدیر مرکز نسبت به تأمین امکانات اقدام کنید و در این مورد حمایت‌یابی کنید.

۲-۵-۳-۷-۷. غفلت از سلامت کودکان در خانواده‌های معتادان بسیار رایج است. مطمئن شوید که کودکان

تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و به‌موقع برخوردار می‌شوند.

۲-۵-۳-۷-۸. احتمال اعتیاد یا ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت را در مورد کودکان تحت مراقبت و

سرپرستی مراجعان بررسی کنید. برای این منظور کودک را به پزشک تیم مداخله ارجاع دهید و پی‌گیری‌های لازم را برای انجام آزمایش‌های تشخیصی صورت دهید. چنان‌چه کودک به اعتیاد یا هر نوع بیماری مرتبط با آن مبتلا شده است، ارائه خدمات درمانی مربوط را به‌عنوان اقدام فوری پی‌گیری کنید.

۲-۵-۳-۷-۹. ترتیبی دهید که ارتباط کودک با مراجع در طول دوره اقامت در مرکز قطع نشود. به این

منظور آماده کردن کودک برای ملاقات و برنامه‌ریزی برای ملاقات‌های منظم را در دستور کارتان قرار دهید.

۸-۳-۵-۲. مداخلات مددکاری اجتماعی در سطح اجتماعی و شغلی

۸-۳-۵-۲. شبکه‌درمانی

۸-۳-۵-۲-۱. به مراجع کمک کنید شبکه حمایتی خود را ترسیم کند. لازم است از او بخواهید حداقل یکی از حمایت‌کنندگان مؤثر در زندگی‌اش را که احتمال می‌دهد در فرایند تغییر به او کمک کند، به مددکار معرفی کند.

۸-۳-۵-۲-۲. با کسانی که مراجع به‌عنوان افراد مهم و مؤثر در فرایند تغییر سبک زندگی خود معرفی کرده، تماس تلفنی برقرار کنید و برای جلسه حضوری از آن‌ها دعوت کنید. در جلسه حضوری با فرد مؤثر لازم است انگیزه‌های او را برای مشارکت در فرایند مداخله تقویت کنید.

۸-۳-۵-۲-۳. به حامی بهبودی توضیح دهید که دقیقاً از او چه انتظاری دارید. از کلی‌گویی و مطرح کردن انتظارات مبهم اجتناب کنید.

۸-۳-۵-۲-۴. برای اقدامات حمایتی از فرد در حال بهبود برنامه‌ریزی کنید و ضمن تقسیم وظیفه زمان اجرای هر اقدام را مشخص کنید.

۸-۳-۵-۲-۵. جلسات را به‌طور منظم (حداقل هر ماه یک بار) برگزار کنید و اقدامات حامیان بهبودی را پی‌گیری کنید.

۸-۳-۵-۲-۶. در فاصله برگزاری جلسات اقدامات شبکه حامیان بهبودی را از طریق تلفن پی‌گیری کنید.

۸-۳-۵-۲-۷. حضور مراجع در جلسه حامیان بهبودی می‌تواند مؤثر باشد، اما احتمال دارد در مواردی شرکت در چنین جلسه‌ای با فشار روانی برای مراجع همراه باشد. از این رو لازم است برای تصمیم‌گیری در مورد حضور مراجع در جلسه به شرایط او توجه کنید.

۸-۳-۵-۲-۸. در صورتی که مراجع در اجتماع محلی زندگی می‌کند، مقدمات لازم را برای مداخلات پیشگیری اجتماع‌محور از عود انجام دهید. برای این منظور از راهنمای مداخله مددکاری اجتماعی به منظور پیشگیری از عود اعتیاد استفاده کنید.

۸-۳-۵-۲. توان‌بخشی شغلی

۸-۳-۵-۲-۱. برنامه‌ریزی و پی‌گیری امور مربوط به توان‌بخشی حرفه‌ای مراجعان (شامل ارزیابی، مشاوره و برنامه‌ریزی شغلی، ارجاع برای آموزش‌های حرفه‌ای، کمک به مراجع برای تهیه طرح کسب‌وکار، حمایت‌یابی شغلی، شبکه‌سازی شغلی و...) به عهده مددکار اجتماعی است.

۸-۳-۵-۲-۲. در مراکز درمان اقامتی بلندمدت امکان تکمیل فرایند توان‌بخشی شغلی فراهم نمی‌شود، چراکه مراجع به مدت طولانی در مرکز اقامت دارد و اجرای طرح‌های کسب‌وکار مستلزم ترخیص مراجع از مرکز

خواهد بود. از این رو برای افزایش احتمال موفقیت مداخلات توان بخشی شغلی که در مرکز اقامتی بلندمدت آغاز شده‌اند، برقراری ارتباط با واحد پس از ترخیص و ارائه گزارش جزئیات مداخله به مددکاری اجتماعی در واحد مذکور بسیار ضروری است، تا امکان ادامه مداخله پس از ترخیص فراهم شود.

۲-۳-۸-۲-۳. به نگرانی‌های مراجعان برای بازگشت به محیط کارشان توجه داشته باشید. در صورتی که مراجع موافقت خود را اعلام کرد، مداخلات لازم را برای این که محیط کار آمادگی لازم را برای پذیرش او به دست آورد، انجام دهید.

۲-۳-۸-۲-۴. در صورتی که امکان مداخله در محیط کار مراجع وجود ندارد، لازم است به او کمک کنید تا آمادگی لازم برای حضور در محیط کار و تعامل موفق با کارفرما و همکارانش را به دست آورد. به خصوص در مواردی که فرد یا افراد مصرف کننده‌ای در محیط کار او حضور دارند، یا بر اساس گزارش‌های مراجع به این نتیجه می‌رسید که رفتارهای اعتیادی در میان همکاران او وجود دارند و می‌توانند بهبودی او را در معرض خطر قرار دهند، آماده‌سازی مراجع برای بازگشت به محیط کار اهمیت زیادی دارد.

۲-۳-۸-۲-۵. با مشارکت مراجع برنامه اشتغال او را طراحی کنید. در طراحی برنامه به توانایی‌ها و مهارت‌های او توجه کنید. در صورتی که مراجع نیازمند آموزش مهارت حرفه‌ای خاصی بود، او را برای آموزش حرفه‌ای ارجاع دهید. این آموزش‌ها می‌توانند در داخل مرکز اقامتی بلندمدت یا خارج از آن به مراجع ارائه شوند. نوع آموزش باید متناسب با توانایی و علایق مراجع انتخاب شود.

۲-۳-۸-۲-۶. به مراجع کمک کنید در تنظیم طرح کسب و کار خود احتمال بروز شرایط برانگیزاننده شامل کارهای سنگین، شیفت شب و... و ضرورت اجتناب از آن‌ها را، به خصوص در ماه‌های اول پس از ترخیص، در نظر بگیرد.

۲-۳-۸-۲-۷. لازم است با مشارکت مراجع میزان برانگیزاننده بودن شغل قبلی او را بررسی کنید. در صورتی که شغل قبلی او به عنوان یکی از برانگیزاننده‌ها تشخیص داده شد، لازم است او را توجیه کنید که برای تغییر احتمالی شغل یا کاهش عوامل برانگیزاننده برنامه‌ریزی و اقدام کند.

۲-۳-۸-۲-۸. از آن جایی که شبکه‌سازی مشاغل در مواردی می‌تواند در پایداری شغل مراجعان و کسب حمایت‌های شغلی و اجتماعی تأثیرگذار باشد، این موضوع را مورد توجه قرار دهید. در صورتی که تعدادی از مراجعان دارای شرایط قرار گرفتن در شبکه شغلی بودند، شرایط را برای هماهنگی‌های مقدماتی میان آن‌ها فراهم کنید تا بتوانند پس از ترخیص از مرکز همکاری خود را آغاز کنند. شبکه شغلی می‌تواند ترکیبی از مراجعان در حال بهبودی و افراد سالم باشد.

۲-۳-۸-۲-۹. در مواردی که مراجعان ایده‌های جدیدی برای کسب و کار دارند، یا می‌خواهند کسب و کار خود را توسعه دهند، آن‌ها را با بسته‌های آموزشی کارآفرینی آشنا کنید و هماهنگی‌های لازم را برای شرکت

در جلسات آموزشی مربوط انجام دهید. می‌توانید برای ارائه این آموزش‌ها در مرکز درمان اقامتی بلندمدت هماهنگی‌های لازم را انجام دهید.

۱۰-۲-۸-۳-۵-۲. به مراجعان در تهیه طرح کسب و کارشان کمک کنید، اما نظر خودتان را به آن‌ها تحمیل

نکنید

۱۱-۲-۸-۳-۵-۲. تیم مداخله را از فرایند توان بخشی شغلی مراجع مطلع کنید. اطلاعاتی را که اعضای تیم

مداخله در مورد وضعیت مراجع گزارش می‌کنند، در برنامه‌ریزی توان بخشی شغلی در نظر بگیرید.

۱۲-۲-۸-۳-۵-۲. برای تأمین منابع مورد نیاز برای راه‌اندازی یا توسعه کسب و کار توسط مراجع

حمایت‌یابی‌های لازم را انجام دهید. در عین حال واحد پس از ترخیص را از نیازهای مراجع برای ادامه، راه‌اندازی یا توسعه کسب و کار مطلع کنید.

۱۳-۲-۸-۳-۵-۲. در صورت موافقت مراجع، مذاکره با کارفرما را برای حفظ شغل مراجع و فراهم کردن

زمینه بازگشت او به محیط کار در برنامه‌های مداخله خود قرار دهید.

۱۴-۲-۸-۳-۵-۲. با هماهنگی مدیر مرکز امکان ارائه آموزش‌های حرفه‌ای در مرکز را بررسی کنید و در

صورت امکان شرایط را به گونه‌ای فراهم کنید که مراجعان حداقل در ماه‌های آخر حضور خود در مرکز آموزش حرفه‌ای متناسب با طرح کسب و کارشان را دریافت کنند.

۱۵-۲-۸-۳-۵-۲. با هماهنگی تیم درمان امکان دادن مرخصی‌های ساعتی به مراجعان را برای استفاده از

امکانات آموزش حرفه‌ای خارج از مرکز بررسی و در صورت توافق تیم درمان با هماهنگی مدیر مرکز مقدمات این کار را فراهم کنید.

۹-۳-۵-۲. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند حمایت‌یابی

۱-۹-۳-۵-۲. انگ اجتماعی در مورد اعتیاد، معتادان و خانواده آن‌ها موجب می‌شود حمایت‌یابی برای این

گروه کار دشواری باشد. از سوی دیگر یک مرکز به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی همه نیازهای مراجعان و خانواده آن‌ها در دوره پس از ترخیص باشد. حمایت‌یابی یکی از ابزارهایی است که می‌تواند شرایط را برای ارائه خدمات متنوع و متناسب با نیاز مراجعان و خانواده آن‌ها فراهم کند.

۲-۹-۳-۵-۲. برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی و اقدام کنید. برای این منظور حمایت‌کنندگان بالقوه را شناسایی

کنید و در مورد روش تعامل با آن‌ها تصمیم‌گیری کنید. در نظر داشته باشید که یک روش به‌تنهایی نمی‌تواند برای حمایت‌یابی در همه عرصه‌ها مؤثر واقع شود و احتمال دارد لازم باشد برای هر مخاطب یک روش ویژه را در نظر بگیرید.

۳-۹-۳-۵-۲. برای توجیه مخاطبان اصول اخلاقی را مدنظر قرار دهید و به‌طور ویژه از اغراق، اظهارات

غیرواقعی، نقض گمنامی و فاش کردن اسرار مراجعان و خانواده آن‌ها پرهیز کنید.

۲-۵-۳-۹-۴. در صورتی که می‌خواهید برای حمایت‌یابی مشخصات و جزئیات مشکل مراجعتان را با مخاطبان در میان بگذارید، حتماً رضایت آگاهانه مراجعتان را دریافت کنید.

۲-۵-۳-۹-۵. لازم است در گام اول برای حساس‌سازی و آگاه‌سازی مخاطبان اقدام کنید. به این موضوع توجه کنید که گاهی این اقدام نیاز به صرف زمان قابل توجهی خواهد داشت.

۲-۵-۳-۹-۶. در فرایند حمایت‌یابی به انواع حمایت‌ها (اعم از حمایت‌های روانی-عاطفی، اجتماعی، شغلی، آموزشی، مادی و...) توجه کنید.

۲-۵-۳-۹-۷. تأمین نیازهای افراد تحت سرپرستی و مراقبت مراجع، توان‌بخشی شغلی و تأمین امکانات آموزشی در مرکز به منظور حرفه‌آموزی و سوادآموزی و ادامه تحصیل از جمله مواردی هستند که می‌توانند با اولویت در برنامه حمایت‌یابی در نظر گرفته شوند.

۲-۵-۳-۹-۸. به حمایت‌کنندگان به صورت منظم بازخورد دهید و بازخوردهای آن‌ها را در مورد عملکرد خود دریافت کنید. رعایت دقت و نظم در ارائه گزارش به حمایت‌کنندگان بالقوه ادامه حمایت توسط آن‌ها را تا اندازه زیادی تضمین می‌کند.

۲-۵-۳-۹-۹. بازخورد مراجعان را در مورد حمایت‌یابی‌های انجام‌شده دریافت و در برنامه‌ریزی‌های بعدی به آن‌ها توجه کنید.

۲-۵-۳-۱۰. وظایف مددکار اجتماعی به منظور مداخله در بحران

۲-۵-۳-۱۰-۱. تعدادی از مراجعان مراکز درمان اقامتی بلندمدت سوءمصرف مواد به دلیل سابقه رفتارهای پرخطر بیش از سایر گروه‌ها در معرض ابتلا به بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت هستند. پس از اعلام نتایج آزمایش ایدز و هپاتیت ایجاد بحران از واکنش‌های معمول بیماران و اعضای خانواده آن‌هاست و مددکار اجتماعی در این زمینه موظف است در زمینه سازگاری با بحران ایجادشده بیمار و خانواده او را حمایت کرده و پس از سپری شدن دوره بحران، برنامه درمانی معینی جهت توانمندسازی آن‌ها تدوین و اجرا کند.

۲-۵-۳-۱۰-۲. مطمئن شوید که مشاوره‌های لازم در چهارچوب VCT در مرکز درمانی توسط یکی از اعضای تیم درمان به مراجع داده می‌شود.

۲-۵-۳-۱۰-۳. به بیمار کمک کنید خانواده‌اش را از بیماری‌اش مطلع کند و با برگزاری جلسات مشاوره خانواده را در پذیرش فرد مبتلا کمک کنید.

۱۱-۳-۲. وظایف مددکار اجتماعی در طراحی و استفاده از سیستم ارجاع

۱-۱۱-۳-۲. سازمان‌ها و مؤسساتی را که می‌توانند خدماتی را به افراد در حال بهبودی ارائه دهند، شناسایی کنید و متناسب با نیاز، مراجع را به آن‌ها ارجاع دهید.

۲-۱۱-۳-۲. در صورت نیاز مراجع را به دیگر اعضای تیم درمان ارجاع دهید.

۳-۱۱-۳-۲. هنگام ترخیص، مراجع و خانواده او را جهت ادامه درمان به مراکز ارائه‌کننده حمایت‌های پس از ترخیص ارجاع دهید.

۴-۱۱-۳-۲. قبل از ارجاع هماهنگی‌های لازم را با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انجام دهید. برای ارجاع مناسب‌ترین روش را برای معرفی مراجع به فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انتخاب کنید و پس از ارجاع نیز نحوه تعامل مراجع با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را پی‌گیری کرده و مطمئن شوید که خدمات مورد نظر به مراجع ارائه شده است. در صورتی که خدمات به‌طور مناسبی ارائه نشده باشند، لازم است پی‌گیری لازم را برای تحقق این موضوع انجام دهید.

۵-۱۱-۳-۲. در صورت لزوم گزارش مختصری از وضعیت مراجع یا خانواده‌اش به فرد حرفه‌ای، سازمان یا مؤسسه مقصد ارائه کنید.

۱۲-۳-۲. وظایف مددکار اجتماعی در تعامل با تیم درمان

۱-۱۲-۳-۲. با تیم درمان همکاری نزدیک داشته باشید و در جلسه‌های تیم درمان به‌طور منظم و فعال شرکت کنید.

۲-۱۲-۳-۲. در مورد فعالیت‌هایی که بر اساس پروتکل، هر یک از اعضای تیم درمان می‌توانند آن‌ها را انجام دهند (مانند مصاحبه انگیزشی)، در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کنید و مطابق تقسیم‌وظیفه صورت گرفته توسط تیم درمان مستقر در مرکز عمل کنید.

۳-۱۲-۳-۲. در جلسات تیم درمان از عدم هم‌پوشانی، تعارض و تداخل مداخلات مددکاری اجتماعی با مداخلات سایر اعضای تیم درمان مطمئن شوید. در این مورد در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کرده و بر اساس تصمیم‌های تیم درمان اقدام کنید.

۴-۱۲-۳-۲. این راهنما مبنای اصلی تعیین مرزهای مداخلات مددکار اجتماعی با سایر اعضای تیم درمان محسوب می‌شود. اعضای تیم درمان را با خدمات پیش‌بینی‌شده در این راهنما آشنا کرده و ارائه این خدمات را توسط مددکار اجتماعی دارای شرایط با حساسیت پی‌گیری کنید.

۵-۱۲-۳-۲. روند درمان مراجع را با سایر اعضای تیم درمان در میان بگذارید و اطلاعات مربوط به مراجع را از سایر اعضای تیم درمان به‌طور منظم جویا شوید.

۱۳-۳-۲. وظایف مددکار اجتماعی در آماده‌سازی برای ترخیص

۱-۳-۳-۲. لازم است ظرف یک ماه قبل از ترخیص با هر یک از مراجعان حداقل دو جلسه فردی مددکاری اجتماعی برگزار شود. در این جلسه شرایط مراجع را مرور کنید و با مشارکت مراجع برنامه پس از ترخیص را تنظیم کنید. ارزیابی مخاطراتی که بهبودی فرد را تهدید می‌کند، راه‌های مقابله با آن‌ها، متعهد کردن مراجع به ادامه درمان، روش‌های ارتباط و مشاوره‌های بعدی باید به‌عنوان مهم‌ترین محتوای این جلسه در نظر گرفته شوند.

۲-۳-۳-۲. حداقل یک ماه قبل از ترخیص خانواده و شبکه حمایتی مراجع را برای ترخیص بیمار آماده کنید. لازم است به آن‌ها کمک کنید که حداقل برای یک دوره شش ماهه پس از ترخیص برنامه داشته باشند. برگزاری جلساتی با اعضای خانواده و اعضای تأثیرگذار بر بهبودی، بازدید منزل و تماس تلفنی می‌تواند بخشی از اقدامات مددکار اجتماعی در این خصوص باشند.

۳-۳-۳-۲. مراجع و خانواده‌اش را بر اساس برنامه تنظیم‌شده برای دریافت خدمات پس از ترخیص ارجاع دهید.

۱۴-۳-۲. وظایف مددکار اجتماعی در پی‌گیری پس از ترخیص

۱-۳-۳-۲. پس از ترخیص حداقل به مدت شش ماه شرایط مراجع را به صورت فعال پی‌گیری کنید.
۲-۳-۳-۲. منظور از پی‌گیری پس از ترخیص صرفاً کسب اطلاع از وضعیت مراجع نیست. لازم است در صورتی که بهبودی مراجع با دشواری مواجه شده باشد، برای مداخله برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۳-۳-۳-۲. در طول مدت پی‌گیری پس از ترخیص لازم است حداقل هر هفته تلفنی با مراجع و خانواده او در ارتباط باشید و در صورت لزوم ضمن بازدید منزل وضعیت مراجع را پی‌گیری کنید.

۴-۳-۳-۲. برگزاری اردو، جلسات آموزشی و جلسات گروه‌های همتا می‌تواند به ادامه ارتباط مراجع با مرکز کمک کنند. برای این فعالیت‌ها برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۵-۳-۳-۲. جزئیات بیشتر در مورد خدمات مددکاری اجتماعی در دوره پس از ترخیص در راهنمای مربوط آمده است. برنامه مداخلات پس از ترخیص را بر اساس راهنمای مذکور طراحی و اجرا کنید.

۶-۳-۳-۲. اقامت طولانی در مرکز درمانی می‌تواند زمینه را برای Hospitalization فراهم کند. در طول دوره پس از ترخیص علائم این مشکل را مدنظر قرار دهید.

۱۵-۳-۲. وظایف مددکار اجتماعی در مستندسازی و گزارش‌نویسی

۱-۳-۳-۲. برای هریک از مراجعان پرونده مددکاری اجتماعی جداگانه تشکیل دهید و همه اقدامات

مددکاری اجتماعی (اعم از خدماتی که در مرکز درمان اقامتی بلندمدت ارائه می‌شوند، پی‌گیری‌ها، ارجاع‌ها و خدمات پس از ترخیص) در مورد مراجع و خانواده‌اش را با ذکر تاریخ در پرونده مددکاری او ثبت کنید.

۲-۱۵-۳-۲. از اشاره‌های مبهم در پرونده و درج کدهایی که عمومیت ندارند، خودداری کنید.

۳-۱۵-۳-۲. در کوتاه‌ترین زمان پس از اجرای اقدامات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی، گزارشتان را تهیه و در پرونده ثبت کنید.

راهنمای مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی
در درمان سرپایی سوءمصرف مواد
(از نوع درمان نگه‌دارنده)

۱-۳. مقدمه

حضور طولانی مدت مراجع در درمان سوءمصرف مواد از نوع نگه دارنده و مراجعه منظم او به واحد درمانی، فرصت بسیار مناسبی را برای طراحی و اجرای مداخلات بلندمدت در اختیار مددکار اجتماعی قرار می دهد. عموماً مسئولیت مدیریت مورد در مراکز درمان اعتیاد به عهده مددکاران اجتماعی است (NASW، ۲۰۱۳؛ برون و ریچارد، ۲۰۰۱؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶؛ آشتی، ۱۹۹۲). این بدان معناست که مددکار اجتماعی بیمار و خانواده اش را در کل فرایند مداخله (شامل آماده سازی برای ورود به فرایند درمان، پذیرش، ارزیابی جامع از وضعیت فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بیمار، برنامه ریزی و اجرای مداخلات، آماده سازی برای ترخیص و پس از ترخیص) در چهارچوب حرفه ای همراهی می کند. مددکار اجتماعی نه تنها بیمار، بلکه خانواده و محیطی را که در آن زندگی می کند، در برنامه ریزی و پی گیری هایش مورد توجه قرار می دهد. بر اساس رویکرد مدیریت مورد حصول اطمینان از دریافت خدمات و پایش وضعیت بیمار و خانواده اش در دوره درمان و پس از ترخیص به عهده مددکار اجتماعی خواهد بود.

از آن جایی که پژوهش ها نشان می دهند مدیریت مورد می تواند در موفقیت بیماران در درمان به طور چشم گیری تأثیرگذار باشد و در عین حال اسناد متعدد بر کارآمد بودن مدیریت مورد توسط مددکاران اجتماعی تأکید کرده اند (برای مثال نگاه کنید به NASW، ۲۰۱۳؛ برون و ریچارد، ۲۰۰۱؛ صالح و همکاران، ۲۰۰۶)، وظایف مددکاران اجتماعی در این راهنما در چهارچوب رویکرد مدیریت مورد تنظیم شده است. رویکردهای مددکاری اجتماعی از تمرکز صرف بر مراجع پرهیز می کنند. آن ها بر ضرورت در نظر گرفتن مراجع در محیط خانوادگی و اجتماعی تأکید دارند. بر این اساس خانواده به عنوان نهادی که به دلیل اعتیاد

آسیب دیده است، نیازمند دریافت خدمات حرفه‌ای است. به‌خصوص برخی از اعضای خانواده که بیشتر در معرض آسیب هستند (مانند کودکان، زنان در معرض خشونت و زنان باردار) با حساسیت بیشتری مورد توجه مددکاران اجتماعی قرار می‌گیرند (برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ استراسنر و فول، ۲۰۱۱؛ مسینا و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمسون، ۲۰۰۹؛ فریدمن و همکاران، ۲۰۰۹؛ می و همکاران، ۲۰۰۸؛ پدرسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ سونیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ گرینفیلد و همکاران، ۲۰۰۷؛ UNODC، ۲۰۰۴؛ کلیور و همکاران، ۱۹۹۷؛ کاستن و همکاران، ۱۹۹۳؛ واسمن و لونتال، ۱۹۹۳؛ ملنیکوف و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسکالفلوم و همکاران، ۱۹۹۱).

همان‌طور که SAMHSA (۲۰۰۰) نیز تأکید می‌کند، مددکار اجتماعی در تیم درمان باید وظیفه توان‌بخشی شغلی بیماران را به عهده گیرد. در این پروتکل شیوه‌های خانواده‌درمانی که نیازمند صرف زمان طولانی‌تر هستند، برای مداخله مددکاری اجتماعی پیش‌بینی شده‌اند. در عین حال تلاش برای بازگشت موفق مراجع به جامعه با استفاده از شبکه‌درمانی و توان‌بخشی شغلی مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند. تنظیم‌کنندگان این راهنما همکاری و تعامل هدفمند با تیم درمان را به نفع مراجع می‌دانند و بر حضور فعال مددکاران اجتماعی در تیم درمان به منظور تحقق اهداف این راهنما تأکید دارند.

مددکاران اجتماعی می‌توانند در اجرای مداخلات راغب‌سازی (مانند CRAFT، ACRAFT و جانسون) با موفقیت عمل کنند. با توجه به شواهد پژوهشی مبنی بر عملکرد موفق CRAFT (بریگهام و همکاران، ۲۰۰۹؛ میلر و همکاران، ۱۹۹۹؛ داتچر و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسمیت و میرز، ۲۰۰۴) به‌خصوص در مقایسه با سایر روش‌های راغب‌سازی (نگاه کنید به میلر و همکاران، ۱۹۹۹) این برنامه با اولویت مورد نظر این راهنماست.

۳-۲. هدف از تنظیم راهنما

۳-۲-۱. تعیین چهارچوب مداخله مددکاری اجتماعی در مراکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد (از نوع درمان نگه‌دارنده)

۳-۲-۲. ارائه راهکارهای حرفه‌ای مبتنی بر چهارچوب‌های علمی مددکاری اجتماعی در مراکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد (از نوع درمان نگه‌دارنده)

۳-۲-۳. فراهم کردن زمینه ارائه خدمات یکسان مددکاری اجتماعی در همه مراکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد (از نوع درمان نگه‌دارنده)

۳-۲-۴. ارائه شرح وظایف مشخص مددکاران اجتماعی در مراکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد (از نوع درمان نگه‌دارنده)

۳-۲-۵. مشخص کردن مرزهای مداخلات مددکاری اجتماعی با سایر مداخلات در تیم درمان

- ۳-۳. اهداف مداخله مددکاری اجتماعی در مرکز درمان نگه‌دارنده
- ۳-۳-۱. راغب‌سازی بیماران برای ورود به درمان
- ۳-۳-۲. آگاه کردن مراجع و خانواده او از عوامل محافظ و خطر عود
- ۳-۳-۳. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه پیشگیری از عود
- ۳-۳-۴. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه مدیریت لغزش
- ۳-۳-۵. جلب مشارکت فعال خانواده در فرایند درمان
- ۳-۳-۶. تقویت شبکه حامی بهبودی مراجع
- ۳-۳-۷. حمایت از گروه‌هایی که به دلیل زندگی در خانواده دارای معتاد در معرض آسیب قرار گرفته‌اند (مانند کودکان، زنان باردار و...)
- ۳-۳-۸. آماده‌سازی مراجع برای ترخیص
- ۳-۳-۹. افزایش دسترسی مراجع و خانواده به خدمات حمایت‌کننده بهبودی
- ۳-۳-۱۰. توان‌بخشی شغلی مراجع

۳-۴. تعریف مفاهیم

۳-۴-۱. مددکار اجتماعی

- در این راهنما منظور همه افرادی هستند که دارای شرایط زیر باشند:
- ۳-۴-۱-۱. فارغ‌التحصیل رشته مددکاری اجتماعی حداقل در مقطع کارشناسی
- ۳-۴-۱-۲. ارائه مدارک و گواهی‌های مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور در خصوص سپری کردن دوره‌های آموزشی مرتبط که محتوای زیر در آن‌ها ارائه شده باشد:
- ۳-۴-۱-۲-۱. مبانی (شامل انواع مواد اعتیادآور و عوارض آن‌ها، تعریف اعتیاد، سبب‌شناسی اعتیاد، اختلالات همراه و...)
- ۳-۴-۱-۲-۲. اختصاصی (انواع پروتکل‌های درمان سرپایی، مددکاری گروهی با افراد در حال بهبودی و خانواده آن‌ها، مددکاری ویژه خانواده افراد در حال بهبودی، استراتژی‌های مدیریت لغزش، استراتژی‌های پیشگیری از عود، تکنیک‌های حمایت‌یابی ویژه افراد در حال بهبودی، تکنیک‌های مداخله در شرایط بحرانی، مدل‌های راغب‌سازی با تأکید بر CRAFT، رویکرد مدیریت مورد)
- ۳-۴-۱-۳. سپری کردن دوره کارورزی مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد به مدت ۱۵۰ ساعت

۳-۴-۲. درمان سرپایی

منظور همه روش‌های درمانی سوءمصرف مواد هستند که بدون بستری ارائه می‌شوند. خدمات این مراکز معمولاً به صورت روزانه ارائه می‌شود و مراجعان در مرکز اقامت ندارند. خدمات این مراکز می‌توانند شامل درمان‌های دارویی یا غیردارویی باشند.

۳-۴-۳. درمان نگه‌دارنده

به درمان طولانی‌مدت (بیشتر از شش ماه) با داروهای شبه‌افیونی گفته می‌شود که بعضاً سال‌ها به طول می‌انجامد و هدف آن جلوگیری از مصرف غیر قانونی مواد افیونی توسط بیمار است.

۳-۴-۴. واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست

واحد درمان سم‌زدایی و نگه‌دارنده (طولانی‌مدت) را با داروی آگونیست افیونی برای درمان سرپایی معتادان داشته باشد.

۳-۴-۵. مداخلات راغب‌سازی (Motivational Interventions)

منظور همه اقدامات مددکاران اجتماعی به منظور ترغیب مراجع به ورود و ادامه درمان و در عین حال ترغیب خانواده به مشارکت فعال در فرایند بهبود و اقدام برای درمان خود است. مددکاران اجتماعی از مدل‌های تأییدشده‌ای مانند CRA، CRAFT، جانشون و مهارت‌ها و تکنیک‌های مصاحبه‌های انگیزشی بهره می‌گیرند.

۳-۴-۶. رضایت آگاهانه

منظور از رضایت آگاهانه جلب موافقت داوطلبانه مراجعان یا نمایندگان قانونی آن‌ها پس از ارائه اطلاعات در مورد نوع خدمت، نحوه ارائه و منافع و مضرات احتمالی ناشی از موافقت آن‌ها برای دریافت خدمت است.

۳-۴-۷. گروه آموزشی - مشاوره‌ای

یکی از روش‌های تشکیل و اداره گروه‌ها در مددکاری گروهی، روش آموزشی-مشاوره‌ای است که در آن ارتقای سطح آگاهی شرکت‌کنندگان و ارائه مشاوره‌های گروهی مورد توجه خاص قرار می‌گیرد. در این روش شرکت‌کنندگان به‌عنوان افرادی تلقی می‌شوند که قادرند پس از حساس شدن نسبت به شرایط خود و کسب آگاهی از نحوه بهبود شرایط به‌طور مؤثر عمل کنند.

۸-۴-۳. حامی بهبودی

افرادی که بهبودی فرد برای آن‌ها اهمیت دارد و برای تحقق این موضوع آمادگی همکاری دارند. حامیان بهبودی می‌توانند اعضای خانواده، بستگان و دوستان یا هر فرد مهم دیگری باشند.

۹-۴-۳. Family Group Conferencing

مدلی است که به منظور حل مشکل در مورد یکی از اعضای خانواده با مشارکت خود او و اعضای خانواده‌اش مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر اساس این مدل جلسات با حضور بیمار، اعضای خانواده او و تیم درمانی در مراحل مختلف تشکیل می‌شود و فرض بر این است که در صورتی که به خانواده آگاهی‌های لازم در مورد موضوع داده شود و چنان‌چه خانواده در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند، اجرای مداخلات با موفقیت بیشتری در مقایسه با زمانی که مشارکت ندارند، همراه خواهد شد.

۱۰-۴-۳. خانواده‌درمانی (Family Therapy)

منظور استفاده مددکار اجتماعی از رویکردها و تکنیک‌های خانواده‌درمانی است که با هدف افزایش مشارکت خانواده در فرایند درمان و ترغیب خانواده به درمان خود انجام می‌شود.

۱۱-۴-۳. بازدید منزل (Home Visit)

بازدید منزل یکی از اقدامات پیش‌بینی‌شده در خدمات مددکاری اجتماعی است که علاوه بر این‌که به منظور فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد مراجع، خانواده و محیط زندگی آن‌ها تلقی می‌شود، برای انجام برخی مداخلات نیز به کار گرفته می‌شود. (برای مثال مددکاران اجتماعی مجازند تحت شرایط مشخصی جلسات مداخله به منظور راغب‌سازی، خانواده‌درمانی، FGC و نظایر آن‌ها را در منزل مراجع برگزار کنند).

۱۲-۴-۳. توان‌بخشی شغلی (Vocational Rehabilitation)

منظور مجموعه‌ای کامل از مداخلات شامل ارزیابی اولیه، ارجاع برای آموزش حرفه‌ای یا کارآفرینی، تهیه یا بازنگری طرح کسب‌وکار برای هر فرد، حمایت‌یابی در فرایند کسب‌وکار، شبکه‌سازی مشاغل و... است.

۱۳-۴-۳. شبکه‌سازی مشاغل

در این راهنما منظور اقداماتی به منظور برقراری ارتباط میان مراجعان فعال در کسب‌وکارهای مرتبط است، به گونه‌ای که فرصت‌های بیشتری برای دریافت سفارش کار و فروش محصولات یا ارائه خدمات برای آن‌ها فراهم آید.

۱۴-۴-۳. شبکه درمانی (Network Therapy)

در این روش، برخی اعضای خاص خانواده، دوستان و اطرافیان مؤثر بیمار برای ایجاد یک سیستم حمایتی و افزایش انگیزه برای تغییر در بیمار در یک شبکه ثبت نام کرده و با هم همکاری می کنند. هدف از این شیوه، رسیدن سریع مراجع به پرهیز کامل و پیشگیری از عود و افزایش سازگاری با زندگی بدون مواد است.

۱۵-۴-۳. حمایت از کودک (Child Protection)

مجموعه ای از اقدامات است که با هدف حصول اطمینان از تأمین امنیت و نیازهای کودکانی که در خانواده معتادان زندگی می کنند، انجام می شود.

۱۶-۴-۳. مددکاری گروهی (Group work)

مداخله های مددکاری اجتماعی که با استفاده از رویکردهای تخصصی توسعه (با تأکید بر روش های آموزشی-مشاوره ای و فعالیت)، اقدام اجتماعی و درمان اجرا می شوند.

۱۷-۴-۳. حمایت یابی (Advocacy)

حمایت یابی به مفهوم اقدام (شامل مذاکره، اطلاع رسانی و آگاه سازی، پی گیری و...) توسط مراجع، شبکه حمایتی او یا مددکار اجتماعی به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آنهاست. در گام های اولیه مداخلات درمانی و حمایت های روانی-اجتماعی و در شرایطی که خود مراجع به دلیل محدودیت های موجود قادر به انجام حمایت یابی نباشد، این اقدامات توسط مددکاران اجتماعی انجام می شود، ولی مددکار اجتماعی در ادامه فرایند بازتوانی بر توانمند کردن مراجع و شبکه حمایتی او برای حمایت یابی تأکید دارد.

۱۸-۴-۳. مداخله در بحران (Crisis Intervention)

مداخلاتی که مددکار اجتماعی در شرایط بروز بحران های رایج در درمان سوء مصرف مواد (شامل بحران هایی که به واسطه لغزش یا عود، اعلام نتیجه آزمایش بیماری هایی مانند ایدز و هپاتیت و...) انجام می دهند.

۱۹-۴-۳. پی گیری فعالانه پس از ترخیص

منظور اقدامات مددکاری است که پس از ترخیص مراجع از مرکز درمان اقامتی بلندمدت برنامه ریزی و اجرا می شوند. پی گیری فعالانه به کسب اطلاع از وضعیت مراجع محدود نمی شود. در این روش پی گیری مددکار اجتماعی مداخلات تخصصی برای ارجاع، مشاوره، آموزش و... را پیش بینی و اجرا می کند.

۳-۵. وظایف مددکاران اجتماعی در مراکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد از نوع درمان

نگه‌دارنده

۳-۵-۱. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند راغب‌سازی

۳-۵-۱-۱. همه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد تمایل به درمان ندارند. مداخلات راغب‌سازی در چنین

شرایطی می‌توانند مورد توجه قرار گیرند.

۳-۵-۱-۲. از آن جایی که در صورت عدم تمایل بیمار به درمان احتمال حضور او در مرکز درمانی و برگزاری جلسات راغب‌سازی به حداقل می‌رسد، می‌توانید برای برگزاری این جلسات با هماهنگی مدیر مرکز در خارج از محیط درمانی برنامه‌ریزی کنید. منزل بیمار یکی از مهم‌ترین مکان‌هایی است که معمولاً مددکاران اجتماعی جلسات راغب‌سازی را در آن اجرا می‌کنند، اما متناسب با شرایط بیمار و با در نظر گرفتن این که حامیان بهبودی او چه کسانی هستند، محیط‌های دیگری مانند محیط کار بیمار، منزل بستگان یا دوستانش و... نیز می‌توانند برای برگزاری جلسه مورد بررسی قرار گیرند.

۳-۵-۱-۳. از مدل‌های معتبر مانند ACRAFT، CRAFT، جانسون و... می‌توانید برای راغب‌سازی بیماران به درمان استفاده کنید.

۳-۵-۱-۴. با توجه به موفقیت‌های گزارش‌شده در مورد CRAFT و صرف زمان قابل قبول برای ایجاد تغییر در خانواده توصیه می‌شود با اولویت از این برنامه برای راغب‌سازی استفاده کنید.

۳-۵-۱-۵. در صورتی که خانواده بیمار به دلایل قابل قبول نمی‌تواند وقت لازم را برای دریافت خدمت پیش‌بینی‌شده در برنامه CRAFT صرف کند، مدل جانسون می‌تواند جایگزین بعدی برای راغب‌سازی باشد. لازم است خانواده را از میزان موفقیت‌های گزارش‌شده در مورد هر یک از روش‌های راغب‌سازی مطلع کنید.

۳-۵-۱-۶. در نظر داشته باشید روش‌های راغب‌سازی ضرورتاً به وارد کردن بیمار به فرایند درمان منتهی نمی‌شوند. مراقب باشید تلاش برای راغب‌سازی با فشار و تهدید برای ورود بیمار به درمان جایگزین نشود.

۳-۵-۱-۷. مواردی را که در انتهای این راهنما در خصوص الزامات مراقبت از خود آمده است، به‌طور ویژه در زمان برنامه‌ریزی و برگزاری جلسات راغب‌سازی در خارج از محیط درمانی مورد توجه قرار دهید.

۳-۵-۱-۸. مسئولیت مدیریت جلسات راغب‌سازی با مددکار اجتماعی است. از این رو لازم است نسبت به عملکرد سایر اعضای تیم اعزام‌شده برای راغب‌سازی حساس باشید. لازم است همه اقدامات آن‌ها با هماهنگی مددکار اجتماعی انجام شود.

۳-۵-۱-۹. برای هر جلسه راغب‌سازی متناسب با شرایط بیمار و خانواده او برنامه‌ریزی کنید و قبل از ورود به جلسه نکاتی را که باید در طول جلسه مورد توجه قرار گیرند، با همکاران مرور کنید.

۳-۵-۱-۱۰. اغلب خانواده‌ها برای ورود بیمار به درمان عجله دارند. در نظر داشته باشید خانواده‌هایی که

با بیماران سوءمصرف کننده مواد محرک یا دارای رفتارهای خشونت آمیز یا علایم روان پریشی زندگی می کنند، باید با هماهنگی مدیر مرکز در اولویت قرار گیرند.

۳-۵-۱۱. قبل از دعوت از فرد معتاد برای ورود به درمان و برگزاری جلسات راغب سازی با حضور او، خانواده را در مورد اعتیاد و ماهیت آن آگاه کنید. لازم است باورهای غلط خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن مرور و اصلاح شوند و خانواده در مورد مهارت های ارتباطی و شیوه های تقویت مثبت و پیامدهای منفی آموزش ببینند.

۳-۵-۱۲. قبل از ورود به جلسه راغب سازی در حضور بیمار، فرایند جلسه را با اعضای خانواده مرور و تمرین کنید. در نظر داشته باشید اختلال در روابط بین فردی امری شایع در خانواده های دارای معتاد است و اعضای خانواده برای ورود به جلسه راغب سازی نیاز به آموزش و مشاوره دارند.

۳-۵-۱۳. همه بیماران شرایط ورود به درمان نگه دارنده را ندارند. در طول اجرای مداخلات راغب سازی با تعهد به اصول اخلاق حرفه ای منافع بیمار و خانواده اش را در نظر بگیرید و مناسب ترین روش درمانی را به آن ها پیشنهاد کنید.

۳-۵-۲. وظایف مددکار اجتماعی در ارزیابی اولیه و پذیرش

۳-۵-۲-۱. فرم رضایت آگاهانه را در اختیار مراجع قرار دهید. در صورتی که مراجع بی سواد یا کم سواد است، فرم را برای او بخوانید. به سؤال های مراجع در مورد محتوای فرم رضایت آگاهانه پاسخ دهید. مطمئن شوید که مراجع به روشنی دریافته است که طرفین در فرم رضایت آگاهانه به انجام چه کارهایی متعهد می شوند.

۳-۵-۲-۲. خدمات مرکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد از نوع نگه دارنده را به مراجع معرفی کنید. به طور مشخص به او بگویید که شما به عنوان مددکار اجتماعی در چه مرحله ای با او همراه خواهید بود و چه خدماتی را به او ارائه خواهید کرد.

۳-۵-۲-۳. برای هر یک از مراجعانی که فرم رضایت آگاهانه را امضا می کنند، پرونده مددکاری اجتماعی را به صورت جداگانه تشکیل دهید. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او دریافت و ثبت شوند.

۳-۵-۲-۴. لازم است در مرحله ابتدایی درمان به خانواده مراجع در مورد شیوه درمان توضیح دهید. سؤال های خانواده مراجع را در مورد درمان پاسخ داده و نگرانی های آن ها را مورد توجه قرار دهید.

۳-۵-۲-۵. در صورتی که خانواده مراجع در مرحله پذیرش با او به مرکز درمانی مراجعه نکرده اند، لازم است موافقت مراجع را برای برقراری ارتباط با خانواده اش کسب کنید و سپس خانواده را برای مشارکت در درمان دعوت کنید. به این نکته توجه داشته باشید که رضایت مراجع برای دعوت خانواده ضروری است.

۳-۵-۲-۶. به مراجع یادآوری کنید برای استفاده از خدمات مرکز حق انتخاب با اوست. به این ترتیب

مددکار اجتماعی مجاز نیست برای جذب مراجع به مرکز او را تحت فشار قرار دهد، اما این کار مانع از انجام مصاحبه‌های انگیزشی نخواهد بود.

۳-۵-۲-۷. در صورتی که مراجع شرایط پذیرش در مرکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد از نوع درمان نگه‌دارنده را نداشت، او و خانواده‌اش را برای انتخاب روش درمانی مناسب و نحوه مراجعه به مراکز درمانی دیگر راهنمایی کنید. امکان دارد برای ارائه راهنمایی مناسب لازم باشد مراجع و خانواده‌اش را به سایر اعضای تیم درمان نیز ارجاع دهید، تا بتوانند بهترین شیوه ممکن را برای درمان انتخاب کنند.

۳-۵-۲-۸. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او نیز دریافت و ثبت شوند. به‌خصوص ضرورت دارد اطلاعات لازم در مورد کودکان تحت سرپرستی مراجع و سایر افرادی که در معرض آسیب هستند (مانند زنان در معرض خشونت، زنان باردار و...)، کسب شود.

۳-۵-۲-۹. در صورت لزوم برای بررسی وضعیت مراجع و خانواده او می‌توانید بازدید منزل انجام دهید. برای این منظور رضایت مراجع را جلب کرده و با مدیر مرکز هماهنگ کنید.

۳-۵-۳. برنامه‌ریزی برای مداخلات مددکاری اجتماعی

۳-۵-۳-۱. طولانی بودن دوره درمان نگه‌دارنده در مقایسه با سایر روش‌های درمانی فرصت کافی را برای مددکار اجتماعی فراهم می‌کند تا مداخلات بلندمدت را برای بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه طراحی و اجرا کند.

۳-۵-۳-۲. برای هر یک از مراجعان برنامه مداخله‌ای ویژه طراحی و اجرا کنید. از آن جایی که در میان مراجعان و خانواده آن‌ها باورهای غلط متعددی در مورد درمان سرپایی سوءمصرف مواد از نوع درمان نگه‌دارنده وجود دارد، لازم است به آن‌ها کمک کنید باورهایشان را تغییر دهند و به دیدگاه درمانی نزدیک کنند.

۳-۵-۳-۳. برنامه مداخله را در پرونده مددکاری اجتماعی ثبت و نحوه پیشرفت مداخله را در پرونده منعکس کنید.

۳-۵-۳-۴. برنامه مداخله را به گونه‌ای تنظیم کنید که واقع‌بینانه، هدفمند، زمان‌دار، قابل اجرا و قابل سنجش باشد.

۳-۵-۳-۵. برای طراحی مداخله مددکاری اجتماعی به منظور بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه از مشارکت او و خانواده‌اش بهره بگیرید.

۳-۵-۳-۶. مداخلات مددکاری فردی با مراجعان

۳-۵-۳-۶-۱. جلسات فردی با مراجع را با اهداف ارزیابی مستمر وضعیت فردی، خانوادگی، اقتصادی و

اجتماعی و پایش پیشرفت درمان به شیوه مدیریت مورد برگزار کنید.

۳-۵-۳-۶-۲. در طراحی مداخلات مددکاری اجتماعی فردی با مراجعان به مشکلات خانوادگی، فرزندپروری، شغلی، مالی، حقوقی و قانونی بپردازید.

۳-۵-۳-۶-۳. مدیریت مشروط

۳-۵-۳-۶-۳-۱. از تکنیک‌های شناختی-رفتاری برای تنظیم سیستم پاداش‌دهی به مراجعان بهره بگیرید. پیشنهاد می‌شود با اولویت از پرداخت‌های غیرنقدی مشروط استفاده کنید.

۳-۵-۳-۶-۳-۲. بر اساس میزان مشارکت مراجع و پیشرفت او در برنامه مداخله توافق‌شده (میان مراجع و مددکار اجتماعی) برای اقدامات مشروط تصمیم‌گیری کنید. شروط را با تمرکز بر ادامه ارتباط مراجع با مرکز، کاهش یا حذف رفتارهای پرخطر، تغییر رفتارهای معتادگونه، مشارکت در برنامه‌های مراقبت دوره بارداری، همکاری در زایمان ایمن، توجه به امنیت و سلامت کودکان تحت سرپرستی و مراقبت مراجع و نظایر آن‌ها انتخاب کنید.

۳-۵-۳-۶-۳-۳. از جمله تقویت‌کننده‌هایی که در مدیریت مشروط می‌توانید مورد توجه قرار دهید، می‌توان به تأمین کالا، بلیت رفت‌وآمد، کارت مترو، پرداخت هزینه‌های تحصیل، پرداخت هزینه آموزش‌های حرفه‌ای و مهارت‌آموزی، بن مواد غذایی، بن پوشاک، تخفیف‌های درمان اعتیاد اعضای خانواده، تخفیف‌های درمانی برای مراجع، امکانات ورزشی و تسهیلات فرهنگی، امتیازهای بالینی، تقویت‌کننده‌های اجتماعی مانند اعطای مسئولیت در مرکز، تشویق‌های کلامی در جمع و مشارکت دادن مراجع در برنامه‌های مرکز اشاره کرد.

۳-۵-۳-۶-۳-۴. لازم است برای انتخاب تقویت‌کننده‌ها و شروط با تیم مداخله هماهنگ شوید و سپس مراجع را نیز در انتخاب آن‌ها مشارکت دهید.

۳-۵-۳-۶-۴. اسکان فوری

۳-۵-۳-۶-۴-۱. از آنجایی که بی‌خانمانی یکی از مهم‌ترین دلایل زمینه‌ساز عود به شمار می‌رود، لازم است با اولویت و به‌عنوان یک نیاز فوری وضعیت اسکان مراجع را بررسی کنید و در صورت نیاز به اسکان فوری، مداخلات لازم را اجرا کنید. مداخلات مددکار اجتماعی برای تأمین سرپناه می‌تواند به شیوه‌های مختلفی انجام شود. از جمله می‌توان به ارجاع به خانه‌های میان‌راهی تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور، مذاکره با خانواده و بستگان برای پذیرش مراجع، مذاکره با صاحب‌خانه، هماهنگی با همتایان در حال بهبودی برای حمایت از مراجع، حمایت‌یابی برای تأمین هزینه اسکان در مسافرخانه و مواردی مانند آن اشاره کرد.

۵-۶-۳-۵. تحصیل

۱-۵-۶-۳-۵. سوادآموزی و ادامه تحصیل می‌تواند بخشی از فعالیت‌هایی باشد که برای مراجعان در نظر

گرفته می‌شود.

۲-۵-۶-۳-۵. از اقدام زودهنگام برای ادامه تحصیل اجتناب کنید. فشار برای ادامه تحصیل و احساس ناتوانی در این کار می‌تواند موجب قطع ارتباط مراجع با مرکز شود. توصیه می‌شود برنامه‌ریزی برای ادامه تحصیل را حداقل پس از یک سال اول بهبودی در دستور کار قرار دهید.

۳-۵-۶-۳-۵. در صورتی که مراجع مایل به ادامه تحصیل بود، مطمئن شوید که مشاوره‌های تحصیلی لازم را دریافت خواهد کرد.

۴-۵-۶-۳-۵. برای انجام امور ثبت‌نام، تهیه وسایل آموزشی و کمک آموزشی و ایاب و ذهاب حمایت‌یابی

کنید

۶-۶-۳-۵. زنان باردار تحت درمان نگاه‌دارنده

۱-۶-۶-۳-۵. وضعیت مراجع باردار را با اولویت پی‌گیری کنید. لازم است مطمئن شوید که او تحت

مراقبت‌های دوران بارداری قرار می‌گیرد.

۲-۶-۶-۳-۵. چنان‌چه زن باردار آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی یا مبتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت است،

مطمئن شوید که خدمات درمانی متناسب را دریافت می‌کند.

۳-۶-۶-۳-۵. چنان‌چه زن باردار آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی یا مبتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت است،

برای انجام زایمان ایمن مشاوره‌های لازم را به مراجع بدهید و با همکاری پزشک مرکز پی‌گیری‌های لازم را برای فراهم شدن مقدمات این کار انجام دهید. مطمئن شوید که او از خدمات پزشکی متناسب با این شرایط استفاده می‌کند.

۴-۶-۶-۳-۵. در طول دوره بارداری با آموزش مهارت‌های فرزندپروری (در قالب جلسات فردی یا

گروهی) مراجع را برای مراقبت و پرورش کودک آماده کنید.

۵-۶-۶-۳-۵. در مواردی والدین به دلیل احساس ناتوانی در نگاه‌داری کودک تصمیم می‌گیرند نوزاد را

قبل یا بلافاصله پس از تولد بفروشند. در بسیاری موارد نوزاد به کسانی سپرده می‌شود که آن‌ها نیز صلاحیت‌های لازم برای نگاه‌داری کودک را ندارند و احتمال بهره‌کشی، قاچاق و اعمال انواع دیگر خشونت علیه کودک بسیار زیاد است. لازم است احتمال این اقدامات را از سوی والدین بررسی کنید و در صورتی که تشخیص دادید آن‌ها قادر به نگاه‌داری از کودک نیستند، پی‌گیری‌های لازم را در قالب روش‌های قانونی برای سپردن کودک به خانواده جایگزین دارای صلاحیت انجام دهید.

۳-۵-۳-۶-۶-۶. مطمئن شوید کودک در بدو تولد به منظور بررسی وضعیت سلامتی‌اش مورد آزمایش (به‌خصوص ایدز و هیپاتیت) قرار بگیرد.

۳-۵-۳-۶-۶-۷. نوزاد مادری که در طول دوره بارداری تحت درمان نگه‌دارنده قرار داشته است، پس از تولد با علایم قطع مصرف ماده‌ای که مادر طی درمان نگه‌دارنده استفاده می‌کرده است، مواجه می‌شود. مطمئن شوید نوزاد در این شرایط از خدمات پزشکی متناسب برخوردار است.

۳-۵-۳-۶-۶-۸. در صورتی که نوزاد به بیماری ایدز یا هیپاتیت مبتلا بود، اقدامات لازم را برای حمایت از او انجام دهید.

۳-۵-۳-۶-۷. بیماری‌های همراه

۳-۵-۳-۶-۷-۱. مراجعان پس از قطع سوءمصرف مواد بیش از پیش با علایم بیماری‌های همراه مواجه می‌شوند که در بسیاری موارد می‌تواند عاملی تعیین‌کننده در عود آن‌ها باشد. در صورتی که علایم این بیماری‌ها را مشاهده کردید، مطمئن شوید که مراجع از خدمات درمانی مورد نیاز برخوردار است.

۳-۵-۳-۶-۷-۲. نسبت به جایگزین شدن سوءمصرف مواد با سایر انواع اعتیادهای رفتاری (اعتیاد به قمار، اعتیاد جنسی، اعتیاد به خرید کردن، اعتیاد به خوردن و...) بسیار حساس باشید. این اعتیادها را به‌عنوان زمینه‌سازهای عود تلقی کنید، مراجع را برای دریافت خدمات درمان تخصصی ارجاع دهید و وضعیت درمان او را پی‌گیری کنید.

۳-۵-۳-۶-۸. بیمه

۳-۵-۳-۶-۸-۱. مراجعان را از نحوه قرار گرفتن تحت پوشش بیمه‌های درمان و دریافت دفترچه بیمه درمان آگاه کنید.

۳-۵-۳-۶-۸-۲. در صورتی که مراجعان شاغل هستند، اطلاعات لازم را در مورد بیمه اجتماعی در اختیار آن‌ها قرار دهید. در بسیاری موارد مراجعان شاغل برای اقداماتی مانند جمع‌سوابق بیمه، شرایط برخورداری از مزایای بیمه بی‌کاری و از کارافتادگی، بیمه بازنشستگی و نظایر آن‌ها نیاز به مشاوره دارند. اطلاعات لازم را در این موارد در اختیار آن‌ها قرار دهید و در صورت لزوم برای دریافت مشاوره بیشتر آن‌ها را به مشاوران بیمه ارجاع دهید.

۳-۵-۳-۶-۹. مشکلات قانونی

۳-۵-۳-۶-۹-۱. بسیاری از مراجعان به دلیل سوءمصرف مواد با مشکلات قانونی مواجه شده‌اند. برطرف

نشدن مشکلات مذکور می‌تواند در مواردی عاملی برای لغزش و عود تلقی شود. از این رو لازم است مداخلاتی را برای کاهش تأثیر مشکلات قانونی انجام دهید. مذاکره با شاکیان احتمالی، میانجی‌گری و ارجاع برای دریافت مشاوره حقوقی می‌توانند بخشی از مداخلات مددکاری در این زمینه باشند.

۱۰-۶-۳-۵-۳. مسکن

۱-۱۰-۶-۳-۵-۳. جابه‌جایی مسکن یکی از دغدغه‌هایی است که در برخی موارد می‌تواند زمینه را برای عود فرد در حال بهبودی فراهم کند. در شرایطی که مسکن قبلی به‌عنوان برانگیزاننده بر فرایند بهبودی فرد تأثیر می‌گذارد، با اولویت به جابه‌جایی محل اسکان او توجه کرده و او را در این مورد توجیه کنید.

۲-۱۰-۶-۳-۵-۳. در صورتی که جست‌وجوی مسکن مناسب توسط مراجع می‌تواند مخاطراتی را برای بهبودی او به همراه داشته باشد، بهتر است در این فرایند توسط حامیان بهبودی یا مددکار اجتماعی همراهی شود.

۳-۱۰-۶-۳-۵-۳. در صورتی که مراجع با مشکل جدی در تأمین هزینه‌های رهن، اجاره یا تعمیرات مسکن مواجه است، با هماهنگی مدیر مرکز اقدامات لازم را برای حمایت‌یابی و تأمین هزینه‌های مذکور انجام دهید.

۷-۳-۵-۳. مداخلات مددکاری گروهی با مراجعان

۱-۳-۷-۳-۵-۳. برای اداره جلسات مددکاری گروهی در مراکز درمان سرپایی سوءمصرف مواد از نوع درمان نگه‌دارنده با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور ویژه از روش‌های آموزشی-مشاوره‌ای و فعالیت) استفاده کنید.

۲-۳-۷-۳-۵-۳. آموزش و مشاوره در مورد روش‌های پیشگیری از وسوسه مصرف و پیشگیری از عود با تأکید بر برانگیزاننده‌های بیرونی، مدیریت لغزش، ارتباط با خانواده، مهارت ارتباط مؤثر، تعهد به درمان، اوقات فراغت و تفریح، معنویت، کار و اشتغال و آماده‌سازی برای ترخیص می‌توانند مهم‌ترین موضوعات برگزاری جلسات گروهی با مراجعان باشند.

۳-۳-۷-۳-۵-۳. لازم است تشکیل گروه‌های فعالیت و اوقات فراغت به‌طور مشخص توسط مددکار اجتماعی برنامه‌ریزی و اجرا شوند. موضوع گروه‌های مذکور با توجه به شرایط مراجعان و امکانات مرکز می‌تواند بسیار متنوع باشد. برای مثال برنامه‌ریزی و اجرای یک اردوی نیم‌روزی می‌تواند موضوع یک گروه فعالیت قرار گیرد. در نظر داشته باشید در این نوع گروه مشارکت اعضا در برنامه‌ریزی و اجرا بسیار اهمیت دارد.

۸-۳-۵-۳. مداخلات مددکاری اجتماعی با خانواده

۱-۳-۸-۳-۵-۳. قبل از هر نوع مداخله‌ای در مورد خانواده مراجعان، جلساتی را با آن‌ها ترتیب دهید و

موضوعات زیر را در جلسات مذکور بررسی و پی گیری کنید:

۱-۱-۳-۵-۳-۸-۳. اطلاعات تکمیلی در مورد مراجع

۱-۲-۳-۵-۳-۸-۳. الگوی ارتباطی خانواده

۱-۳-۳-۵-۳-۸-۳. افراد تأثیر گذار در خانواده

۱-۴-۳-۵-۳-۸-۳. دانش و اطلاعات اعضای خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن

۱-۵-۳-۵-۳-۸-۳. نگرش ها و باورهای نادرست در مورد اعتیاد و درمان آن

۱-۶-۳-۵-۳-۸-۳. شبکه حمایتی خانواده

۲-۳-۵-۳-۸-۳. بهتر است علاوه بر این که جلسات را با حضور همه اعضای خانواده برگزار می کنید، جلساتی را نیز با هر یک از اعضا داشته باشید. این اقدام به شما کمک می کند اطلاعات دقیق تری را در مورد خانواده مراجع به دست آورید.

۳-۳-۵-۳-۸-۳. در صورت لزوم برای تکمیل اطلاعات در مورد مراجع و خانواده اش بازدید منزل انجام دهید.

۴-۳-۵-۳-۸-۳. در صورت نیاز می توانید جلسات با اعضای خانواده مراجع را در منزل آن ها برگزار کنید.

۵-۳-۵-۳-۸-۳. پس از کسب اطلاعات لازم در مورد خانواده مراجع برای مداخله در سطح خانواده برنامه ریزی

کنید. لازم است مشارکت اعضای خانواده را تا حد امکان برای مداخلات مرتبط با آن ها جلب کنید. مهم ترین هدف در برنامه ریزی به منظور مداخله در سطح خانواده، افزایش مشارکت مؤثر خانواده در فرایند بهبودی و فعال شدن خانواده برای درمان خود است.

۶-۳-۵-۳-۸-۳. از آن جایی که اغلب بیماران کاندیدای درمان نگه دارنده، مصارف سنگین و طولانی مواد مخدر داشته اند و برخی از آن ها نیازمند مصرف دارو در طول سالیان متوالی هستند، خانواده آن ها در برخی موارد در صورت عدم آموزش صحیح در این زمینه با دخالت های خود در روند درمان، مراجع را تشویق به قطع خودسرانه دارو کرده یا او را از ادامه درمان منصرف می کنند و به این وسیله مقدمات عود بیمار را فراهم می کنند. از این رو ضرورت دارد آموزش مفاهیم اولیه و اصلی مرتبط با این نوع درمان و تغییر نگرش خانواده مراجعان را با اولویت در دستور کار خود قرار دهید.

۷-۳-۵-۳-۸-۳. در قالب مصاحبه انگیزشی اعضای خانواده و حامیان بهبودی را از دشواری های درمان، عوامل مؤثر بر عود و بازگشت به مصرف آگاه کرده و حمایت مؤثر آن ها را در زمینه تغییر رفتار و افکار اعتیادی مراجع و حمایت های تعیین کننده آن ها در زمینه اشتغال به کار، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی و... جلب کنید.

۸-۳-۵-۳-۸-۳. برگزاری جلسات مشترک با اعضای خانواده و مراجع (و در صورت لزوم حامیان بهبودی

مراجع) (Family Group Conferencing) پس از آماده کردن طرفین توصیه می شود. در صورت آمادگی طرفین برگزاری چنین جلسه ای را در شش ماه اول ورود به درمان به صورت ماهانه و حداقل هر سه ماه یک

بار پس از آن در دستور کار خود قرار دهید. بهبود روابط خانواده با مراجع و آماده کردن آن‌ها برای پذیرش و حمایت سالم از مراجع مهم‌ترین اهدافی هستند که در این جلسات باید پی‌گیری شوند.

۳-۵-۳-۸-۹. هم‌وابستگی در خانواده معتادان مشکلی است که درمان آن نیاز به توجه جدی دارد. علاوه بر تلاش برای جلب همکاری و مشارکت خانواده در فرایند بهبودی، ترغیب اعضای خانواده برای درمان هم‌وابستگی را در تمام اقدامات مربوط به آن‌ها مدنظر قرار دهید.

۳-۵-۳-۸-۱۰. به اعضای خانواده کمک کنید الگوهای بیمارگونه ارتباطی در خانواده را بشناسند و برای تغییر این الگوها با مشارکت اعضای خانواده برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۳-۵-۳-۸-۱۱. روش‌های مناسب برای رفتار صحیح با فرد در حال بهبود را به خانواده آموزش دهید و اعضای خانواده را از عوامل زمینه‌ساز لغزش و عود آگاه کنید.

۳-۵-۳-۸-۱۲. اعضای خانواده را با گروه‌های همتایی که برای درمان هم‌وابستگی تلاش می‌کنند، آشنا و آن‌ها را ترغیب کنید در جلسات گروه‌های هم‌تا به‌طور فعال مشارکت کنند.

۳-۵-۳-۸-۱۳. در قالب مصاحبه انگیزشی اعضای خانواده و حامیان بهبودی را از دشواری‌های بهبودی، عوامل موثر بر عود و بازگشت به مصرف آگاه کرده و حمایت مؤثر آن‌ها را در زمینه تغییر رفتار و افکار اعتیادی مراجع و حمایت‌های تعیین‌کننده آن‌ها در زمینه اشتغال به کار، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی و... جلب کنید

۳-۵-۳-۸-۱۴. تکنیک‌های خانواده‌درمانی ساختاری/استراتژیک را برای اهداف درمانی بلندمدت و «درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر راه‌حل» را برای مداخلات کوتاه‌مدت در مورد خانواده به کار بگیرید.

۳-۵-۳-۸-۱۵. در صورتی که خانواده مراجع حاضر به همکاری نبودند، از تکنیک‌های خانواده‌درمانی یک‌جانبه استفاده کنید.

۳-۵-۳-۸-۱۶. در صورت لزوم می‌توانید جلسات خانواده‌درمانی را در محل زندگی مراجع و خانواده‌اش برگزار کنید.

۳-۵-۳-۸-۱۷. با حضور تعدادی از خانواده‌ها می‌توانید جلسات مددکاری گروهی را برگزار کنید. ترکیب گروه‌های خانواده را متناسب با اهدافی که برای گروه در نظر می‌گیرید، تنظیم کنید. احتمالاً گروه والدین، گروه همسران، فرزندان یا گروه‌هایی متشکل از چند خانواده (با همه اعضا) می‌توانند در گروه‌های خانواده دعوت شوند.

۳-۵-۳-۸-۱۸. برای اداره جلسات مددکاری گروهی با خانواده مراجعان با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور ویژه از روش آموزشی-مشاوره‌ای) استفاده کنید.

۳-۵-۳-۸-۱۹. آموزش و مشاوره در مورد ماهیت اعتیاد و سبب‌شناسی آن، و سوسه مصرف، شروع‌کننده‌ها، لغزش و عود و نحوه پیشگیری از آن‌ها، نحوه مدیریت لغزش، نحوه تعامل با فرد در حال بهبودی، اعتیاد به

الکل، کاهش آسیب، هم‌وابستگی و درمان آن و حمایت سالم از فرد در حال بهبود از جمله مهم‌ترین موضوعاتی هستند که در جلسات گروهی با خانواده مراجعان باید مطرح شوند.

۲۰-۳-۸-۳. در مواردی احتمال دارد علاوه بر فرد در حال بهبودی، فرد یا افراد در حال مصرف دیگری در منزل حضور داشته باشند. لازم است خانواده را در مورد شیوه درست تعامل با فرد در حال مصرف آگاه کنید.

۲۱-۳-۸-۳. احتمال بروز خشونت و آزار در خانواده‌های معتادان زیاد است. کودکان، زنان، افراد کم‌توان و سالمندان از مهم‌ترین قربانیان خشونت و آزار در این خانواده‌ها هستند. لازم است این موضوع را در خانواده ارزیابی کنید و در صورتی که بروز خشونت و آزار تأیید شد، در جلسات فردی و خانوادگی آن را مورد توجه قرار دهید. به قربانیان در مورد نحوه پیشگیری از بروز خشونت و آزار و مراقبت از خود آموزش و مشاوره دهید.

۲۲-۳-۸-۳. در صورتی که همسر مراجع باردار است، مطمئن شوید که از مراقبت‌های دوره بارداری برخوردار است و در عین حال وضعیت او از نظر ابتلا به بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت بررسی می‌شود. در صورت ابتلای او به این بیماری‌ها لازم است پی‌گیری‌های لازم را به منظور انجام زایمان ایمن صورت دهید. مطمئن شوید مشاوره‌های لازم در این خصوص را دریافت می‌کند و آزمایش‌های تشخیصی در مورد بیماری‌های مذکور در بدو تولد نوزاد انجام می‌شود.

۲۳-۳-۸-۳. در تمام مراحل، درمان مراجع، مشارکت خانواده در درمان و نحوه پیشرفت درمان را به شیوه مدیریت مورد پایش کنید.

۹-۳-۵-۳. حمایت از کودکان تحت سرپرستی یا مراقبت مراجع

۱-۳-۵-۳. نسبت به وضعیت کودکانی که تحت سرپرستی و مراقبت مراجعان هستند، حساس باشید. احتمال اعمال انواع آزارها نسبت به این کودکان وجود دارد، بنابراین تأمین شرایط امن و عاری از آزار را برای آن‌ها به‌طور جدی پی‌گیری کنید و حمایت از این کودکان را در اولویت قرار دهید.

۲-۳-۵-۳. مطمئن شوید کودک در شرایط امن و عاری از آزار زندگی می‌کند و نیازهای او به شیوه مناسب پاسخ داده می‌شوند.

۳-۳-۵-۳. مطمئن شوید سرپرست و مراقب کودک آموزش‌های فرزندپروری را دریافت می‌کنند.

۴-۳-۵-۳. در صورتی که ادامه زندگی کودک با مراقب فعلی می‌تواند زمینه آزار و خشونت علیه او را فراهم کند، پی‌گیری‌های لازم را برای مراقبت مناسب از کودک انجام دهید. قبل از هر چیز امکان سپردن کودک را به بستگان دارای شرایط برای مراقبت بررسی کنید. در صورتی که در میان بستگان فرد دارای شرایط وجود نداشت، سپردن کودک به مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور را پی‌گیری کنید.

۵-۳-۵-۳. در نظر داشته باشید که بسیاری از مراجعان با توجه به عملکرد قبلی‌شان والدین غیرمؤثری

بوده‌اند و احتمالاً حداقل تا مدتی پس از ورود به درمان نیز نمی‌توانند شرایط ایده‌آلی برای فرزندشان فراهم کنند. اغلب آن‌ها از این که نتوانند فرزندشان را پس از متعادل شدن شرایط باز پس گیرند، نگرانی‌های بسیاری دارند. به این نگرانی‌ها توجه کنید و به والدین کمک کنید منافع فرزندشان را با اولویت مورد توجه قرار دهند. ۳-۵-۳-۹-۶. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از امکان تحصیل برخوردار می‌شوند. در صورتی که خانواده قادر به تأمین امکانات آموزشی و کمک‌آموزشی ضروری برای ادامه تحصیل کودکان نبود، با هماهنگی مدیر مرکز نسبت به تأمین امکانات اقدام کنید و در این مورد حمایت‌یابی کنید. ۳-۵-۳-۹-۷. غفلت از سلامت کودکان در خانواده‌های معتادان بسیار رایج است. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و به موقع برخوردار می‌شوند. ۳-۵-۳-۹-۸. احتمال اعتیاد یا ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت را در مورد کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان بررسی کنید. برای این منظور کودک را به پزشک تیم مداخله ارجاع دهید و پی‌گیری‌های لازم را برای انجام آزمایش‌های تشخیصی صورت دهید. چنان‌چه کودک به اعتیاد یا هر نوع بیماری مرتبط با آن مبتلا شده است، ارائه خدمات درمانی مربوط را به‌عنوان اقدام فوری پی‌گیری کنید.

۳-۵-۳-۱۰. مداخلات مددکاری اجتماعی در سطح اجتماعی و شغلی

۳-۵-۳-۱۰-۱. شبکه درمانی

۳-۵-۳-۱۰-۱-۱. به مراجع کمک کنید شبکه حمایتی خود را ترسیم کند. لازم است از او بخواهید حداقل یکی از حمایت‌کنندگان مؤثر در زندگی‌اش را که احتمال می‌دهد در فرایند تغییر به او کمک کند، به مددکار معرفی کند.

۳-۵-۳-۱۰-۱-۲. با کسانی که مراجع به‌عنوان افراد مهم و مؤثر در فرایند تغییر سبک زندگی خود معرفی کرده، تماس تلفنی برقرار کنید و برای جلسه حضوری از آن‌ها دعوت کنید. در جلسه حضوری با فرد مؤثر لازم است انگیزه‌های او را برای مشارکت در فرایند مداخله تقویت کنید.

۳-۵-۳-۱۰-۱-۳. به حامی بهبودی توضیح دهید که دقیقاً از او چه انتظاری دارید. از کلی‌گویی و مطرح کردن انتظارات مبهم اجتناب کنید.

۳-۵-۳-۱۰-۱-۴. برای اقدامات حمایتی از فرد در حال بهبود برنامه‌ریزی کرده و ضمن تقسیم وظیفه زمان اجرای هر اقدام را مشخص کنید.

۳-۵-۳-۱۰-۱-۵. جلسات را به‌طور منظم (حداقل هر دو هفته یک بار) برگزار کرده و اقدامات حامیان بهبودی را پی‌گیری کنید.

۳-۵-۳-۱۰-۱-۶. در فاصله برگزاری جلسات اقدامات شبکه حامیان بهبودی را از طریق تلفن پی‌گیری

کنید

۷-۱-۱۰-۳-۵. حضور مراجع در جلسه حامیان بهبودی می تواند مؤثر باشد، اما احتمال دارد در مواردی شرکت در چنین جلسه‌ای با فشار روانی برای مراجع همراه باشد و همین فشار روانی زمینه را برای لغزش و عود فراهم کند. از این رو لازم است برای تصمیم‌گیری در مورد حضور مراجع در جلسه به شرایط او توجه کنید.

۸-۱-۱۰-۳-۵. در صورتی که مراجع در اجتماع محلی زندگی می‌کند، مداخلات پیشگیری اجتماعی‌محور از عود را در مداخلات مددکاری اجتماعی پیش‌بینی کنید. برای این منظور از راهنمای مداخله مددکاری اجتماعی به منظور پیشگیری از عود اعتیاد استفاده کنید.

۲-۱۰-۳-۵. توان بخشی شغلی

۱-۲-۱۰-۳-۵. برنامه‌ریزی و پی‌گیری امور مربوط به توان بخشی حرفه‌ای مراجعان (شامل ارزیابی، مشاوره و برنامه‌ریزی شغلی، ارجاع برای آموزش‌های حرفه‌ای، کمک به مراجع برای تهیه طرح کسب و کار، حمایت‌یابی شغلی، شبکه‌سازی شغلی و...) به عهده مددکار اجتماعی است.

۲-۲-۱۰-۳-۵. به نگرانی‌های مراجعان برای بازگشت به محیط کارشان توجه داشته باشید. در صورتی که مراجع موافقت خود را اعلام کرد، مداخلات لازم را برای این که محیط کار آمادگی لازم را برای پذیرش او به دست آورد، انجام دهید.

۳-۲-۱۰-۳-۵. در صورتی که امکان مداخله در محیط کار مراجع وجود ندارد، لازم است به او کمک کنید تا آمادگی لازم برای حضور در محیط کار و تعامل موفق با کارفرما و همکارانش را به دست آورد. به خصوص در مواردی که فرد یا افراد مصرف‌کننده‌ای در محیط کار او حضور دارند، یا بر اساس گزارش‌های مراجع به این نتیجه می‌رسید که رفتارهای اعتیادی در میان همکاران او وجود دارند و می‌توانند بهبودی او را در معرض خطر قرار دهند، آماده‌سازی مراجع برای بازگشت به محیط کار اهمیت زیادی دارد.

۴-۲-۱۰-۳-۵. با مشارکت مراجع برنامه اشتغال او را طراحی کنید. در طراحی برنامه به توانایی‌ها و مهارت‌های او توجه کنید. در صورتی که مراجع نیازمند آموزش مهارت حرفه‌ای خاصی بود، او را به مراکز آموزش حرفه‌ای ارجاع دهید.

۵-۲-۱۰-۳-۵. توصیه می‌شود در طراحی برنامه شغلی مراجعان (به خصوص در ماه‌های اولیه درمان) تلاش کنید احتمال بروز شرایط برانگیزاننده شامل کارهای سنگین، شیفت شب و قرار گرفتن در محیط‌های برانگیزاننده به کلی حذف شود یا به حداقل برسد.

۶-۲-۱۰-۳-۵. لازم است با مشارکت مراجع میزان برانگیزاننده بودن شغل قبلی او را بررسی کنید. در صورتی که شغل قبلی او به عنوان یکی از برانگیزاننده‌ها تشخیص داده شد، لازم است او را توجیه کنید که برای

تغییر احتمالی شغل یا کاهش عوامل برانگیزاننده برنامه‌ریزی و اقدام کند.

۷-۲-۱۰-۳-۵. از آنجایی که شبکه‌سازی مشاغل در مواردی می‌تواند در پایداری شغل مراجعان و کسب حمایت‌های شغلی و اجتماعی تأثیرگذار باشد، این موضوع را مورد توجه قرار دهید. در صورتی که تعدادی از مراجعان دارای شرایط قرار گرفتن در شبکه شغلی بودند، شرایط را برای هماهنگی‌های مقدماتی میان آن‌ها فراهم کنید. شبکه شغلی می‌تواند ترکیبی از مراجعان تحت درمان و افراد سالم باشد.

۸-۲-۱۰-۳-۵. در مواردی که مراجعان ایده‌های جدیدی برای کسب‌وکار دارند، یا می‌خواهند کسب‌وکار خود را توسعه دهند، آن‌ها را با بسته‌های آموزشی کارآفرینی آشنا کنید و هماهنگی‌های لازم را برای شرکت در جلسات آموزشی مربوط انجام دهید. به مراجعان در تهیه طرح کسب‌وکارشان کمک کنید.

۹-۲-۱۰-۳-۵. مذاکره‌های سه‌جانبه (مددکار، کارفرما و مراجع) می‌تواند به مراجع و کارفرما برای درک مناسب از موقعیت کمک کند. برای این مذاکره‌ها برنامه‌ریزی و هر یک از طرفین را برای حضور در جلسه آماده کنید. در طول جلسه به آن‌ها کمک کنید بهبودی مراجع را در اولویت قرار دهند و در عین حال راه‌هایی را جست‌وجو کنند که منافع کارفرما نیز تا حد ممکن تأمین شود.

۱۰-۲-۱۰-۳-۵. تیم درمان را از فرایند توان‌بخشی شغلی مراجع مطلع کنید. اطلاعاتی را که اعضای تیم درمان در مورد وضعیت مراجع گزارش می‌کنند، در برنامه‌ریزی توان‌بخشی شغلی در نظر بگیرید.

۱۱-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند حمایت‌یابی

۱-۱۱-۳-۵. انگ اجتماعی در مورد اعتیاد، معتادان و خانواده آن‌ها موجب می‌شود حمایت‌یابی برای این گروه کار دشواری باشد. از سوی دیگر یک مرکز به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی همه نیازهای مراجعان و خانواده آن‌ها در دوره پس از ترخیص باشد. حمایت‌یابی یکی از ابزارهایی است که می‌تواند شرایط را برای ارائه خدمات متنوع و متناسب با نیاز مراجعان و خانواده آن‌ها فراهم کند.

۲-۱۱-۳-۵. برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی و اقدام کنید. برای این منظور حمایت‌کنندگان بالقوه را شناسایی کنید و در مورد روش تعامل با آن‌ها تصمیم‌گیری کنید. در نظر داشته باشید که یک روش به‌تنهایی نمی‌تواند برای حمایت‌یابی در همه عرصه‌ها مؤثر واقع شود و احتمال دارد لازم باشد برای هر مخاطب یک روش ویژه را در نظر بگیرید.

۳-۱۱-۳-۵. برای توجیه مخاطبان اصول اخلاقی را مدنظر قرار دهید و به‌طور ویژه از اغراق، اظهارات غیرواقعی، نقض گمنامی و فاش کردن اسرار مراجعان و خانواده آن‌ها پرهیز کنید.

۴-۱۱-۳-۵. در صورتی که می‌خواهید برای حمایت‌یابی مشخصات و جزئیات مشکل مراجعتان را با مخاطبان در میان بگذارید، حتماً رضایت آگاهانه مراجعتان را دریافت کنید.

۵-۱۱-۳-۵. لازم است در گام اول برای حساس سازی و آگاه سازی مخاطبان اقدام کنید. به این موضوع توجه کنید که گاهی این اقدام نیاز به صرف زمان قابل توجهی خواهد داشت.

۶-۱۱-۳-۵. در فرایند حمایت یابی به انواع حمایت ها (اعم از حمایت های روانی-عاطفی، اجتماعی، شغلی، آموزشی، مادی و...) توجه کنید.

۷-۱۱-۳-۵. تأمین نیازهای افراد تحت سرپرستی و مراقبت مراجع، توان بخشی شغلی، مسکن و ادامه تحصیل از جمله مواردی هستند که می توانند با اولویت در برنامه حمایت یابی در نظر گرفته شوند.

۸-۱۱-۳-۵. به حمایت کنندگان به صورت منظم بازخورد دهید و بازخوردهای آن ها را در مورد عملکرد خود دریافت کنید. رعایت دقت و نظم در ارائه گزارش به حمایت کنندگان بالقوه ادامه حمایت توسط آن ها را تا اندازه زیادی تضمین می کند.

۹-۱۱-۳-۵. بازخورد مراجعان را در مورد حمایت یابی های انجام شده دریافت و در برنامه ریزی های بعدی به آن ها توجه کنید.

۱۲-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در مداخله در بحران

۱-۱۲-۳-۵. گروه هدف مراکز درمان سرپایی سوء مصرف مواد از نوع نگه دارنده به دلیل سابقه رفتارهای پرخطر بیش از سایر گروه ها در معرض ابتلا به بیماری هایی مانند ایدز و هیپاتیت هستند. پس از اعلام نتایج آزمایش ایدز و هیپاتیت ایجاد بحران از واکنش های معمول بیماران و اعضای خانواده آن هاست و مددکار اجتماعی در این زمینه موظف است که در زمینه سازگاری با بحران ایجاد شده بیمار و خانواده او را حمایت کرده و برنامه درمانی معینی پس از سپری شدن دوره بحران جهت توانمندسازی آن ها تدوین و اجرا کند.

۲-۱۲-۳-۵. احتمال مسمومیت مراجعان، به خصوص در مواردی که دارو برای استفاده در منزل در اختیار آن ها قرار داده می شود یا مراجع بدون هماهنگی با تیم درمان دوز بالاتری از دارو را استفاده می کند، افزایش می یابد. مطمئن شوید که خانواده توسط پزشک تیم درمان در مورد اقداماتی که باید در چنین مواردی انجام دهند، آگاهی لازم را کسب کرده اند. از خانواده بخواهید در صورت بروز این شرایط مرکز را مطلع کنند. با هماهنگی تیم درمان در صورت لزوم حمایت یابی لازم را برای دسترسی خانواده به خدمات درمانی انجام دهید.

۳-۱۲-۳-۵. مطمئن شوید که مشاوره های لازم در چهارچوب VCT در کلینیک های مثلی یا در مرکز درمان نگه دارنده توسط یکی از اعضای تیم درمان به مراجع داده می شود.

۴-۱۲-۳-۵. به بیمار کمک کنید خانواده اش را از بیماری اش مطلع کند و با برگزاری جلسات مشاوره خانواده را در پذیرش فرد مبتلا کمک کنید.

۱۳-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در طراحی و استفاده از سیستم ارجاع

۱-۱۳-۳-۵. سازمان‌ها و مؤسسه‌ای را که می‌توانند خدماتی را به افراد در حال بهبودی ارائه دهند، شناسایی کنید و متناسب با نیاز، مراجع را به آن‌ها ارجاع دهید.

۲-۱۳-۳-۵. در صورت نیاز مراجع را به دیگر اعضای تیم درمان ارجاع دهید.

۳-۱۳-۳-۵. هنگام ترخیص، مراجع و خانواده او را جهت ادامه درمان به مراکز ارائه‌کننده حمایت‌های پس از ترخیص ارجاع دهید.

۴-۱۳-۳-۵. قبل از ارجاع هماهنگی‌های لازم را با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انجام دهید. برای ارجاع مناسب‌ترین روش را برای معرفی مراجع به فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انتخاب کنید و پس از ارجاع نیز نحوه تعامل مراجع با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را پی‌گیری کنید و مطمئن شوید که خدمات مورد نظر به مراجع ارائه شده است. در صورتی که خدمات به‌طور مناسبی ارائه نشده باشند، لازم است پی‌گیری لازم را برای تحقق این موضوع انجام دهید.

۵-۱۳-۳-۵. در صورت لزوم گزارش مختصری از وضعیت مراجع یا خانواده‌اش به فرد حرفه‌ای، سازمان یا مؤسسه مقصد ارائه کنید.

۱۴-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در آماده‌سازی برای ترخیص

۱-۱۴-۳-۵. لازم است ظرف یک ماه قبل از ترخیص با هر یک از مراجعان حداقل دو جلسه فردی مددکاری اجتماعی برگزار شود. در این جلسه شرایط مراجع را مرور کنید و با مشارکت مراجع برنامه پس از ترخیص را تنظیم کنید. ارزیابی مخاطراتی که بهبودی فرد را تهدید می‌کنند، راه‌های مقابله با آن‌ها، متعهد کردن مراجع به ادامه درمان، روش‌های ارتباط و مشاوره‌های بعدی باید به‌عنوان مهم‌ترین محتوای این جلسه در نظر گرفته شوند.

۲-۱۴-۳-۵. حداقل یک ماه قبل از ترخیص خانواده و شبکه حمایتی مراجع را برای ترخیص بیمار آماده کنید. لازم است به آن‌ها کمک کنید حداقل برای یک دوره شش ماهه پس از ترخیص برنامه داشته باشند. برگزاری جلسات با اعضای خانواده و اعضای تأثیرگذار بر بهبودی، بازدید منزل و تماس تلفنی می‌تواند بخشی از اقدامات مددکار اجتماعی در این خصوص باشند.

۳-۱۴-۳-۵. مراجع و خانواده‌اش را بر اساس برنامه تنظیم‌شده برای دریافت خدمات پس از ترخیص ارجاع دهید.

۱۵-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در تعامل با تیم درمان

۱-۱۵-۳-۵. با تیم درمان همکاری نزدیک داشته باشید و در جلسه‌های تیم درمان به‌طور منظم و فعال شرکت کنید.

در مورد فعالیت‌هایی که بر اساس پروتکل، هر یک از اعضای تیم درمان می‌توانند آن‌ها را انجام دهند (مانند مصاحبه انگیزشی)، در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کنید و مطابق تقسیم وظیفه صورت گرفته توسط تیم درمان مستقر در مرکز عمل کنید.

۲-۱۵-۳-۵. در جلسات تیم درمان از عدم هم‌پوشانی، تعارض و تداخل مداخلات مددکاری اجتماعی با مداخلات سایر اعضای تیم درمان مطمئن شوید. در این مورد در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کرده و بر اساس تصمیم‌های تیم درمان اقدام کنید.

۳-۱۵-۳-۵. این راهنما مبنای اصلی تعیین مرزهای مداخلات مددکار اجتماعی با سایر اعضای تیم درمان محسوب می‌شود. اعضای تیم درمان را با خدمات پیش‌بینی شده در این راهنما آشنا کنید و ارائه این خدمات را توسط مددکار اجتماعی دارای شرایط با حساسیت پی‌گیری کنید.

۴-۱۵-۳-۵. روند درمان مراجع را با سایر اعضای تیم درمان در میان بگذارید و اطلاعات مربوط به مراجع را از سایر اعضای تیم درمان به‌طور منظم جویا شوید.

۱۶-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در پی‌گیری پس از ترخیص

۱-۱۶-۳-۵. پس از ترخیص حداقل به مدت شش ماه شرایط مراجع را به صورت فعال پی‌گیری کنید.

۲-۱۶-۳-۵. منظور از پی‌گیری پس از ترخیص صرفاً کسب اطلاع از وضعیت مراجع نیست. لازم است در صورتی که بهبودی مراجع با دشواری مواجه شده باشد، برای مداخله برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۳-۱۶-۳-۵. در طول مدت پی‌گیری پس از ترخیص لازم است حداقل هر هفته تلفنی با مراجع و خانواده او در ارتباط باشید و در صورت لزوم ضمن بازدید منزل وضعیت مراجع را پی‌گیری کنید.

۴-۱۶-۳-۵. برگزاری اردو، جلسات آموزشی و جلسات گروه‌های همتا می‌توانند به ادامه ارتباط مراجع با مرکز کمک کنند. برای این فعالیت‌ها برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۵-۱۶-۳-۵. جزئیات بیشتر در مورد خدمات مددکاری اجتماعی در دوره پس از ترخیص در راهنمای مربوط آمده است. برنامه مداخلات پس از ترخیص را بر اساس راهنمای مذکور طراحی و اجرا کنید.

۱۷-۳-۵. وظایف مددکار اجتماعی در مستندسازی و گزارش‌نویسی

۱-۱۷-۳-۵. برای هر یک از مراجعان پرونده مددکاری اجتماعی جداگانه تشکیل دهید و همه اقدامات

مددکاری اجتماعی (اعم از خدماتی که در مرکز درمان نگه‌دارنده ارائه می‌شوند، پی‌گیری‌ها، ارجاع‌ها و خدمات پس از ترخیص) در مورد مراجع و خانواده‌اش را با ذکر تاریخ در پرونده مددکاری او ثبت کنید.

۲-۱۷-۳-۵-۳. از اشاره‌های مبهم در پرونده و درج کدهایی که عمومیت ندارند، خودداری کنید.

۳-۱۷-۳-۵-۳. در کوتاه‌ترین زمان پس از اجرای اقدامات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی، گزارشتان را تهیه و در پرونده ثبت کنید.

راهنمای مداخلات مددکاری
اجتماعی در کاهش آسیب
سوء مصرف مواد

۱-۴. مقدمه

با مراجع از جایی شروع کنید که مراجع در آن قرار دارد. این اصل معروف مددکاری اجتماعی است که با فلسفه کاهش آسیب تطبیق دارد (ورمر، ۲۰۰۴). همان‌طور که کارول (۲۰۱۰) نیز اشاره کرده است، مددکاران اجتماعی سابقه‌ای طولانی در حوزه توانمندسازی گروه‌های هدف داشته‌اند، اما رویکرد کاهش آسیب سوءمصرف کنندگان مواد رویکردی جدید است که مدت‌چندانی از مطرح شدن آن در حرفه مددکاری اجتماعی نمی‌گذرد. مددکاران اجتماعی در بسیاری موارد در شرایطی قرار می‌گیرند که برای کمک به مراجعان باید مداخلاتی را با ماهیت کاهش آسیب در پیش گیرند، اما عموماً آن‌ها از این مداخلات به‌عنوان کاهش آسیب یاد نمی‌کنند (بیگلر، ۲۰۰۵؛ کارول، ۲۰۱۰؛ عنبر و همکاران، ۲۰۱۲).

بیگلر (۲۰۰۵) معتقد است اگرچه کاهش آسیب رویکردی است که اولین بار در حوزه اعتیاد مورد توجه قرار گرفت، فلسفه و راهبردهای آن به‌طور گسترده‌ای در سطوح سه‌گانه خرد، میانه و کلان مددکاری اجتماعی و برای موضوعات متنوع قابل پی‌گیری است.

احتمال این‌که مددکاران اجتماعی در مراکز کاهش آسیب با افرادی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند، روبه‌رو شوند، بسیار زیاد است. آرونشتین و تامپسون (۱۹۹۸) به خدمات مددکاری اجتماعی ویژه افرادی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند، اشاره کرده‌اند. در عین حال اطلاعات کم مراجعان در مورد انتقال ویروس اچ‌آی‌وی (برتونی، ۲۰۱۱)، سوءتغذیه (ورب، ۲۰۱۰)، مشکلات ویژه زنان مانند بارداری (رایت و همکاران، ۲۰۱۲؛ نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲؛ برنز و همکاران، ۲۰۰۷) و مسائلی که زنان بیشتر با آن‌ها روبه‌رو هستند، مانند فرزندپروری (نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲)، خشونت (شانون و همکاران، ۲۰۰۸) و تن‌فروشی (شانون و همکاران، ۲۰۰۸؛ اسپیس، ۲۰۰۷) از جمله مسائلی هستند که در مراکز کاهش آسیب باید با اولویت مورد توجه مددکاران

اجتماعی قرار می‌گیرد.

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که باید در مراکز کاهش آسیب به آن پرداخته شود، بی‌خانمانی مراجعان است. برخی روش‌های کاهش آسیب تنها در طول مدت اقامت یا حضور بیمار در مرکز خدمات به او ارائه می‌شود. در حالی که روش‌های دیگری برای کاهش آسیب طراحی و اجرا می‌شوند که بر اقامت تأکید ندارند، خدمات را در مراکز روزانه ارائه می‌کنند و در طول دوره‌ای که بیمار در مرکز اقامت ندارد، ارائه خدمت را متوقف نمی‌کنند. بر اساس رویکرد «اول اسکان» لازم است قبل از هر چیز برای محل اقامت مراجعان بی‌خانمان تدبیری اندیشیده شود (نگاه کنید به راسل، ۲۰۱۰؛ پیرسون و همکاران، ۲۰۰۷). چگونگی عملکرد مددکاران اجتماعی در این خصوص به‌طور ویژه توسط Canada Mortgage and Housing Corporation (۲۰۰۶) مورد توجه قرار گرفته است.

برخی از روش‌های کاهش آسیب بر این موضوع تأکید دارند که اسکان بیماران باید در اولویت اول قرار گیرد. این مکان باید جایی برای اقامت باشد، نه جایی برای درمان. مددکاران اجتماعی باید خدمات موجود در جامعه برای اسکان بی‌خانمان‌ها را جست‌وجو کرده، از فرایند و شرایط استفاده از آن‌ها مطلع باشند و به مراجع اطلاع دهند. در عین حال مددکار اجتماعی باید به بیمار کمک کند تا بتواند با صاحب‌خانه یا مسئولان سرپناه به‌درستی تعامل داشته باشد. چراکه در بسیاری موارد بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز به دلیل رفتارهایشان فرصت اسکان در سرپناه‌ها را از دست می‌دهند و مسئولان مراکز اسکان به دلایل مختلف از پذیرفتن آن‌ها سر باز می‌زنند. رویکرد اول اسکان بر این پایه استوار است که اسکان بیماران و بهبودی با یکدیگر پیوند دارند و می‌تواند مقدمه تعیین‌کننده‌ای برای بهبود باشد. با این حال احتمال دارد بیمار اسکان یافتن را بپذیرد، اما از پذیرش درمان سر باز زند. عدم پذیرش درمان موجب اخراج او از محل اسکان نمی‌شود. در مراکز کاهش آسیب اولویت مددکار اجتماعی این است که بیمار در فرایند کاهش آسیب قرار بگیرد و ارتباط خود را تا جایی که ممکن است، با مرکز ادامه دهد. اغلب پروژه‌های اسکان که در ایران و سایر کشورها اجرا می‌شوند، از مراجعان کاهش آسیب حداقل انتظار را دارند. مددکاران اجتماعی در این مراکز بیمار را به‌عنوان کسی مورد پذیرش قرار می‌دهند که سوءمصرف مواد را ادامه می‌دهد. در صورتی که پذیرش به‌درستی صورت گیرد، بیماران با تیم مداخله روراست خواهند بود و همین کار می‌تواند برنامه‌ریزی برای گام‌های احتمالی بعدی را تسهیل کند. رویکرد اول اسکان بر این موضوع تأکید دارد که نمی‌توان برنامه‌ریزی یکسانی برای اسکان همه مراجعان بی‌خانمان داشت. از این رو لازم است مددکار اجتماعی نحوه اسکان هر مراجع را به صورت جداگانه مورد توجه قرار دهد.

در ایران نیز تجربه‌هایی از فعالیتهای مددکاران اجتماعی در حوزه کاهش آسیب اعتیاد وجود دارد. یکی

از مهم‌ترین و ساختاریافته‌ترین این تجربیات در اولین DIC ویژه بانوان سوءمصرف‌کننده مواد^۱ به دست آمده است. این مرکز که با مدیریت یک مددکار اجتماعی راه‌اندازی شد، به‌خوبی از خدمات مددکاری اجتماعی برای ارائه خدمات به زنان سوءمصرف‌کننده مواد بهره گرفته است. علاوه بر خدماتی که به صورت معمول برای مراکز کاهش آسیب در نظر گرفته شده‌اند، موضوعاتی مانند بی‌سرپناهی، خشونت، ابتلا به ایدز و هیپاتیت، تن‌فروشی، نیازهای درمانی پاسخ داده‌نشده، سوءاستفاده از کودکان تحت مراقبت افراد سوءمصرف‌کننده مواد، فروش نوزادان متولدشده از مادران سوءمصرف‌کننده مواد و احتمال تولد کودکان مبتلا به ایدز بخشی از مشکلاتی هستند که با اولویت مورد توجه تیم مددکاری این مرکز قرار دارند.

۴-۲. هدف از تنظیم راهنما

۴-۲-۱. رفع ابهام و تعیین چهارچوب مداخله مددکاری اجتماعی در کاهش آسیب سوءمصرف مواد
۴-۲-۲. ارائه راهکارهای حرفه‌ای مبتنی بر چهارچوب‌های علمی مددکاری اجتماعی در کاهش آسیب سوءمصرف مواد

۴-۲-۳. یکسان‌سازی خدمات تخصصی مددکاران اجتماعی در کاهش آسیب سوءمصرف مواد
۴-۲-۴. ارائه شرح وظایف مشخص مددکاران اجتماعی در کاهش آسیب سوءمصرف مواد
۴-۲-۵. مشخص کردن مرزهای مداخلات مددکاری اجتماعی با سایر مداخلات در تیم درمان

۴-۳. اهداف مداخله مددکاری اجتماعی در مرکز کاهش آسیب
۴-۳-۱. کاهش رفتارهای پرخطر سوءمصرف‌کنندگان مواد
۴-۳-۲. حمایت از گروه‌هایی که به دلیل زندگی با فرد معتاد در معرض آسیب قرار گرفته‌اند (مانند کودکان، زنان باردار غیرمعتاد و...)

۴-۳-۳. افزایش دسترسی مراجع و خانواده به خدمات حمایت‌کننده بهبودی

۴-۴. تعریف مفاهیم

۴-۴-۱. مددکار اجتماعی

در این راهنما منظور همه افرادی هستند که دارای شرایط زیر باشند:

۴-۴-۱-۱. فارغ‌التحصیل رشته مددکاری اجتماعی حداقل در مقطع کارشناسی
۴-۴-۱-۲. ارائه مدارک و گواهی‌های معتبر مبنی بر سپری کردن دوره‌های آموزشی مرتبط که محتوای

۱. خانه خورشید اولین DIC بانوان است که با مدیریت سرکار خانم لیلا ارشد در محدوده جنوب شهر تهران فعالیت می‌کند.

زیر در آن‌ها ارائه شده باشد:

- ۱-۲-۱-۴. مبانی (شامل انواع مواد اعتیادآور و عوارض آن‌ها، تعریف اعتیاد، سبب‌شناسی اعتیاد، اختلالات همراه، کلیات کاهش آسیب، کلیات درمان‌های دارویی و غیردارویی و کلیات پیشگیری از اعتیاد)
- ۲-۲-۱-۴. اختصاصی (پروتکل کاهش آسیب، مددکاری گروهی با مراجعان، مددکاری ویژه خانواده مراجعان، آشنایی با تکنیک‌های حمایت‌یابی اجتماعی، تکنیک‌های مداخله در شرایط بحرانی، مصاحبه انگیزشی، نحوه طراحی برنامه مداخله مددکاری اجتماعی، حمایت از کودکان و زنان در معرض خشونت، پی‌گیری و انواع آن و رویکرد مدیریت مورد)
- ۳-۱-۴-۴. سپری کردن دوره کارورزی مددکاری اجتماعی در حوزه کاهش آسیب سوءمصرف مواد به مدت ۱۵۰ ساعت در مراکز مجاز کاهش آسیب سوءمصرف مواد

۲-۴-۴. مرکز کاهش آسیب

مرکزی است برای ارائه خدمت به معتادانی که قادر یا حاضر به ترک دائم نیستند و رفتارهای پرخطر دارند. به منظور کنترل و کاهش آسیب‌های آن‌ها به خود، جامعه و سایر افراد و در راستای ترغیب آن‌ها برای درمان تأسیس و اداره می‌شود.

۳-۴-۴. کاهش آسیب

مجموعه سیاست‌ها یا برنامه‌هایی است که در جهت کاهش عوارض بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از سوءمصرف مواد اعتیادآور در قالب مراکز ثابت یا سیار اعمال می‌شود.

۴-۴-۴. تیم مداخله

افراد متخصصی که به‌طور مستقیم خدمات کاهش آسیب را به مراجعان در مرکز کاهش آسیب یا تیم سیار ارائه می‌کنند.

۵-۴-۴. حمایت‌یابی (Advocacy)

حمایت‌یابی به مفهوم اقدام (شامل مذاکره، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، پی‌گیری و...) توسط مراجع، شبکه حمایتی او یا مددکار اجتماعی به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آن‌هاست. در گام‌های اولیه مداخلات و در شرایطی که خود مراجع به دلیل محدودیت‌های موجود قادر به انجام حمایت‌یابی نباشد، این اقدامات توسط مددکاران اجتماعی انجام می‌شود، ولی مددکار اجتماعی در ادامه فرایند بازتوانی بر توانمند

کردن مراجع و شبکه حمایتی او برای حمایت‌یابی تأکید دارد.

۴-۴-۶. اول اسکان (Housing First)

همه اقدامات مددکاران اجتماعی (شامل ارجاع به خانه‌های میان‌راهی، مذاکره با خانواده و بستگان برای پذیرش مراجع، مذاکره با صاحب‌خانه، هماهنگی با همتایان در حال بهبودی برای حمایت از مراجع، حمایت‌یابی برای تأمین هزینه اسکان در مسافرخانه، مذاکره با مسئولان مراکز درمان اقامتی میان‌مدت یا بلندمدت برای پذیرش فرد در حال بهبودی به‌عنوان خدمت‌گزار و مواردی مانند آن) بر اساس رویکرد «اول اسکان» بر اساس این رویکرد لازم است قبل از هر چیز برای محل اقامت مراجعان بی‌خانمان تدبیری اندیشیده شود.

۴-۴-۷. حمایت از کودک (Child Protection)

مجموعه‌ای از اقدامات است که با هدف حصول اطمینان از تأمین امنیت و نیازهای کودکانی که در خانواده معتادان زندگی می‌کنند، انجام می‌شود.

۴-۴-۸. مددکاری گروهی (Group work)

مداخله‌های مددکاری اجتماعی که با استفاده از رویکردهای تخصصی توسعه (با تأکید بر روش‌های آموزشی-مشاوره‌ای و فعالیت)، اقدام اجتماعی و درمان اجرا می‌شوند.

۴-۴-۹. گروه آموزشی - مشاوره‌ای

یکی از روش‌های تشکیل و اداره گروه‌ها در مددکاری گروهی، روش آموزشی-مشاوره‌ای است که در آن ارتقای سطح آگاهی شرکت‌کنندگان و ارائه مشاوره‌های گروهی مورد توجه خاص قرار می‌گیرد. در این روش شرکت‌کنندگان به‌عنوان افرادی تلقی می‌شوند که قادرند پس از حساس شدن نسبت به شرایط خود و کسب آگاهی از نحوه بهبود شرایط به‌طور مؤثر عمل کنند.

۴-۴-۱۰. مستندسازی (Documentation)

منظور ثبت همه اطلاعات در مورد مداخلات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی اعم از اطلاعات مربوط به مشاهده‌ها و مصاحبه‌های انجام‌شده با مراجع، خانواده، حامیان بهبودی، سازمان‌ها و نهادهای تشخیص، برنامه کمکی و مداخلات انجام‌شده به منظور پیشبرد اهداف کاهش آسیب مرتبط با مراجع است.

۴-۴-۱۱. بازدید منزل (Home Visit)

بازدید منزل یکی از اقدامات پیش‌بینی‌شده در خدمات مددکاری اجتماعی است که علاوه بر این‌که به منظور فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد مراجع، خانواده و محیط زندگی آن‌ها تلقی می‌شود، برای انجام برخی مداخلات نیز به کار گرفته می‌شود. (برای مثال مددکاران اجتماعی مجازند تحت شرایط مشخصی جلسات مداخله به منظور راغب‌سازی، خانواده‌درمانی، FGC و نظایر آن‌ها را در منزل مراجع برگزار کنند).

۴-۴-۱۲. مداخلات راغب‌سازی (Motivational Interventions)

منظور همه اقدامات مددکاران اجتماعی به منظور ترغیب مراجع به استفاده از خدمات کاهش آسیب و ادامه ارتباط با مرکز کاهش آسیب با استفاده از مهارت‌ها و تکنیک‌های مصاحبه‌های انگیزشی است.

۴-۴-۱۳. مشکلات قانونی (Legal Problems)

منظور همه مداخلات مددکاران اجتماعی در قالب مذاکره با شاکیان احتمالی، میانجی‌گری و ارجاع برای دریافت مشاوره حقوقی و در عین حال مکاتبه و مذاکره با مراجع قانونی با هدف حل مشکلات قانونی و کاهش تأثیر آن‌ها بر فرایند بهبودی است.

۴-۴-۱۴. نیازهای پایه (Basic Needs)

پی‌گیری تأمین نیازهای پایه مراجع و افراد تحت سرپرستی او شامل خوراک، پوشاک و سرپناه در مواردی که مراجع قادر به تأمین نیازهای مذکور نیست.

۴-۴-۱۵. مدیریت مشروط (Conditional Management)

استفاده از تکنیک‌های مدیریت مشروط به منظور تغییر رفتار مراجعه‌کنندگان

۴-۴-۱۶. مداخله در بحران (Crisis Intervention)

مداخلاتی که مددکار اجتماعی در شرایط بروز بحران‌های رایج در درمان سوءمصرف مواد (شامل بحران‌هایی که به واسطه لغزش یا عود، اعلام نتیجه آزمایش بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت و...) انجام می‌دهد.

۴-۴-۱۷. مشاور همتای معتادان

منظور افرادی با حداقل تحصیلات دیپلم هستند که پس از یک دوره سوءمصرف مواد، حداقل دو سال از

قطع مصرف آن‌ها گذشته است و برای ارائه خدمت به سوءمصرف‌کنندگان مواد و افراد در حال بهبودی توسط مراجع مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور آموزش دیده‌اند و در گروه‌های خودیار مشارکت فعال دارند.

۱۸-۴-۴. مشاور همتای خانواده معتادان

منظور افرادی با حداقل تحصیلات دیپلم هستند که حداقل یکی از اعضای خانواده آن‌ها سابقه سوءمصرف مواد را داشته است (صرف نظر از این که اکنون در حال بهبود است یا خیر). مشاور همتای خانواده می‌بایست حداقل دو سال به‌طور مستمر تحت درمان هم‌وابستگی (به شیوه خودیار یا غیر از آن) باشد و برای ارائه خدمت به خانواده معتادان، توسط مراجع مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور آموزش دیده باشد.

۵-۴. وظایف مددکار اجتماعی در کاهش آسیب سوءمصرف مواد

۱-۵-۴. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند راغب‌سازی

۱-۵-۴. همه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد که به دلیل رفتارهای پرخطر و عدم تمایل به درمان، برای مراجعه و استفاده از خدمات مراکز کاهش آسیب رغبت نشان نمی‌دهند. مداخلات راغب‌سازی در چنین شرایطی می‌توانند مورد توجه قرار گیرند. اغلب مداخلات راغب‌سازی بر سوق دادن بیمار به سوی درمان متمرکز هستند. در حالی که لازم است در مراکز کاهش آسیب به این نکته توجه داشته باشید که تمرکز بر ورود بیمار به فرایند درمانی می‌تواند علاوه بر عدم موفقیت در ایجاد انگیزه درمانی، موجب شود بیمار ارتباطش را با مرکز کاهش آسیب قطع کند.

۲-۵-۴. با زبان ساده و قابل درک مزیت‌های حضور مراجع در مرکز را توضیح دهید. این کار کمک می‌کند میزان تمایل فرد برای مراجعه دوباره به مرکز افزایش یابد. برای این که مزایای حضور در مرکز کاهش آسیب را برای مراجع بازگو کنید، لازم است این مزیت‌ها را متناسب با شرایط مراجع و بر اساس اظهارات او تشریح کنید.

۳-۵-۴. به مراجع یادآوری کنید برای استفاده از خدمات مرکز حق انتخاب با اوست و هیچ اجباری وجود ندارد. طبیعی است که بسیاری از مراجعان مراکز کاهش آسیب برای ادامه ارتباط با مرکز مقاومت نشان دهند. در نظر داشته باشید که مددکار اجتماعی مجاز نیست برای جذب مراجع به مرکز او را تحت فشار قرار دهد.

۴-۵-۴. نیازهای فوری مراجع را بررسی کنید و ترجیحاً در اولین مراجعه فرد به مرکز ترتیبی اتخاذ کنید که یکی از نیازهای فرد برطرف شود. فراهم کردن شرایط برای این که مراجع بتواند یک وعده غذای گرم بخورد، یا بتواند حمام کند، از جمله این خدمات فوری تلقی می‌شوند. نوع خدمت را بر اساس شرایط مراجع انتخاب کنید.

۵-۵-۴. برای ترغیب مراجع به ادامه ارتباط با مرکز کاهش آسیب از سخنرانی و نصیحت کردن پرهیز

کنید، وعده نابخاندهید، دستور ندهید و از قضاوت پرهیز کنید. به خاطر داشته باشید که انجام هر یک از این رفتارها از سوی شما می‌تواند ارتباط او را برای همیشه با مرکز قطع کند.

۴-۵-۱-۶. مواردی را که در انتهای این راهنما در خصوص الزامات مراقبت از خود آمده است، به‌طور ویژه در زمان برنامه‌ریزی و برگزاری جلسات راغب‌سازی در خارج از مرکز مورد توجه قرار دهید.

۴-۵-۱-۷. در صورتی که در مراحل بعدی تشخیص دادید که مراجع آمادگی‌های لازم برای ورود به فرایند درمانی را کسب کرده است، می‌توانید مصاحبه‌های انگیزشی را برای دعوت او به درمان انجام دهید.

۴-۵-۲. وظایف مددکار اجتماعی در پذیرش و ارزیابی اولیه

۴-۵-۲-۱. برای همه مراجعان مرکز کاهش آسیب فرم کوتاه مددکاری را تکمیل کنید. (فرم به پیوست است). لازم است در اولین مراجعه فرد به مرکز فرم رضایت آگاهانه توسط طرفین به امضا برسد. اطلاعات بیشتر را در مورد مراجعانی که به‌طور مستمر به مرکز کاهش آسیب مراجعه می‌کنند، در فرم‌های تکمیلی وارد کنید. (فرم‌های تکمیلی به پیوست هستند). این نکته را در نظر داشته باشید که نیازی نیست که کل فرم‌ها در یک جلسه تکمیل شوند. اصرار برای تکمیل همه فرم‌ها در یک جلسه می‌تواند مراجع را از ارتباط با مرکز کاهش آسیب منصرف کند.

۴-۵-۲-۲. برنامه‌ها، امکانات و مقررات مرکز کاهش آسیب را به مراجع معرفی کنید.

۴-۵-۳. برنامه‌ریزی برای مداخله مددکاری اجتماعی به منظور کاهش آسیب سوءمصرف مواد

۴-۵-۳-۱. برای مداخله ویژه هر یک از مراجعان به‌طور جداگانه برنامه‌ریزی کنید. مشارکت مراجع در برنامه‌ریزی می‌تواند عامل تعیین‌کننده‌ای در اجرایی شدن آن باشد.

۴-۵-۳-۲. برنامه مداخله را با رویکرد مدیریت مورد تنظیم کنید و آن را به گونه‌ای تنظیم کنید که واقع‌بینانه، هدفمند، زمان‌دار، قابل اجرا و قابل سنجش باشد. علاوه بر این لازم است مدت کوتاه حضور مراجع در مرکز را هنگام طراحی برنامه مورد توجه قرار دهید.

۴-۵-۳-۳. در تنظیم اهداف مداخله مددکاری اجتماعی قبل از هر چیز بر کاهش آسیب متمرکز شوید. هدف کلی در برنامه مداخله را به اهداف جزئی تفکیک کنید، به گونه‌ای که هر هدف جزئی در یک ملاقات یا مراجعه کوتاه مراجع قابل دستیابی باشند.

۴-۵-۳-۴. مددکاری فردی با مراجعان

۴-۵-۳-۴-۱. اگرچه حضور مراجعان مراکز کاهش آسیب چندان منظم نیست، لازم است جلسات فردی

با مراجع را با اهداف ارزیابی مستمر وضعیت فردی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی او به شیوه مدیریت مورد برگزار کنید.

۲-۴-۳-۵-۴. پاسخ به نیازهای پایه

۱-۲-۴-۳-۵-۴. اغلب مراجعان مراکز کاهش آسیب به دلیل عدم پذیرش در خانواده و از دست دادن پایگاه اجتماعی حتی برای تأمین برخی نیازهای پایه خود با مشکل مواجه می‌شوند. همواره باید برای ارائه خدمت فوری با تمرکز بر تأمین نیازهای پایه به مراجعان آمادگی داشته باشید. مطمئن شوید امکانات لازم به این منظور از سوی مرکز پیش‌بینی شده و حمایت‌یابی‌های ضروری در این خصوص انجام گرفته‌اند.

۲-۲-۴-۳-۵-۴. لازم است مطمئن شوید که تأمین نیازهای پایه مراجع و افراد تحت سرپرستی و مراقبت او محترمانه و مطابق اصول اخلاق حرفه‌ای انجام می‌شود.

۱-۲-۴-۳-۵-۴. اسکان فوری

۱-۱-۲-۴-۳-۵-۴. وضعیت اسکان مراجع را بررسی کنید. در صورتی که بی‌خانمان است یا ادامه حضور در محل اسکان قبلی می‌تواند آسیب‌های بیشتری را متوجه او یا افراد تحت سرپرستی و مراقبت او (به‌خصوص کودکان و زنان) کند، برای اسکان فوری اقدام کنید. مراجع را به سرپناه‌های تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور ارجاع دهید و مطمئن شوید که امکان اقامت در سرپناه برای او فراهم شده است.

۲-۱-۲-۴-۳-۵-۴. عدم پذیرش کودکان در سرپناه‌ها به همراه والدین می‌تواند موجب شود مراجع از مراجعه به سرپناه امتناع کند. حمایت‌یابی لازم برای تأمین مکانی امن برای کودک را با اولویت در دستور کار خود قرار دهید.

۳-۱-۲-۴-۳-۵-۴. طی مصاحبه با مراجع از تمایل او برای اسکان در مکان ثابت مطلع شوید. در مواردی مراجعان به دلایل مختلف تمایلی به اسکان یافتن ندارند، اصرار برای اسکان می‌تواند به قطع ارتباط مراجع با مرکز منتهی شود. در نظر داشته باشید که ادامه ارتباط مراجع با مرکز کاهش آسیب در اولویت قرار دارد.

۲-۲-۴-۳-۵-۴. تغذیه

۱-۲-۲-۴-۳-۵-۴. توزیع یک وعده غذای گرم یکی از خدماتی است که در مراکز کاهش آسیب پیش‌بینی شده است. ارائه این خدمت عموماً موجب می‌شود انگیزه بیماران برای ادامه ارتباط با مرکز افزایش یابد. برای تهیه غذا پول نقد در اختیار مراجعان قرار ندهید.

۲-۲-۲-۴-۳-۵-۴. ترتیبی اتخاذ کنید که مطمئن شوید مراجع و افراد تحت سرپرستی‌اش (به‌خصوص کودکان و زنان) غذا را استفاده خواهند کرد.

۳-۲-۴-۳-۴. پوشاک

۱-۳-۲-۴-۳-۴. نیاز مراجع و افراد تحت سرپرستی و مراقبت او را به پوشاک متناسب با فصل مورد توجه قرار دهید و برای این منظور علاوه بر استفاده از امکاناتی که مرکز کاهش آسیب در اختیار می‌گذارد، حمایت‌یابی کنید.

۳-۴-۳-۴-۵. زنان باردار سوءمصرف‌کننده مواد

۱-۳-۴-۳-۴-۵. وضعیت مراجع زن باردار را با اولویت پی‌گیری کنید. لازم است مطمئن شوید که او تحت مراقبت‌های دوران بارداری قرار می‌گیرد.

۲-۳-۴-۳-۴-۵. چنان‌چه زن باردار آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی یا مبتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت است، مطمئن شوید که خدمات درمانی متناسب را دریافت خواهد کرد.

۳-۳-۴-۳-۴-۵. چنان‌چه زن باردار آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی یا مبتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت است، برای انجام زایمان ایمن مشاوره‌های لازم را به مراجع بدهید و با همکاری پزشک مرکز پی‌گیری‌های لازم را برای فراهم شدن مقدمات این کار انجام دهید. مطمئن شوید که او از خدمات پزشکی متناسب با این شرایط استفاده خواهد کرد.

۴-۳-۴-۳-۴-۵. در طول دوره بارداری با آموزش مهارت‌های فرزندپروری (در قالب جلسات فردی یا گروهی) مراجع را برای مراقبت و پرورش کودک آماده کنید.

۵-۳-۴-۳-۴-۵. در مواردی والدین تصمیم می‌گیرند نوزاد را قبل یا بلافاصله پس از تولد بفروشند. در بسیاری موارد نوزاد به کسانی سپرده می‌شود که آن‌ها نیز صلاحیت‌های لازم برای نگهداری کودک را ندارند و احتمال بهره‌کشی، قاچاق و اعمال انواع دیگر خشونت علیه کودک بسیار زیاد خواهد بود. لازم است احتمال این اقدامات را از سوی والدین بررسی کنید و در صورتی که تشخیص دادید آن‌ها قادر به نگهداری از کودک نخواهند بود، پی‌گیری‌های لازم را در قالب روش‌های قانونی برای سپردن کودک به خانواده جایگزین دارای صلاحیت انجام دهید.

۶-۳-۴-۳-۴-۵. مطمئن شوید کودک در بدو تولد به منظور بررسی وضعیت سلامتی‌اش مورد آزمایش (به‌خصوص آزمایش اعتیاد، ایدز و هپاتیت) قرار می‌گیرد.

۷-۳-۴-۳-۴-۵. در صورتی که نوزاد به بیماری ایدز یا هپاتیت مبتلا بود، اقدامات لازم برای حمایت از او را انجام دهید.

۴-۴-۳-۴-۵. بهداشت و خدمات درمانی

۴-۴-۳-۵. مراجعان را از نحوه قرار گرفتن تحت پوشش بیمه‌های درمان و دریافت دفترچه بیمه درمان آگاه کنید.

بسیاری از مراجعان مراکز کاهش آسیب به بیماری‌های متنوعی مبتلا هستند، نیاز به خدمات دندان پزشکی دارند و... با مشارکت پزشک مرکز برای درمان آن‌ها اقدام و حمایت‌یابی کنید.

۴-۴-۳-۴. عدم توجه به بهداشت فردی امری رایج در میان گروه هدف مراکز کاهش آسیب است. مطمئن شوید که وسایل بهداشتی از طریق مرکز کاهش آسیب در اختیار مراجعان قرار داده می‌شود و آن‌ها از ضرورت استفاده از وسایل مذکور آگاه می‌شوند.

۴-۵-۳-۴-۵. مشکلات قانونی

۴-۵-۳-۴-۵-۱. بسیاری از مراجعان به دلیل سوءمصرف مواد با مشکلات قانونی مواجه شده‌اند. برطرف نشدن مشکلات مذکور می‌تواند در مواردی عاملی برای ادامه سوءمصرف مواد و قطع ارتباط با مرکز تلقی شود. از این رو لازم است مداخلاتی را برای کاهش تأثیر مشکلات قانونی انجام دهید. مذاکره با شاکیان احتمالی، میانجی‌گری و ارجاع برای دریافت مشاوره حقوقی می‌توانند بخشی از مداخلات مددکاری اجتماعی در این زمینه باشند.

۴-۵-۳-۴-۵-۲. فقدان اسناد هویتی یکی از شایع‌ترین مسائلی است که در میان گروه هدف مراکز کاهش آسیب مشاهده می‌شود. اطلاعات لازم را در مورد نحوه پی‌گیری برای دریافت اسناد هویتی در اختیار مراجع قرار دهید و در صورت لزوم او را در این کار با مکاتبه، تماس تلفنی و مذاکره با مراجع ذی‌ربط و... یاری کنید.

۴-۵-۳-۴-۶. مدیریت مشروط

۴-۵-۳-۴-۶-۱. از تکنیک‌های شناختی-رفتاری برای تنظیم سیستم پاداش‌دهی به مراجعان بهره بگیرید. از آن‌جایی که پرداخت‌های نقدی به مراجعان در مراکز کاهش آسیب می‌تواند به مصرف بیشتر آن‌ها منجر شود، پیشنهاد می‌شود از پرداخت‌های غیرنقدی مشروط استفاده کنید.

۴-۵-۳-۴-۶-۲. بر اساس میزان مشارکت مراجع و پیشرفت او در برنامه مداخله توافق شده (میان مراجع و مددکار اجتماعی) برای پرداخت‌های غیرنقدی مشروط تصمیم‌گیری کنید. شروط را با تمرکز بر ادامه ارتباط مراجع با مرکز، کاهش یا حذف رفتارهای پرخطر، تغییر رفتارهای معتادگونه، مشارکت در برنامه‌های مراقبت دوره بارداری، همکاری در زایمان ایمن، توجه به امنیت و سلامت کودکان تحت سرپرستی و مراقبت مراجع و نظایر آن‌ها قرار دهید.

۴-۵-۳-۴-۶-۳. از جمله تقویت‌کننده‌هایی که در مدیریت مشروط می‌توانید مورد توجه قرار دهید، می‌توان

به تأمین کالا، غذا و بلیت رفت و آمد، کارت مترو، پوشاک، امتیازهای بالینی، تقویت کننده‌های اجتماعی مانند اعطای مسئولیت در مرکز، تشویق‌های کلامی در جمع و مشارکت دادن مراجع در برنامه‌های مرکز اشاره کرد. ۴-۶-۳-۴-۵. لازم است برای انتخاب تقویت کننده‌ها و شروط با تیم مداخله هماهنگ شوید و سپس مراجع را نیز در انتخاب آن‌ها مشارکت دهید.

۴-۵-۳-۵. مددکاری گروهی با مراجعان

۴-۵-۳-۵-۱. از آن جایی که حضور مراجعان مراکز کاهش آسیب منظم نیست، علاوه بر آموزش‌های چهره به چهره می‌توانید تشکیل گروه‌های کوچک یک جلسه‌ای را برای آموزش‌های کاهش آسیب با اولویت پی‌گیری کنید. این گروه‌ها را به روش آموزشی - مشاوره‌ای برنامه‌ریزی و اجرا کنید. ۴-۵-۳-۵-۲. برای تشکیل گروه‌های کوچک یک جلسه‌ای لازم است اهداف آموزشی مشخصی را که می‌توان در یک جلسه به آن‌ها دست یافت، در گروه پی‌گیری کنید. به این ترتیب در صورتی که اعضا به‌طور هم‌زمان در جلسات بعدی حضور نیافتند، می‌توانید هم‌چنان از مزایای آموزش گروهی بهره بگیرید.

۴-۵-۳-۶. مددکاری با خانواده مراجعان

۴-۵-۳-۶-۱. باتوجه به این که اکثر مراجعان مراکز کاهش آسیب از طرف خانواده طرد شده‌اند، مددکاران اجتماعی می‌توانند نقش قابل توجهی برای برقراری ارتباط با خانواده ایفا کرده و در صورت امکان ضمن آموزش و جلب مشارکت خانواده شرایط را برای بازگرداندن موفق مراجع به خانواده و جامعه فراهم کنند. ۴-۵-۳-۶-۲. وضعیت خانوادگی همه مراجعان را بررسی کنید. برای این منظور در صورت لزوم بازدید منزل انجام دهید.

۴-۵-۳-۶-۳. لازم است فرایند بازگرداندن مراجع به خانواده را به تدریج و با احتیاط انجام دهید. اصرار زودهنگام برای این کار (قبل از این که مراجع و خانواده آمادگی لازم را برای بازگشت او کسب کنند)، می‌تواند باعث قطع ارتباط مراجع با مرکز یا مقاومت بیشتر خانواده برای پذیرش او شود. ۴-۵-۳-۶-۴. در صورت دسترسی به خانواده مراجع آموزش و مشاوره برای آن‌ها را در برنامه مداخله مددکاری اجتماعی لحاظ کنید.

۴-۵-۳-۶-۵. خشونت خانگی در خانواده‌های سوءمصرف کننده مواد امری رایج است. لازم است مشاوره‌ها و آموزش‌های مربوط به پیشگیری از خشونت و مراقبت از خود را به مراجعان در معرض خشونت ارائه کنید. ۴-۵-۳-۶-۶. در صورتی که همسر مراجع باردار است، مطمئن شوید که از مراقبت‌های دوره بارداری برخوردار می‌شود. در عین حال با در نظر گرفتن احتمال ابتلای زن باردار به بیماری‌هایی مانند ایدز و هپاتیت

با همکاری پزشک مرکز مطمئن شوید که آزمایش‌های تشخیصی در مورد زن باردار انجام شود. در صورتی که او به بیماری‌های اشاره‌شده مبتلاست، او را در مورد ضرورت انجام زایمان ایمن توجیه کنید و حمایت‌یابی‌های لازم را برای دریافت خدمات تخصصی در این زمینه انجام دهید.

۷-۳-۴. حمایت از کودکان تحت سرپرستی یا مراقبت مراجع

۷-۳-۴-۱. نسبت به وضعیت کودکانی که تحت سرپرستی و مراقبت مراجعان مرکز کاهش آسیب هستند، حساس باشید. احتمال اعمال انواع آزارها نسبت به این کودکان وجود دارد، بنابراین تأمین شرایط امن و عاری از آزار را برای آن‌ها به‌طور جدی پی‌گیری کنید. حمایت از این کودکان را با اولویت پی‌گیری کنید. در عین حال ضمن آموزش مراجع در خصوص نحوه مراقبت از کودک، برای آموزش کودک به منظور آموختن مهارت‌های مراقبت از خود برنامه‌ریزی و در این خصوص اقدام کنید.

۷-۳-۴-۲. در صورتی که ادامه زندگی کودک با مراجع می‌تواند زمینه آزار و خشونت علیه او را فراهم کند، پی‌گیری‌های لازم را برای مراقبت مناسب از کودک انجام دهید. قبل از هر چیز امکان سپردن کودک را به بستگان دارای شرایط برای مراقبت بررسی کنید. در صورتی که در میان بستگان فرد دارای شرایط وجود نداشت، سپردن کودک به مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور را پی‌گیری کنید.

۷-۳-۴-۳. در نظر داشته باشید که بسیاری از مراجعان مراکز کاهش آسیب با توجه به عملکردشان والدین غیرمؤثری هستند. اغلب آن‌ها از این که نتوانند فرزندشان را از مراکز نگهداری سازمان بهزیستی باز پس گیرند، نگرانند. به این نگرانی‌ها توجه کنید و به والدین کمک کنید منافع فرزندشان را با اولویت مورد توجه قرار دهند.

۷-۳-۴-۴. در نظر داشته باشید که ضمن توجه به ضرورت تأمین امنیت کودک بهتر است کودک تحت مراقبت و سرپرستی سایر اعضای خانواده یا بستگان دارای شرایط قرار گیرد و در صورتی که این امکان وجود نداشت، استفاده از خدمات سازمان بهزیستی کشور را در دستور کار قرار دهید.

۷-۳-۴-۵. غفلت از سلامت کودکان در خانواده‌های معتادان بسیار رایج است. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و به موقع برخوردار می‌شوند.

۷-۳-۴-۶. احتمال اعتیاد یا ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت را در مورد کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان بررسی کنید. برای این منظور کودک را به پزشک تیم مداخله ارجاع دهید و پی‌گیری‌های لازم را برای انجام آزمایش‌های تشخیصی صورت دهید. چنان‌چه کودک به اعتیاد یا هر نوع بیماری مرتبط با آن مبتلا شده است، ارائه خدمات درمانی مربوط را به‌عنوان اقدام فوری پی‌گیری کنید.

۷-۳-۴-۷. در صورتی که فرزند مراجع در مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور یا در خانواده

جایگزین نگهداری می‌شود، لازم است ضمن در نظر گرفتن منافع کودک، شرایط را برای ادامه ارتباط والدین با کودک پی‌گیری کنید.

۸-۳-۴. آموزش

۸-۳-۴-۱. برای آموزش مراجعان به روش مددکاری فردی یا گروهی برنامه‌ریزی و اقدام کنید. لازم است این آموزش‌ها متناسب با نیازها و موقعیت‌های مراجعان برنامه‌ریزی و اجرا شوند.

۸-۳-۴-۲. مطمئن شوید همه مراجعان مرکز کاهش آسیب در مورد پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز، هپاتیت، سل، بیماری‌های مقاربتی، رابطه جنسی ایمن، مهارت مذاکره استفاده از کاندوم و تزریق سالم را آموزش می‌بینند. به این ترتیب در صورتی که سایر اعضای تیم مداخله مسئولیت این آموزش‌ها را به عهده دارند، نیازی به برنامه‌ریزی و اقدام موازی در این زمینه وجود ندارد، اما می‌توانید با هماهنگی تیم مداخله در ارائه آموزش‌ها به‌طور فعال مشارکت کنید.

۸-۳-۴-۳. آموزش مهارت‌های ارتباطی (با تمرکز ویژه بر پیشگیری و کاهش احتمال خشونت)، نحوه مراقبت از کودک تحت سرپرستی، و آموزش کودک به منظور آموختن مهارت‌های مراقبت از خود را با اولویت در دستور کار خود قرار دهید.

۹-۳-۴. وظایف مددکار اجتماعی در حمایت‌یابی

۹-۳-۴-۱. حمایت‌یابی برای افراد در حال سوءمصرف مواد بسیار دشوار است، اما این بدان معنا نیست که حمایت‌یابی برای این گروه بدون نتیجه خواهد بود. لازم است برای این منظور برنامه‌ریزی کنید و پس از حساس و آگاه کردن حمایت‌کنندگان بالقوه به منظور دست‌یابی به اهداف کاهش آسیب حمایت‌یابی کنید.

۹-۳-۴-۲. تأمین امکانات و هزینه‌های مورد نیاز برای اجرای مدیریت مشروط، تأمین نیازهای پایه، تأمین هزینه‌های درمان (اعم از درمان اعتیاد یا سایر بیماری‌ها)، فراهم کردن امکان دریافت خدمات درمانی و زایمان ایمن، تأمین نیازهای کودکان تحت سرپرستی و مراقبت مراجع، تلاش برای رفع مشکلات قانونی مراجع و مواردی نظیر آن‌ها می‌توانند بخشی از مهم‌ترین موضوعات حمایت‌یابی در مراکز کاهش آسیب باشند. بی‌تردید تأمین این نیازها صرفاً به عهده مددکار اجتماعی نیست و پی‌گیری‌های مددکار اجتماعی مسئولیت مدیریت مرکز کاهش آسیب در این زمینه را رفع نمی‌کند.

۱۰-۳-۴. وظایف مددکار اجتماعی در طراحی و استفاده از سیستم ارجاع

۱-۱۰-۳-۴. افراد، سازمان‌ها و مؤسسه‌ای را که می‌توانند خدماتی را به مراجعان مرکز کاهش آسیب و خانواده آن‌ها ارائه دهند، شناسایی کنید و اطلاعات کافی در مورد شرایط دریافت خدمات و انواع خدمات قابل ارائه توسط آن‌ها را به دست آورید.

۲-۱۰-۳-۴. در صورتی که مراجع تمایل داشت برای درمان اقدام کند، پس از مشورت با تیم مداخله با اولویت، او را به مناسب‌ترین مرکز درمانی ارجاع دهید.

۳-۱۰-۳-۴. در صورت نیاز، مراجع را به دیگر اعضای تیم کاهش آسیب ارجاع دهید.

۴-۱۰-۳-۴. مراجع را برای ارجاع آماده کنید. در مورد دلیل ارجاع به او توضیح داده و به سؤال‌هایش پاسخ دهید. لازم است به‌روشنی برای او توضیح دهید که در سازمان یا مؤسسه مقصد چه چیزی در انتظار اوست و باید در آن‌جا به چه شیوه‌ای عمل کند.

۵-۱۰-۳-۴. قبل از ارجاع هماهنگی‌های لازم را با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انجام دهید. مناسب‌ترین روش را برای ارجاع و معرفی مراجع به فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انتخاب کنید.

۶-۱۰-۳-۴. پس از ارجاع نحوه تعامل مراجع با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را پی‌گیری کنید و مطمئن شوید که خدمات مورد نظر به مراجع ارائه شده است. در صورتی که خدمات به‌طور مناسبی ارائه نشده باشند، لازم است پی‌گیری لازم را برای تحقق این موضوع انجام دهید.

۷-۱۰-۳-۴. در صورت لزوم گزارش مختصری از وضعیت مراجع یا خانواده‌اش به فرد حرفه‌ای، سازمان یا مؤسسه مقصد ارائه کنید.

۱۱-۳-۵-۴. وظایف مددکار اجتماعی در مستندسازی و گزارش‌نویسی

۱-۱۱-۳-۴. برای هریک از مراجعان، پرونده مددکاری اجتماعی جداگانه تشکیل دهید و همه اقدامات مددکاری اجتماعی (اعم از خدماتی که در مرکز کاهش آسیب ارائه می‌شوند، پی‌گیری‌ها و ارجاع‌ها) در مورد مراجع و خانواده‌اش را با ذکر تاریخ در پرونده مددکاری او ثبت کنید.

۲-۱۱-۳-۴. از اشاره‌های مبهم در پرونده و درج کدهایی که عمومیت ندارند، خودداری کنید.

۳-۱۱-۳-۴. در کوتاه‌ترین زمان پس از اجرای اقدامات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی، گزارشتان را تهیه و در پرونده ثبت کنید.

۱۲-۳-۵-۴. وظایف مددکار اجتماعی در تعامل با تیم مداخله

۱-۱۲-۳-۴. با تیم مداخله همکاری نزدیک داشته باشید و در جلسه‌های آن به‌طور منظم و فعال شرکت

کنید

در جلسات تیم مداخله مطمئن شوید که مداخلات مددکاری اجتماعی با مداخلات سایر اعضای تیم تعارض و تداخل ندارد.

۲-۱۲-۳-۴. این راهنما مبنای اصلی تعیین مرزهای مداخلات مددکار اجتماعی با سایر اعضای تیم مداخله محسوب می‌شود. اعضای تیم مداخله را با خدمات پیش‌بینی‌شده در این راهنما آشنا کنید و ارائه این خدمات را توسط مددکار اجتماعی دارای شرایط با حساسیت پی‌گیری کنید.

۳-۱۲-۳-۴. اقدامات انجام‌شده در مورد مراجع را از سایر اعضای تیم مداخله به‌طور منظم جویا شوید و ضمن رعایت اصول حرفه‌ای تیم مداخله را از شرایط مراجع مطلع کنید.

۱۳-۳-۵-۴. وظایف مددکار اجتماعی در پی‌گیری وضعیت بیماران که ارتباط خود را با مرکز قطع کرده‌اند

۱-۱۳-۳-۴. بی‌سرپناهی، ادامه مصرف، عدم ارتباط با خانواده و ضعف شبکه حامیان از جمله دلایلی هستند که می‌توانند پی‌گیری وضعیت مراجع را در مراکز کاهش آسیب با دشواری مواجه کنند. با این حال در صورتی که مراجع ارتباط خود را با مرکز قطع کرده است، لازم است راه‌هایی را برای پی‌گیری وضعیت او جست‌وجو کنید و برای ترغیب او به ادامه ارتباط با مرکز تلاش کنید.

۲-۱۳-۳-۴. مشاوران همتایی که در مرکز کاهش آسیب فعالیت می‌کنند، می‌توانند تحت نظارت مددکار اجتماعی برای پی‌گیری وضعیت مراجعان اقدام کنند. به‌طور منظم اقدامات مشاوران هم‌تا را در این خصوص نظارت کرده و گزارش‌های مربوط را دریافت کنید.

۱۴-۳-۵-۴. مشاور هم‌تا

۱-۱۴-۳-۴. در صورتی که تصمیم دارید مشاوران هم‌تا در اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی، شما را همراهی کنند، مطمئن شوید که ویژگی‌های مدنظر این راهنما (اشاره‌شده در تعریف مفاهیم) در مورد آن‌ها مصداق دارد.

۲-۱۴-۳-۴. مشاوران هم‌تا علاوه بر سایر فعالیت‌هایی که تحت نظر مدیر مرکز کاهش آسیب انجام می‌دهند، می‌توانند به‌عنوان کمک رهبر در جلسات آموزش گروهی، مددکار اجتماعی را همراهی کنند. برای این که همتایان بهترین عملکرد را در گروه داشته باشند، لازم است آموزش‌های مورد نیاز قبل از حضور در گروه به آن‌ها داده شود.

۳-۱۴-۳-۴. تصمیم‌گیری در مورد همکاری مشاور هم‌تا در جلسات مددکاری گروهی به عهده مددکار اجتماعی است.

۴-۱۴-۳-۵. مطمئن شوید که مشاور هم‌تا به اصول اخلاق حرفه‌ای متعهد است، از مهارت ارتباط مؤثر برخوردار است و دقیقاً مطابق برنامه پیش‌بینی شده برای جلسات مددکاری گروهی یا مددکاری با خانواده اقدام خواهد کرد. در نظر داشته باشید مسئولیت همه جلسات مددکاری اجتماعی با فرد حرفه‌ای (یعنی مددکار اجتماعی) است و اداره همه یا بخشی از این جلسات بدون حضور مددکار اجتماعی به هیچ‌وجه مجاز نخواهد بود.

۴-۱۴-۳-۵. گزارش‌های جلسات مددکاری گروهی باید توسط مددکار اجتماعی تهیه شوند. گزارش‌های مشاوران هم‌تا که در این جلسات مددکار اجتماعی را همراهی کرده‌اند، نمی‌توانند به‌عنوان گزارش مددکاری اجتماعی در پرونده مددکاری اجتماعی قرار گیرند. در صورت تشخیص مددکار اجتماعی برخی یادداشت‌های مشاور هم‌تا می‌توانند به‌عنوان پیوست گزارش مددکاری اجتماعی ثبت شوند.

۴-۱۴-۳-۶. پرونده مددکاری اجتماعی نباید در اختیار مشاوران هم‌تا قرار گیرد. مددکار اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم، بخشی از اطلاعات را در اختیار مشاور هم‌تایی که با او در جلسات مددکاری گروهی یا مددکاری با خانواده شرکت می‌کند، قرار دهد. انتقال این اطلاعات تنها در صورتی مجاز است که ناقض اصول اخلاق حرفه‌ای مددکاری اجتماعی نباشد.

راهنمای مداخلات مددکاری
اجتماعی در خدمات پس از ترخیص
از مراکز درمان سوءمصرف مواد

۱-۵. مقدمه

بازپیوند فرایندی طولانی است و معمولاً بیش از آن چه انتظار می‌رود، به طول می‌انجامد (بروک و مک دونالد، ۲۰۰۷). به همین دلیل دوره‌های درمانی به‌تنهایی برای بازگشت موفق بیمار به خانواده و جامعه کفایت نمی‌کنند. به‌خصوص اگر بیمار وارد برنامه‌های درمانی کوتاه‌مدت یا میان‌مدت شده باشد، فرصت کافی برای آماده کردن بیمار، خانواده و جامعه برای تغییر وجود ندارد. از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند بیش از دوسوم بیماران ترخیص‌شده از مراکز ظرف سه ماه اول پس از ترخیص عود می‌کنند. این آمار در درمان‌های پرهیزمدار حتی تا ۹۰ درصد هم گزارش شده است. به این ترتیب ضرورت دارد در دوره پس از ترخیص نیز بیمار برای ادامه بهبودی حمایت‌ها و خدماتی را دریافت کند. این در حالی است که اغلب برنامه‌های درمانی خدمات پس از ترخیص را پیش‌بینی نکرده‌اند (آستین و همکاران، ۲۰۰۵).

خدمات پس از ترخیص طیف وسیعی از خدمات فردی، خانوادگی و گروهی، مصاحبه‌های انگیزشی در مراحل مختلف، آموزش مهارت‌های پیشگیری از عود و... را در بر می‌گیرد.

اداره برنامه سوءمصرف مواد (۲۰۰۱) که راهنمایی را برای خدمات پس از ترخیص سوءمصرف‌کنندگان مواد ارائه کرده است، بر این موضوع تأکید می‌کند که هیچ فرمول مشخصی برای خدمات پس از ترخیص وجود ندارد، چراکه عوامل بسیار زیادی بر طراحی این نوع برنامه تأثیر می‌گذارند. در این راهنما تأکید شده است که خدمات پس از ترخیص باید در طول دوره درمان فرد طراحی شوند و هدف مشخصی را دنبال کنند. به این معنا که ارائه خدمات روتین بدون در نظر گرفتن نیازهای مراجع برای پیشگیری از عود و بازگشت موفق به خانواده و جامعه کمک‌چندانی نخواهد کرد.

از آن جایی که ۶ تا ۹ ماه پس از ترخیص ماه‌های خطرناکی هستند و احتمال عود در آن‌ها زیاد است، برنامه خدمات پس از ترخیص باید حداقل برای یک سال طراحی شود. این برنامه باید به موضوعاتی نظیر تقویت شبکه حمایتی فرد، تشویق مراجع به شرکت در گروه‌های خودیار، ارزیابی مداوم و چندوجهی از وضعیت مراجع، مسکن، شغل، رفت‌وآمد، مراقبت از کودکان و پایش (آزمایش اعتیاد، مدیریت مورد، بازدید منزل، تماس تلفنی و مانند آن) توجه خاص نشان دهد (اداره برنامه سوءمصرف مواد، ۲۰۰۱).

بر اساس راهنمای مراقبت پس از ترخیص و پی‌گیری پس از درمان که توسط اداره برنامه سوءمصرف مواد (۲۰۰۱) تهیه شده است، باید خدمات پس از ترخیص علاوه بر الگوی قدیمی آن، که تیم ارائه‌دهنده خدمات در کلینیک یا مرکز مستقر می‌شد، به شیوه‌های دیگری برای ارائه خدمت بیندیشد. خدمات سیار پس از ترخیص به‌خصوص برای کسانی که احتمال عودشان زیاد شده است، می‌تواند تعیین‌کننده باشد.

ورلکس و همکاران (۱۹۹۸) ضرورت ارائه خدمات مددکاری اجتماعی پس از ترخیص به بیماران روانی را مورد تأکید قرار می‌دهند. مدل پل^۱ اولین بار برای پر کردن فاصله میان مرکز درمانی و اجتماعی که بیماران سالمند به آن باز خواهند گشت، طراحی و به کار گرفته شد. در این مدل سه مرحله مورد توجه قرار می‌گیرد: قبل از ترخیص، پس از ترخیص و پی‌گیری. به نظر می‌رسد ارائه خدمات پس از ترخیص به افراد در حال بهبودی در چهارچوب این مدل می‌تواند مؤثر باشد.

برنامه‌های حمایتی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد به‌طور ویژه به حمایت از کودکانی که در خانواده معتادان زندگی می‌کنند و موضوعاتی مانند خشونت علیه زنان و خشونت خانگی توجه داشته‌اند (نگاه کنید به کلیور و همکاران، ۱۹۹۷؛ ملنیکوف و همکاران، ۱۹۹۱؛ اسکالفلوم و همکاران، ۱۹۹۱؛ سونیل و همکاران، ۲۰۰۸؛ فریدمن و همکاران، ۲۰۰۹؛ استراسنر و فول، ۲۰۱۱؛ کاستن و همکاران، ۱۹۹۳؛ گرینفیلد و همکاران، ۲۰۰۷؛ می و همکاران، ۲۰۰۸؛ مسینا و همکاران، ۲۰۱۰؛ یوزیل-میلر و لیونز، ۲۰۰۰؛ واسمن و لونتال، ۱۹۹۳؛ پدرسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ سیمسون، ۲۰۰۹؛ نیکلز و همکاران، ۲۰۱۲).

اگرچه اشتغال یکی از عوامل تأثیرگذار بر فرایند بهبودی است، اغلب برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد به توان‌بخشی شغلی توجه نداشته‌اند. معمولاً مراجعه‌کنندگان برای بازگشت به محیط کار یا آغاز شغل جدید آماده نمی‌شوند و مشاوره‌های شغلی لازم را در طول دوره درمان دریافت نمی‌کنند. در حالی که یکی از مهم‌ترین برنامه‌های خدمات پس از ترخیص یا برنامه‌های درمانی طولانی‌مدت مانند درمان‌های نگهدارنده می‌تواند توان‌بخشی شغلی باشد (نگاه کنید به کامرفورد، ۱۹۹۹). زانیس و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند نرخ اشتغال در میان مراجعان دریافت‌کننده خدمات درمان نگهدارنده با متادون بسیار پایین است. این در حالی است که توان‌بخشی شغلی می‌تواند عاملی مؤثر در موفقیت مراجعان در درمان باشد. اغلب مطالعه‌ها در مورد

اشتغال بیماران در طول دوره درمان در مورد مراکز درمان نگاه‌دارنده با متادون انجام شده‌اند، اما این موضوع در پژوهش جداگانه‌ای در مورد معتادانی که در برنامه‌های پرهیزمدار شرکت می‌کنند نیز مورد توجه قرار گرفته است (نگاه کنید به کینگری، ۱۹۹۷). به‌طور کلی بی‌کاری مراجع می‌تواند بر وضعیت روانی اجتماعی او تأثیر نامطلوبی داشته باشد. اگرچه اشتغال زود هنگام نیز می‌تواند تأثیر نامناسبی بر بهبودی فرد بگذارد (نگاه کنید به روم، ۱۹۹۸؛ کینگری، ۱۹۹۷).

اشتغال می‌تواند عامل تعیین‌کننده در بازگشت موفق فرد به جامعه تلقی شود. اما باید در نظر داشت که اشتغال زود هنگام، کارهای سنگین، شیفت شب و قرار گرفتن در محیط‌های برانگیزاننده می‌توانند بهبودی فرد را تهدید کنند. از این رو در نظر گرفتن مداخلات حرفه‌ای به منظور توان‌بخشی شغلی باید به‌عنوان یکی از برنامه‌های خدمات پس از ترخیص مدنظر قرار گیرد. شبکه‌سازی مشاغل، صندوق اعتبارات خرد و تسهیل پرداخت وام‌های با سود کم و مشروط به اشتغال برخی از راهبردهایی است که می‌توانند در توان‌بخشی شغلی افراد در حال بهبودی مورد توجه قرار گیرند.

بازسازی شبکه اجتماعی فرد در حال بهبودی در دوره پس از ترخیص اهمیت ویژه‌ای دارد. تلاش برای بازگشت موفق فرد در حال بهبودی به جامعه با تمرکز بر بازسازی شبکه اجتماعی می‌تواند از طریق مداخلات اجتماع‌محور پی‌گیری شود. مشارکت، افزایش سرمایه اجتماعی، تشکل مردم در سازمان‌های غیررسمی و ظرفیت‌سازی برای توانمندسازی گروه‌های مختلف مهم‌ترین محورهای این رویکرد است (پین، ۲۰۰۵؛ تونلوتز، ۲۰۰۲؛ اقلیما و عادلین راسی، ۱۳۸۸). مداخلات اجتماع‌محور به منظور پیشگیری از اعتیاد در ایران از سال ۱۳۸۲ شروع شد و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است (نگاه کنید به جهان‌شاهی، ۱۳۸۳؛ علی‌پوری نیاز و همکاران، ۱۳۸۸). معارف‌وند و همکاران (۱۳۹۰) برای اولین بار مداخلات پیشگیری اجتماع‌محور از عود را با تأکید بر اجتماع به‌عنوان منبع و بستر فعالیت طراحی و اجرا کردند. مداخله با تأکید بر مداخلات مددکاری جامعه‌ای (رویکرد توسعه) طراحی و اجرا شد. نتیجه پژوهش نشان داد کسانی که از خدمات مداخله اجتماع‌محور به منظور پیشگیری از عود برخوردار شده بودند، بیش از کسانی که از این خدمت برخوردار نشده بودند، در پرهیز باقی ماندند. علاوه بر این شبکه‌درمانی یکی از اقدامات تأثیرگذار بر پذیرش فرد در حال بهبودی در خانواده و جامعه خواهد بود.

اگرچه بازگشت موفق به خانواده و جامعه به‌عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات حمایتی پس از ترخیص در نظر گرفته می‌شوند، توجه به نیازهای فوری افراد در حال بهبودی نباید فراموش شود. تعدادی از افراد در حال بهبودی به‌خصوص در چند هفته اول پس از ترخیص برای تأمین نیازهای پایه خود نیز با مشکل جدی مواجه‌اند. آن‌ها توسط خانواده و اجتماع پذیرفته نمی‌شوند، شغل و سرپناهی ندارند و همین می‌تواند زمینه را برای عود آن‌ها فراهم کند. از این رو در این راهنما علاوه بر توجه به برنامه‌های متمرکز بر بازگشت موفق فرد به خانواده

و جامعه، به خدمات مددکاری اجتماعی در خصوص تأمین نیازهای پایه و فوری مراجعان پرداخته شده است. بی‌تردید مددکاران اجتماعی با توجه به دانش و ابزارهای حرفه‌ای که در اختیار دارند، در مقایسه با سایر حرفه‌ها می‌توانند به‌طور مؤثرتری مراجع را در بازگشت موفق به خانواده و جامعه یاری کنند. تنظیم‌کنندگان این راهنما همکاری و تعامل هدفمند با تیم مداخله را به نفع مراجع می‌دانند و بر حضور فعال مددکاران اجتماعی در تیم مداخله به منظور تحقق اهداف این راهنما تأکید دارند.

۵-۲. هدف از تنظیم این راهنما

- ۵-۲-۱. تعیین چهار چوب مداخله مددکاری اجتماعی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص
- ۵-۲-۲. ارائه راهکارهای حرفه‌ای مبتنی بر چهار چوب‌های علمی مددکاری اجتماعی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص
- ۵-۲-۳. فراهم کردن زمینه ارائه خدمات یکسان مددکاری اجتماعی در همه مراکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص
- ۵-۲-۴. ارائه شرح وظایف مشخص مددکاران اجتماعی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص
- ۵-۲-۵. مشخص کردن مرزهای مداخلات مددکاری اجتماعی با سایر مداخلات در تیم مداخله

۵-۳. اهداف مداخله مددکاری اجتماعی در مرکز خدمات پس از ترخیص

- ۵-۳-۱. کمک به بازگشت موفق فرد در حال بهبودی به خانواده و جامعه
- ۵-۳-۲. حمایت از گروه‌هایی که به دلیل زندگی در خانواده دارای معتاد در معرض آسیب قرار گرفته‌اند (مانند کودکان، زنان باردار و...)
- ۵-۳-۳. افزایش دسترسی مراجع و خانواده به خدمات حمایت‌کننده بهبودی
- ۵-۳-۴. آگاه کردن مراجع و خانواده او از عوامل محافظ و خطر عود
- ۵-۳-۵. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه پیشگیری از عود
- ۵-۳-۶. آگاه کردن مراجع و خانواده او از نحوه مدیریت لغزش
- ۵-۳-۷. جلب مشارکت فعال خانواده در فرایند بهبودی
- ۵-۳-۸. تقویت شبکه حامی بهبودی مراجع
- ۵-۳-۹. توان بخشی شغلی مراجع

۵-۴. تعریف مفاهیم

۵-۴-۱. مددکار اجتماعی:

در این راهنما منظور همه افرادی هستند که دارای شرایط زیر باشند:

۱-۴-۵. فارغ‌التحصیل رشته مددکاری اجتماعی حداقل در مقطع کارشناسی

۲-۴-۵. ارائه مدارک و گواهی‌های معتبر مبنی بر سپری کردن دوره‌های آموزشی مرتبط که محتوای

زیر در آن‌ها ارائه شده باشد:

۱-۲-۴-۵. مبانی (شامل انواع مواد اعتیادآور و عوارض آن‌ها، تعریف اعتیاد، سبب‌شناسی اعتیاد، اختلالات

همراه، کلیات کاهش آسیب، کلیات درمان‌های دارویی و غیردارویی و کلیات پیشگیری از اعتیاد)

۲-۲-۴-۵. اختصاصی (مددکاری گروهی با افراد در حال بهبودی و خانواده آن‌ها، مددکاری ویژه خانواده

افراد در حال بهبود، استراتژی‌های مدیریت لغزش، استراتژی‌های پیشگیری از عود، تکنیک‌های حمایت‌یابی،

تکنیک‌های مداخله در شرایط بحرانی، مصاحبه انگیزشی، نحوه طراحی برنامه مداخله مددکاری اجتماعی، نحوه

تعامل خانواده با فرد در حال مصرف، توان‌بخشی شغلی، پی‌گیری و انواع آن، شبکه‌درمانی و مدیریت مورد)

۳-۴-۵. سپری کردن دوره کارورزی مددکاری اجتماعی در حوزه درمان سوءمصرف مواد به مدت ۲۰۰

ساعت (حداقل در دو نوع مختلف مراکز درمان اعتیاد)

۵-۴-۲. واحد حمایت پس از ترخیص:

منظور واحدی است که با هدف پیشگیری از عود، افزایش مدت ماندگاری در درمان و بازگشت موفق افراد

در حال بهبودی به خانواده و جامعه، به افراد در حال بهبودی و خانواده آن‌ها خدمت ارائه می‌کنند. این واحد

می‌تواند به‌عنوان بخشی از یک مرکز درمانی یا در قالب مرکزی مجزا با اخذ مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی

کشور فعالیت کند.

۵-۴-۳. شبکه‌سازی مشاغل:

در این راهنما منظور اقداماتی است که به منظور برقراری ارتباط میان مراجعان فعال در کسب‌وکارهای

مرتبط انجام می‌شود. به گونه‌ای که فرصت‌های بیشتر برای دریافت سفارش کار و فروش محصولات یا ارائه

خدمات برای آن‌ها فراهم شود.

۵-۴-۴. رضایت آگاهانه:

منظور از رضایت آگاهانه جلب موافقت داوطلبانه مراجعان یا نمایندگان قانونی آن‌ها پس از ارائه اطلاعات

در مورد نوع خدمت، نحوه ارائه و منافع و مضرات احتمالی ناشی از موافقت آن‌ها برای دریافت خدمت است.

۵-۴-۵. گروه آموزشی - مشاوره‌ای:

یکی از روش‌های تشکیل و اداره گروه‌ها در مددکاری گروهی، روش آموزشی-مشاوره‌ای است که در آن ارتقای سطح آگاهی شرکت‌کنندگان و ارائه مشاوره‌های گروهی مورد توجه خاص قرار می‌گیرد. در این روش شرکت‌کنندگان به‌عنوان افرادی تلقی می‌شوند که قادرند پس از حساس شدن نسبت به شرایط خود و کسب آگاهی از نحوه بهبود شرایط، به طور مؤثر عمل کنند.

۵-۴-۶. حامی بهبودی:

افرادی که بهبودی فرد برای آن‌ها اهمیت دارد و برای تحقق این موضوع آمادگی همکاری دارند. حامیان بهبودی می‌توانند اعضای خانواده، بستگان و دوستان یا هر فرد مهم دیگری باشند.

۵-۴-۷. حمایت‌یابی:

حمایت‌یابی به مفهوم اقدام (شامل مذاکره، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، پی‌گیری و...) به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آن‌هاست. حمایت‌یابی زمانی توسط مددکاران اجتماعی انجام می‌شود که خود مراجع به دلیل محدودیت‌های موجود قادر به انجام آن نباشد.

۵-۴-۸. شبکه حمایتی:

منظور افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات و اجتماع‌های محلی هستند که فرد را در شرایط دشوار یاری می‌کنند و برای حمایت از او انتظار دریافت حق‌الزحمه ندارند.

۵-۴-۹. مشاور همتای اعتیاد:

منظور افرادی هستند که پس از یک دوره سوءمصرف مواد حداقل دو سال از قطع مصرف آن‌ها گذشته است و برای ارائه خدمت به سوءمصرف‌کنندگان مواد و افراد در حال بهبودی توسط مراجع مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور آموزش دیده‌اند.

۵-۴-۱۰. مشاور همتای خانواده:

منظور اعضای خانواده معتادان هستند که برای درمان هم‌وابستگی خود با کمک متخصصان یا گروه‌های خودیار اقدام کرده‌اند و برای ارائه خدمت به خانواده سوءمصرف‌کنندگان مواد و خانواده افراد در حال بهبودی

توسط مراجع مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور آموزش دیده‌اند.

۱۱-۴-۵. تیم مداخله:

منظور افراد حرفه‌ای و متخصصی هستند که در مرکز حمایت پس از ترخیص به افراد در حال بهبود و خانواده آن‌ها خدمات حرفه‌ای و تخصصی ارائه می‌کنند. حضور مددکار اجتماعی، روان‌شناس و پزشک در تیم مداخله ضروری است. تیم مداخله در مراکز حمایت پس از ترخیص می‌تواند حسب مورد از سایر خدمات حرفه‌ای مانند مشاوره (مشاور شغلی، تحصیلی و...) بهره بگیرند.

۵-۵. وظایف مددکار اجتماعی در خدمات پس از ترخیص

۱-۵-۵. وظایف مددکار اجتماعی در ارزیابی اولیه و پذیرش

۱-۵-۵-۱. فرم رضایت آگاهانه را در اختیار مراجع قرار دهید. در صورتی که مراجع بی‌سواد یا کم‌سواد است، فرم را برای او بخوانید. به سؤال‌های مراجع در مورد محتوای فرم رضایت آگاهانه پاسخ دهید. مطمئن شوید که مراجع به‌روشنی دریافته است طرفین در فرم رضایت آگاهانه به انجام چه کارهایی متعهد می‌شوند.

۲-۵-۵-۱. خدمات مرکز پس از ترخیص را به مراجع معرفی کنید. به‌طور مشخص به او بگویید که شما به‌عنوان مددکار اجتماعی در چه مرحله‌ای با او همراه خواهید بود و چه خدماتی را به او ارائه خواهید کرد.

۳-۵-۵-۱. برای هر یک از مراجعانی که فرم رضایت آگاهانه را امضا می‌کنند، پرونده مددکاری اجتماعی را به صورت جداگانه تشکیل دهید.

۴-۵-۵-۱. در صورتی که خانواده مراجع در مرحله پذیرش با او به مرکز مراجعه نکرده‌اند، لازم است موافقت مراجع را برای برقراری ارتباط با خانواده‌اش کسب کنید و سپس خانواده را برای مشارکت در فرایند بهبودی دعوت کنید. به این نکته توجه داشته باشید که رضایت مراجع برای دعوت خانواده ضروری است.

۵-۵-۵-۱. به مراجع یادآوری کنید برای استفاده از خدمات مرکز حق انتخاب با اوست. به این ترتیب مددکار اجتماعی مجاز نیست برای جذب مراجع به مرکز او را تحت فشار قرار دهد، اما این کار مانع از انجام مصاحبه‌های انگیزشی نخواهد بود.

۶-۵-۵-۱. لازم است در مصاحبه اولیه اطلاعات کلی در مورد وضعیت مراجع و خانواده او دریافت و ثبت شوند. به‌خصوص ضرورت دارد اطلاعات لازم در مورد کودکان تحت سرپرستی مراجع و سایر افرادی که در معرض آسیب هستند (مانند زنان در معرض خشونت، زنان باردار و...)، کسب شود.

۷-۵-۵-۱. با مرکز درمانی که مراجع دوره درمان خود را در آن سپری کرده است، تماس بگیرید و خلاصه پرونده مراجع را دریافت کنید. به‌طور مشخص لازم است برنامه پیشنهادی تیم درمان برای خدمات پس از

ترخیص و به‌خصوص پیشنهادهای مددکار اجتماعی مرکز درمانی را در پرونده مراجع ثبت کنید.

۵-۵-۱-۸. در صورت لزوم با مددکار اجتماعی و سایر اعضای تیم مرکز درمانی تماس بگیرید و اطلاعات خود را در مورد وضعیت مراجع تکمیل کنید.

۵-۵-۲. برنامه‌ریزی برای مداخلات مددکاری اجتماعی

۵-۵-۲-۱. برنامه پیشنهادی تیم درمان مرکزی را که مراجع در آن درمان شده است، بررسی کنید و از آن برای نهایی کردن برنامه پس از ترخیص بهره بگیرید. در تنظیم برنامه مداخله پس از ترخیص به گزارش‌های مددکار اجتماعی و تیم مرکز درمانی توجه کنید.

۵-۵-۲-۲. برای هر یک از مراجعان برنامه مداخله‌ای ویژه طراحی و اجرا کنید. از آن‌جایی که در میان مراجعان و خانواده آن‌ها باورهای غلط متعددی در مورد درمان اعتیاد وجود دارد، لازم است به آن‌ها کمک کنید باورهایشان را تغییر دهند و به‌طور فعال در فرایند بهبودی مشارکت کنند.

۵-۵-۲-۳. لازم است برنامه حمایت پس از ترخیص را حداقل برای یک سال تنظیم کنید.

۵-۵-۲-۴. برنامه مداخله را در پرونده مددکاری اجتماعی ثبت و نحوه پیشرفت مداخله را در پرونده منعکس کنید.

۵-۵-۲-۵. برنامه مداخله را به گونه‌ای تنظیم کنید که واقع‌بینانه، هدفمند، زمان‌دار، قابل اجرا و قابل سنجش باشد.

۵-۵-۲-۶. برای طراحی مداخله مددکاری اجتماعی به منظور بازگشت موفق مراجع به خانواده و جامعه از مشارکت او و خانواده‌اش بهره بگیرید.

۵-۵-۲-۷. مددکاری فردی با مراجعان

۵-۵-۲-۷-۱. جلسات فردی با مراجع را با اهداف ارزیابی مستمر وضعیت فردی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی و پایش پیشرفت بهبودی به شیوه مدیریت مورد برگزار کنید.

۵-۵-۲-۷-۲. در صورت لزوم برای بررسی وضعیت مراجع و خانواده او می‌توانید بازدید منزل انجام دهید. برای این منظور رضایت مراجع را جلب کرده و با مدیر مرکز هماهنگ کنید.

۵-۵-۲-۷-۳. در طراحی مداخلات مددکاری اجتماعی فردی با مراجعان به نیازهای پایه، فرزندپروری و مشکلات خانوادگی، شغلی، مالی، حقوقی و قانونی بپردازید.

۵-۵-۲-۷-۴. پاسخ به نیازهای پایه

۱-۴-۷-۵-۵. از آن جایی که تعدادی از افراد در حال بهبود به دلیل عدم پذیرش در خانواده و از دست دادن پایگاه اجتماعی احتمال دارد در دوره پس از ترخیص حتی برای تأمین برخی نیازهای پایه خود با مشکل مواجه شوند، حمایت نکردن از آن‌ها در این شرایط احتمال عود را افزایش می‌دهد. از این رو مراکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص همواره باید برای ارائه خدمت فوری با تمرکز بر تأمین نیازهای پایه به مراجعان آمادگی داشته باشند. مطمئن شوید که امکانات لازم به این منظور از سوی مرکز پیش‌بینی شده و حمایت‌یابی‌های ضروری در این خصوص انجام گرفته‌اند.

۲-۴-۷-۵-۵. لازم است مطمئن شوید که تأمین نیازهای پایه مراجع و افراد تحت سرپرستی و مراقبت او محترمانه و مطابق اصول اخلاق حرفه‌ای انجام می‌پذیرد.

۳-۴-۷-۵-۵. تأمین نیازهای پایه مراجعان نباید به گونه‌ای ادامه یابد که موجب وابستگی آن‌ها به مرکز شود.

۴-۴-۷-۵-۵. اسکان فوری

۱-۴-۷-۵-۵. از آن جایی که بی‌خانمانی یکی از مهم‌ترین دلایل زمینه‌ساز عود به شمار می‌رود، لازم است با اولویت و به‌عنوان یک نیاز فوری وضعیت اسکان مراجع را بررسی کنید و در صورت نیاز به اسکان فوری، مداخلات لازم را اجرا کنید. مداخلات مددکار اجتماعی برای تأمین سرپناه می‌تواند به شیوه‌های مختلفی انجام شود. از جمله می‌توان به ارجاع به خانه‌های میان‌راهی تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور، مذاکره با خانواده و بستگان برای پذیرش مراجع، مذاکره با صاحب‌خانه، هماهنگی با هم‌تایان در حال بهبودی برای حمایت از مراجع، حمایت‌یابی برای تأمین هزینه اسکان در مسافر‌خانه، مذاکره با مسئولان مراکز درمان اقامتی میان‌مدت یا بلندمدت برای پذیرش فرد در حال بهبودی به‌عنوان خدمت‌گزار و مواردی مانند آن اشاره کرد.

۵-۴-۷-۵-۵. تغذیه

۱-۵-۴-۷-۵-۵. در صورتی که تشخیص دادید مراجع توانایی لازم برای تأمین غذای خود و افراد تحت سرپرستی‌اش را ندارد، با هماهنگی مدیر مرکز پی‌گیری لازم را برای تهیه حداقل یک وعده غذا برای مراجع و افراد تحت سرپرستی‌اش انجام دهید. برای این منظور علاوه بر استفاده از امکاناتی که مرکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص در اختیار می‌گذارد، حمایت‌یابی کنید.

۲-۵-۴-۷-۵-۵. برای تهیه غذا پول نقد در اختیار مراجعانی که مدت کوتاهی از بهبودی آن‌ها می‌گذرد، قرار ندهید. ترتیبی اتخاذ کنید که مطمئن شوید او و افراد تحت سرپرستی‌اش غذا را استفاده خواهند کرد و مبلغی که برای این منظور در اختیار شما قرار داده می‌شود، برای امور دیگر به‌خصوص تهیه مواد استفاده

نخواهد شد.

۵-۵-۲-۷-۴-۶. پوشاک

۵-۵-۲-۷-۴-۶-۱. نیاز مراجع و افراد تحت سرپرستی و مراقبت او را به پوشاک متناسب با فصل مورد توجه قرار دهید و برای این منظور علاوه بر استفاده از امکاناتی که مرکز ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص در اختیار می‌گذارد، حمایت‌یابی کنید.

۵-۵-۲-۷-۵. زنان در حال بهبودی باردار

۵-۵-۲-۷-۵-۱. وضعیت مراجع زن باردار را با اولویت پی‌گیری کنید. لازم است مطمئن شوید که او تحت مراقبت‌های دوران بارداری قرار می‌گیرد.

۵-۵-۲-۷-۵-۲. چنان‌چه زن باردار آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی یا مبتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت است، مطمئن شوید که خدمات درمانی متناسب را دریافت می‌کند.

۵-۵-۲-۷-۵-۳. چنان‌چه زن باردار آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی یا مبتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت است، برای انجام زایمان ایمن مشاوره‌های لازم را به مراجع بدهید و با همکاری پزشک مرکز پی‌گیری‌های لازم را برای فراهم شدن مقدمات این کار انجام دهید. مطمئن شوید که او از خدمات پزشکی متناسب با این شرایط استفاده خواهد کرد.

۵-۵-۲-۷-۵-۴. در طول دوره بارداری با آموزش مهارت‌های فرزندپروری (در قالب جلسات فردی یا گروهی) مراجع را برای مراقبت و پرورش کودک آماده کنید.

۵-۵-۲-۷-۵-۵. در مواردی والدین به دلیل احساس ناتوانی در نگهداری کودک تصمیم می‌گیرند نوزاد را قبل یا بلافاصله پس از تولد بفروشند. در بسیاری موارد نوزاد به کسانی سپرده می‌شود که آن‌ها نیز صلاحیت‌های لازم برای نگهداری کودک را ندارند و احتمال بهره‌کشی، قاچاق و اعمال انواع دیگر خشونت علیه کودک بسیار زیاد خواهد بود. لازم است احتمال این اقدامات را از سوی والدین بررسی کنید و در صورتی که تشخیص دادید آن‌ها قادر به نگهداری از کودک نیستند، پی‌گیری‌های لازم را در قالب روش‌های قانونی برای سپردن کودک به خانواده جایگزین دارای صلاحیت انجام دهید.

۵-۵-۲-۷-۵-۶. مطمئن شوید که کودک در بدو تولد به منظور بررسی وضعیت سلامتی‌اش مورد آزمایش (به‌خصوص آزمایش اعتیاد، ایدز و هپاتیت) قرار می‌گیرد.

۵-۵-۲-۷-۵-۷. در صورتی که نوزاد به بیماری ایدز یا هپاتیت مبتلا بود، اقدامات لازم برای حمایت از او را انجام دهید.

۵-۵-۲-۷-۶. تحصیل

۱-۶-۷-۲-۵. بسیاری از مراجعه کنندگان مراکز حمایت پس از ترخیص از تحصیلات ناکافی برخوردارند. سطح پایین تحصیلات بسیاری از جنبه های زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد. لازم است انگیزه و امکان ادامه تحصیل را در مورد هر یک از مراجعان بررسی کنید.

۲-۶-۷-۲-۵. از اقدام زودهنگام برای ادامه تحصیل اجتناب کنید. فشار برای ادامه تحصیل و احساس ناتوانی در این کار می تواند موجب قطع ارتباط مراجع با مرکز شود. توصیه می شود برنامه ریزی برای ادامه تحصیل را حداقل پس از یک سال اول بهبودی در دستور کار قرار دهید.

۳-۶-۷-۲-۵. در صورتی که مراجع مایل به ادامه تحصیل بود، مطمئن شوید که مشاوره های تحصیلی لازم را دریافت خواهد کرد.

۴-۶-۷-۲-۵. برای انجام امور ثبت نام، تهیه وسایل آموزشی و کمک آموزشی و ایاب و ذهاب حمایت یابی کنید

۷-۷-۲-۵. بیماری های همراه

۱-۷-۲-۵-۵. مراجعان پس از قطع سوءمصرف مواد بیش از پیش با علائم بیماری های همراه مواجه می شوند که در بسیاری موارد می تواند عاملی تعیین کننده در عود آن ها باشد. در صورتی که علائم این بیماری ها را مشاهده کردید، مطمئن شوید که مراجع از خدمات درمانی مورد نیاز برخوردار می شود.

۲-۷-۲-۵-۵. نسبت به جایگزین شدن سوءمصرف مواد با سایر انواع اعتیادهای رفتاری (اعتیاد به قمار، اعتیاد جنسی، اعتیاد به خرید کردن، اعتیاد به خوردن و...) بسیار حساس باشید. این اعتیادها را به عنوان زمینه سازهای عود تلقی کنید، مراجع را برای دریافت خدمات درمان تخصصی ارجاع دهید و وضعیت درمان او را پی گیری کنید.

۸-۷-۲-۵. شبکه درمانی

۱-۸-۲-۵-۵. به مراجع کمک کنید شبکه حمایتی خود را ترسیم کند. لازم است از او بخواهید حداقل یکی از حمایت کنندگان مؤثر در زندگی اش را که احتمال می دهد در فرایند تغییر به او کمک خواهد کرد، به مددکار معرفی کند.

۲-۸-۲-۵-۵. به کسانی که مراجع به عنوان افراد مهم و مؤثر در فرایند تغییر سبک زندگی خود معرفی کرده، تماس تلفنی برقرار کنید و برای جلسه حضوری از آن ها دعوت کنید. در جلسه حضوری با فرد مؤثر لازم است انگیزه های او را برای مشارکت در فرایند مداخله تقویت کنید.

۳-۸-۲-۵-۵. به حامی بهبودی توضیح دهید که دقیقاً از او چه انتظاری دارید. از کلی گویی و مطرح

کردن انتظارات مبهم پرهیز کنید.

۴-۸-۷-۵. برای اقدامات حمایت از فرد در حال بهبود برنامه‌ریزی کنید و ضمن تقسیم وظیفه، زمان اجرای هر اقدام را مشخص کنید.

۵-۸-۷-۵. جلسات را به‌طور منظم (حداقل هر دو هفته یک بار) برگزار کنید و در فاصله برگزاری جلسات اقدامات شبکه حامیان بهبودی را از طریق تلفن پی‌گیری کنید.

۶-۸-۷-۵. حضور مراجع در جلسه حامیان بهبودی می‌تواند مؤثر باشد، اما احتمال دارد در مواردی شرکت در چنین جلسه‌ای با فشار روانی برای مراجع همراه باشد و همین فشار روانی زمینه را برای لغزش و عود فراهم کند. از این رو لازم است برای تصمیم‌گیری در مورد حضور مراجع در جلسه به شرایط او توجه کنید. ۷-۸-۷-۵. در صورتی که مراجع در اجتماع محلی زندگی می‌کند، مداخلات پیشگیری اجتماع‌محور از عود را در مداخلات مددکاری اجتماعی پیش‌بینی کنید. برای این منظور از راهنمای مداخله مددکاری اجتماعی به منظور پیشگیری از عود اعتیاد استفاده کنید.

۹-۷-۲-۵. توان‌بخشی حرفه‌ای

۱-۹-۷-۲-۵. برنامه‌ریزی و پی‌گیری امور مربوط به توان‌بخشی حرفه‌ای مراجعان (شامل ارزیابی، مشاوره و برنامه‌ریزی شغلی، ارجاع برای آموزش‌های حرفه‌ای، کمک به مراجع برای تهیه طرح کسب‌وکار، حمایت‌یابی شغلی، شبکه‌سازی شغلی و...) به عهده مددکار اجتماعی است.

۲-۹-۷-۲-۵. به نگرانی‌های مراجعان برای بازگشت به محیط کارشان توجه داشته باشید. در صورتی که مراجع موافقت خود را اعلام کرد، مداخلات لازم را برای این که محیط کار آمادگی لازم را برای پذیرش او به دست آورد، انجام دهید.

۳-۹-۷-۲-۵. در صورتی که امکان مداخله در محیط کار مراجع وجود ندارد، لازم است به او کمک کنید تا آمادگی لازم برای حضور در محیط کار و تعامل موفق با کارفرما و همکارانش را به دست آورد. به‌خصوص در مواردی که فرد یا افراد مصرف‌کننده‌ای در محیط کار او حضور دارند، یا بر اساس گزارش‌های مراجع به این نتیجه می‌رسید که رفتارهای اعتیادی در میان همکاران او وجود دارند و می‌توانند بهبودی او را در معرض خطر قرار دهند، آماده‌سازی مراجع برای بازگشت به محیط کار از اهمیت زیادی دارد.

۴-۹-۷-۲-۵. با مشارکت مراجع برنامه اشتغال او را طراحی کنید. در طراحی برنامه به توانایی‌ها و مهارت‌های او توجه کنید. در صورتی که مراجع نیازمند آموزش مهارت حرفه‌ای خاصی بود، او را به مراکز آموزش حرفه‌ای ارجاع دهید.

۵-۹-۷-۲-۵. توصیه می‌شود در طراحی برنامه شغلی مراجعان (به‌خصوص در ماه‌های اولیه پس از

ترخیص) تلاش کنید احتمال بروز شرایط برانگیزاننده شامل کارهای سنگین، شیفت شب و قرار گرفتن در محیط‌های برانگیزاننده به کلی حذف شود یا به حداقل برسد.

۵-۵-۲-۷-۹-۶. لازم است با مشارکت مراجع میزان برانگیزاننده بودن شغل قبلی او را بررسی کنید. در صورتی که شغل قبلی او به‌عنوان یکی از برانگیزاننده‌ها تشخیص داده شد، لازم است او را توجیه کنید که برای تغییر احتمالی شغل و کاهش عوامل برانگیزاننده برنامه‌ریزی و اقدام کند.

۵-۵-۲-۷-۹-۷. از آن جایی که شبکه‌سازی مشاغل در مواردی می‌تواند در پایداری شغل مراجعان و کسب حمایت‌های شغلی و اجتماعی تأثیرگذار باشد، این موضوع را مورد توجه قرار دهید. در صورتی که تعدادی از مراجعان دارای شرایط قرار گرفتن در شبکه شغلی بودند، شرایط را برای هماهنگی‌های مقدماتی میان آن‌ها فراهم کنید. شبکه شغلی می‌تواند ترکیبی از مراجعان در حال بهبودی و افراد سالم باشد.

۵-۵-۲-۷-۹-۸. در مواردی که مراجعان ایده‌های جدیدی برای کسب‌وکار دارند یا می‌خواهند کسب‌وکار خود را توسعه دهند، آن‌ها را با بسته‌های آموزشی کارآفرینی آشنا کنید و هماهنگی‌های لازم را برای شرکت در جلسات آموزشی مربوط انجام دهید. به مراجعان در تهیه طرح کسب‌وکارشان کمک کنید.

۵-۵-۲-۷-۹-۹. مذاکره‌های سه‌جانبه (مددکار، کارفرما و مراجع) می‌توانند به مراجع و کارفرما برای درک مناسب از موقعیت کمک کنند. برای این مذاکره‌ها برنامه‌ریزی و هر یک از طرفین را برای حضور در جلسه آماده کنید. در طول جلسه به آن‌ها کمک کنید بهبودی مراجع را در اولویت قرار دهند و در عین حال راه‌هایی را جست‌وجو کنند که منافع کارفرما نیز تا حد ممکن تأمین شود.

۵-۵-۲-۷-۹-۱۰. تیم مداخله را از فرایند توان‌بخشی شغلی مراجع مطلع کنید. اطلاعاتی را که اعضای تیم مداخله در مورد وضعیت مراجع گزارش می‌کنند، در برنامه‌ریزی توان‌بخشی شغلی در نظر بگیرید.

۵-۵-۲-۷-۹-۱۱. برای تأمین منابع مورد نیاز برای راه‌اندازی یا توسعه کسب‌وکار توسط مراجع حمایت‌یابی‌های لازم را انجام دهید.

۵-۵-۲-۷-۹-۱۲. توصیه می‌شود پرداخت وام با سود کم (و نه کمک‌های بلاعوض) را برای راه‌اندازی یا توسعه کسب‌وکار مراجعان با اولویت پی‌گیری کنید. در نظر گرفتن فرصت (دوره خواب) برای آغاز پرداخت اقساط و بازپرداخت وام در طولانی‌مدت از جمله مهم‌ترین مواردی هستند که باید در تأمین اعتبار مورد نیاز برای راه‌اندازی یا توسعه کسب‌وکارهای کوچک مورد توجه قرار گیرند.

۵-۵-۲-۷-۹-۱۳. راه‌اندازی صندوق اعتبارات خرد می‌تواند یکی از روش‌های تأمین اعتبار مورد نیاز برای راه‌اندازی و توسعه کسب‌وکار تلقی شود. امکان راه‌اندازی چنین صندوقی را در میان مراجعانی که ثبات بیشتری دارند، بررسی کنید و ضمن دریافت مشاوره‌های فنی در این خصوص، افراد دارای شرایط را برای تشکیل صندوق حمایت کنید. در نظر داشته باشید که اعطای وام در چنین صندوقی باید منوط به ارائه طرح کسب‌وکار توسط مراجع باشد.

۱۰-۷-۲-۵-۵. بیمه

۱۰-۷-۲-۵-۵. مراجعان را از نحوه قرار گرفتن تحت پوشش بیمه‌های درمان و دریافت دفترچه بیمه درمان آگاه کنید.

۱۰-۷-۲-۵-۵. در صورتی که مراجعان شاغل هستند، اطلاعات لازم را در مورد بیمه اجتماعی در اختیار آن‌ها قرار دهید. در بسیاری موارد مراجعان شاغل برای اقداماتی مانند جمع‌آوری سوابق بیمه، شرایط برخورداری از مزایای بیمه بی‌کاری و از کارافتادگی، بیمه بازنشستگی و نظایر آن‌ها نیاز به مشاوره دارند. اطلاعات لازم را در این موارد در اختیار آن‌ها قرار دهید و در صورت لزوم برای دریافت مشاوره بیشتر آن‌ها را به مشاوران بیمه ارجاع دهید.

۱۱-۷-۲-۵-۵. مشکلات قانونی

۱۱-۷-۲-۵-۵. بسیاری از مراجعان به دلیل سوءمصرف مواد با مشکلات قانونی مواجه شده‌اند. برطرف نشدن مشکلات مذکور می‌تواند در مواردی عاملی برای لغزش و عود تلقی شود. از این رو لازم است مداخلاتی را برای کاهش تأثیر مشکلات قانونی انجام دهید. مذاکره با شاکیان احتمالی، میانجی‌گری و ارجاع برای دریافت مشاوره حقوقی می‌توانند بخشی از مداخلات مددکاری اجتماعی در این زمینه باشند.

۱۱-۷-۲-۵-۵. فقدان اسناد هویتی یکی از شایع‌ترین مسائلی است که در میان گروه هدف مشاهده می‌شود. اطلاعات لازم را در مورد نحوه پی‌گیری برای دریافت اسناد هویتی در اختیار مراجع قرار دهید و در صورت لزوم او را در این کار با مکاتبه، تماس تلفنی و مذاکره با مراجع ذی‌ربط و... یاری کنید.

۱۱-۷-۲-۵-۵. اختلاف میان مراجع و کارفرمایش از جمله مواردی است که در طول دوره بهبودی بارها بروز می‌کند. لازم است ضمن آموزش مهارت‌های ارتباطی در محیط کار، در صورت نیاز اقدامات لازم را برای مدافعه‌گری به نفع مراجع انجام دهید.

۱۲-۷-۲-۵-۵. مسکن

۱۲-۷-۲-۵-۵. جابه‌جایی مسکن یکی از دغدغه‌هایی است که در برخی موارد می‌تواند زمینه را برای عود فرد در حال بهبودی فراهم کند. در شرایطی که مسکن قبلی به‌عنوان برانگیزاننده بر فرایند بهبودی فرد تأثیر می‌گذارد، با اولویت به جابه‌جایی محل اسکان او توجه کرده و او را در این مورد توجیه کنید.

۱۲-۷-۲-۵-۵. در صورتی که جست‌وجوی مسکن مناسب توسط مراجع می‌تواند مخاطراتی را برای بهبودی او به همراه داشته باشد، بهتر است در این فرایند توسط حامیان بهبودی یا مددکار اجتماعی همراهی شود.

۳-۱۲-۷-۲-۵. در صورتی که مراجع با مشکل جدی در تأمین هزینه‌های رهن، اجاره و تعمیرات مسکن مواجه است، با هماهنگی مدیر مرکز تمهیدات لازم را برای تأمین هزینه‌های مذکور ببیند.

۱۳-۷-۲-۵. مدیریت مشروط

۱-۱۳-۷-۲-۵. از تکنیک‌های شناختی- رفتاری برای تنظیم سیستم پاداش‌دهی به مراجعان بهره بگیرید. از آنجایی که در ماه‌های اول بهبودی پرداخت‌های نقدی به مراجعان می‌تواند عامل شروع وسوسه مصرف در آن‌ها شود، پیشنهاد می‌شود در این دوره از پرداخت‌های غیرنقدی مشروط استفاده کنید.

۲-۱۳-۷-۲-۵. بر اساس میزان مشارکت مراجع و پیشرفت او در برنامه مداخله توافق‌شده (میان مراجع و مددکار اجتماعی) برای پرداخت‌های نقدی و غیرنقدی مشروط تصمیم‌گیری کنید. شروط را با تمرکز بر ادامه ارتباط مراجع با مرکز، کاهش یا حذف رفتارهای پرخطر، تغییر رفتارهای معتادگونه، مشارکت در برنامه‌های مراقبت دوره بارداری، همکاری در زایمان ایمن، توجه به امنیت و سلامت کودکان تحت سرپرستی و مراقبت مراجع و نظایر آن‌ها قرار دهید.

۳-۱۳-۷-۲-۵. از جمله تقویت‌کننده‌هایی که در مدیریت مشروط می‌توانید مورد توجه قرار دهید، می‌توان به تأمین کالا، بلیت رفت‌وآمد، کارت مترو، پرداخت هزینه‌های تحصیل، پرداخت هزینه آموزش‌های حرفه‌ای و مهارت‌آموزی، بن مواد غذایی، بن پوشاک، تخفیف‌های درمان اعتیاد اعضای خانواده، تخفیف‌های درمانی مراجع، امکانات ورزشی و تسهیلات فرهنگی، امتیازهای بالینی، تقویت‌کننده‌های اجتماعی مانند اعطای مسئولیت در مرکز، تشویق‌های کلامی در جمع و مشارکت دادن مراجع در برنامه‌های مرکز اشاره کرد.

۴-۱۳-۷-۲-۵. لازم است برای انتخاب تقویت‌کننده‌ها و شروط با تیم مداخله هماهنگ شوید و سپس مراجع را نیز در انتخاب آن‌ها مشارکت دهید.

۸-۲-۵. مداخلات مددکاری گروهی با مراجعان

۱-۸-۲-۵. برای اداره جلسات مددکاری گروهی در مراکز خدمات پس از ترخیص با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور ویژه از روش‌های آموزشی-مشاوره‌ای و فعالیت) استفاده کنید.

۲-۸-۲-۵. آموزش و مشاوره در مورد روش‌های پیشگیری از وسوسه مصرف و پیشگیری از عود با تأکید بر برانگیزاننده‌های بیرونی، مدیریت لغزش، ارتباط با خانواده، مهارت ارتباط مؤثر، تعهد به درمان، اوقات فراغت و تفریح، معنویت، کار و اشتغال می‌توانند مهم‌ترین موضوعات برگزاری جلسات گروهی با مراجعان باشند.

۳-۸-۲-۵. آدرس جلسات گروه‌های خودیار بهبودیافتگان و خانواده آن‌ها (مانند AA، NA، نارائان، الانان، نارائین، الاتین و نظایر آن‌ها) را در اختیار مراجعان قرار دهید.

۵-۵-۲-۸-۴. در صورتی که دسترسی به جلسات گروه‌های خودیار برای اغلب مراجعان و خانواده آن‌ها دشوار است، اقدامات لازم را برای برگزاری این جلسات در مرکز انجام دهید.

۵-۵-۲-۸-۵. لازم است تشکیل گروه‌های فعالیت و اوقات فراغت به‌طور مشخص توسط مددکار اجتماعی برنامه‌ریزی و اجرا شوند. موضوع گروه‌های مذکور با توجه به شرایط مراجعان و امکانات مرکز می‌تواند بسیار متنوع باشد. به‌عنوان مثال برنامه‌ریزی و اجرای یک اردوی نیم‌روزی می‌تواند موضوع یک گروه فعالیت قرار گیرد. در نظر داشته باشید در این نوع گروه مشارکت اعضا در برنامه‌ریزی و اجرا بسیار اهمیت دارد.

۵-۵-۲-۹. مداخلات مددکاری اجتماعی با خانواده

- ۵-۵-۲-۹-۱. قبل از هر نوع مداخله‌ای در مورد خانواده مراجعان، جلساتی را با آن‌ها ترتیب دهید و موضوعات زیر را در جلسات مذکور بررسی و پی‌گیری کنید:
 - ۵-۵-۲-۹-۱-۱. اطلاعات تکمیلی در مورد مراجع
 - ۵-۵-۲-۹-۱-۲. الگوی ارتباطی خانواده
 - ۵-۵-۲-۹-۱-۳. افراد تأثیرگذار در خانواده
 - ۵-۵-۲-۹-۱-۴. دانش و اطلاعات اعضای خانواده در مورد اعتیاد و درمان آن
 - ۵-۵-۲-۹-۱-۵. نگرش‌ها و باورهای نادرست در مورد اعتیاد و درمان آن
 - ۵-۵-۲-۹-۱-۶. شبکه حمایتی خانواده
- ۵-۵-۲-۹-۲. بهتر است علاوه بر این که جلسات را با حضور همه اعضای خانواده برگزار می‌کنید، جلساتی را نیز با هر یک از اعضا داشته باشید. این اقدام به شما کمک می‌کند اطلاعات دقیق‌تری را در مورد خانواده مراجع به دست آورید.
- ۵-۵-۲-۹-۳. در صورت لزوم برای تکمیل اطلاعات در مورد مراجع و خانواده‌اش بازدید منزل انجام دهید.
- ۵-۵-۲-۹-۴. در صورت نیاز می‌توانید جلسات با اعضای خانواده مراجع را در منزل آن‌ها برگزار کنید.
- ۵-۵-۲-۹-۵. پس از کسب اطلاعات لازم در مورد خانواده مراجع برای مداخله در سطح خانواده برنامه‌ریزی کنید. لازم است مشارکت اعضای خانواده را تا حد امکان برای مداخلات مرتبط با آن‌ها جلب کنید. مهم‌ترین هدف در برنامه‌ریزی به منظور مداخله در سطح خانواده، افزایش مشارکت مؤثر خانواده در فرایند بهبودی و فعال شدن خانواده برای درمان است.
- ۵-۵-۲-۹-۶. برگزاری جلسات مشترک با اعضای خانواده و مراجع (و در صورت لزوم حامیان بهبودی مراجع) پس از آماده کردن طرفین توصیه می‌شود. بهبود روابط خانواده با مراجع و آماده کردن آن‌ها برای پذیرش و حمایت سالم از مراجع مهم‌ترین اهدافی هستند که در این جلسات باید پی‌گیری شوند.

۷-۹-۲-۵. از آن جایی که اغلب خانواده‌ها تصور می‌کنند، دوره درمان برای بهبودی فرد کفایت می‌کند، فرد در حال بهبودی را از ادامه ارتباط با مراکز خدمات پس از ترخیص باز می‌دارند و خود خانواده نیز در فرایند مداخلات پس از ترخیص مشارکت نمی‌کنند. از این رو ضرورت دارد برای آگاه کردن خانواده از ماهیت بیماری اعتیاد و نحوه درمان و بهبودی برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۸-۹-۲-۵. هم‌وابستگی در خانواده معتادان مشکلی است که درمان آن نیاز به توجه جدی دارد. علاوه بر تلاش برای جلب همکاری و مشارکت خانواده در فرایند بهبودی، ترغیب اعضای خانواده برای درمان هم‌وابستگی را در تمام اقدامات مربوط به آن‌ها مدنظر قرار دهید.

۹-۹-۲-۵. به اعضای خانواده کمک کنید الگوهای بیمارگونه ارتباطی در خانواده را بشناسند و برای تغییر این الگوها با مشارکت اعضای خانواده برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۱۰-۹-۲-۵. روش‌های مناسب برای رفتار صحیح با فرد در حال بهبود را به خانواده آموزش دهید.

۱۱-۹-۲-۵. اعضای خانواده را از عوامل زمینه‌ساز لغزش و عود آگاه کنید.

۱۲-۹-۲-۵. اعضای خانواده را با گروه‌های همتایی که برای درمان هم‌وابستگی تلاش می‌کنند، آشنا و آن‌ها را ترغیب کنید در جلسات گروه‌های همتا به‌طور فعال مشارکت کنند.

۱۳-۹-۲-۵. در قالب مصاحبه انگیزشی اعضای خانواده و حامیان بهبودی را از دشواری‌های بهبودی، عوامل مؤثر بر عود و بازگشت به مصرف آگاه کرده و حمایت مؤثر آن‌ها را در زمینه تغییر رفتار و افکار اعتیادی مراجع و حمایت‌های تعیین‌کننده آن‌ها در زمینه اشتغال به کار، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی و... جلب کنید

۱۴-۹-۲-۵. تکنیک‌های خانواده‌درمانی ساختاری/استراتژیک را برای اهداف درمانی بلندمدت و «درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر راه‌حل» را برای مداخلات کوتاه‌مدت در مورد خانواده به کار بگیرید.

۱۵-۹-۲-۵. در صورتی که خانواده مراجع حاضر به همکاری نبوند، از تکنیک‌های خانواده‌درمانی یک‌جانبه استفاده کنید.

۱۶-۹-۲-۵. در صورتی که مراجع سابقه سوءمصرف مواد محرک را داشته است، می‌توانید از بسته پیش‌بینی‌شده ویژه خانواده در مدل ماتریکس بهره بگیرید.

۱۷-۹-۲-۵. با حضور تعدادی از خانواده‌ها می‌توانید جلسات مددکاری گروهی را برگزار کنید. به ترکیب گروه‌های خانواده دقت کنید و متناسب با اهدافی که برای گروه در نظر می‌گیرید، اعضا را دعوت کنید. احتمالاً گروه والدین، گروه همسران، فرزندان یا گروه‌هایی متشکل از چند خانواده (با همه اعضا) می‌توانند در گروه‌های خانواده دعوت شوند.

۱۸-۹-۲-۵. برای اداره جلسات مددکاری گروهی با خانواده مراجعان با اولویت از رویکرد توسعه (به‌طور

ویژه از روش آموزشی-مشاوره‌ای) استفاده کنید.

۱۹-۲-۵-۵. آموزش و مشاوره در مورد ماهیت اعتیاد و سبب‌شناسی آن، وسوسه مصرف، شروع کننده‌ها، لغزش و عود و نحوه پیشگیری از آن‌ها، نحوه مدیریت لغزش، نحوه تعامل با فرد در حال بهبودی، هم‌وابستگی و درمان آن و حمایت سالم از فرد در حال بهبود از جمله مهم‌ترین موضوعاتی هستند که در جلسات گروهی با خانواده مراجعان باید مطرح شوند.

۲۰-۲-۵-۵. در مواردی احتمال دارد علاوه بر فرد در حال بهبودی، فرد یا افراد در حال مصرف دیگری در منزل حضور داشته باشند. لازم است خانواده را در مورد شیوه درست تعامل با فرد در حال مصرف آگاه کنید.

۲۱-۲-۵-۵. احتمال بروز خشونت و آزار در خانواده‌های معتادان زیاد است. کودکان، زنان، افراد کم‌توان و سالمندان از مهم‌ترین قربانیان خشونت و آزار در این خانواده‌ها هستند. لازم است این موضوع را در خانواده ارزیابی کنید و در صورتی که بروز خشونت و آزار تأیید شد، در جلسات فردی و خانوادگی آن را مورد توجه قرار دهید. به قربانیان در مورد نحوه پیشگیری از بروز خشونت و آزار و مراقبت از خود آموزش و مشاوره دهید.

۲۲-۲-۵-۵. برای طراحی مداخلات متمرکز بر خانواده مراجع می‌توانید از بسته پیشنهادی خانواده در مدل ماتریکس،^۱ CRA و CRAFT^۲ بهره بگیرید.

۱۰-۲-۵-۵. حمایت از کودکان تحت سرپرستی یا مراقبت مراجع

۱-۲-۵-۵. نسبت به وضعیت کودکانی که تحت سرپرستی و مراقبت مراجعان هستند، حساس باشید. احتمال اعمال انواع آزارها نسبت به این کودکان وجود دارد، بنابراین تأمین شرایط امن و عاری از آزار را برای آن‌ها به‌طور جدی پی‌گیری کنید و حمایت از این کودکان را در اولویت قرار دهید.

۲-۲-۵-۵. مطمئن شوید سرپرست و مراقب کودک آموزش‌های فرزندپروری را دریافت می‌کند.

۳-۲-۵-۵. در صورتی که ادامه زندگی کودک با مراجع می‌تواند زمینه آزار و خشونت علیه او را فراهم کند، پی‌گیری‌های لازم را برای مراقبت مناسب از کودک انجام دهید. قبل از هر چیز امکان سپردن کودک را به بستگان دارای شرایط برای مراقبت بررسی کنید. در صورتی که در میان بستگان فرد دارای شرایط وجود نداشت، سپردن کودک به مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور را پی‌گیری کنید.

۴-۲-۵-۵. در نظر داشته باشید که بسیاری از مراجعان با توجه به عملکرد قبلی‌شان والدین غیرمؤثری بوده‌اند و احتمالاً حداقل تا مدتی پس از آغاز درمان نیز نمی‌توانند شرایط ایده‌آلی برای فرزندشان فراهم کنند. اغلب آن‌ها از این‌که نتوانند فرزندشان را پس از متعادل شدن شرایط باز پس گیرند، نگرانی‌های بسیاری دارند.

۱. Community Reinforcement Approach .

۲. Community Reinforcement Approach and Family Training .

به این نگرانی‌ها توجه کنید و به والدین کمک کنید منافع فرزندشان را با اولویت مورد توجه قرار دهند.

۵-۲-۱۰-۵. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از امکان تحصیل برخوردار می‌شوند. در صورتی که خانواده قادر به تأمین امکانات آموزشی و کمک آموزشی ضروری برای ادامه تحصیل کودکان نبود، با هماهنگی مدیر مرکز نسبت به تأمین امکانات اقدام کنید و در این مورد حمایت‌یابی کنید.

۵-۲-۱۰-۶. غفلت از سلامت کودکان در خانواده‌های معتادان بسیار رایج است. مطمئن شوید که کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و به موقع برخوردار می‌شوند.

۵-۲-۱۰-۷. احتمال اعتیاد یا ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت را در مورد کودکان تحت مراقبت و سرپرستی مراجعان بررسی کنید. برای این منظور کودک را به پزشک تیم مداخله ارجاع دهید و پی‌گیری‌های لازم را برای انجام آزمایش‌های تشخیصی صورت دهید. چنانچه کودک به اعتیاد یا هر نوع بیماری مرتبط با آن مبتلا شده است، ارائه خدمات درمانی مربوط را به عنوان اقدام فوری پی‌گیری کنید.

۵-۲-۱۰-۸. بسیاری از مراجعان و خانواده آن‌ها به دلیل این که نمی‌دانند فرزندشان را در طول زمان دریافت مشاوره به چه کسی بسپارند، از مراجعه به مرکز صرف نظر می‌کنند. تلاش کنید در مرکز حمایت پس از ترخیص فضای دوستدار کودک راه‌اندازی شود. کودکان مراجعان می‌توانند در طول زمان مشاوره از این فضا استفاده کنند. در عین حال تیم مداخله می‌توانند از این فضا برای ارزیابی اولیه کودک و انجام بازی درمانی بهره بگیرند.

۵-۲-۱۰-۹. فضای دوستدار کودک ضرورتاً نیاز به امکانات پرهزینه ندارد. با حداقل امکانات نیز می‌توانید چنین فضایی را راه‌اندازی کنید.

۵-۲-۱۱. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند حمایت‌یابی

۵-۲-۱۱-۱. انگ اجتماعی در مورد اعتیاد، معتادان و خانواده آن‌ها موجب می‌شود حمایت‌یابی برای این گروه کار دشواری باشد. از سوی دیگر یک مرکز به تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی همه نیازهای مراجعان و خانواده آن‌ها در دوره پس از ترخیص باشد. حمایت‌یابی یکی از ابزارهایی است که می‌تواند شرایط را برای ارائه خدمات متنوع و متناسب با نیاز مراجعان و خانواده آن‌ها فراهم کند.

۵-۲-۱۱-۲. برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی و اقدام کنید. برای این منظور حمایت‌کنندگان بالقوه را شناسایی کنید و در مورد روش تعامل با آن‌ها تصمیم‌گیری کنید. در نظر داشته باشید که یک روش به تنهایی نمی‌تواند برای حمایت‌یابی در همه عرصه‌ها مؤثر واقع شود و احتمال دارد لازم باشد برای هر مخاطب یک روش ویژه را در نظر بگیرید.

۵-۵-۲-۱۱-۳. برای توجیه مخاطبان اصول اخلاقی را مدنظر قرار دهید و به‌طور ویژه از اغراق، اظهارات غیرواقعی، نقض گمنامی و فاش کردن اسرار مراجعان و خانواده آن‌ها پرهیز کنید.

۵-۵-۲-۱۱-۴. در صورتی که می‌خواهید برای حمایت‌یابی مشخصات و جزئیات مشکل مراجعتان را با مخاطبان در میان بگذارید، حتماً رضایت آگاهانه مراجعتان را دریافت کنید.

۵-۵-۲-۱۱-۵. لازم است در گام اول برای حساس‌سازی و آگاه‌سازی مخاطبان اقدام کنید. به این موضوع توجه کنید که گاهی این اقدام نیاز به صرف زمان قابل توجهی خواهد داشت.

۵-۵-۲-۱۱-۶. در فرایند حمایت‌یابی به انواع حمایت‌ها (اعم از حمایت‌های روانی-عاطفی، اجتماعی، شغلی، آموزشی، مادی و...) توجه کنید.

۵-۵-۲-۱۱-۷. تأمین نیازهای پایه مراجع را با اولویت در برنامه‌های حمایت‌یابی مورد توجه قرار دهید.

۵-۵-۲-۱۱-۸. تا حد امکان از مشارکت مراجعانتان در حمایت‌یابی بهره بگیرید. به مراجع بیاموزید چگونه می‌تواند برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی کند. در طول فرایند حمایت‌یابی مراجع را راهنمایی و حمایت کنید.

۵-۵-۲-۱۱-۹. به حمایت‌کنندگان به صورت منظم بازخورد دهید و بازخوردهای آن‌ها را در مورد عملکرد خود دریافت کنید. رعایت دقت و نظم در ارائه گزارش به حمایت‌کنندگان بالقوه ادامه حمایت توسط آن‌ها را تا اندازه زیادی تضمین می‌کند.

۵-۵-۲-۱۱-۱۰. بازخورد مراجعان را در مورد حمایت‌یابی‌های انجام‌شده دریافت و در برنامه‌ریزی‌های بعدی به آن‌ها توجه کنید.

۵-۵-۲-۱۲. وظایف مددکار اجتماعی به منظور مداخله در بحران

۵-۵-۲-۱۲-۱. احتمال این‌که گروه هدف مراکز حمایت‌های پس از ترخیص به دلیل سابقه رفتارهای پرخطر به بیماری‌هایی مانند ایدز و هیپاتیت مبتلا شده باشند، وجود دارد. پس از اعلام نتایج آزمایش ایدز و هیپاتیت بروز بحران از واکنش‌های معمول بیماران و اعضای خانواده آن‌هاست و مددکار اجتماعی در این زمینه موظف است که در زمینه سازگاری با بحران ایجادشده بیمار و خانواده او را حمایت کرده و برنامه درمانی معینی پس از سپری شدن دوره بحران جهت توانمندسازی آن‌ها تدوین و اجرا کنید.

۵-۵-۲-۱۲-۲. مطمئن شوید که مشاوره‌های لازم در چهارچوب VCT در کلینیک‌های مثلی یا در مرکز حمایت پس از ترخیص توسط یکی از اعضای تیم مداخله به مراجع داده می‌شود.

۵-۵-۲-۱۲-۳. به بیمار کمک کنید خانواده‌اش را از بیماری‌اش مطلع کند و با برگزاری جلسات مشاوره، خانواده را در پذیرش فرد مبتلا کمک کنید.

۵-۵-۲-۱۲-۴. از دست دادن سرپناه و روبه‌رو شدن با مشکل جدی در تأمین نیازهای اولیه نیز می‌تواند

مراجع را با شرایط بحرانی مواجه کند. در چنین شرایطی مطابق توضیحات اشاره شده ذیل «پاسخ به نیازهای فوری» اقدام کنید.

۱۳-۲-۵. وظایف مددکار اجتماعی در طراحی و استفاده از سیستم ارجاع

۱-۱۳-۲-۵. سازمان‌ها و مؤسساتی را که می‌توانند خدماتی را به افراد در حال بهبودی ارائه دهند، شناسایی کنید و متناسب با نیاز، مراجع را به آن‌ها ارجاع دهید.

۲-۱۳-۲-۵. در صورت نیاز مراجع را به دیگر اعضای تیم مداخله ارجاع دهید.

۳-۱۳-۲-۵. قبل از ارجاع هماهنگی‌های لازم را با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انجام دهید. برای ارجاع مناسب‌ترین روش را برای معرفی مراجع به فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انتخاب کنید و پس از ارجاع نیز نحوه تعامل مراجع با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را پی‌گیری کرده و مطمئن شوید که خدمات مورد نظر به مراجع ارائه شده است. در صورتی که خدمات به‌طور مناسبی ارائه نشده باشند، لازم است پی‌گیری لازم را برای تحقق این کار انجام دهید.

۴-۱۳-۲-۵. در صورت لزوم گزارش مختصری از وضعیت مراجع یا خانواده‌اش به فرد حرفه‌ای، سازمان یا مؤسسه مقصد ارائه کنید.

۱۴-۲-۵. وظایف مددکار اجتماعی در تعامل با تیم مداخله

۱-۱۴-۲-۵. با تیم مداخله همکاری نزدیک داشته باشید و در جلسه‌های تیم مداخله به‌طور منظم و فعال شرکت کنید.

۲-۱۴-۲-۵. در مورد فعالیت‌هایی که بر اساس دستورالعمل‌ها، هر یک از اعضای تیم مداخله می‌توانند آن‌ها را انجام دهند (مانند مصاحبه انگیزشی)، در جلسات تیم مداخله گفت‌وگو کنید و مطابق تقسیم وظیفه صورت گرفته توسط تیم مداخله مستقر در مرکز عمل کنید.

۳-۱۴-۲-۵. در جلسات تیم مداخله از عدم هم‌پوشانی، تعارض و تداخل مداخلات مددکاری اجتماعی با مداخلات سایر اعضای تیم مداخله مطمئن شوید. در این مورد در جلسات تیم مداخله گفت‌وگو کرده و بر اساس تصمیم‌های تیم مداخله اقدام کنید.

۴-۱۴-۲-۵. این راهنما مبنای اصلی تعیین مرزهای مداخلات مددکار اجتماعی با سایر اعضای تیم درمان محسوب می‌شود. اعضای تیم مداخله را با خدمات پیش‌بینی شده در این راهنما آشنا کنید و ارائه این خدمات را توسط مددکار اجتماعی دارای شرایط با حساسیت پی‌گیری کنید.

۵-۱۴-۲-۵. روند ارائه خدمات به مراجع را با سایر اعضای تیم درمان در میان بگذارید و اطلاعات مربوط

به مراجع را از سایر اعضای تیم مداخله به‌طور منظم جویا شوید.

۱۵-۲-۵. وظایف مددکار اجتماعی در مستندسازی و گزارش‌نویسی

۱-۱۵-۲-۵. برای هر یک از مراجعان پرونده مددکاری اجتماعی جداگانه تشکیل دهید و همه اقدامات مددکاری اجتماعی (اعم از خدماتی که در مرکز ارائه می‌شوند، پی‌گیری‌ها و ارجاع‌ها) در مورد مراجع و خانواده‌اش را با ذکر تاریخ در پرونده مددکاری او ثبت کنید.

۲-۱۵-۲-۵. از اشاره‌های مبهم در پرونده و درج کدهایی که عمومیت ندارند، خودداری کنید.

۳-۱۵-۲-۵. در کوتاه‌ترین زمان پس از اجرای اقدامات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی، گزارشتان را تهیه و در پرونده ثبت کنید.

راهنمای مددکاران اجتماعی در
پیشگیری اجتماع محور از عود
اعتیاد

۱-۶. مقدمه

عود که بازگشت به مصرف سنگین الکل یا مواد مخدر پس از یک دوره پرهیز از آن‌ها تعریف شده است، رویدادی بسیار رایج پس از درمان اعتیاد است (لاریمر و همکاران، ۱۹۹۹؛ دیلی و همکاران، ۲۰۰۳؛ بوسرت و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویتکیوتز و مارلات، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای که هانت و دیگران (۱۹۷۱) در مورد معتادان به هرویین، سیگار و الکل انجام دادند، مشاهده شد که تقریباً دوسوم آن‌ها ظرف سه ماه اول پس از خاتمه درمان عود کرده بودند (به نقل از کانرز و همکاران، ۲۰۰۱).

در رویکردهایی که بر پرهیز کامل استوار هستند، لغزش یا یک بار مصرف الکل یا مواد مخدر پس از قطع مصرف هم شکست در درمان تلقی می‌شود. به این ترتیب تعداد کسانی که ظرف یک سال اول شکست در درمان را تجربه می‌کنند، به ۹۰ درصد نیز می‌رسد. میزان عود بین ماه‌های ۳ تا ۱۲ پس از درمان برای مراجعانی که در سه ماه اول بازگشت نداشتند، آشکارا بسیار پایین‌تر از میزان عود در سه ماه اول پس از درمان است (کانرز و همکاران، ۲۰۰۱؛ دیلی و همکاران، ۲۰۰۳). با استناد به این یافته‌ها پیشگیری از عود بلافاصله پس از درمان اهمیت ویژه‌ی دارد.

آمار دقیقی از معتادانی که پس از خاتمه درمان (صرف‌نظر از روش درمانی) عود داشته‌اند، وجود ندارد، چراکه در برنامه‌های درمانی کنونی به‌ندرت وضعیت بیمار پس از خاتمه درمان به‌طور فعال پی‌گیری می‌شود. عود رویداد بالقوه خطرناکی است. وقتی بیمار پس از یک دوره پرهیز مجدداً سوءمصرف مواد را آغاز می‌کند، به‌سرعت مقدار مصرف خود را به مقدار پیش از قطع مصرف یا حتی بیش از آن افزایش می‌دهد. افزایش کوتاه‌مدت مقدار مواد مصرفی می‌تواند به مشکلات جسمی و روانی حاد و در مواردی به مرگ منجر شود. در

عین حال شکست های مکرر در درمان اعتماد فرد را به برنامه های درمانی به طور جدی خدشه دار کرده و نگرش خانواده و اجتماع را بیش از پیش نسبت به بیمار منفی می کند.

اگرچه عوامل تأثیرگذار فردی و بین فردی بسیاری که مؤثر بر عود هستند، در مطالعات مختلف به طور جداگانه مورد توجه قرار گرفته اند، به نظر می رسد عود ناشی از عوامل چندگانه ای است که به صورت هم زمان بروز می کنند (کانرز و همکاران، ۲۰۰۱؛ دیلی و همکاران، ۲۰۰۳). مدل های مختلفی برای تبیین فرایند عود پیشنهاد شده اند. مدل شناختی- رفتاری مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، مدل تعاملی فرد- موقعیت لیتمن (۱۹۸۶)، مدل خودکارآیی و تجربه های پیامدی آنیس و همکاران (۱۹۸۶)، مدل ولع و از دست دادن کنترل لودویگ و ویکلر (۱۹۷۴)، مدل اشتیاق ها و ولع های تیفانی و وایز (۱۹۹۰، ۱۹۹۲، ۱۹۸۸)، فرایند مخالف سولومون (۱۹۸۰) و نشانگان پس از سم زدایی گورسکی و میلر (۱۹۷۹) از جمله مدل هایی هستند که فرایند عود را تبیین و برای پیشگیری از بروز آن راهبردهایی را پیشنهاد کرده اند.

اغلب روش های درمانی در پیشگیری از عود، پی گیری و حمایت پس از خاتمه درمان بسیار ضعیف و ناکارآمد عمل کرده اند یا اساساً برنامه های پیشگیری از عود را نادیده گرفته اند. با اطمینان می توان گفت که در بسیاری موارد بیماران پس از درمان از حمایت های اجتماعی بهره مند نمی شوند، در حالی که بلافاصله پس از آغاز دوره پرهیز از مصرف با مشکلات متعددی روبه رو می شوند که بدون دریافت حمایت های لازم قادر به برطرف کردن آن ها نیستند. از جمله می توان به مشکلات ارتباطی با خانواده، مشکلات حقوقی باقی مانده از دوره مصرف، بی کاری و... اشاره کرد.

مداخلات اجتماع محور بر اساس یکی از مهم ترین رویکردهای مددکاری جامعه ای انجام می گیرند که به توسعه محلی مشهور است. مشارکت، افزایش سرمایه اجتماعی، تشکل مردم در سازمان های غیررسمی و ظرفیت سازی برای توانمندسازی گروه های مختلف مهم ترین محورهای این رویکرد است (پین، ۲۰۰۵؛ توئلوتریز، ۲۰۰۲؛ اقلیما و عادلایان راسی، ۱۳۸۸). این مداخلات برای درمان و بازتوانی بیماران روانی به طور گسترده ای به کار گرفته شده است (برای مثال نگاه کنید به کومار و اسریناس، ۲۰۰۹؛ بلوم، ۲۰۰۹؛ هیون و همکاران، ۲۰۰۸؛ استیلیانیدیس و همکاران، ۲۰۰۸؛ واکر، ۲۰۰۶؛ آلتمن و ویلجز، ۲۰۰۴). رویکرد اجتماع محور برای ارتقای سلامت، برنامه های پیش گیرانه و مراقبت های بلند مدت در اجتماعات محلی نیز کاربرد فراوانی داشته (برای مثال نگاه کنید به پالی، ۲۰۰۹؛ ایزریل و همکاران، ۲۰۰۵؛ بین اسمیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ ورزباخ، ۲۰۰۴؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۴) و اثرگذاری آن مورد تأیید قرار گرفته است.

تعیین کننده های زیست شناختی (نگاه کنید به اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷)، تعیین کننده های روان شناختی (نگاه کنید به مکرری و همکاران، ۱۳۸۷؛ کلدی و مهدوی، ۱۳۸۲؛ دلاورپور و همکاران، ۱۳۸۷؛ لاریمر و همکاران، ۱۹۹۹؛ ویتکیویتز، ۲۰۰۴؛ مارلات و دانوان، ۲۰۰۵؛ قربانی، ۱۳۸۷؛ گرینفیلد، ۲۰۰۳؛ معارف وند، ۱۳۸۱) و

تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی (نگاه کنید به معارف‌وند، ۱۳۸۱؛ امینی و همکاران، ۱۳۸۲؛ کلدی و مهدوی، ۱۳۸۲؛ مکرری و همکاران، ۱۳۸۷) در پژوهش‌های مختلفی بررسی شده‌اند. اغلب مداخلات پیشگیری از عود توجه خاصی به ابعاد فردی و تعیین‌کننده‌های روان‌شناختی عود نشان داده‌اند و تعیین‌کننده‌های اجتماعی معمولاً مورد غفلت واقع شده‌اند. برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد در ایران کمترین توجه را به مداخلات پیشگیری از عود نشان داده‌اند و در مواردی که مداخلاتی مانند ماتریکس به این منظور اجرا می‌شوند، تمرکز بر بعد فردی است و حتی برای خانواده نیز مداخله‌ای در نظر گرفته نمی‌شود. این در حالی است که بررسی‌ها نشان داده‌اند توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی در برنامه‌های پیشگیری از عود می‌تواند ماندگاری در درمان را به‌طور معناداری افزایش دهد (معارف‌وند و همکاران، ۱۳۹۰). در این راهنما پی‌گیری فعال و پیشگیری از عود به روش اجتماع محور و فراهم کردن امکان افزایش اثربخشی و پایداری بهبودی معتادان درمان شده مورد توجه قرار گرفته است. اجرای این مداخلات می‌تواند زمینه را برای کاهش احتمال بازگشت به اعتیاد و در پی آن کاهش احتمال مرگ‌های ناشی از عود فراهم کند.

۶-۲. هدف از تنظیم راهنما

- ۶-۲-۱. تعیین چهارچوب مداخله مددکاری اجتماعی به منظور پیشگیری اجتماع محور از عود اعتیاد
- ۶-۲-۲. ارائه راهکارهای حرفه‌ای مبتنی بر چهارچوب‌های علمی مددکاری اجتماعی در مداخله پیشگیری اجتماع محور از عود اعتیاد
- ۶-۲-۳. یکسان‌سازی خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی در مداخله پیشگیری اجتماع محور از عود اعتیاد
- ۶-۲-۴. ارائه شرح وظایف مشخص مددکاران اجتماعی در فرایند مداخله پیشگیری اجتماع محور از عود اعتیاد
- ۶-۲-۵. مشخص کردن مرزهای مداخلات مددکاری اجتماعی با سایر مداخلات در تیم درمان

۶-۳. اهداف مداخله مددکاری اجتماعی در پیشگیری اجتماع محور از عود

- ۶-۳-۱. سرعت بخشیدن به بازسازی شبکه روابط اجتماعی و بازگشت فرد به جامعه
- ۶-۳-۲. کاهش عوامل تهدیدکننده عود در اجتماع محلی
- ۶-۳-۳. تقویت یا ایجاد عوامل حمایت‌کننده از بهبودی مراجع در اجتماع محلی
- ۶-۳-۴. کاهش احتمال عود در معتادان بهبودیافته، به‌خصوص در ماه‌های اول پس از ترخیص

۶-۴. تعریف مفاهیم

۱-۴-۶. مددکار اجتماعی

در این راهنما منظور همه افرادی هستند که دارای شرایط زیر باشند:

- ۱-۴-۶-۱. فارغ التحصیل رشته مددکاری اجتماعی حداقل در مقطع کارشناسی
- ۱-۴-۶-۲. ارائه مدارک و گواهی‌های معتبر مبنی بر سپری کردن دوره‌های آموزشی مرتبط که محتوای زیر در آن‌ها ارائه شده باشد:
 - ۱-۴-۶-۲-۱. مبانی (شامل انواع مواد اعتیادآور و عوارض آن‌ها، تعریف اعتیاد، سبب‌شناسی اعتیاد، اختلالات همراه، کلیات کاهش آسیب، کلیات درمان‌های دارویی و غیردارویی و کلیات پیشگیری از اعتیاد)
 - ۱-۴-۶-۲-۲. اختصاصی (مصاحبه انگیزشی، مداخلات اجتماع‌محور، تسهیل‌گری، پروژه‌نویسی محلی، مستندسازی مشارکتی، استراتژی‌های مدیریت لغزش، استراتژی‌های پیشگیری از عود، تکنیک‌های حمایت‌یابی، نحوه مدیریت لغزش و تقویت شبکه اجتماعی)
 - ۱-۴-۶-۳. تجربه مداخله اجتماع‌محور و تسهیل‌گری حداقل در دو اجتماع محلی که حداقل یکی از آن‌ها تا آخرین مرحله مداخله پیش رفته باشد.

۲-۴-۶. اجتماع محلی (از نوع جغرافیایی)

- تعدادی از افراد که در محدوده جغرافیایی مشخصی (اعم از شهری یا روستایی) زندگی می‌کنند یا بخش قابل توجهی از زمان خود را در آن‌جا سپری می‌کنند و نوعی ارتباط اشتراکی و جمعی در میان آن‌ها وجود دارد. اجتماع محلی با ویژگی‌های زیر از سایر گروه‌ها متمایز می‌شود:
- ۱-۴-۶-۲-۱. عضویت، احساس هویت و تعلق
 - ۱-۴-۶-۲-۲. تاریخچه، نظام نمادی مشترک، زبان، شعایر و مراسم مشترک
 - ۱-۴-۶-۲-۳. ارزش‌ها و هنجارهای مشترک
 - ۱-۴-۶-۲-۴. رابطه چهره به چهره و تأثیر متقابل اعضای اجتماع بر همدیگر
 - ۱-۴-۶-۲-۵. نیازها و تعهدات مشترک برای برآوردن آن‌ها

۳-۴-۶. رویکرد اجتماع‌محور

رویکرد اجتماع‌محور رویکردی است که در آن مشارکت افراد محلی برای تشخیص مشکل، اولویت‌بندی و حل آن رکن اساسی تلقی می‌شود. در این رویکرد تسهیل‌گر اجتماع محلی را نسبت به نقش خود در تغییر شرایط موجود حساس و آگاه می‌کند و پس از آن اجتماع محلی برای تغییر شرایط فعال می‌شود.

۴-۴-۶. مشارکت

به این معناست که اجتماع محلی در تمام مراحل، از شناسایی مشکل تا انتخاب و اجرای راه حل، نقش فعال و تعیین کننده داشته باشد.

۵-۴-۶. تسهیل گر

در این پروتکل منظور فردی است که دارای دانش و مهارت های لازم برای برقراری ارتباط و مدیریت اقدامات گروهی است. تسهیل گر به اصول اخلاقی پای بند است. به عبارت ساده تر تسهیل گر کسی است که به گروه در تصمیم گیری و اجرای برنامه های گروهی کمک می کند. او به جای گروه اقداماتشان را انجام نمی دهد، آن ها را به خود و خدماتش وابسته نمی کند و به گونه ای عمل می کند که اعضای گروه بیشترین میزان مشارکت را داشته باشند.

۶-۴-۶. تسهیل گر محلی

فردی بومی و دارای حسن سابقه است که مورد اعتماد مردم محلی است و در طول مداخله اجتماع محور توسط تیم مداخله انتخاب می شود و برای ادامه اقدامات اجتماع محور برای تسهیل گری تحت آموزش قرار می گیرد.

۷-۴-۶. تیم محلی

منظور گروهی از افراد محلی است که به صورت داوطلبانه برای دستیابی به اهداف تعیین شده در مداخله اجتماع محور فعالیت می کند.

۸-۴-۶. فرد مطلع محلی

در جوامع محلی افرادی هستند که می توان به اطلاعات آن ها اعتماد کرد. در این راهنما به عنوان افراد مطلع از آن ها نام برده می شود. افراد مطلع می توانند فرد کلیدی و مؤثری هم باشند، اما همواره این گونه نیست. به این ترتیب احتمال دارد کسانی به عنوان فرد مطلع شناسایی شوند، اما نفوذ و تأثیر لازم را در میان مردم محلی نداشته باشند.

۹-۴-۶. فرد کلیدی و مؤثر

منظور افرادی هستند که مورد اعتماد مردم محلی هستند و بر رفتار آن ها تأثیر می گذارند. مردم محلی برای حل مشکلاتشان از این افراد کمک و راهنمایی می گیرند.

۱۰-۴-۶. تیم مداخله

منظور از تیم مداخله مددکار اجتماعی و مشاوران همتایی هستند که برای اجرای مداخله اجتماع محور با اجتماع محلی به طور مستمر در ارتباط اند.

۱۱-۴-۶. پروژه محلی

مجموعه‌ای از اقدامات هدفمند است که در بازه زمانی مشخصی برای دستیابی به اهداف مورد نظر در مداخله پیشگیری اجتماع محور از عود توسط اعضای اجتماع محلی به اجرا درمی‌آید.

۱۲-۴-۶. حمایت یابی (Advocacy)

حمایت یابی به مفهوم اقدام (شامل مذاکره، اطلاع رسانی و آگاه سازی، پی گیری و...) توسط اجتماع محلی یا مددکار اجتماعی به نمایندگی از طرف اعضای اجتماع محلی و به منظور تأمین منافع آن هاست. در گام های اولیه مداخله اجتماع محور و در شرایطی که اجتماع محلی به دلیل محدودیت های موجود قادر به انجام حمایت یابی نباشد، این اقدامات توسط مددکاران اجتماعی انجام می شود، ولی مددکار اجتماعی در ادامه مداخله بر توانمند کردن اجتماع محلی برای حمایت یابی تأکید دارد.

۱۳-۴-۶. بسیج اجتماعی

به مرحله ای از مداخله اجتماع محور گفته می شود که در آن ذی نفعان در اجتماع محلی نسبت به موضوع مورد نظر تیم مداخله حساس و آگاه می شوند. جلسه یا جلسات بسیج اجتماعی با حضور افراد کلیدی و مؤثر، مردم محلی و حامیان بهبودی برگزار می شوند.

۱۴-۴-۶. پایش مشارکتی

منظور بررسی چگونگی اجرای مداخله اجتماع محور و پروژه ها در حین اجرا با مشارکت فعال اعضای تیم محلی است.

۱۵-۴-۶. ارزش یابی مشارکتی

منظور از ارزش یابی مشارکتی بررسی میزان تحقق اهداف در نظر گرفته شده برای مداخله اجتماع محور در پایان اجرای آن با مشارکت فعال اعضای تیم محلی و مشورت تیم مداخله است.

۱۶-۴-۶. رضایت آگاهانه

منظور از رضایت آگاهانه جلب موافقت داوطلبانه مراجعان یا نمایندگان قانونی آن‌ها پس از ارائه اطلاعات در مورد نوع خدمت، نحوه ارائه و منافع و مضرات احتمالی ناشی از موافقت آن‌ها برای دریافت خدمت است.

۱۷-۴-۶. عوامل محافظ

مجموعه عواملی که می‌توانند معتاد در حال بهبودی را برای ادامه پرهیز حمایت کنند.

۱۸-۴-۶. عوامل خطر

مجموعه عواملی که می‌توانند موجب بروز وسوسه مصرف مواد و در ادامه آن عود اعتیاد در فرد در حال بهبودی شوند.

۱۹-۴-۶. حامی بهبودی

منظور کسی است که بهبودی مراجع برای او اهمیت دارد و برای درمان و مانایی او در پرهیز آماده همکاری است. این فرد می‌تواند عضو خانواده یا بستگان مراجع یا یکی از اعضای اجتماع محلی باشد.

۵-۶. وظایف مددکار اجتماعی در پیشگیری اجتماعی محور از عود

۱-۵-۶. ارزیابی اولیه و انتخاب مراجعان

۱-۵-۶. معیارهای ورود مراجعان به فرایند پیشگیری اجتماعی محور از عود را بررسی کنید. این معیارها شامل موارد زیر می‌شوند:

۱-۵-۶-۱-۱. دارا بودن تحصیلات ابتدایی یا بالاتر

۲-۵-۶-۱-۱-۲. بیمار دوره درمان خود را با موفقیت خاتمه دهد (در مورد درمان‌های نگه‌دارنده اجرای چنین مداخلاتی بر اساس تشخیص مددکار می‌تواند قبل از خاتمه دوره درمان آغاز شود).

۳-۵-۶-۱-۱-۳. بیمارانی که تحت درمان نگه‌دارنده هستند نیز در صورت ارتباط با گروه‌های هم‌تا می‌توانند از مداخلات مورد نظر در این پروتکل بهره‌مند شوند.

۴-۵-۶-۱-۱-۴. مراجع پیش از ورود به برنامه درمانی عضو یک اجتماع محلی بوده باشد.

۵-۵-۶-۱-۱-۵. فرد تصمیم داشته باشد پس از ترخیص از برنامه درمانی به محل زندگی قبلی خود بازگردد.

در مورد بیماران تحت درمان نگه‌دارنده لازم است در طول دوره درمان در اجتماع محلی زندگی کنند.

- ۶-۵-۱-۱-۶. مانع جدی برای بازگشت به اجتماع محلی وجود نداشته باشد.
- ۶-۵-۱-۱-۷. فرد داوطلب ورود به فرایند پیشگیری اجتماع محور از عود باشد.
- ۶-۵-۱-۱-۸. کسانی که بیماری جسمی سختی دارند و نیازمند اقدامات پزشکی هستند، به طوری که قادر به مشارکت در برنامه های مداخله اجتماع محور نیستند، نمی توانند از این روش پیشگیری از عود استفاده کنند.
- ۶-۵-۱-۱-۹. کسانی که مبتلا به روان پریشی (سایکوز) هستند، نمی تواند از این روش پیشگیری از عود استفاده کنند.
- ۶-۵-۱-۱-۱۰. فرد دچار اختلال ضداجتماعی نبوده و به جنایت یا فسق در محله مشهور نباشد.

۶-۵-۲. ارزیابی اولیه و انتخاب اجتماع محلی

- ۶-۵-۲-۱. معیارهای مطلق و نسبی را برای انتخاب محله به منظور انجام مداخله پیشگیری اجتماع محور از عود بررسی کنید. این معیارها شامل موارد زیر می شوند:
- ۶-۵-۲-۱-۱. مردم محلی مشارکت پذیر باشند (محله دارای سابقه انجام فعالیت های مشارکتی باشد، وجود انجمن های مذهبی فعال، گروه های همیار، شورای محلی، سازمان مردم نهاد، همیاران سلامت، رابطان بهداشت و سایر تشکلهای محله ای می توانند شواهدی برای سابقه فعالیت مشارکتی باشند).
- ۶-۵-۲-۱-۲. وجود مرکز درمان اعتیاد در محله یا در مجاورت آن از نظر مردم محلی تهدید تلقی نشود.
- ۶-۵-۲-۱-۳. هر محله از جمعیت محدود و مشخصی از افراد تشکیل شده باشد و اکثریت آنها ساکن دائمی محله به شمار آیند (مهاجرپذیری و مهاجرفرستی منطقه پایین باشد).
- ۶-۵-۲-۱-۴. هر محله در محدوده جغرافیایی مشخصی قرار گرفته باشد.
- ۶-۵-۲-۱-۵. بخش قابل توجهی از اوقات زندگی جمعیت محله در محدوده جغرافیایی آن سپری شود.
- ۶-۵-۲-۱-۶. اعضای اجتماع ویژگی های مشترکی در جنبه های زیستی، اجتماعی، فرهنگی داشته باشند.
- ۶-۵-۲-۱-۷. اهالی محله دچار فقر شدید یا مشکلاتی که بتوانند برنامه های پیشگیری از عود را به طور قابل توجهی تحت الشعاع قرار دهند، نباشند.
- ۶-۵-۲-۱-۸. اعتیاد یا سایر انحرافات اجتماعی در محله به طوری شایع نباشد که مانع از اجرای فرایند اجتماع محور شوند.
- ۶-۵-۲-۱-۹. اعتیاد در محله به عنوان یک مشکل شناخته شده باشد (معیار نسبی).

۶-۵-۳. آماده سازی مراجع

- ۶-۵-۳-۱. لازم است بررسی ها در مورد امکان پذیر بودن مداخله اجتماع محور در خصوص هر بیمار قبل از

ترخیص او از مرکز درمانی صورت پذیرد. به خصوص در مواردی که بیمار در مراکز درمان میان مدت یا بلندمدت تحت درمان است، مددکار می تواند با آغاز اقدامات اجتماع محور قبل از ترخیص، اجتماع محلی را برای پذیرش بیشتر فرد در حال بهبودی تا اندازه ای آماده کند.

۶-۵-۳-۲. مراجعان دارای شرایط استفاده از مداخله پیشگیری اجتماع محور از عود و اعضای خانواده آن ها را از شرایط خروج از فرایند مداخله با تأکید بر موارد زیر آگاه کنید:

۱-۶-۵-۳-۲-۱. عدم ارتباط بیمار با تیم مداخله به مدت یک ماه بدون هماهنگی ریزش تلقی می شود.
۲-۶-۵-۳-۲-۲. در صورتی که تیم مداخله تشخیص دهند، فرد در فرایند پیشگیری اجتماع محور از عود مشارکت نمی کند.

۳-۶-۵-۳-۲-۳. در صورتی که فرد عود کند، از فرایند پیشگیری از عود خارج خواهد شد (در صورت بروز لغزش باید اقدامات لازم به منظور مدیریت لغزش صورت پذیرد).

۴-۶-۵-۳-۲-۴. از بین رفتن هر یک از معیارهای ورود مراجع به فرایند پیشگیری از عود موجب اخراج او از فرایند پیشگیری از عود خواهد شد.

۳-۶-۵-۳-۲-۵. قبل از ترخیص مراجع از مرکز درمانی و قبل از مداخله در اجتماع محلی لازم است مطمئن شوید بیماران در مورد موضوعات عود، لغزش، شروع کننده ها، عوامل محافظ و خطر، راهکارهای پیشگیری از وسوسه مصرف و پیشگیری از عود آموزش دیده اند. این آموزش ها می توانند توسط مددکار یا در مواردی توسط سایر اعضای تیم درمان ارائه شوند.

۴-۶-۵-۳-۲-۶. قبل از ترخیص مراجع از مرکز درمانی و قبل از مداخله در اجتماع محلی لازم است جلسات مشاوره فردی با هر یک از مراجعان برگزار شود. آماده شدن مراجع برای ورود به اجتماع مهم ترین هدف این جلسات است.

۵-۶-۵-۳-۲-۷. باید ورود مراجعان به برنامه پیشگیری اجتماع محور از عود داوطلبانه باشد. به هیچ وجه مراجعان را برای مشارکت در این برنامه تحت فشار قرار ندهید، اما در قالب مصاحبه انگیزشی به خطر جدی بازگشت به اعتیاد در چند ماه اول آغاز درمان و ضرورت اجرای برنامه پیشگیری از عود اشاره کنید. از مراجع بخواهید عودهای قبلی خود یا عودهای سایر بیمارانی را که می شناسد، مرور کند تا بتواند اهمیت پیشگیری را درک کند.
۶-۶-۵-۳-۲-۸. مزایای مشارکت در برنامه پیشگیری اجتماع محور از عود را برای مراجع به زبان ساده شرح دهید:

۱-۶-۵-۳-۲-۹. سرعت بخشیدن به بازسازی شبکه روابط اجتماعی و بازگشت فرد به جامعه

۲-۶-۵-۳-۲-۱۰. کاهش عوامل تهدیدکننده عود در اجتماع محلی

۳-۶-۵-۳-۲-۱۱. تقویت یا ایجاد عوامل حمایت کننده از بهبودی مراجع در اجتماع محلی

۶-۵-۳-۷. مراجعان باید با تمایل خود وارد برنامه شوند. حتی در مواردی که خانواده آن‌ها اصرار به ورود فرد به فرایند پیشگیری می‌کند ولی خود آن‌ها تمایلی به این کار ندارند، نباید آن‌ها را وادار به این کار کرد.

۶-۵-۳-۸. برنامه پیشگیری اجتماع‌محور از عود را به زبان ساده برای مراجع توضیح دهید. به او فرصت دهید سؤال‌هایش را از شما بپرسد. لازم است سؤال‌ها و نگرانی‌های احتمالی مراجعان را با صبوری پاسخ دهید.

۶-۵-۳-۹. برای مراجعان توضیح دهید که در طول برنامه پیشگیری اجتماع‌محور از عود متعهد به رازداری حرفه‌ای خواهید بود. مصادیق رازداری حرفه‌ای را برای آن‌ها توضیح دهید و مطمئن شوید که منظور شما را به‌روشنی دریافته‌اند.

۶-۵-۳-۱۰. به زبان ساده و قابل درک فرایند مداخله پیشگیری اجتماع‌محور از عود را برای مراجع توضیح دهید.

۶-۵-۳-۱۱. بهتر است رضایت مراجع را برای مشارکت در فرایند پیشگیری اجتماع‌محور از عود به صورت کتبی دریافت کنید. در صورتی که امکان دریافت رضایت کتبی وجود نداشت، لازم است این اقدام به صورت شفاهی انجام شود.

۶-۵-۴. آماده‌سازی اعضای خانواده

۶-۵-۴-۱. بهتر است زمانی که مراجع هنوز ترخیص نشده است و قبل از ورود به اجتماع محلی، آموزش اعضای خانواده را به منظور همراه کردن آن‌ها در فرایند پیشگیری از عود آغاز کنید.

۶-۵-۴-۲. برای اعضای خانواده نحوه همکاری‌شان را به‌عنوان حامی بهبودی مراجع در فرایند پیشگیری از عود تشریح کنید.

۶-۵-۴-۳. در نظر داشته باشید که حضور اعضای خانواده در فرایند پیشگیری اجتماع‌محور از عود داوطلبانه است.

۶-۵-۴-۴. لازم است مراجع موافقت خود را به منظور جلب مشارکت اعضای خانواده‌اش در قالب رضایت آگاهانه اعلام کند.

۶-۵-۵. ارزیابی اجتماع محلی

۶-۵-۵-۱. قبل از این که مداخلات اجتماع‌محور را آغاز کنید، باید مطمئن شوید بیمار در اجتماع محلی زندگی می‌کرده است. برای این منظور می‌توانید از پرسش‌نامه «آیا من در اجتماع محلی زندگی می‌کنم؟» استفاده کنید. در عین حال لازم است محورهای مورد سؤال در «نیم‌رخ اجتماع محلی» نیز در مصاحبه با بیمار بررسی شوند.

۲-۵-۶. لازم است اطلاعات به دست آمده در مصاحبه با بیمار طی مراجعه به اجتماع محلی بررسی و تأیید شوند. به این ترتیب در صورتی که نتیجه به دست آمده از مصاحبه با بیمار نشان دهنده این بود که او در اجتماع محلی زندگی می کند اما اطلاعات به دست آمده از اجتماع محلی (مشاهدات و مصاحبه ها) این موضوع را تأیید نکردند، مداخله اجتماع محور نباید آغاز شود.

۳-۵-۶. از طریق مصاحبه با افراد مطلع، کلیدی و مؤثر، بازدید منزل، بررسی اسناد در مورد وضعیت دموگرافیک محله (فرم ویژگی های دموگرافیک محله) و عوامل خطر و محافظ در محله (RPF^۱) اطلاعات لازم را جمع آوری کنید.

۴-۵-۶. برای ورود به محله اقدامات زیر را انجام دهید:

۱-۴-۵-۶. شناسایی سایر معتادان در حال بهبودی ساکن محله و جلب همکاری آن ها برای مشارکت در فرایند پیشگیری اجتماع محور از عود

۲-۴-۵-۶. شناسایی افراد کلیدی و مطلع در محله با همکاری معتادان در حال بهبودی ساکن در محله

۳-۴-۵-۶. ملاقات با افراد کلیدی و جلب همکاری آن ها برای مشارکت در فرایند پیشگیری اجتماع محور از عود از طریق به مشارکت گذاشتن تجربه های موفق افراد در حال بهبودی

۴-۴-۵-۶. تکمیل فرم Community Profile

۶-۵-۶. بسیج اجتماعی

۱-۶-۵-۶. برای فراهم کردن زمینه لازم برای مشارکت اعضای اجتماع محلی باید اقدامات لازم برای بسیج اجتماعی صورت گیرد. بسیج اجتماعی با دعوت از کسانی که حامی بالقوه یا بالفعل بهبودی مراجع در اجتماع محلی تلقی می شوند، انجام می شود.

۲-۶-۵-۶. با مشارکت و تأیید مراجع فهرستی از کسانی که حامیان بالقوه یا بالفعل بهبودی مراجع در اجتماع محلی تلقی می شوند، تهیه کنید.^۲

۳-۶-۵-۶. با حامیان بهبودی جلساتی را برگزار کنید و ضمن توضیح در مورد نوع و ضرورت مداخله اجتماع محور مطمئن شوید که آن ها در فرایند مداخله مشارکت خواهند کرد.

۴-۶-۵-۶. با مشورت و حمایت افراد مطلع، کلیدی و مؤثر محلی و حامیان بهبودی که در مرحله قبل توجیه شده اند و مشارکتشان را جلب کرده اید، برای دعوت از مردم محلی کمک بگیرید.

۵-۶-۵. محل برگزاری جلسات بسیج اجتماعی باید به گونه ای انتخاب شود که حضور در محل برگزاری جلسه به برچسب خوردن افراد منجر نشود.

۶-۶-۵. در جلسات بسیج اجتماعی باید در مورد CBRP^۱ و مزایای اجرای آن در محله (فردی و اجتماعی) و ضرورت مشارکت افراد محلی برای موفقیت برنامه توضیحات لازم با بیان ساده و قابل فهم برای عموم ارائه شود. شرکت کنندگان در جلسه را نسبت به خطرات عود و عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی آن حساس کنید و سپس ضمن اشاره به انواع روش های پیشگیری از عود، آن ها را در مورد پیشگیری اجتماع محور از عود اعتیاد آگاه کنید.

۶-۶-۵. بسیاری از مردم معتقدند بهبودی یک معتاد امکان پذیر نیست. بهتر است فرصتی را برای مشاور همتا در نظر بگیرید تا تجربه بهبودی خود را با شرکت کنندگان در جلسه به اشتراک بگذارد.

۸-۶-۵. بر این نکته تأکید کنید که پیشگیری از عود بدون مشارکت افراد محلی بسیار دشوار و حتی نشدنی خواهد بود. برای شرکت کنندگان نمونه های موفق مداخلات اجتماع محور به منظور پیشگیری از اعتیاد و عود را مثال بزنید. سپس از شرکت کنندگان برای عضویت در یک تیم محلی که اقدامات پیشگیری از عود را دنبال خواهد کرد، دعوت کنید.

۹-۶-۵. بدون کسب رضایت آگاهانه مراجعان از معرفی آن ها در جلسه بسیج اجتماعی جداً پرهیز کنید.

۶-۵-۷. تشکیل تیم های محلی پیشگیری از عود

۱-۶-۵-۷. افرادی را که در فرایند بسیج اجتماعی برای همکاری داوطلب می شوند، در قالب گروه های کوچک سازمان دهی کنید. زمان و مکان برگزاری جلسات را تیم محلی تعیین می کند، از این رو لازم است در این مورد انعطاف نشان دهید و اعضای تیم محلی را مجبور به پذیرفتن زمان و مکان مورد نظر خودتان نکنید. در نظر داشته باشید که زمان و مکان نامناسب برای برگزاری جلسات می تواند موجب عدم تشکیل جلسات شود. ۲-۶-۵-۷. اداره امور تیم های محلی به عهده اعضاست و مددکار اجتماعی و مشاوران همتا به عنوان تسهیل گر با این تیم ها همکاری می کنند.

۳-۶-۵-۷. به اعضای تیم های محلی کمک کنید در مورد قواعد درون گروه بیندیشند و تصمیم گیری کنند.

۴-۶-۵-۷. پذیرش اعضای جدید در تیم در تمام فرایندها اقدامات اجتماع محور مجاز خواهد بود، مگر این که اعضای تیم ورود عضو جدید را در مقاطع خاصی عامل اختلال در فرایند کار تیمی تشخیص دهند.

۵-۶-۵-۷. تیم های محلی باید زمینه را برای مشارکت بیشتر اعضای اجتماع محلی فراهم کنند.

۶-۶-۵-۷. اعضای اجتماع محلی را در مورد نحوه کار تیمی و پیشگیری از عود آموزش دهید.

۷-۷-۵-۶. اعضای بالقوه تیم ها

۱-۷-۵-۶. مراجع

۲-۷-۵-۶. اعضای خانواده مراجع

۳-۷-۵-۶. معتادان در حال بهبودی که در محله زندگی می کنند.

۴-۷-۵-۶. سایر اعضای اجتماع محلی که مایل به همکاری در زمینه پیشگیری از عود هستند.

۸-۷-۵-۶. افرادی که نمی توانند در تیم عضویت داشته باشند

۱-۷-۵-۶. افرادی که هم چنان مواد مصرف می کنند.

۲-۷-۵-۶. فروشندگان و توزیع کنندگان مواد

۳-۷-۵-۶. کسانی که دارای رفتارهای ضد اجتماعی هستند یا مشهور به جنایت و فسق باشند.

۸-۵-۶. برنامه ریزی برای پیشگیری از عود به روش اجتماع محور

۱-۵-۶. در صورت تقاضای تیم های محلی مددکار اجتماعی استراتژی های پیشگیری از عود را در

جلسات تیم های محلی با اعضا مرور کنید. در صورت لزوم می توانید برخی از تجربه های اجرای برنامه های پیشگیری از عود را با اعضای تیم های محلی به مشارکت بگذارید. این اقدامات باید با احتیاط و به گونه ای انجام شوند که ابتکارات اجتماع محور تحت الشعاع قرار نگیرند.

۲-۵-۶. در بسیاری موارد در تیم های محلی با افرادی مواجه می شوید که هرگز تجربه تنظیم و روی کاغذ

آوردن یک برنامه یا پروژه را نداشته اند. به اعضای تیم های محلی نحوه تنظیم پروژه های اجرایی را آموزش دهید و آن ها را تشویق کنید بر اساس استراتژی های اشاره شده و با توجه به اولویت های مورد نظر برای پیشگیری از عود، پروژه های اجرایی تنظیم کنند. در نظر داشته باشید که مددکار اجتماعی مجاز نیست پروژه های از پیش تعیین شده را برای اجرا به تیم محلی ارائه کند، بلکه تنها می تواند برای تنظیم پروژه ها مشاوره های فنی را در اختیار تیم قرار دهد.

۳-۵-۶. پروژه های محلی باید بسیار ساده طراحی شوند و برای اعضای تیم محلی قابل دست یابی باشند.

این پروژه ها می توانند در عین این که هدف و زمان مشخصی دارند، با تعداد کمی فعالیت به نتیجه برسند. حتی امکان دارد در مواردی یک پروژه محلی با کمتر از پنج فعالیت به نتیجه مورد نظر برسد.

۴-۵-۶. به تیم محلی کمک کنید به خصوص چند پروژه اول را به گونه ای تنظیم کند که در زمان کوتاه

(دو هفته یا حتی کمتر از آن) به نتیجه برسند. بازخوردهای مثبت از اجرای پروژه های اول معمولاً انگیزه اعضا

را برای ادامه فعالیت به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد.

۵-۸-۶. به اعضای اجتماع محلی کمک کنید منابع درون اجتماع خود را شناسایی کنند. بهتر است اولین پروژه‌ها به نحوی انتخاب شوند که با استفاده از امکانات محلی بتوان منابع مورد نیاز آن‌ها را تأمین کرد. این کار به اجتماع محلی کمک می‌کند دریابند همیشه برای ایجاد تغییر نیاز به امکانات پیچیده و دور از دسترس نیست. ۶-۸-۶. اعتیاد ضرورتاً تنها مشکل اجتماعی که وارد آن شده‌اید، نیست. اگرچه در جلسه بسیج اجتماعی افراد محلی بر اساس توضیحات شما متوجه می‌شوند که تیم محلی با تمرکز بر پیشگیری از عود اعتیاد فعالیت خواهد کرد، همواره این احتمال وجود دارد که تیم محلی بخواهند مشکلات دیگری را در قالب این جلسات رسیدگی کنند. به‌خصوص وقتی اعضای جدید به تیم محلی می‌پیوندند، این گرایش بیشتر دیده می‌شود. لازم است با یادآوری هدف از تشکیل تیم محلی، به اعضا کمک کنید از هدف اصلی خود دور نشوند.

۹-۵-۶. اجرای پروژه‌های محلی پیشگیری از عود

۹-۵-۶-۱. لازم است این موضوع برای اعضای تیم‌ها به‌روشنی توضیح داده شود که مجری اصلی پروژه‌های پیشگیری از عود اعضای تیم‌های محلی با مشارکت سایر اعضای اجتماع هستند و مددکار اجتماعی و مشاوران هم‌تا به‌عنوان تسهیل‌گر در صورت نیاز اقدامات لازم را برای حمایت‌یابی انجام می‌دهند. ۹-۵-۶-۲. در طول اجرای پروژه‌های محلی ارتباط خود را با تیم محلی قطع نکنید. علاوه بر این که در جلسات هفتگی تیم محلی شرکت می‌کنید، در صورت امکان زمانی را برای حضور در اجتماع محلی و هنگامی که اعضا در حال اجرای پروژه‌ها هستند، در نظر بگیرید.

۱۰-۵-۶. پایش و ارزش‌یابی مشارکتی

۱۰-۵-۶-۱. پایش به شیوه مشارکتی و تحت نظر مددکار اجتماعی باید هر هفته انجام شود و گزارش‌های مربوط ثبت شوند.

۱۰-۵-۶-۲. به اعضای تیم محلی روش‌های ساده برای پایش را آموزش دهید. ارائه گزارش عملکرد هر یک از اعضای تیم در جلسات تیم محلی معمولاً به‌عنوان مهم‌ترین روش برای پایش در اجتماع محلی به کار گرفته می‌شود.

۱۰-۵-۶-۳. به اعضای تیم محلی کمک کنید برای بررسی پیشرفت کارشان شاخص‌های پایش و ارزش‌یابی بسازند. به آن‌ها بیاموزید که چگونه می‌توانند شاخص تعیین کنند. در نظر داشته باشید که نباید شاخص‌های مورد نظر خودتان را به اجتماع محلی تحمیل کنید.

۱۰-۵-۶-۴. با مشارکت اعضای تیم محلی میزان موفقیت در دست‌یابی به اهداف CBRP را بررسی کنید.

جمع‌آوری اطلاعات برای سنجش شاخص‌ها می‌بایست توسط تیم محلی و تحت نظر مددکار اجتماعی انجام شود.

۵-۱۰-۶. نحوه تهیه گزارش پایش و ارزش‌یابی را به تیم محلی آموزش دهید.

۱۱-۵-۶. خروج از اجتماع محلی

۱-۱۱-۶. برای مردم محلی توضیح دهید که حضور تیم مداخله در اجتماع محلی آن‌ها دائمی نخواهد بود و باید فعالیت‌ها بر پایه مشارکت افراد محلی استوار باشد.

۲-۱۱-۶. به تدریج فاصله زمانی حضورتان در اجتماع محلی را افزایش دهید. بدون پیش‌آگهی اجتماع محلی را ترک نکنید. حداقل از چند هفته قبل این موضوع را به اهالی اعلام کنید.

۳-۱۱-۶. تیم مداخله در طول مداخله اجتماع‌محور باید افراد محلی را که می‌توانند به‌عنوان تسهیل‌گر فعالیت کنند، شناسایی کنند و آموزش دهند. به گونه‌ای که در زمان خروج از اجتماع محلی تسهیل‌گری فرایند مداخله به یک فرد محلی دارای شرایط سپرده شود.

۴-۱۱-۶. تیم‌های محلی می‌توانند حتی پس از خاتمه مداخله اجتماع‌محور فعالیت خود را ادامه دهند. موضوع این فعالیت می‌تواند پیشگیری از عود یا موضوعات دیگری که مورد نظر تیم محلی است، باشد.

۱۲-۵-۶. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند حمایت‌یابی

۱-۱۲-۵. به اعضای تیم محلی بیاموزید که چگونه می‌توانند برای دست‌یابی به اهداف CBRP درون و بیرون از اجتماع محلی حمایت‌یابی کنند.

۲-۱۲-۵. در مواردی که تیم محلی قادر به حمایت‌یابی نیست، برای این کار برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۱۳-۵-۶. وظایف مددکار اجتماعی در فرایند پی‌گیری

۱-۱۳-۵. حداقل تا سه ماه پس از خروج از اجتماع محلی نیز ارتباط خود را با تیم‌های محلی حفظ کنید. حداقل هر هفته تلفنی با تسهیل‌گر محلی و افراد کلیدی و مؤثر در ارتباط باشید. از تسهیل‌گر محلی بخواهید گزارش جلساتی را که پس از خروج شما برگزار می‌شوند، به دست شما برسانند. با فاصله زمانی بیشتر به اجتماع محلی بروید و حداقل دو بار در طول سه ماه در جلسه تیم محلی شرکت کنید.

۲-۱۳-۵. در صورتی که بهبودی مراجع با دشواری مواجه شده بود، برای مداخله برنامه‌ریزی و اقدام

کنید

۳-۱۳-۶. در صورتی که تیم محلی در راستای ادامه فعالیت‌های CBRP پس از خروج تیم مداخله از اجتماع به حمایت‌یابی مددکار اجتماعی نیاز داشت، برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی و اقدام کنید.

۱۴-۵-۶. وظایف مددکار اجتماعی در تعامل با تیم مداخله

۱-۱۴-۵-۶. مددکاران اجتماعی که CBRP را برنامه‌ریزی و اجرا می‌کنند، همواره عضو یک تیم حرفه‌ای هستند (به‌عنوان تیم درمان در مرکز درمان اقامتی بلندمدت یا سرپایی از نوع نگاه‌دارنده یا تیم مداخله ارائه‌دهنده خدمات پس از ترخیص) و باید به این نکته توجه داشته باشند که مداخله اجتماع‌محور نباید فرایند مداخلات درمانی را مختل کند. به این ترتیب به‌عنوان مجری اصلی این مداخله هماهنگی‌های لازم را با تیم درمان برای آغاز مداخلات اجتماع‌محور انجام دهید.

۲-۱۴-۵-۶. با تیم درمان همکاری نزدیک داشته باشید و در جلسه‌های تیم درمان به‌طور منظم و فعال شرکت کنید.

۳-۱۴-۵-۶. در جلسات تیم درمان از عدم هم‌پوشانی، تعارض و تداخل مداخلات مددکاری اجتماعی با مداخلات سایر اعضای تیم درمان مطمئن شوید. در این مورد در جلسات تیم درمان گفت‌وگو کرده و بر اساس تصمیم‌های تیم درمان اقدام کنید.

۴-۱۴-۵-۶. اعضای تیم مداخله را با خدمات پیش‌بینی‌شده در این راهنما آشنا کنید و ارائه این خدمات را توسط مددکار اجتماعی دارای شرایط با حساسیت پی‌گیری کنید.

۵-۱۴-۵-۶. روند درمان مراجع را از سایر اعضای تیم به‌طور منظم جویا شوید و ضمن رعایت اصول حرفه‌ای تیم مداخله را از شرایط مراجع مطلع کنید.

۶-۱۴-۵-۶. افراد مناسب برای استفاده از خدمت CBRP را با همکاری اعضای تیم مداخله انتخاب کنید.

۱۵-۵-۶. وظایف مددکار اجتماعی در طراحی و استفاده از سیستم ارجاع

۱-۱۵-۵-۶. سازمان‌ها و مؤسساتی را که می‌توانند خدماتی را در راستای اهداف مداخله پیشگیری اجتماع‌محور از عود به افراد در حال بهبودی و خانواده و اجتماع محلی ارائه دهند، شناسایی کنید و متناسب با نیاز برای ارجاع اقدام کنید.

۲-۱۵-۵-۶. در صورت نیاز مراجع را به دیگر اعضای تیم مداخله ارجاع دهید.

۳-۱۵-۵-۶. قبل از ارجاع هماهنگی‌های لازم را با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد انجام دهید. پس از ارجاع نیز نحوه تعامل مراجع با فرد، سازمان یا مؤسسه مقصد را پی‌گیری کرده و مطمئن شوید که خدمات مورد نظر به او ارائه شده است. در صورتی که خدمات به‌طور مناسبی ارائه نشده باشند، لازم است پی‌گیری لازم را برای

تحقق این کار انجام دهید.

۴-۱۵-۶. در صورت لزوم گزارش مختصری از وضعیت مراجع، خانواده یا اجتماع محلی به فرد حرفه‌ای، سازمان یا مؤسسه مقصد ارائه کنید.

۵-۱۵-۶. در صورتی که در هر یک از مراحل مداخله با علایم لغزش یا عود در مورد مراجعان مواجه شدید، آن‌ها را برای دریافت خدمات درمانی مناسب ارجاع دهید.

۱۶-۵-۶. وظایف مددکار اجتماعی در مستندسازی مشارکتی و گزارش نویسی

۱-۱۶-۵. برای هر اجتماع محلی که مداخله اجتماع‌محور در آن انجام می‌شود، پرونده تشکیل دهید و گزارش‌های مددکاری اجتماعی را در مورد فرایند مداخلات با ذکر تاریخ در پرونده مربوط ثبت کنید. اطلاعاتی که در این پرونده ثبت می‌شوند، شامل همه مراحل از آماده‌سازی تا پی‌گیری هستند.

۲-۱۶-۵. پرونده اجتماع محلی در اختیار مددکار اجتماعی است و حسب مورد و با تشخیص مددکار اجتماعی بخش‌هایی از اطلاعات آن می‌تواند در اختیار سایر افراد حرفه‌ای قرار گیرد.

۳-۱۶-۵. خلاصه‌ای از وضعیت هر مراجع در اجتماع محلی باید در پرونده فردی او نیز ثبت شود.

۴-۱۶-۵. از اشاره‌های مبهم در پرونده و درج کدهایی که عمومیت ندارند، خودداری کنید.

۵-۱۶-۵. در کوتاه‌ترین زمان پس از اجرای اقدامات حرفه‌ای مددکاری اجتماعی، گزارشتان را تهیه و در پرونده ثبت کنید.

۶-۱۶-۵. تیم محلی را ترغیب کنید گزارش مختصری از هر جلسه تهیه و نگهداری کنند و در جلسات بعدی بر اساس مندرجات گزارش جلسات قبل فعالیت‌های هر یک از اعضا را پی‌گیری کنند.

۷-۱۶-۵. برای اعضای تیم محلی اهمیت مستند کردن فعالیت‌هایشان را توضیح دهید و تأکید کنید این کار باید پس از خروج تیم مداخله از اجتماع محلی نیز ادامه یابد. بر این نکته تأکید کنید که مستندسازی به آن‌ها کمک می‌کند میزان پیشرفت کار را بررسی کنند و در عین حال نتایج مستندسازی می‌تواند ابزار مهمی در حمایت‌یابی‌ها در درون و خارج از اجتماع محلی باشد.

۸-۱۶-۵. از تهیه عکس و فیلم، به‌خصوص در اولین مراحل مداخله اجتماع‌محور جداً پرهیز کنید. این اقدام معمولاً به مشارکت افراد محلی لطمه وارد می‌کند. پس از آن‌که افراد محلی نسبت به تیم مداخله اعتماد پیدا کردند، تهیه عکس و فیلم با موافقت و مشارکت آن‌ها قابل اجرا خواهد بود. بهترین راه برای تهیه عکس و فیلم این است که این وظیفه با توافق افراد محلی به عهده فرد منتخب از اجتماع محلی گذاشته شود.

۱۷-۵-۶. مشاوران همتا

- ۶-۵-۱۷-۱. برای اجرای مداخله اجتماع محور می‌توانید حداکثر از همکاری دو مشاور همتا در هر محله استفاده کنید. این افراد باید دارای شرایط زیر باشند:
 - ۶-۵-۱۷-۱-۱. گذراندن دوره‌های آموزشی مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور
 - ۶-۵-۱۷-۱-۲. گذراندن دوره آموزشی مربوط به پیشگیری اجتماعی محور از عود
 - ۶-۵-۱۷-۱-۳. دارا بودن تحصیلات سیکل یا بالاتر
 - ۶-۵-۱۷-۱-۴. دارا بودن سن حداقل ۳۰ سال
 - ۶-۵-۱۷-۱-۵. حداقل ۲ سال در پرهیز کامل باشد
 - ۶-۵-۱۷-۱-۶. مشاور همتا نباید به جنایت و فسق شهرت داشته باشد.

۶-۵-۱۷-۲. اولویت‌ها در انتخاب مشاوران همتا

- ۶-۵-۱۷-۲-۱. مشاور همتا در محله ای که برنامه پیشگیری اجتماعی محور از عود در آن اجرا می‌شود، عضویت داشته باشد.
- ۶-۵-۱۷-۲-۲. مشاور همتا متأهل باشد.
- ۶-۵-۱۷-۲-۳. مشاور همتا به همان شیوه‌ای درمان شده باشد که مراجع در حال درمان است.

۶-۵-۱۷-۳. وظایف مشاور همتا

- ۶-۵-۱۷-۳-۱. رعایت اصول مداخلات اجتماع محور
- ۶-۵-۱۷-۳-۲. همکاری تحت نظر مددکار اجتماعی به منظور اجرای مداخلات پیشگیری اجتماعی محور از عود
- ۶-۵-۱۷-۳-۳. به مشارکت گذاشتن تجربه شخصی بهبودی با مراجعان و اعضای اجتماع محلی
- ۶-۵-۱۷-۳-۴. ارائه گزارش عملکرد به مددکار اجتماعی
- ۶-۵-۱۷-۳-۵. حضور در جلسات تیم محلی پیشگیری از عود
- ۶-۵-۱۷-۳-۶. هر مشاور همتا به طور هم‌زمان حداکثر می‌تواند در دو اجتماع محلی فعالیت کند.
- ۶-۵-۱۷-۳-۷. مشاور همتای فعال در برنامه پیشگیری از عود به روش اجتماع محور نمی‌تواند راهنمای مراجعانی باشد که بر اساس این راهنما خدمات پیشگیری اجتماعی محور را دریافت می‌کنند.

مراقبت از خود

مراکز درمان اقامتی میان مدت مسئولیت تأمین امنیت کارکنان خود را به عهده دارند. با این حال ضرورت دارد در فرایند مداخلات مددکاری اجتماعی به نکات زیر توجه داشته باشید.

محل استقرارتان در اتاق کار را به گونه‌ای در نظر بگیرید که در شرایط بروز رفتارهای خشونت‌آمیز در صورت لزوم بتوانید به راحتی اتاق را ترک کنید.

اتاق مددکاری اجتماعی باید مجهز به تلفن داخلی و تلفن مستقیم باشد.

به خصوص زمانی که برای اقداماتی نظیر بازدید منزل از مرکز خارج می‌شوید، باتری تلفن همراه خود را همواره به طور کامل شارژ کنید و یک باتری شارژ شده اضافه با خود داشته باشید.

شماره تلفن‌های اضطراری را همیشه با خود داشته باشید.

مدیر مرکز و فرد دیگری که از جانب او معرفی می‌شود، باید همواره برای کمک و مداخله در شرایط مخاطره‌آمیز آماده باشند. با ارسال پیامک آن‌ها را از وضعیتی که در آن قرار گرفته‌اید، مطلع کنید. بهتر است با مدیر مرکز و تأمین‌کنندگان امنیت کارکنان در مورد جملات و واژگانی که برای دریافت کمک در شرایط مخاطره‌آمیز مبادله خواهد شد، توافق کنید.

لازم است مدیر مرکز را از ترتیب و مدت زمان و آدرس دقیق (و حتی کروکی) مکان هر یک از بازدیدهایی که انجام خواهید داد، مطلع کنید.

قبل از انجام بازدید تا جایی ممکن است، خطرات احتمالی را بررسی کنید. برای مثال مهم است که بدانید به احتمال زیاد در زمان بازدید چه کسانی در منزل حضور خواهند داشت؟ آیا اطرافیان مراجع درگیر رفتارهای مجرمانه هستند؟ آیا احتمال ابتلا به بیماری خاصی وجود دارد؟ آیا فرد سوء مصرف کننده مواد (به خصوص الکل یا مواد محرک) هنگام بازدید در منزل حضور خواهد داشت؟ آیا مراجع یا اعضای خانواده او مسلح هستند؟ و... از بازدید منزل در زمان تاریکی اجتناب کنید و بازدید منزل را به تنهایی انجام ندهید.

برای بازدید آدرس دقیق تهیه کنید و در صورت لزوم از کروکی استفاده کنید.

در نظر داشته باشید که شرایط زیر می‌توانند احتمال خطر را برای مددکار اجتماعی افزایش دهند:

- شرایط جسمی خاص (مثلاً بارداری، معلولیت جسمی حرکتی و...)
- تنها کار کردن

• استفاده از وسایل زینتی و کفش و لباس گران قیمت

• استفاده از پوشش یا آرایشی که می‌تواند واکنش‌های شدید فرهنگی ایجاد کند.

منابع

منابع

- اقلیما، مصطفی و عادلین راسی، حمیده (۱۳۸۸)، تکنیک‌های کار با جامعه، مشهد، انتشارات فرانگیزش
- انجمن ملی مددکاری اجتماعی آمریکا (۱۳۹۱)، آشنایی با استانداردهای مورد نیاز مددکاران اجتماعی در تعامل با مددجویان مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد، ترجمه فاطمه غلامی، ستاد سامان‌دهی فعالیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد شهر تهران
- جهان‌شاهی، سعید (۱۳۸۳)، پنج تجربه از اجرای برنامه پیش‌گیری از «اعتیاد اجتماع محور»، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۴(۱۵)، ۱۳۹-۱۶۸
- علی پوری نیاز، مینا و همکاران (۱۳۸۸)، اثربخشی برنامه پیش‌گیری اجتماع‌محور از اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۹(۳۴)، ۳۵۷-۳۷۶
- طاهری نخست، حمیدرضا و همکاران (۱۳۹۱)، تقویت اجتماع و آموزش خانواده (CRAFT)، جزوه منتشرنشده
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۹)، جماعت‌گرایی و برنامه‌های جماعت محور، تهران: شرکت بین‌المللی پژوهش و نشر یادآوران
- معارف‌وند، معصومه؛ اقلیما، مصطفی؛ رفیعی، حسن؛ رهگذر، مهدی؛ تدین، نازنین؛ دیلمی‌زاده، عباس؛ اختیاری، حامد (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر مداخلات پیشگیری اجتماع‌محور از عود بر مانایی معتادان در درمان، پایان‌نامه دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- معارف‌وند، معصومه؛ تدین نجف‌آبادی، نازنین (۱۳۹۲)، اصول اخلاقی در حرفه مددکاری اجتماعی، تهران: انتشارات رسانه تخصصی

-نوری نشاط، سعید و همکاران (۱۳۸۹)، آشنایی با ابزارهای آموزشی توانمندسازی اجتماع‌محور در جهت توسعه محلی، بر اساس تجربه طرح توانمندسازی اجتماع‌محور در جهت کاهش فقر، مجری طرح مؤسسه توانمندسازی فرهیخته؛ به سفارش سازمان بهزیستی کشور، دفتر توانمندسازی خانواده، زنان و کودکان -یوسفی سادات، محرم (۱۳۸۹)، فرایند توانمندسازی اجتماع‌محور و مکانیسم نظارت بر آن؛ بر اساس تجربه طرح توانمندسازی اجتماع‌محور در جهت کاهش فقر، مجری طرح مؤسسه توانمندسازی فرهیخته؛ به سفارش سازمان بهزیستی کشور، دفتر توانمندسازی خانواده، زنان و کودکان

-Aultman, J.M. and Villegas, E.C. (2004). Ethical and Social Dilemmas Surrounding Community-based Rehabilitation in Costa Rica. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 8.

-Anbar, Michelle; Buckland, Danica; Hope, Shelby; Layland, Laura; Peckham, Meaghan. (2012). *Harm Reduction Policy for Social Work Practice*. Toronto University.

-Aronstein, David M.; Thompson, Bruce I. (1998). *HIV and Social Work: A Practitioner's Guide*. New York: The Harrington Park Press.

-Austin, Ashley M.; Macgowan, Mark J.; Wagner, Eric F. (2005). Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 15:67-82.

-Baez, Annecy. (2005): Development of an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) for Practicing Substance Abuse Intervention Competencies: An Application in Social Work education, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 5(3):3-20.

-Barry, Kristen L. (1999). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

-Bayne Smith, Marcia et al. (2005). *Community- Based Health Organiza-*

tions; Advocating for Improved Health. San Fransisco: Jossey-Bass.

-Bertoni, Neilane; Singer, Merrill; Silva, Cosme MFP; Clair, Scott; Malta, Monica; Bastos, Francisco I. (2011). Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal*, 8(5). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/5>)

-Bigler, Mark O. (2005). Harm Reduction as a Practice and Prevention Model for Social Work. *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 10(2): 69-86.

-Bloom, E. (2009). The Effectiveness of Community Support Systems and sychosocial Rehabilitation Services for Mentally Ill Children and their Families. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 14 (1), 4-20 .

-Bragg, H. Lien. (2003). Child Protection in Families Experiencing Domestic Violence. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect. (<https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/domesticviolence/domesticviolence.pdf> 2013/11/06).

-Brigham, Gregory S., Slesnick, Natasha, Somoza, Eugene, Horn, Paul, and Rich, Jessica. (2009). Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention and HIV Behavioral Risk Reduction: A Study Protocol. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2:94-114.

-Brocato, Jo and Eric E. Wagner. 2003. Harm Reduction: A Social Work Practice Model and Social Justice Agenda. *Health and Social Work*. 28(2): 117-125.

-Brook, Jody; McDonald, Thomas P. (2007). Evaluating the Effects of Comprehensive Substance Abuse Intervention on Successful Reunification. *Research on Social Work Practice*, 17(6):664-673.

-Brook, Jody; McDonald, Tom. (2009). The impact of parental substance

abuse on the stability of family reunifications from foster care. *Children and Youth Services Review*, 31: 193–198.

-Brun, Carl; Rapp, Richard C. (2001). Strengths-Based Case Management: Individuals' Perspectives on Strengths and the Case Manager Relationship. *Social Work*, 46(3): 278-288.

-Burns, Lucy; Mattick, Richard P.; Lim, Kim; Wallace, Cate. (2007). Methadone in pregnancy: treatment retention and neonatal outcomes. *Addiction*, 102(2): 264-270.

- Butler Hospital, Alcohol and Drug Inpatient Treatment Unit Team, (<http://www.butler.org/substanceabuse/team.cfm>)

-Canada Mortgage and Housing Corporation. (2006). Homelessness, Housing, and Harm Reduction: Stable Housing for Homeless People with Substance Use Issues.

-Christian, Steve. (2004). Substance-Exposed Newborns: New Federal Law Raises Some Old Issues. National Conference of State Legislatures.

-Cleaver, H.; Unell, I.; Aldgate, J. (1997). Children's Needs – Parenting Capacity: the impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic violence on children's development. London: The Stationery Office.

-Comerford, Anthony W. (1999). Work Dysfunction and Addiction; Common Roots. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3): 247–253.

-Conner, K.M.; Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18:76-82.

-DiNitto, Diana M. (2002). War and Peace: Social Work and the State of Chemical Dependency Treatment in the United States. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(3-4):7-29.

-Dutcher, Linda W., Anderson, Raymond, Moore, Marah, Luna-Anderson, Carol, Meyers, Robert J., Delaney, Harold D., and Smith, Jane Ellen.

(2009) Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): An Effectiveness Study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2: 83-94.

-Englert, Heike S. et al. (2007). The effect of a community-based coronary risk reduction: The Rockford CHIP. *Preventive Medicine*, 44, 513–519.

-Florida Department of Children and Families, Substance Abuse Program Office. (2001). Substance Abuse Aftercare and Post Treatment Follow-up Guidelines. (<http://www.dcf.state.fl.us/programs/samh/publications/aftercare.pdf> 2013/02/06)

-Foote, Jeff; Manuel, Jennifer K. (2009). Adapting the CRAFT Approach for Use in Group Therapy. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2:114- 125.

-Friedman, S.H.; Heneghan, A.; Rosenthal, M. (2009). Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *Journal of Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38 (2):174–181.

-Froelicher, Erika Sivarajan et al. (2010). Combining community participatory research with a randomized clinical trial: The protecting the hood against tobacco (PHAT) smoking cessation study. *Heart and Lung*, 39, 50-63.

-Galvani, Sarah; Forrester, Donald. (2008). What works in training social workers about drug and alcohol use? A survey of student learning and readiness to practice. University of Bedfordshire.

-Galvani, Sarah; Forrester, Donald. (?). Social work and substance use: teaching the basics. http://www.swap.ac.uk/docs/guide_su_learning&teaching.pdf (2013/26/05).

-Galvani, Sarah; Dance, Cherilyn; Hutchinson, Aisha. (2011). From the front line: alcohol, drugs and social care practice. A national study. University of Bedfordshire.

-Galvani, Sarah; Hughes, Nathan. (2008). Working with Alcohol and

Drug Use: Exploring the Knowledge and Attitudes of Social Work Students. *British Journal of Social Work*, 40: 946-962.

-Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (1), 1-21.

-Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., & Gallop, R. J. (2007). The women's recovery group study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence*, 90 (1), 39-47.

-Goodman, A. (2009). *Social Work with Drug and Substance Misusers*. 2nd edition Exeter: Learning Matters Ltd.

-Gorman, E. Michael; Clark, Cassandra W.; Nelson, Keith R.; Applegate, Terry; Amato, Edward ; Scrol, Aaron. (2003). A Community Social Work Study of Methamphetamine Use Among Women: Implications for Social Work Practice, Education and Research. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3(3):41-62.

-Hall, M. N.; Amodeo, M.; Shaffer, H.J.; Vander Bilt, J. (2000). Social workers employed in substance abuse treatment agencies: A training needs assessment. *Social Work*, 45: 141-154. (<http://www.questia.com/library/1G1-60470926/social-workers-employed-in-substance-abuse-treatment#articleDetails> 2013/29/05).

-http://www.masspartnership.com/provider/pdf/PerformanceSpecifications/Section%201/A_11_Sec1_IptSASvcsIV.PDF

-<http://www.drug-rehabilitation.com/downloads/summaryofcare.pdf>

-<http://www.allpsychologycareers.com/career/substance-abuse-social-worker.html> 7/10/2013

-Huntsman, Leone. (2006). Family group conferencing in a child welfare context. Centre for Parenting & Research.

-Hyun, J. et al. (2008). Recovery- and Community-Based Mental Health Services in the Slovak Republic: A Pilot Study on the Implications for Hospitalization and Inpatient Length-of-Stay for Individuals with Severe and Persistent Mental Illness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13 (1), 67-80.

-Israel, Barbara et al. (2005). *Methods in Community –Based Participatory Research for Health*. USA: Jossey-Bass.

-Karoll, Brad R. (2010). Applying Social Work Approaches, Harm Reduction, and Practice Wisdom to Better Serve Those with Alcohol and Drug Use Disorders. *Journal of Social Work*, 10(3), 263-281.

-Kingree, J.B. (1997). The Role of Vocational Behaviors Preceding and During 12-Step Oriented Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6): 575-579.

-Kruk, Edward. (2005). Shared Parental Responsibility: A Harm Reduction-Based Approach to Divorce Law Reform. *Journal of Divorce & Remarriage*, 43(3/4): 119-140.

-Kosten, T., Gawin, F. H., Kosten, T. R., & Rounsaville, B. J. (1993). Gender differences in cocaine use and treatment response. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 63–66.

-Kumar, S.K. and Srinath, U. (2009). Psychosocial Rehabilitation: A Descriptive Case Study of a Therapeutic Community. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13 (2) 39-48.

-Larkin, Rufus. (2003). African-Americans in Public Housing. *Journal of Health & Social Policy*, 17(2):67-82.

-Loughran, Hilda; Hohman, Melinda; Finnegan, Daniel. (2010). Predictors of Role Legitimacy and Role Adequacy of Social Workers Working with Substance-Using Clients. *British Journal of Social Work*, 40:239–256.

-Maine General Residential Services (<http://www.addicted.org/directory/item/mainegeneral-residential-services-for-men.html>)

-May, P., Gossage, J. P., Marais, A. S., Hendricks, L. S., Snell, C. L., Tabchnick, B. G., et al. (2008). Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: A third study. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 32 (5), 738–753.

-May, P. A., Miller, J. M., Goodhart, K. A., Maestas, O. R., Buckley, D., Trujilio, P. M., et al. (2008). Enhanced case management to prevent fetal alcohol spectrum Disorders in northern plains communities. *Journal of Maternal and Child Health*, 12 (6), 747–759.

-McClennen, Joan C. (2010). *Social Work and Family Violence; Theories, Assessment, and Intervention*. New York: Springer Publishing Company.

-McLeroy, Kenneth R. et al. (2003). *Community-Based Interventions*. *Am J Public Health*, 93(4), 529–533.

-Melnikow, J. A., Alemagno, S. A., Rottman, C., & Zyzanski, S. J. (1991). Characteristics of inner-city women giving birth with little or no prenatal care: A case control study. *Journal of Family Practice*, 32 (3), 283–288.

-Messina, Nena; Grella, Christine E.; Cartier, Jerry; Torres, Stephanie. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38: 97–107.

-Miller W.R.; Meyers R.J.; Tonigan J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(5):688-97.

-Montefiore North Division, Inpatient Substance Abuse Program, (http://www.montefiore.org/documents/PSY00585_InpatientSubstanceBrochure.pdf)

-Niccols, Alison; Milligan, Karen; Sword, Wendy; Thabane, Lehana; Henderson, Joanna; Smith, Ainsley. (2012). *Integrated programs for moth-*

ers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9(14). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/14>)

-Palley, Howard A. (2009). *Community-Based Programs and Policies*. New York: Routledge.

-Patterson, Lupita. (2003). *Model Protocol For Working with Battered Women Impacted by Substance Abuse* Washington State Coalition Against Domestic Violence (http://www.wscadv.org/docs/protocol_substance_abuse.pdf 2013/11/06).

-Payne, Malcolm. (2005). *Modern Social Work Theory*. Chicago: Lyceum.

-Pearson, C.; Locke, G.; Montgomery, A.; Buron, L. (2007). *Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Serious Mental Illness*. U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research.

-Pederson, C. L., Vanhorn, D. R., Wilson, J. F., Martorano, L. M., Venema, J. M., & Kennedy, S. M. (2008). Childhood abuse related to nicotine, illicit and prescription drug use by women: Pilot study. *Psychological Reports*, 103 (2), 459–466.

-Quinn, G. (2010). Institutional denial or minimization: substance abuse training in social work education. *Substance Abuse: Official Publication of The Association For Medical Education And Research In Substance Abuse*, 31(1): 8- 11.

-Reno, Janet; Marcus, Daniel; Leary, Mary Lou; Turman, Kathryn M. (2000). *Family Group Conferencing: Implications for Crime Victims*. Center for Restorative Justice & Peacemaking, University of Minnesota.

-Roberts, A.C.; Galassi, J.P.; McDonald, K.; Sachs, S. (2002). *Reconceptualizing Substance Abuse Treatment in Therapeutic Communities: Resiliency Theory and the Role of Social Work Practitioners*. *Journal of Social*

Work Practice in the Addictions, 2 (2): 53-68.

-Room, Joshua A. (1998). Work and Identity in Substance Abuse Recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(1): 65–74.

-Russell, Amanda. (2010). Housing First and Harm Reduction: Effective Models for Substance Abuse Treatment with Individuals who are Homeless. *PRAXIS*, 10:63-69 (<http://www.northsidehousing.org/pdf/amanda.pdf>)

-Saleh, Shadi S.; Vaughn, Thomas; Levey, Samuel; Fuortes, Laurence; Uden-Holmen, Tanya; Hall, James A. (2006). *Research on Social Work Practice*, 16: 38-47.

-Sculpholme, A., Robertson, E. G., & Kamons, A. S. (1991). Barriers to prenatal care in a multi-ethnic sample. *Journal of Nurse Midwifery*, 36 (2), 111–116.

-Shannon, Kate; Kerr, Thomas; Allinott, Shari; Chettiar, Jill; Shoveller, Jean; Tyndall, Mark W. (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine*, 66(4): 911-921.

-Shepard, Benjamin C. (2013). Between harm reduction, loss and wellness: on the occupational hazards of work. *Harm Reduction Journal*, 10:5. (<http://www.harmreductionjournal.com/content/10/1/5>)

-Simmons, L. A.; Havens, J. R.; Whiting, J. B.; Holz, J. L.; Bada, H. (2009). Illicit drug use among women with children in the United States: 2002–2003. *Annals of Epidemiology*, 19 (3), 187–193.

-Smith, Jane. E.; Meyers, Robert J. (2008). *Motivating substance abusers to enter treatment: working with family members*. New York: The Guilford Press.

-Smith, M.; Whitaker, T.; Weismiller, T. (2006) ‘Social workers in substance abuse treatment field: A snapshot of service activities’. *Health and Social Work*, 31(2): 109–15. (<http://www.biomedsearch.com/article/Social-workers-in-substance-abuse/147057971.html> 2013/28/05)

-Smock, Sara A.; Trepper, Terry S.; Wetchler, Joseph L.; McCollum, Eric E.; Ray, Rose; Pierce; Kent. (2008). Solution-focused Group Therapy for Level 1 Substance Abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1): 107–120.

-Spice, W. (2007). Management of sex workers and other high-risk groups. *Occupational Medicine*, 57(5): 322-328.

-Straussner, Shulamith L. A.; Christine H. F. (2011). *Children of Substance-Abusing Parents Dynamics and Treatment*. New York: Springer Publishing Company.

-Stylianidis, S.F. et al. (2008). Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential homes: resettlement from Greek Psychiatric Hospitals. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13 (1), 31-38.

-Standards for National Association of Social Worker (NASW). (2013). *Guideline for Social Worker Safety in the Workplace*.

-Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). *Substance Abuse Treatment and Family Therapy; A Treatment Improvement Protocol*.

-Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2005). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*.

-Standards for National Association of Social Worker (NASW). (2012). *Standards for Social Work Practice with Clients with Substance Use Disorders*.

-Standards for National Association of Social Worker (NASW). (2005). *Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*.

-Sunil, T. S., Spears, W. D., Hook, L., Castillo, J., & Torres, C. (2008). Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas. *Maternal Child Health Journal*, 14(1), 133–140.

-Tsui, Ming-sum. 2000. *The Harm Reduction Approach Revisited*, An

International Perspective. *International Social Work*. 43(2): 243-251.

-Twelvetrees, A. (2002). *Community Work*. Malaysia: Palgrave.

-UNODC. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. New York.

-Uziel-Miller, Nina D.; Lyons, John S. (2000). Specialized substance abuse treatment for women and their children: An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19:355-367.

-Walker, M.T. (2006). The Social Construction of Mental Illness and its Implications for the Recovery Model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10 (1), 71-87.

-Wasserman, D. R., & Leventhal, J. M. (1993). Maltreatment of children born to cocaine-dependent mothers. *American Journal of Disease of Childhood*, 147(12), 1324-1328.

-Wells, Kenneth et al. (2004). Bridging Community Intervention and Mental Health Services Research. *American Journal of Psychiatry*, 161, 955-963.

-Werb, Dan; Kerr, Thomas; Zhang, Ruth; Montaner, Julio SG; Wood, Evan. (2010). Methamphetamine use and malnutrition among street-involved youth. *Harm Reduction Journal*, 7(5). (<http://www.harmreduction-journal.com/content/7/1/5>)

-Werner, E. E.; Johnson, J. L. (2004). The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance Use and Misuse*, 39 (5), 699-720..

-White, H. R.; Chen, P. (2002). Problem drinking and intimate partner violence. *Journal of studies on Alcohol*, 63:205-214.

-Wormer, Katherine van. (2004). Harm Reduction: A Model for Social Work Practice with Adolescents. *The Social Policy Journal*, 3 (2): 19-37.

-Wright, Tricia E.; Schuetter, Renee; Fombonne, Eric; Stephenson, Jessica; Haning III, William F. (2012). Implementation and evaluation of a harm reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm*

Reduction Journal, 9(5). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/pdf/1477-7517-9-5.pdf>)

-Wurzbach, M.E. (2004). Community Health Education and Promotion; A Guide to Program Design and Evaluation. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

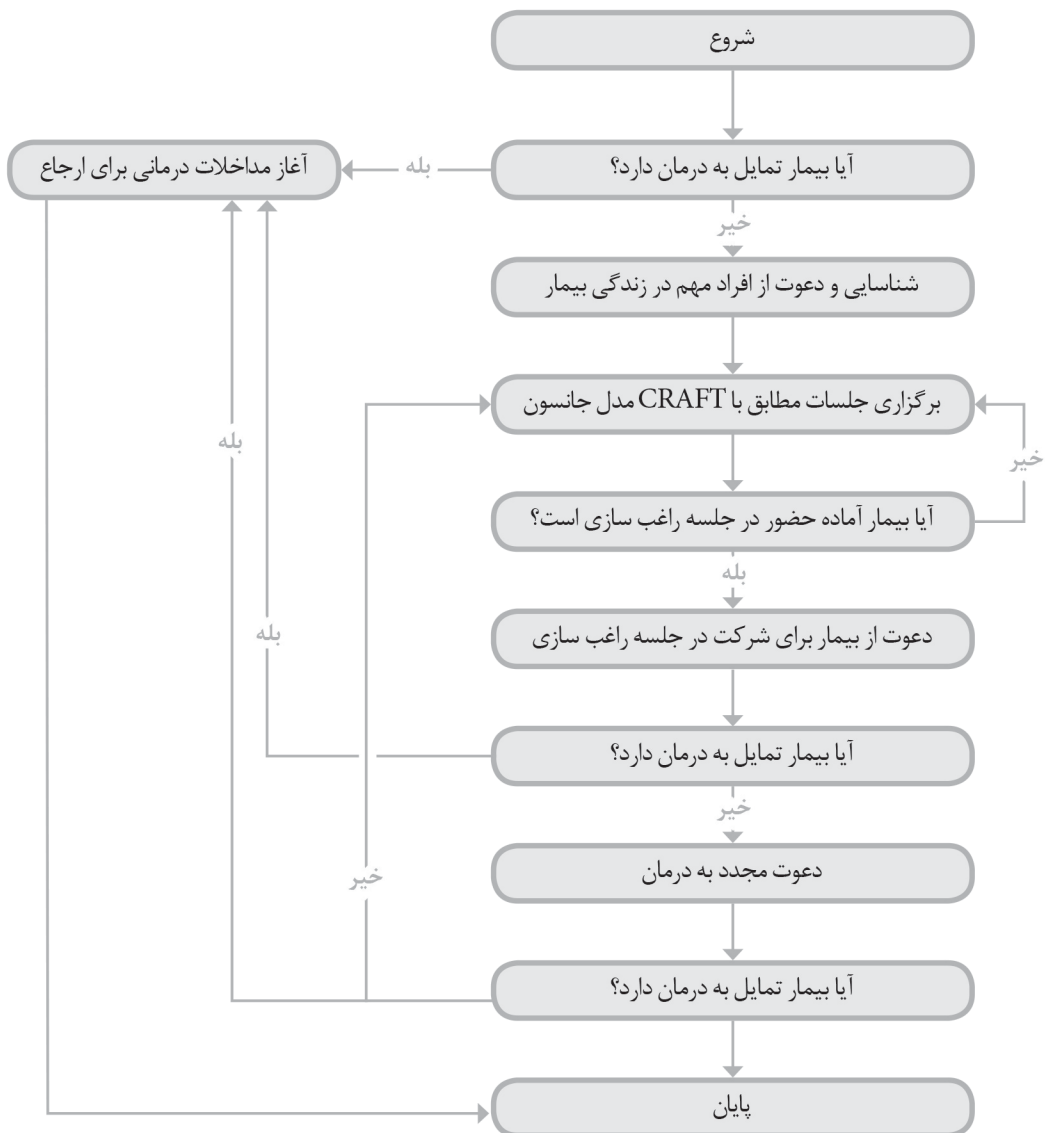
-Young, Nancy K.; Nakashian, Mary; Yeh, Shaila; Amatetti, Sharon. (2006). Screening and Assessment for Family Engagement, Retention and Recovery (SAFERR). National Center on Substance Abuse and Child Welfare (NCSACW) and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

-Zanis, David A.; Coviello, Donna; Alterman, Arthur I.; Appling, Sharon E. (2001). A community-based trial of vocational problem-solving to increase employment among methadone patients. Journal of Substance Abuse Treatment, 21:19– 26.

پیوست‌ها

◀ پیوست شماره (۱): فلورچات ها

◀ فرآیند راغب سازی



◀ حمایت پس از ترخیص

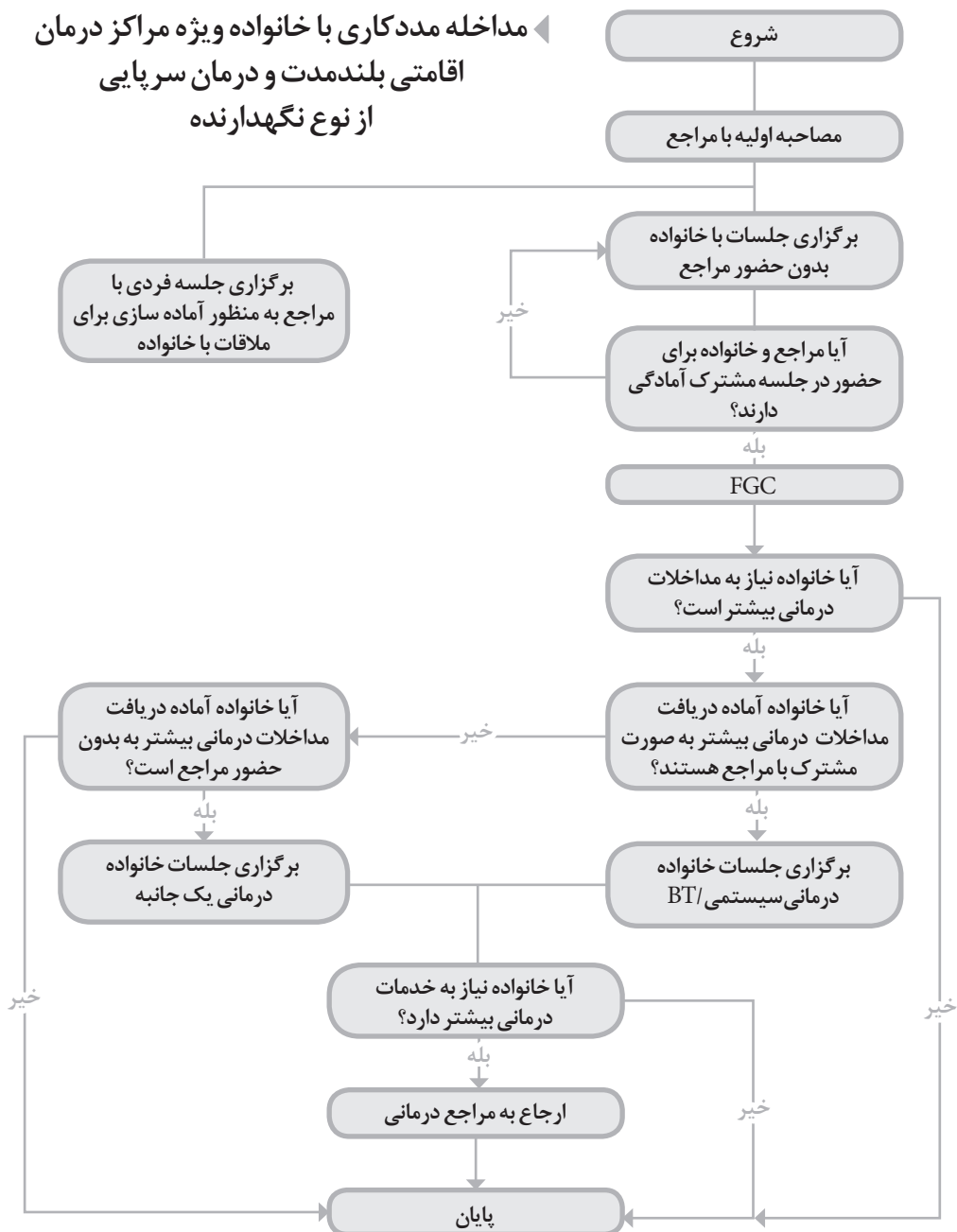


◀ حمایت از کودک ویژه تمامی مراکز درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد



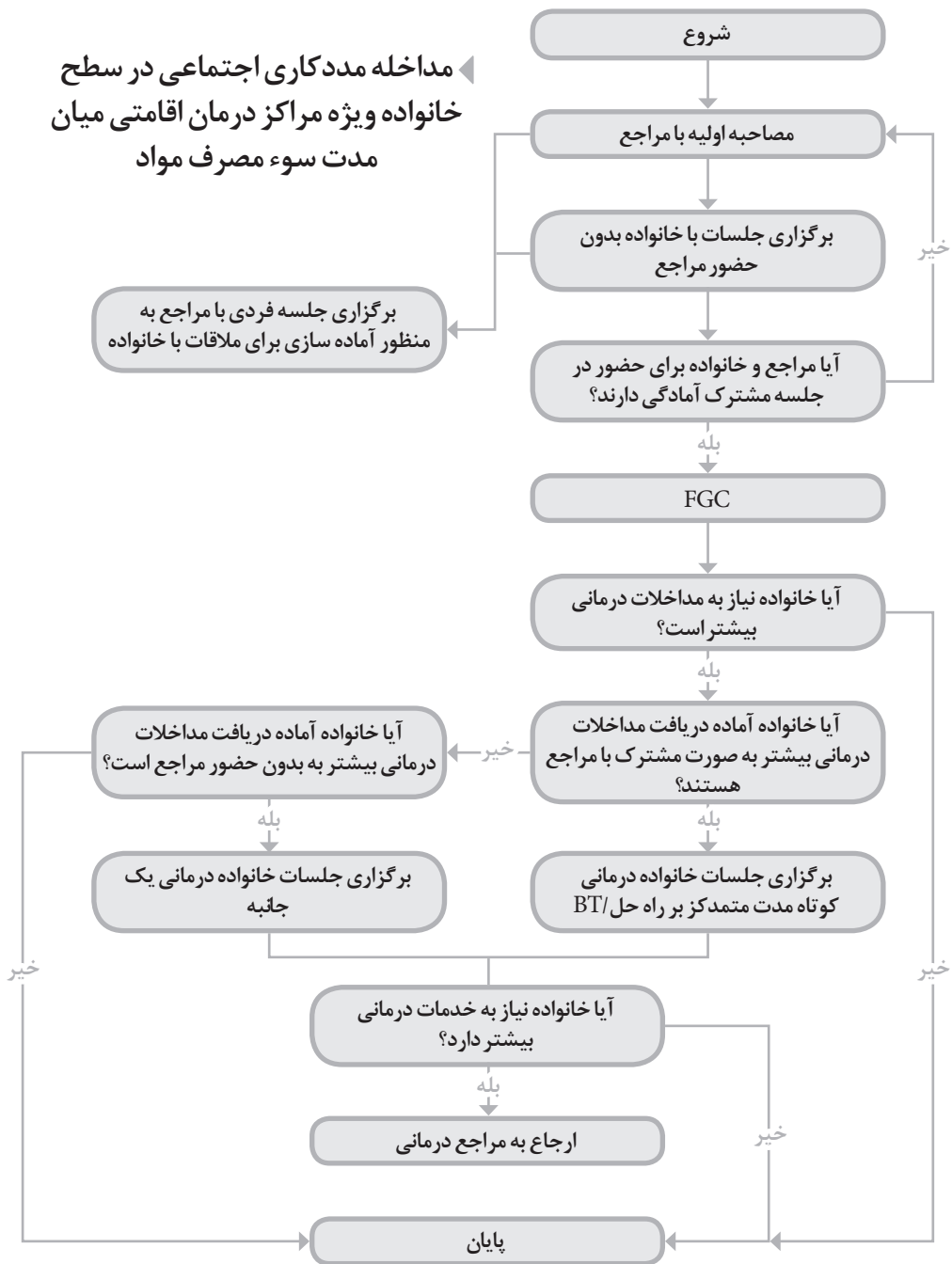


◀ مداخله مددکاری با خانواده ویژه مراکز درمان اقامتی بلندمدت و درمان سرپایی از نوع نگهدارنده



◀ شبکه درمانی ویژه مراکز درمان اقامتی بلندمدت، سرپایی از نوع نگهدارنده، پس از ترخیص و پیشگیری اجتماع محور از عود

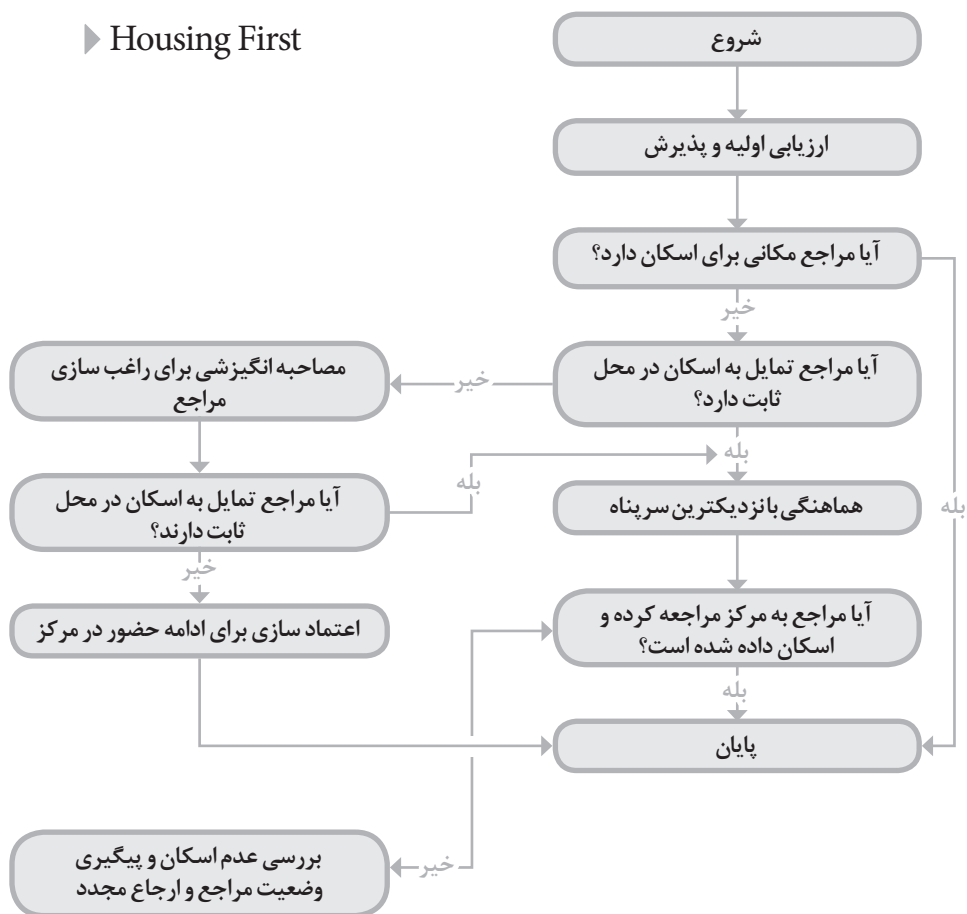




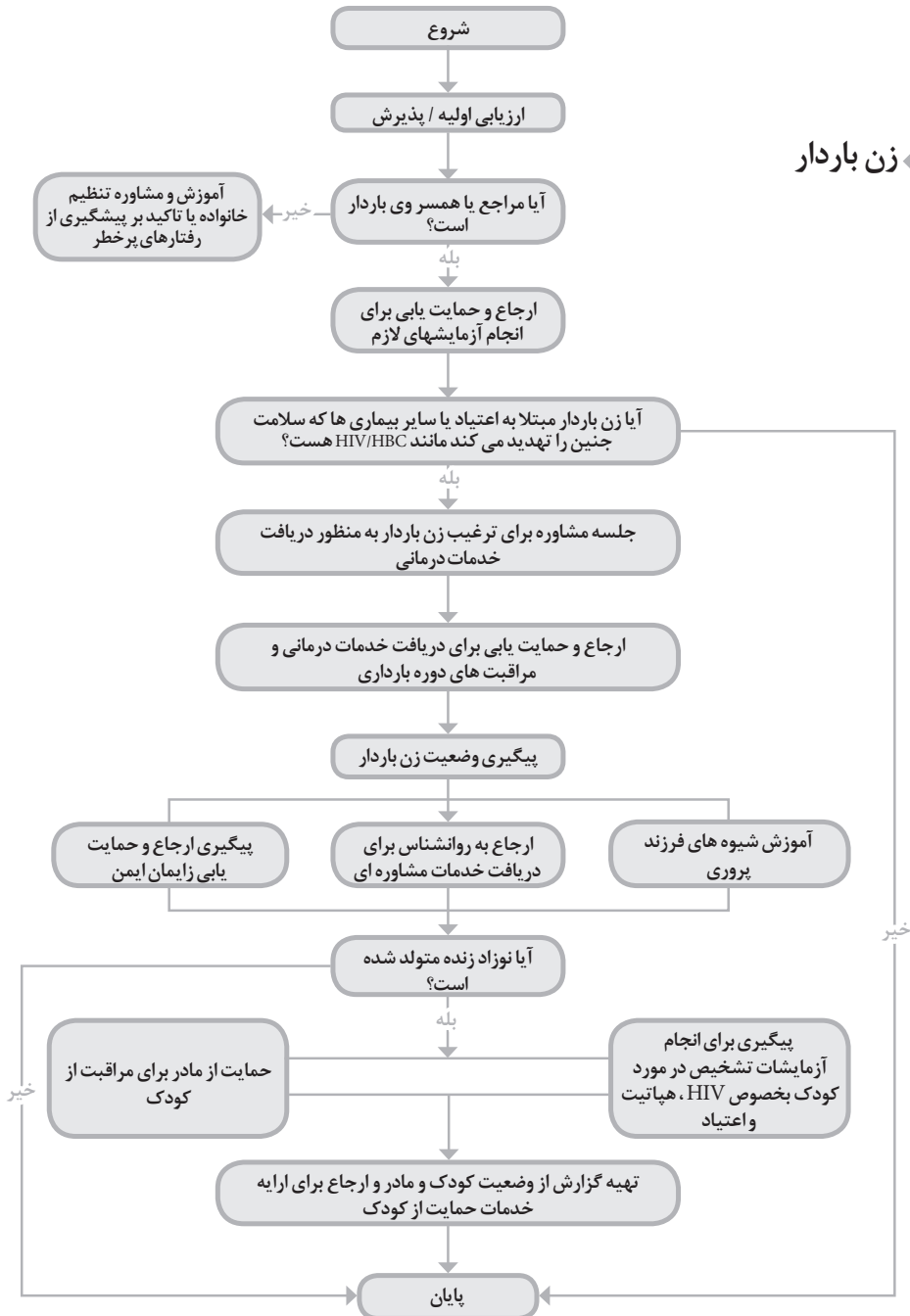
◀ توانبخشی شغلی



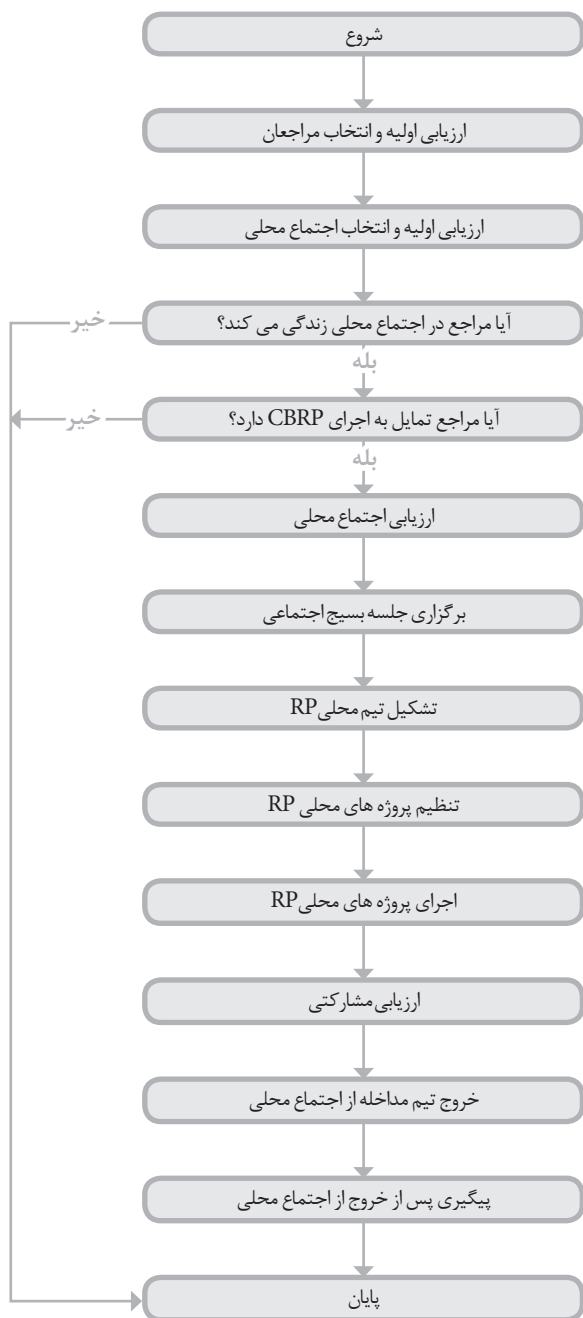
► Housing First



زن باردار



◀ مداخله اجتماعی محور



◀ پیوست شماره (۲): ماتریس خدمات پیش‌بینی‌شده برای مددکاری اجتماعی در حوزه درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد

راه‌نما	اقامتی میان‌مدت
Case Management	✓
Housing First	*
Motivational Interventions	✓
Client Training	ماهیت اعتیاد، وسوسه و پیشگیری از آن، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی، کاهش آسیب و آماده سازی برای ترخیص
Family Member Training	ماهیت و سبب شناسی اعتیاد، وسوسه، شروع کننده‌ها، لغزش، عود و پیشگیری از آنها، مدیریت لغزش، تعامل با فرد در حال بهبودی، هم وابستگی و درمان آن
Conferencing Family Group	حداقل یک جلسه و حداکثر سه جلسه
Techniques Family Therapy	خانواده درمانی کوتاه مدت متمرکز بر راه حل (برای مداخلات کوتاه مدت) خانواده درمانی یکجانبه (در صورت عدم همکاری خانواده یا مراجع)
Community Training	*
Peer Counselor Training	وظایف و حدود اختیارات، مهارت ارتباط مؤثر، اخلاق حرفه ای
Child Protection	✓
Group work	آموزشی مشاوره ای
Network Therapy	*
Advocacy	✓
Vocational Rehabilitation	*
Home Visit	✓
Refer	✓
Documentation	پرونده فردی و خانوادگی
Pregnancy	✓
Domestic Violence	✓
Legal Problems	✓
Basic Needs	*
Conditional Management	✓
Housing	*
Education	*
Medical Insurance	✓
Social Insurance	*
Crisis Intervention	✓
Follow-up	✓

راهنما	اقامتی بلندمدت
Case Management	✓
Housing First	*
Motivational Interventions	✓
Client Training	ماهیت اعتیاد، وسوسه و پیشگیری از آن، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی، کاهش آسیب و آماده سازی برای ترخیص
Family Member Training	ماهیت و سبب شناسی اعتیاد، وسوسه، شروع کننده‌ها، لغزش، عود و پیشگیری از آنها، مدیریت لغزش، تعامل با فرد در حال بهبودی، هم وابستگی و درمان آن
Conferencing Family Group	حداقل ۳ جلسه و حداکثر ۵ جلسه
Techniques Family Therapy	خانواده درمانی ساختاری/استراتژیک (برای اهداف درمانی بلند مدت) خانواده درمانی کوتاه مدت متمرکز بر راه حل (برای مداخلات کوتاه مدت) خانواده درمانی یکجانبه (در صورت عدم همکاری خانواده یا مراجع)
Community Training	*
Peer Counselor Training	وظایف و حدود اختیارات، مهارت ارتباط مؤثر، اخلاق حرفه ای
Child Protection	✓
Group work	درمانی، آموزشی مشاوره‌ای و یا فعالیت
Network Therapy	✓
Advocacy	✓
Vocational Rehabilitation	✓
Home Visit	✓
Refer	✓
Documentation	پرونده فردی و خانوادگی
Pregnancy	✓
Domestic Violence	✓
Legal Problems	✓
Basic Needs	*
Conditional Management	✓
Housing	*
Education	✓
Medical Insurance	✓
Social Insurance	*
Crisis Intervention	✓
Follow-up	✓

سریای از نوع نگه دارنده	راهنما
✓	Case Management
✓	Housing First
✓	Motivational Interventions
ماهیت اعتیاد، وسوسه و پیشگیری از آن، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی، کاهش آسیب و آماده سازی برای ترخیص	Client Training
ماهیت و سبب شناسی اعتیاد، وسوسه، شروع کننده‌ها، لغزش، عود و پیشگیری از آنها، مدیریت لغزش، تعامل با فرد در حال بهبودی، هم وابستگی و درمان آن	Family Member Training
حداقل هر سه ماه یکبار	Family Group Conferencing
خانواده درمانی ساختاری/استراتژیک (برای اهداف درمانی بلند مدت) خانواده درمانی کوتاه مدت متمرکز بر راه حل (برای مداخلات کوتاه مدت) خانواده درمانی یکجانبه (در صورت عدم همکاری خانواده یا مراجع)	Family Therapy Techniques
*	Community Training
وظایف و حدود اختیارات، مهارت ارتباط مؤثر، اخلاق حرفه ای	Peer Counselor Training
✓	Child Protection
درمانی، آموزشی مشاوره‌ای و یا فعالیت	Group work
✓	Network Therapy
✓	Advocacy
✓	Vocational Rehabilitation
✓	Home Visit
✓	Refer
پرونده فردی و خانوادگی	Documentation
✓	Pregnancy
✓	Domestic Violence
✓	Legal Problems
*	Basic Needs
✓	Conditional Management
✓	Housing
✓	Education
✓	Medical Insurance
✓	Social Insurance
✓	Crisis Intervention
✓	Follow-up

کاهش آسیب	راهنما
✓	Case Management
✓	Housing First
✓	Motivational Interventions
کاهش آسیب، نحوه مراقبت از کودک، آموزش کودک به منظور آموختن مهارت‌های مراقبت از خود، پیشگیری و کاهش احتمال خشونت	Client Training
*	Family Member Training
*	Family Group Conferencing
*	Family Therapy Techniques
*	Community Training
کاهش آسیب، وظایف و حدود اختیارات، اخلاق حرفه‌ای و مصاحبه انگیزشی با بیماران تیم سیار	Peer Counselor Training
✓	Child Protection
آموزشی مشاوره‌ای	Group work
*	Network Therapy
✓	Advocacy
*	Vocational Rehabilitation
✓	Home Visit
✓	Refer
پرونده فردی و خانوادگی	Documentation
✓	Pregnancy
✓	Domestic Violence
✓	Legal Problems
✓	Basic Needs
✓	Conditional Management
*	Housing
*	Education
✓	Medical Insurance
*	Social Insurance
✓	Crisis Intervention
✓	Follow-up

پس از ترخیص	راهنما
✓	Case Management
✓	Housing First
✓	Motivational Interventions
ماهیت اعتیاد، وسوسه و پیشگیری از آن، پیشگیری از عود، مدیریت لغزش، مهارت ارتباط مؤثر و سایر مهارت‌های زندگی، کاهش آسیب و آماده سازی برای ترخیص	Client Training
ماهیت و سبب شناسی اعتیاد، وسوسه، شروع کننده‌ها، لغزش، عود و پیشگیری از آنها، مدیریت لغزش، تعامل با فرد در حال بهبودی، هم وابستگی و درمان آن	Family Member Training
حداقل هر سه ماه یکبار در یکسال اول	Family Group Conferencing
خانواده درمانی ساختاری/استراتژیک (برای اهداف درمانی بلند مدت)، خانواده درمانی کوتاه مدت متمرکز بر راه حل (برای مداخلات کوتاه مدت)، خانواده درمانی یکجانبه (در صورت عدم همکاری خانواده یا مراجع)	Family Therapy Techniques
*	Community Training
وظایف و حدود اختیارات، مهارت ارتباط مؤثر، اخلاق حرفه ای	Peer Counselor Training
✓	Child Protection
آموزشی مشاوره‌ای و فعالیت	Group work
✓	Network Therapy
✓	Advocacy
✓	Vocational Rehabilitation
✓	Home Visit
✓	Refer
پرونده فردی و خانوادگی	Documentation
✓	Pregnancy
✓	Domestic Violence
✓	Legal Problems
✓	Basic Needs
✓	Conditional Management
✓	Housing
✓	Education
✓	Medical Insurance
✓	Social Insurance
✓	Crisis Intervention
✓	Follow-up

CBRP	راهنما
*	Case Management
*	Housing First
✓	Motivational Interventions
*	Client Training
*	Family Member Training
*	Family Group Conferencing
*	Family Therapy Techniques
ماهیت اعتیاد و سبب شناسی آن، وسوسه، شروع کننده‌ها، لغزش و عود و پیشگیری از آنها، مدیریت لغزش، تعامل با فرد در حال بهبودی، تأثیر اجتماع محلی بر بهبودی، تقویت شبکه	Community Training
وظایف و حدود اختیارات، مهارت ارتباط مؤثر، اخلاق حرفه‌ای، نحوه تعامل با اجتماع محلی	Peer Counselor Training
✓	Child Protection
اقدام اجتماعی	Group work
✓	Network Therapy
✓	Advocacy
*	Vocational Rehabilitation
*	Home Visit
✓	Refer
پرونده اجتماع محلی، مستندسازی مشارکتی	Documentation
*	Pregnancy
*	Domestic Violence
*	Legal Problems
*	Basic Needs
*	Conditional Management
*	Housing
*	Education
*	Medical Insurance
*	Social Insurance
✓	Crisis Intervention
✓	Follow-up

در مورد عناوینی که در ماتریس زیر آن‌ها خط کشیده شده است، مددکار اجتماعی موظف شده است از ارائه آموزش‌ها مطمئن شود.

پیوست شماره (۳): فرم‌ها

پیوست شماره (۱-۳): اطلاعات پایه دموگرافیک (Basic Demographics)	
نام و نام خانوادگی	سال تولد ۱۳
تحصیلات سال	
منبع ارجاع: خود مراجع ☐ خانواده مراجع ☐ مرکز درمان اعتیاد دیگر ☐ مراجع قانونی (دادگاه یا پلیس) ☐ سایر موارد ☐ مشخص کنید.....	
وضعیت شغلی (طی سه ماه قبل از ورود به درمان)	
شغل تمام وقت ☐ بی کار ☐ در حال تحصیل ☐ بازنشسته ☐ شغل نیمه وقت یا درآمد نامنظم ☐	
در یک ماه قبل از ورود به درمان از طریق هر یک از راه‌های زیر چقدر پول دریافت کرده‌اید؟	
اشتغال (یا درآمد ناشی از سرمایه گذاری)	 تومان
بازنشستگی و بیمه از کارافتادگی	 تومان
کمک موسسات خیریه (کمیته امداد، بهزیستی و ...)	 تومان
کمک بستگان و دوستان	 تومان

پیوست شماره (۲-۳): سابقه سوءمصرف مواد (Drug Abuse History)				
مدت اعتیاد..... سال			سن شروع مصرف.....سالگی	
توضیحات	در ۳۰ روز گذشته چند روز این ماده را مصرف کردید؟	مجموعاً چند سال مصرف مداوم این ماده را داشتید؟	اولین باری که استفاده کردید، چند ساله بودید؟	نوع ماده
	روز	سال	ساله	تریاک و شیره
	روز	سال	ساله	هرویین
	روز	سال	ساله	کراک
	روز	سال	ساله	نورجیزک
	روز	سال	ساله	متادون غیرقانونی
	روز	سال	ساله	بوپرنورفین غیرقانونی با تمجیزک
	روز	سال	ساله	سایر ترکیبات افیونی (ترامادول، کدیین، دیفنوکسیلات، توهمز (و...))
	روز	سال	ساله	الکل
	روز	سال	ساله	حشیش
	روز	سال	ساله	متامفتامین (شیشه)
	روز	سال	ساله	اکستازی
	روز	سال	ساله	کوکائین
	روز	سال	ساله	داروهای آرام‌بخش
	روز	سال	ساله	توهمزها (LDS، قارچ و ...)
	روز	سال	ساله	سیگار و تنباکو
ماده اصلی و مشکل‌سازی که انگیزه اصلی شما برای مراجعه برای درمان بود، کدام یک از موارد فوق بوده است (تنها یک ماده)؟ پر کنید:				
در آخرین ماه مصرف مواد مجموعاً ارزش مصرف مواد مخدر و محرک شما به‌طور تقریبی چقدر بوده است؟.....تومان در ماه.				

به‌طور متوسط چقدر از این مبلغ را خود شما نقداً پرداخت می‌کردید؟.....تومان در ماه.
تاکنون چند بار به علت بیش‌مصرف مواد (overdose) به بیمارستان یا مراکز درمانی مراجعه کرده‌اید؟..... بار
آیا پرداختن به موارد زیر در طول ۱۲ ماه گذشته برای شما مشکل‌ساز شده‌اند؟
قماربازی: خیر ☐ بلی ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، چقدر زمان برای فراهم شدن مقدمات و انجام این کار صرف می‌کنید؟ساعت در روز
لطفاً به مشکلات ناشی از آن اشاره کنید:
اینترنت: خیر ☐ بلی ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، چقدر زمان برای فراهم شدن مقدمات و انجام این کار صرف می‌کنید؟ساعت در روز
لطفاً به مشکلات ناشی از آن اشاره کنید:
بازی‌های کامپیوتری: خیر ☐ بلی ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، چقدر زمان برای فراهم شدن مقدمات و انجام این کار صرف می‌کنید؟ساعت در روز
لطفاً به مشکلات ناشی از آن اشاره کنید:
رابطه جنسی: خیر ☐ بلی ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، چقدر زمان برای فراهم شدن مقدمات و انجام این کار صرف می‌کنید؟ساعت در روز
لطفاً به مشکلات ناشی از آن اشاره کنید:

پیوست شماره (۳-۳): سابقه درمان (Treatment History)		
۱. آیا در طی عمر خود برای مصرف مواد درمان گرفته‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐		
۲. چند بار تا کنون به موارد زیر مبادرت کرده‌اید؟ (به تمام موارد پاسخ دهید)		
نوع درمان	تعداد دفعات	طولانی‌ترین زمان پاک (پرهیز)
A. درمان جایگزین با متادون (نگهدارنده)	 بار	 روز
B. درمان جایگزین با بوپرنورفین (نگهدارنده)	 بار	 روز
C. درمان جایگزین با نالتراکسون (نگهدارنده)	 بار	 روز
D. سم‌زدایی سرپایی (مثلاً با متادون یا کلونیدین)	 بار	 روز
E. سم‌زدایی بدون نظارت درمان‌گران	 بار	 روز
F. درمان در مراکز تأدیبی (زندان و اردوگاه)	 بار	 روز
G. سم‌زدایی بستری (غیربی‌هوشی)	 بار	 روز
H. بازتوانی اقامتی (TC)	 بار	 روز
I. سم‌زدایی تحت بی‌هوشی (UROD)	 بار	 روز
L. درمان اقامتی (کمپ)	 بار	 روز
سایر روش‌ها، مشخص کنید:		
آیا در ماه گذشته تحت درمان بوده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ کد آن را از A تا J بر اساس لیست فوق مشخص کنید:		
در سال گذشته چند بار برای درمان وابستگی به مواد تحت نظر درمان‌گران اقدام کرده‌اید؟ بار		
آیا تا کنون در جلسات NA شرکت کرده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ مجموعاً ماه		

پیوست شماره (۴-۳): سابقه رفتارهای مخاطره آمیز (Risky Behaviors)
آیا در عمر خود سابقه تزریق مواد داشته‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐ تعداد دفعات تزریق در ماه گذشته : بار در ماه
آیا تا کنون از سرنگ یا وسایل تزریق مصرف‌شده توسط دیگران استفاده کرده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐ تعداد دفعات تزریق در ماه گذشته : بار در ماه
آیا تا کنون با کسی رابطه جنسی داشته‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐
در ماه گذشته چند بار رابطه جنسی داشته‌اید؟ بار ☐ چند بار با کاندوم بوده است؟ بار
آیا تا کنون رابطه جنسی با غیرهمسر خود داشته‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐
در ماه گذشته چند بار رابطه جنسی با غیرهمسر خود داشته‌اید؟ بار ☐ چند بار با کاندوم بوده است؟ بار
چند بار در ازای پول، کالا یا خدمات بوده است؟ بار
تا کنون در طی عمر خود چند بار زندانی بوده‌اید؟ بار ☐ مربوط به مواد: بار ☐ غیرمربوط به مواد: بار
آیا در سال گذشته زندانی بوده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐ در صورت مثبت بودن جواب، آیا این زندانی بودن مربوط به جرایم مواد بوده است؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐
آیا در طی عمر خود اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐
آیا در ماه آخر مصرف خود، اقدام به فروش مواد کرده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ عدم تمایل به پاسخ‌گویی ☐
در ماه آخر مصرف خود، چند بار کتک کاری و نزاع فیزیکی (چه در منزل و چه در بیرون) داشته‌اید؟ بار
چند بار به مداخله نیروی انتظامی منجر شده است؟ بار

پیوست شماره (۵-۳): وضعیت خانوادگی			
وضعیت تأهل	ازدواج دائم ☐ طلاق گرفته ☐	مجرد (هیچ‌گاه ازدواج نکرده) ☐ متارکه (جدا شده اما طلاق نگرفته) ☐	همسر فوت کرده ☐ سایر... ☐
شرایط سکونت (اکثر اوقات در ماه قبل از ورود به درمان)			
با همسر یا خانواده ☐ با دوستان یا همکاران ☐ تنها در منزل ☐ بی سرپناه ☐			
آیا پدر شما در قید حیات است؟ بله ☐ خیر ☐			
آیا مادر شما در قید حیات است؟ بله ☐ خیر ☐			
شما مجموعاً چند خواهر و برادر تنی دارید؟خواهربرادر			
آیا در پدر شما سابقه اعتیاد وجود داشته است؟ بله ☐ خیر ☐			
آیا در مادر شما سابقه اعتیاد وجود داشته است؟ بله ☐ خیر ☐			
در چند نفر از برادران و خواهران و فرزندان شما سابقه اعتیاد وجود دارد؟خواهرانبرادراندخترانپسران			
اگر ازدواج کرده‌اید، چند فرزند دارید؟دخترپسر			
آیا در حال حاضر با کسی زندگی می‌کنید که از انواع مواد اعتیادآور (شامل الکل، مواد مخدر، محرک، روان‌گردان‌ها و ...) استفاده کند؟ بله ☐ خیر ☐			
در حال حاضر چقدر از حمایت عاطفی و روحی خانواده برخوردارید؟ اصلاً ☐ اندکی ☐ در حد متوسط ☐ بسیار زیاد ☐			
به مقدار قابل توجه ☐			
مهم‌ترین حامی بهبودی شما در خانواده چه کسانی هستند؟ نام ببرید...			
کسانی که تحت سرپرستی و مراقبت شما هستند، اکنون با شما زندگی می‌کنند؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی که یک یا چند نفر آن‌ها با شما زندگی نمی‌کنند، توضیح دهید که کجا و با چه کسی زندگی می‌کنند؟			

کودکان تحت سرپرستی و مراقبت مراجع

آیا کودک یا کودکانی تحت سرپرستی قانونی شما هستند؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، نام و نام خانوادگی کودک: سن: سال

جنسیت: دختر ☐ پسر ☐

آیا کودک اکنون تحت مراقبت شماست؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی کودک تحت مراقبت شما نیست، چه کسی از او مراقبت می کند؟ نام ببرید:

نام و نام خانوادگی کودک: سن: سال

جنسیت: دختر ☐ پسر ☐

آیا کودک اکنون تحت مراقبت شماست؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی کودک تحت مراقبت شما نیست، چه کسی از او مراقبت می کند؟ نام ببرید:

نام و نام خانوادگی کودک: سن: سال

جنسیت: دختر ☐ پسر ☐

آیا کودک اکنون تحت مراقبت شماست؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی کودک تحت مراقبت شما نیست، چه کسی از او مراقبت می کند؟ نام ببرید:

نام و نام خانوادگی کودک: سن: سال

جنسیت: دختر ☐ پسر ☐

آیا کودک اکنون تحت مراقبت شماست؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی کودک تحت مراقبت شما نیست، چه کسی از او مراقبت می کند؟ نام ببرید:

نام و نام خانوادگی کودک: سن: سال

جنسیت: دختر ☐ پسر ☐

آیا کودک اکنون تحت مراقبت شماست؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی کودک تحت مراقبت شما نیست، چه کسی از او مراقبت می کند؟ نام ببرید:

آیا کودک یا کودکانی اکنون با شما زندگی می کنند که سرپرستی قانونی آن ها با شما نیست اما مراقبت از آن ها به عهده شماست؟

بله ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است،

نام و نام خانوادگی کودک: جنسیت: دختر ☐ پسر ☐ کودک با شما چه نسبتی دارد؟	سن: سال
نام و نام خانوادگی کودک: جنسیت: دختر ☐ پسر ☐ کودک با شما چه نسبتی دارد؟	سن: سال
نام و نام خانوادگی کودک: جنسیت: دختر ☐ پسر ☐ کودک با شما چه نسبتی دارد؟	سن: سال
نام و نام خانوادگی کودک: جنسیت: دختر ☐ پسر ☐ کودک با شما چه نسبتی دارد؟	سن: سال
بارداری مراجع / بارداری همسر یا شریک جنسی مراجع	
آیا شما باردار هستید (برای مراجعان زن)؟ / آیا همسر یا شریک جنسی شما باردار است؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است آیا زن باردار از مراقبت‌های دوره بارداری برخوردار است؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، پرونده بهداشتی - درمانی او در کدام مرکز درمانی تشکیل شده است؟ آدرس مرکز درمانی:	
شماره تماس مرکز درمانی:	
آیا آزمایش‌های ایدز و هپاتیت و سایر بیماری‌های مراقبتی در مورد زن باردار انجام شده است؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت آلوده بودن زن باردار به ویروس اچ‌آی‌وی آیا هماهنگی‌های لازم برای زایمان ایمن وی انجام گرفته است؟ بله ☐ خیر ☐	

آزار و خشونت علیه زنان و کودکان

آیا کودکانی که تحت مراقبت و سرپرستی مراجع قرار دارند، مورد آزار و خشونت قرار می‌گیرند؟ بله ☐ خیر ☐
 در صورتی که پاسخ مثبت است، نوع آزار و خشونت را مشخص کنید:
 فیزیکی ☐ روانی-عاطفی ☐ غفلت ☐ جنسی ☐

آزار و خشونت توسط چه کسی (کسانی) انجام می‌شود؟
 آزار و خشونت در چه زمان و شرایطی انجام می‌شود؟ توضیح دهید:

آیا همسر یا شریک جنسی مراجع مورد آزار و خشونت قرار می‌گیرد؟ بله ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است، نوع آزار و خشونت را مشخص کنید:
 فیزیکی ☐ روانی-عاطفی ☐ جنسی ☐

آزار و خشونت توسط چه کسی (کسانی) انجام می‌شود؟
 آزار و خشونت در چه زمان و شرایطی انجام می‌شود؟ توضیح دهید:

توضیحات تکمیلی:

پیوست شماره (۶-۳): توان بخشی شغلی (برنامه فردی اشتغال) Individual Plan for Employment (IPE)	
نام مددکار اجتماعی:	
نام و نام خانوادگی مراجع:	
عنوان شغل انتخاب شده:	
هدف برنامه فردی اشتغال: راه اندازی یک شغل جدید ☐ استخدام در یک سازمان یا نهاد دولتی ☐ توسعه شغل فعلی ☐ استخدام در سازمان یا نهاد غیردولتی ☐ سایر ☐ ذکر کنید:	
مهارت های مورد نیاز برای شغل:	
منابع مالی مورد نیاز برای اشتغال: روش پیش بینی شده برای تأمین منابع مالی:	
تعداد نیروی انسانی (در صورتی که مراجع در راه اندازی شغل به عنوان کارفرما عمل خواهد کرد): مهارت های مورد نیاز برای نیروی انسانی:	
آموزش های مورد نیاز:	
عنوان دوره آموزشی:	هزینه آموزش: ریال
نحوه تأمین هزینه آموزش:	
عنوان دوره آموزشی:	هزینه آموزش: ریال
نحوه تأمین هزینه آموزش:	
عنوان دوره آموزشی:	هزینه آموزش: ریال
نحوه تأمین هزینه آموزش:	
عنوان دوره آموزشی:	هزینه آموزش: ریال
نحوه تأمین هزینه آموزش:	
سایر امکانات مورد نیاز و نحوه تأمین آن ها:	

جدول زمان‌بندی برنامه اشتغال فردی (IPE)

زمان (بر حسب ماه)																		فعالیت
۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	

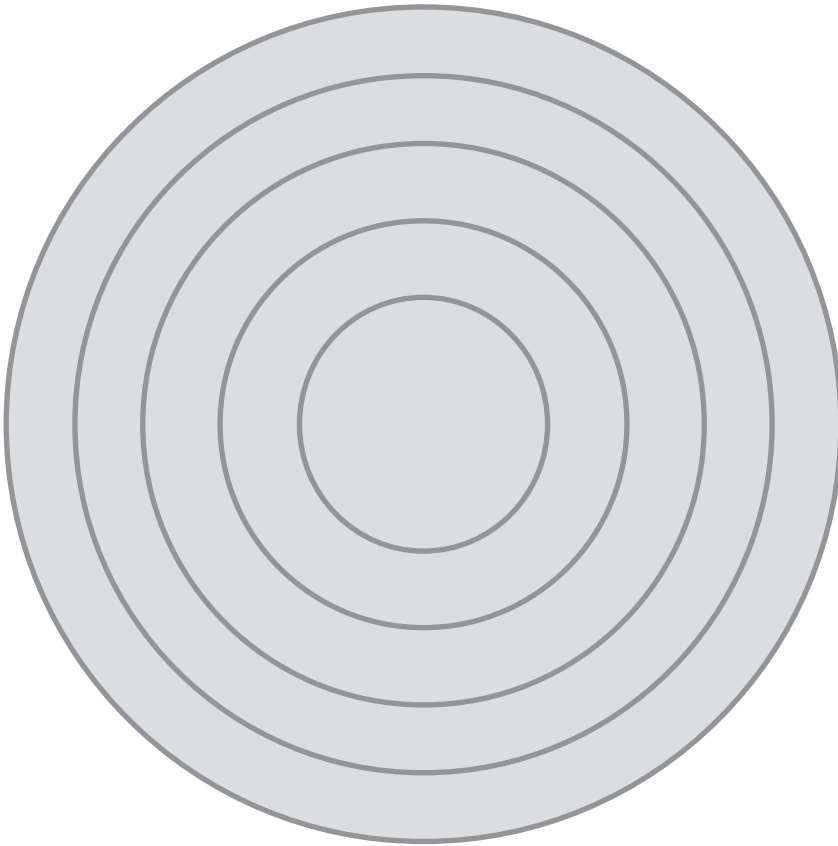
زمان‌بندی باید با مشارکت مراجع و با توجه به اهداف شغلی تعیین شده تنظیم شود.
 انتخاب دوره زمانی بر حسب ماه در این جدول پیشنهادی است و بر اساس توافق مراجع و مددکار می‌تواند
 بر حسب روز، هفته، دو هفته و ... تنظیم شود.

جدول زیر را در مورد افرادی که حامی بهبودی مراجع هستند، تکمیل کنید:

[illegible]

پیوست شماره (۸-۳): شبکه حامیان بهبودی

افراد مختلفی می‌توانند شما را در بهبودی‌تان حمایت کنند. در نمودار زیر نام کسانی را وارد کنید که می‌توانند شما را در بهبودی‌تان حمایت کنند. در دایره میانی نام خودتان را بنویسید و اسامی کسانی را که قادرند از شما در فرایند بهبودی حمایت کنند، در دایره‌های بعدی ثبت کنید. باید نام کسانی که اهمیت بیشتری دارند، در دایره‌های نزدیک‌تر به شما و نام آن‌هایی که اثر کمتری دارند، در دایره‌های دورتر یادداشت شوند.



پیوست شماره (۹-۳): آیا من در اجتماع محلی زندگی می‌کنم؟

برای این که بتوانید از برنامه پیشگیری اجتماع محور از عود بهره مند شوید، باید در یک اجتماع محلی زندگی کنید. به همین دلیل باید قبل از هر چیز مطمئن شوید جایی که در آن زندگی می‌کنید، یک اجتماع محلی است. در جدول زیر برخی ویژگی ها ذکر شده اند. مشخص کنید که آیا این ویژگی ها در محل زندگی شما وجود دارد؟

بله	خیر	ویژگی محله
		در جایی که من زندگی می‌کنم، فروشگاه‌های آن در صورتی که اهالی بخواهند، به آن‌ها کالای نسیه می‌دهند.
		من در جایی زندگی می‌کنم که اغلب افراد همدیگر را می‌شناسند.
		من در جایی زندگی می‌کنم که اکثر ساکنان با یکدیگر رابطه دارند.
		ساکنان محلی که در آن زندگی می‌کنم، سال‌های طولانی است که در آن‌جا زندگی می‌کنند.
		من در جایی زندگی می‌کنم که به‌سختی می‌شود موضوعات مهم را از دیگران پنهان نگه داشت.
		اگر برای یکی از اهالی اتفاقی بیفتد و مجبور شود یکی دو روزی از خانه دور باشد، می‌تواند روی کمک و مراقبت همسایه از بچه‌ها (خانواده‌اش) حساب باز کند.
		اگر مراسم عزا یا عروسی باشد، می‌شود روی کمک اهالی کمک کرد.
		همسایه‌ها در صورتی که وسیله‌ای را نیاز داشته باشند، به یکدیگر مراجعه می‌کنند.
		اهالی محل همه جای محل را می‌شناسند.
		در محل زندگی من اغلب اهالی از یک قومیت خاص هستند (زبان و یا لهجه مشترک دارند یا از یک شهرستان مشخص به آن‌جا مهاجرت کرده‌اند).
		بعضی افراد در محل ما زندگی می‌کنند که اغلب اهالی به آن‌ها اعتماد دارند و با آن‌ها مشورت می‌کنند.

اگر حداقل به شش مورد از موارد فوق پاسخ «بله» داده اید، شما در یک اجتماع محلی زندگی می‌کنید.

پیوست شماره (۱۰-۳): فرم بررسی RPF

[illegible]

پیوست شماره (۱۱-۳): نیم‌رخ اجتماع محلی

استان		شهر
نام اجتماع محلی		نقشه
		تعداد جمعیت در محله
		تعداد خانوار در محله
		قومیت اعضای محله
		زبان یا لهجه اول محله
		زبان یا لهجه دوم محله
		موقعیت و محدوده جغرافیایی محله (روی نقشه نمایش دهید):
		نام محله های مجاور
		نام خیابان های اصلی
اهلیت اعضای محله	بومی ☐	مهاجر از... ☐
سابقه اجرای برنامه های اجتماع محور در محله	وجود دارد ☐	وجود ندارد ☐
سابقه اجرای برنامه های مداخله کاهش مشکلات یا آسیب های اجتماعی	وجود دارد ☐	وجود ندارد ☐
آمار تخمینی معتادان محله چه تعدادی است؟	تعداد معتادان زن	تعداد معتادان مرد
آیا مکان های مشخصی در محله برای خرید و فروش مواد وجود دارد؟ (نام ببرید و روی نقشه مکان آن ها را با علامت مشخص کنید).		
آیا مکان های مشخصی در محله برای مصرف مواد وجود دارد؟ (نام ببرید و روی نقشه مکان آن ها را با علامت مشخص کنید)		
آیا در محله جلسات گروه های خودیار ۱۲ قدمی یا سایر گروه های خودیار برگزار ☐ خیر ☐ بله ☐		
می شود؟ مکان های آن ها را روی نقشه با علامت مشخص کنید.		
چند فرد در حال بهبودی در محله ساکن هستند؟		
آیا هنجار های خاصی در محله وجود دارند که مجریان برنامه پیشگیری باید به آن ها توجه داشته باشند؟		
☐ خیر ☐ بله		

در صورتی که پاسخ مثبت است، قوانین و مقررات را نام ببرید:	
سازمان ها یا مؤسسات دولتی فعال در محله (مرتبط با برنامه پیشگیری از عود)	
نام سازمان یا مؤسسه	فعالیت های اصلی
۱	
۲	
۳	
۴	
سایر امکانات موجود در محله:	