به نام خدا

سازمان بهزیستی کشور

پروتکل اختصاصی

بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد

الگوی اقامتی پرهیز مدار

ویژه مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)

Special Protocol
for
Recovery and Rehabilitation of
Substance Use Disorde

اسفند ماه ۱۳۹۴

مرکز توسعه پیشگیری

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد

فهرست مطالب

معرفـی پروتـکل	**۵**
مقدمـه	**۹**
خلاصه اجرایی	**۱۲**
فصل اول ـ تعریف واژگان	**۲۰**
تعریف واژگان	۲۰
فصل دوم ـ قوانین و مقررات مرکز	**۳۲**
فصل سوم ـ انتخاب مددجو و پذیرش	**۴۶**
ساعت پذیرش	۴۶
شرایط انتخاب مددجو و پذیرش	۴۶
شرایط منع مطلق پذیرش	۴۶
شرایط منع نسبی پذیرش	۴۷
مراحـل پذیرش	۴۷
۱- احراز هویت مددجو	۴۷
۲- تعیین مُعرف	۴۷
۳- ارایه اطلاعات اولیه از شیوه بهبود و بازتوانی	۴۸
۴- تکمیل مدارک	۴۹
۵ - ارزیابی اولیه	۴۹
الف) ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی	۴۹
ب) ارزیـابی پزشکی	۵۰
۶-صدور تاییدیه پزشکی	۵۰
۷- بررسی مدارک	۵۱
۸- پذیرش نهایی	۵۱
۹- ارایه اطلاعات تکمیلی	۵۱
۱۰- لوازم مورد نیاز مددجو	۵۱
۱۱- ارجاع از سوی مرجع قضایی	۵۲
فصل چهارم ـ برنامه‌های مرکز اقامتی	**۵۴**
سم زدایی	۵۴
برنامه‌های بهبود و بازتوانی	۵۷
الزامات برنامه‌های بهبود و بازتوانی	۵۷
الف) اقدامات گروهی	۵۷
الف-۱)کار با گروه/ گروه درمانی	۵۷
الف-۲) آموزش گروهی	۵۷
الف-۳) جلسات مشارکت جمعی	۶۰
ب) آموزش خـانواده	۶۶

شرایط برگزاری و شرکت در جلسات آموزش خانواده ۶۶
برنامه روزانه مرکز ۶۸
برنامه غذایی مراکز ۶۹
ج) پایش و ارزیابی مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی ۷۰
ج ـ ۱) ارزیابی پزشکی ۷۱
ج ـ۲) آزمایش ادرار ۷۱
ج ـ۳) ارزیابی روان شناختی وضعیت بهبود ۷۲
ج ـ۴) پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه‌های بهبود و بازتوا نی ۷۲
فصل پنجم ـ ترخیص ۷۴
شرایط ترخیص از دوره اقامت ۷۴
شرایط ترخیص نهایی ۷۴
فراینـد ترخیص ۷۴
جشن شکرگذاری و پایان دوره ۷۵
فصل ششم ـ ارجاع مددجو ۷۸
انواع ارجاع ۷۸
ارجاع در هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی ۷۸
موارد ارجاع ۷۸
فرایند ارجاع ۷۹
ارجاع حین دوره بهبود و بازتوانی ۷۹
موارد ارجاع ۷۹
فرایند ارجاع ۸۰
اقدامات پس از ارجاع ۸۱
ارجاع پس از اتمام دوره ۸۲
فصل هفتم ـ پیگیری ۸۴
منابع پیگیری ۸۴
دوره‌های پیگیری ۸۴
روش پیگیری ۸۴
فرایند پیگیری ۸۴
الف- پیگیری قبل از ترخیص نهایی ۸۴
الف -۱) پیگیری غیرحضوری ۸۴
الف -۲) پیگیری حضوری ۸۵
الف -۳) اتمام پیگیری ۸۶
ب- پیگیری پس از ترخیص نهایی ۸۶
ب-۱)بازه‌های زمانی پیگیری ۸۶
ب-۲) فرایند پیگیری ۸۶

مُعرفی پروتکل

عنوان

پروتـکل اختصاصـی بهبـود و بازتوانـیِ اختـلال مصـرف مـواد- الگـوی اقامتـیِ پرهیزمـدار

ویـژه مراکـز اقامتـی بهبـود و بازتوانـی افـراد بـا اختلال مصـرف مـواد (معتادین)، موضـوع بند ۱۲ مـاده ۲۶ قانـون تنظیـم بخشـی از مقـررات مالی دولت، مصـوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شـورای اسلامی

مراحل تالیف و تدوین

خرداد ۹۳ تا بهمن ماه ۹۴ در سه مرحله؛

مرحله اول: انجام مطالعات مقدماتی- خرداد ۹۳ تا فروردین ۹۴

مـرور منابـع بین المللی، نظرسـنجی از اسـتان ها، برگزاری نشسـت های مشـورتی بـا ذی‌نفعان و صاحـب نظران.

مرحله دوم: تدوین ویرایش اول پروتکل- فروردین ۹۴ تا مهر ۹۴

بـا اسـتفاده از تجـارب بومی و با مشـارکت مسـتقیم جمعیت هـای خیریه، سـازمان‌های مردم نهـاد و نماینـدگان نهادهـای دولتـی عضو سـتاد مبـارزه با مواد مخـدر، مراکز علمـی و تحقیقاتی و صاحـب نظـران، مبتنی بـر یافته هـای مرحله اول.

مرحله سوم: تدوین نسخه نهایی پروتکل- از مهر ۹۴ تا بهمن ۹۴

بـر اسـاس نتایـج حاصـل از ارزیابـی میدانـی، مطالعـات کیفی صـورت گرفته از جمله نشسـت مشـورتی بـا ذینفعـان و صاحـب نظـران، نظـر خواهی مسـتقل از صاحب نظران برجسـته کشـور و بـا توجـه خـاص بـه سیاسـت‌های کلـی سـازمان در ایـن حـوزه، مشـورت بـا اداره کل حقوقی سـازمان و مصوبـات اجـلاس علمی-کاربردی مدیران ارشـد سـازمان بهزیسـتی کشـور.

محل تالیف و تدوین

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

تالیف و تدوین

دکتر محسن روشن پژوه، روانپزشک

عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روانپزشکی تهران) و معاون پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

همکار اصلی

زهرا صابری، کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی و کارشناس مسئول برنامه در معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

سایر همکاران

عباس دیلمی زاده، دانشجوی دکتری مهندسی صنایع

امیر مغنی باشی کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی

صاحب نظران

۱. دکتر عمران محمد رزاقی، روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. دکتر آذرخش مکری، روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. دکتر مهرداد احترامی، روانپزشک، قائم مقام مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
۴. دکتر مجید رضازاده، متخصص پزشکی اجتماعی، رئیس مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی کشور
۵. دکتر علی فرهودیان، روانپزشک، رئیس مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۶. دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، روانپزشک، عضو هیات علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روانپزشکی تهران)
۷. دکتر محمد رضا فیاض نوری، روانپزشک، نماینده مرکز ملی مطالعات اعتیاد
۸. دکتر کامبیز محضری، پزشک، کارشناس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

نمایندگان سازمان بهزیستی (به ترتیب الفبا)

۱. مهری امیری، کارشناس معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی کشور
۲. لعیا بشیری،کارشناس معاونت پیشگیری بهزیستی استان تهران
۳. حسن حاجی پور، معاون(وقت) پیشگیری بهزیستی استان خراسان رضوی
۴. ابتسام داشی، معاون پیشگیری بهزیستی استان لرستان
۵. رحیمه دیدا، کارشناس معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی کشور
۶. دکتر مرضیه فرشاد، معاون(وقت)پیشگیری بهزیستی استان اصفهان
۷. رمضانعلی گلچوبی، معاون پیشگیری بهزیستی استان مازندران
۸. دکتر فاطمه عباسی، معاون(وقت) پیشگیری بهزیستی استان تهران
۹. سعیده مددی حقیقی، کارشناس معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی کشور

نمایندگان دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی همکار (به ترتیب الفبا)

۱. دکتر مُنا اسلامی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی
۲. محمد رضا امامی نوده، سازمان آموزش فنی و حرفه ای
۳. دکتر نرجس خلیلی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی
۴. غلامرضا رجبی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل توسعه مشارکت‌های مردمی و سازمان‌های مردم نهاد دکتر مریم سرگلزایی مقدم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها
۵. دکتر محمد رضا قدیر زاده، سازمان پزشکی قانونی کشور، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی
۶. دکتر مهدی قمبری، ستاد مبارزه با مواد مخدر، اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی
۷. دکتر سید ابراهیم قدوسی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۸. سید حسن موسوی چلک، ستاد مبارزه با مواد مخدر، مدیرکل(وقت)توسعه مشارکت‌های مردمی و سازمان‌های مردم نهاد

نمایندگان نهادهای مردمی و تشکل های غیر دولتی (به ترتیب الفبا)

۱. عباسعلی امینی، مدیر عامل موسسه رویش دیگر اصفهان
۲. دکتر کیهان حسنی، جمعیت جامعه پیشگامان پاک آسیا (موسسه کشوری)
۳. مجتبی حشمی، مدیر عامل موسسه پیشگامان رهایی اصفهان
۴. یوسف دولتی، مدیر عامل موسسه مهراندیشان آفاق (موسسه کشوری)
۵. فرزاد روشنی سالار، مدیر عامل موسسه راه روشن استان لرستان
۶. سید علی سلامت، مدیر عامل موسسه پیشگامان سلامت استان خراسان رضوی
۷. نصیر طالبی، مدیر عامل جامعه پیشگامان پاک آسیا (موسسه کشوری)
۸. مجید علیزاده، مدیر عامل موسسه میلاد چکاوک استان مازندران
۹. احسان کاشانی، مدیر عامل جمعیت امیدی دیگر (موسسه کشوری)
۱۰. ابراهیم نیک آیین، مدیر عامل موسسه رایا سلامت محور (موسسه کشوری)

مرجع تصویب

بیست و ششمین شورای معاونین سازمان بهزیستی کشور، مورخ ۵ اسفند ۱۳۹۴
بر مبنای نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته در مسیر ارتقاء مراکز و مصوبات :

- دومین اجلاس علمی-کاربردی مدیران ارشد سازمان بهزیستی کشور- مازندران- ۱۶ بهمن ماه ۱۳۹۴
- شورای معاونین سازمان مورخ ۲۶ و ۲۷ بهمن ۱۳۹۴
- نتایج کارگروه ویژه بررسی و ابلاغ پروتکل و دستورالعمل مراکز اقامتی مشتمل بر اعضاء اصلی شورای معاونین سازمان و مدیران کل منتخب استان ها

تاریخ تصویب

چهارشنبه ۵ اسفند ۱۳۹۴

مرجع ابلاغ

معاون محترم وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و رییس سازمان بهزیستی کشور

تاریخ ابلاغ

اسفند ۱۳۹۴

مقدمه

سازمان بهزیستی کشور به عنوان پیشرو و پرچم دار عرصه پیشگیری و درمان اعتیاد کشور سال هاست با طراحی و اجرای برنامه هایی متنوع، جامع، همه جانبه نگر و مبتنی برشواهد، نقش منحصر به فردی را در بین نهاد های مرتبط با مبارزه با مواد مخدر کشور ایفا نموده است و همواره با نوآوری در عرصه های مختلف و استفاده از رویکردهای نوین به ویژه رویکردهای اجتماع محور، سهم قابل توجهی از بار اعتیاد را بر دوش کشیده است.

به گواهی شواهد و مستندات به راحتی می‌توان گفت؛ بهزیستی تنها دستگاه دولتی عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر است که در تمامی طیف پیشگیری اولیه، درمان، بازتوانی، کاهش آسیب اعتیاد و همچنین حمایت های اجتماعی، برنامه دارد و نیز تنها نهادی است که هم‌سو با سیاست‌های کلان ابلاغی مقام معظم رهبری(مدظله) و در راستای اسناد و قوانین بالادستی در حوزه مبارزه با مواد مخدر از جمله سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد و سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد ابلاغی ریاست محترم جمهور و همچنین در چارچوب قانونی ماده ۲۶ تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و نیز ماده ۱۵ و ۱۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و مبتنی بر اصول و مبانی علمی مورد تایید مراجع بین المللی و در انطباق با ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و سیاسی کشور در قالب برنامه های کاهش تقاضای مواد، کاهش آسیب اعتیاد و حمایت‌های اجتماعی خود، به تمام معنی از توان و ظرفیت مردم و نهاد های مردمی بهره جسته و مفهوم واقعی اجتماع محوری و مشارکت مردمی را به نمایش گذاشته است. به طوری که هم اکنون بالغ بر ۹۰ درصد از خدمات تخصصی خود در حوزه کاهش تقاضای مواد را از طریق تشکل های غیر دولتی، سازمان های مردم نهاد و شبکه های مردمی ارایه می نماید.

امروز سازمان بهزیستی توانسته است؛ بالغ بر ۵۰۰۰ تیم اجتماع محور فعال در عرصه پیشگیری از اعتیاد در سراسر کشور مستقر نماید، خط ملی اعتیاد، به عنوان تنها مسیر مطمین برای ارایه مشاوره غیر حضوری و قابل دسترسی برای هم وطنان عزیزمان از سراسر کشور را راه اندازی نماید، در محیط های کار و مهدهای کودک برنامه پیشگیری اجتماع محور اجرا کند، برای قطب اقتصادی کشور- منطقه ویژه عسلویه - برنامه جامع و سندی راهبردی تدوین نماید، بالغ بر ۲۶۰۰ واحد ارایه خدمات درمان و کاهش آسیب در الگوهای متنوع سرپایی، اقامتی، TC ، تیم های سیار راه اندازی نماید و همه ساله اعتبار قابل توجهی را برای حمایت از داوطلبان درمان، بهبودیافتگان و خانوادهایشان در نظر گیرد.

سازمانی با این گستره فعالیت همواره باچالش‌های فراوانی روبه روست که از یک سو باید برای برون رفت از آنها تدبیر کند و از سویی دیگر ناگزیر است برای حفظ و ارتقاء جایگاه منحصر به فرد علمی و اجرایی خود نیز برنامه ریزی نماید. از اینرو ارتقاء کیفی وکمی کلیه مداخلات از طریق اتخاذ رویکردهای علمی، جامع و نظام مند از جمله سیاست‌های اصلی سازمان است که باید در اولویت قرار گیرد.

سازمان بهزیستی کشور بر اساس ماموریت قانونی و در راستای ایفاد وظایف ذاتی خویش، ساماندهی مراکز اقامتی موسوم به "کمپ" یا "خانه های بهبودی" را برعهده گرفت و با استناد به ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت- مصوب سال ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی- با تدوین و ابلاغ دستورالعمل هایی در سال های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به صدور مجوز برای این مراکز تحت عنوان **"مراکز بهبودی اقامتی میان‌مدت مصرف‌کنندگان مواد"** مبادرت ورزید.

با این اقدام تاثیر گذار سازمان بهزیستی، وضعیتِ اُلگوی اجتماعی و پرهیزمدار در کشور، تا حد زیادی سامان یافت و با نگاهی تسهیلگرانه، تعداد مراکزی که توانستند خود را به معیارهای مندرج در دستورالعمل های ابلاغی نزدیک کرده و مجوز بگیرند، روز به روز افزایش یافت و تا سال ۱۳۹۳ از مرز هزار مرکز نیز گذشت.

در این مقطع زمانی و پس از گذشت بالغ بر ۵ سال از ابلاغ آخرین دستورالعمل توسط بهزیستی، لازم بود با حفظ آثار مثبت آنان، برای ارتقاء مراکزی که تا این حد در کشور گسترده شده بودند تدبیری اتخاذ کرد؛ کارآیی مراکز را با روش های علمی و بر طبق شرایط اجتماعی هر منطقه مورد بررسی قرار داد، دستورالعمل ها را مبتنی بر شواهد، بازبینی و اصلاح نمود و مهمتر از همه برای نخستین بار در تاریخ مداخلات کاهش تقاضای مواد کشور، راهنمای کار یا پروتکل دقیقی بر مبنای الگو های علمی و قابل اجرا تدوین نمود.

بدینوسیله اولین **پروتکل اختصاصی بهبود و بازتوانیِ اختلال مصرف مواد با الگوی اقامتیِ پرهیز مدار، ویژه مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)** که با تلاش مجدانه و پی گیر معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری تهیه شده است، جهت اجرا ابلاغ می گردد و انتظار می رود با رعایت دقیق مفاد آن شاهد ارتقاء کیفی خدمات، رضایت مندی بیشتر گروه های هدف و کاهش بار اعتیاد باشیم. انشالله.

انوشیروان محسنی بندپی

معاون وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و رئیس سازمان بهزیستی کشور

پیشگفتار

بیش از بیست سال است که سازمان بهزیستی کشور بنا بر وظیفه قانونی خود، رویاروی مشکل اجتماعی اعتیاد ایستاده است، تمامی پستی و بلندی‌ها را پشت سر گذاشته، تجربه عظیمی را در اختیار سازمان قرار داده و کارشناسان فعال این حوزه، بنا بر احساس مسئولیت عمیق خویش دائماً کوشیده اند تا دانش خویش را روز آمد و مهارت خود را افزون سازند. مبتنی بر یافته های علمی، تجارب بومی و مواجهه عملی با مشکل، سال هاست به این نتیجه رسیده ایم که اقدام مناسب، شامل تنوع بخشی و برازنده سازی خدمات مورد نیاز در حوزه کاهش تقاضاست.

پروتکل حاضر که حاصل تجمیع تجربه بیش از ده سال پذیرش مستقیم مسئولیت گروه‌های همتا در قالب مراکز اقامتی میان مدت درمان اعتیاد، پایش و ارزشیابی میدانی و تبادل نظرهای گسترده کارشناسی است، در پی کوششی دو ساله تهیه شده است.

بنیان این پروتکل بر همیاری و مداخلات روانشناختی است و برای این منظور صورت اقامتی برای بازگیری در شرایط امن و همراهی یاوران را فراهم کرده و تلاش شده است تا حد ممکن خطاها و بی اخلاقی هایی که گاه گزارش آنها را با کمال تاسف دریافت کرده بودیم را در این پروتکل پیش بینی و پیشگیری کنیم و البته به کمک تمامی اندیشمندان برای استمرار این تلاش نیاز داریم. این مراکز بخشی از جورچین کاهش تقاضاست و به صورت مستمر، فعالیت ها و نتایج ارزیابی خواهد شد. امید آنکه با توجه روز افزون به اثر بخشی مداخلات غیر دارویی در فضای حمایتی روز به روز موفقیت های بیشتری در ایجاد آسایش برای مردم میهن اسلامی به دست آید.

بر خود لازم می دانم از مساعی فراوانی که همکاران بزرگوارم در معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد و صاحب نظران و پژوهشگران محترم در طی این مدت به خرج داده اند صمیمانه تشکر کرده، از خداوند برای همگان آرزوی توفیق می نمایم.

مجید رضازاده

رئیس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

خلاصه اجرایی

متن پیش رو در حقیقت **نخستین** راهنمای بالینی یا پروتکل بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد با الگوی اقامتی، اجتماعی، داوطلبانه، پرهیز مدار و مبتنی بر مشارکت گروه همتا در کشور است که پس از انجام مطالعات مختلف و با مشارکت صاحب نظران و ذی نفعان، تدوین و پس از تصویب در شورای معاونین، به طور رسمی تحت عنوان **" پروتکل اختصاصی بهبود و بازتوانیِ اختلال مصرف مواد - الگوی اقامتیِ پرهیز مدار" ویژه مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)**، توسط معاون محترم وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و رئیس سازمان بهزیستی کشور، جهت اجرا، ابلاغ می شود.

الگوهای اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد، در حقیقت برنامه‌هایی هستند که به شکل غیر حاد و غیر بیمارستانی اجرا شده و به طور معمول حدود یک ماه به طول می انجامند. اساس این برنامه‌ها بر پایه خود یاری، فلسفه بهبود ۱۲ قدمی و بازتوانی مدل اجتماعی (Social Model) بنا شده است و اهدافی از قبیل؛ ۱) ایجاد یک محیط نظام دار به منظور ایجاد فرصت مناسب برای انجام و تکمیل برنامه‌ها و کارهای روزانه که این امر خود باعث ایجاد احساس رضایت، خوشحالی، توانمندی و عزت نفس می شود. ۲) فراهم شدن محیطی اَمن برای سم زدایی بدون دارو یا با داروهایی غیر از داروهای مخدر یا شبه مخدر. ۳) آموزشِ تغییر دیدگاه در مسائل اخلاقی و رفتاری. ۴) فراهم شدن محلی عاری از مواد، وسوسه و بسیاری از محرک های ایجاد وسوسه. ۵) فراهم شدن محل اَمنی برای ملاقات با سایر افراد بهبود یافته. ۶) فراهم شدن محلی مناسب برای آغاز برنامه های ۱۲ قدمی. ۷) ایجاد شرایط مناسب برای کسب و فراگیری نحوه زندگی عاری از مواد. ۸) یادگیری مهارتِ بیان احساسات. ۹) یادگیری مهارتِ های مقابله ای برای کاهش احتمال بازگشت به مصرف مواد. ۱۰) ایجاد ارتباط با گروه های خودیاری، را دنبال می‌کنند.

در کشور ما سابقه جدا سازی و نگهداری مبتلایان به اختلال مصرف مواد یا اعتیاد، به طور مشخص، با تصویب قانون در سال ۱۳۵۹ مقارن است. قانونی که طی آن مصرف هرگونه ماده، غیر قانونی شمرده شد و تنها یک مهلت شش ماهه به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد برای ترک اعطا گردید. به دنبال تصویب این قانون، شاهد هدایت افراد خاطی به زندان ها بودیم، افرادی که پس از مهلت شش ماهه اقدام به ترک نمی کردند. با این اقدام، زندان ها به طور محسوسی از مصرف کنندگان مواد

اشـباع شـدند تـا جایـی کـه بـه عنـوان راه چـاره، مراکـز نگهـداری دو ماهـه ای تحـت عنـوان "مراکـز بازپـروری" ایجاد و در نیمه اول دهه شـصت مدیریت آنها به سـازمان بهزیسـتی سـپرده شـد. امـا ایـن مراکـز نیـز در نیمـه دوم دهـه هفتاد، بـه دنبـال مُعرفی الگوهـای علمـی و متنوع بهبـود و بازتوانـی اعتیاد، بـه تدریج برچیده شـدند.

پـس از ارائـه الگوهـای متنـوع در کشـور، مجـدداً و ایـن بـار در اواسـط دهـه هشـتاد بـود که رویکـرد نگهـداری افـراد مبتـلا بـه اختـلال مصرف مـواد تقویت شـد و مراکـز اقامتی بـه صورت خودجـوش شـکل گرفتنـد. ایـن مراکز در ابتدا بـا اِلهام از الگوی هـای خودیاری و بـا بهره گیری از همـکاری افـراد بـا سـابقه اختـلال مصرف مـواد که بهبـودی را تجربه کـرده بودنـد، به صورت غیـر رسـمی و بـا عناوین مختلف، مثل"کمـپ" و "خانه بهبودی" شـروع به کار کرده، در سـطح کشور توسـعه یافتند.

امـا پـس از مدتـی، اخبـار گوناگـون، متعـارض و بعضاً نگـران کننـده ای از عملکرد ایـن مراکز بـه گـوش می‌رسـید تـا جایـی کـه بـه تدریـج در مـورد میـزان موفقیـت آنهـا در دسـتیابی بـه اهـداف مـورد نظـر، تردیدهـای جـدی بـروز کـرد و نیـاز بـه سـاماندهی ایـن الگـو و ایـن مراکز احسـاس شـد. در همیـن مقطـعِ زمانـی بـود که سـازمان بهزیسـتی کشـور بـر اسـاس ماموریت قانونـی و در راسـتای ایفـاد وظایـف ذاتـی خویش، سـاماندهی مراکز اقامتی موسـوم بـه "کمپ" یـا "خانـه هـای بهبـودی" را برعهـده گرفـت و بـا اسـتناد بـه مـاده ۲۶ قانـون تنظیـم بخشـی از مقـررات مالـی دولـت -مصـوب سـال ۱۳۸۰ مجلـس شـورای اسـلامی- بـا تدویـن و ابـلاغ دسـتورالعمل‌هایی در سـال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ بـه صـدور مجـوز بـرای ایـن مراکز تحت عنوان **"مراکز بهبودی اقامتی میان‌مدت مصرف‌کنندگان مواد"** مبادرت ورزید.

بـا ایـن تدبیـر، وضعیـتِ اُلگـوی اجتماعـی و پرهیز مـدار، تا حـد زیادی به سـامان رسـید و با نگاهـی سـهل گیرانـه، تعـداد مراکـزی که خـود را بـه معیارهـای منـدرج در دسـتورالعمل های ابلاغـی نزدیـک کـرده و توانسـتند مجـوز بگیرند، به سـرعت افزایـش یافت، به طـوری که هنگام تدویـن ایـن پروتـکل تعـداد آنها از مـرز هزار نیز گذشـت.

بـا اینکـه اُلگوهـای بهبـود و بازتوانـی اعتیاد بسـیار متنـوع انـد و در مجموع می تـوان تأثیرات قابـل قبولـی بـرای آنـان برشـمرد، لیکـن تاثیـر آن بـر همـه گـروه هـای مصـرف کننده مـواد با توزیـع سـنی متفـاوت و مشـخصات فـردی و اجتماعـی گوناگـون به اثبات نرسـیده اسـت. علاوه بـر ایـن، نکتـه قابـل تامل دیگـر در این میـان، **نبود پروتـکل یا راهنمای بالینـی واحد** برای مراکـز اقامتـی بـا الگـوی مزبـور، علـی رغم گسـتردگی قابل توجـه آنان در کشـور بود کـه باعث گردیـد هـر مرکـز بر اسـاس تشـخیص و تجاربِ خود عمـل کند که بـه پیچیدگی اوضـاع و ابهام

در نتایج مداخلات دامن می‌زد.

از این رو لازم بود با حفظ آثار مثبت آنان، برای ارتقاء مراکزی که تا این حد در کشور گسترده شده بودند تدبیری اتخاذ نمود؛ کارآیی مراکز را با روش های علمی و بر طبق شرایط اجتماعی هر منطقه مورد بررسی قرار داد، دستورالعمل ها را مبتنی شواهد، بازبینی و اصلاح نمود و مهمتر از همه راهنمای کار یا پروتکل دقیقی بر مبنای الگو های علمی و قابل اجرا در سراسر کشور تدوین نمود.

بدین ترتیب معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در گام نخست، با ترسیم تصویرکلان بهبودی و بازتوانی اعتیاد در سازمان بهزیستی، متناسب با اسناد بالا دستی الزام آور، اقدام به تحلیل دقیق وضعیت موجود، چه از لحاظ کیفی و چه به لحاظ کمی نمود و با مشورت و هم فکری صاحب نظران، اندیشمندان، فعالان تاثیرگذار در این عرصه و همچنین نظر سنجی از ذی نفعان و کُنشگران اصلی برون و درون سازمانی- شامل مدیران کل و معاونین پیشگیری و کارشناسان در بهزیستی استان‌ها و شبکه های مردمی ملی، جمعیت های خیریه و تشکل های غیر دولتی فعال در این حوزه- چالش های اساسی و مشکلات و موانع را شناسایی نمود.

در گام دوم با استفاده از مدل های رایج برنامه ریزی و بهره گیری از آخرین توصیه های علمی، برنامه عملیاتی را تدوین نمود و برای اطمینان بیشتر از جامعیت آن و ایجاد احساس تعلق و مالکیت بیشتر در تمامی ذی نفعان، که بی شک تضمینی بود برای اجرای بهتر، برنامه مزبور را در چند مرحله و به شیوه های مختلف در اختیار ذی نفعان مرتبط قرار داد. با عنایت به ابتنای برنامه بر اصول علمی برنامه ریزی، شواهد میدانی، نظر اندیشمندان و کنشگران و ذینفعان اصلی و حتی در برخی مواقع خدمت گیرندگان و همچنین حمایت صریحِ مسئولین ارشد سازمان، انتظار می رفت اجرای این برنامه با حمایت بالای بدنه مدیریتی و کارشناسی سازمان، سایر شرکای استراتژیک و ذینفعان برون سازمانی همراه گردد و بتواند باعث بهبود کیفی و گسترش متناسب خدمات به نفع گروه هدف گردد، که خوشبختانه چنین نیز شد.

در گام سوم، همزمان با محدود ساختن توسعه مراکز و صدور مجوز جدید، مطالعات کیفی و ارزیابی های میدانی انجام گردید و براساس آن مسیر ارتقاء و اصلاحات مورد نیاز، به دور از سوگیری های رایج و مبتنی بر شواهد، تبیین شد، استانداردسازی آموزش‌ها و اصلاح دستورالعمل های پیشین آغاز و زمینه تدوین پروتکلی علمی و قابل اجرا در سطح ملی فراهم گردید.

پروتـکل حاضـر بـا مشـارکت ارزنـده جمعـی از صاحب نظـران، فعـالان اجتماعـی، نمایندگان مراکـز تحقیقاتـی و نهادهـای دولتـی و غیـر دولتـی مرتبـط بـا حـوزه کاهـش تقاضای مـواد، در هفـت فصـل مجـزا و در فاصلـه زمانـی خـرداد ۹۳ تـا بهمـن مـاه ۹۴ و در سـه مرحلـه تدویـن گردیده اسـت.

مرحلـه اول کـه از خـرداد ۹۳ تـا فروردیـن ۹۴ به طول انجامید شـامل مرور منابـع بین‌المللی، نظرسـنجی از اسـتان هـا، برگـزاری نشسـت هـای مشـورتی بـا ذی نفعـان و صاحب نظـران بود. در مرحلـه دوم کـه از فروردیـن ۹۴ آغـاز و تـا مهر ۹۴ ادامه داشـت، بـا اسـتفاده از تجارب بومی و بـا مشـارکت مسـتقیم جمعیـت های خیریه، سـازمان هـای مردم نهـاد و نماینـدگان نهادهای دولتـی عضـو سـتاد مبـارزه با مـواد مخـدر، مراکز علمـی و تحقیقاتـی و صاحب نظـران و مبتنی بـر یافتـه هـای مرحله اول، ویرایش نخسـت پروتـکل تدوین گردیـد. تا این زمان شـواهد میدانی و ارزیابـی عملکـرد مراکـز صـورت نگرفتـه بـود و تدویـن ویرایـش اول، تنهـا مبتنـی بـر تحلیل داده‌هـای ثانویـه موجـود یـا نظرات مشـارکت کننـدگان بود. در همیـن حین، پیـش نویس تهیه شـده بـا تنـی چنـد از خبـرگان و فعـالان حـوزه ذیربـط بـه مشـورت گذاشـته شـد و بـه لحاظ اجرایـی نیـز مـورد بررسـی قـرار گرفـت. بر اسـاس نتایج این بررسـی ها و سـایر دلایـل، تصمیم بـر آن شـد تـا نسـخه جدیـد پروتـکل مبتنی بر شـواهد عینـی حاصـل از ارزیابی دقیـق عملکرد مراکـز و توجـه به تمامی دسـت آوردهای پیشـین تدوین گـردد. از این رو مرحله سـوم، همزمان بـا اجـرای ارزیابـی میدانـی مراکـز از مهر مـاه ۹۴ آغاز و تـا بهمن ۹۴ ادامه داشـت.

در مرحلـه سـوم یـا نهاییِ تدوین پروتـکل، مؤلف تلفیقـی از روش های کتابخانـه ای و میدانی را بـه کار بسـت تـا محصـول نهایی، جامع‌تـر و کاربردی تر باشـد، از جمله؛ برگزاری نشسـت‌های مشـورتی متعـدد بـا ذینفعان، نظر خواهی مسـتقل از صاحب نظران برجسـته کشـور، بازدیدهای مسـتقیم از مراکـز اقامتـی در اسـتان هـای مختلـف، شـبیه سـازی فرایندهای نگاشـته شـده در پروتـکل بـا فضـای واقعـی و فعالیـت مراکـز، مشـورت بـا مدیـران مراکز فعـال به لحـاظ اجرایی بـودن فعالیـت هـا، توجـه خاص بـه اصول و مبانـی علمی بهبـود و بازتوانی اختلال مصـرف مواد، تاکیـد بـر حفـظ رویکـرد پرهیزمـداری و مشـارکت گـروه همتـا، توجـه بـر سیاسـت هـای کلی سـازمان در ایـن حوزه، مشـورت بـا اداره کل حقوقی سـازمان، توجه به مصوبـات اجلاس علمی- کاربـردی مدیران ارشـد سـازمان بهزیسـتی کشـور و نتایج حاصـل از ارزیابی میدانـی مراکز.

بدیـن ترتیـب، سـاختار و متـن نگاشـته شـده در مرحلـه قبـل، کامـلا تغییـر یافت و بـا حفظ مطالـب اَرزنـده پیشـین، چارچوبـی مطابـق اسـتانداردهای پذیرفتـه شـده بیـن المللـی بـه خود گرفـت. بـه عنـوان مثـال؛ در تدویـن ایـن پروتـکل بـه توالی منطقـی و کاربـردی بـودن اقدامات

توجه ویژه شد. برای کاستن از میزان خطاهای اجرایی، تمامی فعالیت ها قدم به قدم و به روشنی تبیین گردید. سرفصل ها کاملا کاربردی و مبتنی بر شواهد انتخاب شدند و بسیار تلاش شد تا متن کاملاً روان و قابل فهم نوشته شود.

اشاره به برخی از ویژگی های پروتکل؛

- مهمترین ویژگی این پروتکل آن است که مبتنی بر الگوی اجتماعی و بومی شکل گرفته در کشور و در انطباق با مبانی علمی و پذیرفته شده بین المللی و با مشارکت گسترده ذی نفعان و صاحب نظران تدوین شده است.
- در این پروتکل به ویژگی های مددجو به دقت توجه شده، تا حدی که فصلی مجزا به انتخاب مددجو می پردازد و مبتنی بر آن، الگوهای مختلف پذیرش نیز طراحی گردیده است. به عبارتی پذیرش در این پروتکل کاملا منعطف و مبتنی بر ارزیابی دقیق از وضعیت سلامت جسمانی، روانی و سایر ملاحظات فرهنگی و اجتماعی مددجو می باشد. در همین فصل به سایر قوانین مرتبط از جمله ماده ۱۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر هم توجه شده تا تکلیف مددجویان مُعرفی شده تحت این ماده قانونی هم روشن باشد.
- فصل مربوط به برنامه های بهبود و بازتوانی، از جمله مهمترین فصول این پروتکل محسوب می شود که برگرفته از آخرین توصیه های علمی و با مطالعه دقیق سایر پروتکل های اقامتی و الگوهای نظام مند و ساختار یافته، از جمله TC و ماتریکس، تدوین گردیده، به طوری که برای تمام لحظات حضور مددجو در مرکز، برنامه مشخصی دیده شده است.
- پایش و ارزیابی مددجویان در این پروتکل نیز بسیار مورد توجه بوده است. بنابراین روند بهبود و بازتوانی مددجویان به دقت پایش و ارزیابی می شود.
- ارجاع نیز در این پروتکل فصل مجزایی را به خود اختصاص داده و از اهمیت خاصی برخوردار است تا مددجویان به تمامی نیازهای خود

و بـه راحتـی و بـه سـرعت دسـت پیـدا کننـد و هیـچ یـک از نیازهـای آنـان مغفـول نمانـد.

- فصـول مهـم دیگـر پروتـکل کـه از جملـه ویژگـی هـای آن محسـوب مـی شـود؛ فصـل ترخیـص و پـی گیـری پـس از ترخیـص اسـت کـه بـه دقـت، بـه صورتـی کاربـردی و قـدم بـه قـدم نگاشـته شـده اسـت.

بـا مطالعـه ایـن خلاصـه اجرایی، به روشـنی مـی توان دریافـت کـه در تدوین ایـن پروتکل به تمامـی اصـول و مبانـی تدویـن راهنمـای بالینـی توجـه شـده و اهمیـت ویـژه ای به قابـل فهم، روان و اجرایـی بـودن آن نیـز داده شـده اسـت. تلاش شـده تا بـا رعایت کرامت انسـانی و منزلت مُراجعیـن، از بهتریـن برنامـه بهبـود و بازتوانـی برخـوردار گردیده، به تمامی نیازهایشـان پاسـخ داده شـود، بـا طراحـی نظـام ارجـاع و پی گیری پـس از ترخیص تلاش شـده تـا اولا هیچ یک از نیازهـای مددجـو مغفـول نمانـد و در ثانی پـس از اتمـام دوره، وضعیت مددجوی ترخیص شـده حداقل تـا ۱۸۰ روز رصـد گردد.

بـا ایـن حـال و علـی رغـم تمامـی ایـن تـلاش هـا، دور از انتظـار نیسـت کـه پروتـکل حاضـر اشـکالاتی داشـته باشـد. بنابرایـن ضمن تقدیر و تشـکر از تمامـی صاحب نظران، اندیشـمندان و فعالانـی کـه در مراحـل مختلـف تدوین، مشـارکت نموده انـد، از خوانندگان و تمامـی افرادی که بـه هـر نحـو بـا آن مواجه مـی باشـند، تقاضا می شـود با انعـکاس اشـکالات و ایـرادات محتوایی یـا اجرایـی آن بـه مؤلـف، بـه ارتقـاء برنامـه هـای بهبـود و بازتوانـی و در حقیقت ارتقاء سـلامت جامعه یاری رسـانند. انشـالله.

محسن روشن پژوه

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و معاون پیشگیری و درمان اعتیاد

فصل اول

تعریف واژگان

فصل اول ـ تعریف واژگان

تعریف واژگان

اختلال مصرف مواد[1]

بـر اسـاس ویرایش پنجم راهنمای تشـخیصی و آمـاری اختلالات روانـی(DSM-V)، اختلال مصـرف مـواد عبـارت اسـت از: الگـوی مشـکل دار مصرف ماده ای اسـت کـه باعث بـروز اختلال واضـح بالینـی یـا تنـش در فـرد مـی گردد و بـا حاقل دو مـورد از ملاک هـای یازده گانـه زیر در طـی یـک بـازه زمانی دوازده ماهه شـناخته می شـود؛

۱. افزایش میزان و دفعات مصرف مواد نسبت به زمان آغاز.
۲. تمایل مداوم یا تلاش ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد.
۳. صـرف مقـدار زیـادی وقـت در فعالیـت هـای لازم بـرای بـه دسـت آوردن مـواد، اسـتفاده از مـواد، یـا بهبـود یافتـن از اثـرات آن.
۴. ولع مصرف و یا یک تمایل قوی و یا نیاز به استفاده از این ماده.
۵. عـود مصـرف مـواد و در نتیجـه عـدم انجـام تعهـدات و نقـش عمـده در محـل کار، مدرسـه و یـا خانـه.
۶. ادامـه مصـرف مـواد بـا وجـود داشـتن مشـکلات اجتماعـی یـا بیـن فـردیِ مـداوم یـا عـود و بدتـر شـدن مشـکلات اجتماعـی و بیـن فـردی بـه دلیـل اثـرات مـاده.
۷. کاهـش فعالیـت هـای اجتماعـی، شـغلی و یـا تفریحـی مهـم بـه دلیـل اسـتفاده از مـواد.
۸. استفاده مجدد از مواد در شرایط فیزیکی خطرناک.
۹. تـداوم اسـتفاده از مـاده بـا وجـود آگاهـی از داشـتن یـک مشـکل جسـمی مـداوم یـا عـود کننـده و یـا مشـکل فیزیولوژیکـی کـه بـه احتمـال زیـاد بـه سـبب مصـرف مواد ایجـاد شـده یـا شـدت می‌یابـد.
۱۰. تحمل که با یکی از مشخصات زیر شناخته می شود:
- نیـاز مشـخص بـرای افزایـش قابـل توجهـی از ایـن مـاده بـرای رسـیدن بـه اثـر مـورد نظـر.

۱- Substance Use Disorder

- بروز کاهش قابل ملاحظه در آثار ماده با ادامه استفاده از همان مقدار.

۱۱. محرومیت که با یکی از ویژگی های زیر آشکار می شود:

- بروز نشانگان ترک اختصاصی برای هر ماده.
- از بین رفتن علائم ترک یا جلوگیری از بروز آن با استفاده از ماده مشابه.

اعتیاد[۱]

اعتیاد یک اختلال مزمنِ عصبی ـ زیستی است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی اجتماعی و محیطی قرار دارد. مشخصۀ آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبارگونه، ادامۀ مصرف علی‌رغم زیان های آن و ولع برای مصرف آن.

- در این دستورالعمل "اعتیاد" و "اختلال مصرف مواد" معادل یکدیگر به کار رفته اند. از این رو "فرد با اختلال مصرف مواد" و یا "افراد با اختلال مصرف مواد" به فراخور "معتاد"، "معتادین" و یا "معتادان" خوانده شده اند.

ماده/ مواد[۲]

ترکیباتی که در صورت مصرف (تدخین، تزریق، خوراکی و یا انفیه) باعث تغییر کارکرد مغز می‌شوند. مواد می توانند قانونی و یا غیر قانونی باشند.

بهبودی[۳]

فرآیند تغییری است که طی آن فرد به پرهیز از مصرف مواد، بهتر شدن وضعیت سلامت و کیفیت زندگی دست می‌یابد. بهبودی در واقع پرهیز از مصرف مواد و ایجاد تغییرات درونی در فرد و روابط بین فردی، برای حفظ پرهیز در مدت طولانی است.

- بدیهی است عدم مصرف و یا آزمایش منفی مصرف مواد به تنهایی معادل بهبودی نیست و باید نبود سایر نشانگان اختلال مصرف مواد نیز احراز گردد.

۱- Addiction
۲- Substance
۳- Recovery

بهبود یافته

فردی است با سابقه اختلال مصرف مواد که فرایند بهبودی را آغاز نموده و طی حداقل ۱۲ ماه گذشته، هیچ یک از نشانه های اختلال مصرف مواد را نداشته است.

- بدیهی است عدم مصرف و یا آزمایش منفی مصرف مواد به تنهایی معادل بهبود یافتگی نیست و باید نبود سایر نشانگان اختلال مصرف مواد نیز احراز گردد.

پاکی

صفتی است برای اطلاقِ افراد بهبود یافته، بدین معنی که فرد فرآیند بهبودی را آغاز کرده، طی حداقل ۱۲ ماه گذشته و در حال حاضر هیچ یک از نشانگان اختلال مصرف مواد را ندارند.

- بدیهی است پاکی صرفاً به معنای عدم مصرف یا آزمایش منفی مصرف مواد نیست و باید نبود سایر نشانگان اختلال مصرف مواد نیز احراز گردد.

رویکرد پرهیزمدار[1]

به رویکردی در بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد اطلاق می‌شود که هدف اصلی در آن، دستیابی به سطح کاملی از پرهیز، بدون استفاده از هر نوع داروی مخدر یا شبه مخدر است.

سم‌زدایی[2]

به اولین مرحله از بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد با رویکرد پرهیز مدار اطلاق می‌شود که هدف اصلی در آن کنترل نشانگان ترک یا قطع مصرف[3] مواد است.

- واژه «سم زدایی» و « بازگیری» معادل هم در نظر گرفته می شوند.

بازتوانی[4]

بازتوانی به مجموعه اقداماتی اطلاق می شود که به دنبال آن فرد بهبود یافته بتواند به

۱- Abstinence Base
۲- Detoxification
۳- Withdrawal Syndrome
۴- Rehabilitation

زندگی مستقلی دست یابد. اهداف اصلی بازتوانی عبارت اند از تداوم بهبود، ارتقاء کیفیت زندگی، بازگشت به اجتماع و یکپارچگی با آن.

بازتوانی اختلال مصرف مواد[۱]

بازتوانی شامل کلیه مداخلات مرتبط با بهبود آسیب های ناشی از مصرف مواد، پیشگیری از عود و ارتقاء عملکرد افراد با اختلال مصرف مواد، از قبیل: خدمات آموزشی، مشاوره ای، روان درمانی، مداخلات دارویی پیشگیری از عود، درمان بیماری های همراه و حمایت اجتماعی است.

الگوی اجتماعی[۲]

این الگو یک برنامۀ مشارکتی کم هزینه نسبت به سایر الگو ها است. در آن از مشارکت بهبود یافتگان اختلال مصرف مواد که آموزش دیده و با تئوری‌ها و اصول روان‌شناختی نیز آشنایی دارند، بهره گرفته می شود. در این الگو ضمن بهره‌برداری از یافته‌های علمی، تمرکز اصلی روی انتقال تجربه بهبودی افراد است.

پیشگیری از عود

پیشگیری از عود به مجموعه مداخلاتی اطلاق می گردد که احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد در افراد بهبود یافته را کاهش می‌دهد.

مشاوره و آزمایش داوطلبانه[۳]

فرآیندی است که فرد از طریق مشاوره و دریافت اطلاعات در مورد رفتارهای پرخطر و بیماری ایدز به طور آگاهانه در مورد انجام آزمایش تشخیص «ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) »، تصمیم می‌گیرد و مراحل آن شامل انجام مشاوره پیش از آزمایش، انجام آزمایش و مشاوره پس از آزمایش است.

۱- Substance Use Disorder Rehabilitation
۲- Social Model
۳- Voluntary Counseling Test (VCT)

مرکز اقامتی بهبودی و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)

به مرکزی اطلاق می شود که با هدف بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد تاسیس و فعالیت می نماید، مراجعین به این مراکز مددجو نامیده شده و به صورت **داوطلبانه** در این مرکز اقامت می یابند. رویکرد اصلی در این مرکز، پرهیزمدار با مشارکت گروه های همتا و خودیار است. ساختار نیروی انسانی این مرکز متشکل از مدیر داخلی، مسئول فنی (پزشک)، کارشناس (شامل مددکار اجتماعی یا روانشناس یا مشاور)، مددیار و مددیار خانواده است.

برنامه های بهبود و بازتوانی در مرکز به صورت اقامتی و غیر اقامتی است که جزئیات آن در پروتکل اختصاصی مرکز مزبور تشریح شده است.

در این دستورالعمل جهت رعایت اختصار، عبارت "مرکز اقامتی" یا "مرکز" به تناسب، معادل "مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد(معتادین)" به کار گرفته شده است.

نوبت کاری

مراکز اقامتی به صورت شبانه روزی و در سه نوبت‌کاری هشت ساعته صبح، عصر و شب فعالیت می‌کند.

ساعت پذیرش

پذیرش در مرکز اقامتی در تمامی شبانه روز امکان پذیر است، به شرط آن که ملاحظات مندرج در فصل پذیرش پروتکل ابلاغی رعایت گردد. از این رو هر مرکز باید با توجه به مفاد پروتکل ابلاغی، ساعت پذیرش مرکز را تعیین نموده و در معرض دید همگان قرار دهد.

- تعیین ساعت پذیرش در هر مرکز بر عهده شورای مرکز است.
- ساعت پذیرش می‌توان ثابت یا متغییر، در تمام ایام و یا تعدادی از روزهای هفته تعریف شود.

پروتکل

راهنمای کار بالینی یا شیوه نامه اجرایی و الزام آوری است مشتمل بر کلیه اقدامات بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد و شرح وظایف افراد شاغل در مراکز اقامتی. این پروتکل به صورت رسمی و قانونی از سوی معاون محترم وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و رئیس محترم سازمان بهزیستی کشور ابلاغ و پس‌از ابلاغ لازم الاجرا خواهد بود.

- در ایـن دسـتورالعمل "پروتـکل ابلاغـی" و "پروتـکل اختصاصـی" بـه یـک معنـی به کار بـرده شـده‌اند.

شورای مرکز

ایـن شـورا ترکیبی اسـت از نیروهای انسـانی شـاغل در مرکز کـه طبق پروتـکل ابلاغی وظیفه اتخـاذ تصمیـم نهایـی درخصـوص برنامـه هـای مرکـز، رسـیدگی بـه مسـایل و مشـکلات اداره مرکـز را بـر عهـده دارد. اخـذ تصمیمات مناسـب در سـایر موارد پیـش بینی نشـده در پروتکل و دسـتورالعمل، بـا توجـه به مصالـح مددجویـان و همچنین امـوری از قبیل تشـویق، تنبیه، اخراج و ترخیـص نیـز زیـر نظر این شـورا صـورت خواهـد گرفت.

این شورا تشکل شده است از: مسئول فنی، مدیر داخلی، کارشناس، مددیار و مددیار خانواده.

تیم بهبود و بازتوانی

نیروهـای انسـانی آمـوزش دیـده شـاغل در مراکـز اقامتـی را تیـم بهبـود مرکـز می‌نامنـد که بـا همـکاری و تشـریک مسـاعی یکدیگـر و اجـرای برنامـه هـای روزانـه مسـیر بهبـود و بازتوانی مددجویـان را تسـهیل مـی نمایند.

- در ایـن پروتـکل جهـت رعایـت اختصـار، عبارت «تیـم بهبود» به تناسـب، معـادل «تیم بهبـود و بازتوانـی» به کار گرفته شـده اسـت.

مسئول فنی

پزشـک یا روانپزشـکِ واجد شـرایط مندرج در دسـتورالعمل ابلاغی اسـت که مسـئولیت کلیه امـور پزشـکی مددجویـان در دوره سـم زدایـی و پـس از آن را طبق ایـن پروتکل برعهـده دارد و بایـد در برابـر مراجـع قانونیِ ذی صلاح و مرتبط پاسـخگو باشـد.

- پزشک باید در دوره‌های آموزشی و بازآموزی مصوب سازمان بهزیستی شرکت نماید.
- روانپزشکان از گذرانیدن دوره های آموزشی و بازآموزی معاف اند.

مدیر داخلی مرکز

فـرد واجـد شـرایطِ منـدرج در دسـتورالعمل ابلاغـی اسـت کـه از طـرف نماینـده مؤسـس یـا مؤسـس بـه بهزیسـتی اسـتان مُعرفـی می‌گـردد تا پـس از تأییـد کمیسـیون صـدور پروانه‌های،

مجوز فعالیت برای وی صادر گردد و در مرکز مربوطه انجام وظیفه نماید.

کارشناس

از اعضاء تیم بهبود مرکز است با شرایطِ مندرج در دستورالعمل ابلاغی که بخشی از برنامه های بهبود و بازتوانی، طبق پروتکل بر عهد اوست.

- کارشناس باید در دوره های آموزشی و بازآموزی مصوب سازمان بهزیستی شرکت نماید.

مددیار

از اعضاء تیم بهبود مرکز است با شرایطِ مندرج در دستورالعمل ابلاغی که بخشی از برنامه های بهبود و بازتوانی، طبق پروتکل بر عهد اوست.

- مددیار باید در دوره های آموزشی و بازآموزی مصوب سازمان بهزیستی شرکت نماید.

مددیار خانواده

فردی است **بدون سابقه اختلال مصرف مواد** و دارای شرایطِ مندرج در دستورالعمل ابلاغی که بخشی از برنامه های بهبود و بازتوانی، طبق پروتکل، بر عهد اوست.

- مددیارخانواده باید در دوره های آموزشی و بازآموزی مصوب سازمان بهزیستی شرکت نماید.

گروه همسان/همتا

افراد بهبودیافته‌ای هستند که تمایل دارند به صورت داوطلبانه در ارایه خدمات آموزشی و یا سایر برنامه‌های بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد مشارکت نمایند.

مرکز رابط

به مرکز بهداشتی درمانی مُجازی اطلاق می شود که پزشکِ آن، وظیفه معاینه و ارزیابی اولیه و صدور تاییدیه پذیرش در مرکز اقامتی را بر عهده دارد.

- این مرکز می تواند مرکز مجازِ درمان اعتیاد یا هر مرکز بهداشتی درمانی قانونی دیگری باشد که پزشک عمومی در آن فعالیت می نماید. بدیهی است مسئولیت پذیرش مددجویانی که توسط مرکزِ رابط تایید شده است تا ویزیت پزشک مسئول فنی مرکز اقامتی، بر عهده مرکزِ رابط می باشد.
- مرکزِ رابط باید به طور رسمی و از طریق عقد تفاهم نامه یا قرار داد، همکاری با

مرکـز اقامتـی و مسـئولیت مربـوط بـه معاینه و ارزیابـی مددجویـان را پذیرفته باشـد.

پزشک رابط

پزشـک یـا روانپزشـکی اسـت کـه وظیفـه معاینـه، ارزیابی اولیـه و صـدور تاییدیـه پذیرش در مرکـز اقامتـی را بر عهـده دارد.

- بدیهـی اسـت مسـئولیت پذیـرش مددجویانی که توسـط پزشـکِ رابط تایید شـده اسـت تـا ویزیت پزشـک مسـئول فنـی مرکـز اقامتی، بـر عهده پزشـکِ رابط می باشـد.
- پزشـکِ رابـط بایـد بـه طـور رسـمی و از طریـق عقـد تفاهم نامـه یـا قـرار داد، همکاری بـا مرکـز اقامتـی و مسـئولیت مربـوط بـه معاینـه و ارزیابـی مددجویـان را پذیرفته باشـد.

خدمتگزار

از مددجویـان بهبـود یافتـه مرکز اسـت که حداقل سـه ماه پـس از اتمام دوره بهبـودی، پاکی خـود را حفـظ نمـوده و داوطلب خدمت رسـانی در مرکز می باشـد.

- خدمتگزاران با نظر شورای مرکز انتخاب می گردند.
- خدمتگـزاران بایـد عـلاوه بـر طـی دوره بهبودی، آمـوزش های مصـوب بـرای فعالیت در مرکـز را گذرانیده باشـند.
- خدمتگـزاران تنهـا مجـاز بـه مشـارکت در اُمـور عمومـی مرکز مـی باشـند و دخالت آنان در برنامـه هـای بهبـود و بازتوانـی نیـز تنهـا محـدود به همـکاری زیـر نظر کارشـناس یا مددیـار مرکز می‌باشـد.
- خدمتگـزاران بایـد تمایـل خود بـرای فعالیـت در مرکز را به‌صـورت مکتوب اعـلام نموده و رضایـت کامـل خـود از شـرایط کار در مرکـز اعـم از دریافت و یا عدم دریافت دسـتمزد و غیـره را ذکر کرده باشـند.
- برای خدمتگزاران باید از سوی مرکز کارت شناسایی صادر شود.
- فهرست خدمتگزاران باید هر ۳ ماه به مَرجع صدور مجوز مرکز اعلام گردد.
- مـدت فعالیـت بـه عنـوان خدمـت گـذار در هر مرکـز نباید بیشـتر از **یکسـال پیاپی** به طـول بینجامد.

مُعرف

شـخصیتی حقیقـی یـا حقوقـی اسـت که مسـئولیت امـور مربـوط بـه پذیـرش، پی‌گیری‌های

حیـن بهبـود و بازتـوان و ترخیـص مددجـو را بـر عهده مـی گیرد.

جلسات بهبودی

جلسـاتی اسـت کـه توسـط اعضـای گـروه خودیـار بـا تأکیـد بـر مسـایل معنـوی و تجربیـات بهبـودی جهـت تـداوم پاکـی تشـکیل می‌شـود.

برنامه‌های دوازده قدم

یـک برنامـه مرحلـه بـه مرحلـه بـرای رهایی از انـواع اختـلال رفتاری و وابسـتگی اسـت که از سـه عامل معنویت، روان‌شـناختی و تجارب تشـکیل شـده اسـت. عامل معنوی از مذاهب، عامل روان‌شـناختی از علـم روان‌شـناختی و عامـل تجربـی از تجربـه بـه کارگیـری اصـول، راهکارها و ابزارهـای شـفا بخش در جهـت تغییـر و تحـول در جسـم، فکر، احساسـات و عواطـف و روابط با خـود، دیگران و خداسـت.

گروه های خودیاری

گروه‌های خودیاری گروه هایی هستند که توسط خود افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به منظور حمایت از یکدیگر، گفتگو، راهنمایی و ارایه راه حل به یکدیگر تشکیل می شوند. این گروه ها فاقد درمان گر بوده و افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد آنها را اداره می کنند. روش کار این گروه ها معمولا بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تاکید بر صراحت و صداقت می باشد.

گروه های خودیاری خانواده

اعضـای گـروه هـای خودیـاری خانـواده، افـرادی از خانـواده مبتلایـان بـه یـک نـوع بیمـاری یـا اختـلال از جملـه مصـرف مـواد هسـتند کـه با هـدف کمک متقابـل بـه یکدیگر در جلسـات گروهـی مشـارکت می‌نماینـد. شـامل؛ همسـران، مـادران، پـدران، فرزنـدان، خواهران و بـرادرانِ افـرادی کـه در یـک مشـکل مشـترک با هم شـبیه هسـتند.

خلاصه پرونده

خلاصـه پرونده، سـند مکتوبی اسـت شـامل اطلاعات هویتی، شـرایط مددجو هنـگام پذیرش، چکیـده‌ای از اقدامـات صـورت گرفتـه، فراینـد بهبود و بازتوانـی مددجو و همچنیـن وضعیت وی بـه هنـگام ترخیص یـا ارجاع.

خلاصه پرونده باید به هنگام ترخیص یا ارجاع در اختیار خانواده یا مُعرف قرار گیرد.

تابلوی بیان

تابلویی است که در معرض دید همه قرار دارد و مددجویان می توانند مشکلات خود با دیگران اعم از سایر مددجویان و یا تیم بهبود مرکز را بر روی آن، بدون ذکر نام بنویسند. اجازه نوشتن نام و مشخصات افراد در تابلوی بیان تنها در مواقعی مجاز است که مددجو قصد قدردانی و تشکر از دیگران را داشته باشد. مطالب تابلوی بیان باید به صورت دوره ای و توسط مددیار مرکز و زیر نظر مدیر داخلی پاک شوند تا امکان نوشتن برای همه مددجویان فراهم گردد.

صندوق احساس

جعبه، محفظه یا صندوقی است که از آن برای نوشتن مشکلاتی که بین مددجو و مددجویان دیگر وجود دارد با اشاره به نام آنها استفاده می شود. محتویات این صندوق به‌صورت روزانه توسط کارشناس یا مددیار مرکز بررسی می گردد.

داروها ي بدون نیاز به نسخه پزشک (OTC[1])

داروهایی که تجویز آنها نیازی به دستور پزشک ندارد. از جمله استامینوفن و قرص سرماخوردگی.

۱- Over The Counter

فصل دوم

قوانین و مقررات مرکز

فصل دوم ـ قوانین و مقررات مرکز

لازم است کارشناس یا مددیار یا مدیر داخلی مرکز، پس از پذیرش نهایی مددجو مقررات مرکز را به طور کامل برای وی و خانواده اش (یا مُعرف) توضیح دهد.

۱. وسایلی که ورود آن به مرکز توسط مددجو ممنوع است.

۱,۱. هر نوع سلاح، اعم از گرم و یا سرد و هر نوع وسایل برنده و تیز

۱,۲. پول نقد، کارت های بانکی و اوراق بهادار

۱,۳. وسایل پخت و پز و فلاسک چای

۱,۴. وسایل صوتی و تصویری

۱,۵. هرگونه وسایل قمار

۱,۶. تلفن همراه

۱,۷. سایر وسایل و اقلام ممنوعه به تشخیص مدیریت مرکز

۲. مصرف مواد

۲,۱. در صورت مصرف و یا به همراه داشتن هرگونه ماده یا وسائل مربوط به آن در محوطه مرکز، مددجو پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می گردد.

۲,۲. درصورتی که مددجو از وجود هر نوع ماده قابل سوء مصرف در مرکز مطلع گردید باید بلافاصله موضوع را به اطلاع مدیر داخلی یا یکی از کارکنان مرکز برساند در غیر این صورت مددجویی که وجود ماده مزبور را پنهان نموده است پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می گردد.

۳. نحوهٔ برخورد با دیگران

۳,۱. لازم است همهٔ مددجویان با احترام متقابل، رعایت اخلاق و مطابقِ حقوق انسانی با یکدیگر برخورد نمایند، به گونه ای که نسبت به هیچ کس هتک حرمتی صورت نگیرد و به آزادی آنها در قالب قواعد مرکز لطمه ای وارد نگردد.

۳,۲. هر نوع رفتار یا گفتار توهین آمیز در مرکز ممنوع است.

۳,۳. هرگونه رفتار جنسی با دیگران ممنوع است و بر اساس بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) منجر به اخراج مددجو از مرکز می گردد.

۳,۴. اعمال هر نوع رفتار خشونت‌آمیز، پرخاشگری، درگیری فیزیکی با دیگران و ضرب و جرح افراد ممنوع است و مددجو پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می‌گردد.

۳,۵. ایجاد اجبار از طریق تهدید، کلاهبرداری، تبانی و سایر روش‌های ضدارزش مشابه و نیز روش‌های غیرمنطقی برای وادارکردن افراد دیگر به کارهای مورد نظر هر فرد در هر جایگاهی، ممنوع است.

۳,۶. ایجاد گروه بندی و تجمع، خارج از برنامه مرکز ممنوع است.

۳,۷. مددجویان می توانند مشکلات بین خود با دیگران اعم از سایر مددجویان و یا تیم بهبود مرکز را بر روی تابلوی بیان، بدون ذکر نام بنویسند. در این نوشته هیچ گونه توهین و بی ادبی جایز نیست.

۳,۸. اجازه نوشتن نام و مشخصات افراد در تابلوی بیان تنها در مواقعی مجاز است که مددجو قصد قدردانی و تشکر از دیگران را داشته باشد.

۳,۹. از صندوق احساس می توان برای نوشتن مشکلاتی که بین مددجو و مددجویان دیگر وجود دارد با اشاره به نام آنها استفاده کرد. محتویات صندوق به‌صورت روزانه توسط کارشناس یا مددیار مرکز بررسی می گردد.

۴. نظم و انضباط

۴,۱. مددجویان لازم است در تمام جلسات به موقع و در ساعت های تعیین شده شرکت کنند.

۴,۲. لازم است مددجویان زمان دقیق ورود به جلسه و خروج از آن را رعایت نمایند.

۴,۳. مددجویان باید قواعد مربوط به جلسات را رعایت کنند.

۴,۴. عدم حضور مددجو در برنامه‌های مرکز تنها در صورتی موجه تلقی می‌گردد که دلایل آن از قبل به اطلاع کارشناس یا مددیار رسیده و در پرونده وی ثبت شده باشد.

۴,۵. خروج غیرضروری مددجویان از مرکز ممنوع است. مگر در مواردی که مددجو قصد انصراف از برنامه بهبود و بازتوانی را داشته باشد.

۴,۶. احترام به حقوق دیگران برای تمامی مددجویان الزامی است. (منظور آن است که انجام رفتاری که موجب ایجاد ناراحتی و سلب آزادی و آسایش دیگر افراد شود ممنوع است، نظیر عدم رعایت نوبت در مواردی که نیاز به آن هست، استفاده زیاد از امکانات به طوری که این امکان از دیگران سلب شود).

۴,۷. مددجویان موظف به شرکت در برنامه های روزانه و انجام وظایف محوله می‌باشند.

۴,۸. مراقبت از امکانات و وسایل مرکز (امکانات ورزشی، رفاهی، کتابخانه) حین استفاده از آن ضروری است.

۴,۹. مددجویان موظف اند ساعات خاموشی یا بیداری را رعایت کنند.

۴,۱۰. رفتارهایی از قبیل خودزنی برای تهدید ممنوع است. در صورت مشاهده چنین رفتاری پرونده مددجو باید برای تصمیم گیری در مورد اخراج در اختیار شورای مرکز قرارگیرد.

۴,۱۱. تخریب اموال مرکز توسط مددجو ممنوع است در صورت مشاهده چنین رفتاری مددجو پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می گردد.

۵. بهداشت، پاکیزگی و نظافت

۵,۱. لازم است مددجویان حداقل در هفته ۲ بار استحمام کنند و ظاهری آراسته داشته باشند.

۵,۲. مددجویان باید در محیط خصوصی، شرایط نظافت و پاکیزگی را رعایت کنند، منظور مرتب بودن تخت و کمد و سایر وسایل شخصی و اتاق مددجو و تمیزبودن آنها است. شکل مرتب کردن اتاق‌ها، تخت‌ها، کمدها و بقیهٔ وسایل شخصی برای همه مددجویان مشابه روشی است که توسط مددیار آموزش داده خواهد شد.

۵,۳. مددجویان بایستی فقط در محل های تعیین شده زباله بریزند و نظافت محیط های عمومی نظیر سرویس‌های بهداشتی و غذاخوری را در هنگام استفاده و پس از آن رعایت کنند.

۶. استعمال دخانیات

امتناع از مصرف و ترک سیگار در بهبودی بسیار موثر شناخته شده است و اکثر جنبش‌های

بهبودی به ترک همزمان سیگار اشاره دارند. لذا قویاً پیشنهاد می گردد برای ترک سیگار مشوق‌هایی در نظر گرفته شود و برای آنهایی که ترک کنند امتیازات ویژه‌ای لحاظ گردد.

۶٫۱. کشیدن سیگار فقط در ساعات و مکان هایی که از سوی مرکز تعیین شده مجاز است.

۶٫۲. سیگار صرفاً توسط مددیار در اختیار مددجویان قرار خواهد گرفت.

۶٫۳. خرید و فروش سیگار توسط مددجویان ممنوع است.

۷. ملاقات

۷٫۱. ملاقات با خانواده، مُعرف یا سایر نزدیکان به‌صورت هفتگی و یا طبق برنامه‌ای که مرکز تعیین می‌نماید و تنها در محل پیش بینی شده، امکانپذیر است.

۷٫۲. ملاقات طی دوره سم زدایی ممنوع است.

۷٫۳. بهتر است ملاقات کننده یک نفر باشد و از تجمع زیاد ملاقات‌کنندگان پرهیز شود.

۷٫۴. در زمان ملاقات، گرفتن هر نوع هدیه، خوراکی و یا اشیاء دیگر، باید با هماهنگی مدیر داخلی مرکز انجام گیرد.

۷٫۵. ملاقات کننده، حق اقامت حتی به صورت موقت در مرکز را ندارد.

۷٫۶. در مواقع خاص و به تشخیص مدیر داخلی، ملاقات در خارج از برنامه پیش بینی شده مرکز، امکان پذیر است.

۸. تماس تلفنی

۸٫۱. برقراری ارتباط تلفنی با خارج از مرکز یا پاسخگویی به تلفن صرفاً در ساعات تعیین شده توسط مرکز امکان پذیر است.

۸٫۲. مدت زمان مکالمه حداکثر ۱۵ دقیقه خواهد بود.

۸٫۳. در مواقع خاص و به تشخیص مدیر داخلی، تماس تلفنی در خارج از برنامه پیش بینی شده، بلامانع است.

۹. مرخصی و خروج از مرکز

۹٫۱. مرخصی و خروج مددجویان از مرکز در طول دوره اقامت تنها در شرایط زیر امکانپذیر است:

۹,۲. درصورت بروز مشکلات جسمی یا روانی، مددجو باید توسط پزشک مسئول فنی معاینه گردد. در صورت عدم حضور پزشک در مرکز لازم است شرایط مددجو توسط مددیار به اطلاع پزشک مسئول فنی و یا با نظر ایشان به اطلاع پزشکِ رابط، رسیده تا در صورت لزوم اقدامات اولیه یا اعزام وی به سایر مراکز درمانی مدنظر قرار گیرد.

۹,۳. در صورت بروز مشکلات خاص برای خانوادۀ درجۀ یک مددجو خروج وی از مرکز با نظر مدیر داخلی و اخذ مرخصی بلامانع است.

۹,۴. مددجویانی که از مرکز خارج می شوند باید در بدو ورود مجدداً بازرسی بدنی گردیده و از نظر احتمال مصرف مواد آزمایش شوند.

۹,۵. چنانچه نتیجۀ آزمایش وی مثبت باشد، باید مجدداً در مرحلۀ سم زدایی قرار گرفته و تمام مراحل را از ابتدا طی نماید.

۹,۶. در صورت منفی بودن آزمایش مددجو به شرطی می تواند برنامه بهبود و بازتوانی را ادامه دهد که کمتر از ۴۸ ساعت در خارج از مرکز به سر برده باشد. در غیر این صورت حتی با منفی بودن جواب آزمایش بایستی تمام مراحل پس از سم زدایی را از سر گیرد.

۹,۷. مددجویانی که از مرکز خارج می شوند موظف هستند در زمان تعیین شده به مرکز برگردند و در صورت عدم رعایت زمان برگشت، موضوع تاخیر وی در شورای مرکز مطرح و در صورت موافقت شورا با ادامه بهبود و بازتوانی، با گرفتن تعهد و جواب منفی آزمایش ادرار، پذیرش مجدد آنها برای مرحلۀ پس از سم زدایی امکان پذیر است.

۱۰. خروج اختیاری با رضایت شخصی

۱۰,۱. با توجه به اینکه اقامت در این مراکز کاملاً داوطلبانه می باشد کلیه مددجویان می توانند با اعلام انصراف و رضایت شخصی و با تکمیل فرم مربوطه و شرایط زیر از مرکز خارج شوند:

۱۰,۲. موضوع انصراف و علت آن باید به مدیر داخلی مرکز اعلام و در شورای مرکز مطرح گردد.

۱۰,۳. شورای مرکز موظف است با رعایت حق انتخاب مددجو حداکثر تلاش خود را برای تداوم برنامه بهبود و بازتوانی مددجو در مرکز به کار گیرد.

۱۰,۴. در صورت اِصرار مددجو به انصراف و پس از تصویب شورای مرکز، موضوع باید توسط مدیر داخلی مرکز به اطلاع مُعرف و خانواده وی برسد. پس از مراجعه آنان و تکمیل فرم های مربوطه خروج مددجو از مرکز بلامانع است.

۱۰,۵. در صورت عدم مراجعه مُعرف یا خانواده، پس از دوبار پیگیری طی یک هفته، موضوع باید به‌طور کتبی به بهزیستی محل فعالیت اعلام گردد تا تصمیم مناسب اتخاذ گردد. بدیهی است تا تعیین تکلیف نهایی، مددجو مشمول کلیه مقررات عمومی مرکز خواهد بود.

۱۰,۶. پذیرش مجدد مددجویانی که از بهبود و بازتوانی انصراف داده‌اند با نظر شورای مرکز بلامانع است. بدیهی است نوع و نحوه پذیرش مجدد توسط این شورا تعیین خواهد شد.

۱۱. تشویق

۱۱,۱. چنانچه مددجو رفتار مناسب و پسندیده ای داشته باشد باید مورد تشویق قرار گیرد. مراحل و انواع تشویق عبارتند از:

۱۱,۲. الف) تقدیر کلامی فردی

۱۱,۳. ب) تقدیر کلامی در جمع اعضای مرکز

۱۱,۴. ج) تقدیر کتبی و نصب در تابلوی بیان (همراه با دلایل)

۱۱,۵. د) دریافت نشان تقدیر و نصب آن بر روی لباس

۱۱,۶. هـ) اجازه استفادۀ بیشتر از امکانات در داخل مرکز به طوری که به انجام وظایف، آسیبی وارد نشده و خارج از قواعد مرکز نباشد.

۱۱,۷. و) پس از پایان دورۀ بهبودی، پیشنهاد شروع به اشتغال در مرکز به عنوان خدمتگزار در صورت نیاز

۱۱,۸. تشویق مرحلۀ الف و ب می تواند از طرف کارشناس، مددیاران، مدیر داخلی

مرکـز و یـا مددجویـی بـرای مددجویـی دیگـر یـا تعـدادی از مددجویـان بـرای یـک نفـر انجـام گیـرد.

۱۱٫۹. موضـوع تشـویق از مرحلـه ج بـه بعـد بـه پیشـنهاد کلیـه نیروهـای انسـانی مرکـز میسـر اسـت کـه بایـد در شـورای مرکـز تصویـب گـردد.

۱۲. تنبیه

۱۲٫۱. هرگونـه رفتـار خشـونت آمیـز بـا مددجویـان بـه بهانـه بهبـود و بازتوانـی در مراکـز ممنـوع اسـت. درصـورت عـدم رعایـت قوانیـن و مقـررات مرکـز توسـط مددجـو، بـرای **بـار اول** مـوارد زیـر بـه عنـوان تنبیـه بـرای مددجـو در نظـر گرفتـه خواهـد شـد.

ردیف	نوع تنبیه	مصادیق (بار اول)	افراد تصمیم گیرنده و مجری
۱	صحبت کردن در مورد موضوع [۱]	بندهای؛ ۳-۱، ۳-۶، ۳-۷، ۳-۸، ۴-۱، ۴-۲، ۴-۳، ۴-۴، ۴-۶، ۴-۷، ۵-۱، ۸-۱، ۸-۲	تصمیم گیری و اجرا توسط هر یک از اعضاء تیم بهبود
۲	تذکر شفاهی [۲]	بند ۱ قوانین و مقررات مرکز و بندهای؛ ۳-۲، ۳-۵، ۴-۵، ۴-۸، ۴-۹، ۵-۲، ۵-۳، ۶-۱، ۶-۳	تصمیم گیری و اجرا توسط هر یک از اعضاء تیم بهبود
۳	تنها نمودن [۳]	بند ۲ قوانین و مقررات مرکز و بندهای؛ ۳-۴، ۴-۱۱	تصمیم گیری و اجرا توسط مدیر داخلی مرکز یا کارشناس
۴	محرومیت از امکانات مرکز [۴]	---	تصمیم گیری توسط شورای مرکز و اجرا توسط مدیرداخلی، کارشناس یا مددیار
۵	اخراج	بندهای؛ ۳-۳، ۴-۱۰	تصمیم گیری توسط شورای مرکز و اجرا توسط مدیر داخلی مرکز

۱۲٫۲. تکـرار هـر یـک از مصادیـق عنوان شـده در جـدول فوق باعث تشـدید تنبیه بـه مرحله بعـدی می‌گـردد (مثـال: مصـرف مـواد برای بـار اول منجر اعمـال تنبیه ردیـف ۳ (تنها نمـودن) در صـورت تکـرار آن بـرای بار دوم منجـر به اعمال تنبیه ردیـف ۴ (محرومیت از امکانـات مرکـز) و در صـورت تکـرار بـرای بار سـوم منجر به اخراج می شـود).

۱۲،۳. تمامی تنبیهات اعمال شده توسط هر یک از اعضای تیم بهبود باید با ذکر علت، تاریخ و ساعت در پرونده مددجو ثبت گردد.

توضیح انواع تنبیهات

۱- در این نوع تنبیه، به فرد در مورد رفتار خاصی به‌صورت نصیحت گونه و کمک کننده توضیحات لازم ارائه می‌گردد. انتظار می‌ورد تا با «صحبت کردن» تغییرات رفتاری موردنظر صورت گیرد.

۲- از فرد خاطی خواسته می شود که رفتار خود را فوراً اصلاح نماید و انتظار می رود که او فوراً رفتار خود را تغییر دهد. ممکن است این شیوهٔ برخورد منجر به احساسات ناخوشایندی مانند احساس تحقیر، شرم یا خشم شود که بعداً باید در گروه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۳- در این تنبیه از فرد خواسته می شود جلسه یا گروه را به مدت معین ترک کند و یا به مدت معین برقراری هرگونه ارتباط کلامی با وی ممنوع می‌شود.

۴- در این نوع تنبیه امتیازات یا حقوق خاصی از فرد، برای مدتی معین سلب می‌شود. این تنبیه شامل نیازهای بهداشتی، تغذیه ای و امنیتی فرد نمی‌گردد.

---

۱۳. اخراج

یکی از اهداف اصلی در مراحل بهبود و بازتوانی ایجاد تغییراتی در مدجو است تا بتواند به سطح قابل قبولی از مهارت‌های روانی و اجتماعی دست پیدا کرده و تعاملات سازنده و موثری با اطرافیان داشته باشد. لیکن چنانچه رفتارهای وی در طول دوره اقامت باعث برهم خوردن نظم و انضباط کلی حاکم بر مرکز، آسیب به خود یا دیگران گردد و با مداخلات تیم بهبود براساس مراحل تنبیه نیز قابل کنترل نباشد، برای حفظ سلامت و تضمین بهبود سایر مددجویان ناگزیر به اخراج فرد مورد نظر از مرکز خواهند بود.

مواردی که مستقیماً منجر به اخراج خواهند شد؛

۱- ارتکاب هرگونه رفتار جنسی با دیگران

۲- خودزنی برای تهدید

۳- تکرار هر یک از رفتارهای منجر به سایر تنبیهات بنا بر تشخیص شورای مرکز

فرایند اخراج

تصمیم گیری درخصوص اخراج مددجویان برعهده شورای مرکز است که به ترتیب زیر صورت خواهد گرفت؛

۱. در صورت بروز موارد منجر به اخراج، موضوع باید توسط مددیار در پرونده ثبت و به مدیر داخلی گزارش گردد. (چه مواردی که پس از تکرار، بر اساس جدول تنبیهات، به مرحله اخراج رسیده اند و چه مواردی که مستقیماً منجر به اخراج خواهند شد)،

۲. مدیر داخلی موظف است تمام گزارش های رسیده را در جلسه همان روز یا حداکثر اولین جلسه روز بعد مطرح کند.

۳. شورای مرکز باید براساس مدارک و اطلاعات موجود و با توجه به وضعیت کلی مددجو در طول دوره اقامت، در خصوص اخراج وی تصمیم گیری نماید.

۴. در صورت تایید اخراج توسط شورای مرکز موضوع باید توسط مدیرداخلی به اطلاع خانواده یا مُعرف مددجو برسد و در اولین فرصت مددجو از مرکز خارج شود.

۵. در فاصله رسیدگی به وضعیت مددجو تا اجرای تصمیم نهایی مددجو باید ترجیحا در فضایی دور از سایرین و تحت مراقبت دقیق مددیار باشد.

۵.۱. در این فاصله زمانی و صرفاً در شرایطی که مددجو برای خود یا سایرین تهدید آمیز تلقی شده و یا خطری جدی برای مرکز محسوب می‌گردد و تیم بهبودی برای حفظ سلامت خود و سایرین ناگزیر به مهار وی می‌باشند، لازم است برای جلوگیری از بروز آسیب روانی و جسمی جدید، ملاحظات ضروری در مهار وی مورد توجه قرار گیرد. به طور مشخص؛ ابتدا باید از مداخلهٔ کلامی، اقدامات آرام سازی و حمایتی استفاده شود، استفاده از دارو باید زیر نظر مستقیم پزشک باشد، در صورت عدم موفقیت در کنترل مددجو حداقل ۴ نفر از تیم بهبود برای کنترل و یا مهار فیزیکی وی در نظر گرفته شوند، حتما باید قبل از هر اقدامی هدفِ تیم بهبود برای مددجو توضیح داده شود، برای مهار باید از باند پارچه ای یا مهار چرمی نرم که کمترین آسیب فیزیکی را به دنبال داشته باشد استفاده گردد. مهار باید همزمان برای هر دو دست و هر دو پا در نظر گرفته شود تا مددجو به خود آسیب نزند. مهار ها باید دائما بررسی و کنترل شوند تا باعث قطع

جریان خون یا فشار بیش از حد بر اندام مددجو نگردند. یک نفر از اعضاء تیم بهبود همیشه باید برای اطمینان بخشی در معرض دید مددجو باشد. سر مددجو باید کمی بالاتر از تنه اش قرار گیرد، پس از آرام شدن، تمام مهارها باید به فاصلهٔ ۵ دقیقه بر داشته شوند.

۵.۲. در صورت بروز مشکلاتی از این دست موضوع باید بلافاصله به اطلاع مدیر داخلی و مسئول فنی رسیده تا برای سایر اقدامات قانونی و ضروری از جمله ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی، اطلاع به مُعرف و خانواده مددجو و درصورت لزوم اِعلام به مراجع انتظامی، تصمیم گیری شود.

۵.۳. شرح تمامی وقایع، علل بروز و اقدامات انجام شده باید در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت شود.

۱۴. حضور سایر بهبودیافتگان به‌عنوان میهمان در مرکز

۱۴,۱. رویکرد غالب در مراکز اقامتی اجتماعی با تاکید بر استفاده از گروه‌های همتاست. بنابراین ورود بهبود یافتگان قبلی مرکز با شرایط زیر بلامانع است:

۱۴.۱.۱. ساعات حضور میهمان باید توسط شورای مرکز تعیین گردد. به‌طوری‌که با سایر برنامه‌های بهبود و بازتوانی تداخل نداشته باشد.

۱۴.۱.۲. فهرست میهمانان مجاز به ورود به مرکز باید توسط شورای مرکز تایید گردد. این میهمانان باید حداقل سه ماه پاکی خود را حفظ نموده باشند.

۱۴.۱.۳. مدیرداخلی مرکز باید فهرست میهمانان مجاز را تهیه و در اختیار مددیاران و مسئول کنترل ورود و خروج مرکز قرار دهد.

۱۴.۱.۴. طبق برنامه تعیین شده مدت حضور میهمان در مرکز حداکثر ۴ ساعت خواهد بود.

۱۴.۱.۵. همراه داشتن دارو، موبایل و چاقو در مرکز مجاز نیست.

۱۴.۱.۶. میهمان باید با ظاهری آراسته و مرتب در مرکز حضور پیدا کند.

۱۴.۱.۷. میهمان باید پس از ورود خود را به مددیار مُعرفی نمایند.

۱۴.۱.۸. میهمان باید جهت ورود به اتاق سم زدایی با مددیار هماهنگ کند.

۱۴.۱.۹. ورود میهمان به دفتر، آشپزخانه و حمام مجاز نیست.

۱۴.۱.۱۰. بهبود یافتگانی که به هر صورت باعث اختلال در نظم و آرامش مرکز و دخالت در امور بهبود و بازتوانی شوند، از مرکز اخراج خواهند شد.

۱۴.۱.۱۱. امکانـات مرکـز مخصـوص مددجویـان اسـت و اسـتفاده میهمانـان از آن ممنوع اسـت.

۱۴.۱.۱۲. میهمانان مجاز به دادن پول به مددجویان نیست.

۱۵. مدت اقامت و شرایط تمدید آن

۱۵٫۱. بـر اسـاس اصـول شـناخته شـده علمـی، حداقـل مـدت یـک برنامـه بهبـود و بازتوانـی بایـد حداقـل۹۰ روز یـا سـه مـاه باشـد. ایـن سـه مـاه می‌توانـد بـه سـه شـکل زیـر تعییـن گـردد؛

۱۵٫۱٫۱. اقامت سه ماهه با ترخیص در پایان دوره

۱۵٫۱٫۲. اقامـت دو ماهـه و یـک مـاه ادامـه برنامـه بهبـود و بازتوانـی بـه شـکل غیراقامتـی

۱۵٫۱٫۳. اقامت یک ماهه و دو ماه ادامه بهبود و بازتوانی به شکل غیراقامتی

۱۵٫۲. تاییـد و یـا تغییـر مـدت اقامـت توسـط شـورای مرکـز و بـا توجـه بـه معیارهـای زیـر صـورت می‌گیـرد:

۱۵٫۲٫۱. رضایـت کامـل مددجـو نسـبت بـه طـول دوره اقامـت و تـداوم حضـور در برنامه‌هـای بهبـود و بازتوانـی

۱۵٫۲٫۲. قبـول مسـئولیت مددجـو بـرای حضـور در برنامه‌هـای بهبـود و بازتوانـی پـس از دوره اقامـت توسـط مُعـرف

۱۵٫۲٫۳. داشتن شرایط اقتصادی متناسب با طول دوره اقامت

۱۵٫۳. بـرای مـوارد ۱۵٫۱٫۲ و ۱۵٫۱٫۳ کـه طـول دوره اقامـت کمتـر از سـه مـاه تعییـن شـده اسـت، تمدیـد دوره اقامـت تـا حداکثـر ۹۰ روز پیاپـی بلامانـع اسـت.

۱۵٫۴. شـورای مرکـز مـی توانـد درصـورت عـدم احـراز شـرایط ترخیـص توسـط مددجـو، بـا رعایـت سـقف زمانـی اقامـت، دوره اقامـت مددجـو را تـا حداکثـر ۹۰ روز پیاپـی تمدیـد کنـد.

۱۵٫۵. پـس از اتمـام ۹۰ روز اقامـت پیاپـی در مرکـز، ادامـه حضـور شـبانه روزی مددجـو در مرکـز مجـاز نیسـت و بایـد وضعیـت وی توسـط شـورای مرکـز بررسـی و در صـورت نیـاز بـه تـداوم برنامـه بهبـود و بازتوانـی، بـه سـایر مراکـز یـا الگوهـای ارایـه خدمـات از جملـه اجتمـاع درمـان مـدار (TC) ارجـاع شـود.

۱۵٫۵٫۱. چنانچـه بـه هـر دلیـل امـکان ارجـاع مددجـو فراهـم نباشـد، شـورای

مرکز باید مدارک و مستندات مربوطه را جهت تعیین تکلیف در اختیار سازمان بهزیستی محل فعالیت قرار دهد.

۱۵،۵،۲. بدیهی است اقامت مددجو تا تعیین تکلیف وضعیت ارجاع وی مشمول مقررات عمومی مرکز خواهد بود.

۱۵،۶. هر مددجو در طول یک سال(۱۲ ماه کامل) تنها می تواند حداکثر دو دوره ۹۰ روزه در مرکز اقامت داشته باشد(حداکثر ۶ ماه از ۱۲ ماه). بنابراین پذیرش مددجویانی که پس از تکمیل دوره بهبود و بازتوانی و ترخیص از مرکز مجدداً عود کرده اند، تنها برای یک دوره ۹۰ روزه دیگر بلامانع است.

۱۵،۶،۱. بدیهی است در صورت عود مجدد مددجویان، پس از ۲ دوره اقامت در مراکز مزبور و گذرانیدن تمامی برنامه های بهبود و بازتوانی، مددجو باید به سایر الگوهای بهبود و بازتوانی از جمله مراکز اجتماع درمان مدار (TC) ارجاع شود.

فصــل سوم

انتخاب مددجو و پذیرش

فصل سوم ـ انتخاب مددجو و پذیرش

با اینکه ممکن است هر فرد با اختلال مصرف مواد به درجاتی از الگوی بهبود و بازتوانی در مراکز اقامتی بهره مند گردد اما طول مدت اقامت، برنامه های مرکز، هزینه‌های آن و سایر ملاحظات مربوط به این الگو باید با شرایط مددجویان مطابقت داده شود. بنابراین اقامت در این مراکز برای تمامی افراد با اختلال مصرف مواد مناسب نیست و انتخاب مناسب و پذیرش مددجویان براساس معیارهای پیش بینی شده ضروری است.

ساعت پذیرش

پذیرش در مرکز اقامتی، باید پس از معاینه و ارزیابی اولیه توسط پزشک و با تاییدیه کتبی او صورت گیرد. با توجه به اینکه حضور پزشک در این مراکز تمام وقت نیست، باید برای پذیرش، ساعات مشخصی تعیین گردد.

۱. تعیین ساعت پذیرش در هر مرکز بر عهده شورای مرکز قرار دارد.
۲. ساعت پذیرش می تواند هر روز و یا برای تعدادی از ایام هفته تعریف شود.
۳. بدیهی است حضور پزشک در ساعات پذیرش تعیین شده الزامی است و پذیرش در ساعات خارج از زمان پذیرش مستلزم اخذ تاییدیه کتبی از پزشک رابط یا مرکز رابط است.
۴. ساعات پذیرش باید در معرض دید مراجعین نصب گردد.

شرایط انتخاب مددجو و پذیرش

۱. ابتلا به اختلال مصرف مواد
۲. تمایل شخصی و رضایت آگاهانه برای اقامت در مرکز
۳. سن بالاتر از ۱۸ و کمتر از ۶۰ سال
۴. نداشتن موارد منعِ مطلق پذیرش در مراکز اقامتی با تاییدیه کتبی پزشک
۵. داشتن مُعرف حقیقی یا حقوقی

شرایط منعِ مطلق پذیرش

۱. زنان باردار
۲. سن زیر ۱۸ سال و بالای ۶۰ سال
۳. ابتلا به بیماری های شدید جسمانی از قبیل؛ نارسایی و اختلال عملکرد کلیه، کبد، دستگاه گوارش، قلب و عروق

۴. ابتلا به بیماری های مسری و واگیر دار
۵. ابتلا به بیماری های تشنج دهنده از قبیل؛ صرع فعال یا صرع کنترل نشده
۶. ابتلا به اختلالات روانپزشکی با تظاهرات سایکوتیک
۷. وجود تظاهرات حاد روانپزشکی خطرآفرین برای خود و سایرین
۸. وجود زخم فعال یا خونریزی دهنده با نیاز به مداخله جراحی
۹. عقب ماندگی یا ناتوانی ذهنی و جسمی (معلول ذهنی و جسمی که قادر به انجام فعالیت معمولی روزانه خود نباشد)
۱۰. محکومین با حکم تعقیب کیفری

شرایط منع نسبی پذیرش

۱. داشتن نگرش منفی نسبت به بهبود و بازتوانی در مراکز اقامتی
۲. داشتن سابقه عدم موفقیت در این الگوی بهبود و بازتوانی طی یک سال گذشته
۳. داشتن سابقه تشنج و تظاهرات شدید در دوره محرومیت‌های قبلی

مراحل پذیرش

۱. احراز هویت مددجو

به‌طور کلی دو گروه به مرکز مراجعه می نمایند:

۱. گروهی از مددجویان که با شناسنامه،کارت ملی و یا سایر مدرک معتبر به‌صورت قطعی تشخیص هویت می شوند.
۲. گروهی که به‌صورت مشخص در تشخیص هویت آنان مشکل وجود دارد:
۳. این گروه با توجه به مُعرف خود طبقه بندی می شوند (سازمان بهزیستی، دانشگاه، دفترامام جمعه، نیروی انتظامی، کمیته امداد، مراجع قضایی، سازمان‌های حمایتی مانند شهرداری و مراکز بهداشتی و درمانی و غیره)

۲. تعیین مُعرف

۲,۱) پذیرش در مراکز اقامتی داوطلبانه است. لیکن به منظور حمایت از فرآیند بهبود و بازتوانی، پی گیری های حین بهبود و بازتوانی، اقدامات حین ترخیص و پرداخت کلیه هزینه های مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی شامل اقامت، برنامه های روزانه، ارجاع یا سایر موارد بر حسب ضرورت یا نیاز مددجو لازم است یکی از اعضاء خانواده مددجو یا نزدیکان و یا یکی ازآشنایان، با تکمیل فرم مربوطه و ارایه اوراق شناسایی به عنوان مُعرف،

مسـئولیت پذیـرش مددجـو و سـایر اُمـور را بر عهـده گیرد.

۲,۲) در مـواردی کـه فـرد بـه تنهایـی و به‌صورت خودمُعـرف مراجعـه کـرده و یـا از حمایت اجتماعـی و خانوادگـی کافی برخوردار نیسـت، لازم اسـت سـازمان یا نهاد دولتی مسـئولیت‌های مربـوط بـه مُعـرف را بـر عهـده گیـرد. بـه ایـن منظور لازم اسـت فـرد مراجعـه کننده بـه همراه مددیـار مرکـز بـه سـازمان صـادر کننـده مجـوز مرکـز ارجـاع و مُعرفـی نامـه رسـمی از سـوی دسـتگاه مزبـور صـادر گردد.

۲,۳) در کل دو گروه می توانند به عنوان مُعرف مددجو مُعرفی شوند:

الـف) گروهـی از مددجویـان کـه بـا خانـواده و یـا یکـی از اقـوام یـا دوسـتان نزدیک خـود در مرکـز پذیـرش می شـوند.

ب) گروهـی از مددجویـان کـه دارای مُعرف نبوده و لازم اسـت از سـازمان صـادر کننده مجوز، نامـه تأییدیـه مبنـی بر پذیـرش مددجو در مرکز صـادر گردد.

۲,۴) در صورت مُعرفی مددجو از سـوی مراجع قضایی مراحل پذیرش همانند سـایر مددجویان داوطلـب صـورت خواهد گرفت. بنابرایـن مرجع قضایی به‌عنوان مُعـرف تلقی می‌گردد.

۳. ارایه اطلاعات اولیه از شیوه بهبود و بازتوانی

پـس از احـراز هویـت و تعییـن مُعرف، اطلاعات زیر باید توسـط یکـی از اعضاء تیـم بهبود مرکز در جلسـه‌ای بـا حضـور مُعـرف یا خانواده مددجـو ارایه گـردد تا ضمن آشـنایی با کلیـات مراحل بهبـود و بازتوانـی در مرکـز درصـورت عدم تمایـل آنان، ادامـه روند پذیـرش متوقف گردد:

۱. لزوم بازرسی کامل بدنی هنگام ورود به مرکز
۲. لـزوم تبعیـت از مقـررات مرکـز و امـکان اخـراج از مرکـز در صـورت عـدم رعایـت مقـررات بـه تشـخیص شـورای مرکـز
۳. توضیح آثار و عوارض جسمی سم زدائی و مشکلات احتمالی
۴. وظایف و مسئولیت‌های مُعرف و لـزوم همکاری خانواده
۵. مدت زمان یک دوره اقامت و شرایط ترخیص
۶. محدودیت در تماس با محیط خارج از مرکز طبق مقررات مرکز
۷. عدم حمایت مرکز از فرد در صورت وجود مشکلات قانونی
۸. عدم امکان بازگرداندن هزینه بهبود و بازتوانی
۹. مُعرفـی اجمالـی سـایر الگوهـای بهبـود و بازتوانـی اقامتـی موجـود مثـل اجتمـاع درمـان مـدار (TC)

۴. تکمیل مدارک

۱. ارایه رونوشت شناسنامه یا کارت شناسایی معتبر: افراد با ارائه شناسنامه یا کارت شناسایی معتبر پذیرش می شوند اما چنانچه فردی شناسنامه یا کارت شناسایی معتبر نداشت و هویت وی نامشخص بود، نباید از پذیرش آن صرف نظر کرد بلکه باید پس از اطلاع به سازمان صادر کننده مجوز و هماهنگی با آن، پذیرفته شود.
۲. فرم پذیرش
۳. فرم مُعرف یا مُعرفی نامه توسط مُعرف
۴. فرم ثبت اطلاعات و پیگیری

۵. ارزیابی اولیه

مسئولیت ارزیابی اولیه مددجویان برعهده مسئول فنی یا پزشکِ رابط و کارشناس مرکز است که به شرح زیر صورت می‌گیرد:

الف) ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

وظیفه انجام مصاحبه اولیه و اخذ شرح حال برعهده کارشناس مرکز است که باید با هدف ارزیابی دقیق و ارتقای انگیزه مددجو صورت پذیرد:
۱. مشخصات فردی
۲. وضعیت خانوادگی و اجتماعی
۳. بررسی انگیزه مددجو برای بهبود و بازتوانی
۴. اطلاعات راجع به مصرف مواد
۵. سابقه درمان های قبلی در زمینه اختلال مصرف مواد
۶. سابقه مسمومیت و بیش مصرف مواد
۷. سابقه رفتارهای پرخطر و مخاطره آمیز
۸. سابقه بیماری های جسمانی و مشکلات طبی
۹. سابقه بیماری های روانپزشکی
۱۰. سوابق قضایی و کیفری

ب) ارزیـابی پزشکی

ب-۱) ارزیابی بالینی

انجـام بررسـی هـای بالینـی زیر توسـط پزشـک مسـئول فنی یا پزشـک رابـط یا مرکـز رابط، الزامی اسـت:

۱. معاینه کامل فیزیکی جهت بررسی سلامت جسمانی
۲. مصاحبه تشخیصی جهت بررسی سلامت روانی
۳. بررسی احتمال خطر ابتلا به ویروس نقص ایمنی[1] (HIV) و هپاتیت B و C[1]

*** بـرای مصـرف کننـدگان همزمـان چنـد مـاده بـه ویـژه بنزودیازپین هـا و الکل مشـاوره تخصصـی توصیه می‌شـود.**

ب-۲) ارزیـابی آزمایشگاهی

انجـام بررسـی هـای آزمایشـگاهی زیـر توسـط پزشـک مسـئول فنی یـا پزشـک رابط یـا مرکز رابـط، الزامی اسـت:

۱. آزمایش ادرار برای ردیابی مواد مصـرف شده
۲. آزمایـش خـون (حداکثـر مربـوط بـه یـک هفتـه قبـل از شـروع بهبـود و بازتوانـی) شـامل:
   - CBC (diff)
   - FBS
   - BUN
   - Crea
   - LFT
۳. هـر نـوع آزمایش دیگر بنا به تشخیص پزشک (از جمله تست بارداری)
۴. نـوار قلبـی (EKG) بـرای افـراد بـالای ۴۰ سـال بـه تشـخیص پزشـک. نـوار قلب ۴۸ سـاعت گذشـته نیـز مـورد قبـول اسـت

۶. صدور تاییدیه پزشکی

مسئول فنی مرکز، پزشک رابط یا مرکز رابط پس از انجام ارزیابی های اولیه بالینی و آزمایشگاهی درصورت عدم وجود ممنوعیتی برای پذیرش مددجویان، تاییدیه پزشکی صادر می‌نماید.

۱- انجام آزمایش های فوق اجباری نیست ولی بهتر است مراجعین برای مشاوره و انجام آزمایش داوطلبانه توسط کارشناس یا مسئول فنی مرکز تشویق و ارجاع گردند.

۷. بررسی مدارک

در این مرحله مدارک مددجو توسط مدیر داخلی مرکز یا کارشناس بررسی می شود و در صورت کامل بودن مدارک که نشان دهنده شرایط اولیه پذیرش است برای مراحل بعد ارجاع می‌گردد.

۸. پذیرش نهایی

پس از تایید مدیر داخلی مرکز یا کارشناس و ارایه اطلاعات به مددجو و احراز تمایل وی، پذیرش با پرداخت وجوه مربوطه و تکمیل فرم رضایتنامه نهایی می گردد. یکی از بخش‌های اصلی که باید در پذیرش نهایی به آن توجه شود تعیین مدت اقامت مددجو در مرکز است که باید به تایید شورای مرکز برسد.

۹. ارایه اطلاعات تکمیلی

در این مرحله یکی از اعضاء تیم بهبود مرکز به تشخیص مدیر داخلی، اطلاعات تکمیلی شامل قوانین و مقررات را به‌طور کامل، طی جلسه‌ای در اختیار مددجو، خانواده اش یا مُعرف وی قرار می‌دهد.

۱۰.لوازم مورد نیاز مددجو

لوازم زیر باید توسط مددجو، خانواده یا مُعرف در هنگام پذیرش نهایی تامین گردد.

۱. ملافه و رو بالشی (حداقل ۲ دست)
۲. لباس زیر، زیر پیراهن (حداقل ۴ دست)
۳. شلوار راحتی (گرمکن ورزشی)
۴. تی شرت یا پیراهن (در زمستان لباس گرم و جوراب)
۵. مسواک و خمیردندان
۶. حوله صورت و حوله حمام
۷. شانه سر یا بُرس مو
۸. دمپایی

۱۱.ارجاع از سوی مَرجع قضایی

با توجه به اینکه مراکز اقامتی ساز و کار لازم برای نگهداری اجباری مددجویان را ندارند، افراد مُعرفی شده از سوی مرجع قضایی نیز مشمول قوانین و مقررات مرکز خواهند بود و لازم است به موارد زیر توجه کافی معطوف گردد:

۱۱٫۱. مراحل پذیرش همانند سایر مددجویان داوطلب صورت خواهد گرفت.

۱۱٫۲. مَرجع قضایی به‌عنوان مُعرف تلقی می‌شود.

۱۱٫۳. لازم است هنگام ارجاع مددجویان از سوی مرجع قضایی، مامور انتقال مددجو (ضابط قضایی) تا نهایی شدن پذیرش در مرکز حضور داشته باشد.

۱۱٫۴. چنانچه پس از ارزیابی اولیه، مددجوی مُعرفی شده از سوی مرجع قضایی مشمول موارد منع مطلق پذیرش در این پروتکل بوده یا مایل به اقامت در مرکز نباشد، نباید در مرکز پذیرش شود. بنابراین لازم است گزارش کاملی از دلایل عدم پذیرش مددجو به همراه پیشنهاد جایگزین (شامل نوع و مرکز مناسب) تهیه و مددجو با یک مکاتبه به همراه مامور انتقال (ضابط قضایی) جهت تعیین تکلیف به مرجع قضایی ارجاع گردد. همچنین به‌طور همزمان باید رونوشتی از مکاتبه و گزارش فوق الذکر برای بهزیستی نیز ارسال گردد و موضوع برای اقدامات محتمل بعدی گزارش شود.

۱۱٫۵. پس از پذیرش نهایی، در هر زمان از طول دوره اقامت، چنانچه مددجو به هر دلیلی مایل به ادامه اقامت نباشد، مرکز حق نگهداری اجباری وی را ندارد. بنابراین لازم است مدیر داخلی مرکز موضوع را در اولین فرصت به صورت کتبی به اطلاع مرجع قضایی برساند. بدیهی است طی این فاصله (اطلاع به مرجع قضایی تا اتخاذ تصمیم جدید) مددجو باید در مرکز حضور داشته باشد. همچنین به‌طور همزمان باید رونوشتی برای بهزیستی نیز ارسال گردد و موضوع برای اقدامات محتمل بعدی گزارش شود.

۱۱٫۶. لازم است تمامی مراحل فوق در برگه ارجاع، مُعرفی یا پرونده مددجو ثبت و در سوابق مرکز نگهداری شود.

فصـــل چهارم

برنامه‌های مرکز اقامتی

فصل چهارم ـ برنامه های مرکز اقامتی

در هر مرکز اقامتی برنامه هایی با هدف بهبود وضعیت سلامت و بازتوانی مددجویان طراحی شده است که به ترتیب زیر ارایه می‌گردد. شرکت مددجویان در تمامی برنامه‌های زیر الزامی است.

۱. **سم زدایی (بازگیری)**

۲. **برنامه‌های بهبود و بازتوانی**

الف) اقدامات گروهی

الف-۱) کاربا گروه/ گروه درمانی

الف-۲) آموزش گروهی

الف-۳) جلسات مشارکت جمعی

ب) آموزش خانواده

ج) پایش درمان

سم زدایی

سم زدایی اولین مرحله از فرایند بهبود و بازتوانی در رویکرد پرهیزمدار (abstinence-based) تلقی شده و درآن کنترل نشانگان قطع مصرف (withdrawal syndrome) با کمترین عوارض، هدف اصلی محسوب می‌شود که در آن از داروهای مخدر/شبه مخدر (آگونیست/ پارشیال آگونیست) استفاده نمی‌گردد. لیکن برای کاهش رنج و سختی این دوران، استفاده از سایر دارو- بنا به تشخیص پزشک- بلامانع است. همچنین با توجه به نقش و جایگاه گروه‌های همتا در طول دوره بهبود و بازتوانی و با توجه به شرایط مددجو، در این مراکز از حضور مددیاران و ارایه آموزش‌های مرتبط در سطح محدود استفاده می‌شود.

مددجویان پس از پذیرش نهایی، وارد مرحله سم زدایی می شوند و در طول مرحله سم‌زدایی در اتاقی تحت همین عنوان اقامت دارند.

- **رعایت موارد زیر در دوره سم زدایی ضروری است:**

۱. تناسب تعداد افراد حاضر در مرحله سم زدایی براساس دستورالعمل ابلاغی و با توجه وسعت اتاق

۲. ثبت تمامی اتفاقات و اقدامات صورت گرفته برای مددجو در پرونده وی
۳. متوسط دوره اقامت در اتاق سم زدایی یک هفته در نظر گرفته می‌شود که بنا به تشخیص پزشک می‌تواند تا حداکثر دو هفته ادامه یابد.
۴. **ویزیت پزشک در طول دوره سم زدایی به ترتیب زیر خواهد بود:**

الف) ویزیت‌های ثابت:

۴٫۱. بَدو وُرود به اتاق سم زدایی
۴٫۱٫۱. ویزیت بَدو ورود برای مددجویانی که در خارج از ساعات تعیین شده پذیرش به مرکز وارد شده اند نباید بیشتر از ۱۲ ساعت به تاخیر افتد و توصیه می شود ترجیحا در ۴ ساعت اول بعد از پذیرش باشد.
۴٫۱٫۲. حداقل یک بار در هفته اول جهت پایش و نظارت بر فرایند سم زدایی
۴٫۲. چنانچه دوره سم زدایی بنا به تشخیص پزشک بیشتر از یک هفته به طول انجامید از روز هفتم تا زمان پایان دوره سم زدایی نیز باید حداقل یک ویزیت دیگر در پرونده مددجوثبت گردد.
۴٫۳. پایان دوره سم زدایی به منظور تایید اتمام دوره و صدور مجوز برای ورود به سایر برنامه‌های مرکز.

ب) ویزیت‌های ضروری که در مواقع خاص و بنا به اعلان مددیار یا مدیر داخلی مرکز و تشخیص پزشک صورت خواهد گرفت.

۱. بدیهی است ویزیت‌های ضروری نمی‌توانند جایگزین ویزیت‌های ثابت گردند.
۲. در هفتهٔ اول سم زدایی و به ویژه در ۲۴ ساعت اول، پایش دقیق مددجویان ضروری است که باید تحت نظارت مدیر داخلی مرکز و با کمک مددیاران صورت گیرد.
۳. ویزیت روزانه مددیار و کنترل علایم حیاتی: مددیار باید به محض مشاهده تغییراتی در وضعیت مددجو که نشانه بروز مشکل است، موضوع را به اطلاع پزشک مسئول فنی، مرکز رابط یا پزشک رابط برساند.

۴. تجویـز دارو بـرای مددجویـان در دوره سـم زدایـی صرفـا توسـط پزشـک صـورت خواهـد گرفـت.

۵. داروهـای تجویزشـده بایـد بـا ذکـر نـام و مشـخصات مددجـو در انبـار دارویـی نگهـداری شـود و از قـرار دادن هـر نـوع دارو در اتـاق سـم زدایـی یـا هـر فضـای دیگـری اجتنـاب گـردد.

۶. تجویـز داروهـای OTC بـا هماهنگـی پزشـک بلامانـع اسـت. لیکـن دلیـل تجویـز بایـد در پرونـده ثبـت گـردد و هـر بـار بـه اطـلاع پزشـک برسـد.

۷. توصیه می‌شود غیر از مواقع اورژانس از داروهای تزریقی در مرکز استفاده نگردد.

۷.۳.۱. نگهـداری داروهـای تزریقـی کـه اسـتفاده اورژانـس ندارنـد در مرکـز ممنـوع اسـت.

۷.۳.۲. نگهـداری سـرنگ و سـوزن و سـایر وسـایل تزریـق در مرکـز تنهـا محـدود بـه ترالـی اورژانـس می‌باشـد.

۷.۳.۳. در صـورت لـزوم و بنـا بـه تشـخیص پزشـک اسـتفاده از داروهـای تزریقـی، صرفـا بایـد بـا حضـور و زیـر نظـر پزشـک مسـئول فنـی صورت گیـرد. بنابرایـن در صورتـی کـه پزشـک در مرکـز حاضـر نیسـت هـر نـوع تزریـق در مرکـز ممنـوع بـوده و مددجـو بایـد بـه مرکـز رابـط ارجـاع شـود.

۸. در صورتـی کـه پـس از شـروع سـم زدایـی، مددجویـی تحمـل شـرایط موجـود را نداشـته باشـد و از ایـن نـوع سـم زدایـی منصـرف گـردد، نگهـداری اجبـاری وی در مرکـز خـلاف مقـررات بـوده و ایـن فـرد مـی توانـد بـا نظـر پزشـک و تمایـل خـود، روش درمانـی دیگـری را انتخـاب نمایـد و بـا رضایـت شـخصی از ادامـه اقامـت انصـراف دهـد.

۹. بـه منظـور تسـهیل سـم زدایـی مددجـو، مراکـز بایـد شـرایط را بـه گونـه ای فراهـم کننـد کـه درطـول ایـن مـدت مددجـو بتوانـد در صـورت تمایـل روزانـه اسـتحمام نمایـد. چنانچـه در روزهـای آخـر، مددجـو در وضعیـت بهتـری قـرار داشـته باشـد بـرای آرام سـازی روزانـه تمریـن آرام سـازی (relaxation) را انجـام دهـد.

برنامه های بهبود و بازتوانی

هدف از این برنامه‌ها بهبود وضعیت سلامت و ارتقای توانایی و قابلیت‌های مددجو برای حفظ پاکی و بازگشت به زندگی بدون مواد است که شرکت کلیه مددجویان در آن پس از دوره سم‌زدایی، الزامی است.

الزامات برنامه‌های بهبود و بازتوانی

۱. به منظور پایش مراحل بهبود و بازتوانی مددجویان لازم است تمامی اقدامات صورت گرفته در فرم‌های اختصاصی مربوطه و پرونده های مددجویان ثبت گردند.
۲. جدول برگزاری برنامه‌های بهبودی باید در تابلوی اعلانات مرکز نصب گردد.
۳. هر نوع تغییر در جدول برنامه‌ها نیز باید در تابلو اعلانات مرکز نصب شود.

الف) اقدامات گروهی

الف-۱) کار با گروه/ گروه درمانی

کار با گروه/گروه درمانی در مراکز اقامتی با استفاده از الگوهای رایج و مورد قبول برای افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و با رعایت استانداردهای مربوطه توسط کارشناس ارایه می‌گردد. حداکثر افراد شرکت کننده در هر جلسه کارباگروه/گروه درمانی نباید بیشتر از ۱۵ نفر باشد.

الف-۲) آموزش گروهی

یکی از مهمترین برنامه های مراکز اقامتی، آموزش موضوعاتی است که می تواند در سیر بهبود و بازتوانی مددجویان موثر باشد. این آموزش ترجیحا به‌صورت گروهی برگزار خواهد شد. آموزش گروهی در مراکز اقامتی توسط کارشناس با موضوعات مشخص و به شکل زیر برگزار می‌گردد. این جلسات به‌صورت ماهیانه تکرار خواهند شد. به‌گونه‌ای که پس از پایان ارایه تمامی عناوین آموزشی، عنوان اول مجددا ارایه خواهد شد. در این صورت امکان استفاده مددجویان جدید نیز از تمامی برنامه‌های آموزشی میسر خواهد بود.

شکل برگزاری جلسات		
عنوان	**مدت (دقیقه)**	**مسئول**
مُعرفی مددجویان جدید (تنها اطلاعات پایه)	۱۰	مددجوی جدید
مُعرفی و آموزش موضوع	۴۵	کارشناس
پرسش و پاسخ	۲۰	کارشناس و مددجویان
پایان جلسه و جمع بندی	۱۵	کارشناس
جمع	**۹۰**	

- بدیهی است کارشناس براساس شرایط مددجویان می‌تواند با رعایت چارچوب کلی جلسات آموزشی تغییراتی در شکل برگزاری آن اعمال نماید.

عناوین پیشنهادی برای جلسات آموزش گروهی		
ردیف	عنوان	توضیح
۱	توقف چرخه مصرف	مددجویان درباره وسوسه مصرف و برانگیزاننده‌ها و ارتباطشان به مصرف مواد آگاهی کسب می‌کنند. مددجویان تکنیک‌های توقف فکر را یاد می‌گیرند تا با بازگشت مقابله کنند و برنامه‌ریزی را یاد می‌گیرند تا بهبودی خود را ساختارمند نمایند.
۲	شناسایی برانگیزاننده‌های بیرونی	مددجویان یاد می‌گیرند که شناسایی برانگیزاننده‌های بیرونی و جدول بندی کردن آنها به پیشگیری از بازگشت کمک می‌کند.
۳	شناسایی برانگیزاننده‌های درونی	مددجویان یاد می‌گیرند که شناسایی برانگیزاننده‌های درونی و جدول بندی کردن آنها به پیشگیری از بازگشت کمک می‌کند.
۴	مُعرفی فعالیت‌های ۱۲گامی یا خودیاری	مددجویان در مورد شکل، بهره، و تلاش‌های برنامه‌های ۱۲ گامی و جلسات ۱۲ گامی در منطقه خودشان اطلاعات کسب می‌کنند. همچنین مددجویان در مورد جایگزین‌های جلسات ۱۲ گامی مثل گروه‌های خودیاری، اطلاعات می‌گیرند.
۵	وضعیت بدن در دوره بهبودی	مددجویان یاد می‌گیرند که همچنان که آنان در مسیر بهبودی پیشروی می‌کنند، بدنشان نیز باید با بهبود تطبیق پیدا کند. مددجویان یاد می‌گیرند که چگونه بر مشکلات فیزیکی بهبود غلبه کنند.
۶	مشکلات رایج در ابتدای بهبودی	مددجویان تکنیک‌های کنار آمدن جدیدی یاد می‌گیرند که شامل مصرف مواد نمی‌باشد. مددجویان موقعیت‌های مشکل زا شناسایی کرده و یاد می‌گیرند چگونه با آنها روبرو شوند.
۷	فکر کردن، احساس کردن، انجام دادن	مددجویان یاد می‌گیرند که چگونه افکار و احساسات رفتار را شکل می‌دهند. و یاد می‌گیرند که پاسخ به افکار و احساسات قابل کنترل است. مددجویان رفتارهای مربوط به مصرف مواد را شناسایی می‌کنند.
۸	فلسفه برنامه‌های ۱۲ قدمی	مددجویان، گفته‌های ۱۲ گامی را یاد می‌گیرند و موقعیت‌هایی که می‌توانند از این گفته‌ها بهره ببرند را شناسایی می‌کنند. همچنین مددجویان یاد می‌گیرند که چه زمانی در خطر بازگشت هستند.

- کارشناس می‌تواند با رعایت چارچوب کلی برنامه و با توجه به شرایط مددجویان عناوین پیشنهادی فوق را تغییر داده یا بنا به تشخیص تکرار کند.
- بدیهی است تمامی تغییرات باید در تابلوی اعلانات مرکز جهت اطلاع مددجویان نصب گردد.
- این جلسات به‌صورت دوره‌ای تکرار خواهند شد. به‌گونه ای که پس از آخرین عنوان آموزشی، عنوان اول مجددا ارایه خواهد گردید. در این صورت امکان استفاده مددجویان جدید از تمامی برنامه‌های آموزشی میسر خواهد بود.

الف -۳) جلسات مشارکت جمعی

یکی از اقدامات اصلی در مسیر بهبود و بازتوانی شرکت مددجویان در جلساتی است که با هدف مشخص و با موضوعات تعیین شده تشکیل می‌گردند. در این پروتکل جلسات مشارکت جمعی در ۴ دسته زیر طبقه بندی شده است:

الف) جلسات بیان احساس و شکرگذاری

ب) کارکرد قدم

ج) جلسات کتابخوانی

د) پیشگیری از عود

شکل برگزاری هر یک از جلسات به‌صورت زیر خواهد بود.

شکل برگزاری جلسات مشارکت جمعی		
عنوان	**مدت (دقیقه)**	**مسئول**
مُعرفی مددجویان جدید (تنها اطلاعات پایه)	۱۰	مددجوی جدید
مُعرفی موضوع جلسه	۱۰	مددیار
طرح موضوع	۱۰	مددجویان
بحث آزاد شامل: بیان احساس، تجارب فردی و طرح سوالات	۴۵	مددجویان
پایان جلسه و جمع بندی	۱۵	مددیار
جمع	**۹۰**	

موضوعات قابل طرح در هریک از جلسات مشارکت جمعی؛

الـف) جلسـات بیـان احسـاس و شـکرگذاری: محتـوای ارایـه شـده در جلسـات بیـان احسـاس و شـکرگذاری به‌صـورت آزاد و با مشـارکت مددجویان شـکل خواهد گرفـت. مددیار در ایـن جلسـات تنها وظیفـه اداره جلسـه را برعهـده دارد.

در ایـن جلسـات اعضـای جلسـه بـه شـکرگزاری داشـته هایشـان مـی پردازنـد. داشـته هایی کـه بـا قطـع مصـرف بیشـتر قـدر آن را مـی دانند. رابطه سـالم بـا خانـواده و دوسـتان، رهایی از اختـلال مصـرف مـواد، ارتقـاء عـزت نفـس و غیره نعمـت هایی اسـت کـه مددجویان خـدا را به خاطر آن شـکرگزار هسـتند.

ب) کارکـرد قـدم: جلسـات مربـوط بـه کارکـرد قـدم باید توسـط مددیـار و بـا اسـتفاده از الگـوی برنامه‌هـای دوازده قدمـی مدیریـت گـردد.

ج) جلســات کتاب‌خوانــی: جلسـات کتاب‌خوانی طبـق برنامه پیـش بینی شـده در مرکز و بـا مدیریت مددیار تشـکیل خواهد شـد.

جلسـات کتاب‌خوانـی بـا در نظر گرفتـن الگوی کلی جلسـات می‌توانـد به‌صورت زیـر برگزار شود:

یکـی از خدمتگـزاران مرکـز بـا سـابقه پاکـی بیـش از ۶ مـاه کـه دارای توانایـی برقـراری ارتبـاط بـا مددجویـان، مـورد قبـول و الگـوی مددجویـان اسـت، گردانندگـی ایـن جلسـه را بـر عهـده دارد. گرداننـده جلسـه اقـدام بـه خوانـدن کتـاب مـورد نظـر می‌نمایـد و در لابـه‌لای خوانـدن کتـاب، مددجویـان اجـازه دارنـد تجربیـات، احساسـات و صحبت‌هایـی را کـه بـه ذهـن شـان مـی رسـد، بیـان نماینـد. هـدف از تشـکیل ایـن جلسـه درگیـری ذهنـی و عاطفـی مددجویـان بـا موضوعـات کتـاب اسـت بـه گونـه ای که هـر یک از مددجویـان بـه مـرور ذهنـی تجـارب خود پرداختـه و علاوه بـر این از تجـارب سـایر اعضا بهره منـد می شـود.

در ایـن جلسـه کتـاب هـای مختلـف بـا موضوعـات متنـوع انتخـاب مـی شـوند. معمـولاً کتاب‌هایـی کـه از زندگـی و تجربـه افـراد بهبودیافتـه، پیشـگیری از لغـزش، شـیوه و چگونگی پـاک زیسـتن و غیـره را مطـرح مـی کننـد بـرای ایـن جلسـه مفیدتـر هسـتند و مشـارکت و بحث‌هـای فراوانـی را بـه دنبـال دارنـد.

د) پیشگیری از عود: موضوعات پیشنهادی قابل طرح در این برنامه عبارت اند از:

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۱	اعتیاد واقعا چیست	اشاره ای به اعتیاد بعنوان یک یادگیری غلط در برخورد با استرس و ناکامی و مکانیسمی که به راحتی فراموش نمی شود
۲	اثرات مستقیم مواد در مقابل اعتیاد	تاکید بر جداسازی اثرات مستقیم مواد و استفاده آنها در مقابل اعتیاد بعنوان نوعی رفتار یادگرفته شده و مقاوم. اینکه بیمار بداند آنچه در اعتیاد مشکل ساز بوده فقط اثرات مستقیم مواد بر مغز وی نیست که با امتناع از مصرف خودبخود بهبود یابد
۳	اثرات مستقیم مواد گذرا هستند	آگاهی و اطمینان دهی از گذرا بودن بسیاری از اثرات مصرف و یا قطع مصرف. شناسایی و اطلاع از آنها
۴	مواد اعتیاد آور را از کجا بشناسیم	نگاهی به ویژگی های استفاده اعتیاد گونه از هر نوع ماده و شناسایی اعتیاد های دارویی جایگزین
۵	ترامادول، دیفنوکسیلات کدیین و سایر داروهای ضد درد	جایگزین سازی این ترکیبات یا اعتیادِ سمج به آنها در بسیاری از معتادان بسیار شایع است. مرز بین استفاده از آنها به عنوان ضد درد موجه و مشروع نیز اکثراً با استفاده اعتیادی مخدوش می گردد. آگاهی از این تفاوت ها هدف این جلسه است
۶	مفهوم بهبودی	اینکه کی فردی را بهبود یافته تلقی می کنیم و شرایط و مشخصه های آن چیست در این جلسه بحث می گردد
۷	پایش رفتار	اهمیت پایش رفتار و امور روزمره و همچنین تهیه جدول و نمودار از اُمور روزانه برای مددجویان و خانواده ها و همچنین اهمیت تنظیم چرخه امور روزمره گوشزد می گردد
۸	ویژگی های برنامه بهبود و بازتوانی خوب	یک برنامه خوب چه ویژگی هایی دارد و خانواده ها و مددجویان هنگام استفاده از امکانات مختلف باید به چه اموری توجه نمایند و در برنامه مطلوب قرار است چه اتفاقی بیافتد
۹	الکل	مددجویان یاد می‌گیرند چگونه الکل بهبود را به خطر می‌اندازد. مددجویان در مورد موقعیت‌هایی که احتمال دارد الکل بنوشند بحث و برنامه‌ریزی می‌کنند.
۱۰	خستگی ، بی حوصلگی و دلتنگی	مددجویان در می‌یابند که خستگی در طول بهبود پیش می‌آید و با گذشت زمان کاهش می‌یابد. در مورد فعالیت‌های مفرح بحث می‌شود.
۱۱	اجتناب از مسیری که منجر به لغزش یا بازگشت می شود	مددجویان در مورد شیب و لغزش بازگشت، و چیزهایی که بهبود را به تعویق می‌اندازد بحث می‌کنند. لنگر های بهبودی را درک می کنند

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۱۲	کار و بهبودی	مددجویان در می‌یابند که چگونه زندگی کاری آنها بر بهبودشان تأثیر دارد، و راه‌هایی را کشف می‌کنند تا بین کار و بهبود تعادل برقرار کنند.
۱۳	احساس شرم و گناه	مددجویان تفاوت بین احساس شرم و گناه را در یافته، برای کنارآمدن با هر یک آموزش می‌بینند.
۱۴	سرگرم کننده ها	مددجویان در می‌یابند که بیکاری، برانگیزاننده است و در مورد این بحث می‌کنند که چگونه برنامه‌ریزی برای فعالیت باعث اجتناب از بازگشت می‌شود.
۱۵	انگیزه برای بهبودی	مددجویان در می‌یابند که همان انگیزهٔ اولیه ورود به درمان ممکن است برای ادامهٔ درمان کافی نباشد. درمورد انگیزه‌ها و استراتژی‌های تازه بحث می‌شود.
۱۶	صداقت	مددجویان در می‌یابند که اگر چه صادق بودن همیشه آسان نیست، در درمان موفق اهمیت ویژه‌ای دارد. در مورد نتایج و ارزش‌های همیشه حقیقت را گفتن بحث می‌شود.
۱۷	پرهیز کامل	مددجویان درمی‌یابند که هرگونه مصرف مواد، تصمیم‌گیری آنان را مختل کرده، بهبود را به خطر می‌اندازد. در مورد تغییراتی که مددجویان باید ایجاد کنند تا مصرف تمامی مواد را ترک کنند، بحث می‌شود.
۱۸	رابطهٔ جنسی و بهبود اگر مددجویی برای اولین بار به گروه وارد شده است موضوع را عوض کنید	مددجویان در می‌یابند که رابطه جنسی تکانشی و بدون برنامه مشکلی از اعتیاد است و می‌تواند منجر به بازگشت شود. در مورد اینکه چگونه روابط با ثبات به بهبود کمک می‌کنند، بحث می‌شود.
۱۹	پیش‌بینی و اجتناب از بازگشت	مددجویان یاد می‌گیرند علایم هشدار دهندهٔ بازگشت را شناخته، استراتژی‌هایی برای اجتناب از بازگشت کشف کنید.
۲۰	اعتماد سازی مجدد	مددجویان متوجه ضرورت بازگرداندن اعتماد از دست رفته گشته، در مورد چگونگی کنار آمدن با مظنون قرار گرفتن در مورد مصرف مواد، بحث می‌کنند.
۲۱	هوشیار و زیرک باش نه قوی	مددجویان در می‌یابند که بهبود زور آزمایی و آزمون اراده نیست، بلکه یک برنامه‌ریزی هوشمندانه است. در مورد موثر بودن رویکرد بیماران نسبت به بهبود، بحث می‌شود.
۲۲	تعریف معنویت	مددجویان تفاوت بین معنویت و دین را درک کرده در مورد این بحث می‌کنند که چگونه باورهای معنوی می‌تواند حامی بهبود باشد.
۲۳	مدیریت زندگی، مدیریت پول	مددجویان جنبه‌هایی از زندگیشان که از آن صرف نظر شده بود را شناسایی کرده، راه‌هایی برای مدیریت مسئولیت زندگی شان می‌یابند.

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۲۴	بهانه هایی برای بازگشت ۱	مددجویان بهانه های بازگشت را می‌فهمند. بیماران در مورد دلایلی که نسبت به آنها آسیب پذیر هستند بحث کرده راه‌هایی برای مقابله با آنها طرح‌ریزی می‌کنند.
۲۵	مراقبت از خویشتن	مددجویان اهمیت عزت نفس برای بهبود را فهمیده جنبه‌هایی از زندگی شان که نیاز به تغییر دارد را پیدا می‌کنند.
۲۶	برانگیزاننده‌های عاطفی	مددجویان در می‌یابند که عواطف می‌توانند به عنوان برانگیزاننده عمل کنند، و در مورد ابزارهایی که در اجتناب از عواطف خطرناک مؤثر است، بحث می‌کنند.
۲۷	بیماری	مددجویان در می‌یابند که بیمار شدن می‌تواند به عنوان یک برانگیزاننده عمل کند، و در مورد راه‌هایی برای باقی ماندن در مسیر بهبود در زمان‌های بیماری، بحث می‌کنند.
۲۸	شناسایی استرس	مددجویان در می‌یابند که استرس چگونه بهبود را تهدید می‌کند، و در مورد راه‌هایی برای شناسایی و کنار آمدن با موقعیت‌های استرس زا بحث می‌کنند.
۲۹	بهانه هایی برای بازگشت۲	مددجویان در می‌یابند که نزدیک‌تر شدن به بازگشت (مثلاً برای امتحان میزان بهبود خود) خطرناک است. مددجویان راه‌هایی برای مقاومت در برابر اقامهٔ دلیل برای بازگشت پیدا می‌کنند.
۳۰	کاهش استرس	به مددجویان یادآوری می‌شود که استرس می‌تواند بهبود آنان را به خطر اندازد و بیماران در مورد استراتژی‌هایی برای کاهش استرس بحث می‌کنند.
۳۱	مدیریت خشم	مددجویان در می‌یابند که خشم می‌تواند برانگیزاننده باشد. مددجویان در مورد روش‌های شناسایی و مقابله با به وجود آمدن خشم بحث می‌کنند.
۳۲	پذیرش و اقرار به مصرف مواد	مددجویان درمی‌یابند که پذیرش اختلال مصرف مواد نشانهٔ ضعف نیست. مددجویان توانایی‌هایی برای تکیه کردن در خود و به خود کشف می‌کنند.
۳۳	پیدا کردن دوستان جدید	مددجویان درمی‌یابند که دوستان سالم از بهبود آنان حمایت می‌کنند. مددجویان در مورد افرادی که می‌توانند دوستان حامی آنان باشند و روش‌های ملاقات آنها بحث می‌کنند.
۳۴	ترمیم روابط آسیب دیده	مددجویان اهمیت عذرخواهی و جبران را درمی‌یابند و در مورد این بحث می‌کنند که چگونه با افرادی که حاضر به بخشش آنها نیستند برخورد کنند.
۳۵	دعای آرامش	مددجویان تفاوت بین چیزهای قابل تغییر و غیرقابل تغییر را در می‌یابند و در مورد چیزهایی در زندگی خود که تغییر خواهند داد بحث می‌کنند.

فارسی عصر

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۳۶	رفتارهای اجباری و وسواسی	مددجویان درمی‌یابند رفتارهای اجباری یعنی چه و چگونه بهبود را به خطر می‌اندازد. در مورد راه‌هایی برای شناسایی و حذف رفتارهای اجباری بحث می‌شود.
۳۷	کنار آمدن و غلبه بر احساسات منفی و افسردگی	مددجویان درمی‌یابند چگونه پاسخ‌های عاطفی و به ویژه علایم افسردگی را شناسایی کنند. در مورد استراتژی‌هایی برای کنار آمدن با افسردگی یا غلبه بر آن بحث می‌شود.
۳۸	برنامه‌های ۱۲ قدمی و همیاری	مددجویان در می‌یابند که چگونه برنامه‌ای ۱۲ مرحله‌ای و کمک دو جانبه از بهبود حمایت می‌کنند. مددجویان تنوع برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای و کمک دو جانبه را کشف می‌کنند.
۳۹	برنامه ریزی برای اوقات فراغت	مددجویان در می‌یابند که خستگی می‌تواند برانگیزانندۀ بازگشت باشد. در مورد راه‌هایی برای از بین بردن یکنواختی بهبود بحث می‌شود.
۴۰	فقط برای امروز	مددجویان در می‌یابند چگونه از احساس درماندگی و غرق گذشته شدن برهیزند و استراتژی‌هایی برای تمرکز بر زمان حال کشف می‌کنند.
۴۱	شیشه و جنون آن	آشنا شدن مددجویان با پدیده توهم و پسیکوز در مصرف مواد محرک و شناسایی و مدیریت آنها
۴۲	بی خوابی	آگاهی مددجویان از فرایند بیخوابی ناشی از مصرف یا قطع مواد بخصوص مواد آرامبخش. مدیریت صحیح علایم بی خوابی و بهداشت خواب
۴۳	تحلیل و بازیابی علایق	آگاهی مددجویان از مکانیسم حذف و کمرنگ شدن سایر علایق زندگی در جریان اعتیاد و لزوم پایش آنها و راه های برای تقویت حس دلبستگی
۴۴	استفاده از متادون و بوپرنورفین	فلسفه درمان نگهدارنده و مکانیسم اثر آن، چه مددجویان در این درمان ها باشد و چه رویکرد پرهیز مدار را دنبال کند اهمیت به سزایی دارد. شرایط ورود و ویژگی های یک درمان نگهدارنده خوب بررسی می گردد
۴۵	درمان اجباری	اصولاً درمان اجباری چه جایگاهی در بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد دارد و چقدر فشار اطرافیان برای تغییر روش ایشان مفید یا مضر است در این جلسه به بحث گذاشته می شود. راه های منطقی تغییر رفتار توسط دیگران از دیگر محتویات این جلسه است

- عناوین فوق، پیشنهادی است و مددیار می‌تواند با رعایت چارچوب کلی برنامه و با توجه به شرایط مددجویان و با هماهنگی کارشناس یا مدیرداخلی مرکز، عناوین پیشنهادی فوق را تغییر داده، در هم ادغام و یا بنا به تشخیص مرکز تکرار کند.
- پیشنهاد می شود برای برنامه ریزی دقیق تر در مرکز عناوین پیشنهادی و موضوعات

مـورد نظـر در جـدول فـوق در قالب ۲۴ جلسـه آموزشـی از شـنبه تـا پنج شـنبه هر ماه ارایـه گـردد. در ایـن صـورت عناوین فـوق به‌طـور منظم در هر مـاه تکرار خواهد شـد.

- بدیهی است تمامی تغییرات باید در تابلوی اعلانات مرکز جهت اطلاع مددجویان نصب گردد.
- استفاده از عناوین فوق در آموزش خانواده نیز بلامانع است.
- ایـن عناویـن به‌صـورت دوره‌ای تـکرار خواهنـد شـد. به‌گونـه ای کـه پـس از آخریـن عنـوان آموزشـی، عنـوان اول مجـددا ارایـه خواهد گردیـد. در این صورت امکان اسـتفاده مددجویـان جدیـد از تمامـی برنامه‌هـای آموزشـی میسـر خواهـد بـود.

ب) آموزش خـانواده

بـا توجـه بـه نقـش تاثیرگـذار خانـواده در سـیر بهبـود و بازتوانـی مددجویـان لازم اسـت در برنامه‌هـای مرکـز مشـارکت داشـته باشـند و بخشـی از مسـئولیت بهبـودی را برعهـده گیـرد. از ایـن رو شـرکت خانـواده هـا در برنامه‌هـای آموزشـی فرصتـی را بـرای کسـب اطلاعـات لازم از فراینـد بهبـودی و بازتوانـی مددجویـان، برقـراری ارتبـاط موثر با نیروهـای انسـانی مرکز، کمک بـه مراحـل بهبـود مددجـو و پیشـگیری از عـود پـس از ترخیـص، فراهم خواهـد آورد.

شرایط برگزاری و شرکت در جلسات آموزش خانواده

براسـاس برنامـه پیشـنهادی، جلسـات آموزش خانواده در هفتـه یکبار برگزار می گـردد و افراد زیـر می‌توانند در آن شـرکت کنند:

۱. حداکثر دو نفر از اعضای درجه یک خانواده مددجو
۲. مُعرف مددجو
۳. حداکثر یک نفر از نزدیکان مددجو که از وضعیت اختلال مصرف وی مطلع است.

<u>توضیحات ضروری</u>

۱. حضور همزمان افراد فوق در جلسه بلامانع است.
۲. برای شرکت در جلسه اعمال محدودیت جنسیتی لازم نیست.
۳. تعـداد شـرکت کننـدگان در هـر جلسـه بایـد متناسـب بـا مسـاحت محـل آمـوزش تعییـن گـردد.

مددیـار خانـواده بایـد در صـورت مشـاهده مـوارد مشـکوک یـا نشانه‌هایی مبنـی بـر نیـاز به مداخلـه در خانـواده مددجویـان، موضـوع بـه اطـلاع کارشـناس برسـاند. بدیهـی اسـت در موارد ضـروری ارجـاع خانـواده بـه سـایر متخصصیـن یـا مراکـز تخصصی دیگـر بلامانع اسـت.

شکل برگزاری جلسات آموزش خانواده		
عنوان	**مدت (دقیقه)**	**مسئول**
مُعرفی خانواده مددجویان جدید (تنها اطلاعات پایه)	۱۰	خانواده مددجویان جدید
مُعرفی موضوع جلسه	۱۰	مددیار خانواده
طرح موضوع	۱۰	خانواده مددجویان
بحث آزاد شامل: بیان احساس، تجارب فردی با مددجو و طرح سوالات	۴۵	خانواده مددجویان
پایان جلسه و جمع بندی	۱۵	مددیار خانواده
جمع	**۹۰**	

- بدیهی است مددیار خانواده براساس شرایط خانواده مددجویان می‌تواند با رعایت چارچوب کلی جلسات آموزشی تغییراتی در شکل برگزاری آن اعمال نماید.

عناوین زیر برای ارایه در برنامه آموزش خانواده پیشنهاد می گردد:

عناوین پیشنهادی برای جلسه اموزش خانواده	
جلسه	**عنوان**
۱	انواع مواد
۲	نشانه ها و علائم وابستگی به مواد و مصرف آن
۳	عوارض مصرف مواد
۴	علائم محرومیت از مواد
۵	ویژگی های روانی، رفتاری و فیزیولوژیکی مددجو در هنگام مصرف و محرومیت از مواد
۶	روش‌های پیشگیری از عود
۷	تعارض نقش ها در فرد وابسته به مواد
۸	دلایل بیمار بودن فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد نقش خانواده در بیماری زایی
۹	اهمیت مشارکت در بهبود و بازتوانی نقش خانواده در بهبود و بازتوانی
۱۰	چگونگی برخورد با مددجویان ترخیص شده
۱۱	چگونگی برخورد با مددجویان مقیم در مرکز
۱۲	روش‌های برخورد با فرد مبتلا به اختلال مصرف
۱۳	هم وابستگی

- مدیـار خانـواده می‌توانـد بـا رعایـت چارچوب کلـی برنامه و بـا توجه به شـرایط خانواده مددجویـان عناویـن پیشـنهادی فـوق را در هم ادغـام نماید و یـا تغییر دهد.
- کلیه تغییرات در برنامه آموزش خانواده باید با تایید مدیر داخلی یا کارشناس مرکز صورت گیرد.
- استفاده از عناوین پیشنهادی پیشگیری از عود در آموزش خانواده بلامانع است.
- بدیهی است تمامی تغییرات باید در تابلوی اعلانات مرکز جهت اطلاع خانواده مددجویان نصب گردد.

برنامه روزانه مرکز

بـرای اثربخشـی بیشـتر برنامه‌هـای پیش‌بینی شـده در مرکز لازم اسـت نظـم و انضبـاط متعارفی، متناسـب بـا ویژگی‌های مددجویان در مرکز حاکم باشـد، بـه همین منظور جدول زیـر به‌عنوان برنامه روزانـه مراکز ارایـه می‌گردد.

بدیهـی اسـت بـا توجه به شـرایط و ملاحظـات مددجویان و خانواده‌هایشـان، تغییـر این برنامه بـه شـرط رعایت چارچوب کلی مـورد نظر و ارایـه کامـل برنامه‌های بهبودی بلامانع اسـت.

نمونه‌ای از برنامه روزانه یک مرکز اقامتی			
ساعت	**عنوان**	**مسئول اجرا**	**توضیحات**
۷:۰۰	بیداری		
۷:۱۵-۷	رسیدگی به امور شخصی	مددجویان	---
۷:۴۵-۷:۱۵	مراسم صبحگاهی	مدیرداخلی/ کارشناس/مددیار	ورزش و دعای صبحگاهی
۸:۰۰-۷:۴۵	استحمام	مددجویان	حداقل دو روز در هفته
۹:۰۰-۸:۰۰	صبحانه	مددجویان	----
۱۰:۳۰-۹:۰۰	آموزش گروهی	کارشناس	به‌عنوان مثال روزهای زوج آموزش و روزهای فرد گروه درمانی. مددجویانی که در جلسات کار با گروه/ گروه درمانی شرکت ندارند به انجام وظایف روزانه خواهند پرداخت.
	کار با گروه	کارشناس	
	انجام وظایف روزانه	مددجو	
۱۱:۳۰-۱۰:۳۰	مشاوره فردی	کارشناس	حداکثر ۴ مشاوره فردی در ساعت
	ویزیت پزشک	پزشک مسئول فنی	طبق برنامه پیش بینی شده در پروتکل
	انجام وظایف روزانه	مددجو	مددجویانی که نیاز به روان درمانی یا مشاوره فردی ندارند

نمونه‌ای از برنامه روزانه یک مرکز اقامتی			
ساعت	**عنوان**	**مسئول اجرا**	**توضیحات**
۱۱:۳۰-۱۲:۳۰	آموزش خانواده	مددیار خانواده	یکبار در هفته طبق برنامه مرکز
	انجام وظایف روزانه	مددجو	وظایفی که براساس برنامه مرکز برعهده مددجو قرار گرفته است.
۱۲:۳۰-۱۳:۰۰	مراسم معنوی (نماز و نیایش)	مددجویان	زمان مراسم معنوی مطابق با اوقات شرعی در طول سال تنظیم خواهد شد.
۱۳:۰۰-۱۴:۰۰	ناهار	مددجویان	
۱۴:۰۰-۱۵:۰۰	**استراحت**		
۱۵:۰۰-۱۶:۳۰	مشارکت جمعی	مددیار	آموزش‌های پیشگیری از عود
۱۶:۳۰-۱۸:۳۰	ملاقات با خانواده	مددیار خانواده	طبق برنامه مرکز
	وقت آزاد	مددیار	ورزش و انجام تفریحات مورد علاقه ترجیحا به‌صورت گروهی
۱۸:۳۰-۱۹:۳۰	مشارکت جمعی	مددیار	بیان احساس و کارکرد قدم
۱۹:۳۰-۲۰:۰۰	مراسم معنوی (نماز و نیایش)	مددجویان	زمان مراسم معنوی مطابق با اوقات شرعی در طول سال تنظیم خواهد شد.
۲۰:۰۰-۲۱:۰۰	شام	مددحویان	
۲۱:۰۰-۲۲:۰۰	مشارکت جمعی	مددیار	جلسات مشارکت جمعی طبق برنامه تعیین شده از سوی مرکز شامل: کتابخوانی، پخش فیلم، بیان تجارب
۲۲:۰۰	**خاموشی**		

- برنامه فوق یک الگوی پیشنهادی است و اعمال تغییرات متناسب با شرایط مرکز و مددجویان و رعایت مقررات عمومی مرکز به شرط عدم کاهش ساعات فعال مددجویان، بلامانع است.

برنامه غذایی مراکز

توجه به رژیم غذایی مددجویان در طول دوره اقامت از اهمیت بالایی برخوردار است که در آن باید حداقل های لازم در یک رژیم غذایی مناسب درنظر گرفته شود. بنابراین باید مواد غذایی اصلی شامل پروتئین، کربوهیدرات، لبنیات، میوه و سبزی در رژیم غذایی وجود

داشـته باشـد. همچنیـن در تنـوع غذایـی بایـد به تفاوت‌هـای فرهنگـی و ذایقه هـای متفاوت در مناطـق مختلف کشـور توجـه کرد.

- بدیهـی اسـت براسـاس ارزیابـی هـای اولیـه و یا در طـول اقامـت از مددجو اعمـال رژیم غذایـی خـاص ازجملـه رژیم کـم نمک ضروری اسـت.

ج) پایش و ارزیابی مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی

عـلاوه بـر ارزیابی اولیـه و انتخاب دقیق مددجویـان در هنگام پذیرش پایش و ارزیابی مسـتمر آنـان در طـول دوره اقامـت لازمـه موفقیـت در برنامـه هـای بهبـود و بازتوانی اسـت. در پایش و ارزیابـی مددجـو بایـد جنبـه های پزشـکی، روانـی، اجتماعـی و همچنیـن نوع و نحوه مشـارکت مددجـو و خانـواده در برنامـه هـای مرکـز به دقت و به‌صـورت دوره ای مـورد ارزیابی قـرار گیرد.

ج ـ ۱) ارزیابی پزشکی

ارزیابـی پزشـکی در مراکـز اقامتی توسـط پزشـک مسـئول فنی یـا پزشـک/مرکز رابط صورت می‌گیـرد کـه بایـد بـرای کلیـه مددجویـان در طـول دوره اقامـت به‌صورت زیـر به اجـرا درآید.

عنوان	دفعات ویزیت
ارزیابی اولیه و ورود به سم زدایی	حداقل یک ویزیت
در طول دوره سم زدایی	حداقل یک ویزیت
انتهای دوره سم زدایی	حداقل یک ویزیت
در دوره اقامت پس از سم زدایی	حداقل یک ویزیت در هفته
مواقع ضروری	بر حسب نیاز
ترخیص (ویزیت در هفته اخر اقامت می‌تواند با عنوان ویزیت ترخیص تلقی شود).	حداقل یک ویزیت

ج ـ۲) آزمایش ادرار

آزمایـش ادرار از نظـر مصـرف مـواد گوناگـون یکی از ابزارهای مناسـب برای پایـش برنامه‌های بهبـودی اسـت بـا توجـه به اینکه براسـاس قوانیـن و مقررات مراکـز اقامتـی مصـرف هرگونه ماده

مخـدر و روانگـردان در طـول دوره اقامـت ممنـوع بوده و منجـر به اخراج مددجـو از مرکز خواهد شـد ضـروری اسـت انجـام ازمایـش ادرار علاوه بـر زمان پذیـرش به‌صـورت اتفاقی و یـا در موارد مشـکوک نیز به عمـل آید.

ج ـ۳) ارزیابی روان شناختی وضعیت بهبود

ارزیابی وضعیت روانی مددجو توسط کارشناس از دو طریق صورت خواهد گرفت:

الـف- مطالعـه گـزارش هـای موجـود در پرونـده- بـا توجـه بـه حضـور تمـام وقت مددیـار در مرکـز و ثبـت تمامـی اتفاقـات در پرونـده مددجویان مـی توان به رونـد تغییر در شـرایط عاطفی و هیجانـی و رفتـاری مددجـو پـی برد.

ب- مشـاوره فـردی و ارزیابی دوره ای- بررسـی شـرایط عاطفـی و هیجانی و رفتـاری از جمله خلـق افسـرده، اضطـراب، سـابقه رفتارهـای پرخاشـگرانه، تهاجمـی یا تکانشـی، خودزنـی، افکار خودکشـی و توهـم در جلسـات مشـاوره فردی

ج ـ۴) پایش مشارکت مددجوو خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی

از آنجایـی کـه مشـارکت مددجـو و خانـواده در برنامـه هـای مرکز مـی تواند نقـش موثری در بهبـود و بازتوانـی وی داشـته باشـد بنابرایـن پایـش نوع و نحوه مشـارکت مددجـو و خانواده‌های آنهـا ضـروری اسـت کـه بایـد توسـط مددیـار صـورت گرفتـه و گـزارش آن ماهیانـه در اختیـار شـورای مرکـز قـرار گیرد.

فصـــل پنجم

ترخیص

فصل پنجم ـ ترخیص

با توجه به برنامه های پیش بینی شده ترخیص از مرکز عبارتست از
الف-ترخیص از دوره اقامت
ب- ترخیص نهایی(اتمام دوره)

شرایط ترخیص از دوره اقامت

۱. تاییدیه پزشک بر مبنای ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی به تشخیص پزشک
۲. تاییدیه کارشناس که بر مبنای ارزیابی و پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی صورت خواهد گرفت.
۳. تعیین تکلیف وضعیت مددجو از لحاظ اقامت و حمایت خانوادگی و اجتماعی پس از ترخیص
۴. مجوز ترخیص برای مددجویان ارجاع شده از سوی مرجع قضایی
۵. تاییدیه شورای مرکز

شرایط ترخیص نهایی

۱. تاییدیه پزشک برای دوره غیر اقامتی بر مبنای ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی به تشخیص پزشک
۲. تاییدیه کارشناس برای دوره غیر اقامتی که بر مبنای ارزیابی و پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی صورت خواهد گرفت.
۳. تاییدیه شورای مرکز
۴. آشنایی و ارتباط با یکی از برنامه های خودیاری

فرایند ترخیص

در مراکز اقامتی ترخیص مددجویان پس از احراز شرایط فوق و طی فرایند زیر صورت خواهد گرفت.

۱. مددیار باید فهرست مددجویانی که زمان ترخیص آنها فرا رسیده است را یک هفته قبل از پایان دوره اقامت یا تکمیل دوره بهبود و بازتوانی تهیه کند و در اختیار مدیر داخلی قرار دهد.

۲. مدیـر داخلـی مرکـز بایـد جهـت تکمیـل پرونـده و اخـذ تاییدیـه هـای لازم بـرای ترخیـص اقـدام نمایـد.

۳. مدیـر داخلـی بایـد پـس از تکمیل مـدارک و مسـتندات موضـوع ترخیـص مددجویان را در اولیـن شـورای مرکـز مطـرح کند.

۴. شـورا بـا بررسـی وضعیـت کلـی مددجـو در خصـوص ترخیـص یـا تمدیـد دوره اقامـت وی تصمیـم خواهـد گرفـت.

۵. بدیهـی اسـت تمدیـد **دوره اقامـت** بـرای مددجویانـی کـه ۹۰ روز پیاپـی در مرکـز اقامـت داشـته‌اند، جایـز نیسـت و بایـد بـرای ارجـاع آنـان اقدامـات لازم صـورت پذیـرد.

۵٫۱. مددجویـان مـی تواننـد رونـد بهبـود و بازتوانـی خـود را بـه صـورت غیـر اقامتـی ادامـه دهنـد. بنابرایـن ادامـه حضـور مددجویـان در برنامه‌هـای بهبـود و بازتوانـی بـه صـورت غیـر اقامتـی، پـس از ۹۰ روز اقامـت پیاپـی در مرکـز بـه شـرط تاییـد شـورای مرکـز بلامانـع اسـت.

۵٫۲. چنانچـه بـه هـر دلیـل امـکان ارجـاع مددجـو فراهـم نباشـد شـورای پذیـرش بایـد مـدارک و مسـتندات مربوطـه را در اختیـار سـازمان بهزیسـتی محـل فعالیـت قـرار دهـد. بدیهـی اسـت اقامـت مددجـو تـا تعییـن تکلیـف وضعیـت ارجـاع وی مشـمول مقـررات عمومـی مرکـز خواهـد بـود.

۶. پـس از تاییـد ترخیـص مددجویـان در شـورای مرکـز نـام مددجـو بایـد در فهرسـت پیگیـری پـس از ترخیـص قـرار گیـرد.

جشن شکرگذاری و پایان دوره

برگـزاری مراسـم و جشـن هـای نمادیـن بـا مشـارکت همتایـان می‌تواند بـه بالا بردن سـطح حمایـت اجتماعـی ادراک شـده و تعلق و همبسـتگی بیشـتر بیـن بهبودیافتگان و تسـهیل ایجاد شـبکه‌های خودیـاری کمـک می‌کنـد. از این رو پیشـنهاد می‌گردد برای کسـانی کـه دوره بهبود و بازتوانـی را بـا موفقیـت سـپری کـرده انـد، جشـنی با عنوان جشـن شـکرگذاری و پایـان دوره برگزار شـود.

- توصیـه می‌شـود بـرای برگـزاری ایـن جشـن از مشـارکت فعـال و موثـر خانـواده هـا و مُعرفیـن بهـره گرفـت.

فصل ششم

ارجاع

فصل ششم ـ ارجاع مددجو

یکی از اصول مهم مداخلات موثر در مسیر بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد، ارایه خدمات تک دوزی شده مبتنی بر کرامت انسانی و ملاحظات فردی و اجتماعی مددجویان و توجه به تمامی نیازهای آنان در ابعاد مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی است که باید در یک پیوستار و به‌صورت یکپارچه و سطح بندی شده ارایه گردد. بدیهی است مفهوم ارایه خدمات یکپارچه به معنی ارایه تمامی خدمات در یک فضای مشخص نیست بلکه مقصود طراحی سازو کاری است که بتواند پس از ارزیابی دقیق هر مددجو، برنامه مناسب برای تامین نیازهای پایه و تکمیلی وی طراحی نموده و بدون سوگیری، به سرعت و سهولت در دسترس قرار گیرد. این خدمات باید متمرکز بر بهبود شرایط مددجو و در راستای ارتقای توانمندی‌های وی در هر نقطه از زمان و مکان باشد. یکی از اجزای اساسی این نظام یکپارچه ارجاع مناسب و به موقع مددجویان است.

انواع ارجاع

ارجاع در مراکز اقامتی در چند مرحله صورت می گیرد:

۱. ارجاع در هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی
۲. ارجاع حین دوره بهبود و بازتوانی
۳. ارجاع پس از اتمام دوره

ارجاع در هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی

این نوع از ارجاع در مواقعی صورت می گیرد که الگوی بهبود و بازتوانی در مراکز اقامتی مناسب شرایط مددجو شناخته نمی شود و یا برای پذیرش نهایی نیاز به مشورت‌های تخصصی است.

موارد ارجاع

در موارد زیر مددجو باید به مراکز ذیصلاح دیگری ارجاع گردد:

۱. موارد منع مطلق پذیرش

۲. عدم تمایل مددجو به الگوی بهبود و بازتوانی در این مراکز پس از ارایه اطلاعات اولیه
۳. داشتن سوابق پزشکی یا روانپزشکی که به تشخیص پزشک برای پذیرش نهایی، نیازمند مشاوره و تاییدیه تخصصی است.

فرایند ارجاع

پس از احراز شرایط لازم برای ارجاع مددجو اقدامات زیر باید صورت پذیرد:

۱. در صورت وجود هر یک از موارد منع مطلق پذیرش موضوع باید با رعایت جنبه های مختلف از جمله حفظ انگیزه اولیه مددجو، به اطلاع وی، خانواده یا مُعرف برسد.
۲. بهترین الگوی بهبودی متناسب با شرایط مددجو و مراکز ارایه دهنده آن شناسایی و فهرست آن در اختیار وی، خانواده یا مُعرف قرار گیرد.
۳. پس از انتخاب مددجو از فهرست مورد نظر، از طریق فرم ارجاع به مرکز مناسب مُعرفی گردد.
۴. در مواقعی که به تشخیص پزشک، نیاز به مشاوره و تاییدیه تخصصی است ابتدا باید دلیل درخواست مشاوره به اطلاع مددجو، خانواده و مُعرف رسیده و سپس از طریق فرم ارجاع به مراکز مناسب مُعرفی گردد.

ارجاع حین دوره بهبود و بازتوانی

این نوع ارجاع پس از پذیرش نهایی و حین مراحل مختلف بهبود و بازتوانی براساس نیاز مددجو و بنا به تشخیص تیم بهبود صورت می گیرد. لازم است کلیه مراحل ارجاع شامل دلایل ارجاع، اقدامات صورت گرفته و نتایج در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت گردد.

موارد ارجاع

در موارد زیر مددجو باید به مرجع مناسب دیگری ارجاع گردد.

۱. بروز فوریت‌های پزشکی و روانپزشکی بنا به گزارش هر یک از اعضای تیم بهبود و تایید پزشک

از جمله بروز سوانح منجر به آسیب جسمانی شدید، ضربه سر، زخم خونریزی دهنده، بریدگی‌های عمیق، احتمال شکستگی استخوان، دلیریوم، تظاهرات حاد روانپزشکی که کنترل آن با اقدامات مرکز میسر نیست، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، رفتارهای تهاجمی آسیب زا، خودزنی، تشنج و غیره

۲. نیاز مددجو به خدمات تکمیلی یا تخصصی که دسترسی به آن در مرکز مقدور نمی باشد

ازجمله مشاوره تخصصی پزشکی یا روانپزشکی

فرایند ارجاع

پس از احراز شرایط لازم برای ارجاع مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی اقدامات زیر باید صورت پذیرد:

۱. در صورت مشاهده موارد فوریت‌های پزشکی و روانپزشکی توسط هر یک از اعضای تیم بهبود، لازم است موضوع در اولین فرصت از طریق مدیر داخلی به اطلاع پزشک مسئول فنی و یا پزشک/مرکز رابط رسانیده شود.

۲. پزشک مسئول فنی یا پزشک/مرکز رابط بر اساس شرح حال گزارش شده باید درخصوص زمان ارجاع تصمیم بگیرد. بدیهی است در صورتی که امکان حضور به موقع برای پزشک فراهم باشد اولویت با ارجاع پس از معاینه دقیق توسط پزشک است در غیر این‌صورت مددجو باید در اولین فرصت و با توصیه های ضروری حین انتقال به نزدیک ترین مرکز فوریت های پزشکی منتقل شود.

۳. در صورت تشخیص پزشک به ارجاع فوری مددجو لازم است برای کاهش میزان اتلاف وقت مددجو توسط آمبولانس اورژانس و به همراه مددیار به نزدیک ترین مرکز فوریت های پزشکی منتقل شود و موضوع همزمان به اطلاع خانواده و مُعرف مددجو برسد.

۳٫۱. در این فاصله زمانی و صرفاً در شرایطی که مددجو برای خود یا سایرین تهدید آمیز تلقی شده و یا خطری جدی برای مرکز محسوب می‌گردد و تیم بهبودی برای حفظ سلامت خود و سایرین ناگزیر به مهار وی می‌باشند، لازم است برای جلوگیری از بروز آسیب روانی و جسمی جدید، ملاحظات ضروری در مهار وی مورد توجه قرار گیرد. به

طور مشخص؛ ابتدا باید از مداخلهٔ کلامی، اقدامات آرام سازی و حمایتی استفاده شود، استفاده از دارو باید زیر نظر مستقیم پزشک باشد، در صورت عدم موفقیت در کنترل مددجو حداقل ۴ نفر از تیم بهبود برای کنترل و یا مهار فیزیکی وی در نظر گرفته شوند، حتما باید قبل از هر اقدامی هدفِ تیم بهبود برای مددجو توضیح داده شود، برای مهار باید از باند پارچه ای یا مهار چرمی نرم که کمترین آسیب فیزیکی را به دنبال داشته باشد استفاده گردد. مهار باید همزمان برای هر دو دست و هر دو پا در نظر گرفته شود تا مددجو به خود آسیب نزند. مهار ها باید دائما بررسی و کنترل گردند تا باعث قطع جریان خون یا فشار بیش از حد بر اندام مددجو نگردند. یک نفر همیشه باید برای اطمینان بخشی در معرض دید مددجو باشد. سر مددجو باید کمی بالاتر از تنه قرار گیرد، پس از آرام شدن، تمام مهارها باید به فاصلهٔ ۵ دقیقه بر داشته شوند.

۳٫۲. در صورت بروز مشکلاتی از این دست موضوع باید بلافاصله به اطلاع مدیر داخلی و مسئول فنی رسیده تا برای سایر اقدامات قانونی و ضروری از جمله ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی، اطلاع به مُعرف و خانواده مددجو و درصورت لزوم اعلام به مراجع انتظامی، تصمیم گیری شود.

۳٫۳. شرح تمامی وقایع و اقدامات انجام شده باید در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت شود.

۴. چنانچه در ارزیابی های دوره ای پزشک یا کارشناس، شواهدی دال بر نیاز مددجو به مداخلات تخصصی مشاهده گردد که دسترسی به آن در مرکز مقدور نباشد، لازم است ضمن ثبت شواهد مورد نظر در پرونده مددجو موضوع به اطلاع خانواده یا مُعرف رسیده و برای ارجاع وی به مرکز ذیصلاح اقدام گردد.

۵. در موارد فوق مددجو باید همراه با خانواده، مُعرف و مددیار به مرکز مورد نظر ارجاع گردد.

اقدامات پس از ارجاع

پس از ارجاع موفق مددجو لازم است اقدامات زیر مدنظر قرار گیرد:

۱. برقراری ارتباط مستمر با مرکزی که مددجو به آن ارجاع شده است تا

زمان ترخیص از مرکز مزبور

۲. بازدید روزانه مددیار از وضعیت مددجو در مرکز ارجاع شده و ارایه گزارش به شورای مرکز اقامتی

۳. تبادل اطلاعات لازم بین دو مرکز شامل فرایند درمان و مداخلات صورت گرفته در مرکز مزبور

۴. ثبت کلیه اطلاعات در پرونده مددجو و سوابق مرکز

ارجاع پس از اتمام دوره

پس از اتمام دوره بهبود و بازتوانی (۹۰ روز) حالات زیر امکانپذیر است:

۱. مددجویانی که دوره بهبود و بازتوانی خود را با موفقیت سپری کرده اند، برای تداوم بهبود، بازتوانی و جامعه‌پذیری به گروه‌های خودیاری، واحدهای بازتوانی، جامعه پذیری، آماده سازی شغلی و اشتغال ارجاع می‌گردند. بدیهی است در صورت وجود هر یک از موارد فوق در خود مرکز اقامتی نیاز به ارجاع خارج از مرکز نیست.

۲. مددجویانی که بنا به ارزیابی تیم بهبود و براساس مستندات دوره بهبود و بازتوانی خود را با موفقیت سپری ننموده و یا همچنان نیاز به الگوی اقامتی برای تداوم بهبودی خویش دارند باید به اجتماع درمان مدار (TC) مُعرفی گردند.

۳. بدیهی است ارجاع مددجو در هر یک از دو حالت فوق باید با رضایت آگاهانه و تمایل وی و با اطلاع خانواده، مُعرف صورت پذیرد. لیکن براساس قوانین و مقررات مراکز اقامتی طول دوره اقامت پیاپی یا مستمر مددجویان نمی‌تواند بیشتر از ۹۰ روز باشد و مددجویان به ناگزیر باید مرکز را ترک کنند.

۴. درصورت عدم امکان پذیرش در اجتماع درمان مدار (TC) تصمیم گیری درخصوص تداوم اقامت مددجو در مرکز بیشتر از ۹۰ روز برعهده شورای مرکز خواهد بود که در این صورت باید همزمان کلیه مستندات مربوط به اقدامات ارجاع و عدم امکان پذیرش در اجتماع درمان مدار جهت تایید در اختیار سازمان بهزیستی محل فعالیت قرار گیرد.

۵. لازم است کلیه مراحل ارجاع شامل دلایل ارجاع، اقدامات صورت گرفته و نتایج در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت گردد.

فصل هفتم

پیگیری

فصل هفتم ـ پیگیری

به منظور مانایی بیشتر افراد در بهبود و بازتوانی و پیشگیری از عود لازم است کارشناس یا مددیار مرکز وضعیت بهبودی مددجویان را حداقل تا ۶ ماه پس از ترخیص پیگیری نماید و کلیهٔ مراحل پیگیری و نتیجهٔ آن در پروندهٔ مددجویان درج گردد. بدین منظور لازم است در هنگام پذیرش افراد فرم رضایت نامه و پیگیری را تکمیل نمایند و در پروندهٔ آنان قرار گیرد.

منابع پیگیری

۱. مددجو
۲. خانواده
۳. مُعرف

دوره های پیگیری

الف- پیگیری قبل از ترخیص نهایی به منظور حضور مددجو در برنامه های غیراقامتی در طول دوره بهبود و بازتوانی

ب- پیگیری پس از ترخیص نهایی به منظور بررسی وضعیت مددجو

روش پیگیری

- غیر حضوری
- حضوری در صورت وجود امکانات وشرایط لازم در مرکز

فرایند پیگیری

متناسب با دوره های پیگیری، فرایند پیگیری به شرح زیر انجام خواهد شد:

الف- پیگیری قبل از ترخیص نهایی

الف -۱) پیگیری غیرحضوری

۱. فهرست مددجویانی که دوره اقامتی آنها به پایان رسیده است با ذکر دوره باقی مانده غیر اقامتی باید در دفتر پیگیری قبل از ترخیص نهایی مرکز

ثبت گردد. این کار باید توسط مددیار و بلافاصله پس از اتمام دوره اقامت مددجویان صورت گیرد.

۲. این فهرست باید در اختیار مددیاران قرار گیرد.
۳. مددیاران براساس این فهرست و طبق فرم ارزیابی و پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی اسامی غایبین در برنامه بهبودی را استخراج می کنند.
۴. پس از سه روز غیبت مستمر مددجو در برنامه های بهبود و بازتوانی نام وی در فهرست پیگیری غیرحضوری وارد می شود.
۵. مسئول پیگیری در ابتدای هر روز وظیفه پیگیری غیر حضوری با این فهرست را برعهده دارد.
۶. در صورت موفقیت تماس و پاسخگویی مددجو، ضمن بررسی وضعیت مددجو باید از وی برای شرکت در برنامه های بهبود و بازتوانی دعوت کند. این تماس تحت عنوان تماس موفق تلقی شده و در پرونده و برگه مربوط ثبت گردد.
۷. در صورت عدم پاسخگویی تماس ناموفق تلقی شده و ضمن ثبت در برگه مزبور باید با فاصله ۲۴ ساعت تکرار شود.
۸. در صورت حضور مددجو پس از تماس موفق پیگیری موفق تلقی شده و در برگه های مزبور ثبت می گردد و در غیر اینصورت پیگیری ناموفق تلقی شده و در برگه مربوط ثبت می گردد.
۹. درصورت عدم حضور مددجو پس از تماس موفق اول (پیگیری ناموفق اول) مسئول پیگیری باید دومین پیگیری غیرحضوری را از خانواده یا مُعرف وی به عمل اورد.
۱۰. پس از سه بار تماس ناموفق و یا سه بار پیگیری نا موفق نام مددجو باید از فهرست پیگیری غیرحضوری خارج گردد.

الف -۲) پیگیری حضوری

در صورت عدم حضور مددجو پس از سه بار پیگیری غیر حضوری چنانچه شرایط و امکانات لازم برای پیگیری حضوری در مرکز وجود داشته باشد به ترتیب زیر عمل خواهد شد.

۱. فهرست پیگیری حضوری باید توسط مسئول پیگیری تهیه گردد.
۲. این فهرست باید به تایید مدیر داخلی مرکز برسد.
۳. پس از تایید مدیر داخلی و تامین امکانات لازم پیگیری حضوری توسط مسئول پیگیری به همراه مددیار خانواده از محل اقامت مددجو صورت خواهد گرفت.
۴. گزارش پیگیری باید در پرونده و فرم مربوطه ثبت گردد.
۵. در صورتی که در پیگیری حضوری ارتباط با مددجو،خانواده یا مُعرف وی امکانپذیر نباشد باید به عنوان تماس نا موفق تلقی شده و در برگه مزبور ثبت و عینا با فاصله حداکثر یک هفته تکرار گردد.

الف -۳) اتمام پیگیری

۱. یک بار پیگیری حضوری که منجر به تماس موفق با مددجو،خانواده یا مُعرف وی گردد و یا دوبار پیگیری حضوری صرف نظر از موفقیت یا عدم موفقیت تماس به معنی اتمام فرایند پیگیری تلقی می شود.
۲. در صورت اتمام پیگیری برای هر مددجو پرونده وی در بایگانی مرکز قرار خواهد گرفت.

ب- پیگیری پس از ترخیص نهایی

ب-۱)بازه های زمانی پیگیری

بازه زمانی	دفعات پیگیری	توضیح
سی روز اول پس از ترخیص نهایی	حداقل ۲ بار	با فاصله حداقل یک هفته
بین ۳۰ تا ۹۰ روز پس از ترخیص نهایی	حداقل ۳ بار	با فاصله حداقل دو هفته
بین ۹۰ تا ۱۸۰ روز پس از ترخیص نهایی	حداقل ۴ بار	با فاصله حداقل سه هفته

ب-۲) فرایند پیگیری

۱. فهرست مددجویانی که دوره بهبود و بازتوانی آن‌ها به پایان رسیده است به ترتیب تاریخ ترخیص باید توسط مددیار و بلافاصله پس از اتمام دوره بهبود و بازتوانی در دفتر پیگیری پس از ترخیص نهایی مرکز ثبت گردد.

۲. مسئول پیگیری در ابتدای هر روز وظیفه پیگیری غیر حضوری براساس این فهرست را برعهده دارد.
۳. در صورت موفقیت تماس و پاسخگویی مددجو فرم مربوط تکمیل گردیده و در پرونده مددجو درج می گردد و از مددجو برای حضور در مرکز دعوت به عمل می‌آید.
۴. پس از تماس موفق نام مددجو در فهرست پیگیری بازه زمانی بعدی قرار خواهد گرفت.
۵. در صورت عدم پاسخگویی تماس ناموفق تلقی شده و ضمن ثبت در برگه مزبور باید با فاصله ۲۴ ساعت تکرار شود.
۶. چنانچه سه بار تماس پی در پی در هر بازه زمانی ناموفق بود پیگیری در این بازه زمانی خاتمه یافته تلقی شده و ضمن ثبت در برگه مزبور و پرونده نام مددجو در فهرست پیگیری بازه زمانی بعدی قرار خواهد گرفت.
۷. این روند برای بازه های زمانی بعدی نیز به همین ترتیب تکرار خواهد شد.
۸. پس از اتمام بازه های زمانی پیش بینی شده و طی مراحل فوق پیگیری اتمام یافته تلقی می شود.

این پروتکل

مشـتمل بر ۷ فصل مجزا تدوین و در بیسـت و ششـمین جلسـه شـورای معاونین سـازمان تصویب شـد وتوسـط معاون محتـرم وزیر تعـاون، کار و رفـاه اجتماعی و ریاسـت سـازمان بهزیسـتی کشـور، جهت اجرا ابـلاغ می‌گردد.

بدیهـی اسـت از تاریـخ ابـلاغ، لازم الاجـرا بـوده و کلیـهٔ دسـتورالعمل‌ها و بخشـنامه‌های مغایـر بـا آن لغـو خواهنـد شـد.