

به نام خدا



سازمان بهداشتی کشور

راهنمای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد

۱۳۹۳

مرکز توسعه پیشگیری

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد

شناسنامه

عنوان:

راهنمای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد

نویسندگان:

دکتر محسن روشن پژوه، روانپزشک، مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان
بهبودی کشور

دکتر رکسانا میر کاظمی، دکترای علوم سلامت، موسسه هومان همراهان دانش

همکار:

حسن اسدی، کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان
بهبودی کشور

اسامی صاحب نظران و کارشناسان مشارکت کننده (به ترتیب الفبا)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	لیلا ارشد	کارشناس مددکاری اجتماعی، فعال اجتماعی در حوزه کاهش تقاضای مواد
۲	دکتر مهرداد احترامی	روانپزشک، قائم مقام مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور
۳	رویا احمدیان	مدیر کل سازمان بهزیستی استان اردبیل
۴	مهری امیری	کارشناس مددکاری اجتماعی، مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
۵	دکتر جعفر بوالهروی	روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رئیس دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)
۶	راضیه خدادوست	مدیر کل بهزیستی استان آذربایجان غربی
۷	شهرام سبزیان	کارشناس پیشگیری، سازمان بهزیستی استان کرمانشاه
۸	دکتر سید علی شفیعی	پزشک و دانشجوی دکتری تخصصی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس اداره درمان کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر
۹	دکتر تهمینه شکیب	مدیر کل بهزیستی استان خراسان رضوی
۱۰	زهرا صابری	کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی و دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
۱۱	رویا طالشی	کارشناس پیشگیری از اعتیاد اداره کل بهزیستی استان البرز
۱۲	رضا عباسی	معاون پشتیبانی و منابع انسانی، بهزیستی استان مرکزی
۱۳	دکتر مرجان فیاض مقدم	کارشناس پیشگیری از اعتیاد اداره کل بهزیستی استان البرز
۱۴	دکتر کامبیز محضری	پزشک، کارشناس کمیته پیشگیری و کنترل ایدز سازمان بهزیستی کشور
۱۵	عبدالرضا میرزائیان	مدیر کل، بهزیستی استان کرمانشاه
۱۶	دکتر ژیلا میرلاشاری	دکترای تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه
۱۷	دکتر واعظ مهدوی	دکترای تخصصی فیزیولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد
۱۸	هادی هاشمی	کارشناس پیشگیری از اعتیاد اداره کل بهزیستی استان البرز
۱۹	مریم یکه زارع	کارشناس پیشگیری از اعتیاد اداره کل بهزیستی استان البرز

فهرست

۹	خلاصه اجرایی
۱۲	مقدمه
۱۶	اهداف طرح
۱۶	هدف کلی
۱۶	اهداف اختصاصی
۱۷	روش شناسی و مراحل تدوین
۱۷	مرحله اول
۱۹	مرحله دوم
۱۹	مرحله سوم
۱۹	مرحله چهارم
۱۹	مرحله پنجم
۲۰	تعاریف و اختصارات
۳۱	اختصارات
۳۳	مفاهیم و مبانی نظری حمایت‌های اجتماعی
۳۸	اصول ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی
۴۱	روش‌های بررسی شرایط فردی و اجتماعی و حمایت‌های مورد نیاز
۴۷	راهنمای حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد
۴۷	مقدمات
۴۸	تحلیل وضعیت
۵۰	حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد
۵۰	حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری عمومی
۵۳	حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری انتخابی
۵۵	حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری موردی
۵۷	راهنمای حمایت‌های اجتماعی در درمان سوءمصرف مواد
۵۷	بررسی وضعیت موجود
۵۷	حمایت‌های اجتماعی در درمان سوءمصرف مواد
۶۳	راهنمای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان سوءمصرف مواد
۶۴	بررسی وضعیت موجود

۶۵	حمایت‌های اجتماعی در ماندگاری بر درمان
۶۹	راهنمای حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف کننده مواد
۶۹	بررسی وضعیت موجود
۷۲	حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف کننده مواد
۷۷	سطوح و سازمان‌های ارائه کننده خدمات حمایت‌های اجتماعی
۷۸	سطوح ارائه حمایت‌های اجتماعی
۷۸	سطح اول ارائه حمایت‌های اجتماعی
۸۰	سطح دوم ارائه حمایت‌های اجتماعی
۸۱	سطح سوم ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی
۸۱	سازمان‌های ارائه کننده خدمات حمایت‌های اجتماعی
۱۰۱	پیشنهادات اجرائی ساماندهی حمایت‌های اجتماعی
۱۰۱	مقدمه
۱۰۱	پیشنهادات اجرائی ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی
۱۰۵	پیشنهادات اجرائی ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سایر سازمان‌های دولتی
۱۰۹	اسناد پشتیبان راهنمای حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد
۱۰۹	مرور منابع و اسناد بین‌المللی
۱۰۹	حمایت‌های اجتماعی و سوءمصرف مواد
۱۱۱	مرور شواهد اثر بخشی حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد
۱۱۳	روش‌های اندازه گیری حمایت‌های اجتماعی
۱۱۴	نمونه‌هایی از برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی موفق
۱۱۴	سیستم حمایتی جامع ادغام شده هلند
۱۱۵	برنامه‌ی خانواده محور
۱۱۷	مدل جامع خدمات درمان بالینی
۱۲۱	حمایت سازمان‌های معنوی
۱۲۱	گروه‌های خودیاری
۱۲۳	مروری بر سیاست‌های ملی حمایت‌های اجتماعی در چند کشور منتخب
۱۲۳	جلب همراهی خانواده در درمان و بازتوانی و حمایت از خانواده فرد مبتلا
۱۲۵	تقویت و حمایت از گروه‌های خودیاری و شبکه‌های اجتماعی
۱۲۶	اطلاع رسانی و آموزش

۱۲۸	مسکن و یا سرپناه
۱۳۰	امکان تحصیل، آموزش حرفه و فن، اشتغال
۱۳۲	حمایت از کودکان و نگهداری از فرزندان
۱۳۳	بررسی و تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی برای سوءمصرف کنندگان مواد در ایران
۱۳۳	مروری بر سیاست‌های ملی حمایت‌های اجتماعی برای سوءمصرف کنندگان مواد در ایران
۱۳۹	تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی برای سوءمصرف کنندگان مواد در ایران
۱۴۰	نقاط قوت حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران
۱۴۰	نقاط ضعف حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران
۱۴۴	فرصت‌های پیش روی حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران
۱۴۵	تهدیدهای پیش روی حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران
۱۵۱	پیوست‌ها
۱۵۱	پیوست ۱: ابزارهای غربالگری
۱۵۱	حمایت اجتماعی - مقیاس خانواده
۱۵۲	حمایت اجتماعی - مقیاس دوستان
۱۵۳	غربالگری سوءمصرف الکل (پرسشنامه CAGE):
۱۵۴	غربالگری تاریخچه تروما
۱۵۵	غربالگری سوء استفاده جنسی
۱۵۶	مقیاس اندازه‌گیری نوع اختلال‌های رفتاری میشل گوگن
۱۶۵	سوالات عمومی و اختصاصی غربالگری برای افراد مبتلا به اختلال خوردن
۱۶۶	ابزار غربالگری سنجش خشونت توسط شریک زندگی
۱۶۷	پرسشنامه سلامت معنوی
۱۶۸	نمره‌گذاری
۱۹۲	پیوست ۲: منابع

فهرست جداول

- جدول ۱: سطح اول فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی ۷۹
- جدول ۲: سطح دوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد ۸۱
- جدول ۳: سطح سوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد (سازمان‌ها) ۸۲
- جدول ۴: خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری؛ درمان و ماندگاری بر درمان سوءمصرف مواد و سازمان‌های درگیر در ارائه این خدمات ۹۷
- جدول ۵: پیشنهادات عملیاتی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی ۱۰۱
- جدول ۶: پیشنهادات عملیاتی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سایر سازمان‌ها ۱۰۵

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱: مدل تاثیر حمایت‌های اجتماعی بر چرخه درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد ۳۸
- شکل ۲: گام‌های ضروری در نظام حمایت از بیمار ۴۱
- شکل ۳: نمای کلی خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد ۵۰
- شکل ۴: نمای کلی حمایت‌های اجتماعی در درمان سوءمصرف مواد ۵۸
- شکل ۵: حمایت‌های اجتماعی در ماندگاری بر درمان ۶۵
- شکل ۶: نمای کلی حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف کننده مواد ۷۲
- شکل ۷: روند گسترش برنامه‌های بازتوانی و حرفه‌آموزی در سال‌های ۱۳۸۵-۸۹ ۹۰
- شکل ۸: خدمات ارائه شده در سیستم حمایتی جامع ادغام شده هلند (۷۵) ۱۱۵

خلاصه اجرایی

راهنمای حاضر، تبیین اصول کلی و ترسیم خطوط اصلی حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد است که با هدف افزایش بهره‌مندی جامعه و افراد مصرف‌کننده از خدمات حمایت‌های اجتماعی و در جهت کاهش تقاضای مواد و با توجه ویژه به نقش مهمی که حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مواد در جامعه دارد و به منظور ساماندهی و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی در کاهش تقاضای مواد، به رشته تحریر درآمد.

در ایجاد این راهنما از نظرات جمعی از، صاحب نظران، کارشناسان و دست‌اندرکاران حوزه حمایت‌های اجتماعی و کاهش تقاضای مواد استفاده شده است. همچنین مرور گسترده‌ای بر منابع و متون معتبر و برنامه حمایت‌های اجتماعی در ۱۵ کشور که بر اساس تنوع جغرافیایی، مذهبی، اقتصادی و اجتماعی انتخاب شده بودند، انجام شد که به عنوان اسناد پشتیبان این راهنما مورد استفاده قرار گرفت.

در راستای سیاست‌های کلی نظام در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و در سایه سیاست‌های کلی نظام در مبارزه با مواد مخدر و در جهت تحقق اهداف نقشه توسعه پنجم، سند جامع پیشگیری از اعتیاد کشور در سال ۱۳۹۰ و سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور در سال ۱۳۹۲ تدوین گردید که در هر دو سند توجه به حمایت‌های اجتماعی و ساماندهی و ارتقاء آن مورد توجه قرار گرفت. همچنین از آنجا که مشکل اصلی حمایت‌های اجتماعی در نحوه‌ی اجرا و تنوع نگاه مدیریتی در استان‌ها و دستگاه‌ها به این امر و عدم وجود یک سیاست‌گذاری واحد در این زمینه مشخص شده است، لذا در این راستا این راهنما به تبیین اصول کلی و ترسیم خطوط اصلی حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد، تعیین گستره خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مواد در جامعه و برای افراد مصرف‌کننده و مشخص نمودن نقش و ارتباطات ساختاری سازمان‌های مختلف درگیر و ذینفع در این حوزه، پرداخته است.

راهنما در طی پنج مرحله شامل مروری جامع بر اسناد و متون و منابع بین‌المللی و اسناد بالادستی و شواهد ملی، نظر خواهی از جمعی از کارشناسان و صاحب‌نظران برجسته کشور، ارسال نسخه اولیه به تعدادی از صاحب‌نظران، ارسال پیش‌نویس دوم به مراکز استانی و نظر خواهی از آن‌ها و در نهایت ارائه پیش‌نویس چهارم در یک نشست تخصصی با حضور صاحب‌نظران و کارشناسان و نمایندگان نهاد های دولتی و غیر دولتی عضو کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی و تدوین نسخه نهایی راهنمای حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد انجام گردید.

محتوای این راهنما عبارت است از :

- خلاصه‌ای از شرح وضعیت و توصیف روند حمایت‌های اجتماعی در جهان و ایران با استناد به آخرین آمار و اطلاعات قابل دستیابی
- تحلیلی از وضعیت حمایت‌های اجتماعی کشور
- ارائه چهارچوب مفهومی و اصول کلی حمایت‌های اجتماعی در ایران
- تعیین اصول و خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از مواد
- تعیین اصول و خدمات حمایت‌های اجتماعی در درمان مواد
- تعیین اصول و خدمات حمایت‌های اجتماعی در بازتوانی
- تعیین اصول و خدمات حمایت‌های اجتماعی با توجه ویژه به زنان
- تعیین سازمان‌های درگیر و ساختار حمایت‌های اجتماعی در کاهش تقاضای مواد با توجه ویژه به سازمان بهزیستی به عنوان سازمان اصلی مسئول و تولید حمایت‌های اجتماعی در ایران
- ارائه پیشنهادات اجرایی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در ایران

توجه به اصول علمی، شواهد بومی، ایجاد ساختار یکپارچه و همه‌جانبه و در نظر گرفتن توانمند سازی و اقتدار افزائی و افزایش سرمایه های اجتماعی به عنوان اصل اساسی حمایت‌های اجتماعی از جمله ویژگی های این راهنما است.

انتظار می رود این راهنما بتواند ضمن مشخص کردن اصول و خطوط کلی حمایت‌های اجتماعی به منظور ساماندهی و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی کاهش تقاضای مواد و ایجاد وحدت نظر در بین مسئولان و ذینفعان، یک سند علمی بالادستی برای تدوین شیوه‌نامه‌ها و راهنماهای اجرایی برای مداخلات مورد نیاز برای ارتقاء حمایت‌های اجتماعی مانند

راهنمای مددکاری اجتماعی (که در حال تدوین است)، راهنمای توانمندسازی خانواده در پیشگیری از سوءمصرف و همراهی در بازتوانی مبتلایان، راهنمای حمایت‌های اجتماعی در مدارس و دانشگاه‌ها در پیشگیری از سوءمصرف مواد، راهنمای افزایش مشارکت اجتماعی در حمایت‌های اجتماعی، راهنمای حمایت از کودکان در سوءمصرف مواد و غیره گردد.

مقدمه

پدیده سوءمصرف مواد یکی از چالش‌های تهدید کننده سلامت افراد و جامعه، بستر ساز نابسامانی خانوادگی و اجتماعی و مخدوش کننده توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع است. سوءمصرف مواد در اثر کنش‌های پیچیده‌ای بین ویژگی‌های فردی و شرایط اجتماعی حاصل می‌آید. تأثیرات متقابل شرایط اجتماعی بر بروز و تداوم این بیماری فردی (سوءمصرف مواد) و عوارض این شرایط فردی بر ایجاد نابسامانی اجتماعی موجب می‌شود که بحث حمایت‌های اجتماعی در برنامه‌های کاهش تقاضای مواد مطرح گردد. تغییرات حاد در شرایط اجتماعی مانند فرایند شهرنشینی بدون برنامه‌ریزی و لجام گسیخته منجر به بروز پدیده حاشیه نشینی با همه عوارض سوء آن منجر به افزایش سوءمصرف و دشوارتر شدن امکان درمان و کاهش آسیب گشته است. افزایش قابل ملاحظه استرس‌ها و حوادث ناگوار ناشی از زندگی شهرنشینی و مهاجرت از قبیل ازدحام، آلودگی‌های محیطی، فقر، تبعیض، گسترش حاشیه نشینی، کاهش حمایت‌های اجتماعی و بیکاری به همراه افزایش شیوع جرایم اجتماعی و شاخص‌های پایین ثبات و امنیت روانی مزید بر علت گشته و سبب ایجاد چرخه‌ی معیوب "ناامنی و نابسامانی اجتماعی - بیماری‌های روانی - ابتلا به سوء مصرف مواد" شده است. افزایش شاخص‌های بدبینی و بی‌اعتمادی، کاهش احساس همبستگی و پیوند اجتماعی، افزایش احساس بی‌عدالتی اجتماعی، کاهش احساس امید اجتماعی (۱) به همراه پدیده‌های سوء اجتماعی که بنیان خانواده و عملکرد آن را مورد تهدید قرار داده است، افزایش شیوع پدیده‌هایی مانند طلاق، کودکان خیابانی، همسر و کودک آزاری، دختران فراری، بیکاری، مهاجرت (۲) باعث افول مکانیسم‌های طبیعی و سنتی موجود حمایت‌های اجتماعی برای افراد شده است که توسیع دایره، تنظیم مواضع و ساماندهی حمایت‌های اجتماعی، "این حلقه مفقوده در درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد"، در پیشگیری و درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد سبب پیشگیری از هرز رفتن سرمایه‌ها و منابع اجتماعی و انسانی در حوزه کاهش تقاضای مواد از طریق افزایش پیامد مثبت پیشگیری و درمان می‌نماید.

سوءمصرف مواد یکی از مشکلات اساسی در اکثر کشورهای دنیا محسوب می‌شود که هر ساله سبب مرگ و میر بیش از دویست هزار نفر، فلاکت و نابودی هزاران خانواده، تعویق و یا کندی توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع، افزایش جرائم، عدم ثبات، نا امنی و گسترش عفونت ویروس کمپور ایمنی انسانی^۱ می‌شود (۳).

بر طبق گزارش سال ۲۰۱۲ دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل، در سال ۲۰۱۰ حدود ۲۳۰ میلیون نفر از مردم جهان مواد مصرف نموده اند که حدود ۲۷ میلیون نفر از آنها به مواد وابسته بودند (۳). بر اساس تخمین پروژه بار جهانی بیماری‌ها^۲، در سال ۲۰۰۴ سهم سوءمصرف مواد از مجموع سال‌های از دست رفته به خاطر بیماری یا مرگ و میر معادل ۳۲۱۰۸ سال بوده است (۲۷۷۴۰ سال برای مردان و ۴۳۶۸ سال برای زنان) (۴).

آخرین آمار سومی منتشر شده در ایران (۱۳۹۱) میزان اعتیاد به مواد در ایران رقمی معادل یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر بیان نموده است که ۹۱ درصد آن را مردان تشکیل می‌دهند. میزان مصرف مواد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال معادل ۱۳،۵۶ درصد، گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال معادل ۱۶،۸۳ درصد، ۲۵ تا ۲۹ سال معادل ۱۴،۳۲ درصد بوده و بقیه به گروه‌های سنی ۳۰ تا ۶۴ سال اختصاص دارد. ۵،۶۸ درصد معتاران بی‌سواد هستند و حال آنکه ۳۶،۷٪ تحصیلات بالای دیپلم دارند (۵). این آمار نسبت به آمار بیان شده در ارزیابی سریع سوءمصرف مواد در سال ۱۳۸۶ (یک میلیون و دویست هزار نفر) (۶) افزایش اندکی را نشان می‌دهد.

آمار طرح ملی شیوع شناسی مواد در سال ۱۳۹۰ که توسط پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی انجام پذیرفت نشان می‌دهد که میانگین نرخ شیوع اعتیاد در سطح کشور ۲/۶۵ است. تریاک (۵۵/۰۲) و بعد از آن شیشه (۲۶/۲۲) بیشترین ماده مصرفی می‌باشد که در ۸۲/۰۵ درصد موارد به صورت تدخین مصرف شده است. این آمار همچنین نشان می‌دهد که نزدیک به ۵۰٪ از این افراد بیکار بودند و از افرادی که مشغول به کار بودند ۵۴٪ به صورت خصوصی و خویش فرما مشغول به کار بودند. ۶۲/۸ درصد از این افراد متاهل بودند و ۲/۱۴ درصد متعلقه بودند. برای ۵۱٪ افراد اولین مکان شروع مصرف مواد در منزل دوست و یا منزل خود فرد مبتلا بوده و کسب لذت، کنجکاوی و تفریح عامل اصلی شروع مصرف مواد بوده است. پیشنهاد دهنده برای اولین بار مصرف

۱. HIV

۲. Global Burden of Diseases Project

مواد دوستان در ۴۱ درصد موارد و یکی از بستگان در ۲۴/۱۲ درصد موارد بوده است (۹). بر طبق گزارش سالانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۰، در این سال ۳۵۹۳ نفر در ایران جان خود را در اثر سوء مصرف مواد از دست دادند (۷). میزان مرگ و میر سالانه ناشی از سوء مصرف مواد در سال ۲۰۰۹ معادل ۹۱ نفر در میلیون نفر جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال بوده است (۸).

در سال‌های اخیر ایران برنامه‌های متنوع و گسترده‌ای در جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد را به مرحله اجرا در آورده است و حمایت‌های زیادی را به صورت برنامه‌های مختلفی مانند برنامه‌های آموزشی تفریحی در محیط‌های عمومی، تفریحی و محلات، مسابقات مختلف ورزشی و تفریحی، جشنواره‌ها، همایش‌ها، کنگره‌ها، برنامه‌های متنوع در محیط خانواده و مدارس و دانشگاه‌ها در جهت افزایش آگاهی عموم جامعه و مخصوصاً جوانان در مورد مضرات سوء مصرف مواد و ارتقاء و ترویج زندگی سالم اجرا نموده است. در سال ۱۳۹۰ در مجموع ۵/۵ میلیون نفر تحت پوشش آموزش اجتماع محور قرار گرفتند، نزدیک به ۵ میلیون نفر در جشنواره‌ها، همایش‌ها و کنگره‌های پیشگیری از اعتیاد شرکت جستند، ۳۴۱ هزار خانواده از خط ملی مشاوره مشاوره دریافت داشتند، ۱/۵ میلیون خانواده تحت آموزش‌های پیشگیری از اعتیاد قرار گرفتند و در مجموع دو میلیون دانش‌آموز از آموزش‌های مختلفی چون مهارت‌های زندگی و یا برنامه‌های مروج سلامت و یا پیشگیری مدرسه محور برخوردار شدند (۷).

حمایت‌های اجتماعی نقشی اساسی در پیشگیری، درمان و بازتوانی سوء مصرف مواد بازی می‌کند. افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بالاتری برخوردار هستند به میزان کمتری مبتلا به سوء مصرف مواد می‌شوند. همچنین سوء مصرف مواد اغلب با مشکلات فردی و خانوادگی زیادی همراه است که ممکن است منجر به از دست دادن خانواده و روابط فردی، مشکلات اقتصادی، کم سوادی و مشکلات تحصیلی، بیکاری و از دست دادن شغل باشد، در چنین شرایطی حمایت‌های اجتماعی که پاسخگوی نیازهای چنین مسائلی هستند، برای موفقیت درمان و بازتوانی ضروری است.

تعاریف متفاوتی برای حمایت‌های اجتماعی بیان شده است (۱۰-۱۱). اما آنچه که از تعاریف مختلف حمایت اجتماعی استنباط می‌شود، عبارت است از: "میزان ادراک فرد از این که مورد توجه و علاقه دیگران است، از دیدگاه آنان فرد ارزشمندی بوده و چنانچه

دچار مشکلی شود به او یاری می‌رسانند" (۱۲).

جوامع غنی، جوامعی هستند که افراد در آن خود را برخوردار از حمایت اعضا و موسسات جامعه می‌یابند و شبکه‌های مستحکم اجتماعی اعضای جامعه را به هم پیوند می‌دهد؛ در چنین جوامعی روابط اجتماعی سالم بستری مناسب برای پیشگیری از سوء مصرف مواد فراهم می‌آورند. در فقدان حمایت‌های اجتماعی ابتلا و بازگشت به مواد زیاد میشود در حالیکه چنانچه حمایت‌های اجتماعی از افراد صورت بگیرد و مشکلات اقتصادی، اجتماعی و عاطفی آنها به نوعی حل شود، شانس عدم ابتلا و یا ماندگاری این افراد در درمان، بسیار بالاتر می‌رود. در ایران با کمبود سامان‌دهی مدل‌های اجتماعی درمان از یک سو و کم توجهی به درمان‌های روانی- اجتماعی از سوی دیگر، با عدم وضوح و تغییرات زیاد مفهوم و شاخص‌های حمایت اجتماعی و خدمات مؤسسات حمایتی مواجه هستیم و مهمتر از همه، هنوز بستر اجتماعی مناسبی برای بازگشت معتاد درمان شده به اجتماع فراهم نیست. کمبود آگاهی فراهم‌کنندگان خدمات درمانی از لزوم و اهمیت حمایت‌های اجتماعی و عدم وجود راهنماهای روشن در این زمینه، می‌تواند به عنوان مانع بسیار مهم در درمان و خدمات زیناکاهی برای مبتلایان به سوء مصرف مواد مطرح باشد؛ علاوه بر این محیط درمان و درمانگرانی که حمایت‌کننده نیستند، به خودی خود شانس افراد و مخصوصاً زنان را برای شروع و تداوم درمان بسیار کم می‌کنند.

هر چند در سال‌های اخیر در ایران قوانین و مصوباتی به منظور تامین حمایت‌های اجتماعی برای سوء مصرف‌کنندگان مواد در نظر گرفته شده است و آثار آن به صورت اقداماتی در سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، کمیته امداد امام خمینی، وزارت کار، تعاون و امور اجتماعی، سازمان فنی و حرفه‌ای و غیره مشاهده می‌شود، اما پوشش این اقدامات نسبت به میزان نیاز در کشور بسیار کم است (به عنوان مثال در سال ۱۳۹۱ از مجموع هفتصد هزار نفری که از خدمات درمانی در کشور استفاده نمودند تنها ۴۳ هزار نفر تحت پوشش برنامه‌های آموزش فنی و حرفه‌ای قرار گرفتند (۱۳)؛ علاوه بر این عدم وجود آیین‌نامه‌ها و راهنماهای مشخص موجب ایجاد ابهام و کمرنگ شدن این اقدامات در اجرا گردیده است.

از اینرو طرح تدوین راهنما در مورد خدمات حمایت‌های اجتماعی برای سوء مصرف‌کنندگان مواد در ایران با اهداف زیر انجام گردید.

اهداف طرح

هدف کلی:

کاهش تقاضای مواد از طریق افزایش بهره‌مندی جامعه و مصرف‌کنندگان از خدمات حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد

اهداف اختصاصی:

- تعیین وضعیت حمایت‌های اجتماعی موجود برای سوءمصرف‌کنندگان مواد
- تعیین نقاط قوت و ضعف و چالش‌های برنامه‌های موجود و ارائه راهکار
- تعیین اصول و ترسیم خطوط کلی حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد منطبق با هنجارهای و ارزش‌های جامعه
- تعیین اصول و ترسیم خطوط کلی حمایت‌های اجتماعی در درمان سوءمصرف مواد
- تعیین اصول و ترسیم خطوط کلی حمایت‌های اجتماعی پس از درمان سوءمصرف مواد
- تعیین اصول و ترسیم خطوط کلی حمایت‌های اجتماعی زنان سوءمصرف‌کننده مواد

اهداف کاربردی:

- ساماندهی، تنظیم و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد به منظور ارتقاء کیفی خدمات کاهش تقاضای مواد
- ایجاد وحدت رویه در عملکرد مراکز درمانی و حمایتی در ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی
- فراهم آوردن امکان همه‌جانبه‌نگری در برنامه‌ریزی و ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و سوءمصرف مواد در کشور
- ایجاد هماهنگی، یکپارچگی و انسجام بیشتر برنامه‌ها و اقدامات حمایت‌های اجتماعی در کشور
- ترسیم مسیر ارتقاء و بهبود مستمر کیفیت حمایت‌های اجتماعی
- تسهیل مشارکت پذیری اجتماعی و افزایش مشارکت بخش‌های غیردولتی در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی
- تعیین خطوط و نحوه همکاری متولیان و کنشگران در فرایند حمایت‌های اجتماعی
- ایجاد چارچوب عملی برای افزایش قابلیت ارزیابی و ارزشیابی اقدامات حمایت‌های اجتماعی

روش‌شناسی و مراحل تدوین

راهنمای حمایت‌های اجتماعی برای سوءمصرف کنندگان مواد حاصل مطالعه ایست توصیفی/تحلیلی که با هدف ساماندهی و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی در ایران تدوین گشته است. این راهنما مشتمل است بر:

بررسی مفاهیم و مبانی نظری مرتبط با حمایت‌های اجتماعی
بررسی شواهد و اسناد ملی و بین‌المللی در زمینه سوءمصرف مواد و حمایت‌های اجتماعی مرتبط با آن

بررسی و تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی در ایران

راهنمای حمایت‌های اجتماعی به منظور پیشگیری

راهنمای حمایت‌های اجتماعی در درمان

راهنمای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان

راهنمای حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف کننده مواد

برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز این طرح، مجموعه‌ای از روش‌های مختلف مطالعات کاربردی به کار گرفته شده است؛ از جمله ارسال پرسشنامه و نظرخواهی کتبی و الکترونیک از صاحب‌نظران، برگزاری نشست تخصصی و روش‌های کتابخانه‌ای برای مرور مستندات مرتبط در داخل و خارج کشور.

تدوین راهنما در پنج مرحله انجام شد:

مرحله اول

در این مرحله پیش‌نویس (ویرایش اول) راهنما تنظیم شد. برای تدوین پیش‌نویس اول راهنما مراحل زیر به ترتیب طی شد:

۱- مروری جامع بر اسناد و متون و منابع بین‌المللی انجام شد (اسناد پشتیبان راهنما).

مفاهیم نظری و اصول حمایت‌های اجتماعی و سیاست‌ها و رویکردهای حمایت‌های اجتماعی با بررسی مقالات علمی و اسناد منتشره توسط سازمان‌های بین‌المللی معتبر مانند دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد و موسسه ملی سوءمصرف مواد در کشور آمریکا و سیاست‌ها و رویکردهای مبارزه با مواد در ده کشور منتخب شامل آمریکا، استرالیا، کانادا، برزیل، هندوستان، مالزی، ایرلند، نروژ، انگلستان و کرواسی انجام شد (اسناد پشتیبان راهنما). انتخاب ۱۰ کشور با ملاک‌های زیر صورت گرفت:

- داشتن موفقیت‌های خاص در درمان و پیشگیری از سوءمصرف مواد (بر اساس اسناد معتبر بین‌المللی)
- مشابهت نسبی با شرایط ایران
- گستره‌ای از کشورهایی با سرانه درآمد متفاوت
- گستره‌ای از مناطق جغرافیایی مختلف
- گستره‌ای از تنوع فرهنگی و مذهبی

۲- اسناد بالادستی، سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر ابلاغ شده از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) و کنوانسیون‌های بین‌المللی و قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه و گزارش طرح‌های تحقیقی ستاد و مقالات منتشره داخلی به منظور بررسی وضعیت برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی بررسی شد.

۳- به منظور تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی در ایران، جمعی از کارشناسان و صاحب نظران برجسته کشور از افراد کلیدی عضو کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی و نهادهای غیر دولتی کشوری طی فرایند مشورتی انتخاب شدند (اسناد پشتیبان راهنما).

۴- سوالات اساسی برای بررسی موضوع، دستیابی به تحلیل وضعیت موجود و ارائه راهکارهای عملی از منظر صاحب نظران تدوین شد. پرسش‌نامه‌ی تهیه شده به ۱۶ نفر از صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران ارسال شد که در طی پیگیری‌های مکرر، ۱۰ نفر از آنان به سوالات پاسخ دادند؛ اسامی این افراد در لیست صاحب‌نظران آمده است.

۶- نتایج پاسخ پرسشنامه‌ها بررسی، کدگذاری و تحلیل شد و به این ترتیب نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای حمایت‌های اجتماعی از نظرات صاحب‌نظران استخراج شد؛ همچنین بعضی از موارد تحلیلی فوق از مرور منابع و گزارشات نشست‌های تخصصی

صاحب‌نظران در این حیطه استخراج گردید.

بر اساس تمام مراحل فوق نسخه اول راهنمای حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد تنظیم گردید.

مرحله دوم

در این مرحله ویرایش اول راهنما توسط مجری طرح برای ۱۶ نفر از صاحب‌نظران ارسال شد که با پیگیری‌های مکرر، نظرات ۹ نفر از آنان جمع آوری شد. نظرات به دقت بررسی، دسته‌بندی و تحلیل محتوایی شده و در متن راهنما اعمال گردید و به این ترتیب ویرایش دوم راهنما تدوین شد.

مرحله سوم

ویرایش دوم راهنما بین به‌سازمان بهزیستی در تمامی استان‌ها ارسال شد که پس از پیگیری‌های مکرر ۸ مرکز نظرات خود را اعلام نمودند. نظرات آنان در مورد کاربردی بودن آن با توجه به شرایط موجود جمع آوری و بر اساس این نظرات اصلاحات لازم در راهنما اعمال شد. نتیجه حاصل از این مرحله تدوین ویرایش سوم راهنما بود.

مرحله چهارم

در این مرحله ویرایش سوم راهنما در یک نشست تخصصی با حضور اعضای کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر برگزار شد و نظرات این صاحب‌نظران جمع آوری و به صورت یک فایل صوتی ضبط شد. این فایل صوتی پیاده‌سازی و کدگذاری شد و بر مبنای آن تغییرات لازم در متن راهنما اعمال گردید.

مرحله پنجم

تدوین نسخه نهایی راهنمای حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد.

تعاریف و اختصارات

مواد (Substance)

مواد به ترکیباتی گفته می‌شود که در صورت مصرف (تدخین، تزریق، خوراکی و یا انفییه) باعث تغییر کارکرد مغز می‌شوند (۱۴). در DSM III R برای توصیف این مواد از واژه مواد روانگردان یا مواد موثر بر روان استفاده می‌شود. این واژه ترکیباتی را در بر می‌گیرد که تغییر وضعیت روانی حاصل از مصرف، خاصیت اصلی آن ترکیب بود. در DSM IV این واژه با "مواد" جایگزین شد که این طبقه بندی ترکیباتی مانند حلال‌ها که خاصیت روان گردانی، خاصیت اصلی آن‌ها نیست را در بر نمی‌گیرد. در طبقه بندی ICD ۱۱ یازدهمین تجدید نظر طبقه بندی آماری و بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی وابسته به مواد روانگردان شامل الکل، مواد شبه افیونی، مواد شبه حشیش، داروهای رخت‌زا و خواب‌آور، کوکائین، سایر محرک‌ها نظیر کافئین، توهم زاه‌ها، توتون، حلال، داروهای چندگانه، و سایر مواد روانگردان می‌باشد.

سوءمصرف مواد (Substance Abuse)

بدین معنی است که اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد ولی آن را مصرف می‌کند؛ یعنی استفاده از ماده ای که مصرف آن غیر قانونی است، استفاده از ماده ای که مصرف آن باعث بروز تغییرات روحی در فرد می‌شود، استفاده از ماده ای که به خود فرد یا دیگران ضرر می‌رساند (۱۴).

بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM - IV - TR (۱۵) سوءمصرف مواد به صورت زیر تعریف می‌شود:

الف) الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می‌دهند تظاهر می‌کند:

۱. substance

- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود (مانند غیبت‌های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده، غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد، مسامحه نسبت به فرزندان و خانه).
- مصرف مکرر مواد در موقعیت‌هایی که در آنها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین آلات).
- مشکلات قانونی مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)
- مصرف مداوم مواد علی‌رغم مشکلات پایدار یا عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده اند (مانند مشاجره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی).

معیارهای ICD - ۱۰ (۱۵) برای سوءمصرف مواد عبارتند از:

الف) وجود شواهد قاطعی مبنی بر این که مصرف مواد موجب بروز صدمه روانی یا جسمانی شده (نظیر اختلال در قضاوت یا رفتار) یا در بروز آن نقش مهمی داشته است و این صدمه روانی یا جسمانی ممکن است منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای نامطلوبی برای روابط بین فردی در برداشته باشد.

ب) ماهیت صدمه باید کاملاً مشخص و قابل شناسایی باشد.

ج) الگوی مصرف حداقل به مدت یک ماه دوام آورد یا به طور مکرر ظرف یک دوره ۱۲ ماهه روی داده باشد.

د) اختلال واجد ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مربوط به همان دارو در همان دوره زمانی نیست (به استثنای مسمومیت حاد)

وابستگی به مواد (Substance Dependency))

بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR وابستگی به مواد به صورت زیر تعریف می‌شود (۱۶):

الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده که به ناراحتی قابل ملاحظه بالینی منجر می‌شود و با سه مورد و یا بیشتر از علائم زیر در طی ۱۲ ماه تظاهر می‌کنند.

۱. تحمل (tolerance) که با هر یک از موارد زیر مشخص می‌شود:
 - الف) نیاز به مقادیر بسیار بالاتر یک ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تاثیر دلخواه
 - ب) کاهش مشاهده تاثیر با ادامه مصرف همان مقدار ماده
 ۲. محرومیت (Withdrawal) که با هر یک از موارد زیر مشخص شود:
 - الف) سندرم محرومیت که برای هر ماده خاص مشخص است.
 - ب) همان ماده (یا ماده ای مشابه) برای رفع یا جلوگیری از علائم محرومیت مصرف می‌شود.
 ۳. ماده غالباً به مقادیری بیشتر و دوره ای طولانی تر از آنچه مورد نظر است مصرف می‌شود.
 ۴. میل یا تلاش های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد.
 ۵. وقت زیادی در فعالیتهای لازم برای به دست آوردن ماده (مثلا مراجعه به پزشکان مختلف یا رانندگی های طولانی)
 ۶. به خاطر ماده، فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی کاهش یافته یا کنار گذاشته می‌شود.
 ۷. ادامه مصرف مواد علیرغم آگاهی به وجود مشکلات مستمر یا عود کننده جسمی یا روانشناختی که از مصرف ماده ناشی شده یا در نتیجه مصرف آن تشدید می‌شود (به طور مثال ادامه مصرف کوکائین علیرغم وجود افسردگی ناشی از کوکائین، یا ادامه مصرف الکل علیرغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می‌یابد).
- بر اساس ملاک های تشخیصی ICD- (۱۵) برای وابستگی به مواد(نشانگان وابستگی) به صورت زیر تعریف می‌شود:
- الف) وجود سه مورد یا بیشتر از تظاهرات زیرکه به طور همزمان ظرف حداقل یک ماه روی داده است یا اگر دوام دوره‌ها کمتر از یک ماه بوده است ظرف یک دوره ۱۲ ماهه چندین بار تکرار شده است:
- ۱- تمایل قوی یا احساس اجبار برای مصرف یک ماده.
 - ۲- عدم توانایی کنترل رفتار و مصرف مواد در زمینه شروع، خاتمه و میزان مصرف که به این صورت ها تظاهر می‌کند: ماده مورد نظر اغلب بیش از میزانی که مورد نظر است، یا بیش از

دوره‌های که مورد نظر است، مصرف می‌شود یا تمایل قوی برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد و تلاش ناموفقی در این زمینه صورت گرفته است.

۳- وجود حالت فیزیولوژیک ترک هنگام کاهش یا قطع مصرف که به یکی از صورت‌های زیرتظاهر می‌کند: علائم ترک مشخص آن ماده و مصرف همان ماده (یا ماده مشابه آن) به منظور تسکین یا اجتناب از نشانه‌های ترک.

۴- شواهد تحمل نسبت به آثار ماده، نظیر نیاز به افزایش قابل ملاحظه میزان ماده برای رسیدن به آثار مسمومیت یا آثار مطلوب یا کاهش بارز اثرات آن ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن.

۵- اشتغال ذهنی با مصرف ماده که با کاهش یا ترک علائق یا لذات مهم دیگر به دلیل مصرف ماده مورد نظر تظاهر می‌کند یا صرف زمان زیادی در فعالیتهای لازم برای به دست آوردن، مصرف یا بهبودی از آثار ماده.

۶- مصرف مداوم ماده به‌رغم شواهد روشن، حاکی از پیامدهای زینبار آن است. به این صورت که با وجود آگاهی شخص از ماهیت و وسعت صدمات حاصل از مصرف ماده (یا انتظار می‌رود که آگاه باشد)، باز به مصرف آن ادامه می‌دهد.

اعتیاد به مواد (Substance Addiction)

در ۱۹۵۷ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد ارائه داد: اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک یا چند ماد به حدی که مصرف‌کننده یا معتاد دچار مسمومیت دوره‌ای یا مزمن ناشی از آن شود، اجبار برای مصرف ماده داشته باشد، قطع یا کاهش ارادی آن برایش بسیار دشوار باشد و عزم بارز برای کسب ماده تقریباً به هر وسیله ممکن نشان دهد.

در سال ۱۹۶۴ سازمان جهانی بهداشت با اذعان به ابهام تعریف مزبور استفاده از اصطلاح «وابستگی به ماده» را پیشنهاد می‌کند، بی آنکه تعریف واضحی از آن ارائه کند. سرانجام با پیدایش طبقه‌بندی «انجمن روانپزشکی آمریکا»، با توجه به حقارت‌آمیز بودن اصطلاح اعتیاد و نیز ابهام آن، اصطلاح وابستگی به جای اعتیاد پذیرفته شد.

با این حال اصطلاح اعتیاد در بسیاری منابع معتبر همچنان به کار رفت تا اینکه در سال ۲۰۰۱، «جامعه طب اعتیاد آمریکا» به اتفاق دو انجمن دیگر تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه می‌کنند:

اعتیاد یک بیماری اولیه و مزمن عصبی-زیستی (نوروبیولوژیک) است که پیدایش و

تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی-اجتماعی، و محیطی قرار دارد و مشخصه آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبارگونه، ادامه مصرف علی‌رغم زیان‌های آن و ولع برای مصرف آن (۱۷)

درمان وابستگی به مواد (Substance Dependency Treatment)

عبارت است از مجموعه مداخلات طبی، روانشناختی و اجتماعی برای تغییر رفتار، بهبود عملکرد و بازگشت فرد وابسته به مواد به اجتماع، به طوری که هدف نهایی درمان دستیابی به زندگی بدون مصرف مواد باشد (۱۴).

سم زدایی (Detoxification):

به اولین مرحله از درمان‌های پرهیزمدار (abstinence-based) اعتیاد اطلاق می‌شود که در آن کنترل نشانگان قطع مصرف (withdrawal syndrome) هدف اصلی درمان است (۱۴) و به مجموعه اقدامات درمانی بمنظور رفع وابستگی فیزیکی به مواد اعتیادآور گفته می‌شود.

زیانکاهی (Harm Reduction)

زیانکاهی سوءمصرف مواد به مجموعه سیاست‌ها، راهبردها یا برنامه‌هایی اطلاق می‌شود که بدون نیاز به قطع فوری مصرف مواد در معتادان، عوارض سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد و به طور کلی شامل فعالیت‌هایی است که برای کاهش عوارض رفتارهای خطرناک سوءمصرف مواد، طراحی و اجرا می‌شود. فعالیت‌های زیانکاهی متناسب با نیاز، در جایگاه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد قابل ارائه است (۱۴).

خدمات کاهش آسیب عبارتند از:

- برقراری ارتباط درمانی با مصرف‌کنندگان مواد مخدر و روانگردان‌ها
- آموزش، اطلاع‌رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتار پرخطر
- آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی آحادجامعه و کارکنان مشاغل مرتبط با افراد مصرف‌کننده مواد مخدر و روانگردان‌ها
- مشاوره و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش HIV و سایر عفونت‌های منتقله از طریق تزریق و رفتار جنسی محافظت نشده تحت ضوابط بهداشتی و ارجاع به مراکز بالاتر

- در دسترس قرار دادن سرنگ، سرسوزن و وسایل تزریق استریل
- توزیع مواد ضد عفونی کننده و ارائه خدمات بهداشتی اولیه شامل پانسمان و...
- ارائه آموزش‌های مربوط به رفتار جنسی سالم، تشویق به استفاده از کاندوم، توزیع کاندوم
- افزایش دسترسی به مصرف کنندگان سخت دسترس با تشکیل تیم‌های سیاری
- تشکیل گروه‌های همیار برای آموزش و اجرای برنامه‌های کاهش آسیب
- ارائه خدمات اولیه حمایتی شامل: تغذیه، پوشاک و استحمام
- ارجاع به مراکز مجاز درمان اعتیاد در مواردی که تمایل به درمان وجود دارد
- ارجاع به مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها در مواردی که نیاز به مداخلات پزشکی وجود دارد.

بازتوانی وابستگی به مواد (Substance Dependency Rehabilitation)

بازتوانی به مجموعه اقداماتی که برای مراجع انجام می‌شود تا او به زندگی مستقلی دست یابد، اطلاق می‌گردد. سه هدف اصلی بازتوانی عبارتند از بازیابی (recovery)، ارتقای کیفیت زندگی، بازگشت و یکپارچگی با اجتماع (community reintegration)(۱۸).

بازتوانی کلیه مداخلات مرتبط با پیشگیری از عود و بهبود آسیب‌های قبلی ناشی از سوءمصرف مواد و ارتقا عملکرد وابستگان به مواد (معتادان) می‌باشند؛ از قبیل: خدمات آموزشی، مشاوره‌ای، روان درمانی، مداخلات دارویی پیشگیری از عود مانند نالترکسون، درمان بیماری‌های همراه و حمایت اجتماعی(۱۴)

مشارکت (Participation)

مشارکت جامعه فرآیندی است که طی آن مردم در برنامه‌ریزی و اجرا، همچنین کاربرد و بهره‌مندی از عواید فعالیت‌های سلامت با دولت شریک می‌شوند تا از یک سو توان خود اتکایی و کنترل اجتماعی به کار گرفته شود و از سوی دیگر مردم مقتدر و توانمند گردند. مشارکت در تعریف بانک جهانی فرآیندی است که از رهگذر آن افراد ذی ربط به توسعه و تصمیم‌ها و منابعی که نقش تعیین کننده بر آنها دارند، تاثیر می‌گذارند (۱۴).

سازمان‌های مردم نهاد (سمن):

سازمان‌هایی هستند که در جهت کاهش رنج، بهبود وضعیت فقرا، حفظ محیط زیست و فراهم نمودن خدمات اجتماعی زیربنایی (قبول مسئولیت در امر توسعه اجتماعی) فعالیت‌هایی را دنبال می‌کنند. این سازمان‌ها مستقل از حکومت، غیرانتفاعی، غیر سیاسی و نوعاً سازمان‌های مبتنی بر ارزش هستند که به همه یا قسمتی از هدایای خیر خواهانه و خدمات داوطلبانه وابسته اند. هر چند سمن‌ها در دهه اخیر به طور فزاینده‌ای تخصصی شده اند ولی نوع دوستی و داوطلبانه بودن خود را به عنوان ویژگی کلیدی حفظ نموده‌اند (۱۴).

سازمان‌های اجتماع محور (سام): Community-Based Organization (CBO)

نوعی سمن که افراد عضو یک اجتماع یا جامعه (community) برای پیشبرد اهداف، ارزشها و علائق شان ایجاد می‌کنند. اگر چه جامعه، محدود به اعضای یک محله نیست، در این سمن، سام عمدتاً به سازمانهایی اطلاق می‌شود که در محدوده جغرافیایی خاصی، مثل یک محله یا روستا، یک مدرسه، یا یک محیط کار فعالیت می‌کنند (۱۴).

اقتدارافزایی (Empowerment):

فرایند و سازوکاری است که با آن، توانمندی‌های اجتماعی افراد، سازمان‌ها و محله‌ها افزایش یافته و آنان طی این روند، بر زندگی خود تسلط پیدا می‌کنند (۱۴).

پذیرش اجتماعی:

احترام و پذیرش اجتماعی احساسی است که فرد از جامعه دریافت می‌کند و متقابلاً این احساس را در افراد جامعه القا می‌نماید

حمایت‌های اجتماعی (Social Supports)

میزان توجه و علاقه و ارزشمندی است که فرد از دیگران احساس می‌کند و فکر می‌کند که اگر دچار مشکلی شود، به او یاری میرسانند (۱۱). این امر فرایندی است که طی آن،

زمینه توسعه ساختارهای حمایتی به منظور ارتقا عملکرد فردی و اجتماعی شهروندان، فراهم می‌گردد (۱۴).

تعریف عملیاتی حمایت اجتماعی:

با توجه به تعریف مفهومی حمایت‌های اجتماعی تعریف زیر به عنوان تعریف عملیاتی حمایت‌های اجتماعی در این سند در نظر گرفته شده است.

مجموعه‌ای از کمک‌های روانی، معنوی، مشهود و مالی که توسط شبکه‌ای از افراد خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماع و جامعه به منظور دسترسی افراد به حداقل مراقبت‌های بهداشتی ضروری، و رفع نیازهای اساسی مانند خوراک، پوشاک، امرار معاش، سرپناه، نیاز به مصاحبت و معاشرت و احساس سودمندی و آموزش و پرورش کودکان به افراد داده می‌شود.

پیشگیری از اعتیاد (Substance Prevention)

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوءمصرف و وابستگی است. به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای جلوگیری از فرایند‌های زیر است: تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکردند به کسانی که گرایش به مصرف دارند، تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان آزمایشی، تبدیل مصرف‌کنندگان آزمایشی به مصرف‌کنندگان گاهگاهی، تبدیل این افراد به سوءمصرف‌کنندگان و تبدیل سوءمصرف‌کنندگان به معتادان یا افراد وابسته به مواد (۱۴).

عامل خطر (Risk Factor):

عامل خطر عبارت از هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده آن را بیشتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (۱۴).

عامل محافظ (Protective Factor):

هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی یا ویژگی مادرزاد یا ارثی که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده آن را کمتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (۱۴).

تاب آوری: (Resiliency)

فرایند پویایی است که افراد برخوردار از آن، تطابق رفتاری مثبت هنگام مواجهه با شرایط ناگوار، ضربه روانی، تهدید، یا فشار روانی، از خود نشان می‌دهند. به عبارت دیگر تاب آوری فرایندی است که طی آن فرد علی‌رغم مواجهه با عامل خطر، نه تنها دچار عوارض آن نمی‌شود، بلکه حتی پیامدی بهتر از افراد نامواجه پیدا می‌کند (۱۴).

مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب:

بر اساس موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ و به منظور ارائه خدمات درمان و نیز کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان گردان گردیده‌اند مراکز زیر به عنوان مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب می‌باشند:

- مرکز درمان سرپائی وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می‌گردد که امکانات ارائه خدمات درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان را داشته باشد.
- مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد: به مکانی اطلاق می‌شود که امکانات ارائه خدمات درمان، سم‌زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمان‌های غیردارویی را به صورت بستری برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان داشته باشد.
- مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می‌شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می‌کند. رویکرد اصلی در این مرکز، سم‌زدایی (بازگیری) به همراه درمان‌های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار (معتادان بهبود یافته) برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روان گردان است.
- مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا: به مرکزی اطلاق می‌گردد که مددجویان بصورت داوطلبانه برای مدت یک تا سه ماه در آن اقامت کرده و خدمات حمایتی دریافت می‌کنند. رویکرد اصلی این مرکز بر مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار به منظور پیشگیری از عود در افرادی است که مراحل سم‌زدایی (بازگیری) را گذرانده‌اند.
- مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC): مرکزی شبانه روزی (دوره‌های سه

تا شش ماهه) برای ادامه درمان و بازتوانی افراد وابسته به موادمخدر و یا روانگردان است. رویکرد مرکز تغییر رفتاری و شناختی می‌باشد که شامل: برنامه‌های خدمات روان شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه‌های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است.

- مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست: مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن بر اساس پروتکل‌های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده ۴۱ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر می‌باشد.
- مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری: مرکزی است که زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، خدمات درمانی و بهداشتی، خدمات مشاوره، آموزش، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، ایدز و سایر بیماری‌های قابل انتقال را به افراد داوطلب و مبتلا به بیماری‌های آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی، معتادان تزریقی، معتادان بی خانمان و خانواده‌های آنان ارائه می‌کند.
- مرکز کاهش آسیب: مرکزی است که به منظور کنترل و کاهش آسیب‌های معتادانی که قادر و حاضر به ترک دائم نیستند و رفتارهای پرخطری از خود بروز می‌دهند، تأسیس و اداره می‌گردد تا منجر به کنترل و کاهش آسیب‌های آنان به جامعه و سایر افراد و همچنین ترغیب آنها برای درمان شود (۱۹).

مرکز گذری : (DIC) (Drop-In-Center)

مکانی است که به معتادان دارای رفتارهای پرخطر، خدمات کاهش زیان ارائه می‌نماید (۱۴).

تیم امدادرسان سیار : (Outreach)

تیمی است حداقل دو نفره که به معتادانی که به مراکز مراجعه نمی‌کنند، خدمات کاهش زیان را ارائه می‌نمایند (۱۴).

مرکز سرپناه شبانه (Shelter)

مکانی است که به منظور کاهش زیان و برای اسکان موقت و شبانه معتادان دارای رفتار پرخطر و بی خانمان راه اندازی می‌شود (۱۴).

ارجاع

معرفی و یا اعزام بیمار، از هر یک از سطوح سه گانه پیشگیری، درمان و توانبخشی به سطحی دیگر و یا از مرکزی به مرکز دیگر ارجاع نامیده می‌شود. (۲۰)

خدمات و برنامه‌های جامع یا فراگیر:

ارزیابی و سنجش نیازها و ارائه کلیه خدمات لازم را که با توجه به نیازها در تمامی زمینه‌ها اعم از مداخلات مربوط به پیشگیری، درمان و توانبخشی و اقدامات حمایتی صورت می‌گیرد، خدمات و برنامه‌های جامع (فراگیر) می‌نامند. (۲۰)

اختصارات

CBI: Community Based Initiative
DALY: Disability Adjusted Life Years
NIDA: National Institute on Drug Abuse
SDH: Social Determinants of Health
WHO: World Health Organization
UNODC: United Nations Office of Drug and Crime
RSA: Rapid Situation Assessment
CBO: Community Based Organization
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD: International Classification of Diseases
MMT: Methadone Maintenance Treatment
BMT: Buprenorphine Maintenance Treatment
NGO: Non-governmental Organization
HIV: Human Immunodeficiency Virus

مفاهیم و مبانی نظری حمایت‌های اجتماعی

"حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله ای از منابع تعریف نمود. برخی از پژوهش‌گران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران مهم تعریف کرده‌اند. برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند. ساراسون (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصویری را در بر می‌گیرد. در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است." و یا یک شبکه اجتماعی^۱ که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند (۲۲). از نگاه حمایت‌گیرنده، حمایت‌های اجتماعی را درک فرد در مورد در دسترس بودن افرادی که فرد احساس می‌کند به او اهمیت می‌دهند و اطمینان از این که افرادی وجود دارند که بتوان در هنگام نیاز روی کمک آن‌ها حساب کرد که باعث ایجاد احساس خوشایند تعلق می‌شود تعریف می‌کنند (۱۰، ۲۱).

در مورد اثر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت دو مدل اساسی مطرح شده است. مدل اول که بر اساس فرضیه اثر تعدیل‌کننده^۱ (۲۳) حمایت‌های اجتماعی است و مدل دوم بر اساس فرضیه تاثیر مستقیم حمایت‌های اجتماعی بر سلامت است. مدل اثر تعدیل‌کننده حمایت‌های اجتماعی، این حمایت‌ها را در شرایط استرس‌زا و اضطراب در زندگی، بر سلامت موثر می‌داند؛ در حالیکه فرضیه تاثیر مستقیم، حمایت‌های اجتماعی را در همه‌ی شرایط، بر ارتقاء سلامت موثر می‌داند. در مورد تاثیر حمایت‌های اجتماعی بر درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد شاید بتوان فرضیه اثر مستقیم را در شروع مصرف، سوءمصرف و

۱. buffering hypothesis

شروع درمان و تداوم درمان موثرتر دانست و اثر تعدیل کننده را در بازتوانی و پیشگیری از عود موثرتر شمرد.

چندین فرضیه تاثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت و به ویژه سلامت روان را توضیح داده‌اند که ارتباط مستقیمی با سوءمصرف، درمان و بازتوانی از سوءمصرف مواد دارد. این فرضیه‌ها در مجموع به تاثیر حمایت‌های اجتماعی بر عواملی مانند استرس و غلبه بر آن^۱ که با عواملی مانند ارزیابی تطابقی^۲ و ادراک حمایت اجتماعی^۳ در ارتباط است، اثر تنظیم کنندگی ارتباط^۴ که بیشتر بر تصور و ادراک شخص از حمایت عاطفی و ارتباط اجتماعی تاکید دارد و حمایت اجتماعی در طول زندگی^۵ که بیشتر به نقش والدین در سنین اولیه عمر در ایجاد ادراک و تصور از حمایت در فرد، قدرت انطباق با محیط، مثبت بودن و اجتماعی بودن ارتباط دارد، می پردازد. بسیاری از عوامل فوق با عوامل خطر سوءمصرف مواد مانند بی سوادی، فقر و بیکاری ارتباط معکوس دارد(۲۴).

مطالعه مروری هوگان و همکاران به بررسی اثر بخشی حمایت‌های اجتماعی در ایجاد پیامد سلامت و ارتقاء آن می پردازد. او با استفاده از جستجوی الکترونیک ۱۰۰ پژوهش را در زمینه حمایت‌های اجتماعی برای ارتقاء سلامت و کنترل بیماری بررسی می کند و به ارزیابی انواع حمایت‌های ارائه شده و اثر بخشی این حمایت‌ها در بهبود افراد در بیماری‌های متفاوتی مانند سرطان، سوءمصرف مواد و غیره می پردازد و نهایتاً نتیجه گیری می نماید که حمایت‌های اجتماعی در بهبود این بیماری‌ها اثر بخش است(۲۵).

چهار نوع عملکرد برای حمایت‌های اجتماعی بیان می شود که عبارتند از:

- حمایت عاطفی: عبارت است از همدلی، محبت، عشق، اعتماد، پذیرش، صمیمیت، تشویق و یا مراقبت (۲۶-۲۷) که به فرد اطمینان می دهد او ارزش دارد(۲۶).
- حمایت مشهود: عبارت است از ارائه کمک‌های مالی، کالاهای مادی و یا خدماتی که افراد به طور مستقیم دریافت می نمایند(۱۶).
- پشتیبانی اطلاعات: عبارت است از ارائه مشاوره، راهنمایی، پیشنهاد و یا اطلاعات مفید برای حل مشکل افراد(۲۸-۲۹).

۱. Stress and coping

۲. adaptive appraisal

۳. perceived social support

۴. Relational regulation theory

۵. Life-span

• پشتیبانی مصاحبت: نوعی از حمایت است که به فرد حس تعلق اجتماعی می‌دهد که می‌تواند در قالب حضور و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی باشد. همچنین در برخی از منابع، حمایت‌های اجتماعی را به حمایت‌های ذهنی یا ادراک شده (که در تصور فرد است) و حمایت‌های دریافت شده (که فرد عملاً آنرا دریافت می‌کند) تقسیم‌بندی می‌کنند (۲۹).

حمایت‌های اجتماعی را به دو صورت می‌توان اندازه‌گیری کرد؛ از نظر "حمایت ساختاری" و "حمایت عملکردی"، که یکپارچگی اجتماعی نیز نامیده می‌شود. حمایت ساختاری به میزان مشارکت فرد و عضویت او در شبکه‌های اجتماعی اشاره دارد. مانند روابط اجتماعی، روابط خانوادگی، دوستان و عضویت در کلوپ‌ها، سازمان‌ها و تشکل‌های مختلفی که به یکپارچگی اجتماعی کمک می‌کنند. در حالیکه حمایت عملکردی به عملکرد خاصی که هر یک از اعضای شبکه‌های فوق برای فرد می‌تواند ارائه کند، مانند حمایت‌های عاطفی، ارائه اطلاعات و آگاهی و همراهی گفته می‌شود (۳۰).

هدف اصلی از خدمات حمایتی و حمایت‌های اجتماعی، توانمندسازی افراد برای زندگی مستقل و مشارکت در حیات جامعه است (۳۱).

در واژه‌ی حمایت اجتماعی این مفهوم نهفته است که جامعه برای مقاصد انسان دوستانه و بهبود شرایط یک فرد، منابعی را در اختیار او می‌گذارد تا در مقابل، فرد نیز بتواند به عنوان عنصری سازنده در ارتقاء جامعه سهیم شود.

نتیجه‌ی این امر، ایجاد احساس امنیت و اعتماد در فرد وابسته به مواد، به جامعه است.

در جوامع رو به توسعه، حمایت اجتماعی به فعالیت‌های معنی‌بخشی^۱ در زندگی شهروندان بیش از هر عمل دیگری مرتبط است و هر گونه اختلال در روابط معنی‌بخشی در واقع می‌تواند تقاضای مواد را افزایش دهد.

در ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی به افراد مبتلا همیشه این چالش مطرح است که چگونه این حمایت‌ها به گونه‌ای ارائه شود که از فردی که به دلیل ابتلا به سوء‌مصرف مواد در موقعیت نابرابر اجتماعی قرار گرفته است، یعنی از شرایط عادلانه اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی و غیره بر خوردار نیست و مورد انگ و تبعیض اجتماعی قرار گرفته است، حمایت نماید تا او بتواند دوباره به جامعه بپیوندد و امکان ادامه یک زندگی سالم در اجتماع را داشته باشد. از طرفی این حمایت‌ها در جوامعی که افراد سالم جامعه نیز از

۱. Meaning making

نابرابری و تبعیض‌های اقتصادی-اجتماعی رنج می‌برند، به عنوان مشوقی برای افرادی که به سوءمصرف مواد روی آورده‌اند، در نظر گرفته نشود. چالش دیگری که در این تضاد قرار دارد، این است که از سوئی جامعه باید حمایت خود را از افراد سالم اجتماع در اولویت قرار دهد و تلاش کند با در امان نگه داشتن جامعه از آسیب‌های رفتاری معتادان، شرایط مناسب را حفظ کند، و از سوی دیگر افراد مبتلا و خانواده آنان، که بسیاری قربانی شرایط حاکم اجتماعی هستند، حمایت لازم برای درمان و بازگشت به جامعه را دریافت دارند.

در حمایت اجتماعی، ایجاد اعتماد متقابل و امنیت دو طرفه، هدف تلقی می‌شود. به این ترتیب حمایت اجتماعی به منظور توانمند سازی دو طرفه ی فرد و جامعه، انجام می‌شود تا طی آن فرد و جامعه قدرت اجرای خواسته‌های عملکردی خود را داشته باشد و مسئولیت آن را نیز بپذیرند .

نتیجه گیری اینکه:

- حمایت اجتماعی بایستی در مسیر باز توانی و برای توانمند سازی و مسئولیت پذیری مبتلا و جامعه انجام شود.
- در حمایت‌های اجتماعی فرد با عملکرد خود موجب اعتماد متقابل شده و مناسبات صحیح و منطقی حاکم بر جامعه نیز موجب ایجاد اعتماد متقابل فرد را فراهم می‌سازد. امنیت و اعتماد دو طرفه، عامل اولیه و نتیجه ی نهایی حمایت اجتماعی در مسیر توانمند سازی است.
- شواهد علمی بایستی نشان دهد که حمایت اجتماعی که انتخاب می‌کنیم، چگونه منجر به کاهش رفتار اعتیادی می‌شود.

تاثیر حمایت‌های اجتماعی بر چرخه درمان و باز توانی سوءمصرف مواد در مدل ذیل توضیح داده شده است. در این چرخه نشان داده شده است که چگونه نهاد های اجتماعی مانند خانواده، مدارس و دانشگاه ها، موسسات و قوانین مدنی، عوامل فرهنگی و اجتماعی در یک جامعه با عملکرد صحیح خود می‌توانند نقش پیشگیری کننده از سوءمصرف مواد را بازی نمایند و چگونه فقدان و یا ضعف عملکرد هر کدام از این نهاد ها، می‌تواند منجر به شیوع بیشتر سوءمصرف مواد شود. خانواده نابسامان و از هم پاشیده، فقر و بیسوادی، تبعیض و نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سیاسی، ضعف ارتباطات اجتماعی و تبعیض که منجر به عدم توانمندی افراد در یادگیری مهارت‌های زندگی سالم و سازنده می‌شود، همه از عوامل خطر و مستعد کننده سوءمصرف مواد در افرادی هستند که زمینه

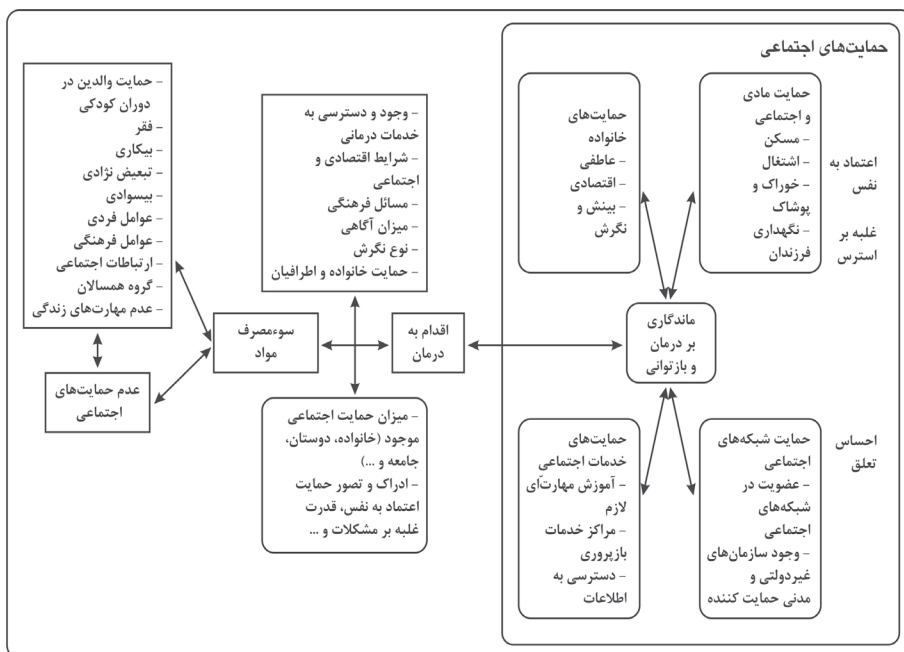
فردی و شخصیتی ضعیفی دارند. از طرفی برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نیز وجود حمایت‌های اجتماعی خانوادگی، وجود ارتباطات اجتماعی مناسب و فرهنگ همراهی در اجتماع به جای فرهنگ طرد و تبعیض، عملکرد صحیح موسسات در فراهم آوردن خدمات مناسب و در دسترس درمانی و آگاهی بخشی مناسب از وجود این خدمات، وجود شبکه‌های فعال اجتماعی و مدنی که بتواند پذیرای این افراد و یا افراد تحت سرپرستی این افراد باشد، وجود منابع دقیق، موثر و در دسترس برای کسب اطلاعات صحیح و حمایت‌های مادی و قابل مشاهده مانند سرپناه، اشتغال و یا تحصیل مخارج یومیه، می‌تواند آغاز به درمان را تسریع و فرایند درمان را توأم با موفقیت نماید.

به طور خلاصه می‌توان گفت که حمایت اجتماعی:

- ایجاد قابلیت و مهارت در فرد برای رفتار اجتماعی مولد است.
- ایجاد قابلیت در خانواده برای افزایش مهارت مداوا (پیشگیری از ابتلای سایر افراد) و حمایت از درمان است.
- ایجاد قابلیت در اجتماع برای برچسب زدایی و توانایی باز جذب فرد است.

می‌توان موارد ذیل را از مصادیق حمایت‌های اجتماعی دانست:

- شبکه افراد سالم
- اوقات فراغت
- خدمات در دسترس (مثلا مشاوره، خطوط تلفنی یا اینترنتی راهنما...)
- کسب در آمد
- ایجاد فرصت
-



شکل ۱: مدل تاثیر حمایت‌های اجتماعی بر چرخه درمان و باز توانی سوء مصرف مواد

اصول ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی

ارائه دهندگان خدمات باید برای ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی اصول زیر را مدنظر قرار دهند.

۱. توجه به اصل کرامت و شرافت نوع انسان و رعایت حقوق و احترام به بیمار در همه ی مراحل درمان، ارائه حمایت و باز توانی می‌تواند به احساس عزت نفس و حمایت گیری مثبت بیمار و مددجو کمک نماید و به بهبود پیامد درمان منجر شود. باید ارائه دهندگان خدمات، این مفهوم را در تعاملات و ارائه خدمات به بیماران عملی سازند.
۲. توجه به توانمند سازی خانواده و تعالی آن (بازشناسی خطاهای دانشی و بینشی و اصلاح آن‌ها در فرایند درمان) یک اصل مهم در ارائه خدمات حمایتی به بیماران است
۳. مداخله خانواده در فرایند درمان باید تابع ضوابط درمانی قرار گیرد و تفکیک

- بین مسئولیت مراجع، درمانگر و خانواده روشن شود
۴. ارائه دهندگان خدمات باید آسیب‌های محتمل خانواده را شناسایی کنند و در برطرف کردن آن از طریق برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد علمی بکوشند
 ۵. بایستی در طرح درمان هر بیمار، نوع، روش و میزان حمایت بین بیمار، مراجع، درمانگر و خانواده و جامعه مشخص شود، زیرا گاهی اوقات ارائه حمایت نادرست موجب تخریب فرایند درمان می‌شود
 ۶. ارائه هر نوع خدمات حمایت‌های معنوی، عاطفی و دانشی و اطلاعاتی کمک موثری در فرایند ورود به درمان، ادامه درمان، پیامد مثبت درمان و ماندگاری بر درمان می‌نماید
 ۷. ارائه خدمات مشهود (مالی) حمایت‌های اجتماعی باید با توانمندسازی مناسب به منظور به کارگیری مناسب حمایت‌ها همراه باشد تا از هر نوع سوء استفاده پیشگیری شود
 ۸. تقویت و حمایت شبکه‌های خود یاری و شبکه‌های اجتماعی فعال در ارائه خدمات اجتماعی و مدنی می‌تواند زمینه‌ی مناسبی برای تغییر شبکه ناسالم اجتماعی به شبکه سازنده و سالم فراهم نماید
 ۹. با توجه به پیچیدگی خاص تقاضای مواد، اتخاذ یک رویکرد میان رشته‌ای و چند رشته‌ای در پرداختن به آن ضروری است
 ۱۰. توجه به فقر زدائی از طریق افزایش قابلیت فردی و ارائه امکان درآمدزایی و حمایت و آموزش مهارت‌های لازم، اصلی ضروری و پیش مقدمه توانمندسازی است.
 ۱۱. نوع حمایت‌های مورد نیاز برای هر فرد بستگی به شرایط فردی و اجتماعی افراد دارد و باید به صورت تک دوزی شده به افراد ارائه شود. لذا بررسی و ثبت دقیق شرایط فردی و اجتماعی بیماران و مددجو برای طراحی برنامه حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز ضروری است
 ۱۲. در ارائه خدمات حمایتی باید به مسائل حساسیت برانگیز فرهنگی و قومی توجه نمود
 ۱۳. اصلاح و روز آمد سازی برنامه‌های حمایت اجتماعی در سطح فردی، خانوادگی، محیط‌های تحصیلی، محیط‌های کار، بخش‌های راهبردی نظیر رسانه‌ها و اجتماعات محلی و جامعه‌ی عمومی، بر اساس شواهد روزآمد لازم است.

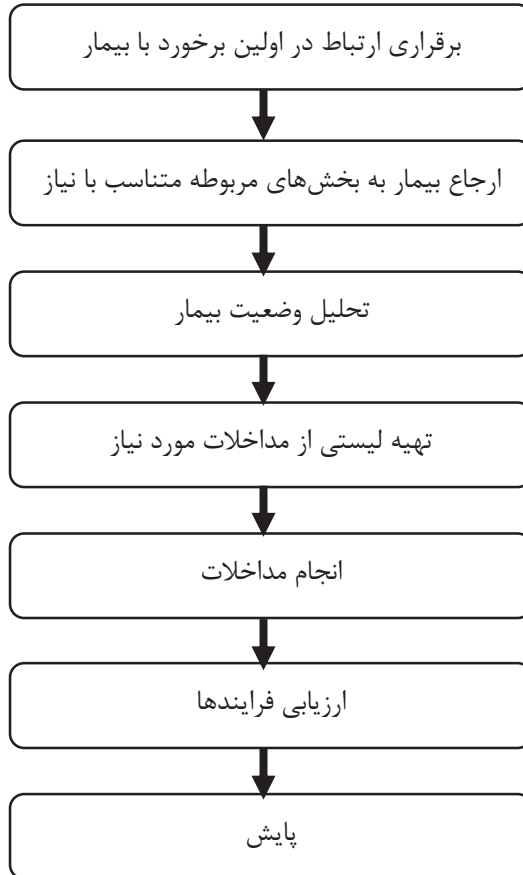
۱۴. خدمات حمایتی باید به صورت پیوستاری از حمایت‌های همه جانبه و در یک بازه زمانی که به توانمند سازی فرد و بی نیازی او از حمایت منجر شود ارائه گردد.

۱۵. ۱۳. اقدامات بازاریابی اجتماعی برای افزایش پذیرش خدمات کاهش تقاضا و کمک به بازپذیری اجتماعی برای عموم جامعه از جمله اقدامات لازم است

۱۶. ارائه خدمات حمایتی باید از همان ابتدای اولین ارتباط با بیمار شروع و در طول درمان و بعد از آن ادامه یابد. گام‌های لازم برای این حمایت شامل موارد زیر است:

- برقراری ارتباط در اولین برخوردها با بیمار،
- ارجاع بیمار به بخش‌های مناسب خدمات مشاوره‌ای - روانشناسی، مددکاری، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و غیره، برای بررسی وضعیت نیازهای حمایتی بیمار
- تحلیل وضعیت بیمار و نیاز سنجی
- تهیه لیستی از مداخلات و اقدامات مورد نیاز در همه مراحل درمان و پس از درمان
- انجام مداخلات
- ارزیابی فرایندها
- پایش مرحله ای وضعیت بیمار

گام‌های ضروری در نظام حمایت از بیمار



شکل ۲: گام‌های ضروری در نظام حمایت از بیمار

منبع: Van de Straat, Gemeente Amsterdam 2007

روش‌های بررسی شرایط فردی و اجتماعی و حمایت‌های مورد نیاز

تعیین نوع حمایت و تک دوزی حمایت‌های مورد نیاز هر فرد بر اساس بررسی دقیق و تشخیص شرایط ویژه فردی و اجتماعی هر فرد است. بررسی دقیق و تشخیص شرایط ویژه فردی و اجتماعی هر فرد باید مبتنی بر اطلاعات دقیق باشد. این اطلاعات از منابع مختلف به دست می‌آید و در بسیاری موارد باید منابع اطلاعاتی متفاوتی را برای انجام

تشخیص وضعیت مورد استفاده قرار داد. جمع آوری اطلاعات باید توسط تیمی از متشکل از روانشناس، مددکار اجتماعی و پزشک عمومی (تیم ارزیابی و پذیرش) انجام پذیرد و اطلاعات باید به دقت ثبت و نگهداری شود. برای انجام ارزیابی و بررسی صحیح و با کیفیت خوب، تیم ارزیابی و پذیرش باید رابطه صمیمانه و خوبی با بیمار برقرار سازند، نگرش تحقیر آمیز، به چالش کشیدن، مخالفت بیش از حد و غیره می‌تواند ارتباط خوب را کاهش دهد. در تفسیر نتایج بررسی و ارزیابی باید به عوامل فرهنگی-اجتماعی که ممکن است در فرایند ارزیابی و تفسیر نتایج تاثیر نماید، توجه نمود. همچنین بررسی و ارزیابی مجدد می‌تواند به عنوان یک شاخص در فرایند اثر بخشی درمان مورد استفاده قرار گیرد. منابع اطلاعاتی مورد نیاز در بررسی و ثبت شرایط بیمار را می‌توان به شرح زیر بیان نمود.

۱. مشاهده دقیق شامل:

- حالات وضعیت جسمانی، رفتاری و ظاهری
- بازدید از محل زندگی
- در صورت نیاز بازدید محل کار بیمار

۲. مصاحبه و گفتگو با بیمار شامل موارد زیر:

- وضعیت سلامت جسمی،
- وضعیت امرار معاش،
- وضعیت مسکن،
- وضعیت خانوادگی،
- روابط با اطرافیان، شبکه دوستان و شبکه حمایت اجتماعی،
- سبک زندگی،
- مسائل حساسیت برانگیز فرهنگی،
- تاریخچه و سوابق قبلی خانوادگی و سلامتی،
- وضعیت سلامت روان و عقاید فرد
- سطح تحصیلات،
- نیازهای خودپندار بیمار

- موارد احتمالی خشونت و سوء استفاده جنسی و غیر جنسی
 - اختلالات تغذیه
 - موانع بر شروع و ادامه درمان مانند ایاب و ذهاب و یا فرزندان تحت سرپرستی و یا مخالفت خانواده،
 - تفریح و اوقات فراغت و علائق
 - سابقه ی بیماری (نوع ماده، نوع مصرف و میزان مصرف) قبلی درمان و عود مجدد بیماری
 - سابقه برخوردهای قضائی و انتظامی
 - افراد مهم و تاثیر گذار
 - مفهوم و نیاز های درمانی و حمایت‌های مورد پسند فرد از نظر خود فرد
- موارد زیر نمونه‌ای از سوالاتی را که می‌توان با توجه به شرایط در مصاحبه با بیمار مطرح نمود، است.
- مسائل مربوط به سلامت جسمی مانند بستری شدن در بیمارستان و علت آن، انجام تست عفونت با ویروس انسانی کمبود ایمنی و نتیجه آن، سابقه مصرف دارو و درد، واکسیناسیون برای هپاتیت، سابقه بیماری های عفونی، بیماری‌های جنسی (سفلیس و ...)، سابقه معاینات سلامت جنسی،
 - مسائل مربوط به سلامت روانی سابقه ابتلا و یا بستری شدن به دلیل افسردگی، سایر بیماری‌های روانی
 - سابقه مواجهه به خشونت جسمی - جنسی، اجتماعی، اقتصادی، اجتماعی و روانی در حال و کودکی
 - وضعیت تغذیه، علائم و یا سابقه سوء تغذیه، غذاهای معمول مورد مصرف، غذاهای مورد علاقه، اطلاعات فرد در مورد علم تغذیه، مهارت غذا پختن و امکان غذا پختن
 - سابقه روابط جنسی محافظت نشده، شرکای جنسی، آزار جنسی، آزار رسانی جنسی، روابط جنسی به عنوان وسیله تامین معاش
 - سوال درباره خانواده و خانواده گسترده ، نوع رابطه با پدر و مادر، همسر،

- فرزندان، نوع حمایت‌هایی که از آن‌ها دریافت می‌کنید، وجود افرادی که اگر بیماری جدی پیش بیاید، می‌تواند مورد تماس قرار بگیرد.
- در مورد نحوه فعالیت‌های روزانه، مثل برنامه روزانه یا کاری که هر روز به طور روتین انجام می‌دهد، تعداد و زمان و نظم وعده‌های غذایی، کارهای خاصی روزانه، فعالیت‌های لذت بخش تر، فعالیت‌های لذت بخشی را در گذشته داشته و رها کرده
 - سوابق برخورد‌های قضائی و انتظامی مانند سوابق دستگیر شدن، سابقه محکومیت (علت و مدت)، سابقه ترک و یا مصرف مواد در زندان، سابقه مصرف مواد در مرخصی،
 - وضعیت مسکن مانند وضعیت کنونی مسکن، سابقه بی‌خانمانی، دسترسی به سرپناه، وضعیت برآورده شدن نیاز به غذا، تغییر در وضعیت مسکن و سرپناه از گذشته تا حال و علت آن
 - در مورد زنان همچنین باید سوالاتی از قبیل سابقه بارداری، تعداد فرزندان، سابقه سقط جنین، مشکلات دوران بارداری، مشکلات تنظیم خانواده و میزان دانش در مورد آن، سابقه دریافت آموزش دوران بارداری، آگاهی از بهداشت کودک و واکسیناسیون.
- مصاحبه و گفتگو با خانواده بیمار شامل موارد زیر:
- روابط خانوادگی و میزان حمایت خانواده از مبتلا،
 - مشکلات رفتاری و آزار و اذیت فرد مبتلا به فرزندان و خانواده،
 - مسائل حساسیت برانگیز فرهنگی،
 - تاریخچه و سوابق قبلی خانوادگی و سلامتی و دوران کودک مبتلا،
 - سابقه بیماری‌های جسمی حاد و یا روانی،
۳. سوابق پزشکی و بیماری‌های توأم در صورت موجود بودن
 ۴. در صورتی که فرد تحت درمان قبلی بوده، دریافت اطلاعات سابقه درمان قبلی از ارائه‌کنندگان خدمات
 ۵. انجام آزمون‌های غربالگری مختلف مخصوصاً شامل موارد زیر: (ضمیمه)
- (انجام آزمون با رضایت مراجع انجام می‌شود به جز مواردی که مربوط به

شرایط قانونی و یا راهنماهای سازمانی است که عدم انجام آن باید مدیریت شود و نتایج عدم پذیرش به صورت همدلانه‌ای به مراجع اطلاع داده شود.

- آزمون‌های سلامت معنوی،
- آزمون سوء استفاده جنسی
- آزمون سابقه تروما (آزدگی جدی روانی)،
- آزمون شدت سوء مصرف مواد،
- آزمون سلامت روانی،
- آزمون حمایت‌های اجتماعی،
- آزمون مهارت‌های اجتماعی

راهنمای حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوء مصرف مواد

مقدمات

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایندی است که منجر به اعتیاد (شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوء مصرف، و وابستگی) می‌شود. به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل شدن کسانی که هرگز مواد مصرف نکرده‌اند به کسانی که گرایش به مصرف دارند، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان آزمایشی، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان گاهگاهی، و از تبدیل این افراد به سوء مصرف‌کنندگان، و از تبدیل شدن این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد، جلوگیری شود (۱۷). بقیه این فرایند از وابستگی به بعد، شامل الگوهای پرخطر (مثل تزریق)، تشدید افت کارکردهای اجتماعی و خانوادگی (بی‌خانمانی) و مرگ، موضوع این بخش نیست.

از سال ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدی که برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد تقسیم بندی می‌کرد، به وجود آمد. در این تقسیم بندی به سه سطح پیشگیری وجود دارد که عبارتند از «همگانی^۱»، «انتخابی^۲» و «موردی^۳» (۳۲-۳۳).

پیشگیری همگانی، جمعیت عمومی - مثلاً همه مردم یک کشور یا محله یا همه دانش‌آموزان یا همه نوجوانان - را بدون هیچ گونه غربالگری دربرمی‌گیرد و اقدامات پیشگیرانه را در مورد همه به کار می‌گیرد.

پیشگیری انتخابی صرفاً در گروه‌های پرخطر مثلاً دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی یا شبکه دوستان ناباب دارند، اجرا می‌شوند. پیشگیری انتخابی کل یک زیرگروه پرخطر را هدف می‌گیرد و به درجه خطر متفاوت هر

۱. Universal
۲. Selective
۳. Indicated

یک از اعضای آن زیر گروه کاری ندارد و آن را به طور خاص و بیش از صرف عضویت فرد در آن زیر گروه نمی‌سنجد: یکی از اعضا ممکن است صرف‌نظر از عضویت در آن زیر گروه از جهت سایر عوامل خطر به هیچ وجه در معرض خطر نباشد و دیگری ممکن است حتی دچار سوءمصرف مواد هم شده باشد.

پیشگیری موردی، بر آن دسته افرادی متمرکز است که گرچه هنوز ملاک‌های تشخیص اعتیاد در آنها وجود ندارد، ولی اولین نشانه‌های نگران‌کننده آن مثل افت نمره‌ها و مصرف سیگار و الکل و ارتکاب سایر رفتارهای مشکل‌زای مرتبط با اعتیاد در آنها رخ داده است (۱۷). این مداخلات بر عوامل خطر فردی، نه محیطی، مثل اختلال سلوک و فاصله گرفتن از والدین و مدرسه و هم‌تایان مثبت متمرکزند (۳۳).

در پیشگیری باید چهار جنبه اصلی «زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی و معنوی» در زمینه اعتیاد مورد توجه قرار گیرد و بر تقویت عوامل محافظ و پیشگیری از عوامل خطر تاکید نماید. حمایت‌های اجتماعی می‌تواند نقش اساسی در ایجاد عوامل محافظ اجتماعی و روان‌شناختی بازی کند.

تحلیل وضعیت

غنی‌سازی جامعه و تقویت روابط سالم و سازنده اجتماعی از طریق تقویت حمایت‌های اجتماعی و افزایش سرمایه‌های معنوی می‌تواند نقش اساسی در پیشگیری عمومی از سوءمصرف مواد داشته باشد.

نظرخواهی از صاحب‌نظران و تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی در ایران (ضمیمه ۲) نشان داد که نشانه‌های خوبی از حمایت‌های اجتماعی در شرایط کنونی جامعه به چشم نمی‌خورد. احساس بی‌پناهی، بی‌اعتمادی و تنهایی در سطح جامعه رو به گسترش است، تفریحات سالم و برنامه‌های شاد و لذت‌بخش برای جوانان کم است. هر چند از دیرباز در ایران فرهنگ دیرپای حمایتی خانواده و روابط خانوادگی و قومیتی گسترده اجتماعی وجود داشته که نکته قوت و حمایت افراد جامعه بوده، اما اکنون این نظام حمایتی دچار آسیب شده است و لازم است برای جبران آن، جامعه تلاش‌هایی نه تنها در جهت احیای این نظام دیرپا نماید که جایگزین‌هایی نیز برای آن پیش‌بینی نماید.

همچنین در قوانین مرتبط، حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد پس از درمان در نظر گرفته شده است و حال آنکه حمایت‌های اجتماعی برای پیشگیری و در حین درمان

نیز بسیار ضروری است. همچنین حمایت‌های اجتماعی در ایران بیشتر گرایش به ارائه حمایت‌های مشهود دارد و به توانمند سازی کمتر توجه می‌شود و برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی سوء مصرف مواد با سایر نظام‌های حمایت‌های اجتماعی کشور پیوند یا ارتباط تعریف شده نظام مند و سازمانی ندارند و و در ارائه خدمات پیوستار وجود ندارد.

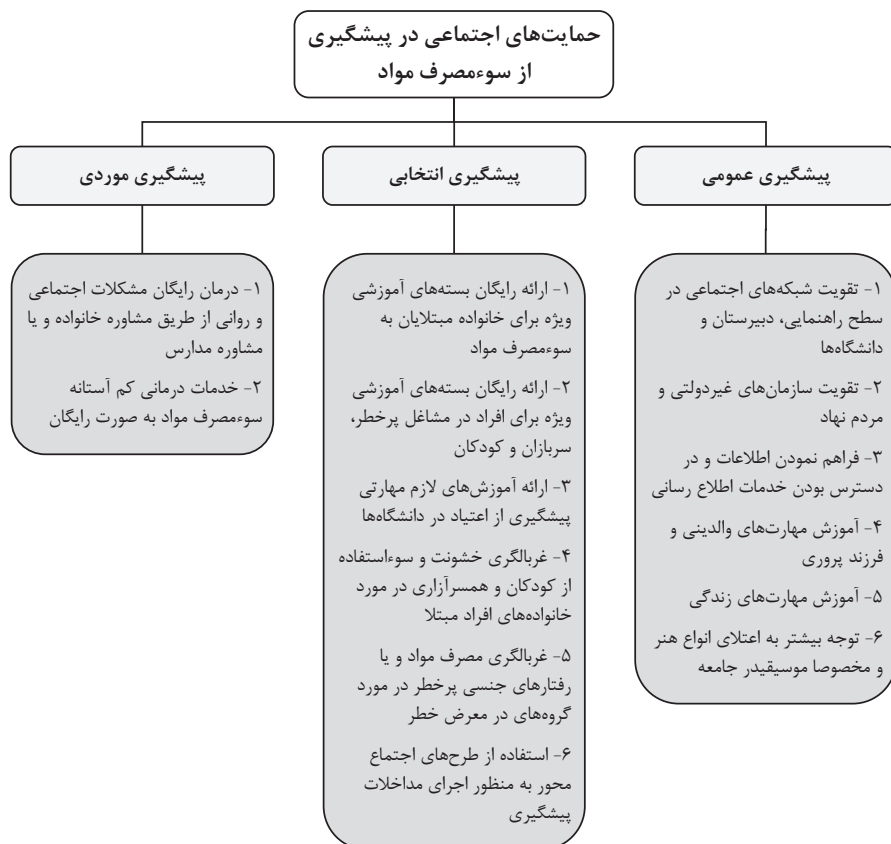
علی رغم وجود سنت، پیشینه فرهنگی و ارزش‌های حمایتی در جامعه ایرانی، سازمان‌ها و نهاد های حمایتی دچار کژکار کردی شده اند. مشارکت مردمی، انجمن های مردم نهاد، انجمن های تخصصی و علمی و نیز برنامه‌ها و مداخلات داوطلبانه و خیریه و دینی و معنوی در برنامه‌ها کم است و مداخلات بستر ساز، مداخلات غیر مشهود (یعنی مداخلاتی برای افزایش تعلق و همبستگی اجتماعی افراد) به صورت منسجم ارائه نمی گردند.

الگوی مناسبی برای برنامه‌های رسانه ایی وجود ندارد و از حداکثر پتانسیل رسانه‌ها در جهت ارائه حمایت اجتماعی های آموزشی و تشویق حمایت‌های اجتماعی اجتماع-محور و انگ‌زدائی در درون جامعه استفاده نمی‌شود .

در مدارس افراد آگاه ، دوره دیده برای برخورد مناسب و اثر گزار و کمک به افراد در معرض خطر وجود ندارد

در بسیاری از مواقع ایجاد شبکه‌های اجتماعی در سطح مدارس و دانشگاه ها با موانعی روبه رو است. و میزان حمایت و یا حتی مخالفت با آنها بستگی به سیاست‌های موسسه و مدرسه دارد. همچنین مداخلات گروه‌های غیر دولتی فعال در این بخش ضمن اینکه از ضعف‌های سایر سمن‌ها در ایران (نظیر وابستگی به دولت، عدم پایداری بلند مدت و...) رنج می‌برند، فاقد حداقل بنیه علمی و کارشناسی لازم می باشند. البته این بخش بار مغفول مانده توسط بخش دولتی یعنی حمایت‌های عاطفی و مصاحبتی را به دوش می‌کشد.

حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد



شکل ۳: نمای کلی خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد

حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری عمومی

به منظور پیشگیری عمومی از سوءمصرف مواد حمایت‌های اجتماعی زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱- تقویت شبکه‌های اجتماعی (هدفمند و سالم) در سطح راهنمایی، دبیرستان و دانشگاه‌ها

تحقیقات روی تکامل مغز نوجوانان نشان دهنده ارزش اقدامات متمرکز بر نوجوانان است. این تحقیقات نشان می‌دهند آن‌هایی که تا سن ۲۱ سالگی مواد مصرف نکرده باشند،

خیلی بعید است که از آن به بعد مبتلا به سوءمصرف مواد شوند. میزان روی آوردن به سوءمصرف مواد در دوران نوجوانی ۵ مرتبه سریع‌تر از بقیه دوران عمر است (۳۴).

در دوران نوجوانی، توانمندسازی نوجوانان برای مقابله با ناهنجاری‌های دنیای کنونی از جمله سوءمصرف مواد می‌تواند بسیار موثر باشد. ایجاد درک درستی از مفاهیم اساسی زندگی، دادن اطلاعات مورد نیاز برای یک زندگی سالم، آموزش مهارت‌های لازم و ایجاد تجربه خدمات اجتماعی، تقویت روح هنر دوستی و زیبایی‌طلبی، تقویت عزت نفس، احساس هدفمندی و مسئولیت و سایر صفات عالی‌ه انسانی می‌تواند کمک موثری به ادامه یک زندگی سالم و موفق در سال‌های آتی زندگیشان بنماید.

عضویت در یک شبکه اجتماعی با اهداف متعالی و سالم به افراد هویت اجتماعی می‌بخشد و نیاز آن‌ها را به احساس تعلق به یک گروه افراد و بودن با همسانان تقویت می‌کند. همچنین این شبکه‌ها اگر درست هدایت شوند می‌توانند نیروهای عظیم نوجوانان و جوانان را به فعالیت‌های سازنده اجتماعی سوق دهند و احساس مفید بودن و سودمندی را در آن‌ها ایجاد نمایند و بر عزت نفس آن‌ها بیفزایند. همچنین استفاده از عناصر روحانی و جنبه‌های تفریحی در این گروه‌ها و القاء مفاهیم و ارزش‌های مثبت اجتماعی مانند مفاهیم مسئولیت اجتماعی، کرامت و شرافت نوع انسانی و ارزشهایی مانند خدمت به دیگران، احترام به نظر جمعی و همکاری و نوع دوستی و یا فرصت‌های برای نشاط و تفریحات سالم جمعی مانند ورزش و کوهنوردی و شرکت در باشگاه‌های هنری و اجتماعی می‌تواند نقش موثر و سازنده‌ای در پیشگیری عمومی از سوءمصرف مواد بازی کند. مدارس، دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها باید نقش حمایتی از چنین شبکه‌هایی را داشته باشند اما در امور آن دخالت مستقیم و یا کنترل نداشته باشند تا تمایل افراد به عضویت و فعالیت در این شبکه‌ها کاهش نیابد و یا جو روابط حاکم بر این موسسات آموزشی، خدشه دار نشود.

۲- تقویت سازمان‌های غیر دولتی و مردم نهاد

تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های غیر دولتی که چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم به ارائه خدمات آموزشی، حمایتی و یا حتی به ایجاد شرایطی برای تفریحات سالم و یا مواردی مثل محافظت از محیط زیست و گردشگری، و یا برنامه‌های مذهبی-روحانی مانند سفرهای زیارتی و یا ارائه آموزه‌های اخلاقی و شهروندی می‌پردازند، می‌تواند در پیشگیری عمومی از سوءمصرف مواد موثر باشد.

۳- فراهم نمودن اطلاعات و در دسترس بودن خدمات اطلاع رسانی

فراهم نمودن اطلاعات صحیح و دقیق و روز آمد علمی در مورد مواد و سوءمصرف آن و همینطور اطلاعات و آموزش‌هایی که افراد را برای انتخاب‌های سالم در زندگی تشویق می‌نماید در پیشگیری از این سوءمصرف مواد موثر است. این گونه آموزش‌ها باید جزئی از برنامه رسمی مدارس و دانشگاه‌ها باشد. باید توجه نمود که رسانه ملی و سایر رسانه‌های جمعی نقش موثری را در این اطلاع رسانی بر عهده گیرند. ایجاد یک رسانه سلامت محور نیز می‌تواند نقش مهمی در این موضوع ایفاء نماید. وجود خطوط مشاوره تلفنی و آنلاین هم بسیار ضروری است. همچنین به اطلاع رسانی وسیع در مورد چنین آموزش‌ها و خدماتی باید توجه ویژه نمود. آگاهی بخشی به والدین در مورد علائم سوءمصرف مواد و هشدار به آن‌ها به منظور حفظ فرزندانشان از سوءمصرف مواد بسیار مهم است. تحقیقات در ایران نشان داده که ۵۵ درصد از والدین پس از گذشت ۵ سال از سوءمصرف مواد در فرزندان خود مطلع می‌شوند و این موضوع حکایت از عدم آموزش و آگاهی والدین دارد. (۳۵)

۴- آموزش مهارت‌های والدینی و فرزند پروری

افزایش حمایت در ۵ سال اول زندگی هر فرد می‌تواند در کاهش بروز سطح وسیعی از مشکلات مانند سوءمصرف مواد در آینده کودک موثر باشد (۳۶) باید تمام والدین جوان که به مراکز مراقبت‌های مادر و کودک مراکز بهداشتی درمانی عمومی مراجعه می‌نمایند، دوره مهارت‌های والدینی و فرزند پروری را بگذرانند.

دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل متحد راهنمای ویژه‌ای به منظور آموزش‌های مهارت‌های خانوادگی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد در سال ۲۰۰۹ تدوین کرده است. در این راهنما تاکید شده است که آموزش به خانواده باید مطابق ویژگی‌های جامعه هدف به توجه ویژه به سن و دوران زندگی بچه‌ها در خانواده و میزان آسیب پذیری خانواده باشد. بنا بر این تهیه مواد آموزشی باید بر اساس نیازسنجی و درک دقیق از موقعیت باشد. یک برنامه آموزشی موثر باید از تنوع و طول دوره کافی بر اساس ویژگی‌های جمعیت هدف برخوردار باشد، معمولاً این دوره‌های آموزشی برای کل جامعه ۴-۸ جلسه و برای خانواده‌های آسیب پذیر ۱۰-۱۵ جلسه خواهد بود. همچنین به منظور افزایش مشارکت خانواده‌ها در این برنامه‌ها باید تسهیلاتی از قبیل رفت و آمد و یا مراقبت از فرزندان در طول دوره کلاس در نظر گرفته شود و این آموزش‌ها در دوره‌های خاص زندگی مثل شروع

مدرسه رفتن فرزندان و یا ورود به مقطع جدید تحصیلی به آنان داده شود. برنامه‌های آموزشی باید مبتنی بر شواهد علمی طراحی شوند و حتما عواملی چون پایش و ارزشیابی در آن‌ها در نظر گرفته شود (۳۷).

۵- آموزش مهارت‌های زندگی

آموزش مهارت‌های زندگی باید به صورت جزئی از آموزش‌های رسمی مدارس و دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها درآیند. در این آموزش‌های بر توانمند سازی مخاطبین و تقویت عزت نفس و کرامت و حقوق انسان‌ها و همچنین روش‌های صحیح حل مساله باید توجه شود.

۶- توجه بیشتر به اعتلای هنر و مخصوصا موسیقی در جامعه

هنر و موسیقی به عنوان ابزاری برای بیان احساسات افراد می‌تواند تاثیر مثبتی بر ارتقاء زندگی سالم در جوانان و نوجوانان داشته باشد. تشویق، گسترش و اعتلای انواع هنر و ایجاد محیط‌های سالم هنری می‌تواند تاثیر به سزائی در ایجاد محیط سالم اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد داشته باشد.

حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری انتخابی

در پیشگیری انتخابی گروه‌های در معرض خطر شامل فرزندان و یا همسران مبتلایان به سوء مصرف مواد و یا کودکان بی سرپرست و یا بدسرپرست، افراد در مشاغل پرخطر، سربازان و کودکان خیابانی و زنان خیابانی قرار دارند. حمایت‌های اجتماعی برای پیشگیری انتخابی در مورد این افراد عبارتند از :

۱- ارائه بسته های آموزشی ویژه برای خانواده مبتلایان به سوء مصرف مواد

این آموزش‌ها باید شامل تقویت مشارکت خانواده در تشویق به شروع درمان و کمک به درمان فرد مبتلا، نحوه مقابله با مسائل و مشکلات خاص این افراد، توجه ویژه به آموزش مهارت‌های فرزند پروری و روش‌های حفظ فرزندان و همسر از خشونت‌های خانوادگی، روش‌های صحیح حمایت جوئی، نحوه تشخیص مسمومیت و بیش مصرفی و اقدامات لازم و نحوه پیشگیری از بروز مشکل در سایر افراد خانواده باشد.

۲- ارائه بسته های آموزشی ویژه برای افراد در مشاغل پرخطر، سربازان و کودکان

این آموزش‌ها باید به نحوی ارائه شود که بیشترین پوشش مخاطبین را فراهم سازد و در سطح فهم و درک مخاطبین طراحی شود. این بسته های آموزشی باید شامل اطلاعات دقیق علمی در مورد خطرات و عوارض سوءمصرف مواد و ارائه آموزش‌های مهارتی به منظور توانمندسازی افراد برای مقابله و تاب آوری در برابر وسوسه و فشار گروه همسان برای مصرف مواد باشد. همچنین روش‌های برخورد با بیش مصرفی و پیشگیری از زیان ناشی از خشونت‌ها و سوء استفاده افراد سودجو و نحوه حمایت‌گیری و آگاهی از کمک‌های قانونی و منابع حمایتی موجود باشد.

۳- آموزش مهارت‌های پیشگیری از اعتیاد در مراکز دانشگاهی

به دلیلی شیوع سوءمصرف مواد و مخصوصاً محرک‌ها در بین دانشجویان، بسته‌های آموزشی ویژه‌ای برای این قشر و به صورت تخصصی در مورد پیشگیری از سوءمصرف مواد و مخصوصاً محرک‌ها باید برای دانشجویان دانشگاه‌ها تدوین و در همه‌ی دانشگاه‌ها جزو آموزش‌های رسمی این دوره قرار گیرد. همچنین این دوره‌ها می‌تواند به آموزش مهارت‌ها و قابلیت‌های لازم برای توسعه نقش حمایتی و فرهنگ‌سازی دانشجویان در جامعه بپردازد و از نیروی عظیم این قشر جوان در ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی در جامعه استفاده نماید.

۴- غربالگری خشونت و سوء استفاده از کودکان و همسر آزادی در مورد خانواده‌های افراد مبتلا

بایستی فرزندان و همسر افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به طور عام مورد غربالگری برای بررسی خشونت‌های جنسی، جسمی و سایر انواع خشونت خانگی و غیر خانگی قرار گیرند. این غربالگری می‌تواند از طریق مصاحبه و پرسشنامه (ضمیمه) و یا با مشاهده وضعیت ظاهری و ارتباط طولانی مدت با خانواده بیمار توسط مددکار اجتماعی باشد. در صورت وجود موارد خشونت بسته به شدت مورد و یا تهدید موجود، باید به مراجع قضائی، بهزیستی و یا سایر سازمان‌های مردم‌نهاد و غیر دولتی که مخصوص حمایت از این افراد

طراحی شده اند، معرفی شوند تا مورد اقدامات حمایتی واقع شوند. در موارد مشاهده عدم تامین هزینه های ضروری خانواده و وجود مشکلات مالی و فقر شدید، این افراد باید به کمیته امداد امام خمینی و سایر مراکز دولتی و غیر دولتی تامین کننده حمایت مالی ارجاع شوند.

۵- غربالگری مصرف مواد و یا رفتارهای جنسی پرخطر در مورد گروه‌های در معرض خطر

بایستی غربالگری سوءمصرف مواد و یا رفتارهای جنسی پرخطر برای کلیه گروه‌های در معرض خطر شامل فرزندان و یا همسران مبتلایان به سوءمصرف مواد و یا کودکان بی‌سرپرست و یا بدسرپرست، افراد در مشاغل پرخطر، سربازان و کودکان خیابانی و زنان خیابانی به طور دوره ای انجام شود. موارد شناخته شده از مصرف مواد باید تحت دوره‌های آموزشی و یا مشاوره‌ای قرار گیرند و به شبکه‌های افراد درمان یافته و گمنام و یا سایر شبکه‌های اجتماعی معرفی شوند.

۶- استفاده از طرح های اجتماع محور به منظور اجرائی مداخلات پیشگیری

در محلات آسیب پذیر، اجرای طرح های اجتماع محور به منظور پیشگیری از سوءمصرف مواد و ایجاد مشارکت اجتماعی و توانمندسازی جامعه در طراحی و ارائه مداخلات مرتبط می‌تواند تاثیر به سزائی در پیشگیری از سوءمصرف مواد در بین مشارکت کنندگان و افرادی که مداخلات را دریافت می‌دارند، داشته باشد.

حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری مودی

در مورد افرادی که در معرض خطر سوءمصرف مواد قرار دارند مانند موارد مثبت یافت شده در غربالگری مصرف مواد در بین گروه‌های پرخطر ذکر شده در فوق و یا محصلین و جوانانی که ترک تحصیل می‌نمایند و یا دارای رفتارهای ضد اجتماعی هستند، باید خدمات پیشگیری شامل درمان مشکلات اجتماعی و روانی از طریق مشاور خانواده و یا مشاور مدارس انجام شود. همچنین در صورت نیاز این افراد باید برای دریافت خدمات درمانی کم آستانه سوءمصرف مواد به مراکز درمانی دولتی و یا خصوصی ارجاع شوند.

راهنمای حمایت‌های اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد

بررسی وضعیت موجود

سوء مصرف مواد یک بیماری قابل درمان و پیشگیری است و مداخلات موثر برای درمان و پیشگیری آن موجود است. بهترین نتایج وقتی حاصل می‌شود که یک رویکرد جامع و بین رشته‌ای (از درمان دارویی گرفته تا مداخلات روانی اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی) اتخاذ گردد (۳۸).

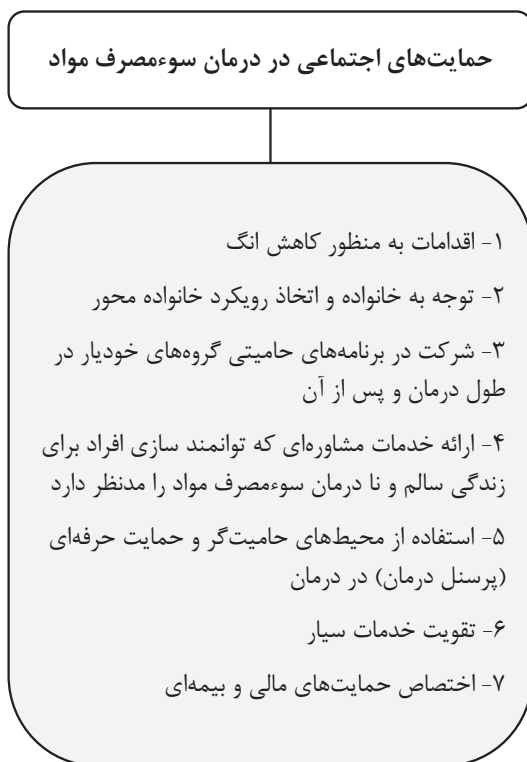
نظرخواهی از صاحب‌نظران و بررسی قوانین و مصوبات موجود در حوزه حمایت‌های اجتماعی در ایران که اساس تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی در ایران قرار گرفت (ضمیمه) نشان می‌دهد که هر چند حمایت‌های اجتماعی نقش مهمی در ورود به درمان و پیامد درمان بازی کند، اما متأسفانه در ایران حمایت‌های اجتماعی موجود پس از درمان و برای افراد بهبود یافته اختصاص یافته است و در این حوزه نیز بیشترین حمایت مربوط به حمایت‌های مشهود است و حمایت‌های غیر مشهود و اقتدار افزائی افراد کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

خدمات حمایتی ارائه شده تنوع کافی ندارد، تک دوزی شده و بیمار محور نیستند و نظارت و پایش مناسبی بر برنامه‌ها صورت نمی‌گیرد. از برنامه‌های مبتنی بر گروه‌های خود یاری، حمایت کافی قانونی، اجرایی، معنوی نمی‌شوند و منابع انسانی ماهر و متخصص در حوزه حمایت‌های اجتماعی سوء مصرف مواد بسیار محدودند. بسیاری از افراد نیازمند نیز از وجود این خدمات حمایتی بی اطلاع هستند و امکان دسترسی به آن را ندارند.

حمایت‌های اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد

برنامه‌ریزی برای نوع و نحوه ارائه خدمات حمایتی به بیمار مستلزم بررسی دقیق میزان برخورداری فرد از حمایت‌های اجتماعی خانواده و دوستان در بدو ورود به درمان است (ضمیمه).

سپس بر اساس میزان حمایت دریافتی و مهمترین منابع حمایت برای فرد و همچنین بر اساس ارزیابی دقیق شرایط اجتماعی-اقتصادی-خانوادگی و نیازهای فرد باید یکی و یا چند تا از حمایت‌های اجتماعی زیر با توجه به وضعیت هر فرد در درمان سوءمصرف مواد، مورد توجه قرار گیرد.



شکل ۴: نمای کلی حمایت‌های اجتماعی در درمان سوءمصرف مواد

۱- اقدامات به منظور کاهش انگ

انگ مصرف مواد در جامعه از طرفی سبب پیشگیری از سوءمصرف مواد در بین اقشار جامعه می‌شود و از سوی دیگر خود می‌تواند مانعی بر آغاز به درمان و ماندگاری در درمان باشد. باید به گونه ای با موضوع انگ سوءمصرف مواد، برخوردی دوگانه نمود که اولاً قبح اجتماعی مصرف مواد در جامعه کم نشود و ثانیاً در موقع ورود افراد به درمان انگ‌زدائی

صورت گیرد و دیدگاه حمایتی و همراهی اجتماعی جایگزین انگ شود. اقدامات انگ‌زدائی شامل دو دسته از اقدامات است:

- اقدامات فرهنگی و تغییر نگرش اجتماعی به درمان سوءمصرف مواد و انگ‌زدائی از مبتلایان به سوءمصرف مواد که اقدام به درمان می‌نمایند و رفع این تصور غلط اجتماعی که اعتیاد را غیر قابل درمان و فرد را حتی پس از بهبودی غیر قابل اعتماد و خطرناک تصور می‌کنند، بسیار مهم است. توجه به نقش رسانه‌ها و آموزش‌های رسمی و غیررسمی در فرهنگ‌خانه‌ها و توسط سازمان‌های مردمی و دولتی می‌تواند نقش موثری داشته باشد
- ادغام خدمات درمان سوءمصرف مواد در سایر خدمات درمانی و روانپزشکی می‌تواند نقش مهمی در کاهش انگ سوءمصرف مواد داشته باشد و اقدام داوطلبانه افراد را برای مراجعه به درمان را تسهیل و تقویت نماید

۲- توجه به خانواده و اتخاذ رویکرد خانواده محور

در مورد بیماری‌هایی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند، توجه به نقش خانواده در پیامد مثبت درمان ضروری است. آموزش خانواده، جلب مشارکت و راغب سازی خانواده، مشاوره و ارائه خدمات مددکاری در راستای حمایت از خانواده و درگیر نمودن آن‌ها در فعالیت‌های درمانی، خانواده درمانی از جمله برنامه‌هایی است که می‌تواند به افزایش حمایت خانواده منجر شود.

در صورت امکان و علی‌الخصوص برای زنان سوءمصرف کننده مواد، باید از رویکردهای خانواده محور استفاده نمود. شواهد نشان دهنده اثر بخشی رویکردهای خانواده محور در پیامد مثبت درمان نشان داده شده است. برنامه خانواده محور سازوکاری جامع می‌باشد که ماهیت جسمانی- روانشناختی اختلالات سوءمصرف مواد را مورد توجه قرار می‌دهد. این درمان خدمات اقامتی را برای توانمند ساختن والدین و فرزندان فراهم نموده تا آنها در خدمات درمانی جامع سوءمصرف مواد یک برنامه چند ماهه شرکت کنند. این برنامه که می‌تواند در محل خاص یا به صورت ارجاع به دیگر مراکز اجرا شود شامل: رویکرد جنسیت مدار، خدمات درمان ضربه ناشی از سوءمصرف مواد، خدمات مداخله ای اولیه کودکی، مشاوره خانواده، مراقبت مستمر، خدمات قانونی، مراقبت های بالینی، خدمات سلامت روان، آموزش مهارت‌های شیردهی، پیش دبستانی؛ فرزند پروری، مراقبت پیش از

زایمان، مراقبت از نوزاد، درمان سؤاستفاده جنسی، پیشگیری از عود، رفت و آمد، آموزش حرفه‌ای یا راهنمایی به سمت اخذ دیپلم و یا مدرک معادل آن است (۲۰).

۳- شرکت در برنامه‌های حمایتی گروه‌های خودیار در طول درمان و پس از آن

برنامه‌های حمایتی گروه‌های خودیاری و عضویت در گروه‌های مبتلایان گمنام می‌تواند نه تنها به بهبود پیامد درمان منجر شود بلکه به نیازهای افراد به مصاحبت و تعلق به یک گروه پاسخ دهد و جایگزین دوستان و اطرفیانی شود که ممکن است فرد را به مصرف مواد تشویق نمایند. هر چند که خود عضویت در این گروه‌ها اگر با مشاوره و نظارت مددکار و یا خانواده نباشد، به دلیل فراهم آوردن امکان آشنائی با افراد مصرف کننده تازه وارد در این گروه‌ها، منجر به بازگشت به مواد گردد.

۴- ارائه خدمات مشاوره‌ای که توانمند سازی افراد برای زندگی سالم و نه درمان سوءمصرف مواد را مد نظر دارد

توجه به توانمند سازی افراد و آموزش مهارت‌های زندگی و توجه به عزت نفس و کرامت انسانی باید در برنامه‌های مشاوره‌ای افراد، توسط روانشناس منظور شود.

۵- استفاده از محیط‌های حمایت گر و حمایت حرفه‌ای (پرستل درمان) در درمان

استفاده از محیط‌های حمایت گر مانند محیط‌هایی که به تقویت قوای روحانی افراد منجر می‌شود، جلسات گروهی که در آن افراد آزادانه به بیان نظرات و دیدگاه‌های خود راجع به این‌گونه مسائل می‌پردازند، آموزش مهارت‌های بهبودی پرورش حس شایستگی و ارتقای کیفیت زندگی توسط درمانگرانی که خود حمایت گر هستند، همه از جمله حمایت‌های اجتماعی است که می‌تواند به بهبود پیامد درمان منجر شود. درمان‌های اقامتی و جوامع درمانی می‌تواند نقش موثری در ایجاد محیط‌های حمایت گر ایفا کنند.

۶- تقویت خدمات سیار^۱:

برنامه خدمات سیار می‌تواند سبب ارتقاء آگاهی مبتلایان سخت در دسترس و یا افرادی که تمایلی به درمان ندارند، از اهمیت درمان سوءمصرف مواد شود. خدمات سیار باید شامل برنامه‌هایی برای تشویق به ورود به درمان سوءمصرف مواد و اتصال افراد به خدمات جانبی زیانکاهی مانند: خدمات خاص مقابله با خشونت، پیشگیری از خطر عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی و مداخله در بحران موثر، باشد.

۷- اختصاص حمایت‌های مالی و بیمه‌ای

بیمارانی که قادر به پرداخت هزینه درمان نیستند باید حمایت‌های مالی و بیمه‌ای برای درمان دریافت دارند. همچنین مسائل جانبی مانند مشکلات رفت و آمد به منظور درمان و یا نگهداری از فرزندان و معیشت خانواده باید مورد توجه قرار گیرد. جلب حمایت خیرین، کمک‌های مردمی و اوقاف به این منظور می‌تواند کمک موثری نماید.

در مواردی که اعطای وام بانکی جهت اشتغال بهبود یافتگان ضروری است، بایستی قوانین مربوط به تامین ضمانت مالی برای بانک‌ها مورد بازبینی قرار گیرد و حمایت‌های لازم توسط سازمان‌های ذیربط انجام شود.

راهنمای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان سوء مصرف مواد

در اعتیاد، بازگشت به معنی سوء مصرف مجدد ماده ایست که فرد قبلاً به آن وابسته بوده، به نحوی که علائم وابستگی مجدداً ایجاد شود. عود یکی از چالش‌های اساسی درمان وابستگی به مواد است که تیم درمان باید احتمال وقوع آن را در نظر بگیرد و خانواده را نیز برای رو به رو شدن با آن آماده نماید. عود را بازگشت کامل یا بازگشت به سطح مصرف قبلی مواد بعد از یک دوره پرهیز یا مصرف متوسط نیز تعریف می‌کنند. لغزش، اولین مصرف مواد بعد از یک دوره پرهیز تعریف می‌شود. لغزش می‌تواند به سرعت متوقف شده یا منجر به عود کامل شود، تأثیرات اولین لغزش با واکنش‌های شناختی عاطفی بیمار میانجی‌گری می‌شود (۳۲).

در ادبیات وابستگی و مصرف مواد به طور کلی دو دیدگاه در مورد عود وجود دارد: رویکردهای سنتی که عود را یک حالت پایان^۱ و معادل پیامد منفی شکست درمان مفهوم سازی می‌کنند. اما در مدل‌هایی که بر مبنای الگوی زیستی - روانی - اجتماعی و نظریه‌های شناختی - رفتاری و اجتماعی استوارند، عود یک فرایند انتقالی^۲ یا گذار تلقی می‌شود که با وقوع یک سری از اتفاقات در طی زمان آشکار می‌گردد. در حقیقت عود حاصل اختلال فزاینده‌ای است که به تدریج آغاز و با به هم خوردن تعادل عاطفی - جسمانی فرد منتهی به مصرف مجدد مواد می‌گردد. در این میان عوامل اجتماعی نقش عمده‌ای در بازگشت به مواد و یا ماندگاری بر درمان بازی می‌کنند. بر اساس مطالعات متعددی که نتایج تقریباً مشابهی داشته‌اند، نشان داده شده است که شرایط اجتماعی فرد، در بازگشت او به بیماری مؤثر است، همچنان که عوامل خطر و محافظ اجتماعی در پیدایش اولیه بیماری مداخله جدی داشته است (۳۹-۴۰). تغییر شبکه‌ی اجتماعی از افراد دارای رفتارهای اعتیادی و سوء مصرف مواد با شبکه‌ی افراد سالم، تقریباً همه جا مورد تأکید قرار گرفته است.

۱. Endstate

۲. Transitional process

خدمات درمانی نیز از عوامل اجتماعی است که در میزان عود مؤثر است. در صورتی که دسترسی به خدمات مناسب کم باشد (متناسب با نیاز و شرایط بیمار نباشد)، احتمال کاهش رابطه‌ی درمانی افزایش یافته و احتمال عود بالا می‌رود.

انگ و طرد اجتماعی از طریق پس زدن فرد به شبکه‌ی ناسالم، عزت نفس پایین و باورهای غیر اجتماعی، عدم امکان ایجاد دسترسی به خدمات درمانی و تجربه‌ی زندگی سالم، عدم امکان دستیابی به موفقیت و تقویت احساس "حق به جانب بودن" بیمار، امکان عود را بالا می‌برد.

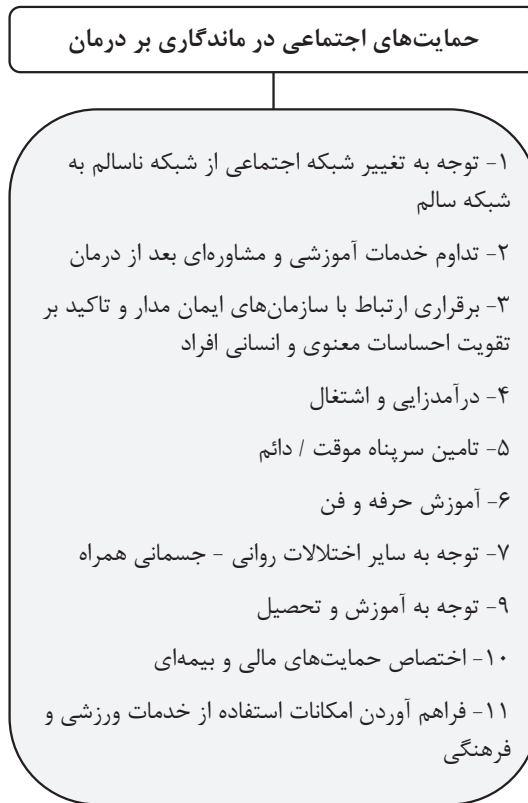
هنجارهای نامناسب محیط اجتماعی فرد، تغییر رفتار را برای وی مشکل می‌سازد و انگیزه‌ها را در او می‌کاهد. محیط‌های اجتماعی که معنویت و اخلاق را مورد توجه قرار نمی‌دهند، افراد جامعه‌ی خود را از دریافت احساس بی‌کرامتی و امکان موفقیت مستدام (با رفتار اخلاقی و معنوی) محروم کرده، موجب امکان مصرف مواد یا عود را فراهم می‌کند.

بررسی وضعیت موجود

نظرخواهی از صاحب‌نظران و بررسی قوانین و مصوبات موجود در حوزه حمایت‌های اجتماعی در ایران که اساس تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی در ایران قرار گرفت (ضمیمه) نشان می‌دهد که هرچند که برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی اعتیاد مثل آموزش فنی و حرفه‌ای و یا اعطای وام مسکن و کمک به اشتغال در ایران در مقایسه با کشورهای منطقه به مراتب توسعه یافته‌تر است، اما اولاً ارائه این نوع حمایت‌ها تخصصی و بر حسب نیاز و شناخت بازار اشتغال نبوده و ثانیاً به نسبت میزان نیاز، بسیار محدود ارائه می‌شود. یارانه‌های اختصاص داده شده به درمان اعتیاد محدود است و با شاخص‌های مناسبی توزیع نمی‌شوند و بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی توازن نسبی وجود ندارد. در این حوزه مداخلات دولتی عموماً به حمایت‌های مشهود مالی (مثل اعطای یارانه‌های درمانی و وام‌های اشتغال) و تاحدودی حرفه‌آموزی محدود می‌گردد که عمدتاً از مبنای علمی و کارشناسی برخوردار نیستند و توسط متخصصین علوم مرتبط با بازتوانی و توانمندسازی آسیب‌دیدگان روانی-اجتماعی، برنامه‌ریزی و هدایت نمی‌شوند. مداخلات بستر ساز، مداخلات غیر مشهود (یعنی مداخلاتی برای افزایش تعلق و همبستگی اجتماعی افراد) به صورت منسجم توسط بخش دولتی یا در مراکز دولتی ارائه نمی‌گردند. به این ترتیب فرد در حال بهبودی (یا خانواده وی) بجای آنکه تحت مدیریت واحد، مجموعه منظم و برنامه‌ریزی شده‌ای از حمایت‌ها را دریافت کند، بنا به شرایط و به میزان دسترسی به

امکانات و یا میزان علاقه مندی گروه‌های فعال در این حوزه، از این مداخلات استفاده می‌کند. به منظور اثربخشی حمایت‌های مشهود، باید هماهنگی‌های بین بخشی و ارزشیابی برنامه‌ها تقویت شود و کیفیت برنامه‌ها و مدیریت اجرای آن‌ها ارتقا یابد و از رویکرد مددکاری اجتماعی در بحث مشارکت‌های مردمی استفاده شود.

حمایت‌های اجتماعی در ماندگاری بر درمان



شکل ۵: حمایت‌های اجتماعی در ماندگاری بر درمان

۱- توجه به تغییر شبکه اجتماعی از شبکه ناسالم به شبکه سالم
زندگی در اجتماعات درمان مدار و یا استفاده از درمان‌های اقامتی و یا عضویت در

شبکه‌های اجتماعی علی‌الخصوص شبکه‌هایی از گروه‌های خودیار می‌تواند کمک موثری به تغییر شبکه اجتماعی از شبکه ناسالم به شبکه سالم نماید و احتمال ماندگاری بر درمان را افزایش دهد. مشارکت افراد بهبود یافته در خدمات کاهش تقاضای مواد، خود از جمله جایگزین‌های مثبتی است که علاوه بر فراهم آوردن محیط جدیدی برای ایجاد ارتباطات اجتماعی، تاثیرات بسیاری در ایجاد احساس سودمندی و افزایش عزت نفس دارد و کمک شایانی به پیشگیری از عود می‌نماید (۴۱).

۲- تداوم خدمات آموزشی و مشاوره‌ای بعد از درمان

وجود برنامه مشخص مشاوره‌ای و آموزش‌های منظم تدوین شده برای توانمندسازی افراد درمان شده و افزایش مهارت‌های آن‌ها برای حل معضلات خانوادگی و اجتماعی افراد از حمایت‌های در ماندگاری بر درمان موثر است.

۳- برقراری ارتباط با سازمان‌های ایمان مدار و تاکید بر تقویت احساسات معنوی و انسانی افراد

افراد در ورود به درمان و پس از درمان باید مورد غربالگری سلامت روحانی و معنوی (ضمیمه) قرار گیرند و چنانچه نمره احساسات معنوی بالایی دارند باید به سازمان‌های ایمان مدار معرفی شوند و یا در مسیر برنامه‌های روحانی مثل دعا و ذکر خوانی و یا برنامه‌های خدمات اجتماعی قرار گیرند. ارائه خدمات اجتماعی و تشویق روح ایشار و خدمت و تکیه بر هویت معنوی و انسانی افراد از دیگر حمایت‌هایی است که ماندگاری بر درمان را تسهیل می‌نماید.

۴- درآمد زائی و اشتغال

برنامه‌هایی که به افراد کمک میکند تا درآمد زائی داشته باشند و یا به اشتغال برسند نه تنها در کاهش استرس‌های اقتصادی و مشکلات اجتماعی فرد موثر است و باعث می‌شود تا کمتر دچار لغزش و عود شود بلکه با بالابردن اعتماد و عزت نفس به فرد کمک می‌کند تا تصور مثبت‌تری از خود داشته باشد و برای ادامه زندگی سالم بیشتر راغب شود.

۵- تامین سرپناه موقت

در مورد افرادی که به دلیل رانده شدن از خانواده و یا در معرض خشونت و عدم امنیت

در محیط زندگی شان قرار دارند، تامین سرپناه موقت و امن که در آن خدمات مشاوره‌ای و در صورت نیاز خدمات مراقبتی دریافت می‌دارند، می‌تواند کمک موثری برای شروع به درمان و ماندگاری بر درمان باشد.

۶- تامین سرپناه دائمی

بایستی نظام‌های حمایتی جامعه به نیاز مسکن و یا تامین سرپناه دائمی افراد درمان شده مانند سایر افراد جامعه توجه نمایند، تا زمانی که فرد مددجو بتواند از طریق اشتغال خود مستقلاً امکان دستیابی به مسکن را برای خود فراهم آورد.

۷- آموزش حرفه و فن

برنامه‌های آموزش حرفه و فن علاوه بر کمک به درآمد زائی افراد، باعث بالابردن اعتماد به نفس افراد می‌شود و انگیزه آن‌ها را برای ماندگاری بر درمان بالا می‌برد. به عنوان مثال آموزش قالی بافی و مهارت‌های لازم برای تطابق با عوارض و مشکلات شغلی آن که توسط دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل در کشور پاکستان انجام شد، نمونه‌هایی از این حمایت‌های اجتماعی موفق است (۴۱).

هرچند باید توجه داشت که آموزش‌های فنی و حرفه‌ای بایستی بر اساس بررسی دقیق بازار کار باشد، زیرا این آموزش‌ها چنانچه منطبق با بازار کار نباشد، می‌تواند به طور جدی به درمان آسیب می‌رساند. هدف آموزش برای آموزش نیست بلکه آموزش برای کار است.

۸- توجه به سایر اختلالات روانی - جسمانی همراه

ارجاع افراد بهبود یافته‌ای که از سایر اختلالات جسمی و روانی رنج می‌برند به مراکز درمانی و مراقبتی (بسته به سطح درمان مورد نیاز) در پیشگیری از عود مجدد سوءمصرف مواد که می‌تواند به دلیل این اختلالات همراه بوده باشد، کمک می‌نماید.

۹- توجه به آموزش و تحصیل

ایجاد کلاس‌های سواد آموزشی و آموزش‌های تکمیلی کاربردی برای بزرگسالان و ایجاد امکان بازگشت به مدرسه و ادامه تحصیل برای نوجوانان بایستی مورد توجه قرار گیرد.

۱۰- اختصاص حمایت‌های مالی و بیمه‌ای

اختصاص منابع مالی به عنوان وام اشتغال زائی و یا تامین مسکن به صورت موردی و با توجه به میزان آمادگی مددجو و به تشخیص مددکار اجتماعی‌اش و به منظور عدم سوءاستفاده از چنین حمایت‌هایی، می‌تواند به بازگشت افراد به اجتماع کمک نماید. ایجاد حمایت‌های بیمه‌ای برای تداوم مراقبت‌های مشاوره‌ای و درمان بیماری‌های همراه ضروری است.

۱۱- فراهم آوردن امکان استفاده از خدمات ورزشی و فرهنگی

فراهم آوردن امکان استفاده از خدمات ورزشی و فرهنگی سازمان ملی ورزش و جوانان به طور رایگان و یا با تخفیف ویژه می‌تواند به بازگشت به اجتماع مددجو کمک نماید.

راه‌نمای حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف‌کننده مواد

بررسی وضعیت موجود

بررسی شواهد نشان می‌دهد که نه تنها شیوع عود از یک الگوی جنسیتی پیروی می‌کند، بلکه علل و عوامل لغزش و عود نیز در بین زنان و مردان متفاوت است (۴۲). مطالعات در ایران نیز موید این شواهد است و نشان داده شده که برخی تفاوت‌های کلی بین الگوی شروع به مصرف مواد مخدر بین زنان و مردان وجود دارد و مردان بیشتر تحت تأثیر عوامل اجتماعی و زنان بیشتر تحت تأثیر عوامل فردی به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند و شدت آسیب‌پذیری زنان در محیط‌های خانوادگی در قبال اعتیاد به مواد مخدر بیشتر از مردان است (۴۰). مردان حمایت‌های اجتماعی را بیشتر از زنان از انواع منابع، از جمله خانواده، دوستان، و همکاران دریافت می‌دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که اگر چه زنان از مردان بیشتر مایل به حفظ و استفاده از شبکه‌های اجتماعی هستند، ولی نسبت به مردان شانس کمتری برای دریافت حمایت‌های عاطفی جهت حل مشکلات و دریافت تشویق برای جلوگیری از مصرف مواد دارند. زنان در جامعه به طور کلی از حمایت‌های اجتماعی کمتری برخوردارند، وجود فرهنگ دیر پای تبعیض جنسیتی که در مواردی با قوانین تبعیض‌آمیز نیز همراه است، مساله حمایت‌های اجتماعی در مورد زنان را بیشتر خدشه دار کرده است. زنان مبتلا به سوءمصرف مواد به طور ویژه‌ای از کمبود حمایت‌های اجتماعی رنج می‌برند که این کمبود می‌تواند عامل و یا نتیجه سوءمصرف مواد در آنها باشد. انگ اجتماعی سوءمصرف مواد برای زنان در همه جوامع و مخصوصاً در ایران بالاتر است. زنان بیشتری در ایران با طلاق مواجه می‌شوند و مجبورند از فرزندان خود جدا شوند. میزان آگاهی زنان از وجود خدمات حمایتی و درمانی در مقایسه با مردان کمتر است و قدرت تصمیم‌گیری زنان بر ای سلامت خود نیز در مقایسه با مردان کمتر می‌باشد. به دلیل انگ موجود، حضور این زنان در جامعه بسیار کمتر بوده، بسیاری از آنان مورد آزار و اذیت جسمی و جنسی واقع می‌شوند و حتی سرپناهی امن در حین فرار و یا بیرون

انداخته شدن از خانه ندارند (۴۳).

تحقیقات نشان داده است که در صد بیشتری از شرکای زندگی زنان مبتلا به سوءمصرف مواد، خود نیز مبتلا هستند که این امر حمایت‌های خانوادگی برای درمان و ماندگاری بر درمان برای زنان را بسیار کمتر می‌نماید (۴۱). بسیاری از زنان در روابط نزدیک و صمیمانه بیشتر از راه همسر خویش به اعتیاد روی می‌آورند (۴۴)، از آنجا که به دلیل محرومیت‌های زندگی اجتماعی زنان در ایران و فقدان قدرت تصمیم‌گیری مستقل، مهارت‌های زنان در پاسخگویی مناسب برای مقابله با روابطی که در آن مورد سوء استفاده واقع می‌شوند و رفتارهای تحکم‌آمیز شریک زندگیشان بسیار کم است، لذا این زنان حتی در صورت درمان، با وجود همسری مبتلا به سوءمصرف مواد، شانس بسیار کمی برای ماندگاری بر درمان و مقاومت دارند. شواهد نشان می‌دهد بیمارانی که فرایند درمان را در محل‌های اقامتی با دوره طولانی بستری دریافت می‌دارند، به میزان کمتری عود و بازگشت به مواد دارند (۴۵) اما زنان به دلیل موانعی، مانند مسئولیت‌های خانواده و نگهداری از فرزندان و یا عدم تمکن منابع مالی برای پرداخت هزینه‌های درمان، مجبور به استفاده از خدمات سرپایی حتی در مواردی که نیازمند بستری هستند، می‌شوند. برخی از زنان نیز ممکن است به یک محیط مسکونی برای فرار از شرایط کنونی خود، برای رهایی از خشونت و یا سوء استفاده نیاز داشته باشند (۴۱)، به علاوه زنان با مشکلات جسمانی و قانونی در مورد سلامت باروری خود مواجه هستند.

آمار نشان دهنده آن است که زنان در سراسر جهان به میزان بیشتری قربانی خشونت در همه‌ی ابعاد روحی-روانی، فیزیکی و جنسی می‌شوند، زنان در ایران نیز از این امر مستثنی نیست. پس از قطع مصرف مواد زنان بیشتر در معرض خطر قربانی شدن و آزار، قرار دارند. اختلال استرس پس از تراما در موارد سوء استفاده جنسی که باعث می‌شود فرد دچار ترس شدید و احساس درماندگی و وحشت شود (۴۶) خود از جمله مهمترین عواملی است که می‌تواند سبب بازگشت به مواد و عود در بین زنان گردد.

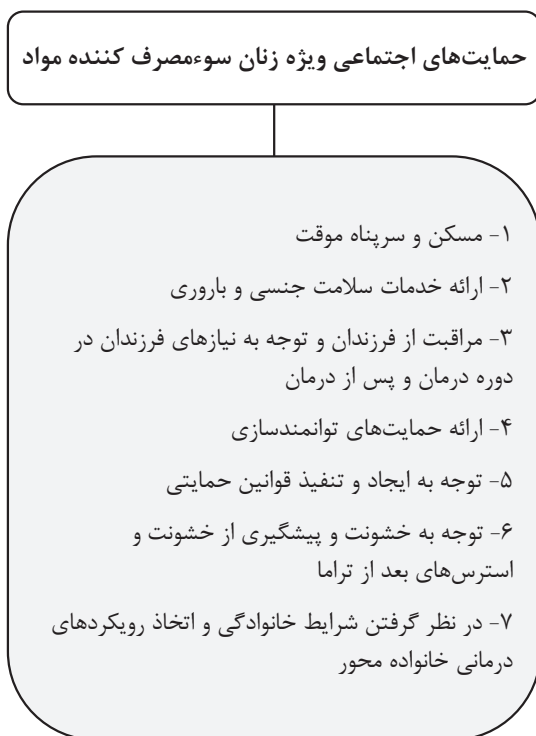
کمبود مدارس فنی و حرفه‌ای برای دختران به مهارت‌های اشتغال‌زایی آنان لطمه می‌زند و آنان را از لحاظ اجتماعی و اقتصادی آسیب پذیر می‌کند. زنان مبتلا به سوءمصرف مواد به میزان بیشتری نسبت به مردان فقر خود باوری (عزت نفس پایین، احساس گناه، اعتماد به نفس، سرزنش) دارند و دارای نرخ بالاتری از مشکلات سلامت روانی مانند افسردگی، اضطراب، افسردگی دو قطبی، افکار خودکشی، اختلالات روانی، اختلالات خوردن،

و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند (۴۷-۵۱)، که خود کارآمدی لازم برای اجتناب از مصرف مواد، شروع درمان و ماندگاری بر درمان را در آن‌ها بسیار کمتر می‌نماید. همه این عوامل ضرورت توجه ویژه به حمایت‌های اجتماعی خاص برای زنان را آشکار می‌سازد. در مطالعه‌ی نیازسنجی زنان مبتلا به سوءمصرف مواد در شهر تهران، نیازهای زنان مصرف‌کننده به شرح زیر طبقه بندی گردید (۵۲):

- غذا و لباس
- مشاوره شغلی
- حمایت‌های حقوقی
- مراقبت از بچه‌ها
- حمایت‌های روحی، روانی
- اشتغال
- پیشگیری و مدیریت خشونت
- خدمات مددکار اجتماعی
- آموزش مهارت‌های زندگی
- کسب درآمد
- بیمه و تأمین اجتماعی
- مشاوره خانواده
- آموزش‌های پدر و مادر خوب
- فعالیت‌های روزانه
- سرپناه و مسکن
- آموزش‌های حرفه‌ای
- سواد و فرصت‌های آموزشی
- مشاوره زن و شوهر
- مراقبت‌های سلامتی و درمانی
- خدمات تنظیم خانواده
- امکانات و هزینه رفت و آمد

در اولویت بندی نیازها، اولویت نیاز از نظر زنان استفاده کننده از خدمات به ترتیب عبارت بودند از مسکن، اتاق، خانه - درآمد و شغل - آموزش‌های حرفه ای - سلامتی و حال آنکه این اولویت‌ها از منظر ارائه دهندگان خدمات عبارت بودند از تهیه مسکن - ایجاد درآمد و شغل - سلامت روانی و سلامت جسمی

حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف کننده مواد



شکل ۶: نمای کلی حمایت‌های اجتماعی ویژه زنان سوءمصرف کننده مواد

۱- مسکن و سرپناه موقت

تامین سرپناه موقت و یا مسکن برای زنانی که بی خانمان هستند و یا در خانه امنیت ندارند و تحت فشارهای اجتماعی که آنان را به ادامه مصرف مواد ملزم می‌کند قرار دارند، ضروری است.

۲- ارائه خدمات سلامت جنسی و باروری

به زنان سوءمصرف کننده مواد باید آموزش و مهارت‌های لازم برای سلامت و بهداشت باروری و جنسی داده شود. روش‌های پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده، روش‌های پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های مقاربتی و عفونت‌هایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند از جمله ضروری‌ترین آموزش‌ها هستند.

همچنین این زنان باید تحت مراقبت‌های پزشکی بهداشت زنان از لحاظ آزمایش‌های عفونت‌های مقاربتی و منتقله از خون قرار گیرند و در صورت بارداری، به پزشک متخصص زنان ارجاع داده شوند تا سلامت مادر و فرزند در طول بارداری تامین شود. این زنان حتماً نیازمند پیگیری مددکار برای اطمینان از مراجعه و دریافت خدمات ارجاع هستند.

۳- مراقبت از فرزندان و توجه به نیازهای فرزندان در دوره درمان و پس از درمان

مسئولیت نگهداری از فرزندان اغلب به عنوان یکی از محدودیت‌های اصلی زنان در دسترسی و تداوم درمان و بازتوانی محسوب می‌شود. وجود مراکز نگهداری از فرزندان در کنار مراکز درمانی ویژه زنان ضروری است.

۴- ارائه حمایت‌های توانمندسازی

از آنجا که به دلیل شرایط فرهنگی اجتماعی اغلب زنان از توانمندی و قدرت تصمیم‌گیری پایین‌تری نسبت به مردان برخوردارند، و اطلاعات و مهارت‌های کمتر اجتماعی و بهداشتی دارند، لذا ارائه آموزش‌ها و خدمات مشاوره‌ای زیر به زنان توصیه می‌شود:

- آموزش روابط جنسی سالم
- تنظیم خانواده
- امکانات مراقبت از بچه‌ها
- مشاوره برای ارتقای احترام به خود
- مشاوره برای ارتقای اعتماد به نفس

- مشاوره برای شناخت توانمندی‌ها
- مشاوره برای حل مشکلاتشان در روابط با دیگران (همسر و اعضای خانواده) (۵۲)

۵- توجه به ایجاد و تنفیذ قوانین حمایتی

بسیاری از قوانین موجود، محدودیت‌هایی برای سلامت جنسی و باروری، حضانت از فرزندان، بازدهی اقتصادی و درآمد زائی، قدرت تصمیم‌گیری و مهارت‌های اجتماعی زنان ایجاد می‌نماید، که همه ی آن‌ها شروع به درمان و پیامد درمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بازنگری این قوانین و ایجاد قوانینی که درمان و ماندگاری بر درمان را برای زنان تسهیل می‌نماید، برای درمان و باز توانی زنان ضروری است.

در مورد زنان زندانی نیز قوانین باید تسهیلگر درمان و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی موجود برای زنان باشد.

همچنین در مورد زنانی که مشکلات مانند نداشتن شناسنامه، مشکلات مربوط به حضانت فرزندان، مشکلات مانند حبس خانگی و یا خشونت خانگی و غیره دارند، معرفی و کلائی که به طور رایگان و یا از طریق درآمد های خیریه به این زنان کمک قانونی نمایند، توصیه می‌شود.

۶- توجه به خشونت و پیشگیری از خشونت و استرس های بعد از تراما

توجه به خشونت های خانگی و ارائه اقدامات پیشگیری از آن، فرایندی است که نیازمند اقدامات جدی و مداخلات طولانی است که بایستی با نهایت ملاحظه و احتیاط هم برای فرد خشونت گر و هم قربانی انجام شود، چه که در بسیاری موارد، مداخلات نسنجیده می‌تواند وضعیت را برای قربانب دشوار تر نماید. توجه به حفظ سلامت قربانی و استفاده از حمایت‌های قانونی در مورد احتمال تهدید جدی جسمی و یا روانی قربانی ضروری است.

اختلال استرس پس از سانحه^۱ ممکن است منجر به یا افزایش احتمال و وقوع عود یا رها نمودن درمان شود. اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند در نتیجه تجربه مرگ یکی از عزیزان فرد، آسیب جدی به فرد و یا دیگران و یا سوء استفاده جنسی، که در آن فرد دچار ترس شدید و احساس درماندگی و وحشت است، به وجود آید. شواهد نشان می‌دهد که اگر در موقع درمان کارکنان آموزش ندیده و در پرداختن به مسائل مربوط به سوء استفاده جنسی

۱. Post trauma stress disorders

دوران کودکی و تشویق زنان به بیان تجربیات دردناک خود و ارائه حمایت به آن‌ها بی توجهی کنند، احتمال پیامد ضعیف درمان و بازگشت و عود بسیار زیاد می‌شود (۴۱).

برای زنان با اختلالات استرس پس از سانحه، خدمات درمان ادغام شده مواجهه با سانحه نتایج مثبتی را در ماندگاری درمان نشان داده است. مطالعات در یک دوره ۵ ساله ماندگاری بر درمان در مورد زنانی که اختلالات استرس پس از سانحه را تجربه کرده‌اند، نشان داده که همه این زنان دوره درمان ۱۲ گام را انجام داده‌اند و در شبکه‌های اجتماعی که خدمات درمانی ارائه می‌دهند، مشارکت فعال دارند (۵۳).

۷- در نظر گرفتن شرایط خانوادگی و اتخاذ رویکردهای درمانی خانواده

محور

مطالعات نشان داده ۷۰ درصد زنانی که به درمان وارد می‌شوند مادر هستند. با وجود این واقعیت، مدل سنتی مردانه درمان اعتیاد، زنان را مجبور به انتخاب میان رها کردن فرزند و رفتن به مرکز درمانی یا ماندن در کنار فرزند و رها کردن درمان می‌کند. درمان خانواده محور پاسخی است به این مشکل ویژه زنان. این برنامه می‌تواند در محل خاص یا به صورت ارجاع به دیگر مراکز اجرا شود.

سطوح و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات حمایت‌های اجتماعی

حمایت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از حمایت‌های رسمی و غیر رسمی عاطفی و روانی، اطلاعاتی، دانشی، مادی و مالی است که توسط شبکه‌ای از خانواده، دوستان و همسایگان و افراد و موسسات جامعه به افراد ارائه می‌شود و لذا در سطوح مختلف و به اشکال مختلفی بنا به شرایط هر فرد وجود دارد. حمایت‌های اجتماعی ناپیوستی به صورت نقش‌گونه و نمایشی بلکه بسیار طبیعی اعمال شود. افراط در حمایت نیز می‌تواند زیانبار باشد و منجر به سوء استفاده بیمار و یا ایجاد احساس ترس در بیمار از دست دادن حمایت پس از درمان گردد. نوع و نحوه ارائه خدمات حمایت اجتماعی در سه سطح مورد بررسی قرار می‌گیرد:

سطح اول: خانواده، اطرافیان و حلقه دوستان و شبکه‌های اجتماعی

سطح دوم: کارکنان و دست‌اندرکاران بهداشت و درمان و درمانگران

سطح سوم: سازمان‌ها و ارگان‌های رسمی دولتی و غیر دولتی

البته تاکید ویژه بر سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات حمایتی است که درمانگران بتوانند پس از بررسی و تحلیل وضعیت بیمار و تعیین نیازهای حمایتی او، در صورت لزوم بیمار را به این سازمان‌ها جهت دریافت حمایت‌های موجود اجتماعی ارجاع دهند و نقش حمایتی خود را در برابر بیمار ایفا نمایند.

بدیهی است بسیاری از سازمان‌های مردم‌نهاد و غیردولتی نیز به ارائه چنین خدماتی می‌پردازند که تهیه لیست جامعی از آنان خارج از امکان این راهنما است و ارائه خدمات توسط این سازمان‌ها منوط به فراهمی منابع است.

در این فصل سعی شده تا سطوح ارائه این خدمات و نوع خدمات ارائه شده در هر سطح بررسی شود.

سطوح ارائه حمایت‌های اجتماعی

سطح اول ارائه حمایت‌های اجتماعی

جدول ۱ سطح اول فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد را نشان می‌دهد. خانواده به عنوان مهمترین و اولین سطح فراهم کننده حمایت برای هر فرد مطرح است. این حمایت‌های شامل مجموعه‌ای از روابط طبیعی در یک خانواده سالم است که شامل مراقبت‌های والدینی مناسب و پاسخگویی به نیازهای جسمی، عاطفی و روانی در دوران کودکی، فراهم آوردن نیازهای آموزشی و محیط غنی برای کسب مهارت‌های لازم برای زندگی سالم، احساس سودمندی و هدایت و کنترل مستمر در دوران نوجوانی، ارائه اطلاعات درست و مناسب سن کودک و نوجوان، آگاهی و توجه به علائم بروز خطر سوءمصرف مواد و اقدام پیشگیرانه مناسب، حمایت از فرد مبتلا برای شروع به درمان و ماندگاری بردرمان، حمایت پس از درمان برای پیشگیری از عود است. برای آنکه خانواده بتواند این حمایت‌ها را ارائه دهد و نقش خود را به درستی ایفا نماید، لازم است که آموزش یابد و برنامه‌های گسترده‌ای در سطح جامعه برای آموزش و تعالی بخشی به خانواده به اجرا در آید. این آموزش‌ها می‌تواند شامل آموزش مهارت‌های انتخاب همسر و آموزش‌های پیش از ازدواج، مهارت‌های والدینی و آموزش‌ها و مهارت‌های خاص برای خانواده مبتلایان به سوءمصرف مواد است. متأسفانه در ایران به دلیل اقدام دیر هنگام برای درمان، معمولاً وقتی افراد برای درمان مراجعه می‌کنند که سرمایه‌های اجتماعی و حمایت خانواده را از دست داده‌اند. لذا آموزش و آگاهی بخشی به منظور تشویق افراد مصرف کننده و وابسته به درمان زود هنگام می‌تواند باعث حفظ این سرمایه‌ها برای فرد شود.

شبکه دوستان، همسایه‌ها و اطرافیان نیز نقش عمده‌ای در فراهم آوردن حمایت‌هایی مانند فراهم آوردن محیط شاد و سازنده اجتماعی، تامین نیازهای تفریحی، معاشرتی و مصاحبتی، ارائه اطلاعات و کمک‌های ضروری در صورت نیاز فرد، ایجاد محیط متقابلی برای بروز احساس هدمندی و سودمندی دارد که باید مدارس و دانشگاه‌های با فراهم آوردن محیطی دوستانه و برنامه‌ریزی صحیح به ایجاد چنین فضای حمایتی کمک نمایند.

شبکه‌های اجتماعی مجازی و غیر مجازی مانند مساجد، باشگاه‌ها، فضاهای اینترنتی و غیره محیط مناسب برای آگاهی بخشی و فراهم آوردن اطلاعات صحیح و تامین نیازهای اطلاعاتی، فراهم آوردن محیطی غنی برای ایجاد احساس تعلق و سودمندی و ایجاد زمینه

مناسب برای ورود به فعالیت‌های اجتماعی و ایجاد احساس اعتماد به نفس در افراد به وجود آورند.

خانواده	حلقه دوستان و اطرافیان	شبکه‌های اجتماعی
سطح اول فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد		
<p>۱- مراقبت‌های والدینی مناسب و پاسخگوئی به نیازهای جسمی، عاطفی و روانی در دوران کودکی</p> <p>۲- فراهم آوردن نیازهای آموزشی و محیط غنی برای کسب مهارت‌های لازم برای زندگی سالم، احساس سودمندی و هدایت و کنترل مستمر در دوران نوجوانی</p> <p>۳- ارائه اطلاعات درست و مناسب سن کودک و نوجوان</p> <p>۴- آگاهی و توجه به علائم بروز خطر سوءمصرف مواد و اقدام پیشگیرانه مناسب</p> <p>۵- حمایت از فرد مبتلا برای شروع به درمان و ماندگاری بردرمان</p> <p>۶- حمایت پس از درمان برای پیشگیری از عود</p>	<p>۱- فراهم آوردن محیط شاد و سازنده اجتماعی</p> <p>۲- تامین نیازهای تفریحی، معاشرتی و مصاحبتی</p> <p>۳- ارائه اطلاعات و کمک‌های ضروری در صورت نیاز فرد</p> <p>۴- ایجاد محیط متقابلی برای بروز احساس هدفمندی و سودمندی</p>	<p>۱- محیط مناسب برای آگاهی بخشی و فراهم آوردن اطلاعات صحیح و تامین نیازهای اطلاعاتی</p> <p>۲- فراهم آوردن محیطی غنی برای ایجاد احساس تعلق و سودمندی</p> <p>۳- ایجاد زمینه مناسب برای ورود به فعالیت‌های اجتماعی و ایجاد احساس اعتماد به نفس</p>

جدول اسطح اول فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی

سطح دوم ارائه حمایت‌های اجتماعی

جدول ۲ سطح دوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد را نشان می‌دهد. در این سطح مسئولین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جامعه قرار دارند و همچنین کادر درمان سوءمصرف مواد. مسئولین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جامعه شامل مراکز بهداشت و درمان و بخش خصوصی و دولتی می‌توانند با ارائه اطلاعات صحیح و مناسب به افراد میزان آگاهی آنان را در مورد سوءمصرف مواد بالا برند و یا از خدمات موجود آنان را مطلع سازند. همچنین با تشخیص زود هنگام سوءمصرف مواد و تشویق به شروع درمان فرد را برای ورود به درمان حمایت نمایند همچنین می‌توانند افراد در معرض خطر را به سازمان‌ها و نهاد‌های حمایتی و پیشگیری معرفی نمایند و با توجه به علائم خشونت و آزار در کودکان و زنان به ارائه راهکارهای حمایتی و مراقبتی پرداخته یا در صورت نیاز به مراکز قانونی ارجاع دهند. همچنین با ارائه اطلاعات صحیح و خدمات حمایتی مناسب در زنان باردار مبتلا به سوءمصرف مواد از آسیب به جنین و مادر پیشگیری نمایند.

کادر مراقبت و درمان سوءمصرف مواد می‌توانند با ایجاد یک محیط درمانی حمایتگر و رفتار دوستانه و نگاه غیر تبعیض آمیز و بدور از انگ به پیامد مثبت درمان کمک نمایند. همچنین در صورتی که افراد از حمایت خانواده و دوستان برخوردار نیستند با معرفی آنان به گروه‌های خودیاری و سایر گروه‌های اجتماعی زمینه ایجاد احساس پیوند و تعلق به گروه و جامعه را در آنان ایجاد نمایند. همین‌طور بایستی اطلاعات کافی به منظور معرفی خدمات حمایتی موجود و نحوه دسترسی افراد به آن‌ها با توجه به شرایط ویژه فردی او را به مراکز و سازمان‌های ارائه خدمات حمایتی ارجاع دهند. همچنین نباید درمان محدود به فرد مبتلا باشد بلکه با توجه و آموزش به خانواده و حلقه دوستان و اطرافیان پیامد مثبت درمان و ماندگاری بر درمان را افزایش دهند. همچنین باید به حمایت از سایر افراد خانواده و اطرافیان برای پیشگیری از آسیب و آزار توجه شود و با برقراری یک ارتباط دائمی از دریافت پیوستاری از خدمات درمانی و بازتوانی برای مراجع اطمینان حاصل نمایند.

سطح دوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد	
مسئولین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	کادر درمان ابتلا به سوءمصرف مواد
۱- ارائه اطلاعات صحیح و مناسب	۱- ایجاد یک محیط درمانی دوستانه و نگاه غیر تبعیض آمیز و بدور از انگ
۲- تشخیص زود هنگام و تشویق به شروع درمان	۲- معرفی به گروه‌های خودیاری و سایر گروه‌های اجتماعی
۳- تشخیص و معرفی افراد در معرض خطر به ارگان‌ها و نهاد‌های حمایتی و پیشگیری	۳- معرفی خدمات حمایتی موجود و نحوه دسترسی افراد به آن‌ها
۴- توجه به علائم خشونت و آزار در کودکان و زنان و ارائه راهکارهای حمایتی و مراقبتی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز قانونی	۴- توجه به شرایط ویژه فردی و ارائه خدمات حمایتی/ارجاع به خدمات مناسب برای هر فرد
۵- توجه به افراد در معرض خطر و ارائه اطلاعات مناسب و ارجاع برای دریافت خدمات حمایتی مناسب	۵- توجه به خانواده و حلقه دوستان و اطرافیان در امر درمان و ماندگاری بردرمان
۶- توجه به سلامت مادر و کودک و ارائه خدمات حمایتی مناسب در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد	۶- توجه به حمایت از سایر افراد خانواده و اطرافیان برای پیشگیری از آسیب و آزار
	۷- برقراری یک ارتباط دائمی و ایجاد اطمینان از دریافت پیوستاری از خدمات درمانی و بازتوانی برای مراجع

جدول ۲: سطح دوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد

سطح سوم ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی

سطح سوم ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط هستند که خدمات حمایتی مختلفی را ارائه می‌دهند.

سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات حمایت‌های اجتماعی

وظایف سازمان‌ها و ارگان‌ها در ارائه حمایت‌های اجتماعی بر اساس نقشه راه طرح جامع

مبارزه همه جانبه با اعتیاد به مواد مخدر، روان گردان‌ها و پیش‌سازها در برنامه پنجم توسعه و مصوبه مردادماه سال ۱۳۹۰ هیات محترم وزیران در حوزه حمایت‌های اجتماعی (ابلاغ شماره ۴۶۹۰۳/۱۰۸۲۴۱ به تاریخ ۱۳۹۰/۰۵/۲۶ به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت راه و شهرسازی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر) و همچنین وظایف ذاتی ارگان‌ها و سازمان‌های کشور مشخص شده است.

سطح سوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد (سازمان‌ها)	
نام سازمان	نوع خدمات
سازمان بهزیستی	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه خدمات مشاوره‌ای • ارائه خدمات آموزشی • خدمات مددکاری • خدمات کاهش آسیب و سیار • یارانه درمان • سرپناه و تسهیل مسکن • حرفه آموزی و اشتغال
وزارت بهداشت	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری علمی اجرائی با سازمان بهزیستی و سازمان فنی و حرفه‌ای
دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم آوردن شواهد علمی • آموزش‌های علمی تخصصی در حوزه‌های مرتبط • حمایت‌های علمی تخصصی به سازمان‌های مردم نهاد
سازمان زندان‌ها	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه خدمات مشاوره‌ای • ارائه خدمات آموزشی • خدمات مددکاری • خدمات درمان و کاهش آسیب • یارانه درمان • حرفه آموزی و اشتغال

سطح سوم فراهم آورنده حمایت های اجتماعی برای افراد (سازمان ها)	
نام سازمان	نوع خدمات
شهرداری - استانداری	<ul style="list-style-type: none"> • فرهنگ سازی • حمایت از مشارکت های مردمی • فراهم آوردن امکانات حمایتی
سازمان فنی و حرفه‌ای	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش های فنی و مهارتی • اشتغال زائی
وزارت کار، رفاه و امور اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> • کمک به اشتغال / درآمد زائی • اعطای تسهیلات مسکن
کمیته امداد امام خمینی	<ul style="list-style-type: none"> • اعطای وام اشتغال • اشتغال زائی
سازمان تامین اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> • افزایش پوشش بیمه به خدمات درمانی اعتیاد • افزایش پوشش بیمه به خدمات مشاوره‌ای
سازمان هلال احمر	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه خدمات حمایتی - درمانی • تامین اقلام داروئی
سازمان اوقاف و امور خیریه و سایر سازمان‌های خیریه	<ul style="list-style-type: none"> • اعطای کمک‌های مشهود
وزارت راه و شهرسازی	<ul style="list-style-type: none"> • تسهیل اعطای مسکن مهر
وزارت ورزش و جوانان	<ul style="list-style-type: none"> • ایجاد شبکه‌های اجتماعی سالم • حمایت اطلاعاتی
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه اطلاعات مناسب • ایجاد شبکه‌های اجتماعی سالم
وزارت کشور	<ul style="list-style-type: none"> • حمایت از نهاد های غیر دولتی و مدنی
صدا و سیما	<ul style="list-style-type: none"> • ارائه حمایت های اطلاعاتی

سطح سوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد (سازمان‌ها)	
نام سازمان	نوع خدمات
سمن‌ها	<ul style="list-style-type: none"> • خدمات آموزشی • خدمات مشاوره‌ای • خدمات حمایتی • خدمات مددکاری
مشارکت‌های مردمی	<ul style="list-style-type: none"> • در قالب طرح‌های اجتماع محور فرهنگ‌سازی، حمایت‌گیری، بازاریابی اجتماعی، آموزش و پیشگیری

جدول ۳: سطح سوم فراهم آورنده حمایت‌های اجتماعی برای افراد (سازمان‌ها)

۱- سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی بنا بر وظیفه‌ی ذاتی خود مسئولیت عظیمی در قبال حمایت و بازتوانی اقشار آسیب پذیر جامعه دارد که شامل خدمات حمایتی و بازتوانی به افراد وابسته به سوءمصرف مواد نیز می‌شود.

در فهرست ماموریت‌های سازمان بهزیستی موارد زیر مستقیماً در ارتباط با خدمات حمایتی سوءمصرف مواد قرار دارد.

- حمایت و بازتوانی معتادان
- اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و عوارض بهداشتی و اجتماعی و اعتیاد و پیشگیری از گسترش بیماری‌های ایدز در کشور از طریق آموزش معتادان پرخطر و خانواده‌های آنها، توزیع وسایل پیشگیری کننده، راه اندازی DIC و کلینیک‌های متادون
- پیشگیری از اعتیاد به روش اجتماع محور در محلات شهری و روستائی، واحدهای اداری، کارگری و آموزشی

در حال حاضر در راستای تحقق این ماموریت‌ها، خدماتی به شرح زیر ارائه می‌شود:

- ارائه خدمات درمان سرپائی: مراکز سرپائی درمانی توسط اشخاص حقیقی و یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تاسیس می‌گردد و تحت نظارت آن فعالیت می‌نماید. در این مراکز، خدمات درمان‌های داروئی (متادون، بوپرنورفین،

نالتروکسان، ماتریکس) و درمان‌های غیر دارویی شامل خدمات مددکاری اجتماعی و روانشناختی ارائه می‌گردد.

- ارائه خدمات درمانی اقامتی کوتاه مدت، بلند مدت و میان مدت
- برنامه‌های زینکاهی اعتیاد: فعالیت‌های زینکاهی در قالب مراکز ذیل صورت می‌پذیرد:

* مرکز گذری (DIC) Drop-In- Center :

مکانی است که به مبتلایان با رفتارهای پرخطر، خدمات زینکاهی ارائه می‌نماید.

* تیم امداد رسان سیار (Outreach):

تیمی است حداقل دو نفره که به مبتلایانی که به مراکز مراجعه نمی‌کنند، خدمات زینکاهی را ارائه می‌نمایند.

* مرکز سرپناه شبانه (Shelter):

مکانی است که به منظور زینکاهی و برای اسکان موقت و شبانه مبتلایان با رفتار پرخطر و بی‌خانمان راه اندازی می‌شود.
خدمات زینکاهی شامل:

۱. آموزش، اطلاع رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتار پرخطر در مورد آیدز، هپاتیت، تزریق سالم و رفتار سالم جنسی
۲. برنامه توزیع و جمع آوری سرنگ و سوزن
۳. توزیع مواد ضد عفونی کننده
۴. آموزش جهت پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی و توزیع کاندوم
۵. برگزاری جلسات گروه‌های هم‌تا
۶. ارجاع به مراکز بهداشتی، درمانی و بیمارستانها (در صورت لزوم)
۷. ارجاع به واحد‌های درمان نگهدارنده با متادون (در صورتی که در مرکز وجود نداشته باشد) و یا انجام درمان نگهدارنده در مراکزی که دارای واحد

متادون هستند

۸. ارجاع به مرکز درمان اعتیاد جهت درمان برای داوطلبین
 ۹. انجام مشاوره و تست داوطلبانه HIV در مراکزی که امکان آن وجود دارد و یا ارجاع
 ۱۰. توزیع یک وعده غذا، چای، استحمام و لباس مناسب فصل
- طرح خانه میان راهی که برای افرادی که برنامه درمان مواد مخدر را به اتمام رسانده اند و نیاز به مکانی دارند که به صورت شبانه روزی در آن جا اقامت نمایند (تا زمانی که محل زندگی دائم و شغل بیابند)، محیطی امن و کاملا عاری از مواد فراهم می آورد
 - طرح یارانه درمان که به منظور حمایت از بیماران نیازمند برای تأمین بخشی از هزینه های درمان اعتیاد در مراکز غیردولتی تحت پوشش بهزیستی هزینه درمان پرداخت می شود. یارانه درمان اعتیاد مبلغی است که سازمان بهزیستی کشور برای حمایت از بیماران نیازمند برای تأمین بخشی از هزینه های درمان اعتیاد در مراکز غیردولتی تحت پوشش بهزیستی می پردازد. اولویت دریافت یارانه با زنان و نوجوانان (افراد ۱۸ سال و زیر ۱۸ سال)، معتادین با بیماری های عفونی (عفونت با ویروس انسانی کمبود ایمنی و هپاتیت) و جامعه هدف سازمان می باشد که می توانند حداکثر مبلغ یارانه را دریافت کنند، زنان باردار کم بضاعت می باید تمام مبلغ درمان را در طول مدت بارداری دریافت دارند.
 - طرح ارائه مسکن به بهبود یافتگان: از آنجا که نداشتن سرپناه و مسکن از مواردی است که در بازگشت فرد و مانائی وی در درمان اعتیاد موثر است، لذا این طرح به بهبود یافتگان در مراکز درمانی تحت سرپرستی سازمان بهزیستی تسهیلاتی برای تهیه مسکن اعطا می نماید.
 - خط ملی اعتیاد: از سال ۱۳۸۸ توسط سازمان بهزیستی و با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر راه اندازی شده است. خدمات این خط پاسخگویی به سوالات در زمینه پیشگیری اولیه و معرفی منابع و مراکز درمانی مرتبط است. شماره خط: ۰۹۶۲۸ می باشد.
 - کمک به اشتغال و وام خود اشتغالی: در راستای بازتوانی خانواده در زمینه

اشتغال خدمت‌گیرندگان به کارفرمایان واجد شرایط داوطلب معرفی می‌شوند و به عنوان مشوق به کارفرماوام تسهیلات اعتباری کارفرمایان داده می‌شود.

- پرداخت کمک بلاعوض تحت عنوان سرمایه کار
 - آموزش‌های فنی و حرفه: افرادی که به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد مراجعه می‌نمایند و فاقد مهارت شغلی می‌باشند، از طریق مرکز به بهزیستی شهرستان معرفی شده و از طریق بهزیستی به سازمان فنی و حرفه‌ای ارجاع داده می‌شوند تا دوره‌های مربوطه را به صورت رایگان بگذرانند.
- در برنامه پنجم توسعه اقداماتی به منظور توسعه حمایت‌های اجتماعی بر عهده سازمان بهزیستی قرار داده شده است که عبارتند از:
- افزایش پوشش حمایتی از بیماران و خانواده‌های به منظور ماندگاری بیماران در برنامه‌های درمان غیر دارویی
 - توسعه آموزش گروه‌های خودیاری به منظور کمک به ماندگاری بر درمان بهبود یافتگان
 - اصلاح راهنما پرداخت یارانه جهت کمک به درمان معتادین بی بضاعت
 - پرداخت یارانه بیمه معتادین گروه‌های خاص
 - معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت حرفه آموزی از طریق یارانه
 - معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت اشتغال از طریق یارانه
 - تصویب سرانه بیمه معتادین در سرانه کل بیمه درمان برای خدمات دارویی و غیر دارویی
 - پرداخت یارانه بیمه درمان معتادین
 - انجام مشاوره و مددکاری برای معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان
 - برگزاری کلاس‌های آموزش برای بهبود یافتگان و خانواده‌های آنان
 - پرداخت یارانه خدمات مشاوره، روانشناسی و مددکاری برای معتادین تحت پوشش و خانواده‌های آنان

- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت معتادین بهبود یافته
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت خانواده‌های معتادین بهبود یافته
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه مشاوره و هدایت آموزشی و اشتغال
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای در راه اندازی مراکز اشتغال جهت معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان
- معرفی معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان به مراکز مربوطه و پرداخت یارانه اشتغال
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای در پرداخت وام جهت راه‌اندازی و ایجاد اشتغال به معتادان بهبود یافته و خانواده آن‌ها

علاوه بر این ماموریت‌ها و خدمات، سازمان بهزیستی دارای ماموریت‌های دیگری نیز هست که بالقوه می‌تواند در حوزه حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد نیز باشد، البته توجه به سلامت همه جانبه و یکپارچگی خدمات اقتضا می‌نماید که خدمات ارائه شده همه جانبه بوده و علاوه بر اعتیاد به سایر مسائل و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مراجع نیز پاسخگویی شود. حوزه ماموریت و خدمات سازمان بهزیستی که در حوزه حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد نیز می‌تواند به کابرد شود، عبارتند از:

- حمایت و توانمندسازی بیماران روانی مزمن
- حمایت و توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار
- حمایت و توانمندسازی کودکان خیابانی و بدسرپرست
- حمایت و توانمندسازی دختران پناهجو (فراری)
- حمایت و توانمندسازی زنان پناهجو
- حمایت و توانمندسازی زنان آسیب دیده اجتماعی
- حمایت و توانمندسازی افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی (زنان متقاضی طلاق، کودکان در معرض آزاری، خانواده‌های نابسامان، افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند و غیره

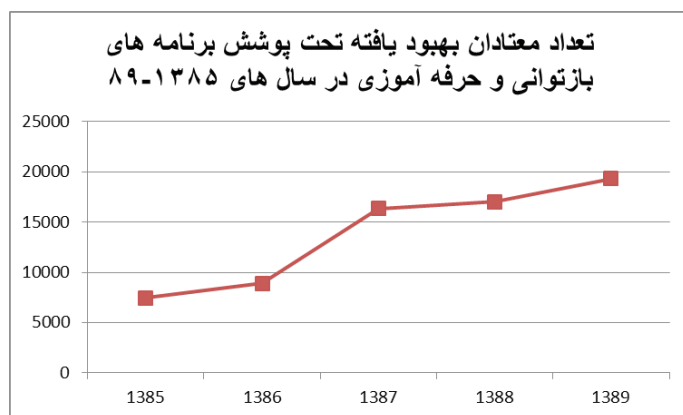
- تجدید تربیت منصرفین اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی از آنان
- تحت پوشش قراردادن نیازمندان از نظر بیمه خدمات درمانی
- تهیه و تدوین استانداردهای خدمات تخصصی توانمندسازی و نظارت بر حسن اجرای آنها
- پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی (کودک‌آزاری، خودکشی، همسرآزاری، طلاق و ...) از طریق اورژانس‌های خدمات اجتماعی و مراکز پیشگیری از طلاق و کلینیک‌های مددکاری و خط تلفن ۱۲۳ اورژانس اجتماعی آموزش مهارت‌های زندگی (فردی و اجتماعی) در واحدهای آموزشی، کارگری و خانواده‌ها و زوجین به منظور مقاوم سازی افراد در برابر تهدیدات آسیب‌های اجتماعی
- تهیه و تدوین تعرفه‌های خدمات مشاوره‌ای و پیشگیرانه و نظارت بر حسن اجرای آنها در مراکز تربیت نیروهای انسانی تخصصی مورد نیاز جامعه در زمینه‌های توانبخشی، بهداشتی، درمانی، اجتماعی از طریق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی سازمان
- برنامه‌ریزی و تامین موجبات جلب و جذب مشارکتهای مردمی (نقدی و غیرنقدی)
- برنامه‌ریزی و تامین موجبات جلب و جذب خدمات داوطلبانه
- گسترش مؤسسات خیریه و غیردولتی، حمایت و توانمندسازی آنها (صدور موافقت اصولی، روانه فعالیت و نظارت)

خدماتی که سازمان بهزیستی در جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی ارائه می‌دارد، در صورت گسترش پوشش خدمات و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات می‌تواند به عنوان حمایت‌های اجتماعی مناسبی در پیشگیری از سوءمصرف مواد به کار آید. این خدمات عبارتند از:

- برنامه آموزش زندگی خانواده
 - برنامه آموزش پیش از ازدواج
 - برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به تفکیک اقشار مختلف اجتماع
- همچنین خدمات مشاوره و روانشناختی سازمان بهزیستی می‌تواند نقش موثری در آغاز به درمان و بازتوانی بهبود یافتگان داشته باشد.

۲- سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور

سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور در آموزش حرفه و کمک به اشتغال افراد بهبود یافته خدمات حمایتی خود را با همکاری سازمان بهزیستی به افراد بهبود یافته ارائه می‌نموده است. آمار رسمی نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۰ حدود ۲۹ هزار نفر از مبتلایان بهبود یافته تحت پوشش برنامه‌های بازتوانی و حرفه‌آموزی قرار گرفتند (۷). شکل زیر نشان دهنده روند رو به افزایش پوشش برنامه‌های بازتوانی و حرفه‌آموزی است که هر چند این روند تصاعدی نوید بخش بهبود وضعیت است، اما آمار ۲۹ هزار نفر در مقابل ۷۰۰ هزار نفر ظرفیت درمانی در سال نشانگر اهمیت توسعه روز افزون این خدمات است.



شکل ۷: روند گسترش برنامه‌های بازتوانی و حرفه‌آموزی در سال‌های ۱۳۸۵-۸۹

در برنامه پنجم توسعه اقداماتی به منظور توسعه حمایت‌های اجتماعی بر عهده سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور قرار داده شده است که عبارتند از:

- ارائه مشاوره و هدایت آموزشی و اشتغال
- پرداخت وام جهت راه اندازی و ایجاد اشتغال به معتادان بهبود یافته و خانواده آن‌ها
- ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت معتادین بهبود یافته
- ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت خانواده‌های معتادین بهبود یافته
- راه اندازی مراکز اشتغال جهت معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان به

مراکز مربوطه و پرداخت یارانه اشتغال

- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت حرفه آموزی از طریق یارانه
- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت اشتغال از طریق یارانه

۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هر چند مسئولیت حمایت‌های اجتماعی مستقیماً بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار ندارد، اما در برنامه پنجم توسعه اقداماتی به منظور توسعه حمایت‌های اجتماعی و در همکاری با سازمان بهزیستی بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شده است که عبارتند از:

- همکاری با سازمان بهزیستی به منظور اصلاح مقررات پرداخت یارانه جهت کمک به درمان معتادین بی بضاعت
- همکاری با سازمان بهزیستی در پرداخت یارانه بیمه معتادین گروه‌های خاص
- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت حرفه آموزی از طریق یارانه
- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت اشتغال از طریق یارانه
- همکاری با سازمان بهزیستی در تصویب سرانه بیمه معتادین در سرانه کل بیمه درمان برای خدمات داروئی و غیر داروئی
- همکاری با سازمان بهزیستی در پرداخت یارانه بیمه درمان معتادین
- همکاری با سازمان بهزیستی در انجام مشاوره و مددکاری برای معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان بهزیستی در برگزاری کلاس‌های آموزش برای بهبود یافتگان و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان بهزیستی در پرداخت یارانه خدمات مشاوره، روانشناسی و

- مددکاری برای معتادین تحت پوشش و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت معتادین بهبود یافته
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت خانواده‌های معتادین بهبود یافته

۴- سازمان زندان‌ها

چهارچوب تعریف شده برنامه‌های حمایتی برای زندانیان مبتلا به سوءمصرف مواد با هدف اصلی کاهش آسیب در زندان‌ها تعریف شده و طیف وسیعی از خدمات را شامل می‌شود که علاوه بر خدمات درمانی و کاهش آسیب شامل خدمات حمایتی چون آموزش و ترویج سلامت نیز می‌شود. این خدمات از طریق بیش از ۱۲۶ کلینیک مثلثی در زندان‌های کشور و مرکز مراقبت بعد از خروج صورت می‌گیرد. این برنامه‌ها از سال ۱۳۸۱ در زندان‌ها به صورت گسترده و همه جانبه آغاز گردید.

• آموزش و اطلاع رسانی

۱- زندانیان

- برگزاری کلاس‌های آموزشی توسط کارشناسان بهداشت و درمان زندان یا کارشناسان دانشگاهی
- چاپ پوستر و نصب آن در محل‌های در معرض دید و محل انتظار زندانیان برای طی مراحل قانونی
- طراحی، چاپ و توزیع بروشور و پمفلت‌های آموزشی مناسب باسواد زندانیان
- تولید و پخش پیام‌های تصویری، تیزر و فیلم‌های آموزشی از طریق سیستم مداربسته زندان
- آموزش در کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری
- آموزش از طریق همسانان با انتخاب افرادی از بین زندانیان که توانایی انتقال آموخته‌ها را به دیگران داشته باشند.

- استفاده از سیستم تلفن مشاور و تلفن گویا نیز از دیگر اقداماتی است که با هدف کاستن از شرم و ترس مواجهه رودرو با آموزش دهندگان مورد استفاده قرار گرفت.

۲- خانواده زندانیان

بدیهی است شناور بودن جمعیت زندان‌ها و آمار بالای ورود و خروج ایشان و یا اعزام به مرخصی زندانیان و انجام ملاقات‌های شرعی در محل زندان و یا ارتباط انکار ناپذیر فرد زندانی با خانواده، لزوم آموزش خانواده زندانی و به خصوص همسر فرد زندانی را می‌طلبد. نصب پوستر در محل انتظار برای ملاقات یا مراجعه به مراکز حمایتی و یا توزیع پمفلت و بروشور و همچنین استفاده از سیستم مدار بسته برای پخش پیام‌های تصویری و تیزر و حتی برگزاری کلاسهای آموزشی و امکان ارائه خدمات مشاوره‌ای و آموزش فردی از جمله روش‌هایی است که می‌توان به آن‌ها اشاره نمود که بسته به فضای فیزیکی و شرایط و امکانات موجود به مرحله اجرا در می‌آید.

- حمایت و نظارت بر انجمن حمایت از زندانیان که با شرکت مسئولان و معتمدان در هر دادگاه عمومی، دادگاه شهرستان و دادگاه بخش مستقل (در صورت وجود زندان) تشکیل می‌شود. غیر انتفاعی و تحت نظارت سازمان زندان‌هاست و با هدف کمک به زندانیان و خانواده آنان و اصلاح زندانیان و با همکاری زندان‌ها و موسسات تأمینی و تربیتی و مراکز مراقبت پس از خروج زندانیان، فعالیت و اقدام می‌نماید.
- راه اندازی کلینیک‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری

۱- در زندان‌ها

۲- در مراکز مراقبت بعد از خروج

هر چند از آن جا که کلیه خدمات درمانی و کاهش آسیب در زندان‌ها به صورت رایگان ارائه می‌شود، لذا می‌توان آن را به منزله حمایت‌های اجتماعی برای ارتقاء سلامت زندانیان و حفظ سلامت جامعه در نظر گرفت.

- در برنامه پنجم توسعه اقداماتی به منظور توسعه حمایت‌های اجتماعی و در همکاری با سایر سازمان‌ها بر عهده سازمان زندان‌ها قرار داده شده است که عبارتند از:
- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت حرفه‌آموزی از طریق یارانه

- همکاری با سازمان بهزیستی در معرفی معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان به سازمان‌های مرتبط جهت اشتغال از طریق یارانه
- همکاری با سازمان بهزیستی در تصویب سرانه بیمه معتادین در سرانه کل بیمه درمان برای خدمات دارویی و غیر دارویی
- همکاری با سازمان بهزیستی در پرداخت یارانه بیمه درمان معتادین
- همکاری با سازمان بهزیستی در انجام مشاوره و مددکاری برای معتادین بهبود یافته و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان بهزیستی در برگزاری کلاس‌های آموزش برای بهبود یافتگان و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان بهزیستی در پرداخت یارانه خدمات مشاوره، روانشناسی و مددکاری برای معتادین تحت پوشش و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت معتادین بهبود یافته
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای جهت خانواده‌های معتادین بهبود یافته
- معرفی معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان به مراکز مربوطه و پرداخت یارانه اشتغال

۵- وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی

- تسهیل اعطای مسکن مهر با همکاری وزارتخانه راه و شهرسازی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی به معتادان بهبود یافته معرفی شده توسط دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای در راه اندازی مراکز اشتغال جهت معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای در پرداخت وام جهت راه اندازی و ایجاد اشتغال به معتادان بهبود یافته و خانواده آن‌ها

۶- کمیته امداد امام خمینی

- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای در راه اندازی مراکز اشتغال جهت معنادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان
- همکاری با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای در پرداخت وام جهت راه اندازی و ایجاد اشتغال به معنادان بهبود یافته و خانواده آن‌ها

۷- سازمان‌های مردم نهاد، غیردولتی، خیریه‌ها و مشارکت‌های مردمی

سازمان‌های مردم نهاد، غیردولتی، خیریه‌ها و مشارکت‌های مردمی در قالب طرح‌های اجتماعی محور می‌توانند و می‌باید نقش اساسی در تامین حمایت‌های اجتماعی برای افراد اجتماع و علی‌الخصوص افراد مبتلا به سوءمصرف مواد و خانواده‌های آنان فراهم آورد. نه تنها اوقاف، نذورات و کمک‌های مالی مردمی به تامین منابع مالی برای ارائه حمایت‌های اجتماعی کمک می‌نمایند که سازمان‌های مردم نهاد و غیر دولتی می‌توانند نقش عمده‌ای در فرهنگ سازی به منظور تغییر نگرش مردم و ایجاد حمایت اجتماعی برای بازتوانی و پذیرش اجتماعی درمان شدگان و حمایت مصرف کنندگان برای ورود به درمان فراهم آورد. بازاریابی اجتماعی، شبکه سازی و حمایت‌گیری از دیگر مسئولیت‌هایی است که این سازمان‌ها باید بر عهده گیرند.

۸- دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی

دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی باید در فراهم آوردن منابع انسانی متخصص در حوزه حمایت‌های اجتماعی، ایجاد شواهد علمی و بومی و همچنین حمایت‌های علمی و تخصصی از سازمان‌های مردم نهاد و غیر دولتی در ساماندهی و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، بازتوانی و درمان سوءمصرف مواد نقش موثر بر عهده گیرند.

۹- شهرداری‌ها و استانداری‌ها

بایستی امکانات موجود خود را در خدمت فرهنگ‌سازی، ارائه امکانات حمایتی از سمن‌ها و مشارکت‌های مردمی و توسعه مشارکت‌های مردمی و توانمندسازی اجتماعی به کار گیرند.

۱۰- سازمان هلال احمر

سازمان هلال احمر می‌تواند امکانات خود را جهت ارائه خدمات حمایتی - درمانی و تامین اقلام مورد نیاز داروئی به کار گیرد.

۱۱- وزارت ورزش و جوانان

ایجاد و حمایت از شبکه‌های اجتماعی سالم، ارتقاء ورزش همگانی، ایجاد محیط‌های تفریح سالم و نشاط اجتماعی برای احاد جامعه و جوانان، از جمله مواردی است که می‌تواند کمک فراوانی به پیشگیری از سوءمصرف مواد در جامعه نماید.

۱۲- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

ایجاد و حمایت از شبکه‌های اجتماعی سالم، ارتقاء هنر در جامعه، ایجاد محیط‌های تفریح سالم و نشاط اجتماعی برای احاد جامعه و جوانان، از جمله مواردی است که می‌تواند کمک فراوانی به پیشگیری از سوءمصرف مواد در جامعه نماید.

جدول ۴ خلاصه خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری؛ درمان و ماندگاری بر درمان سوءمصرف مواد و سازمان‌هایی که می‌باید / می‌توانند درگیر در ارائه این خدمات باشند را نشان می‌دهد.

سازمان‌های درگیر	اقدامات حمایتی	
وزارت آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	تقویت شبکه‌های اجتماعی سالم برای جوانان، نوجوانان و افراد جامعه	حمایت اجتماعی در پیشگیری عمومی
وزارت کشور، سازمان‌های مدنی و مردم نهاد	تقویت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد	
سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، وزارت ورزش و جوانان، صدا و سیما، سازمان‌های مدنی و مردم نهاد، شهرداری، استانداری، سازمان هلال احمر	فراهم نمودن اطلاعات و در دسترس بودن خدمات اطلاع‌رسانی	
سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، شهرداری - استانداری، سازمان هلال احمر، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، سمن‌ها	آموزش مهارت‌های والدینی و فرزند پروری	
سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، شهرداری - استانداری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، سمن‌ها	آموزش مهارت‌های زندگی	
دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، شهرداری - استانداری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، سمن‌ها	توجه بیشتر به اعتلای انواع هنر و مخصوصاً موسیقی در جامعه	
دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، شهرداری - استانداری، سازمان هلال احمر، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کشور، صدا و سیما، سمن‌ها	تقویت شبکه‌های اجتماعی در سطح جامعه	
سازمان بهزیستی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کشور، سمن‌ها	تقویت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان زندان‌ها، شهرداری - استانداری، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سمن‌ها	ارائه رایگان بسته‌های آموزشی ویژه برای خانواده مبتلایان به سوءمصرف مواد	حمایت اجتماعی در پیشگیری انتخابی

سازمان‌های درگیر	اقدامات حمایتی	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت کار، رفاه و امور اجتماعی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، سمن‌ها	ارائه رایگان بسته‌های آموزشی ویژه برای افراد در مشاغل پرخطر، سربازان و کودکان	حمایت اجتماعی در پیشگیری انتخابی
وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، وزارت علوم سمن‌ها	ارائه آموزش‌های مهارتی پیشگیری از اعتیاد در دانشگاه‌ها	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت بهداشت، مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی، سازمان زندان‌ها، کمیته امداد امام خمینی، سازمان تامین اجتماعی، سمن‌ها	غربالگری خشونت و سوء استفاده از کودکان و همسر آزاری در مورد خانواده‌های افراد مبتلا	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی، سازمان زندان‌ها، سمن‌ها	غربالگری مصرف مواد و یا رفتارهای جنسی پرخطر در مورد گروه‌های در معرض خطر	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، شهرداری - استانداری، سمن‌ها	استفاده از طرح‌های اجتماع محور به منظور اجرای مداخلات پیشگیری	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، شهرداری - استانداری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سمن‌ها	درمان رایگان مشکلات اجتماعی و روانی از طریق مشاور خانواده و یا مشاور مدارس	حمایت اجتماعی در پیشگیری موردی
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، سازمان زندان‌ها	خدمات درمانی کم آستانه سوءمصرف مواد به صورت رایگان	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، شهرداری - استانداری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، سمن‌ها	اقدامات به منظور کاهش انگ برای افراد در درمان	حمایت اجتماعی در در درمان
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان زندان‌ها، شهرداری - استانداری، سمن‌ها	توجه به خانواده و اتخاذ رویکرد خانواده محور	

سازمان‌های درگیر	اقدامات حمایتی	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان زندان‌ها، سمن‌ها	شرکت در برنامه‌های حمایتی گروه‌های خودیار در طول درمان و پس از آن	حمایت اجتماعی در درمان
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، آموزش و پرورش، مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی، سمن‌ها	ارائه خدمات مشاوره‌ای که توانمندسازی افراد برای زندگی سالم و نه درمان سوءمصرف مواد را مد نظر دارد	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	استفاده از محیط‌های حمایت گر و حمایت حرفه‌ای (پرسنل درمان) در درمان	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سمن‌ها، مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	تقویت خدمات سیار	
وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان هلال احمر،	اختصاص حمایت‌های مالی و بیمه‌ای	
سازمان بهزیستی، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، شهرداری-استانداری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سمن‌ها	توجه به تغییر شبکه اجتماعی از شبکه ناسالم به شبکه سالم	حمایت اجتماعی در ماندگاری بر درمان
سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، مراکز درمان اعتیاد، سمن‌ها، شهرداری-استانداری، سمن‌ها	تداوم خدمات آموزشی و مشاوره‌ای بعد از درمان	
سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، مراکز درمان اعتیاد، سمن‌ها	برقراری ارتباط با سازمان‌های ایمن مدار و تاکید بر تقویت احساسات معنوی و انسانی افراد	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، شهرداری-استانداری، سازمان فنی و حرفه‌ای، وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان اوقاف و امور خیریه و سایر سازمان‌های خیریه، سمن‌ها	درآمد زائی و اشتغال	
سازمان بهزیستی، وزارت مسکن و شهرسازی	تامین سرپناه موقت/ دائم	

سازمان‌های درگیر	اقدامات حمایتی	حمایت اجتماعی در ماندگاری بر درمان
سازمان زندان‌ها، شهرداری-استانداری، سازمان فنی و حرفه‌ای، وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی، سمن‌ها	آموزش حرفه و فن	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، مراکز درمانی و درمان اعتیاد، سازمان زندان‌ها، سمن‌ها	توجه به سایر اختلالات روانی- جسمانی همراه	
سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، سازمان زندان‌ها، شهرداری- استانداری، سازمان فنی و حرفه‌ای، وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان هلال احمر، سازمان اوقاف و امور خیریه و سایر سازمان‌های خیریه، وزارت راه و شهرسازی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کشور، صدا و سیما، سمن‌ها	توجه به آموزش و تحصیل	
سازمان بهزیستی، وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان هلال احمر، سازمان اوقاف و امور خیریه و سایر سازمان‌های خیریه، سمن‌ها	اختصاص حمایت‌های مالی و بیمه‌ای	
وزارت ورزش و جوانان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سمن‌ها	فراهم آوردن امکان استفاده از خدمات ورزشی و فرهنگی	

جدول ۴: خدمات حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری؛ درمان و ماندگاری بر درمان سوءمصرف مواد و سازمان‌های درگیر در ارائه این خدمات

پیشنهادات اجرایی ساماندهی حمایت‌های اجتماعی

مقدمه

با توجه به تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی در ایران و توجه به اصول و مبانی علمی و شواهد ملی و بین‌المللی و توجه به منابع، ساختارها و داشته‌های موجود، در این فصل پیشنهادات اجرایی برای ساماندهی و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی در ایران ارائه می‌گردد. از آنجا که سازمان بهزیستی یکی از متولیان اصلی در حمایت‌های اجتماعی در ایران است، این راهکارها و پیشنهادات اجرایی به تفکیک برای این سازمان و سایر سازمان‌ها ارائه می‌گردد.

پیشنهادات اجرایی ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی

جدول ۵ پیشنهادات عملیاتی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی را نشان می‌دهد. این جدول به ترتیب ساز و کار لازم برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و بازتوانی افراد را در سطح عملیاتی و نه در سطح سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ارائه می‌دهد.

سطح کاربردی	پیشنهادات اجرایی
پیشگیری	ارائه آموزش‌های مهارت‌های اجتماعی و فضائل اخلاقی به کلیه کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی و افزایش احساس تعلق به اطرافیان و جامعه در این کودکان
	ارائه آموزش‌های رفتار با کودک به کلیه سرپرستان کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی و نظارت بر کیفیت کار آن‌ها با اطفال
	ارائه آموزش‌های پیشگیری از اعتیاد و یا تشویق به شروع درمان به کلیه زنان و دختران پناه‌جو در مراکز اقامتی آن‌ها

پیشنهادات اجرایی	سطح کاربردی
ارائه خدمات مشاوره‌ای و حقوقی به کلیه زنان و دختران پناه جو به منظور پیشگیری از آسیب های بیشتر اجتماعی	پیشگیری
توجه و حساس سازی درمانگران به موضوع پیشگیری و یا تشویق به درمان اعتیاد در خدمات درمانی و مشاوره‌ای برای سایر بیماری‌های روانی همبود با اعتیاد	
توجه و حساس سازی درمانگران به موضوع پیشگیری از اعتیاد در خدمات درمانی و مشاوره‌ای برای سایر آسیب های اجتماعی	
توجه به پیشگیری و آگاه سازی افراد از خدمات درمانی اعتیاد به زنان سرپرست خانوار به منظور ارتقاء آگاهی و حساس سازی خانواده	
ارائه آموزش‌های مهارت‌های والدینی به کلیه زوج های جوان	
ارائه آموزش‌های تعالی بخشی خانواده به کلیه خانواده‌ها	
تدوین روش های آموزش‌های تخصصی و مهارتی پیشگیری از اعتیاد بر اساس شواهد علمی و برای کلیه سطوح و اقشار جامعه	
جلب توجه و آگاه سازی خیرین از اهمیت خیرات و اوقاف برای تامین حمایت های اعتباری و مشارکت اجتماعی در پیشگیری و بازتوانی اعتیاد	
آگاه سازی وسیع جامعه از وجود خطوط مشاور تلفنی در همه ی مدارس و محلات آسیب پذیر	
توجه به ارائه خدمات حمایتی و پیشگیری به خانواده معتادان تحت پوشش	
افزایش مشارکت اجتماعی مردم در پیشگیری از اعتیاد از طریق مداخلات جامعه محور و به کار گیری نیروهای داوطلب مردمی در کلیه اقدامات	
تدوین راهنما برای آموزش تعالی خانواده	
تدوین راهنمای آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد موثر (مبتنی بر شواهد) برای کلیه سطوح سنی (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) و کلیه اقشار (دانشجویان، اقشار آسیب پذیر، و غیره)	
تاسیس دایره ارائه خدمات حقوقی و مشاوره حقوقی به زنان و افراد آسیب پذیر	
تدوین طرح های مهندسی اجتماعی به منظور تغییر رویکرد اجتماع و انگیزش مشارکت و حمایت اجتماعی در پیشگیری و بازتوانی از سوءمصرف مواد	

پیشنهادات اجرایی	سطح کاربردی
تدوین راهنمای افزایش مشارکت های اجتماعی در پیشگیری و بازتوانی سوءمصرف مواد	پیشگیری
بومی سازی و تدوین راهنمای درمان خانواده محور	
اطلاع رسانی خانه به خانه و فراهم آوردن اطلاعات تصویری و غیر تصویری در مورد خدمات درمانی، کاهش آسیب، خطوط مشاوره و خدمات حمایت های اجتماعی در تمام مناطق آسیب پذیر	
همکاری با رسانه‌ها در ارائه آموزش‌های صحیح و کارشناسی برنامه‌های رسانه‌ای	
ارائه خدمات درمانی کم آستانه سوءمصرف مواد	
انجام تحقیقات کاربردی درباره روش‌های موثر ارائه آموزش‌های مهارتی (مهارت‌های زندگی، مهارت‌های والدینی، و غیره) به افراد	
ایجاد تسهیلاتی برای درگیر نمودن خانواده در درمان و خانواده درمانی	آغاز درمان و ماندگاری بر درمان
ایجاد تسهیلات اقامتی در مواردی که محیط زندگی فرد امکان درمان و ماندگاری بر درمان را کم می‌نماید	
ارائه خدمات مشاوره‌ای انگیزشی به کلیه اعضای خانواده در معرض خطر و یا معتاد فرد مراجع	
ارائه تسهیلات مراقبت از کودکان برای مادران در حین درمان	
ارائه تسهیلات رفت و آمد برای مراجعین در شرایطی که عدم این تسهیلات ادامه درمان را با مخاطره مواجه می‌سازد	
ارائه غذای گرم و امکان استحمام و لباس مناسب در صورت نیاز و تشخیص مددکار	
تشخیص و ارجاع مناسب برای درمان سایر بیماری‌های روانی توام و یا بیماری‌های جسمی	
تهیه پرتکل برای تشخیص و ارجاع مناسب افراد تحت درمان به دیگر بخش‌ها	
تهیه پرتکل های خدمات مددکاری در حین درمان	

پیشنهادات اجرایی	سطح کاربردی
ارائه خدمات توانمند سازی (حرفه آموزی و یا مشاوره شغلی مناسب) برای درآمد زائی و یا اشتغال	پس از درمان
انجام تحقیقات کاربردی برای روزآمد نمودن مشاوره شغلی و یا تسهیلات و آموزش‌های حرفه آموزی بر اساس نیاز بازار کار	
ارائه سرپناه مناسب موقت تا زمانی که فرد توانمندی یافتن سرپناه امن برای را پیدا نماید	
ارائه تسهیلات مالی در موارد محدود و به صورت موردی و پس از اطمینان از توانمندی مناسب بیمار	
تهیه پروتکل های مناسب برای ارائه تسهیلات مالی	
تهیه راهنمای خدمات مددکاری پس از درمان	
انجام تحقیقات مستمر بر روی اثر بخشی هر کدام از خدمات ارائه شده در ماندگاری بر درمان و بازگشت به جامعه	
بازار یابی اجتماعی و انجام اقدامات فرهنگی برای تسهیل اشتغال و تسهیل بازگشت به جامعه افراد درمان شده در جامعه	

جدول ۵: پیشنهادات عملیاتی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی

پیشنهادات اجرایی ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سایر سازمان‌های دولتی

جدول ۶ پیشنهادات عملیاتی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سایر سازمان‌های دولتی را نشان می‌دهد. در مورد سازمان‌های مردم‌نهاد و غیر دولتی سازوکارها و برنامه‌های اجرایی باید بر اساس خلاقیت و نوآوری افراد و جوامع باشد و از هر نوع تحمیل محدودیت و یا ایجاد وابستگی مالی پرهیز شود.

پیشنهادات اجرایی	سطح کاربردی	نام سازمان
آموزش مهارت‌های زندگی سالم در کلیه مدارس و دانشگاه‌ها	پیشگیری	آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، وزارت علوم
آموزش مهارت‌های پیشگیری از اعتیاد در مقاطع آموزش متوسطه و عالی	پیشگیری	آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، وزارت علوم
انجام تحقیقات کاربردی در مورد موثرترین روش‌های آموزش مهارت‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد	پیشگیری	بهداشت و آموزش پزشکی
تسهیل شکل‌گیری و حمایت از سازمان‌های غیر دولتی و مردم‌نهاد در زمینه پیشگیری از سوءمصرف مواد	پیشگیری	
فراهم آوردن آموزش‌های تخصصی مبتنی بر شواهد و تحکیم و تقویت گروه‌های خودیاری	پیشگیری	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
فراهم آوردن اطلاعات تصویری و غیر تصویری در مورد خدمات درمانی، کاهش آسیب، خطوط مشاوره و خدمات حمایت‌های اجتماعی در تمام مناطق آسیب‌پذیر	پیشگیری	ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی
تشویق و حمایت از شکل‌گیری انجمن‌های دانش‌آموزی و دانشجویی	پیشگیری	آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، وزارت علوم
ایجاد و گسترش محیط‌های فرهنگی و تفریحی سالم و شاد متناسب با علایق و روحیه نوجوانان و جوانان	پیشگیری	سازمان جوانان، شهرداری، مدارس و دانشگاه‌ها

نام سازمان	سطح کاربردی	پیشنهادات اجرایی
آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها، وزارت فرهنگ هنر و تبلیغات اسلامی، سازمان جوانان	پیشگیری	توجه عمیق به هنر و موسیقی به عنوان ابزاری برای بیان احساسات در مدارس و دانشگاه‌ها
همه‌ی سازمان‌ها	پیشگیری	رفع معضل بیکاری در جامعه، مخصوصاً برای جوانان
ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	پیشگیری	افزایش مشارکت اجتماعی مردم در پیشگیری از اعتیاد از طریق مداخلات جامعه محور و به کار گیری نیروهای داوطلب مردمی در کلیه اقدامات
وزارت ورزش و جوانان؛ وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	پیشگیری	توجه به ایجاد شبکه‌های اجتماعی سالم
شهرداری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	آغاز به درمان	آگاهی بخشی تصویری و نوشتاری راجع به خدمات درمانی و کاهش آسیب در کلیه اماکن عمومی و مراکز درمان
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	آغاز به درمان	آموزش حمایت و کرامت بیمار و رعایت اصول اخلاقی و ارزش‌های انسانی در برخورد با بیمار به کلیه پرسنل درمانی و نظارت بر اجرای صحیح آن
وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، بیمه	آغاز به درمان	اختصاص حمایت‌های بیمه‌ای برای خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی
اداره دادگستری، نیروی انتظامی	آغاز به درمان	ایجاد کانون‌های حقوقی برای رسیدگی به مشکلات حقوقی زنان و کودکان به منظور تسهیل دسترسی آنان به خدمات درمانی
وزارت بهداشت و آموزش پزشکی	آغاز به درمان	تهیه پروتکل‌های رفتار مراجع مداری در برخورد با مراجعین در مراکز درمان
وزارت بهداشت و آموزش پزشکی	آغاز به درمان	تهیه پروتکل‌های دقیق ارجاع برای درمان سوءمصرف مواد در کلیه به مراکز خدمات بهداشتی و درمانی

نام سازمان	سطح کاربردی	پیشنهادات اجرایی
ستاد مبارزه با مواد مخدر	آغاز به درمان و پیشگیری	اعطای یارانه به مراکزی که خدمات درمانی سوء مصرف مواد خانواده محور ارائه می‌نمایند
شهرداری، آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت علوم، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی	بازتوانی	اقدامات فرهنگی گسترده در مساجد، مدارس، دانشگاه‌ها و شورایی‌های محل برای تغییر نگرش اجتماعی به منظور تسهیل بازگشت به جامعه افراد بهبود یافته
اوقاف، ستاد مبارزه با مواد مخدر، کمیته امداد امام خمینی	پیشگیری، بازتوانی	جهت دهی خیرات و اوقاف به سمت خدمات پیشگیری و بازتوانی اعتیاد
وزارت آموزش و پرورش	بازتوانی	کمک‌های آموزشی فوق برنامه و مالی برای ادامه تحصیل جوانان و نوجوانان پس از درمان

جدول ۶: پیشنهادات عملیاتی برای ساماندهی حمایت‌های اجتماعی در سایر سازمان‌ها

اسناد پشتیبان راهنمای حمایت‌های اجتماعی در سوء مصرف مواد

مرور منابع و اسناد بین‌المللی

حمایت‌های اجتماعی و سوء مصرف مواد

سوء مصرف مواد اغلب با مشکلات فردی و خانوادگی زیادی همراه است که ممکن است منجر به از دست دادن خانواده و روابط فردی، مشکلات اقتصادی، کم سوادی و مشکلات تحصیلی، بیکاری و از دست دادن شغل باشد. در چنین شرایطی حمایت‌های اجتماعی که پاسخگوی چنین مسائلی هستند، برای موفقیت درمان و بازتوانی ضروری است (۵۴).

حمایت‌های اجتماعی نه تنها در فرایند ابتلا به سوء مصرف مواد بلکه در فرایندهای آغاز درمان، ماندگاری بر درمان و پیشگیری از عود نقش موثری دارد. بازگشت موفق به جامعه و شبکه‌های اجتماعی نیازمند انواعی از خدمات حمایت‌های اجتماعی و سلامتی است که به مشکلات روانی و نگرش‌ها و یا رفتارهای ضد اجتماعی افراد درمان شده پاسخ دهد (۵۵). منابع حمایت اجتماعی فراهم شده برای هر فرد متنوع هستند. در این طیف گسترده، حمایت گروه‌هایی از قبیل خانواده، گروه همسالان، دوستان، خویشاوندان، مغازه‌دار محله، معلمان، همکاران و سایرین قرار دارند. برخی از این گروه‌ها به طور رسمی و برخی دیگر به صورت غیررسمی تأمین‌کننده حمایت اجتماعی برای فرد هستند.

بازتوانی بر سه اصل تندرستی، شهروندی و رهایی از مصرف مواد مبتنی است. بازتوانی متمرکز بر فرد است و شروع یک سفر فردی محسوب می‌شود، بر خلاف تصویری که آن را مرحله ای از خاتمه دادن به مصرف مواد تلقی می‌کنند. بنابر این فرد باید در قلب سیستم بازتوانی قرار گرفته و بسته‌های حاوی تعداد زیادی از خدمات را دریافت نماید، خدماتی که در سطح محلی و به صورت اختصاصی (تک دوزی شده) برای درمان و حمایت از او طراحی و در نظر گرفته شده است (۳۶). یکی از مهمترین عوامل موثر در تداوم بازتوانی و درمان، میزان سرمایه‌هایی (داشته‌ها) است که برای هر فرد وجود دارد؛ از جمله سرمایه‌های اجتماعی و یا به عبارتی سرمایه‌هایی که هر فرد از ارتباطش با سایرین

(خانواده، همسر، فرزندان و گروه همسالان) به دست می‌آورد که هم شامل حمایت‌های دریافتی و هم مسئولیت‌هایی است که فرد در قبال افراد دارد. سرمایه‌های معنوی و فرهنگی مانند ارزش‌ها، اعتقادات و نگرش افراد، نه تنها در بازتوانی بلکه در شروع به درمان و پیشگیری از سوءمصرف مواد نیز نقش اساسی بازی می‌کند (۳۶).

در ایران نیز بر اساس شواهد حاصل از مطالعات، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد با وضعیت عوامل اجتماعی مرتبط است (۱۷). وضعیت درآمد و فقر، برخورداری از سواد و آموزش، نقش‌های مرتبط با جنسیت، شرایط محل زندگی، دسترسی به اشتغال و شرایط شغلی، برخورداری از حمایت اجتماعی و چگونگی رشد و تکامل دوران کودکی از جمله عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اند (۱۷). سوءمصرف مواد نیز از این امر مستثنی نیست، بلکه تاثیر عوامل اجتماعی در بروز و شیوع سوءمصرف مواد بسیار بیشتر است.

یافته‌های مطالعات انجام شده اخیر در ایران افزایش تعداد زنان مصرف‌کننده و وابستگی آنها به مواد را به علت آسیب‌پذیری اقتصادی و اجتماعی زنان در جامعه نشان می‌دهد. بررسی وضعیت خانوادگی و شرایط اقتصادی اکثریت این زنان بیانگر آن است که آنها از هرگونه حمایت اجتماعی محروم هستند و از ناهنجاری محیط اجتماعی از کودکی تا بزرگسالی رنج برده اند (۱۷).

در سال‌های اخیر شاهد کاهش سن اعتیاد در کشور و نزدیک شدن آن به سن کودکی بوده ایم. در ماده ۳۳ پیمان نامه جهانی حقوق کودکان کشورهای عضو پیمان نامه موظف هستند کلیه اقدامات قانونی، اجتماعی و آموزشی را به عمل آورند تا از کودکان در برابر استفاده‌های غیرمجاز از داروهای مخدر و روانگردان که در اسناد بین‌المللی مربوطه توصیف شده‌اند، حمایت نمایند و از استفاده از کودکان در تولید غیر مجاز و قاچاق مواد جلوگیری کنند. هر چند آمار دقیقی از وضعیت اعتیاد کودکان و نوجوانان ندارند. زیرا راه پیدا کردن به آموزش و پرورش بسیار سخت است و اگر بفهمند بچه‌ای مواد مصرف می‌کند او را از مدرسه اخراج می‌کنند. به همین دلیل مسئله اعتیاد کودکان پنهان می‌ماند. در سال ۸۶، ستاد مبارزه با مواد مخدر اعلام کرده بود، در ایران ۳۰ هزار دانش‌آموز مصرف‌کننده مواد وجود دارد. مصطفی اقلیما، نیز تعداد کودکان معتاد در سال ۹۱ را، ۳ میلیون نفر دانست (۵۶).

اعتیاد مهم‌ترین عامل افزایش کودک‌آزاری توسط مادران است. میزان ورودی کودکان بدسرپرست به مراکز بهزیستی به دلیل اعتیاد به مواد مخدر صنعتی افزایش یافته است.

بر اساس تحقیقات انجام شده ۳۵ درصد از کودکان آسیب دیده بر اثر این سوء رفتار زیر ۵ سال هستند. باید به کودکان آموزش داده شود تا در صورت مواجهه با این سوء رفتار، موضوع را به اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی اطلاع دهند، افراد جامعه نیز باید در صورت مشاهده کودک آزاری در دیگر خانواده‌ها این موضوع را گزارش کنند، علاوه بر این والدینی که این سوء رفتار در آن‌ها وجود دارد باید برای دریافت خدمات مشاوره‌ای و روان شناختی اقدام کنند (۵۷).

مرور شواهد اثر بخشی حمایت‌های اجتماعی در پیشگیری، درمان و باز توانی سوء مصرف مواد

تحقیقات بین‌المللی نشان داده‌اند که حمایت‌های اجتماعی، نه تنها در فرایند ابتلا به سوء مصرف مواد بلکه در فرایند های آغاز درمان، ماندگاری بر درمان و پیشگیری از عود اثر بخش می‌باشد.

مطالعه کامفورت و همکاران نشان می‌دهد که حمایت‌های اجتماعی یکی از عوامل موثر و مهم در تداوم زندگی بدون مواد در یک دوره ۱۲ ماهه مطالعه بوده اند (۵۸). تجربه موفق کشور هلند در استفاده وسیع از حمایت‌های اجتماعی و بهبود شرایط زندگی (از جمله دسترسی به مسکن، کمک هزینه های اجتماعی و اشتغال) که به طور بارزی منجر به بهبود عمومی و کاهش جرم های خرد مربوط به مواد مخدر شد، یکی از صدها شاهد تاثیرات مثبت حمایت‌های اجتماعی است (۵۹).

مطالعه ی وارن^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۷ در بین ۳۵۱ نفر از مبتلایان به سوء مصرف مواد که از ناراحتی های توام روانی (عمدتا اختلالات خلقی و روانپریشی) نیز رنج می‌بردند و به ۱۱ مرکز درمانی در لوس آنجلس مراجعه نموده و در یک دوره درمانی ۶ ماهه تحت درمان بودند، نشان داد که میزان بیشتری از حمایت‌های اجتماعی در بدو ورود برای درمان، پیشگویی کننده ی وضعیتِ بهتر سلامت روان و مصرف کمتر هروئین و کوکائین بود. همچنین طول دوره ابتلا به سوء مصرف مواد، همبستگی معکوسی با میزان حمایت‌های اجتماعی داشت (۶۰).

مطالعه ی افندی^۲ و همکاران در کشور اندونزی در سال ۲۰۰۹ در بین ۲۱۰ دانش آموز

۱. Warren

۲. Afandi

سال‌های آخر دبیرستان نشان داد که بین نمره معیار غربالگری سوءمصرف مواد و حمایت‌های اجتماعی خانواده ($r = 0.2/718$)، محیط مدرسه ($r = 0.2/720$) و گروه همسالان ($r = 0.2/277$) یک همبستگی معنی دار معکوس زیاد وجود داشت (۶۱).

مطالعه‌ی دوبکینز و همکاران در سال ۲۰۰۲ بر ۲۰۶ مبتلا به سوءمصرف مواد مراجعه کننده به مراکز درمانی نشان داد که حمایت‌های اجتماعی عملکردی با ماندگاری در درمان و پیامد درمان، در مورد مبتلایان به سوءمصرف الکل ارتباط معنی داری دارد (۶۲). تولیدات^۱ در کشور فیلیپین، مقایسه‌ای بین گروه لغزش یافته و گروه لغزش نیافته بعد از درمان انجام داد. این مطالعه نشان داد که گروه لغزش یافته به طور معنی داری از حمایت اجتماعی ساختاری (structural social support) کمتری برخوردار بودند. همچنین در مقایسه با گروه لغزش یافته، گروه لغزش نیافته حمایت‌های بیشتری در درون اجتماع خودیار داشتند. از لحاظ میزان حمایت‌های اجتماعی عملکردی (functional social support)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نبود (۶۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که خودکار آمدی و حمایت‌های اجتماعی دو اصل مهم در پیش بینی موفقیت درمان و پیامد آن در افراد مبتلا می‌باشد (۶۴-۶۵). وجود حمایت‌های اجتماعی در اقدام به درمان، بیشترین تاثیر را در موفقیت پیامد درمان دارد. زیرا در این دوره است که بیمار دچار تردید برای ادامه روند درمان می‌شود (۶۶). شواهد نشان می‌دهد که یک دوره بسیار حساس در ابتدای درمان برای افراد برای تغییر وجود دارد، که وجود حمایت باعث افزایش خودکار آمدی افراد در این دوره حساس مس شود و لذا این امر نشان دهنده اهمیت توسعه منابعی است که هر فرد در موقع ورود به درمان دارد (۶۸، ۶۷).

سوی و راکو^۲ در بررسی مدل مفهومی چرخه سوءمصرف مواد و درمان به بررسی نقش عوامل فردی و اجتماعی در این چرخه می‌پردازند. از جمله عوامل اجتماعی در این چرخه، فقر و بیکاری و شرایط فرهنگی و اجتماعی گروه همسالان می‌باشد. بیکاری عامل اساسی مشغولیت مبتلایان به خرده فروشی مواد است و این نوع از اشتغال یک مانع اساسی برای شروع درمان است. برای بیمارانی که انگیزه درمان پیدا می‌کنند نیز عدم وجود خدمات مناسب و یا دوره زمانی کافی ارائه خدمات برای آنها از جمله سدهای مهم برای کامل کردن دوره درمان است. اما بیمارانی که دوره درمان را نیز کامل می‌نمایند، غالباً موفق به ماندگاری بر درمان نمی‌شوند. از جمله موانع عمده در عدم موفقیت در ماندگاری بر درمان،

۱. Tuliao

۲. Tsui & Rukow

عدم مهارت‌های اجتماعی، اشتغال و حمایت‌های اجتماعی کافی برای برگشت به جامعه است. بنابراین آموزش‌های حرفه‌ای و شغلی و ایجاد اشتغال به عنوان تسهیلگر فرایند درمان شناخته می‌شوند. امروزه چندین مدل از بازتوانی معطوف به اشتغال^۱ ارائه شده است. بررسی نیازمندی حرفه‌ای مبتلایان به سوءمصرف مواد، مشاوره تخصصی، آموزش مهارت‌های شغلی و ایجاد اشتغال می‌تواند با شروع فرایند درمان آغاز شود. هر چند این نوع اشتغال لزوماً می‌تواند اشتغال دائم نباشد و چالش‌های خاص خود را دارد (۶۹).

روش‌های اندازه‌گیری حمایت‌های اجتماعی

وسایل اندازه‌گیری متعددی برای ارزیابی حمایت اجتماعی وجود دارد. یکی از این روش‌ها پرسش‌نامه حمایت اجتماعی نوربک است. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۰ توسط نوربک ایجاد شده است، یک پرسش‌نامه چند بعدی است که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسش‌نامه سه ویژگی کاربردی شامل احساسات^۲، تایید^۳ و کمک^۴ اندازه‌گیری می‌شود که این سه ویژگی به عنوان بخشی از خرده‌مقیاس‌های ابزار NSSQ^۵ می‌باشد. همچنین اندازه شبکه اجتماعی، مدت ارتباط و فراوانی ارتباط نیز اندازه‌گیری می‌شود. این پرسش‌نامه، نه سؤال دارد. (۷۰) پرسش‌نامه مقیاس کوتاه که کفایت ادراک حمایت اجتماعی^۶ و رضایت از حمایت اجتماعی را ارزیابی می‌کند، دارای ۲۰ سؤال در خصوص حمایت اجتماعی در بعد حمایت روحی، حمایت اطلاعاتی، مصاحبت اجتماعی و یا حمایت وسیله‌ای می‌باشد (۷۱).

پرسش‌نامه دیگر، مقیاس ارزیابی ذهنی حمایت اجتماعی و کس^۷ می‌باشد. این پرسش‌نامه ۲۳ ماده دارد. اندازه و مقدار دسترس بودن و کافی بودن میزان تعلق و به هم پیوستگی اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه نشان می‌دهد که یک فرد تا چه حدی باور دارد که مورد علاقه و احترام دیگران است و تا چه حد با فامیل، دوستان و دیگران در ارتباط می‌باشد. این پرسش‌نامه سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در بر

۱. Vocational rehabilitation

۲. affect

۳. affirmation

۴. aid

۵. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)

۶. The Social Support Inventory (SSI): a brief scale to assess perceived adequacy of social support

۷. The Social Support Appraisals (SS-A)

می‌گیرد. خرده مقیاس خانواده دارای ۸ ماده و خرده مقیاس دوستان دارای ۷ ماده و خرده مقیاس سایرین دارای ۸ ماده است (۷۲).

پرسش‌نامه دیگر، پرسش‌نامه عملکردی حمایت اجتماعی دوک یوان سی^۱ می‌باشد. این پرسش‌نامه چند بعدی است و در واقع درک از مقدار و نوع حمایت اجتماعی افراد را اندازه‌گیری می‌کند. دارای ۱۴ سؤال می‌باشد که به چهار گروه تقسیم می‌شود: مقدار حمایت، اطمینان از حمایت، حمایت مؤثر و حمایت وسیله ای. نمرهٔ بیش‌تر در این پرسش‌نامه نشانهٔ درک بالاتر از حمایت اجتماعی می‌باشد (۷۳).

پرسشنامه برآ و همکارانش که در مطالعه ای بر روی دانشجویان دانشگاهی موفق تدوین شد، معیارهایی برای اندازه‌گیری حمایت‌های اجتماعی ارائه می‌دهد. این پرسشنامه ۴۰ مورد را برای اندازه‌گیری رفتارهایی مرتبط با حمایت‌های اجتماعی فراهم می‌آورد. معیار و شاخص‌های ارائه شده توسط این پرسشنامه با روایی و پایایی بالایی می‌تواند میزان حمایت‌های اجتماعی موجود را اندازه‌گیری نماید (۷۴).

نمونه‌هایی از برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی موفق

سیستم حمایتی جامع ادغام شده هلند

این سیستم که ابتدا در یکی از محلات فقیر هلند در سال ۲۰۰۴ شروع شد (۷۵)، به دلیل اینکه ارزیابی آن در سال ۲۰۰۷ موفقیت آمیز بودن آن را نشان داد، به سرعت گسترش یافت. در این سیستم حمایتی خدمات ادغام یافته ای به صورت یکپارچه به افراد آسیب پذیر شامل مبتلایان به سوء مصرف مواد ارائه می‌شود. در این سیستم در مراکز ارائه خدمات یک تیم تخصصی شامل پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، یک مشاور امور مالی و یک مشاور مسائل مربوط به زندگی ارائه خدمات می‌نمایند. این سیستم به حدود ۲۰۰۰۰ نفر نیازمند خدمات، ارائه خدمات جامعی شامل خدمات فراهم آوردن مسکن، درآمد زائی و اشتغال، دسترسی به امکانات دسترسی بی خطر و سالم به مواد، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (شامل خدمات سم زدائی، درمان با متادون و مراقبت‌های بهداشت روان) و فعالیت‌های آموزشی روزانه (مانند آموزش یک گروه هنری برای کار در فروشگاه‌های اشیاء تزئینی کادوئی، کار در مزرعه، و کار در اماکن عمومی و غیره)

۱. Duke- UNC Functional Social Support Questionnaire

۲. Barrera

می‌نمایند. در این سیستم تنبیه و مجازات(در مواردی که افراد از دریافت بعضی خدمات مانند استفاده از سرپناه شبانه سر باز می‌زنند و یا باعث برهم زدن نظم مرکز می‌شوند، شامل محرومیت افراد از دسترسی به امکانات ارائه شده، می‌باشد. و بعضی از خدمات مانند دریافت مقرری بیکاری مشروط به پذیرش بعضی از خدمات مانند شرکت در فعالیت‌های روزانه و یا استفاده از سرپناه شبانه است. هر فردی که در این مراکز ثبت نام نماید، بلافاصله همه خدمات فوق را دریافت می‌دارد.

Picture 3. Facilities and services of the integrated approach

Housing	Day Activities	Income	Care	Drug Use
Living independently	Independent job	Income from work	Independently chosen medical care	No use
Living Protected	social working program	Social benefit on own address	Regularly medical control regular care	Regulated use (at home)
Social pension	Voluntary work	Social benefit on post address	Regularly medical control regular care	Regulated use (in the pension)
Night shelter	Day activity	Consolidation of debts	Regularly medical control mobile care	Protected use (user room)
Basic shelter	Drop In Centre		Regularly medical control mobile care	Protected use (user room)

From 'Aanpak drugsproblematiek Amsterdam Zuidoost', 2003

شکل ۸: خدمات ارائه شده در سیستم حمایتی جامع ادغام شده هلند (۷۵)

برنامه‌ی خانواده محور

یکی از برنامه‌های موفق حمایت‌های اجتماعی را می‌توان در برنامه‌ی خانواده محور دید که روش درمانی فردگرا و جنسیت مدار، ویژه زنان مصرف کننده مواد است. برنامه خانواده محور، سازوکاری جامع می‌باشد که ماهیت جسمانی- روانشناختی اختلالات سوءمصرف مواد را مورد توجه قرار می‌دهد. این درمان جنسیت مدار بر ویژگی‌های فیزیولوژی و نقش زنان، جامعه پذیری، تجربه‌ها و وضعیت ارتباطی در یک فرهنگ وسیع تر بنا شده است. برای دستیابی به درمانی که بتواند پاسخگوی زنان مصرف کننده باشد، نیاز به تمرکز بر وابستگی‌ها و خلق ارتباطات سالم با دیگران به خصوص با فرزندان و دیگر اعضای خانواده می‌باشد. چنین درمانی فراهم کننده مجموعه کاملی از خدمات برای پوشش دهی مشکلات زنان با اختلالات ناشی از مصرف، با فرزندان و دیگر اعضای خانواده می‌باشد به این منظور که کاهش مصرف مواد و بهبود برایندهای فردی و خانوادگی محقق شود.

تعریف درمان خانواده محور عبارتست از برنامه تأیید شده ای که خدمات اقامتی را برای توانمند ساختن والدین و فرزندان فراهم نموده تا آنها در خدمات درمانی جامع سؤمصرف مواد در یک بازه زمانی ۶ ماهه شرکت کنند. این برنامه که می‌تواند در محل خاص یا به صورت ارجاع به دیگر مراکز اجرا شود، شامل مواد زیر می‌باشد: رویکرد جنسیت مدار، خدمات درمان ضربه ناشی از سؤمصرف مواد، خدمات مداخله ای اولیه کودکی، مشاوره خانواده، مراقبت مستمر، خدمات قانونی، مراقبت های بالینی، خدمات سلامت روان، آموزش مهارت‌های شیردهی، فرزند پروری، مراقبت پیش از زایمان، مراقبت از نوزاد، درمان سؤاستفاده جنسی، پیشگیری از عود، رفت و آمد، آموزش حرفه‌ای یا راهنمایی به سمت اخذ دیپلم و یا مدرک معادل (۲۰).

ارزیابی این برنامه در سال ۲۰۰۱ توسط مرکز درمان سؤمصرف مواد (CSAT^۱) بر روی زنان باردار و زنان بعد از زایمانی که در برنامه درمانی جامع خانواده مدار ویژه مادران مصرف کننده مواد و فرزندانشان قرار داشتند، انجام شد. یافته های اصلی این مطالعه ۶ ماه پس از درمان از قرار زیر بود:

- ۶۰٪ از مادران همچنان در پرهیز مصرف الکل و مواد ماندند.
 - جرائم مرتبط با مواد از ۲۸ درصد به ۷ درصد کاهش یافت.
 - ۳۸ درصد از زنان شغل پیدا کردند و ۲۱ درصد در یادگیری حرفه‌ای و آموزش نام نویسی کردند. (۷۶)
- در سال ۲۰۰۳ در یک ارزیابی از ۲۴ برنامه درمانی خانواده مدار اقامتی، ۶ ماه پس از درمان شواهد موفقیت برنامه عبارت بودند از:
- ۶۰ درصد از مادران پس از ۶ ماه از ترخیص به طور کامل از مصرف مواد فاصله گرفتند.
 - دستگیری های زنان ۴۳ درصد کاهش یافت.
 - ۴۴ درصد از کودکان از شیرخوارگاه ها به دامن مادرانشان برگشتند.
 - ۸۸ درصد از کودکانی که در برنامه کنار مادرانشان قرار گرفتند به وضعیت متعادلی رسیدند و ۶ ماه پس از ترخیص با مادرانشان زندگی می کردند.
 - میزان شاغلین از ۷ درصد قبل از درمان به ۳۷ درصد پس از درمان رسید.

۱. Center for Substance Abuse Treatment

- ثبت نام در کلاس‌های آموزشی و حرفه‌ای از ۲ درصد پیش از ورود به درمان به ۱۹ درصد پس از ترخیص رسید. (۷۶)
- در مطالعه دیگری که خانواده در درمان زنان درگیر شده اند و بیمار به عنوان بخشی از یک خانواده در نظر گرفته شده، شواهد زیر به دست آمده است:
- بیمار به ورود به درمان تشویق شده است.
- بیمار برای ماندن در درمان انگیزه مند شده است.
- عود به حداقل رسیده است.
- یک محیط حمایتی و سلامت برای بازتوانی فراهم شده است.
- دیگر اعضای خانواده که نیازمند درمان یا دیگر خدمات بودند نیز تحت پوشش قرار گرفتند.
- تغییرات در الگوهای ناکارآمد پایدار ارتباطی، رفتاری و بیان احساسی که به محافظت دیگر افراد خانواده در سوءمصرف مواد منجر شد. (۷۷)

مدل جامع خدمات درمان بالینی

این مدل مشکلات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی همراه با اعتیاد را که شامل موارد زیر است مورد توجه قرار می‌دهد:

- خدمات سیار و اتصال به درمان
- غربال کردن
- مداخله در بحران
- ارزیابی
- طرح درمان
- مدیریت مراجع
- مشاوره سوءمصرف مواد و آموزش
- خدمات مربوط به تروما
- مراقبت پزشکی
- درمان دارویی

- خدمات سلامت روان
- پایش استفاده از دارو
- استمرار مراقبت

خدمات حمایت بالینی برای حفظ افراد در درمان شامل:

- مهارت‌های زندگی
- فرزند پروری و رشد کودک
- برنامه‌های خانواده
- خدمات آمادگی برای کار کردن
- برقراری ارتباط میان نظام‌های قانونی و رفاه کودک
- حمایت از اسکان پیدا کردن و تهیه خانه
- خدمات بازتوانی اجتماعی

خدمات حمایتی اجتماعی در مدل جامع شامل موارد زیر است:

- مدیریت بازتوانی و خدمات حمایت بازتوانی اجتماعی
- تهیه مکان زندگی با تشویق به زندگی کردن بدون مواد
- خدمات قدرتمند سازی مستمر و در حال پیشرفت خانواده
- مراقبت از کودک
- رفت و آمد
- حمایت بازتوانی و پیشگیری از اعتیاد در محل کار
- خدمات آموزش حرفه‌ای و آکادمیک
- برقراری ارتباط با سازمانهای ایمن مدار

خدمات حمایتی کلینیکی :

خدمات مراقبت اولیه سلامت: این خدمات معمولاً در دوره‌های آغاز درمان ایجاد می‌شود. از جمله : خدمات پیشگیری و درمان ابتلا به عفونت ویروس کمبود ایمنی انسانی و نشانگان

کمبود ایمنی انسانی (AIDS/HIV)، مشاوره، مراقبت پزشکی و دندان پزشکی، مشاوره تغذیه، موضوعات مرتبط با اختلالات تغذیه، برنامه ریزی برای خانواده، آموزش‌های مرتبط با سلامت و درمان جسمی و ورزش.

آموزش مهارت‌های زندگی:

شامل مجموعه فعالیت‌هایی است که از استقلال و سبک زندگی سالم حمایت می‌کند. از جمله: مدیریت دخل و خرج و سرمایه گذاری، مذاکره برای دسترسی به خدمات همچون مسکن، درآمدزایی، تغذیه، ایاب و ذهاب و مراقبت از کودک، یافتن خدمات محلی و مسولیت‌پذیری.

آموزش فرزند پروری:

والدینی که دارای فرزند هستند در جهت ایجاد آمادگی برای درمان و پس از آن احتیاج به حمایت دارند. همین‌طور پدرها برای مشارکت در بهبود وضعیت فرزند نقش مهمی را ایفا می‌نمایند و در صورت امکان برای پذیرش مسئولیت‌های والدینی آموزش و حمایت لازم را دریافت نمایند. زمانی که به نقش والدینی افراد در جریان درمان تاکید شود روابط بین والدین و فرزند بهبود می‌یابد و مهارت آموزشی شیوه‌های فرزند پروری اصلاح و ارتقا می‌یابد.

آموزش و حمایت:

خلاءهای آموزشی می‌تواند سهم مهمی را در ابتلا افراد داشته و یا در نتیجه‌ی ابتلا یک فرد باشد. فقدان آموزش در سطح مهارت‌های پایین، مشکلات ارتباطی، درآمد پایین خانوادگی، مشکلات روانشناختی و اعتماد به نفس پایین منعکس می‌شود. دسترسی به خدمات آموزشی محرک مهمی برای افراد در جهت مانایی در درمان محسوب می‌شود.

خدمات آمادگی شغلی:

ارائه این خدمات به افراد در بهبود و کاهش فشارهای اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌نماید. این خدمات شامل: ارزیابی شغلی، آموزش آمادگی قبل از استخدام، ارجاع

شغلی، حفظ شغل مورد نظر، اصلاح روابط شغلی و تغییرات مکان شغلی می باشد که کارآمدی افراد را افزایش می دهد و یکی از هدف های برنامه های درمانی می باشد.

مرتبط شدن با سیستم های قضایی و رفاهی کودک :

تعدادی از افراد تحت درمان برای ایفای نقش والدینی با سیستم های قضایی و رفاه کودک درگیر می شوند. این افراد نیازمند حمایت از سوی سیستم های رفاهی کودک، حمایت گیری قانونی و کمک های قضایی هستند.

خدمات حمایتی مسکن:

مبتلایانی که دارای فرزند هستند ، بیشتر نیازمند مسکن هستند تا سرپناه و داشتن مسکن برای زنان و فرزندان مطمئن تر می باشد و حمایت قاطعی از آنان محسوب می شود. در برنامه های پس از خروج افراد باید جایی برای اسکان آنان لحاظ شود و در برنامه ریزی های اولیه مدنظر قرار گیرد.

خدمات حمایتی کلینیکی برای کودکان و نوجوانان والدین سوء مصرف کننده مواد:

خدمات مراقبت اولیه سلامت: خدمات اولیه سلامت از نیازهای اصلی فرزندان است که والدین مصرف کننده دارند. نظارت پزشکی که شامل اثرات مصرف مواد، ابتلا به عفونت ویروس کمبود ایمنی انسانی و نشانگان کمبود ایمنی انسانی (AIDS/HIV) ، و سایر بیماری های قابل انتقال می باشد. خدمات اولیه سلامت باید بر پیشگیری و بهزیستی افراد نیز تمرکز کند که از آن جمله به آزمایش های دوره ای پزشکی و ایمن سازی می توان اشاره نمود.

سلامت روان و معالجه : کودکانی که مادران مبتلا به سوء مصرف مواد و یا الکل دارند، اغلب تاخیر در رشد دارند و نیازمند مداخلات ویژه هستند که از آن جمله می توان به عدم توجه یا بیش فعالی، اختلال سلوک، تاخیر در صحبت کردن و ناتوانی های یادگیری اشاره نمود. خدمات تفریحی: شرکت در فعالیت های تفریحی، ورزش و سرگرمی در موارد ذیل به

کودکان کمک می‌کند: اجتماعی شدن، خودافشایی، آرام بودن، اعتماد به نفس و تصور از خود، تجربه کردن فعالیت‌های جدید، و شناختن فعالیت‌های سالم، بدون مصرف مواد.

خدمات آموزشی: توجه به نیازهای تحصیلی کودکان که در سنین مدرسه هستند بخش ضروری برنامه خدماتی این کودکان محسوب می‌شود. کودکانی که والدینشان درگیر درمان هستند، اغلب از تحصیل باز می‌مانند چرا که آنان بیشتر درگیر بحران‌ها و تغییرات خانوادگی می‌شوند. این کودکان ممکن است ناتوانی‌های یادگیری داشته باشند که نیازمند حمایت‌گیری برای فراهم شدن خدمات ویژه آموزشی هستند. مراکز درمانی باید به نقش مادران در توجه به این موضوع دقت نمایند.

حمایت‌گیری: والدینی که مصرف‌کننده مواد هستند ممکن است نتوانند برای کودکان حمایت‌گیری مناسب داشته باشند همانگونه که به مادران برای حمایت‌گیری کمک می‌شود، زمانی که کودکان در شرایط رشدی مناسب قرار دارند باید برای مهارت‌های حمایت‌گیری آماده شوند.

خدمات حمایتی محلی:

علاوه بر گروه‌های هم‌تألیف و الگوی نقش، فعالیت‌های حمایتی مبتنی بر سن کودکان نیز باید طراحی شود که در آن حمایت محلی لحاظ شود. کودکان می‌توانند با گروه‌های آشنا شوند و از کسانی که مشکلات مشابهی داشتند و با آن کنار آمدند، یاد بگیرند.

حمایت سازمان‌های معنوی:

معنویات نقش مهمی را در فرایند بهبودی ایفا می‌نماید. ارتباط دادن افراد به سازمان‌های معنوی، منبع خوبی را برای تقویت موضوعات معنوی مرتبط با بهبودی و اعتیاد فراهم می‌نماید. سازمان‌های معنوی نقش مهمی را در محله ایفا می‌کنند و می‌توانند خانواده‌ها را در شبکه حمایتی محلی وارد نمایند.

گروه‌های خودیاری:

گروه‌های خودیاری از سال‌ها پیش در کشورهای مختلف به عنوان یکی از منابع حمایتی برای افراد سوءمصرف‌کننده مواد محسوب می‌شود. از جمله این برنامه‌ها، برنامه

گروه‌های AA و NA می‌باشد. اگر چه افراد از مشارکت در گروه‌های خودیاری بهره می‌برند، اما معمولاً دسترسی به این گروه‌ها یکی از محدودیت‌های این بخش محسوب می‌شود. (۲۰).

مروری بر سیاست‌های ملی حمایت‌های اجتماعی در چند کشور منتخب

مروری بر سیاست‌های ملی حمایت‌های اجتماعی در ۱۰ کشور منتخب (آمریکا، استرالیا، کانادا، برزیل، هندوستان، مالزی، ایرلند، نروژ، انگلستان و کرواسی) اهمیت حمایت‌های اجتماعی زیر را در فرایند درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد به صورت پر رنگ تری نمودار می‌سازد:

در مورد حمایت‌های اجتماعی چند مبحث اساسی زیر مطرح است:

- جلب همراهی خانواده در درمان و بازتوانی و حمایت از خانواده فرد مبتلا
- تقویت و حمایت از گروه‌های خودیاری و شبکه‌های اجتماعی
- اطلاع‌رسانی و آموزش
- مسکن و یا سرپناه امن
- امکان تحصیل، آموزش حرفه و فن، اشتغال
- مراقبت از فرزندان
- حمایت‌های قانونی

جلب همراهی خانواده در درمان و بازتوانی و حمایت از خانواده فرد مبتلا

استرالیا (۷۸)

- تشویق اعضای خانواده برای استفاده از خدمات حمایتی جهت کمک به بهبود پیامد درمان در مبتلایان به سوءمصرف مواد.
- طراحی یک ساختار مناسب که می‌تواند به درگیر شدن خانواده‌ها و دیگر مراقبین

در مسیر درمان کمک کند و اطمینان از اینکه اطلاعات در مورد این مسأله به آسانی در دسترس بوده و از لحاظ فرهنگی مورد قبول می‌باشد.

- پشتیبانی از تلاش‌های همه‌جانبه دولت و جامعه برای ظرفیت‌سازی در والدین و خانواده‌ها و ایجاد اقدامات اجتماع محور به منظور ایجاد بستری مناسب برای توسعه و تکامل مثبت کودکان، مانند رویکردهای مبتنی بر شواهد پیشگیری از مواد در مدارس.

انگلستان (۳۶)

- محافظت از بچه‌ها و بازسازی خانواده‌ها: در مواقعی که برای امنیت و تندرستی بچه‌ها نگرانی وجود دارد، افراد متخصص از دو اداره خدمات بزرگسالان و خدمات کودکان و همچنین سازمان‌های داوطلبانه باید برای حمایت حقوق اطفال عمل کنند. طبق این راهنما هر موقع که اطفال مورد آزار قرار گیرند و یا خطر آزار وجود داشته باشد، باید امنیت آن‌ها حفظ شود، حتی با استفاده از کمک سیستم قضایی.

ترکیه (۷۹)

- برنامه آموزشی "والدین موثر" که شامل ۸ جلسه آموزشی به منظور حساس‌سازی و افزایش آگاهی تمام والدین دارای کودکان ۷-۱۷ سال است.

مالزی (۸۰-۸۱)

- افتتاح مراکز آموزش‌های حرفه‌ای برای خانواده‌های مبتلایان

نروژ (۳۱)

- تنظیم قانون برای حفاظت از نیازهای کودکان بیماراران روانی و افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به عنوان جزئی از خدمات درمان مواد و خدمات روانپزشکی، که شامل موارد زیر است:
- آماده کردن راهنما برای ترویج نیازهای کودکان با والدین دارای مشکلات روانی و سوءمصرف مواد.
- مشخص نمودن تعداد کودکان و جوانانی که با خواهر و برادر یا پدر و مادر دچار مشکلات روحی و روانی و اختلالات ناشی از سوءمصرف مواد زندگی می‌کنند.

- سرمایه‌گذاری بیشتر در ارائه خدمات برای کودکانی که والدینشان دچار مشکلات روانی و مبتلا به سوءمصرف مواد هستند.
- ایجاد شبکه‌های واجد صلاحیت، در سطح ملی، برای پیشگیری و درمان مشکلات فرزندان که والدینشان دچار مشکلات روانی و مبتلا به سوءمصرف مواد هستند.
- برگزاری کنفرانس منطقه‌ای برای به اشتراک گذاشتن تجربیات ارائه خدمات به کودکانی که والدینشان دچار مشکلات روانی و اختلالات سوءمصرف مواد هستند.

تقویت و حمایت از گروه‌های خودیاری و شبکه‌های اجتماعی

آلمان (۸۲)

ارتقاء و احراز صلاحیت خدمات خودیاری با استفاده از حمایت‌های مالی بیمه‌های سلامت برای گروه خودیاری که در ارائه خدمات پیشگیری، بازتوانی، تشخیص زودهنگام همکاری دارند و فراهم آوردن مکان برای جلسات این گروه‌ها و مشارکت دادن آن‌ها در برنامه‌ریزی‌هایی که برای این خدمات در سطح استانی و یا شهرداری‌ها انجام می‌شود.

استرالیا (۷۸)

- تشویق مشارکت گروه‌های در معرض خطر در فعالیت‌های اجتماعی از جمله فعالیت‌های تفریحی، ورزشی و فرهنگی.

آمریکا (۸۳)

- توسعه برنامه‌های حمایتی بازتوانی اجتماع محور، شامل برنامه‌های بازتوانی در مدارس، برنامه‌های هدایت شده توسط گروه همسالان، «گروه‌های کمک متقابل برای بازپروری» و مراکز حمایت از بازپروری.

ژاپن (۸۴)

- تلاش در جهت آگاهسازی و به دست آوردن حمایت جامعه در برنامه‌های پیشگیری

از سوءمصرف مواد با استفاده از همکاری‌های متقابل بخش دولتی و خصوصی و سازمان‌های مدنی

انگلستان (۳۶)

حمایت نمودن از خدمات با شبکه‌های بازتوانی. مسری شمردن درمان. دیدن افرادی که با موفقیت مراحل بازتوانی را پشت سر گذاشته‌اند به عنوان مهمترین عامل انگیزه برای افراد مبتلا. اهمیت به ایجاد گروه‌های خودیار و تشویق و حمایت شبکه‌هایی مثل الکلی‌ها و معتادان گمنام^۱ در کمک به بازتوانی افراد.

نروژ (۳۱)

بالا بردن کیفیت در بخش داوطلبانه شامل موارد زیر:

- کمک مالی برای سازمان‌های داوطلبانه با تمرکز بر هدف مشخص.
- پیگیری، نظارت و وضع مقررات کنترل داخلی برای موسسات خصوصی که در درمان وابستگی به مواد فعالیت دارند.
- خلاصه کردن و انتشار تجارب سازمان‌های داوطلبانه.
- بهبود همکاری بین سازمان‌های ذینفع عمومی و داوطلبانه در چارچوب تعریف مدل‌های همکاری.

اطلاع رسانی و آموزش

آلمان (۸۲)

- بالا بردن سطح آگاهی افراد در مورد اهمیت زندگی سالم که نه تنها شامل فقدان بیماری می‌شود بلکه شامل تندرستی، نشاط و پرهیز از رفتارهای پرخطر است.
- آموزش مسائل فرهنگی مربوط به مهاجران و آموزش مهارت‌های ارتباطی با آنان به پرسنل درمانی

۱. Alcoholics and Narcotics Anonymous

ترکیه (۷۹)

- حساس سازی رسانه‌های نوشتاری، شنیداری و دیداری در مورد معضل سوءمصرف مواد و همکاری نزدیک با تمام شبکه‌های رسانه ای به منظور اینکه رسانه‌ها نقش موثرتری در اطلاع رسانی در مورد آسیب های ناشی از مواد و خدمات موجود در جامعه برای سوءمصرف مواد ارائه دارند.
- افزایش دسترسی به اطلاعات موثر برای والدین و دانش‌آموزان
- توسعه برنامه آموزش مهارت‌های زندگی توسط گروه همسالان به دانش‌آموزان

افغانستان (۸۵)

- تشویق رسانه‌های عمومی بخش خصوصی (غیر دولتی) به ارائه آموزش‌هایی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد به صورت داوطلبانه
- اضافه کردن مباحث مرتبط با پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد به برنامه درسی مدارس و دانشگاه‌ها مانند دانشگاه پزشکی
- تاسیس یک مرکز دولتی منابع اطلاعاتی برای آموزش و تحقیق در مورد سوءمصرف مواد تا برای آموزش و تحقیقات دانشگاهی مورد استفاده قرار گیرد
- ایجاد یک رشته تخصصی دانشگاهی برای تربیت پرسنل خدمات درمانی سوءمصرف مواد بر اساس برنامه کولومبو^۱ و برنامه دفتر مبارزه با مواد و جرائم سازمان ملل

انگلستان (۳۶)

- تدوین مستمر برنامه‌هایی برای ایجاد آگاهی در مورد اثرات و مضرات مواد و همچنین در مورد مواد جدید در بین تمامی گروه‌های سنی. در این برنامه اطلاعاتی متناسب و مخصوص وضعیت هر فرد (تک دوزی شده) در اختیار والدین و یا اطرافیان شرکت کننده گذاشته می‌شود تا بتوانند به فرزندانشان در پیشگیری از استفاده و یا کنار گذاشتن مواد کمک کنند.
- ارائه خدمات توسط نیروی انسانی با انگیزه: توجه و رعایت اصول بازتوانی در همه خدمات مربوطه بسیار حیاتی است. باید باور به موفقیت و اعتقاد به امکان بازتوانی فرد مبتلا به سوءمصرف مواد در بین همه مسئولین و دست اندرکاران خدمات بهداشت و درمان و آن‌هایی که با درمان مصرف مواد، بهداشت روان، استخدام، عدالت اجتماعی، مسکن و خدمات به خانواده‌ها سرو کار دارند، القا شود.

۱. Colombo

تایلند

کمپین آموزش برای پیشگیری از سوءمصرف مواد برای دانش‌آموزان در تایلند شامل آموزش به منظور ارتقاء سلامت و رفتارهای سالم به وسیله‌ی گستره‌ای از وسایل ارتباطی مختلف مانند رادیو، تلویزیون، مسابقات نقاشی، شعر و مقاله‌نویسی، ارائه‌ی پوسترهای آموزشی، سرود و آواز، کنسرت‌های موسیقی، نمایشگاه، مسابقات رقص، آواز و نمایش بود (۸۶).

ژاپن (۵۶)

- ایجاد یک تالار گفتگو در بین وزارتخانه‌ها و سازمان‌های درگیر برای انتقال اطلاعات و تشریح مساعی در برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد به منظور اجتناب از دوباره‌کاری و تقسیم وظایف و بررسی اثر بخشی رویکردها و انتخاب رویکردهای مناسب
- بهبود کیفی وبسایت "شورای ارتقاء روش‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد" ^۱ به منظور انتشار منابع و اطلاعاتی که بتواند در آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد و یا بازگشت به مواد به کار رود و یا به عنوان راهنمای آموزش استفاده شود
- ایجاد برنامه تشویق سازمان‌هایی که در برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد اقدامات اثر بخش انجام داده‌اند
- ارائه پیام‌های آموزشی به منظور پیشگیری از سوءمصرف مواد در روی بیل بوردهای تبلیغاتی (مانند کامیون‌ها)، روی صفحه کامپیوتر کافی نت‌ها و در محل آزمایش پزشکی برای دریافت گواهی نامه رانندگی

مالزی (۸۰-۸۱)

- در نظر گرفتن برنامه‌های آموزشی برای رفتارهای والدینی موفق، مهارت‌های اجتماعی، بالابردن بردن سطح آگاهی و ایجاد احساس مسئولیت و تعلق به خانواده.

مسکن و یا سرپناه

میزان سوءمصرف مواد در میان افراد بی‌خانمان بسیار بالا است. یک تحقیق در کشور

۱. Council for Promoting Measures to Prevent Drug Abuse

ایرلند نشان داد که در یک نمونه ۳۵۵ نفری، نصف جمعیت بی خانمان و در مقایسه تنها ۳٪ از جمعیت عادی، به سوءمصرف مواد مبتلا بودند (۸۷). بنا بر گزارش‌های منتشره تخمین زده می‌شود که ۳ تا ۵٪ از مصرف‌کنندگان مواد در ایران بی‌خانمان هستند (۵۲). عدم دسترسی به سرپناه، مخصوصاً در مورد زنان سوءمصرف‌کننده مواد، مساله‌ای اساسی است که مشکلاتی نظیر تن فروشی، خطر ابتلا و انتشار عفونت نقص ایمنی انسانی و غیره را به همراه دارد، لذا باید به فراهم آوردن سرپناه، هم برای مبتلایان به سوءمصرف مواد هم برای افراد در مراحل مختلف درمان و بازتوانی، به تفکیک توجه شود (۵۲).

نروژ (۳۱)

- طرح بهبود مسکن برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد
- تلاش برای از بین بردن بی خانمانی، با تمرکز خاص بر روی شهرهای کوچک
- جلوگیری از بی خانمانی
- پیگیری مردم در محل‌های سکونت موقت و کمک به منظور داشتن سکونت دائمی.
- کمک مالی برای محل‌های اقامت شبانه و فراهم آوردن امکانات زندگی.

آمریکا (۸۳)

- توسعه برنامه «دسترسی به بازتوانی» که یک برنامه ابتکاری ارائه کارت اعتباری برای افراد مبتلا به سوءمصرف مواد است که با آن به طور مجانی می‌توانند خدمات بالینی درمانی و خدمات بازتوانی شامل مسکن موقت، مراقبت از اطفال، حمل و نقل به محل کار و یا جلسات ملاقات افراد در مرحله بازتوانی، مشاوره با گروه همسالان و کمک به بازگشتن به اشتغال را دریافت دارند.

انگلستان (۳۶)

- رسیدگی به نیاز مسکن افراد
- شواهد نشان داده که داشتن مسکن و حمایت مناسب می‌تواند در بهبود پیامد ترک سوءمصرف مواد و بازتوانی به صورت‌های زیر موثر باشد: افزایش امکان پیگیری مداوم، بهبود وضعیت کلی سلامت و روابط اجتماعی، کمک به داشتن شغل پایدار و کم شدن ارتکاب جرم.

امکان تحصیل، آموزش حرفه و فن، اشتغال

تحقیقات منتشره در کشور ما نشان می‌دهد که در مجموع ۵ درصد از مبتلایان به سوءمصرف مواد بی سواد، ۲۱/۵ درصد در سطح خواندن و نوشتن یا پایان دوره ابتدایی هستند و تقریباً ۶۴ درصد، سال‌های اندکی را در مدارس راهنمایی یا دبیرستان گذرانده‌اند. ۹ درصد از مصرف‌کنندگان تحصیلات بالای دیپلم و یا مدرک دانشگاهی دارند. مقایسه سطح تحصیلات در گروه‌های تحصیلی نشان می‌دهد که مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تحصیل کرده‌تر هستند (۵۲).

همچنین بیشتر مصرف‌کنندگان شغلی ندارند یا کارگران غیرماهر و شاغل در بخش اقتصاد غیررسمی هستند، بنابراین شمار کثیری (۴۴٪) وضعیت شغلی با ثباتی ندارند و متوسط درآمد آنها حدود ۲۰۰,۰۰۰ تومان در ماه است (۵۲).

امکان ادامه تحصیل و سوادآموزی، آموزش فن و حرفه و اشتغال، علاوه بر فراهم آوردن شرایط مناسب برای ادامه درمان و بازتوانی، با افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس افراد، امکان بازگشت به جامعه و ادامه یک زندگی سازنده و عادی را در جامعه فراهم می‌آورد و از طرفی باعث کاهش انگ اجتماعی و تبعیض در جامعه نیز می‌شود.

آلمان (۸۲)

- هماهنگی با وزارت کار برای اشتغال زائی برای مبتلایان و یا مددجویان نیازمند کار
- افغانستان (۸۵)
- ایجاد راهنما برای انواع آموزش انواع حرف برای افراد در مرحله بازتوانی
- ارائه برنامه‌های حرفه‌آموزی ۳-۶ ماهه برای افراد بعد از درمان
- فراهم آوردن سرپناه برای افراد در مدت حرفه‌آموزی و برقراری برنامه‌های تفریحی و ورزشی در این خوابگاه‌ها و برای افراد در طول دوره حرفه‌آموزی
- سوادآموزی و آموزش ابتدائی برای تسهیل شرکت افراد در دوره‌های حرفه‌آموزی
- تامین وسیله نقلیه و هزینه وسایل مورد نیاز برای حرفه‌آموزی برای افرادی که در خوابگاه اقامت ندارند
- هماهنگی با بخش خصوصی به منظور فروش وسایل تولید شده در مراکز حرفه‌آموزی به منظور تامین هزینه‌های این مراکز
- حمایت‌گیری برای بازگشت افراد در مرحله بازتوانی به خانواده و جامعه

- حمایت‌گیری و هماهنگی با بخش‌های خصوصی و دولتی برای یافتن اشتغال برای این افراد

ترکیه

- آموزش مهارت‌های حرفه‌ای به افراد درمان‌شده که به آن‌ها در یافتن اشتغال کمک کند (۷۹).

انگلستان (۳۶)

- ارائه خدمات با رویکرد مبتنی بر جامعیت امر بازتوانی: بازتوانی تنها از طریق تلاش برای فراهم آوردن امکان تحصیل، آموزش، اشتغال، مسکن، حمایت خانواده، خدمات بهداشتی درمانی و (در جایی که مصداق دارد) محتملاً بر خورد‌های قضایی و به طور کلی پاسخگویی به همه نیازهای فرد، حاصل می‌شود.
- کمک به یافتن اشتغال دائم: بخش دولتی باید نقش خود را در استخدام و یا عقد قرارداد کاری با این افراد ایفا کند. محققین در حال بررسی بهترین شیوه‌های شریک شدن و یا استخدام افراد در حال بازتوانی و همچنین راه‌های کمک به حل مساله سوءسابقه این افراد (چنانچه مورد داشته باشند) هستند.

ژاپن (۸۴)

- حرفه‌آموزی برای افراد آزاد شده از زندان (شامل افرادی که به دلیل جرائم مرتبط با مواد زندانی شده‌اند به منظور تسهیل یافتن اشتغال

مالزی (۸۰-۸۱)

- کمک به مبتلایان و یا کسانی که موفق به گذراندن درمان شده‌اند، برای به پایان رساندن تحصیلات ابتدایی و متوسطه و یا بازآموزی.
- تشریح برنامه‌های بازآموزی حرفه‌ای برای ایجاد انگیزه برای آموزش‌های تکمیلی.
- تشویق طرح‌های اشتغال برای درمان‌شدگان.

حمایت از کودکان و نگهداری از فرزندان

سوءمصرف مواد مسبب بر سرپناهی بسیاری از کودکان است که برای جلوگیری از قربانی شدن نیازمند حمایت‌های اجتماعی هستند.

همچنین مسئولیت نگهداری از فرزندان یک مانع اساسی در دسترسی به مراقبت‌های درمانی، شروع و تداوم درمان، مخصوصاً برای مادران است. تاسیس مراکز مراقبت از کودکان یکی از ویژگی‌های یک مرکز درمان سوءمصرف مواد است.

علاوه بر این، مسئولیت مادری و مادر شدن می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر شروع درمان و ماندگاری بر درمان داشته باشد. مطالعات در آمریکا و انگلیس نشان می‌دهد که مادر شدن انگیزه‌ای قوی برای ورود به دوره درمان زنان است. گاهی ترس از دست دادن بچه (از دست دادن حضانت بچه) موجب می‌شود که افراد درصدد درمان برآیند. در حالی که در برخی از موارد ترس از جدایی از بچه‌ها سبب می‌شود که افراد، مراجعه به مراکز را به تأخیر بیندازند. شرم از آشکار کردن این که "والدین خوبی" نیستند می‌تواند موجب عدم مراجعه برای درمان شود (مطالعات انگلیس و آفریقای جنوبی). یافته‌ها و مشاهدات مختصر در شهر تهران جنبه‌های مثبت این انگیزه را بیشتر نشان می‌دهد (۵۲).

ترکیه (۷۹)

- همکاری نزدیک دولت با شهرداری، سازمان‌های مدنی، سازمان‌های غیر دولتی و کلیه ارگان‌های دست‌اندرکار برای توسعه دسترسی کودکان خیابانی و کودکان کار به همه‌ی خدمات اجتماعی موجود و ایجاد امتیازهایی برای دسترسی این کودکان به خدمات ویژه (حرفه‌آموزی، تسهیل امکان ادامه تحصیل، خدمات بهداشتی درمانی و ارتقاء کیفیت زندگی)

ایرلند (۸۷)

- طرح ایجاد مراکز مراقبت از فرزندان در کنار مراکز اقامتی درمانی و یا خدمات سرپائنی مبتلا به سوءمصرف مواد

بررسی و تحلیل وضعیت اجتماعی برای سوء مصرف کنندگان مواد در ایران

مروری بر سیاست‌های ملی حمایت‌های اجتماعی برای سوء مصرف کنندگان مواد در ایران

اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی، و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آنان یکی از اصول ۱۱ گانه مطرح شده در سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغیه مقام معظم رهبری است.

بند «ز» ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه استراتژی زیانکاهی، کاردرمانی، آموزش مهارت‌های زندگی، روان درمانی را در اولویت قرار داده است. به استناد بند «ز» ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم توسعه، بازگرداندن مبتلایان خیابانی به آغوش خانواده و اجتماع از طریق ارائه خدمات تخصصی درمانی، روان شناختی و مدد کاری اجتماعی با هدف توانمند سازی آنان، یکی از اقدامات اساسی وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمان بهزیستی است. افزایش و گسترش حمایت‌های اجتماعی از مبتلایان بهبود یافته و خانواده آنان یکی از اهداف کلان درمان، بازتوانی و زیانکاهی در برنامه پنجم توسعه است.

موضوع حمایت‌های اجتماعی در ایران به دو بخش حمایت‌های مستقیم و حمایت‌های غیر مستقیم، تقسیم می‌شود. حمایت‌های مستقیم شامل همان کمک‌های نقدی است که در چارچوب مستمری، کمک هزینه و سایر حمایت‌های مالی به خانواده‌های نیازمند پرداخت می‌شود و حمایت‌های غیر مستقیم نیز مشتمل بر سایر خدمات تخصصی بهزیستی است که برای بر طرف شدن مشکلات فرد آسیب دیده ارائه می‌شود. در سازمان بهزیستی با توجه به رویکرد کلان نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، اولویت آن است که به جای ارائه خدمات مستقیم، به سوی خدمات تخصصی با استراتژی توانمند سازی حرکت شود یعنی اینکه افراد

تحت پوشش، از پوشش مستقیم بهزیستی بیرون بیایند و از نظر مالی روی پای خود بایستند. جزئیات خدمات در هر حوزه بصورت زیر می‌باشد:

حوزه توانمندسازی:

- آموزش و اشتغال
- نگهداری
- توانپزشکی
- مستمری

حوزه حمایتی:

- پرداخت مستمری
- اشتغال
- نگهداری
- کمک هزینه مسکن و تحصیل
- بازپروری و کارآموزی معتادین و زنان ویژه
- بیمه خدمات درمانی
- آموزش دانش‌آموزان و دانشجویان تحت پوشش

در راستای تحقق اهداف برنامه چهارم توسعه ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۷ تفاهم نامه‌هایی را به منظور "کارآفرینی و اشتغال معتادان بهبود یافته" را با سایر ارگان‌ها و سازمان‌های ذی ربط امضا و وظایف هر یک از دستگاه‌های دخیل را روشن کرد. هر چند از میزان اجرائی شدن و موفقیت این تفاهم نامه‌ها، اطلاعات دقیقی در سال‌های آتی ارائه نشده است.

به منظور ایجاد فرصت شغلی پایدار برای معتادان بهبود یافته و خانواده ایشان در چهارچوب تفاهمنامه با وزارت کار و امور اجتماعی اقداماتی، به شرح ذیل بیان می‌شود:

الف- تامین تسهیلات موضوع این تفاهمنامه در صورت ابلاغ تسهیلات از سوی بانک

مرکزی یا بانک‌های عامل بر اساس آیین‌نامه اجرایی گسترش بنگاه‌های کوچک اقتصادی زودبازده و کارآفرین به ازای هر فرصت شغلی تا مبلغ یکصد و پنجاه میلیون ریال، محاسبه و پرداخت رایانه آن بر اساس دستورالعمل موضوع ماده ۵ آیین‌نامه مزبور و در چهارچوب تفاهم‌نامه فی‌مابین سازمان بهزیستی و وزارت کار خواهد بود.

ب) اعطای تسهیلات به سرمایه‌گذاران و بنگاه‌های اقتصادی به منظور اشتغال معنادان بهبود یافته به ازای هر فرصت شغلی یکصد و پنجاه میلیون ریال پرداخت رایانه بر اساس دستورالعمل موضوع ماده ۵ آیین‌نامه مزبور خواهد بود.

آموزش فنی و حرفه‌ای از طریق سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور شامل:

الف) فراهم‌آوری زمینه‌های ارائه آموزش‌های مهارتی فنی و حرفه‌ای

ب) تأمین مربی آموزشی

ج) پذیرش و آموزش افراد در مراکز ثابت در صورت تایید بهبودی کامل از سوی مراجع ذیصلاح به‌مراه مستندات لازم.

د) در مناطقی از کشور که واحد آموزش فنی و حرفه‌ای وجود نداشته باشد، در صورت تأمین فضای آموزشی از طریق سازمان بهزیستی ادارات کل آموزش فنی و حرفه‌ای استان‌ها نسبت به تأمین مربی و سایر ملزومات آموزشی اقدام نمایند.

ه) ارائه آموزش‌های مهارتی وفق شرایط و ضوابط در دو بخش سیار و ثابت

ارائه تسهیلات برای اشتغال زائی از طریق صندوق مهر رضا (ع)

الف) تعیین و اختصاص تسهیلات اشتغال زایی (خوداشتغالی) ویژه افراد بهبود یافته و خانواده آنان

ب) لحاظ مبلغ تسهیلات اعتباری مصوب برای هر فرصت شغلی یکصد میلیون ریال و حداکثر زمان بازگشت تسهیلات اعطایی به مدت ۵ سال

در زمینه امور اجتماعی و فرهنگی تفاهم‌نامه‌هایی برای انجام اقداماتی به شرح ذیل منعقد گشته است:

الف) تاسیس و راه‌اندازی مراکز خدمات مشاوره‌ای و مددکاری کارگران با همکاری و تأمین

- اعتبارات لازم توسط دستگاههای ذیربط (ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان بهزیستی)
- (ب) تجهیز و فعال سازی خانه های بهداشت کارگری در بنگاههای اقتصادی با تأمین اعتبارات لازم از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- (ج) انتشار بروشور، نشریات و پمفلت های آموزشی (مواد کمک آموزشی) با هدف اطلاع رسانی و ارتقاء سطح آگاهی.
- به منظور ایجاد فرصت شغلی پایدار برای معتادان بهبود یافته در چارچوب تفاهمنامه با وزارت تعاون اقداماتی به شرح ذیل بیان می شود:
- (الف) اتخاذ تسهیلات لازم برای ارائه آموزشهای عمومی مربوط به نحوه تشکیل و اداره شرکت‌های تعاونی به هیئت های مؤسس و هیئت مدیره تعاونی‌ها از طریق ادارات کل تعاون در استانها.
- (ب) مساعدت لازم ادارات کل تعاون در جهت کمک به تهیه طرح های توجیهی - فنی و اقتصادی و مالی و فعالیت‌های مورد نظر تعاونیها.
- (ج) ابلاغ توزیع منابع و یارانه ها و تسهیلات مربوط به اشتغال تا حداکثر سقف تسهیلات با توجه به طرح توجیهی با رویکرد تعاونی های کوچک استانی.
- (ه) اعمال همراهی های لازم توسط ادارات کل تعاون با بهبود یافته گان معرفی شده از سوی ستاد و سازمان بهزیستی برای تسریع در ثبت تعاونی ها.
- به منظور حمایت از خانواده‌های افراد بهبود یافته در چارچوب تفاهمنامه با کمیته امداد امام خمینی "ره" اقداماتی به شرح ذیل بیان می شود:
- (الف) شناسایی خانواده‌های معتادان بهبود یافته تحت پوشش کمیته امداد
- (ب) اجرای برنامه مشاوره شغلی برای خانواده‌های معتادان بهبود یافته (تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی «ره» ج) اجرای برنامه آموزش شغلی و حرفه آموزی برای گروه هدف
- (د) اجرای برنامه ایجاد فرصت های شغلی برای خانواده‌های معتادان بهبود یافته و بهبود نیافته (تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی «ره»)
- (ه) اجرای برنامه نظارت بر فرصتهای شغلی ایجاد شده در بند ۳ بمدت حداقل ۴ سال
- به منظور توانمند سازی افراد بهبود یافته در چارچوب تفاهمنامه با سازمان بهزیستی اقداماتی به شرح ذیل بیان می شود:

الف) مشاوره و راهنمایی و شناسایی توانمندی‌های معطادان بهبود یافته در جهت اشتغالزایی آنان

ب) تشکیل پرونده جهت برنامه‌ریزی در راستای بهره‌مندی از تسهیلات اعتباری

ج) آموزش حرف متناسب با توانمندی و علائق آنان از طریق دستگاه‌های ذیربط

د) معرفی افراد مورد نظر به یکی از دستگاه‌های پرداخت کننده تسهیلات

ه) نظارت بر روند اشتغال‌های ایجاد شده تا حصول اطمینان از موفقیت افراد مورد نظر

به منظور حمایت از افراد بهبود یافته در چارچوب تفاهمنامه با وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اقداماتی به شرح ذیل بیان می‌شود:

الف) پرداخت هزینه درمان اعتیاد به مبتلایان (بیمه)

ب) تخصیص سبدهای حمایتی برای مبتلایان بهبود یافته و خانواده آنها

ج) توزیع سهام عدالت برای مبتلایان بهبود یافته

بنا به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر «کمیته اشتغال و توانمندسازی» در خصوص اشتغال و کارآفرینی مبتلایان بهبود یافته و خانواده آنان با عضویت نمایندگان دستگاه‌های اجرایی ذیربط و مسئولیت معاون وزیر کار و امور اجتماعی تشکیل گردید. ضمناً نظر به ضرورت تأمین مسکن و اشتغال مبتلایان بهبود یافته، مقرر شد که وزارتخانه‌های مسکن و شهرسازی و کار و امور اجتماعی، تمهیدات لازم را جهت فراهم شدن زمینه اشتغال و تأمین مسکن حدوداً ۱۵ الی ۲۰ هزار تن از مبتلایان بهبود یافته اتخاذ و دستورالعمل‌های اجرایی طرح را به دبیرخانه ستاد ارسال نمایند.

اعضای کمیته اشتغال توانمندسازی:

۱. وزارت کار و امور اجتماعی

۲. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

۳. وزارت تعاون

۴. سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای

۵. سازمان بهزیستی

۶. کمیته امداد امام خمینی (ره)

۷. مدیر کل درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی دبیرخانه ستاد (دبیر کمیته)

به منظور توسعه خدمات حمایت‌های اجتماعی برای معطادان بهبود یافته، برنامه‌های زیر

که توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر پیشنهاد شده بود، در سال ۱۳۹۰ به تصویب هیات محترم وزیران رسید.

۱- صندوق های بیمه‌ای از جمله صندوق تامین اجتماعی موظفند هزینه‌های ترک اعتیاد معتادان مشمول بند ۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹ مجم تشخیص مصلحت نظام را مشمول بیمه های پایه و بستری قرار دهند. چنانچه این معتادان تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نباشند، صندوق بیمه خدمات درمانی موظف است افراد مذکور را از محل اعتبارات مصوب سالیانه خود، تحت پوشش بیمه‌ایران قرار دهد.

۲- شورای عالی اشتغال موظف است بر اساس دستورالعمل ابلاغی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و با هماهنگی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی حداقل ۵٪ از اعتبارات تخصیصی مربوط به اشتغال را سالانه به اشتغال معتادان بهبود یافته اختصاص دهد.

۳- سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای موظف است سالیانه ۲۵۰۰۰ نفر از معتادان بهبود یافته معرفی شده از سوی سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه های علوم پزشکی، خدمات بهداشتی و درمانی و سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور را تحت پوشش دوره‌های آموزش فنی و حرفه‌ای قرار دهد.

۴- وزارتخانه های راه و شهرسازی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلفند معتادان بهبود یافته معرفی شده توسط دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها را در طرح مسکن مهر در اولویت قرار دهند.

در نقشه راه طرح جامع مبارزه همه جانبه با اعتیاد به مواد مخدر، روان گردان ها و پیش سازها در برنامه پنجم توسعه (۹۴-۱۳۹۰) اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و روان گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراقت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آن‌ها در سیاست‌های کلی حوزه درمان، کاهش آسیب و حمایت‌های اجتماعی قرار گرفته است. افزایش و گسترش حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبود یافته و خانواده آنان جزو اهداف کلان درمان، بازتوانی و کاهش آسیب در برنامه پنجم توسعه قرار دارد. به این منظور دو هدف اختصاصی خاص در نظر گرفته شده که اولین هدف ارائه خدمات بیمه‌ای در درمان معتادان با پرداخت یارانه است. این هدق با ۴ برنامه ی عملیاتی زیر محقق می‌شود:

۱- بازبینی دستورالعمل پرداخت یارانه جهت کمک به درمان معتادین بی بضاعت

۲- حمایت بیمه‌ای از گروه‌های خاص

۳- حمایت‌های یارانه‌ای از جمله اشتغال و حرفه‌آموزی افراد بهبود یافته و خانواده آنان

۴- پوشش بیمه‌ای خدمات درمان اعتیاد

بر طبق نقشه راه طرح جامع مبارزه همه‌جانبه با اعتیاد به مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها در برنامه پنجم توسعه، ارائه خدمات بیمه‌ای در درمان معتادان با پرداخت یارانه در سال ۱۳۹۴ بایستی ۴۰ درصد و تا سال ۱۴۰۴ کلیه معتادان را تحت پوشش قرار دهد.

افزایش حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبود یافته و خانواده آنان دومین هدفی است که گسترش حمایت‌های اجتماعی معتادان به آن اختصاص یافته است. این خدمات عبارتند از

۱- مشاوره، مددکاری و آموزش معتادان بهبود یافته و خانواده‌های معتادین تحت پوشش درمان

۲- ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و حرفه‌آموزی معتادان بهبود یافته و خانواده‌های

معتادان تحت پوشش درمان

۳- اشتغال معتادان بهبود یافته و خانواده‌های تحت پوشش درمان

۴- مشاوره و هدایت آموزش معتادان بهبود یافته و خانواده‌های آنان

بر طبق نقشه راه طرح جامع مبارزه همه‌جانبه با اعتیاد به مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها در برنامه پنجم توسعه، حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبود یافته و خانواده آنان باید از ۲٪ در سال ۱۳۸۶ به ۲۰٪ در سال ۱۳۹۴ و ۴۰٪ در سال ۱۴۰۴ افزایش یابد.

تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی برای سوءمصرف کنندگان مواد در ایران

به منظور تحلیل حمایت‌های اجتماعی در سوءمصرف مواد در ایران، پرسشنامه‌ای برای تعدادی از صاحب‌نظران و متخصصان و دست‌اندرکاران ارسال شد و نظرات آن‌ها در مورد نقاط قوت و ضعف و چالش‌ها و فرصت‌های برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی در ایران جمع‌آوری و بررسی شد. همچنین مروری بر منابع و اسناد ملی نیز انجام گرفت (۱-۲)، ۵،۹،۷، ۵،۳۲، ۲۰، ۱۷، ۳۵، ۴۳، ۵۶، ۵۲-۵۷، ۸۸ که حاصل این دو، گزارش زیر از تحلیل وضعیت حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف کنندگان مواد در ایران است که علاوه بر ذکر نقاط قوت و چالش‌های اساسی حمایت‌های اجتماعی کشور و تبیین فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط، راهکارهایی را نیز برای بهبود وضعیت موجود ارائه می‌نماید که از تمامی آنها در تدوین راهنما استفاده شده است.

نقاط قوت حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران

- بر اقدامات حمایت اجتماعی برای سوءمصرف کنندگان مواد در سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغیه مقام معظم رهبری تاکید و به حمایت‌های اجتماعی در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه توجه می‌شود.
- برنامه‌های درمان، بازتوانی و زیناکاهی اعتیاد ایران در مقایسه با کشورهای منطقه به مراتب توسعه یافته‌تر است (۸۸).
- طی سال‌های اخیر حمایت‌های اجتماعی در فرآیند پیشگیری نوع دوم و سوم به میزان قابل توجهی افزایش یافته است. تاسیس مراکز گذری، ارائه متادون، کلینیک‌های مثلثی و کلینیک‌های ترک اعتیاد از نقاط قوت است.
- برنامه‌های مبتنی بر گروه‌های خودیاری و انجمن معتادان گمنام در کشور گسترده‌تری دارد (۸۸).
- افرادی در دانشگاه‌ها تربیت می‌شوند که دانش پایه لازم برای حمایت‌های اجتماعی را دارند و می‌توانند پس از طی دوره نسبتاً کوتاهی به کار در این زمینه‌ها بپردازند (۸۸). سابقه طرح‌های پیشگیری از اعتیاد اجتماع-محور در سازمان بهزیستی و فعالیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد در غالب برنامه‌های مختلف آموزشی پیشگیری به منظور ایجاد تغییر برای حمایت‌های اجتماعی در سطح محلی
- گسترش برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت برای ارتقاء قابلیت‌های دانشی و مهارتی دانش‌آموختگان رشته‌های مرتبط دانشگاهی برای ورود به سیستم‌های ارائه دهنده خدمات.
- وجود فرهنگ دیرپای حمایتی خانواده و روابط خانوادگی و قومیتی گسترده اجتماعی
- در اختیار بودن منابع علمی برای شناسایی نیازهای افراد بیمار، خانواده‌ها و افراد در معرض خطر در کشور

نقاط ضعف حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران

- در بحث قانون‌گذاری حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران، این حمایت‌ها پس از درمان در نظر گرفته شده است و حال آنکه حمایت‌های اجتماعی برای پیشگیری و در حین درمان نیز بسیار ضروری است.

- حمایت‌های اجتماعی، درمان، بازتوانی و زینکاهی اعتیاد دارای چندین متولی و منابع متفاوتی است (۸۸).
- بین دستگاه‌های متولی حمایت اجتماعی هماهنگی و تعامل نیست. موازی‌کاری بین ادارات و سازمان‌ها زیاد است، این امر سبب هرز رفتن تلاش‌ها و سرمایه می‌شود (۸۸).
- متولیان خدمات حمایت‌های اجتماعی، پرداختن به اعتیاد را وظیفه خود نمی‌دانند (۸۸).
- حمایت‌های اجتماعی در ایران بیشتر گرایش به ارائه حمایت‌های مشهود دارد و به توانمندسازی کمتر توجه می‌شود.
- برخی سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیران و اغلب مدیران بخش‌های درونی و بیرونی سلامت درک مناسبی از ماهیت حمایت اجتماعی ندارند. این امر حتی در بدنه میانی درمانگران نیز وجود دارد (۸۸).
- حمایت قانونی و حقوقی از برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی و به ویژه فعالان در این حوزه بسیار ضعیف است (۸۸).
- هماهنگی کافی در برنامه‌های موجود درمان، بازتوانی، زینکاهی و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور وجود ندارد (۸۸).
- برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد با سایر نظام‌های حمایت‌های اجتماعی کشور پیوند یا ارتباط تعریف شده‌ی نظام مند و سازمانی ندارند (۸۸).
- مشارکت بین بخشی بسیار ضعیف است و سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، مجریان و حتی درمانگران و ارائه‌کنندگان خدمات حمایتی تعاملی بسیار ضعیف و ارتباط کمی با هم دارند (۸۸).
- حمایت‌های اجتماعی در کشور ما پررنگ نیست و از بین تمام جنبه‌های حمایتی تنها به یک وجه حمایت و آن هم حمایت مالی توجه می‌شود و اهمیت بازگشت به اجتماع، تأمین اجتماعی، اشتغال و درآمدزایی، حمایت اجتماعی و مددکاری اجتماعی در فرایند درمان و بازتوانی نادیده گرفته شده است (۸۸).
- بیمه‌های دولتی و خصوصی، سازمان‌های خیریه، بودجه‌های حمایتی، یارانه‌ها، بودجه‌های بهداشت و درمان برای اعتیاد سهمی قایل نشده‌اند (۸۸).
- محوریت درمان بر اساس متادون است و خدمات بازتوانی و مددکاری اجتماعی نادیده گرفته شده است.
- مقررات مشخصی برای تعداد بیماران تحت پوشش خدمات هر مددکار وجود ندارد،

- در بعضی مراکز ۱۰۰ بیمار در هر شیفت وجود دارد و فقط یک مددکار اجتماعی، حقوق مددکاران بسیار پایین است و اغلب بیمه نیستند.
- خدمات تنوع کافی ندارد، تک دوزی شده و بیمار محور نیستند.
- نظارت و پایش مناسبی بر برنامه‌ها صورت نمی‌گیرد.
- علی‌رغم وجود سنت، پیشینه فرهنگی و ارزش‌های حمایتی در جامعه ایرانی، سازمان‌ها و نهاد های حمایتی دچار کژکارکردی شده‌اند. مشارکت مردمی، انجمن‌های مردم نهاد، انجمن‌های تخصصی و علمی و نیز برنامه‌ها و مداخلات داوطلبانه و خیریه و دینی و معنوی در برنامه‌ها کم است.
- از برنامه‌های مبتنی بر گروه‌های خود یاری، حمایت کافی قانونی، اجرایی، معنوی نمی‌شوند و با مشکلات فراوانی روبرو هستند؛ لذا گروه‌های خودیاری، پایداری کافی ندارند. همچنین برخی خدمات گروه‌های خودیاری غیر استاندارد اند.
- الگوی مناسبی برای برنامه‌های رسانه ای وجود ندارد. از حداکثر پتانسیل رسانه‌ها در جهت ارائه حمایت اجتماعی های آموزشی و تشویق حمایت‌های اجتماعی اجتماع-محور و انگ‌زدائی در درون جامعه استفاده نمی‌شود .
- منابع انسانی ماهر و متخصص در حوزه حمایت‌های اجتماعی سوء-مصرف مواد بسیار محدودند.
- نشانه های خوبی از حمایت‌های اجتماعی در شرایط کنونی جامعه به چشم نمی‌خورد. احساس بی‌پناهی، بی‌اعتمادی و تنهایی در سطح جامعه رو به گسترش است که چالش عمده ایی در حوزه کاهش تقاضای مواد نیز محسوب می‌شود.
- اطلاع رسانی مناسب انجام نمی‌گیرد و به ویژه نقش رسانه‌ها کم رنگ است
- تحقیقات بومی در حوزه حمایت‌های اجتماعی بسیار کم است .
- یارانه‌های اختصاص داده شده به درمان اعتیاد محدود است و با شاخص‌های مناسبی توزیع نمی‌شوند.
- به ندرت بودجه، خیرات، اوقاف، مساجد، روحانیون، حسینیه ها و تشریفات دینی به حمایت از معتاد اختصاص یافته است.
- کمبود اجتماعات درمان مدار از نقاط ضعف است .
- تفریحات سالم و برنامه‌های شاد و لذت بخش برای جوانان کم است .
- کمبود مدارس فنی و حرفه‌ای برای دختران به مهارت‌های اشتغال زائی آنان لطمه می‌زند و آنان را از لحاظ اجتماعی و اقتصادی آسیب پذیر می‌کند.

- در مدارس افراد آگاه، دوره دیده برای برخورد مناسب و اثر گزار و کمک به افراد در معرض خطر وجود ندارد
- در بسیاری از مواقع ایجاد شبکه‌های اجتماعی در سطح مدارس و دانشگاه‌ها با موانعی روبه رو است و میزان حمایت و یا حتی مخالفت با آنها بستگی به سیاست‌های موسسه و مدرسه دارد.
- مشارکت‌های مردمی در حمایت‌های اجتماعی بسیار کم‌رنگ است، کار شبکه‌سازی برای سمن‌ها و انجمن‌ها به کندی پیش می‌رود.
- بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی توازن نسبی وجود ندارد. به این ترتیب فرد در حال بهبودی (یا خانواده وی) بجای آنکه تحت مدیریت واحد، مجموعه منظم و برنامه‌ریزی شده‌ای از حمایت‌ها را دریافت کند، بنا به شرایط و به میزان دسترسی به امکانات و یا میزان علاقه مندی گروه‌های فعال در این حوزه، از این مداخلات استفاده می‌کند.
- در این حوزه مداخلات دولتی عموماً به حمایت‌های مشهود مالی (مثل اعطای یارانه‌های درمانی و وام‌های اشتغال) و تاحدودی حرفه آموزشی محدود می‌گردد که عمدتاً از مبنای علمی و کارشناسی برخوردار نیستند و توسط متخصصین علوم مرتبط با بازتوانی و توانمند سازی آسیب دیدگان روانی- اجتماعی، برنامه‌ریزی و هدایت نمی‌شوند. مداخلات بستر ساز، مداخلات غیر مشهود (یعنی مداخلاتی برای افزایش تعلق و همبستگی اجتماعی افراد) به صورت منسجم توسط بخش دولتی یا در مراکز دولتی ارائه نمی‌گردند.
- مداخلات گروه‌های غیر دولتی فعال در این بخش ضمن اینکه از ضعف‌های سایر سمن‌ها در ایران (نظیر وابستگی به دولت، عدم پایداری بلند مدت و...) رنج می‌برند، فاقد حداقل بنیه علمی و کارشناسی لازم می‌باشند. البته این بخش بار مغفول مانده توسط بخش دولتی یعنی حمایت‌های عاطفی و مصاحبتی را به دوش می‌کشد.
- حمایت اجتماعی از آسیب دیدگان اجتماعی، از زیرساخت‌ها و منابع لازم (مالی، نهادی، قانونی، نیروی انسانی) در کشور ما برخوردار نیست و اعتیاد نیز بخشی از این آسیب‌ها را تشکیل می‌دهد.
- فرایندهای مدنی و شبکه‌های اجتماعی بسیار تحت تاثیر جریان‌های سیاسی در مملکت قرار دارند.
- برنامه‌های حمایتی مشهود از افراد چه از نظر منابع و چه از نظر توزیع خدمات

- متناسب با شرایط افراد نیازمند سازمان دهی نشده است.
- پژوهش لازم برای بررسی هزینه، اثربخشی و هدایت منابع حمایت‌های مشهود وجود ندارد.
- نامناسب بودن محتوای پشتیبانی اطلاعات با مستندات علمی که منجر به هدر رفتن منابع مادی و آسیب به بیماران و خانواده‌های آنان و جامعه می‌شود.
- میزان پایین آگاهی افراد و نیازمندان از کانال‌های انتقال پیام و دسترسی به منابع اطلاعاتی صحیح.
- ضعف بنیه علمی خدمات مشاوره‌ای و مشروط کردن حمایت‌های مشهود و عاطفی به قبول خدمات مشاوره‌ای
- اشتباهات فاحش اطلاع‌رسانی در رسانه ملی و ترغیب مردم به ترجیح لزوم مقابله با عرضه در مقابل کاهش تقاضا.
- هر چند در گروه‌های معتادان گمنام نوعی از مشارکت اجتماعی وجود دارد اما روابطی که در حال حاضر در خصوص این نوع حمایت وجود دارد، مرتبط با حس تعلق نیست و بیشتر به منافع مادی مرتبط می‌شود.

فرصت‌های پیش‌روی حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران

- توجه ویژه مقام معظم رهبری به کاهش تقاضای مواد و حمایت‌های اجتماعی که در مفاد سیاست‌های ابلاغی نظام بدان‌ها تاکید شده است و حساسیت بالای مدیریت کشور نسبت به مصرف مواد و اعتیاد (۸۸).
- تدوین سند سیاست‌گذاری درمان، بازتوانی و حمایت‌های اجتماعی، فرصتی مناسب برای ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت‌های اجتماعی و کاهش تقاضای مواد است.
- تجارب بسیار ارزنده‌ی سازمان بهزیستی در سازماندهی رویکردهای اجتماع محور در محلات و محیط‌های کاری حتی خوابگاه‌های دانشجویی (سالهای ۸۴-۸۳) می‌تواند فرصت مناسبی برای احیای رویکردهای اجتماع محور در حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد باشد.

تهدیدهای پیش‌روی حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف مواد در ایران

- تداوم سیاست‌های تک بعدی به درمان و بازتوانی اعتیاد (۸۸).
- تخصیص بخش عمده‌ی اعتبارات به بخش کاهش عرضه به جای کاهش تقاضای مواد و خدمات حمایتی (۸۸).
- ایجاد تنگنا، سرگردانی، بی‌برنامگی و فقدان حمایت و نظارت برای فعالیت گروه‌های هم‌تا از جمله انجمن معتادان گمنام.
- توسعه اردوگاه‌های اجباری و مراکز نگهداری به جای توسعه درمان‌های داوطلبانه، فردی، گروهی، خانواده‌درمانی.
- کاهش یا حذف آموزش‌های رسانه‌ای حوزه کاهش تقاضای مواد.
- ممنوعیت استخدام و به‌کارگیری نیروی انسانی در دانشگاه‌ها و مراکز بیمارستانی و بازتوانی در حوزه مددکاری، کاردرمانی و برنامه‌های بازگشت به اجتماع.

راهکارهای بهبود وضعیت حمایت‌های اجتماعی سوءمصرف کنندگان مواد در ایران

- باید الگوی مفهومی مورد توافق از درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی داشته باشیم.
- تصمیم‌گیری‌ها در حوزه اعتیاد و حمایت‌های اجتماعی باید مبتنی بر شواهد باشد (۸۸).
- باید جنبش‌های اجتماعی در حوزه مقابله با اعتیاد تسهیل شود. چارچوب و ضوابطی برای نحوه مشارکت سازمان‌های غیر دولتی مشخص شود و با تشکیل نهاد‌های صنفی بستر مشارکت نظام‌مند آنان فراهم گردد (۸۸). به ظرفیت‌سازی و توانمندسازی جامعه و مبتلایان توجه شود.
- به جامع‌نگری و عدم تفکیک درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت‌های اجتماعی توجه شود.
- باید درمان و بازتوانی توسط یک تیم متخصص که شامل پزشک عمومی، روانشناس و مددکار اجتماعی است، ارائه شود (۸۸).
- برای مشارکت گروه‌های هم‌تا در بازتوانی، باید مهارت‌های لازم به آنها آموخته شود.
- آموزش افراد در حوزه خدمات حمایت‌های اجتماعی باید تخصصی‌تر، جامع‌تر و

- علمی تر شود و آموزش تخصصی علوم اعتیاد مورد حمایت وسیع استراتژیک قرار گیرد (۸۸).
- درمانگران به مشارکت فعال با مراجعین و ارائه خدمات پویا و تک دوزی شده ترغیب شوند.
 - در تمام سطوح مداخلات اعم از پیشگیری، درمان و زینکاهی به حمایت‌های اجتماعی توجه شود. چه که پوشش جمعیتی حمایت اجتماعی وسیع تر از گروه مخاطبین برنامه‌های درمان، بازتوانی و زینکاهی است.
 - به تمام الگوها و مصادیق حمایت‌های اجتماعی توجه شود و فقط بر حمایت‌های مالی تمرکز نگردد.
 - در حمایت‌های اجتماعی باید بر آگاهی بخشی، خانواده، اشتغال و ارائه خدمات روانپزشکی توجه شود.
 - در فرایند درمان باید به کشف قابلیت‌ها و توانائی‌های افراد معتاد به منظور ایجاد موقعیت‌های شغلی و ارتقاء موقعیت‌های اجتماعی توجه شود.
 - به انگ‌زدائی و مخصوصاً انگ‌زدائی پس از درمان توجه خاص گردد.
 - در فرایند غربالگری فعال و از طریق اقدامات مددکاری اجتماعی از جمله ملاقات با خانواده‌ها، افراد در معرض آسیب، شناسائی شوند.
 - به تحلیل دقیق کارکرد‌های خانواده در ایران توجه شود. خانواده به عنوان هسته مرکزی درمان و بازتوانی در نظر گرفته شود.
 - توجه به نقش مدارس در ارائه خدمات مشاوره‌ای، آموزش و اطلاع‌رسانی و خدمات حمایتی بیشتر شود
 - لزوم بازنگری در محتوای درسی به ویژه در گروه‌هایی که در سیستم درمانی خدمات رسانی می‌کنند، مانند پرستاران، ماماها و پزشکان برای مداخله موثر و به موقع در هر سه سطح پیشگیری و ایجاد حساسیت بیشتر برای انجام واکنش‌های موثر و به دور از قضاوت در این گروه‌ها که می‌تواند حمایت‌های اجتماعی را حتی در خارج از محیط بیمارستان و کلینیک گسترش دهد
 - به زنان و نوجوانان توجه ویژه ای گردد.
 - اجتماعات درمان مدار تاسیس و گسترش یابد.
 - برنامه‌های جذاب و مناسبی برای جذب جوانان و نوجوانان به محیط‌های فرهنگی و تفریحات سالم در نظر گرفته شود.

- مدارس فنی و حرفه‌ای برای دختران ایجاد شود و گسترش یابد .
- شبکه سازی اجتماعی به صورت واقعی و درست در مدارس و دانشگاه ها تقویت شود. این شبکه‌ها با ایجاد تعلق در بین اعضای گروه، در پیشگیری از رفتارهای غیر اجتماعی و آسیب زنده بسیار موثر است .
- همچنین تشویق نوجوانان و جوانان برای حضور در شبکه‌های اجتماعی و نهادهای مدنی یکی از عوامل تضمین کننده سلامت آن‌ها می‌باشد .
- آموزش مهارت‌های اجتماعی در مقاطع مختلف تحصیلی و دانشگاه ها (ده مهارت مهم و مورد نیاز برای پیشگیری) صورت گیرد
- آموزش شیوه های همسری ، پدری و مادری به تمامی دختران و پسران جوان ارائه شود
- ارائه اطلاعات مناسب، کافی و واقعی در رسانه ی ملی و سایر رسانه‌ها در مورد سوء مصرف مواد
- گسترش پوشش بیمه درمانی به مشاوره های روانشناختی
- ایجاد DIC های بیشتر برای افراد نیازمند .
- ایجاد خانه‌های بین راهی برای تثبیت وضعیت و یافتن مهارت حرفه‌ای، اشتغال، مشاوره‌های مورد نیاز به منظور آماده سازی فرد برای زندگی مستقل، ضروری است .
- حضور یک متخصص در سر پناه شبانه به صورت نیمه وقت یا هفتگی برای انجام مشاوره و بهبود ارتباط بین فردی مراجعان به خوابگاه.
- آموزش به خانواده‌ها بسیار مهم است. خانواده باید یاد بگیرد که در حالی که به زندگی خود ادامه می‌دهد چگونه می‌تواند به سوء مصرف کننده مواد کمک کند و شرایط و مسیر درمان را بهبود بخشد. خانواده لازم است بیاموزد که لغزش و رفتار مصرف کننده را سرزنش نکند و بیاموزد که لغزش یک تجربه است .
- شبکه‌های روابط اجتماعی در درمان و بهبودی به خصوص زنان مصرف کننده مواد بسیار موثر است. این شبکه‌ها فضا و مکانی را بوجود می‌آورند که زنان فرصت کنند تجربیات و احساسات خود را با دیگران در یک محیط سالم و بدون قضاوت بیان کرده و در میان بگذارند . این شبکه از همسانان می‌تواند انگیزه و تمایل برای تغییر رفتار را بیشتر کند.
- توانمند سازی به مفهوم "ایجاد قدرت پذیرش اختیار" بسیار تاثیر گذار است؛ اما

فاصله زیادی برای رسیدن به هدف توانمند سازی وجود دارد که رسیدن به آن و حفظ و پایداری اش، هماهنگی سازمان‌های مرتبط با کودکان، زنان و نهادهای مدنی را می‌طلبد.

- فرد در حال بهبودی (یا خانواده وی) باید تحت مدیریتی واحد، مجموعه ای منظم و برنامه‌ریزی شده از حمایت‌ها را دریافت کند.
- حمایت اجتماعی از معنادان باید تمامی نیازهای آنان را در بر گیرد (مشکلاتی در زمینه اشتغال، مسکن، مسائل حقوقی و خانوادگی و ...) و تمامی آسیب‌های آنان را نیز هدف قرار دهد (تن فروشی، بی خانمانی، تکدی گری، بزه‌های خرد و ...).
- باید مداخلات مبتنی بر شواهد برنامه‌ریزی و ارزیابی گردند و اجرای آن یا باید توسط کارشناسان آموزش دیده صورت گیرد و یا تحت نظارت آنها توسط نهادهای توانمند شده و آموزش دیده مردمی باشد. حمایت‌های اجتماعی نباید تحت تاثیر اقدامات درمانی قرار گیرند.
- عنصر اصلی در مداخلات مرتبط با خانواده مبتلایان (و سایر نهادهای اجتماعی) آگاه کردن آنها از نقشی است که در اعتیاد عضو خانواده شان داشته اند، نقشی که در درمان و بازتوانی وی دارند و ایجاد حس مسئولیت در قبال این نقش هاست. همچنین باید جوانب مختلف اعتیاد بعنوان یک بیماری و آسیب‌های ناشی از آن و ملاحظات درمان و بازتوانی آن به جامعه بویژه خانواده بیماران آموخته شود. خانواده درمانی بعنوان بخشی از مدیریت مورد یکی از اقدامات اجرایی مناسب می‌باشد.
- حمایت‌های مشهود و مالی باید همزمان با توانمند سازی مبتلایان صورت گیرد که در یک دوره زمانی مشخص آنان را از نیازمندی به این حمایت‌ها بی نیاز سازد.
- در کنار سمن‌ها باید نهادهایی مانند وقف و خیریه‌های مذهبی، به شرطی که به درستی نسبت به جوانب اعتیاد توجیه شوند، در بسیج منابع اجتماعی برای حمایت‌های اجتماعی سهیم شوند.
- باید به توانمند سازی جامعه از طریق آگاهی بخشی توجه نمود. آگاه سازی عمومی از طریق رسانه‌ها و آموزش عمومی و تخصصی فعالین اجتماعی و خانواده مبتلایان است. باید برای جامعه تشریح گردد که اعتیاد به عنوان یک پدیده اجتماعی باید در بستر اجتماع درمان شود. باید به جامعه آموخته شود که برای برکنار ماندن از تبعات اجتماعی اعتیاد راهی جز همکاری اجتماعی برای درمان و بازتوانی معتاد و بازگرداندن وی به جامعه وجود ندارد و این امریست که از عهده دولت یا بخش

- خصوصی به تنهایی بر نمی‌آید.
- آموزش و توانمندسازی خانواده‌ها از طریق تهیه و تدوین بسته آموزشی خاص خانواده‌ها شامل حساسیت به رفتارها، تساهل، مراقبت، پیگیری درمانی و... همراه با فیلم‌های آموزشی صورت گیرد.
- خدمات مدد کاری به نحوی ارائه شود که به ازای هر ۱۰-۵ خانواده دارای فرد معتاد یک مددکار دوره دیده اعتیاد، مسلط به بسته آموزشی فوق الذکر، وجود داشته باشد و اشکالات اجرای بسته آموزشی در خانواده را مرتفع کند.
- حضور مددکار در خانواده مبتلایان و سرکشی منظم برای توانمند سازی خانواده ضروری است.
- اعتماد سازی در خانواده مبتلایان به امکان پذیر بودن موفقیت درمان، به درمان‌گر و به جامعه از اصول اساسی موفقیت حمایت‌های اجتماعی است.
- توانمند سازی به عنوان رکن اساسی حمایت‌های اجتماعی در نظر گرفته شود.
- ایجاد کمیته‌های مردمی توانمند سازی و مراقبت در برابر اعتیاد در سطح محلات با مشارکت مردم محلی و ایجاد این گروه‌های اجتماع محور در محیط‌های کاری و آموزشی.
- امور توانمند سازی و حمایت اجتماعی در خدمات سلامت، بهداشت و درمان و مشاوره ادغام و یکپارچه شود.
- درآمد مبارزه با قاچاق برای مبارزه و کاهش تقاضا به طور متعادل مصرف شود.
- مراکز علمی و حمایت‌های اجتماعی و به ویژه گروه‌های معتادان گمنام در تبلیغات رسانه ای نقش فعالتری را بازی نمایند.
- الگوهای موفق در حمایت‌های اجتماعی مورد مطالعه و حمایت‌های وسیع قرار گرفته و در توسعه آن سرمایه گذاری شود.
- نظام ارزشیابی برای توانمند سازی اجتماعی و حمایت اجتماعی طراحی و استاندارد شده و به صورت منظم به اجرا در آید.
- حمایت‌های دینی و معنوی جزو حمایت‌های اجتماعی درآمده، تعریف و بسته‌های آموزشی آن به صاحبان متعهد و موثر واگذار شود.
- آگاه سازی به منظور شناسائی پدیده اعتیاد به عنوان یک پدیده اجتماعی که ایجاد و حل آن نیازمند اقدامات اجتماعی است.
- پذیرش عموم مردم در مورد سودمندی درمان و زیانکاهی در مقابل اقدامات دیگر مقابله‌ای

- کمک به ایجاد دانش در مورد جلوگیری از ایجاد Gang و یا گروه‌های مولد آسیب از طریق بازپذیری اجتماعی^۱
- حمایت نیروهای انتظامی و قضائی از فرایند درمان و بازپذیری اجتماعی
- حمایت صاحبان منابع مالی و معنوی از فرایند درمان از طریق شناسائی، درک و به کار گیری سازوکارهای ایجاد و درمان اعتیاد در تعامل با جامعه، خانواده، بیماران، کارفرمایان، رهبران معنوی و مذهبی، تصمیم سازان، تصمیم گیران، سیاست‌گذاران
- شناسائی، آموزش و پذیرش مفهوم کرامت انسان و یافتن راه های عملی سازی آن
- شناسائی، آموزش و به کار گیری مفهوم حقوق و تکالیف متقابل جامعه و افراد
- تلاش برای گسترش اقدامات اجتماع محور در سایر زمینه ها و ایجاد بستر تعلق اجتماعی
- توجه به شاخص‌های اجتماعی سلامت و وجود پیوستار اجتماعی در برنامه‌ها
- توجه به شرایط آمایش سرزمینی از نظر عوامل خطر و محافظ اعتیاد
- توسعه برنامه‌های آموزشی و فرهنگی به ویژه در بخش هایی از کشور که مصرف تریاک تا حدی هنجار می باشد. به ویژه این برنامه‌ها برای کودکان و نوجوانان بسیار اهمیت دارد
- تلاش جهت ایجاد تفکر علمی در شناسائی مسائل و راه حل آن‌ها به دانش‌آموزان، دانشجویان، و در مرحله بعدی عموم مردم
- تامین منابع هزینه های بخش حمایت‌های مشهود و اطلاعاتی در درجه اول و سپس حمایت‌های عاطفی و تعلق
- به منظور اثربخشی حمایت‌های مشهود، باید هماهنگی های بین بخشی و ارزشیابی برنامه‌ها تقویت شود و کیفیت برنامه‌ها و مدیریت اجرای آن‌ها ارتقا یابد.
- از رویکرد مددکاری اجتماعی در بحث مشارکت های مردمی استفاده شود.

۱. Reintegration

پیوست‌ها

پیوست ۱: ابزارهای غربالگری

حمایت اجتماعی - مقیاس خانواده

عبارات زیر مربوط به تجارب، ادراک‌ها و احساس‌هایی است که اکثر مردم گه‌گاه در رابطه با خانواده خود پیدا می‌کنند. برای هر عبارت سه پاسخ می‌تواند وجود داشته باشد: بله، خیر، نمی‌دانم.

- ۱) خانواده‌ام در حد نیازم از من حمایت اخلاقی می‌کنند.
- ۲) نظرات خوبی درباره خدمت به خانواده یا بهره‌مندی از آن‌ها به ذهنم می‌رسد.
- ۳) اکثر مردم بیشتر از من به خانواده خود نزدیک‌اند.
- ۴) وقتی راز خود را به نزدیک‌ترین اعضای خانواده‌ام می‌گویم، احساس می‌کنم آرامش آن‌ها را به هم می‌زنم.
- ۵) اعضای خانواده‌ام از شنیدن افکار و نظرات من لذت می‌برند.
- ۶) بسیاری از علائق من با علائق اعضای خانواده‌ام مشترک است.
- ۷) بعضی از اعضای خانواده‌ام در صورت برخورد با مشکل یا نیاز به نظر خواهی به سراغ من می‌آیند.
- ۸) من برای حمایت عاطفی روی خانواده‌ام حساب می‌کنم.
- ۹) یکی از اعضای خانواده من کسی است که در صورت ناراحتی، می‌توانم به سراغش بروم، بدون این که بعداً از این کار خود پشیمان شوم.
- ۱۰) من و اعضای خانواده‌ام نظر خود را درباره همه چیز بی‌پرده به یکدیگر می‌گوییم.
- ۱۱) خانواده‌ام به نیازهای شخصی من توجه دارند.

- ۱۲) اعضای خانواده‌ام برای دریافت کمک به سراغ من می‌آیند.
 - ۱۳) اعضای خانواده‌ام برای کمک به حل مشکلات من آماده‌اند.
 - ۱۴) با چند نفر از اعضای خانواده‌ام می‌توانم درد دل کنم.
 - ۱۵) اعضای خانواده من خوش‌فکرند و اوضاع مرا روبراه می‌کنند.
 - ۱۶) وقتی راز خود را به نزدیک‌ترین اعضای خانواده‌ام می‌گویم، ناراحت می‌شوم.
 - ۱۷) اعضای خانواده‌ام مرا همدرد خود می‌دانند.
 - ۱۸) فکر می‌کنم نظر خانواده‌ام این است که من برای حل مشکلات آنان یاور خوبی هستم.
 - ۱۹) رابطه من با هیچ‌یک از اعضای خانواده‌ام به اندازه رابطه سایر مردم با اعضا خانواده‌شان صمیمی نیست.
 - ۲۰) کاش اعضای خانواده‌ام جور دیگری بودند.
- منبع: ثنایی، باقر و همکاران. مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت. ۱۳۸۷.

حمایت اجتماعی - مقیاس دوستان

- ۱) دوستانم در حد نیازم از من حمایت اخلاقی می‌کنند.
- ۲) اکثر مردم بیشتر از من به دوستان خود نزدیک‌اند.
- ۳) دوستانم از شنیدن افکار و نظرات من لذت می‌برند.
- ۴) بسیاری از علائق من با علائق دوستانم مشترک است.
- ۵) من روی حمایت عاطفی دوستانم حساب می‌کنم.
- ۶) اگر احساس کنم یک یا چند نفر از دوستانم از دست من ناراحت‌اند، به روی خود نمی‌آورم.
- ۷) در جمع دوستانم، احساس می‌کنم در حاشیه هستم.
- ۸) دوستی دارم که در صورت ناراحتی، می‌توانم به سراغش بروم، بدون این که بعداً از این کار خود پشیمان شوم.
- ۹) من و دوستانم نظر خود را درباره همه چیز بی‌پرده به یکدیگر می‌گوییم.

- ۱۰) دوستانم به نیازهای شخصی من توجه دارند.
- ۱۱) اگر دوستانم به حمایت عاطفی نیاز داشته باشند به سراغ من می‌آیند.
- ۱۲) دوستانم برای کمک به حل مشکلات من آماده‌اند.
- ۱۳) چند دوست دارم که با آنها درد دل کنم.
- ۱۴) دوستان من خوش‌فکرند و اوضاع مرا روبراه می‌کنند.
- ۱۵) وقتی راز خود را به دوستان می‌گویم، دچار احساس ناراحتی می‌شوم.
- ۱۶) دوستانم مرا همدم خود می‌دانند.
- ۱۷) به نظر من دوستانم احساس می‌کنند که من برای حل مشکلات آنان یاور خوبی هستم.
- ۱۸) رابطه من با هیچ دوستی به اندازه رابطه سایر مردم با دوستانشان صمیمی نیست.
- ۱۹) افکار خوبی درباره کمک به دوستانم به نظرم می‌رسد.
- ۲۰) کاهش دوستانم جور دیگری بودند.

منبع: ثنایی، باقر و همکاران. مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت. ۱۳۸۷.

غربالگری سوء مصرف الکل (پرسشنامه CAGE):

- آیا تا به حال احساس اجبار به قطع نوشیدن الکل یا استفاده از مواد مخدر داشته‌اید؟
- آیا با انتقاد دیگران در خصوص نوشیدن الکل یا مصرف مواد مخدر روبرو شده‌اید؟
- آیا تا به حال احساس بد یا گناه در مورد نوشیدن الکل یا مصرف مواد مخدر داشته‌اید؟
- آیا تا به حال بعد از بیدار شدن در صبح احساس ثبات در اعصاب یا خلاص شدن از شر خماری بعد از نوشیدن الکل یا مصرف مواد مخدر داشته‌اید؟

Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*.

غربالگری تاریخچه تروما:

پاسخ‌ها عبارتند از: بله، نه، و یا شاید.

اگر پاسخ به سوالات برای بیمار دشوار و یا ناراحت کننده باشد، مشاور می‌بایست مصاحبه را متوقف نماید و یا مسیر آن را تغییر دهد.

آیا در طول عمر خود، از هریک از تجارب رنج برده‌اید؟ (پاسخ‌ها بله، نه، و یا شاید).

- کودک آزاری فیزیکی (به عنوان مثال، ضربه زدن که باعث کبودی یا جراحت شده باشد)

- کودک آزاری جنسی (به عنوان مثال، مورد تعرض، لمس، و یا مجبور به هر نوع فعالیت جنسی شده‌اید)

- غفلت از کودکان (به عنوان مثال، به اندازه کافی غذا برای خوردن داشته‌اید، سرپناه نامناسب)

- خشونت خانگی (به عنوان مثال، از نظر جسمی تاکنون از سوی شریکتان صدمه دیده‌اید)

- قربانی جرم (به عنوان مثال، تجاوز به عنف، توقیف و یا دستگیری)

- تصادف جدی (به عنوان مثال، تصادف ماشین، آسیب قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی)

- بیماری تهدید کننده (به عنوان مثال، سرطان)

- بلایای طبیعی (به عنوان مثال، طوفان، زلزله، جنگ، اسارت یا آدم ربایی)

- موارد تکمیلی (به عنوان مثال، خطر مورد تجاوز قرار گرفتن و یا قتل)

- خشونت توسط شما (به عنوان مثال، به کس دیگری از نظر جسمی صدمه زده‌اید، سوءاستفاده از کودکان داشته‌اید، قتل کسی، یا حمله به کسی با سلاح)

- دیگر حوادث ناراحت کننده

Najavits, L. M. (2004). Assessment of trauma, PTSD, and substance use disorder. Assessing psychological trauma and PTSD/edited by John P. Wilson, Terence M. Keane., 466.

غربالگری سوء استفاده جنسی

- آیا تا به حال با سخنان جنسی، جوک، لمس کردن نامناسب، و یا خواسته برای مسایل جنسی توسط کسی در محل کار یا مدرسه مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اید؟
- مورد فوق اغلب چگونه اتفاق افتاده است؟
- چند ساله بودید که این اتفاق افتاد؟
- این اتفاق در ۶ ماه گذشته رخ داده است؟
- آیا شما همیشه مورد لمس واقع شده‌اید و یا تماشاگر رابطه جنسی بوده‌اید؟
- دلیل این که شما احساس اجبار یا تهدید آسیب به خود یا دیگری بوده یاد چیست؟
- قبل از سن ۱۸ سالگی هر چند وقت یکبار این اتفاق برایتان پیش می‌آمد؟
- از سن ۱۸ سالگی به بعد اغلب چگونه این اتفاق رخ داده است؟
- آیا در ۶ ماه گذشته مورد لمس یا تجاوز قرار گرفته‌اید؟
- آیا تا به حال خود یا کس دیگری را وادار به رابطه جنسی کرده‌اید؟
- چند ساله بودید که این اتفاق رخ داد؟
- قبل از سن ۱۸ سالگی هر چند وقت یکبار این اتفاق رخ می‌داده است؟
- از سن ۱۸ سالگی به بعد اغلب چگونه این اتفاق رخ داده است؟
- آیا این اتفاق در ۶ ماه گذشته رخ داده است؟
- آیا تا به حال علیرغم میل باطنی تان در ازای پول، مواد مخدر و یا دیگر کالاهای مادی مانند سرپناه و یا لباس وادار به رابطه جنسی شده‌اید؟
- اغلب این اتفاق چگونه رخ داده است؟
- چند ساله بودید که این تجربه اتفاق افتاده است؟
- آیا این تجربه در ۶ ماه گذشته رخ داده است؟

(منبع: SAMHSA)

مقیاس اندازه گیری نوع اختلال های رفتاری میشل گوگلن

پرسشنامه‌ای که در اختیار شما قرار می‌گیرد، اجازه می‌دهد تا بتوانید نوع اختلال خود را، چه از نظر ساخت فیزیکی و چه از نظر ویژگی های روانی، برآورد کنید. برای این کار دور یکی از حروف c, b, a بر حسب این که چقدر با شیوه بودن یا سبک تفکر شما مطابقت داشته باشد، دایره بکشید.

ویژگی های جسمی

۱- قد شما چقدر است؟

- (a) کمتر یا مساوی ۱۷۰ سانتی متر (زنان ۱۵۵ سانتی متر)
- (b) بین ۱۷۱ تا ۱۷۵ سانتی متر (زنان ۱۵۶ تا ۱۶۰ سانتی متر)
- (c) بیش از ۱۷۵ سانتی متر (زنان ۱۶۰ سانتی متر)

۲- بین ۲۰ تا سی سالگی، وزن شما چقدر بود؟

- (a) کمتر یا مساوی با ۵۰ کیلوگرم (زنان ۴۵ کیلوگرم)
- (b) بین ۵۱ تا ۶۰ کیلوگرم (زنان ۴۶ تا ۵۵ کیلوگرم)
- (c) بیشتر از ۶۰ کیلوگرم (زنان ۵۵ کیلوگرم)

۳- دور سر شما چند سانتی متر است؟

- (a) کمتر از ۵۶ سانتی متر
- (b) بین ۵۶ تا ۵۷ سانتی متر
- (c) بیشتر از ۵۷ سانتی متر

۴- بالا تنه شما چگونه است؟

- (a) در مجموع، لاغر و باریک
- (b) شانه ها پهن و قوی، شکم صاف
- (c) سینه بزرگ و برآمده، شکم گنده

۵- پوست شما بیشتر است.

- (a) خشک و کم خون

- (b) کشیده، بدون چربی زیاد
- (c) چاق و نرم
- ۶- اعضای بدن شما بیشتر به چه صورت است؟
- (a) لاغر و استخوانی
- (b) ناهموار و پر از ماهیچه
- (c) کوتاه و گرد

ویژگی های روانی

- ۷- آیا خیلی راحت خیال بافی می‌کنید؟
- (a) بلی اغلب برایم اتفاق می‌افتد
- (b) خیر شیوه زندگی من این طور نیست
- (c) در نو جوانی چنین بوده ام
- ۸- آیا سر و وضع شما اغلب جلب توجه می‌کند؟
- (a) بلی، باید به سر وضع خود کمی چاشنی اضافه کرد
- (b) از این کار خوشم می‌آید، اما ریسک نمی‌کنم
- (c) هرگز ، دوست ندارم از نظر ظاهر انگشت نما باشم
- ۹- آیا، برای آینده خود ، بلند پروازی های بزرگی دارید؟
- (a) بلی، برای موفقیت باید آرزوهای بزرگ داشت
- (b) بلند پروازی من برای کسب تخصص است . بلند پروازی‌های من غیر عادی نیست. دوست ندارم از مردم متمایز باشم
- (c) از کلیه کسانی که می‌خواهند شهرت پیدا کنند وحشت دارم ، دوست دارم جایگاه ساده‌ای داشته باشم.
- ۱۰- آیا در جوانی برایتان اتفاق افتاده است که از خانه فرار کنید ؟
- (a) بارها تهدید کرده‌ام ، اما انجام نداده‌ام
- (b) هرگز چنین آرزویی نداشته‌ام

- (c) بلی، برایم اتفاق افتاده است. اما امروز آن را کودکانه می‌دانم
- ۱۱- آیا برایتان اتفاق می‌افتد که به مدت طولانی احساس درماندگی کنید؟ آیا این کار خیلی برایتان پیش می‌آید؟
- (a) در لحظه‌های خستگی این حالت به من دست می‌دهد، اما خودم را نمی‌بازم، حتی نزدیکان متوجه آن نمی‌شوند
- (b) گاهی برایم اتفاق می‌افتد که نمی‌توانم بلافاصله کاری را شروع کنم؛ در زندگی ف شرایط خیلی برایم مناسب نبوده است.
- (c) زندگی همیشه پستی و بلندی دارد، گاهی حالم بد می‌شود، اما خیلی طول نمی‌کشد که به حالت اول بر می‌گردم
- ۱۲- آیا برایتان دشوار است که کار یکنواختی را به مدت طولانی انجام دهید؟
- (a) بلی مردم معتقدند که من در یک جا بند نمی‌شوم
- (b) کار یکنواخت را دوست ندارم؛ اما اگر لازم باد انجام می‌دهم
- (c) نه، برایم دشوار نیست، کار یکنواخت را دوست دارم
- ۱۳- آیا خیلی بی‌اعتماد هستید؟
- (a) خیر، اصلاً، خیلی زود به دیگران اعتماد می‌کنم
- (b) گاهی لازم می‌شود، اما خیلی بی‌اعتماد نیستم
- (c) بلی معمولاً بی‌اعتماد هستم، پیش از ریسک کردن، مسائل را بررسی می‌کنم
- ۱۴- آیا رویدادهای بیرون خیلی بر روی شما اثر می‌گذارد؟
- (a) بلی، خیلی حساس هستم، و کوچکترین رویداد مرا دگرگون می‌کند
- (b) خیر هدف‌هایی دارم که روی آن‌ها متمرکز می‌شوم، اجازه نمی‌دهم که رویدادهای بیرون اختیار مرا در دست بگیرند
- (c) برخی رویدادها مرا تحت تاثیر قرار می‌دهند، اما سعی می‌کنم که آن‌ها هدایت مرا بر عهده نگیرند
- ۱۵- آیا معمولاً اخمو و ترشو هستید؟
- (a) خیر، اتفاق می‌افتد که عصبانی می‌شوم، اما خیلی زود به حالت اول بر می‌گردم
- (b) اتفاق می‌افتد که کمی اخم کنم، اما به ندرت

(c) وقتی جوان بودم خیلی اخم می‌کردم، اسلحه خوبی است، امروزه نیز گاهی از آن استفاده می‌کنم

۱۶- آیا مردم شما را آدم مغروری می‌دانند؟

(a) بلی، اما هر وقت شرایط ایجاب می‌کند، خودم را متواضع نشان می‌دهم

(b) خیلی متواضع نیستم، اما تا آن جا که می‌دانم خیلی هم مغرور نیستم

(c) خیر، مردم مرا شماتت می‌کنند که چرا به اندازه کافی مغرور نیستم

۱۷- آیا صدا و خنده های شما انفجاری است؟

(a) خیر، رفتارهای من معمولاً ملایم است

(b) بلی صدای قوی دارم

(c) صدای من کاملاً متوسط است

۱۸- در مقابل تحریکاتی که سعی می‌کنند دقت شما را از کاری که انجام می‌دهید منحرف کنند، چه واکنشی نشان می‌دهید؟

(a) در توجه نکردن به آن‌ها هیچ مشکلی ندارم، وقتی کاری انجام می‌دهم، خیلی تمرکز و پشتکار دارم

(b) به تحریکات بیرونی خیلی حساسیت دارم، اگر به اندازه کافی از مردم جدا نباشم

(c) بستگی به شرایط دارد، گاهی تمرکز زیاد است و گاهی کم

۱۹- اطرافیان شما را خوشبین می‌دانند یا بدبین؟

(a) به شدت خوشبین

(b) اغلب خیلی بد بین

(c) هیچ یک

۲۰- آیا احساس می‌کنید اطرافیان، افکار شما را آن طور که لازم است درک نکرده اند؟

(a) نه چندان

(b) خیر، احساس می‌کنم که دیگران مرا خوب درک می‌کنند.

(c) بلی، احساس می‌کنم که اصلاً مرا درک نمی‌کنند

۲۱- آیا گاهی به طور وحشتناک و غیرقابل پیش بینی عصبانی می‌شوید؟

- (a) بلی، وقتی عصبانی می‌شوم، خیلی خشن می‌شوم
- (b) خیلی عصبانی نمی‌شوم، وقتی عصبانی می‌شوم معمولاً بدون علت نیست و دیگران انتظار آن را دارند
- (c) هرگز خشونت‌های وحشتناک ندارم
- ۲۲- آیا زود رنجی شما وحشتناک است؟
- (a) دوست ندارم مورد حمله قرار گیرم، اگر چنین موردی پیش بیاید می‌توانم از خودم دفاع کنم
- (b) فکر نمی‌کنم نظر مردم درباره من چنین باشد، خیلی زود رنج نیستم
- (c) به احتمال زیاد عکس آن درست باشد، مردم مرا "هالو" تصور می‌کنند
- ۲۳- آیا احساس می‌کنید که خیلی سرحال هستید، در جمع خیلی بیشتر از حالت عادی توانایی نشان می‌دهید؟
- (a) بلی، در میان جمع بودن، به من شادابی و احساس جوانی می‌دهد
- (b) خیر، کمروبی معمولاً مرا بی‌دست و پا نشان می‌دهد
- (c) چه در میان جمع و چه در تنهایی، همیشه برای خودم هستم
- ۲۴- آیا هنگام بیماری خیلی مضطرب می‌شوید؟
- (a) خیر، کسی نیستم که خودم را بیمار تصور کنم؛ اطرافیان مرا شماتت می‌کنند که در مواقع ضروری از خودم مواظبت نمی‌کنم
- (b) دوست ندارم بیمار شوم، اما تا بیمار نشده‌ام خیلی به آن فکر نمی‌کنم
- (c) به نظر من پیشگیری بهتر از درمان است، زیرا رنج کشیدن را دوست ندارم، چیش بینی موجب دورماندن از دردها می‌شود؛ اگر لازم باشد از خودم مواظبت می‌کنم.
- ۲۵- آیا دوست دارید اعمال خود را به طور منطقی توجیه کنید؟
- (a) ترجیح می‌دهم در مورد آن چه انجام می‌دهم منطقی باشم
- (b) کار را به خاطر کار انجام می‌دهم، نیازی ندارم اعمال خود را با کلمات توجیه کنم
- (c) بیشتر باشم خود پیش می‌روم نه با منطق، دلیل تراشی دائمی برخی مردم درباره اعمال خود را دوست ندارم
- ۲۶- آیا از نظر عاطفی آرام هستید؟

- (a) بلی دست کم به ظاهر ، دوست ندارم به اسانی تسلیم عواطف شوم
- (b) سعی می کنم، اما آن طور که دلم می خواهد همیشه اتفاق نمی افتد
- (c) خیر، از این بابت خیلی عصبی هستم
- ۲۷- آیا ثبات در کار را دوست دارید؟
- (a) تداوم در کار را دوست دارم، در سازگاری با تغییرات ، خیلی دشواری دارم
- (b) از تغییر خوشم می آید، نمی توانم کار درباره یک موضوع و در یک محل را برای همیشه تحمل کنم
- (c) تغییر و ثبات را دوست دارم، برای احساس رضایت در زندگی هردو لازم است .
- ۲۸- آیا به اسانی خودمانی می شوید؟
- (a) دوست دارم فاصله خود را با مردم حفظ کنم، بیش از حد خودمانی شدن موجب فاش شدن اسرار می شود
- (b) در خودمانی شدن مشکل ندارم، همه مردم ارزش دارند . به تفاوت های فرهنگی و شناختن طبقات اجتماعی علاقه مندم
- (c) در محیطی که رفت و آمد می کنم، به آداب و سنن مردم احترام می گذارم
- ۲۹- آیا انزوا را دوست دارید؟
- (a) گاهی، اما نه خیلی زیاد
- (b) اصلا، انسان یک موجود اجتماعی است . اگر از مردم دور بماند از بین می رود
- (c) تنهایی را دوست دارم، احساس می کنم که به آن نیاز دارم
- ۳۰- آیا خلق شما خیلی زیاد تغییر می کند؟
- (a) مثل بقیه مردم ، گاهی خوب و گاهی بدم ، اما همیشه راه های مقابله دارم
- (b) بلی، خلق من ناپایدار است ، به طوری که گاهی زندگی را برای اطرافیانم مشکل می سازد
- (c) خیر، اطرافیان مرا آدم با ثبات و پایدار می دانند
- ۳۱- آیا لجوج هستید؟
- (a) بلی، به نظرم، برای ثبات در تصمیم گیری، ضرورت دارد

- (b) خیلی کم
- (c) خیر، اصلاً؛ از نفوذ ناپذیر بودن وحشت دارم
- ۳۲- آیا در عواطف خود ثبات دارید؟
- (a) خیر، بیشتر بی ثبات و دمدمی هستم؛ وفای بیش از اندازه مزه زندگی را از بین می‌برد
- (b) به نظر من ثبات در عواطف خوب خواهد بود، اما نمی‌توان همیشه به عشق دستور داد
- (c) از نظر عواطف خیلی ثبات دارم و انتظار دارم دیگران نیز چنین باشند
- ۳۳- آیا می‌توانید یک طنز نیش دار بگویید؟
- (a) بلی، لزومی ندارد که آدم همیشه مودب باشد، گوشزد کردن کارهای مردم گاهی آموزنده است
- (b) طنز گفتن را دوست دارم، اما از گفتن حرفهایی که دیگران را آزار می‌دهد خودداری می‌کنم
- (c) در درجه اول سعی می‌کنم با مردم هماهنگ شوم، به نظر من طنز گفتن همیشه بی فایده بوده است
- ۳۴- آیا معمولاً برایتان دشوار است که کاری را شروع کنید؟
- (a) بلی، معمولاً احساس می‌کنم که خیلی خسته‌ام؛ می‌توان گفت که همیشه خودم را تحت فشار قرار می‌دهم
- (b) خیر، دوست دارم کار را خودم شروع کنم نه این که برایم دستور دهند
- (c) وقتی خسته هستم برایم اتفاق می‌افتد، اما همیشه این طور نیستم
- ۳۵- آیا تیک (پرش عضله) دارید یا رفتارهای قالبی یا کلیشه‌ای دارید؟
- (a) بلی، چند نوع کوچک دارم که مخصوصاً به هنگام سرخوشی یا افسردگی ظاهر می‌شوند؛ در نوجوانی زیاد داشتم
- (b) داشتم، اما مدت هاست که از بین رفته است
- (c) خیر، هرگز یادم نمی‌آید که داشته باشم
- ۳۶- آیا دوست دارید زیاد حرف بزنید و دست و پا و سر و صورت خود را زیاد حرکت دهید؟

- (a) گاهی، دوست دارم حرف بزنم، اما زیاد دست و پا تکان نمی‌دهم و حرکات سر و صورت‌م نیز زیاد نیست
- (b) در بین جمع معمولاً ساکت هستم و حرکات من حساب شده است
- (c) حرف زدن با دیگران را واقعاً دوست دارم و مردم معمولاً به حرکات من می‌خندند، اما این حرکات کمک می‌کنند تا منظور خود را راحت‌تر بیان کنم
- ۳۷- آیا خیلی آسان احساس گناه می‌کنید، حتی اگر دیگران مرتکب خطا شوند؟
- (a) بلی، این کار به رشد اجتماعی من مربوط می‌شود؛ این نوع احساسات، در اغلب روزها به همراه من است
- (b) فقط در مقابل خطاهای خود احساس گناه می‌کنم و بر چنین احساساتی خیلی تکیه نمی‌کنم
- (c) اگر احساس کنم مرتکب خطا نشده‌ام، سعی می‌کنم آن را جبران کنم، چرا باید افکار غم‌انگیز را با خود حمل کرد
- ۳۸- آیا واقعاً احساس می‌کنید شخصیت دوگانه دارید؟
- (a) خیر، همیشه احساس می‌کنم راحت هستم
- (b) تمایلات زیادی دارم، اما سعی می‌کنم آن‌ها را هماهنگ کنم، به نحوی که برایم خیلی مساله‌ساز نباشند
- (c) بلی، این احساس‌گاهی آن قدر قوی می‌شود که تصور می‌کنم، دو نیمه شده‌ام، یک نیمه، به شیوه زندگی و عملکرد نیمه دیگر نگاه می‌کند، بدون آن که در آن‌ها دخالت داشته باشد
- ۳۹- آیا احساس می‌کنید آن قدر زیر بار مسوولیت‌ها هستید که توانایی و قدرت تحمل آن‌ها را ندارید؟
- (a) خیر، به میل خود مسوولیت‌ها را می‌پذیرم
- (b) لحظه‌هایی وجود دارد که در آن‌ها احساس می‌کنم کمی لبریز شده‌ام، اما خیلی طول نمی‌کشد
- (c) متأسفانه بلی، بد شانس‌ی باعث شده مسوولیت‌هایی را بر عهده بگیرم که بالاتر از توان من است

۴۰- آیا در برابر مقررات جمعی مقاومت می‌کنید؟

- (a) بلی ، همیشه آدم مستقلی به حساب می‌آیم، به آزادی شخصی نیاز دارم
- (b) همیشه برایم خوشایند نیست ف اما برای زندگی در اجتماع لازم است
- (c) می‌دانم که چگونه با نظم و مقررات جمع هماهنگ شوم

۴۱- تعدادی صفت شخصیتی مهم در اختیار شما قرار می‌گیرد. در میان آن‌ها، سه صفتی را که احساس می‌کنید به آسانی در وجود شما می‌توان یافت یا به آسانی آن را نشان می‌دهید، انتخاب کنید و در مقابل آن‌ها (*) بگذارید.

۱. خونسردی	۱۱.کندی	۲۱.ناشیکری	۳۱. بی فکری
۲. پرمدعایی	۱۲.قدرشناسی	۲۲.برانگیختگی در حد انفجار	۳۲.همیشه طلبکار بودن
۳. خودمداری	۱۳.بسته بودن	۲۳.خنده های ناهماهنگ	۳۳.عصبی و دمدمی بودن
۴. فضولی	۱۴. تند و تیزی	۲۴.خنده های نشاط آور	۳۴.بوالهوسی
۵. غمگینی	۱۵. فقدان ابتکار	۲۵.فقدان خنده	۳۵.حرکات نادر
۶. انفجاری	۱۶.فقدان هوا و هوس	۲۶.آرامش- راحتی	۳۶.سنگینی وزن
۷.بی تفاوتی	۱۷.ناهماهنگی	۲۷.سرکشی	۳۷.همیشه در حال دعوا
۸. حسادت	۱۸.خود خواهی	۲۸.بازداری	۳۸.جستجوی کارهای اسان
۹. بی‌نظمی	۱۹.بی‌نظمی در افکار	۲۹.پرت و پلاگویی	۳۹.جستجوی کارهای دشوار
۱۰.گرفته بودن	۲۰.توهمات زیاد	۳۰.افکار خودکشی	۴۰. صدای یکنواخت

منبع: گنجی، حمزه. ارزشیابی شخصیت (پرسشنامه‌ها). نشر ساوالان

سوالات عمومی و اختصاصی غربالگری برای افراد مبتلا به اختلال خوردن:

سوالات عمومی

- رضایت شما از وزن و شکل تان چگونه است؟
 - هر چند وقت برای از دست دادن یا افزایش وزن تان سعی می‌کنید؟
 - رژیم غذایی تان چگونه است؟
 - از چه روش‌های دیگری برای از دست دادن وزن تان استفاده می‌کنید؟
- سوالات غربالگری خاص:
- آیا تا به حال به از دست داده وزن و داشتن وزن کمتر از دیگران فکر کرده‌اید؟
 - آیا تا به حال در یک دوره زمانی کوتاه مقدار زیادی مواد غذایی خورده‌اید (پرخوری)؟
 - آیا تا به حال احساس کرده‌اید خارج از کنترل غذا خورده‌اید؟
 - آیا تا به حال برای خلاص شدن از مواد غذایی که خورده‌اید و یا از دست دادن وزن خود را وادار به استفراغ کرده‌اید؟
 - از چه روش‌های دیگری برای از دست دادن وزن و یا خلاص شدن از مواد غذایی خورده شده استفاده کرده‌اید؟

منبع: CSAT 2005e .

ابزار غربالگری سنجش خشونت توسط شریک زندگی

- آیا تا به حال توسط شریک زندگی تان تحت فشار قرار گرفته‌اید و یا به شما سیلی؟
- آیا تا کنون در رابطه با شریک زندگی تان به وسیله خشونت تهدید شده‌اید؟
- آیا تا به حال در رابطه با شریک زندگی تان توسط وی مورد خشونت جسمی، شکستگی و یا پرتاب شدن قرار گرفته‌اید؟

Paranjape, A., & Liebschutz, J. (2003). STaT: a three-question screen for intimate partner violence. *Journal of Women's Health, 12*(3), 233-239.

پرسشنامه سلامت معنوی

لطفاً نظر خود را درباره هر یک از گزینه‌های زیر با عبارات کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم مشخص کنید:

۱. در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی‌کنم.
۲. نمی‌دانم کی هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.
۳. عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.
۴. احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت است.
۵. معتقدم خداوند نامهربان است و به من و زندگی روزانه من توجه ندارد.
۶. احساس می‌کنم آینده‌ی نامعلوم و آشفته‌ای دارم.
۷. با خداوند ارتباط معنادار شخصی خاصی دارم.
۸. در زندگی به حد کمال رسیده‌ام و از زندگی رضایت دارم.
۹. از خداوند نیرو و حمایت زیادی دریافت نمی‌کنم.
۱۰. نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم، احساس خوبی نمی‌کنم.
۱۱. باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است.
۱۲. از زندگی لذت زیادی نمی‌برم.
۱۳. ارتباط فردی رضایت بخشی با خداوند ندارم.
۱۴. نسبت به آینده‌ام احساس خوبی دارم.
۱۵. ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.
۱۶. احساس می‌کنم زندگی پر از ناملايمات و ناخوشی‌ها است.
۱۷. وقتی رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند دارم، احساس کمال می‌کنم.
۱۸. زندگی معنای زیادی ندارد.
۱۹. ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد.
۲۰. معتقدم، هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد.

نمره گذاری:

۱. حیطه سلامت دینی :

مرحله اول : ابتدا مجموع سوالات ۱-۵-۷-۹-۱۳ را محاسبه نموده و سپس از ۲۸ کم کرده
مرحله دوم: مجموع سوالات ۱۷، ۱۵، ۱۱، ۳ و ۱۹ را محاسبه نموده و در نهایت با عدد بدست
آمده در مرحله اول جمع کرده ، عدد بدست آمده امتیاز فرد در حیطه ی سلامت دینی
و بیانگر ارتباط او با خدا ی خود می‌باشد.

نمره استاندارد برای گروه‌های مذهبی در این حیطه : بین ۳۴ تا ۵۶ و مجموع نمره
استاندار این گروه ۸۲ تا ۱۰۹

نمره استاندارد برای گروه‌های غیر مذهبی در این حیطه : ۵۳ و مجموع نمره استاندارد این
گروه ۷۶

نمره استاندارد برای گروه‌های بیماران سرپایی در این حیطه : ۵۱ و مجموع نمره
استاندار این گروه ۹۹

۲. حیطه سلامت وجودی

مرحله اول : ابتدا مجموع سوالات ۱۶، ۱۲، ۶، ۲ و ۱۸ را محاسبه نموده و سپس از ۳۵ کم کرده
مرحله دوم : مجموع سوالات ۲۰، ۱۴، ۱۰، ۸، ۴ را محاسبه نموده و در نهایت با عدد بدست
آمده در مرحله اول جمع کرده ، عدد بدست آمده امتیاز فرد در حیطه ی سلامت وجودی
فرد می‌باشد که بیانگر سازگاری باخود، جامعه و محیط اطراف می‌باشد و درک وجودی
اهداف زندگی و رضایتمندی از آن را در بر می گیرد.

نمره استاندارد برای گروه‌های مذهبی در این حیطه : بین ۴۶ تا ۵۳ و مجموع نمره
استاندار این گروه ۸۲ تا ۱۰۹

نمره استاندارد برای گروه‌های غیر مذهبی در این حیطه : ۴۰ و مجموع نمره استاندارد این گروه ۷۶
نمره استاندارد برای گروه‌های بیماران سرپایی در این حیطه : ۴۸ و مجموع نمره

استاندار این گروه ۹۹

منبع: (پائوتزین و بافر ، ۱۹۹۱)

پیوست ۲: منابع

- ۱- دینی ترکمانی، علی. تبیین افول سرمایه اجتماعی، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۳۸۵ سال ششم، ۲۳: ۱۴۷-۱۷۱
- ۲- راهنمای مراقبت از بیماری‌های روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کرمان و دفتر سلامت روانی اجتماعی معاونت سلامت، ۱۳۷۸، ص ۷،
Access: 31 Dec 2011 - Available from: [HTTP://bab.piho.ir](http://bab.piho.ir)
- 3- UNODC، World Drug Report 2012, United Nations publication، Sales No. E.12.XI.1, 2012
- 4-World Health Organization: The global burden of disease: 2004 update، 2008. July 27، 2010.
- ۵- خبرگزاری فارس، ایجاد ۷ اردوگاه نگهداری معتادان/ یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر آمار رسمی اعتیاد در ایران، شنبه ۱۳ مهر ۱۳۹۲ - Oct ۰۵ ۲۰۱۳، شماره خبر: ۱۳۹۲۰۴۰۴۰۰۰۳۱۷
- ۶- گزارش مقدماتی طرح بررسی اپیدمیولوژیک سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۰.
- ۷- کتاب سال ۱۳۹۱، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- 8-World Drug Report 2011: United Nations Office for Drug and Crime (UNODC). Jan 08، 2012.
- ۹- نیم نگاهی به طرح شیوع شناسی در سال ۱۳۹۰، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی. سال ۱۳۹۰.
- 10-Cobb، S.، Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine، 1976. 38(5): p. 300-314.
- 11- MINDFUL Database - Indicators - Determinants of health -Social and cultural environment - 16. Social Support - Metadata. 2008.
- ۱۲- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۳). روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- ۱۳- ستاد مبارزه با مواد مخدر، عملکرد دو سالانه ستاد مبارزه با مواد مخدر طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰
- ۱۴- مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد (خرداد ۱۳۹۱)

- ۱۵- ۱۹۹۳ ژنو (WHO: ICD ۵۷-۷۵۶-۱۰) برگرفته از سازمان بهداشت جهانی.
- 16- American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, 1994, 175-272.
- ۱۷- سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، بهار ۱۳۸۹، ستاد مبارزه با مواد مخدر
- 18- Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM, and Roberts MM, 2007, Psychiatric Rehabilitation, Academic Press.
- ۱۹- ستاد مبارزه با مواد مخدر، آئین نامه اجرایی و دستورالعمل‌های تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان‌های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان. موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام).
- ۲۰- رویا نوری، زهرا صابری، مه‌ری امیری، محسن روشن پژوه، کامبیز محضری، راهنمای آموزشی برای ارتقاء مراکز اقامتی میان مدت زنان مصرف کننده مواد سازمان بهزیستی کشور مرکز توسعه پیشگیری معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد ۱۳۹۲
- 21- Thoits, P. (1985). Social support and psychological well-being: theoretical possibilities. In: I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), Social support: theory, research and applications (pp. 51-72). Dordrecht, The Netherlands: Martinus-Nijhoff.
- 22- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. American Psychologist, 59, 676-684. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396.
- 23- Cohen, S; Wills, T.A. (1985). "Stress, social support, and the buffering hypothesis." Psychological Bulletin 98: 310-357.
- 24-Shumaker, S.A.; Hill, D.R. (1991). "Gender differences in social support and physical health". Health Psychology 10: 102-111.
- 25-Slevin, M., et al., Emotional support for cancer patients: what do patients really want? British journal of cancer, 1996. 74(8): p. 1275.
- 26- Langford, C.P.H., et al., Social support: a conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing, 1997. 25(1): p. 95-100.
- 27-Krause, N., Social support, stress, and well-being among older adults. Journal of Gerontology, 1986. 41(4): p. 512.
- 28-Tilden, V.P. and C. Weinert, Social support and the chronically ill individual. The Nursing Clinics of North America, 1987. 22(3): p. 613.
- 29-Barrera, M., Distinctions between social support concepts, measures, and

models. American journal of community psychology, 1986. 14(4): p. 413-445.

30-Lakey, B. Social support and social integration. <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/social-support/social-support.pdf>. Retrieved 11-13-2011.

31-Norwegian National Action Plan on Alcohol and Drugs, National Action Plan, Norwegian Ministry of Health and Care Services, Available from: www.regjeringen.no/upload/HOD/.../TiltaksplanRusf08engweb.pdf.

۳۲- مهرداد احترامی، محسن روشن پژوه، محمد بینا زاده، مهدی حسینی، رضا کاظمی، مرجان کاویان، شهرام نادری. نگاهی به نظریه‌ها و اقدامات پیشگیری از عود در اختلالات مربوط به مواد. منتشر نشده

33-National Institute on Drug Abuse. (1997) "Drug Abuse Prevention: What Works", National Institute of Drug Abuse, p. 1015-, cited in <https://casat.unr.edu/bestpractices/bptype.htm>, Connected at Feb 2010.

34- SAMHSA, 2008 National Survey on Drug Use and Health (September 2009)

۳۵- روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر: ۳-۱۰-۹۰.

36- Drug Strategy 2010 Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery :Supporting People to Live a Drug Free Life

37- United Nations Office on Drugs and Crime Vienna, Guide to implementing family skills training Programmes for drug abuse prevention. United Nations, New york, 2009

38- Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. United Nations New York, 2010

39- Walton MA, Blow FC, Booth BM. 58-Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients. Am J Drug Alcohol Abuse. 2001 May;27(2):22540-.

40- Rahmati MM. Effective variables on prevalence of drug abuse, with emphasis on addicted women. Addiction research. 2002;1:131150-. (Persian)

41- UNODC, Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned 2004: United Nations Publications

42- Walton MA, Blow FC, Booth BM. Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients. Am J Drug Alcohol Abuse. 2001 May;27(2):22540-.

۴۳- گزارش هم‌اندیشی در خصوص بازتوانی زنان مصرف‌کننده مواد دریافت‌کننده خدمات. دفتر مبارزه با مواد و جرائم سازمان ملل متحد، فروردین ۱۳۹۰

- 44-Jamshidi M, Soleimanifar P, Hosseini F. Personal, familial, social and economical characteristics of jailed addicted women in Iran. Journal of nursing 04; 17(40):4754-. (Persian)
- 45- Greenfield, L., Burgdorf, K., Chen, X., Porowski, A., Roberts, T., and Herrell, J. Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 30(3):5372004 ,550-.
- 46- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 094426-. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009
- 47- Boyd CJ. The antecedents of women's crack cocaine abuse: family substance abuse, sexual abuse, depression and illicit drug use. J Subst Abuse Treat 1993; 10:433438-.
- 48- Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61(suppl 7(4)):2232-.
- 49- Cottler LB, Compton W 3rd, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Posttraumatic stress disorder among substance abusers from the general population. Am J Psychiatry 1992; 149:664670-.
- 50- Denier CA, Thevos AK, Latham PK, Randall CL. Psychosocial and psychopathology differences in hospitalized male and female cocaine abusers: a retrospective chart review. Addict Behav 1991; 16:489496-.
- 51- Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder.

۵۲- ژاله شادی طلب ، ملوک عزیززاده، سونیا غفاری. تأمین حمایت‌های اجتماعی برای زنان مصرف کننده مواد

53- Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, Government of Ireland, 2009

54-Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, Comptroller and Auditor General Special Report, Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs.Government of Ireland 2009.

55-Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment, 27(2), 99121-.

۵۶- پایگاه تحلیلی خبری خانواده و زنان، اعتیاد والدین یکی از انواع کودک آزاری است.

کد خبر ۷۳۲۸، تاریخ انتشار ۱۱ تیر ۱۳۹۲ - ۱۳:۳۴

- ۵۷- انجمن مددکاری ایران، اعتیاد مهم ترین عامل افزایش کودک آزاری توسط مادران است. شماره خبر ۵۵۶۴. Available from: <http://socialwork.ir/?p=5564>
- 58- Comfort, M., et al., Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes:: A prospective longitudinal study. *Addictive behaviors*, 2003. 28(2): p. 199224-.
- 59-The Dutch treatment and social support system for drug users: Recent developments and the example of Amsterdam .The International Drug Policy Consortium (IDPC) Briefing Paper. January 2011.
- 60-Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and alcohol dependence*, 89(2267), (3-.
- 61- Afandi, D., Chandra, F., & Kurniawan, L. (2012). Correlation Between Social Supports and Drug Abuse Screening Test-10 Among Senior High School Students at Pekanbaru District, Riau Province, Indonesia. *JIK (Jurnal Ilmu Kedokteran)*, 3(1).
- 62- Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347356-
- 63- Tuliao, A. P., & Liwag, M. E. C. D. (2011). Predictors of relapse in Filipino male methamphetamine users: A mixed methods approach. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(2), 162179-.
- 64- McKay JR, Lynch KG, Pettinati HM, Shepard DS. An examination of potential sex and race effects in a study of continuing care for alcohol- and cocaine- dependent patients. *Alcohol. Clin. Exp. Res* 2003;27:13211323-. [PubMed: 12966329]
- 65- Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, Muenz LR, Costello ME, Weiss RD. The relationship of selfefficacy expectations to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *J. Stud. Alcohol* 2000;61:345-351. [PubMed: 10757147]
- 66-Laudet AB, Cleland CM, Magura S, Vogel HS, Knight EL. Social support mediates the effects of dualfocus mutual aid groups on abstinence from substance use. *Am. J. Community Psychol* 2004;34:175- 185. [PubMed: 15663205]
- 67- Litt MB, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitivebehavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J. Consult. Clin. Psychol* 2003;71:118128-. [PubMed: 12602432]

- 68- Burlleson JA, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict. Behav* 2005;30:17511764-. [PubMed: 16095844]
- 69- Emma Tsui & Lainie Rukow. *An Integrated Approach to Recovery from Drug Addiction: Creating Linkages Between Drug Treatment and Employment Services in Baltimore*. 2007. Johns Hopkins University. Bloomberg School of Public Health.
- 70- Norbeck, JS. (1984). The Norbeck Social Support Questionnaire. *Birth Defect Orig Artic Ser*, 20(5) 4557-
- 71- Timmerman, I.G.H., Emanuels-zuurveen, E.S and Emmelkamp, P.M.G.(2000). The Social Support Inventory (SSI): A Brief Scale to Assess
- 72- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V., & Kaplan, B.H. (1988). The Duke- UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical care*, 26(7): 709723-.
- 73- Alan, V., Jeffrey, Ph., Lori, H., Brian, T., Deirdre, W., & Doreen, S.(1986). The Social Support Appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2): 195218-
- 74- Barrera, M., I.N. Sandler, and T.B. Ramsay, Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American journal of community psychology*, 1981. 9(4): p. 435447-
- 75- IDPC Briefing Paper, The Dutch treatment and social support system for drug users, Recent developments and the example of Amsterdam , January 2011
- 76- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 47, 2006.
- 77- Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), center for substance abuse treatment, family - centered treatment for women with substance use disorders - history, key elements and challenges, 2007
- 78- National Drug Strategy 20102015-, <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/consult>.
- 79- Republic of Turkey and Ministry of Interior, action plan for the implementation of national policy and strategy document on counteracting addictive substance and substance addiction 20102012- Ankara-
- 80- Pascal Tanguay. IDPC Briefing Paper Policy responses to drug issues in Malaysia. 2011, Available from: www.idpc.net/.../policy-responses-to-drug-

issues-in-malaysia.

81- Vicknasingam B Mahmud Mazlan M. Malaysian Drug Treatment Policy: An Evolution from Total Abstinence to Harm Reduction. Jurnal Antidadah Malaysia:107121-.

82- Action plan on drugs and addiction, Parliamentary State Secretary at the German Federal Ministry of Health and Social Security and Drug Commissioner of the German Federal Government

83- National Drug Control Strategy, 2010, USA. Available from: www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy.../ndcs2010.pdf.

84- Drug Abuse Prevention Strategy Acceleration Plan, July 2010, Council for Promoting Measures to Prevent Drug Abuse (2012), Japan.

85- National Drug Demand Reduction Policy 1391 - 1395 (2012 - 2016), Directorate of Drug Demand Reduction , General Directorate of Policy, Strategy and Coordination, Ministry of Counter Narcotics , Government of Islamic Republic of Afghanistan

86- Strategies to Prevent Drug Abuse among Primary School Students, Jirapa Siriwatanamethanon, Khanitta Nuntaboot, Supatra Buatee, Supaporn Aryamuang³, and Jolyon L. A. Dodgson⁴ International Journal of Behavioral Science 2012, Vol. 7, No.1, 5972-

87- Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, Government of Ireland, 2009

۸۸- محسن روشن پژوه، سند جامع درمان و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور . ۱۳۹۲ (در دست انتشار)