



ارزشیابی برنامه های درمان سوءمصرف

"ارزشیابی روشی است مبتنی بر پرسش مستمر و به دست آوردن اطلاعات"

"با در دست داشتن منابع محدود برای درمان، تکرار و عدم کارآمدی در به انجام رسانیدن خدمات تحمل ناپذیر است."

(سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی)

پیش گفتار

آیا هرگز پرسش های زیر را درباره ی خدمات درمانی تان از خود پرسیده اید؟

- آیا فعالیت های درمانی بدانگونه که ما در آغاز قصدش را داشتیم اجرا می گردند؟
- آیا برنامه ی درمانی ما به نتایجی که خواهان آنها هستیم دست می یازد؟
- آیا منابع خود، از جمله منابع مالی و انسانی را به درستی به کار می گیریم؟
- آیا برنامه ی درمانی ارزشش را دارد؟

به طور سنتی، متولیان درمان برای پاسخ به این پرسش ها و تعیین آنکه آیا برنامه های درمانی شان به درستی انجام می شوند، و آنان را به اهداف شان می رسانند بر پیشینه ی حرفه ای و تجربه ی فردی شان اتکا می کنند (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی). به دلیل پیچیدگی برنامه های جاری درمان سوءمصرف مواد و شمار فزاینده ی مراجعانی که وارد چرخه ی درمان می شوند، ارزشیابی چنین برنامه هایی نه تنها مطلوب، بلکه ضروری است تا اطمینان حاصل شود منابع موجود به شیوه ای کارآمد توزیع شده و خدمات از بالاترین کیفیت برخوردار هستند.

ارزشیابی برنامه چیست؟

ارزشیابی برنامه "گردآوری نظام مند و ساختارمدار اطلاعات درباره ی فعالیت ها، ویژگی ها، و برآیندهای برنامه ها به منظور قضاوت درباره ی برنامه، بهبود کارایی آن، و یا اعلام تصمیمات آتی درباره ی توسعه ی برنامه است." (DHHS- سال ۲۰۰۵ میلادی). با این همه، ارزشیابی درمان چیزی فراتر از گردآوری نظام مند اطلاعات یا سلسله ای از روندها و ترتیبات برای بازبینی جنبه های متفاوت یک برنامه ی درمانی است؛ در اینجا، ارزشیابی همانند یک منش و روش به شمار می آید، که قصد آن استقرار و پدیدآوردن فرهنگی سالم برای ارزشیابی در مرکز درمانی و رسالت اش پرسش مستمر و به دست آوردن اطلاعات درباره ی اجرای برنامه، عناصر آن و نتایجش است (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی).

چرا باید ارزشیابی برنامه انجام گردد؟

ارزشیابی درمان کمک می کند تا کیفیت مراقبت بهبود پیدا کند و بودجه و دیگر منابع برای خدمات مؤثر حفظ شوند (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی). هدف نهایی، گردآوری شواهد قابل اتکا و مورد اعتماد در زمینه ی اجرای برنامه، نتایج درمان، و به صرفه بودن آن است، که می تواند در روند تصمیم سازی برای بهبود کیفیت مراقبت یاری کند. دیگر دلایل انجام ارزشیابی درمان عبارتند از (DHHS- سال ۲۰۰۵ میلادی):

- حصول اطمینان از این که منابع برای برنامه ها یا فعالیت های غیرمؤثر تلف نمی شوند؛
- پایش پیشرفت به سوی اهداف برنامه؛
- تعیین این که آیا عناصر برنامه نتایج مطلوب و مورد نظر را فراهم می کنند یا خیر؛
- مقایسه ی گروه ها، مثلاً به منظور مقایسه ی گروه هایی که به گونه ای غیرمعمول در معرض عوامل خطرپذیری برای روی آوردن به سوءمصرف مواد و مشکلات ناشی از آن در حوزه ی سلامت هستند؛
- توجه نیاز به اعتبار بیشتر برای برنامه و بازاریابی برای آن؛
- یافتن فرصت های تازه تر برای بهبود درمان، و
- تشخیص میان برنامه ها و خدمات مؤثر و غیرمؤثر.

این مسأله به ویژه در آن نقاط از جهان که ممکن است درمان سوءمصرف مواد به دلیل کمبود منابع به عنوان اولویت در نظر گرفته نشود، از اهمیت و الزام ویژه ای برخوردار است.

ارزشیابی چگونه می تواند برای مدیریت و اداره ی برنامه سودمند باشد؟

ارزشیابی برنامه برای بیشتر مدیران از اهمیتی حیاتی برخوردار است، زیرا به آنان این امکان را می دهد تا بتوانند اطمینان حاصل کنند که منابعی مانند تلاش های انسانی، زمان و فعالیت ها؛ منابع مالی؛ منابع مادی (در برابر منابع معنوی) و غیره هدر نشده اند، و به کارآمدترین و مؤثرترین شیوه تخصیص یافته اند. همچنین، نتایج ارزشیابی می تواند به عنوان شواهدی در شمار آید که سیاست سازان و موسسات تامین کننده ی اعتبار را نسبت به وجود چنین برنامه و مراکز درمانی متقاعد نماید.

ارزشیابی چگونه می تواند برای کارکنان برنامه سودمند باشد؟

کارکنان نیز می توانند به شیوه های گوناگون از ارزشیابی سود ببرند، مانند این که می توانند اطمینان داشته باشند که کوشش ها و خدمات شان در گزارش ها منعکس می شود؛ آموزش و تحصیل بی وقفه خود را (پیش خود) توجیه کنند؛ خدمات خود را بهتر نمایند، و به شیوه ای فزاینده کیفیت مراقبت و نگهداری خود را بهبود بخشند.

ارزشیابی چگونه می تواند برای مراجعان برنامه سودمند باشد؟

مراجعان، ذینفعان نهایی و غایی ارزشیابی ها هستند. ارزشیابی مؤثر و کارآی برنامه خواهد توانست نتایج درمان و (در صورت امکان) رضایت مشتریان و مراجعان از خدمات ارائه شده را بازتاب دهد. اگر برنامه ریزان، ارائه کنندگان خدمات، و دیگر کارکنان به پیشنهادهایی که در نتیجه ی ارزشیابی به آنها می شود عمل نمایند، کیفیت مراقبتی که مراجعان از آن برخوردار می گردند مستقیماً تحت تأثیر قرار می گیرد. نتایج ارزشیابی ها همچنین می تواند سوء مصرف کنندگان مواد مخدر و خانواده های آنان را ترغیب نماید طول درمان خود را تا دستیابی به نتایج مؤثر برای مدت کافی ادامه دهند، و بدانند که مراقبت کافی و پشتیبانی های لازم از آنها به عمل خواهد آمد تا بهبودی آنها به شیوه ای بهینه محقق گردد.

سنجه های ارزشیابی

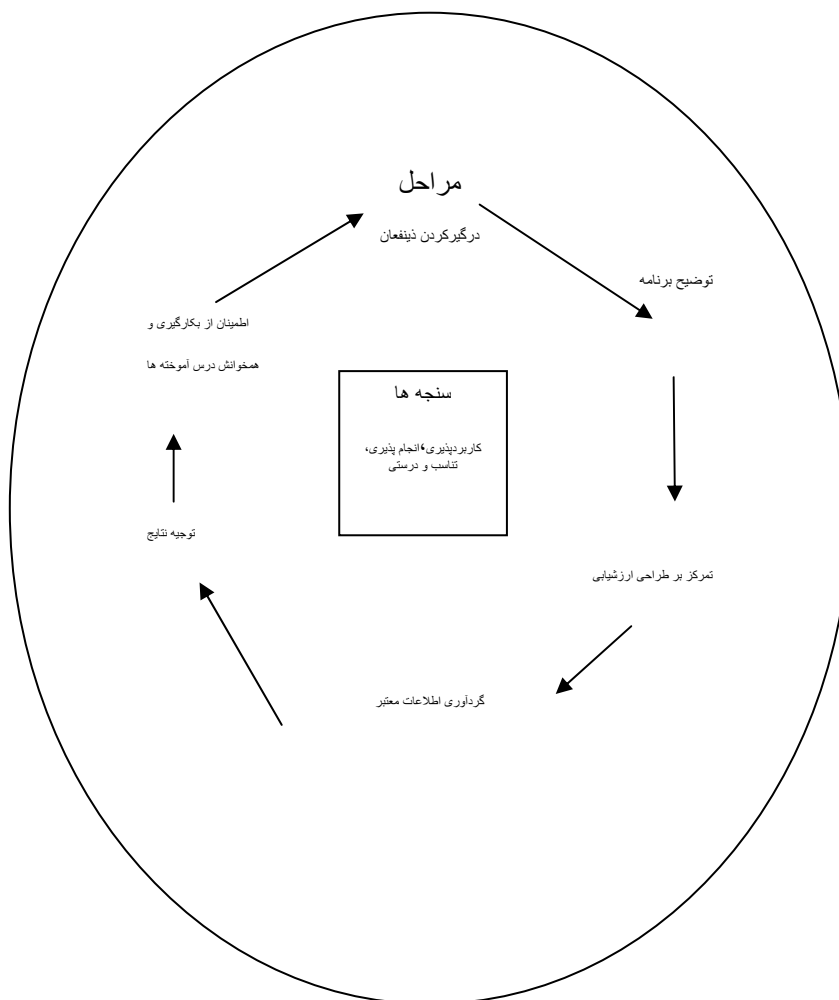
ارزشیابی برنامه ها باید یک سلسله سنجه های (استانداردهای) اساسی را در هر زمانی در نظر داشته باشد. این سنجه ها به موضوعات اهمیت اخلاقی و روشی مرتبط اند. همان طوری که در شکل یک نشان داده شده، اصول متعددی به چهار دسته سنجه ی اصلی و محوری تقسیم شده اند تا طراحی ارزشیابی را در جهت درست راهنمایی کنند (DHHS- سال میلادی ۲۰۰۵):

- **کاربردپذیری:** مطمئن شوید که ارزشیابی اطلاعات مرتبط را به شیوه ای زمانمند فراهم می کند.
- **انجام پذیری:** مطمئن شوید که فعالیت های ارزشیابی با توجه به زمان در دسترس و منابع تخصصی واقع گرایانه هستند.
- **تناسب:** مطمئن شوید که از حقوق افراد شرکت کننده محافظت شده، و نیز اطلاعات گردآوری شده از میان افرادی جمع می شود که بیش از همه تحت تأثیر آثار برنامه قرار داشته اند.
- **درستی:** مطمئن شوید که یافته ها معتبر و قابل اتکاء باشند.

برای اطلاعات بیشتر، نگاه کنید به چهارچوب ارزشیابی برنامه ی مرکز (پیشگیری و) کنترل بیماری های ایالات متحده ی آمریکا در پیوند:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm>

شکل ۱: چارچوب پیشنهادی برای ارزیابی برنامه



ارزشیابی برآیندهای برنامه

ارزشیابی برآیندهای برنامه وظیفه‌ی ارزشیابی برآیندهای برنامه آن است که مشخص کند به دنبال مشارکت در درمان و/یا بازتوانی، مراجع کنندگان و شرایط آنان چگونه تغییر می‌کند، و نیز آن که آیا تجربه‌ی درمان عامل مؤثری در ایجاد این تغییر بوده یا نه (سازمان بهداشت جهانی، کتاب تمرین ۷، سال ۲۰۰۰ میلادی).

پرسش‌های اساسی که اغلب لازم است به آنها پاسخ داده شوند عبارتند از:

- خدمات درمان و بازتوانی تا چه اندازه مؤثر بوده‌اند؟
- چگونه می‌توان کارایی آنها را سنجید؟

به عبارت دیگر، هدف ارزشیابی برآیندها سنجیدن کارایی درمان از طریق یافتن پاسخ پرسش‌های زیر، در کنار دیگر عوامل است:

- آیا به دنبال درمان کیفیت زندگی مراجع‌کننده بهتر شده؟

- آیا به دنبال درمان در میزان یا تعداد دفعات سوءمصرف وی تغییری پدید آمده؟
- آیا پیشرفت و بهبود مراجعه کننده می تواند حقیقتاً به مشارکت اش در برنامه ی درمانی/بازتوانی مشخصی نسبت داده شود؟

برنامه ریزی برای ارزشیابی برآیندها: الزامات

برای برنامه ریزی مؤثر ارزشیابی برآیندها، پرسش های زیر باید پاسخ داده شوند (کروگر و همکاران، سال ۱۹۹۸ میلادی):

- نشانگرهای شما برای برآیندها کدامند، و چگونه قصد دارید آنها را اندازه گیری کنید؟ یک نشانگر مطلوب برآیند باید به طور مستقیم به اهداف مداخله مربوط باشد.
- تا چه اندازه کیفیت ابزاری که قصد دارید از آن برای گردآوری اطلاعات و داده ها بهره ببرید هدفمند، قابل اتکاء، و معتبر است؟ ممکن است مطلوب تر باشد که از یک ابزار جاافتاده و شناخته شده استفاده کنید. اگر از ابزاری استفاده می کنید که خودتان طراحی اش کرده اید و یا در این حوزه ابزاری نو به شمار می آید، شاید لازم باشد نخست بدانید آن ابزار تا چه اندازه معتبر و قابل اتکاء است.
- از چه کسی، کی، و با چه توالی زمانی ای داده های خود درباره ی برآیند ها را گردآوری می کنید؟ ارزشیابی برآیندها باید به دقت طراحی شود.
- قصد دارید چگونه اطلاعات و داده های گردآوری شده را تجزیه و تحلیل کنید؟ تحلیل دقیق داده ها الزاماً نیازمند روندهای پیچیده ی آماری نیست. با این همه، در صورت لزوم، می توان از خدمات یک آمارگر بهره جست.

تفسیر نتایج ارزشیابی برآیندها

نتایج ارزشیابی برآیندها باید بتواند پاسخگوی پرسش های زیر باشد:

۱. آیا مداخله یا برنامه توانست برآیند مورد نظر را به دست بیاورد؟ دلایل ممکن می تواند برای توضیح هرگونه عدم همخوانی و اختلاف بین نتایج مورد انتظار و نتایج عملی ارایه شود.
۲. چه چیز را به عنوان شاخص ترین و مرتبط ترین نتیجه ی ارزشیابی در نظر می گیرید؟ این نتایج باید با یافته های بررسی ها و مراکز دیگر مقایسه شوند.
۳. تا چه اندازه مطمئن هستید که این مداخلات سبب نتایج به دست آمده باشند؟ آیا توضیح جایگزینی برای آنها وجود دارد؟ مهم است بدانیم آیا می توان نتایج حاصله را به مداخلات نسبت داد یا خیر.
۴. چه توضیحی برای نتایج منفی دارید؟ باید بتوانید برای هرگونه نتیجه ی غیرمترقبه ای توضیحی داشته باشید.
۵. آیا پیشنهادی برای استفاده از مداخلات مشابه در آینده دارید؟ بر اساس برآیندهایتان، آیا حاضرید این گونه مداخله (یا برنامه) را، به همراه برخی تغییرات احتمالی، به دیگران پیشنهاد کنید؟
۶. آیا پیشنهادی برای ارزشیابی آتی برآیندهایی از این دست دارید؟ تجربیات شخصی شما می تواند بسیار برای دیگرانی که می خواهند ارزشیابی های مشابهی را انجام دهند ارزشمند باشد.

ارزشیابی دیگر حوزه های برنامه ی درمانی

ارایه دهندگان خدمات ممکن است به برخی یا همه ی جنبه های ارزشیابی درمان، علاوه بر ارزشیابی برآیندها علاقه نشان دهند:

- (۱) نیازسنجی
- (۲) اجرای برنامه یا روند
- (۳) هزینه سنجی
- (۴) رضایت مراجعه کنندگان/مشتریان، و

برای اطلاعات بیشتر در این حوزه ها از ارزشیابی می توانید به پیوند پایین صفحه روی:
http://www.unodc.org/unod/en/treatment_toolkit.html مراجعه کنید. همچنین، مرکز کنترل بیماری های ایالات
متحده ی آمریکا در سندی با عنوان *مقدمه ای بر ارزشیابی برنامه: راهنمای مشارکت و موردهای مطالعاتی (CDC- 2000)* در این
پیوند اطلاعات ارزشمندی ارائه می دهد:

http://www.cdc.gov/dhdsp/CDCynergy_training/Content/activeinformation/resources/Prog_Eval_Manual.pdf

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی یک سلسله کتاب های تمرین منتشر کرده که می تواند به عنوان راهنما برای هریک از این
حوزه ها به کار رود. این کتاب های تمرین مختلف را می توان تحت عنوان "سلسله کتاب تمرین های ارزشیابی درمان اختلال سوءمصرف
روانگردان ها، سال ۲۰۰۰ میلادی" در پیوند زیر یافت:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactive/en/index.html

۱. **ارزشیابی نیازسنجی** باید نخستین گام در طراحی یک برنامه باشد، و در شرایط آرمانی باید پیش از طراحی برنامه انجام گیرد.
نیازسنجی می کوشد تعیین کند نیازهای جامعه ی کوچک مشغول به سوءمصرف مواد کدامند، و به اولویت بندی خدمات مورد نیاز
یاری برساند (سازمان بهداشت جهانی- سال ۲۰۰۰ میلادی- کتاب تمرین شماره ی ۳).
۲. **ارزشیابی روندها** می کوشد تعیین کند آیا درمان طبق برنامه عمل می کند، و اگر نه، هرگونه انحرافی را مشخص کند. تمرکز
ارزشیابی روندها بر پوشش دادن مراجعه کنندگان (به عنوان مثال، آیا برنامه مراجعه کنندگان مورد نظر را در بر می گیرد؟) و
عملیات برنامه ای (به عنوان مثل، آیا برنامه به شیوه ی مورد نظر و با همان انسجام) در حال انجام است؟ (سازمان بهداشت جهانی،
سال ۲۰۰۰ میلادی، کتاب تمرین شماره ی ۴).
۳. **ارزشیابی هزینه** قصد دارد منابعی را که صرف درمان شده اند دنبال کند (به عنوان مثال، بهای درمان چه قدر است، و در صورت
وجود، چه رویکردهای دیگری همین برآیند ها را تولید می کنند؟ چگونه تغییر در بهای خدمات می تواند به سطح فعالیت ها
ارتباط داشته باشد؟ (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی، کتاب تمرین شماره ی ۵).
۴. **ارزشیابی رضایت مشتری یا مراجعه کننده** اطلاعات مربوط به بازخورد مراجعه کنندگان را درباره ی برنامه و فعالیت های آن
گردآوری می کند (به عنوان مثال، آیا برنامه ی درمانی انتظارات و نیازهای مراجعه کننده را برآورده کرده است یا خیر؟) (سازمان
بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی، کتاب تمرین شماره ی ۶).
۵. **ارزشیابی اقتصادی** می تواند تعیین کند آیا گزینه هایی که می تواند بهترین ارزش را در قبال منابع تخصیص یافته پدید آورد
برگزیده شده اند یا خیر. این ارزشیابی ها به سیاستگذاران یاری می کنند تا درباره ی توزیع منابع در برنامه های مختلف تصمیم
بگیرند، و مقایسه ی هزینه های و برآیند های برنامه های مختلف یا مداخلات جایگزین را در برمی گیرد (به عنوان مثال، آیا باید
در برنامه درمانی الف سرمایه گذاری شود یا برنامه درمانی ب؟) (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی، کتاب تمرین شماره
ی ۸).

مراحل ایجاد برنامه ی ارزشیابی برای برنامه

مراحل زیر که از دستورالعمل مرکز مدیریت بیماری ها (CDC; DHHS,2005) و کتب تمرین ۱ و ۲ سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰
میلادی گرفته شده، اصلی ترین گام هایی هستند که لازم است برای طراحی و اجرای ارزشیابی برنامه نظام مند پیگیری شوند:

۱. کسانی که تحت تأثیر آثار برنامه و/یا ارزشیابی قرار می‌گیرند را درگیر کنید (ذینفعان)؛
۲. تصمیم بگیرید چه کسانی عضو گروه ارزشیابی خواهند بود؛
۳. برنامه ای را که باید مورد ارزشیابی قرار بگیرد را توصیف کنید و نمادی بصری از آن پدید آورید؛
۴. نیازهای ارزشیابی را شناسایی کنید و منابع ارزشیابی خود را بسنجید؛
۵. طرح ارزشیابی خود را تعیین کنید: پرسش‌ها، اقدامات و روش خود را معلوم کنید؛
۶. شواهد قابل اتکاء گردآوری کنید؛
۷. نتایج را توجیه کنید؛
۸. از بکارگیری ارزشیابی و همخوانش/به اشتراک گذاردن درس آموخته‌ها اطمینان حاصل کنید.

روند ارزشیابی پویا است و می‌تواند طی کار به منظور انطباق با اولویت‌ها و گردآوری شواهد لازم تغییر کند، یا با آنها سازگار شود.

گام نخست: کسانی که تحت تأثیر آثار برنامه و/یا ارزشیابی قرار می‌گیرند را درگیر کنید

نخستین گام در طراحی ارزشیابی برنامه درگیرکردن ذینفعان در آن است. ذینفعان کسانی هستند که در برنامه‌ها در نقش طراحان برنامه، حامیان مالی و ارایه دهندگان اعتبار، بیماران یا مراجعہ کنندگان حضور دارند. همچنین، کسانی که به برنامه (مانند اعضای خانواده ی بیماران یا مراجعہ کنندگان) یا طراحی ارزشیابی علاقمندند (مانند مدیران) می‌توانند در زمره ی ذینفعان قرار گیرند. آنها می‌توانند از آغاز در روند ارزشیابی حضور داشته و در آن درگیر باشند تا نیازها و منافع آنها طی ارزشیابی برنامه و اجرای آن در نظر گرفته شود. درگیر کردن ذینفعانی که اعتبار تلاش‌های شما یا ارزشیابی‌تان را افزایش می‌دهند (مانند پژوهشگران، سیاستمداران، رهبران و غیره) مفید است. همچنین، مهم است کسانی را که مسوول اجرای روز به روز فعالیت‌ها و خدماتی هستند که در برنامه پیش‌بینی شده، و هم آنان که می‌توانند ترویج کنند؛ تغییرات لازم در برنامه را میسر سازند؛ و پایداری برنامه و تخصیص اعتبار برای ادامه ی برنامه را ممکن کنند نیز به گونه ای فعال درگیر برنامه بشوند. فراموش نکنید که مراجعہ کنندگان یا کسانی را که تحت تأثیر برنامه قرار می‌گیرند در دسته ی ذینفعان قرار دهید، زیرا آنها می‌توانند چشم اندازی واقع‌گرایانه و ایده‌هایی بسیار در زمینه ی پیشبرد برنامه به شما بدهند.

برای دسترسی به اطلاعات مفید درباره ی گام نخست و گام دوم می‌توانید به وبسایت زیر (از وبسایت‌های سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۰ میلادی) مراجعه کنید:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_00.2b.pdf

گام دوم: تصمیم بگیرید چه کسانی عضو گروه ارزشیابی خواهند بود

تیم ارزشیابی می‌تواند افراد زیر را در خود داشته باشد:

- درمانگرهایی که در پروژه حضور و دخالت فعال دارند
- مجریان یا مدیران برنامه
- پژوهشگران یا افراد مجرب در حوزه ی گردآوری داده‌ها و تحلیل آنها
- نمایندگان شرکت کنندگان در برنامه (وابستگان به مواد مخدر که در حال بهبودی هستند)
- نمایندگان دولت یا دستگاه‌هایی که تامین‌کننده ی بودجه و اعتبار هستند (هر کجا لازم باشد)
- نمایندگان جامعه ی محلی ای که مرکز در آن قرار دارد

تمامی افراد گروه باید از نزدیک در برنامه ریزی و اجرای ارزشیابی درگیر باشند. هر عضوی باید سهم خود از استعدادها و تجربیاتش را نسبت به کار گروه ادا کند.

گام سوم: برنامه ای را که باید مورد ارزشیابی قرار بگیرد را توصیف کنید و نمادی بصری از آن پدید آورید

توصیف کاملی از برنامه برای ذینفعان، و آنان که به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر برنامه قرار خواهند گرفت، به ویژه منابع تامین کننده ی اعتبار و آن دسته از کارکنانی که مسوول اجرای برنامه هستند، مفید خواهد بود.

بخش های مختلف برنامه، و نیز ارتباط متقابل آنها و این که چگونه هر بخش به کل برنامه یاری می رساند باید به طور جزئی توصیف شوند. رایج ترین بخش های یک برنامه به ترتیب زیر هستند:

- رسالت و منطق برنامه (توجیه آن که چرا برنامه لازم است)
- برآیندهای میان-مدت و بلند-مدت (اهداف بلندمدت)
- برآیندهای کوتاه-مدت که انتظار می رود حاصل شوند (اهداف)
- فعالیت ها، خدمات و محصولات (نتیجه ها). برخی از فعالیت های شما می تواند شامل این بخش ها بشوند:
 - فعالیت ها و دوره های آموزشی برای کارکنان
 - ارزیابی سوءمصرف مواد (روش ها و ابزار) و دیگر ارزیابی ها
 - مداخلات (آموزش، درمان و غیره)
 - خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان و خانواده ی آنها
- منابع (دروندادها) که برای به دست آوردن نتیجه ی مورد نظر لازم هستند:
 - اعتبار/بودجه
 - کارکنان سازمانی و دیگر منابع انسانی (داوطلبان، کارآموزان و غیره)
 - همتایان/شرکای همکار
 - زیرساخت ها
 - تجهیزات و فناوری
 - دیگر مواد و وسایل

توصیف برنامه باید شامل نمودی بصری از برنامه هم باشد، که می تواند مروری کوتاه بر ارتباط متقابل بخش های مختلف برنامه و ترتیب و توالی فعالیت ها باشد. این نمود بصری باید با منابع (دروندادها) آغاز شده و به برآیندها و رسالنی که برنامه دارد بیانجامد تا به کسانی که آن را می بینند یاری کند در زمانی کوتاه و به سرعت توالی و ترتیب فعالیت ها را برای رسیدن به مقاصد موردنظر درک کنند.

مطالعه ی موردی (به جدول پیوست نگاه کنید: "نمونه ی بصری برنامه: حرکت به پیش"): یک مرکز درمانی در اسپانیا در نظر دارد نمونه ای شواهد-مدار برای بزرگسالانی که محرک هایی مانند کواکابین را مصرف می کنند به مرحله ی اجرا بگذارد. نام برنامه "حرکت به پیش" است. کارکنان این مرکز تصمیم گرفتند تا از برنامه ی ماتریکس استفاده کنند (نگاه کنید به www.matrixinstitute.org) و آن را با عناصر و خدمات کاهش آسیب فزاینده تکمیل کنند که از سوی موسسه فراهم می شود. این برنامه پیش از این در اسپانیا به کار برده نشده، بنابراین مرکز برآن شد تا اجرای برنامه و کارایی آن را از همین آغاز ارزشیابی کند. طراحان برنامه دریافتند که نمی توانند روی منابعی که از پیش موجود بوده اند حساب کنند تا برنامه به طور مناسب اجرا و ارزشیابی شود. از همین رو از دولت محلی خود بودجه ی بیشتر درخواست کردند. آنها برنامه را به طور جزئی را در نشست های ارابه ی مطالب و نیز ملاقات ها به کار گیرند. این نمود بصری کمک کرد تا منابع تامین کننده ی مالی بدون اتلاف وقت بخش های مختلف برنامه را درک کنند، بدانند مرکز چگونه اهداف کوتاه و بلندمدت خود را به دست خواهد آورد، و منطق برنامه و نیاز به منابع مورد نظر چیست.

گام چهارم: نیازهای ارزشیابی را شناسایی کنید و منابع ارزشیابی خود را بسنجید

تیم ارزشیابی باید به گونه ای واقعگرایانه سطح و میزان منابع مورد نیاز مرکز درمانی به تعهدات آن نسبت به ارزشیابی برنامه را ارزیابی کند (انسانی/تخصصی، مادی/مالی، و زمان). چنین ارزیابی در زمینه ی منابع موجود و در دسترس به گروه در طراحی مراحل ارزشیابی که مرکز باید عملاً و به شیوه ای واقعگرایانه بر عهده بگیرد یاری می رسانند. در ارزیابی منابع موجود، شماری از موضوعاتی که باید در نظر گرفته شوند عبارتند از:

الف: منابع مادی/مالی

- میزان اعتبار داخلی که می تواند در خدمت پروژه ی ارزشیابی در آید
- میزان اعتباری که می تواند از یک موسسه ی خارج از مجموعه (در صورت وجود) تامین شود
- امکان استخدام کارکنانی به منظور ارزشیابی، یا استفاده از کارمندان مرکز درمانی برای انجام ارزشیابی
- دسترسی به رایانه، دستگاه فتوکپی، و دیگر تجهیزات مورد نیاز.

ب: منابع انسانی/تخصصی

- دسترسی به افرادی از میان تیم پروژه (یا دیگر کارکنان) که دارای تجربه ی قبلی در زمینه های زیر باشند:
 - انجام ارزشیابی
 - گردآوری و تحلیل داده ها
- دسترسی به "مشاوران" برای دریافت توصیه های تخصصی در زمینه جنبه های مختلف ارزشیابی (هر گاه لازم باشد)

ج: منابع زمانی

- زمان مورد نیازی که هر فرد درگیر پروژه می تواند طی هفته در آن بازه ی زمانی خود را وقف پروژه نماید.

با در نظر گرفتن دقیق این موارد، تیم ارزشیابی می تواند روند ارزشیابی را طراحی کند که با منابع مرکز انطباق دارد.

گام پنجم: حوزه های ارزشیابی و اولویت های آن را تعیین کنید، و پرسش های ارزشیابی را تولید نمایید

پس از توصیف جزء به جزء برنامه، تیم ارزشیابی باید تصمیم بگیرد کدام جنبه از پروژه را ارزشیابی می کند و چرا. به عنوان مثال، اگر مرکزی بیشتر علاقمند است که به عنوان پروژه ی معیشتی پایدار برای مراجعه کنندگان خود به برپایی یک واحد نساجی صنعتی بپردازد، ممکن است بخواهد به جای یک ارزشیابی اقتصادی یا هزینه ای، ارزشیابی نسبت به برآیند را در پیش گیرد. به عبارت دیگر، باید تصمیم قطعی نسبت به انجام ارزشیابی وجود داشته باشد.

اکنون زمان آن فرارسیده تا به منظور محدودتر کردن دامنه ی ارزشیابی، پرسش های دقیق طراحی و پاسخ داده شده، که در آن باید نیاز کلی به ارزشیابی نیز در نظر گرفته شود. پرسش های طراحی شده باید دربرگیرنده ی حوزه های مختلف باشند. اگر بخواهیم مثالی را که در بالا آمده تکرار کنیم، پرسش هایی که در پی می آید می تواند برای ارزشیابی برنامه ی نساجی و تولید البسه تهیه شوند:

پرسش در زمینه ی ویژگی های مراجعه کنندگان:

- از مراجعه کنندگانی که بخش نخست برنامه ی درمانی را تکمیل کرده اند، چه نسبتی در پروژه ی معیشت پایدار فعال خواهند بود (به عنوان مثال نساجی و تولید البسه)؟

- ویژگی های (اجتماعی، جمعیت شناختی، سلامت، سوءمصرف مواد و غیره) مراجعه کنندگانی که در این طرح معیشت پایدار شرکت خواهند کرد، کدام است؟
- آیا ویژگی های مراجعه کنندگان شرکت کننده در این طرح با ویژگی های آنان هنگامی که تازه به مرکز درمانی ملحق شدند مشابهتی دارد؟
- آیا نرخ پذیرش به مرکز درمانی از زمان ایجاد و آغاز برنامه ی معیشت پایدار تغییری کرده؟

پرسش های مربوط به برآیندها

- متعاقب شرکت در برنامه ی معیشت پایدار چه تغییراتی در مراجعه کنندگان ایجاد می شود؟
- به چه نسبتی از مراجعه کنندگانی که طی سال گذشته برنامه ی آموزش حرفه ای را گذرانده اند:
 ۱. موقعیت کاری تمام وقت در برنامه ی حرفه ای پیشنهاد شده؟
 ۲. به استخدام کارفرمایان دیگر درآمده اند؟
 ۳. کمک شده تا فعالیت شغلی خود را آغاز کنند؟
- چه نسبتی از مراجعه کنندگان در بازه ی زمانی ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه پس از ترخیص از مرکز درمانی و پیوستن به برنامه ی معیشت پایدار به سوءمصرف مواد مخدر بازگشته اند؟

گام ششم: طرح ارزشیابی خود را تعیین کنید: روش ها و اقدامات

۶.۱. اقدامات و ابزارها

برای یافتن پاسخ پرسش های مختلف طراحی شده به منظور ارزشیابی، باید اکنون ترتیباتی برای گردآوری اطلاعات مرتبط اندیشیده شود. می توانید از اقدامات کیفی و کمی استفاده کنید. این اقدامات به شدت در کندوکاو اولیه وضعیت برنامه مفید هستند، زمینه را برای اقدامات کمی آماده می سازند و کارکنان را در روند ارزشیابی درگیر می سازند. اقدامات کیفی شامل بررسی سوابق معمول و روتین، مشاهدات شرکت کنندگان، وضعیت ها و رویدادها و مصاحبه ها و گروه های تمرکز (ساختارمدار، نیمه ساختارمدار یا بی ساختار) می شوند. داده های کمی را می توان با ابزارهایی مانند پرسشنامه ها، مقیاس ها، و آزمون ها گردآوری نمود. برخی از این اقدامات در زیر توضیح داده شده اند.

۶.۱.۱. مشاهده ی سوابق روال - مدار (روتین)

پرونده های برنامه ای (یا یادداشت های مربوط به هر مورد) می توانند برای به دست آوردن اطلاعاتی مانند سن مراجعه کننده، جنسیت وی، وضعیت تأهل، تحصیلات، سوابق قضایی، سلامت عمومی جسمی و روانی، سابقه ی استفاده از مواد روانگردان (شامل پیامدهای نامطلوب آنها)، خطرات سلامتی، رفتارها و غیره به کار برده شوند. لازم است فرمی برای این منظور خاص طراحی شود تا بتوان این داده ها را از یادداشت های مربوط به هر مورد استخراج نمود.

۶.۱.۲. مشاهدات

مشاهده یکی از اصلی ترین روش های پژوهش های کیفی و در حقیقت گونه ای نگاه کردن با تمرکز کامل است. مشاهدات ممکن است برای مطالعه ی افراد در شرایط مختلف به کار گرفته شود مانند درمان، زندگی طبیعی، رفتار با اعضای خانواده و غیره. شما می توانید همچنین از روش خود-مشاهده گری نسبت به مراجعه کنندگان بهره ببرید. به عنوان مثال، یک تجزیه تحلیل کاربردی (نگاه کنید به جلد ب، واحد ۳) مشاهدات یک مراجعه کننده را از رفتارمشکل آفرین خود و وضعیت حول آن رفتار را بازگو می کند. مشاهدات می توانند این موارد را در خود داشته باشند: ۱- غوطه ور شدن در محیط (محیط طبیعی، محیط درمانی، و غیره)؛ ۲- مشارکت به شیوه ها و میزان متفاوت (از مشاهده ی صرف تا مداخله در حد و اندازه ی مختلف)؛ ۳- مشاهده با تمرکز خاص (مثلاً در مورد یک رفتار خاص)؛ ۴-

یادداشت های کوتاه درباره ی آنچه مشاهده می شود؛ ۵- انجام مصاحبه های رسمی و گاه غیررسمی؛ ۶- تجزیه و تحلیل یادداشت ها، و ۷- نگارش نوشته ای تحلیلی، معمولاً در شکل یک داستان یا روایت طولانی. (ک. ج. استنبرگ، ۲۰۰۲، روش های کیفی در پژوهش های اجتماعی. انتشارات مک گراو هیل).

۶.۱.۳. مصاحبه ها و گروه های تمرکز

مصاحبه ها /گروه های تمرکز یکی از محبوب ترین راه های گردآوری داده ها در پژوهش های اجتماعی به شمار می آیند. چند نوع از مصاحبه ها/گروه های تمرکز وجود دارد که براساس میزان کنترل از سوی پژوهشگر طی مصاحبه و نیز سطح ساختار آن:

- ۱- مصاحبه های ساختار- مدار که دارای پروتکل و چهارچوب از پیش تعیین شده ای از پرسش ها هستند که پاسخ های احتمالی را نیز در برمی گیرند (پرسش هایی با جواب های بله یا خیر، پرسش های نوع لیکهت، یا پرسش های با پاسخ های بسته و محدود)؛
- ۲- مصاحبه های نیمه ساختار- مدار (که آنها را مصاحبه های عمیق نیز می خوانند)، که هدف آنها کندوکاو بیشتر است، خیلی خشک و انتزاعی نیستند و امکان برقراری ارتباط و تبادل نظر را فراهم می کنند، و
- ۳- مصاحبه های بدون ساختار، که بیشتر خودجوش و روان هستند، و موضوعات آنها از شرایط موجود منبعث می شوند. این مصاحبه ها معمولاً در شرایط میدانی برگزار می شوند (مانند گفت و گوهای حقیقی).

۶.۱.۴. پرسش نامه

شمار بسیاری از پرسش نامه های مرتبط به استفاده از مواد روانگردان به منظور گردآوری داده ها در دسترس قرار دارند. می توان برخی از آنها را به تنهایی پاسخ داد (یعنی از مراجعه کننده خواست که دستورالعمل ها را بخواند و خود به پرسش ها پاسخ دهد)، یا از یک مصاحبه کننده خواست که در انجام آنها کمک کند (یعنی کس دیگری پرسش را برای مراجعه کننده می خواند و پاسخ های وی را در فضای پیش بینی شده وارد می کند. گاه، لازم است تا مصاحبه کننده، پیش از ثبت پاسخ ها، پرسش را با عبارت های دیگری بخواند و خوب توضیح دهد تا اطمینان حاصل نماید مراجعه کننده بخوبی مفهوم آن را فهمیده است).

اقدامات مربوط به برآیندها

اقدامات مربوط به برآیندها (یا نشانگرها) بسته های قابل اندازه گیری از اطلاعات هستند که نشان می دهند آیا یک برنامه موفق شده به برآیندهای مورد نظر برسد یا خیر. به عنوان مثال، برنامه ی معیشت پایدار قصد دارد به مراجعه کننده کمک کند تا آن گونه حمایتی را که به آن نیاز دارند پدید آورند تا بتوانند به شکلی پایدار در جامعه ای که عضو آن هستند به سوی بهبودی گام بردارند. در این مورد، ارزشیابی شامل اقدامی می شود که برنامه به منظور پشتیبانی از بهبودی مراجعه کننده در جامعه ی محلی در پیش گرفته و به میزان این اقدام بستگی دارد. اقدامات مرتبط با برآیندها باید به گونه ای برگزیده شوند تا بازتاب پایدارِ بهبودی مراجعه کنندگان پس از درمان شان باشند.

اقدامات مرتبط با برآیندها را می توان از میان پنج حوزه ی گسترده تر زیر برگزید:

- ۱- نگهداری و حفظ ترک اعتیاد/ کاهش در سوء مصرف مواد
- ۲- پیشرفت در ایفای نقش های شخصی و اجتماعی
- ۳- بهبود شرایط سلامت جسمی و روحی
- ۴- کاهش رفتارهای پرخطر برای سلامتی
- ۵- پیشرفت عمومی در سطح (میزان) سرمایه ی بهبودی.

آنچه در زیر می آید ارزیابی های مشخص برای هر یک از این حوزه ها است:

۱- سوءمصرف مواد: اقدامات مرتبط با برآیندها

- زیرمقیاس های استفاده از الکل و مواد مخدر مربوط به شاخص شدت اعتیاد (ASI)
- محدوده ی سوءمصرف مواد بر اساس نمودار اعتیاد مادزلی (MAP)
- محدوده ی سوءمصرف بر اساس شاخص درمان مخدرها (OTI)
- غربالگری آزمایش ادرار

۲- نقش آفرینی فردی و اجتماعی: اقدامات مرتبط با برآیندها

- زیرمقیاس های ASI در حوزه های خانواده/اجتماع، حقوقی، و اشتغالی / پشتیبانی
- زیرمقیاس های نقش آفرینی و کاربردهای اجتماعی و کیفری در OTI
- زیرمقیاس های نقش آفرینی فردی/اجتماعی MAP
- حوزه های ارتباط های اجتماعی و محیطی در کیفیت زندگی براساس تعریف(WHO)WHOQOL-BREF

۳- سلامت جسمی و روحی: اقدامات مرتبط با برآیندها

- زیرمقیاس وضعیت جسمی و روانپزشکی ASI
- حوزه های سلامت جسمی و روانشناختی WHOQOL-BREF
- حوزه های سلامت جسمی و روانشناختی MAP
- زیرمقیاس وضعیت سلامتی و سازگاری روانشناختی OTI

۴- رفتار پرخطر برای سلامت - اقدامات مرتبط با برآیندها

- حوزه ی رفتار پرخطر برای سلامت MAP
- زیرمقیاس رفتار پرخطر که می تواند منجر به HIV شود، بر اساس OTI

۵- میزان سرمایه ی بهبودی

- شاخص سرمایه ی بهبودی

از میان پرسش نامه هایی که به منظور گردآوری داده های ارزشیابی می توان به کار برد می توان به پرسش نامه های زیر اشاره کرد:

• شاخص شدت اعتیاد (ASI- McLellan et al, 1992)

مصاحبه ای نیمه -ساختارمدار است که برای گردآوری اطلاعات مهم درباره ی جنبه های مختلف زندگی یک مراجعه کننده طراحی شده. این جنبه های زندگی وی می توانسته اند مسوول استفاده ی آنها از مواد روانگردان بوده باشند. این مصاحبه نزدیک به یک ساعت به طول می انجامد و هفت حوزه ی بالقوه ی مشکل زا را در بر می گیرد:

- وضعیت پزشکی
- وضعیت اشتغال /حمایتی (مانند تامین اجتماعی)
- الکل
- مواد مخدر
- وضعیت حقوقی و قانونی
- وضعیت خانوادگی / اجتماعی
- وضعیت روانی/روانپزشکی

پرسش های ASI بر دو بازه ی زمانی مشخص متمرکز هستند: سی روز گذشته و طول دوران زندگی. موارد مربوط به ۳۰ روز گذشته نسبت به تغییرات حساس اند و از مصاحبه همین رو، مهم ترین پرسش ها را در مصاحبه های پی جویانه تشکیل می دهند. بیشتر پرسش های مربوط به کل دوران زندگی در مصاحبه های پی جویانه حذف می شوند، به همین دلیل، مصاحبه های پی جویانه معمولاً نزدیک به ۲۰ دقیقه از مصاحبه های اولیه کوتاه تر هستند. افزون بر این، مصاحبه های پی جویانه را می توان طی تماس تلفنی یا رودررو انجام داد، در حالی که مصاحبه های اولیه حتماً همیشه رودررو انجام می شوند. برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به:

<http://www.tresearch.org/resources/instruments.htm>

نمودار اعتیاد مادزلی، (MAP (Marsden, J. et al. 1998)

ابزاری چند بعدی و کوتاه است که برای ارزیابی برآیندهای مرتبط با درمان مورد استفاده قرار می گیرد، و ۶۰ موضوع را در چهار حوزه ی اصلی، یعنی: سوءمصرف مواد مخدر؛ رفتارهای پرخطر برای سلامت؛ سلامت جسمی و روانی و نقش آفرینی فردی/اجتماعی را پوشش می دهد. MAP توسط یک مصاحبه کننده برگزار شده و تکمیل آن به ۱۲ دقیقه وقت نیاز دارد. پرسش ها بر بازه ی زمانی ۳۰ روز گذشته متمرکز خواهد بود.

برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به دستورنامه ی موجود در پیوند زیر:

<http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3667EN.html>

همچنین می توانید از خود دکتر مارسدن در نشانی زیر کسب اطلاع کنید:

Dr. John Marsden, National Addiction Centre, Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry,

4 Windsor Walk, London, SE5 8AF, UK.

J.Marsden@iop.kcl.ac.uk

شاخص درمان مواد مخدر OTI (Darke, S., et al, 1991)

این شاخص مصاحبه ی چند بعدی ساختارمداری است که برای ارزشیابی برآیند درمان طراحی شده، و شش حوزه را پوشش می دهد: سوء مصرف مواد مخدر؛ رفتارهای پرخطری که خطرپذیری HIV را افزایش می دهند؛ نقش آفرینی اجتماعی، قابلیت کیفی، وضعیت سلامت و سازگاری روانشناختی. اجرای این مصاحبه معمولاً بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد. برای اطلاعات بیشتر درباره ی این شاخص نگاه کنید به:

[http://www.ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCweb.nsf/resources/TR_29/\\$file.TR.011.pdf](http://www.ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCweb.nsf/resources/TR_29/$file.TR.011.pdf)

یا

Dr. Shane Darke, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New SouthWales, P.O. Box 1, Kensington, NSW, Australia, 2003.

پرسش نامه ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی – WHOQOL- BREF

پرسش نامه ای ۲۸ سوالی است که به منظور استفاده ی کارکنان بخش سلامت طراحی شده و به آنها کمک می کند تا تغییرات کیفیت زندگی مراجعه کنندگان را طی دوره ی درمان را ارزیابی کنند. ۲۶ پرسش یاد شده چهارحوزه را پوشش می دهند: سلامت جسمی، سلامت روحی، روابط اجتماعی، و محیط اطراف (به عنوان مثال، منابع مالی، محیط خانه، فرصت برای گردآوری اطلاعات تازه و مهارت های جدید و غیره).

WHOQOL- BREF به ۱۹ زبان در دسترس همگان قرار دارد و به گونه ای طراحی شده که خود افراد هم بتوانند به تنهایی به آن پاسخ دهند. با این همه، اگر مراجعه کننده خود نتواند آن را پاسخ دهد مصاحبه کننده می تواند آن را برای او پر کند. برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به بخش گروه WHOQOL روی وبسایت سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان برنامه ی بهداشت روان، CH-12111 Geneva 27, Switzerland.

شاخص سرمایه بهبودی

این پرسشنامه ی بسیار کوتاه تنها ۱۰ پرسش داشته و به منظور ارزیابی سطح (یا میزان) سرمایه ی بهبودی مراجعه کننده طراحی شده است. منظور از سرمایه ی بهبودی قدرت مالی، اجتماعی و فردی آن مراجعه کننده و کمبودهای او در همین زمینه هاست که می تواند تأثیرات منفی بر بهبودی وی بگذارد. (این پرسش نامه را بنیاد پژوهش بالینی T.T.Ranganthan در چنای هندوستان طراحی نموده است).

شکل دو: فعالیت های سرمایه ی بهبودی

جنبه های سرمایه ی بهبودی	ضعیف (۱)	متوسط (۲)	خوب (۳)
تندرستی جسمانی			
دسترسی به شغل			
همکاران پشتیبان و همدل در محیط کار			
درآمد کافی برای اداره ی روزمره			
داشتن خانواده ای پشتیبان و همدل			
داشتن دوستانی که الکل نمی نوشند			
توانایی داشتن و لذت بردن از فعالیت های تفریحی			
اعتقاد به وجود قدرتی برتر			
بهره بردن از روالی مشخص			
پشتیبانی گروه های خود-پشتیبان			

۱- لطفاً در ستون مناسب علامت مناسب را تحت سرفصل ضعیف، متوسط و قوی بزنید.

۲- "ضعیف" یک امتیاز، "متوسط" دو امتیاز و "خوب" سه امتیاز دارد.

۳- در پایان فرم، امتیازهای خود در هر ردیف را با هم جمع زده و سرمایه ی بهبودی ای را که در دسترس تان قرار دارد مشاهده کنید.

۶.۱.۳. مصاحبه ها و گروه های تمرکز

این بخش در زمره ی روش های کیفی گردآوری داده هاست که امکان آن را فراهم می کنند تا اطلاعاتی عمیق از مراجعه کنندگان یا جنبه های ویژه ی برنامه گردآوری شود. مصاحبه ها و مباحثات گروه های تمرکز به ترتیب به وسیله ی مصاحبه کنندگان و تسهیل گران مجرب و آموزش دیده انجام می گیرد.

۶.۲. روش

روش یا متدولوژی به مسائل ویژه می پردازد، مانند این که داده ها در چه زمانی و چگونه و از چه کسی گردآوری شده اند. معمولاً دو طرح ممکن برای روش مفروض است: طرح تصادفی کنترل شده، و طرح مقایسه ی پیش-و-پس-از برنامه.

طرح تصادفی کنترل شده طرحی است با منابع بسیار محدود و از نظر اجرایی بسیار دشوار، و ادغام آن در روال عادی برنامه یک مرکز درمانی می تواند به شدت دشوار باشد.

طرح مقایسه ی پیش- و- پس- از برنامه را می توان به گونه ای واقعگرایانه به برنامه هر مرکز درمانی اضافه کرد. این طرح امکان می دهد تا مراجعه کننده در حوزة ی یک هدف بلند مدت واحد هم پیش از و هم پس از تجربه ی برنامه ارزیابی شود. گردآوری اطلاعات مرتبط از مراجعه کنندگان شرکت کننده در هر یک از برنامه های معیشت پایدار (یعنی فعالیت های حرفه ای) در بدو ورود به برنامه و طی وقفه های از پیش تعیین شده ی طی برنامه انجام می پذیرد.

داده های اولیه را می توان با استفاده از فرمی که به طور ویژه از ASI (یا دیگر ابزارهای برگزیده شده) گرفته شده است از همه ی مراجعه کنندگان در بدو ورود گردآوری کرد. پیشنهاد می شود شاخص سرمایه ی بهبودی نیز در میان این ابزارها گنجانده شود. پس از تکمیل درمان، همان دسته ابزارهای گردآوری داده ها باید در مورد مراجعه کنندگان به کارگرفته شود. سپس، بعد از ترخیص بیماران پی جویی می شوند و گردآوری داده ها ۶، ۱۲، ۲۴، ۳۶ و ۴۸ ماه پس از آن انجام می پذیرد. این داده ها با اطلاعات داده های اولیه مقایسه می شوند تا تغییر ارزیابی شود. این طرح پی جویانه نشان خواهد داد مراجعه کننده طی دوران درمان خود تا چه اندازه پیشرفت حاصل کرده و تا چه مدت زمانی پس از آن این پیشرفت را حفظ نموده است. در مورد مثال معیشت پایدار که پیش تر مطرح شد، مراجعه کننده با استفاده از متغیرهای نتایج متعدد بلند مدت نسبت به آن دسته از همسالان خود که به برنامه معیشت پایدار نپیوستند، مقایسه می شود، تا معلوم گردد آیا مراجعه کنندگان شرکت کننده، نسبت به آنها که به برنامه ی معیشت پایدار نپیوستند پس از ترخیص وضعیت بهتری داشته اند یا خیر.

برای تسهیل پی جویی و مکان یابی مراجعه کنندگان برای انجام دوباره ی ارزیابی اطلاعات تماس آنها (شامل نشانی محل زندگی و شماره ی تلفن آنها در صورت وجود) باید به تعداد دفعات لازم طی مصاحبه ی اولیه ثبت شود. همچنین، باید از مراجعه کنندگان در همین مصاحبه ی اولیه اجازه ی کتبی اخذ شود تا موافق شرکت در مصاحبه های پی جویی باشند.

۷-گردآوری شواهد قابل اتکاء و معتبر: مستند سازی و مدیریت داده ها

مدیریت داده ها یکی از جنبه های مهم ارزشیابی است. در شرایط آرمانی، یک عضو ثابت از میان کارکنان باید مسوولیت هماهنگی کلیه ی فعالیت های مدیریت داده های مرکز را بر عهده داشته باشد. وظایف هماهنگ کننده ی داده ها عبارت است از:

- نظارت/پایش روند گردآوری داده ها (مدیریت فرم ها و پرسش نامه ها)
- نگهداری مناسب و داده های گردآوری شده و و باز یافتن آنها به هنگام لزوم
- انتقال اطلاعات (داده ها) به یک پایگاه اطلاعاتی، مانند یک فایل رایانه ای
- تحلیل داده ها

تحلیل داده ها نیازمند محاسبات بسیار، تفسیر، و تصمیم گیری کارشناسانه است. در صورت لزوم، باید از همکاری یک آمارگر متخصص یا هر کارشناس فنی دیگری بهره برد.

برای آن که بتوانید برنامه ی ارزشیابی خود را طراحی کنید می توانید از یک قالب و الگو استفاده کنید. در پیوند زیر یک قالب پیشنهادی از سوی مرکز مدیریت بیماری های آمریکا پیشنهاد شده است:

http://www.cdc.gov/nchstp/tb/Programme_Evaluation/Guide/PDF/Evaluation_plan_template.pdf

کجا می توان اطلاعات بیشتری در زمینه ی ارزشیابی برنامه ی درمان یافت؟

در این جا فهرستی از منابع و مراجع ارایه می شود که کتاب های تمرین، دستورنامه ها، ابزارها، و اطلاعات مهم که می توانید از آنها استفاده کرده و برنامه ها یا مداخلات خود را ارزشیابی کنید. همچنین می توانید خودتان اقدامات ارزشیابی دیگری هم طراحی کنید:

- انجمن ارزشیابی آمریکا: <http://www.eval.org/>
- انجمن ارزشیابی اروپا: <http://www.europeanevaluation.org>
- مراکز مدیریت بیماری ها: دستورنامه ی ارزشیابی و موردهای مطالعاتی:
http://www.cdc.gov/dhds/CDCynergy_training/Content/activeinformation/resources/Prog_Eval_Manual.pdf
- کتاب تمرین ارزشیابی عملی برنامه های بهداشت عمومی: <http://www.cdc.gov/eval/workbook.PDF>
- قالب برنامه ی ارزشیابی:
http://www.cdc.gov/ncgstp/tb/Programme_Evaluation/Guide/PDF/Evaluation_plan_template.pdf
- نشانگرهای هدف بلند مدت برای برنامه های کنترل دخانیات:
http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programmes/surveillance_evaluation/key_outcome/00_pdfs/Key_indicators.pdf
- شبکه ی NIATx (شبکه ی بهبود درمان اعتیاد): www.niatx.net
- اداره ی خدمات سوءمصرف مواد و بهداشت روانی: نظام بهبود خدمات پاسخگویی: <https://www.smahsa-gpra.smahsa.gov/home/index.htm>
- سازمان بهداشت جهانی (سال ۲۰۰۰ میلادی). ارزشیابی درمان اختلالات سوءمصرف مواد روانگردان: سلسله کتاب های تمرین:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html

فهرست منابع

- چپل، تی.جی. (۲۰۰۰). مقدمه ای بر ارزشیابی برنامه؛ راهنمای شرکت کنندگان و موردهای مطالعاتی. او آر سی مکر. مرکز مدیریت بیماری ها. گرفته شده در ۳ آوریل ۲۰۰۷، از: http://www.cdc.gov/dhds/CDCynergy_training/Content/activeinformation/resources/Prog_Eval_Manual.pdf
- کروگر، سی، وینتر، اچ. و شآو، آر. (۱۹۹۸). ارزشیابی نتایج بلند مدت (فصل ۳) در: رهنمون هایی برای ارزشیابی مداخلات پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر: دستورنامه ای برای برنامه ریزان و مسوولین ارزشیابی. لیسبون: مرکز پایش سوءمصرف مواد اروپا و اعتیاد به مواد مخدر (EMCDDA) که به صورت آنلاین در پیوند زیر قابل دسترسی است: <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=1738&languageISO=EN>
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ی آمریکا. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها. دفتر مدیر، دفتر راهبرد و نوآوری. مقدمه ای بر ارزشیابی برنامه های بهداشت همگانی: راهنمایی برای مطالعه ی شخصی. آتلانتا، جورجیا: مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، ۲۰۰۵.
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ی آمریکا. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها/ارزشیابی عملی برنامه های بهداشت همگانی: کتاب تمرین شبکه ی آموزش بهداشت همگانی. PHTn Course VC-0017 – بازگرفته شده در تاریخ ۳ آوریل ۲۰۰۷ از: <http://www.cdc.gov/eval/workbook.PDF>

- سازمان بهداشت جهانی - سال ۲۰۰۰ میلادی. ارزشیابی درمان اختلالات سوءمصرف مواد روانگردان. سلسله کتب تمرین، برگرفته شده در ۳ آوریل ۲۰۰۷، از:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html
- مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها. ارزشیابی برنامه (فصل). برگرفته شده در ۴ آوریل ۲۰۰۷، از:
<http://www.cdc.gov/drpsurveillancetoolkit/docs/ProgrammeEvaluation.pdf>