



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime



دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد

شبكة بین المللی درمان وابستگی به مواد مخدر
و مراکز بازتوانی

درمان وابستگی به مواد مخدر: درمان جامعه محور



تریتنت: شبکه بین‌المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز بازتوانی

درمان جامعه‌محور

روش موفق

www.unodc.org/treatnet

وین، سپتامبر ۲۰۰۸

توضیح ضروری

دیدگاه‌های مطرح شده در این سند، دیدگاه‌های مؤلفین آن هستند و لزوماً بازتاب‌دهنده سیاست‌ها و دیدگاه‌های UNODC به شمار نمی‌آیند. ارجاع به یک سند یا وبسایت بیانگر این امر نیست که UNODC دقت اطلاعات موجود در آنها را تأیید می‌کند. این سند هنوز رسماً ویرایش نشده؛ از این رو، آن را یک ابزار ناکامل تلقی می‌کنیم که بر اساس بازخور و تجربه به دست آمده از کاربرست عملی مفاهیمی که رئوس آنها در اینجا آورده شده، بهتر و بهتر خواهد گردید.

سندی که این روش موفق در آن تشریح شده است، توسط گروه کاری حرفه‌ای و به لحاظ جغرافیایی متنوع، با شرکت‌کنندگانی از پنج مرکز درمان وابستگی به مواد مخدر تشکیل شده است. این مراکز جزئی از پروژه UNODC (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد) به نام " GLO/H43 " Treatnet - شبکه بین‌المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز توانبخشی " به شمار می‌آیند. به منظور تضمین جامعیت و ارتباط سند با محیط‌های اجتماعی-فرهنگی متفاوت و نیز ارائه متعادل کلیه دیدگاه‌های موجود در مورد مسئله مورد بحث، مطالعات حاضر از سوی خبرگان ذیصلاح بازنگری شده است.

سپاسگزاری

کتابی حاضر یکی از اسناد چهارگانه‌ای است که توسط پروژه GLOH43: تری‌نت - شبکه بین‌المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز بازتوانی، تهیه شده، و پاسخی است به وظیفه UNODC در مورد تدوین و پخش روش‌های موفق در حوزه درمان وابستگی به مواد مخدر. در طول انجام مرحله نخست تری‌نت، با هدف تسهیل پخش دانش و روش‌های موفق، شبکه‌ای بین‌المللی از مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی بیماران در کلیه مناطق به وجود آمد.

این سند توسط اعضای یکی از چهار کارگروه تری‌نت تهیه شده است و موضوعات اسناد مورد بحث عبارتند از:

- درمان جامعه‌محور
- مداخلات مربوط به مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌ها
- نقش درمان وابستگی به مواد مخدر در پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی و ایدز
- مدیریت بهبودی پایدار

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد سپاسگزاری خود به افراد، سازمان‌ها و نهادهای زیر ابراز می‌دارد:

- اهداگران مالی پروژه GLO/H43: دولت‌های کانادا، آلمان، هلند، اسپانیا، سوئد، ایالات متحده آمریکا و بنیاد رابرت وود جانسون برای کمک‌های سخاوتمندانه‌شان.
- کلیه مراکز تری‌نت (بر اساس فهرست الفبایی کشورها) که در کارگروه درمان جامعه‌محور و رابطین مربوطه تری‌نت شرکت داشته‌اند، به خاطر برخورد حرفه‌ای، تعهد، شور و اشتیاق و حمایت متقابلی که از یکدیگر به عمل آوردند و نیز منابع مالی و زمانی که به شبکه اختصاص دادند:

- گرازبلا باریوسا باریروس از طرف NAPS-AD سانتو آندره (برزیل)
- آکواتو خنتی از طرف مرکز اعتیاد و سلامت روانی CAMH (کانادا)
- عماد حمدی از طرف دبیرخانه عمومی سلامت روانی (مصر)
- اولگ یوسوف از طرف تحقیقات ملی و مرکز بالینی مشکلات درمانی و اجتماعی سوءمصرف مواد مخدر (قزاقستان)
- پائولا لیلینبرگ و آندرز تانگستروم از طرف ماریا اونگدوم (سوئد)

گذشته از این، کارگروه UNODC و تری‌نت در مورد درمان جامعه‌محور مایلند از همه کسانی که اطلاعات مربوط به موردپژوهی‌ها را فراهم کردند و ویراستاران این تحقیقات، به خاطر کمک‌های قابل توجه‌شان به تهیه این سند، تشکر کنند.

- مارگریت شیلا مارتیندیل، وایلدمایند کامیونیکیشنز به خاطر ویرایش پیش‌نویس اولیه این سند و تلفیق و ترکیب دیدگاه‌ها و سبک‌های دست‌اندرکاران مختلف و در عین حال سهولت خواندن این سند.

- ماریا جی زارا، دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس - برنامه یکپارچه سوءمصرف مواد (UCLA/ISAP) به خاطر کمک‌هایش به تدوین این سند از طریق تهیه پیش‌نویس‌های کامل‌تر متن، انجام تحقیقات درباره پیشینه تحقیق و ویرایش نهایی متن.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و کارگروه درمان جامعه‌محور، مایلند تشکرات ویژه خود را به کارشناسان بین‌المللی، که پیش‌نویس اولیه این سند را بررسی و بازنگری کردند، به خاطر حمایت‌های سخاوتمندانه، بصیرت، ارائه بازخورهای سازنده و کمک به بهبود و نهایی کردن این سند تریتمت اعلام دارند (به ترتیب حروف الفبا):

- طیب عبدالرحمان، ریچاوت سنتر تراست، کنیا
- محمد ابو صالح، دانشگاه لندن، انگلستان
- چانتاراوادی چولامان، Basic Need، پی‌دی‌آر لائوس
- نیکولاس کلارک، سازمان بهداشت جهانی، سوئیس
- فرانچسکو هرماندز، دیپوتاچیو بارسلونا، اسپانیا
- دیوید مک‌دونالد، مشاور بین‌المللی مواد مخدر و توسعه، انگلستان
- اینگو میشلز، وزارت بهداشت، آلمان
- ویکرام پاتل، دانشکده بهداشت لندن، انگلستان/هند
- ریک راوسون، دانشگاه کالیفرنیا لس آنجلس - برنامه یکپارچه سوءمصرف مواد (UCLA/ISAP)، ایالات متحده آمریکا
- مراد سعد، ریچاوت سنتر تراست، کنیا
- همکاران تریتمت از دیگر کارگروه‌ها
- و همکاران UNODC، جیووانا کامپلو (وین)، کارلوس آرتورو کارواخال (کلمبیا)، آناند چاودوری (کامبوج)، خامن‌آن حسام (لائوس)، جهانزیب خان (افغانستان)، ریکو لتوووری (وین) و ارنست روبلو (اردن)

مقدمه و نگاه اجمالی

این سند روش موفق برای چه کسی نوشته شده است
پیشینه‌ای کوتاه
تأکید و الگوی مورد استفاده
درمان جامعه‌محور چه معنایی دارد
قابلیت‌دسترسی و طیف خدمات ارائه شده
مزایای خدمات درمانی جامعه‌محور
نگاهی اجمالی به فصل‌های کتاب

فصل ۱: شبکه‌سازی

تأمین مشارکت جامعه
کار با یک شبکهٔ درمانی عمومی (PCN)
کار با خدمات تخصصی
شناسایی نیازهای جمعیت‌های آسیب‌پذیر
تجهیز منابع در جامعه

مورد پژوهی: سائوپائولو، برزیل

مورد پژوهی: تورونتو، کانادا

فصل ۲: تحلیل اطلاعات، نیازسنجی و ارزیابی منابع (INRA)

ارزیابی نیازهای جامعه
شناسایی نیازها و اولویت‌بندی آنها
نقش جامعه در تحلیل اطلاعات، نیازسنجی و ارزیابی منابع (INRA)
نظام خدمات درمانی
نظام عدالت کیفری
مؤسسات خدمات اجتماعی
محل کار
کارشناسان جامعه

ارزیابی منابع جامعه

مورد پژوهی: افغانستان

مورد پژوهی: سوئد

فصل ۳: پیشبرد تغییر از طریق ایجاد برنامه و ارزشیابی آن

برنامه‌ریزی بر اساس نیازهای شناسایی شده

ابعاد برنامه‌ریزی

حوزه‌های اهداف راهبردی

برنامه‌ریزی بر اساس مدل زیست‌روانی اجتماعی

روش‌های کاهش پیامدهای سلامتی و اجتماعی سوءمصرف مواد مخدر

به حساب آوردن نیازهای متنوع متقاضیان و جامعه

به حداکثر رساندن اثرات و اثربخشی در ارائه خدمات

آموزش

نیاز به شواهد علمی

ارزیابی به عنوان ابزاری برای بهبود خدمات

مورد پژوهی: میانمار

فصل ۴: درگیر و متعهد کردن متقاضیان در محیط‌های جامعه‌محور

متعهد کردن متقاضیان به کمک سیاست درهای باز: کاهش موانع ارائه خدمات

پروتکل‌ها و رهنمودها

کار در جامعه

انجام مداخله‌های به موقع

درگیر و متعهد کردن استفاده‌کنندگان و تدوین برنامه‌های درمانی جداگانه

مدیران موارد درمان

روش‌های مراقبت

نقش تیم‌ها و کار مشترک

محیط و بستر

اطلاعات

حمایت حقوقی

ارائه حمایت به اشخاصی که اچ‌آی‌وی دارند

فصل ۵: اصول، گام‌ها و استراتژی‌های روانی اجتماعی درمان در محیط‌های جامعه‌محور

اصول درمان وابستگی به مواد مخدر

گام‌های مداخله و استراتژی‌های روانی اجتماعی

گام ۱: تماس‌های امدادی مکرر و درگیری و متعهد کردن بیماران

گام ۲: ارزیابی‌ها و تشخیصی موقعیت با استفاده از استراتژی‌های مصاحبه انگیزشی

گام ۳: تدوین یک برنامه درمان

گام ۴: تأمین حمایت: هرچه زودتر، بهتر

مداخله‌های کوتاه

مدیریت موارد

گام ۵: استراتژی‌هایی برای کاهش پیامدهای سلامتی و اجتماعی سوءمصرف مواد

مخدر

گام ۶: آغاز درمان سوءمصرف مواد

تأمین دسترسی به خدمات درمانی

افزایش دانش، ساختار و حمایت

استراتژی‌های جامع شناختی- رفتاری

تقویت از سوی جامعه و مدیریت مشروط

تأمین مشارکت خانواده و دوستان

مصرف مواد مخدر چندگانه

اختلالات سلامتی توأمان

گام ۷: حفظ و تداوم درمان

حفظ تماس منظم با بیماران

آموزش تکنیک‌های پیشگیری از عود اعتیاد

فراهم کردن طیف گسترده‌ای از روش‌های درمانی

گام ۸: تأمین تداوم مراقبت و درمان

فصل ۶: دارودرمانی در محیط جامعه‌محور

مدیریت ترک

ترک الکل

ترک محرک‌ها (کوکائین و آمفتامین)

ترک حشیش (ماری‌جوآنا)

ترک بنزودیازپین‌ها
ترک در خانه و ترک خود-پایی

مدیریت مصرف‌بیش از حد و مسمومیت
پیشگیری از عود اعتیاد و ایجاد تغییر به کمک دارودرمانی
ارزیابی و درمان اختلالات روانی هم‌زمان
مدیریت مشکلات جسمی مصرف مواد
نقش دست‌اندرکاران خدمات درمانی اولیه

مطالعه موردی: اسپانیا

پیوست الف: وضعیت مصرف‌کننده مواد مخدر در کابل: فهرست پرسش‌های مصاحبه
پیوست ب: تصاویر مربوط به فصل ۲
پیوست پ: فهرست منابع و منابعی برای مطالعات بیشتر

مقدمه و نگاه اجمالی

شرح مختصری از سابقه امر

این راهنما محصول فعالیت **Treatnet**¹ (شبکه بین‌المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز توانبخشی) است که توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) ایجاد شده است. هدف این شبکه افزایش دسترس‌پذیری، پایین آوردن هزینه و افزایش کیفیت درمان وابستگی به مواد مخدر و توانبخشی بیماران است. بیست سازمان درمان وابستگی به مواد مخدر و توانبخشی بیماران از کلیه مناطق جهان به عنوان مراکز اصلی و ۱۵ مرکز ارائه‌کننده درمان به عنوان عضو پیوسته به **treatnet** ملحق شده‌اند.

چهار سند به عنوان روش‌های موفق که توسط گروه‌های کار **treatnet** تدوین شده‌اند، محصول این پروژه‌اند و برای استفاده از ارائه‌دهندگان خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر در سراسر جهان در اختیار آنها قرار دارند. محور تأکید در این اسناد عبارت است از:

- درمان جامعه‌محور
 - مداخله‌هایی برای کمک به مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان
 - نقش درمان وابستگی به مواد مخدر در پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از آن، و
 - مدیریت بهبود پایدار
- کارگروه درمان جامعه‌محور، رویکردها و ابزارهای مداخله‌ای طراحی کرد که برای ارائه خدمات درمان جامعه‌محور در طیف گسترده‌ای از منابع و بودجه‌ها در محیط‌های متنوع مفید باشد. گذشته از این، بسته ظرفیت‌سازی **Treatnet** راهنماهای آموزشی جامعی در مورد موضوعات زیر ارائه می‌دهد:

- غربالگری، ارزیابی و برنامه‌ریزی درمان
- عناصر درمان روانی-اجتماعی
- درمان دارویی اعتیاد و جمعیت‌های ویژه و همچنین یک
- جعبه‌ابزار مدیریتی

تعریف روش‌های موفق، مبتنی بر شواهد علمی و آینده‌دار

¹ هدف **Treatnet** (شبکه بین‌المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز توانبخشی) افزایش کیفیت درمان وابستگی به مواد مخدر از طریق برقراری همکاری و تبادل اطلاعات و توانمندسازی بیست مرکز منتخب است که نمایندگی کلیه مناطق جهان را بر عهده دارند. این بیست مرکز متعهدند روش‌های موفق و رویکردهای پیشرفته برای درمان اثربخش وابستگی به مواد مخدر و نیز توانبخشی بیماران را تدوین کنند، آنها را به نمایش گذارند و میان دیگر مراکز پخش کنند. **Treatnet** در سال ۲۰۰۵ توسط UNODC تأسیس شد (لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به <http://www.unodc.org/treatment/> مراجعه کنید)

Treatnet روش موفق را به صورت اصطلاحی عام و جامع به کار می‌برد که شامل اقدامات مبتنی بر شواهد و اقدامات آینده‌دار هم می‌شود. روش موفق، ویژگی‌های زیر را به نمایش می‌گذارد:

- ارتباط با نیازهای محلی
- سلامت و درستی اخلاقی
- احتمال دستیابی به پایداری (پایین‌بودن هزینه، باصرفه بودن، یکپارچه بودن و برخوردار از حمایت بودن)، و
- قابلیت تکرار داشتن، یعنی اقداماتی که به میزان کافی مدون و مستند شده باشند.

اقدامات مبتنی بر شواهد علمی اقداماتی هستند که مطالعات علمی از آنها حمایت می‌کنند و در حالت ایده‌آل می‌توان آنها را در محیط‌های جغرافیایی یا عملیاتی گوناگون عیناً بازسازی و تکرار کرد. این اقدامات نتایج مشخص، یکدست به بار می‌آورند و در مجلات علمی به صورت مستند انتشار یافته‌اند و گاه به صورت راهنما در اختیار همگان قرار دارند.

قدرت شواهد علمی را می‌توان به صورت درجات علمی رتبه‌بندی کرد، برای مثال به نمونه زیر توجه کنید که از انجمن فشارخون انگلیس، ۲۰۰۱، گرفته شده است:

درجه‌بندی قدرت شواهد علمی

1a: شواهد به دست آمده از فراتحلیل آزمایش‌های تصادفی تحت کنترل.

1b: شواهد به دست آمده از دست‌کم یک آزمایش تصادفی تحت کنترل.

2a: شواهد به دست آمده از دست‌کم یک تحقیق تحت کنترل بدون انتخاب تصادفی

2b: شواهد به دست آمده از دست‌کم یک نوع دیگر تحقیق شبه‌تجربی

۳: شواهد به دست آمده از مطالعات توصیفی، نظیر مطالعات تطبیقی، مطالعات همبستگی و مطالعات تحت کنترل موردی، و

۴: شواهد به دست آمده از گزارش‌ها یا نظریات کمیته‌های خبرگان یا تجربه بالینی افراد معتبر یا هر دو.

اقدامات آینده‌دار اقداماتی هستند که اثربخشی آنها با استفاده از ملاک‌های عینی در یک یا بیش از یک سازمان به اثبات رسیده باشد. این اقدامات ممکن است در مراحل اولیه توسعه خود باشند، اما نویددهنده تکرارپذیری و قابلیت بازسازی و پایداری درازمدت با احتمال تبدیل شدن به اقدامات مبتنی

بر شواهد علمی هستند.

این روش موفق برای چه کسی تدوین شده است؟

هدف از تدوین سند ارائه خدمات درمان جامعه‌محور (CBTS) آن است که این سند نقش یک راهنمای اولیه برای کسانی را ایفا کند که قصد دارند ارائه خدمات به افرادی را که با مشکلات مصرف مواد مخدر در جامعه دست به گریبان هستند، شروع یا این خدمات را بهتر کنند. هدف از این سند ارائه یک راهنمای کامل برای درمان وابستگی به مواد مخدر نیست^۲. این سند بر اساس تجربه عملی درمان وابستگی به مواد مخدر به کمک جامعه در بسیاری مناطق جهان و مروری بر ادبیات موجود تدوین شده است.

این سند بر ایجاد تیم‌های چندرشته‌ای متشکل از افراد متنوع از جامعه به شرح زیر برای حمایت از درمان سوءمصرف مواد قویاً تأکید دارد:

- گروه‌های اجتماعی (برای مثال، رهبران، افراد حرفه‌ای یا دیگر افرادی که در برآوردن نیازهای گروه‌های شناخته‌شده در یک ناحیه مشخص شرکت دارند)
- افراد حرفه‌ای که در تماس مستقیم با افراد مورد نظر قرار دارند (برای مثال، روان‌پزشکان، پزشکان، مددکاران اجتماعی)، و
- گروه‌های حرفه‌ای حامی (برای مثال، معلمان، مشاوران، مأموران زندان، پلیس)

هدف از تهیه این سند آن است که نقطه شروعی برای رهبران مراقبت از سلامت مردم باشد تا اطلاعات موجود در آن را مد نظر قرار دهند و از توصیه‌های آن در صورت نیاز استفاده کنند. در انتهای هر فصل از این سند، مطالعات موردی عملی گنجانده شده است تا نشان دهد چگونه خدمات درمانی به کمک جامعه در نقاط مختلف جهان از رویکردها و روش‌های مذکور در این سند بهره گرفته‌اند.

محور تأکید و مدل استفاده شده

محور تأکید در این سند را مواد غیرمجازی نظیر حشیش، کراک، کوکائین، محرک‌های نوع آمفتامین (ATS)، و مواد استنشاقی و هروئین تشکیل می‌دهد. اما توصیه‌های مذکور در سند را همچنین می‌توان در مورد کسانی که با الکل و سیگار نیز مشکل (یا به آنها وابستگی) دارند نیز به کار بست.

در این سند از مدل زیست‌روان اجتماعی به عنوان پایه‌ای برای ارائه خدمات و برنامه‌ریزی درمان استفاده شده است. رویکرد به کار رفته در این مدل یک رویکرد کل‌گراست که تنوع پیچیده عواملی نظیر عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، اقتصادی، و عوامل سیاسی را در توضیح مشکلات استفاده

^۲ برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به اسناد مربوط به درمان وابستگی به مواد مخدر که در کتابخانه مجازی وبسایت UNODC Treatnet (www.unodc.org/treatnet) وجود دارد مراجعه کنید: سند جعبه‌ابزار مربوط به درمان وابستگی به مواد مخدر و بسته آموزشی.

از مواد مخدر و وابستگی به مواد مخدر در نظر می‌گیرد. مدل زیست‌روان‌اجتماعی بر این باور است که بهترین راه برای درمان مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر یا وابستگی به آن، کمک گرفتن از یک تیم چندرشته‌ای است.

منظور از درمان وابستگی به مواد مخدر به کمک جامعه چیست؟

درمان وابستگی به مواد مخدر به کمک جامعه باید به نیازها و منابع موجود در جامعه پاسخ دهند، امری که با یک ارزیابی دقیق آغاز می‌شود. شبکه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر به کمک جامعه (CBTS) باید بکوشند کلیه منابع موجود در جامعه را برای برآوردن نیازهای مشتریان بسیج کنند. CBTS چشم‌اندازی کل‌نگر از طیف گستردهٔ چندعاملی و چندوجهی مشکلات مرتبط با مصرف مواد مخدر در مقابل خود قرار می‌دهد، مشکلاتی که می‌توانند بر اشخاصی که با مسائل وابستگی به مواد مخدر دست به گریبان هستند، خانواده‌هایشان و جوامعشان تأثیر منفی بر جای نهند. چنین دیدگاهی ما را تشویق می‌کند که برای درمان، بهبود و بالا بردن کیفیت زندگی از طیف گسترده‌ای از مسیرها استفاده کنیم.

بسیاری از رویکردهای نوظهور درمان وابستگی به مواد مخدر به کمک جامعه، از اصلاحات صورت گرفته در خدمات روان‌پزشکی، نظیر درمانگاه‌های روزانه، مراکز روزانه، خدمات توانبخشی کار و خدمات به ساکنان اقتباس شده است. این تغییرات در پی تبدیل سازمان‌های "عرضه‌گرا" به سازمان‌های "تأمین مراقبت‌های مورد نیاز بر اساس نیازها" صورت گرفت که در حال حاضر توجه خود را بیشتر بر آنچه بیماران بدان‌ها نیاز دارند متمرکز می‌کنند تا آنچه که سازمان خواهان عرضه آن است. (کونتسه، بکر و پریبه، ۲۰۰۴).

درمان جامعه‌محور باید جامعهٔ محلی را در این امر شرکت دهد، اما سپس از آن فراتر رود تا نیازهای پیچیده و متنوع افراد وابسته به مواد مخدر را برآورد. برای مثال، لازم است افرادی که به بیماران خدمات می‌دهند، با مجریان قانون و مؤسسات حقوقی، به طور بالقوه از جمله در سطح کل کشور، همکاری کنند.

تأمین مشارکت فعال و هماهنگ مؤسسات جامعه، دولت (ایالتی، منطقه‌ای و محلی)، سازمان‌های مذهبی، گروه‌های فرهنگی، رهبران اجتماعی، کسب‌وکارها، مراکز درمان مصرف مواد مخدر از همه نوع و دیگر سازمان‌ها اهمیت اساسی دارد.

لازم است که جامعه را در کل آموزش داد تا مصرف مواد مخدر را به عنوان یک بیماری چندوجهی که

در آن چندین عامل به همراه یک عنصر نیرومند اجتماعی / سیستمی دخیل هستند، در نظر بگیرند نه یک نقطه ضعف فردی. وجه مشخصه درمان جامعه‌محور را درجه بالایی از مشارکت اعضای جامعه هم در برنامه‌ریزی پروژه و هم در اجرای آن تشکیل می‌دهد. این روش مردم محلی را توانمندی می‌بخشد تا در انجام اقدامات پیشقدم و مبتکر باشند و فرایند درمان و نتایج فعالیت‌هایشان را از آن خود بدانند. درمان جامعه‌محور (CBTS) به ابتکارات و ظرفیت مردم عادی متکی است تا بدون آنکه به مداخلات در سطح ملی متکی باشند، کار را به پیش ببرند.

تنها در صورتی که جامعه این مشکل را متعلق به خود بداند و با تمامی پیچیدگی‌هایش آن را درک کند و به طور واقعی در آن درگیر شود و مشارکت کند، در آن صورت است که ذینفعان می‌توانند در راستای پیوستاری از مراقبت از بیماران، هم درمان و هم پیشگیری، نقشی فعال در پیشبرد ارائه خدمات درمانی و دیگر حمایت‌های حیاتی (برای مثال، تأمین فرصت‌های شغلی برای افرادی که در دوره بهبود به سر می‌برند، آموزش آنها و تأمین منابع دیگر) ایفا کنند. علاوه بر این، جامعه نقشی مهم در کاهش پیامدهای سلامتی و اجتماعی منفی سوء مصرف مواد مخدر در عرصه‌های مختلف (سلامت جسمی - روانی، اجتماعی، اقتصادی، قانونی و غیره) و در سطوح متفاوت (فرد، خانواده و جامعه) ایفا می‌کند.

دسترس‌پذیری و طیف خدمات ارائه شده

خدمات درمانی باید دسترس‌پذیر، ارزان و مبتنی بر رویه‌های مدون و مبتنی بر شواهد علمی باشد تا مراقبت‌های باکیفیتی برای کلیه افراد نیازمند حمایت، فراهم آورد. یکی از بزرگ‌ترین نقاط قوت CBTS که به نحو مناسبی طراحی شده باشد، آن است که بتوان آنها را هر جا و هر زمان که مورد نیاز باشند (برای مثال در خانه بیمار) ارائه داد. برای آنکه دسترس‌پذیری خدمات درمان و وابستگی به مواد مخدر را در بالاترین سطح قرار دهیم، می‌توان آن را به عنوان یک خدمت اصلی در نظام خدمات درمانی دولت قرار داد، اما سازمان‌های غیردولتی (NGOs) نیز نقش مهمی در ارائه این خدمات ایفا می‌کنند، به صورتی که گاه تنها ارائه‌دهنده درمان وابستگی به مواد مخدر به شمار می‌روند.

CBTS از دیدگاه بیماران برای آن طراحی می‌شود که:

- به بیماران کمک کنند مهارت‌های لازم برای اداره زندگی خود را در متن جامعه به دست آورند،
- به طیف گسترده نیازهای بیماران پاسخ دهد، و
- ضامن دستیابی به بهترین نتایج ممکن برای افرادی باشد که از مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر یا وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند^۳

^۳ به آکادمی ملی علوم، انستیتو پزشکی (۱۹۹۰). گسترش پایه درمان مشکلات ناشی از مصرف الکل، مراجعه کنید.

افرادی که از وابستگی به مواد مخدر و دیگر مشکلات مربوطه رنج می‌برند به طیف وسیعی از خدمات نیاز دارند. CBTS می‌تواند، بسته به نیازهایی که در جامعه مورد بحث شناسایی شده است، شامل خدمات زیر باشد:

- طیف وسیعی از خدمات هماهنگ در راستای پیوستار مراقبت و درمان (از امداد رسانی و سم‌زدایی گرفته تا مراقبت‌های بعدی)
- ارزیابی و مدیریت موارد مشاهده شده
- حمایت روانی-اجتماعی نظیر مشاوره، مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی-رفتاری
- مشاوره در مورد سبک زندگی و ویژگی‌های شخصی (به طور انفرادی و/یا در جمع)
- درمان دارویی به کمک متخصص (برای مثال، مدیریت ترک، درمان دارویی وابستگی به داروهای مخدر، درمان اختلالات همزمان)
- اقدامات کاهش آسیب، نظیر برنامه‌های تعویض سوزن و سرنگ
- آموزش عمومی و حمایت از حقوق گروه مورد بحث
- حمایت از وضع مسکن، در صورت نیاز
- اجرای برنامه‌های سازمان‌یافته‌ای که به کمک خدمات درمانی مراکز روزانه یا برنامه‌های شبانه با حمایت جامعه عملی می‌شود،
- برقراری ارتباط با خدمات پایدار مدیریت بهبود
- هماهنگ‌سازی خدمات غیرتخصصی برای برآوردن نیازهای بیماران

مدلی برای تأمین خدمات جامع توسط انستیتو سوء مصرف مواد (NIDA) طراحی شده است که به صورت یکپارچه در زیر ارائه می‌شود و خدمات فوق‌الذکر را ترکیب کرده و به نمایش گذارده است:



UNOCD در سال ۲۰۰۲ گزارشی از روش مدون مورد استفاده در درمان وابستگی به مواد مخدر منتشر کرد که فعالیت‌های اصلی خدمات درمان جامعه‌محور را برجسته کرده است که عبارتند از:

- کمک به تغییر در نگرش‌ها و رفتار میان اعضای جامعه،
- درگیر کردن فعالان سازمان‌های محلی و اعضای جامعه،
- انتخاب کردن جمعیت‌هایی به عنوان هدف برای برپا کردن و حفظ شبکه‌ای یکپارچه از خدمات جامعه‌محور که افرادی را که به مواد مخدر وابسته هستند تحت حمایت قرار می‌دهد و آنها را توانمند می‌سازد.

خدمات جامعه‌محور را می‌توان در راستای پیوستاری از فشردگی به اجرا درآورد که با خدماتی که تنها در برخی ساعات یک روز ارائه می‌شوند، آغاز می‌شود و به خدمات جامع‌تری که به صورت ۲۴ ساعته در هفت روز هفته ارائه می‌شوند، ختم می‌گردد. برای کسانی که از خدمات استفاده می‌کنند، سودمند آن است که این خدمات به صورت جامع و کل‌نگر و هر زمان و هر کجا که در جامعه به آنها نیاز است، ارائه شوند.

مزایای خدمات جامعه‌محور (CBTs)

ارائه‌دهندگان این خدمات می‌توانند با برقراری روابط تشریک مساعی نیرومند با خدمات سلامتی، اجتماعی و دیگر خدمات مرتبط با درمان، طیف کاملی از خدمات درمانی به مشتریان خود که از مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر یا وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، ارائه دهند.

خدمات جامعه‌محور با صرفه هستند. شواهد نشان می‌دهد هنگامی که بیماران از خدمات CBT، نظیر مدیریت موارد درمان که به خوبی طراحی و ارائه شده باشد، استفاده می‌کنند، شاهد کاهش شدید در تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان یا مراجعه به اورژانس‌ها هستیم.

برخی از مزایای درمان جامعه‌محور عبارت است از:

- این نوع درمان کم‌تر از دیگر اشکال درمان (برای مثال، درمان حین اقامت، بستری کردن و درمان‌های متمرکز و فشرده و غیره) تهاجمی عمل می‌کند.
- دسترسی بیماران به درمان را تسهیل می‌کند.
- کم‌تر زندگی خانواده، کار و زندگی اجتماعی را مختل می‌کند.
- از همان آغاز توجه خود را بر یکی سازی فرد با جامعه متمرکز می‌کند.
- برای بیماران جذابیت دارد.

- از دیگر شیوه‌های درمان انعطاف‌پذیری بیشتری دارد.
- به استقلال بیماران در محیط طبیعی بیماران پروبال می‌دهد.
- برای بیماران، خانواده‌ها و جامعه کم‌هزینه است.
- توجه خود را بر توانمندسازی جامعه متمرکز می‌کند.

نگاه اجمالی به فصول گزارش

فصل ۱ (شبکه‌سازی) اصول و روش‌هایی را که می‌توانند ما را در برپا کردن موفق شبکه درمان اجتماعی راهنمایی کنند، به طور خلاصه بیان می‌کند. این اصول عبارتند از:

- بسیج/ توانمندسازی جامعه
- تعیین اهداف برای شبکه (شامل درمان اولیه و خدمات تخصصی)
- شناسایی نیازهای جمعیت‌های خاص، نظیر زنان، کودکان، جوانان، اشخاصی که با اچ‌آی‌وی و ایدز زندگی می‌کنند، بی‌خانمان‌ها، کارگران جنسی و اقلیت‌های طرد شده و منزوی و عطف توجه به آنها
- بسیج (شناخت و گردآوری) طیف جامعی از منابع که برای دستیابی به موفقیت اهمیت اساسی دارند
- ارائه طیف وسیعی از خدمات در داخل جامعه

فصل ۲ (اطلاعات، تحلیل نیازها و منابع - INRA) به اهمیت انجام ارزیابی‌های جامع از نیازهای جامعه، اطلاعات و منابع موجود می‌پردازد. فصل ۲ مسائل زیر را مورد بحث قرار می‌دهد.

- اهمیت ارزیابی و مستند کردن نیازهای درمانی فرد و نیازهای جامعه برای اقدام طبق این نیازها و اولویت‌بندی منابع
- ارزش مد نظر قرار دادن نگرش‌های تأمین‌کنندگان خدمات نسبت به خدمات مورد نیاز
- اهمیت در اختیار داشتن کارکنان بهداشت یا رهبران اجتماعی قابل
- ارزش سنجش نیازهای مشخص و منابع موجود بر اساس اصول اساسی و تعهد واقعی به پیگیری امر
- استفاده از تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA) در جوامع خاص، و
- شرح کوتاهی از چگونگی تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA) جامعه (از جمله حوزه‌هایی که باید ارزیابی شوند)، توجیه، روش‌ها و منابع اجتماعی مفید.

فصل ۳ (ایجاد تغییر از طریق توسعه برنامه و ارزیابی) گام‌های لازم برای توسعه (برنامه‌ریزی و اجرای) برنامه‌های درمانی اثربخش را به شرح زیر بیان می‌کند:

- مدل زیست‌روانی اجتماعی به عنوان پایه‌ای برای برنامه‌ریزی پروژه‌ها،
- استفاده از یک رویکرد عمل‌گرا برای شناخت آسیب‌ها و به اجرا درآوردن استراتژیهای کاهش ریسک
- توجه به تنوع متقاضیان بالقوه در حوزه استقرارشان و برنامه‌ریزی بر اساس نیازهای شناسایی شده، و

- برآورده ساختن نیازها و به حداکثر رساندن اثربخشی و نتایج خدمات ارائه شده.

فصل ۴ (شرکت دادن بیماران در محیط‌های درمان جامعه‌محور) بر اهمیت تأمین مشارکت متقاضیان از طریق کاهش موانع ارائه خدمات و موانع در جامعه تأکید می‌کند. این نکته در توسعه و ارائه موفقیت‌آمیز کلیه جنبه‌های CBTS اهمیت اساسی دارد. به این منظور استراتژیهای متعددی به شرح زیر، پیشنهاد شده‌اند:

- تدوین پروتکل‌ها و رهنمون‌هایی برای تسهیل دسترسی متقاضیان به خدمات و استفاده از آنها،
- مداخله‌های زودهنگام،
- درک این امر که هر متقاضی منحصر به فرد است و به طرح درمان متفاوتی نیاز دارد تا نیازهایش را برآورده سازد، و
- تضمین این امر که مدیران پروژه‌ها و برنامه‌ها متقاضیان درمان را بر اساس درک متقاضی به عنوان یک شخص با نقاط قوت و نیازهای متنوع در برنامه شرکت می‌دهند و صرفاً توجه خود را بر مشکل مصرف مواد مخدر متمرکز نمی‌کنند.

فصل ۵ (اصول درمان، گام‌ها و استراتژیهای روانی-اجتماعی در محیط‌های درمان جامعه‌محور) اهمیت ۹ اصل درمانی پایه را که توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) - سازمان بهداشت جهانی (WHO) توصیه شده‌اند، تشریح می‌کند. اصول پیشنهادی را می‌توان به صورت تدریجی و مطابق با فراهمی منابع و مراحل توسعه نظام درمان به اجرا گذارد. این فصل همچنین مراحل مداخله و استراتژیهای روانی-اجتماعی را برای یک ارزیابی، مداخله و درمان جامع سوء مصرف مواد مورد بحث قرار می‌دهد.

به کار گرفتن درمان دارویی مقتضی برای خدمات درمان جامعه‌محور اهمیت اساسی دارد. از این روست که فصل ۶ نگاهی اجمالی به مداخلات دارویی می‌اندازد که می‌توان از آنها در محیط جامعه و با حمایت خانواده و اجتماع استفاده کرد. این فصل می‌پذیرد که برای به اجرا درآوردن یک برنامه و پروژه موفق، متخصصان باید مسائل زیر را مد نظر قرار دهند:

- اهمیت برخورداری از اطلاعات لازم و دانش کافی در مورد اثرات مواد، نشانگان‌های ترک و داروهای موجود،
- اطلاع از این امر که چه زمانی و چگونه ممکن است به دارو نیاز باشد تا اقدام به ترک اعتیاد را تسهیل کند. در این حالت، اطلاع از شدت احتمالی نشانگان‌های ترک از اهمیت بسیار برخوردار است، و
- جلوگیری از عود بیماری و نقش دارو در آن.

فصل ۱: شبکه‌سازی و توانمندسازی جامعه

این فصل اصول و روش‌های اصلی مورد نیاز برای ایجاد شبکه خدماتی اثربخش برای متقاضیان وابسته به الکل و مواد مخدر را شرح می‌دهد. فرض بر این است که خدمات درمان جامعه‌محور (CBTS) در صورتی بهترین کارایی را دارد که در متن شبکه‌ای از منابع و خدمات اجتماعی استقرار یابد. این شبکه خدماتی، مراقبت‌های بهتری از متقاضیان به عمل می‌آورد و خدماتی ارزان، دسترس‌پذیر و مبتنی بر شواهد علمی و مدون در یک چارچوب کل‌نگر به آنها ارائه می‌دهد.

برای آنکه انعطاف‌پذیری، دسترس‌پذیری و ایمنی برای استفاده‌کنندگان از خدمات به حداکثر برسد، لازم است که برنامه‌ریزان پروژه‌ها، پیوستاری یکپارچه از خدمات تدوین کنند که دسترسی آسان را تأمین کند. همچنین اهمیت دارد که دلایل متنوع محیطی، روان‌شناختی و زیست‌شناختی را که افراد از مواد مخدر قانونی و غیرقانونی استفاده می‌کنند و نیز الگوهای مصرف مواد مخدر آنها را مد نظر قرار دهیم (به فصل ۴ مراجعه کنید).

در ایجاد و برقراری یک شبکه اجتماعی، برنامه‌ریزان پروژه‌ها و برنامه‌ها باید رهنمون‌ها و توافقنامه‌های پایه‌ای برای ایجاد یک محور تأکید، چشم‌انداز و سمت‌وسوی مشترک به وجود آورند تا نیازهای متقاضیان را مد نظر قرار دهند و نقش هر خدمت را در متن شبکه مشخص نمایند. آنها همچنین باید درباره منابع موجود، علائق و اهداف مربوط به هر خدمت بیندیشند تا شبکه‌ای جامع و متوازن به وجود آورند که پیوستاری از مراقبت‌های گوناگون برای برآوردن نیازهای متقاضیان ارائه دهد.

هنگامی که کلیه خدمات ارائه شده توسط یک شبکه اجتماعی به چشم‌اندازی با مسئولیت مشترک مجهز شدند، در آن صورت متقاضیان از درمان مورد نیاز بهره‌مند خواهند شد، صرف نظر از اینکه در کجا به این شبکه دسترسی پیدا کنند یا به خدمات آن متوسل شوند. این امر می‌تواند شامل سهمیم شدن در کلیه منابع مادی و انسانی در سرپای شبکه باشد. هنگامی که متقاضیان طلب کمک می‌کنند، متخصصان می‌توانند بر اساس کیفیت و سطح مشکلات متقاضیان، آسیب‌پذیری و منابع موجود، آنها را راهنمایی کنند.

درگیر کردن جامعه

آنهایی که شبکه خدمات را برنامه‌ریزی می‌کنند، باید اعضای جامعه را در کار خود شرکت دهند و درگیر کنند، برای مثال با در میان‌گذارن اطلاعات با آنها و نسبت به نیازهای جامعه باز و پاسخگو بودن. بدین نحو، جامعه به تدریج به شبکه اعتماد می‌کند و برای کار آن ارزش قائل می‌شود و از کار آن حمایت می‌کند.

شرکای احتمالی در جامعه عبارتند از:

- مجامع محله‌ای
- گروه‌های سازمان‌یافته استفاده‌کنندگان از خدمات، اعضای خانواده‌ها و کارکنان حوزه سلامت
- گروه‌های سازمان‌یافته‌ای که بر اساس جنسیت یا قومیت تشکیل یافته‌اند
- نهادهای آموزشی و تحقیقاتی
- سازمان‌های حرفه‌ای
- مؤسسات دولتی و سازمان‌های غیردولتی که می‌توانند در فعالیتهای پس از درمان، نظیر آموزش‌های مهارت‌یابی و فرصت‌های شغلی شرکت کنند
- سازمان‌های حقوق بشر
- رهبران مذهبی و اجتماعی
- مجامع صنفی و خدماتی
- خدمات سلامتی نظیر بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها
- سازمان‌های جوانان و رهبران جوانان
- خدمات اجتماعی
- رسانه‌ها

این امر اهمیت بسیار دارد که راه‌هایی برای تأمین مشارکت مستقیم و مداوم جامعه در تدوین و ارزیابی مأموریت و کار این شبکه پیدا کنیم.

کار با یک شبکه خدمات درمانی اولیه (PHCN). شبکه خدمات درمانی اولیه در جامعه دسترسی به اعضای متنوع تیم‌های چندرشته‌ای را فراهم می‌آورد، نظیر پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان. بزرگ‌ترین نقطه قوت این شبکه را مکان آن تشکیل می‌دهد: مراقبت و حمایت را می‌توان در محل، یعنی مستقیماً از جایی که متقاضیان خدمات در آن زندگی و کار می‌کنند، تأمین کرد. محل اقامت متقاضیان به کارکنان شبکه خدمات درمانی اولیه این امکان را می‌دهد که روابط نیرومندی با مشتریان خود برقرار کنند و در همان حال، زندگی و نیازهای روزمره مشتریان خود را بهتر درک کنند. خدمات درمان جامعه‌محور می‌تواند با همکاری شبکه خدمات درمانی اولیه (PHCN)، به شیوه‌های زیر خدمات درمانی وابستگی به مواد مخدر ارائه دهد:

- در میان گذاردن اطلاعات مربوط به مشکلات مصرف مواد مخدر در جامعه،
- ظرفیت‌سازی برای متخصصان PHCN به کمک آموزش عملی، آموزش نظری، در میان گذاردن تجربیات و مشاوره،
- در میان گذاردن اطلاعات مربوط به مدیریت/هماهنگی موارد،
- عرضه دانش کارشناسی و حمایت به این شبکه، و
- انجام راحت و بی‌دردسر خدمات ارجاعی.

کار با خدمات تخصصی. برنامه‌ریزان پروژه‌ها باید برای تقویت و بهبود یک شبکه درمانی و برآورده کردن نیازهای درمانی و اجتماعی متقاضیان، خدمات تخصصی بسیاری نظیر موارد زیر را در خدمات خود بگنجانند:

- خدمات اورژانس درمانی و روان‌درمانی برای پشتیبانی از خدمات جامعه‌محور به کمک تأمین تخت‌های بیمارستانی، و خدمات آزمایشگاهی که ممکن است در محدوده خدمات یا شبکه‌های جامعه‌محور وجود نداشته باشند،
- برنامه‌های STD، اچ‌آی‌وی و ایدز که می‌توانند از طریق درمانگاه‌ها و حمایت‌های گوناگون، خدمات درمانی یکپارچه‌ای ارائه دهند،
- مشارکت در برنامه‌های امدادی جامعه‌محور،
- برنامه‌های توانبخشی جسمی یا تأمین مراقبت در خانه برای متقاضیانی که نمی‌توانند به دلیل شدت بیماری از خانه‌هایشان بیرون بیایند،
- برنامه‌های سلامتی و ایمنی در محل کار که تیم‌های خدمات جامعه‌محور قادر به توسعه آنها هستند،
- برنامه‌هایی که حامی گسترش مسکن ارزان‌اند و/یا به درآمد و اشتغال کمک می‌کنند،
- آموزش کار و خدمات اجتماعی و ایجاد فرصت‌های درآمدزا

وجود کلیه ارائه‌دهندگان خدمات فوق‌شرکای لازم تأمین حمایت زیست‌روان‌اجتماعی در ارائه خدمات درمانی جامعه‌محور هستند.

فعالیت اثربخش در یک شبکه به معنای تعیین اهداف مشترکی است که خدمات جامعه‌محور و شرکای آن بر سر آنها توافق دارند. تشریک مساعی و شراکت با تأمین‌کنندگان خدمات تخصصی به عوامل زیر بستگی دارد:

- اطلاع از مأموریت، رهنمون‌ها و اصول خدماتی که باید در این شبکه مشارکت کنند،
- کار با یکدیگر به عنوان تیم‌های چندرشته‌ای در داخل جامعه،
- در میان گذاردن و یکجا جمع کردن عرضه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد علمی برای بیماران،
- ایجاد گردش کارها، استانداردها و روش‌های مشترک،
- تقویت توانایی شرکای شبکه در دستیابی به اهداف مشترک و فراهم کردن نیازهای جامعه با روی هم ریختن منابع (منابع مادی، زمان و منابع انسانی) و مهارت‌ها،
- در میان گذاردن اطلاعات،
- برگزاری جلسات منظم و تبادل اطلاعات با شرکای مختلف،
- به وجود آوردن و برقرار کردن شیوه‌های عملی مرتبط کردن سازمان‌های اجتماعی گوناگون که

قادرند به ایجاد کیفیت زندگی بهتری برای بیماران کمک کنند و به پیشبرد یک جامعه همه‌شمول یاری رسانند،

- تمایل به فعالیت پیرو طرح و برنامه به منظور دستیابی به اهداف مطلوب، و
- جستجوی مداوم برای یافتن شیوه‌های تقسیم مسئولیت و پاسخگویی برای اقدامات و نتایج فعالیت‌های شبکه

شبکه‌های اجتماعی در صورتی با اثربخشی بیشتری فعالیت خواهند کرد که یکی از شرایط زیر برقرار باشد:

۱. نگهداری زیرساخت جامعه (پایه اجتماعی آنها)
۲. همکاری نزدیک با شبکه‌های سلامتی و رفاه موجود و با سازمان‌های اجتماعی دیگر،
۳. تمهیدات کافی و متنوع برای تأمین مالی،
۴. وجود یک جو اجتماعی پذیرش و/ یا تسامح برگرد مسائلی نظیر تمایلات جنسی، ترجیح جنسی یا استفاده از مواد مخدر (موریسون، ۱۹۸۹)

شناسایی نیازهای جمعیت‌های آسیب‌پذیر. برقراری کانال‌های ارتباطی باز با جامعه این شانس را که بتوانیم جمعیت‌های آسیب‌پذیر را که دسترسی محدودی به خدمات درمانی دارند، شناسایی کنیم. در تلاش برای شناسایی و درک جوامع مطرود و منزوی، این امر اهمیت دارد که اشخاصی را شناسایی کنیم که بتوانند به عنوان رابط میان تأمین‌کنندگان خدمات و اعضای جامعه عمل کنند. این امر نیز اهمیت دارد که قواعد اجتماعی حاکم بر جوامع مطرود و منزوی، رفتارها و نیازهای آنها را بشناسیم تا اقدامات ما مزاحمت و تجاوز تلقی نشود.

کارکنان امدادی می‌توانند روابطی با مالکان مؤسسات محلی برقرار کنند که در نتیجه آن، این افراد بپذیرند منابع درمانی عمومی را به مشتریان برسانند. برای مثال، مالکان یک فروشگاه ممکن است مواد مورد نیاز مصرف‌کنندگان مواد مخدر را که توسط CBTS فراهم شده است و مانع از به خطر افتادن سلامت و رفتار اجتماعی پرخطر می‌شود، به افراد مبتلا برسانند. مثال دیگر شرکای محتمل کارگران جنسی هستند که ممکن است بتوان از آنها به عنوان آموزش‌دهنده افراد نظیر استفاده کرد. آنها همچنین می‌توانند در خارج از ساعات فعالیت رسمی CBTS (برای مثال، در ساعات نیمه شب) به دیگر کارگران جنسی کمک کنند و با آنها کار کنند. CBTS به کمک چنین پیوندهایی دسترس‌پذیرتر می‌شود.

یکی از اجزاء مهم فعالیت‌های امدادی، تماس گرفتن با اشخاصی از میان گروه‌های مطرود و منزوی و تأمین مشارکت اعضای از جوامع آنها برای کمک به تدوین برنامه‌های کار و رهنمون‌هاست. عنصر دیگر

شناخت کلیه اعضای جامعه، احترام گذاردن به نیازهای منحصربه‌فرد آنها و اعتمادسازی است.

باید مطمئن شد که کلیه کسانی که به درمان نیاز دارند، به صورت عادلانه از خدمات درمانی برخوردار می‌شوند و به سهولت به خدمات درمانی در کلیه نقاط شبکه دسترسی دارند. هم‌زمان، تأمین‌کنندگان خدمات باید هر جا که میسر باشد این توانمندی را در مشتریان خود به وجود آورند که حقوق مدنی و بشری خود را بشناسند و از آنها دفاع کنند. ارائه‌دهندگان خدماتی نظیر مددکاران اجتماعی نقش مهمی در حمایت از بسیج این سیستم برای تأمین خدمات درمانی بهتر و هماهنگی بهتر منابع ایفا می‌کنند. تأمین‌کنندگان خدمات همچنین به تغییر برداشت جامعه نسبت به مصرف‌کنندگان مواد مخدر و بسیج جامعه در مشارکت در کارزارهای ضدیت با انگ‌زنی، کمک می‌کنند.

تأمین‌کنندگان خدمات در همان حال به ایجاد رابطه میان خدمات درمانی و جامعه همت می‌گمارند، باید برای کسب اعتماد جامعه و حفظ آن از اصول اخلاقی تبعیت کنند. آنها همچنین باید بدانند که تا چه حد قادرند به نیازهای جامعه پاسخ دهند و تا چه حد می‌توانند به شیوه‌ای مداوم و پایدار از آن حمایت کنند. این امر اهمیت دارد که وعده‌هایی ندهیم که نتوانیم به آنها عمل کنیم. بهتر آن است که به عوض تحمیل نظرات خود، پیشنهادهایی مطرح کنیم و به بحث درباره آنها بپردازیم.

بسیج منابع در جامعه. اغلب اوقات، جامعه دارای منابعی است که تنها او از آنها آگاه است و گاه منابعی دارد که هنوز حتی مورد توجه قرار نگرفته‌اند. اطلاعات مربوط به منابع موجود جامعه، علاوه بر روش ارزیابی رسمی منابع جامعه (فصل ۳)، با آغاز ایجاد یک شبکه نیز به کمک اثر گلوله برفی قابل دستیابی است. برای مثال، مالکان و کارگرانی که اوقات فراغت خود را در محل‌های تفریحی (نظیر قهوه‌خانه‌ها و باشگاه‌ها) می‌گذرانند، می‌توانند در پیشگیری از اثرات منفی سلامتی و اجتماعی مصرف مواد مخدر به شرکای ما تبدیل شوند. این روش می‌تواند یکی از روش‌های خلاق بسیج منابع انسانی در جامعه به شمار رود.

این شبکه می‌تواند به شیوه‌ای رسمی به ایجاد روابط تشریک مساعی و همکاری با سازمان‌های آموزشی و تحقیقاتی اقدام کند تا:

- به تبادل اطلاعات و فرایندهای کاری با آنها بپردازد،
- توانایی نهادهای آموزشی را در آموزش دیگران در مورد درمان وابستگی به مواد مخدر افزایش دهد، برای مثال، از طریق مستقر کردن یک محقق در خدمات درمانی،
- به پخش اطلاعات روشن و قابل‌اعتماد میان جامعه کمک کند، و
- پروژه‌های تحقیقاتی تعریف کند که پاسخگوی نیازهای شبکه‌های خدماتی و جوامع هستند.

دو بررسی موردی زیر، مثالی از دو شبکه خدمات درمانی جامعه محور در دو محیط متفاوت (برزیل و کانادا) ارائه می دهند.

مطالعه موردی: سائوپائولو، برزیل

اطلاعات پروژه

نام پروژه: شبکه سلامت روانی سانتو آندرئاس

شهر/کشور: سائوپائولو، برزیل

سازمانها و اشخاص مرتبط با پروژه:

مرکز مراقبت روانی-اجتماعی از مصرف کنندگان از الکل و مواد مخدر

شهرداری سانتو آندرئاس

رئیس اداره سلامت عمومی

هماهنگی سلامت روانی عمومی

سانتو آندرئاس، سائوپائولو، برزیل

دسیو دو کاسترو آلوز، مسئول هماهنگی عمومی شبکه سلامت شهرداری

Email: dcalves@santoandre.sp.gov.br

Phone: +55.11.44333092

مرکز مراقبت از مصرف کنندگان الکل و مواد مخدر

Email: graziellasantoandre@gmail.com

Phone +55.11.49923668

وبسایت: ندارد

وضعیت پروژه: از سال ۱۹۹۷ اجرا می شود

منبع تأمین بودجه: شهرداری سانتو آندر

تعداد سالهای فعالیت: ۱۰ سال

گروههای هدف:

- بیمارانی که برای مدت طولانی در بیمارستانهای روانی بستری بوده اند
- اشخاصی که به الکل و مواد مخدر وابستگی دارند و خانواده هایشان
- جمعیت های آسیب پذیر (برای مثال کارگران جنسی، کودکان فراری و نوجوانانی که ممکن است در معرض خطر سوءاستفاده جنسی باشند و افراد بی خانمان
- اشخاصی که در مورد مصرف مواد مخدر به اطلاعات و/یا راهنمایی نیاز دارند (برای مثال، آموزگاران، دانش آموزان، دیگر افراد حرفه ای)، و
- اشخاصی از بخش دولتی (برای مثال، کارکنان دولتی که در خط مقدم فعالیت و تصمیم گیری قرار دارند

مسائلی در مطالعه موردی مد نظر قرار گرفت:

ضروری بود که شبکه خدماتی ایجاد شود که از مرکز هماهنگ شود و از اهداف و اصول مشترکی در توجه به تأمین نیازهای اشخاص دارای وابستگی به الکل و دیگر مواد مخدر پیروی کند. چالش دیگر یافتن بهترین راه برای تقسیم و استفاده از منابع شبکه برای تأمین خدمات درمانی بسیار اثربخش در جامعه بود.

سابقه پروژه:

در سال ۱۹۹۷ شهرداری به اصلاح در نظام سلامت روانی دست زد. در آن زمان، نظام سلامت روانی بر گرد چهار مجموعه درمان بیماران سرپایی، برخی تیم‌های کوچک پزشکان عمومی برای ارائه خدمات درمانی، یک درمانگاه اورژانس روان‌پزشکی و حمایت یک بیمارستان روان‌پزشکی سازمان یافته بود. خدمات عمومی در جامعه قادر نبودند به تقاضاهای بیماران پاسخ دهند. از این روست که تقریباً کلیه بیماران که به درمانگاه اورژانس مراجعه می‌کردند، برای درمان بستری به بیمارستان روان‌پزشکی اعزام می‌شدند.

اهداف:

- توسعه یک شبکه سلامت روانی جامعه‌محور، شامل ارائه خدمت به اشخاص دارای وابستگی به الکل و مواد مخدر
- تقویت توانبخشی اجتماعی بیماران
- جلوگیری از طرد اجتماعی بیماران
- توسعه اقداماتی که در به حداقل رساندن آسیب‌ها و ریسک‌های وارده به سلامت متقاضیان مفید باشند (برای مثال، ارائه مطالب آگاهی‌دهنده و وسایل پیشگیرانه برای حمایت از سلامت بیماران، فراهم کردن شرایطی که بیماران را از محیط‌های خطرناک دور نگهدارد)
- کاستن از انگ‌زنی‌ها و مقابله با تعصب‌ها
- افزایش کیفیت زندگی متقاضیان

فرآیندها / فعالیت‌ها:

برای شروع این دگرگونی، دانشکده پزشکی و استانداری توافقنامه‌ای امضا کردند. دانشکده پزشکی مسئولیت خدمات اورژانس را بر عهده گرفت و متعهد شد که حمایت‌های درمانی از خدمات جامعه‌محورای به عمل آورد که در شرف ایجاد بود. این امر بدانجا منجر شد که مصرف‌کنندگان مواد را دیگر به بیمارستان روان‌پزشکی راه ندهند.

از کلیه دانش‌ها و منابع برای بهبود کیفیت خدمات اجتماعی استفاده شد تا نیازهای متقاضیان برآورده شود. جامعه، دولت، مددکاران، خانواده‌ها و مصرف‌کنندگان مواد همگی در این فرایند شرکت داده

شدند. سازمان هماهنگی سلامت ملی تدوین یک برنامه اصلاح کشوری را با همان اهداف آغاز کرد که حمایت زیادی از فرایندهای محلی به عمل می‌آورد. در حال حاضر، شراکتی میان نظام سلامت عمومی و سازمان غیردولتی مرکب از استفاده‌کنندگان از خدمات، خانواده‌ها و مددکاران اجتماعی که حمایت اساسی از پروژه به عمل می‌آورند، وجود دارد.

درس آموخته‌ها:

- مشارکت فعال استفاده‌کنندگان در کلیه فرایندهای ایجاد شبکه برای توسعه روش‌های خود اهمیت اساسی دارد.
- خدماتی که استفاده‌کنندگان نتوانند به آن دسترسی داشته باشند، ارزش ندارد.
- این کار توسط افرادی از جامعه شکل می‌گیرد که تاریخ، علائق و منافع، امکانات و نیازهای خاص خود را دارند. از این رو، باید کل طیف تجربیات آنها را مد نظر قرار داد، برای آن ارزش قائل شد و در توسعه خدماتی واقعی و اثربخش برای جامعه به کار برد.
- مشارکت خانواده در توسعه یک شبکه جامعه‌محور کیفیت خدمات را بالا می‌برد. این خانواده‌ها هم‌زمان می‌توانند منبع اجتماعی نیرومندی در کمک به حل مشکلات جامعه باشند.
- منابع زیادی در جامعه وجود دارند که می‌توان آنها را برای حمایت از این خدمات به خدمت گرفت.
- اطلاعات روشن و عینی یکی از اجزاء مهم در خدمات جامعه‌محور هستند.
- خدمات جامعه‌محور باید در یک محیط صمیمانه و محبت‌آمیز ارائه شوند.
- بی‌نهایت اهمیت دارد که در متن این شبکه حمایت حقوقی لازم را به وجود آوریم.
- توسعه خدمات جامعه‌محور به لحاظ اقتصادی میسر و باصرفه و به لحاظ فنی قابل توصیه است.

نتایج / دستاوردها

- شهرداری ۱۳ شبکه خدماتی عمومی جامعه‌محور به شرح زیر ایجاد کرده است:
- سه مرکز روان‌پزشکی که به صورت ۲۴ ساعته و در هفت روز هفته دایر هستند (۲۴/۷) دو مرکز برای بیمارانی که مشکلات روانی دارند و یکی برای بیمارانی که مشکلات مربوط به مصرف الکل و مواد مخدر دارند. این خدمات شامل خدمات امدادی هم می‌شود،
 - یک مرکز روانی-اجتماعی برای کودکان که ۱۲ ساعت در روز دایر است،
 - یک تیم امدادی،
 - خدماتی برای مراقبت از آموزش‌های حرفه‌ای و تأمین مجدد اشتغال بیمار
 - سه مرکز خدمات محلی (اینها مکان‌های درمانی در جامعه محلی هستند. هر چند این مراکز خدمات بستری ارائه نمی‌دهند، به مراقبت از بیمارانی می‌پردازند که برای مدت طولانی در

بیمارستان‌های روانی بستری بوده‌اند).

- نظام اورژانس روان‌پزشکی (در مشارکت با دانشکده پزشکی)، و
- سه مرکز خدمات سرپایی برای مراقبت از متقاضیانی که علائم بیماری ملایم‌تری دارند

اصول اساسی و خطوط اصلی ارتباطی که رئوس اصلی آنها در پروتکل شبکه ذکر شده است، فعالیت این شبکه را هدایت می‌کند. طبق این پروتکل، کلیه خدمات شبکه بر گرد هفت اصل بنیادی توسعه یافته‌اند:

۱. دسترسی تضمین شده برای متقاضیان
۲. تیم‌های چندتخصصی
۳. توسعه پروژه‌های روان‌درمان‌گری مجزا
۴. تدوین فرایند کار در فضاهای بحث و گفتگوی دسته‌جمعی در درمانگاه‌ها
۵. کنترل و شهروندی اجتماعی
۶. کار با خانواده، و
۷. شبکه‌ای که به نحو احسن فعالیت می‌کند و حمایت‌گر و مددکار است

تعداد بیماران پذیرش شده در هر ماه در دیگر بیمارستان‌های شهرداری در این منطقه (منظور بیماران بستری است) ناچیز بوده است. از این رو، میزان تقاضا برای خدمات در بیمارستان روانی محلی کاهش یافته است. در این زمان است که سازمان هماهنگی سلامت روانی کشور شبکه عمومی سلامت روانی سانتو آندراس را به عنوان یک مرکز مرجع در این منطقه به رسمیت می‌شناسد.

چالش‌ها:

- گسترش شبکه
- تقویت تحقیقات و توسعه یک پایگاه علمی برای کار خدمات جامعه‌محور
- کمک به توسعه یک شبکه کشوری سلامت روانی
- کسب پذیرش و مقبولیت اجتماعی برای این روش کار، و
- گسترش دادن این شیوه کار در سراسر شبکه خدمات درمانی مبتنی بر پزشکان عمومی

مسائل موقعیتی و فرهنگی در رابطه با این پروژه:

درباره خدماتی که به ویژه برای مصرف‌کنندگان الکل و مواد مخدر در این پروژه توسعه یافته است: این مرکز به صورت شبانه‌روزی (۲۴/۷) فعالیت می‌کند و به شهروندان شهری که ۶۵۰,۰۰۰ نفر سکنه دارد، خدمات می‌دهد. تقریباً ۶۰ مددکار در این مرکز کار می‌کنند و اقدامات مرکز در دو محیط متفاوت:

داخلی و کارهای امدادی سازمان یافته است.

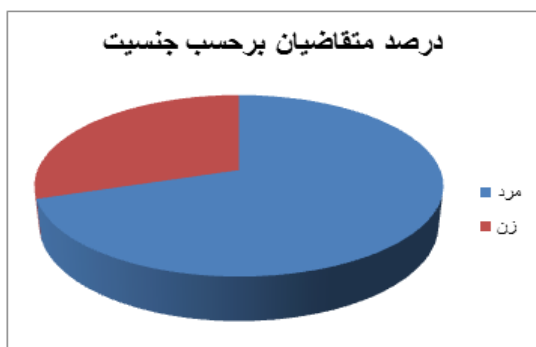
کارهای داخلی: تیمی که در این مرکز مستقر است، آماده است که از اولین لحظه‌ای که با یک متقاضی در تماس قرار می‌گیرد، به صورتی بین‌رشته‌ای فعالیت کند. متقاضیان پس از نخستین مصاحبه (برنامه کار قبلی و/ یا دلایل و شواهد پزشکی لازم نیست)، بر اساس نیازهای تک تکشان به درمان و مراقبت مناسب ارجاع داده می‌شوند. این درمان شامل: دارو، تخت (روز و شب)، مشاوره انفرادی، گروه‌های درمان‌گر، کارگاه‌ها، اطلاعات مناسب و وسایل پیشگیری از آسیب.

کارهای امدادی: این اقدامات در خیابان‌ها، در محل‌هایی که کارگران جنسی در آنها به کار مشغولند، در کلوب‌های شبانه، در اماکنی که مواد مخدر در آنها معامله می‌شوند و در هر جای دیگری که نیاز به مراقبت در آن مطرح شود، انجام می‌گیرند. تیم امدادی در این گونه اماکن به ارائه خدمات زیر می‌پردازد: مطالب روشن‌گر چاپی درباره بهداشت و سلامتی، کاندوم، مشاوره، خدمات درمانی ساده عمومی، سوزن‌ها و سرنگ‌های بهداشتی، آب، آب نارگیل، و واکسن. آنها هم‌زمان متقاضیان را به مراکز یا دیگر خدمات نظام سلامت ارجاع می‌دهند.

کلیه متقاضیانی که به این مرکز مراجعه می‌کنند، یک معرفی روان‌درمانی از یک متخصص دارند که مسئولیت پروژه روان‌درمانی متقاضی را بر عهده می‌گیرد. معرف‌های روان‌درمانی بیماران کسانی هستند که به همراه بیماران در تدوین رویه‌ها و فعالیت‌های مورد نیاز برای مراقبت از نیازها و خواست‌های آنها شرکت داشته‌اند.

استفاده فرهنگی از الکل توسط برزیلی‌ها به میزان قابل توجهی به استفاده زود هنگام از الکل توسط جوانان کمک کرده است. بسیاری از برزیلی‌ها در سنین نوجوانی استفاده از الکل را شروع می‌کنند. آنها به دلایل مختلف از الکل استفاده می‌کنند (برای مثال، برای خوش‌گذرانی با دوستان در ساعات خوشی و بالا بردن عملکرد جنسی خود). این باور به طور گسترده‌ای در میان جوانان برزیلی وجود دارد که مصرف الکل، قدرت جنسی (مدت زمان و اندازه)، هوش و قدرت جسمی را افزایش می‌دهد. باید در مراحل آغازین برنامه‌ریزی پروژه‌ها این باورهای فرهنگی را مد نظر قرار داد و به حساب آورد تا بتوان این نگرش‌ها را با وسایل و منابع گوناگون واریسی کرد.

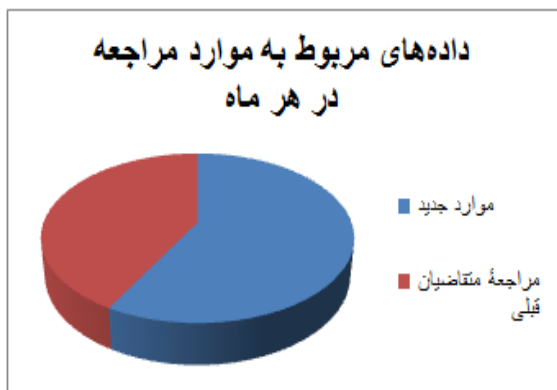
برخی داده‌های ارزشیابی در رابطه پروژه:



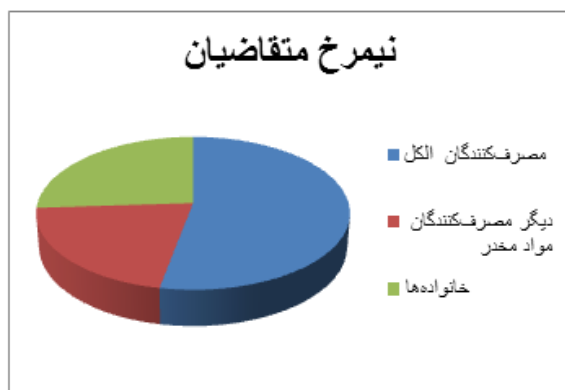
مرد: 70%
زن: 30%



مصرف‌کنندگان: 40%
خانواده‌ها: 60%



موارد جدید: ۵۸٪
متقاضیان جدید: ۴۲٪



مصرف‌کنندگان کل: ۵۳٪
دیگر مصرف‌کنندگان مواد مخدر (شامل نیکوتین): ۲۱٪
خانواده‌ها: ۲۶٪

اقدامات توسعه‌یافته: ۲۰۰ روبه در روز
تعداد بیمارانی که ثبت‌نام کرده‌اند: ۱۶,۸۰۰ نفر
تعداد بیمارانی که عملاً حضور دارند: تقریباً ۱۰۰۰ نفر
تعداد متقاضیانی که تنها یک‌بار درمان دریافت کرده‌اند و دیگر هرگز بازنگشته‌اند: ۱۵٪

یافته‌های اصلی:

- یکی از اقدامات مهم در مرکز جلسات روزانه تیم است. این امر برای موفقیت پروژه از اهمیت بسیار زیاد برخوردار است که تیم در زمینه برنامه‌ریزی و ارزیابی کاری که توسعه می‌یابد، توافق داشته باشد.
- تعداد متقاضیان بستری که پیش از ایجاد شبکه درمان جامعه‌محور در بیمارستان روانی پذیرش شده بودند، ماهانه ۹۶ نفر بود. اکنون که شبکه ایجاد شده است، تعداد متقاضیانی که در این بیمارستان پذیرش می‌شوند، ماهانه ۶ نفر است.
- برپا کردن یک مدل ارائه خدمات درمانی جامعه‌محور که دسترسی برای همگان به آن میسر باشد، ارزان‌تر یا ساده‌تر از برپا کردن یک مدل سنتی مراقبت درمانی نیست. جستجوی منابع پنهان در جامعه" (طبق اصطلاحی که بنه‌ده‌تو ساراسنو، رئیس سلامت روانی و سوءمصرف مواد در سازمان بهداشت جهانی، به کار برد) به توسعه رویکردهای بسته‌تر و دائمی‌تر منجر شده است که بر الزامات کم‌تر، انعطاف‌پذیری و روش‌های متنوع‌تر مراقبت مبتنی هستند. امروزه شاهد افزایش کیفیت کار و نتایج آن هستیم. متقاضیان بیشتر و برای مدت‌زمان‌های طولانی‌تری درگیر این فعالیت می‌شوند. همچنین خانواده‌های بیشتری، از جمله آنهایی که نمی‌توانند بستگان بیمار خود را که به مواد وابسته هستند، در همان ابتدای کار برای مداخله‌های به‌موقع به شبکه مرتبط کنند، در شبکه درگیر می‌شوند.
- برای آنکه متقاضیان را در برنامه نگهدارند و از آنها مراقبت به عمل آورند، مداخله روان‌درمانی

متنوع‌تری به خدمت گرفته شد. روش درهای باز تضمین‌کننده مشارکت موفق متقاضی نیست و برعکس: رویکردهای متفاوت برای اشخاص متفاوت. مهم‌ترین نکته آن است که به یاد داشته باشیم که هر جا که میسر باشد، باید کلیه منابع شناخته شده ارائه شوند و باید در دسترس باشند. این امر به ویژه برای آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در میان مجموعه متقاضیان ما صادق است. این امر همچنین برای درگیر کردن تعداد هر چه بیشتری از مردم در این فرایند واجد اهمیت است.

- برخی شواهد که نشان‌دهنده مقبولیت اجتماعی CBTS در منطقه هستند، عبارتند از:
 - افزایش شمار تقاضا برای مشارکت در مدیریت موارد درمان سلامت روانی از سوی خدمات درمانی عمومی (درمان توسط پزشکان عمومی) (که شبکه درمانی دیگر جامعه محور است) با مرکز،
 - جوایز متعددی که در تقدیر از خدمات شبکه به آن اهدا شده است، و
 - تقدیر از کارهای تیم خدمات امدادی
- همچنین سازمان‌های بیش از پیشی، از جمله سازمان‌های غیردولتی (NGOs)، به بخشی از شبکه CBTS تبدیل می‌شوند.

مطالعه موردی: تورونتو، کانادا

اطلاعات پروژه

نام پروژه: برنامه سوء مصرف مواد برای جوانان کانادایی آفریقایی تبار و منطقه کارائیب (SAPACCY): راه نیل به مردانگی و زنانگی، برنامه‌ای برای تقویت ارزش‌ها و رفتار مسؤلانه در پسرها و دخترهای سنین ۱۲-۱۸

شهر / کشور: تورونتو، کانادا

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: آقای لیو گلدینگ، مدیر پروژه

250 College St., Suite 306 Toronto, ON,
Canada, M5T 1R8

تلفن: 1+ 416-535-5801, ext.

6767;

ایمیل: lew_golding@camh.net

وبسایت: www.camh.net

وضعیت پروژه: این پروژه در حال حاضر در یکی از مراکز سلامت محله، دو دبیرستان، سه مدرسه ابتدایی و یک کلوب پسران و دختران فعال است

منبع مالی: SAPACCY بودجه شروع به کارش را از مبلغ اهدایی به برنامه کودک و خانواده در مرکز اعتیاد و بهداشت روانی، تورونتو، کانادا دریافت کرد.

سال‌های فعالیت: از سال ۲۰۰۶ دایر بوده است

گروه‌های هدف: جوانان کانادایی آفریقایی و کاراییب تبار و والدین آنها در ۱۳ جامعه در معرض خطر

مسائلی که به آنها در مطالعه موردی پرداخته شده است:

پسران نوجوانی که به سنین جوانی گذر می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که مرتکب جرایم خشونت‌بار شوند، در مدرسه دچار دردسر گردند، مواد مخدر مصرف کنند و به باندهای خلاف بپیوندند. این دوران حتی در بهترین شرایط می‌تواند دورانی آشفته و خطرناک باشد، زیرا پسرها درباره این امر که مرد بودن واجد چه ویژگی‌هایی است، پیام‌های متفاوتی دریافت می‌کنند. این گذار در بسیاری از این محلات با دشواری بازم بیشتر انجام می‌گیرد، زیرا نوجوانان (پسر و دختر) با نیروهای متضادی نظیر انتظارات پایین و فرهنگ عامه دست و پنجه نرم می‌کنند، بدون اینکه از حمایت کافی مشاوران و/یا الگوها و سرمشق‌های شخصی کافی برخوردار باشند.

به نظر نمی‌رسد که نظام آموزشی مشکل فراهم کردن نتایج مطلوب را برای این جمعیت آسیب‌پذیر حل کرده باشد. این امر موجب شده است که نرخ ترک تحصیل، اخراج از مدرسه و گسترش دوره‌های فنی - حرفه‌ای بسیار بالا باشد. همراه با این مشکلات، شاهد دشواری‌هایی هستیم که برخی خانوارهای تک‌والد، که به طور عمده خانوارهایی هستند که زنان در رأس آنها قرار دارند، در حل و فصل موفق این مسائل با آنها مواجهند. فقر نیز بخشی از این آمیزه فرار را تشکیل می‌دهد. هدف آن است که روندی را معکوس کنیم که جوانان کانادایی‌های آفریقایی و کاراییب‌تبار را با این خطر روبه‌رو کرده که در نظام تأمین عدالت جزایی سهم نامتناسبی از مجرمین را تشکیل دهند.

سوابق پروژه:

"برنامه راه نیل به مردانگی و پل‌هایی برای عبور به زنانگی"، برنامه‌ای درسی جنسیتی برای پسران و دخترانی است که چندین حوزه کلیدی توسعه را مد توجه قرار می‌دهد و در همان حال بر ارزش‌ها و رفتار مثبت و پیشبرد آنها تأکید می‌کند. این برنامه چارچوب مرجعی را ترویج و مشخص می‌کند که برای جوانی که در آن شرکت می‌کند، انعطاف‌پذیری به همراه می‌آورد. پسران و دختران در یک مرحله بحرانی و گذار در نوجوانی خود ترغیب به پذیرش ویژگی‌های شخصیتی می‌شوند که برای آنها در سفری که از نوجوانی به جوانی در پیش دارند، نقطه قوت و امتیاز به همراه بیاورد.

پروژه:

این جوانان در مخاطره، اغلب فاقد حمایت‌های یک نظام ارزشی منسجم، مثبت و به لحاظ فرهنگی مناسب هستند که پرورش آنها و تبدیل شدن به مردان و زنان جوان را تسهیل کند. دردناک این است که الگوهای آنها اغلب ارزش‌های اجتماعی هستند که مشوق فردگرایی، خشونت، مادی‌گرایی، و حرص هستند.

برنامه سوءمصرف مواد برای جوانان کانادایی آفریقایی و کاراییب‌تبار این واقعیت را می‌پذیرد که عوامل منفی استرس‌زایی در داخل ۱۳ محله در خطر توروئتو قرار دارند. این برنامه نگران نرخ بالای خشونت با توسل به اسلحه و مصرف مواد در داخل این محلات است. *SAPACCY* "برنامه راه گذار به مردانگی و پل‌هایی برای عبور به زنانگی" را به عنوان کاتالیزوری برای تغییر اجتماعی به کار می‌گیرد.

اهداف:

هدف این پروژه آن است که به کمک الگوی مرجعی که انعطاف و خصوصیات جالب در جوانان مورد نظر می‌آفریند، مروج ارزش‌ها و رفتار مثبت باشد. هدف آن است که به کمک فعالیت‌هایی که به جوانان در معرض خطر کمک می‌کند اعتماد به نفس و عزت‌نفس بالا در خود ایجاد کنند، برای آنها راهنمایی

و حمایت فراهم آورد.

فرایند / فعالیت‌ها:

هر برنامه شامل ۱۴ جلسه و یک پروژه چهار هفته‌ای خدمات داوطلبانه اجتماعی است که در گروه‌های مجزا و برحسب جنسیت سازمان یافته‌اند. شرکت‌کنندگان جلساتی را طی می‌کنند که توجه خود را بر جنبه‌های خاصی از مرد شدن / زن شدن متمرکز می‌کند و تا فعالیت‌هایی بسیار تعاملی را دربر می‌گیرد. برای کلیه این افراد یک " پاسپورت " صادر می‌شود که بر این فکر که آنها در سفری شخصی به سر می‌برند که از درون بلوغ و رشد شخصی می‌گذرد، تأکید کند. در پایان هر جلسه، هر شرکت‌کننده یک نشان فرهنگی و یک مهر بر پاسپورت خود دریافت می‌کنند که نشان‌دهنده آن است که آنها موفق شده‌اند مقطع دیگری در گذار خود به بلوغ را پشت سر بگذارند.

از شرکت کارکنان SAPACCY، رهبران حوزه‌های مشابه، دانشجویان دانشگاه محل و دانشجویان مددکاری، داوطلبان، و والدین برای در اجرای این برنامه استقبال می‌شود. جلسات برنامه عبارتند از:

اجزاء برنامه	
۱- آشنایی با شما	۸- پدرشدن / مادر شدن
۲- ارزش‌ها در تصمیم‌گیری شخصی	۹- اشتغال و مسیرهای شغلی
۳- نظامنامه اخلاقی	۱۰- رهبری شخصی و مسئولیت اجتماعی
۴- بهزیستی شخصی	۱۱- چندگانگی (قومی، جنسیتی، نژادی و...)
۵- سوء مصرف مواد	۱۲- همکاری و تعارض
۶- پاسخ به اولیای امور	۱۳- عزت نفس و تصور از خود
۷- رابطه با دخترها/ پسرها	۱۴- فارغ‌التحصیلی

درس آموخته‌ها:

درک عمیق‌تری از این امر که فقر تا چه میزان نقش مهمی در زندگی شرکت‌کنندگان در دوره‌ها ایفا می‌کند، به دست آمد. همچنین معلوم شد که تا چه حد ضروری است که هنگامی که جوانان درباره آنچه از والدینشان یاد می‌گیرند، صحبت می‌کنند، مراقب باشیم که محتوای برنامه را به روشنی برای آنها تشریح کنیم. در ارائه برنامه، انعطاف‌پذیری نیز از اهمیت بسیار برخوردار است. اغلب اوقات هنگامی که شرکت‌کنندگان با تعارض و اختلاف در خارج از برنامه مواجه می‌شوند، نتیجه کار بحث گروهی است.

نتایج:

در هر یک از فازهای این برنامه سه مرحله‌ای، چندین نتیجه پرورشی به دست می‌آید که عبارتند از:

کوتاه‌مدت	میان‌مدت	دراز مدت
۱	فرصت‌های رهبری در جامعه، مدرسه یا باشگاه	به نمایش گذاردن مهارت‌های نیرومند رهبری
۲	تداوم امر تعیین هدف و تلاش برای دستیابی به آنها	برخورداری از این استعداد که هدف تعیین کند و اهداف خود را دنبال کند.
۳	توانایی تبیین یک هدف آموزشی و شغلی	برخورداری از یک پایه دانشی که به کمک آن اهداف آموزشی و شغلی را دنبال کند
۴	باور به این امر که مسئولیت و رهبری مدنی واجد اهمیت است	ادامه شرکت در پروژه‌های خدمات اجتماعی
۵	همواره به توسعه جسمی و سلامت خود توجه دارد و از آن آگاه است	برخورداری از یک روال پیوسته برای سلامت و تندرستی
۶	یک پروژه خدمات گروهی را به انجام رسانده است	هویت مثبتی برای خود قائل است که از تجربیات گروهی ناشی می‌شود
۷	یک نظامنامه رفتاری برای یک گروه را تدوین کرده است	به نمایش گذاردن نظام رفتار شخصی مثبت

امید می‌رود که ساختار این برنامه به کمک تأمین مشارکت دانشکده‌های مشخص شده، باشگاه‌های پسرانه و دخترانه و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی به شبکه خدمات جامعه‌محور، حفظ شود و برقرار بماند. درخواست‌های تأمین مالی با همکاری شرکای مشخص توسعه خواهد یافت. انتظار می‌رود که نقش مشاور و استاد به یک پست حقوق‌بگیر تبدیل شود. وارد کردن بخش کسب‌وکار در این پروژه نیز یکی از اهداف پروژه رانشکیل می‌دهد.

با اتمام دوره توسط شرکت‌کنندگان، امید می‌رود که فرایند حفظ فعالیت‌های مدنی که یکایک شرکت‌کنندگان در پیش می‌گیرند، به عنوان یک ابزار تبلیغی برای برنامه عمل کند. فارغ‌التحصیلان علاقه‌مند و بزرگسال این دوره از این فرصت برخوردار خواهند بود که برای شرکت‌کنندگان جدید برنامه نقش مشاور و استاد را بر عهده بگیرند.

چالش‌ها:

طیف سنی شرکت‌کنندگان در این برنامه ۱۲ تا ۱۸ سال است. در علاقه‌مند نگهداشتن نوجوانان کوچک‌تر با دشواری‌هایی روبه‌رو شده‌ایم، زیرا سطح پختگی میان سنین ۱۲ تا ۱۴ بسیار متفاوت است. از آنجایی که شرکت‌کنندگان نوعاً فاقد حمایت‌های لازم در محیط خانه هستند، فرایند پختگی اغلب کندتر است. این برنامه را باید با یادگیری فعالیت‌محورتری برای شرکت‌کنندگان جوان تطبیق داد تا آنها را علاقه‌مند و درگیر نگهداشت. از آنجایی که وابستگی به باندهای خلاف نقش عمده‌ای در هم‌رنگ شدن نوجوانان با آداب همسالانشان بازی می‌کند، لازم است که هنگامی که شرکت‌کنندگان در برنامه از محلات مختلف هستند، روابط آنها با باندهایشان را مد نظر قرار بدهیم.

ارزیابی داده‌های موجود در رابطه با پروژه:

برنامه به پایان نخستین دور خود نزدیک می‌شود. پس‌آزمون‌ها در پایان دسامبر ۲۰۰۷ انجام خواهند شد.

برخی یافته‌های مهم:

درمورد پسرها، چشم‌انداز نگران‌کننده و ترسناک است. آنها بیشتر از دختران محتمل است که در مدارس با مشکلات انضباطی روبه‌رو شوند. آنها بیشتر با بیماری اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دست به‌گریبان می‌شوند، در کلاس‌های آموزشی ویژه از دختران فزون‌ترند، به باندهای خلاف می‌پیوندند، به مصرف/ سوءمصرف الکل و دیگر مواد مخدر می‌پردازند، زود هنگام پدر می‌شوند، مرتکب جرایم خشونت‌آمیز می‌شوند و سرانجام کارشان به زندان منتهی می‌شود.

فصل ۲: تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA)

این فصل در مورد تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA) است، آنچه که عموماً به "ارزیابی نیاز" معروف است، یکی از بخش‌های اساسی برنامه‌ریزی درمان جامعه‌محور را تشکیل می‌دهد. برنامه‌ریزی درمان طیف گسترده‌ای از خدمات برای کل جامعه، و نه فقط فرد مبتلا، را شامل می‌شود. این برنامه‌ریزی رویه‌های مورد نیاز برای تأمین آن نوع خدماتی را توصیف می‌کند که بیش از همه مورد نیازند و برای یک محیط خاص مناسب هستند.^۴ این کار را می‌توان با شناخت نیازهای جامعه انجام داد و در عین حال به تدوین طرح‌های مناسب برای استفاده از منابع موجود به نفع اعضای جامعه اقدام کرد.

به دلیل تفاوت در الگوهای مصرف مواد مخدر، تفاوت در گروه‌های آسیب‌پذیر، شیوه سازمان‌دادن و مدیریت کردن خدمات و میزان فراهمی منابع، نیاز به درمان برای وابستگی به مواد مخدر ممکن است برای کشورهای متفاوت و در داخل هر کشور تفاوت داشته باشد. گاه ممکن است علائم روشنی از مصرف مواد مخدر در یک جامعه خاص وجود داشته باشد و بودجه عمومی کافی نیز برای پرداختن به مشکل وجود داشته باشد. اما در جوامع دیگر ممکن است علائم وابستگی به مواد پنهان‌تر باشند یا اطلاعات مربوط به مشکل ممکن است تنها از منابع پراکنده قابل تهیه باشند.

یک ارزیابی جامع می‌تواند اطلاعات زیادی درباره مشکل در اختیار تأمین‌کنندگان خدمات درمانی قرار دهد. تأمین‌کنندگان خدمات می‌توانند با استفاده از روش‌های کیفی و کمی گردآوری داده ماهیت و ابعاد مشکل را در جامعه ارزیابی کنند. از این ارزیابی‌ها همچنین می‌توان برای تدوین طرح‌های درمان در سطح فرد و/یا برنامه استفاده کرد. هنگامی که تأمین‌کنندگان خدمات درمانی از اهمیت گردآوری داده آگاه باشند، می‌توانند اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزی آتی خدمات را گردآوری کنند.

تصمیم‌گیری در مورد برپایی خدمات جامعه‌محور برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر اغلب در نتیجه تلفیقی از نیازهای متقاضیان و فشار عمومی انجام می‌گیرد. فشار عمومی ممکن است ریشه در این تصور داشته باشد که محله به دلیل مشکلات اجتماعی مرتبط با مصرف مواد مخدر ناامن شده است. هنگامی که یک ارزیابی جامع مشکلات را برملا می‌کند و نیازهای مربوطه و نیز منابع، ابعاد و احتیاجات را آشکار می‌سازد، گام بعدی آن است که برنامه جامعی برای پرداختن به نیازهای

^۴ برای کسب راهنمایی‌های مشروح در مورد چگونگی انجام ارزیابی‌های ویژه نیازها، لطفاً به مطالب تدوین شده توسط WHO، UNDCP و

مرکز اروپایی پایش مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر (EMCDDA) مراجعه کنید

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

مشخص شده تدوین کنیم. شناخت مشکلات باید با عمل دنبال و پیگیری شود. اگر ارزیابی با اقدام متقاضی دنبال نشود، جامعه ممکن است احساس عجز کند و اعتماد خود را از دست بدهد. برخی رهنمون‌های اصلی برای دستیابی به بهترین نتایج در ارزیابی‌های جامع به قرار زیرند:

- تمهیدی بیندیشید تا آنهایی که به ارزیابی نیازهای جامعه می‌پردازند، عمیقاً با جامعه درگیر و/یا از درون جامعه باشند،
- ارزیابی جامع و کاملاً برنامه‌ریزی شده‌ای انجام دهید که در عین حال که دقیق است، اضطرار و فوریت را در جامعه منعکس کند.
- طرحی برای دسترسی به منابع ضروری تدوین کنید و به اجرا درآورید.
- ارزیابی را در مقاطع تعیین شده تکرار و برنامه را کنترل کنید تا ببینید تا چه حد توانسته است از مشکلات مشخص شده بکاهد. این راهی است برای زیرنظر داشتن نیازهای در حال تغییر جامعه (برای مثال، تغییرات در میزان دسترسی گزارش شده، مقبولیت برنامه و/یا الگوهای مصرف مواد مخدر در داخل یک گروه خاص)

اهداف برنامه در طول زمان یا در محل‌های مختلفی که برنامه در آنها به اجرا درمی‌آید، تغییر می‌کنند. با وجود این، برنامه‌ها اغلب با یک فعالیت مشخص آغاز می‌شوند، نظیر آموزش یا فعالیت‌های امدادی برای مطلع کردن مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه از خطراتی که استفاده مشترک از سوزن برای آنها به بار می‌آورد. هر چند ممکن است اهداف برنامه به نظر روشن و سراسر برسند، شیوه‌های رسیدن به آنها از نظر مناسب بودن یا امکان‌پذیری به ندرت در اولین فازهای برنامه‌ریزی مورد تدقیق و موشکافی قرار می‌گیرند.

ارزیابی نیازها و منابع جامعه

از تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها (SWOT)^۵ می‌توان به عنوان گام نخست برای یافتن مورد نیازترین درمان‌های وابستگی به مواد مخدر و خدمات مربوطه در جامعه استفاده کرد. چنین تحلیلی شامل درگیر کردن اعضای جامعه در یک برنامه توفان فکری در چهار حوزه است.^۶

یک ماتریس متعارف SWOT (لی^۷، ۲۰۰۶) به شما کمک می‌کند که منظره‌ای اجمالی از وضعیت موجود به دست آورید و از آن به عنوان ابزاری برای برنامه‌ریزی بیشتر استفاده کنید.

^۵ اطلاعات بیشتر در مورد تحلیل SWOT می‌توان از وبسایت زیر به دست آورد.

http://www.undp.org/psdtoolkit/2c_swot.html

siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/213798-1194538727144/8SWOT+CU.pdf

^۶ اقتباس از SWOT + Causal Utility که می‌توان آن را از آدرس زیر تهیه کرد:

siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/213798-1194538727144/8SWOT+CU.pdf,

^۷ Leigh

نقاط قوت	نقاط ضعف
• • • • •	• • • • •
فرصتها	تهدیدها
• • • • •	• • • • •

نقطه قوت: یک قابلیت درونی، منبع یا ویژگی ارزشمند که می‌توان از آن استفاده کرد تا به کمک آن به حمایت از جامعه اقدام کرد.

نقطه ضعف: یک کمبود قابلیت، منبع یا ویژگی در درون که برای خدمت‌دهی به جامعه به آن نیاز است.

فرصت: یک امکان که می‌توان آن را دنبال کرد یا به خدمت گرفت تا از مزایای آن به سود همه ذینفعان استفاده کرد.

تهدید: یک عامل خارجی که از این قابلیت برخوردار است که عملکرد خدمات را کاهش دهد

از تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA) در سطح جامعه برای درک ماهیت و بزرگی یک مشکل سلامتی یا اجتماعی استفاده می‌شود تا پاسخ بسنده‌ای به آن داده شود. این فرایند معمولاً دو مرحله مجزا را در برمی‌گیرد: (الف) شناسایی نیازها، و (ب) تصمیم‌گیری در این مورد که کدامیک از همه مهم‌ترند و از این رو، اولویت‌بندی نیازها. این مراحل ممکن است برای ارزیابی نیازها هم در سطح متقاضی و هم جامعه مفید باشد و از یافته‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ها، طرح‌ها و/یا بودجه‌ها استفاده شود. جدول شماره ۱ فرایند ارزیابی‌های جامع جامعه را نشان می‌دهد که از جمله شامل اهداف، عرصه‌هایی که باید ارزیابی شوند، روش‌هایی که می‌توان از آنها استفاده کرد و منابع جامعه می‌شود.^۸

^۸ برای راهنمایی مشروح به ارزیابی درمان داروهای روان‌گردان، کتاب کار ۳: ارزیابی نیاز، که به طور مشترک توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) و EMCDDA تهیه شده است، مراجعه کنید.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

همچنین به ارزیابی‌های سریع وضعیت سوء مصرف مواد و پاسخ به آنها که روش توسعه یافته توسط UNDCP در آن تشریح شده است، مراجعه کنید.

http://www.unodc.org/pdf/report_1999-03-31_1.pdf

همچنین به روش ارزیابی و پاسخ کوتاه را که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) توسعه یافته است، مراجعه کنید.

<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Contents.html>

جدول شماره ۱ تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع در سطح جامعه (INRA)

منابع جامعه	روش‌های پیشنهادی	هدف از ارزیابی	حوزه‌هایی که باید ارزیابی شوند
<ul style="list-style-type: none"> بیمارستان‌های محلی برنامه‌های درمانی درمانگاه‌ها/درمانگاه‌های سلامت روانی محلی مدارس اداره پلیس محلی مؤسسات مجازات خلافکاران کارکنان مددکاری برنامه‌های کاهش آسیب 	<ul style="list-style-type: none"> پیمایش جمعیت پیمایش از جمعیت هدف مشاهده استفاده از مطلعین اصلی مرور ادبیات موضوع مصاحبه گروه‌های کانونی پرسشنامه مرور داده‌های خدمات درمانی 	<ul style="list-style-type: none"> توصیف آن عوامل ساختاری، اجتماعی و فرهنگی که ممکن است در وضعیت کلی استفاده از مواد نقش داشته باشند 	ارزیابی زمینه
<ul style="list-style-type: none"> محققان دانشگاهی پزشکان قانونی مراکز تفریحی جامعه داروسازان خبرگان/ رهبران جامعه محل‌های کار تدوین‌کنندگان خط‌مشی‌ها/تصمیم‌گیران 	<ul style="list-style-type: none"> پیمایش جمعیت پیمایش جمعیت هدف مصاحبه گروه‌های کانونی پرسشنامه مرور داده‌های خدمات درمانی مقالات زیست‌شناسی مستندات 	<ul style="list-style-type: none"> ارائه شرحی کامل از وضعیت مصرف مواد مخدر و مشکلات مرتبط با آن 	ارزیابی مصرف مواد مخدر
<ul style="list-style-type: none"> مراکز تلفن امداد سوء مصرف مواد سازمان‌های جوانان/ رهبران جوانان 	<ul style="list-style-type: none"> مصاحبه گروه‌های کانونی پرسشنامه مرور سوابق مشاهده مستندات 	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی منابعی که در حال حاضر در جامعه وجود دارند، نظیر بودجه، سازمان و منابع انسانی 	ارزیابی منابع
	<ul style="list-style-type: none"> مرور ادبیات موضوع مصاحبه گروه‌های کانونی پرسشنامه مستندات 	<ul style="list-style-type: none"> ارزیابی ماهیت، میزان مناسب بودن، و بسندگی مداخلات و خط‌مشی‌های ویژه موجود 	ارزیابی مداخله و خط‌مشی

شناسایی نیازها و اولویت‌بندی آنها

شیوه‌های گوناگون و روش‌های گردآوری داده متنوعی برای شناسایی نیازهای جامعه وجود دارد، برای

مثال، استفاده از پیمایش و گروه‌های کانونی برای گردآوری مستقیم اطلاعات از اعضای جامعه. روش‌هایی نظیر مصاحبه با مطلعین عمده (برای مثال، استفاده از تکنیک دلفی^۹) از نظر کارشناسان در حوزه‌ای که در نظر است نیازهای مورد نظر را در آن شناسایی کنند، استفاده می‌کند. روش‌های دیگر از داده‌های موجود در مورد بیماری‌های همه‌گیر در شاخص‌های مختلف (برای مثال، مرگ و میر، اختلال در سلامتی و غیره) استفاده می‌کنند تا به عنوان ملاک‌های مستقیم یا غیرمستقیم سنجش نیازهای جامعه ماهیت و وسعت مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر را ارزیابی کنند. هر کدام از این روش‌ها نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارد. توصیه می‌شود که برای ارزیابی از تلفیقی از این روش‌ها استفاده شود.

برای انجام ارزیابی در سطح جامعه خوب است:

- کار را با طیف ایده‌آلی از خدمات آغاز کنید.
- از این مبنا به عنوان مدلی برای ارزیابی میزان سهولت دسترسی به خدمات محلی یا منطقه‌ای استفاده کنید.
- برآوردهایی از تقاضای مورد انتظار و اینکه کدام منابع برای ارائه خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر در چارچوب پیوستاری از مراقبت‌ها لازم هستند، در ارزیابی خود بگنجانید.

اغلب هنگامی که سیاست در فرایند تصمیم‌گیری، نیروی محرکه را تشکیل می‌دهد، دشوار است که بتوان از تأمین خدمات مورد نیاز برای رفع نیازهای شناسایی شده به کمک خدمات مبتنی بر شواهد علمی، دفاع کرد. اگر موضوع آن باشد که مشخص کنیم کدام ناحیه جغرافیایی بیشترین نیاز را دارد، می‌توان شاخص‌های چندگانه‌ای برای مناطق گوناگون مورد بحث تدوین کرد. اگر موضوع آن باشد که اولویت‌دارترین منطقه را از میان گزینه‌هایی که قرار است به آنها خدمات بدهیم، انتخاب کنیم، در آن صورت می‌توان از یک رویکرد تصمیم‌گیری به دقت برنامه‌ریزی شده و شفاف استفاده کرد تا به توافق دست یافت^{۱۰}.

^۹ تکنیک دلفی طی چند دور با درخواست از کارشناسان برای آنکه با فکس، ایمیل یا یادداشت مکتوب به نظرات مطرح شده پاسخ دهند، می‌کوشد میان نظرات آنها توافق به وجود آورد. این کار به طور ناشناس انجام می‌گیرد (یعنی هیچ‌کس نمی‌داند چه کسی کدام نظر را داده است). یک تسهیل‌کننده خلاصه نظریات کارشناسان و دلایل آنها را تدوین می‌کند.

^{۱۰} برای راهنمایی مشروح به ارزیابی درمان اختلال *Psychoactive* مصرف مواد، کتاب کار ۳: *ارزیابی نیاز*، که به طور مشترک توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO)، UNDCP و EMCDDA تهیه شده است، مراجعه کنید.

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

همچنین به ارزیابی‌های سریع وضعیت سوء مصرف مواد و پاسخ به آنها که روش توسعه یافته توسط UNDCP در آن تشریح شده است، مراجعه کنید.

http://www.unodc.org/pdf/report_1999-03-31_1.pdf

همچنین به روش ارزیابی و پاسخ کوتاه را که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) توسعه یافته است، مراجعه کنید.

<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Contents.htm>

نقش جامعه در تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA)

برای آنکه به طور کامل به طور کامل به نگرانی‌های جامعه در مورد مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر و تلاش‌هایی که برای درمان وابستگی به مواد مخدر به عمل می‌آید، بپردازیم، توصیه می‌شود که اعضای جامعه را در مراحل زیر در تصمیم‌گیری شرکت و آنها را در این زمینه آموزش دهیم:

- مرحله برنامه‌ریزی و ارزیابی
- تدوین پرسش‌هایی که باید پاسخ آنها به دست آید، و
- تعیین محدوده‌های مطالعات

هنگامی که جامعه در این فرایند شرکت داده شود، بیشتر احتمال دارد که طرف‌های مقتضی طبق یافته‌های به دست آمده به اقدام دست بزنند.

پاراگراف زیر توجیه اجرای یک ارزیابی جامع در متن نظام‌ها و محیط‌های خاص را تشریح می‌کند. این پاراگراف همچنین برخی راهنمایی‌ها در مورد چگونگی استفاده از این ابزارها در محیط‌های گوناگون، نظیر نظام خدمات درمانی و اجرای عدالت جزایی، محیط‌های کار حرفه‌ای، مؤسسات خدمات اجتماعی و خدمات درمان جامعه‌محور ارائه می‌دهد.

نظام خدمات درمانی. وابستگی به مواد مخدر یکی از مسائل مراقبت‌های درمانی است که هم به طور مستقیم و هم غیرمستقیم بر شماری از حوزه‌های ارائه خدمات درمانی تأثیر می‌گذارد. در متن نظام خدمات درمانی، باید این فرصت را مغتنم شمرد تا موارد پذیرش متقاضیان برای درمان مصرف مواد مخدر را پایش کرد. مواد مخدر مورد استفاده و ویژگی‌ها و مشخصات مصرف‌کنندگان برای ترسیم یک تصویر بهتر از مصرف مواد مخدر در جامعه و تأمین یک پاسخ درمانی مناسب واجد اهمیت است.

باید در نظر داشت که وابستگی به مواد مخدر اغلب با موارد زیر همراه و مرتبط است:

- بیماری‌های عفونی (برای مثال، هپاتیت بی و سی و اچ‌آی‌وی/ایدز)
- سوء تغذیه
- واکنش‌های زیان‌بخش، نظیر مصرف بیش از حد
- بیماری‌های غیرعفونی
- مشکلات مربوط به سلامت روانی و الکل

گردآوری داده و پایش نظام‌های خدمات درمانی می‌تواند اطلاعات مهمی درباره مصرف‌کنندگان مواد مخدر و پیوند میان مصرف مواد مخدر و بیماری‌های عفونی در اختیار ما قرار دهد. همچنین مؤسساتی که به زنان حامله و نوزادان خدمات می‌دهند، می‌توانند داده‌های مفیدی درباره سلامت زنان در جامعه

فراهم آورند. کلیه تدابیر لازم برای تأمین محرمانه ماندن اطلاعات باید در یک شبکه خدماتی رعایت شود.

ارزیابی نتایج و مشکلات مرتبط با مصرف مشکل‌آفرین مواد مخدر در یک جامعه می‌تواند به دستاوردهای زیر منجر شود:

- درک بهتری از آنهایی که به خاطر مصرف مواد مخدر لطمه دیده‌اند،
 - اطلاعاتی اجمالی از انواع مواد مخدری که ممکن است مشکلات سلامتی ویژه به بار آورند، و
 - فراهم کردن پایه‌ای برای دنبال کردن ماهیت در حال تغییر مصرف مواد مخدر
- از این اطلاعات، به ویژه هنگامی که به صورت مداوم گردآوری شود، می‌توان برای توسعه و/یا متناسب ساختن اقدامات درمانی با نیازهای جامعه استفاده کرد.

نظام عدالت کیفری. تعداد قابل توجهی از مصرف‌کنندگان مواد مخدر پایشان به نظام عدالت کیفری می‌کشد. آنها ممکن است به دلایل بسیار، از جمله ترس از محرمانه نماندن اطلاعاتی که در مورد مصرف مواد مخدر می‌دهند و ممکن است آنها را با مشکلات بیشتر (برای مثال، مشکلات با فروشندگان مواد) مواجه کند، اطلاعات خود را در مورد مصرف مواد مخدر ارائه ندهند. این امر به ویژه در مورد آنهایی که در انتظار محکومیت هستند، صدق می‌کند.

هنگامی که به تهیه ارزیابی می‌پردازید، این امر اهمیت دارد که متقاضیان درمان مواد مخدر را مطمئن کنید که اطلاعاتی که درباره خود می‌دهند، محرمانه خواهد ماند.

مأموران مجری قانون ممکن است اطلاعاتی درباره مصرف مواد مخدر در جامعه، نظیر الگوهای خرید و فروش مواد، اینکه ورود کدام مواد به جامعه ممنوع است و میزان دستگیری به خاطر نقض مقررات مواد مخدر، در اختیار شما قرار دهند. اطلاعات مربوط به فعالیت‌های خرید و فروش مواد مخدر نیز می‌توانند اطلاعات شما را در زمینه‌های زیر افزایش دهند:

- انواع مواد مخدری که در خیابان‌ها وجود دارند،
- قدرت تأثیر و خلوص مواد مخدر، و
- انواع موادی که ممکن است در نیازهای درمانی فعلی و آتی تأثیر داشته باشند

این امر اهمیت دارد که به خاطر داشته باشیم ویژگی‌ها و مشخصات و تعداد اشخاصی که دستگیر می‌شوند، ممکن است بیانگر فعالیت عادی پلیس یا نشان‌دهنده یک نگرانی ویژه محله باشد، نظیر تلاش برای پاکسازی یک ناحیه خاص، و از این رو، ممکن است بیانگر مشکل مواد مخدر در کل منطقه یا جامعه نباشند.

داده‌های به دست آمده از مأموران اجرای قانون، هر چند در شرایطی با دقت و روشنی کم‌تری به دست می‌آید، اما در صورتی که در رویدادهای جامعه گردآوری شود و با داده‌های به دست آمده از منابع دیگر کنترل شود، می‌تواند مفید باشد.

مؤسسات خدمات اجتماعی: داده‌های به دست آمده از مؤسسات خدمات اجتماعی نیز می‌توانند اطلاعات مفیدی برای تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA) به دست دهند. تعداد زیاد افراد بی‌خانمان می‌تواند نشان‌دهنده علائم وابستگی به مواد مخدر و مشکلات سلامت روانی باشد که همراه با آن بروز می‌کنند. جمعیتی که آماج دریافت خدمات اجتماعی است (برای مثال، جوانان از خانه گریخته، بی‌خانمان‌ها) اغلب درگیر مصرف مواد مخدر در سطوح گوناگون است (که در عین حال به وضعیت اجتماعی-سیاسی و اقتصادی ناحیه جغرافیایی مورد بحث نیز وابسته است). از کارکنان و سازمان‌هایی که به این‌گونه جمعیت‌ها خدمات می‌دهند، اغلب درخواست می‌شود که به مشکلات مصرف مواد مخدر متقاضیانشان نیز بپردازند. این نکته اهمیت دارد که به هنگام شرکت دادن سازمان‌های اجتماعی در تحلیل اطلاعات، نیازها و منابع (INRA) که بار اضافی وظایف ارزیابی و گردآوری داده را، که کارهایی هستند که باید به طور مجزا برای آنها وقت و انرژی گذاشته شود، بر دوش ارائه‌دهندگان خدماتی که با گروه‌های منزوی و حاشیه‌ای کار می‌کنند، قرار ندهند.

رهبران و خبرگان جامعه. اصطلاح خبره ممکن است به طیف گسترده‌ای از افراد اشاره داشته باشد که در مورد مصرف مواد مخدر در جامعه مورد بحث اطلاع دارند. این افراد ممکن است از جمله شامل خود مصرف‌کنندگان مواد مخدر نیز بشود.

خبرگان و مطلعین عمده کسانی هستند که ممکن است به طور مستقیم شاهد مصرف مواد مخدر از دیدگاه‌های بسیار متفاوت باشند. مصرف‌کنندگان مواد مخدر می‌توانند مطلعین عمده‌ای باشند، زیرا بهتر از هر کس دیگر می‌دانند که مواد مخدر در کجا پیدا می‌شود و الگوهای مصرف آن را می‌شناسند. خبرگان از جمله می‌توانند شامل گروه‌های زیر باشند:

- مصرف‌کنندگان مواد مخدر
- رهبران جامعه
- معلمان و مشاوران مدارس
- رهبران جوانان
- پلیس و مأموران مراقب افرادی که به طور مشروط آزاد می‌شوند
- کارکنانی که در نظام خدمات اجتماعی روی پرونده‌ها کار می‌کنند
- رهبران مذهبی و / یا دیگر رهبران معنوی
- مدیران خانه‌های امن و پرسنل سازمان‌های مسکن

- داروسازان
- مددکاران اجتماعی
- مالکان فروشگاه‌ها و کسب‌وکارهای کوچک

دیدگاه‌های این افراد اهمیت دارد، زیرا آنها می‌توانند مصرف مواد مخدر را از دیدگاه خود توضیح دهند و اطلاعات مشروحی به دست دهند که قبلاً به فکر ما خطور نکرده بود. آنها می‌توانند در فرایندهای تغییر در جامعه دینفع باشند. برای مثال، داروسازان در برخی کشورها تماس مستقیم منظمی با مصرف‌کنندگان مواد مخدر دارند و می‌توانند در صورتی که در زمینه تکنیک‌های مداخله سریع یا کاهش آسیب آموزش ببینند، تا حدی از آنها حمایت کنند.

استراتژی‌های گردآوری داده که عموماً در مورد مطلعین عمده از آنها استفاده می‌شود، به شرح زیرند:

۱. مصاحبه‌های فردی با استفاده از پرسش‌های باز درباره موضوعات کلی مورد بررسی و آنچه که به مطلعین امکان می‌دهد دیگر مسائل مرتبط با آنها را مورد بحث قرار دهند و حتی عنوان نمایند، و
۲. گروه‌های کانونی که در آنها خبرگان جامعه با یکدیگر جلسه می‌گذارند تا درباره یک موضوع، توضیح دادن مسائل یا در میان گذاردن نظریات خود با دیگران، بحث کنند.

توانایی خبرگان جامعه برای تبیین روندها در الگو و وسعت مشکلات مصرف مواد مخدر و نیز شناسایی خدمات درمانی و پشتیبانی مورد نیاز جامعه، باید در طراحی و پیاده‌سازی یک ارزیابی جامع از جامعه مورد بحث مد نظر قرار گیرد.

گردآوری داده، در کل جمعیت، برای مثال، نیروی کار، تصویر گسترده‌تری از مصرف مواد مخدر در یک جامعه مفروض در اختیار ما قرار می‌دهد. معهداً این کار بسیار هزینه‌بر است و باید برای آن از رهنمون‌های اخلاقی سفت و سختی در جامعه بزرگ تبعیت کرد^{۱۱}.

ارزیابی منابع جامعه

باید برنامه‌های اجتماعی را که از درمان، بازتوانی و پیوستن مصرف‌کنندگان مواد مخدر به جامعه پشتیبانی می‌کنند، شناسایی کرد و به عنوان منبعی برای ارائه درمان جامعه‌محور در برنامه گنجانند.

^{۱۱} برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به نشریه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC): برنامه ارزیابی همه‌جانبه. ماژول ۷. چالش‌های اخلاقی در شناخت بیماری‌های واگیردار مرتبط با مصرف مواد مخدر: مسائل، اصول و رهنمون‌ها که به صورت آنلاین در نشانی زیر موجود است:

برای مثال، در محیط‌هایی که منابع اندکی دارند، می‌توان داوطلبان جامعه را شناسایی کرد که آماده‌اند از ارائه خدمات پشتیبانی کنند، هر چند نیازهای آموزشی آنها را باید در نظر گرفت. علاوه بر این، برای مثال فضای اداری یا دیگر فضاهای مورد نیاز ممکن است در داخل نهادهای محلی نظیر کلیسا یا تالارهای شهر موجود باشند. راه‌های شناسایی منابع موجود و قابل دسترسی شامل پرسشنامه، کنترل سوابق، مشاهده و بحث‌های غیررسمی و گفتگو با اعضای جامعه است.

مصاحبه‌شوندگان باید از داخل جامعه مورد نظر انتخاب شوند و درباره طیف مسائل جامعه اطلاع داشته باشند و اشخاصی نباشند که تنها به مسائل مرتبط با مصرف مواد علاقه‌مندند. می‌توان نگرش‌ها و میزان باز بودن برخورد تأمین‌کنندگان خدمات اجتماعی را از طریق مصاحبه‌های عمیق، پرسشنامه یا گروه‌های کانونی ارزیابی کرد.

استفاده از گروه‌های کانونی مزایای متعددی دربر دارد:

(۱) این کار می‌تواند فرایندی منظم برای در میان گذاردن علائق و دل‌نگرانی‌ها و کندوکاو برای یافتن راه‌حل‌های احتمالی به وجود آورد.

(۲) این کار می‌تواند مشوق بحث درباره طرح‌های جدید در یک محیط عمومی باشد و می‌تواند شرکت‌کنندگان را بر آن دارد که موضوع را متعلق به خود بدانند و نسبت به آن تعهد پیدا کنند، امری که پیگیری و پیاده‌سازی بهتر یک رویکرد ویژه ارائه خدمات، نظیر درمان جامعه‌محور را میسر می‌سازد.

ارزیابی نیازها و منابع درمانی جامعه هنگامی بهترین کارایی را دارد که گروه‌های اجتماعی اهمیت مشارکت خود در تحقق تغییر را درک کنند. کمال مطلوب آن است که این گروه‌ها از اراده و قدرت ترغیب جامعه بزرگ برای همکاری در فرایند ارزیابی برخوردار باشند و رهبری لازم را در فرایند تغییرات و گسترش سیستمی فراهم آورند.

یک نتیجه ایده‌آل برای گروه‌های اجتماعی و طرف‌های علاقه‌مند و ذینفع آن است که اینها برای ارزیابی نیازها و منابع درمانی کشف نشده، گرد هم جمع شوند. همچنین جامعه را باید از یافته‌های ارزیابی مطلع ساخت. سرانجام، رهبران جامعه باید این امر را روشن سازند که چه کسی مسئولیت اجرای توصیه‌ها را بر عهده دارد و این اطمینان خاطر را به جامعه بدهند که همگی به منتها درجه پاسخگو خواهند بود.

مطالعه موردی: افغانستان

اطلاعات پروژه

نام پروژه: پروژه حمایت از کاهش تقاضا برای مواد مخدر دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)(AFG/G26): مجموعه شرح وضعیت مواد مخدر جوامع، شرح وضعیت مواد مخدر شماره ۵، ارزیابی از مشکل مصرف مواد مخدر در شهر کابل (۲۰۰۳)

شهر/کشور: کابل، افغانستان

سازمانها و اشخاص مرتبط با پروژه:

آقای جهانزيب خان، هماهنگ کننده بين المللی پروژه

Email: jehanzeb.khan@unodc.org

Website: <http://www.unodc.org/afg/index.html>

وضعیت پروژه: آماده بهره برداری

منبع تأمین بودجه: دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) با کمک اهدایی کانادا، ایرلند، ایتالیا و ایالات متحده آمریکا

سالهای فعالیت: 2002-2003

گروه هدف: مصرف کنندگان مواد مخدر در کابل، افغانستان

مسائلی که در مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

ارزیابی مشکلات ویژه ناشی از مصرف مواد مخدر و گروههای درخطر در داخل جوامع افغانستان

سابقه پروژه:

مجموعه شرح وضعیت مواد مخدر در جوامع (CDP) ارزیابیهایی از مشکلات ویژه ناشی از مصرف مواد مخدر و گروههای درخطر در داخل جوامع افغانی ارائه کردهاند. CDP بخشی از اطلاعات و دادههای لازم برای برنامه ریزی و تدوین استراتژیهای مداخله عقلایی و واقع بینانه در مورد فعالیت های پیشگیری از مواد مخدر و نیز ارائه خدمات برای درمان و بازتوانی مصرف کنندگان مواد مخدر را فراهم می کند.

شرح وضعیت مواد مخدر در جوامع افغان تا آن زمان برای تهیه اسناد زیر تدوین شده بودند:

- مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر در جوامع افغانی: یک ارزیابی اولیه (۱۹۹۹)
- مشکلات ناشی از مصرف تریاک و دیگر مواد مخدر در گروهی از زنان پناهنده افغانی (۱۹۹۹)
- یک مطالعه جامع در مورد معتادان خیابانی افغانی در کوئتا و پیشاور (۲۰۰۰)
- مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر در روستاهای افغانستان: پروژه ازروی

بزرگ (۲۰۰۱) (GAI)

- یک ارزیابی از مشکل مصرف مواد مخدر در شهر کابل (ژوئیه ۲۰۰۳)

هدف:

ارزیابی میزان، ماهیت و الگوی مشکلات مصرف مواد مخدر در کابل به منظور برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در عرصه‌های پیشگیری، درمان، بازتوانی، مراقبت بعد از بهبود و بازگرداندن بیمار به جامعه در مورد وابستگی به مصرف مواد مخدر

فرایند/ فعالیت‌ها

این شرح وضعیت‌ها تا آنجایی که ممکن است بر روش‌شناسی ارزیابی سریع (RSA)^{۱۲} استوار شده‌اند که از تلفیقی از چندین تکنیک گردآوری داده‌های کیفی و کمی استفاده می‌کند. این روش از طیف متنوعی از منابع بهره می‌گیرد که می‌توانند محقق را به درک ماهیت و میزان گستردگی وابستگی به مواد مخدر رهنمون شوند. این روش همچنین ساختارها و خدماتی را که برای برخورد با مشکلات مربوط به مواد مخدر فراهم هستند یا نیستند، نشان می‌دهد.

این شرح وضعیت‌ها بر چارچوب تحقیق عملی استوار هستند که در آن شاخص‌ها نشان می‌دهند که مشکلی وجود دارد، اما داده‌های معتبر کافی وجود ندارد که بتوان بر مبنای آنها مداخلات واقع‌بینانه و مبتنی بر شواهد علمی به اجرا درآورد.

هم داده‌های اولیه و هم ثانویه برای ارزیابی گردآوری شدند. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) از پاسگاه‌های پلیس و بیمارستان‌ها در نقاط مختلف کابل بازدید کرد و کلیه آمارهایی را که آنها در مورد مصرف مواد مخدر نگهداری می‌کردند، گردآوری کرد. آنها با پزشکان و پلیس درباره برداشتشان از ماهیت مشکل مواد مخدر در حوزه فعالیت خود در کابل مصاحبه کردند. به طور رسمی، ۱۲ مددکاری که عملاً درگیر فعالیت در این حوزه‌ها بودند، به استخدام درآمدند و یک آموزش پنج‌روزه در مورد روش‌شناسی تحقیق دیدند. آنها سپس مصاحبه‌های جامعی با ۱۰۰ مطلع عمده و ۲۰۰ مصرف‌کننده مواد مخدر در کابل به عمل آوردند. از آنجایی که مصاحبه‌کنندگان از یک مرکز درمان جامعه‌محور وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی بیماران در کابل می‌آمدند، از مصرف مواد مخدر و کار با مصرف‌کنندگان مواد مخدر درکی حرفه‌ای داشتند. (برای اطلاع از پرسش‌های مصاحبه به ضمیمه A مراجعه کنید) دفتر UNODC برای افغانستان - شرح وضعیت مواد مخدر در جامعه،

^{۱۲} به ارزیابی‌ها و پاسخ‌های سریع مصرف مواد مخدر که روش توسعه یافته توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) (۱۹۹۹) و روش ارزیابی و پاسخ کوتاه توسعه یافته توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) را شرح می‌دهد، مراجعه کنید.

شماره ۵). از این پرسش‌ها در مصاحبه‌های مربوط به این پروژه استفاده شده است.

به منظور ارزیابی، کابل به ۱۰ بخش (در واقع کابل ۱۶ بخش دارد) تقسیم شد و در هر بخش، با ۲۰ مصرف‌کننده مواد مخدر و ۲۰ مطلع عمده مصاحبه شد.

فهرستی از انواع ترجیحی مطلعین اصلی (برای مثال، پزشکان و کادر خدمات درمانی، پلیس، آموزگاران، داروسازان و مغازه‌داران) که برای مدت دست‌کم یک‌سال در منطقه مورد نظر زندگی می‌کرده‌اند، در اختیار مصاحبه‌کنندگان قرار می‌گیرد. سپس از نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب مطلعین اصلی از میان این گروه‌های شغلی استفاده می‌شود.

تلاش برای یافتن مصرف‌کنندگانی که مایل به مصاحبه باشند، دشوارتر بود. تماس‌های قبلی مصاحبه‌کنندگان با مصرف‌کنندگان در مراکز درمانی که در آنها کار می‌کردند، کار دسترسی را آسان‌تر کرد. هنگامی که یک تماس مطمئن برقرار می‌شد، از نمونه‌گیری گلوله برفی (که در آن یک مصرف‌کننده/سوءمصرف‌کننده مواد مخدر مصاحبه‌کننده را به مصرف‌کننده دیگر معرفی می‌کند) برای تماس با دیگر وابستگان به مواد مخدر در منطقه استفاده شد. نمونه‌گیری هنگامی ایده‌آل است که مصاحبه‌شوندگان همگی از یک نوع مواد مخدر استفاده نکنند.

درس‌آموخته‌ها:

در جریان این ارزیابی‌ها، انتظارات مصرف‌کنندگان مواد مخدر در رابطه با "کمک" همیشه به صورت قابل‌انتظاری بالا می‌رود. ایده‌آل آن است که تدوین روش‌های مداخله که منطقی‌تر در پی انجام ارزیابی‌های عمیق از مشکلات مصرف مواد مخدر انجام می‌گیرند، هنجاری باشد و در چارچوب چنین تحقیق عملی جای گیرد.

دستاوردها/ نتایج:

- ارقام برآورد شده به روشنی نشان دادند که کابل از یک مشکل جدی مواد مخدر رنج می‌برد. ده‌ها هزار انسان با وابستگی به مواد مخدر نیازمند آنند که در زمینه مشکلات اجتماعی، مالی و سلامتی به آنها کمک شود، مشکلاتی که از مصرف مواد مخدر از سوی آنها ناشی می‌شود و بر آنها، خانواده‌شان و محلاتشان تأثیر سوء باقی گذارده است. گزارش کامل این ارزیابی در وبسایت دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) افغانستان به نشانی http://www.unodc.org/afg/drug_use.html تحت عنوان یک ارزیابی از مشکل مصرف مواد مخدر در شهر کابل (ژوئیه ۲۰۰۳) وجود دارد. بخش "یافته‌ها و مسائل اصلی" این گزارش با ترجمه درمی میان وزرای دولت، هیئت‌های دیپلماتیک، مؤسسات

- سازمان ملل و سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی و ملی توزیع شده است.
- نتایج ارزیابی، فعالیت‌های کاهش تقاضا در افغانستان را مشخص کرد، نظیر نظام امدادسانی ارجاعی و خدمات سم‌زدایی و درمان به کمک مرکز درمان وابستگی به مواد مخدر، بیمارستان سلامت روانی کابل.

چالش‌ها:

- گردآوری اطلاعات قابل اطمینان درباره مصرف غیرقانونی مواد مخدر در شهر کابل، به دلیل ترس از انگ‌خوردن و دستگیر شدن، امری دشوار و مشکل‌آفرین است. این نگرش‌ها موجب شده‌اند که مصرف مواد مخدر به میزان فزاینده‌ای در خفا صورت بگیرد و پنهان شود. مصرف‌کنندگان مواد مخدر و اعضای جامعه از این کار احساس شرم می‌کنند و در دادن اطلاعات در این زمینه بی‌میل‌اند. آنها ترجیح می‌دهند که وجود این مشکلات اجتماعی در محلات خود را پنهان دارند.
- نمایندگان جامعه متوجه شدند که سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های بین‌المللی ارزیابی‌ها را انجام می‌دهند، اما کمک‌های توسعه را طبق وعده‌های داده شده، ارائه نمی‌دهند.
- داروسازان نسبت به مصاحبه‌کنندگان مشکوک بودند، زیرا می‌ترسیدند به وزارت بهداشت عمومی گزارش شود که آنها داروها را بدون نسخه فروخته‌اند.
- زنان مصاحبه‌کننده‌ای که سؤالاتی درباره مصرف مواد مخدر مطرح می‌کردند، گاه با آزار و اذیت مواجه می‌شدند، هرچند این اتفاق نسبتاً نادر بود.
- مصاحبه با تنها ۲۰۰ مصرف‌کننده مواد مخدر در شهری نظیر کابل به لحاظ آماری نمونه معرفی به شمار نمی‌رود و باید توجه داشت که مصرف‌کنندگان مواد مخدری که با آنها مصاحبه شد، لزوماً نماینده کلیه مصرف‌کنندگان مواد مخدر در کابل نیستند.
- اغلب دشوار بود که مکانی خشک، گرم و امن برای انجام مصاحبه پیدا شود.

مسائل فرهنگی و موقعیتی در رابطه با این پروژه:

دهه‌ها جنگ از ۱۹۷۹ به این سو، جمعیت افغان را (هم در داخل و هم خارج کشور) نسبت به طیف گسترده‌ای از مشکلات سلامت روانی، شامل نگرانی و اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و اختلال استرسی POST TRAUMATIC بی‌نهایت آسیب‌پذیر ساخته است. مردم مجبورند با از دست دادن اعضای خانواده، خانه، کار، امنیت، کشور و رفاه خود کنار بیایند.

این امر آنها را در خطر روی آوردن به مواد مخدر برای تحمل درد جسمی و روانی لطمات فوق‌قرار می‌دهد.

افغانستان تاریخی طولانی در مصرف مواد مخدر، به ویژه تریاک و حشیش دارد. سنتاً از محصولاتی که از دانه خشخاش تولید می‌شوند برای پخت‌وپز و از تریاک به عنوان دارو استفاده می‌شود. طی دهه گذشته، افغانستان به بزرگ‌ترین تولیدکننده اصلی تریاک در جهان تبدیل شده است و سه چهارم تریاک غیرقانونی جهان را تولید می‌کند. حجم فزاینده‌ای از تریاک وارد بازار محلی می‌شود که در آنجا برای ویژگی‌های مسکن تریاک تقاضا وجود دارد.

داده‌های سنجشی موجود در رابطه با پروژه

گزارش نهایی پیشرفت پروژه برخی مشکلات عمده و اقدامات لازم برای حل و فصل آنها را مشخص کرد. برخی از مشکلات ارائه شده به شرح زیر بودند:

- زمان‌بندی‌های سفت و سخت مانع از اجرای کامل کلیه جنبه‌های پروژه می‌شدند.
- در آغاز پروژه، در برقراری تماس‌های مفید با وزارت بهداشت عمومی مشکلاتی وجود داشت.
- بی‌اطلاعی و فقدان درک مسائل و مشکلات اصلی مرتبط با کاهش تقاضا به رویکرد آموزشی منظم‌تر و جامع‌تری از آنچه در آغاز تصور می‌شد، نیاز داشت.

برخی یافته‌های مهم:

در کم‌تر از دو ماه، پروژه پیشروی قابل توجهی در حمایت از دولت افغانستان و راهنمایی آن برای برقراری یک مکانیسم هماهنگی پایدار برای ابتکارات عملی کاهش تقاضا در کشور به عمل آورد.

اطلاعات پروژه

ماریا اونگدوم مشارکت کننده در پروژه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (با نام GLO/H43، تریتنت- مراکز شبکه بین المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی شهر / کشور: استکهلم، سوئد

سازمان ها و اشخاص مرتبط با پروژه: دکتر پائولا لیل به برگ، رئیس درمانگاه ماریا اونگدوم

Email: paula.liljeberg@sll.se

وبسایت:

http://www.unodc.org/treatment/en/Sweden_resource_centre_17.html

<http://www.mariaungdom.nu/>

وضعیت پروژه: در دست انجام

منابع بودجه پروژه: بودجه دولت

سال های فعالیت: از؟

گروه هدف: نوجوانانی در منطقه پایتخت، استکهلم، که از سوء مصرف مواد رنج می برند.

مسائلی که در مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است: استقرار واحدهای درمان جامعه محور که در منطقه پایتخت پخش شده اند.

استکهلم و حومه هایش ۲ میلیون سکنه دارند و ۱۶۰,۰۰۰ پسر و ۱۶۰,۰۰۰ دختر ۱۲ تا ۱۹ ساله در این منطقه زندگی می کنند. هر سال؟ نوجوان و خانواده هایشان ۱۵۰۰۰ بار به ماریا اونگدوم مراجعه می کنند. در سوئد، خدمات اجتماعی مسئولیت درمان سوء مصرف مواد مخدر و الکل را بر عهده دارد. نظام خدمات درمانی نظام کاملی است و مسائل جسمی و مشکلات روانی را که توأمان به دلیل سوء مصرف و وابستگی به وجود می آیند، درمان می کند. ماریا اونگدوم، برون دستروم^{۱۳} منطقه کلان شهری استکهلم را برای جوانانی که مواد مخدر را تجربه می کنند، به هنگام مسمومیت دچار خطر می شوند، دچار سوء مصرف مواد مخدر و الکل می شوند، یا بدان ها وابسته می شوند، تحت پوشش قرار می دهد. ماریا اونگدوم دیدگاه کل نگر دارد و به مشکلات روانی و مشکلات مربوط به سبک زندگی که ممکن است بیماران بدان ها مبتلا شوند، می پردازد.

سابقه امر:

¹³ Maria Ungdom, Beroendecentrum

در گذشته، کلیه درمان‌های مربوط به مواد مخدر به صورت بستری در بیمارستان‌ها یا در مراکز درمانی روانی از همه نوع انجام می‌گرفت. اکثریت اشخاصی که از مشکلات مربوط به سوءمصرف مواد مخدر رنج می‌بردند، در درمان شرکت داده نمی‌شدند. و بخش قابل ملاحظه‌ای از آنهایی که در مراکز درمانی معالجه می‌شدند، دوباره به حال اول بازمی‌گشتند یا پس از بازگشت به محیط خانه، درمان خود را رها می‌کردند.

درمان جامعه‌محور رویکردی است که با واقعیت مشکلات سوءمصرف مواد همخوانی بیشتری دارد و از یک مدل یکپارچه درمان در جامعه بهره می‌گیرد. این مدل شامل خدماتی نظیر سم‌زدایی، درمان دارویی و روان‌درمانی می‌شود. درمان باید درازمدت باشد و دربرگیرنده شماری خدمات باشد که برای برآوردن نیازهای متقاضیان ضروری هستند. باید نتایج آن را ارزیابی کرد.

پروژه ماریا اونگدوم چگونه آغاز شد؟

پرسشنامه‌ای میان دانش‌آموزان مدارس (۱۵ تا ۱۷ ساله) توزیع شد تا ابعاد مشکل در محلات گوناگون مشخص شود. این نظرسنجی‌ها به طور مداوم انجام می‌گیرند تا معلوم شود در هر یک از بخش‌های پایتخت چه مواد مخدوری مصرف می‌شوند و به چه میزان و بینند آیا مداخله پیشگیرانه و درمان وضع را بهتر خواهند کرد یا نه.

بسته به درخواست‌های کمک جوامع محلی و الگوهای مصرف مواد مخدر و مشکلات مرتبط با آنها، انواع مداخلاتی که باید کار با آنها شروع می‌شد، اینکه چه کسانی در این کار شرکت داده شوند و در هر محله مشخص از کدام برنامه‌های درمانی استفاده شود، مشخص شدند.

درس آموخته‌ها:

بهترین نتایج وقتی امر درمان نوجوانان مطرح بود، هنگامی به دست می‌آمد که شبکه‌سازی شود. نوجوانان به قدری به خانواده‌ها و خواهران و برادرانشان متکی هستند که اهمیت دارد در برنامه‌ریزی درمان همه آنها شرکت داده شوند.

دیگر شرکای مهم در شبکه‌های محلی می‌توانند پلیس، دادستان‌های امور جوانان، مأموران گشت، معلمان مدارس، باشگاه‌های ورزشی، سازمان‌های غیردولتی (NGOs)، واحدهای مراقبت از مادران، مؤسسات مسکن، مؤسسات آموزش حرفه‌ای یا دیگر خدمات مورد نیاز برای حل مشکلاتی است که خانواده‌ها مطرح می‌کنند.

درمان جامعه‌محور

برای درمان موفقیت‌آمیز متقاضیان/بیماران/ مصرف‌کنندگان موادی که زندگی سازگاری دارند، به

راه‌حل‌های درمانی اثربخش و کارآمد مبتنی بر شواهد علمی نیاز هست.

یکی از کانون‌های تأکید درمان جامعه‌محور، دستیابی به افرادی که از پیامدهای سلامتی و اجتماعی منفی سوءمصرف مواد رنج می‌برند و ارائه خدمات کاملاً شناخته شده و قابل دسترسی به آنهاست. مداخلات جامعه‌محور باید طیف وسیعی از ذینفعان اجتماعی را درگیر و شریک کار خود کند تا ضمن پایداری آنها شود، پاسخگوی جامعه باشد و به نتایج کوتاه و دراز مدت دست یابد. آگاهی عمومی و حرفه‌ای و تعهد سیاسی برای افزایش دسترسی به این خدمات و بالا بردن کیفیت خدمات قابل دسترسی برای مردمی که درگیر مشکلات وابستگی به مواد مخدر هستند، اهمیت حیاتی دارد.

این امر واضح است که هیچ‌رویکرد واحدی نمی‌تواند برای کلیه اشکال درمان جامعه‌محور کافی باشد و نمی‌توان به سادگی و بدون انطباق آن با شرایط مشخص جدید که اوضاع و احوال فرهنگی و دیگر شرایط محلی را در نظر بگیرد، یک رویکرد را از یک مکان به دیگر نقاط منتقل کرد.

یک کادر گشاده‌رو، مهربان و علاقه‌مند و قابل، بیمار را مشتاق و امیدوار می‌کند. به طرح مشکلات از دیدگاه بیماران توجه و از این مبنا نیز کار خود را آغاز کن. به بیمار نشان بده که روش ما کارآیی دارد. تأمین تداوم معالجه اهمیت حیاتی دارد. در سراسر دوران مشکلات و بحران در کنار بیمار باقی بمان. به درمان موارد بازگشت بیماری بپرداز.

ویژگی‌های یک رویکرد جامعه‌محور به سوءمصرف مواد میان نوجوانان در ماریا اونگدوم:

- تأمین مشارکت فعال جوانان و خانواده‌ها در برنامه‌ریزی درمان و توسعه خدمات
- دسترسی آزاد و ۲۴ ساعته به خدمات
- آستانه پایین (ملاک‌های محدود برای مستثناکردن متقاضیان)
- حمایت از تغییر
- تأکید بر مشارکت مداوم
- نقش محوری برای شبکه‌سازی، کارهای چندرشته‌ای و هماهنگ‌سازی مراقبت‌های درمانی
- استفاده از ابزارهای ارزیابی قابل اعتماد و معتبر برای غربالگری
- مداخلات و درمان مبتنی بر شواهد علمی
- استفاده از درمان اضافی دارویی
- ارزیابی نتایج درمان و میزان رضایت بیمار

واحدها و درمانگاه ارائه‌دهنده درمان جامعه‌محور ماریا اونگدوم

۲۷ مرکز درمان جامعه‌محور محلی به همراه کارکنان خدمات اجتماعی و پرستاران و پزشکان، با هم

برای درمان نوجوانانی که از سوءمصرف مواد مخدر رنج می‌برند، همکاری دارند. ماریا اونگدوم بیمارستانی با یک بخش اورژانس و ۶ تخت برای ارزیابی بیماران بستری در اختیار دارد. برنامه‌هایی برای درمان مصرف حشیش، دختران و پسرانی که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، کودکانی که آسیب‌دیده‌اند یا خودکشی کرده‌اند، وجود دارد. واحدهای جامعه‌محور برای پوشش دادن مشکلات روان‌پزشکی شدید نوجوانانی که مواد مخدر مصرف کرده‌اند، کوچکنند.

ماریا اونگدوم به کلیه نوجوانان مشاوره‌های جنسی ارائه می‌کند و از آنها آزمایش حاملگی، بیماری‌هایی که از طریق جنسی منتقل می‌شوند (STD)، هیپاتیت و اچ‌آی‌وی می‌گیرد.

یک پروژه شبکه‌سازی با پلیس محلی برای کشف زودهنگام مصرف مواد مخدر میان نوجوانان و مداخله فوری در این زمینه به اجرا گذاشته شد.

پروژه همکاری با پلیس برای کشف زودهنگام و مداخله سریع در اصل با بودجه وزارت سلامت و رفاه دولت سوئد به اجرا درآمد. این پروژه با موفقیت روبه‌رو شد. به پلیس مهارت‌های مصاحبه انگیزشی آموخته شد تا نوجوان را به حضور درجا در جلسه‌ای با همراهی یک پرستار و والدینش برانگیزد.

چالش‌ها:

نگرش‌های متخصصان و عامه در مورد کار چندرشته‌ای و شبکه‌سازی. محدودیت امکانات منطبق کردن خدمات درمان با مشکلات مختلف.

یک تعریف مشترک از روش برتر در حوزه‌های مختلف درمان نوجوانان هنوز به دست نیامده است. ویژگی‌ها و خصوصیات متنوع جوامع و محلات

ویژگی‌های یک رویکرد جامعه‌محور به سوءمصرف مواد مخدر میان نوجوانان در ماریا اونگدوم:

- تأمین مشارکت فعال جوانان و خانواده‌ها در برنامه‌ریزی درمان و توسعه خدمات
- دسترسی آزاد و ۲۴ ساعته به خدمات
- آستانه پایین (ملاک‌های محدود برای مستثنا کردن متقاضیان)
- حمایت از تغییر
- تأکید بر مشارکت مداوم
- نقش محوری برای شبکه‌سازی، کارهای چندرشته‌ای و هماهنگ‌سازی مراقبت‌های درمانی
- استفاده از ابزارهای ارزیابی قابل اعتماد و معتبر برای غربالگری
- مداخلات و درمان مبتنی بر شواهد علمی

- استفاده از درمان اضافی دارویی
- ارزیابی نتایج درمان و میزان رضایت بیمار

فصل ۳: ایجاد تغییر به کمک توسعه برنامه و ارزیابی آن

هدف این فصل کمک به آنهایی است که در طراحی و توسعه برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر شرکت دارند. برخی محلات کوچک ممکن است خواهان برنامه‌ریزی و برپا کردن یک شبکه درمان اجتماعی باشند که در آن طیف گسترده‌ای از خدمات ارائه می‌شود. حداقل اینکه محلات ممکن است بخواهند خدماتی را که هم‌اکنون سازمان داده‌اند، با خدمات جدید هماهنگ کنند. خدمات و شبکه‌های درمان اجتماعی را می‌توان به صورتی اثربخش ایجاد کرد و آنها را یا توسط دولت یا سازمان‌های غیردولتی (NGOs) اداره کرد. هنگامی که یک جامعه تصمیم می‌گیرد که خدمات درمانی را برپا کند، برای موفقیت درازمدت و پایدار این خدمات به برنامه‌ریزی مشترک و اثربخش نیاز است.

برنامه‌ریزی بر اساس نیازهای شناسایی شده

همان‌طور که در فصل ۲ متذکر شدیم، چه برنامه‌ریزی برای یک پروژه باشد یا یک شبکه، شماری از گروه‌های اجتماعی باید به حمایت از برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر برخیزند و چشم‌انداز مشترکی برای این کار داشته باشند. آنهایی که به طور مستقیم در این کار درگیر هستند (نظیر مؤسسات دولتی ویژه و سازمان‌های غیردولتی، نهادهای اجتماعی و مؤسسات اجتماعی، رهبران اجتماعی، متقاضیان/مصرف‌کنندگان مواد و شهروندان علاقه‌مند) باید برای تضمین استقرار یک فرایند برنامه‌ریزی شفاف و مشترک وقت و انرژی صرف کنند تا هنگامی که طرح‌ها مورد توافق قرار گرفت، تصمیم‌گیری و اجرا به صورتی بی‌دردسر و روان انجام گیرد.^{۱۴}

منابع اطلاعاتی بسیاری در رابطه با تکنیک‌های برنامه‌ریزی راهبردی وجود دارند. این روش‌ها معمولاً مستلزم توجه به مسائل زیر هستند (اقتباس از مک‌نامارا، ۱۹۹۹):

اهداف	نتایج
انجام تحلیل استراتژی	ارزیابی نیازها
	تعیین اولویت‌ها
	تعیین منابع مورد نیاز
تعیین سمت و سوی استراتژی	تعیین اهداف
	تدوین استراتژیها
	تدوین یک فلسفه استراتژی
	تدوین یک بیانیه مأموریت

تدوین یک بیانیه چشم‌انداز	
تدوین بیانیه ارزش‌ها	
تعیین فعالیت‌ها	برنامه اقدام
تعیین مسئولیت‌ها	
برنامه‌ریزی خطوط زمانی	
سازمان‌دهی	
انتقال مفاهیم و ارتباطات	
پایش و ارزیابی	
تخصیص وجوه موجود	بودجه

ابعاد برنامه‌ریزی. برنامه‌ریزی استراتژی برای توسعه یک مجموعه پروژه یا یک شبکه درمانی نیازمند آن است که ابعاد برنامه‌ریزی زیر مد نظر قرار گیرد:

- **سازمان و مدیریت.** روشن بودن چشم‌انداز، مأموریت، ارزش‌ها و اهداف سازمان و نیز توجه به ساختار، دستگاه اداری، خط‌مشی‌های پرسنلی و مدیریت مالی
- **روش‌های اشتغال و روش‌های پرسنلی.** فلسفه استخدام، آشناسازی کارکنان با محیط کار، شرح شغل‌ها، مدارک تحصیلی مورد نیاز کارکنان، توسعه و آموزش کارکنان، سرپرستی کارکنان، ارزشیابی عملکرد کارکنان و رویه‌های حل و فصل مشکلات کارکنان (به آگبورن و گوین، ۱۹۹۰ مراجعه کنید).
- **اجزاء برنامه.** ماهیت و کیفیت فلسفه برنامه، اهداف، روش‌ها/انواع مداخله‌ها، ملاک‌های پذیرش، ابزارها و رویه‌های ارزیابی بیماران، پایش متقاضیان، پیگیری و تداوم مراقبت‌های درمانی.
- **هماهنگی.** وجود حسن‌نیت مشترک و پایدار برای توسعه یک وضعیت فعالیت هماهنگ و تعامل در چارچوب یک فعالیت مرتبط با هدف میان عناصر متشکله
- **مشارکت جامعه.** تضمین این امر که ذینفعان جامعه و رهبران جامعه از فرصت‌های فراوان برای مشارکت در برنامه‌ریزی در کلیه مراحل آن و واکنش نشان دادن نسبت به آن برخوردار هستند.
- **تعلیم و آموزش.** طراحی یک طرح منظم و جاری برای ارتقای دانش، نگرش‌ها و مهارت‌های کادر پروژه‌ها (به صورتی که در بند "روش‌های اشتغال و روش‌های پرسنلی" تشریح شده است) و گنجاندن آن در فرایند برنامه‌ریزی و فراهم کردن اطلاعات مورد نیاز برای پرسنل اصلی در دستگاه دولت، مجامع حرفه‌ای و مؤسسات عمومی
- **سرپرستی کارکنان.** حفظ یک استاندارد بالای توجه و مراقبت از طریق توجه مداوم به عملکرد کارکنان و سرپرستی مناسب آنها
- **تأمین بودجه.** صراحت و روشنی منابع انسانی و بودجه‌ای مورد نیاز و منابع درآمدی در کوتاه و دراز مدت
- **بهره‌برداری از منابع موجود (غیر از تأمین مالی).** محیط‌های اجتماعی/ نهادی، نظیر میدان‌های ورزشی/ تسهیلات ورزشی، پارک‌ها، تئاترها، کتابخانه‌ها، سالن‌های جلسات و غیره.
- **پایش و ارزیابی.** تدوین استراتژیهای روشنی برای پایش و ارزیابی فرایندهای برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌ها از همان آغاز (به فصل ۴ مراجعه کنید)

حوزه‌های هدف استراتژی: نمونه‌ها

تدوین اهداف، بخشی از برنامه‌ریزی و تحلیل استراتژی به شمار می‌رود. اهداف استراتژی باید متناسب با جامعه، شبکه درمانی یا برنامه اجرایی مورد نظر انتخاب شوند. اهداف اجرایی هدف از پروژه را بیان می‌کنند. خروجی‌ها شاخص‌های قابل شمارش ارائه خدمات هستند. اهداف خروجی کوتاه مدت معمولاً با عبارت‌های "افزایش دادن"، "کاهش دادن"، "به حداکثر رساندن" یا "به حداقل رساندن"، آغاز می‌شوند. شاخص‌های نتیجه، نمونه‌هایی از دستاوردها را تشریح می‌کنند که نشان می‌دهند اهداف مورد نظر تحقق یافته‌اند. اهداف درازمدت با اهداف اصلی برنامه و پروژه معادلند (گراهام و دیگران، ۱۹۹۴). تعیین اهداف و نتایج همچنین شالوده‌ای محکم برای ارزیابی به وجود می‌آورد و می‌توان آنها را در ارتباط با بخش‌های عمده برنامه و پروژه‌ها تعیین کرد. اهداف باید دقیق، قابل حصول، قابل سنجش و دارای محدودیت زمانی باشند.

نمونه‌ای از حوزه‌های هدف‌گذاری، نظیر آنهایی که در زیر ارائه می‌شوند را می‌توان به عنوان اهداف اجرایی، خروجی‌ها و نتایج، اهداف کوتاه مدت، شاخص‌های نتیجه و اهداف دراز مدت در نظر گرفت:

اهداف اجرایی (مثال):

- فرایندهایی برای شناسایی و درمان اولیه مصرف‌کنندگان مواد مخدر طراحی کنید.
- مشکلات ناشی از مصرف مواد میان خلاقان را مشخص کنید.
- یک برنامه کامل برای مراقبت‌های پس از درمان طراحی کنید تا مانع از عود بیماری و تسهیل‌کننده ورود مجدد فرد بیمار به فعالیت‌های اجتماعی (برای مثال، مدرسه، زندگی خانوادگی، جامعه، محل کار) باشد و به فرد کمک کند تا به وضعیت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی خوبی دست یابد و آن را حفظ کند.
- برنامه درمان / خدمات بازتوانی را برای متخلفینی که در زندان به سر می‌برند یا به طور مشروط آزاد شده‌اند، آغاز کنید.
- یک محیط بدون مواد مخدر در داخل زندان به وجود آورید.
- روش‌های دیگری برای مدیریت ترک با حمایت بیمارستان فراهم آورید.
- از وخامت وضع جسمی، احساسی، روحی و اجتماعی بیماران جلوگیری کنید و افراد را به وضعیت سلامتی بهینه‌ای بازگردانید.
- برنامه‌ای برای تبادل سوزن‌ها و سرنگ‌های استریل به اجرا گذارید.

نمونه‌ای از خروجی‌ها:

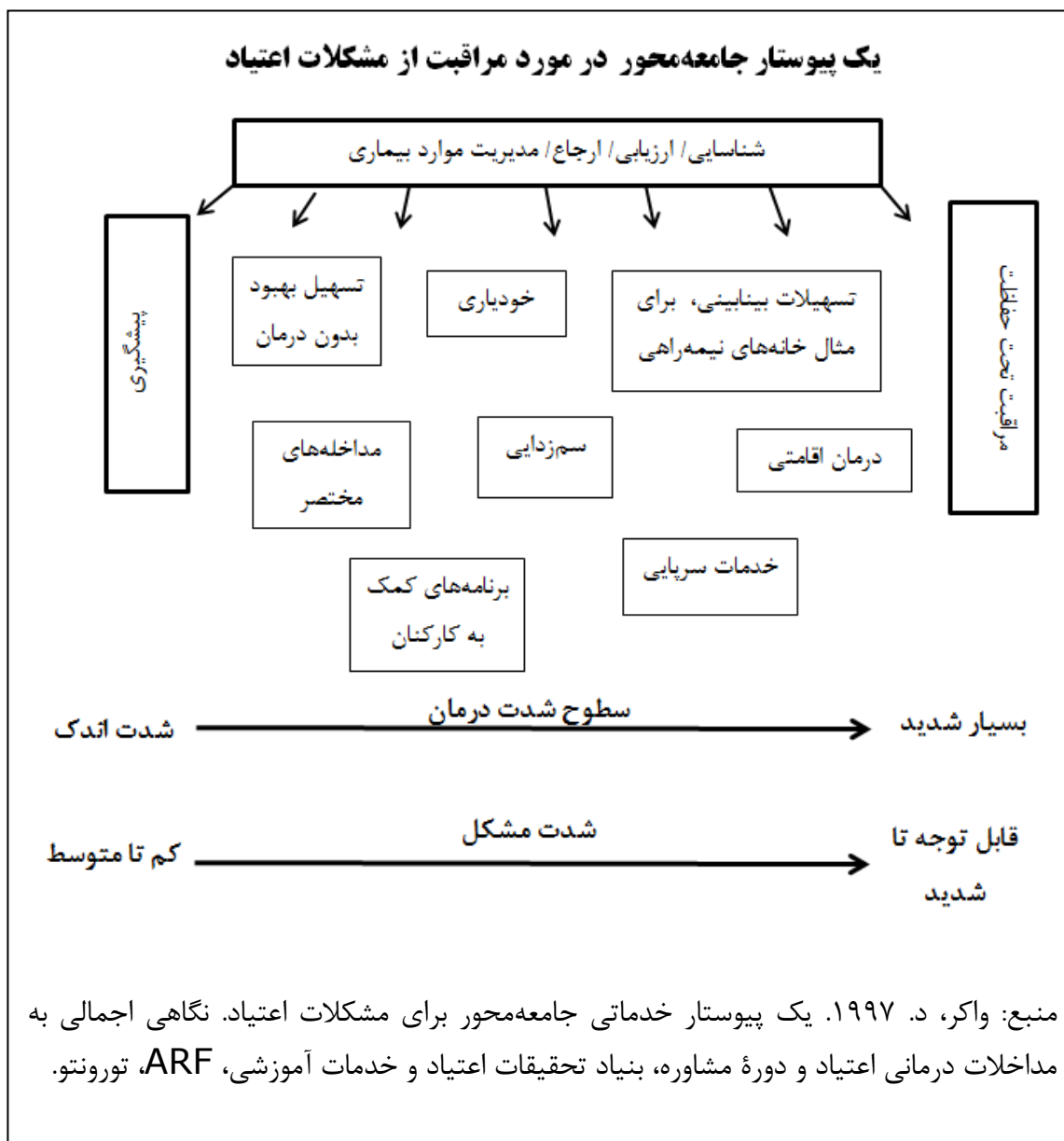
- افزایش شمار متقاضیانی که برای درمان به شبکه / مؤسسه مراجعه می‌کنند.
- تا یک تاریخ معین واحد سم‌زدایی تازه‌ای در محله مستقر کنید.
- افزایش تعداد تسهیلات درمانی برای (resid) نگهداری و درمان و بازتوانی بیماران مصرف مواد
- افتتاح تعداد معینی خانه نیمه‌راهی (halfway house) و / یا تسهیلات مشابه برای کمک به متقاضیان برای بازگشت به جریان جامعه تا یک تاریخ معین.
- به کار گرفتن برنامه‌های جدید کمک به کارکنان (EAPs) برای ارائه کمک در محل کار به بیمارانی که از سوءمصرف مواد مخدر رنج می‌برند،
- پیاده‌سازی برنامه‌ها، خط‌مشی‌ها و ارائه خدمات مشاوره برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر در تعدادی از مدارس
- به اجرا گذاردن دوره‌های کامل اطلاع‌رسانی در مورد مواد مخدر، به صورتی که پرسنل اصلی در بخش‌های عمومی و خصوصی بتوانند اطلاعات خود را به‌روز کنند.
- آموزش دادن افراد یاری‌رسانی که می‌توانند توجه خود را بر ارائه مشاوره درمانی به اشخاصی متمرکز کنند که از مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر رنج می‌برند.
- به وجود آوردن یک بانک اطلاعاتی کاملاً فعال و در مقیاس شهر در رابطه با ماهیت و شیوع مصرف مواد مخدر در محل / کشور

نتایج دراز مدت (مأموریت یا هدف):

- کاهش موارد وقوع مصرف مواد مخدر و اچ‌آی‌وی / ایدز در مؤسسات تأدیبی
- کاهش میزان شیوع مصرف کوکائین در یک محله مفروض

برنامه‌های درمان چندسطحی. جامعه داروهای اعتیاد آمریکا (ASAM) بر این امر تأکید دارد که سطوح مراقبت بیانگر درمان‌هایی است که از ملایم تا متوسط تا شدید را دربر می‌گیرد. هر یک از این سطوح را می‌توان به کمک برنامه‌های درمانی متفاوت، شامل رژیم‌های درمانی که بیش از یک سطح مراقبت را دربر دارند (می-لی، ۲۰۰۱) ارائه کرد. درمان‌های تخصصی برای اشخاصی مناسب هستند که از مشکلات قابل توجه تا شدید رنج می‌برند. مداخلات سریع ممکن است برای اشخاصی که با مشکلات کم تا متوسط دست به گریبان هستند، از همه مناسب‌تر باشد. یک شبکه اجتماعی درمان (به فصل ۱ مراجعه کنید) می‌تواند به گونه‌ای خدماتش را سازمان بدهد که طبق آنچه در تصویر شماره ۲ ملاحظه می‌کنید (هال، ۱۹۹۷) خدمات اصلی را ارائه دهد.

تصویر شماره ۲



از آنجایی که وابستگی به مواد مخدر یک بیماری چندعاملی است، برای درمان آن به برنامه‌های چندکاره نیاز است که ممکن است دو یا چند نوع مراقبت را در یک مرکز ارائه دهند و/یا ممکن است با دیگر مؤسسات در شبکه اجتماعی همکاری کنند. درمان طیف گسترده‌ای را از شناسایی مشکل، سم‌زدایی، ارزیابی و برنامه‌ریزی درمان تا درمان و بازتوانی (برای مثال، بینابینی، خانه‌های نیمه‌راهی و مراقبت‌های بعد از درمان) شامل می‌شود. برنامه‌های چندکاره به سه دلیل مورد توجه قرار گرفته‌اند: (الف) برنامه‌ها را به خوبی مدیریت می‌کنند، (ب) مراقبت‌های مداوم ارائه می‌دهند، و (پ) راه‌حل‌های درمانی مناسب ارائه می‌دهند.

برنامه‌ریزی بر اساس یک مدل زیستی‌روانی اجتماعی

درمان وابستگی به مواد مخدر مستلزم طیف گسترده‌ای از مداخلات و تعامل با افراد وابسته به مواد مخدر و خانواده‌های آنهاست. مدل زیستی‌روانی اجتماعی رویکردی است که وابستگی به مواد مخدر را در ارتباط متقابل میان عوامل جسمی و عوامل روان‌شناختی و نیز مسائل اجتماعی و/یا روحی می‌داند. بدین‌قرار، این رویکرد تلاش جمعی و متفق مشاغل، حرفه‌ها، رشته‌ها و طرف‌های ذینفع را برای پرداختن درست به نیازهای متقاضیان لازم می‌داند (میکس و هری، ۱۹۹۸)

در یک رویکرد چندرشته‌ای، طیف گسترده‌ای از رویکردهای پزشکی، اجتماعی و رفتاری و نیز حمایت‌های مبتنی بر خودیاری و باورهای مذهبی، همگی بخش‌های مهم فرایند درمان را تشکیل می‌دهند. از آنجایی که رشته‌های تخصصی مختلف مهارت‌های گوناگونی عرضه می‌کنند، یک رویکرد تیمی برای ارائه خدمات به متقاضیان از مزیت برخوردار است. از این روست که مدل زیستی‌روانی اجتماعی بر این باور است که بهترین راه برای دستیابی به موفقیت در درمان وابستگی به مواد مخدر تأمین مشارکت متخصصان گوناگون است.

اصول زیر در مورد موضوع مورد بحث از انستیتو سوءمصرف مواد (NIDA) در مقالهٔ مارتین (۲۰۰۰) اقتباس شده‌اند:

- هیچ درمان واحدی برای همهٔ افراد مناسب نیستند. خدمات و مداخلات درمانی را باید بر مشکلات و نیازهای هر یک از متقاضیان منطبق کرد.
- نیازهای درمانی باید به سهولت قابل حصول باشند. دسترسی فوری به برنامه‌های درمانی به هنگامی که متقاضی درصدد کسب کمک است، ممکن است در برقراری ارتباط با او نقش تعیین کننده داشته باشد.
- درمان جامع نیازهای بسیاری را برآورده می‌کند و تنها به رفع نیازهای فرد مبتلا به مصرف مواد مخدر محدود نمی‌شود. برای آنکه درمان با موفقیت روبه‌رو شود، باید توجه خود را به مصرف مواد مخدر از سوی فرد و نیز رفع هر گونه مشکلات پزشکی، سلامت روانی، اجتماعی، کاری و حقوقی مرتبط با آن معطوف سازد.

- طرح درمان یک متقاضی و خدماتی که به او ارائه می‌شود باید کنترل شود و در صورت نیاز تغییر یابد تا نیازهای متحول فرد را برآورده کند. در شرایطی که برنامه درمانی یک متقاضی ممکن است به ترکیبی از مشاوره، روان‌درمانی، کارهای پزشکی، اجتماعی، حقوقی و دیگر خدمات نیاز داشته باشد، دیگری ممکن است چنین نباشد. رویکرد درمانی باید با سن، جنس، قومیت و فرهنگ بیمار تناسب داشته باشد.
- متقاضی باید به مدت کافی تحت درمان قرار گیرد تا درمان اثربخشی داشته باشد. طول مدت مناسب درمان باید با نیاز بیمار تناسب داشته باشد، هرچند بسیاری از بیماران درمان را زودتر از موقع رها می‌کنند.
- مشاوره‌های فردی و/یا گروهی و دیگر درمان‌های رفتاری بخش‌های مهم درمان اثربخش را برای وابستگی به مواد مخدر تشکیل می‌دهند. در روان‌درمانی، توجه بیماران به مسائل زیر جلب می‌شود:
 - تعیین مسائلی که آنها را به مصرف مواد مخدر سوق داده است،
 - ایجاد مهارت‌های لازم در آنها برای مقاومت در مقابل آن،
 - جایگزین کردن مصرف/ سوء مصرف مواد مخدر با اقدامات ارضاءکننده مصرف/ سوءمصرف غیرمواد، و
 - افزایش توانایی‌های حل مسئله
- درمان جایگزین/ دارودرمانی به همراه مشاوره و دیگر درمان‌های رفتاری، یکی از بخش‌های مهم درمانی بسیاری از بیماران را تشکیل می‌دهد. متادون، بوپرنورفین و بوپرنورفین/نالوکسون اثربخشی خود را در کمک به تثبیت وضع و کاهش مصرف در اشخاصی که به هروئین یا دیگر مشتقات تریاک وابستگی دارند، ثابت کرده‌اند^{۱۵}. نال‌ترکسون نیز برای وابستگی توامان به مشتقات تریاک و الکل اثربخش بوده است.
- اختلالات توامان زیاد مشاهده می‌شود. اشخاصی که با مشکلات سلامت روانی دست‌به‌گریبان هستند و مواد مخدر مصرف/ سوءمصرف می‌کنند باید برای هر دو مشکل ارزیابی و درمان کرد.
- سم‌زدایی پزشکی ممکن است اولین مرحله از درمان وابستگی به مواد مخدر را تشکیل دهد و فی‌نفسه نقش زیادی در تغییر دراز مدت مصرف مواد مخدر ندارد. این درمان به طور مطمئن نشانگان جسمی شدید ترک را که به متوقف شدن مصرف مواد مخدر مربوط می‌شود، کنترل می‌کند.
- متقاضیان در درمان‌های داوطلبانه تمایل واقعی به تغییر خود نشان می‌دهند، امری که می‌تواند فرایند درمان را آسان‌تر کند. با وجود این، خانواده‌بامحبت و دلسوز، محیط کار یا نظام عدالت کیفری می‌توانند شرکای مهمی در متعهد کردن بیماران به درمان و کمک به آنها برای ادامه

^{۱۵} سازمان بهداشت جهانی (WHO) و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) رهنمودهایی برای درمان روانی اجتماعی با کمک دارودرمانی وابستگی به مواد مخدر تدوین کرده‌اند. این رهنمودها را می‌توان از سات تری‌نت (Treatnet) تهیه کرد:

حضور در برنامه‌های مداخله درمانی برای دوران مورد نیاز باشند.

- غربالگری مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جریان درمان این فرایند را تقویت می‌کند، زیرا عود بیماری و بازگشت به مصرف مواد مخدر در جریان درمان توسط فردی غیر از بیمار می‌تواند به او در مقاومت در برابر روی آوردن مجدد به مصرف مواد مخدر کمک کند. بدین طریق، می‌توان خیلی زود علائم مصرف مجدد مواد را شناخت و طرح درمان بیمار را متناسب با آن تغییر داد. ارائه بازخور به بیماران در مورد مثبت بودن آزمایش ادرار آنها که نشان‌دهنده مصرف غیرقانونی مواد مخدر است، می‌تواند یکی از بخش‌های مهم پیش را تشکیل دهد. غربالگری نه به عنوان یک ملاک کنترل، بلکه به عنوان روشی برای وارد بحث شدن با بیمار توصیه می‌شود.

- برنامه‌های درمانی باید شامل آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی، سل و دیگر بیماری‌های عفونی باشد. برنامه‌های باید شامل مشاوره برای موارد زیر باشند:

- کمک به متقاضیان برای تغییر رفتارهایی که ممکن است آنها یا دیگران را در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی قرار دهد، و

- کمک به آنهایی که به این بیماری‌های عفونی مبتلا هستند برای مدیریت بیماری خود.

- فرایند بهبود از وابستگی به مواد مخدر ممکن است فرایندی دراز مدت باشد و اغلب به فازهای درمانی متعدد نیاز دارد. رجوع مجدد بیمار به مواد مخدر، نظیر اغلب بیماری‌های مزمن، ممکن است در جریان یا پس از درمان موفق اتفاق بیفتد. ممکن است به فازهای دراز مدت و متعدد درمان نیاز باشد تا به خودداری دراز مدت فرد از روی‌آوری مجدد به مواد مخدر و بازگشت به یک زندگی سالم دست یابیم. شرکت در برنامه‌های خودیاری در جریان و پس از درمان، اغلب در دور ماندن از مواد مخدر مفید است.

تحقیقاتی که انستیتو سوءمصرف مواد (NIDA) بر اساس این مدل درباره درمان‌های وابستگی به کوکائین به عمل آورده است، طیف گسترده‌ای از درمان‌های کارآمد، از مشاوره فردی تا گروهی در مورد مواد مخدر را مشخص کرده است. ترکیب کردن روش‌های درمانی می‌تواند بسیار اثربخش باشد. یک آزمایش بالینی که با بودجه انستیتو سوءمصرف مواد (NIDA) انجام گرفت و به بررسی میزان مفید بودن چهار نوع درمان پرداخت، به این نتیجه دست یافت که بیمارانی که به کوکائین وابستگی داشتند و تحت هر دو نوع درمان مشاوره فردی و گروهی در مورد مواد مخدر قرار گرفتند، بیشتر از کسانی که تنها مشاوره گروهی دریافت کرده بودند یا این درمان را توأم با روان‌درمانی دریافت کرده بودند، که برای درمان وابستگی به مواد مخدر به کار می‌رود، احتمال داشت که مصرف مواد خود را کاهش دهند (زیکلر، ۱۹۹۹).

توسعه یک برنامه درمانی یا شبکه‌ای از برنامه‌های درمانی مستلزم آن است که اشخاص و/یا گروه‌هایی

با سوابق و زمینه‌های تخصصی متفاوت و تفکرات یاری‌گرانه، ارزش‌ها و مجموعه مهارت‌های متفاوت را گرد هم جمع کنیم. تلاش‌های این مجموعه بر روی هم می‌تواند به مداخله‌های درمانی اثربخش منتهی شود. غنا و چالش بالقوه‌ای در این تفاوت‌ها وجود دارد که در صورتی که با مهارت مدیریت شوند، می‌توانند به یک دارایی تبدیل گردند. این امر از همان آغاز اهمیت دارد که تفاوت‌ها را به رسمیت بشناسیم و با آن به صورت موضوعی از یک کارپایه جاری برخورد کنیم. پس چالش اصلی آن نیست که شبیه به یکدیگر فکر کنیم، بلکه آن است که همراه هم عمل کنیم.

خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTs) باید مداخلات درمانی را اولویت‌بندی کند، زیرا معمولاً تأمین‌کنندگان امکانات در جامعه از منابع محدودی برخوردار هستند. در شرایطی که یک جامعه از بودجه کافی برخوردار نیست، شبکه‌ای از کارکنان و داوطلبانی که در قالب برنامه‌های اجتماعی هماهنگ شده باشند، از اهمیت به مراتب بیشتری برخوردار خواهد شد. برنامه‌ریزان همچنان باید در این مورد تصمیم بگیرند که به کدام خدمات بیش از همه در جامعه نیاز خواهد بود و توجه خود را بر تأمین کردن آن خدمات برای متقاضیان خود متمرکز کنند.

توجه به تنوع متقاضیان و نیازهای آنها

تدوین‌کنندگان برنامه‌ها باید تنوع متقاضیان بالقوه را در منطقه خود در نظر بگیرند. پذیرش تنوع متقاضیان به معنای تأیید این اصل است که هیچ درمان واحدی برای همه متقاضیان از اثربخشی یکسان برخوردار نخواهد بود. منظور از تنوع پذیرش تفاوت در متقاضیان است. متقاضیان در ویژگی‌های زیر با یکدیگر تفاوت دارند:

- جنس
- سن
- قومیت
- طبقه اجتماعی، سطوح درآمدی متفاوت
- وجود یا سطوح اختلالات همزمان: روحی، احساسی یا جسمی
- مواد مخدر مصرفی و شدت مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن
- مذهب، آموزش، خانواده و دیگر حمایت‌های اجتماعی
- کیفیت مشکلات پزشکی، و روانی اجتماعی
- انگیزه برای طلب کمک یا استفاده از آن به شیوه‌ای پایدار
- گرایش‌های جنسی

پیاده‌سازی مدل زیست‌روانی اجتماعی برای برنامه‌ریزی تنوع متقاضیان به یک رویکرد چندرشته‌ای منتهی می‌شود. متناسب کردن متقاضیان با درمان منجر به فراهم کردن گزینه‌های درمانی متفاوتی می‌شود که تفاوت‌های متقاضیان را به رسمیت می‌شناسد و برای آن ارزش قائل است. این رویکرد بر

ترکیب کارکنان درمانی، فراهمی خدمات، آموزش و نوع درمان‌هایی که ارائه می‌شوند، تأثیر می‌گذارد. گذشته از این، کلیه کارکنان ممکن است از آموزش در زمینه ارتباطات بین‌فرهنگی بهره‌مند شوند.

کاهش پیامدهای سلامتی و اجتماعی ناگوار سوء مصرف مواد

کاهش آسیب یک رویکرد عملی است که از طیف گسترده‌ای از استراتژیهای متفاوت با هدف پیشگیری از ریسک ابتلای متقاضی به بیماری‌های عفونی، مصرف بیش از حد مواد یا ابتلا به دیگر عوارض مربوط به مصرف مواد مخدر بهره می‌گیرد. این رهنمودها ممکن است شامل تغییر دادن روش مصرف مواد مخدر یا تضمین این امر باشد که محیطی که آنها در آن به مصرف مواد مخدر می‌پردازند، ریسک عوارض منفی بر سلامتی (عفونت‌ها، مصرف بیش از حد) یا کیفیت زندگی (مشکلات حقوقی، مسائل اجتماعی و خانوادگی و غیره) را به حداقل برساند. استراتژیها می‌توانند بسته به نوع مواد مخدر، آسیبی که از مصرف آن متوجه بیمار می‌شود، و فردی که مواد مخدر را مصرف می‌کند، متفاوت باشند^{۱۶} (آدی و ریتر، ۲۰۰۰، ۲۰۰۴).

جامعه نقش مهمی در یافتن و درگیر کردن بیماران در فرایند درمان به منظور پیشگیری از آسیب‌های وارده به آنها و دیگران، برای مثال به دیگر اعضای خانواده، شرکای جنسی، دوستان، کارفرمایان و دیگران و کاهش این آسیب‌ها که در نتیجه مصرف مواد مخدر به وجود می‌آیند، بازی می‌کند. آنها نقش بسیار مهمی در پیشگیری از وارد شدن آسیب‌های ناشی از مصرف مواد توسط بیماران و نیز اجتناب از عوارض منفی رفتارهای پرخطر (برای مثال، روابط جنسی بدون محافظ) برای آنها بازی می‌کنند.

به حداکثر رساندن تأثیر و اثربخشی در ارائه خدمات

آموزش. آموزش کارکنان (برای مثال، استفاده از بسته‌های آموزشی تهیه شده توسط ترینت^{۱۷}) ابزار بسیار با ارزش به حداکثر رساندن قابلیت‌های کارکنان است. یک مدل شایستگی ممکن است مناسب‌ترین ابزار برای برنامه‌های درمان جامعه‌محور باشد، زیرا مهارت‌سازی‌های راه‌حل-محور یکی از نیازهای عمده ارائه‌دهندگان خدمات را تشکیل می‌دهد.

برنامه‌ریزی، توسعه و پیاده‌سازی یک برنامه/ شبکه درمان وابستگی به مواد مخدر، به وجود یک فرایند آموزشی منظم نیاز دارد. آموزش کارورزان روان‌اجتماعی و پزشکی ممکن است بر حوزه‌هایی نظیر حوزه‌های زیر تمرکز یابد:

- آموزش در روش‌های درمانی گوناگون

^{۱۶} لطفاً به مطالب آموزشی ترینت (Treatment) دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) در مورد کاهش عوارض منفی سوء مصرف مواد برای سلامتی و عوارض اجتماعی آن در نشانی زیر مراجعه کنید: <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/d.html>, Volume C, Topic 4

^{۱۷} <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/> لطفاً به بسته آموزشی ترینت مراجعه کنید:

- ارزیابی مناسب بودن درمان با فرد
- آموزش خودکنترل رفتاری
- مدیریت تنش
- مشاوره بین فرهنگی
- آموزش مهارت‌های اجتماعی، شامل مهارت‌های کاری
- مشاوره انگیزشی
- اختلالات هم‌زمان
- روان‌درمانی
- شناخت میزان بیماری جامعه‌ستیزی (پسیکوپات)
- مراحل تغییر
- پیشگیری ساختاریافته عود بیماری
- ارزیابی برنامه و روش‌شناسی‌های تحقیق کیفی
- بازتوانی و الحاق مجدد به جامعه
- پیشگیری (جامعه، مدرسه، خانواده)

نیاز به شواهد. برنامه‌ریزان پروژه‌ها و برنامه‌ها برای اینکه اثرات و کارایی آنها را به حداکثر برسانند، باید بانک اطلاعات و مدارکی خاص خود برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری به وجود آورند. این‌گونه شواهد و مدارک را تنها می‌توان به کمک تحقیقاتی به دست آورد که در دو دسته جای می‌گیرند: الف) تحقیق برای ایجاد یک بانک اطلاعاتی در مورد نوع، فراوانی و بزرگی مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر، و ب) شواهدی برای تعیین اثربخشی برنامه‌ها و/یا رویکردهای برنامه‌ها. داوری دربارهٔ مفید بودن برنامه، همان سنجش اثربخشی درمان‌های خاص نیست. سنجش اثربخشی درمان‌های خاص نیازمند تخصصی است که معمولاً فراتر از آن چیزی است که در خدمات درمانگاهی یافت می‌شود. کارشناسان گوناگونی که روی درمان وابستگی به مواد مخدر کار کرده‌اند، توصیه می‌کنند که با متخصصان امر تحقیقات دست به دست هم بدهیم (برای مثال، به هستر و میلر، ۲۰۰۳، تیمز و لودفورد، ۱۹۸۳، گراهام و دیگران، ۱۹۹۴ مراجعه کنید).

ارزیابی به عنوان ابزاری برای بهبود خدمات. گردآوری داده و ارزیابی گام‌های مهمی هستند که به ما نشان می‌دهند کیفیت کار یک برنامه چگونه است، خدمات در کدام عرصه‌ها به نتایج خوب دست می‌یابند و نتایج کار را در کدام عرصه‌ها می‌توان باز هم بهتر کرد. باید نتایج ارزیابی را در اختیار دیگران هم قرار داد و برای تهیهٔ برنامه‌ها و پروژه‌های اثربخش، گسترش روبه‌ها و تغییرات موفق‌تری که می‌توان با توجه به مداخلات ناموفق، به صورتی به موقع به اجرا گذارد، در سازمان مورد استفاده قرار داد.

مقاومت اولیه در مقابل تغییر غالباً پدیده‌ای رایج و عادی است. برای به اجرا گذاردن تغییرات موفق از تدابیر چندی می‌توان استفاده کرد. نخست، کلیه کارکنان در داخل شبکه/ سازمان (نه تنها آنهایی که به خدمات درمانی مرتبط هستند) باید قادر باشند اطلاعاتی را که از ارزیابی‌ها به دست آمده‌اند با اهداف خدماتی اصلی مرتبط کنند. تعمق درباره داده‌ها به کارکنان کمک می‌کند دلایل لزوم احتمالی تغییر را درک کنند.

تکیه به کارکنان برای تفسیر نتایج ارزیابی از جمله به این دلیل واجد اهمیت است که به آنها کمک می‌کند نگرش‌های مثبتی نسبت به ارزیابی و تغییرات سازمانی و برنامه‌ای آتی که متعاقب آنها ایجاد می‌شود، به دست آورند. همچنین درگیر کردن کارکنان در فرایند ارائه پیشنهاد برای تغییر و تدوین طرح‌های بهبود و/یا گسترش برنامه بر اساس ارزیابی‌ها، وقوع تغییرات را محتمل‌تر می‌سازد. گاه ارزیابی‌ها ممکن است بیانگر آن باشند که کارکنان به آموزش‌های بیشتری در یک حوزه خاص نیاز دارند. در چنین مواردی، معقول آن است که بکوشیم آن نیاز را برآورده کنیم، زیرا مهارت‌ها و دانش هسته اصلی ارائه اثربخش خدمات را تشکیل می‌دهند. کارکنانی که آموزش مناسبی دیده باشند، می‌توانند رویه‌های جدید را با اثربخشی به اجرا گذارند. از دیدگاه مدیریت، لازم است که به طور منظم تلاش‌هایی را که در جهت تغییرات مثبت صورت می‌گیرد و از اهداف و مأموریت سازمان پشتیبانی می‌کنند، تقویت شوند.

هنگامی که رویه‌ها و/یا خدمات جدید از آنچه که یک سازمان می‌تواند به آن دست یابد، فراتر روند، همکاری با دیگر خدمات، ارگان‌ها، دانشگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی به برآورده شدن نیازهای جامعه کمک می‌کند.

تشریک مساعی با گروه‌های خارج از سازمان، ممکن است به دلیل نیاز بیشتر به جلسات برنامه‌ریزی و تدوین و اجرای رویه‌های دقیق، منابع را از خدمات درمانی بالینی دور کند. بهترین کار آن است که در هر زمان با معدودی گروه همکاری کنیم. ارزیابی‌های مکرر ضامن آن خواهد بود که هر همکاری منافع تازه‌ای عاید خدمات درمانی کند. گذشته از این، یکی از اهداف ارزیابی می‌تواند درک این امر باشد که آیا برنامه‌های مشخص از دیگر برنامه‌ها اثربخشی بیشتری داشته‌اند یا نه. معمولاً دستیابی به این نتیجه‌گیری به کمک ارزیابی‌های عادی میسر نیست. در این موارد، لازم است استراتژی ارزیابی مشروح‌تری تدوین شود و به اجرا درآید.

روش‌های ارزیابی باید به عنوان بخشی از برنامه‌ریزی پروژه‌ها و برنامه‌ها و نه چیزی که در انتها به کار اضافه می‌شوند، تدوین و طراحی شوند. گراهام و دیگران (۱۹۹۴) یک مدل منطقی را به عنوان یک قالب اصلی برای درک دلایل اصلی تعریف یک برنامه ارائه می‌کنند (به پیوست ب، تصویر ۳ به عنوان مثالی از یک مدل منطقی برای یک مرکز سم‌زدایی فرضی مراجعه کنید). مدل‌های منطقی در عین

حال برای بررسی این امر که چرا و چگونه برخی گام‌ها در یک برنامه برداشته می‌شوند و شناسایی حوزه‌هایی که نیاز به اصلاح و بهبود دارند، مفید هستند. برای مثال، اگر قرار است از یک مدل منطقی استفاده شود، اهداف پروژه باید برحسب موارد زیر بیان شوند:

- عناصر اصلی
- اهداف اجرایی
- خروجی‌ها
- نتایج
- مأموریت یا هدف

بر اهمیت گردآوری داده، پایش و ارزیابی برنامه‌های درمانی به اندازه کافی تأکید نشده است. هرچند برخی تغییرات در این قالب ممکن است، اما سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان پروژه‌ها و برنامه‌ها، منابع تأمین‌کننده بودجه و متقاضیان باید بدانند که برنامه‌های درمانی به چه کیفیتی کار می‌کنند.

در مطالب آموزشی تریتنِت (Treatnet) دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) می‌توان ترکیبی از روش‌های ارزیابی را مشاهده کرد.^{۱۸}

علاوه بر این، سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) و EMCDDA در سال ۲۰۰۰ مجموعه کتاب‌های کار "ارزیابی درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد روان‌گردان" را تدوین کرد که مجموعه جامعی از کتاب‌های کار است که اطلاعات مشروحاتی درباره روش‌های ارزیابی به دست می‌دهند.^{۱۹}

¹⁸ http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%203/1.Void_Prog_Eval.pdf

¹⁹ کتاب‌های کار را می‌توان از وب‌سایت زیر تهیه کرد:

http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html (accessed 25.07.2008)
http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html (accessed 25.07.2008)

مطالعه موردی: میانمار (برمه)

اطلاعات پروژه

نام پروژه: اقدامات جامعه‌محور برای کاهش تقاضا برای مواد مخدر در سه شهرک مهم در ایالت شان شمالی

شهر/کشور: ایالت شان شمالی، ۳۰ روستا در ناحیه لاشیو، کوتکای و موس، میانمار
سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه:

- آقای خین هلا مون، *Email: khyn.hla.munn@unodc.org*
- آقای کارل مارش، دفتر مدیریت طرح، بخش جنوب شرقی آسیا و اقیانوس آرام، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد

Email: carl.marsh@unodc.org

Website: <http://www.unodc.org/myanmar/index.html>

وضعیت پروژه: از سال ۲۰۰۰ در دست اقدام است

منبع تأمین مالی: استرالیا (AusAid) و ایالات متحده آمریکا

سال‌های فعالیت: از سپتامبر ۲۰۰۰ تا دسامبر ۲۰۰۷

گروه هدف: روستانشینان سه ناحیه شهرک‌نشین در میانمار شمالی، لاشیو، کوتکای و موس

مسائلی در مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

برپا کردن مراکز جامعه‌محور درمان وابستگی به مواد مخدر در ایالت شان شمالی، میانمار

سوابق پروژه:

سنتاً کشیدن تریاک عمده‌ترین شکل مصرف مواد مخدر در میانمار را تشکیل می‌داده است. از تریاک همچنین برای خواص درمانی آن به عنوان مسکن و تخفیف‌دهنده علائم ناشی از اسهال و سرفه، به ویژه در مناطق دوردست و پرت یا مناطق دچار منازعه که در آنها مردم به خدمات درمانی دسترسی ندارند، استفاده می‌شده است. در سال‌های اخیر روندهای هشداردهنده‌ای پدیدار شده‌اند: شمار فزاینده‌ای از کشیدن تریاک به تزریق هروئین روی آورده‌اند و مصرف محرک‌هایی از نوع آمفتامین (ATS). داده‌ها نشان می‌دهند که ۹۰٫۲٪ مصرف‌کنندگان مواد مخدر ثبت‌شده به تریاک معتاد بوده‌اند که ۴۰٪ برای سوءمصرف تریاک و ۴۵٪ برای سوءمصرف هروئین ثبت‌نام کرده بودند. نرخ اعتیاد به تریاک در روستاها بالاتر است که در آن خشخاش کشت می‌شود و این در حالی است که افراد شهرنشین، نظیر کارگران فصلی معادن سنگ‌های قیمتی هروئین مصرف می‌کنند. روند حرکت از کشیدن تریاک به تزریق هروئین تهدید اضافه‌ای را متوجه مصرف‌کنندگان مواد می‌کند و آن افزایش ابتلا به عفونت‌های اچ‌آی‌وی است.

وضعیت اچ‌آی‌وی در آسیا از جمله بدترین‌هاست. در سال ۲۰۰۷، دفتر برآورد کرد که رقمی میان

۲۰۰،۰۰۰ تا ۵۷۰،۰۰۰ نفر از جمعیت ۵۰،۵ میلیون نفری میانمار با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند. هرچند منبع اصلی عفونت ارتباط جنسی ناهمجنس‌خواهی است، تزریق مواد به یکی از روش‌های انتقال اچ‌آی‌وی تبدیل می‌شود که سریع‌ترین رشد را دارد و ۴۳،۲ درصد موارد تازه ابتلا به عفونت را در سال ۲۰۰۵ موجب شده است.

اهداف:

کاهش شیوع مصرف مواد مخدر در منطقه به کمک ظرفیت‌سازی در محلات و نهادهای محلی برای به اجرا درآوردن برنامه‌های جامعه‌محور کاهش تقاضا برای مواد مخدر.

فرآیند/ فعالیت‌ها:

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد با همکاری وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه اجتماعی و جوامع محلی، مراکز جامعه‌محور درمان را در سه شهرک- لاشیو، کوتکای و موس- ایجاد کرد. این برنامه‌های تحت نظارت یک روان‌پزشک ارشد مرکز درمان مواد مخدر در لاشیو قرار دارند و به کمک پرسنل درمانی واجد شرایط و مددکاران داوطلب از محلات مربوطه به اجرا درمی‌آیند.

کار در ژوئن ۲۰۰۱ در درمانگاه‌های عمومی خدمات درمانی موجود روستاها، صومعه‌ها، مدارس (طی روزهای تعطیل) و کلیساها (که از آنها به عنوان مراکز موقت سم‌زدایی استفاده شد) آغاز شد. دوره اولیه سم‌زدایی ۲۰ روز بود که سپس با خدمات پس از درمان در محلات مربوطه پیگیری شد. برنامه سم‌زدایی که در مراکز مستقر بود، دربرگیرنده درمان طبی با استفاده از تنتور تریاک و دیگر داروها، روان‌درمانی گروهی، مشاوره فردی، آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و درمان به کمک تفریح و درمان شغلی می‌شد. بیمار پس از آن به میان خانواده‌اش بازمی‌گشت و داوطلبان محلی که توسط یک عضو پروژه آموزش دیده بودند، حمایت‌های پس از آن را به عمل می‌آوردند.

این حمایت روانی‌اجتماعی، توأم با آموزش مهارت‌های شغلی و فعالیت‌های درآمدزا (برای مثال، زنبورداری، پرورش دام و جایگزینی کشت خشخاش)، به بازتوانی مصرف‌کنندگان مواد مخدر کمک می‌کند، ریسک افتادن مجدد آنها به دام اعتیاد را کاهش می‌دهد و از آنها حمایت می‌کند تا به اعضای فعال و مفید در جامعه تبدیل شوند.

فعالیت‌های پیگیری شامل خدمات درمانی عمومی، آموزش‌های بهداشتی و آموزش‌های مربوط به مواد مخدر غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از مصرف آنها (برای مثال، اچ‌آی‌وی/ایدز) به اشخاصی می‌شود که سابقاً به مواد مخدر وابسته بودند و نیز به خانواده‌هایشان. برای افراد علاقه‌مند ارجاع به مراکز بازتوانی دولت و مراکز دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل صورت می‌گیرد.

هر روستا دارای تیم پنج تا شش نفره اجرای پروژه مرکب از ریش سفیدان روستا و گروه‌های ضربت گوناگون محله است که هدایت کلیه فعالیت‌های جامعه محلی را بر عهده دارند و هر گاه که لازم باشد، کمک‌های لازم را ارائه می‌کنند.

درس آموخته‌ها:

پروژه نشان می‌دهد که کاهش شیوع مصرف مواد مخدر به هنگامی که جامعه فعالانه در فعالیت‌های مربوط به آن شرکت دارد، کارایی بهتری دارد. این فعالیت‌ها شامل آموزش‌های آگاهی‌دهنده و ارائه مشاوره به جامعه در مورد مصرف مواد مخدر غیرقانونی می‌شود. این‌گونه فعالیت‌ها با فراهم کردن حمایت‌های لازم از مصرف‌کننده مواد در کلیه مراحل سم‌زدایی، درمان و بازتوانی، به کاهش موارد درگلتیدن مجدد فرد به دامان اعتیاد، کمک می‌کنند. هم‌زمان لازم است حمایت کافی از خانواده‌های اشخاص وابسته به مواد مخدر به عمل آید.

نتایج / دستاوردها:

خدمات جامعه‌محوری که به کمک پروژه مورد بحث ارائه می‌شوند، خدماتی سهل‌الوصول و راحتی است. این خدمات در برانگیختن مصرف‌کنندگان مواد به پذیرش عملیات سم‌زدایی و در حمایت از بازگرداندن آنها به جامعه اثربخش بوده‌اند. بسیج محلات از طریق شرکت دادن آنها در خدمات، شالوده‌ای برای کسب نتایج پایدار فراهم می‌آورد و به ایجاد یک نگرش مثبت در جامعه نسبت به اشخاصی که با مسائل مربوط به وابستگی به مواد مخدر دست به گریبان هستند و نیز آنهایی که دوران بهبود را می‌گذرانند، کمک می‌کند.

آنهایی که دوباره به دامان بیماری درافتاده‌اند، برای درمان دیگر از سوی این مراکز پذیرفته می‌شوند. به دلیل مشارکت خانواده‌ها و جوامع، نرخ عود بیماری برای شرکت‌کنندگان در سم‌زدایی‌های جامعه‌محور، پایین است. از این رویکرد می‌توان در دیگر مناطقی که از محیط مشابهی برخوردار هستند، نظیر منطقه وا تحت پوشش پروژه C25 دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد که طبق آن کشت خشخاش برچیده می‌شود یا در شرف برچیده شدن است، استفاده کرد.

چالش‌ها:

- متقاعد کردن مأموران اجرای قانون در این مورد که فروشندگان خرده‌پای مواد مخدر را که خود به مواد مخدر معتادند، باید به جای دستگیری، نظیر دیگر روستائیان تحت درمان قرار داد.
- غلبه بر دشواری‌های اداری و سیاسی در پیاده‌سازی درمان جامعه‌محور، زیرا قانون تنها مراکز درمان مواد مخدر یا بیمارستان‌ها را به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به رسمیت می‌شناسد.

- ترغیب رهبران محلی، نظیر ریش‌سفیدان و سران روستا، برای پشتیبانی از پروژه در سطح جامعه محلی، زیرا آنها از این امر هراس داشتند که به این دلیل که در میان ضابطین قانون و فروشندگان مواد مخدر قرار دارند، این تغییرات بر زندگی روزمره آنها تأثیر نامطلوب باقی بگذارد.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

این پروژه خدمات درمانی عمومی، از جمله دندانپزشکی و چشم‌پزشکی به بیش از ۳۰۰۰ بیمار ارائه کرده است. جلسات آموزشی، نظیر جنسیت، مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز برای اشخاصی که به مواد مخدر وابستگی داشتند، و نیز خانواده‌هایشان و جامعه محلی به طور کلی، برگزار شد. اطلاعاتی در مورد حقوق کودک، مسائل قاچاق انسان و نظایر آن نیز ارائه گشت. در هر پایان هفته، پرستار محلی گروهی از زنان و دختران جوان را دعوت می‌کند تا یک جلسه کتاب‌خوانی برگزار کند. این پرستار کتاب‌هایی نظیر روایت میانماری کتاب دیوید ورنر تحت عنوان "وقتی هیچ دکتری وجود ندارد" را برای این گروه به همراه توضیحات لازم می‌خواند.

آموزش‌های حرفه‌ای نیز به روستاهای علاقه‌مند در موضوعات مددکاری، خیاطی، زنبورداری، کشاورزی ارگانیک، مهارت‌های آموزگاری، نگهداری مواد غذایی و نظایر آنها ارائه شد. پس از آموزش، برای حمایت از زنان در برپا کردن کسب‌وکارهایی متعلق به خود، امکان دسترسی به وام‌های کوچک فراهم شد. هدف از فعالیتهای درآمدزا تأمین حمایت از زنان در مقابل ترک روستا و تبدیل شدن به قربانی قاچاق انسان بود.

فروشگاه‌های کالاهای روستا و مخزن‌های برنج ایجاد شدند. خدمات سوادآموزی و آموزش زبان‌های محلی و درس‌های فرهنگی نیز به طور عمده به جوانان ارائه شد. هنگامی که مردان خانواده تحت درمان بودند، برنج و کالاهای اساسی در اختیار خانواده‌های مصرف‌کنندگان مواد مخدر قرار گرفت. علاوه بر این، پروژه مورد بحث آب سالمی را از نزدیک‌ترین منبع برای اهالی تأمین کرد، توالت‌های بهداشتی احداث کرد و نیروگاه‌های کوچک برق‌آبی برای اهالی احداث کرد.

تأکید بر توانمندسازی زنان یکی از اجزاء اصلی پروژه را تشکیل می‌دهد و به طور عمده از طریق افزایش مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به فعالیتهای پروژه و دسترسی آنها به آموزش تحقق می‌یابد.

داده‌های ارزیابی موجود در رابطه با پروژه

گزارش تعداد معتادانی که توسط پروژه خدمات درمانی در اختیار آنها قرار گرفته است										
شهرک	۲۰۰۱ (سپتامبر)	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷	کل	روی آوری مجدد به اعتیاد	کل واقعی
لاشيو	۶	۱۴	۷	۱۳	۲۷	۰		۶۷	۲	۶۵
کوتکای	۲۲	۰	۶۷	۱۴۰	۱۳۰	۷۰	۴۰	۴۶۹	۱۹	۴۱۰
موسه	۴۸	۳۸	۱۲۲	۹۹	۱۳۳	۵۶		۴۹۶	۸۶	۴۱۰
کل	۷۶	۵۲	۱۹۶	۲۵۲	۲۹۰	۱۲۶		۱۰۳۲	۱۰۷	۹۲۵

یکصد و هفتاد و هفت نفر از ۹۲۵ نفر معتاد تزریقی (IDUs) بودند.

یافته‌های اصلی:

- آگاهی از مشکلات/ مسائل موجود در داخل جوامع هدف و سازمان‌های محلی (از گروه‌های ضربت مبارزه با مواد مخدر تا مددکاران اجتماعی)
- پذیرش این امر که این مشکل/ مسئله در داخل جوامع وجود دارد.
- توافق بر سر این امر که ارگان‌های محلی و جوامع ذیربط را در همکاری یکدیگر در حل مشکل/ مسئله شرکت دهیم.
- فراهم کردن ابزارهای لازم، نظیر ظرفیت‌سازی در کلیه سطوح، برای حل این مشکل
- یافتن و خلق شیوه‌هایی نظیر تسهیلات درمان جامعه‌محور، که برای متقاضیان هدف (یعنی مصرف‌کنندگان مواد مخدر و خانواده‌هایشان) قابل قبول و قابل دسترس باشند.
- حمایت قانونی از مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مقابل ارگان‌های محلی (برای مثال، در مورد مسائل مربوط به قانون مواد مخدر) و یافتن راه‌هایی برای غلبه بر این مشکلات حتی به صورتی آزمایشی (برای مثال، ماده ۱۵ قانون اعلام می‌کند که کلیه اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر باید در نزدیک‌ترین بیمارستان ثبت شوند و تحت درمان قرار گیرند. خودداری از ثبت ممکن است با مجازات زندان از سه تا پنج سال روبه‌رو شود. درمان در مرکز درمان اعتیاد یا بیمارستان مجاز شش هفته طول می‌کشد که با سه ماه درمان در مرکز بازتوانی تکمیل می‌شود. اشخاصی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند و در مناطقی حضور دارند که پروژه در آن به فعالیت مشغول است، نمی‌توانند چنین زمانی را در برنامه‌های سم‌زدایی و بازتوانی صرف کنند. گذشته از این، هزینه این کار بیش از آنی است که آنها استطاعت آن را داشته باشند. اما مراکز درمان جامعه‌محور رایگان هستند و خانواده‌های بیماران می‌توانند برای آنها غذا بیاورند.
- سرانجام اینکه اعضای پروژه باید نیازهای خانواده‌هایی را که از بستگان معتاد خود در طول عملیات سم‌زدایی حمایت می‌کنند، مد نظر قرار دهند و مراقب آنها باشند. از این روست که

متقاضیانی که تحت درمان قرار می‌گیرند لازم نیست در مدتی که در مرکز به سر می‌برند، نگران خانواده‌هایشان باشند. گذشته از این، حمایت از سلامت و نیازهای اساسی آنها نیز بخشی از رویکرد کل‌نگر به بهبود مصرف‌کنندگان مواد مخدر، خانواده‌هایشان و جوامع آنها را تشکیل می‌دهد.

فصل ۴: متعهد کردن بیماران به حضور در محیط‌های درمان جامعه‌محور

این فصل توجه خود را بر استراتژی‌هایی برای فعالیت‌های یافتن و به کار گرفتن و متعهد کردن بیماران در فرایند درمان متمرکز می‌کند. دسترسی بیماران به درمان و حفظ آنها در طول درمان برای برآوردن اهداف درمان اهمیت بسیار دارد. خدمات درمانی جامعه‌محور باید چالش‌های توسعه شبکه‌ای از خدمات با شراکت سازمان‌های مختلف برای به بار آوردن نتایج مفید در زندگی بیماران وابسته به مواد مخدر-هم به صورت انفرادی و هم اجتماعی را بپذیرد.

خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTs) باید دارای تیم‌هایی باشد که به دشواری‌های بیماران در برآورده کردن نیازهای فوریشان رسیدگی کنند. آنها همچنین متعهدند طرح‌هایی تدوین کنند که به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و بیماری، نظیر یافتن مسکن، تأمین حمایت قضایی و دفاع از حقوق بیماران بپردازند. این تیم‌ها باید با آگاهی از طیف کامل نیازهای متقاضیان در عرصه‌هایی نظیر اشتغال، خانواده/ روابط صمیمانه و امیدها و آرزوهای آتی به کار بپردازند. چنین رویکرد کل‌نگری کارورزان را برآن می‌دارد که تعهدات اخلاقی و روشی گسترده‌ای را بپذیرند.

یکی از بخش‌های مهم متعهد کردن بیمار آن است که از تأمین‌کنندگان خدمات خواسته شود به چگونگی تشویق اشخاص وابسته به مواد مخدر برای مشارکت فعال در برنامه‌ریزی برای تأمین خدمات در جوامع خود توجه کنند. به این طریق، به بیماران کمک می‌کنیم تا مسئولیت زندگی خود را بر عهده گیرند.

دلایل شبکه خدماتی برای متعهد و درگیر کردن بیماران و تصمیم‌گیری در مورد طیف مداخله‌های درمانی باید تدوین شود تا با سطح آسیب‌پذیری و شدت مشکل (مشکلات) میان گروه‌های متقاضی خدمات متناسب باشد.

عواملی که برای تعریف شدت مشکل باید مد نظر قرار داد، عبارتند از:

- میزان استقلال که بیمار از خود نشان می‌دهد
- صدمات و لطماتی که بیمار از موارد دراز مدت و متعدد بیماری‌های روانی خورده است
- روابط اجتماعی و عاطفی
- آسیب وارده به ساختار حمایت وجودی (مسکن، شغل و غیره)
- صدمات و لطمات وارده زیست-روانی ناشی از مصرف مواد مخدر

این امر اهمیت بسیار دارد که به سراغ کسانی که هنوز در شبکه اجتماعی و سلامتی وارد نشده‌اند، برویم و از آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر در این گروه بکاهیم.

پیدا کردن و جذب بیماران در محیط‌های جامعه‌محور

پیدا کردن و جذب بیماران مستلزم شناسایی بیماران و برقراری رابطه با افراد مصرف‌کننده مواد مخدر در محیط‌های طبیعی آنها (خانه، خیابان، پارک، نهادهای مذهبی و غیره) به منظور متعهد و وارد کردن آنها به هر نوع مداخله‌ای است که آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد مخدر را کاهش دهد و خودداری از مصرف را تقویت کند. کسانی که برای یافتن و جذب بیماران فعالیت می‌کنند، باید کارهای زیر را انجام دهند (NIDA, 2000):

۱. شناسایی افراد
۲. برقراری تماس و ایجاد روابط دوستانه
۳. ایجاد مقداری تعهد در فرد برای آغاز کردن تغییرات رفتاری (کاهش یا متوقف کردن مصرف مواد مخدر، حضور در جلسات درمانی و غیره)، و
۴. ارائه اطلاعات درباره رفتارهای پرخطر و استراتژی‌هایی برای از بین بردن یا کاهش این خطرات

نیروهای امدادی در درمان جامعه‌محور

کارکنانی که برای یافتن و جذب معتادان به درمان در خدمات جامعه‌محور فعالیت می‌کنند باید تنوع قومی، جنسی، و فرهنگی گروه‌های هدف مصرف‌کننده مواد مخدر را منعکس کنند و هر زمان که متقاضی باشد، باید افرادی را که می‌توانند به زبان‌های محلی صحبت کنند و قادرند به راحتی در خرده‌فرهنگ‌ها متفاوت فعالیت کنند، در صفوف خود وارد سازند.

کارکنان امدادی که خود تجربه شخصی مصرف مواد مخدر دارند ممکن است در این کار مفید باشند، اما این امر الزامی نیست. کارکنان امدادی که از اعضای تأمین‌کنندگان خدمات جامعه‌محور (CBTs) یا مؤسسات دولتی، گروه‌های مذهبی، برنامه‌های تعویض سوزن و سرنگ، برنامه‌های نگهدارنده متادون و غیره هستند، حضور و مشارکت خود را به صورتی پررنگ در متن جامعه به نمایش می‌گذارند. این افراد اغلب نقش منحصر به فردی در وارد کردن ویژگی‌های اساسی به برنامه دارند، به شرح زیر^{۲۰}:

- مشروعیت برنامه را ارتقا می‌دهند،
- اطلاعات فنی را به مفاهیمی که به سهولت قابل درکند، برمی‌گردانند،
- هنجارها و ارزش‌های اعضای گروه را می‌فهمند و بر اساس آن به شناسایی استراتژی‌های عملی تغییر رفتار کمک می‌کنند،
- موانع موقعیتی (برای مثال، قوانین متفرقه موجود) را که مانع از پیشروی به سمت کاهش ریسک می‌شوند، می‌شناسند.
- نزد اعضای گروه‌های هدف اعتمادآفرینی می‌کنند،

^{۲۰}اطلاعات ارائه شده از مدل امدادی جامعه‌محور NIDA (۲۰۰۰) گرفته شده است که در سایت زیر قابل تهیه است:

- قابلیت‌های پیگیری اقدامات را به منظور تقویت تغییرات رفتار تقویت می‌کنند،
 - دسترسی به محل‌های پرخطر را تسهیل می‌کنند،
 - مقبولیت گسترده میان جامعه محلی را تقویت می‌کنند،
 - محیط‌های گوناگون جامعه محلی را که می‌توانند محل‌های اثربخشی برای فعالیت‌های یافتن و جذب بیماران باشند، می‌شناسند.
- جذب و متعهد کردن بیماران از طریق باز کردن درها: کاهش موانع ارائه خدمت

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های جذب و متعهد کردن بیماران استفاده از خط‌مشی در باز به منظور تسهیل دسترسی آسان به خدمات است. انعطاف‌پذیری، دسترس‌پذیری و ایمنی باید در این زمینه اصول راهنما را تشکیل دهند.^{۲۱} به منظور دستیابی به این اهداف، گام‌های متعددی، از جمله اقدامات زیر، پیشنهاد شده است:

- احتراز از الزامی کردن تعیین جدول زمان‌بندی خدمات از قبل. در عوض لازم است درباره زمان‌بندی درمان و ساعات پذیرش انعطاف‌پذیر باشیم.
- احتراز از الزامی کردن ارجاع رسمی بیمار به مرکز خدمات
- کاهش لیست‌های انتظار
- اجتناب از فشار آوردن به بیماران برای متوقف کردن کامل مصرف مواد مخدر. در عوض باید با آنها در زمینه نیازها و انگیزه‌های آنها کار کرد.
- حفظ و تضمین محرمانه ماندن
- در مورد تجربیات بیماران به قضاوت نپردازیم و برخورد باز داشته باشیم
- تقویت مسئولیت شخصی
- نسبت به نیازهای بیماران حساس باشیم
- نیازهای اصلی بیماران را پوشش دهیم (برای مثال، برنامه‌های غذا، سرپناه، خوابگاه، خانه‌های حفاظت شده، کمک‌های اولیه، حمایت عاطفی و سرزدن)
- تشویق اعمال کم‌خطر (تزریق امن مواد مخدر، اعمال جنسی بی‌خطر و غیره)
- کمک به بیماران در تصمیم‌گیری در مورد نوع درمانی که بیش از همه برای آنها مناسب است.

^{۲۱}اطلاعات مربوط به بهبود خدمات را همچنین می‌توان در بسته آموزشی تربیت‌ت در نشانی زیر به دست آورد:

<http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/d.html>, Volume 4, Topic 1:

افزایش دسترسی بیماران و نگهداری آنها برای تداوم معالجه بر اساس مدلی ارائه شده است که توسط شبکه بهبود درمان معتادان (NIATx) توسعه یافته است.

رویکرد در باز و درمانی که بر گرد نیازهای بیماران سازمان یافته است، در عین حال نشان‌دهنده یک سازمان خدماتی هماهنگ و سازگار است (برای مثال، داشتن کارکنانی که در هر زمان برای استقبال از متقاضیانی که برای نخستین بار مراجعه می‌کنند یا مجدداً به آن رجوع می‌کنند، آماده‌اند). کارکنان پذیرش آموزش دیده و خوش‌برخورد می‌توانند با هدایت بیمار به سمت خدمات درمانی مناسب، محیطی خوشایند و بدون موضع‌گیری به وجود می‌آورد.

خط‌مشی درهای باز به معنای تأثیرگذاری فعال بر تجربه کردن و درک اهداف و مأموریت سازمان توسط بیماران است. تأمین‌کنندگان خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTS) نباید در مورد بیماران خود داوری و موضع‌گیری کنند، بلکه باید هم‌سو با اصول زیر به ارائه مراقبت از آنها بپردازند:

- ارائه درمان مبتنی بر شواهد علمی
- تشویق بیماران و کارکنان به همکاری
- کاهش دادن آسیب‌پذیری بیماران
- کاستن از رفتارهای پرخطر برای پیشگیری از بروز پیامدهای سلامتی و اجتماعی منفی
- حمایت از انتخاب متقاضی
- توانمند کردن مصرف‌کنندگان مواد با دادن آموزش به آنها در این مورد که چگونه نیازها و علائق خود را تبیین کنند تا تصمیم‌گیران آنها را مد نظر قرار دهند.
- آسان‌تر کردن استفاده از خدمات برای بیماران
- بازگرداندن بیماران به جامعه به صورتی که آنها از کیفیت کامل زندگی و استقلال برخوردار شوند، و
- تقویت شبکه‌های اجتماعی

همان‌طور که گفتیم، خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTS) در عین حال باید قویاً به جامعه پیوند بخورد تا منابع آن را بشناسد، روابط اجتماعی را درک کند و متقاضیان و بیماران را که به روند کلی خدمات دسترسی ندارند، بیابند و جذب کنند. این امر به ویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیری نظیر افراد خودفروش یا کارگران جنسی، افراد بی‌خانمان و اشخاصی که در خیابان زندگی/ کار می‌کنند، اهمیت دارد.

پروتکل‌ها و راهنماها

پروتکل‌ها و راهنماها برای آن تدوین شده‌اند که بهترین کیفیت مراقبت از بیماران را تأمین و از اقدامات کارکنان و متقاضیان حمایت کنند. این اسناد نقشی بنیادی در تصمیم‌گیری در داخل خدمات درمانی جامعه‌محور ایفا می‌کنند. پروتکل‌ها و راهنماهایی که با برخی حرفه‌های سروکار دارند یا به انواع مختلف وابستگی به مواد مخدر می‌پردازند، باید چشم‌انداز و مأموریت شبکهٔ درمان را تکمیل کنند. توصیه شده است که در پروتکل‌ها و راهنماها پاسخ به پرسش‌های نمونهٔ زیر گنجانده شود:

- چگونه می‌توانیم از مراجعهٔ متقاضیان به خدمات خود استقبال کنیم و دسترسی آنها را به آن تسهیل نماییم؟
- چگونه می‌توانیم مشوق استفاده از حمایت مناسب از بیماران در حرفه‌ای متفاوت در شبکه باشیم؟
- چگونه می‌توانیم مشوق مشارکت فعال استفاده‌کنندگان از خدمات خود هم در ایجاد و هم ارزیابی کیفیت و اثربخشی خدماتی باشیم که ارائه می‌کنیم؟
- چگونه می‌توانیم به استفاده‌کنندگان از خدمات خود این اختیار و توانمندی را بدهیم که بر تصمیم‌گیری‌هایی که بر خدمات مورد استفادهٔ آنها تأثیر دارند، تأثیر بگذارند؟
- شیوهٔ کار برنامهٔ بیماران سرپایی چگونه خواهد بود؟

کار در جامعه

تیم‌هایی که وظیفه‌شان یافتن و جذب بیماران است، باید شامل افرادی از محلات و جوامعی باشند که قرار است خدمات درمانی به آنها ارائه شود. این‌گونه اشخاص ممکن است تاحدی با کسانی که از خدمات استفاده می‌کنند، تجارب مشترک، شرایط زندگی مشترک، روش‌های مشترک و انتخاب‌های مشترک داشته باشند.

حضور مصرف‌کنندگان سابق مواد مخدر به عنوان کارکنان تیم‌های یافتن و جذب معتادان، از مزایای متعددی برخوردار است. این کار می‌تواند به آنها نشان دهد چگونه از تجارب خود برای توانمندسازی خود و دیگران استفاده کنند. این کار با کمک به تیم‌های درمان برای بردن خدمات درست به در خانه‌های متقاضیان، دسترسی به متقاضیان درمان مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. این کار می‌تواند با افزایش دسترسی به بیماران، مداخله‌های درمانی را مفیدتر سازد. این کار همچنین به ایجاد شبکه‌ها کمک می‌کند و استفاده‌کنندگان از خدمات را تشویق می‌کند نقش فعالی در محلهٔ خود و کل جامعه ایفا کنند. همتایان آنها نمونهٔ زنده‌ای در مقابل آنها قرار می‌دهد که نشان می‌دهد می‌توان به بخش ثمربخشی از جامعه تبدیل شد.

رویکردهای عملی به بهداشت عمومی و مواد مرتبط با آنها ابزارهای اصلی توسعه کار امداد در محلات به شمار می‌روند. تیم‌های امداد می‌توانند کارهای زیر را انجام دهند:

- توزیع اجناسی از قبیل سوزن، سرنگ، کاندوم، محافظ لب و دستکش‌های یک‌بار مصرف،
- حمایت از مراقبت‌های شخصی استفاده‌کنندگان از خدمات با تأمین منابع بهداشت شخصی،
- تقویت فعالیت‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری از طریق اطلاع‌رسانی، واکسیناسیون، مشاوره و حمایت،
- حصول اطمینان از اینکه بیماران از حقوق و وظایف خود به‌عنوان شهروند به‌خوبی مطلعند.
- تأمین حمایت عاطفی از بیماران برای مقابله با بحران،
- ایجاد انگیزش در بیماران برای کاهش آسیب و تداوم درمان،
- حمایت از ایجاد گروه‌های پشتیبانی از افراد نظیر،
- حمایت از سازمان و اقدامات سیاسی،
- ایفای نقش به‌عنوان رابط میان مصرف‌کنندگان مواد و نهادهای دولتی،
- شرکت دادن باقی جامعه در مباحث مربوط به مصرف و وابستگی به مواد مخدر

اقدامات زیر نیز می‌تواند دسترسی بیماران را به خدمات تسهیل کند:

- استقرار خطوط تلفن مستقیم شبانه‌روزی هفت روز هفته (۲۴/۷) برای ارائه راهنمایی و حمایت
- پیش‌بینی کمک‌های اورژانس در بیمارستان‌ها،
- فراهم کردن فضاهای امن برای بیماران در محلات آنها (برای مثال، مراکز محلی تعویض سوزن، مراکز مراقبت‌های مختصر)، مراکز مراجعه و کسب راهنمایی
- همکاری با رسانه‌ها برای تبلیغ در مورد خدمات این برنامه و در عین حال مقابله با دیدگاه‌های منفی نسبت به وابستگی به مواد مخدر و انگ‌زنی‌های مربوط به آن، و
- آموزش افراد حرفه‌ای از دیگر حوزه‌های خدمات درمانی (برای مثال، مددکاران اجتماعی، کارکنان سازمان‌های جوانان و سازمان‌های اجتماعی و پلیس) برای نشان دادن واکنش اثربخش به نیازهای متقاضیانی که به مواد مخدر و/یا الکل وابستگی دارند با برخوردی باز، دلسوزانه و بدون موضع‌گیری و قضاوت.

انجام مداخلات به موقع. شناسایی اشخاصی که با مشکل احتمالی، در حال شکل‌گیری یا جافتاده در رابطه با وابستگی به مواد مخدر روبه‌رو هستند، ممکن است به شیوه‌های متعدد انجام گیرد: از طریق جستجو، یافتن و جذب بیماران، تماس‌های غیررسمی، مصاحبه‌های غربال‌گر ساختاریافته یا پرسشنامه. هر قدر مداخله زودتر انجام گیرد، نتایج درمان بهتر خواهد بود. دیگر اهداف این شناسایی عبارتند از:

- شناسایی افرادی که در خطر قرار دارند یا هم‌اکنون با مشکلاتی از جمله موارد زیر دست به‌گریبانند

- تغییر در مواد مخدر مصرفی،
- الگوهای مصرف متفاوت،
- قرار داشتن در اوضاع و احوال و تحت تأثیر محرکاتی که مصرف مواد را برمی‌انگیزند،
- پیامدهای فوری و با فاصله مصرف مواد،
- تاریخچه روابط اجتماعی یک بیمار،
- مسائل ویژه‌ای که بیمار از آنها رنج می‌برده است،
- وضعیت روانی، جسمی و روحی استفاده‌کنندگان از خدمات
- مشکلات اقتصادی و اجتماعی

- مداخله هر چه سریع‌تر،
- پیشگیری از پیدایش مشکلات بیشتر، و
- ارجاع دادن بیماران برای ارزیابی و درمان هر زمان که لازم باشد.

مداخلات زودهنگام و به‌موقع ممکن است شامل عناصر یافتن و جذب مبتلایان و پیشگیری باشد که آگاهی نسبت به خطرات مواد مخدر را میان مدارس، مراکز اجتماعی و زندان‌ها می‌برد.

متعهد کردن استفاده‌کنندگان از خدمات به درمان و تدوین برنامه‌های انفرادی درمان یا مراقبت. توصیه می‌شود که خدمات درمانی جامعه‌محور به تدوین برنامه‌های درمانی برای تک‌تک متقاضیان اقدام کند، زیرا هر متقاضی نمونه منحصربه‌فردی است. هنگامی که به تدوین یک برنامه درمانی می‌پردازید، کارکنان برنامه باید به‌طور کامل به دیدگاه‌های اجتماعی، فرهنگی و روحانی متقاضی احترام بگذارند.

برنامه‌های درمانی باید همیشه نقاط قوت و مشکلات یک شخص را ارزیابی و شناسایی کنند. از این اطلاعات می‌توان برای تطبیق دادن افراد با خدماتی که بدان‌ها نیاز دارند، از جمله ارجاع آنها به خدماتی که توسط مؤسسات دیگر در جامعه ارائه می‌شوند، استفاده کرد. برنامه مراقبت‌های درمانی باید بیمار را به عنوان یک شریک در نظر بگیرد. این بدان معناست که بیمار به‌طور کامل در تدوین اهداف درمان (برای مثال، کاهش سطح مصرف مواد/ خودداری از مصرف مواد مخدر)، زمان‌بندی و رویکردهای انتخابی به درمان، شرکت داده شود. یک برنامه درمانی ممکن است شامل مداخله‌های

متفاوت از برگزاری جلسات آموزشی گرفته تا مشاوره تا تقویت استقلال فرد بشود.

از شاخص شدت اعتیاد (ASI)، که یک ابزار تشخیصی است که توسط تریپنت برای استفاده بین‌المللی به کار گرفته شد، می‌توان برای ارزیابی و برنامه‌ریزی درمان استفاده کرد.^{۲۲}

مدیران موارد

تعیین کردن یک مدیر موارد برای هر بیمار، به هنگامی که از مدل برنامه درمان مجزا استفاده می‌کنیم، بهترین رویکرد است. مدیریت موارد بیماری، نقش بسیار مهمی در حفظ متقاضیان در مجرای خدمات درمانی و حصول اطمینان از این امر که نیازهای آنها برآورده شود، بازی می‌کند. این مدیر مسئولیت موارد زیر را بر عهده دارد:

- تضمین این امر که اهداف بیمار در مرکز برنامه درمان قرار دارد،
- بسیج منابع داخلی و خارجی، نظیر مسکن، آموزش، اشتغال و شبکه‌ها برای حمایت از درمان بیمار
- تضمین دسترسی راحت متقاضی به دست‌اندرکاران گوناگون نظام حمایتی خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTS)
- تضمین این امر که برنامه در همه اوقات نیازهای متقاضی را برآورده می‌کند.

نخستین گام مدیرموارد آن است که با در نظر داشتن نیازها، خواستها، انتخاب‌ها و علائق بیمار، با متقاضی برای تدوین برنامه درمان همکاری کند. انعطاف‌پذیری، خلاقیت و یک نگرش فاقد ارزش‌گذاری، باید در قلب این فرایند جای داشته باشد.

روش‌های مراقبت

تیم‌های خدمات درمان جامعه‌محور باید اقدامات مشخصی تدوین کنند و رویکرد کل‌نگری برای متعهد کردن بیمار به درمان در ورای یاری‌خواهی آشکار او تدوین نمایند. این امر نیازمند مشارکت متقاضی در اجزای کلیدی زیر است:

²² (Volume A, برای اطلاعات بیشتر به بسته آموزشی تریپنت (جلد الف، ماژول ۲) که به صورت آنلاین در نشانی زیر قابل تهیه است، مراجعه کنید: Module 2), available online at <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html>

- میزان منابع تخصیص یافته به فرد و حمایت گروهی
- مشاوره‌های تخصصی (برای مثال، پزشکی، روان‌پزشکی و پرستاری)
- اطلاعات و حمایت در رابطه با سلامت و حقوق بشری
- مدیریت مورد
- مراقبت‌های بستری
- مراقبت‌های سرپایی که ممکن است به مراقبت در درمانگاه و سرپناه طی روز نیاز داشته باشد
- خدمات پس از درمان و دسترسی مطمئن به غذا
- توزیع وسایلی که از سلامتی فرد حمایت می‌کنند، ریسک‌ها را کاهش می‌دهند و مانع از ابتلای او به بیماری می‌شوند
- دسترسی تضمین‌شده به دارو و غذا
- بهداشت و مراقبت‌های شخصی
- کارگاه‌ها و گروه‌های روان‌درمانی
- حمایت خانواده
- برقراری پیوند با دیگر شبکه‌های خدمات سلامتی و اجتماعی
- فعالیت‌های فرهنگی و اوقات فراغت
- حمایت از فرد برای یافتن کار و کسب درآمد
- حمایت حقوقی
- روش‌های شناخته شده در ارزیابی برنامه‌ها و خدمات درمانی (فردی و گروهی)
- برگزاری منظم جلسات تیم میان رشته‌های گوناگون خدمات درمانی
- ابزارهای ثبت و اطلاع‌رسانی (برای مثال، کتاب، راهنما، گزارش، روبه‌ها و غیره)
- تعداد پذیرفته‌شدگان و ارزیابی
- حمل و نقل و نگهداری از کودکان

باید در نظر داشت که کشورها یا محلاتی که منابع اندک دارند و فقیرند، قادر نخواهند بود حتی با ایجاد شبکه‌های به هم پیوسته و جاافتاده، بسیاری از این خدمات را تأمین کنند. از این روست که متعهد کردن متقاضی باید توجه خود را بر ایجاد یک پیوند نیرومند با او و استفاده از خدمات موجود برای تأمین نیازهای او استوار کند. خدمات را همیشه می‌توان در زمانی دیگر در داخل یک چارچوب موجود ارتقا داد.

هنگامی که پروژه مسکونی (یعنی تأمین سرپناه) CBTS بخشی از شبکه خدمات درمانی را تشکیل دهد، می‌توان از آن برای برآوردن نیازهای گوناگون متقاضیان استفاده کرد. هیچ‌گونه تقاضایی برای سرپناه نباید نادیده گرفته شود، زیرا این نیاز یکی از بخش‌های اصلی رفاه یک شخص به شمار می‌رود. اغلب اوقات، پروژه‌های سکونتگاهی درمان می‌توانند در عین حال در فرایند بازتوانی روانی اجتماعی نیز

نقش داشته باشند، زیرا آنها تنها خدمات درمانی ارائه نمی‌دهند، بلکه طیف گسترده‌ای از خدمات عرضه می‌کنند و به خوبی با جامعه پیوند دارند.

مراقبت‌های پس از درمان به منابع یا خدماتی اطلاق می‌شود که پس از یک دوران درمان شدید، حمایت و مشاوره مداوم فراهم می‌آورند. از آنجایی که وابستگی به مواد مخدر می‌تواند به صورت یک بیماری مزمن و عودکننده درآید، مراقبت‌های پس از درمان اولیه یکی از مراحل بسیار مهم درمان را تشکیل می‌دهد. یک برنامه مراقبت‌های پس از درمان خوب می‌تواند به حفظ یک سبک زندگی باثبات، مفید و سالم کمک کند. هدف از خدمات پس از درمان آن است که بیمار را در زمینه‌های زیر حمایت کند:

- کاهش یا متوقف کردن هر گونه رفتاری که ممکن است موجب مراجعه مجدد فرد به مصرف مواد مخدر شود،
- کنترل عود بیماری به شیوه‌ای که انگ و بدنامی به همراه نیاورد،
- توسعه و بهبود حمایت‌های اجتماعی در جامعه و مدیریت موارد بیماری
- حمایت از بیمار برای پذیرش تعهد در آموزش شغلی و حرفه‌ای، مدرسه، اشتغال و دیگر منابع کسب درآمد، فعالیت‌های تفریحی و خانواده و شبکه‌های همتایان به شیوه‌ای مثبت، و
- کمک به بیماران برای توسعه روش‌هایی برای حل و فصل وضعیت‌های پرخطر

حمایت از روابط خانوادگی و برقراری ارتباط مستقیم با خانواده‌های استفاده‌کنندگان از خدمات نیازمند اقداماتی است که از آنها استقبال کند، آنها را به حساب آورد و به آنها آگاهی دهد. این کار باید همچنین به اعضای خانواده کمک کند بر تعصب غلبه کنند، استفاده از مواد مخدر را درک کنند، آسیب‌پذیری بیماران را و خانواده‌هایشان را به حداقل برساند و از سازمان اجتماعی و سیاسی آنها حمایت کند.

نقش‌های تیمی و کار به شیوه تشریک مساعی

کار خدمات درمان جامعه‌محور باید در تیم‌ها انجام گیرد. کلیه اشخاصی که در این فعالیت شرکت دارند، باید نقشی هماهنگ ایفا کنند و با یکدیگر تشریک مساعی داشته باشند و به یکسان برای نتایج کار و موفقیت آن احساس مسئولیت کنند.

در داخل تیم **CBTs**، باید چندین کادر موظف از این توانایی برخوردار باشند که به عنوان مأموران پذیرش بیماران یا مدیران موارد عمل کنند تا پوشش درمانی را به حداکثر برسانند. از این رو، کارکنان مربوطه باید از آموزش مقتضی برخوردار باشند تا بتوانند طیف کاملی از خدمات مربوطه را در اختیار متقاضیان قرار دهند، خدماتی نظیر:

- انجام مصاحبه‌های ارزیابی،

- داشتن اطلاعات اجمالی خوبی از خدمات درمانی موجود،
- توانایی شناسایی رفتارهای سالم و پرخطر،
- توانایی مدیریت اختلالات توأمان در سلامتی، و

از قدرت و مسئولیت باید به صورتی استفاده کرد که روش‌های سازمانی به صورتی همسان و مشترک در میان طیف گسترده رشته‌های مختلف به کار گرفته شوند. در یک محیط همکاری، تسهیم در قدرت و اختیارات با تسهیم در پاسخگویی معادل است. مشکلی که در دستیابی به این هدف وجود دارد، تأمین این امر است که ماهیت ویژه شغل هر یک از متخصصان یکسان باقی بماند. یکی از اقدامات اصلی در این فرایند، ایجاد و حفظ جلسات منظم با حضور کلیه کارکنان به منظور هماهنگی است. تیم‌های چندرشته‌ای شامل:

- مدیران
- متخصصانی که تحصیلات دانشگاهی ویژه دارند یا از تجربه و آموزش مناسب برخوردارند (پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران و غیره)
- دیگر متخصصان (برای مثال، درمانگران مهارتی، بازتوانان شغلی)
- کادر پشتیبانی (برای مثال، پذیرش، مدیریت و کادر نظافت)، و
- تکنیسین‌ها

جلسات کارکنان یکی از شیوه‌های ایده‌آل بحث درباره موارد بالینی، ارزیابی و تعریف فرایندهای کار، توزیع مسئولیت‌ها و گفتگو درباره مسائل فنی و مدیریتی است. این امر اهمیت اساسی دارد که این جلسات فضای مناسبی برای ابراز نظرهای متنوع میان کارکنان به وجود آورد، نظیر طرح دیدگاه‌های متفاوت، اطلاعات و دانش، ارزش‌ها و علائق. به این طریق، خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTs) می‌تواند غنای این فرایند و دستیابی به نتایج مطلوب به سود متقاضیان را تأمین کند.

روش‌های کار و رویه‌های دسته‌جمعی باید به صورتی آشکار و باز و نه در پشت درهای بسته، تدوین شوند. نمایندگان بیماران و کارکنان باید بکوشند درباره بهترین روش‌های مراقبت از بیماران - از تعریف فرایندهای کار گرفته تا مداخلات و ارزیابی آنها - توافق کنند. انجام این کار تأثیرات خدمات و کیفیت آن را بالا می‌برد. طرح درمان انفرادی که به این روش تدوین می‌شوند، عناصر اصلی CBTs را تشکیل می‌دهند. دیگر جلسات بحث و تبادل نظر شامل موارد زیر می‌شوند:

- گروه‌های درمانی و کارگاه‌های درمانی
- اقدامات منظم، عمومی و تخصصی
- گروه‌های درمانی برای خانواده‌های بیماران
- جلسات منظم تیم‌ها که شامل طیف گسترده‌ای از متخصصان درگیر در معالجه می‌شود
- دفترچه‌های گزارش تیم‌ها که تصمیمات و جلسات در آنها ثبت شده می‌شود، و
- جلسات مدیریت که شامل بیماران و خانواده‌هایشان می‌شود.

کار در یک تیم گسترده این اطمینان را فراهم می آورد که بیماران و خانواده‌هایشان به طور مستقیم در تعیین آن چه که اهمیت دارد، فرآیندها و اولویت‌بندی خدمات شرکت می‌کنند. این رویکرد نقش بسیار مهمی در ایجاد این اطمینان دارد که همگان - استفاده‌کنندگان از خدمات و کارکنان - به یکسان در فرایند شرکت داده شده‌اند.

محیط درمان

محیطی که خدمات در آن ارائه شده است، باید برای همگان صمیمانه و مطبوع باشد. اشخاصی که از این خدمات استفاده می‌کنند ممکن است احساس ترس یا ناراحتی کنند یا در صورتی که مراکز خدماتی غیردوستانه و نامطبوع باشند، به این نتیجه برسند که نمی‌توانند مطمئن شوند که نیازهای آنها برآورده خواهند شد. از سوی دیگر، در صورتی که مرکز درمان به گونه‌ای سازمان یافته باشد که محیطی دوستانه و مطبوع برای بیماران به وجود آورد، آنها احساس خوشایندی خواهند داشت و فکر خواهند کرد که نیازهای آنها در اینجا تأمین خواهد شد.

محیط نامطبوع و غیردوستانه	محیط مطبوع و صمیمانه
درهای قفل یا بسته‌زیادی به چشم می‌خورند	توسط کسانی اداره می‌شود که برخورد دوستانه‌ای با بیماران دارند و وضع آنها را درک می‌کنند
روی پنجره‌ها شبکه‌های میله‌ای کار گذاشته شده است	باز و غیررسمی است. کارکنان با بیماران به عنوان اشخاص برخورد می‌کنند و نه بیمارانشان
محافظان یا پلیس امنیت مسلح به چشم می‌خورد	به گونه‌ای سازمان یافته است که متقاضیان به سهولت می‌توانند تفاوت میان استفاده‌کنندگان از خدمات و کارکنان را تمیز دهند
فهرست‌هایی از مقررات و مجازات‌ها در معرض دید همگان است و پوسترها و پیام‌های ضدمواد مخدر با مضمون جنگ علیه مواد مخدر در مقابل دیدگان همگان نصب شده است	روشن، تمیز، منظم است و پوسترهایی در آن نصب شده است که مبلغ امید هستند

این فهرست البته در فرهنگ‌ها و محیط‌های متفاوت یا برای گروه‌های متفاوت متقاضیان ممکن است متفاوت باشد. باید متذکر شد که در کشورهایی که شرایط درگیر و تعارض و فضای پس از درگیری بر آنها حاکم است، ممکن است وجود محافظین مسلح و شبکه‌ی میله‌ای روی پنجره‌ها برای تأمین امنیت کارکنان و بیماران لازم باشد. از این رو، در وضعیت‌هایی نظیر این، استقرار دیگر اجزاء مطبوع و صمیمانه کردن محیط مفید باشد، اجزائی نظیر نگرش‌های مثبت کارکنان. صرف‌نظر از شرایطی که یک مرکز می‌تواند به نمایش گذارد، موفقیت فعالیت‌های به میزان زیادی به نگرش کارکنان وابسته است. یک شاخص خوب که نشان می‌دهد مرکز CBTS یک مکان خوشایند و صمیمانه است، آن است که بسیاری از متقاضیان که از موقعیت‌های گوناگون برخاسته‌اند و سوابق متفاوتی دارند، از آن به طور مکرر استفاده می‌کنند.

اطلاعات

خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTS) باید اطلاعات روشن و اهداف صریحی حاضر و آماده داشته باشد تا در اختیار کارکنان، متقاضیان و خانواده‌هایشان قرار دهد. این روش به همه‌ی کسانی که در این فرایند شرکت دارند، اجازه می‌دهد به طور کامل در جریان امور قرار گیرند و درباره‌ی شیوه کار مطمئن شوند. اطلاعاتی که هدف از تدوین آن پیشگیری از مصرف مواد مخدر و پشتیبانی از فعالیت‌های درمانی وابستگی به مواد مخدر است، باید روشن و درک آنها ساده باشد. اگر چنین نباشد، بیماران احساس می‌کنند از قلم افتاده‌اند و نادیده گرفته شده‌اند. هنگامی که اطلاعات به این شیوه ارائه شوند، می‌توانند ابزاری باشند برای مقابله با تعصب و انگ‌زنی در سرپای آموزش و حمایت جامعه. اطلاعات باید شامل اقدامات پیشگیرانه و رهنمودهای عمومی در مورد خطرات مصرف مواد مخدر باشد. به این نحو، می‌توان جامعه را در مورد چگونگی کاهش آسیب‌ها و خطرات آموزش داد، از صدمات وارده به سلامتی فرد و جمع جلوگیری کرد و (از همان آغاز) مانع از مصرف مواد مخدر روان‌گردان شد.

حمایت حقوقی

برای توسعه‌ی شبکه‌ی CBTS و / یا درمان و پشتیبانی از استفاده‌کنندگان از خدمات آن، حمایت حقوقی لازم است. از سوی دیگر، حمایت حقوقی کافی می‌تواند در عین حال ظرفیت مدیریت خدمات را افزایش دهد. حمایت حقوقی می‌تواند به اهمیت حمایت از حقوق بیماران را به کارورزان یادآوری کند.

حمایت از اشخاصی که اچ‌آی‌وی دارند

یافتن و جذب و نیز متعهد کردن عناصر بسیار مهمی در برنامه‌ریزی درمان افرادی است که اچ‌آی‌وی، ایدز دارند و به سوءمصرف مواد مخدر در محیط‌های جامعه‌محور می‌پردازند. می‌توان غربالگری کسانی که در خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی قرار دارند را با طرح این پرسش از آنها که آیا از مواد مخدر تزریقی مصرف می‌کنند یا از سوزن‌های مشترک یا دیگر سازوگرهای مشابه استفاده می‌کنند یا رفتارهای جنسی بدون استفاده از کاندوم دارند یا نه یا به طور ساده هر گونه نشانگانی که ممکن است نشانه آن باشد که فرد به تازگی به عفونت اچ‌آی‌وی مبتلا شده است یا عفونت‌های اولیه ناشی از ابتلا به بیماری، انجام داد (CSAT, 2004) ۲۳

آزمایش اچ‌آی‌وی/ ایدز نخستین گام متعهد شدن برای بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد مخدر است که به بیماری عفونی مبتلا هستند. در صورتی که متقاضیان یکی (یا بیشتر) از فعالیت‌های زیر را گزارش بدهند، آزمایش اچ‌آی‌وی باید به صورت داوطلبانه انجام گیرد (CSAT, 2003):

- پرداختن به رفتارهای پرخطر،
- در صورتی که متقاضی به نوعی بیماری مبتلا بوده که از طریق جنسی قابل انتقال است،
- در صورتی که متقاضی سابقه استفاده مشترک از وسایل تزریق را داشته است، یا
- در صورتی که متقاضی یکی از نشانگان متعددی را داشته باشد که ممکن است نشانه آن باشد که اخیراً به عفونت ایدز مبتلا شده است یا عفونت جدیدی را نشان دهد که از علائم اولیه ابتلا به ایدز هستند.

درمان اچ‌آی‌وی/ ایدز و مصرف مواد پیچیده است و به حمایت یک تیم چندرشته‌ای نیاز دارد. مراقبت‌های درمانی برای این افراد اهمیت اساسی دارد و باید شامل یک تیم درمانی منسجم و هماهنگ باشد که در عین حال از درمان سوءمصرف مواد نیز مطلع باشد. کارورزان درمان در محیط‌های درمان عمومی باید نیازهای بیماران خود و خطر و احتمال عود بیماری را درک کنند.

انجام درمان‌های ضدویروسی برای بیماران اچ‌آی‌وی مثبت امری اساسی است و نیازمند آن است که تیم درمانی، کارکنان جامعه‌محور، اعضای خانواده، دوستان و دیگرانی که در درمان شرکت دارند، به طور

^{۲۳} می‌توان ابزارهای غربالگری را از پروتکل بهبود درمان CSAT، سری ۳۷ (۲۰۰۳) تهیه کنید. مرکز درمان سوءمصرف مواد مخدر،

درمان سوءمصرف مواد برای اشخاصی که اچ‌آی‌وی دارند. پروتکل بهبود درمان (TIP)، سری شماره ۳۷. نشریه شماره

(SMA) 03-3850. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.

هماهنگ مشارکت کنند تا بیمار داروهای خود را مصرف کند و برای دریافت خدمات درمانی ضروری مراجعه کند. برای تخطی نکردن از درمان می‌توان از استراتژیهای روانی‌آموزشی، نظیر استراتژیهای انگیزشی، درمان‌های شناختی- رفتاری، رفتارهای احتیاطی، تأمین مشارکت خانواده و آموزش استفاده کرد.

خدمات و منابعی که ممکن است این جمعیت به آنها نیاز داشته باشند، شامل:

- مراقبت‌های درمانی و دارویی و دارودرمانی اچ‌آی‌وی
- مراقبت‌های دندانپزشکی
- درمان سلامت روانی
- درمان روانی اجتماعی و مشاوره
 - درمان فردی، خانوادگی و گروهی
 - درمان سرپایی و بستری
 - گروه‌های پشتیبانی
 - استراتژیهای اولیه و ثانویه پیشگیری از اچ‌آی‌وی و کاهش صدمات ناشی از آن
- حمایت هم‌تایان، گروه‌های خودیاری و حمایت عاطفی تک به تک
- حمایت حقوقی
- خدمات اجتماعی و رفاهی برای حمایت اقتصادی
- مسکن و سرپناه
- خدمات خانگی
- مراکز روزانه
- بازتوانی شغلی

استراتژیهای کاهش پیامدهای سلامتی و اجتماعی منفی سوءمصرف مواد از اهمیت بسیار برای این مشتریان برخوردار است. فصل ۵ به تفصیل به بحث درباره‌ی رویکردهای دارویی می‌پردازد.

در کل، CBTs می‌تواند با اقدامات زیر اثربخشی خود را در درمان متقاضیانی که به مواد مخدر وابستگی دارند، نشان دهد:

- تضمین دسترسی مصرف‌کنندگان مواد مخدر به شبکه‌های حمایت و مراقبت
- به کار گرفتن مدل تیم چندتخصصی
- به کار گرفتن یک روش جمعی، و

- تدوین برنامه درمانی برای تک تک بیماران

هنگامی که خدمات درمانی جامعه‌محور (CBTs) قادر می‌شود کلیه اشخاصی را که در حوزه‌های متفاوت تدوین برنامه و توسعه خدمات درگیرند، از جمله استفاده‌کنندگان از خدمات، به طور کامل به اهداف خود متعهد کند، محتمل است که پروژه توانسته باشد به آسیب‌پذیرترین متقاضیان دست یابد و به صورتی اثربخش به آنها خدمات بدهد. CBTs باید تلاش کند این اطمینان را پدید آورد که در اختیار هر شخص طیف مفروضی از انتخاب‌ها قرار گرفته است که به بهترین نحو اهداف و شرایط زندگی او را منعکس می‌کنند. فراهم کردن مراقبت‌های اثربخش در محیط‌های جامعه‌محور به معنای آن است که تمامی تلاش خود را برای پیشبرد خودفرمانی و استقلال و بهبود و گسترش کیفیت زندگی بیمارانی که به مواد مخدر و الکل وابستگی دارند، به خرج دهیم.

اطلاعات پروژه

نام پروژه: ارائه خدمات سم‌زدایی و پیگیری برای مبتلایان به الکلیسم برای جوامع روستایی و به کمک آنها

شهر/ کشور: جنوب هند، مناطق روستایی

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: دکتر شانتی رانگاناتان، رئیس افتخاری بیمارستان TTK

IV Main Road, Indira Nagar, Chennai 600

020, Tamil Nadu, Chennai, India

Phone: +44 - 24912948 / 24918461 /

24416458/24426193

Fax: +44 -24456078

وبسایت: <http://www.addictionindia.org>

وضعیت پروژه: در دست اجرا، از ۱۹۸۹

منابع مالی: وزارت عدالت اجتماعی و توانمندسازی، دولت هند و کمک‌های مشابه از سوی

جوامع روستایی

سال‌های فعالیت: ۱۸ سال

گروه هدف: روستانشینان، افرادی که در مناطق روستایی هند زندگی می‌کنند

مسائلی که در مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

فراهم کردن درمان وابستگی به مواد مخدر در مناطق روستایی هند از طریق مراکز سم‌زدایی/ مشاوره و پیگیری درمان از طریق سازمان‌های محلی

سابقه امر:

بنیاد تحقیقات بالینی TT رانگاناتان - که به بیمارستان TTK نیز معروف است - طی ۲۷ سال گذشته در رشته اعتیاد فعالیت می‌کرده است. در سال ۱۹۸۹، یک معلم مدرسه در منطقه روستایی نامیل نادوی هند، توجه تیم بیمارستان تی‌تی‌کی را به شیوع الکلیسم در مناطق روستایی جلب کرد، امری که به ترک تحصیل دانش‌آموزان منتهی می‌شد. تیم دشواری دستیابی روستاییان به خدمات درمانی را که تنها در شهرها و شهرک‌های بزرگ ارائه می‌شدند، دریافت. از این رو آنها یک برنامه محلی طراحی کردند که به یکی از

فعالیت‌های اصلی مرکز تبدیل شد. همه‌ساله شش برنامه در محل، یعنی در جوامع روستایی، به اجرا درمی‌آمدند که به طور عمده به بیماری‌های اختصاصی داشت که به الکل وابستگی داشتند. تحت حمایت دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) دو اردوگاه به صورت آزمایشی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر ایجاد شدند. دو برنامه آموزشی نیز برای فعالان سازمان‌های غیردولتی سازمان یافتند تا آنها را با مسائلی که به رویکرد اردوگاهی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر (IDUs) مربوط است، آشنا کنند.

اهداف:

ایجاد یک برنامه درمانی کم‌هزینه جامعه‌محور، به ویژه برای روستائیان، که خدمات آن دم‌دست آنها باشد.

فرایند / فعالیت‌ها:

چند ماه پیش از برپا شدن اردوگاه، به کمک جزوات، در سینماها یا کلیساها، در مدارس و گروه‌هایی که اعتبارات کوچک در اختیار روستائیان قرار می‌دهند، برپا شدن اردوگاه به طور گسترده‌ای اعلام شد. متقاضیان خدمات این اردوگاه با حمایت معلمان، پزشکان، کارکنان درمانی، بستگان آنها، رهبران غیررسمی جوامع محلی یا شرکت‌کنندگانی که در اردوگاه‌های قبلی حضور داشتند، شناسایی شدند. سازمان میزبان که جزئی از جامعه محلی را تشکیل می‌دهد، دست کم سه بار پیش از خود اردوگاه، با بیمار و خانواده او برای ارزیابی دیدار می‌کند. آنها اطلاعات لازم را درباره اردوگاه در اختیار آنها قرار می‌دهد و به کمک یک پزشک عمومی او را معاینه می‌کنند. ده روز پیش از آغاز برنامه، داروهای لازم برای مقابله با مشکلات ترک و دیگر مسائل مربوطه در اختیار بیمار قرار می‌گیرند. متقاضی و اعضای خانواده‌اش راهنمایی‌های لازم را برای آنکه پیش از آنکه به اردوگاه برود از مصرف الکل خودداری کند، دریافت می‌کنند. این‌گونه متقاضیان اول از همه پذیرش می‌شوند. سازمان میزبان کلیه اقدامات تدارکاتی را برای اردوگاه به عمل می‌آورد، کاری که به طور عمده در یک مدرسه یا ساختمان عمومی که بدون هزینه توسط جامعه محلی در اختیار سازمان قرار گرفته است، انجام می‌گیرد. دو مشاور (counsellor) کار درمان را انجام می‌دهند: یکی در بخش مراقبت که به عنوان مشاور آموزش دیده است و دیگری، پرستاری است از بخش درمان. برنامه‌های درمانی ۱۵ روز در بخش بستری به طور می‌کشند و اعضای خانواده در یک برنامه نیم‌روزه به صورت سرپایی برای مدت ۱۰ روز حضور می‌یابند. اجزاء برنامه بستری عبارتند از سم‌زدایی، مشاوره، گروه‌درمانی و فعالیت‌های تفریحی. اعضای خانواده در گروه پشتیبانی خاص خود حضور می‌یابند. برای هر بیمار، دو نفر از جامعه محلی به عنوان افراد پشتیبان مشخص می‌شوند تا پس از عزلت‌جویی از جامعه به او در فرایند تجدید قوا کمک کنند.

برنامه‌های کنترل و پیگیری درمان در جامعه برای مدت یک‌سال طراحی شده است. در طول این جلسات، داروی دی‌سولفیرام به بیمار الکلی داده می‌شود و جلسات مشاوره برقرار می‌گردند. اعضای سازمان میزبان که توسط بیمارستان تی‌تی‌کی آموزش داده شده‌اند، به طور مرتب و به ویژه در موعد جشن‌های مهم، به خانه

بیماران سر می‌زنند تا مانع از روی آوری مجدد بیماران به الکل شوند.

درس آموخته‌ها:

اجزاء بسیار مهم سازمان دادن برنامه‌های اردوگاهی عبارتند از:

- کار با همکاری جامعه محلی / سازمان میزبان، پیش از، در طول و پس از تشکیل اردوگاه.
- شناسایی الکی‌هایی که در یک ناحیه خاص زندگی می‌کنند از طریق نقاط ورود متعدد
- انگیزه دادن به بیماران و تأمین امکان سم‌زدایی در خانه
- تدوین یک برنامه درمانی جامع و ارائه آن در خود جامعه محلی
- تأمین حمایت از اعضای خانواده به کمک یک برنامه مجزا
- ایجاد فضای حمایت و پشتیبانی در جامعه محلی و حفظ شتاب لازم

نتایج / دستاوردها:

وضعیت سلامتی به میزان زیادی بهتر شده است. متقاضیان درمان به طور منظم کار می‌کنند، مسئولیت‌های خانه را بر عهده می‌گیرند و به رفاه دیگر اعضای خانواده کمک می‌کنند. آنها برق به خانه‌های خود آورده‌اند، بدهی‌های خود را بازپرداخت می‌کنند، کودکان خود را به مدرسه می‌فرستند و دختران خود را به خانه بخت. مطلقاً هیچ‌گونه خشونت وجود ندارد و آنها از احترام جامعه خود بهره‌مند هستند.

چالش‌ها:

سازمان میزبان و جامعه محلی ممکن است رابطه‌ای میان سوءمصرف الکل و خشونت، خودکشی و مرگ نابهنگام مشاهده نکنند. از این رو، آنها ممکن است درمان الکلیسم را یکی از اولویت‌های خود ندانند. ایجاد آگاهی در مورد عوارض سوءمصرف الکل و منافع درمان به انگیزش دادن به جامعه محلی برای ایفای یک نقش فعال و حمایت از فرایند بازتوانی اهمیت تعیین‌کننده دارد. برای برپا کردن برنامه‌های روستایی به راهنمایی نیاز است و از این رو، باید به اشخاصی که دارای ویژگی‌های رهبری هستند اختیارات داده شود. حمایت درمانی نیز از اهمیت زیاد برخوردار است. از این رو، شناسایی خدمات درمانی پشتیبانی واجد اهمیت است و تأمین می‌شود.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی مربوط به این پروژه:

اغلب روستاییان بی‌سوادند، از این رو برای آنکه برخی مفاهیم را درک کنند، باید ماجرا را برای آنها حکایت کرد. از آنجایی که خانواده‌های گسترده در روستاها همچنان وجود دارند، بستگان افراد نقش پشتیبان را بر عهده دارند و در جریان تجدید قوا و بهبود فرد کمک و حمایت اضافی در اختیار او قرار می‌دهند. بیمارانی که در اردوهای قبلی شرکت کرده و بهبود یافته‌اند، به عنوان سپاسگزاری مقداری غذا در اختیار بیماران جدید قرار می‌دهند. به بیمارانی که بیش از یک سال ترک خود را حفظ کرده‌اند، مدال داده می‌شود. بسیاری از روستاییان نیز در این مهم شرکت می‌جویند و برای هم‌محلّی‌های خود که ترک خویش را حفظ کرده‌اند، جشن می‌گیرند.

یافته‌های اصلی و داده‌های ارزیابی موجود در رابطه با این پروژه:

تجربه به دست آمده از ۹۶ اردوگاه در مدت ۱۸ سال:

- با داشتن زیرساخت حداقل، می‌توان با حداقل هزینه مراقبت‌های ارزشمندی برای بیماران فراهم آورد.
- از آنجایی که کمک و یاری دم‌دست متقاضیان است، افراد کمک را می‌پذیرند.
- رویه‌های روان‌درمانی و درمان برای حتی روستائیان بیسواد نیز قابل درک است و از این رو جذابیت دارد.
- از آنجایی که کل جامعه در فرایند درمان شرکت می‌جوید، شیوع سوءمصرف الکل ظرف یک دوران زمانی کاهش می‌یابد.

فصل ۵: اصول درمان، گام‌ها و استراتژی‌های روانی اجتماعی در محیط‌های جامعه‌محور

این فصل توجه خود را بر کاربرد اصول مبتنی بر شواهد علمی از طریق گام‌های مداخله متفاوت در مورد سوءمصرف مواد در محیط‌های جامعه‌محور متمرکز می‌کند. برآوردن نیازهای متقاضیان را می‌توان از طریق فعالیت‌های امدادی (یافتن و جذب کردن بیماران)، غربالگری، مدیریت موارد، ارزیابی‌های عمیق، تدوین برنامه‌های درمانی جامع‌تر بر اساس نیازهای شناخته‌شده و ارائه درمان یا مداخله‌های لازم متناظر با آن صورت گیرد. اطلاعاتی که در این فصل ارائه می‌شود، بر اساس گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۲۰۰۸) در مورد "اصول درمان وابستگی به مواد مخدر" فراهم شده است.

طبق مدل زیستی‌روانی اجتماعی، وابستگی به مواد مخدر یک اختلال چندعاملی به شمار می‌رود. از این رو، درمان‌های جامع باید شامل اجزاء دارویی و روانی اجتماعی-آموزشی باشد.

اصول درمان وابستگی به مواد مخدر

نه اصل درمان وابستگی به مواد مخدر که به طور خلاصه توسط UNODC-WHO (۲۰۰۸) ارائه شده‌اند، راهنمایی به وجود می‌آورند که بسته به منابع انسانی و مالی هر کشور یا سازمان، می‌توان آنها را به تدریج به اجرا درآورد تا خدمات درمانی با کیفیتی به آنهایی که نیاز دارند، ارائه کرد. این نه اصل عبارتند از:

اصل ۱: فراهم بودن و دسترس پذیر بودن درمان وابستگی به مواد مخدر

- به شناسایی و به حداقل رساندن موانع درمان و ارائه خدمات اشاره دارد. حوزه‌هایی که در این زمینه باید مد نظر قرار داد، شامل موارد زیر است: دسترس‌پذیری جغرافیایی (برای مثال، امداد، یافتن و جذب، حمل و نقل، واحدهای سیار و غیره)
- محدوده زمانی ارائه خدمات و انعطاف‌پذیری در ساعات باز بودن مراکز
- چارچوب قانونی (برای مثال، اگر مؤسسه‌ای خواستار ثبت متقاضیان در سوابق رسمی شود، این امر ممکن است مانعی بر سر راه شرکت در برنامه به شمار رود)
- ارزان بودن خدمات (برای مثال، پایین بودن هزینه یا رایگان بودن آن برای استفاده‌کننده از خدمات، متناسب بودن هزینه با درآمد، پوشش بیمه و غیره)
- داشتن ربط و پیوند فرهنگی و استفاده راحت
- تفاهم
- نظام عدالت کیفری
- توجه و حساسیت نسبت به جنسیت بیمار

اصل ۲: غربالگری، ارزیابی، تشخیص و برنامه‌ریزی درمان

همان‌طور که در سند این روش موفق نیز تشریح شده است، ارزیابی‌های جامع، تشخیص و برنامه‌ریزی درمان، اساس درمان انفرادی را تشکیل می‌دهد که نیازهای ویژه هر یک از متقاضیان را مورد توجه قرار می‌دهد و به متعهد کردن او در درمان کمک می‌کند.

اصل ۳: درمان وابستگی به مواد مخدر بر اساس شواهد علمی

لازم است روش موفق که بر شواهد علمی مبتنی است و نیز از دانش علمی در مورد وابستگی به مواد مخدر بهره می‌گیرد، راهنمای مداخلات درمانی باشد. استانداردهای بالای کیفیت که برای تصویب مداخلات دارویی یا روان‌شناختی در دیگر رشته‌های درمانی الزامی است، باید در مورد حوزه وابستگی به مواد مخدر نیز به کار رود. این اصل فراهم کردن طیف گسترده‌ای از درمان‌های انفرادی و جامع، از جمله درمان‌های دارویی (برای مثال، ترک نظارت شده، داروهای نگهدارنده) و درمان‌های روانی‌اجتماعی (برای مثال، درمان شناختی رفتاری، پیشگیری از عود بیماری، مصاحبه‌های انگیزشی)، گروه‌های خودیاری، وجود پیوندهای اجتماعی فرهنگی، مدت زمان کافی، استفاده از تیم‌های چندرشته‌ای، مداخله‌های کوتاه، امداد، یافتن و جذب و مداخله‌های کاهش آسیب و تأمین خدمات پایه را توصیه می‌کند.

اصل ۴: درمان وابستگی به مواد مخدر، حقوق بشر و شأن بیمار

این امر اهمیت اساسی دارد که خدماتی فارغ از تبعیض برای افرادی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند، فراهم آوریم. مداخله‌های درمانی باید با تعهدات حقوق بشری همخوانی داشته باشند و بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت و رفاه را تأمین کنند.

اصل ۵: هدف قرار دادن زیرگروه‌ها و شرایط ویژه

چندین گروه در داخل جمعیت هدف آنهایی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، به توجه ویژه نیاز دارند. این گروه‌های خاص شامل نوجوانان، زنان (شامل زنان حامله)، افرادی که از اختلالات توأمان در سلامتی رنج می‌برند (چه روحی یا جسمی)، کارگران جنسی، اقلیت‌های قومی و افراد منزوی/بی‌خانمان می‌شوند.

اصل ۶: درمان اعتیاد و نظام عدالت کیفری

مصرف مواد مخدر را باید از مصادیق مراقبت‌های درمانی دانست و مصرف‌کنندگان مواد مخدر را به جای قرار دادن در نظام عدالت کیفری، باید در نظام خدمات درمانی درمان کرد. درمان باید هر زمان که میسر باشد، به عنوان شقی در مقابل حبس و زندان ارائه کرد. اگر این امر میسر نیست، باید تمهیدی اندیشید که زندان‌ها و بازداشتگاه‌ها درمان‌های وابستگی به مواد مخدر را ارائه کنند، اصول حقوق بشر را رعایت نمایند و پیوستاری از خدمات را از پیش از حبس (در صورت اعمال)، در دورانی که فرد در زندان است و به محض آزادی از زندان و ورود به جامعه فراهم نمایند.

اصل ۷: درگیر کردن و تأمین مشارکت جامعه، و علاقه‌مند کردن بیمار

همان‌طور که این روش موفق به تفصیل توضیح می‌دهد، پاسخ‌های جامعه‌محور به مصرف/وابستگی به مواد مخدر که می‌تواند مشوق تغییر باشد، ممکن است شامل کسب همکاری جامعه برای ارائه خدمات، مشارکت فعال ذینفعان محلی، توسعه شبکه‌ای برای ارائه خدمات درمانی و غیره باشد.

اصل ۸: اداره امور بالینی و خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر

همان‌طور که پیشتر رئوس آن در سند روش موفق نیز آمده است، خط‌مشی‌های مرکز، پروتکل‌های درمان، برنامه‌ها، رویه‌ها، تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌های حرفه‌ای، نظارت، منابع مالی، ساختارهای ارتباطی و نظام‌های پایش (ارزیابی)، به روزکردن خدمات و سازوکارهای هماهنگی باید به روشنی تعریف و بازنگری شوند تا به عنوان راهنمای اعضای تیم درمانی، دستگاه اداری پروژه و جمعیت هدف عمل کنند.

اصل ۹: نظام‌های درمان: تدوین خط‌مشی، برنامه‌ریزی استراتژی و هماهنگی خدمات

در سطح نظام‌های درمان، به کار گرفتن یک رویکرد نظام‌مند به اختلالات مصرف مواد مخدر و افرادی که به درمان نیاز دارند و نیز به کار گرفتن یک توالی منطقی و گام به گام که خط‌مشی را به ارزیابی نیازها، برنامه‌ریزی درمان، اجرا و پایش و ارزیابی پیوند می‌دهد، بسیار مفید خواهد بود.

گام‌های مداخله و استراتژی‌های روانی اجتماعی

درمان‌های روانی اجتماعی که بر اصول روانشناسی یادگیری استوار هستند، اثربخشی خود را در مطالعات متعدد به اثبات رسانده‌اند. جنبه‌های درمان روانی اجتماعی متعددند و این فصل توجه خود را بر آنهایی متمرکز می‌کند که ممکن است به ویژه در محیط‌های درمان جامعه‌محور، محیط‌های درمان سرپایی یا مراقبت‌های روزانه مفید واقع شوند. استراتژی‌های روانی اجتماعی که در این مطلب از آنها یاد می‌شود در عین حال بر اساس حمایتی که شبکه اجتماعی می‌تواند برای یک برنامه یا مرکز فراهم آورد، انتخاب شده‌اند. اغلب این تکنیک‌های درمانی روانی اجتماعی را می‌توان صرف‌نظر از شیوه درمان (فردی، زوج درمانی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی و غیره)، مکانی که درمان در آن ارائه خواهد شد (زندان، مؤسسه، خیابان، واحدهای سیار، محل‌های موقت در هتل یا اتاق‌های هتل، محل‌های ارائه خدمات اجتماعی، کمپ‌های میدانی و غیره) و طول مدت درمان (مداخله‌های کوتاه، درمان در جلسات متعدد یا درمان‌های متمرکز و فشرده)، ارائه کرد.

گام‌های متعددی توصیه شده است. برخی از آنها را می‌توان طی یک جلسه انجام داد. با توجه به محدودیت‌های بیمارانی که در درمان جامعه‌محور هدف را تشکیل می‌دهند، انجام غربالگری و مداخله‌های

کوتاه می‌تواند واقعاً مفید باشد. اما ادامه دادن به درمان همیشه توصیه می‌شود. گام‌های توصیه‌شده به قرار زیرند^{۲۴}:

گام ۱: یافتن و جذب و متعهد کردن بیماران

یافتن و جذب بیماران یکی از اجزاء اساسی مداخلهٔ جامعه‌محور برای هدف قرار دادن مصرف‌کنندگان مواد مخدری است که از درمان محروم مانده‌اند، به ویژه آنهایی که در معرض خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی قرار دارند (NIDA, 2000). مصرف مواد مخدر و دیگر فعالیت‌های غیرقانونی مرتبط با آن، دستیابی به خدمات درمانی سنتی و خدمات اجتماعی را برای آنهایی که به این خدمات نیاز دارند، دشوار می‌کند.

همان‌طور که در فصل ۴ تأکید کردیم، فعالیت‌های جستجو، یافتن و امداد باید توسط افرادی انجام گیرد که مشابه بیماران هستند و با خرده‌فرهنگ‌های مصرف‌کنندگان مواد مخدر احساس راحتی می‌کنند و دسترسی راحتی به آنها دارند. امدادگران و کارکنان شبکهٔ جامعه‌محور باید افرادی باشند که مورد احترام کسانی که قرار است به آنها خدمات داده شود، قرار داشته باشند و بتوانند به عنوان الگو و سرمشق، آموزش‌دهنده و مدافع برای آنها عمل کنند.

تماس مکرر تیم امدادی برای متعهد ساختن بیماران به درمان و حتی انجام مداخله‌های کوتاه و بحث دربارهٔ پیشگیری از آسیب‌های استفاده از مواد، امری بسیار مطلوب است. برای مثال، غربالگری برای مصرف مواد مخدر و ریسک‌های اچ‌آی‌وی به اضافهٔ انجام مداخله‌های کوتاه در مورد اچ‌آی‌وی و مواد مخدر ممکن است برای یک بار مداخله اقدامات بسیار زیادی باشد.

درگیر کردن بیماران در آغاز درمان امری به ویژه مهم است، اما در عین حال این امر نیز اهمیت زیاد دارد که بیماران را تا حداکثر ممکن که برای درمان لازم است، در ارتباط نگهداریم و هماهنگی و همکاری درمانی خوبی میان مشاوران/آموزش‌دهندگان/کارکنان درمانگاه و بیماران (از جمله خانواده و دیگرانی که در درمان شرکت دارند) برقرار کنیم تا به اهداف مداخلات درمانی دست یابیم.

برنامه‌های درمانی می‌توانند با انگیزه دادن به بیماران، حمایت از آنها و پرداختن به نیازهای آنها، حضور بیماران را برای درمان به حداکثر برسانند. همچنین هنگامی حفظ بهتر بیماران برای درمان هنگامی حاصل می‌شود که بتوانیم در دسرهای حضور در درمان را برای بیمار به حداقل برسانیم (حمل و نقل، استفاده از برنامه‌های زمان‌بندی انعطاف‌پذیر، فراهم کردن امکانات مراقبت از کودکان و غیره) و نیز هنگامی که کارکنان درمانگاه و دیگر متخصصان به سرعت در کنار بیمار حضور می‌یابند و مرکز درمانی به گونه‌ای کارکنان درمانی

^{۲۴} برای کسب اطلاعات بیشتر به پروتکل بهبود درمان CSAT سری ۳۳ مراجعه کنید که در نشانی زیر قابل تهیه است:

<http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd289/>

را مدیریت می‌کند که به نحو احسن از پیدایش لیست‌های انتظار اجتناب می‌شود، بیماران بیشتر نسبت به درمان از خود تعهد نشان می‌دهند.

مشاوران باید مهارت‌های درمانی خود را به بیماران نشان بدهند و با آنها با همدردی و دلسوزی برخورد کنند و ارزش‌گذاری نکنند.

برخی مثال‌های استراتژیهای روانی- آموزشی برای جلب بیماران به درمان جامعه‌محور ممکن است شامل موارد زیر باشد:

• افشای انتخابی	• ارائه اطلاعات و مطالب آموزشی آسان فهم) (عکس و غیره)
• ارائه مثال‌هایی از زندگی واقعی	• سنجیدن دلایل موافق و مخالف
• نقش‌گزاری برای استفاده‌کنندگان از خدمات	• تمجید و تعریف و تقویت
• گوش دادن فعال	• خلاصه کردن
• تعمق	• ایجاد اطمینان به نفس

احتمالاً یکی از مهم‌ترین استراتژیها برای تأمین تداوم تعهد بیماران به درمان آن است که درمان بتوان نیازهای واقعی او را تأمین کند. پیش از آنکه ما بتوانیم به این وظیفه پیچیده دست یابیم، باید بدانیم که نیازهای واقعی بیمار چیست و استراتژیهای مناسبی برای تحقق آنها طراحی کنیم. تنها به کمک یک ارزیابی دقیق و برنامه‌درمانی مناسب است که ارائه‌دهندگان خدمات قادر خواهند شد که نیازهای متقاضیان را برآورده سازند.

گام ۲: ارزیابی‌ها و روش‌های علاقه‌مندسازی بیماران به کمک استفاده از استراتژیهای انگیزشی

مصاحبه انگیزشی (MI) یک سبک تعامل مبتنی بر شواهد علمی، هدایت‌گر، بیمار-محور است که هدفش کمک به افراد برای کشف تردیدها و تزلزل‌های خود درباره مصرف مواد و حل و فصل این مشکلات و ایجاد تغییرات مثبت در آنها در این جهت است.

همان‌طور که میلر و رالینیک (۱۹۹۱) گفته‌اند، مصاحبه انگیزشی شیوه‌ای است برای "با یک بیمار بودن". این روش یک سبک مشاوره است و صرفاً مجموعه‌ای تکنیک برای انجام مشاوره نیست. اهداف مشاوره انگیزشی از جمله عبارتند از:

- حل و فصل تردید و دودلی

- اجتناب از موجب شدن یا تقویت مخالفت و مقاومت
- موجب شدن طرح "بحث تغییر" از سوی بیمار
- تقویت انگیزش و تعهد برای تغییر
- کمک به بیمار برای طی مراحل تغییر

مصاحبه انگیزشی بر ۴ اصل استوار است:

- ابراز همدلی
 - نگرش بسیار مهم، مقبولیت است
 - گوش فرا دادن ماهرانه و فکورانه برای این امر که بیمار احساس کند او را فهیده‌اند و نگران او هستند، اهمیت اساسی دارد
 - تردید و دودلی بیمار امری عادی است. کارکنان درمانگاه باید نشان بدهند که دیدگاه بیمار را می‌فهمند.
 - برچسب زدن و نام گذاردن بر بیمار امری غیرلازم است
- ایجاد تفاوت
 - اهداف مهمی را برای بیمار تعریف کنید
 - پیامدها یا پیامدهای بالقوه رفتارهای کنونی بیمار را بررسی کنید
 - میان تصویری که بیمار از رفتار کنونی خود دارد و اهداف زندگی دارد، تفاوت ایجاد و آن را تقویت کنید.
- به مخالفت و مقاومت دامن نزنید
 - به استدلال کردن علیه مقاومت و مخالفت پردازید
 - اگر مخالفت بروز کرد، بحث را متوقف کنید و شیوه دیگری را دنبال کنید
 - از مواجهه پرهیزید
 - ادراکات را تغییر دهید
 - دیدگاه‌های تازه‌ای در بیمار به وجود آورید، اما آنها را تحمیل نکنید
 - برای بیمار به عنوان منبعی برای یافتن راه حل مشکلات ارزش قائل شوید.
- مشوق خودباوری در بیمار باشید
 - باور فرد به توانایی خود برای تغییر (خودباوری) انگیزش‌دهنده مهمی است
 - متقاضی مسئولیت انتخاب و اجرای تغییرات شخصی را برعهده دارد
 - این امیدواری وجود دارد که طیف رویکردهای موجود راه‌حل مناسب را به دست بدهد
- مصاحبه انگیزشی جزء مهمی در کل فرایند ارزیابی، تشخیص موقعیت و مداخله به شمار می‌رود و نقش مهمی در ایجاد یک پیوند مناسب میان کارکنان درمانی و بیماران و متقاضیان بازی می‌کند.

ارزیابی و تشخیص موقعیت

توصیه شده است که ارزیابی اولیه را مختصر و کوتاه برگزار کنیم و در عین حال اطلاعات روشن و واقع‌بینانه‌ای در مورد درمان و خدماتی که می‌توان توسط سازمان/ نهاد در اختیار متقاضی قرار داد، در اختیار او قرار دهیم. قرار دادن اطلاعات روشن در مورد خدمات در اختیار متقاضی، تعهد او را به فرایند درمان به حداکثر می‌رساند. افراد باید اطلاعات واقع‌بینانه‌ای در مورد برنامه‌ها و خدماتی که می‌توان در اختیار آنها قرار داد، دریافت کنند. بدین طریق، متقاضیان باید درک خوبی از فرایند درمان، مقررات برنامه درمانی، انتظارات مربوط به مشارکت آنها و آنچه انتظار می‌رود برنامه برای آنها انجام دهد و چارچوب زمانی برنامه به دست آورند. علاوه بر این آشناسازی‌ها، بک برنامه باید راه‌حل‌های درمانی متفاوتی به متقاضیان عرضه کند و بر سر استفاده از رویکردها یا استراتژی‌های بسنده‌تری با آنها به توافق برسد (CSAT, 1999).

هنگامی که یک پیوند درمانی به وجود آمد، یا در فرایند ایجاد آن، باید به ارزیابی عمیق‌تری اقدام کرد. این نکته نیز اهمیت دارد که اعضای خانواده (از جمله دوستان نزدیک، در صورت نیاز) در فرایند ارزیابی شرکت داده شوند، و نیز دیگر منابع اطلاعاتی (آزمایش ادرار، گزارش‌های پزشکی، اسناد حقوقی و غیره).

ارزیابی متقاضیان را می‌توان به کمک یک واحد مرکزی ارزیابی/ارجاع در داخل شبکه درمانی یا به کمک برنامه درمانی مجزایی انجام داد. هدف از ارزیابی آن است که متقاضیان را با خدمات مناسب، هر جا این خدمات را بتوان در داخل یک پروژه خاص در جامعه، تأمین کرد، منطبق کنیم. ارزیابی اقدامات زیر را انجام می‌دهد:

- مشخص کند که شدت مشکلات چقدر و چگونه است. همچنین کدام مواد مخدر مصرف شده‌اند و آیا متقاضی یک مصرف‌کننده مواد به شمار می‌رود یا نه.
- غربال کردن متقاضیان از نظر اختلالات توأمان در سلامتی روانی. در طول دو هفته نخست آغاز درمان، این نکته اهمیت دارد که وجود احتمالی دیگر بیماری‌های روانی را ارزیابی کنیم و در صورتی که این بیماری‌ها وجود داشته باشند، درمان مقتضی آنها آغاز شود (برای اطلاعات بیشتر در مورد اختلالات سلامتی توأمان به فصل ۶ مراجعه کنید).
- غربالگری بیماران از نظر مشکلات دیگری که ممکن است به ارزیابی تخصصی نیاز داشته باشند، و
- شناسایی مشکلات در زندگی عمومی، نظیر عملکرد فرد در مدرسه، کار و در تعاملات خانوادگی.

این امر اهمیت دارد که ارزیابی جامعی از حوزه‌های گوناگون زندگی متقاضی به عمل آید (سلامتی، خانواده، کار، اجتماعی، حقوقی و غیره) و صرفاً به تاریخچه کنونی مصرف مواد مخدر از سوی او بسنده نشود. از این داده‌ها می‌توان برای فراهم آوردن یک منبع جمعیت‌شناختی در داخل نظام و نیز فراهم آوردن اطلاعات مهم برای تحقیق استفاده کرد.

ابزارهای متفاوتی برای ارزیابی وجود دارند که می‌توانند به ما در فرایند غربالگری و ارزیابی شدت مشکلات وابستگی به مواد مخدر در محیط‌های گوناگون کمک کنند. یکی از ابزارهای توصیه‌شده غربالگری، ASSIST (WHO, 2002) است. ابزاری که ترینت آن را اقتباس کرده است، "شاخص شدت اعتیاد" (ASI) نام دارد. ASI از همان آغاز به کار گیریش در سال ۱۹۷۹، به وسعت در تحقیقات درمان سوءمصرف مواد مخدر (گریسون و برگ، ۱۹۹۱) استفاده شده است. از ابزارهایی که برای سنجش میزان شدت مشکلات به کار می‌روند، در عین حال می‌توان برای برنامه‌ریزی درمان نیز استفاده کرد. علاوه بر شاخص ASI ابداع شده توسط ترینت، دیگر ابزارهای غربالگری نیز می‌توانند مفید باشند.^{۲۵}

بر اساس ارزیابی، باید یک برنامه شخصی تدوین شود تا متقاضی را با مناسب‌ترین برنامه درمان انطباق دهد و او را به این برنامه احاله دهد. گردآوری داده‌های خدماتی و درمانی باید با کلیه حوزه‌های شبکه درمان هماهنگ شود.

گام ۳: تدوین یک طرح درمان

این گام برای سازمان دادن مداخله‌ها یا استراتژیهای درمان اهمیت اساسی دارد. برنامه‌های درمان هم برای کارکنان تیم درمان، متقاضی و خانواده‌اش و هم دیگر افرادی که در فرایند درمان شرکت دارند (برای مثال، کارفرمایان، نظام عدالت کیفری، دیگر تأمین‌کنندگان خدمات و غیره)، راهنمایی ارائه می‌دهد. مطالب آموزشی ترینت نیز شامل بخشی در مورد درمان مبتنی بر ارزیابی به عمل آمده به کمک ASI است.^{۲۶}

نتایج تک تک درمان‌ها، علاوه بر متغیرهای دیگر، از جمله به نوع و شدت مشکلات متقاضی وابسته است. این امر اهمیت دارد که کلیه بخش‌های برنامه را بر نیازهای متقاضی و تمایل او به اینکه بخشی از فرایند بهبود باشد، منطبق سازیم. دیگر جنبه بسیار مهم در مورد برنامه‌ریزی درمان آن است که مدت زمان درمان را مد نظر قرار دهیم.

برنامه‌های درمانی جامع در محیط‌های جامعه‌محور باید بر شبکه‌ای از سازمان‌ها و نهادها متکی باشند. یک مرکز به ندرت می‌تواند کلیه خدمات مورد نیاز برای اغلب متقاضیانی را که مواد مصرف می‌کنند، ارائه دهد. به همین نحو، یک برنامه یا پروژه (حتی اگر مبتنی بر شواهد علمی باشد) عملکرد یکسانی برای کلیه متقاضیان ندارد، زیرا

^{۲۵}اطلاعات بیشتر را می‌توان در جلد اول بسته آموزشی ترینت در نشانی زیر به دست آورد: <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html>

^{۲۶}برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد برنامه‌ریزی ترینت، لطفاً کتابخانه مجازی وبسایت ترینت در نشانی: www.unodc.org/treatnet را مرور کنید: جعبه‌ابزار درمان وابستگی به مواد مخدر و بسته آموزشی

افراد نیازهای متفاوتی دارند و در عین حال به شکل متفاوتی به درمان و تأمین‌کنندگان خدمات درمانی پاسخ می‌دهند. مراکز باید برای ارائه خدمات به متقاضیان خود به جستجوی منابع اجتماعی برآیند و از این رو، ارتباطات خوبی در جامعه داشته باشند. از این رو، برنامه‌های درمانی باید هم روی منابع خارج از سازمان و هم روی منابع خود حساب کنند.

برای آنکه بتوان متقاضیان را به بهترین نحو با شیوه‌های درمانی منطبق کرد، باید دست‌کم برخی حق انتخاب‌ها در یک مؤسسه یا جامعه مفروض وجود داشته باشد. برای مثال، بیمار اگر به او امکان دهند روش درمان را انتخاب کند (برای مثال، درمان انفرادی، درمان گروهی، خانواده، درمان زوجی و غیره) راحت‌تر خواهد بود. این رویکرد هنگامی که مؤسسات بتوانند از خدمات مؤسسات دیگر در یک شبکه اجتماعی برای پشتیبانی از برنامه‌ریزی درمان تک تک بیماران استفاده کنند، بیشترین کارایی را خواهد داشت. (برای اطلاعات مشروح به فصل ۴ تحت عنوان "متعهد کردن استفاده‌کنندگان از خدمات و توسعه برنامه‌های درمانی یا مراقبت برای تک‌تک آنها" مراجعه کنید). موفقیت این کار همچنین به نوع و سطح مواد مخدر مصرفی وابسته است، برای مثال، وابستگی به مشتقات تریاک و الکل به سم‌زدایی نیاز دارد (علاوه بر فعالیت‌های درمانی روانی اجتماعی و درمان دارویی) و این در حالی است که برای مثال، مصرف زینبخش الکل را می‌توان با مشاوره روانی اجتماعی (فردی، گروهی و غیره) درمان کرد.

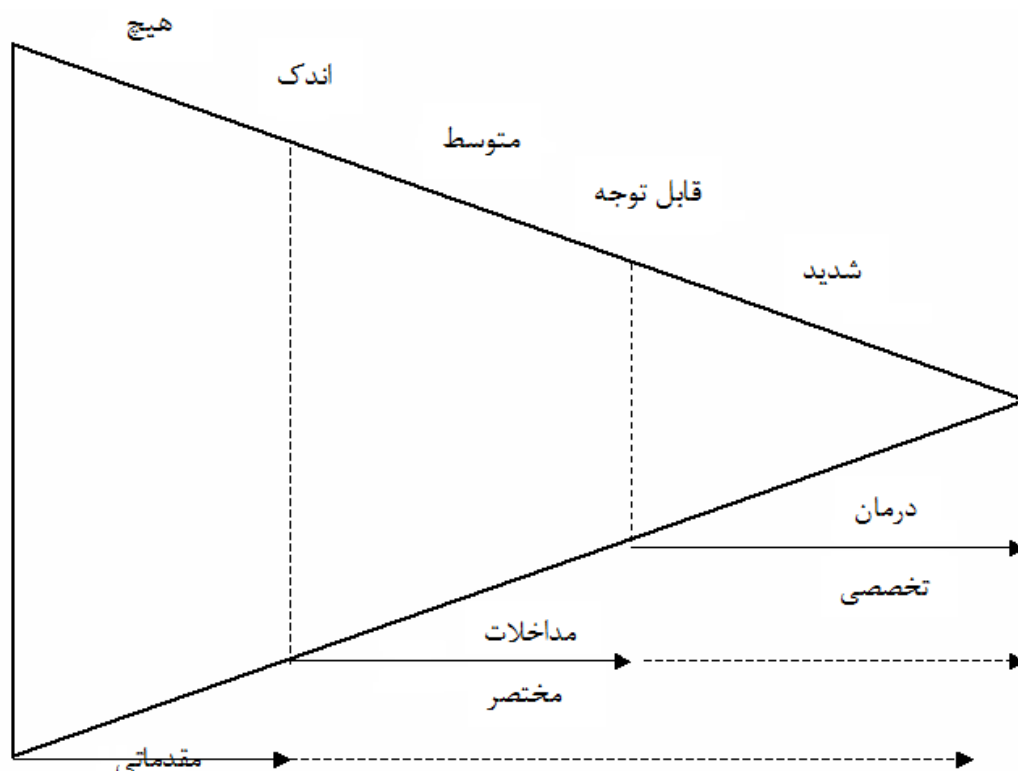
در زیر برخی اصول را که از میکس و هری (۱۹۹۹) اقتباس شده‌اند که می‌توان از آنها در تطبیق درمان استفاده کرد، ملاحظه می‌کنید. درمانگران باید:

- بدانند که اشخاصی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، دارای طیفی از مشکلات پزشکی، روان‌شناختی، اجتماعی و، شاید، اقتصادی، حقوقی، و دیگر مشکلات هستند.
- طیفی از راه‌حل‌های درمانی مبتنی بر شواهد علمی مستقر در یک مؤسسه یا در جامعه برای کمک به بیماران در اختیار داشته باشند.
- به ارزیابی‌های دقیقی در مورد متقاضی دست بزنند که مشکلات اولویت‌دار و شدت آنها را مشخص کند.
- بدانند که استفاده از یک روش که برای همه کارایی داشته باشد، عملی نخواهد بود.
- یک محیط درمانی به همراه طیفی از گزینه‌ها فراهم آورند که هر زمان که نیاز بود، خدمات اضافی را در دیگر نقاط جامعه در اختیار بیمار قرار دهد.
- قادر باشد فعالیت‌های کمک به بیماران را هماهنگ کند و خدمات مورد نیاز را با بیماران تطبیق دهد.
- مراقبت‌های پس از درمان را علاوه بر درمان و خدماتی که ارائه می‌دهند، فراهم آورند، و
- بدانند که گروه‌های خودیاری تنها در ترکیب با دیگر خدمات می‌توانند مفید باشند.

تصویر ۱ نشان می‌دهد که مشکلات سوءمصرف مواد در یک جامعه ممکن است طیف گسترده‌ای را از ملایم تا شدید در بگیرند و مداخلات درمانی مربوطه از طیف گسترده‌ای از پیشگیری اولیه گرفته تا درمان تخصصی را

شامل می‌شوند) به آکادمی ملی علوم، انستیتو پزشکی، بسط پایه‌های درمان مشکلات مربوط به الکل، ۱۹۹۰ مراجعه کنید). مداخلاتی که بر ضلع پایین مثلث به نمایش درآمده‌اند، متناظر با شدت مشکل انتخاب شده‌اند. پیشگیری اولیه ممکن است مداخله‌ای باشد برای افرادی که هنوز مشکلاتی را به نمایش نگذاشته‌اند. از این رو، تلاش‌های پیشگیری را می‌توان متوجه عامه مردم یا زیرگروه‌های بزرگی از عامه مردم کرد که در آنها برخی روش‌های درمانی تنها به گروه نسبتاً کوچکی از مردم ارائه می‌شود که نیازمند آن مداخله هستند.

تصویر شماره ۱: مشکلات ناشی از الکل و دیگر مواد مخدر



اقتباس از آکادمی ملی علم (۱۹۹۰)، بسط پایه درمان مشکلات ناشی از الکل

این گام باید همچنین شامل غربالگری برای اختلالات توأمان یا اختلالات روانی، از رفتارهای قمار و ریسکی گرفته تا رفتارهای جنسی وسواسی و رفتارهای جنسی بدون محافظت، می‌شود. این گام طی دو هفته نخست درمان توصیه می‌شود (CSAT, 1990).

گام ۴: تأمین حمایت: هر چه زودتر، بهتر

مداخله‌های مختصر

مداخله‌های مختصر هزینه اندکی در بردارند و در تمامی سطوح مصرف خطرناک و زیان‌آور مواد اثربخشند. استفاده از مداخله‌های کوتاه به عنوان روش ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری برای بیمارانی که خدمات

درمانی اولیه نیاز دارند، ایده‌آل است. هدف اصلی از یک مداخله کوتاه، کاهش ریسک آسیبی است که می‌تواند در صورت ادامه مصرف مواد و الکل به بار آید. مداخله‌های کوتاه می‌توانند از ۵ دقیقه توصیه کوتاه تا ۳۰-۱۵ دقیقه مشاوره کوتاه متفاوت باشند.^{۲۷}

مداخله‌های کوتاه ممکن است به دنبال غربالگری یا شناسایی نیازها توسط کارکنان شبکه درمان جامعه‌محور انجام گیرند. در بسیاری موارد، متقاضیانی که ممکن است از درمان جامعه‌محور برخوردار شوند، جمعیت‌هایی محروم از درمان هستند که یافتن و متعهد کردن آنها به درمان دشوار است. مداخله‌های کوتاه ممکن است شامل یک مداخله ساده باشد که می‌تواند در خیابان، در سرپناه احداث شده برای بی‌خانمان‌ها، در ساختمان‌های متروکه، در واحدهای سیار، در برنامه‌های درمان متادون، و برنامه‌های تعویض سوزن و سرنگ انجام گیرد.

مداخله‌های کوتاه می‌تواند آغازگر تغییر باشد. یک یا دو جلسه مشاوره می‌تواند در قیاس با عدم توجه به مشاوره تغییرات بسیاری به بار آورد. یک مشاوره اندک می‌تواند به تغییر قابل توجه منتهی شود. مداخله‌های کوتاه می‌توانند نتایجی به بار آورند که با درمان‌های طولانی قابل حصولند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2003)، چارچوب‌هایی برای عناصر مداخله کوتاه توصیه کرد که عبارتند از: بازخور، مسئولیت، توصیه، فهرستی از حق‌انتخاب‌ها، همدلی و خودباوری، به شرح زیر:

بازخور: می‌تواند شامل اطلاعاتی درباره مصرف مواد مخدر و مشکلات فرد باشد که از نتایج حاصله از استفاده از یک ابزار غربالگری نظیر ASSIST به دست آمده‌اند، اطلاعاتی درباره ریسک‌های مرتبط با الگوهای فعلی مصرف مواد مخدر، و اطلاعات کلی درباره ریسک‌ها و آسیب‌های مرتبط با مواد مورد بحث.

مسئولیت: یکی از اصول اصلی استفاده از مداخله در مورد مصرف‌کنندگان مواد، پذیرش این امر است که آنها مسئولیت رفتار خود را برعهده دارند و اینکه آنها می‌توانند در مورد مصرف مواد خود دست به انتخاب بزنند.

مشاوره و راهنمایی: ارائه راهنمایی‌های روشن در این مورد که کاهش یا توقف مصرف مواد ریسک مشکلات آتی آنها را کاهش خواهد داد، ممکن است آگاهی آنها را در مورد ریسک شخصی‌شان افزایش دهد و دلایلی برای تغییر رفتار در اختیار آنها قرار دهد.

فهرست حق‌انتخاب‌ها: قرار دادن طیفی از استراتژیهای متنوع برای کاهش یا توقف مصرف مواد از سوی آنها، به بیمار امکان می‌دهد استراتژی‌هایی برگزیند که برای شرایط او از همه مناسب‌ترند. قرار دادن انتخاب‌های مختلف در اختیار فرد، حس کنترل و مسئولیت شخصی را برای ایجاد تغییر در بیمار

^{۲۷} برای کسب اطلاعات بیشتر به راهنمای مداخله کوتاه در وب‌سایت سازمان بهداشت جهانی (WHO) مراجعه کنید:

www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

تقویت می‌کند.

همدلی: استفاده از یک روش گرم و همدلانه یکی از عوامل مهم در پاسخ بیمار به مداخله به شمار می‌رود و به کاهش مصرف مواد در پیگیری امر منجر می‌شود.

خودباوری: آخرین جزء مداخله‌های کوتاه اثربخش، تقویت اعتماد به نفس بیماران و ایجاد این احساس در آنهاست که آنها قادرند تغییراتی در رفتار مصرف مواد خود ایجاد کنند. افرادی که بر این باورند که می‌توانند تغییراتی در رفتار خود ایجاد کنند، بسیار بیشتر از آنهایی که خود را ناتوان یا عاجز از ایجاد تغییرات می‌دانند، محتمل است که این کار را انجام دهند.

مدیریت موارد

مدیریت موارد رویکردی بیمارمحور است که برای مراقبت و درمان افرادی که مشکلات پیچیده دارند، طراحی شده است. هدف این رویکرد آن است که برای مشکلات بیمار راه‌حل بیابد و طراحی آن هم برای حمایت اولیه و هم پایدار در پیوستاری از مراقبت‌های درمانی انجام گرفته است. تکنیک‌های مدیریت موارد باید بر یک ارزیابی قبلی جامع از مشکلات و نیازهای متقاضی (نه فقط شدت مصرف مواد) و برنامه درمانی مبتنی باشد که منابع و نقاط قوت متقاضی را مد نظر قرار می‌دهد.

مدیریت موارد به طور خاص بر منابع جامعه استوار است. برای مثال، اگر بیماران به آزمایش اچ‌آی‌وی احتیاج داشته باشند که نمی‌توان آن را توسط مرکز یا سازمان درمانی انجام داد، باید فرد را به جای مناسب ارجاع داد. ارجاع دادن بیماران باید امری پویا باشد، به این معنا که مدیران موارد باید تسهیل‌گر ارتباط باشند و نه فقط یک شماره تلفن یا آدرس در اختیار متقاضی قرار بدهند که او خود با آنها تماس بگیرد و یا به آنها مراجعه کند و خود اطلاعات بیشتر کسب نماید. در صورت امکان، کار ارجاع بیمار باید به صورتی فعالانه و با همراهی بیمار انجام گیرد (برای مثال، همراهی کردن بیمار در نخستین جلسه یا برگزاری کنفرانس تلفنی به طور مشترک با تأمین‌کننده خدمات و بیمار) و کار با تعیین یک وقت برای جلسه مشاوره تکمیل شود. مدیران موارد باید همچنین کار درمان را با بیمار و ارائه‌دهنده جدید خدمات پیگیری کنند. توصیه می‌شود که مجوز مکتوبی از بیمار هم برای برقراری و حفظ تماس با دیگر نهادها، سازمان‌های اجتماعی یا افراد (از جمله اعضای خانواده بیمار) اخذ شود.

گام ۵: تدوین استراتژی‌هایی برای کاهش آسیب

هدف استراتژی‌ها و رویکردهای کاهش آسیب، کاستن از عواقب منفی سوءمصرف مواد، و نه اساساً خودداری از مصرف مواد مخدر قانونی یا غیرقانونی (هیلتون و دیگران، ۲۰۰۰) است. کاهش آسیب یک رویکرد عملی است که با هدف به حداقل رساندن خطر ابتلای متقاضی به بیماری‌های عفونی، مصرف بیش از حد مواد یا دچار شدن

به عواقب مرتبط با مصرف مواد، از طیف گسترده‌ای از استراتژیهای گوناگون استفاده می‌کند. استراتژیها ممکن است شامل تغییر دادن شیوه مصرف مواد مخدر از سوی مردم یا تضمین این امر است که محیطی که آنها در آن به مصرف مواد مشغولند، ریسک‌های ناشی از عواقب منفی مصرف مواد برای سلامتی آنها (عقوباتها، مصرف بیش از حد) یا کیفیت زندگی (مشکلات حقوقی، مسائل اجتماعی و خانوادگی و غیره) آنها را به حداقل می‌رساند. این استراتژیها ممکن است بسته به ماده مخدر، نوع آسیب مرتبط با مصرف آن و فردی که این مواد مخدر را مصرف می‌کند، متفاوت باشند (ادی و ریتر، ۲۰۰۰، ۲۰۰۴).

استراتژیهای عمومی کاهش آسیب، شامل استراتژیهای آموزشی، مداخله‌های کوتاه و مشاوره، مداخله برای کاهش صدمات و خشونت و فراهم کردن امکانات و اندیشیدن تدابیری برای پیشگیری از عواقب حاد سوءمصرف محرک‌ها در محل‌های کثرت سوءمصرف این مواد، می‌تواند به پیشگیری از بروز موارد اورژانس مرتبط با این موارد کمک کند.

استراتژیهای کاهش آسیب در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و برای پیشگیری از گسترش شیوع اچ‌آی‌وی و دیگر پیامدهای ناگوار آن، به شرح زیرند:

- مداخله‌های دارویی آستانه پایین (داروهای آگونیسست و آنتاگونیسست مواد افیونی) که به طور مستقیم به حفاظت فوری از سلامتی ارتباط دارند.
- برنامه‌های تعویض سوزن / سرنگ
- تأکید بر روش‌های غیرتزریقی نسبت به تزریقی دارو
- مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی.
- پیشگیری از مصرف بیش از حد مواد به کمک دارو
- پیشگیری و ارائه خدمات برای کنترل عفونت‌هایی که از طریق جنسی منتقل می‌شوند
- مراقبت از زخم‌ها و ترمیم رگ‌ها

علاوه بر استراتژیهای کاهش آسیب که فهرست آنها پیشتر ارائه شد، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) موارد زیر را نیز توصیه می‌کند:

- باید کمک اجتماعی کافی برای افراد منزوی جامعه که به مواد مخدر وابستگی دارند، فراهم شود،
- برنامه‌های تزریق واکسن هپاتیت باید برای کلیه افرادی که به سوءمصرف مواد مبتلا هستند و نیز در کلیه مکان‌های مقتضی به اجرا درآید.
- باید در محل‌های مقتضی، کیت‌های دارو و وسایل اورژانس مدیریت موارد مصرف بیش از حد دارو فراهم شود.
- امکان مداخله‌های لازم در اتاق‌های اورژانس باید فراهم و تضمین شود،
- افراد مجهزی در خیابان و نیز افراد مددکاری از سنخ خود مصرف‌کنندگان مواد باید آموزش کافی

ببینند تا بتوانند با افرادی که از سوءمصرف مواد رنج می‌برند و افراد وابسته به مواد مخدر که به کمک نیاز دارند، ارتباط برقرار کنند.

گام ۶: آغاز درمان مصرف مواد

بیماران ممکن است با یک دوره بی‌ثباتی احساسی (افسردگی، تحریک‌پذیری و غیره)، شناختی (برای مثال، تمرکز، مشکلات مربوط به حافظه، پارانوئا و غیره) و دیگر مسائل مرتبط با ترک (خستگی زیاد، میل شدید و غیره) روبه‌رو شوند. از این رو، هفته‌های نخست درمان باید به اهداف و فعالیت‌هایی بسیار ساده و سراسرست مجهز شوند. از جمله این اولویت‌ها، متوقف کردن و کاهش مصرف مواد مخدر، کاستن از آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد مخدر، مصرف داروهای تجویز شده، آزمایش ادرار و تأمین حداکثر حضور در درمان‌هاست. درمان باید شامل استراتژی‌های دارودرمانی و روانی‌اجتماعی برای کمک به متقاضی جهت کنترل نشانه‌های ترک باشد. طی این گام این نکته اهمیت دارد که ساختار روشنی به وجود آوریم و از بیمار در فرایند بهبود حمایت کنیم. هدف آن است که میزان مصرف مواد را کنترل کنیم و نهایتاً به بیمار کمک کنیم از مصرف مواد خودداری کند و/یا کیفیت زندگی بهتر و وضعیت سلامتی بهتری برای او تأمین کنیم. این دوره درمان بین ۲ تا ۶ هفته طول می‌کشد.

طی ۲ تا ۳ هفته اول باید برنامه حضور روشنی برای بیمار طی چند هفته اول تهیه شود. این برنامه شامل ارائه اطلاعاتی در این مورد خواهد بود که مثلاً چند بار در هفته از بیمار نمونه ادرار گرفته خواهد شد.

تأمین دسترسی به خدمات درمانی

پس از آنکه کارشناسان درمانگاه عمل غربالگری را انجام دادند و بیمار را ارزیابی کردند و نیاز به خدمات درمانی و دارودرمانی را مشخص کردند، دسترسی به درمان از طریق پزشکان و روان‌پزشکان (در صورت نیاز) و دیگر متخصصان بهداشت و درمان برای دسترسی به یک درمان جامع، امری اساسی است.

مراقبت‌های درمانی برای کنترل مسمومیت، مصرف بیش از حد و مرگ‌آور مواد مخدر، ترک و مشکلات سلامتی مرتبط با مواد مخدر، از جمله بیماری‌های عفونی، ضروری است. مراکز و نهادها باید همیشه از توان کارشناسی متخصصان سلامت استفاده (پزشکان، داروسازان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و غیره) و با بیمارستان‌های محلی و مراکز سلامتی و بهداشتی همکاری کنند.

اطلاعات بیشتر در این مورد که دارودرمانی چه نقشی در محیط‌های جامعه‌محور دارد، در فصل ۶ ارائه شده است.

درمان شناختی رفتاری (CBT) یک رویکرد مشاوره‌ای-آموزشی است که برای قابلیت‌ها و منابع اغلب برنامه‌های درمانی و کلینیکی بسیار مناسب است. این رویکرد به طور گسترده‌ای در بررسی‌های بالینی ارزیابی شده است و از پشتیبانی تجربی نیرومندی برخوردار است. درمان شناختی رفتاری روشی ساختاریافته، هدف‌گرا و توجه خود را بر مشکلات فوری مصرف‌کنندگان مواد که وارد برنامه درمان می‌شوند، متمرکز کرده است.

در پارادایم شناختی- رفتاری، اندیشه‌ها، احساسات و رفتارها حوزه‌های مجزایی از رفتار انسان و پردازش شناختی او را تشکیل می‌دهند که به کمک یادگیری با یکدیگر ارتباط و پیوند پیدا می‌کنند. برای مثال، مصرف مواد مخدر، رفتاری است که ممکن است با تجربه شخصی و مشاهده به افکار، احساسات و حتی رفتارهای دیگر ارتباط پیدا کند. هنگامی که این پیوندها و ارتباطها در طول زمان قوی‌تر شوند، می‌توانند بدون اینکه هیچ موادی در آن لحظه از زمان وجود داشته باشد، به عنوان عامل آغازکننده عمل کنند.

نقش کارکنان درمانی در CBT آن است که به متقاضی آموزش دهند و او را در جهت یادگیری مهارت‌های تجدید به منظور تغییر رفتار و کنترل خود هدایت کنند.

درمانگرانی که از CBT استفاده می‌کنند باید آموزش‌های لازم را در مورد مفاهیم بسیار مهم وابستگی به مواد مخدر ارائه دهند و رفتارهای ویژه‌ای را به بیماران یاد دهند که به کمک آنها بیاموزند چگونه از مصرف مواد مخدر پرهیز کنند. این روش بر توسعه مهارت‌های جدید تأکید دارد. CBT مستلزم تسلط بر مهارت‌ها از طریق به کار بستن و تمرین آنهاست.

در مراحل اولیه درمان CBT، استراتژیها از جمله بر تغییرات رفتاری زیر تأکید می‌کنند:

- برنامه‌ریزی زمانی برای پرداختن به رفتارهای غیرمرتبط با مواد مخدر
- اجتناب از پیدایش وضعیت‌های مناسب برای مصرف مواد مخدر یا دوری کردن از این وضعیت‌ها

CBT تلاش می‌کند به بیماران کمک کند یک برنامه زمان‌بندی شده متشکل از فعالیت‌های کم‌خطر را دنبال کنند. درمان شناختی- رفتاری همچنین به بیماران، خانواده آنها و دیگر افرادی که مایلند از فرایند بهبود حمایت کنند، کمک می‌کند وضعیت‌های مناسب برای مصرف مواد مخدر (پرخطر) را بشناسند به این منظور که از آنها اجتناب کنند و با اثربخشی بیشتر از عهده طیف مشکلات و رفتارهای مشکل‌آفرین مرتبط با مصرف مواد مخدر برآیند.

تکنیک‌های CBT برای ترک مصرف مواد مخدر باید با راهنمایی‌ها و تشویق بیماران به آغاز کردن برخی فعالیت‌های جایگزین جدید همراه باشد. بسیاری از بیماران رفتارهای ناچیزی بلدند (یا اصلاً بلد نیستند) که با مصرف مواد مخدر بی‌ارتباط باشد. "آموختن و تقویت" تلاش برای آزمایش رفتارهای جدید یا بازگشت به

رفتارهای سابقی که مواد مخدر در آنها جایی نداشت، بخشی از فعالیت‌های CBT به شمار می‌رود.

با وارد شدن درمان CBT به فازهای بعدی بهبود، تأکید بیشتری بر بخش "شناختی" آن اعمال می‌شود. این تأکید شامل یاد دادن موارد زیر به بیمار و دیگرانی است که در این فرایند شرکت دارند (منظور زوج، اعضای خانواده، دوستان و غیره است) :

- اطلاع درباره وابستگی به مواد مخدر
- شرطی شدن، عوامل آغازگر و میل شدید
- مهارت‌های شناختی ("متوقف کردن فکر و خیال"، و "گریز از وسوسه"^{۲۸})
- استراتژیهای جلوگیری از عود بیماری

تقویت اجتماعی و مدیریت اقتضایی

این دو رویکرد بر تئوری شرطی شدن عامل استوار هستند. این تئوری فرض می‌کند که رفتار آتی فرد بر اساس تجربه پیامدهای مثبت یا منفی رفتارهای گذشته استوار است. از دید این تئوری، مصرف مواد مخدر با تجربه کردن اثرات تقویت مثبت مواد مخدر یا با اثرات تقویت منفی (برای مثال، اجتناب از پیامدهای منفی مصرف نکردن مواد به دلیل تجربه عوارض ترک) حفظ می‌شود.

به دلیل وجود اثر تقویت منفی، اثرات مثبت خودداری از مصرف مواد مخدر ممکن است برای تقویت رفتارهای غیرمصرفی کافی نباشد. از این رو، دیگر پیامدهای مثبت باید به کار گرفته شود تا اجری باشد برای تغییر در سبک زندگی و ادامه خودداری از مصرف.

تقویت اجتماعی شامل مدیریت اقتضایی (اجر دادن به خودداری از مصرف مواد مخدر و انجام رفتارهای مطلوب) از طریق زندگی اجتماعی بیمار (خانواده و دوستان) و از طریق رویدادهایی است که اثری ارضاکنده بر بیمار) کارهای سرگرم‌کننده، شغل، رویدادهای اجتماعی و غیره) باقی می‌گذارند و تقویت مثبتی به بار می‌آورند که به افراد دارای وابستگی به مواد مخدر این انگیزه را می‌دهد که مصرف مواد مخدر و دیگر رفتارهای زیانبخش را متوقف کنند یا کاهش دهند.

بیماران به این شیوه به خاطر رفتارشان به طور منظم اجر می‌بینند و ارضا می‌شوند (یا کم‌تر به آنها بی‌توجهی می‌شود یا کم‌تر تنبیه می‌شوند). رفتار مطلوب یا نامطلوب به طور کلی پیروی یا عدم پیروی از مقررات و قواعد پروژه یا برنامه درمانی است. برای مثال، بیماران در مرکز به خاطر هر بار آزمایش ادرار که منفی باشد، امتیاز می‌گیرند. بیماران آن‌گاه می‌توانند امتیازاتی را که به خاطر پاک بودن آزمایش ادرارشان جمع کرده‌اند با اقلامی که توسط کارکنان پروژه، خانواده یا دیگرانی که در این فرایند شرکت دارند، خریداری شده است (سررسید،

²⁸ Urge surfing

کتاب، قلم، بلیط سینما و غیره) تاخت بزنند.

برای آنکه برنامه‌های تقویت اجتماعی و مدیریت اقتضایی اثربخش باشند، باید توجه خود را بر رفتارهایی متمرکز کنند که در یک مدت زمان معقول به صورت واقع‌بینانه قابل حصول هستند. همچنین رفتارهای برگزیده‌ای که باید تقویت شوند، باید بخشی از یک برنامه درمانی باشند یا تأثیر مستقیمی بر نتایج مطلوب باقی گذارند.

شرکت دادن خانواده و دوستان در فرایند درمان

خانواده مهم‌ترین منبعی است که بیماران ممکن است برای فرایند بهبود خود در اختیار داشته باشند. از این رو، شرکت دادن خانواده، زوجها و دوستان در فرایند درمان و بهبود، در کلیه فازهای مداخله سوءمصرف مواد مخدر اهمیت اساسی دارد. این امر، هنگامی که از روش‌های جامعه‌محور استفاده می‌کنیم، از اهمیت ویژه برخوردار است، زیرا خانواده پیوند بسیار مهمی را میان جامعه و فردی که از مشکلات وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برد، به وجود می‌آورد.

اغلب اعضای خانواده و دوستان بیمار دوست دارند در تمامی فازهای درمان و فرایند بازتوانی از بیمار حمایت کنند. آنها می‌توانند اطلاعات به درد بخوری در مورد الگوی مصرف مواد مخدر از سوی بیمار و آسیب‌ها و مشکلات مربوطه، به ویژه در مورد بیماری که به خاطر صدمات عظیم وارده به مغزشان در نتیجه مصرف مواد مخدر قادر نیستند اطلاعات زیادی در مورد میزان و نوع مصرف مواد مخدر ارائه دهند، در اختیار ما قرار دهند. خانواده و دوستان یکی از بخش‌های اساسی فرایند درمان به شمار می‌روند. آنها در تأمین تداوم معالجه و حفظ بیمار در فرایند درمان (برای مثال، حضور در جلسات درمانی، مصرف داروهای تجویز شده)، تشویق بیماران به پیروی از سفارش‌های مددکاران طرح درمان جامعه‌محور (تمرین مهارت‌های جدید، اجتناب از رفتارهای پرخطر و غیره) و انجام مراقبت‌های فوری از آنها بینهایت مفیدند.

اعضای خانواده و دوستان ممکن است در تلاش‌هایی که برای یافتن منابع لازم جهت کمک به فرد مورد علاقه‌شان به عمل می‌آید، شرکت جویند. آنها معمولاً با سازمان‌های محلی نظیر خدمات اجتماعی، نهادها/ مردم مذهبی، درمانگاه‌ها، مشاوران خانواده و غیره ارتباط دارند. این امر می‌تواند نقش مهمی در تأمین درمان جامع داشته باشد.

خود خانواده و دوستان ممکن است برای مقابله با مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر از سوی عزیزشان یا حتی مطابقت دادن خود با اعتدال وی در مصرف مواد مخدر یا خودداری از آن، به کمک نیاز داشته باشند. مدل‌های درمان خانواده متفاوتی وجود دارد که می‌توان از آنها استفاده کرد^{۲۹}. برخی از آنها به شرح زیرند:

^{۲۹} برای کسب اطلاعات بیشتر، پروتکل بهبود درمان ۳۹ (CSAT (TIP) را بخوانید: درمان سوءمصرف مواد مخدر و خانواده درمانی (family Therapy) (۲۰۰۴)

- خانواده‌درمانی ساختاری / استراتژی
- خانواده‌درمانی چندرشته‌ای
- خانواده‌درمانی چندگانه
- خانواده‌درمانی رفتاری و شناختی-رفتاری
- شبکه‌درمانی
- درمان مشکل محور یا بحث‌درمانی

مشکل مصرف مواد مخدر چندگانه

باید بیماران را تشویق کرد که به همهٔ موارد مصرف مواد مخدر بپردازند. بسیاری از بیماران مسائل و مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر متعدد را به نمایش می‌گذارند. ممکن است مصرف ثانویهٔ مواد از سوی بیمار را هنوز نتوان با پیامدهای مخربی که او به آنها دچار است یا هیچ‌گونه علامت و نشانهٔ وابستگی مرتبط دانست. برخی بیماران ممکن است به فکر استفاده از مواد دیگر بیفتند تا آنها را جایگزین مواد مخدری کنند که به خاطر آنها تحت درمان هستند. بیماران را باید پیش از وقوع، دربارهٔ خطر وابسته شدن به مواد مخدر دیگر آموزش داد (در صورتی که مناسبت داشته باشد).

مشکل اختلالات توأمان

مصرف مواد مخدر با طیف گسترده‌ای از مشکلات سلامت روانی، نظیر افسردگی و اختلالات دوقطبی پیوند دارد. دیگر اختلالات در سلامت روانی ممکن است شامل اختلالات اضطرابی، شیذوفرنی، و دیگر اختلالات روان‌پریشی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالات شخصیتی، اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (AD/HD)، اختلالات خورد و خوراک و قمار بیمارگونه (CSAT, 2005) باشد. لازم است که مشکلات سلامت روانی را نیز مد نظر قرار دهیم. فصل ۶ بیشتر به ارزیابی و درمان مشکلات سلامتی (روانی) یا اختلالات توأمان می‌پردازد.

گام ۶: حفظ و تداوم درمان

بر اساس تحقیقات به عمل آمده، توصیه شده است که درمان‌ها برای آنکه اثربخش باشند، حداقل باید ۳ ماه به طول بکشند (اصول NIDA در مورد درمان سوءمصرف مواد مخدر، 2001). طی دورهٔ درمان، استراتژی‌هایی که قبلاً تشریح شدند، قابل استفاده‌اند. جنبه‌های درمان روانی اجتماعی زیر نیز برای فاز حفظ و نگهداری درمان توصیه شده‌اند.

باید به طور مداوم به بسیاری از بیماران جلسات درمانی آنها را یادآوری کرد و به ویژه در مورد فعالیت‌هایی که باید انجام دهند (تکالیف خانه)، قرار ملاقات‌های بیرونی و موارد ارجاعی و غیره به آنها تأکید کرد. در محیط‌های جامعه‌محور باید برنامه‌ای برای پیدا کردن بیماران و یادآوری کردن به آنها وجود داشته باشد. تماس‌های تلفنی

یا نامه‌های کوتاه (در صورت امکان) به بیماران قرار ملاقات بعدی آنها را یادآوری می‌کند یا به آنها اطلاع می‌دهد که سرقراری حاضر نشده‌اند یا تغییر در برنامه یا منابع تازه‌ای را که در آینده فراهم خواهد شد، به اطلاع آنها می‌رساند.

کارکنان امدادی و پزشکان می‌توانند به کمک فرم‌های مشخصات بیماران جدید که در آنها نام، نشانی، شماره تلفن و همچنین اطلاعات تماس با خانواده و دوستان نزدیک در آنها ذکر شده است، بیمار را پیدا کنند و به او اطلاع بدهند. هنگامی که با افراد بی‌خانمان سروکار داریم، اطلاعات مربوط به اماکن متفاوتی که بیمار ممکن است در آنها یافت شود (پارک‌ها و غیره) برای حفظ تماس با بیماران مفید است.

اگر بیماران به تماس‌های تلفنی یا نامه پاسخ ندادند، کارکنان امداد پروژه جامعه‌محور می‌توانند آنها را در آخرین نشانی یا مکان شناخته‌شده‌ای که بیماران معمولاً در آنها حضور داشتند، پیدا کنند.

روش‌های پیشگیری از عود بیماری

پیشگیری از عود بیماری (RP) را وسیعاً یک نوع درمان شناختی-رفتاری (CBT) می‌شناسند با تأکید بر حفظ مرحله تغییر رفتار اعتیاد، که دو هدف عمده را دنبال می‌کند:

- پیشگیری از وقوع لغزش‌های اولیه پس از پذیرفتن تعهد برای تغییر
- پیشگیری از تبدیل شدن هر گونه لغزشی که رخ می‌دهد، به عود تمام عیار بیماری

هدف از برنامه‌های پیشگیری از عود بیماری، افزایش آگاهی بیمار نسبت به شرایط پرخطر و افزایش مهارت‌های بیمار برای بیرون کشیدن گلیم خود از آب، افزایش خودباوری در او و افزایش توانایی او در کنترل متغیرهای درونی و بیرونی که ممکن است او را در مقابل عود اعتیاد آسیب‌پذیرتر کنند. پیشگیری از عود بیماری، تکنیک‌های شناختی و رفتاری نظیر توقف فکر، مهارت‌های غلبه بر مشکلات، فعالیت‌های جایگزین و غیره را با هم ترکیب می‌کند.

روش‌های پیشگیری از عود بیماری شامل موارد زیر می‌شوند^{۳۰}:

- آموزش روان‌شناختی درباره فرایند عود اعتیاد و چگونگی متوقف کردن آن
- شناسایی وضعیت‌های پرخطر و علائم هشداردهنده
- توسعه مهارت‌های مدیریت غلبه بر مشکلات و استرس
- تقویت خودباوری در برخورد با وضعیت‌های بالقوه عود اعتیاد

^{۳۰} برای کسب اطلاعات بیشتر، سند درمان اختلالات ناشی از مصرف محرک‌ها. پروتکل بهبود درمان (CSAT, 1999)، سری ۳۳، را مرور کنید. نشانی:

<http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd289/>

- مقابله با یادآوری حالات وجدآمیز و میل به آزمایش کنترل مصرف مواد
- توسعه یک سبک زندگی متعادل شامل فعالیت‌های تفریحی سالم
- ارائه پاسخ مطمئن به لغزش‌ها به منظور جلوگیری از بالا گرفتن آنها و تبدیل شدن به اعتیاد مجدد تمام عیار
- ایجاد محیط پاسخگویی رفتاری به لغزش‌ها و عود بیماری از طریق آزمایش ادرار و دیگر ملاک‌های عینی

فراهم کردن طیفی از روش‌های درمان

علاوه بر درمان انفرادی، مداخله‌های خانوادگی و درمان خانواده، از دیگر روش‌های درمان نیز می‌توان استفاده کرد که شامل گروه‌درمانی و گروه‌های پشتیبانی است.

یک بیمار ممکن است در شیوه‌های مختلف درمانی، از درمان انفرادی (روانی‌اجتماعی و پزشکی) یا مداخله‌های درمانی خانوادگی و خانواده‌درمانی (در صورت نیاز) گرفته تا گروه‌درمانی و گروه‌های پشتیبانی شرکت جوید. خانواده نیز ممکن است در جلسات آموزشی با اعضای دیگر خانواده‌ها و غیره شرکت جوید. طیف گسترده درمان‌ها به حفظ بیماران در فرایند درمان کمک می‌کنند و پیوستاری از مراقبت و درمان برای او فراهم می‌آورند.

گام ۷: درمان و مراقبت مستمر

همان‌طور که در سند بحث UNODC-WHO در مورد اصول درمان وابستگی (۲۰۰۸) اعلام شده است، باید پیوستاری از برنامه‌های درمانی بخشی از خط‌مشی درمانی یک مرکز را تشکیل دهد.

از آن جایی که وابستگی به مواد مخدر یک بیماری مزمن است، برنامه‌ها و مراکز باید برای آنهایی که درمان خود را با موفقیت به پایان می‌برند، برنامه داشته باشند. همچنین با توجه به نیازهای متعدد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی افرادی که از وابستگی به مواد رنج می‌برند، مراقبت و حمایت هماهنگ از سوی خدمات اجتماعی اضافی برای تضمین این امر که بهبود باثباتی برای آنهایی که از وابستگی به مواد رنج می‌برند، فراهم شود، امری اساسی است.

درمان مداوم ممکن است شامل خدماتی مشاوره‌های کنترلی (جلسات انفرادی، تماس‌های تلفنی، جلسات خانوادگی و غیره)، چکاپ‌های پزشکی، گروه‌های پشتیبانی، گروه‌های خودیاری، آموزش حرفه‌ای و تأمین اشتغال بشود. برنامه‌های بیرونی در سازمان‌های محلی و سازمان‌های غیردولتی نیز به پیدایش پیوستاری از مراقبت و تأمین ثبات مالی برای آنهایی که در مرحله بهبود به سر می‌برند، کمک می‌کند. ایجاد حمایت‌های لازم برای حفظ امرارمعاش پایدار، به اشخاصی که در فرایند بازتوانی و بازگشت مجدد به جامعه به سر می‌برند، امنیت مالی

و فرصت بیشتر برای حرکت به سمت محیط‌ها و روابط اجتماعی مساعد برای ایجاد ثبات و تغییرات مثبت می‌دهد.

سازمان‌های محلی نظیر سازمان‌های غیردولتی ممکن است نقش مهمی در تأمین خدمات و منابع لازم برای افرادی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، ایفا کنند. این نکته اهمیت بسیار دارد که این خدمات را به خوبی با نظام درمانی عمومی هماهنگ کنیم. سازمان‌های غیردولتی می‌توانند از فرایند درمان پشتیبانی کنند و کمک‌های ذیقیمتی به دستیابی به اهداف برنامه درمان و ایجاد ثبات در بیماران کنند. برخی از پروژه‌ها یا منابع شامل برنامه توسعه گروه‌های خودیاری و مهارت‌های حرفه‌ای/ شغلی می‌شوند.

سند روش موفق تریتنت UNODC تحت عنوان "درمان وابستگی به مواد مخدر: مدیریت بهبود پایدار"، پیوستاری یکپارچه از چارچوب مراقبت و درمان و توصیه‌های مربوطه ارائه می‌دهد که به کمک مرور ادبیات موضوع و روش‌های موفق، برای بازتوانی درازمدت و فراهم کردن شرایط بازگشت مجدد اشخاص وابسته به مواد مخدر به جامعه تدوین شده است.

فصل ۶: درمان دارویی در محیط درمان جامعه‌محور

به رهنمون‌های UNODC-WHO در مورد درمان دارودرمانی مراجعه کنید.

این فصل روشی برای اعضای کادر پروژه درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات مربوطه پیشنهاد می‌کند تا مصرف مواد مخدر و علائم ترک مربوط به آن را مدیریت کنند. این فصل توجه خود را بر ارائه درمان دارویی در یک محیط جامعه‌محور متمرکز می‌کند^{۳۱} و از یک نمونه برای نشان دادن این امر که این کار را چگونه می‌توان انجام داد، استفاده می‌کند. این فصل همچنین اهمیت ارزیابی و درمان اختلالات توأمان را تشریح می‌کند. سرانجام بحثی درباره نقش متخصصان خدمات درمانی عمومی در شناسایی بیماری و ارائه مداخله‌های کوتاه و ارجاع بیماران در معرض خطر به خدمات تخصصی جامعه‌محور ملاحظه می‌کنید.

استفاده از داروها یا درمان دارویی مناسب در طراحی یک برنامه درمان جامع برای اشخاصی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، اهمیت اساسی دارد. استفاده از دارو در محیط‌های جامعه‌محور به دلایل متعدد لازم است، از جمله:

- کنترل مطمئن علائم ترک (در خارج از محیط یک بیمارستان)
- کنترل مصرف بیش از حد و مسمومیت
- پیشگیری از عود بیماری برای دوره‌های زمانی متغیر تا هنگامی که دیگر فرایندهای تغییر روی دهند
- درمان اختلالات روانی هم زمان
- مدیریت مشکلات جسمی ناشی از وابستگی طولانی به مواد مخدر
- کاهش پیامدهای سلامتی و اجتماعی منفی مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن
- تأمین درمان نگهداری دارویی اگونیستی و آنتاگونیستی

هدف این فصل آن است که کارکنان میدانی را با اصول مدیریت دارویی آشنا کند، به گونه‌ای که آنها بتوانند درک بهتری از روش‌های درمان دارویی و نیازهای بیماران پیدا کنند.

مدیریت ترک

ترک یک وضعیت جسمی، روانی و احساسی است که هنگامی روی می‌دهد که مصرف مواد مخدر متوقف می‌شود یا کاهش می‌یابد و شدت متغیری دارد. علائم ترک، مهم‌ترین شاخص‌های وابستگی احساسی، روحی و

^{۳۱} بسته آموزشی تری‌نت UNODC جلد C، (درمان دارویی)، به تفصیل کمک مهم دارو را به درمان سوءمصرف مواد تشریح می‌کند.

لطفاً به نشانی زیر مراجعه کنید: (<http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html>)

جسمی به تأثیرات مواد مخدر است. این علائم متعدد و متغیرند، اما اغلب با یک مادهٔ مخدر خاص پیوند دارند. دانستن این امر میسر است، زیرا نتایج متوقف کردن مصرف مواد مخدر مشابه با واکنش‌های مشابه متناظر است. رفتار بیمار و علائم جسمی، که تقریباً همیشه در نقطهٔ مخالف اثرات موادی است که مصرف می‌شود، شاخص‌های اصلی به شمار می‌روند.

تحقیقات نشان می‌دهند که علائم ترک، اضطراب دربارهٔ مواجه شدن با آنها و فقدان مراقبت از بیمار به هنگام ترک، دلایل مهمی هستند که افراد بر اساس آنها به مصرف مواد مخدر ادامه می‌دهند. مدیریت موفقیت‌آمیز کلیهٔ جنبه‌های ترک در یک محیط اجتماعی، گام پیچیده و بسیار مهمی برای دستیابی به توفیق درازمدت‌تر در پیشگیری از عود بیماری است.

در یک محیط اجتماعی، مهم‌ترین اهداف مدیریت ترک عبارتند از کمک به بیمار برای آنکه:

- خودداری از مصرف مواد مخدر و حفظ این وضعیت یا کاهش مصرف، از طریق کاستن از علائم ترک و کنترل مطمئن و بدون خطر ناراحتی‌های حاصله
- دستیابی به بهترین سطح سلامت جسمی، و
- ادامهٔ درمان و تکمیل آن

مدیریت ترک را اغلب "سم‌زدایی" می‌نامند. با وجود این، اصطلاح مذکور بیانگر تنها یک اقدام و روش پزشکی است که احتمال نمی‌رود در کمک به افراد برای "پاک ماندن" اثربخش باشد. یک رویکرد جامع‌تر به مدیریت ترک آن است که از همان نخستین روز مواجهه با بیمار، از شیوه‌های درمانی، روان‌شناسی و اجتماعی به صورت توأمان استفاده کنیم.

مدیریت ترک در مواردی که بیماری شدید نیست، می‌تواند در یک محیط جامعه‌محور، برای مثال، خانهٔ بیمار یا یک واحد درمان سرپایی روی دهد. تصمیم‌گیری در این مورد که ترک را در خانهٔ بیمار آغاز کنیم و/یا ادامه دهیم، باید بر ارزیابی موارد زیر استوار باشد:

- **شدت احتمالی علائم ترک.** در این مورد بر اساس تاریخچهٔ تجارب قبلی ترک، به ویژه اینکه آیا این علائم با حملات صرعی، فرورفتن به کوما، بروز پدیده‌های توهمی، اضطراب شدید، تحریک‌پذیری/تهاجم یا افکار خودکشی همراه بوده است یا نه، قضاوت می‌شود. علائم شدید ترک را باید در یک محیط بستری کنترل کرد.
- **احتمال بروز مشکلات جسمی در طول ترک.** این وضع را باید در حالتی مد نظر قرار داد که با از کار افتادن اندام‌های مهم، نظیر قلب، کبد، کلیه، روبه‌رو شویم. در این گونه موارد، برای کاهش ریسک باید از یک محیط بستری استفاده کرد.
- **شدت انگیزه برای خودداری از مصرف مواد مخدر و وجود حمایت اجتماعی و خانوادگی.** در

صورتی که بیمار نسبت به خودداری از مصرف مجدد مواد مخدر بینهایت نامطمئن باشد، یا محتمل باشد که هم داروهای ترک استفاده کند و هم به سوءمصرف مواد ادامه دهد یا فاقد پیوندهای خانوادگی/ اجتماعی باشد که برای او همراهی، حمایت و مشورت به ارمغان بیاورند، ترک در خانه زیاد کارآیی نخواهد داشت.

در طول دورانی که برای کنترل علائم ترک و کمک به بیماران برای رسیدن به یک وضعیت متعادل لازم است، بیمار باید به کمک مشاوره، دارو و حمایت در مقابل مشکلاتی که در زندگی روزمره با آنها مواجه می‌شود، تحت پشتیبانی جامعه قرار گیرد. پرستاران و کارکنان درمانی می‌توانند در غیاب پزشک و/ یا روان‌پزشک، حمایت‌های لازم را به عمل آورند. یک برنامه جامع مدیریت ترک باید از عناصری از روش‌های درمانی فوق‌الذکر که با نیازهای یکایک بیماران مطابقت دارد، بهره‌گیرند.

اصول کلی مدیریت ترک در جامعه عبارتند از:

- ایجاد رابطه‌ای متعهدانه با بیمار و برقراری یک پیمان درمانی با او
- تصمیم‌گیری در مورد برنامه درمانی همراه با بیمار
- انجام پیگیری‌های منظم و تقریباً روزانه، و
- مشارکت دادن افراد مهم دیگر، از خانواده گرفته تا جامعه، در فرایند درمان

استفاده از دارو در محیط درمان جامعه‌محور می‌تواند ترک موفقیت‌آمیز را تسهیل کند. اعضای تیم درمان جامعه‌محور باید اطلاع کافی دربارهٔ مواد مخدر و داروهای مورد استفاده برای درمان علائم ترک مربوط به تک تک آنها و این‌که چگونه مشوق تداوم خودداری از مصرف آنها یا کاهش مصرف باشند، داشته باشند. آنها همچنین باید عوارض جانبی عمومی این داروها و اثراتی که ممکن است بر دیگر داروها داشته باشند را بشناسند. اعضای تیم درمان جامعه‌محور باید قواعد و رهنمودهایی تهیه کنند که به کمک آنها مطمئن شوند داروها منحصراً برای اهداف مورد نظر استفاده می‌شوند. آنها باید مطمئن شوند که بیماران به طور کامل از داروهایی که در درمان ترک در جامعه استفاده می‌شوند، به ویژه منافع و عوارض جانبی آنها، مطلع هستند. این اطلاع و دانش اهمیت بسیار زیاد دارد، زیرا انتخاب اینکه کدام داروها تجویز شوند به طور عمده به مواد مخدر مورد نظر و نوع علائمی وابسته است که بیمار تجربه می‌کند.

آنچه ذیلاً ملاحظه می‌کنید، فهرست کوتاهی است از روش‌های موفق قابل قبول برای مدیریت علائم ترک. همچنین بسته آموزشی تری‌نت، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)، جلد C، به تفصیل داروهای درمان علائم ترک و سوءمصرف مواد را ذکر کرده است.^{۳۲}

^{۳۲} همچنین به نشانی زیر مراجعه کنید: (<http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html>)

ترک الکل. به طور کلی علائم کم تا متوسط ترک الکل ظرف مدت ۱ روز (نه کم‌تر از ۱۲ ساعت) از متوقف کردن یا کاهش مصرف شدید درازمدت الکل بروز می‌کنند. این علائم شامل اضطراب، ناآرامی، تحریک‌پذیری، لرزش دست، حالت تهوع و گاه استفراغ، بی‌خوابی و خواب‌های ترسناک، فشار خون بالا و ضربان نبض تند و تنفس تند می‌شود.

همان علائم در ترک اعتیاد شدید به الکل نیز ظاهر می‌شود که می‌تواند ظرف چند روز ظاهر شود و به روان‌آشفته‌گی الکلی منتهی گردد. روان‌آشفته‌گی الکلی علاوه بر مظاهر ترک شدید، به صورت آشفته‌گی، دوره‌های تمرکز و توجه کوتاه مدت، سخن گفتن نامشخص و گسیخته، ناپایداری عاطفی و از همه شاخص‌تر، اوهام ترسناک ظاهر می‌شود.

ترک تریاک. نشانه‌های ترک تریاک ساعت‌ها پس از آخرین مصرف ظاهر می‌شوند. این نشانه‌ها دو دسته‌اند: الف) درد مفاصل و ماهیچه‌ها و درد در بخش‌های مختلف بدن، و ب) افزایش تولید مایعات از کلیه منافذ بدن (آمدن آب از چشمان، از بینی، سرفه کردن، استفراغ، اسهال، تکرر ادرار و عرق کردن). شدت این حالات بسته به مقدار مصرف هر باره تریاک و مدت زمان استفاده تفاوت می‌کند. علاوه بر این، شخص به شدت برای مواد التماس می‌کند و بی‌خواب می‌شود و گاه آشفته و مضطرب.

برای درمان وابستگی به مواد افیونی مداخله‌های دارویی اثربخش متعددی وجود دارد. متادون و بوپرنورفین عوامل (اثربخشی برای درمان سم‌زدایی وابستگی به مواد افیونی و درمان دارویی ترک مواد افیونی به شمار می‌روند.

متادون رایج‌ترین و اثربخش‌ترین داروی آگونیست برای درمان سم‌زدایی مواد افیونی است که به کاهش اثرات ترک و افزایش نرخ تکمیل درمان کمک می‌کند (به هاسن و وان دن برینک، ۲۰۰۶، سونگ و کونری، ۲۰۰۶، وان دن برینک و هاسن، ۲۰۰۶ مراجعه کنید). متادون یکی از مشتقات طولانی اثر مواد افیونی است. متادون هیدروکلراید خوراکی، ترجیحاً به صورت شربت، در تسکین علائم ترک مواد افیونی در یک محیط درمان جامعه‌محور بسیار اثربخش است. مطالعات نشان داده‌اند که داروهایی که عوارض ترک را به تدریج کاهش می‌دهند، عملکرد بهتری دارند، از این رو باید متادون را به تدریج و در طول چند هفته قطع کرد. مطالعات نشان می‌دهند که در صورتی که طی دوره ترک، استفاده از متادون با مشاوره تلفیق شود و پیش از آغاز درمان به بیماران اطلاعات داده شود و هنگامی که درمان توسط دکتر انجام گیرد و نه متقاضی، ترک درمان کاهش خواهد یافت. مطالعات بوپرنورفین در مورد ترک مواد افیونی اغلب به این نتیجه دست یافته‌اند که بیماران به استفاده از آن تمایل بیشتری نشان می‌دهند و نیز اینکه این دارو اثربخش است. این دارو خواصی مشابه متادون دارد. این

دارو در کنترل عوارض ترک مصارف بالای مواد مخدر اثربخش تر بوده است. با وجود این، به دلیل مشکلات مالی در مورد خدمات جامعه‌محور در کشورهای در حال توسعه، بسته به جای استفاده از آن، هزینه این دارو عمده‌ترین نقطه ضعف آن به شمار می‌رود.

کلونیدین حالت تهوع، استفراغ، اسهال، دل‌درد و عرق‌کردن را کاهش می‌دهد، اما برخلاف متادون، نقش زیادی در کاهش عوارض و اثرات دیگر، نظیر درد ماهیچه، بی‌خوابی و احتیاج شدید به مواد مخدر ندارد. کلونیدین کم‌تر اعتیادآور است و استفاده از آن، برخلاف متادون، با برگشت ملایم علائم ترک همراه است. علاوه بر این، بیمارانی که یک دوره ترک به کمک کلونیدین را در جامعه می‌گذرانند، می‌توانند فوراً به مصرف یک آنتاگونیست افیونی (برای مثال، نالترکسون) بپردازند. فشار خون پایین یکی از عوارض جانبی بالقوه این دارو به شمار می‌رود و مصرف کلونیدین باید با اندازه‌گیری مکرر فشار خون همراه باشد. لوفکسیدین عوارض جانبی بسیار مشابه کلونیدین دارد. مزیت آن عوارض جانبی بهتر آن است، که از جمله بروز کم‌تر فشار خون پایین در بیماران است.

ترک محرک‌ها (کوکائین و آمفتامین). هیچ‌گونه شواهد درمان دارویی برای سوءمصرف و وابستگی آمفتامین و کوکائین وجود ندارد. مداخله‌های روانی‌اجتماعی نظیر درمان شناختی‌رفتاری و مدیریت مشروط، شیوه‌های اصلی درمان به شمار می‌روند.

ترک ماری‌جوآنا. هرچند در حال حاضر توجه بیشتری معطوف درمان علائم ترک ماری‌جوآنا می‌شود، تا امروز هیچ‌گونه آزمایش‌های دارویی کنترل‌شده موفق‌تری انجام نشده است. از این رو، در حال حاضر، هیچ‌گونه داروی مشخصی را در این مورد نمی‌توان توصیه کرد. اغلب افراد برای کنترل اضطراب و بی‌خوابی مرتبط با ماری‌جوآنا از بنزودیازپین‌ها یا فنوتیازین‌ها استفاده می‌کنند، اما در این باره نیز آزمایش‌های کنترل‌شده‌ای انجام نگرفته است.

ترک بنزودیازپین. در مراحل اولیه تا ملایم وابستگی، برنامه‌های درمان جامعه‌محور می‌توانند مداخله‌های اندکی، نظیر نامه‌های مشورتی، ارائه اطلاعات، توصیه‌های عمومی پزشکان، یا دوره‌های کوتاه خودآرام‌سازی، به عمل آورند. هر جا وابستگی به این ماده وجود داشته باشد، انقطاع تدریجی مصرف بنزودیازپین توصیه می‌شود. اهداف درمانی مقتضی در مورد اغلب بیماران عبارت است از ترک سالمی که به توقف استفاده از ماده مخدر منجر شود. در مواردی که یک بنزودیازپین کوتاه اثر به صورت زیانبخشی مصرف شده است، ممکن است روی آوردن به یک بنزودیازپین بلند اثر مفید باشد. در آن صورت، ماده مخدر طولانی اثر را با سهولت بیشتری می‌توان کنار گذاشت.

مدیریت مصرف بیش از حد و مسمومیت

کارکنان مراکز درمانی جامعه‌محور قطعاً با بیمارانی روبه‌رو می‌شوند که مواد مخدر را به میزانی مصرف کرده‌اند

که زندگی آنها را به خطر انداخته است. نالوکسون به سرعت و به طور مشخص اثرات مسمومیت مواد افیونی را خنثی می‌کند. به همین ترتیب، فلومازنیل اثرات مسمومیت بنزودیازپین را خنثی می‌کند، اما استفاده از آن در مورد وابستگی به بنزودیازپین ممکن است موجب حمله شود. هر دو ماده مخدر می‌توانند نجات‌بخش باشند (به لاگو و دیگران، ۲۰۰۶، در مورد نتایج استفاده موفق از نالوکسون برای کنترل عوارض مصرف بیش از حد مواد مخدر در محیط‌های اجتماعی با حمایت افراد هم‌سنخ مراجعه کنید). در غیر این صورت، روش اصلی کنترل مصرف بیش از حد مواد مخدر آن است که با توجه به وجود این احتمال که مسمومیت افزایش یابد، امکان دهیم اثرات مواد مخدر تحت نظارت دقیق به تدریج از بین برود. باید بیماران را از نظر سطح هشیاری، وقوع حمله و توانایی ایستادن و راه رفتن زیر نظارت قرار دهیم.

دارودرمانی

تحقیقات نشان می‌دهد که برخی علائم ترک، نظیر بی‌خوابی، میل مقاومت‌ناپذیر به مواد و خلق و خوی تنگ برای هفته‌ها ادامه می‌یابند و ممکن است ماه‌ها پس از خودداری از مصرف مواد مخدر روی دهند. گذشته از این، تحقیقات تحت کنترل، مفید بودن برخی داروها را در کاهش نرخ عود بیماری، به نمایش گذارده‌اند، به ویژه هنگامی که استفاده از آنها با مدیریت روانی اجتماعی توأم شود. کارکنانی که در محیط‌های درمان جامعه‌محور فعالیت می‌کنند، اغلب با این معضل روبه‌رو می‌شوند که این داروها یا قابل تهیه نیستند یا کشور مربوطه استفاده از آنها را برای درازمدت تأیید نمی‌کند.

در یک محیط درمان جامعه‌محور، متادون و بوپره‌نورفین سابقه‌جا افتاده‌ای در پیشگیری درازمدت از عود بیماری در مورد سوءمصرف مواد افیونی دارند. این داروها در صورتی که وجود داشته باشند، می‌توانند به میزان قابل‌ملاحظه‌ای رفتارهای زیانبخش ملازم با سوءمصرف مواد مخدر را کاهش دهند. یافتن مقدار نگهدارنده موفق متادون در جامعه را عوامل زیر تقویت می‌کند:

- محاسبه مقدار لازم مصرف روزانه برای تضمین کنترل علائم ترک،
- خوراندن تحت نظارت مقدار روزانه متادون به بیمار
- مصرف متادون شربت به جای قرص که ممکن است خرد شود و تزریق گردد، و
- متعهد کردن بیمار در یک برنامه مداخله روانی اجتماعی

علاوه بر درمان نگهدارنده متادون، استفاده از نالترکسون می‌تواند راه حل دیگری برای پیشگیری از عود اعتیاد باشد. نالترکسون یک آنتاگونیست گیرنده مواد افیونی است که مانع از بروز حالت نشئه مرتبط با مصرف مواد افیونی می‌شود. البته شواهد علمی کم‌تری در تأیید استفاده از نالترکسون برای پیشگیری از عود اعتیاد به مواد افیونی وجود دارد.

ارزیابی و درمان اختلالات روانی هم‌زمان

مصرف مواد مخدر با طیف گسترده‌ای از مشکلات مربوط به سلامت روانی پیوند دارد. حضور هم‌زمان وابستگی به مواد مخدر و دیگر اختلالات روانی در بخش بزرگی از بیماران کاملاً اثبات شده و مستند است.^{۳۳} تحقیقات نشان می‌دهد که بین یک‌چهارم تا یک‌دوم کلیه افرادی که از مشکلات وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، به مشکلات اضافی سلامت روانی نیز دچار هستند که رایج‌ترین آنها اختلالات خلقی (افسردگی، اختلالات دوقطبی) است. دیگر اختلالات روانی ممکن است از جمله اختلالات اضطرابی، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانی، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالات شخصیتی، اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (AD/HD)، اختلالات خوردن و خوراک و قمار بیمارگونه (CSAT, 2005) باشد.

اختلالات روانی می‌تواند به عنوان روشی برای خوددرمانی به مصرف الکل یا مواد مخدر منجر شود. برای مثال، برخی مطالعات مربوط به بیماری‌های واگیردار نشان می‌دهند که اختلالات خلقی، نظیر افسردگی، خطر مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهند (کلو، برادی و سون، ۲۰۰۵). یا اینکه افرادی که از مشکلات وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، ممکن است به دلیل عزت‌نفس پایین، درهم‌ریختگی روانی، یأس و طرد از جامعه و خانواده که با چنین وابستگی همراه است، از افسردگی و اضطراب رنج ببرند. افراد دیگر ممکن است از ترکیبی از دو وضعیت سابق رنج ببرند.

افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و علائم مشکلات سلامت روانی از خود نشان می‌دهند، ممکن است آن‌چه به نمایش می‌گذارند، علائم مسمومیت حاد یا علائم ترک باشد. لازم است یک ارزیابی دقیق از این بیماران به عمل آید تا مشخص شود آیا مشکلات روانی آنها در واقع مقدم بر مصرف مواد مخدر بوده است یا از سوی دیگر، با مصرف مواد مخدر به وجود آمده است. توجه زیادی باید مبذول ویژگی‌های صحنه‌های قبلی مصرف مواد مخدر و خودداری از مصرف مواد مخدر با توجه به علائم مشکلات سلامت روانی بیمار بشود. همچنین مفید است که تاریخچه خانوادگی او را در مورد مسائل سلامت روانی بررسی و ارزیابی کنیم. پیش از آنکه بتوان نتیجه قطعی از بررسی‌ها گرفت، باید دوره معقولی از خودداری از مصرف مواد را پشت سر بگذاریم. علاوه بر استفاده از ابزارهای ارزیابی، مشاهده دقیق دوره‌های یک‌ماهه یا بیشتر خودداری از مصرف نیز می‌تواند بسیار مفید باشد.

از مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته (SCID) برای تشخیص به‌طور گسترده استفاده می‌شود که درمانگران را به فرایندهای متفاوت تشخیصی میان علائم حاد روانی ناشی از مصرف مواد مخدر و وجود اختلالات روانی هم‌زمان که پیش از مصرف مواد مخدر وجود داشته‌اند، هدایت می‌کند. همچنین طیف وسیعی از ابزارهای ارزیابی مشکلات سلامت روانی نظیر مصاحبه روان‌پزشکی عصب‌شناختی (MINI)، فرم ۳ غربالگری روانی (MHSF-3)، سیاهه کوتاه علائم (BSI-18)، و ابزارهای ویژه‌ای نظیر سیاهه افسردگی بک (BDI) یا

^{۳۳} اطلاعات بیشتر در مورد درمان جمعیت‌های خاص که با مشکلات اختلالات توأمان دست به‌گیریان هستند را می‌توان در مطالب تربیت‌نم تحت عنوان داروهای اعتیاد و جمعیت‌های خاص در نشانی زیر به دست آورد:

(<http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/c.html>)

اصول راهنمای ارزیابی اختلالات خلقی که می‌توان آنها به دیگر اختلالات روانی نیز تعمیم داد، شامل موارد زیر است: (۱) انتظار داریم در صورتی که بیمار رفتارهایی به نمایش بگذارد که برای مسمومیت یا ترک نمونه‌وار باشند، علائم کاهش یابند، (۲) مشکلات احساسی چهار هفته پس از آخرین مصرف مواد مخدر ظاهر شوند، اما شدیدتر و دیرپاتر از آنهایی باشند که به مسمومیت یا ترک مربوطند، و (۳) افرادی که از اختلالات خلقی رنج می‌برند، ممکن است علائم متفاوتی با شدت‌های متفاوت در دوره فرایند درمان تجربه کنند (کلو، برادی و سون، ۲۰۰۵)

در فرآیند ارزیابی اختلالات هم‌زمان، دوازده گام به شرح زیر توصیه شده است^{۳۵}:

۱. بیمار را به درمان جلب و متعهد کنید.
۲. خانواده، دوستان و دیگر تأمین‌کنندگان خدمات (پزشکان، روان‌پزشکان و غیره) را مشخص کنید و با آنها برای گردآوری اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.
۳. به غربالگری در مورد اختلالات هم‌زمان و شناسایی آنها دست بزنید.
۴. شدت مشکلات سلامت روانی و مصرف مواد مخدر را مشخص کنید.
۵. سطح مراقبت و درمان را مشخص کنید.
۶. تشخیص بدهید.
۷. میزان معلولیت و نقض کارکردی بیمار را مشخص کنید.
۸. نقاط قوت و عوامل حمایتی را شناسایی کنید.
۹. نیازها و حمایت‌های فرهنگی و زبانی را شناسایی کنید.
۱۰. حوزه مشکلات را مشخص کنید.
۱۱. مرحله تغییر را مشخص کنید.
۱۲. یک برنامه درمانی تدوین کنید.

صرف‌نظر از نتایج ارزیابی افتراقی، سه راه درمان وجود دارد که می‌توان دنبال کرد. راه نخست آن است که نخست به مشکل مواد مخدر بپردازیم و سپس به مشکل سلامت روانی توجه کنیم. راه دوم آن است که نخست

^{۳۴} اطلاعات بیشتر در مورد اختلالات هم‌زمان و ابزارهای مفید ارزیابی را می‌توان در مطلب سوء مصرف مواد و خدمات سلامت روانی TIP 42 در نشانی زیر

پیدا کرد:

<http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/ProductDetails.aspx?ProductID=16979>

^{۳۵} سوء مصرف مواد و خدمات سلامت روانی TIP 42 در نشانی زیر:

<http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/ProductDetails.aspx?ProductID=16979>

به مشکل سلامت روانی توجه کنیم و سپس به مصرف مواد مخدر بپردازیم. راه سوم و احتمالاً عملی‌ترین روش آن است که پس از تشخیص مشکلات سلامت روانی، هر دو شرایط را هم زمان درمان کنیم.

این نکته اهمیت دارد که روان‌پزشکان و دیگر متخصصان روانی را در تیم درمان جامعه‌محور شرکت دهیم، به ویژه هنگامی که بیماران شرایط اختلالات توأمان حاد را به نمایش می‌گذارند. برای مثال، افسردگی ممکن است به فکر/ عمل خودکشی منجر شود، اختلالات دوقطبی یا اسکیزوفرنی ممکن است موجب شوند فرد رفتارهایی را به نمایش بگذارد که برای خود او یا دیگران خطرناکند. ممکن است لازم باشد از داروهای کنترل شده، پیگیری دقیق و گاه ایجاد یک محیط کنترل شده استفاده کنیم.

علاوه بر درمان دارویی، روش‌های روانی‌اجتماعی نیز توصیه شده است، به ویژه استفاده از روش‌های رفتاری (به فصل ۵ برای کسب اطلاعات بیشتر در این رابطه مراجعه کنید). همچنین معلوم شده است که مصاحبه‌های انگیزشی برای بیماران که از شرایط اختلالات توأمان رنج می‌برند، موفق بوده است. این امر به ویژه مفید است که توجه بیمار را بر مصرف مواد مخدر، تبعیت از داروهای تجویزی و حضور در جلسات درمانی متمرکز کنیم. این گونه روش‌ها همچنین می‌توانند کمک بسیار زیادی به ایجاد یک رابطه درمانی مثبت بکنند (به بلاک و دی‌کلمنته، ۱۹۹۹، مارتینو و دیگران، ۲۰۰۰، و سوانسون و دیگران، ۱۹۹۹ مراجعه کنید).

همچنین باید نظام درمانی جامع، پیوسته و یکپارچه‌ای برای بیمارانی که اختلالات توأمان دارند، وجود داشته باشد. این امر ضروری است که نظام‌های اجتماعی و درمانی را به هم مرتبط سازیم و تشریک مساعی نیرومند و مستقیمی میان متخصصان مراقبت از سلامت روانی و نیز درمان سوءمصرف مواد مخدر ایجاد کنیم.

مدیریت مشکلات جسمی ناشی از مصرف مواد مخدر

مشکلات جسمی ناشی از مصرف مواد مخدر زیادند و به میزان زیادی به نوع مواد مخدر مصرف شده و چگونگی مصرف آن (طریق مصرف) وابسته است. این نکته اهمیت دارد که یک متخصص درمان که جزئی از تیم چندرشته‌ای خدمات جامعه‌محور را تشکیل می‌دهد، مشکلات جسمی بیمار را ارزیابی کند و بهترین روش درمان آنها را مشخص کند. برای مثال، مصرف الکل شمار زیادی مشکلات جسمی به بار می‌آورد، از جمله تخریب کبد و بیماری اعصاب محیطی که به درمان اورژانس فوری نیاز دارند. دیگر مشکلات جسمی که شدت کم‌تری دارند، نظیر ایجاد آبسه در محل تزریق مواد مخدر، را می‌توان در خانه یا جامعه کنترل کرد. با وجود این، اغلب مشکلات به متخصص و اغلب به درمان بستری نیاز دارند. توجه به وجود این مشکلات و حمایت از بیمار برای مدیریت آنها می‌تواند فی‌نفسه در به بار آوردن تغییر و حفظ تداوم خودداری از روی‌آوری به مواد مخدر مفید باشد.

نقش درمانگران عمومی

درمانگرانی که خدمات درمانی عمومی ارائه می‌دهند، فرصتی یگانه در توسعه روابط درازمدت با اعضای جامعه‌ای در اختیار دارند که در تلاش دستیابی به خدمات درمانی برای طیف گسترده‌ای از مشکلات درمانی است. کارکنان درمانگاه‌ها درمانگران آموزش‌دیده‌ای هستند که مورد احترام جامعه قرار دارند و از این رو، نقش بسیار مهمی در شناسایی اولیه بیماران و مشکلات ایفا می‌کنند. آنها همچنین تأثیر قابل توجهی بر فرایند جلب افراد در معرض خطر به فرایند درمان دارند.

شناسایی اولیه می‌تواند از طریق انجام غربالگری‌های منظم (حتی اگر غربالگری‌های سابق بیماران منفی بوده باشد) و انجام مداخلات و ارجاع بیماران به خدمات جامعه‌محور یا کارشناسان درمان مصرف مواد مخدر انجام گیرد (به CSAT، ۲۰۰۸ مراجعه کنید). هدف از غربالگری شناسایی آن بیمارانی است که با ریسک بالقوه‌ای برای دچار شدن به مشکلات سلامتی ناشی از مواد مخدر، از جمله وابستگی به مواد، روبه‌رو هستند یا شناسایی بیمارانی است که دیگر به این مشکلات دچار شده‌اند.

ابزارهای غربالگری قابل‌اعتماد بسیاری وجود دارند که ممکن است در این رابطه مفید باشند. برخی از این ابزارها برای شناسایی ریسک استفاده از مواد مخدر خاص یا مصرف الکل به وجود آمده‌اند، نظیر ابزارهای غربالگری الکل (TWEAK، CAGE، AUDIT، و غیره). ابزارهای دیگری برای کشف سطوح متفاوت ریسک مرتبط با فهرست جامعی از مواد مخدر به وجود آمده‌اند، نظیر آزمایش الکل، سیگار و غربالگری اعتیاد به مواد (ASSIST) که توسط سازمان بهداشت جهانی ابداع شده است (هنری - ادواردز، هامنیوک، علی، پوزنیاک و مونتیرو، ۲۰۰۳) و به زبان‌های گوناگون در دسترس قرار دارد. فهرست جامعی از این ابزارها نیز در بسته آموزشی تری‌نت دفتر مقابل با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) وجود دارد^{۳۶}.

غربالگری باید با مداخلات کوتاهی همراه شود که ماهیتی انگیزش‌دهنده دارند و در عین حال بیماران را به خدمات جامعه‌محور ارجاع می‌دهند که ممکن است شامل ارزیابی‌های عمیق و درمان‌های تخصصی مصرف‌کنندگان مواد بشود. مداخله‌های کوتاه اثربخش از کار درآمده‌اند. بسیاری از بیمارانی که به سوءمصرف مواد مبتلا هستند به توصیه‌های درمانگران گوش می‌دهند و در برخی مقاطع، رفتار خود را تغییر می‌دهند (برای مثال در درمان‌های تخصصی شرکت می‌کنند، دفعات استفاده از مواد را کاهش می‌دهند و غیره) تا از دچار شدن به مشکلات جسمی و روانی اجتناب کنند. اطلاعات بیشتر در مورد مداخله‌های کوتاه را می‌توان در مطالب آموزشی تری‌نت دفتر مقابل با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) یا راهنمای مربوطه سازمان بهداشت جهانی پیدا کرد (هنری و دیگران، ۲۰۰۳).

^{۳۶} برای کسب اطلاعات بیشتر به بسته آموزشی درمانی (جلد A، ماژول ۲) که به صورت آنلاین در نشانی زیر موجود است، مراجعه کنید:
<http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/a.html>

پزشکان عمومی باید همچنین وضعیت بیماران خود را با انجام ویزیت‌های آتی پیگیری کنند. این پیگیری ممکن است شامل غربالگری مجدد و انجام مداخله‌های کوتاه جدید و حصول اطمینان از این امر باشد که بیماران در معرض خطر به سراغ کمک‌های تخصصی خواهند رفت.

مطالعه موردی: بارسلون، اسپانیا

اطلاعات پروژه

نام پروژه: پروژه همکاری میان خدمات جامعه‌محور برای اشخاص دچار وابستگی به مواد (SPOTT) و دانشکده داروسازی بارسلون

شهر/کشور: بارسلون، اسپانیا (منطقه کلان‌شهری)

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: فرانسسکو هرناندز، ایالت بارسلون

نشانی: Passeig Vall d'Hebron 171, Barcelona, Spain, 08035

تلفن: ۰۰۳۴۹۳۴۰۲۲۴۷۱

نمابر: ۰۰۳۴۹۳۴۰۲۲۴۹۲

ایمیل: hernandeztf@diba.cat

وبسایت: بانک اطلاعاتی مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد اروپا (EMCDDA)، سازمان آموزش کشف اطلاعات نادرست و گزارش آن (EDDRA)، مقداری اطلاعات در مورد این پروژه در اختیار علاقه‌مندان قرار می‌دهد که از آنها به عنوان منبعی برای تهیه این مطالعه موردی استفاده شد. برای اطلاعات بیشتر، به سایت زیر مراجعه کنید: <http://eddra.emcdda.europa.eu/>

وضعیت پروژه: در جریان است و ارزیابی شده است

منابع بودجه پروژه: دیپوتاجیو دو بارسلون (بخش رفاه اجتماعی *Àrea de Benestar Social*)

سال‌های فعالیت: هشت سال از اول ژانویه سال ۱۹۹۹

گروه هدف: سالانه حدود ۱۰۰ فرد بزرگسال دارای وابستگی به مواد مخدر و اشخاصی که مشکلات سلامتی در رابطه با مواد مخدر دارند به همراه خانواده‌ها و شبکه‌های اجتماعی

مسائلی که در مطالعه موردی به آن پرداخته‌ایم:

- ارتقاء نقش داروساز به عنوان یک عامل سلامت‌ساز که به طور مستقیم مسئولیت توزیع دارو و پیگیری الگوهای رفتاری بیماران را بر عهده دارد.
- ارتقای کار موازی و مکمل میان داروسازان و خدمات حمایتی جامعه برای افرادی که به مواد مخدر معتادند، و
- افزایش اثربخشی درمان‌های سم‌زدایی انجام گرفته در مرکز خدماتی جامعه‌محور برای اشخاص وابسته به مواد مخدر به منظور کاهش ریسک‌ها و لطمان مربوط به مواد مخدر

سابقه پروژه:

دیپوتاجیو دو بارسلونا در رابطه با افرادی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، دو هدف عمده دارد: (۱) مرکز درمان SPOTT و (۲) تأمین حمایت (مالی، اطلاعاتی و غیره) از دولت‌های محلی و ایالت بارسلونا برای آنکه آنها بتوانند برنامه‌هایی برای پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر طراحی و اجرا کنند. با مشارکت ۱۶۲ شهرداری در سراسر ایالت بارسلونا، یک شبکه پیشگیری از مواد مخدر به وجود آمده است. این شبکه از گروه‌های کار سیاسی و فنی تشکیل شده است و هدفش تدوین و پیشبرد خط‌مشی‌های عمومی در زمینه پیشگیری وابستگی به مواد مخدر است.

معلوم شد که برخی بیماران ویژه مرکز همیاری، با مشخصه‌های روانی و اجتماعی خاص، در رابطه با تکمیل درمان سم‌زدایی سرپایی خود با مشکلاتی روبه‌رو هستند. این امر به رغم برخورداری از وجود یک عضو خانواده یا آموزشگر از سوی مرکز همیاری به عنوان مرجع پیگیری درمان روی داده بود. از این رو، تصمیم گرفته شد که با دعوت از داروسازان به شبکه درمان جامعه‌محور برای تشریح مساعی با دیگر متخصصان در مرکز SPOTT این مشکل را حل کنند.

این برنامه برای متقاضیانی در نظر گرفته شد که خواستار آغاز یا ادامه درمان وابستگی به مواد مخدر در شبکه جامعه‌محور بودند. پروژه‌های درمانی که با تشریح مساعی داروسازان و SPOTT (مرکز پیشگیری از مصرف مواد مخدر و درمان آن) تعریف شدند، عبارتند از: سم‌زدایی، برنامه‌های نگهدارنده با متادون، برنامه‌های نگهدارنده با آگونیسست و دیگر الگوهای ارگانیک. دو گروه هدف متفاوت در این برنامه عبارتند از:

الف) اشخاصی که فاقد یک عضو خانواده یا دوستی بودند که به عنوان معرف و داوری برای درمان آنها عمل کنند (در این حالت، داروساز به عنوان داوری برای پیگیری و درمان بیمار عمل می‌کرد).

ب) اشخاصی که تحت نظارت یک داروساز قرار داشتند یا مسئولیت درمان خود را بر عهده داشتند یا عضو خانواده یا دوستی داشتند که به عنوان داور در فرایند درمان از آنها حمایت کند (در چنین مواردی، داروساز مورد را به SPOTT ارجاع می‌داد و در همان حال روابط مشاوره و توزیع دارو را با آن شخص حفظ می‌کرد).

اهداف:

هدف عمومی پروژه آن بود که ارزش درمان‌های سم‌زدایی را که در مرکز همیاری اجتماعی برای اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر انجام می‌گرفتند، افزایش دهد تا ریسک‌ها و آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر را کاهش دهد.

اهداف ویژه:

۱. تسهیل همیاری و پیگیری افرادی که در برقراری ارتباط با یک مرکز درمان تخصصی یا حفظ این ارتباط با دشواری روبه‌رو هستند.
۲. بهینه‌سازی اقدامات پیشگیرانه از طریق برقرار تماس میان استفاده‌کنندگان از خدمات و کارشناسان (برای مثال، داروسازان)
۳. افزایش تعداد بیماران که در برنامه باقی می‌مانند و تدوین یک برنامه پیگیری کامل برای کلیه استفاده‌کنندگان از برنامه توسط داروسازان

فرآیند / فعالیت‌ها:

داروسازان قادر بودند با گروهی از اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر که با شبکه همیاری تخصصی بی‌ارتباط و از خدمات آن بی‌بهره و محرومند، ارتباط برقرار کنند (روش نزدیکی). اشخاصی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌بردند، می‌توانستند تماسی روزانه و شخصی با داروساز برقرار کنند که به آنها امکان می‌داد که درمان سرپایی سم‌زدایی خود را به طور شخصی دنبال کنند. این امر به SPOTT امکان می‌داد اطلاعات فرد به فرد و جامعی درباره پیشرفت درمان هر بیمار به دست آورند و نیز به شیوه‌ای گسترده‌تر و جامع‌تر، الگوهای درمانی ارگانیک (اچ‌آی‌وی+ ایدز و سل) را به لحاظ دارویی پیگیری کنند.

این پروژه با استفاده از بسته جامعی مبتنی بر تفکرات درمانی، خدمات زیر را در اختیار بیماران قرار داد: کیت‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی، مشاوره و حمایت، مداخله‌های محیطی، اطلاعات، متادون نگهدارنده، ضدعفونی کردن سوزن‌ها، تجویز مواد افیونی، سم‌زدایی سرپایی، تجویز مواد مخدر درمانی، خدمات اجتماعی، نگهداری با مواد مخدری غیر از متادون، و تعویض سرنگ

درس‌آموخته‌ها:

طبق نظر کارشناسان، مراقبت‌های درمانی تکمیلی از سوی داروسازان تقویت‌کننده چندین عامل تسهیل‌کننده به شرح زیر بود:

- دسترسی بیشتر بیمار به داروساز به دلیل فاصله کوتاه میان بیمار و محل‌های استقرار داروسازها (روش نزدیک‌بودن)
- آشنایی میان استفاده‌کنندگان از برنامه‌ها و داروسازان به دلیل تماس‌های روزمره (تماس پیش از آغاز

درمان برقرار شده بود)

- نتایج بهتر درمانی به خاطر همخوانی با تجویزهای درمانی/ دارویی
- برخورد حرفه‌ای داروسازان
- گسترش یافتن تیم درمانی بین‌رشته‌ای به این دلیل که داروساز به اعضای مرکز SPOTT اضافه می‌شود.
- همکاری بیشتر با پزشک خانواده، و
- اجرای سریع‌تر درمان تجویز شده توسط پزشک

برخی از نقل قول‌های زیر از استفاده‌کنندگان از خدمات، نشان‌دهنده آن چیزهایی است که تکمیل درمان از سوی داروساز را آسان‌تر و توفیق آن را محتمل‌تر کرده است:

"داروخانه به خانه نزدیک است."
"آنها دوز داروی هر روز مرا در داروخانه به من می‌دهند."
"داروساز مرا بسیار تشویق کرده و در دنبال کردن درمان بسیار کمک کرده است"
"من هر روز می‌توانم داروساز را ببینم، تنظیم وقت با او برای من مناسب‌تر است"
"فکر می‌کنم گرفتن داروهایم از یک داروخانه به عوض یک مرکز درمان مواد مخدر، محرمانه‌تر و خصوصی‌تر است."
"مجبور نیستم با دیگر مصرف‌کنندگان هروئین برخورد داشته باشم و اصلاً تمایل ندارم کسی دیگر مرا در چنین محیطی مشاهده کند".

کلیه اظهارات فوق از این فرضیه کارآمد حمایت می‌کنند که درمان‌های انجام گرفته در مراکز همیاری اجتماعی برای اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر ریسک‌ها و آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر را کاهش دادند.

نتایج / دستاوردها:

نتایج زیر به دوره ۲۰۰۵-۱۹۹۹ مربوطند که در مورد آن یک ارزیابی از پروژه به عمل آمده است: هم استفاده‌کنندگان از خدمات و هم کارشناسان و درمانگران این پروژه را بسیار رضایت‌بخش ارزیابی کردند. یکی از اهداف اصلی این پروژه در عمل تأیید شد: فراهم کردن امکان تکمیل درمان به کمک دکتر داروساز. میزان میانگین رضایت استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی، ۶،۵ از ۷ بود. نرخ حفظ بیماران طی شش ماه نخست درمان، حدود ۷۴،۲ درصد بود^{۳۷}. الگوهای انفرادی تکمیل و ادامه درمان توسط دکترهای داروساز از نرخ موفقیت ۶۲،۵ درصد برخوردار بودند. این نرخ از حالتی که تصدی ادامه درمان بر عهده اعضای خانواده (۳۵ درصد) یا

^{۳۷} نرخ حفظ بیماران = (افرادی که درمان را ترک می‌کنند تقسیم بر کل استفاده‌کنندگان ثابت قدم خدمات درمانی - ۱) * ۱۰۰

آموزش‌دهندگان (۲۲ درصد) قرار می‌گرفت، بیشتر بود. همچنین ادامهٔ درمان و حمایت از سوی دکترهای داروساز بر روش‌هایی به کمک نالترکسون متمرکز بودند (۶۶ درصد افرادی که با موفقیت درمان سم‌زدایی را انجام دادند).

این آمار از فرضیه و نظریات کاربران پشتیبانی می‌کرد. کاربران و کارشناسان و درمانگران، گسترش پایهٔ این روش همیاری را از تجربهٔ جاری به دیگر عرصه‌ها و/یا مراکز اجتماعی مد نظر قرار دادند. آنها از تشریح مساعی دکترهای داروساز و درمانگران در مراکز راضی بودند.

چالش‌ها:

این پروژه بر اساس توافق میان SPOTT و دانشکدهٔ داروسازی بارسلونا شکل گرفت. با وجود این، تصمیم برای شرکت در پروژه به طور کامل به تمایل هر یک از داروسازان وابسته بود. باید توجه داشت که برای دکترهای داروساز سروکار داشتن با افرادی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌بردند، امری بینهایت پرخطر بود. همچنین مشارکت داروسازان در این برنامه می‌توانست تأثیری منفی بر مشتریان باقی گذارد. همهٔ این عوامل می‌توانست نقش منفی در تمایل داروسازان به شرکت در این پروژه ایفا کند. همچنین، پیش از این پروژه، هیچ‌گونه سابقه‌ای در مورد تشریح مساعی میان داروسازان و درمانگران مراکز خدمات درمانی جامعه‌محور در مورد وابستگی به مواد مخدر وجود نداشت. از این رو، برای تشویق کارهای بین‌رشته‌ای می‌بایست تلاش مداومی به عمل آید.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

اسپانیا در اوایل دههٔ ۱۹۸۰ با همه‌گیری ایدز دست‌به‌گریبان بود، زیرا از بالاترین نرخ در جهان در رابطه با اشخاصی که از طریق سرنگ‌های مشترک به اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شدند، برخوردار بود. چالشی که مدیران دولت برای کاهش ریسک‌ها و آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر با آن مواجه بودند، بسیار عظیم بود. دو تغییر فرهنگی در اسپانیا روی داد که اجرای این برنامه را تسهیل کرد. تغییر نخست آن بود که در گذشته به داروخانه‌ها صرفاً به عنوان "فروشگاه‌های دارو" نگاه می‌کردند. اکنون به آنها همچون مراکز بهداشتی می‌نگرند که تنگاتنگ با مردم فعالیت می‌کنند. دیگر تغییر اجتماعی به برداشت مردم از افرادی اشاره دارد که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند: مردم دیگر به آنها به چشم بزه‌کار و منتقل‌کنندگان بیماری‌ها نمی‌نگرند. با وجود این، تغییر این برداشت منفی، ۱۰ سال به طول کشید.

داده‌های موجود برای ارزیابی پروژه:

دو ارزیابی داخلی به اجرا درآمد: یکی برای دورهٔ ۱۹۹۹-۲۰۰۰ و دیگری برای دورهٔ ۲۰۰۵-۱۹۹۹. پرسشنامه‌ای برای مطلعین اصلی (استفاده‌کنندگان از خدمات، داروسازان، و پزشکانی که در مرکز تخصصی درمان فعالیت می‌کردند)، طراحی شد. نتایج از میان سوابق بالینی و نیز از مصاحبه‌های عمیق با اشخاص درگیر در درمان

گردآوری شدند و سپس به کمک برنامه آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند. منابع داده برای ارزیابی عبارت بودند از مرکز همیاری اجتماعی برای افراد دارای وابستگی به مواد مخدر (دیپوتچیون دو بارسلونا) و دانشکده داروسازی بارسلونا. اسناد پشتیبان ارزیابی از جمله عبارت بودند از شرح پروژه، گزارش‌های ادواری پیشرفت پروژه و گزارش نهایی.

روش‌های ارزیابی عبارت بودند از:

از دو تکنیک و دو ابزار متفاوت برای دستیابی به اهداف ارزیابی استفاده شد:

- برای ارزیابی اثربخشی برنامه، مطالعه‌ای در مورد میزان مطابقت با درمان تجویز شده برای وابستگی به مواد مخدر برحسب استفاده‌کننده از درمان و گروه حکمی که به او کمک می‌کنند (برای مثال، آموزش‌دهنده، عضو خانواده یا دکتر داروساز) انجام گرفت. پروتکلی به طور ویژه برای این تحقیق طراحی شد تا ذیربطترین متغیرها را گردآوری و شناسایی کند. برای انجام این پروتکل‌ها، ضروری بود که از ۱۸۰ نمونه درمانی استفاده شود که ۶۰ نمونه از آنها برحسب اینکه چه کسی داور و حکم بوده است، انتخاب می‌شدند. اطلاعات استخراج شده برای هر یک از اشخاص مورد مطالعه به کمک حکم، کنترل و تأیید شدند.
- مصاحبه‌هایی برای تعیین سطح رضایت مطلعین اصلی (استفاده‌کنندگان واقعی از خدمات، دکترهای داروساز، کارشناسان درمانی و اشخاصی از مرکز درمانی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند) که در این تحقیق شرکت کردند، طراحی شدند. پرسش‌های این مصاحبه نیمه‌باز بودند و به این منظور طراحی شده بودند که اطلاعات کیفی را که در پروتکل‌های پیش‌گفته گنجانده نشده بودند، بر ملا کنند.

شرح بررسی نمونه:

گروه مورد مطالعه، بسته به حکم و/یا حکمی که مسئولیت نظارت بر درمان آنها را بر عهده دارد، به سه دسته متفاوت تعلق داشتند.

- گروه نخست شامل اشخاصی بودند ($N=60$) که به عنوان حکم‌ها یا داوران مسئول نظارت بر درمان، آموزش‌دهنده‌ای از سوی مرکز SPOTT به آنها آموزش داده بود (N بیانگر تعداد اشخاص در هر یک از گروه‌های نمونه است).
 - گروه دوم شامل اعضای خانواده حکم ($N=60$) است که مسئولیت نظارت را بر عهده دارند.
 - سومین گروه ($N=60$) که حکم آنها یک دکتر داروساز بود.
- از این روست که نمونه تصادفی معرفی ($N=60$) برای هر یک از گروه‌ها انتخاب شد که در مجموع تعداد نمونه را به ۱۸۰ تن رساند.
- ویژگی‌های شاخص نمونه مورد بررسی عبارت بودند از:
- ۸۱٪ از کسانی که مورد مطالعه قرار گرفتند، مرد و ۱۹٪ زن بودند.

- میانگین سن افراد مورد مطالعه ۲۹ سال بود.
- در رابطه با اشتغال، این اطلاعات به دست آمد: ۵۷٪ بیکار، ۴۰٪ شاغل (با یا بدون قرارداد)، ۲٪ بازنشسته و ۱٪ درصد خود را جزو "غیره" قلمداد کردند.
- مواد مخدر مصرفی که دلیل اصلی مراجعه فرد برای مشاوره اعلام شدند، عبارت بودند از: هروئین ۴۰٪، کوکائین و هروئین ۲۵٪ و کوکائین ۳۵٪.
- نمونه‌گیری برای مشخص شدن اینکه چه تعداد آلوده به اچ‌آی‌وی هستند، عبارت بود از: ۴۲٪ اچ‌آی‌وی مثبت و ۵۸٪ اچ‌آی‌وی منفی
- نمونه‌گیری نشان داد که در میان کسانی که اقدام به سم‌زدایی (دی‌تاکس) کردند و مدتی طولانی سابقه اعتیاد داشتند، حدود ۵۴٪ در گذشته برای کنار گذاشتن اعتیاد تلاش کرده بودند و ۴۶٪ هرگز برای سم‌زدایی اقدام نکرده بودند: ۳۲٪ به سم‌زدایی اقدام کرده بودند، ۱۲٪ دو بار به سم‌زدایی اقدام کرده بودند، ۷٪ سه یا چهار بار سم‌زدایی کرده بودند و ۳٪ پنج بار یا بیشتر.
- در مرکز SPOTT، ۸۶٪ از طریق آزمایش ادرار برای مواد مخدر مثبت از کار درآمدند و ۱۴٪ در داروخانه‌ها.

یافته‌های اصلی:

در دوره ۲۰۰۵-۱۹۹۹، برنامه به ۴۹۶ ذینفع مستقیم و ۹۹۲ ذینفع غیرمستقیم خدمات داد. (برآورد ذینفعان غیرمستقیم بر اساس دو نفر از نزدیکان در محیط اجتماعی به ازای هر استفاده‌کننده مستقیم انجام گرفته است). کلاً هشت دکتر داروساز در این برنامه شرکت کردند. استفاده‌کنندگان از خدمات بر یکی از اهداف اصلی برنامه مهر تأیید زدند: امکان‌پذیری شدن تکمیل و پیگیری درمان تجویز شده به کمک دکترهای داروساز. این جنبه، در مقیاسی که برای ارزیابی کیفیت سطح دسترسی آسان به درمان، که برنامه تأمین می‌کند، به وجود آمده بود، به سطح ۷ (بالاترین سطح) دست یافت. متخصصانی که در برنامه شرکت داشتند (برای مثال، پزشکان و داروسازان) کیفیت برنامه را "بسیار بالا" ارزیابی کردند و به آن نمره ۷,۷ از ۱۰ دادند.

کلیه شرکت‌کنندگان، ارزش بالایی برای این برنامه قائل شدند (میانگین نمره ارزیابی ۶,۷ از حداکثر ۷ بود). میانگین سطح رضایت ذینفعان مستقیم حدود ۶,۵ از ۷ بود. در جریان مصاحبه‌ها از افراد سؤال می‌شد که سه پیام را به خاطر آورند. همه آنها این پیام‌ها و/یا توصیه‌های پیشگیرانه‌ای را که توسط دکتر داروساز به آنها داده شده بود، به یاد داشتند. از میان افرادی که در برنامه شرکت کرده بودند، ۱۹۴ تن هم‌زمان در برنامه تعویض سرنگ که توسط دکترهای داروساز اجرا می‌شد، شرکت داشتند.

در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۰۵، نرخ ماندن بیماران در برنامه درمانی طی شش ماه نخست درمان به ۷۴,۲٪ بالغ شد. این رقم بیشتر از نرخ مورد انتظار ۶۰٪ درصد بود. از میان شرکت‌کنندگان در برنامه سم‌زدایی، ۶۲,۵ درصد به دلیل حمایتی که دکترهای داروساز از آنها می‌کردند، برنامه را با موفقیت به اتمام رساندند. این رقم

برای بیمارانی که یکی از اعضای خانواده‌شان نقش حَکَم و داور را ایفا می‌کرد، به ۳۵٪ درصد موفقیت بالغ شد. در این‌گونه موارد که در آن داور و حَکَم یک آموزش‌دهنده بود، نرخ موفقیت تنها به ۲۲٪ رسید. از میان استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی که در برنامه شرکت داشتند، ۶۶٪ از کسانی که با موفقیت برنامه سم‌زدایی را به پایان بردند، الگوی ناشی از نالترکسون را دنبال کردند. ۲۱۵ مورد سم‌زدایی که یک داروساز پیگیری و تکمیل درمان آن را دنبال می‌کرد، وجود داشت و ۱۱۲۴ تعامل میان استفاده‌کنندگان و داروسازان به ثبت رسید. تکمیل و ادامه درمان بیماران توسط دکترهای داروساز برای ۱۰۲ الگوی مواد مخدر روان‌گردان، ۴۱ الگوی نگهدارنده با آگونیست، و ۱۲۶ مورد درمان تکمیلی آسیب‌شناسی‌های ارگانیک (اچ‌آی‌وی مثبت).

پیوست الف: تاریخچه مصرف‌کننده مواد مخدر در کابل: فهرست مقابله مصاحبه
پیوست ب: فهرست منابع و مطالبی برای مطالعه بیشتر

پیوست الف: تاریخچه مصرف‌کننده مواد مخدر در کابل: فهرست مقابله مصاحبه

تاریخ:

زمان:

محل:

مصاحبه‌کننده:

پرسش‌های تحقیق به صورت ایرانیک نوشته شده‌اند

۱. سن:
۲. جنس: مرد زن
۳. وضعیت تأهل: (مجرد/ متأهل / بیوه/ جدا شده)
۴. تعداد فرزندان: (سن آنها؟)
۵. وضعیت قومی:
۶. سطح تحصیلات:
۷. وضعیت اشتغال: (وضعیت کنونی/ وضعیت سابق)
۸. درآمد ماهانه: (منبع: خود/ خانواده؟)
۹. چه مدت است در این منطقه از کابل زندگی می‌کنید؟ (به فهرست مناطق مراجعه کنید)
۱۰. پیش از آمدن به اینجا در کجا زندگی می‌کردید؟
۱۱. اهل کجائید؟ (کجا به دنیا آمده‌اید/ دوران کودکی را در کجا گذرانید؟)
۱۲. آیا تا به حال تریاک مصرف کرده‌اید؟ بله----- نه----- (برو به پرسش ۲۵)
۱۳. اولین بار چه زمانی تریاک مصرف کردید؟ (به چه روشی/ در کجا؟)
۱۴. چرا مصرف تریاک را شروع کردید؟
۱۵. اکنون هر از چه مدت یکبار تریاک مصرف می‌کنید؟ (در چه ساعت روز/ روزانه/ هفتگی)
(اگر اکنون مصرف نمی‌کنید: کی/ چرا/ چگونه مصرف آن را ترک کردید؟)
(اگر اصلاً مصرف نمی‌کنید، به پرسش ۲۵ بروید)
۱۶. چرا در حال حاضر تریاک مصرف می‌کنید؟
۱۷. معمولاً در روز چه مقدار تریاک مصرف می‌کنید؟ (به چه شیوه؟)
۱۸. چقدر خرج تریاک می‌کنید/ از کجا برای آن پول می‌آورید/ منبع تریاک کدام است؟
۱۹. آیا اوقاتی هست که بیشتر، یا کمتر، از آن چه اکنون مصرف می‌کنید، تریاک مصرف کنید؟ بله، توضیح دهید----- نه-----
۲۰. آیا مشکلی در ارتباط با مصرف تریاک دارید؟ (سلامتی/ مالی/ روابط اجتماعی/ در سطح خانواده و جامعه)
۲۱. آیا در رابطه با این مشکلات فکری کرده‌اید؟ بله (چه فکری؟) نه (چرا نه؟)
۲۲. آیا هیچ‌گاه تلاش کرده‌اید تریاک را ترک کنید؟ بله----- نه-----
۲۳. اگر بله: چه زمانی؟ چرا؟ آیا در این کار موفق بودید؟ برای چه مدت؟ چرا دوباره مصرف تریاک را شروع

کردید؟

۲۴. اگر نه: دلیلی دارید که چرا نه؟

۲۵. آیا دیگر اعضای خانواده شما هم تریاک مصرف می‌کنند؟ (چه کسی؟) --- بله (چه کسی؟) --- نه ---
نمیدانم ---

۲۶. آیا کسان دیگری در این ناحیه تریاک مصرف می‌کنند؟ (از روی عادت/ تفریحی/ درمانی) بله --- نه ---
(اگر نه یا نمیدانم، به سؤال ۳۲ مراجعه کنید)

آیا می‌توانید مقداری اطلاعات درباره این افراد در اختیار ما قرار بدهید؟

۲۷. آیا آنها مردند یا زن؟

۲۸. چند سال دارند؟ (کم‌تر از ۲۵ سال/ جوان)/ بزرگسال/ کودک)

۲۹. آیا آنها مقیم هستند یا پناهندگانی هستند که بازگشته‌اند؟

۳۰. آیا به گروه خاصی تعلق دارید؟ (گروه قومی / مجاهدین سابق)

۳۱. فکر می‌کنید در این ناحیه چند نفر تریاک مصرف می‌کنند؟

۳۲. آیا هرگز حشیش مصرف کرده‌اید؟ بله --- نه --- (به سؤال ۴۵ مراجعه کنید)

۳۳. برای اولین بار کی حشیش مصرف کردید؟ (روش مصرف/ کجا؟)

۳۴. چرا به مصرف حشیش روی آوردید؟

۳۵. اکنون هر از چه مدت یکبار حشیش مصرف می‌کنید؟ (در چه ساعت روز/ روزانه/ هفتگی)

(هرگز: کی/ چرا/ چگونه آن را ترک کردید؟)

(اگر هرگز، به سؤال ۴۵ بروید)

۳۶. چرا حشیش مصرف می‌کنید؟

۳۷. معمولاً هر روز چه مقدار حشیش مصرف می‌کنید؟ (به چه روش؟)

۳۸. خرج حشیش شما چقدر است/ پولش را از کجا می‌آورید/ حشیش را از کجا تهیه می‌کنید؟

۳۹. آیا مواقعی هست که شما بیشتر یا کمتر از مقدار معمول مصرف کنید؟ اگر بله، توضیح دهید --- نه ---

۴۰. آیا مشکلی در رابطه با مصرف حشیش دارید؟ (سلامتی/ مالی/ روابط اجتماعی در سطح خانواده و جامعه؟)

۴۱. آیا کاری در رابطه با این مشکلات انجام داده‌اید؟ بله --- (چه کاری؟) --- نه --- (چرا نه؟) ---

۴۲. آیا هیچ‌گاه تلاش کرده‌اید حشیش را کنار بگذارید؟ بله --- نه ---

۴۳. اگر بله: چه زمانی؟ چرا؟ آیا در این کار موفق بودید؟ برای چه مدت؟ چرا دوباره مصرف حشیش را شروع کردید؟

۴۴. اگر نه: دلیلی دارید که چرا نه؟

۴۵. آیا دیگر اعضای خانواده شما هم تریاک مصرف می‌کنند؟ بله (چه کسی؟) --- نه --- نمیدانم ---

۴۶. آیا کسان دیگری در این ناحیه حشیش مصرف می‌کنند؟ (از روی عادت/ تفریحی/ درمانی) بله --- نه ---
نمیدانم ---

(اگر نه یا نمیدانم، به سؤال ۵۲ مراجعه کنید)

آیا می‌توانید مقداری اطلاعات دربارهٔ این افراد در اختیار ما قرار بدهید؟

۴۷. آیا آنها مردند یا زن؟

۴۸. چند سال دارند؟ (کم‌تر از ۲۵ سال (جوان) / بزرگسال / کودک)

۴۹. آیا آنها مقیم هستند یا پناهندگانی هستند که بازگشته‌اند؟

۵۰. آیا به گروه خاصی تعلق دارید؟ (گروه قومی / مجاهدین سابق)

۵۱. فکر می‌کنید در این ناحیه چند نفر حشیش مصرف می‌کنند؟

۵۲. آیا هرگز هروئین مصرف کرده‌اید؟ بله --- نه --- (به سؤال ۶۵ مراجعه کنید)

۵۳. برای اولین بار کی هروئین مصرف کردید؟ (روش مصرف / کجا؟)

۵۴. چرا به مصرف هروئین روی آوردید؟

۵۵. اکنون هر از چه مدت یکبار هروئین مصرف می‌کنید؟ (در چه ساعت روز / روزانه / هفتگی)

(هرگز: کی / چرا / چگونه آن را ترک کردید؟)

(اگر هرگز، به سؤال ۶۵ بروید)

۵۶. چرا هروئین مصرف می‌کنید؟

۵۷. معمولاً هر روز چه مقدار هروئین مصرف می‌کنید؟ (به چه روش؟)

۵۸. خرج هروئین شما چقدر است / پولش را از کجا می‌آورید / هروئین را از کجا تهیه می‌کنید؟

۵۹. آیا مواقعی هست که شما بیشتر یا کمتر از مقدار معمول مصرف کنید؟ اگر بله، توضیح دهید --- نه ---

۶۰. آیا مشکلی در رابطه با مصرف هروئین دارید؟ (سلامتی / مالی / روابط اجتماعی در سطح خانواده و جامعه؟)

۶۱. آیا کاری در رابطه با این مشکلات انجام داده‌اید؟ بله --- (چه کاری؟) --- نه --- (چرا نه؟) ---

۶۲. آیا هیچ‌گاه تلاش کرده‌اید هروئین را کنار بگذارید؟ بله --- نه ---

۶۳. اگر بله: چه زمانی؟ چرا؟ آیا در این کار موفق بودید؟ برای چه مدت؟ چرا دوباره مصرف هروئین را شروع

کردید؟

۶۴. اگر نه: دلیلی دارید که چرا نه؟

۶۵. آیا دیگر اعضای خانوادهٔ شما هم هروئین مصرف می‌کنند؟ (چه کسی؟) --- بله (چه کسی؟) --- نه ---

نمیدانم ---

۶۶. آیا کسان دیگری در این ناحیه هروئین مصرف می‌کنند؟ (از روی عادت / تفریحی / درمانی) بله --- نه ---

نمیدانم ---

(اگر نه یا نمیدانم، به سؤال ۷۱ مراجعه کنید)

آیا می‌توانید مقداری اطلاعات دربارهٔ این افراد در اختیار ما قرار بدهید؟

۶۷. آیا آنها مردند یا زن؟

۶۸. چند سال دارند؟ (کم‌تر از ۲۵ سال (جوان) / بزرگسال / کودک)

۶۹. آیا آنها مقیم هستند یا پناهندگانی هستند که بازگشته‌اند؟

۷۰. آیا به گروه خاصی تعلق دارید؟ (گروه قومی / مجاهدین سابق)

۷۱. فکر می‌کنید در این ناحیه چند نفر هروئین مصرف می‌کنند؟
۷۲. آیا هرگز داروهایی نظیر آرام‌بخش‌ها (والیوم یا مسکن) مصرف کرده‌اید؟ بله --- نه --- (به سؤال ۸۵ مراجعه کنید)
۷۳. برای اولین بار کی آرام‌بخش/مسکن مصرف کردید؟ (بگویید کدام دارو/روش مصرف/کجا؟)
۷۴. چرا به مصرف آرام‌بخش/مسکن روی آوردید؟
۷۵. اکنون هر از چه مدت یکبار آرام‌بخش/مسکن مصرف می‌کنید؟ (در چه ساعت روز/روزانه/هفتگی)
(هرگز: کی/چرا/چگونه مصرف آن را کنار گذاشتید؟)
(اگر هیچ‌گاه، به سؤال ۸۵ بروید)
۷۶. چرا آرام‌بخش/مسکن مصرف می‌کنید؟
۷۷. معمولاً هر روز چه مقدار آرام‌بخش/مسکن مصرف می‌کنید؟ (به چه روش؟)
۷۸. خرج آرام‌بخش/مسکن شما چقدر است/ پولش را از کجا می‌آورید/ آرام‌بخش/مسکن را از کجا تهیه می‌کنید؟ (داروخانه‌دار را مشخص کنید/فروشنده دیگر؟/با نسخه یا بدون نسخه؟)
۷۹. آیا مواقعی هست که شما بیشتر یا کمتر از مقدار معمول مصرف کنید؟ اگر بله، توضیح دهید --- نه ---
۸۰. آیا مشکلی در رابطه با مصرف آرام‌بخش/مسکن خود دارید؟ (سلامتی/مالی/روابط اجتماعی در سطح خانواده و جامعه؟)
۸۱. آیا کاری در رابطه با این مشکلات انجام داده‌اید؟ بله --- (چه کاری؟) --- نه --- (چرا نه؟) ---
۸۲. آیا هیچ‌گاه تلاش کرده‌اید آرام‌بخش/مسکن را کنار بگذارید؟ بله --- نه ---
۸۳. اگر بله: چه زمانی؟ چرا؟ آیا در این کار موفق بودید؟ برای چه مدت؟ چرا دوباره مصرف آنها را شروع کردید؟
۸۴. اگر نه: دلیلی دارید که چرا نه؟
۸۵. آیا دیگر اعضای خانواده شما هم آرام‌بخش/مسکن مصرف می‌کنند؟ (چه کسی؟) --- بله (چه کسی؟) --- نه ---
۸۶. آیا کسان دیگری در این ناحیه آرام‌بخش/مسکن مصرف می‌کنند؟ (از روی عادت/تفریحی/درمانی) بله --- نه ---
- (اگر نه یا میدانم، به سؤال ۹۲ مراجعه کنید)
- آیا می‌توانید مقداری اطلاعات درباره این افراد در اختیار ما قرار بدهید؟
۸۷. آیا آنها مردند یا زن؟
۸۸. چند سال دارند؟ (کم‌تر از ۲۵ سال (جوان)/بزرگسال/کودک)
۸۹. آیا آنها مقیم هستند یا پناهندگانی هستند که بازگشته‌اند؟
۹۰. آیا آنها به گروه خاصی تعلق دارند؟ (گروه قومی/مجاهدین سابق)
۹۱. فکر می‌کنید در این ناحیه چند نفر هروئین مصرف می‌کنند؟
۹۲. آیا هرگز الکل مصرف کرده‌اید؟ بله --- نه --- (به سؤال ۱۰۵ مراجعه کنید)

۹۳. برای اولین بار کی الکل مصرف کردید؟ (روش مصرف/ کجا؟)
۹۴. چرا به مصرف الکل روی آوردید؟
۹۵. اکنون هر از چه مدت یکبار الکل مصرف می‌کنید؟ (در چه ساعت روز/ روزانه/ هفتگی)
(هرگز: کی/ چرا/ چگونه مصرف آن را کنار گذاشتید؟)
(اگر هیچ‌گاه، به سؤال ۱۰۵ بروید)
۹۶. چرا الکل مصرف می‌کنید؟
۹۷. معمولاً هر روز چه مقدار الکل مصرف می‌کنید؟ (به چه روش؟)
۹۸. خرج الکل شما چقدر است/ پولش را از کجا می‌آورید/ الکل را از کجا تهیه می‌کنید؟
۹۹. آیا مواقعی هست که شما بیشتر یا کمتر از مقدار معمول مصرف کنید؟ اگر بله، توضیح دهید----- نه---
۱۰۰. آیا مشکلی در رابطه با مصرف الکل دارید؟ (سلامتی/ مالی/ روابط اجتماعی در سطح خانواده و جامعه؟)
۱۰۱. آیا کاری در رابطه با این مشکلات انجام داده‌اید؟ بله----- (چه کاری؟) ----- نه----- (چرا نه؟)---
۱۰۲. آیا هیچ‌گاه تلاش کرده‌اید الکل را کنار بگذارید؟ بله----- نه-----
۱۰۳. اگر بله: چه زمانی؟ چرا؟ آیا در این کار موفق بودید؟ برای چه مدت؟ چرا دوباره مصرف آن را شروع کردید؟
۱۰۴. اگر نه: دلیلی دارید که چرا نه؟
۱۰۵. آیا دیگر اعضای خانواده شما هم الکل مصرف می‌کنند؟ (چه کسی؟) ----- بله (چه کسی؟) ----- نه---
- نمیدانم-----
۱۰۶. آیا کسان دیگری در این ناحیه الکل مصرف می‌کنند؟ (از روی عادت/ تفریحی/ درمانی) بله----- نه---
- نمیدانم-----
- (اگر نه یا نمیدانم، به سؤال ۱۱۲ مراجعه کنید)
- آیا می‌توانید مقداری اطلاعات درباره این افراد در اختیار ما قرار بدهید؟
۱۰۷. آیا آنها مردند یا زن؟
۱۰۸. چند سال دارند؟ (کم‌تر از ۲۵ سال/ جوان)/ بزرگسال/ کودک)
۱۰۹. آیا آنها مقیم هستند یا پناهندگانی هستند که بازگشته‌اند؟
۱۱۰. آیا آنها به گروه خاصی تعلق دارند؟ (گروه قومی/ مجاهدین سابق)
۱۱۱. فکر می‌کنید در این ناحیه چند نفر الکل مصرف می‌کنند؟
۱۱۲. آیا هرگز نوع دیگری ماده مخدر مصرف کرده‌اید؟ (مشخص کنید: حلال‌ها/ شربت‌های سرفه/ غیره) بله----- نه----- (به سؤال ۱۲۵ مراجعه کنید)
۱۱۳. برای اولین بار کی این مواد مخدر را مصرف کردید؟ (روش مصرف/ کجا؟)
۱۱۴. چرا به مصرف این مواد مخدر روی آوردید؟
۱۱۵. اکنون هر از چه مدت یکبار این مواد را مصرف می‌کنید؟ (در چه ساعت روز/ روزانه/ هفتگی)

(اصلاً مصرف نمی‌کنید: کی/ چرا/ چگونه مصرف آن را کنار گذاشتید؟)

(اگر هیچ‌گاه، به سؤال ۱۲۵ بروید)

۱۱۶. چرا این مواد را مصرف می‌کنید؟

۱۱۷. معمولاً هر روز چه مقدار از این مواد مصرف می‌کنید؟ (به چه روش؟)

۱۱۸. خرج این مواد شما چقدر است/ پولش را از کجا می‌آورید/ این مواد را از کجا تهیه می‌کنید؟

۱۱۹. آیا مواقعی هست که شما بیشتر یا کمتر از مقدار معمول مصرف کنید؟ اگر بله، توضیح دهید----- نه---

۱۲۰. آیا مشکلی در رابطه با مصرف این مواد دارید؟ (سلامتی/ مالی/ روابط اجتماعی در سطح خانواده و جامعه؟)

۱۲۱. آیا کاری در رابطه با این مشکلات انجام داده‌اید؟ بله----- (چه کاری؟) ----- نه----- (چرا نه؟)---

۱۲۲. آیا هیچ‌گاه تلاش کرده‌اید این مواد را کنار بگذارید؟ بله----- نه-----

۱۲۳. اگر بله: چه زمانی؟ چرا؟ آیا در این کار موفق بودید؟ برای چه مدت؟ چرا دوباره مصرف آن را شروع کردید؟

۱۲۴. اگر نه: دلیلی دارید که چرا نه؟

۱۲۵. آیا دیگر اعضای خانواده شما هم مواد دیگری مصرف می‌کنند؟ (چه کسی؟) ---- بله (چه کسی؟) ----

نه-----نمیدانم-----

۱۲۶. آیا کسان دیگری در این ناحیه مواد متفرقه مصرف می‌کنند؟ (از روی عادت/ تفریحی/ درمانی) بله----- نه-----

نمیدانم-----

(اگر نه یا نمیدانم، به سؤال ۱۱۲ مراجعه کنید)

آیا می‌توانید مقداری اطلاعات درباره این افراد در اختیار ما قرار بدهید؟

۱۲۷. آیا آنها مردند یا زن؟

۱۲۸. چند سال دارند؟ (کم‌تر از ۲۵ سال (جوان)/ بزرگسال/ کودک)

۱۲۹. آیا آنها مقیم هستند یا پناهندگانی هستند که بازگشته‌اند؟

۱۳۰. آیا آنها به گروه خاصی تعلق دارند؟ (گروه قومی / مجاهدین سابق)

۱۳۱. فکر می‌کنید در این ناحیه چند نفر مواد متفرقه مصرف می‌کنند؟

۱۳۲. آیا مواد مصرفی خود را با هم یا جدا جدا مصرف می‌کنید؟

۱۳۳. آیا تا به حال به خاطر مصرف مواد دستگیر شده‌اید؟ (مشخص کنید: در کجا/ چه زمانی/ در نتیجه مصرف

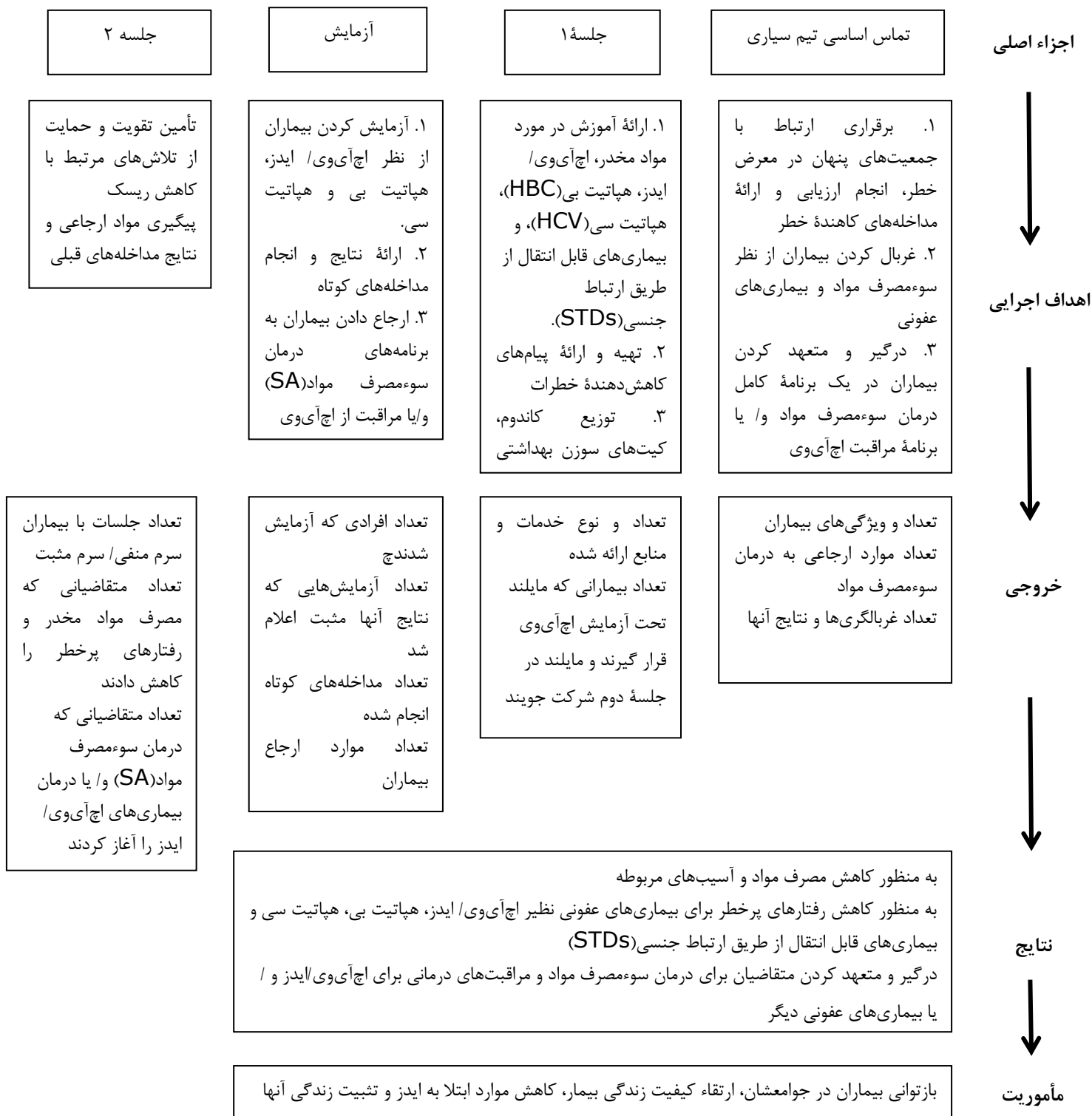
کدام مواد؟)

۱۳۴. آیا به نظر شما مطلب دیگری هست که ما باید درباره مصرف مواد مخدر شما بدانیم؟

از اینکه به سؤالات ما پاسخ دادید، بسیار متشکریم.

مصاحبه‌کننده: در اینجا هر مشکلی که در رابطه با این مصاحبه داشتید، مطرح کنید

تصویر شماره ۳: نمونه‌ای از یک مدل منطقی بر اساس مدل جامعه‌محور امداد به بیماران NIDA (۲۰۰۰)
نمودار جریان



بر اساس مدل امداد جامعه‌محور NIDA راهنمای کاهش ریسک اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌های قابل انتقال از طریق خون در مصرف‌کنندگان مواد مخدر، انستیتو ملی سلامت. شماره انتشار ۴۸۱۲-۰۰، چاپ سپتامبر ۲۰۰۰. قابل تهیه در سایت: <http://www.drugabuse.gov/CBOM/Index.html> (قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

پیوست ب: منابع و مطالبی برای برای مطالعه بیشتر

بنیاد تحقیقات اعتیاد. ۱۹۹۴. *درمان الکل و مواد مخدر در اوتناریو: راهنمای کمک به دست‌اندرکاران*. تورونتو: بنیاد تحقیقات اعتیاد.

بنیاد تحقیقات اعتیاد. ۱۹۹۴. *جوانان و مواد مخدر: راهنمای برنامه‌ریزان برای درمان چندمنظوره*. تورونتو: بنیاد تحقیقات اعتیاد.

آدی، د. و ریتز، آ. (۲۰۰۰) *رهنمودهایی برای درمان بالینی بیماران مبتلا به الکل و مواد مخدر*. فیتزروی، ویکتوریا، استرالیا: مرکز الکل و مواد مخدر.

ملاک‌های پذیرش و ترخیص و ابزارهای ارزیابی (ADAT). آموزش آنلاین.
http://www.camh.net/education/Online_courses/adat_online_overview.html (دسترسی از اول مارس ۲۰۰۷)

جامعه روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۰۶، *راهنمای عملی درمان بیمارانی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند*، ویرایش دوم، جمعیت روان‌پزشکان آمریکا، واشینگتن دی.سی.

جامعه روان‌پزشکان آمریکا، ۱۹۹۴، *راهنمای تشخیص و آمار، ویرایش چهارم*، جمعیت روان‌پزشکان آمریکا، واشینگتن دی.سی.

انیس اچ. ام. شوپر، آر. پی. کلی، ای. ۱۹۹۶. *مطابقت دادن مشاوره سرپایی بیماران وابسته به مواد مخدر با میزان آمادگی متقاضی برای تغییر: نقش مشاوره ساختاریافته برای پیشگیری از ابتلای مجدد به اعتیاد*. *روان‌دروبی آزمایشی و بالینی* ۴: ۳۷-۳۵

اشتون، اچ. ۱۹۹۴. *درمان وابستگی به بنزودیازپین. وابستگی به مواد مخدر* ۸۹: ۴۱-۱۵۳۵

بابور، تی. اف. و دل بوکا، اف. ک. ۲۰۰۲. *تطبیق پروژه: تطبیق درمان در الکلیسم*.
<http://www.commed.uchc.edu/match/pubs/treatmentmatching.htm> (دسترسی از مارس ۲۰۰۷)

بلاک، ای. سی. و دی کلمنته، سی. سی. ۱۹۹۹. *درمان سوءمصرف مواد میان بیمارانی که به اسکیزوفرنی دچارند*.

برادیتسا، سی. ام. ۱۹۹۷. ارزیابی رفتاری مصرف الکل و مواد مخدر در افرادی که دارای اختلالات روانی شدید هم‌زمان هستند. مقاله‌ای که در کنفرانس اختلالات روانی هم‌زمان ارائه شد، بنیاد تحقیقات اعتیاد، تورونتو.

براون، ای. دی. ویراستار. ۱۹۹۷. راهنمای کسب مجوز رسمی برای برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد. ساوزند اوکس، سی‌آ: انتشارات سیج.

بورکه، آ. سی. کلاپ، جی دی. ۱۹۹۷. ایدئولوژی و عمل در محیط‌های سوءمصرف مواد. مددکاری اجتماعی ۴۲: ۵۵۲-۶۴

مرکز درمان سوءمصرف مواد. درمان اختلالات مصرف مواد محرک. پروتکل اصلاح درمان (TIP) مجموعه ۳۳. انتشارات دی‌اچ‌اچ‌اس شماره (SMA) ۳۲۹۶-۹۹. راکویل، ام‌دی: مدیریت خدمات درمان سوءمصرف مواد و سلامت روانی، ۱۹۹۹، قابل تهیه در نشانی: <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd289/> (دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

مرکز درمان سوءمصرف مواد. درمان سوءمصرف مواد و درمان خانواده. پروتکل بهبود درمان (مجموعه TIP شماره ۳۹. انتشارات DHHS، شماره (SMA) ۴۰۰۶-۰۵. راکویل، ام‌دی: مدیریت خدمات سوءمصرف مواد و بهداشت روانی، ۲۰۰۴

مرکز درمان سوءمصرف مواد. درمان سوءمصرف مواد برای اشخاصی که از اختلالات هم‌زمان رنج می‌برند. پروتکل بهبود درمان (مجموعه TIP شماره ۴۲. انتشارات DHHS، شماره (SMA) ۳۹۹۲-۰۵. راکویل، ام‌دی: مدیریت خدمات سوءمصرف مواد و بهداشت روانی، ۲۰۰۵ قابل تهیه در نشانی زیر: <http://download.ncadi.samhsa.gov/prevline/pdfs/bkd515.pdf> (قابل دسترسی از اوت ۲۰۰۸)

مرکز درمان سوءمصرف مواد. راهنمای خدمات درمان سوءمصرف مواد برای پزشکان عمومی: راهنمای فشرده اطلاعاتی. پروتکل بهبود درمان (مجموعه TIP شماره ۲۴. انتشارات DHHS، شماره (SMA) ۳۷۴۰-۰۸. راکویل، ام‌دی: مدیریت خدمات سوءمصرف مواد و بهداشت روانی، ۲۰۰۸

دونوان، دی. ام. و مارلات، جی. ای. ۱۹۸۸. ارزیابی رفتارهای اعتیادآمیز، نیویورک: گیلفورد پرس.

دیویدسون، ای. جی. ۲۰۰۴. *مبانی روش‌شناسی ارزیابی: پیچ و مهره‌های یک ارزیابی صحیح*. ساوند اوکس، سی‌ای: سیج.

دونوان، دی. ام. و متسون، ام. ای. ۱۹۹۸. *ارزیابی رفتارهای اعتیادآمیز، نیویورک: گیلفورد پرس*.

دوپلیسیس، جی. مک‌کری، ام. ویسکاف، سی. و دوپ، اس. ویراستاران. ۱۹۹۳. *برنامه‌های کارآمد! نوآوری در برنامه‌های درمان سلامت روانی و وابستگی به مواد مخدر جامعه*. تورونتو: کانادین اسکالرز پرس.

اریکسون، پی. جی. و فیشر، بی. ۱۹۹۷. *سیاست کانادا در مورد حشیش: عواقب جرم‌اعلام کردن، واقعیت کنونی و خط‌مشی‌های آینده*. در *علوم مواد افیونی: از ممنوعیت تا حقوق بشر*، ویراسته‌ال. بولینگر، فرانکفورت: پیتر لانگ.

اریکسون، پ. و دیگران، مرکز اعتیاد و سلامت روانی (CAMH) و کاهش آسیب: مقاله‌ای در مورد معنا و کاربردهای آن برای مسائل مربوط به مصرف مواد. مرکز اعتیاد و سلامت روانی (CAMH)، بهار ۲۰۰۲. <http://www.camh.net> (دسترسی از اول مارس ۲۰۰۷)

فارل، تی. جی. ۱۹۸۹. *درمان زناشویی و خانواده در درمان الکلیسم، مجله درمان سوءمصرف مواد ۶: ۹-۲۳*

فینی، جی. دلبیو، هان، ای. سی. موس، آر. اچ. ۱۹۹۶. *اثر بخشی درمان بستری و سرپایی برای سوءمصرف الکل: نیاز به تأکید بر عوامل میانجی و تعدیل‌کننده مؤثر واقع شدن درمان*. *وابستگی به مواد مخدر*، ۹۱: ۹۶-۱۷۷۳

فینی، جی. دلبیو و موناهان، اس. سی. ۱۹۹۶. *صرفه اقتصادی درمان الکلیسم: یک تخمین*. *مجله مطالعات الکل* ۵۷: ۴۳-۲۲۹.

فیشر، بی. رابرت، جی. و کرس، ام. ۲۰۰۲. *درمان اجباری مواد مخدر در کانادا: منشأ تاریخی و تحولات اخیر*. *وابستگی به مواد مخدر در اروپا* ۸: ۸-۶۱.

گیلسمن، ال. و دیگران. ۱۹۹۳. *نقش تأمین‌کنندگان الکل در پیشگیری: یک ارزیابی از برنامه مداخله توسط ارائه‌دهندگان خدمات، اعتیاد، ۸۸(۹)*.

گراهام، کی. وو، جی. ای. اسمیثی، سی. و دیگران ۱۹۹۴. *سوابق ارزیابی: استفاده از تکنیک‌های ارزیابی برای*

ارتقاء کیفیت برنامه در وابستگی به مواد مخدر. تورونتو: بنیاد تحقیقات اعتیاد.

گریسوم، جی. آر. و براگ، ای. ۱۹۹۱. شاخص شدت وابستگی به مواد مخدر: تجارب میدانی. مجله بین‌المللی اعتیاد ۲۶: ۵۵-۶۴

هاجک، پی. ۱۹۹۴. درمان سیگاری‌ها. وابستگی به مواد مخدر ۸۹: ۹-۱۵۴۳

هاسن، چ، وان در برینک، دبلیو: نوآوری در درمان نگهدارنده آگونیستی بیماران وابسته به مواد افیونی. کورآپین سایکاتری ۲۰۰۶، ۱۹: ۶۳۶-۶۳۱

هنری ادواردز، اس. هامنیوک، آر. علی، آر. مونتیرو، ام. و پوزنیاک، و. الکل، سیگار و آزمایش غربالگری درگیری در مواد (ASSIST): راهنمایی برای استفاده در درمان اولیه. (پیش‌نویس ۱،۱ برای آزمایش میدانی). ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳. قابل تهیه در نشانی:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf

هنری ادواردز، اس. هامنیوک، آر. علی، آر. مونتیرو، ام. و پوزنیاک، و. مداخله کوتاه برای مصرف مواد: راهنمایی برای استفاده در درمان اولیه. (پیش‌نویس ۱،۱ برای آزمایش میدانی). ژنو، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳. قابل تهیه در نشانی:

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf

هستلر، آر. کی. و میلر، دبلیو، آر. ۲۰۰۳. راهنمای روش‌های درمان الکلیسم: روش‌های اثربخش، ویرایش سوم. بوستن: آ لین و بیکن.

هیلتون، بی. ای. تامپسون، آر. مور-دمپسی، ال. و یانزن، آر. جی. (۲۰۰۰). نظریات و استراتژی‌های کاهش آسیب برای کنترل ویروس نقص ایمنی انسانی: بررسی ادبیات موضوع. مجله پرستاری پیشرفته، ۳۳، ۳، ۳۷۰-۳۵۷.

هولدر، اچ. لانگاباف، آر. میلر، دبلیو، آر. و روبونیس آ. ب. ۱۹۹۱. صرفه اقتصادی درمان الکلیسم: یک برآورد مقدماتی. مجله مطالعات الکل ۵۲: ۴۰-۵۱۷

یافه، ی. ۱۹۹۹. اختلالات مرتبط با مواد. در کتاب جامع روان‌پزشکی، ویرایش هفتم، ویراستاران. ب. سداک و و.

سداک. نیویورک: لیپینکات ویلیامز و ویلکینز.

جانز، ای. ۱۹۹۴. درمان مواد افیونی. وابستگی به مواد مخدر، ۸۹: ۸-۱۵۵۱

کیمبرلی، ام. دی. و بوم، پی. ۱۹۹۸. وابستگی به مواد مخدر: یک مدل بی‌پی‌اس‌آی (زیست‌شناسی، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و هوش). در جامعه‌ستیزی بزرگسالان، ویراسته اف. ترنر. نیویورک: فری پرس.

کلینگمان، اچ. و دیگران، ۲۰۰۱. ترویج خوددگرگون‌سازی و رهایی خود از مصرف مشکل‌آفرین مواد: پیامدهای عملی برای خط‌مشی، پیشگیری و درمان. بوستون: کلور آکادمیک پابلیشرز.

کونتز، اچ. بکر، ث. پری‌به، اس. (۲۰۰۴). اصلاحات در خدمات روان‌پزشکی در آلمان: دستورالعمل برای کادر بیمارستان و سازمان دادن خدمات اجتماعی. بولتن روان‌پزشکی ۲۸: ۲۱۸-۲۲۱

لاگو، تی. و دیگران، ۲۰۰۶. "مصرف بیش از حد میان دوستان: مصرف‌کنندگان مواد مخدر دوست دارند به دیگران نالوکسون بدهند." مجله درمان سوءمصرف مواد. سال ۳۰، شماره ۲، صفحات ۳۳-۱۲۹ (مارس ۲۰۰۶).

لی، دی. (۲۰۰۶) تحلیل SWOT (نقاط قوت، ضعف، فرصت، تهدید). در پرشینگ، جی (ویراستار)، راهنمای تکنولوژی عملکرد انسان: اصول، روش‌ها و قابلیت‌ها. سان‌فرانسیسکو، سی‌ای: جوسی - باس / فایفر.

لینگفورد - هیوز، ای. آر. ولش، اس. نات، دی. جی. ۲۰۰۴. رهنمودهایی مبتنی بر شواهد علمی برای مدیریت دارویی مصرف مواد مخدر، اعتیاد و اختلالات توأمان: توصیه‌هایی از سوی جمعیت داروهای روانی انگلیس. مجله سایکوفارماکولوژی، ۱۸: ۲۹۳-۳۳۵

مارلات، جی. ای، و گوردون، جی. آر. ۱۹۸۵. پیشگیری از عود اعتیاد: استراتژی‌های نگهدارنده در درمان رفتارهای اعتیادآمیز. نیویورک: گیلفورد پرس.

مارتین، جی. دبلیو. کوسکی - یانس، ای. وبر، تی. آر. ۱۹۹۸. بازاندیشی در نقش اقامت-درمان برای افرادی که از مشکلات سوءمصرف مواد رنج می‌برند. مجله بهداشت روانی جامعه (کانادا) ۱۷: ۶۱-۷۷

مارتینو، اس. ام. کارول، کی. ام. اومالی، اس. او، و روناسویل، بی. جی. ۲۰۰۰. "مصاحبه انگیزشی با بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد که به لحاظ روانی بیمارند." مجله اعتیاد (آمریکا)، ۹: ۸۸-۹۱

مک‌نامارا، سی. ۱۹۹۹. برنامه‌ریزی استراتژیک (در سازمان‌های غیرانتفاعی یا انتفاعی). سنت پل، امان: برنامه کمک مدیریتی به سازمان‌های غیرانتفاعی.
http://www.managementhelp.org/plan_dec/str_plan/str_plan.htm
(دسترس از اول مارس ۲۰۰۷)

می‌لی، دی. ۲۰۰۱. ملاک‌های جایابی بیماران برای درمان اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد، ویرایش دوم - با تجدید نظر، جامعه پزشکان اعتیاد آمریکا (ASAM)، واشینگتن، دی.سی.

میکس، دی. ای. و هری، ام. ۱۹۹۸. وابستگی به الکل. در جامعه‌سنیزی بزرگسالان، ویراسته اف. ترنر. نیویورک: فری پرس.

میلر، دبلیو. آر. براون، جی. ام. سیمپسون، تی. ال. و دیگران. ۱۹۹۵. چه چیز کارآیی دارد؟ تحلیلی روش‌شناختی از ادبیات نتایج درمان الکل. در راهنمای روش‌های درمان الکلیسم: راه‌حل‌های اثربخش، ویرایش دوم، ویراستاران آر. کی. هستر و دبلیو. آر. میلر. بوستون: آ لین اند بیکن، ۴۴-۱۲.

میلر، دبلیو. آر. و رالینک، اس. ۱۹۹۱. مصاحبه انگیزشی: آماده کردن افراد برای تغییر عادات اعتیادی. نیویورک: گیلفورد پرس، ۱۹۹۱.

موریسون کی. (۱۹۸۹). مطالعات تطبیقی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات جامعه‌محور ایدز. مرکز پزشکی، اخلاقیات و قانون مک‌گیل، مونترآل، کبک، کانادا). کنفرانس بین‌المللی درباره ایدز. ۱۹۸۹. ۹-۴ ژوئن، ۵: ۸۲۷) چکیده شماره W.E.O.12

میسر، کی. تی.، دراکه، آر. ئی. مایلز، کی. ام. ۱۹۹۷. دوره درمان اختلال مصرف مواد در اشخاصی که از بیماری شدید روانی رنج می‌برند. در درمان افراد دارای وابستگی به مواد مخدر با اختلالات روانی هم‌زمان، انسیتو ملی تحقیقات مصرف مواد مخدر، تکنگاری ۱۷۲. راکویل، ام‌دی: وزارت خدمات سلامتی و انسانی ایالات متحده آمریکا.

آکادمی ملی علوم، انسیتو پزشکی. ۱۹۹۰. گسترش پایه حل و فصل و درمان مشکلات ناشی از الکل. آکادمی ملی علوم، انسیتو پزشکی، واشینگتن، دی.سی.

نگرته، جی سی. ۱۹۹۷. غربالگری روان‌پزشکی: توسعه و آزمون اولیه در محل. مقاله ارائه شده به کنفرانس وقوع توأمان مصرف مواد مخدر و اختلالات روانی، بنیاد تحقیقات اعتیاد، تورونتو.

یافته‌های اصلی NIAAA رپورتس پروجکت مَج، NIH نیوز، NIAAA، گزارش خبری، ۱۷ دسامبر، ۱۹۹۶.

انسیتو ملی سوءمصرف مواد (۱۹۹۹). اصول درمان سوءمصرف مواد مخدر: راهنمای مبتنی بر تحقیق. انسیتو ملی سلامت. نشریه شماره ۰۱-۴۱۸۰ (S)، اکتبر، ۱۹۹۹. قابل تهیه از سایت <http://www.drugabuse.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf> (قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

انسیتو ملی سوءمصرف مواد (۲۰۰۰). مدل امداد جامعه‌محور انسیتو سوءمصرف مواد: راهنمای کاهش ریسک اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌های قابل انتقال از طریق خون در مصرف‌کنندگان مواد مخدر. انسیتو ملی سلامت. انتشارات شماره ۰۰-۴۸۱۲. منتشره در سپتامبر ۲۰۰۰. قابل تهیه از نشانی <http://www.drugabuse.gov/CBOM/Index.html> (قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸).

اوبراین، سی. پی. ۱۹۹۴. نگاه اجمالی: درمان وابستگی به مواد مخدر. وابستگی به مواد مخدر ۸۹: ۹-۱۵۶۵.

آگبورن، ای. سی. و گاوین، ام. تی. ۱۹۹۰. تضمین کیفیت در درمان سوءمصرف مواد: رهنمودهایی برای پزشکان و دست‌اندرکاران. تورونتو: بنیاد تحقیقات اعتیاد.

اصول درمان اعتیاد به مواد مخدر: راهنمای مبتنی بر تحقیق. ۲۰۰۰. انسیتو ملی سلامت روانی (NIDA)، راکویل، ام‌دی.

Project Match. ۱۹۹۳. توجیه و روش‌های تطبیق بالینی آزمایشی بیماران در چند مکان برای درمان الکلیسم. الکلیسم: تحقیقات بالینی و آزمایشی ۱۷: ۴۵-۱۱۳۰

کلو، اس. بی. بردی، کی. تی. سونه، اس. سی. (۲۰۰۵). اختلالات خلقی و اختلال مصرف مواد: اختلالات در سلامتی توأمان و پیچیده. چشم‌اندازهای علم و عمل. دسامبر ۲۰۰۵. قابل تهیه در نشانی: <http://www.nida.nih.gov/PDF/Perspectives/vol3no1/MoodDis.pdf> (قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

رابرتس، جی. آگبورن، ای. لی، جی. و آدام، ال. ۱۹۹۹. روش‌های برتر در درمان سوءمصرف مواد و بازتوانی بیماران. هلث کانادا، اوتاوا، اونتاریو.

شوکیت، ام. سی. ۱۹۹۴. درمان وابستگی به محرک‌ها. وابستگی به مواد مخدر ۸۹: ۶۳-۱۵۵۹.

سوبل، ام. و سوبل، ال. ۱۹۹۳. مصرف‌کنندگان دردسر آفرین الکل: درمان هدایت شده برای تغییر خود. نیویورک: گیلدفورد پرس.

سوبل، ال. الینگستاد، تی. و سوبل ام. ۲۰۰۰. بهبود طبیعی از ابتلائات الکل و مواد مخدر: مرور روش‌شناسی تحقیقات با پیشنهادهایی برای جهت‌گیری‌های آتی. در/اعتیاد، سال ۹۵، شماره ۵، صفحات ۶۴-۷۴۹، می.

سورنسون، جی. ال.، راسون، آر. ای. گویدیش، جی. و زیوبن، جی. ای، ویراستاران، ۲۰۰۲. درمان مصرف مواد مخدر از طریق همکاری: شراکت کارآمد میان عمل و تحقیق. جامعه روان‌شناسان آمریکا. واشینگتن دی. سی.

استراسدی، اس. ای و دیگران. ۱۹۹۸. آیا می‌توان از شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر پیشگیری کرد؟/یدز، پیوست ۱۲. ای: 71-59.

سان یوکینگ: سان یوکینگ- http://www.chinadaily.com.cn/photo/2006-06/27/content_626988.htm (قابل دسترسی از مارس ۲۰۰۷)

سونگ، اس. کونری جی ام: نقش بوپره‌نورفین در مدیریت اعتیاد به هروئین. آن فارماسوتر ۲۰۰۶، ۵۰۵: ۴۰-۵۰۱

سوانسون، ای. جی.، پانتالون، ام. وی. و کوهن، کی. آر. ۱۹۹۹. مصاحبه انگیزشی با بیماران وابسته به کوکائین: یک تحقیق آزمایشی. مجله روان‌شناسی مشاوره و بالینی، ۶۲: ۶۹-۸۵۸.

تان، ای. مجازات مرگ در هاله‌ای از سکوت. رویترز، ۱۲ آوریل ۲۰۰۲، سنگاپور، <http://www.singapore-window.org/sw02/020412re.htm> , (قابل تهیه از مارس ۲۰۰۷)

برنامه راهبردی کشوری جزایر کی‌من، وزارت بهداشت، رفاه اجتماعی، پیشگیری از مصرف مواد مخدر و بازتوانی (۱۹۹۵-۱۹۹۹) ۲۰۰۶

(دسترسی <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/treat/treatment.htm>) (دسترسی از ۱ مارس ۲۰۰۷).

تیمز، اف. ام. و لودفورد، ام. اس. ۱۹۸۳. ارزیابی درمان مصرف مواد مخدر: استراتژی‌ها، پیشرفت و برنامه‌ها. تک‌نگاری پژوهشی NIDA ۵۱، اف. ام. تیمز و جی. پی. لودفورد، ویراستاران، NIDA، بتسدا، ام‌دی.

برنامه بین‌المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد (UNDCP)، ۲۰۰۲. درمان مواد مخدر در شرایط کنونی: مروری بر بانک شواهد. سازمان ملل متحد، نیویورک.

برنامه بین‌المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد (UNDCP)، ۲۰۰۳. سرمایه‌گذاری در درمان مصرف مواد مخدر: مقاله‌ای برای بحث برای سیاست‌گذاران. سازمان ملل متحد، نیویورک.

جعبه‌ابزار درمان مصرف مواد مخدر دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)، قابل تهیه در نشانی:

http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

UNODC-WHO (2008) اصول درمان وابستگی به مواد مخدر. مقاله‌ای برای بحث. مارس ۲۰۰۸. قابل تهیه در

نشانی

http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf (قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

وان در برینک، دلبیو، هاسن، ج. درمان بیماران مبتلا به وابستگی به مواد افیونی بر اساس شواهد علمی. روانپزشکی کان جی ۲۰۰۶، ۱۰: ۶۴۵-۶۳۵

واکر، دی. ۱۹۹۷. پیوستار اجتماعی خدمات برای حل مشکلات اعتیاد. نگاهی اجمالی به مداخله‌های اعتیاد و دوره مشاوره. بنیاد تحقیقات اعتیاد. خدمات آموزشی. ای‌آراف، تورونتو.

وایس، اچ. سی. ۱۹۹۸. ارزیابی. ویرایش دوم، آپر سدل ریور، ان‌جی: پرنتمیس هال. تعریف سازمان بهداشت جهانی از اصطلاحات و طبقه‌بندی مواد مخدر ایجادکننده وابستگی. سازمان بهداشت جهانی، گزارش ۲۸، سازمان بهداشت جهانی، ژنو، ۱۹۹۲.

<http://www.drugtext.org/library/books/cappendijk/chapter01.htm>

(قابل دسترسی از اول مارس ۲۰۰۷)

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰). ارزیابی درمان اختلالات مصرف مواد روان گردان، مجموعه کتاب‌های کار:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactive_s/en/index.html (دسترسی از ۱۶ ژوئیه ۲۰۰۸)

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳). مداخله کوتاه برای مصرف مواد : راهنمایی برای استفاده در خدمات درمانی

مقدماتی. قابل تهیه در نشانی

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_stance_Use.pdf Intervention for Sub (قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

زیکلر، پ. ۱۹۹۹. تلفیق روش‌های مشاوره اثربخشی خود را در درمان اعتیاد به کوکائین نشان داده است.

یادداشت‌های NIDA: تأکید بر تحقیقات درمان، سال ۱۴، شماره ۵، دسامبر، قابل تهیه در

نشانی

http://www.drugabuse.gov/NIDA_notes/NNVol14N5/Combining.html (قابل دسترسی از ۲۰ اوت ۲۰۰۸)

مطالب مفید در وبسایت‌ها:

Stanley Street Treatment and Resources (SSTAR) NIATx Mental Health Service Change Project Profile:

<https://www.niatx.net/PDF/ENews/January%202008/sstar2.pdf>

مرکز پایش اروپا در مورد مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر: پاسخ به مصرف مواد مخدر: درمان مواد مخدر:

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

مؤسسه درمان ملی بریتانیای کبیر برای سوءمصرف مواد مخدر (رهنمودهای بالینی، ارزیابی‌های نیاز، روش برتر

در برنامه‌ریزی مراقبت و درمان):

<http://www.nta.nhs.uk/publications/publications.aspx?CategoryID=36>

UNDCP (ارزیابی‌های سریع وضعیت و پاسخ‌های لازم به موارد سوءمصرف مواد)

http://www.unodc.org/pdf/report_1999-03-31_1.pdf

جعبه‌ابزار دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) (مطالب آموزشی درمان):
http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

UNODC (کاهش آسیب):
<http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/reducing-the-harm-of-drugs.htm>

پروژهٔ اچ ۱۳ UNODC، روزا: http://www.unodc.org/india/dic_kerala.html

UNODC-WHO، ۲۰۰۸، اصول درمان وابستگی به مواد مخدر، مقاله‌ای برای بحث. مارس ۲۰۰۸. قابل تهیه در نشانی:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_d_rug_dependence_treatment.pdf
(قابل دسترسی از سپتامبر ۲۰۰۸)

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰). ارزیابی درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد روان‌گردان: مجموعهٔ کتاب‌های کار:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactive_s/en/index.html
(قابل دسترسی از ۱۶ ژوئیهٔ ۲۰۰۸)

سازمان بهداشت جهانی (راهنمای فنی ارزیابی سریع و واکنش سریع TG-RAR
<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Contents.html>.