



پروتکل

مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد

*Substance Use Disorder
Residential Recovery and Rehabilitation Center
(SUD-RRRC)*

بهمن ماه ۱۳۹۴

مرکز توسعه پیشگیری
معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد

به نام خدا

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
شناسنامه	۴
مقدمه	۷
خلاصه اجرایی	۱۰
فصل اول - تعریف واژگان	۱۵
تعریف واژگان	۱۵
فصل دوم - قوانین و مقررات مرکز	۲۲
فصل سوم - انتخاب مددجو و پذیرش	۳۱
ساعت پذیرش	۳۲
شرایط انتخاب مددجو و پذیرش	۳۲
شرایط منع مطلق پذیرش	۳۲
شرایط منع نسبی پذیرش	۳۳
مراحل پذیرش	۳۳
۱- احراز هویت مددجو	۳۳
۲- تعیین معرف	۳۳
۳- ارایه اطلاعات اولیه از شیوه بهبود و بازتوانی	۳۴
۴- تکمیل مدارک	۳۴
۴- ارزیابی اولیه	۳۴
الف) ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی	۳۴
ب) ارزیابی پزشکی	۳۵
۵- صدور تاییدیه پزشکی	۳۵
۶- بررسی مدارک	۳۵
۷- پذیرش نهایی	۳۶
۸- ارایه اطلاعات تکمیلی	۳۶
۹- لوازم مورد نیاز مددجو	۳۶
۱۰- ارجاع از سوی مرجع قضایی	۳۶
فصل چهارم - برنامه های مرکز اقامتی	۳۸
سم زدایی	۳۹
برنامه های بهبود و بازتوانی	۴۱
الزامات برنامه های بهبود و بازتوانی	۴۱
الف) اقدامات گروهی	۴۱
الف-۱) کار با گروه / گروه درمانی	۴۱
الف-۲) آموزش گروهی	۴۱
الف-۳) جلسات مشارکت جمعی	۴۲
ب) آموزش خانواده	۴۷
شرایط برگزاری و شرکت در جلسات آموزش خانواده	۴۷
برنامه روزانه مرکز	۴۹
برنامه غذایی مراکز	۵۰
ج) پایش و ارزیابی مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی	۵۰
ج-۱) ارزیابی پزشکی	۵۰
ج-۲) آزمایش ادرار	۵۰

۵۱	ج ۳- ارزیابی روان شناختی وضعیت بهبود
۵۱	ج ۴- پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی
۵۲	فصل پنجم - ترخیص
۵۳	شرایط ترخیص از دوره اقامت
۵۳	شرایط ترخیص نهایی
۵۳	فرایند ترخیص
۵۴	جشن شکرگذاری و پایان دوره
۵۵	فصل ششم - ارجاع مددجو
۵۶	انواع ارجاع
۵۶	ارجاع در هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی
۵۶	موارد ارجاع
۵۶	فرایند ارجاع
۵۷	ارجاع حین دوره بهبود و بازتوانی
۵۷	موارد ارجاع
۵۷	فرایند ارجاع
۵۸	اقدامات پس از ارجاع
۵۸	ارجاع پس از اتمام دوره
۵۹	فصل هفتم - پیگیری
۶۰	منابع پیگیری
۶۰	دوره های پیگیری
۶۰	روش پیگیری
۶۰	فرایند پیگیری
۶۰	الف- پیگیری قبل از ترخیص نهایی
۶۰	الف- (۱) پیگیری غیرحضور
۶۱	الف- (۲) پیگیری حضور
۶۱	الف- (۳) اتمام پیگیری
۶۱	ب- پیگیری پس از ترخیص نهایی
۶۱	ب- (۱) بازه های زمانی پیگیری
۶۲	ب- (۲) فرایند پیگیری

شناسنامه

عنوان

پروتکل مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد
موضوع بند ۱۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی

محل تدوین

معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

مراحل تدوین

خرداد ۹۳ تا بهمن ماه ۹۴ در سه مرحله:

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

مرور منابع بین المللی، نظرسنجی از استان ها، برگزاری نشست های مشورتی با ذی نفعان و صاحب نظران.

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

با استفاده از تجارب بومی و با مشارکت مستقیم جمعیت های خیریه، سازمان های مردم نهاد و نمایندگان نهادهای دولتی عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، مراکز علمی و تحقیقاتی و صاحب نظران، مبتنی بر یافته های مرحله اول.

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

بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی میدانی، مطالعات کیفی صورت گرفته از جمله نشست مشورتی با ذینفعان و صاحب نظران، نظر خواهی مستقل از صاحب نظران برجسته کشور و با توجه خاص به سیاست های کلی سازمان در این حوزه، مشورت با اداره کل حقوقی سازمان و مصوبات اجلاس علمی-کاربردی مدیران ارشد سازمان بهزیستی کشور.

مرجع تصویب

سازمان بهزیستی کشور

تاریخ تصویب

بهمن ۱۳۹۴

مبتنی بر مصوبات دومین اجلاس علمی-کاربردی مدیران ارشد سازمان بهزیستی کشور- مازندران- بهمن ماه ۱۳۹۴

مرجع ابلاغ

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

تاریخ ابلاغ

بهمن ۱۳۹۴

نویسنده

دکتر محسن روشن پژوه، روانپزشک، عضو هیات علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روانپزشکی تهران) و معاون پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

همکاران اصلی تدوین

۱. زهرا صابری، کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی
۲. عباس دیلمی زاده، دانشجوی دکترای مهندسی صنایع
۳. امیر مغنی باشی کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی

سایر همکاران

صاحب نظران

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

نمایندگان سازمان بهزیستی (به ترتیب الفبا)

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

نمایندگان دستگاه ها و سازمان های دولتی همکار (به ترتیب الفبا)

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

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

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

مقدمه

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

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

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

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

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

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

بنابراین لازم بود با حفظ آثار مثبت آنان، برای ارتقاء مراکزی که تا این حد در کشور گسترده شده بودند تدبیری اتخاذ نمود؛ کارآیی مراکز را با روش های علمی و بر طبق شرایط اجتماعی هر منطقه مورد بررسی قرار داد، دستورالعمل ها را مبتنی شواهد، بازبینی و اصلاح نمود و مهمتر از همه راهنمای کار یا پروتکل دقیقی بر مبنای الگو های علمی و قابل اجرا در سراسر کشور تدوین نمود. این مسیر ارتقاء مورد تایید سازمان بهزیستی است که باید برآن تاکید ورزید. با عنایت به اینکه تدوین پروتکل اختصاصی مراکز اقامتی از جمله اقدامات اساسی در این مسیر بوده است جا دارد برای آن اهمیت بیشتری قایل شد. لذا بدینوسیله پروتکل " مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد" که با تلاش مجدانه و پی گیر معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد مرکز توسعه پیشگیری تهیه شده است، جهت اجرا ابلاغ می گردد و انتظار می رود با رعایت دقیق مفاد آن شاهد ارتقاء کیفی خدمات، رضایت مندی بیشتر گروه های هدف و کاهش بار اعتیاد باشیم. انشالله.

دکتر انوشیروان محسنی بندپی

معاون وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و

رئیس سازمان بهزیستی کشور

پیشگفتار

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

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

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

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

دکتر مجید رضازاده

رئیس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

خلاصه اجرایی

متن پیش رو در حقیقت نخستین راهنمای بالینی یا پروتکل بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد با الگوی اقامتی، اجتماعی، داوطلبانه، پرهیز مدار و مبتنی بر مشارکت گروه همتا در کشور است که تحت عنوان **"پروتکل مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد"** تدوین و به طور رسمی جهت اجرا، توسط معاون محترم وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و رئیس سازمان بهزیستی کشور ابلاغ می شود.

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

در کشور ما سابقه جدا سازی و نگهداری مبتلایان به اختلال مصرف مواد یا اعتیاد، به طور مشخص، با تصویب قانون در سال ۱۳۵۹ مقارن است. قانونی که طی آن مصرف هرگونه ماده، غیر قانونی شمرده شد و تنها یک مهلت شش ماهه به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد برای ترک اعطا گردید. به دنبال تصویب این قانون، شاهد هدایت افراد خاطی به زندان ها بودیم، افرادی که پس از مهلت شش ماهه اقدام به ترک نمی کردند. با این اقدام، زندان ها به طور محسوسی از مصرف کنندگان مواد اشباع شدند تا جایی که به عنوان راه چاره، مراکز نگهداری دو ماهه ای تحت عنوان **"مراکز بازپروری"** ایجاد و در نیمه اول دهه شصت مدیریت آنها به سازمان بهزیستی سپرده شد. اما این مراکز نیز در نیمه دوم دهه هفتاد، به دنبال معرفی الگوهای علمی و متنوع بهبود و بازتوانی اعتیاد، به تدریج برچیده شدند.

پس از ارائه الگوهای متنوع در کشور، مجدداً و این بار در اواسط دهه هشتاد بود که رویکرد نگهداری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تقویت شد و مراکز اقامتی به صورت خودجوش شکل گرفتند. این مراکز در ابتدا با الهام از الگوی های خودیاری و با بهره گیری از همکاری افراد با سابقه اختلال مصرف مواد که بهبودی را تجربه کرده بودند، به صورت غیر رسمی و با عناوین مختلف، مثل **"کمپ"** و **"خانه بهبودی"** شروع به کار کرده، در سطح کشور توسعه یافتند. اما پس از مدتی، اخبار گوناگون، متعارض و بعضاً نگران کننده ای از عملکرد این مراکز به گوش می رسید تا جایی که به تدریج در مورد میزان موفقیت آنها در دستیابی به اهداف مورد نظر، تردید های جدی بروز کرد و نیاز به ساماندهی این الگو و این مراکز احساس شد. در همین مقطع زمانی بود که سازمان بهزیستی کشور بر اساس مأموریت قانونی و در راستای ایفاء وظایف ذاتی خویش، ساماندهی مراکز اقامتی موسوم به **"کمپ"** یا **"خانه های بهبودی"** را برعهده گرفت و با استناد به ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - مصوب سال ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی - با تدوین و ابلاغ دستورالعمل هایی در سال های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به صدور مجوز برای این مراکز تحت عنوان **"مراکز بهبودی اقامتی میان مدت مصرف کنندگان مواد"** مبادرت ورزید.

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

الگوهای بهبود و بازتوانی اعتیاد بسیار متنوع اند و با اینکه در مجموع می توان تأثیرات قابل قبولی برای آنان برشمرد، لیکن تأثیر آن بر همه گروه های مصرف کننده مواد با توزیع سنی متفاوت و مشخصات فردی و اجتماعی گوناگون به اثبات نرسیده است. نکته قابل تامل دیگر در این میان، نبود پروتکل یا راهنمای بالینی واحد برای مراکز اقامتی و الگوی مزبور در کشور بود که باعث شد هر مرکز بر اساس تشخیص و تجارب خود عمل کند. این امر به پیچیدگی اوضاع و ابهام در نتایج مداخلات دامن می زد. از این رو لازم بود با حفظ آثار مثبت آنان، برای ارتقاء مراکزی که تا این حد در کشور گسترده شده بودند تدبیری اتخاذ نمود؛ کارآیی مراکز را با روش های علمی و بر طبق شرایط اجتماعی هر منطقه مورد بررسی قرار داد، دستورالعمل ها را مبتنی شواهد، بازبینی و اصلاح نمود و مهمتر از همه راهنمای کار یا پروتکل دقیقی بر مبنای الگوهای علمی و قابل اجرا در سراسر کشور تدوین نمود.

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

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

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

پروتکل حاضر با مشارکت ارزنده جمعی از صاحب نظران، فعالان اجتماعی، نمایندگان مراکز تحقیقاتی و نهادهای دولتی و غیر دولتی مرتبط با حوزه کاهش تقاضای مواد، در هفت فصل مجزا و در فاصله زمانی خرداد ۹۳ تا بهمن ماه ۹۴ و در سه مرحله تدوین گردیده است.

مرحله اول که از خرداد ۹۳ تا فروردین ۹۴ به طول انجامید شامل مرور منابع بین المللی، نظرسنجی از استان ها، برگزاری نشست های مشورتی با ذی نفعان و صاحب نظران بود. در مرحله دوم که از فروردین ۹۴ آغاز و تا مهر ۹۴ ادامه داشت، با استفاده از تجارب بومی و با مشارکت مستقیم جمعیت های خیریه، سازمان های مردم نهاد و نمایندگان نهادهای دولتی عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر، مراکز علمی و تحقیقاتی و صاحب نظران و مبتنی بر یافته های مرحله

اول، ویرایش نخست پروتکل تدوین گردید. تا این زمان شواهد میدانی و ارزیابی عملکرد مراکز صورت نگرفته بود و تدوین ویرایش اول تنها مبتنی بر تحلیل داده های ثانویه موجود یا نظرات مشارکت کنندگان بود. در همین حین، پیش نویس تهیه شده با تنی چند از خبرگان و فعالان حوزه ذیربط به مشورت گذاشته شد و به لحاظ اجرایی نیز مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این بررسی ها و سایر دلایل، تصمیم بر آن شد تا نسخه جدید پروتکل مبتنی بر شواهد عینی حاصل از ارزیابی دقیق عملکرد مراکز و توجه به تمامی دست آوردهای پیشین تدوین گردد. از این رو مرحله سوم، همزمان با اجرای ارزیابی میدانی مراکز از مهر ماه ۹۴ آغاز و تا بهمن ۹۴ ادامه داشت.

در مرحله سوم یا نهایی تدوین پروتکل، نویسنده تلفیقی از روش های کتابخانه ای و میدانی را به کار بست تا محصول نهایی، جامع تر و کاربردی تر باشد، از جمله؛ برگزاری نشست های مشورتی متعدد با ذینفعان، نظر خواهی مستقل از صاحب نظران برجسته کشور، بازدیدهای مستقیم از مراکز اقامتی در استان های مختلف، شبیه سازی فرایندهای نگاشته شده در پروتکل با فضای واقعی و فعالیت مراکز، مشورت با مدیران مراکز فعال به لحاظ اجرایی بودن فعالیت ها، توجه خاص به اصول و مبانی علمی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد، تاکید بر حفظ رویکرد پرهیزمداری و مشارکت گروه همتا، توجه بر سیاست های کلی سازمان در این حوزه، مشورت با اداره کل حقوقی سازمان، توجه به مصوبات اجلاس علمی-کاربردی مدیران ارشد سازمان بهزیستی کشور و نتایج حاصل از ارزیابی میدانی مراکز.

بدین ترتیب، ساختار و متن نگاشته شده در مرحله قبل، کاملاً تغییر یافت و با حفظ مطالب آرزنده پیشین، چارچوبی مطابق استانداردهای پذیرفته شده بین المللی به خود گرفت. به عنوان مثال؛ در تدوین این پروتکل به توالی منطقی و کاربردی بودن اقدامات توجه ویژه شد. برای کاستن از میزان خطاهای اجرایی، تمامی فعالیت ها قدم به قدم و به روشنی تبیین گردید. سرفصل ها کاملاً کاربردی و مبتنی بر شواهد انتخاب شدند و بسیار تلاش شد تا متن کاملاً روان و قابل فهم نوشته شود.

اشاره به برخی از ویژگی های پروتکل؛

در این پروتکل به ویژگی های مددجو به دقت توجه شده است تا حدی که فصلی مجزا به انتخاب مددجو می پردازد و مبتنی بر آن، الگوهای مختلف پذیرش نیز طراحی گردید. به عبارتی پذیرش در این پروتکل کاملاً منعطف و مبتنی بر ارزیابی دقیق از وضعیت سلامت جسمانی، روانی و سایر ملاحظات فرهنگی و اجتماعی مددجو می باشد. در همین فصل به سایر قوانین مرتبط از جمله ماده ۱۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر هم توجه شده تا تکلیف مددجویان معرفی شده تحت این ماده قانونی هم روشن باشد.

فصل مربوط به برنامه های بهبود و بازتوانی، از جمله مهمترین فصول این پروتکل محسوب می شود که برگرفته از آخرین توصیه های علمی و با مطالعه دقیق سایر پروتکل های اقامتی و الگوهای نظام مند و ساختار یافته، از جمله TC و ماتریکس، تدوین گردید. به طوری که برای تمام لحظات حضور مددجو در مرکز، برنامه مشخصی دیده شد. پایش و ارزیابی مددجویان در این پروتکل نیز بسیار مورد توجه بوده است. بنابراین روند بهبود و بازتوانی مددجویان به دقت پایش و ارزیابی می شود.

ارجاع نیز در این پروتکل فصل مجزایی را به خود اختصاص داده و از اهمیت خاصی برخوردار است تا مددجویان به تمامی نیازهای خود و به راحتی و به سرعت دست پیدا کنند و هیچ یک از نیازهای آنان مغفول نماند. فصول مهم دیگر پروتکل که از جمله ویژگی های آن محسوب می شود؛ فصل ترخیص و پی گیری پس از ترخیص است که به دقت، به صورتی کاربردی و قدم به قدم نگاشته شده است.

با مطالعه این خلاصه اجرایی، به روشنی می توان دریافت که در تدوین این پروتکل به تمامی اصول و مبانی تدوین راهنمای بالینی توجه شده و اهمیت ویژه ای به قابل فهم، روان و اجرایی بودن آن نیز داده شده است. تلاش شده تا با رعایت کرامت انسانی و منزلت مراجعین، از بهترین برنامه بهبود و بازتوانی برخوردار شوند و به تمامی نیازهایشان پاسخ داده شود، با طراحی نظام ارجاع و پی گیری پس از ترخیص تلاش شده تا اولاً هیچ یک از نیازهای مددجو مغفول نماند و در ثانی پس از اتمام دوره، وضعیت مددجوی ترخیص شده حداقل تا ۱۸۰ روز رصد گردد. با این حال و علی رغم تمامی این تلاش ها، دور از انتظار نیست که پروتکل حاضر اشکالاتی داشته باشد. بنابراین ضمن تقدیر و تشکر از تمامی صاحب نظران، اندیشمندان و فعالانی که در مراحل مختلف تدوین، مشارکت نموده اند، از خوانندگان و تمامی افرادی که به هر نحو با آن مواجه می باشند، تقاضا می شود با شناسایی اشکالات و ایرادات محتوایی یا اجرایی و انعکاس آن، گام موثری در ارتقاء سلامت جامعه بردارند. انشالله.

دکتر محسن روشن پژوه

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و

معاون پیشگیری و درمان اعتیاد

فصل اول

تعریف واژگان

فصل اول – تعریف واژگان

تعریف واژگان

اختلال مصرف مواد^۱

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، اختلال مصرف مواد عبارت است از: الگوی مشکل دار مصرف ماده ای است که باعث بروز اختلال واضح بالینی یا تنش در فرد می گردد و با حائل دو مورد از ملاک های یازده گانه زیر در طی یک بازه زمانی دوازده ماهه شناخته می شود؛

۱. افزایش میزان و دفعات مصرف مواد نسبت به زمان آغاز.
۲. تمایل مداوم یا تلاش ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد.
۳. صرف مقدار زیادی وقت در فعالیت های لازم برای به دست آوردن مواد، استفاده از مواد، یا بهبود یافتن از اثرات آن.
۴. ولع مصرف و یا یک تمایل قوی و یا نیاز به استفاده از این ماده.
۵. عود مصرف مواد و در نتیجه عدم انجام تعهدات و نقش عمده در محل کار، مدرسه و یا خانه.
۶. ادامه مصرف مواد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا بین فردی مداوم یا عود و بدتر شدن مشکلات اجتماعی و بین فردی به دلیل اثرات ماده.
۷. کاهش فعالیت های اجتماعی، شغلی و یا تفریحی مهم به دلیل استفاده از مواد.
۸. استفاده مجدد از مواد در شرایط فیزیکی خطرناک.
۹. تداوم استفاده از ماده با وجود آگاهی از داشتن یک مشکل جسمی مداوم یا عود کننده و یا مشکل فیزیولوژیکی که به احتمال زیاد به سبب مصرف مواد ایجاد شده یا شدت می یابد.
۱۰. تحمل که با یکی از مشخصات زیر شناخته می شود:
 - نیاز مشخص برای افزایش قابل توجهی از این ماده برای رسیدن به اثر مورد نظر.
 - بروز کاهش قابل ملاحظه در آثار ماده با ادامه استفاده از همان مقدار.
۱۱. محرومیت که با یکی از ویژگی های زیر آشکار می شود:
 - بروز نشانگان ترک اختصاصی برای هر ماده.
 - از بین رفتن علائم ترک یا جلوگیری از بروز آن با استفاده از ماده مشابه.

اعتیاد^۲

اعتیاد یک بیماری اولیه و مزمن عصبی - زیستی (نورویبولوژیک) است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی - اجتماعی، و محیطی قرار دارد و مشخصه آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبارگونه، ادامه مصرف علی رغم زیان های آن، و ولع برای مصرف آن

- در این پروتکل "اعتیاد" و "اختلال مصرف مواد" معادل تلقی می شوند.

^۱ Substance Use Disorder

^۲ Addiction

ماده / مواد^۱

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

بهبودی^۲

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

- بدیهی است عدم مصرف و یا آزمایش منفی مصرف مواد به تنهایی معادل بهبودی نیست.

بهبود یافته

فردی است با سابقه اختلال مصرف مواد که پس از بهبود و بازتوانی در یکی از الگوهای پذیرفته شده، طی حداقل ۱۲ ماه گذشته، هیچ یک از نشانه های اختلال مصرف مواد را نداشته است.

- بدیهی است عدم مصرف و یا آزمایش منفی مصرف مواد به تنهایی معادل بهبود یافتگی نیست.

پاکی

پاکی صفتی است که برای افراد بهبود یافته به کار می رود، بدین معنی که در حال حاضر هیچ یک از نشانگان اختلال مصرف مواد را ندارند.

- بدیهی است پاکی صرفاً به معنای عدم مصرف یا آزمایش منفی مصرف مواد نیست.

رویکرد پرهیزمدار^۳

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

سم زدایی^۴

به اولین مرحله از بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد با رویکرد پرهیزمدار اطلاق می شود که هدف اصلی در آن کنترل نشانگان قطع مصرف^۵ است.

^۱ Substance

^۲ Recovery

^۳ Abstinence Base

^۴ Detoxification

^۵ withdrawal syndrome

بازتوانی^۱

بازتوانی به مجموعه اقداماتی اطلاق می شود که به دنبال آن مددجو بتواند به زندگی مستقلی دست یابد. سه هدف اصلی بازتوانی عبارت اند از بهبود، ارتقاء کیفیت زندگی، بازگشت به اجتماع و یکپارچگی با آن.

بازتوانی اختلال مصرف مواد^۲

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

الگوی اجتماعی^۳

این الگو یک برنامه مشارکتی کم هزینه نسبت به سایر الگو ها است. در آن از مشارکت بهبود یافتگان اختلال مصرف مواد که آموزش دیده و با تئوری ها و اصول روان شناختی نیز آشنایی دارند، بهره گرفته می شود. در این الگو ضمن بهره برداری از یافته های علمی، تمرکز اصلی روی انتقال تجربه بهبودی افراد است.

پیشگیری از عود

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

مشاوره و آزمایش داوطلبانه^۴

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

مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد

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

- برنامه های بهبود و بازتوانی در مرکز به صورت اقامتی و غیر اقامتی است که جزئیات آن در این پروتکل تشریح شده است.
- در این پروتکل جهت رعایت اختصار، عبارت "مرکز اقامتی" یا "مرکز" به تناسب، معادل "مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد" به کار گرفته شده است.

^۱ Rehabilitation

^۲ Substance Use Disorder Rehabilitation

^۳ Social Model

^۴ VCT

نوبت کاری

مراکز اقامتی به صورت شبانه روزی و در سه نوبت کاری هشت ساعته صبح، عصر و شب فعالیت می کند.

شورای مرکز

این شورا ترکیبی است از نیروهای انسانی شاغل در مرکز که طبق پروتکل ابلاغی وظیفه اتخاذ تصمیم نهایی درخصوص برنامه های مرکز و رسیدگی به مسایل و مشکلات اداره مرکز را برعهده دارد. تشویق، تنبیه، اخراج و ترخیص مددجویان نیز زیر نظر این شورا صورت خواهد گرفت.

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

تیم بهبود و بازتوانی

نیروهای انسانی آموزش دیده شاغل در مراکز اقامتی را تیم بهبود مرکز می نامند که با همکاری و تشریک مساعی یکدیگر و اجرای برنامه های روزانه مسیر بهبود و بازتوانی مددجویان را تسهیل می نمایند.

- در این پروتکل جهت رعایت اختصار، عبارت "تیم بهبود" به تناسب، معادل "تیم بهبود و بازتوانی" به کار گرفته شده است.

مسئول فنی

پزشک یا روانپزشک واجد شرایط مندرج در دستورالعمل ابلاغی است که مسئولیت کلیه امور پزشکی مددجویان در دوره سم زدایی و پس از آن را طبق این پروتکل برعهده دارد و باید در برابر مراجع قانونی ذی صلاح و مرتبط پاسخگو باشد.

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

مدیر داخلی مرکز

فرد واجد شرایط مندرج در دستورالعمل ابلاغی است که از طرف نماینده مؤسس یا مؤسس به بهزیستی استان معرفی می گردد تا پس از تأیید کمیسیون صدور پروانه های، مجوز فعالیت برای وی صادر گردد و در مرکز مربوطه انجام وظیفه نماید.

کارشناس

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

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

مددیار

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

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

مددیار خانواده

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

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

گروه همسان/همتا

افراد بهبودیافته ای هستند که تمایل دارند به صورت داوطلبانه در ارائه خدمات آموزشی و یا سایر برنامه های بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد مشارکت نمایند.

مرکز رابط

به مرکز بهداشتی درمانی مجازی اطلاق می شود که پزشک آن وظیفه معاینه و ارزیابی اولیه و صدور تاییدیه پذیرش در مرکز اقامتی را -خارج از ساعات تعیین شده پذیرش مرکز- بر عهده دارد.

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

پزشک رابط

پزشک یا روانپزشک است که وظیفه معاینه، ارزیابی اولیه و صدور تاییدیه پذیرش در مرکز اقامتی را - خارج از ساعات تعیین شده پذیرش مرکز - بر عهده دارد.

- بدیهی است مسئولیت پذیرش مددجویی که توسط پزشک رابط تایید شده است تا ویزیت پزشک مسئول فنی مرکز اقامتی، بر عهده پزشک رابط می باشد.
- پزشک رابط باید به طور رسمی و از طریق عقد تفاهم نامه یا قرار داد، همکاری با مرکز اقامتی و مسئولیت مربوط به معاینه و ارزیابی مددجویان را پذیرفته باشد.

خدمتگذار

از مددجویان مقیم مرکز است که حداقل سه ماه پس از طی دوره بهبودی، پاکي خود را حفظ نموده و داوطلب خدمت رسانی در مرکز می باشد

- خدمتگذاران با نظر شورای مرکز انتخاب می گردند.
- خدمتگذاران باید علاوه بر طی دوره بهبودی، آموزش های مصوب برای فعالیت در مرکز را گذرانیده باشند.
- خدمتگذاران تنها مجاز به مشارکت در امور عمومی مرکز می باشند و دخالت آنان در برنامه های بهبود و بازتوانی نیز تنها محدود به همکاری زیر نظر کارشناس یا مددیار مرکز می باشد.
- خدمتگذاران باید تمایل خود برای فعالیت در مرکز را به صورت مکتوب اعلام نموده باشند.

- فهرست خدمتگزاران باید هر ۳ ماه به مرجع صدور مجوز مرکز اعلام گردد.
- مدت فعالیت به عنوان خدمت گذار در هر مرکز نباید بیشتر از **یکسال پیاپی** به طول بینجامد.

مُعرف

شخصیتی حقیقی یا حقوقی است که مسئولیت اُمور مربوط به پذیرش، پی گیری های حین بهبود و بازتوان و ترخیص مددجو را بر عهده می گیرد.

جلسات بهبودی

جلساتی است که توسط اعضای گروه خودیار با تأکید بر مسایل معنوی و تجربیات بهبودی جهت تداوم پاکی تشکیل می شود.

برنامه های دوازده قدم

یک برنامه مرحله به مرحله برای رهایی از انواع اختلال رفتاری و وابستگی است که از سه عامل معنویت، روان شناختی و تجارب تشکیل شده است. عامل معنوی از مذاهب، عامل روان شناختی از علم روان شناختی و عامل تجربی از تجربه به کارگیری اصول، راهکارها و ابزارهای شفا بخش در جهت تغییر و تحول در جسم، فکر، احساسات و عواطف و روابط با خود، دیگران و خداست.

گروه های خودیاری

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

گروه های خودیاری خانواده

اعضای گروه های خودیاری خانواده، افرادی از خانواده مبتلایان به یک نوع بیماری یا اختلال از جمله مصرف مواد هستند که با هدف کمک متقابل به یکدیگر در جلسات گروهی مشارکت می نمایند. شامل؛ همسران، مادران، پدران، فرزندان، خواهران و برادران افرادی که در یک مشکل مشترک با هم شبیه هستند.

خلاصه پرونده

خلاصه پرونده، سند مکتوبی است شامل اطلاعات هویتی، شرایط مددجو هنگام پذیرش، اقدامات و فرایند بهبود و بازتوانی و همچنین وضعیت مددجو به هنگام ترخیص یا ارجاع که باید به هنگام ترخیص یا ارجاع در اختیار وی یا خانواده یا مُعرف قرارگیرد.

تابلوی بیان

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

صندوق احساس

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

داروهای OTC^۱

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

^۱ Over The Counter

فصل دوم

قوانین و مقررات مرکز

فصل دوم – قوانین و مقررات مرکز

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

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

- ۱,۱. هر نوع سلاح، اعم از گرم و یا سرد و هر نوع وسایل برنده و تیز
- ۱,۲. پول نقد، کارت های بانکی و اوراق بهادار
- ۱,۳. وسایل پخت و پز و فلاسک چای
- ۱,۴. وسایل صوتی و تصویری
- ۱,۵. هرگونه وسایل قمار
- ۱,۶. تلفن همراه
- ۱,۷. سایر وسایل و اقلام ممنوعه به تشخیص مدیریت مرکز

۲. مصرف مواد

- ۲,۱. در صورت مصرف و یا به همراه داشتن هرگونه ماده یا وسایل مربوط به آن در محوطه مرکز، مددجو پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می گردد.
- ۲,۲. در صورتی که مددجو از وجود هر نوع ماده قابل سوء مصرف در مرکز مطلع گردید باید بلافاصله موضوع را به اطلاع مدیر داخلی یا یکی از کارکنان مرکز برساند در غیر این صورت مددجویی که وجود ماده مزبور را پنهان نموده است پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می گردد.

۳. نحوه برخورد با دیگران

- ۳,۱. لازم است همه مددجویان با احترام متقابل، رعایت اخلاق و مطابق حقوق انسانی با یکدیگر برخورد نمایند، به گونه ای که نسبت به هیچ کس هتک حرمتی صورت نگیرد و به آزادی آنها در قالب قواعد مرکز لطمه ای وارد نگردد.
- ۳,۲. هر نوع رفتار یا گفتار توهین آمیز در مرکز ممنوع است.
- ۳,۳. هرگونه رفتار جنسی با دیگران ممنوع است و بر اساس بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) منجر به اخراج مددجو از مرکز می گردد.
- ۳,۴. اعمال هر نوع رفتار خشونت آمیز، پرخاشگری، درگیری فیزیکی با دیگران و ضرب و جرح افراد ممنوع است و مددجو پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز اخراج می گردد.
- ۳,۵. ایجاد اجبار از طریق تهدید، کلاهبرداری، تبانی و سایر روش های ضدارزش مشابه و نیز روش های غیرمنطقی برای وادار کردن افراد دیگر به کارهای مورد نظر هر فرد در هر جایگاهی، ممنوع است.
- ۳,۶. ایجاد گروه بندی و تجمع، خارج از برنامه مرکز ممنوع است.

- ۳,۷. مددجویان می توانند مشکلات بین خود با دیگران اعم از سایر مددجویان و یا تیم بهبود مرکز را بر روی تابلوی بیان، بدون ذکر نام بنویسند. در این نوشته هیچ گونه توهین و بی ادبی جایز نیست.
- ۳,۸. اجازه نوشتن نام و مشخصات افراد در تابلوی بیان تنها در مواقعی مجاز است که مددجو قصد قدردانی و تشکر از دیگران را داشته باشد.
- ۳,۹. از صندوق احساس می توان برای نوشتن مشکلاتی که بین مددجو و مددجویان دیگر وجود دارد با اشاره به نام آنها استفاده کرد. محتویات صندوق به صورت روزانه توسط کارشناس یا مددیار مرکز بررسی می گردد.

۴. نظم و انضباط

- ۴,۱. مددجویان لازم است در تمام جلسات به موقع و در ساعت های تعیین شده شرکت کنند.
- ۴,۲. لازم است مددجویان زمان دقیق ورود به جلسه و خروج از آن را رعایت نمایند.
- ۴,۳. مددجویان باید قواعد مربوط به جلسات را رعایت کنند.
- ۴,۴. عدم حضور مددجو در برنامه های مرکز تنها در صورتی موجه تلقی می گردد که دلایل آن از قبل به اطلاع کارشناس یا مددیار رسیده و در پرونده وی ثبت شده باشد.
- ۴,۵. خروج غیرضروری مددجویان از مرکز ممنوع است. مگر در مواردی که مددجو قصد انصراف از برنامه بهبود و بازتوانی را داشته باشد.
- ۴,۶. احترام به حقوق دیگران برای تمامی مددجویان الزامی است. (منظور آن است که انجام رفتاری که موجب ایجاد ناراحتی و سلب آزادی و آسایش دیگر افراد شود ممنوع است، نظیر عدم رعایت نوبت در مواردی که نیاز به آن هست، استفاده زیاد از امکانات به طوری که این امکان از دیگران سلب شود).
- ۴,۷. مددجویان موظف به شرکت در برنامه های روزانه و انجام وظایف محوله می باشند.
- ۴,۸. مراقبت از امکانات و وسایل مرکز (امکانات ورزشی، رفاهی، کتابخانه) حین استفاده از آن ضروری است.
- ۴,۹. مددجویان موظف اند ساعات خاموشی یا بیداری را رعایت کنند.
- ۴,۱۰. رفتارهایی از قبیل خودزنی برای تهدید ممنوع است. در صورت مشاهده چنین رفتاری پرونده مددجو باید برای تصمیم گیری در مورد اخراج در اختیار شورای مرکز قرارگیرد.
- ۴,۱۱. تخریب اموال مرکز توسط مددجو ممنوع است در صورت مشاهده چنین رفتاری مددجو پس از طی سلسله مراتب تنبیهات پیش بینی شده در بند ۱۲ مقررات (جدول تنبیهات) از مرکز/خارج می گردد.

۵. بهداشت، پاکیزگی و نظافت

- ۵,۱. لازم است مددجویان حداقل در هفته ۲ بار استحمام کنند و ظاهری آراسته داشته باشند.
- ۵,۲. مددجویان باید در محیط خصوصی، شرایط نظافت و پاکیزگی را رعایت کنند، منظور مرتب بودن تخت و کمد و سایر وسایل شخصی و اتاق مددجو و تمیزبودن آنها است. شکل مرتب کردن اتاق ها، تخت ها، کمد ها و بقیه وسایل شخصی برای همه مددجویان مشابه روشی است که توسط مددیار آموزش داده خواهد شد.
- ۵,۳. مددجویان بایستی فقط در محل های تعیین شده زباله بریزند و نظافت محیط های عمومی نظیر سرویس های بهداشتی و غذاخوری را در هنگام استفاده و پس از آن رعایت کنند.

۶. استعمال دخانیات

امتناع از مصرف و ترک سیگار در بهبودی بسیار موثر شناخته شده است و اکثر جنبش های بهبودی به ترک همزمان سیگار اشاره دارند. لذا قویاً پیشنهاد می گردد برای ترک سیگار مشوق هایی در نظر گرفته شود و برای آنهایی که ترک کنند امتیازات ویژه ای لحاظ گردد.

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

۶,۲ سیگار صرفاً توسط مددیاری در اختیار مددجویان قرار خواهد گرفت.

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

۷. ملاقات

۷,۱ ملاقات با خانواده، مُعرف یا سایر نزدیکان به صورت هفتگی و یا طبق برنامه ای که مرکز تعیین می نماید و تنها در محل پیش بینی شده، امکانپذیر است.

۷,۲ ملاقات طی دوره سم زدایی ممنوع است.

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

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

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

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

۸. تماس تلفنی

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

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

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

۹. مرخصی و خروج از مرکز

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

۹,۱,۱ در صورت بروز مشکلات جسمی یا روانی، مددجو باید توسط پزشک مسئول فنی معاینه گردد. در صورت

عدم حضور پزشک در مرکز لازم است شرایط مددجو توسط مددیاری به اطلاع پزشک مسئول فنی و یا با

نظر ایشان به اطلاع پزشک رابط، رسیده تا در صورت لزوم اقدامات اولیه یا اعزام وی به سایر مراکز

درمانی مدنظر قرار گیرد.

۹,۱,۲ در صورت بروز مشکلات خاص برای خانواده درجه یک مددجو خروج وی از مرکز با نظر مدیر داخلی و

اخذ مرخصی بلامانع است.

۹,۲ مددجویانی که از مرکز خارج می شوند باید در بدو ورود مجدداً بازرسی بدنی گردیده و از نظر احتمال مصرف

مواد آزمایش شوند.

۹,۳ چنانچه نتیجه آزمایش وی مثبت باشد، باید مجدداً در مرحله سم زدایی قرار گرفته و تمام مراحل را از ابتدا طی نماید.

۹,۴. در صورت منفی بودن آزمایش مددجو به شرطی می تواند برنامه بهبود و بازتوانی را ادامه دهد که کمتر از ۴۸ ساعت در خارج از مرکز به سر برده باشد. در غیر این صورت حتی با منفی بودن جواب آزمایش بایستی تمام مراحل پس از سم زدایی را از سر گیرد.

۹,۵. مددجویانی که از مرکز خارج می شوند موظف هستند در زمان تعیین شده به مرکز برگردند و در صورت عدم رعایت زمان برگشت، موضوع تاخیر وی در شورای مرکز مطرح و در صورت موافقت شورا با ادامه بهبود و بازتوانی، با گرفتن تعهد و جواب منفی آزمایش ادرار، پذیرش مجدد آنها برای مرحله پس از سم زدایی امکان پذیر است.

۱۰. خروج اختیاری با رضایت شخصی

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

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

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

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

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

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

۱۱. تشویق

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

الف) تقدیر کلامی فردی

ب) تقدیر کلامی در جمع اعضای مرکز

ج) تقدیر کتبی و نصب در تابلوی بیان (همراه با دلایل)

د) دریافت نشان تقدیر و نصب آن بر روی لباس

ه) اجازه استفاده بیشتر از امکانات در داخل مرکز به طوری که به انجام وظایف، آسیبی وارد نشده و خارج از قواعد مرکز نباشد.

و) پس از پایان دوره بهبودی، پیشنهاد شروع به اشتغال در مرکز به عنوان خدمتگذار در صورت نیاز

۱۱,۲. تشویق مرحله الف و ب می تواند از طرف کارشناس، مددیاران، مدیر داخلی مرکز و یا مددجویی برای مددجویی دیگر یا تعدادی از مددجویان برای یک نفر انجام گیرد.

۱۱,۳. موضوع تشویق از مرحله ج به بعد به پیشنهاد کلیه نیروهای انسانی مرکز میسر است که باید در شورای مرکز تصویب گردد.

۱۲. تنبیه

۱۲,۱. هرگونه رفتار خشونت آمیز با مددجویان به بهانه بهبود و بازتوانی در مراکز ممنوع است. در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مرکز توسط مددجو، برای بار اول موارد زیر به عنوان تنبیه برای مددجو در نظر گرفته خواهد شد.

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

۱۲,۲. تکرار هر یک از مصادیق عنوان شده در جدول فوق باعث تشدید تنبیه به مرحله بعدی می گردد (مثال: مصرف مواد برای بار اول منجر اعمال تنبیه ردیف ۳ (تنها نمودن) در صورت تکرار آن برای بار دوم منجر به اعمال تنبیه ردیف ۴ (محرومیت از امکانات مرکز) و در صورت تکرار برای بار سوم منجر به اخراج می شود).

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

توضیح انواع تنبیهات

- در این نوع تنبیه، به فرد در مورد رفتار خاصی به صورت نصیحت گونه و کمک کننده توضیحات لازم ارائه می گردد. انتظار می رود تا با «صحبت کردن» تغییرات رفتاری مورد نظر صورت گیرد.
- از فرد خاطی خواسته می شود که رفتار خود را فوراً اصلاح نماید و انتظار می رود که او فوراً رفتار خود را تغییر دهد. ممکن است این شیوه برخورد منجر به احساسات ناخوشایندی مانند احساس تحقیر، شرم یا خشم شود که بعداً باید در گروه‌ها مورد بررسی قرار می گیرد.
- در این تنبیه از فرد خواسته می شود جلسه یا گروه را به مدت معین ترک کند و یا به مدت معین برقراری هرگونه ارتباط کلامی با وی ممنوع می شود.
- در این نوع تنبیه امتیازات یا حقوق خاصی از فرد، برای مدتی معین سلب می شود. این تنبیه شامل نیازهای بهداشتی، تغذیه ای و امنیتی فرد نمی گردد.

۱۳. اخراج

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

مواردی که مستقیماً منجر به اخراج خواهند شد؛

- ۱۳،۱. ارتکاب هرگونه رفتار جنسی با دیگران
- ۱۳،۲. خودزنی برای تهدید
- ۱۳،۳. تکرار هر یک از رفتارهای منجر به سایر تنبیهات بنا بر تشخیص شورای مرکز

فرایند اخراج

- تصمیم گیری درخصوص اخراج مددجویان برعهده شورای مرکز است که به ترتیب زیر صورت خواهد گرفت؛
۱. در صورت بروز موارد منجر به اخراج، موضوع باید توسط مدیر در پرونده ثبت و به مدیر داخلی گزارش گردد. (چه مواردی که پس از تکرار، براساس جدول تنبیهات، به مرحله اخراج رسیده اند و چه مواردی که مستقیماً منجر به اخراج خواهند شد)،
 ۲. مدیر داخلی موظف است تمام گزارش های رسیده را در جلسه همان روز یا حداکثر اولین جلسه روز بعد مطرح کند.
 ۳. شورای مرکز باید براساس مدارک و اطلاعات موجود و با توجه به وضعیت کلی مددجو در طول دوره اقامت، در خصوص اخراج وی تصمیم گیری نماید.
 ۴. در صورت تایید اخراج توسط شورای مرکز موضوع باید توسط مدیر داخلی به اطلاع خانواده یا معرف مددجو برسد و در اولین فرصت مددجو از مرکز خارج شود.
 ۵. در فاصله رسیدگی به وضعیت مددجو تا اجرای تصمیم نهایی مددجو باید ترجیحاً در فضایی دور از سایرین و تحت مراقبت دقیق مدیر باشد.
- ۵،۱. در این فاصله زمانی و صرفاً در شرایطی که مددجو برای خود یا سایرین تهدید آمیز تلقی شده و یا خطری جدی برای مرکز محسوب می گردد و تیم بهبودی برای حفظ سلامت خود و سایرین ناگزیر به مهار وی می باشند، لازم است برای جلوگیری از بروز آسیب روانی و جسمی جدید، ملاحظات ضروری در مهار وی مورد توجه قرار گیرد. به طور مشخص؛ ابتدا باید از مداخله کلامی، اقدامات آرام سازی و حمایتی استفاده شود، استفاده از دارو باید زیر نظر مستقیم پزشک باشد، در صورت عدم موفقیت در کنترل مددجو حداقل ۴ نفر از تیم بهبود برای کنترل و یا مهار فیزیکی وی در نظر گرفته شوند، حتماً باید قبل از هر اقدامی هدف تیم بهبود برای مددجو توضیح داده شود، برای مهار باید از باند پارچه ای یا مهار چرمی نرم که کمترین آسیب فیزیکی را به دنبال داشته باشد استفاده گردد. مهار باید همزمان برای هر دو دست و هر دو پا در نظر گرفته شود تا مددجو به خود آسیب نزند. مهار ها باید دائماً بررسی و کنترل شوند تا باعث قطع جریان خون یا فشار بیش از حد بر اندام مددجو نگردند. یک نفر از اعضاء تیم بهبود همیشه باید برای اطمینان بخشی در معرض دید

- مددجو باشد. سر مددجو باید کمی بالاتر از تنه اش قرار گیرد، پس از آرام شدن، تمام مهارها باید به فاصله ۵ دقیقه بر داشته شوند.
- ۵,۲. در صورت بروز مشکلاتی از این دست موضوع باید بلافاصله به اطلاع مدیر داخلی و مسئول فنی رسیده تا برای سایر اقدامات قانونی و ضروری از جمله ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی، اطلاع به معرف و خانواده مددجو و در صورت لزوم اعلام به مراجع انتظامی، تصمیم گیری شود.
- ۵,۳. شرح تمامی وقایع، علل بروز و اقدامات انجام شده باید در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت شود.

۱۴. حضور سایر بهبودیافتگان به عنوان میهمان در مرکز

- ۱۴,۱. رویکرد غالب در مراکز اقامتی اجتماعی با تاکید بر استفاده از گروه‌های همتاست. بنابراین ورود بهبود یافتگان قبلی مرکز با شرایط زیر بلامانع است:
- ۱۴,۱,۱. ساعات حضور میهمان باید توسط شورای مرکز تعیین گردد. به طوری که با سایر برنامه‌های بهبود و بازتوانی تداخل نداشته باشد.
- ۱۴,۱,۲. فهرست میهمانان مجاز به ورود به مرکز باید توسط شورای مرکز تایید گردد. این میهمانان باید حداقل سه ماه پاکی خود را حفظ نموده باشند.
- ۱۴,۱,۳. مدیر داخلی مرکز باید فهرست میهمانان مجاز را تهیه و در اختیار مدیران و مسئول کنترل ورود و خروج مرکز قرار دهد.
- ۱۴,۱,۴. طبق برنامه تعیین شده مدت حضور میهمان در مرکز حداکثر ۴ ساعت خواهد بود.
- ۱۴,۱,۵. همراه داشتن دارو، موبایل و چاقو در مرکز مجاز نیست.
- ۱۴,۱,۶. میهمان باید با ظاهری آراسته و مرتب در مرکز حضور پیدا کند.
- ۱۴,۱,۷. میهمان باید پس از ورود خود را به مدیر معرفي نمایند.
- ۱۴,۱,۸. میهمان باید جهت ورود به اتاق سم زدایی با مدیر هماهنگ کند.
- ۱۴,۱,۹. ورود میهمان به دفتر، آشپزخانه و حمام مجاز نیست.
- ۱۴,۱,۱۰. بهبود یافتگانی که به هر صورت باعث اختلال در نظم و آرامش مرکز و دخالت در امور بهبود و بازتوانی شوند، از مرکز اخراج خواهند شد.
- ۱۴,۱,۱۱. امکانات مرکز مخصوص مددجویان است و استفاده میهمانان از آن ممنوع است.
- ۱۴,۱,۱۲. میهمانان مجاز به دادن پول به مددجویان نیست.

۱۵. مدت اقامت و شرایط تمدید آن

- ۱۵,۱. بر اساس اصول شناخته شده علمی، حداقل مدت یک دوره بهبود و بازتوانی باید حداقل ۹۰ روز یا سه ماه باشد. این سه ماه می‌تواند به سه شکل زیر تعیین گردد:
- ۱۵,۱,۱. اقامت سه ماهه با ترخیص در پایان دوره
- ۱۵,۱,۲. اقامت دو ماهه و یک ماه ادامه برنامه بهبود و بازتوانی به شکل غیر اقامتی
- ۱۵,۱,۳. اقامت یک ماهه و دو ماه ادامه بهبود و بازتوانی به شکل غیر اقامتی
- ۱۵,۲. تایید و یا تغییر مدت اقامت توسط شورای مرکز و با توجه به معیارهای زیر صورت می‌گیرد:
- ۱۵,۲,۱. رضایت کامل مددجو نسبت به طول دوره اقامت و تداوم حضور در برنامه‌های بهبود و بازتوانی

- ۱۵,۲,۲. قبول مسئولیت مددجو برای حضور در برنامه‌های بهبود و بازتوانی پس از دوره اقامت توسط مُعرف
- ۱۵,۲,۳. داشتن شرایط اقتصادی متناسب با طول دوره اقامت
- ۱۵,۳. برای موارد ۱,۲ و ۱,۳ که طول دوره اقامت کمتر از سه ماه تعیین شده است تمدید دوره اقامت تا حداکثر ۹۰ روز بلامانع است.
- ۱۵,۴. شورای مرکز می تواند در صورت عدم احراز شرایط ترخیص از دوره اقامت توسط مددجو، با رعایت سقف زمانی اقامت ۹۰ روز دوره اقامت اولیه را تمدید کند.
- ۱۵,۵. پس از اتمام ۹۰ روز اقامت در مرکز، ادامه حضور شبانه روزی مددجو در مرکز مجاز نیست و باید وضعیت وی توسط شورای مرکز بررسی و در صورت نیاز به تداوم بهبود و بازتوانی به سایر مراکز یا الگوهای ارایه خدمات از جمله اجتماع درمان مدار (TC) ارجاع شود.
- ۱۵,۵,۱. چنانچه به هر دلیل امکان ارجاع مددجو فراهم نباشد، شورای مرکز باید مدارک و مستندات مربوطه را در اختیار سازمان بهزیستی محل فعالیت قرار دهد. بدیهی است اقامت مددجو تا تعیین تکلیف وضعیت ارجاع وی مشمول مقررات عمومی مرکز خواهد بود.
- ۱۵,۶. پذیرش مجدد مددجویانی که دوره بهبود را تکمیل کرده و به هر دلیل عود نموده اند بلامانع است. لیکن به طور کلی هر مددجو در طی یک سال (۱۲ ماه کامل) تنها می تواند حداکثر دو دوره اقامت ۹۰ روزه (۶ ماه از ۱۲ ماه) در مراکز اقامتی داشته باشد. بدیهی است در صورت عود مجدد باید به اجتماع درمان مدار (TC) ارجاع شود.

فصل سوم

انتخاب مددجو و پذیرش

فصل سوم – انتخاب مددجو و پذیرش

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

ساعت پذیرش

- پذیرش در مرکز اقامتی، باید پس از معاینه و ارزیابی اولیه توسط پزشک و با تاییدیه کتبی او صورت گیرد. با توجه به اینکه حضور پزشک در این مراکز تمام وقت نیست، باید برای پذیرش، ساعات مشخصی تعیین گردد.
۱. تعیین ساعت پذیرش در هر مرکز بر عهده شورای مرکز قرار دارد.
 ۲. ساعت پذیرش می تواند هر روز و یا برای تعدادی از ایام هفته تعریف شود.
 ۳. بدیهی است حضور پزشک در ساعات پذیرش تعیین شده الزامی است و پذیرش در ساعات خارج از زمان پذیرش مستلزم اخذ تاییدیه کتبی از پزشک رابط یا مرکز رابط است.
 ۴. ساعات پذیرش باید در معرض دید مراجعین نصب گردد.

شرایط انتخاب مددجو و پذیرش

۱. ابتلا به اختلال مصرف مواد
۲. تمایل شخصی و رضایت آگاهانه برای اقامت در مرکز
۳. سن بالاتر از ۱۸ و کمتر از ۶۵ سال
۴. نداشتن موارد منع مطلق پذیرش در مراکز اقامتی با تاییدیه کتبی پزشک
۵. داشتن معرف حقیقی یا حقوقی

شرایط منع مطلق پذیرش

۱. زنان باردار
۲. سن زیر ۱۸ سال و بالای ۶۵ سال
۳. ابتلا به بیماری های شدید جسمانی از قبیل؛ نارسایی و اختلال عملکرد کلیه، کبد، دستگاه گوارش، قلب و عروق
۴. ابتلا به بیماری های مسری و واگیر دار
۵. ابتلا به بیماری های تشنج دهنده از قبیل؛ صرع فعال یا صرع کنترل نشده
۶. ابتلا به اختلالات روانپزشکی با تظاهرات سایکوتیک
۷. وجود تظاهرات حاد روانپزشکی خطرآفرین برای خود و سایرین
۸. وجود زخم فعال یا خونریزی دهنده با نیاز به مداخله جراحی
۹. عقب ماندگی یا ناتوانی ذهنی و جسمی (معلول ذهنی و جسمی که قادر به انجام فعالیت معمولی روزانه خود نباشد)
۱۰. محکومین با حکم تعقیب کیفری

شرایط منع نسبی پذیرش

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

مراحل پذیرش

۱- احراز هویت مددجو

به‌طور کلی دو گروه به مرکز مراجعه می‌نمایند:

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

۲- تعیین معرف

(۲,۱) پذیرش در مراکز اقامتی داوطلبانه است. لیکن به منظور حمایت از فرآیند بهبود و بازتوانی، پی‌گیری‌های حین بهبود و بازتوانی، اقدامات حین ترخیص و پرداخت کلیه هزینه‌های مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی شامل اقامت، برنامه‌های روزانه، ارجاع یا سایر موارد بر حسب ضرورت یا نیاز مددجو لازم است یکی از اعضای خانواده مددجو یا نزدیکان و یا یکی از آشنایان، با تکمیل فرم مربوطه و ارائه اوراق شناسایی به عنوان معرف، مسئولیت پذیرش مددجو و سایر امور را بر عهده گیرد.

(۲,۲) در مواردی که فرد به تنهایی و به‌صورت خودمُعرف مراجعه کرده و یا از حمایت اجتماعی و خانوادگی کافی برخوردار نیست، لازم است سازمان یا نهاد دولتی مسئولیت‌های مربوط به معرف را بر عهده گیرد. به این منظور لازم است فرد مراجعه‌کننده به همراه مددیار مرکز به سازمان صادرکننده مجوز مرکز ارجاع و معرفی نامه رسمی از سوی دستگاه مزبور صادر گردد.

(۲,۳) در کل دو گروه می‌توانند به عنوان معرف مددجو معرفی شوند:

- الف) گروهی از مددجویان که با خانواده و یا یکی از اقوام یا دوستان نزدیک خود در مرکز پذیرش می‌شوند.
- ب) گروهی از مددجویان که دارای معرف نبوده و لازم است از سازمان صادرکننده مجوز، نامه تأییدیه مبنی بر پذیرش مددجو در مرکز صادر گردد.

(۲,۴) در صورت معرفی مددجو از سوی مراجع قضایی مراحل پذیرش همانند سایر مددجویان داوطلب صورت خواهد گرفت. بنابراین مرجع قضایی به‌عنوان معرف تلقی می‌گردد.

۳- ارایه اطلاعات اولیه از شیوه بهبود و بازتوانی

پس از احراز هویت و تعیین مُعرف، اطلاعات زیر باید توسط یکی از اعضای تیم بهبود مرکز در جلسه‌ای با حضور مُعرف یا خانواده مددجو ارایه گردد تا ضمن آشنایی با کلیات مراحل بهبود و بازتوانی در مرکز در صورت عدم تمایل آنان، ادامه روند پذیرش متوقف گردد:

۱. لزوم بازرسی کامل بدنی هنگام ورود به مرکز
۲. لزوم تبعیت از مقررات مرکز و امکان اخراج از مرکز در صورت عدم رعایت مقررات به تشخیص شورای مرکز
۳. توضیح آثار و عوارض جسمی سم زدائی و مشکلات احتمالی
۴. وظایف و مسئولیت‌های مُعرف و لزوم همکاری خانواده
۵. مدت زمان یک دوره اقامت و شرایط ترخیص
۶. محدودیت در تماس با محیط خارج از مرکز طبق مقررات مرکز
۷. عدم حمایت مرکز از فرد در صورت وجود مشکلات قانونی
۸. عدم امکان بازگرداندن هزینه بهبود و بازتوانی
۹. مُعرفی اجمالی سایر الگوهای بهبود و بازتوانی اقامتی موجود مثل اجتماع درمان مدار (TC)

۴- تکمیل مدارک

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

۴- ارزیابی اولیه

مسئولیت ارزیابی اولیه مددجویان برعهده مسئول فنی یا پزشک رابط و کارشناس مرکز است که به شرح زیر صورت می گیرد:

الف) ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی

وظیفه انجام مصاحبه اولیه و اخذ شرح حال برعهده کارشناس مرکز است که باید با هدف ارزیابی دقیق و ارتقای انگیزه مددجو صورت پذیرد:

۱. مشخصات فردی
۲. وضعیت خانوادگی و اجتماعی
۳. بررسی انگیزه مددجو برای بهبود و بازتوانی
۴. اطلاعات راجع به مصرف مواد
۵. سابقه درمان های قبلی در زمینه اختلال مصرف مواد
۶. سابقه مسمومیت و بیش مصرف مواد

۷. سابقه رفتارهای پرخطر و مخاطره آمیز
۸. سابقه بیماری های جسمانی و مشکلات طبی
۹. سابقه بیماری های روانپزشکی
۱۰. سوابق قضایی و کیفری

(ب) ارزیابی پزشکی

ب-۱) ارزیابی بالینی

انجام بررسی های بالینی زیر توسط پزشک مسئول فنی یا پزشک رابط یا مرکز رابط، الزامی است:

۱. معاینه کامل فیزیکی جهت بررسی سلامت جسمانی
 ۲. مصاحبه تشخیصی جهت بررسی سلامت روانی
 ۳. بررسی احتمال خطر ابتلا به ویروس نقص ایمنی^۱ (HIV) و هپاتیت B و C^۲
- *برای مصرف کنندگان همزمان چند ماده به ویژه بنرودینازپین ها و الکل مشاوره تخصصی توصیه می شود.**

ب-۲) ارزیابی آزمایشگاهی

انجام بررسی های آزمایشگاهی زیر توسط پزشک مسئول فنی یا پزشک رابط یا مرکز رابط ، الزامی است:

۱. آزمایش ادرار برای ردیابی مواد مصرف شده
 ۲. آزمایش خون (حداکثر مربوط به یک هفته قبل از شروع بهبود و بازتوانی) شامل:
 - CBC (diff)
 - FBS
 - BUN
 - Crea
 - LFT
 ۳. هر نوع آزمایش دیگر بنا به تشخیص پزشک (از جمله تست بارداری)
 ۴. نوار قلبی (EKG) برای افراد بالای ۴۰ سال به تشخیص پزشک.
- نوار قلب ۴۸ ساعت گذشته نیز مورد قبول است

۵- صدور تاییدیه پزشکی

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

۶- بررسی مدارک

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

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

۷- پذیرش نهایی

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

۸- ارایه اطلاعات تکمیلی

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

۹- لوازم مورد نیاز مددجو

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

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

۱۰- ارجاع از سوی مرجع قضایی

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

- ۱۰,۱) مراحل پذیرش همانند سایر مددجویان داوطلب صورت خواهد گرفت.
- ۱۰,۲) مرجع قضایی به عنوان مُعرف تلقی می شود.
- ۱۰,۳) لازم است هنگام ارجاع مددجویان از سوی مرجع قضایی، مامور انتقال مددجو (ضابط قضایی) تا نهایی شدن پذیرش در مرکز حضور داشته باشد.
- ۱۰,۴) چنانچه پس از ارزیابی اولیه، مددجوی مُعرفی شده از سوی مرجع قضایی مشمول موارد منع مطلق پذیرش در این پروتکل بوده یا مایل به اقامت در مرکز نباشد، نباید در مرکز پذیرش شود. بنابراین لازم است گزارش کاملی از دلایل عدم پذیرش مددجو به همراه پیشنهاد جایگزین (شامل نوع و مرکز مناسب) تهیه و مددجو به همراه مامور انتقال (ضابط قضایی) جهت تعیین تکلیف به مرجع قضایی ارجاع گردد.
- ۱۰,۵) پس از پذیرش نهایی، در هر زمان از طول دوره اقامت، چنانچه مددجو به هر دلیلی مایل به ادامه اقامت نباشد، مرکز حق نگهداری اجباری وی را ندارد. بنابراین لازم است مدیر داخلی مرکز موضوع را در اولین فرصت به صورت

کتبی به اطلاع مرجع قضایی برسانند. بدیهی است طی این فاصله (اطلاع به مرجع قضایی تا اتخاذ تصمیم جدید) مددجو باید در مرکز حضور داشته باشد.

۱۰،۶) لازم است تمامی مراحل فوق در برگه ارجاع، معرفی یا پرونده مددجو ثبت و در سوابق مرکز نگهداری شود.

فصل چهارم

برنامه‌های مرکز اقامتی

فصل چهارم – برنامه های مرکز اقامتی

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

۱. سم زدایی (بازگیری)

۲. برنامه های بهبود و بازتوانی

الف) اقدامات گروهی

الف-۱) کار با گروه / گروه درمانی

الف-۲) آموزش گروهی

الف-۳) جلسات مشارکت جمعی

ب) آموزش خانواده

ج) پایش درمان

سم زدایی

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

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

• رعایت موارد زیر در دوره سم زدایی ضروری است:

۱. تناسب تعداد افراد حاضر در مرحله سم زدایی براساس دستورالعمل ابلاغی و با توجه وسعت اتاق
۲. ثبت تمامی اتفاقات و اقدامات صورت گرفته برای مددجو در پرونده وی
۳. متوسط دوره اقامت در اتاق سم زدایی یک هفته در نظر گرفته می شود که بنا به تشخیص پزشک می تواند تا حداکثر دو هفته ادامه یابد.

۴. ویزیت پزشک در طول دوره سم زدایی به ترتیب زیر خواهد بود:

الف) ویزیت های ثابت:

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

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

- ۴,۴. بدیهی است ویزیت‌های ضروری نمی‌توانند جایگزین ویزیت‌های ثابت گردند.
۵. در هفته اول سم زدایی و به ویژه در ۲۴ ساعت اول، پایش دقیق مددجویان ضروری است که باید تحت نظارت مدیر داخلی مرکز و با کمک مددیاران صورت گیرد.
۶. ویزیت روزانه مددیار و کنترل علایم حیاتی: مددیار باید به محض مشاهده تغییراتی در وضعیت مددجو که نشانه بروز مشکل است، موضوع را به اطلاع پزشک مسئول فنی، مرکز رابط یا پزشک رابط برساند.
۷. تجویز دارو برای مددجویان در دوره سم زدایی صرفاً توسط پزشک صورت خواهد گرفت.
۸. داروهای تجویز شده باید با ذکر نام و مشخصات مددجو در انبار دارویی نگهداری شود و از قرار دادن هر نوع دارو در اتاق سم زدایی یا هر فضای دیگری اجتناب گردد.
۹. تجویز داروهای OTC با هماهنگی پزشک بلامانع است. لیکن دلیل تجویز باید در پرونده ثبت گردد و هر بار به اطلاع پزشک برسد.
۱۰. توصیه می‌شود غیر از مواقع اورژانس از داروهای تزریقی در مرکز استفاده نگردد.
- ۱۰,۱. نگهداری داروهای تزریقی که استفاده اورژانس ندارند در مرکز ممنوع است.
- ۱۰,۲. نگهداری سرنگ و سوزن و سایر وسایل تزریق در مرکز تنها محدود به ترالی اورژانس می‌باشد.
- ۱۰,۳. در صورت لزوم و بنا به تشخیص پزشک استفاده از داروهای تزریقی، صرفاً باید با حضور و زیر نظر پزشک مسئول فنی صورت گیرد. بنابراین در صورتی که پزشک در مرکز حاضر نیست هر نوع تزریق در مرکز ممنوع بوده و مددجو باید به مرکز رابط ارجاع شود.
۱۱. در صورتی که پس از شروع سم زدایی، مددجویی تحمل شرایط موجود را نداشته باشد و از این نوع سم زدایی منصرف گردد، نگهداری اجباری وی در مرکز خلاف مقررات بوده و این فرد می‌تواند با نظر پزشک و تمایل خود، روش درمانی دیگری را انتخاب نماید و با رضایت شخصی از ادامه اقامت انصراف دهد.
۱۲. به منظور تسهیل سم زدایی مددجو، مراکز باید شرایط را به گونه ای فراهم کنند که در طول این مدت مددجو بتواند در صورت تمایل روزانه استحمام نماید. چنانچه در روزهای آخر، مددجو در وضعیت بهتری قرار داشته باشد برای آرام سازی روزانه تمرین آرام سازی (relaxation) را انجام دهد.

برنامه های بهبود و بازتوانی

هدف از این برنامه ها بهبود وضعیت سلامت و ارتقای توانایی و قابلیت های مددجو برای حفظ پاکي و بازگشت به زندگي بدون مواد است که شرکت کلیه مددجویان در آن پس از دوره سم زدایی، الزامی است.

الزامات برنامه های بهبود و بازتوانی

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

الف) اقدامات گروهی

الف-۱) کار با گروه/گروه درمانی

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

الف-۲) آموزش گروهی

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

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

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

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

- کارشناس می‌تواند با رعایت چارچوب کلی برنامه و با توجه به شرایط مددجویان عناوین پیشنهادی فوق را تغییر داده یا بنا به تشخیص تکرار کند.
- بدیهی است تمامی تغییرات باید در تابلوی اعلانات مرکز جهت اطلاع مددجویان نصب گردد.

الف- ۳) جلسات مشارکت جمعی

- یکی از اقدامات اصلی در مسیر بهبود و بازتوانی شرکت مددجویان در جلساتی است که با هدف مشخص و با موضوعات تعیین شده تشکیل می‌گردند. در این پروتکل جلسات مشارکت جمعی در ۴ دسته زیر طبقه بندی شده است:
- الف) جلسات بیان احساس و شکرگذاری
- ب) کارکرد قدم
- ج) جلسات کتابخوانی

(د) پیشگیری از عود

شکل برگزاری هر یک از جلسات به صورت زیر خواهد بود. این جلسات به صورت دوره‌ای تکرار خواهند شد. به گونه ای که پس از آخرین عنوان آموزشی، عنوان اول مجدداً ارائه خواهد گردید. در این صورت امکان استفاده مددجویان جدید از تمامی برنامه‌های آموزشی میسر خواهد بود.

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

موضوعات قابل طرح در هریک از جلسات مشارکت جمعی؛

(الف) جلسات بیان احساس و شکرگذاری: محتوای ارائه شده در جلسات بیان احساس و شکرگذاری به صورت آزاد و با مشارکت مددجویان شکل خواهد گرفت. مددیار در این جلسات تنها وظیفه اداره جلسه را برعهده دارد. در این جلسات اعضای جلسه به شکرگذاری داشته هایشان می پردازند. داشته هایی که با قطع مصرف بیشتر قدر آن را می دانند. رابطه سالم با خانواده و دوستان، رهایی از اختلال مصرف مواد، ارتقاء عزت نفس و غیره نعمت هایی است که مددجویان خدا را به خاطر آن شکرگزار هستند.

(ب) کارکرد قدم: جلسات مربوط به کارکرد قدم باید توسط مددیار و با استفاده از الگوی برنامه‌های دوازده قدمی مدیریت گردد.

(ج) جلسات کتاب خوانی: جلسات کتاب خوانی طبق برنامه پیش بینی شده در مرکز و با مدیریت مددیار تشکیل خواهد شد.

جلسات کتاب خوانی با در نظر گرفتن الگوی کلی جلسات می تواند به صورت زیر برگزار شود:

یکی از خدمتگزاران مرکز با سابقه پاکی بیش از ۶ ماه که دارای توانایی برقراری ارتباط با مددجویان، مورد قبول و الگوی مددجویان است، گردانندگی این جلسه را بر عهده دارد. گرداننده جلسه اقدام به خواندن کتاب مورد نظر می نماید و در لا به لای خواندن کتاب، مددجویان اجازه دارند تجربیات، احساسات و صحبت هایی را که به ذهن شان می رسد، بیان نمایند. هدف از تشکیل این جلسه درگیری ذهنی و عاطفی مددجویان با موضوعات کتاب است به گونه ای که هر یک از مددجویان به مرور ذهنی تجارب خود پرداخته و علاوه بر این از تجارب سایر اعضا بهره مند می شود. در این جلسه کتاب های مختلف با موضوعات متنوع انتخاب می شوند. معمولاً کتاب هایی که از زندگی و تجربه افراد بهبودیافته، پیشگیری از لغزش، شیوه و چگونگی پاک زیستن و غیره را مطرح می کنند برای این جلسه مفیدتر هستند و مشارکت و بحث های فراوانی را به دنبال دارند.

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

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۱.	اعتیاد واقعا چیست	اشاره ای به اعتیاد بعنوان یک یادگیری غلط در برخورد با استرس و ناکامی و مکانیسمی که به راحتی فراموش نمی شود
۲.	اثرات مستقیم مواد در مقابل اعتیاد	تاکید بر جداسازی اثرات مستقیم مواد و استفاده آنها در مقابل اعتیاد بعنوان نوعی رفتار یادگرفته شده و مقاوم. اینکه بیمار بداند آنچه در اعتیاد مشکل ساز بوده فقط اثرات مستقیم مواد بر مغز وی نیست که با امتناع از مصرف خودبخود بهبود یابد
۳.	اثرات مستقیم مواد گذرا هستند	آگاهی و اطمینان دهی از گذرا بودن بسیاری از اثرات مصرف و یا قطع مصرف. شناسایی و اطلاع از آنها
۴.	مواد اعتیاد آور را از کجا بشناسیم	نگاهی به ویژگی های استفاده اعتیاد گونه از هر نوع ماده و شناسایی اعتیاد های دارویی جایگزین
۵.	ترامادول، دیفنوکسیلات کدیین و سایر داروهای ضد درد	جایگزین سازی این ترکیبات یا اعتیاد سمج به آنها در بسیاری از معتادان بسیار شایع است. مرز بین استفاده از آنها به عنوان ضد درد موجه و مشروع نیز اکثراً با استفاده اعتیادی مخدوش می گردد. آگاهی از این تفاوت ها هدف این جلسه است
۶.	مفهوم بهبودی	اینکه کی فردی را بهبود یافته تلقی می کنیم و شرایط و مشخصه های آن چیست در این جلسه بحث می گردد
۷.	پایش رفتار	اهمیت پایش رفتار و امور روزمره و همچنین تهیه جدول و نمودار از امور روزانه برای مددجویان و خانواده ها و همچنین اهمیت تنظیم چرخه امور روزمره گوشزد می گردد
۸.	ویژگی های برنامه بهبود و بازتوانی خوب	یک برنامه خوب چه ویژگی هایی دارد و خانواده ها و مددجویان هنگام استفاده از امکانات مختلف باید به چه اموری توجه نمایند و در برنامه مطلوب قرار است چه اتفاقی بیافتد
۹.	الکل	مددجویان یاد می گیرند چگونه الکل بهبود را به خطر می اندازد. مددجویان در مورد موقعیت هایی که احتمال دارد الکل بنوشند بحث و برنامه ریزی می کنند.
۱۰.	خستگی، بی حوصلگی و دلتنگی	مددجویان در می یابند که خستگی در طول بهبود پیش می آید و با گذشت زمان کاهش می یابد. در مورد فعالیت های مفرح بحث می شود.
۱۱.	اجتناب از مسیری که منجر به لغزش یا بازگشت می شود	مددجویان در مورد شیب و لغزش بازگشت، و چیزهایی که بهبود را به تعویق می اندازد بحث می کنند. لنگر های بهبودی را درک می کنند
۱۲.	کار و بهبودی	مددجویان در می یابند که چگونه زندگی کاری آنها بر بهبودشان تأثیر دارد، و راه هایی را کشف می کنند تا بین کار و بهبود تعادل برقرار کنند.
۱۳.	احساس شرم و گناه	مددجویان تفاوت بین احساس شرم و گناه را در یافته، برای کنار آمدن با هر یک آموزش می بینند.
۱۴.	سرگرم کننده ها	مددجویان در می یابند که بیکاری، برانگیزاننده است و در مورد این بحث می کنند که چگونه برنامه ریزی برای فعالیت باعث اجتناب از بازگشت می شود.
۱۵.	انگیزه برای بهبودی	مددجویان در می یابند که همان انگیزه اولیه ورود به درمان ممکن است برای ادامه درمان کافی نباشد. در مورد انگیزه ها و استراتژی های تازه بحث می شود.
۱۶.	صداقت	مددجویان در می یابند که اگر چه صادق بودن همیشه آسان نیست، در درمان موفق اهمیت ویژه ای دارد. در مورد نتایج و ارزش های همیشه حقیقت را گفتن بحث می شود.

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۱۷.	پرهیز کامل	مددجویان درمی یابند که هرگونه مصرف مواد، تصمیم گیری آنان را مختل کرده، بهبود را به خطر می اندازد. در مورد تغییراتی که مددجویان باید ایجاد کنند تا مصرف تمامی مواد را ترک کنند، بحث می شود.
۱۸.	رابطه جنسی و بهبود اگر مددجویی برای اولین بار به گروه وارد شده است موضوع را عوض کنید	مددجویان در می یابند که رابطه جنسی تکانشی و بدون برنامه مشکلی از اعتیاد است و می تواند منجر به بازگشت شود. در مورد اینکه چگونه روابط با ثبات به بهبود کمک می کنند، بحث می شود.
۱۹.	پیش بینی و اجتناب از بازگشت	مددجویان یاد می گیرند علایم هشدار دهنده بازگشت را شناخته، استراتژی هایی برای اجتناب از بازگشت کشف کنید.
۲۰.	اعتماد سازی مجدد	مددجویان متوجه ضرورت بازگرداندن اعتماد از دست رفته گشته، در مورد چگونگی کنار آمدن با مظلون قرار گرفتن در مورد مصرف مواد، بحث می کنند.
۲۱.	هوشیار و زیرک باش نه قوی	مددجویان در می یابند که بهبود زور آزمایی و آزمون اراده نیست، بلکه یک برنامه ریزی هوشمندانه است. در مورد موثر بودن رویکرد بیماران نسبت به بهبود، بحث می شود.
۲۲.	تعریف معنویت	مددجویان تفاوت بین معنویت و دین را درک کرده در مورد این بحث می کنند که چگونه باورهای معنوی می تواند حامی بهبود باشد.
۲۳.	مدیریت زندگی، مدیریت پول	مددجویان جنبه هایی از زندگیشان که از آن صرف نظر شده بود را شناسایی کرده، راه هایی برای مدیریت مسئولیت زندگی شان می یابند.
۲۴.	بهبانده هایی برای بازگشت ۱	مددجویان بهانه های بازگشت را می فهمند. بیماران در مورد دلایلی که نسبت به آنها آسیب پذیر هستند بحث کرده راه هایی برای مقابله با آنها طرح ریزی می کنند.
۲۵.	مراقبت از خویشتن	مددجویان اهمیت عزت نفس برای بهبود را فهمیده جنبه هایی از زندگی شان که نیاز به تغییر دارد را پیدا می کنند.
۲۶.	برانگیزاننده های عاطفی	مددجویان در می یابند که عواطف می توانند به عنوان برانگیزاننده عمل کنند، و در مورد ابزارهایی که در اجتناب از عواطف خطرناک مؤثر است، بحث می کنند.
۲۷.	بیماری	مددجویان در می یابند که بیمار شدن می تواند به عنوان یک برانگیزاننده عمل کند، و در مورد راه هایی برای باقی ماندن در مسیر بهبود در زمان های بیماری، بحث می کنند.
۲۸.	شناسایی استرس	مددجویان در می یابند که استرس چگونه بهبود را تهدید می کند، و در مورد راه هایی برای شناسایی و کنار آمدن با موقعیت های استرس زا بحث می کنند.
۲۹.	بهبانده هایی برای بازگشت ۲	مددجویان در می یابند که نزدیک تر شدن به بازگشت (مثلاً برای امتحان میزان بهبود خود) خطرناک است. مددجویان راه هایی برای مقاومت در برابر اقامه دلیل برای بازگشت پیدا می کنند.
۳۰.	کاهش استرس	به مددجویان یادآوری می شود که استرس می تواند بهبود آنان را به خطر اندازد و بیماران در مورد استراتژی هایی برای کاهش استرس بحث می کنند.
۳۱.	مدیریت خشم	مددجویان در می یابند که خشم می تواند برانگیزاننده باشد. مددجویان در مورد روش های شناسایی و مقابله با به وجود آمدن خشم بحث می کنند.
۳۲.	پذیرش و اقرار به مصرف مواد	مددجویان درمی یابند که پذیرش اختلال مصرف مواد نشانه ضعف نیست. مددجویان توانایی هایی برای تکیه کردن در خود و به خود کشف می کنند.

عناوین پیشنهادی برای جلسه پیشگیری از عود		
ردیف	عنوان	توضیح
۳۳	پیدا کردن دوستان جدید	مددجویان درمی یابند که دوستان سالم از بهبود آنان حمایت می کنند. مددجویان در مورد افرادی که می توانند دوستان حامی آنان باشند و روش های ملاقات آنها بحث می کنند.
۳۴	ترمیم روابط آسیب دیده	مددجویان اهمیت عذرخواهی و جبران را درمی یابند و در مورد این بحث می کنند که چگونه با افرادی که حاضر به بخشش آنها نیستند برخورد کنند.
۳۵	دعای آرامش	مددجویان تفاوت بین چیزهای قابل تغییر و غیرقابل تغییر را در می یابند و در مورد چیزهایی در زندگی خود که تغییر خواهند داد بحث می کنند.
۳۶	رفتارهای اجباری و وسواسی	مددجویان درمی یابند رفتارهای اجباری یعنی چه و چگونه بهبود را به خطر می اندازد. در مورد راه هایی برای شناسایی و حذف رفتارهای اجباری بحث می شود.
۳۷	کنار آمدن و غلبه بر احساسات منفی و افسردگی	مددجویان درمی یابند چگونه پاسخ های عاطفی و به ویژه علایم افسردگی را شناسایی کنند. در مورد استراتژی هایی برای کنار آمدن با افسردگی یا غلبه بر آن بحث می شود.
۳۸	برنامه های ۱۲ قدمی و همپاری	مددجویان در می یابند که چگونه برنامه ای ۱۲ مرحله ای و کمک دو جانبه از بهبود حمایت می کنند. مددجویان تنوع برنامه های ۱۲ مرحله ای و کمک دو جانبه را کشف می کنند.
۳۹	برنامه ریزی برای اوقات فراغت	مددجویان در می یابند که خستگی می تواند برانگیزاننده بازگشت باشد. در مورد راه هایی برای از بین بردن یکنواختی بهبود بحث می شود.
۴۰	فقط برای امروز	مددجویان در می یابند چگونه از احساس درماندگی و غرق گذشته شدن بیهیزند و استراتژی هایی برای تمرکز بر زمان حال کشف می کنند.
۴۱	شیشه و جنون آن	آشنا شدن مددجویان با پدیده توهم و پسیکوز در مصرف مواد محرک و شناسایی و مدیریت آنها
۴۲	بی خوابی	آگاهی مددجویان از فرایند بی خوابی ناشی از مصرف یا قطع مواد بخصوص مواد آرام بخش. مدیریت صحیح علایم بی خوابی و بهداشت خواب
۴۳	تحلیل و بازیابی علایق	آگاهی مددجویان از مکانیسم حذف و کمرنگ شدن سایر علایق زندگی در جریان اعتیاد و لزوم پایش آنها و راه های برای تقویت حس دلبستگی
۴۴	استفاده از متادون و بوپرنورفین	فلسفه درمان نگهدارنده و مکانیسم اثر آن، چه مددجویان در این درمان ها باشد و چه رویکرد پرهیز مدار را دنبال کند اهمیت به سزایی دارد. شرایط ورود و ویژگی های یک درمان نگهدارنده خوب بررسی می گردد
۴۵	درمان اجباری	اصولاً درمان اجباری چه جایگاهی در بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد دارد و چقدر فشار اطرافیان برای تغییر روش ایشان مفید یا مضر است در این جلسه به بحث گذاشته می شود. راه های منطقی تغییر رفتار توسط دیگران از دیگر محتویات این جلسه است

- عناوین فوق پیشنهادی است و مددیار می تواند با رعایت چارچوب کلی برنامه و با توجه به شرایط مددجویان و با هماهنگی کارشناس یا مدیر داخلی مرکز، عناوین پیشنهادی فوق را تغییر داده، در هم ادغام و یا بنا به تشخیص مرکز تکرار کند.
- پیشنهاد می شود برای برنامه ریزی دقیق تر در مرکز عناوین پیشنهادی و موضوعات مورد نظر در جدول فوق در قالب ۲۴ جلسه آموزشی از شنبه تا پنج شنبه هر ماه ارایه گردد. در این صورت عناوین فوق به طور منظم در هر ماه تکرار خواهد شد.
- بدیهی است تمامی تغییرات باید در تابلوی اعلانات مرکز جهت اطلاع مددجویان نصب گردد.
- استفاده از عناوین فوق در آموزش خانواده نیز بلامانع است.

ب) آموزش خانواده

با توجه به نقش تاثیرگذار خانواده در سیر بهبود و بازتوانی مددجویان لازم است در برنامه‌های مرکز مشارکت داشته باشند و بخشی از مسئولیت بهبودی را برعهده گیرد. از این رو شرکت خانواده‌ها در برنامه‌های آموزشی فرصتی را برای کسب اطلاعات لازم از فرایند بهبودی و بازتوانی مددجویان، برقراری ارتباط موثر با نیروهای انسانی مرکز، کمک به مراحل بهبود مددجو و پیشگیری از عود پس از ترخیص، فراهم خواهد آورد.

شرایط برگزاری و شرکت در جلسات آموزش خانواده

براساس برنامه پیشنهادی، جلسات آموزش خانواده در هفته یکبار برگزار می‌گردد و افراد زیر می‌توانند در آن شرکت کنند:

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

توضیحات ضروری

۱. حضور همزمان افراد فوق در جلسه بلامانع است.
 ۲. برای شرکت در جلسه اعمال محدودیت جنسیتی لازم نیست.
- مددیار خانواده باید در صورت مشاهده موارد مشکوک یا نشانه‌هایی مبنی بر نیاز به مداخله در خانواده مددجویان، موضوع به اطلاع کارشناس برساند. بدیهی است در موارد ضروری ارجاع خانواده به سایر متخصصین یا مراکز تخصصی دیگر بلامانع است.

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

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

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

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

- مددیار خانواده می تواند با رعایت چارچوب کلی برنامه و با توجه به شرایط خانواده مددجویان عناوین پیشنهادی فوق را در هم ادغام نماید و یا تغییر دهد.
- کلیه تغییرات در برنامه آموزش خانواده باید با تایید مدیر داخلی یا کارشناس مرکز صورت گیرد.
- استفاده از عناوین پیشنهادی پیشگیری از عود در آموزش خانواده بلامانع است.
- بدیهی است تمامی تغییرات باید در تابلوی اعلانات مرکز جهت اطلاع خانواده مددجویان نصب گردد.

برنامه روزانه مرکز

برای اثربخشی بیشتر برنامه‌های پیش‌بینی شده در مرکز لازم است نظم و انضباط متعارفی متناسب با ویژگی‌های مددجویان در مرکز حاکم باشد به همین منظور جدول زیر به‌عنوان برنامه روزانه مراکز ارایه می‌گردد. بدیهی است با توجه به شرایط و ملاحظات مددجویان و خانواده‌هایشان، تغییر این برنامه به شرط رعایت چارچوب کلی مورد نظر و ارایه کامل برنامه‌های بهبودی بلامانع است.

نمونه‌ای از برنامه روزانه یک مرکز اقامتی			
ساعت	عنوان	مسئول اجرا	توضیحات
۷:۰۰	بیداری		
۷-۷:۱۵	رسیدگی به امور شخصی	مددجویان	---
۷:۱۵-۷:۴۵	مراسم صبحگاهی	مدیر داخلی/کارشناس/مددیار	ورزش و دعای صبحگاهی
۷:۴۵-۸:۰۰	استحمام	مددجویان	حداقل دو روز در هفته
۸:۰۰-۹:۰۰	صبحانه	مددجویان	----
۹:۰۰-۱۰:۳۰	آموزش گروهی	کارشناس	به‌عنوان مثال روزهای زوج آموزش و روزهای فرد گروه درمانی. مددجویانی که در جلسات کار با گروه/گروه درمانی شرکت ندارند به انجام وظایف روزانه خواهند پرداخت.
	کار با گروه	کارشناس	
	انجام وظایف روزانه	مددجو	
۱۰:۳۰-۱۱:۳۰	مشاوره فردی	کارشناس	حداکثر ۴ مشاوره فردی در ساعت
	ویزیت پزشک	پزشک مسئول فنی	طبق برنامه پیش‌بینی شده در پروتکل
	انجام وظایف روزانه	مددجو	مددجویانی که نیاز به روان‌درمانی یا مشاوره فردی ندارند
۱۱:۳۰-۱۲:۳۰	آموزش خانواده	مددیار خانواده	یکبار در هفته طبق برنامه مرکز
	انجام وظایف روزانه	مددجو	وظایفی که براساس برنامه مرکز برعهده مددجو قرار گرفته است.
۱۲:۳۰-۱۳:۰۰	مراسم معنوی (نماز و نیایش)	مددجویان	زمان مراسم معنوی مطابق با اوقات شرعی
۱۳:۰۰-۱۴:۰۰	ناهار	مددجویان	در طول سال تنظیم خواهد شد.
۱۴:۰۰-۱۵:۰۰	استراحت		
۱۵:۰۰-۱۶:۳۰	مشارکت جمعی	مددیار	آموزش‌های پیشگیری از عود
۱۶:۳۰-۱۸:۳۰	ملاقات با خانواده	مددیار خانواده	طبق برنامه مرکز
	وقت آزاد	مددیار	ورزش و انجام تفریحات مورد علاقه ترجیحاً به‌صورت گروهی
۱۸:۳۰-۱۹:۳۰	مشارکت جمعی	مددیار	بیان احساس و کارکرد قدم
۱۹:۳۰-۲۰:۰۰	مراسم معنوی (نماز و نیایش)	مددجویان	زمان مراسم معنوی مطابق با اوقات شرعی
۲۰:۰۰-۲۱:۰۰	شام	مددجویان	در طول سال تنظیم خواهد شد.
۲۱:۰۰-۲۲:۰۰	مشارکت جمعی	مددیار	جلسات مشارکت جمعی طبق برنامه تعیین شده از سوی مرکز شامل: کتابخوانی، پخش فیلم، بیان تجارب
۲۲:۰۰	خاموشی		

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

برنامه غذایی مراکز

توجه به رژیم غذایی مددجویان در طول دوره اقامت از اهمیت بالایی برخوردار است که در آن باید حداقل های لازم در یک رژیم غذایی مناسب در نظر گرفته شود. بنابراین باید مواد غذایی اصلی شامل پروتئین، کربوهیدرات، لبنیات، میوه و سبزی در رژیم غذایی وجود داشته باشد. همچنین در تنوع غذایی باید به تفاوت های فرهنگی و ذائقه های متفاوت در مناطق مختلف کشور توجه کرد.

- بدیهی است براساس ارزیابی های اولیه و یا در طول اقامت از مددجو اعمال رژیم غذایی خاص از جمله رژیم کم نمک ضروری است.

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

علاوه بر ارزیابی اولیه و انتخاب دقیق مددجویان در هنگام پذیرش پایش و ارزیابی مستمر آنان در طول دوره اقامت لازمه موفقیت در برنامه های بهبود و بازتوانی است. در پایش و ارزیابی مددجو باید جنبه های پزشکی، روانی، اجتماعی و همچنین نوع و نحوه مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های مرکز به دقت و به صورت دوره ای مورد ارزیابی قرار گیرد.

ج - ۱) ارزیابی پزشکی

ارزیابی پزشکی در مراکز اقامتی توسط پزشک مسئول فنی یا پزشک/مرکز رابط صورت می گیرد که باید برای کلیه مددجویان در طول دوره اقامت به صورت زیر به اجرا درآید.

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

ج - ۲) آزمایش ادرار

آزمایش ادرار از نظر مصرف مواد گوناگون یکی از ابزارهای مناسب برای پایش برنامه های بهبودی است با توجه به اینکه براساس قوانین و مقررات مراکز اقامتی مصرف هرگونه ماده مخدر و روانگردان در طول دوره اقامت ممنوع بوده و منجر به اخراج مددجو از مرکز خواهد شد ضروری است انجام آزمایش ادرار علاوه بر زمان پذیرش به صورت اتفاقی و یا در موارد مشکوک نیز به عمل آید.

ج-۳) ارزیابی روان شناختی وضعیت بهبود

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

الف- مطالعه گزارش های موجود در پرونده- با توجه به حضور تمام وقت مددیار در مرکز و ثبت تمامی اتفاقات در پرونده مددجویان می توان به روند تغییر در شرایط عاطفی و هیجانی و رفتاری مددجو پی برد.

ب- مشاوره فردی و ارزیابی دوره ای- بررسی شرایط عاطفی و هیجانی و رفتاری از جمله خلق افسرده، اضطراب، سابقه رفتارهای پرخطرانه، تهاجمی یا تکانشی، خودزنی، افکار خودکشی و توهم در جلسات مشاوره فردی

ج-۴) پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی

از آنجایی که مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های مرکز می تواند نقش موثری در بهبود و بازتوانی وی داشته باشد بنابراین پایش نوع و نحوه مشارکت مددجو و خانواده های آنها ضروری است که باید توسط مددیار صورت گرفته و گزارش آن ماهیانه در اختیار شورای مرکز قرار گیرد.

فصل پنجم

ترخیص

فصل پنجم – ترخیص

با توجه به برنامه های پیش بینی شده ترخیص از مرکز عبارتست از

الف-ترخیص از دوره اقامت

ب- ترخیص نهایی (اتمام دوره)

شرایط ترخیص از دوره اقامت

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

شرایط ترخیص نهایی

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

فرایند ترخیص

- در مراکز اقامتی ترخیص مددجویان پس از احراز شرایط فوق و طی فرایند زیر صورت خواهد گرفت.
۱. مددیار باید فهرست مددجویانی که زمان ترخیص آنها فرا رسیده است را یک هفته قبل از پایان دوره اقامت یا تکمیل دوره بهبود و بازتوانی تهیه کند و در اختیار مدیر داخلی قرار دهد.
 ۲. مدیر داخلی مرکز باید جهت تکمیل پرونده و اخذ تاییدیه های لازم برای ترخیص اقدام نماید.
 ۳. مدیر داخلی باید پس از تکمیل مدارک و مستندات موضوع ترخیص مددجویان را در اولین شورای مرکز مطرح کند.
 ۴. شورا با بررسی وضعیت کلی مددجو در خصوص ترخیص یا تمدید دوره اقامت وی تصمیم خواهد گرفت.
 ۵. بدیهی است تمدید **دوره اقامت** برای مددجویانی که سقف ۹۰ روز اقامت در مرکز را گذرانده اند امکانپذیر نیست و باید برای ارجاع آنان اقدامات لازم صورت پذیرد.
 - ۵,۱. چنانچه به هر دلیل امکان ارجاع مددجو فراهم نباشد شورای پذیرش باید مدارک و مستندات مربوطه را در اختیار سازمان بهزیستی محل فعالیت قرار دهد. بدیهی است اقامت مددجو تا تعیین تکلیف وضعیت ارجاع وی مشمول مقررات عمومی مرکز خواهد بود.
 ۶. پس از تایید ترخیص مددجویان در شورای مرکز نام مددجو باید در فهرست پیگیری پس از ترخیص قرار گیرد.

جشن شکرگذاری و پایان دوره

برگزاری مراسم و جشن های نمادین با مشارکت همتایان می تواند به بالا بردن سطح حمایت اجتماعی ادراک شده و تعلق و همبستگی بیشتر بین بهبودیافتگان و تسهیل ایجاد شبکه های خودیاری کمک می کند. از این رو پیشنهاد می گردد برای کسانی که دوره بهبود و بازتوانی را با موفقیت سپری کرده اند، جشنی با عنوان جشن شکرگذاری و پایان دوره برگزار شود.

- توصیه می شود برای برگزاری این جشن از مشارکت فعال و موثر خانواده ها و معرفین بهره گرفت.

فصل ششم

ارجاع

فصل ششم – ارجاع مددجو

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

انواع ارجاع

ارجاع در مراکز اقامتی در چند مرحله صورت می گیرد:

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

ارجاع در هنگام ارزیابی اولیه و قبل از پذیرش نهایی

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

موارد ارجاع

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

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

فرایند ارجاع

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

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

ارجاع حین دوره بهبود و بازتوانی

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

موارد ارجاع

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

۱. بروز فوریت‌های پزشکی و روانپزشکی بنا به گزارش هر یک از اعضای تیم بهبود و تایید پزشک
از جمله بروز سوانح منجر به آسیب جسمانی شدید، ضربه سر، زخم خونریزی دهنده، بریدگی‌های عمیق، احتمال شکستگی استخوان، دلیریوم، تظاهرات حاد روانپزشکی که کنترل آن با اقدامات مرکز میسر نیست، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، رفتارهای تهاجمی آسیب زا، خودزنی، تشنج و غیره
۲. نیاز مددجو به خدمات تکمیلی یا تخصصی که دسترسی به آن در مرکز مقدور نمی باشد
از جمله مشاوره تخصصی پزشکی یا روانپزشکی

فرایند ارجاع

- پس از احراز شرایط لازم برای ارجاع مددجو در طول دوره بهبود و بازتوانی اقدامات زیر باید صورت پذیرد:
۱. در صورت مشاهده موارد فوریت‌های پزشکی و روانپزشکی توسط هر یک از اعضای تیم بهبود، لازم است موضوع در اولین فرصت از طریق مدیر داخلی به اطلاع پزشک مسئول فنی و یا پزشک/مرکز رابط رسانیده شود.
 ۲. پزشک مسئول فنی یا پزشک/مرکز رابط بر اساس شرح حال گزارش شده باید درخصوص زمان ارجاع تصمیم بگیرد. بدیهی است در صورتی که امکان حضور به موقع برای پزشک فراهم باشد اولویت با ارجاع پس از معاینه دقیق توسط پزشک است در غیر این صورت مددجو باید در اولین فرصت و با توصیه های ضروری حین انتقال به نزدیک ترین مرکز فوریت های پزشکی منتقل شود.
 ۳. در صورت تشخیص پزشک به ارجاع فوری مددجو لازم است برای کاهش میزان اتلاف وقت مددجو توسط آمبولانس اورژانس و به همراه مددیار به نزدیک ترین مرکز فوریت های پزشکی منتقل شود و موضوع همزمان به اطلاع خانواده و معرف مددجو برسد.
- ۳،۱. در این فاصله زمانی و صرفاً در شرایطی که مددجو برای خود یا سایرین تهدید آمیز تلقی شده و یا خطری جدی برای مرکز محسوب می گردد و تیم بهبودی برای حفظ سلامت خود و سایرین ناگزیر به مهار وی می باشند، لازم است برای جلوگیری از بروز آسیب روانی و جسمی جدید، ملاحظات ضروری در مهار وی مورد توجه قرار گیرد. به طور مشخص؛ ابتدا باید از مداخله کلامی، اقدامات آرام سازی و حمایتی استفاده شود، استفاده از دارو باید زیر نظر مستقیم پزشک باشد، در صورت عدم موفقیت در کنترل مددجو حداقل ۴ نفر از تیم بهبود برای کنترل و یا مهار فیزیکی وی در نظر گرفته شوند، حتماً باید قبل از هر اقدامی هدف تیم بهبود برای مددجو توضیح داده شود، برای مهار باید از باند پارچه ای یا مهار چرمی نرم که کمترین آسیب فیزیکی را به دنبال داشته باشد استفاده گردد. مهار باید همزمان برای هر دو دست و هر دو پا در نظر گرفته شود تا مددجو به خود آسیب نزنند. مهار ها باید دائماً بررسی و کنترل گردند تا باعث قطع جریان خون یا فشار بیش از حد بر اندام مددجو نگردند. یک نفر همیشه باید برای اطمینان بخشی در معرض دید مددجو باشد. سر مددجو باید کمی بالاتر از تنه قرار گیرد، پس از آرام شدن، تمام مهارها باید به فاصله ۵ دقیقه بر داشته شوند.

- ۳,۲. در صورت بروز مشکلاتی از این دست موضوع باید بلافاصله به اطلاع مدیر داخلی و مسئول فنی رسیده تا برای سایر اقدامات قانونی و ضروری از جمله ارجاع به مراکز تخصصی روانپزشکی، اطلاع به مُعرف و خانواده مددجو و در صورت لزوم اعلام به مراجع انتظامی، تصمیم گیری شود.
- ۳,۳. شرح تمامی وقایع و اقدامات انجام شده باید در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت شود.
۴. چنانچه در ارزیابی های دوره ای پزشک یا کارشناس، شواهدی دال بر نیاز مددجو به مداخلات تخصصی مشاهده گردد که دسترسی به آن در مرکز مقدور نباشد، لازم است ضمن ثبت شواهد مورد نظر در پرونده مددجو موضوع به اطلاع خانواده یا مُعرف رسیده و برای ارجاع وی به مرکز ذیصلاح اقدام گردد.
۵. در موارد فوق مددجو باید همراه با خانواده، مُعرف و مدیر به مرکز مورد نظر ارجاع گردد.

اقدامات پس از ارجاع

- پس از ارجاع موفق مددجو لازم است اقدامات زیر مدنظر قرار گیرد:
۱. برقراری ارتباط مستمر با مرکزی که مددجو به آن ارجاع شده است تا زمان ترخیص از مرکز مزبور
 ۲. بازدید روزانه مدیر از وضعیت مددجو در مرکز ارجاع شده و ارایه گزارش به شورای مرکز اقامتی
 ۳. تبادل اطلاعات لازم بین دو مرکز شامل فرایند درمان و مداخلات صورت گرفته در مرکز مزبور
 ۴. ثبت کلیه اطلاعات در پرونده مددجو و سوابق مرکز

ارجاع پس از اتمام دوره

- پس از اتمام دوره بهبود و بازتوانی (۹۰ روز) حالات زیر امکانپذیر است:
۱. مددجویانی که دوره بهبود و بازتوانی خود را با موفقیت سپری کرده اند، برای تداوم بهبود، بازتوانی و جامعه پذیری به گروه های خودیاری، واحدهای بازتوانی، جامعه پذیری، آماده سازی شغلی و اشتغال ارجاع می گردند. بدیهی است در صورت وجود هر یک از موارد فوق در خود مرکز اقامتی نیاز به ارجاع خارج از مرکز نیست.
 ۲. مددجویانی که بنا به ارزیابی تیم بهبود و براساس مستندات دوره بهبود و بازتوانی خود را با موفقیت سپری ننموده و یا همچنان نیاز به الگوی اقامتی برای تداوم بهبودی خویش دارند باید به اجتماع درمان مدار (TC) مُعرفی گردند.
 ۳. بدیهی است ارجاع مددجو در هر یک از دو حالت فوق باید با رضایت آگاهانه و تمایل وی و با اطلاع خانواده، مُعرف صورت پذیرد. لیکن براساس قوانین و مقررات مراکز اقامتی طول دوره اقامت مستمر مددجویان نمی تواند بیشتر از ۹۰ روز باشد و مددجویان به ناگزیر باید مرکز را ترک کنند.
 ۴. در صورت عدم امکان پذیرش در اجتماع درمان مدار (TC) تصمیم گیری درخصوص تداوم اقامت مددجو در مرکز بیشتر از ۹۰ روز برعهده شورای مرکز خواهد بود که در این صورت باید همزمان کلیه مستندات مربوط به اقدامات ارجاع و عدم امکان پذیرش در اجتماع درمان مدار جهت تایید در اختیار سازمان بهزیستی محل فعالیت قرار گیرد.
 ۵. لازم است کلیه مراحل ارجاع شامل دلایل ارجاع، اقدامات صورت گرفته و نتایج در پرونده مددجو و سوابق مرکز ثبت گردد.

فصل هفتم

پیگیری

فصل هفتم – پیگیری

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

منابع پیگیری

۱. مددجو
۲. خانواده
۳. معرف

دوره های پیگیری

- الف- پیگیری قبل از ترخیص نهایی به منظور حضور مددجو در برنامه های غیر اقامتی در طول دوره بهبود و بازتوانی
- ب- پیگیری پس از ترخیص نهایی به منظور بررسی وضعیت مددجو

روش پیگیری

- غیر حضوری
- حضوری در صورت وجود امکانات و شرایط لازم در مرکز

فرایند پیگیری

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

الف- پیگیری قبل از ترخیص نهایی

الف - ۱) پیگیری غیر حضوری

۱. فهرست مددجویانی که دوره اقامتی آنها به پایان رسیده است با ذکر دوره باقی مانده غیر اقامتی باید در دفتر پیگیری قبل از ترخیص نهایی مرکز ثبت گردد. این کار باید توسط مددیار و بلافاصله پس از اتمام دوره اقامت مددجویان صورت گیرد.
۲. این فهرست باید در اختیار مددیاران قرار گیرد.
۳. مددیاران براساس این فهرست و طبق فرم ارزیابی و پایش مشارکت مددجو و خانواده در برنامه های بهبود و بازتوانی اسامی غایبین در برنامه بهبودی را استخراج می کنند.
۴. پس از سه روز غیبت مستمر مددجو در برنامه های بهبود و بازتوانی نام وی در فهرست پیگیری غیر حضوری وارد می شود.
۵. مسئول پیگیری در ابتدای هر روز وظیفه پیگیری غیر حضوری با این فهرست را برعهده دارد.

۶. در صورت موفقیت تماس و پاسخگویی مددجو، ضمن بررسی وضعیت مددجو باید از وی برای شرکت در برنامه های بهبود و بازتوانی دعوت کند. این تماس تحت عنوان تماس موفق تلقی شده و در پرونده و برگه مربوط ثبت گردد.
۷. در صورت عدم پاسخگویی تماس ناموفق تلقی شده و ضمن ثبت در برگه مزبور باید با فاصله ۲۴ ساعت تکرار شود.
۸. در صورت حضور مددجو پس از تماس موفق پیگیری موفق تلقی شده و در برگه های مزبور ثبت می گردد و در غیر اینصورت پیگیری ناموفق تلقی شده و در برگه مربوط ثبت می گردد.
۹. در صورت عدم حضور مددجو پس از تماس موفق اول (پیگیری ناموفق اول) مسئول پیگیری باید دومین پیگیری غیرحضوری را از خانواده یا معرف وی به عمل آورد.
۱۰. پس از سه بار تماس ناموفق و یا سه بار پیگیری ناموفق نام مددجو باید از فهرست پیگیری غیرحضوری خارج گردد.

الف-۲) پیگیری حضوری

- در صورت عدم حضور مددجو پس از سه بار پیگیری غیر حضوری چنانچه شرایط و امکانات لازم برای پیگیری حضوری در مرکز وجود داشته باشد به ترتیب زیر عمل خواهد شد
۱. فهرست پیگیری حضوری باید توسط مسئول پیگیری تهیه گردد.
 ۲. این فهرست باید به تایید مدیر داخلی مرکز برسد.
 ۳. پس از تایید مدیر داخلی و تامین امکانات لازم پیگیری حضوری توسط مسئول پیگیری به همراه مددیار خانواده از محل اقامت مددجو صورت خواهد گرفت.
 ۴. گزارش پیگیری باید در پرونده و فرم مربوطه ثبت گردد.
 ۵. در صورتی که در پیگیری حضوری ارتباط با مددجو، خانواده یا معرف وی امکانپذیر نباشد باید به عنوان تماس ناموفق تلقی شده و در برگه مزبور ثبت و عینا با فاصله حداکثر یک هفته تکرار گردد.

الف-۳) اتمام پیگیری

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

ب- پیگیری پس از ترخیص نهایی

ب-۱) بازه های زمانی پیگیری

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

ب-۲) فرایند پیگیری

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

این پروتکل مشتمل بر ۷ فصل مجزا تدوین شده است و

توسط معاون محترم وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و ریاست سازمان بهزیستی کشور، جهت اجرا ابلاغ می گردد. بدیهی است از تاریخ ابلاغ، لازم الاجرا بوده و کلیه دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مغایر با آن لغو خواهند شد.