



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime



دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد

شبكة بين المللى درمان وابستگی به مواد مخدر
و مراکز بازتوانی

درمان وابستگی به مواد مخدر: مدیریت بهبود پایدار



ترينت: شبکہ بین المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز بازتوانی

مدیریت بهبود پایدار

روش موفق

www.unodc.org/treatnet

وین، سپتامبر ۲۰۰۸

توضیح ضروری

دیدگاه‌های مطرح شده در این سند، دیدگاه‌های مؤلفین آن هستند و لزوماً بازتاب‌دهنده سیاست‌ها و دیدگاه‌های UNODC نیستند. ارجاع به یک سند یا وبسایت بیانگر این امر نیست که UNODC دقت اطلاعات موجود در آنها را تأیید می‌کند. این سند هنوز رسماً ویرایش نشده است.

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

سپاسگزاری و تشکر

کتابی را که ملاحظه می کنید، یکی از اسناد چهارگانه‌ای است که توسط پروژه GLOH43: تریت‌نت- شبکه بین‌المللی درمان وابستگی به مواد مخدر و مراکز بازتوانی، تهیه شده است. این سند پاسخی است به وظیفه UNODC در مورد تدوین و پخش روش‌های موفق در حوزه درمان وابستگی به مواد مخدر. در طول انجام فاز ۱، با هدف تسهیل پخش دانش و روش‌های موفق، شبکه‌ای بین‌المللی از مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی بیماران در کلیه مناطق به وجود آمد. این سند توسط اعضای یکی از چهار گروه کار تریت‌نت تهیه شده است و موضوعات اسناد مورد بحث عبارتند از:

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

دفتر سازمان ملل متحد در مورد مواد مخدر و جرم سپاسگزاری خود در موارد زیر اعلام می‌دارد:

- تأمین‌کنندگان بودجه پروژه GLO/H43: دولت‌های کانادا، آلمان، هلند، اسپانیا، سوئد، ایالات متحده آمریکا و بنیاد رابرت وود جانسون به خاطر کمک‌های سخاوتمندانه‌شان.
- کلیه مراکز تریت‌نت (به ترتیب حروف الفبا برحسب کشور) که در گروه کار مدیریت بهبود پایدار و نقاط محوری مربوطه تریت‌نت شرکت داشته‌اند، به خاطر برخورد حرفه‌ای، تعهد، شور و اشتیاق و حمایت متقابلی که از یکدیگر به عمل آوردند و نیز منابع پولی و زمانی که به شبکه اختصاص دادند:
 - ماریو آلبرتو زاپاتا از طرف کاریزما- مرکز توجه و بازتوانی یکپارچه سلامت روانی، مدلیون (کلمبیا)

- ماکس هاپر دیتزل از طرف مودرا، نورنبرگ (آلمان)
- شانتی رانگاناتان از طرف بنیاد تحقیقات بالینی تی تی رانگاناتان، چنای (هند)
- آکینوانده اکینهانمی از طرف بخش اعصاب و روان بیمارستان آرو، ابه‌اوکوتا (نیجریه)
- مایک بویل از طرف شرکت‌های فایه‌ته، پیوریا، ایلی‌نویز (ایالات متحده آمریکا)

UNODC و گروه کار مدیریت بهبود پایدار، مایلند تشکرات ویژه خود را به کارشناسان بین‌المللی، که پیش‌نویس اولیه این سند را بررسی و بازنگری کردند، به خاطر حمایت‌های سخاوتمندانه، بصیرت، ارائه بازخورهای سازنده و کمک به بهبود و نهایی کردن این سند تریت‌نت، اعلام دارند (به ترتیب حروف الفبا):

- ناتالی بارتلت گزلفافت فور تکنیشه زوسامن آربایت (GTZ)
 - آنا در بوئر، مشاور مستقل، توسعه ظرفیت و مربی‌گری
 - نیکولاس کلارک، سازمان بهداشت جهانی
 - جیمز ایگان، تریبون مواد مخدر اسکاتلند
 - دیوید مک‌دونالد، مشاور بین‌المللی مواد مخدر و توسعه
 - پاتریشیا کرامرتز، گزلفافت فور تکنیشه زوسامن آربایت (GTZ)
 - اینگو ایلجا میشلز، دفتر کمیساریای مواد مخدر فدرال، وزارت بهداشت فدرال (آلمان)
 - جاسک موسکاله‌ویتس، وزارت مطالعات الکلیسم و وابستگی به مواد مخدر، انستیتو روان‌پزشکی و اعصاب ورشو، لهستان
 - ولادیمیر پوزنیاک، سازمان بهداشت جهانی
 - نیکولا سینگلتن، کمیسیون خط‌مشی مواد مخدر انگلستان، گروه اجماع در مورد بهبود
 - رابرت وان لاورین، سازمان توسعه صنعتی ملل متحد
 - اینتس وینگارد، سازمان توسعه صنعتی ملل متحد
 - همکاران دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC): کریستینا آلبرتین (بولیوی)، خام نوآن حسام (لائوس)، استلا ماریس - دئون (وین)، آنجا کورنلیک (وین)، ایزابل پالاسیوس (پرو)، خورگه ریوس (وین)
- گذشته از این، UNODC و گروه کار تربیت‌نت در مورد مدیریت بهبود پایدار مایلند از اشخاص زیر به خاطر کمک قابل توجهشان به این سند سپاسگزاری کنند:
- کانسوئلو کاساروتو، کارشناس شیوه‌های توسعه و معاش
 - مارگریت شیلا مارتیندیل، شرکت وایلد‌ماینند کامیونیکیشنز
 - دیوید مور، شرکت‌های فایه‌ته
 - آرون پینتو، پزشک، معاون خدمات درمانی شرکت‌های فایه‌ته
 - ویلیام وایت، چستنت‌هالت سیستمز / انستیتو لایت‌هاوس
 - ماریا جی. زارزا، دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس - پروژه یکپارچه سوء مصرف مواد (UCLA/ISAP)
 - و کلیه آنهایی که اطلاعات لازم برای تهیه مطالعات موردی را فراهم کردند (فصل ۴)

فهرست مطالب

مقدمه و نگاه اجمالی

شرح مختصری از سابقه امر

تعریف روش‌های موفق، مبتنی بر شواهد علمی و امیدبخش

چه کسی می‌تواند از این راهنما استفاده کند

نگاه اجمالی به فصل‌های کتاب

فصل ۱: روش مدیریت بهبود پایدار

امرار معاش پایدار

چارچوبی برای بهبود

سرمایه بهبود

روش مدیریت بهبود پایدار

مزایای روش مدیریت بهبود پایدار

فصل ۲: اجزاء مدیریت بهبود پایدار

اجزاء مدیریت بهبود پایدار

قلمرو ۱: سلامت جسمی و روانی

قلمرو ۲: خانواده، حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های گذران فراغت

قلمرو ۳: مسکن امن و محیط‌های مساعد برای سلامت و بهبود

قلمرو ۴: حمایت متکی به همتایان

قلمرو ۵: اشتغال و حل و فصل مسائل قانونی

قلمرو ۶: مهارت‌های شغلی و توسعه آموزشی

قلمرو ۷: درآمیختن با جامعه و نوسازی فرهنگی

قلمرو ۸: مسیرهایی برای کشف (مجدد) معنا و هدف در زندگی

فصل ۳: شالوده‌های ایجاد سرمایه بهبود

گام‌هایی در جهت ایجاد سرمایه بهبود

قلمرو ۱: حمایت از سلامت جسمی و روانی

قلمرو ۲: خانواده، حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های گذران فراغت

قلمرو ۳: مسکن امن و محیط‌های مساعد برای سلامت و بهبود

قلمرو ۴: حمایت متکی به همتایان

قلمرو ۵: اشتغال و حل و فصل مسائل قانونی

قلمرو ۶: مهارت‌های شغلی و توسعه آموزشی

قلمرو ۷: در آمیختن با جامعه و نوسازی فرهنگی

قلمرو ۸: معنا و هدف در زندگی

فصل ۴: مطالعات موردی

روش‌های نویدبخش در عرصه عمل

ترویج بنگاه‌های خرد و آموزش حرفه‌ای در کوچابامبا تراپیکس (منطقه حاره):

بولیوی

آموزش: کامبوج

حمایت فرهنگی: کانادا

آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و اشتغال: آلمان

برنامه اشتغال ویژه برای جوانان در معرض خطر: هندوراس

حمایت خانواده: هند

آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و اشتغال: نیجریه

حمایت قانونی: اسپانیا

حمایت همتایان: ایالات متحده آمریکا

فصل ۵: حمایت و طرفداری

گروه‌های هدف در سطح شخصی و اجتماعی

گروه‌های هدف در سطح نهادی و کشوری

روش‌های طرفداری

منابع اطلاعات

فصل ۶: مدیریت بهبود پایدار: مستندسازی و ارزیابی

یک روش گام به گام برای مستندسازی و ارزیابی

گام ۱: برپا کردن یک گروه ارزیابی

گام ۲: توصیف مشروح برنامه

گام ۳: ارزیابی منابع موجود برای انجام ارزیابی

گام ۴: شناسایی و اولویت‌بندی حوزه‌های ارزیابی

گام ۵: خلق پرسش‌های ارزیابی

گام ۶: طراحی برنامه (پروژه)

گام ۷: انتخاب ملاک‌ها یا ابزارها

گام ۸: مدیریت داده

گام ۹: تحلیل و تفسیر داده‌ها

گام ۱۰: استفاده از نتایج و درس‌آموخته‌ها

پیوست ۱: تصاویر فصل‌های ۱ و ۳

پیوست ۲: ابزارهای غربالگری و ارزیابی

پیوست ۳: منابع فصول و مطالبی برای مطالعه بیشتر

مقدمه و نگاه اجمالی

شرح مختصری از سابقه امر

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

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

- درمان جامعه‌محور
 - درمان وابستگی به مواد مخدر در محیط‌های زندان
 - نقش درمان وابستگی به مواد مخدر در پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از آن، و
 - مدیریت بهبود پایدار
- گذشته از این، بسته ظرفیت‌سازی Treatnet راهنماهای آموزشی جامعی در مورد موضوعات زیر ارائه می‌دهد:

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

تعریف روش‌های موفق، مبتنی بر شواهد علمی و آینده‌دار

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

- ارتباط با نیازهای محلی

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

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

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

درجه‌بندی قدرت شواهد علمی

۱ الف: شواهد به دست آمده از فراتحلیل آزمایش‌های تصادفی تحت کنترل.

۱ ب: شواهد به دست آمده از دست کم یک آزمایش تصادفی تحت کنترل.

۲ الف: شواهد به دست آمده از دست کم یک تحقیق تحت کنترل بدون انتخاب تصادفی

۲ ب: شواهد به دست آمده از دست کم یک نوع دیگر تحقیق شبه‌تجربی

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

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

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

چه کسی می‌تواند از این راهنما استفاده کند؟

هدف از تدوین این سند آن است که از آن به عنوان یک راهنمای عملی برای اشخاص یا سازمان‌هایی استفاده شود که مایلند به صورتی یکپارچه با خدمات درمانی موجود در جامعه یا در همکاری و هماهنگی با آنها، حمایت‌های خود را از افرادی که از مشکلات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و در تلاش تجدید قوا و بهبود هستند، توسعه دهند یا بهبود بخشند. (به راهنمای خدمات درمان جامعه‌محور، یکی از چهار راهنمای آموزشی مراجعه کنید که برای کمک به ارائه‌دهندگان درمان وابستگی به مواد مخدر در سراسر جهان طراحی شده‌اند). مخاطبین اصلی این راهنما عبارتند از:

- پزشکانی که به ارائه خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات بازتوانی، به ویژه در کشورهای کم‌درآمد اشتغال دارند، و
- پرسنل صف مقدم درمان (برای مثال، مددکاران اجتماعی، کارکنان پشتیبانی درمانی و روان‌پزشکی)

دیگر مخاطبین از جمله، اما نه محدود به این موارد، عبارتند از:

- سیاست‌گذاران حکومت
- سازمان‌های غیردولتی (NGOs)
- نهادهای دانشگاهی
- گروه‌های طرفدار مبتلایان و گروه‌های اجتماعی
- آموزشگران و کارفرمایان
- نظام قضایی، و
- عامه مردم

نگاه اجمالی به فصول کتاب

فصل ۱ روش نوظهور مدیریت بهبود پایدار را با ارائه شرحی اجمالی از برخی از مفاهیم اساسی آن که از حوزه‌های متنوعی اخذ شده است (برای مثال، تأمین معاش پایدار، چارچوب بهبود، و سرمایه بهبود)، معرفی می‌کند. برخی از این مفاهیم، هرچند هنوز به صورت جدی آزمایش نشده‌اند، در روش موفق‌تری که هم‌اکنون در حوزه درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی به کار گرفته شده است، مستتر است. این فصل همچنین اصول اساسی مدیریت رفتاری بهبود سلامت را به عنوان شقی به جای مدل سنتی "پذیرش، درمان و ترخیص" معرفی می‌کند.

فصل ۲ نتایج به دست آمده از مرور بر ادبیات موضوع را در مورد انواع گوناگون حمایت از بهبود برای پایدار کردن بهبود از وابستگی به مواد مخدر، ارائه می‌دهد. این فصل همچنین به بررسی این امر می‌پردازد که چگونه خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی را می‌توان به صورتی اثربخش در چارچوب یک مدیریت بهبود پایدار، که به نیازهای متقاضی به شیوه‌ای کل‌نگر پاسخ دهد، یکپارچه کرد.

فصل ۳ برای آنهایی تدوین شده است که به "چه" و "چگونه" عملی‌تر پیاده‌سازی یک روش مدیریت بهبود پایدار علاقه‌مندند. این فصل با طرح ایده‌های راهنما و ارائه فهرستی از گام‌های عملی به عنوان ابزار ریختن شالوده‌های لازم برای ایجاد (بازسازی) حمایت‌های مورد نیاز از بهبود در هشت قلمرو (که به آن سرمایه بهبود نیز گفته می‌شود)، به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهد.

فصل ۴ روش‌های موفق پروژه‌هایی را که با تأکید بر حمایت‌های لازم از بهبود، به توسعه رویکردهای بازتوانی و بازگشت مجدد بیمار به جامعه موفق شده‌اند، ارائه می‌کند. این مطالعات موردی، در عین اینکه رنگ و بوی منطقه‌ای و موضوعی دارند، محیط‌های فرهنگی و منابع مناطق ویژه‌ای را بازتاب می‌دهند.

فصل ۵ توجه خود را با هدف قراردادن گروه‌ها در کلیه سطوح جامعه (سطوح بین‌فردی و اجتماعی و نیز در سطوح نهادی و ملی)، بر شیوه‌های طرفداری از جلب حمایت برای بهبود اشخاصی متمرکز ساخته است که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند: این فصل نشان می‌دهد که چگونه می‌توان به کمک جلب طرفداری و امداد گسترده، آگاهی را در کلیه سطوح جامعه درباره روش نوظهور و نویدبخش مدیریت بهبود پایدار بالا برد.

فصل ۶ به عناصر مورد نیاز برای مستندسازی و ارزیابی پروژه‌ها از دیدگاه مدیریت بهبود پایدار می‌پردازد. این فصل به ترویج یک رویکرد گام به گام به مستندسازی اقدام می‌کند و فهرستی از ۹ گام مورد نیاز برای اجرای یک ارزیابی موفق را ارائه می‌دهد. به عنوان مثال، یک برنامه شغلی نشان می‌دهد که چه چیز مورد نیاز است. همچنین برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارزیابی خدمات به پیوست ۲ مراجعه کنید).

فصل ۱: روش مدیریت بهبود پایدار

سلامتی عبارت است از وضعیت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و صرفاً فقدان بیماری یا عارضه نیست. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۶)

این سند پیوستار یکپارچه‌ای از چارچوب درمانی و توصیه‌ها عرضه می‌کند که از طریق مروری بر ادبیات و روش‌های موفق، به منظور بازتوانی دراز مدت و اثربخش و بازگشت مجدد به جامعه اشخاصی که به وابستگی به مواد مخدر دچار بودند، تدوین شده است. در رویکرد مدیریت بهبود پایدار، وابستگی به مواد مخدر یک بیماری چندعاملی است که اغلب از الگوی عود و فروکش یک اختلال مزمن تبعیت می‌کند (ای.تی. مک‌للان، دی. سیه لویس، اوبراین و دیگران، ۲۰۰۰، ای.تی. مک‌للان و سی. ویزنر، ۱۹۹۶). این فصل روش نوظهور مدیریت بهبود پایدار را برای درمان وابستگی به مواد مخدر، بازتوانی و بازگشت مجدد به اجتماع، معرفی می‌کند.

این رویکرد، به آن صورت که در اینجا تشریح شده است، چارچوب امرار معاش پایدار را، که از حوزه همکاری در توسعه و پرورش اخذ شده است، و سرمایه بهبود ویژه وابستگی به مواد مخدر/ روش چارچوب بهبود را به عنوان یک مفهوم سامان‌دهنده و یک ابزار ارزیابی برای پزشکان حوزه خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی، تلفیق می‌کند. عناصر این روش، که از حوزه‌های متفاوت اخذ شده‌اند، تنها تاحدی در این ترکیب به کار گرفته و ارزیابی شده‌اند. از این رو، این روش نویدبخش همچنان برای تأیید اثربخشی به ارزیابی دقیق نیازمند است. مطالعات موردی که در فصل ۴ ارائه شده‌اند و از پروژه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر موجود گرفته شده‌اند که با موفقیت برخی از عناصر اصلی این روش را به خدمت گرفته‌اند، مثال‌هایی از این روش نویدبخش به شمار می‌روند.

این فصل چارچوب امرار معاش پایدار و چارچوب بهبود را معرفی و آنها را به یکدیگر پیوند می‌زند. این فصل با ارائه مقدمه‌ای درباره روش عملی‌تر مدیریت بهبود پایدار که موضوع اصلی فصول آتی است، پایان می‌یابد.

امرار معاش پایدار

مفهوم امرار معاش پایدار از حوزه همکاری در توسعه مشتق می‌شود. هدف از ارائه این مفهوم آن است که به پزشکان کمک کند تا:

الف) شیوه معاش گروه‌های منزوی و حاشیه‌ای و موقعیت آنها را، از دریچه چشم آنها، بهتر درک کنند، و

ب) به تقویت تلاش‌های کاهش فقر کمک کنند. طبق نظر فائو (سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد)، امرار معاش پایدار به این صورت تعریف شده است:

قابلیت‌ها، دارایی‌ها - هم منابع مادی و هم اجتماعی - و فعالیت‌های مورد نیاز برای امرار معاش. امرار معاش پایدار خواهد بود هر آینه بتواند از عهده استرس و شوک برآید و از آنها به سلامت بگذرد، قابلیت‌ها و دارایی‌های خود را حفظ کند یا ارتقا دهد و منافع خالصی عاید معاش دیگران در محل، و نیز به صورتی گسترده‌تر، کند و در همان حال، هم در حال حاضر و هم در آینده، بنیاد منابع طبیعی را تحلیل نبرد.

هرچند مفهوم امرار معاش پایدار در چارچوب پیوستار درمان وابستگی به مواد مخدر، بازتوانی^۱ و بازگرداندن بیمار به اجتماع، به کار گرفته نشده است، در اینجا پیشنهاد می‌شود (همچنین به تصویر ۱، پیوست ۱ مراجعه کنید) آنهایی که به توسعه خدمات مدیریت بهبود پایدار اشتغال دارند یا در آن عرصه کار می‌کنند، از آن به عنوان یک مرجع راهنما بهره گیرند.

ایجاد حمایت‌های لازم برای حفظ امرار معاش پایدار، برای اشخاصی که در فرایند بازتوانی و بازگشت مجدد به جامعه به سر می‌برند، امنیت مالی بیشتر و این فرصت را فراهم می‌کند که به سمت محیط‌های اجتماعی و روابط اجتماعی مساعدتر برای دستیابی به ثبات و تغییرات مثبت روی آورند.

در این سند، **امرار معاش پایدار** همچنین به عنوان شیوه‌ای جامع برای درک، ارزیابی و حمایت از منابع انسانی، اجتماعی و شغلی مورد نیاز برای حمایت از مردم برای آنکه به ثبات و بهزیستی در زندگی خود دست یابند و پیامدهای منفی سلامتی و اجتماعی مصرف مواد مخدر را کاهش دهند، تعریف شده است.

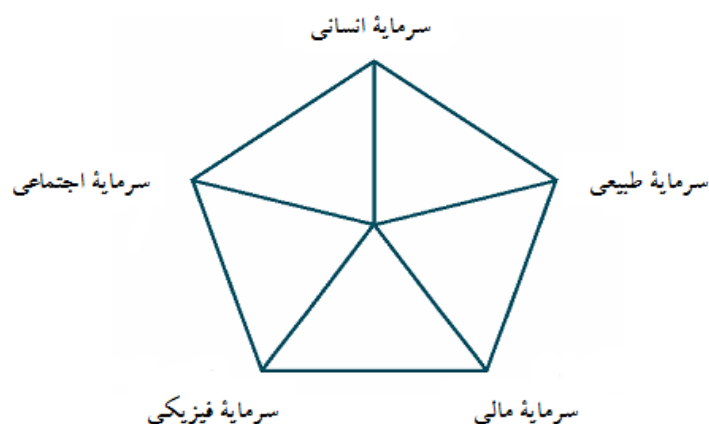
ویژگی‌های زیر چارچوب **امرار معاش پایدار** را، که از دی‌آی‌دی (وزارت توسعه بین‌المللی انگلستان)

^۱ خوب است توجه داشته باشیم که در مورد برخی اشخاص (به ویژه جمعیت‌های آسیب‌پذیر)، ممکن است مشکل ما پیوستن فرد به جامعه و "بازتوانی" باشد. در برخی کشورها که در آنها وابستگی به مواد مخدر دیرپاست و با محیط‌های اجتماعی-اقتصادی نامساعد وخیم‌تر هم شده است، پرسشی که مطرح است، این است که در مورد افرادی که اصلاً هیچ‌گاه با جامعه درنیامیخته بودند و از توانمندی برخوردار نبودند، چگونه می‌توان از بازتوانی یا درآمیختن مجدد سخن گفت؟ از این رو، فرایند بازتوانی در فضایی کاملاً تازه شکل خواهد گرفت و نه بازگشت به وضعیتی بی‌نهایت فقیر و ضعیف و به لحاظ اجتماعی مختل و نابسامان که قبل از آنکه مصرف مواد مخدر را آغاز کنند، در آن زندگی می‌کردند (نقل از ایمیلی به تاریخ ۱۸ ژانویه ۲۰۰۸ از سوی دیوید مک‌دونالد، مشاور کاهش تقاضا، افغانستان)

اقتباس شده است، تشکیل می‌دهند (تصویر شماره ۱، پیوست ۱). چارچوب امرار معاش پایدار، به دلایل زیر ابزار ارزیابی گسترده و مفیدی است:

- **نقاط ورود مناسب** را برای توسعه امرار معاش شناسایی می‌کند،
 - **فهرست مقابله‌ای** برای تشخیص میزان فراهمی امکانات امرار معاش / منابع ارائه می‌دهد،
 - توجه را به سمت **تعاملات متعدد** میان عوامل اصلی مؤثر بر امکانات امرار معاش معطوف می‌کند،
 - **مردم-محور** است، یعنی در گردآوری داده‌های متعدد و انجام تحلیل در مورد امکانات امرار معاش مردم، مفید است، تغییر این عوامل در طول زمان را دنبال می‌کند، و توجه خود را بر تأثیر فرایندهای خط‌مشی و فرایندهای نهادی بر افراد و خانوارها متمرکز می‌کند،
 - **کل‌نگر** است، برای مثال، عواملی که فرصت‌های موجود برای نتایج امرار معاش بهتر را کاهش یا افزایش می‌دهند، سامان می‌دهند،
 - **پویاست**، از این لحاظ که موقعیت‌های آسیب‌پذیری را، که ناشی از وارد شدن شوک بر امرار معاش هستند (نظیر از دست دادن شغل، طلاق، بیماری، مرگ عزیزان، برباد رفتن دارایی به خاطر بلایای طبیعی، و اختلافات)، مورد توجه قرار می‌دهد،
 - **قوت-محور** است، زیرا توجه خود را بر نقاط قوت مردم و قابلیت‌های ذاتی آنها متمرکز می‌کند که از طریق شبکه‌های اجتماعی، دسترسی به منابع فیزیکی و زیرساخت، شامل توانایی اعمال نفوذ بر سیاست‌گذاری و محیط نهادی، به دست آمده‌اند،
 - بر پایداری تأکید دارد، از این لحاظ که به دنبال یافتن راه‌حل‌های پایدار است (برای مثال، راه‌حلی که می‌تواند بهبود درازمدت را تسهیل کنند)، و
 - **شخصی را به سیاسی پیوند می‌زند**، به صورتی که در روش چندلایه تأمین معاش پایدار مشاهده می‌شود که برای شناسایی استراتژی‌های حمایتی در محیط بلاواسطه، امری اساسی است (برای مثال، تلاش‌ها و دارایی‌های شخصی، ابتکارات و نقاط قوت در سطح جامعه)، و هر دو را به کارپایه خط‌مشی عمومی گسترده‌تری پیوند می‌زند تا به نتایج مثبت دست یابد.
- از چارچوب تأمین معاش پایدار و به طور اخص پنج‌ضلعی دارایی آن (تصویر شماره ۲، پیوست ۱) می‌توان به عنوان ابزارهای ارزیابی استفاده کرد تا:

- با شناسایی و افزایش نقاط قوت، فرصت‌ها و دارایی‌های اشخاصی که دارای وابستگی به مواد مخدر هستند، در عرصه‌های مهمی نظیر سرمایه انسانی، سرمایه طبیعی، سرمایه مالی، سرمایه فیزیکی و سرمایه اجتماعی، تأمین معاش آنها را در رابطه با تأمین معاش جوامعشان تجزیه و تحلیل کرد.



<p>سرمایه مالی و فیزیکی شامل دارایی‌های اقتصادی و مالی (برای مثال، درآمد، اموال و سرمایه‌گذاری‌ها)، زیرساخت اساسی، و کالاهای مولد (نظیر ابزارها و تجهیزات) می‌شود که برای حمایت از تأمین معاش لازمند: حمل و نقل، سرپناه مطمئن، آب سالم و تأسیسات بهداشتی، انرژی پاک و ارزان.</p>	<p>سرمایه انسانی بیانگر یک شرط اصلی برای دسترسی به دیگر بلوک‌های سازنده تأمین معاش است. سرمایه انسانی شامل سلامت مناسب، دانش و مهارت‌های لازم است (برای مثال، آموزش دانشگاهی و مهارت‌های شغلی) که همه آنها می‌توانند راه ورود به بازار کار را هموار کنند. سرمایه انسانی حاصل جمع کلیه منابع شخصی است که می‌توان از آنها برای مبارزه با فقر در بستر تجدید قوا و بهبود و وابستگی به مواد بهره گرفت.</p>
<p>سرمایه طبیعی شامل منابع طبیعی است که تأمین معاش از آنها حاصل می‌شود (برای مثال، زمین، درختان، خدمات زیست‌محیطی مهم و غذا).</p>	<p>سرمایه اجتماعی شامل کلیه منابعی است که می‌توان آن را از شبکه‌های اجتماعی، عضویت‌ها و روابط اعتماد و روابط متقابل، که می‌توانند از خلق شبکه‌های امن حمایت کنند، به دست آورد. سطوح بالای سرمایه اجتماعی به میزان قابل توجهی به سرمایه انسانی اضافه می‌شوند.</p>

در پرتو این واقعیت که در یک محیط فقرزده، افرادی که از مشکلات مواد مخدر رنج می‌برند، از آسیب‌پذیری ویژه‌ای رنج می‌برند و نیازمند دسترسی به منابع کمیاب موجود در جامعه هستند، دیگر اجزاء چارچوب تأمین معاش پایدار (موقعیت آسیب‌پذیری، ساختارها و فرایندهای متحول‌کننده، تصویر ۱، پیوست ۱) به استقرار فرایند مدیریت بهبود پایدار در متن شالوده اجتماعی-اقتصادی و سیاسی وسیع کمک می‌کند تا:

- عوامل خارجی (اجتماعی، اقتصادی و نهادی) که می‌توانند بر احتمال تحقق بهبود پایدار و بازگشت به جامعه تأثیر بگذارند، آن را تقویت یا تضعیف کنند، شناسایی کنیم و آنها را مد نظر قرار دهیم،
- به جستجوی روش‌های دگرگون کردن عوامل اساسی سیاسی-اقتصادی و اجتماعی برآیم که بر سطوح کلی فقر، منزوی کردن، طرد اجتماعی، انگ‌زدن و وابستگی به مواد مخدر تأثیر دارند، و
- با توجه به اوضاع و احوال موقعیتی ویژه، اثربخشی برنامه‌های پیشگیری، درمان و بازتوانی وابستگی به مواد مخدر را ارزیابی کنیم.

بهبود و چارچوب بهبود

درمان وابستگی به مواد مخدر- در چارچوب یک الگوی فکری درمان یک وضعیت حاد و علائم-محور- قادر نبوده است که به نحو شایسته‌ای ماهیت پیچیده و چندعاملی وابستگی به مواد مخدر را که اغلب از یک الگوی عود و تخفیف تبعیت می‌کند، را مد نظر قرار دهد. الگوی سنتی "پذیرش، درمان و ترخیص" که از چرخه‌های ناپایدار و تکرارشونده نرخ‌های بالای ترک درمان، عود بیماری پس از درمان و پذیرش مجدد تشکیل شده است، یأس و ناامیدی به بار آورده است. به عنوان پاسخی به این وضعیت، توجه به سمت نگرش درازمدت‌تر مدیریت بهبود پایدار معطوف شده است (وایت ۲۰۰۷، وایت و دیویدسون، ۲۰۰۶) که حیطه‌ای بسیار گسترده‌تر و کل‌نگرتر از مدل‌های بهبود خطی را دربر می‌گیرد (بردستریت، ۲۰۰۴).

در حالی که هنوز هیچ‌گونه تعریف جامعی از بهبود که مورد قبول همگان باشد، ارائه نشده است (بتی فورد اینستیتوت کانسنسِس پَنل، ۲۰۰۷)، تعاریفی که ذیلاً ملاحظه می‌کنید، دیدگاهی قوت-محور از بهبود را به نمایش می‌گذارند که در راستای مداخله‌های درازمدت و کل‌نگر، نظیر مدیریت بهبود پایدار قرار دارند:

بهبود یک فرایند و تجربه زنجیره‌وار است که افراد، خانواده‌ها و جوامع از طریق آنها، از منابع داخلی و خارجی خود برای حل و فصل مشکلات مربوط به وابستگی به مواد مخدر و سوءمصرف مواد بهره می‌گیرند، فعالانه آسیب‌پذیری مداوم خود را در مقابل این مشکلات مدیریت می‌کنند و زندگی سالم،

ثمربخش و هدفمندی برای خود به وجود می‌آورند.

(اقتباس از دبلیو. وایت، ۲۰۰۷)

و

بهبود یک اصطلاح خلاصه است حاکی از کارکرد مثبت افرادی که برای غلبه بر مشکلات مصرف مواد اقدام کرده‌اند، در اغلب قلمروهایی که معمولاً سنجش نتایج فعالیت فرد در آنها واجد اهمیت است

(اقتباس از ای. تی. مک‌للان، ام. چاک، و جی بارتلت، ۲۰۰۷)

و

بهبود ممکن است بهترین واژه برای جمع‌بندی کلیه مزایای مثبتی باشد که عاید سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد مبتلا به وابستگی به الکل و دیگر مواد مخدر می‌شود، هنگامی که آنها از کمکی که به آن نیاز دارند، برخوردار شوند

(بتی فورد اینستیتوت کانسنسینس پنل، ۲۰۰۷)

چارچوب بهبود با تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت همخوانی دارد ("سلامت وضعیت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است"، WHO، ۱۹۸۶) و درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی را با نظام‌های بهبودگرای مراقبت و درمان که کلیه قلمروهای کیفیت زندگی یک شخص را دربر می‌گیرند (برای مثال، جسمی، شغلی، اجتماعی، فرهنگی و روحی).^۱

عناصر اصلی چارچوب بهبود که، طبق تعریف ادبیات موضوع ذیلاً ارائه شده‌اند، عناصر مدل تأمین معاش پایدار را به ذهن متبادر می‌کنند و بر سازگاری این دو رویکرد مهر تأکید می‌زنند. این عناصر عبارتند از:

۱) **تأکیدی قوت-محور و متقاضی-محور دارد.** این مدل به فرد این توانمندی را می‌دهد که به سمت یک زندگی سالم، ثمربخش و هدفمند حرکت کند. از این روست که متقاضی مالک و سرپرست نهایی فرایند بازتوانی موفق و بازگشت مجدد موفق به دامان جامعه به شمار می‌رود (کلود و گرانفیلد، ۲۰۰۱، دبلیو، وایت، ۲۰۰۷)

^۱ همچنین به انستیتو ملی در مورد سوء مصرف مواد مخدر تحت عنوان "اصول درمان اثربخش اعتیاد به مواد مخدر: راهنمای مبتنی بر تحقیقات" <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT1.htm> مراجعه کنید که اهمیت دسترسی به حمایت‌های بهبود دراز مدت را تأیید می‌کند

۲) **محرك آن را نتايج بهبود تشكيل مي دهد.** مقصود از بهبود، يك فرايند زنجيره وار است. با دسترسي به روش هاي موفق و خدمات مبتني بر شواهد علمي، مي توان از طريق مراحل بازتواني و بازگشت مجدد به جامعه، به متقاضي كمك كرد منابع لازم را براي دنبال كردن يك زندگي هدفمند و ارزشمند در جامعه فراهم آورد. مسيرهاي زيادي براي دستيابي به تغيير و ثبات ديرپا، اعاده مجدد حس خوديابي و عزت نفس، (باز)كشف معنا و هدف در زندگي خود و توسعه روابط بين شخصي و اجتماعي نيرومندتر وجود دارد. عوامل پشتيبان بهبود مي توانند به كشف شيوه هايي كه بهتر از همه با نيازهاي متقاضي مطابقت دارند، كمك كنند.

۳) **درك مي كند كه موقعيت و محيط بر فرايند بهبود و احتمال تحقق نتايج بهبود تاثير مي گذارد.** سوابق شخص، فرهنگ، جنسيت، تجارب قبلي، عوامل خارجي (براي مثال، خط مشي هاي تنبهي كه تقويت كننده طرد اجتماعي افرادند، انگ زدن و تبعيض و عوامل كشاورزي-اقليمي نامساعد، موانع نهادي)، فرصت هاي اشتغال و آموزش، مسكن و طرد اجتماعي، همگي به ميزان زيادي بر نتايج بهبود تاثير دارند (وايت و كورتس، ۲۰۰۶). گذشته از اين، مي توان كاملاً همسو با چارچوب تأمين معاش پايدار اعلام كرد كه

میزانی که کسی از سلامت و بهزیستی برخوردار است، تحت تأثیر طیف گسترده‌ای از عوامل اجتماعی، زیست محیطی و فردی قرار دارد و به چیزی بسیار بیشتر از مدیریت علائم بیماری مربوط می شود (بردستريت ۲۰۰۴)

۴) **مشوق تأمين مناسب فرهنگي و حساسيت جنسيتي است.** اين روش با ادغام روش هاي فرهنگي و حمايت اجتماعي در درمان و بازگشت مجدد به دامن جامعه با روي باز برخورد مي كند. همچنين، برنامه ريزي پروژه ها، با به حساب آوردن موانعي كه دسترسي به درمان را براي زنان دشوار مي كند (براي مثال، انگ زدن، برنامه هاي زمان بندي درمان انعطاف ناپذير، دوري از خانه و فقدان مهدكودك براي كودكان)، تدوين خط مشي ها و برنامه ريزي متفاوت براي زنان و مردان را در درمان تسهيل مي كند.

۵) **مشوق استفاده از روش هاي محكم و قاطعانه به مراقبت و درمان يکپارچه و مداوم است.** اين روش ها بر ايجاد روابط حمايتي درازمدت با متقاضيان و تأمين تداوم خدمات به منظور

افزایش سرمایه بهبود آنها تأکید دارند. طول زمان و شدت کنترل‌ها و پایش‌ها نیز در دوره‌های افزایش آسیب‌پذیری افراد در مقابل عود اعتیاد، تغییر می‌کند (دبلیو. وایت و ای. کورتس، ۲۰۰۶).

۶) **خانواده‌ها و/ یا افراد مهم دیگر (از نظر متقاضی درمان) را هم به عنوان شرکت‌کننده و هم شریک در فرایند بهبود وارد می‌کند.** این امر با درگیر کردن فعالانه آنها در متعهد کردن متقاضی به درمان و تدوین برنامه‌ها و فرایندهای بهبود متقاضیان به نمایش درآمده است. حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در فرایند بازتوانی و بازگشت مجدد فرد به جامعه ایفا کند.

۷) **به جامعه همچون مخزن منابع، فرصت‌ها و حمایت می‌نگرد.** با درک این امر که هیچ سازمان و/ یا نهاد واحدی نمی‌تواند همه منابع اساسی برای فراهم کردن پیوستار درمان را تأمین کند، این روش به توسعه حمایت‌ها از طریق شبکه‌سازی در جامعه و همکاری با موجودیت‌ها و منابع متعدد، علاقه‌مند و آن را تشویق می‌کند (به وایت، در مطبوعات مراجعه کنید). تأکید در این روش بر آموزش عامه، از طریق فراهم کردن طرفداری، در مورد منافع بهبود، و بر تشریک مساعی با منابع حمایتی موجود بهبود به منظور توسعه استراتژی‌ها و خدمات یکپارچه بهبود، قرار دارد. ایجاد مشارکت هدفمند در جامعه یکی از اجزاء اصلی چارچوب بهبود به شمار می‌رود.

۸) **درک می‌کند که مبارزه با انگ‌زنی در مورد وابستگی به مواد مخدر و غلبه بر آن، برای کسب حمایت اجتماعی و حفظ آن در فرایند بهبود فرد، اهمیت اساسی دارد.** از این رو، جلب طرفداری و سیاست‌گذاری برای تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیران و متقاعد کردن آنها، آموزش دادن تأمین‌کنندگان خدمات و جامعه در کلیه سطوح درباره موضوع وابستگی به مواد مخدر و مزایای درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی برای فرد و جامعه، تشویق می‌شود (به فصل ۵ مراجعه کنید).

سرمایه بهبود

در این متن، **سرمایه بهبود** عبارت است از "مجموع منابع شخصی و اجتماعی که در اختیار انسان برای پرداختن به وابستگی به مواد مخدر خود و به طور عمده، تقویت ظرفیت و فرصت‌های او برای بهبود قرار دارد" (کلاود و گرنفیلد، ۲۰۰۱)

کارشناسان و پزشکان می‌توانند از سرمایه بهبود به عنوان ابزاری برای درمان وابستگی به مواد مخدر، شناسایی

نقاط قوت بیماران خود، حمایت از آنها در برپایی و حفظ تأمین معاش پایدار و در عین حال، مشاهده کل نگر کلیه قلمروهای زندگی، استفاده کنند. این روش به سراغ افراد، "در همان جایی که هستند"، می‌رود و از آنها در تمامی طول پیوستار درمان، بازتوانی و بازگشت مجدد به دامن جامعه، حمایت می‌کند.

ایجاد سرمایه بهبود، یک روش قوت-محور است. این روش مستلزم شناسایی و تکیه به دارایی‌های شخصی و اجتماعی عمده متقاضی است که ممکن است در زندگی گذشته او شکل گرفته یا به تازگی به دست آمده باشند. این دارایی‌ها می‌توانند از تعهد بیمار به درمان حمایت کنند و انگیزش او را برای درمان، فرایند درمان و بهبود مداوم از مشکلات ناشی از وابستگی به مواد مخدر، تقویت کنند.

هشت قلمرو سرمایه بهبود که توسط گروه کار تربیت‌نت شناسایی شده‌اند و در تصویر شماره ۳ به نمایش درآمده‌اند، عبارتند از:

۱. سلامت جسمی و روانی
۲. حمایت‌های خانواده، حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های اوقات فراغت
۳. مسکن مطمئن و امن و محیط‌های سالم
۴. حمایت هم‌تایان
۵. اشتغال و حل و فصل مسائل حقوقی
۶. مهارت‌های شغلی و توسعه آموزش
۷. پیوستن به جامعه و حمایت فرهنگی، و
۸. کشف (مجدد) معنا و هدف در زندگی.

فقدان چنین دارایی‌هایی می‌تواند فرایند بهبود و نتایج مطلوب را با دشواری روبه‌رو کند. بدین‌قرار، مفهوم سرمایه بهبود مکمل پنج ضلعی چارچوب تأمین معاش پایدار است (تصویر ۱ و ۲، پیوست ۱).

تصویر ۳: ۸ قلمرو سرمایه بهبود

حمایت‌های اساسی برای دستیابی به بازگشت مجدد به جامعه



منبع: گروه کار تربیت‌نت در مورد مدیریت بهبود پایدار

رویکرد مدیریت بهبود پایدار

پذیرش وابستگی به مواد مخدر، به عنوان یک اختلال سلامتی چندعاملی، که اغلب از دوره عود و تخفیف یک بیماری مزمن تبعیت می‌کند، این ضرورت را به وجود آورده است که تأکید از درمان وابستگی به مواد مخدر به شیوه مراقبت و درمان حاد، به روش مدیریت بهبود پایدار در جامعه متوجه شود. مدیریت بهبود پایدار بسیاری از اجزاء اصلی سرمایه بهبود و چارچوب تأمین معاش پایدار را به کار می‌بندد. روش مدیریت بهبود پایدار به لحاظ خدماتی:

- از یک رویکرد قوت-محور بهره می‌گیرد که منابع موجود در زندگی متقاضیان را مد نظر قرار می‌دهد،
- حوزه‌های اصلی زندگی / هشت قلمرو سرمایه بهبود (و روابط متقابل بالقوه پیچیده میان آنها) را، که می‌توانند از بازگشت فرد دارای وابستگی به مواد مخدر به دامن اجتماع حمایت کنند، مورد توجه قرار می‌دهد،

- طیف گسترده‌تری از خدمات حمایتی بازتوانی و بازگشت به جامعه را به صورت یکپارچه به خدمت می‌گیرد تا سرمایه‌انسانی، شغلی و اجتماعی لازم برای تأمین یک زندگی سالم، باثبات و هدفمند را تقویت کند.
- از فرایندهای گسترده و پیوسته خانواده‌محور، جامعه‌محور، و قوت‌محور برای ارزیابی بهره می‌گیرد،
- به کمک کارکنان حرفه‌ای، متقاضیان را خیلی زود و قاطع به فرایند درمان متعهد می‌کند،
- به تدوین برنامه‌های بهبودی می‌پردازد که توسط خود متقاضی و خانواده‌اش ایجاد شده‌اند،
- مدیریت قاطع اختلالات هم‌زمان و حل و فصل مشکلاتی را که متوجه بهبود است، شامل می‌شود،
- از مدل‌های حمایت از بهبود و توسعه و بسیج منابع اجتماعی که در آنها هم‌تایان بیمار نقش محوری دارند، بهره می‌گیرد،
- مرکز فعالیت خدماتی را از محیط نهادی به محیط طبیعی بیمار/خانواده در جامعه منتقل می‌کند،
- بر پایش پایدار، مربی‌گری بهبود، توسعه قاطع و ایجاد پیوند با خدمات اجتماعی به منظور حمایت از بهبود و در صورت نیاز، مداخله مجدد به موقع تأکید می‌کند،
- بر ارزیابی دراز مدت اثرات ترکیب و توالی خدمات تأکید می‌کند،
- مشارکت پایداری برای مراقبت‌های سلامتی میان ارائه‌دهندگان خدمات و متقاضیان برقرار می‌کند،
- با تغییر دادن مکان ارائه خدمات از نهادهای پرت و دور به محیط طبیعی بیمار/خانواده در جامعه، هدف تأمین دسترسی سهل به خدمات را دنبال می‌کند،
- بر اهمیت تغییر خط‌مشی و طرفداری برای کاهش انگ اجتماعی که به وابستگی به مواد مخدر زده می‌شود و نیز پیشبرد خط‌مشی‌ها و پروژه‌های پشتیبان بهبود، تأکید می‌کند (ویت، بویل، و لاولند، ۲۰۰۲)،

ایجاد سرمایه اجتماعی، یکی از عناصر قابل مشاهده و محوری مدیریت بهبود پایدار به شمار می‌آید. این موضوع چهار قلمرو از هشت قلمرو سرمایه بهبود که در تصویر شماره ۳ ارائه شدند، یعنی حمایت خانواده و حمایت اجتماعی، حمایت هم‌تا-محور، درآمیختن با جامعه و نوسازی فرهنگی، و محیط‌های سالم را شامل می‌شود. این موضوع همچنین یک جزء محوری در پنج ضلعی دارایی تأمین معاش پایدار (تصویر ۲، پیوست ۱) به شمار می‌رود. کلاود و گرنفیلد (۲۰۰۱) سرمایه اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کنند:

منابعی که از طریق ساختار و کارکردهای متقابل روابط اجتماعی توسعه یافته‌اند... (و) انباشت سرمایه اجتماعی می‌تواند به نظام‌های هنجاری و نیز منابعی متنوع منتهی شود که به عنوان مسیرهایی برای

دستیابی به تغییر عمل می‌کنند.

گرنفیلد و کلاود (۲۰۰۱) و کلاود و گرنفیلد (۲۰۰۱) بر امکان دستیابی به "بهبود طبیعی" از وابستگی به مواد مخدر و الکل، بدون درمان رسمی یا مداخلات همیاری متقابل تأکید می‌کنند. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که گاه بهبود در مورد برخی بیماران، در متن محیط بسیار حمایتی روابط اجتماعی خانواده، دوستان و جامعه تسهیل شده است. از سوی دیگر، بدون وجود منابع شخصی و اجتماعی و حمایت‌ها، ممکن است برای اشخاصی که به وابستگی به مواد مخدر دچارند، بدون حمایت اضافی از سوی درمان با کیفیت قابل دسترسی، فراهم و ارزان و نیز خدمات بازتوانی، مدیریت فرایندهای بهبود، کار دشواری باشد.

منافع استفاده از روش مدیریت بهبود پایدار

اغلب ارزیابی‌هایی که از خدمات مدیریت بهبود پایدار موجود به عمل می‌آید، می‌کوشند اثرات پایش و حمایت پس از درمان را بر نتایج بهبود درازمدت مشخص کنند (برای مرور موضوع به مک کی، ۲۰۰۵ مراجعه کنید). مطالعات مقدماتی این رویکردهای قاطع تر به مراقبت‌های مداوم از بزرگسالان (دنيس، سكات، و فونك، ۲۰۰۳) و نوجوانان (گادلی، گادلی، دنيس و ديگران، ۲۰۰۲) نشان می‌دهد که این رویکردها می‌توانند:

- نرخ عود بیماری را پایین آورند،
- آنهایی را که به درمان اضافی نیاز دارند، به موقع به مسیر درمان بازگردانند،
- در پی پذیرش مجدد، دوره‌های طولانی تری از خدمات را برای بیماران در نظر بگیرند، و
- درصد متقاضیانی را که در پیگیری وضعیتشان همچنان نیازمند درمان هستند، پایین می‌آورند.

یازده اصل مدیریت بهبود سلامت رفتار. یکی از نمونه‌های عملی روش مدیریت بهبود پایدار، پروژه مدیریت بهبود سلامت رفتاری است که یک رویکرد مدیریت بیماری به وابستگی به مواد مخدر و بیماری‌های روانی شدید به وجود آورده است که از اصول معینی تبعیت می‌کند (بویل، وایت، کوریگان، لاولند).

این اصول با دیگر رویکردهای مدیریت بیماری که برای دیگر بیماری‌های مزمن، نظیر دیابت، فشارخون و آسم مزمن طراحی شده‌اند، عناصر مشترک زیادی دارد. آنها شامل استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد علمی، رهنمودهای بالینی، آموزش و توانمندسازی بیماران و پایش و حمایت مداوم می‌شوند. گذشته از این، رویکرد مدیریت بهبود پایدار با شرکت دادن جامعه در حمایت از بهبود و قرار دادن تأکید بیشتر بر توانمندسازی فرد و

حمایت‌های همتایان، از این عوامل مشترک مدیریت بیماری، فراتر می‌رود.

این اصول عبارتند از:

که بدانیم کدام روش‌های درمانی را در ارتباط با افراد خاص در گذر آنها از مراحل مختلف تغییر و درمان به کار بندیم. در این جهت، الگوریتم‌های درمانی توسعه یافته‌اند که تجویزهای ترجیحی برای تشخیص‌های ویژه، میزان دوز داروها و چارچوب‌های زمانی برای ارزیابی اثرات را مشخص می‌کنند. به الگوریتم‌های عملی حمایتی مشابهی برای پزشکان نیاز است که از درمان‌های روانی اجتماعی بهره می‌گیرند.

۶) کاربرد تکنولوژی. باید از پیشرفت‌های سریع در تکنولوژی به منظور بهبود بیماری‌های روانی شدید و اعتیادها استفاده کرد. باید آن تکنولوژی را که در دیگر حوزه‌های مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای حل مسائل سلامت رفتاری اختیار یا اقتباس کرد.

۷) یکپارچه‌سازی خدمات. بر اساس این درک که اختلالات شدید، آسیب‌پذیری در مقابل دیگر اختلالات و مشکلات را افزایش می‌دهند، مدل BHRM در تلاش آن است که به صورت قاطع، خدماتی را که از یکدیگر جدا شده‌اند، به صورت یک پاسخ یکپارچه هماهنگ کند که محور تأکید آن را خود شخص و نه صاحب و مسئول قلمرو مشکلات شخص تشکیل می‌دهد.

۸) تشکیل شرکای بهبود. در مدل BHRM، نقش حرفه‌ای سنتی کارشناس و تأمین‌کننده درمان به میزان فزاینده‌ای به سمت شراکت در مدیریت بهبود با بیمار منتقل شده است. در چارچوب این شراکت، فرد حرفه‌ای اساساً به عنوان یک "مشاور بهبود" عمل می‌کند.

۹) بوم‌شناسی بهبود در جامعه. خانواده (به آن صورت که توسط متقاضی یا بیمار تعریف شده است) و جامعه، مخزن

۱) تأکید بر بهبود. مدل بهبود سلامت رفتار (BHRM) با تلاش برای دستیابی به بهبود کامل و جزئی و با تأکید بر نقاط قوت و بهبودپذیری‌های بیمار به جای کمبودهای بیمار، فرایندهای بهبود را بر فرایندهای بیماری ارجح می‌شمارد. بهبود این فکر را دوباره مطرح می‌کند که دستیابی به هر گونه هدف زندگی و همه آنها، برای افرادی که از اختلالات سلامت رفتاری شدید رنج می‌برند، میسر است.

۲) توانمندسازی بیمار. در مرکز مدل به جای متخصص و درمانگر، متقاضی یا بیمار قرار گرفته است. هدف آن است که هر بیمار، مسئولیت مدیریت فرایند بهبود درازمدت و دستیابی به زندگی خودخواسته و ناظر به مطلوب خود را بر عهده بگیرد.

۳) مبارزه با انگ‌زنی. مدل BHRM می‌کوشد با تجربیات شخصی را که از اختلالات سلامت رفتاری رنج می‌برد، برخوردار عادی داشته باشد یا به آن احترام بگذارد و متعاقباً، خدمات حمایتی مداومی به او ارائه کند. عامه مردم به تدریج بر برداشت‌های مثبت از سلامت رفتاری مهر تأیید می‌زنند، امری که پیشداوری و تبعیض را، که اغلب با ارائه خدمات به بیماران همراهند، از بین می‌برد.

۴) استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد علمی. مدل BHRM بر استفاده از مداخلات مبتنی بر شواهد علمی در کلیه مراحل فرایند تثبیت بیماری و بهبود آن تأکید دارد، اما ملاک نهایی درستی کار را تناسب میان مداخله و بیمار در یک لحظه زمانی خاص طبق قضاوت تجربه و پاسخ بیمار تشکیل می‌دهد.

۵) استفاده از الگوریتم‌های بالینی: با پیشرفت دانش و کاربست روش‌های مبتنی بر شواهد علمی، مسئله این خواهد بود

حمایت برای بهبود درازمدت اختلالات سلامت رفتاری را تشکیل می‌دهند. مدل BHRM می‌کوشد فراهمی و ظرفیت‌های حمایتی خانواده، شبکه‌های اجتماعی هم‌مدل و نهادهای بومی (برای مثال، گروه‌های همیاری متقابل، کلیساها) را برای اشخاصی که از بستر بیماری‌های اختلال سلامت رفتاری برمی‌خیزند، تقویت کند. مدل BHRM همچنین کانون ارائه خدمات را از محیط حرفه‌ای به محیط طبیعی بیمار بسط می‌دهد.

۱۰) **تأمین پایش و حمایت.** مدل BHRM بر نیاز به پایش، بازخور و تشویق مداوم، برقراری پیوند با حمایت‌های بومی و در صورت ضرورت، درگیر و متعهدساختن مجدد متقاضی و مداخله مجدد، تأکید دارد. این مدل پایش پایدار و خدمات حمایتی بهبود، در نقطه مقابل مدل‌هایی قرار دارد که ویژگی آنها را

رخداد‌های مکرری به صورت "ارزیابی، پذیرش، درمان، ترخیص" تشکیل می‌دهد، امری که سنت درمان اختلالات مصرف مواد است. این مدل همچنین در نقطه مقابل پروژه‌های سلامت روانی است که توجه خود را بر تثبیت وضع و از بین بردن علائم بیماری متمرکز می‌کنند تا بر بهبود و رشد شخصی.

۱۱) **ارزیابی مداوم.** مداخله‌های خدماتی و حمایتی باید به همان صورت که بیماران مراحل گوناگون بهبود را پشت سر می‌گذارند، با نیازهای منحصربه‌فرد و ویژه-مرحله هر بیمار مطابقت یابد. در مدل BHRM، هم ارزیابی بیماری و هم ارزیابی میزان بهبود و اثربخشی درمان، به فعالیت‌های مداومی تبدیل می‌شوند که نشان‌دهنده آغاز و پایان یک بخش از خدمات به شمار می‌روند.

فصل ۲: اجزاء مدیریت بهبود پایدار^۱

همان‌طور که در فصل ۱ متذکر شدیم، اصول مدیریت بهبود پایدار را می‌توان در مورد مدیریت هر نوع وضعیت بیماری مزمن دیگر به کار برد. به همین ترتیب، چارچوب سرمایه‌بهبود را که توجه خود را بر مجموع دارایی‌های شخصی و اجتماعی متمرکز می‌کند (برای مثال، روابط خانواده/ روابط اجتماعی، سلامت، کار و احساس درهم‌تنیدگی با جامعه)، می‌توان بسط داد و چه انسان فعالانه یک وضعیت بیماری را تجربه کند یا نکند، برای پیشبرد یک سبک زندگی سالم، به کار برد.

صحت این نظر را می‌توان به روشنی در حالتی مشاهده کرد که افرادی که فاقد مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، با بحران‌های شدید زندگی، نظیر از دست دادن شغل، مرگ عزیزان، طلاق و/ یا بیماری دست به گریبان می‌شوند. شوک چنین بحران‌هایی نه تنها بر افراد، بلکه همچنین بر خانواده‌هایشان، روابط آنها با جامعه و در کل، احساس بهزیستی شخصی و جمعی آنها، تأثیر می‌گذارد. به کار نگرفتن و فعال نکردن نظام‌های حمایتی خانواده، درمانی، حقوقی و دیگر نظام‌های حمایتی مورد نیاز، ممکن است موجب طولانی و ریشه‌دار شدن وضعیت این بحران شود. این امر در مورد اشخاصی که با مشکلات وابستگی به مواد مخدر دست به گریبانند و خانواده‌هایشان، به همین میزان صادق است.

اشخاصی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند، تاحدی به دلیل آسیب‌پذیری ویژه‌شان در رابطه با پیامدهای منفی سلامتی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد مخدر و اغلب به خاطر اختلالات هم‌زمان، اغلب بحران‌هایی در حوزه‌های بهزیستی درمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، شغلی و حقوقی تجربه می‌کنند. آنها علاوه بر این، با انگ اجتماعی و موانع تنبیهی مواجهند که اغلب مانع از بهبود پایدار و بازگشت مجدد آنها به جامعه می‌شود (بریت‌ویت، ۱۹۹۹، ۲۰۰۱). از این رو، استفاده از پیوستاری از روش‌های درمانی و مراقبتی، که طیفی از حوزه‌های مختلف را مورد توجه قرار دهد، برای بازتوانی پایدار او از مواد مخدر و توفیق تلاش‌های مربوط به بازگشت مجدد وی به دامن جامعه، ضرورت ویژه دارد.

^۱ این بخش شامل مرور گسترده‌ای بر ادبیات موضوع است که به طور عمده به کمک بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی، نظیر پاب‌مد، ساینس‌دایرکت، سایک‌اینفو، اینتو، ان‌سی‌جی‌آراس، اتاق تهاتر مجازی در مورد الکل، تنباکو و دیگر مواد مخدر، و نیز وب‌سایت‌های مرتبط انجام گرفته است. علاوه بر این، انتشارات قبلی یوان‌اودی‌سی نیز برای منابع کنترل شدند. این تحقیق با استفاده از کلیدواژه‌های زیر انجام گرفت: addiction recovery (بهبود اعتیاد) و community reintegration (بازگشت به دامن جامعه). سپس شاخه‌های آنها مورد بررسی قرار گرفتند: درمان اعتیاد، بهبود طبیعی، سرمایه‌بهبود، اعتیاد به عنوان یک اختلال مزمن، شیوع بهبود، مسیرها و سبک‌های بهبود، بازتوانی اجتماعی اعتیاد، اختلالات هم‌زمان، بهبود و حمایت خانواده/ حمایت اجتماعی، بهبود- مذهبی بودن/ معنویت/ معنای زندگی، مدیریت بهبود، و اعتیاد- مدیریت بیماری‌های مزمن.

مدیریت وابستگی به مواد به عنوان یک اختلال سلامتی چندعاملی، که اغلب از سیر یک بیماری مزمن تبعیت می‌کند، به وقت، همدلی، و یکپارچه‌سازی منابع فرد، خانواده و جامعه نیاز دارد. پروژه‌هایی که پیوستاری از مراقبت، مدیریت موارد، و طیف گسترده‌ای از خدمات حمایت بهبود عرضه می‌کنند، در پرداختن به موانع ورود به فرایند بهبود و تقویت درازمدت حفظ وضعیت بهبود، از همه اثربخش‌ترند (سیگل، رپ، لی، و دیگران، ۱۹۹۷، مک‌للان، گریسون، زانیس و دیگران، ۱۹۹۷، مک‌للان، هاگان، لوین و دیگران ۱۹۹۸). بدون وجود چنین حمایت‌های وسیع‌الطیف، نتایج تثبیت، درمان و بهبود اغلب تضعیف می‌شود. فقدان این حمایت‌ها، احتمال عود اعتیاد را افزایش می‌دهد. روش‌های موفق نوظهور، از درمان سنتی وابستگی به مواد مخدر، که در چارچوب یک درمان حاد ارائه می‌شد، دور می‌شوند، زیرا این مدل‌ها اغلب از جاذبه و دسترسی محدود، نرخ‌های ترک درمان بالا، نظام‌های ضعیف مراقبت‌های مداوم و نرخ‌های بالای عود اعتیاد پس از درمان و نرخ‌های مراجعه مجدد بالا برخوردارند.

اجزاء مدیریت بهبود پایدار

بخش‌های زیر شواهد تازه‌ای برای هر یک از هشت قلمرو سرمایه بهبود در چارچوب مدیریت بهبود پایدار فراهم می‌آورند. هدف از این قلمروها آن است که اقدامات اصلی را تقویت کنند، دارایی‌ها و تجربیاتی را که ممکن است به تسهیل پیشرفت، از درمان، به بهبود درازمدت و حمایت‌های بازگشت مجدد به جامعه، کمک کنند، مورد تأکید قرار دهند و برجسته کنند. برخی اشخاص امکان دسترسی به منابع موجود در قلمروهای متفاوت زندگی خود را از دست داده‌اند و اطلاعاتی را که در این زمینه داشتند، فراموش کرده‌اند. در چنین مواردی، این افراد ممکن است به حمایت حرفه‌ای برای دسترسی مجدد به عرصه‌های زیر نیاز داشته باشند:

۱. سلامت جسمی و روانی
۲. حمایت‌های خانواده، حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های اوقات فراغت
۳. مسکن امن و مطمئن و محیط‌های سالم
۴. حمایت‌های مبتنی بر همتایان
۵. اشتغال و حل و فصل مسائل حقوقی
۶. مهارت‌های شغلی و توسعه آموزشی
۷. پیوستن به جامعه و حمایت فرهنگی، و
۸. کشف مجدد معنا و هدف در زندگی

قلمرو ۱: سلامت جسمی و روانی

سلامت جسمی. درمان وابستگی به مواد مخدر، روابط متقاضی با داروهای روان گردان را تغییر می دهد و تا جایی که ممکن است، روند مشکلات سلامتی هم زمان را نیز معکوس می کند. از این روست که روش مدیریت بهبود پایدار معتقد است که ارائه دهندگان، مشکلات سلامتی هم زمان را به هنگام پذیرش بیماران در نظر بگیرند تا بیماران بتوانند حمایت های لازم را در تمامی دوران درمان و پس از آن دریافت کنند.

یافته های زیر ارزش توجه دارند:

- مطالعات تا امروز به این نتیجه رسیده اند که بیمارانی که مراقبت های درمانی درازمدت آنها با درمان وابستگی به مواد مخدر در هم ادغام شده و با پایش مداوم نیز همراه شده است، نسبت به آنهایی که درمان استاندارد دریافت می کنند، از نتایج بهبود بهتری برخوردار می شوند (وایز، مرتز، پاتاساراسی و دیگران، ۲۰۰۲، سامت، فریدمن و سایتس، ۲۰۰۱). گذشته از این، وابستگی به مواد مخدر باید نظیر هر بیماری مزمن دیگر بیمه شود، درمان گردد و ارزیابی شود (مک للان، لوئیس، اوبراین و دیگران، ۲۰۰۰).
- حدود ۳٪ از جمعیت جهان به ویروس هپاتیت سی آلوده است که نیازمند خدمات بهداشت عمومی بیشتری در عرصه های پیشگیری و درمان طبی است، اما در عین حال در مورد درمان بیماران دچار وابستگی به مواد، لازم است که نقش فعال تری در پیشگیری و مراقبت آنها ایفا کنیم، زیرا مصرف مواد مخدر امکان ابتلا به بیماری هایی را که از طریق خون منتقل می شوند، بیشتر و ضرورت مراقبت از آنها را نیز بیشتر می کند.
- تحقیقی که درباره افراد وابسته به الکل، هروئین و کوکائین به عمل آمد که برای سم زدایی در یک بیمارستان شهری درمان شده بودند، به این نتیجه دست یافت که ۴۷٪ آنها دست کم به یک بیماری مزمن مبتلا بودند (۲۰٪ آنها به دو یا بیشتر بیماری مزمن مبتلا بودند) و اینکه ۸۰٪ آنها سابقه بستری شدن به خاطر چنین بیماری هایی را داشتند (دوآلبا، سامت و سایتس، ۲۰۰۴).
- مطالعات تکمیلی و بعدی در مورد اشخاصی که برای درمان وابستگی به مواد پذیرش شده بودند، حکایت از نرخ های اختلال در سلامتی و مرگ و میر بالا در مورد این افراد داشت (در یک تحقیق تکمیلی ۱۰ ساله، ۲٫۵ برابر گروه کنترل بود که به لحاظ سنی همسان سازی شده بودند) (ادواردز،

(۱۹۸۹) و نرخ‌های مرگ و میر نیز برای معتادان به سیگار به میزان چشمگیری افزایش نشان داد (ویلانت، ۱۹۹۶).

- علی‌رغم غفلت عمومی از مشکلات سلامتی و مشکلات شدید درمانی که اغلب با مشکلات وابستگی طولانی به مواد همراه است، یک بخش قابل توجه از افرادی که وارد درمان می‌شوند، رابطه‌ای مداوم با یک پزشک عمومی ندارند (دوآلبا، سامت و سایتس، ۲۰۰۴).
- مراقبت‌های درمانی که در چارچوب درمان وابستگی به مواد ارائه می‌شود، هر گاه وجود داشته باشند، به طور کلی به ارزیابی میزان مصرف، نظارت بر سم‌زدایی و ارجاع برای درمان مشکلات طبی محدود است که در مشارکت در درمان وابستگی به مواد ظاهر می‌شوند.
- بیشترین میزان تأمین سلامت جسمی یکی از ابعاد مهم بهبود درازمدت از وابستگی به مواد است. خطر مرگ پیش‌هنگام برای اشخاصی که به الکل وابستگی دارند و بیماری آنها تثبیت شده و تخفیف یافته است، به هیچ‌وجه بیشتر از گروه‌های کنترل غیرالکلی نیست (بولاک، رید و گرت، ۱۹۹۲).
- درمان نگهدارنده با کارآیی و اثربخشی اثبات شده در پیش‌گیری از عود اعتیاد و تثبیت وضعیت بیماران دارای وابستگی به مواد مخدر، در مورد وابستگی به مواد افیونی وجود دارد. این داروها به دو گروه اصلی تعلق دارند: آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های طولانی‌اثر. درمان مواد افیونی با آگونیست یکی از اثربخش‌ترین روش‌های درمان برای وابستگی به مواد افیونی است که طی آن متادون یا بوپرنورفین در دوزهای تعیین شده برای تک تک بیماران برای یک دوره چند ماهه تا چندساله تجویز می‌شوند. یا اینکه برای یک گروه مشخص از بیماران دارای وابستگی به مواد افیونی که سم‌زدایی شده‌اند و از انگیزه بسیار برخوردارند، می‌توان یک داروی آنتاگونیست (نالترکسون) به عنوان یک درمان مداوم پیشگیری از عود اعتیاد تجویز کرد (مقاله بحث یوان‌اودی‌سی در مورد اصول درمان وابستگی به مواد مخدر، ۲۰۰۸).
- مطالعات نشان می‌دهند که درمان نگهدارنده با متادون، به هنگامی که با مراقبت استاندارد، مشاوره پایه و خدمات حرفه‌ای در محل توأم شود، اثربخش‌تر خواهد بود. ممکن است کاهش قابل توجهی در مصرف مواد افیونی ظرف مدت چهار هفته و افزایش عمده‌ای در نتایج مثبت مشاهده شود (مک‌للان، آرن، مترگر و دیگران، ۱۹۹۳).

بهبود کیفیت درمان وابستگی به مواد شامل موارد زیر است:

۱. تلاش برای مرتبط کردن هر متقاضی به یک پزشک عمومی به هنگام پذیرش (سامت، لارسون، هورتون و دیگران، ۲۰۰۳) و

۲. یکی‌سازی خدمات درمانی اولیه به عنوان یکی از ابعاد درمان وابستگی به مواد.

فلمینگ، بری، مانول و دیگران (۱۹۹۷) نشان دادند که این یکی‌سازی پزشکان عمومی از مزایای بالقوه‌ای برخوردار است، از این نظر که آنها می‌توانند بر الگوهای وابستگی به مواد بیماران خود تأثیر بگذارند. اما این تلاش‌ها باید از لحاظ تأثیرشان بر فرایند درازمدت بهبود و کاهش بالقوه هزینه‌های درمانی مورد بررسی و آزمایش قرار گیرند.

مدیریت بهبود پایدار با توجه به جنسیت

مطالعات نشان می‌دهند که زنانی که وارد فرایند درمان سوء مصرف مواد می‌شوند، گروه بسیار آسیب‌پذیری هستند و بیشتر احتمال دارد که از خود مشکلات هم‌زمان و مزمن به نمایش گذارند (کلاوس، اوروین، کیسین و دیگران، ۲۰۰۷، روزن، اویمته، شیخ و دیگران، ۲۰۰۲)

زنانی که در معرض درمان سوء مصرف مواد قرار گرفته‌اند، در مقایسه با مردان بیشتر در معرض آن قرار دارند که قربانی خشونت‌های بین‌فردی نیز بشوند (بدرفتاری با کودکان، تجاوز و کتک خوردن). از این رو، آنها طیف بسیار وسیع‌تری نیازهای جسمی و روانی دارند (موریسی، ایس، گاتس و دیگران، ۲۰۰۵).

نپرداختن به این مسائل و درک نکردن پیچیدگی آنها، در جریان درمان و پس از آن، یا صرفاً ارائه خدمات تکه پاره به بیماران، معمولاً آسیب‌پذیری آنها را در حوزه‌های: سلامت، تغذیه و مسکن، استرس والد شدن، خشونت نسبت به کودکان، کارکرد اجتماعی نازل‌تر و پیوستن ناقص به جامعه و در کل، کیفیت زندگی نازل‌تر، افزایش می‌دهد (لینکلن، لیه‌شوتس، چرنف و دیگران، ۲۰۰۶).

پروژه‌هایی که خدمات ویژه برای زنان را به صورت یکپارچه درمی‌آورند (شامل پیش از زایمان و مراقبت از کودکان) با تداوم بیشتر درمان، طول بیشتر اقامت برای درمان و نتایج درمانی مثبت همراه بوده‌اند (کلاوس، اورون، کیسین و دیگران، ۲۰۰۷)

بهداشت روانی. تاکنون، تحقیقات در مورد روابط میان بیماری‌های روانی هم‌زمان و اختلالات مصرف مواد و تأثیر آنها بر درمان و نتایج درازمدت بهبود، به یافته‌های مهم دست یافته‌اند:

- نرخ هم‌زمانی میان اختلالات روانی و اختلالات ناشی از وابستگی به مواد بسیار بالاست (رگیر، فارمر، رای و دیگران، ۱۹۹۰، کسلر، نلسون، مک‌گوناگل و دیگران، ۱۹۹۶). نیمی از کلیه اشخاصی که بیماری‌های شدید روانی دارند، به اختلالات هم‌زمان ناشی از وابستگی به مواد نیز دچار می‌شوند (راشه- بیسل، سکات و دیکسون، ۱۹۹۹). همچنین به کراوستر، ام. و دیگران، ۱۹۹۸ مراجعه کنید).
- نظیر مشکلات درمانی مربوط به اختلالات هم‌زمان، در اینجا نیز اهمیت دارد که ارائه‌دهندگان خدماتی که با بیماران مبتلا به وابستگی به مواد مخدر سروکار دارند، مشکلات روان‌پزشکی هم‌زمان را به هنگام پذیرش بیماران در نظر گیرند تا بیماران در عین حال بتوانند حمایت‌های لازم را در تمامی دوران درمان دریافت دارند.
- علائم بیماری‌های روانی شایع‌تر هستند و پیوند نزدیکی با مصرف مواد مخدر چندگانه دارند. جنسیت، سلامت جسمی، وابستگی به مواد مخدر و روابط شخصی، عوامل پیش‌بین نیرومندی برای علائم روانی هستند تا وابستگی به مواد (مارسدن، گاسوپ، ستیوارت و دیگران، ۲۰۰۰)
- از کل مجموع کسانی که از مشکلات مرتبط با وابستگی به مواد رنج می‌برند، بهترین عوامل پیش‌بین درمان‌طلبی را رنج و درد عمومی و ظهور هم‌زمان بیماری‌های روانی تشکیل می‌دهند. تحقیقی که در کره درباره تأثیر اختلالات روانی هم‌زمان بر وابستگی به الکل و مواد مخدر انجام گرفت، به این نتیجه دست یافت که اختلالات روانی هم‌زمان با اختلالات شدید وابستگی به مواد، شروع بعدی این اختلالات و احتمال بیشتر طلب کمک، پیوند دارد (چو، هام، سوح و دیگران، ۲۰۰۲).

نکاتی دربارهٔ بهبود سلامت روانی

شیوع بیماری‌های روانی هم‌زمان، سوءمصرف مواد و لطمهٔ روحی (با نرخ‌های بالاتر برای زنان) چالش‌های متعددی را مطرح می‌کند:

- پروژه‌های درمان سوءمصرف مواد باید از نظر وضعیت‌های بیمارگونهٔ دیگر غربال شود تا:
 - نیازهای جامعه بیمارانی را که وارد فرایند درمان مواد مخدر و بازتوانی می‌شوند، بشناسد، و
 - ارجاع بیماران برای ارزیابی‌های بیشتر و خدمات درمانی را تسهیل کند.
- فقدان ابزارهای ارزیابی بسنده که به کار بردن آنها توسط اعضای کادر درمانی و مشاوران آسان و سریع باشد و به کمک سطوح متفاوتی از آموزش بالینی قابل استفاده می‌شوند، همچنان یکی از موانع عمده بر سر راه غربالگری است (به پیوست ۲ در مورد وسایل پیشنهادی برای غربالگری و ارزیابی مراجعه کنید)
- پرداختن به مصرف مواد در کنار بیماری‌های چندعاملی، نیازمند حمایت‌های درمانی کاملاً هماهنگ و یکپارچه است (کلاوس، اوروین، کیسین و دیگران، ۲۰۰۷).

اختلالات هم‌زمان روانی و ناشی از مصرف مواد به طور کلی با استفاده از روش‌های زیر درمان شده‌اند:

۱. مدل‌های موازی که در آنها هر وضعیت طی دورهٔ زمانی واحدی به کمک تیم خدماتی مجزا درمان می‌شود،

۲. مدل‌های زنجیره‌ای که در آنها درمان یک اختلال با ارجاع بیمار و پذیرش وی برای درمان اختلال بعدی تکمیل و دنبال می‌شود،

۳. مدل‌های مشترک که می‌کوشند درمان هر دو اختلال سلامت روانی و وابستگی به مواد را میان تیم‌های خدماتی هماهنگ کنند، و

۴. مدل‌های یکپارچه که در آنها هر دو اختلال به صورت هم‌زمان توسط کادر واحد و با استفاده از طرحی درمانی که بیانگر شناخت درمان و بهبود هر دو اختلال است، درمان می‌شوند (CSAT، ۱۹۹۴).

در حالی که درمان مشترک یک پیشرفت است و مراقبت و درمان یکپارچه توصیه شده است، (مینکوف، ۱۹۸۹، موسر، نوردسی، دریک و دیگران، ۲۰۰۳)، مدل‌های موازی و زنجیره‌ای مداخله‌های حاد، همچنان روش استاندارد را در اغلب کشورها تشکیل می‌دهند. با وجود این، فقدان رویکرد یکپارچه ممکن است به پیوند میان اختلالات روانی هم‌زمان و نتایج ضعیف بعد از درمان کمک کند (مک‌للان، لوبورسکی، وودی و دیگران، ۱۹۸۳، اوبراین و مک‌للان، ۱۹۹۶، مک‌للان، لوئیس، اوبراین و دیگران، ۲۰۰۰).

خبر خوب این است که معلوم شده است برخورد با درمان روانی به عنوان امری اضافه بر درمان وابستگی به مواد (مک‌للان، آرنه، مترگر و دیگران، ۱۹۹۳) و نیز استفاده از مدل‌های یکپارچه درمان، نتایج بازتوانی بیماران و بازگشت آنها به جامعه را تقویت کرده‌اند (منگروم، سپنس و لویز، ۲۰۰۶). معهدا، این نتایج را اغلب مسائلی نظیر موارد زیر به چالش طلبیده‌اند:

- ضعف آموزشی / شغلی،
- روابط مختل خانوادگی،
- مسکن نامناسب یا خانه‌به‌دوشی،
- ارتکاب خشونت یا آزار و اذیت،
- گرفتار شدن در فرهنگ‌های جرم و مواد مخدر،
- درگیر شدن در نظام عدالت کیفری، و
- فقدان منابع اولیه (برای مثال، حمل و نقل، مراقبت از کودکان) برای تأمین دسترسی آسان به خدمات مورد نیاز.

ملاحظات جنسیتی در مورد اهمیت خدمات یکپارچه

زنان به میزان قابل ملاحظه‌ای اعتیاد شدیدتر (لینکلن، لایبشوتس، چرنوف و دیگران، ۲۰۰۶) و پیچیده‌ترین مجموعه اختلالات و رنج و درد روانی را به نمایش می‌گذارند (برای مثال، افسردگی، اضطراب و تفکرات روان‌پریشی / خودکشی، که از سوءاستفاده جنسی و ضربات روحی بین‌فردی ناشی می‌شوند). برای زنان، توأم کردن بازتوانی از مواد مخدر با تأمین درمان روان‌پزشکی، اغلب اهمیت دارد، هرچند کافی نیست. این تمهیدات همچنین باید با خدمات حمایتی کاملاً هماهنگ بهبود، که نیازهای همزمانی نظیر نیازهای درمانی و نگهداری از کودکان، فقدان مهارت‌های شغلی، دارایی‌های مالی کم‌تر و درآمد نازل‌تر را مورد توجه قرار می‌دهد، تکمیل شود (لینکلن، لایبشوتز، چرنوف و دیگران، ۲۰۰۶).

نقل قول زیر از تحقیقی در مورد عوامل پیش‌بین عود اعتیاد و عوامل تسهیل‌کننده بهبود (وان درمارک، ۲۰۰۷) برگرفته شده است و به دشواری‌های توان‌کاهی اشاره دارد که زنان با آنها مواجهند، به ویژه هنگامی که کمک‌های ناهماهنگ و پاره‌پاره (در این نمونه، خدمات رفاهی، مسکن و درمان مواد مخدر) مسیر آنها در جهت بازتوانی از مواد مخدر، بازگشت به جامعه و بهبود را سد می‌کنند. نقل قول زیر شاهد گویایی بر این امر است:

نداشتن منابعی که به آنها نیاز دارم، به بهبود من لطمه می‌زند. من نمی‌توانم به دلیل سابقه کیفری که دارم، مسکن تهیه کنم. تا زمانی که مسکن نداشته باشم، نمی‌توانم بچه‌هایم را نزد خودم نگهدارم. تا هنگامی که بچه‌هایم را نزد خود نیاورم، نمی‌توانم کمک موقت دریافت کنم. هر چند بیماری مرا (اختلال) دوقطبی تشخیص داده‌اند، نمی‌توانم به خاطر سوء‌مصرف مواد از کارافتادگی بگیرم. از آنجایی که وسیله حمل و نقل ندارم، نمی‌توانم به جلسات درمانی بروم. من ته و توی همه حق انتخاب‌ها در برنامه درمانیم را درآورده‌ام.

این مثال فوریت استفاده از نظام‌های یکپارچه پیوستار درمان را که می‌توانند به مشکلات متعدد پاسخ دهند که به واسطه شدت زیاد و مدت طولانی پیچیده شده‌اند.

مطالعات به صورت هماهنگ نشان می‌دهند که فراهم کردن شمار بیشتری خدمات هم‌عرض (برای مثال، پزشکی، روان‌پزشکی، خانواده، اشتغال) به عنوان جزئی از درمان وابستگی به مواد، با نتایج بهتری برای درمان وابستگی به مواد و تطابق اجتماعی بهتر، همراه خواهد بود (مک‌للان، آلترمن، متزگر و دیگران، ۱۹۹۴). تأمین مستقیم این گونه منابع تکمیلی یا مرتبط کردن بیماران به آنها از طریق مدیریت قاطعانه موارد، می‌تواند نتایج مثبت را تا ۲۵-۴۰٪ در بسیاری از قلمروها افزایش دهد (مک‌للان، هاگان، لوین و دیگران،

(۱۹۹۸)

قلمرو ۲: خانواده، حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های اوقات فراغت

روابط حمایتی خانواده. نه تنها افراد، بلکه خانواده‌ها و جوامعی که به بازتوانی نیاز دارند، در معرض مدل‌های مراقبت‌های حاد درمان وابستگی به مواد مخدر قرار دارند. دست نیافتن به یک درمان موفق، ممکن است افراد و خانواده‌هایشان را در چرخه‌های پایان‌ناپذیر سم‌زدایی و تثبیت گرفتار کند که فاقد مداخلات لازم و مدت زمان مورد نیاز برای ایجاد و پشتیبانی از بهبود پایدارند.

روابط حمایتگرانه خانوادگی نقش عمده‌ای در تمام طول پیوستار بهبود وابستگی به مواد مخدر ایفا می‌کند. با وجود این، یافته‌های ناهمگونی در مورد میزان قابلیت تأثیرگذاری آنها بر بهبود درازمدت یا تأثیر گرفتن آنها از آن وجود دارد. از سوی دیگر، اعضای خانواده می‌توانند نقش مهم در تشویق اشخاصی که از وابستگی به مواد رنج می‌برند به رفتن به دنبال درمان بازی کنند (هینگسون، مانجیون، مه‌ریز و دیگران، ۱۹۸۲). همچنین مشارکت و حمایت خانواده هم در تلاش‌های مربوط به درمان و هم بهبود، تأثیر قابل توجهی بر نتایج درازمدت بهبود بزرگسالان (ایزاکسون، ۱۹۹۱) و نوجوانان (رایزبرگ و فونک، ۲۰۰۰) باقی می‌گذارد.

از سوی دیگر، مصرف پایدار مواد در محیط زندگی بیمار، می‌تواند تلاش‌های بهبود را عقیم گذارد (کاتالانو، هاوکینز، ولز و دیگران، ۱۹۹۱، گادلی، کان، دنیس و دیگران، ۲۰۰۵). گاه تغییرات در ساختار خانواده و انرژی و فعالیت در سطح جامعه (برای مثال، افزایش گرایش به سمت زندگی شهری) بر ظرفیت خانواده در پیشگیری از مشکلات مصرف الکل و دیگر مواد تأثیر می‌گذارد. عجیب نیست که خانواده‌ها اغلب از آمادگی چندانی برای مقابله اثربخش با این گونه مسائل به هنگام بروز آنها برخوردار نیستند (سپیلمان، ۱۹۹۴، بویس-راید، ۱۹۹۵).

در حالی که اثرات مثبت درازمدت بهبود بر زندگی خانواده به نظر بدیهی می‌رسد، محققان متوجه شده‌اند که در آغاز ممکن است یک دوره سردرگمی و آشفتگی و نابسامانی روی دهد و سپس شاهد چنین اثرات درازمدت باشیم (براون و لوئیس، ۱۹۹۹). ساختار، نقش‌ها و قواعد خانواده در فرایند وابستگی به مواد مخدر، به صورت چشمگیری تغییر می‌کند و باید در فرایند بازتوانی و پیوستن مجدد فرد به جامعه، بازسازی شود. براون و لوئیس این فرایند تعدیل بعدی خانواده را ضربه روحی بهبود می‌نامند (براون و لوئیس، ۱۹۹۹، ص ۱۸۱). آنها متوجه شدند که محیط پرآشوب خانواده فرد وابسته به مواد مخدر برای مدت سال‌ها تداوم پیدا می‌کند تا به

صورت سال‌های اولیه بهبود تبدیل شود و اینکه بدون حمایت، این تغییر و تعدیل ممکن است هم روابط زناشویی و هم ثبات کل خانواده را به مخاطره اندازد.

اثرات وابستگی به مواد مخدر و بهبود در حالتی که هر دو زوج دچار وابستگی به مواد مخدر باشند، عمیق‌تر خواهد بود. بهبود پس از درمان یا عود اعتیاد یکی از دو زوج عامل پیش‌بینی است برای اینکه آیا زوج دیگر به وابستگی به مواد بازگشته است یا مسیر بازتوانی و پیوستن مجدد به جامعه را دنبال می‌کند (مک‌آوینی، زوکر، فیتزجرالد و دیگران، ۲۰۰۵).

حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های اوقات فراغت. مطالعات مربوط به نتایج درمان نوجوانان نشان‌دهنده شیوه‌های تعامل روابط خانواده و روابط اجتماعی با فعالیت‌های تفریحی و متفاوت است. براون (۱۹۹۳) عوامل اصلی مرتبط با نتایج درازمدت و پس از درمان بهبود را مشخص کرد. این عوامل عبارتند از:

- روابط حمایتگرانه خانواده که هدفشان بهبود است،
- روابط با همتایانی که دیگر مواد مصرف نمی‌کنند،
- مشارکت در گروه‌های حمایت بهبود، مشارکت مدرسه، و
- اشتغال مؤثر در بهبود

عوامل ویژه مؤثر بر اعتیاد، درمان و بهبود زنان

وضعیت اجتماعی و روابط شخصی زنان (دوستان، شرکای زندگی، کودکان، اما همچنین فروشندگان مواد مخدر) نقش مهمی، بیش از مردان، هم در وابستگی به مواد مخدر و هم نتایج بهبود، بازی می‌کنند (کلاوس، اوروین، کیسین و دیگران، ۲۰۰۷، ستارک، ۱۹۹۹). هرگاه هر دو زوج به مواد مخدر وابستگی داشته باشند، زنان در مقابل عود بیماری آسیب‌پذیری بیشتری دارند. آنها معمولاً بیگانگی اجتماعی بیشتری احساس می‌کنند، به ویژه اگر به لحاظ جسمی و جنسی مورد سوءاستفاده قرار گرفته باشند. از این رو، با بازگشت زنان به جوامعشان، پس از پایان درمان و در صورتی که فاقد حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی مناسب باشند، بیشتر احتمال دارد که به حامیان پیش از درمان خود مرتبط شوند که برخی از آنها (به ویژه شرکای زندگیشان) ممکن است موجب روی آوری آنها به مصرف مجدد مواد مخدر شوند (فالکین و شتراس، ۲۰۰۳). این واقعیت تعدادی چالش در فراهم کردن درمان مواد مخدر، به ویژه برای زنان، مطرح می‌کند:

- با پذیرش این احتمال که زنان به نزد شرکای زندگی خود بازخواهند گشت، برنامه باید آنها را در فرایند درمانی بگنجانند و برنامه‌های ویژه-زوج‌ها تهیه کند (سیمونز، ۲۰۰۶)
- ترغیب برنامه‌های درمانی و تأمین‌کنندگان برای کمک به زنان برای اینکه شبکه‌های خانواده و شبکه‌های اجتماعی که در طول درمان و پس از درمان حمایت‌های سازنده از آنها به عمل می‌آورند و آنها را به تلاش‌های آنها برای دوری گزیدن از مواد مخدر عقیم می‌گذارند، تفاوت قائل شوند (فالکین و شتراس، ۲۰۰۳).
- تأکید بر استراتژی‌های مناسب برای مدیریت روابط با شرکای زندگی و شبکه‌های اجتماعی که ممکن است بهبود آنها را عقیم گذارند (فالکین و شتراس، ۲۰۰۳).

اغلب زنانی که تحت درمان قرار دارند، از خدمات برنامه‌های مختلط جنسیتی برخوردار می‌شوند. از این روست که نیازها و الگوهای پیچیده و وابستگی متقابل در وابستگی به مواد مخدر، به صورتی که به زنان مربوط می‌شوند، نادیده گرفته می‌شوند (گرلا و گرینول، ۲۰۰۴). این واقعیت، نیاز به مدل‌های خانواده‌گرای درمان، و پایش‌های خانواده-محور، پس از درمان، حمایت و خدمات مداخله مجدد به موقع را تأیید می‌کند.

طراحی و ارائه خدمات درمانی برای زنان باید این واقعیت را در نظر بگیرد که جنسیت عمیقاً به کمک عوامل شخصی، اجتماعی و درمانی تثبیت شده و از آنها تأثیر می‌گیرد (ساندرز، ییلی، فیلیپس و دیگران، ۱۹۹۳). از این جاست که اهمیت ترویج درمان ویژه-جنسیت و فعالیت‌های پشتیبان بهبود که به آسیب‌پذیری‌های مرتبط با جنسیت در مورد اختلالات ناشی از مصرف مواد، نیازهای ویژه در درمان و موانع موجود بر سر راه بهبود درازمدت می‌پردازد، برجسته می‌شود (کلاوس، اوروین، کیسین و دیگران، ۲۰۰۷، گرینفیلد، بروکس، گوردون و دیگران، کارتن، ۱۹۹۶، موریسی، ایس، گاتس و دیگران، ۲۰۰۵، فالکین و شتراس، ۲۰۰۳).

برنامه‌هایی که خدمات اختصاصی برای زنان (یعنی خدمات پیش از وضع حمل و مراقبت از کودکان) را در خود جمع کرده‌اند، با اتمام بهتر درمان، ادامه بهتر درمان و نتایج بهتر درمان، پیوند دارند (اشلی، مارسدن اند بردلی، ۲۰۰۳). زنانی که به آنها اجازه می‌دهند کودکان خود را به هنگام درمان با خود بیاورند، نرخ‌های تداوم درمان بالاتری را به نمایش گذارده‌اند (چن و دیگران، ۲۰۰۴، کالتی و دیگران، ۱۹۹۲، هیوز و دیگران، ۱۹۹۵).

مطالعات نشان می‌دهند که زنان برنامه‌هایی را دوست دارند که:

- زنجیره‌ای از خدمات هماهنگ و خانواده-محور را در اختیار آنها قرار می‌دهند: وسیله‌ای مطمئن و امن برای بهبود آنها و کودکانشان و فرصت‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی خانواده آنها (کلاوس، اوروین، کیسین و دیگران، ۲۰۰۷، ستارک، ۱۹۹۲)
- درمان ویژه-جنسیت و آموزش سوءمصرف مواد را که با نیازهای آنها تطبیق یافته است، در اختیار آنها قرار می‌دهد، نظیر خدمات اجتماعی و مدیریت موارد، خدمات بهداشت روانی، آموزش شغلی و حرفه‌ای، در محیطی که از آنها و فرزندانشان حمایت می‌کند و کیفیت زندگی خانواده را بالا می‌برد.
- نظام‌های ارجاع و پیوندی برای تسهیل دستیابی به تداوم درمان و مراقبت در اختیار آنها قرار می‌دهد (مارش، دوانو و اسمیت، ۲۰۰۰).
- سبک‌های درمانی کمتر مواجهه‌ای و کمتر ساختاریافته و انعطاف‌ناپذیر و نیز ارتباطات بین فردی متکی بر پویایی گروه برای آنها فراهم می‌کند. در جلسات تک جنسیتی، زنان ابراز وجود بیشتری دارند و این در حالی است که محیط‌های مختلط ممکن است اثرات روان‌شناختی منفی را دامن بزنند (هاجیتز و دیگران، ۱۹۹۷)

قلمرو ۳: مسکن امن و محیط‌های مساعد برای سلامت و بهبود

مسکن و محیط‌های امن. تحقیقات از تعادل شکننده میان بهبود و عود اعتیاد که ویژگی بسیاری افراد را تشکیل می‌دهد که از درمان ابتدایی برای حل مشکلات وابستگی به مواد پیروی می‌کنند، پرده برمی‌دارند. همچنین تحقیقات به اثر عمیقی که محیط‌های خانواده و محیط‌های اجتماعی پس از درمان می‌توانند بر نتایج بهبود باقی گذارند، اشاره دارند. گذشته از این، محیط‌های زیستی که از دوری‌گزیدن از مواد حمایت می‌کنند، می‌تواند نرخ نتایج بهبود را افزایش دهند (هامفریز، موس و فیلی، ۱۹۹۵، کینگ و تاگر، ۱۹۹۸، جیسون، دیویس، فراری و دیگران، ۲۰۰۱).

اثرات فوق‌الذکر به یک سنت دیرپا متشکل از درمان بیماران مقیم، درمان‌های نیمه‌راهی، سه‌چهارم‌راهی^۱ و محیط‌های ساختاریافته، شکل داده است و محرک پیدایش جنبش مدرن "خانه‌های بهبود" شده است (وایت، ۱۹۹۸). خانه‌های نیمه‌راهی در آمریکای شمالی و در اروپا، که به آنها به عنوان یک سطح پایین‌تر از درمان و نگهداری بیماران روانی در خانه‌های تعیین شده می‌نگرند، رشد سریعی به عنوان خانه‌های حمایت‌شده یافته

^۱ محل‌هایی برای افراد بی‌خانمان از زندان آزاد شده و مبتلا به وابستگی به مواد، جا و غذا تأمین می‌کند.

است (نهمس، لیبرتو، سکینستاد و دیگران، ۲۰۰۵). از سکنه این اماکن انتظار می‌رود که کار کنند، اجاره خود را پردازند و در متن محیطی که ممکن است شامل خدمات درمانی حرفه‌ای باشد یا نباشد یا با این خدمات ارتباط داشته باشد، از یکدیگر حمایت‌های متقابل به عمل آورند. با وجود این، رویکرد زنجیره درمان و مراقبت، که دسترسی به یک تأمین‌کننده درمان حرفه‌ای را فراهم می‌آورد و درمان بازتوانی را با خدمات بازگشت به جامعه ترکیب می‌کند، توصیه شده است.

روی هم رفته، این تلاش‌ها نشان‌دهنده اهمیت حمایت در محیط‌های فیزیکی و اجتماعی در مراحل اولیه بهبود و نگهداری است. مطالعات اولیه‌ای که درباره محیط‌های مشترک زندگی به عمل آمد، اساساً توصیفی بودند (جیسون، دیویس، فراری و دیگران، ۲۰۰۱)، اما نخستین آزمایش تصادفی مربوط به مسکن حمایت شده یا محیط سنتی پس از درمان نشان داد آنهایی که در وضعیت مسکن مشترک قرار داشتند، مصرف مواد کم‌تری را تجربه می‌کردند، درآمد ماهانه بیشتری داشتند و به میزان قابل توجهی نرخ‌های دستگیری و زندان کم‌تری داشتند (جیسون، اولسون، فراری و دیگران، ۲۰۰۶).

در "دهکده‌های بهبود" (برای مثال، واحدهایی در داخل پروژه‌های ارزان دولتی مسکونی یا پروژه‌های ویژه در داخل سرپناه‌ها)، افرادی که در جریان درمان هستند و خانواده‌هایشان می‌توانند خود را در محیط‌های فیزیکی و اجتماعی مساعد برای بازتوانی و آماده‌سازی برای بازگشت به جامعه قرار دهند (گراهام، گراهام، سوول و دیگران، ۱۹۹۷، لیف، تامپسون، لام و دیگران، ۱۹۹۳).

توجه فزاینده‌ای مبدول ادغام خدمات درمانی وابستگی به مواد مخدر با خدمات سرپناه برای افراد بی‌خانمان می‌شود (لیف، تامپسون، لام، و دیگران، ۱۹۹۳). با وجود این، اغلب این پروژه‌ها تنها آنهایی را می‌پذیرند که از مصرف مواد خودداری کنند. "هتل‌های مرطوب" خدمات مسکن در اختیار اشخاص وابسته به الکل بی‌خانمان قرار می‌دهند. ارائه‌دهندگان خدمات و طرفداران خط‌مشی‌هایی که از طراحی و اجرای این برنامه‌ها حمایت می‌کنند، با اعتراضات از سوی کسانی روبه‌رو هستند که این اماکن را بیشتر مشوقی برای ادامه وابستگی به الکل می‌دانند تا بهبود از آن (دبلیو. آر. میلر، ۱۹۸۳، ویتمن، ۱۹۹۳، جی. کورکل، ۲۰۰۵). در عمل، دو تفکر و فلسفه متفاوت در مورد خدمات مسکن حمایتی برای اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر وجود دارد. یک فلسفه مسکن را به عنوان پاداشی برای جدیت شخص ارائه می‌دهد، دیگری مسکن باثبات را حمایت مهمی برای ایجاد انگیزش و کمک به بهبود فرد می‌داند. به نظر می‌رسد که تحقیقات و فعالیت‌های طرفداران از خط‌مشی‌های مربوط به فلسفه دوم، در حال رشدند (تسه‌میریس، گولکور و ناکایی، ۲۰۰۴).

قلمرو ۴: حمایت مبتنی بر همتایان

حمایت مبتنی بر همتایان. گسترش بین‌المللی سریع گروه‌های حمایت از بهبود (هامفریز، ۲۰۰۴)، در حال حاضر با روش‌های جدید خدمات حمایتی بهبود مبتنی بر همتایان و نقش‌های تازه خدمات "شبه‌حرفه‌ای" تکمیل می‌شود. نمونه‌های این روش‌ها شامل مربیان بهبود و کارشناسان حمایت از بهبود می‌شود (وایت، ۲۰۰۴b). مدل‌های مدیریت بهبود که تحت هدایت همتایان عمل می‌کنند، به میزان اثربخشی به فرایند بهبود درازمدت کمک کرده‌اند (دورلاک، ۱۹۷۹، هاتی، شارپلی و راجرز، ۱۹۸۴، ریسمن، ۱۹۹۰). از این رویکرد به طور خاص در چارچوب حوزه بهبود وابستگی به مواد مخدر استفاده شده است (کانت، ۱۹۸۰، بلوم و رومن، ۱۹۸۵). گذشته از این، روش‌های بهبود با حمایت همتایان به فردی که به دنبال بهبود در متن جامعه است، کمک می‌کنند.

چنین حمایت‌هایی بر روی یک زنجیره وجود دارند و شامل موارد زیر می‌شوند:

- گروه‌های کمک متقابل برای بهبود، نظیر برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای،
- خدمات حمایت از بهبود مبتنی بر همتایان (غیر بالینی) که هم به صورت مکملی برای درمان حرفه‌ای (برای آنهایی که از مشکلات بسیار شدید رنج می‌برند) و هم به عنوان جایگزینی برای درمان حرفه‌ای (برای آنهایی که مشکلاتشان شدت کمی دارد و از سرمایه بهبود بیشتری برخوردار هستند) عمل می‌کنند، و
- خدمات بالینی که توسط افرادی حرفه‌ای ارائه می‌شود که در عرصه خدمات درازمدت پشتیبانی بهبود به کار مشغولند.

نکات جنسیتی در مورد حمایت‌های مبتنی بر همتایان

شرکت در نقش‌گزاری‌های اجتماعی هدفمند و مسئولانه، برای بهبود زنان از سوء مصرف مواد اهمیت دارد. در زیر متغیرهای پیش‌بین عود اعتیاد و نیز عوامل تسهیل‌کننده بهبود را ملاحظه می‌کنید (واندومارک، ۲۰۰۷):

- حمایت اجتماعی و شرکت در گروه‌های حمایتی همتایان، مشوق پایین آوردن مصرف الکل و افزایش خویش‌داری میان افرادی است که به سوء مصرف مواد دچارند، و
- مشارکت در کمک به دیگران نرخ‌های عود اعتیاد را کاهش می‌دهد.

قلمرو ۵: اشتغال و حل و فصل مسائل حقوقی

اشتغال و خودکفایی اقتصادی. افزایش اشتغال یکی از نتایج مطلوب درمان وابستگی به مواد مخدر و بهبود از آن به شمار می‌رود، اما رابطه میان این عوامل، رابطه پیچیده‌ای است. مطالعات اخیر از جمله به یافته‌های زیر دست یافته‌اند:

- افرادی که وارد فرایند درمان وابستگی به مواد مخدر می‌شوند، از نرخ‌های بیکاری بالایی رنج می‌برند و مشاوره اشتغال یکی از نیازهای اعلام شده بیش از نیمی از افرادی است که برای درمان وابستگی به مواد مخدر پذیرش شده‌اند (هسر، پولینسکی، ماگلیون و دیگران، ۱۹۹۹، هنکل، دورنبوش، زمیلین، ۲۰۰۵).

- مشاوره اشتغال، آموزش شغلی و آموزش مهارت‌های یافتن کار، اجزاء اغلب برنامه‌های درمانی وابستگی به مواد مخدر را تشکیل نمی‌دهند و ارتباط و پیوند قاطعانه با این گونه خدمات، یکی از اجزاء متداول درمان وابستگی به مواد مخدر را به وجود نمی‌آورد (روم، ۱۹۹۸).

- مشاوره اشتغال، نرخ‌های اشتغال پس از درمان را افزایش می‌دهد، اما مشاوره اشتغال و وضعیت اشتغال پس از درمان، متغیرهای پیش‌بین خویشتن‌داری از مصرف مواد به شمار نمی‌روند. این یافته بیانگر آن است که بهبود موفق بدون اشتغال باثبات امری میسر است (رایت، هورگان، ریتز و دیگران، ۲۰۰۴).

- تأمین خدمات درمانی استاندارد وابستگی به مواد مخدر، به میزان قابل توجه نرخ‌های اشتغال پس از درمان را افزایش نمی‌دهد (ماگورا، ۲۰۰۳).

- برنامه‌هایی که تأکید بیشتری بر ارائه ترکیبی از خدمات حمایتی و تکمیلی (برای مثال، مسکن، اشتغال) اعمال می‌کنند، نتایج بهبود بهتری از آنهایی به دست می‌آورند که اکیداً به مداخلات بالینی بسنده می‌کنند (کاسکوتاس، آمون و وسینر، ۲۰۰۴).

دستمزدهای پایین، نرخ‌های بیکاری بالا و فقدان مهارت‌های شغلی می‌تواند تأثیر منفی بر نتایج بازتوانی و بازگشت مجدد به جامعه داشته باشد. از این رو، برای اشخاصی که در فرایند بهبود به سر می‌برند، مهم است که به لحاظ اقتصادی خودکفا شوند (مک‌للان، لوئیس، اوبراین و دیگران، ۲۰۰۰).

سازمان‌های جدید حمایت از بهبود (برای مثال، پروژه بهبود به هنگام کار در آتلانتا، وایت، در مطبوعات)، به منظور دستیابی به این هدف، در عین حال به آزمایش برگماری‌های کاری به عنوان روش گذار از درمان به

جریان اصلی اشتغال پرداخته‌اند. این برگماری‌ها کسب‌وکارهای کوچکی در متن جامعه هستند که به عنوان اماکن امنی عمل می‌کنند که مردمی که در فرایند بهبود هستند، می‌توانند در داخل آنها به جریان اصلی اشتغال بازگردند یا برای نخستین بار کار پیدا کنند. این‌گونه خدمات، دستیابی به اشتغال باثبات را با اهداف حمایتی تکمیلی، نظیر متوقف کردن فعالیت‌های مجرمانه، حل و فصل مشکلات حقوقی موجود، مشارکت در زندگی اجتماعی و انجام خدمات اجتماعی، تلفیق می‌کنند.

روش‌های نویدبخش برای رویکردهای اختصاصی جهت افزایش نقش شغل در بهبود، از جمله عبارتند از پاداش‌های مشروط برای اشتغال، و گنجاندن حمایت‌های شغلی گسترده (مشاوره، آموزش مهارت، جاییابی شغلی سریع و حمایت مداوم) در متن برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر (ماگورا، ستاینز، بلانکرتس، و دیگران، ۲۰۰۴). مطالعه‌ای در مورد بهبود موفق زنان از وابستگی به مواد به این نتیجه دست یافت که تکمیل درمان به کمک یک برنامه ویژه-جنسیت و به دنبال آن قرار گرفتن در یک محیط عاری از مواد مخدر و دستیابی به خودکفایی اقتصادی، متغیرهای پیش‌بین اصلی در بهبود موفق به شمار می‌آیند (گرگوری و سنیولی، ۲۰۰۱). گذشته از این، پروژه‌هایی نظیر "خدمات راهنمایی شغلی برای بهبود معتادان مواد مخدر" در اسپانیا نیز به دنبال توسعه شبکه بزرگی از شرکت‌هاست که متعهد می‌شوند به آنهایی که به طور موفق از وابستگی به مواد مخدر بهبود می‌یابند، برای ورود یا ورود مجدد به جریان غالب نیروی کار کمک کنند (<http://eddra.emcdda.eu.int/>)

نکات جنسیتی در مورد اشتغال و خودکفایی اقتصادی

یافته‌های وان‌دومارک (۲۰۰۷) در مورد عوامل پیش‌بین عود اعتیاد و عوامل تسهیل‌کننده بهبود، نشان‌دهنده نیاز به خودداری از خط‌مشی‌های تنبیهی و انگ‌زنی است. آنها در عوض مشوق طراحی و اجرای برنامه‌های درمانی هستند که:

- دسترسی به نیازهای اساسی زنان را تأمین می‌کنند،
- آنها را به شبکه‌های اجتماعی سازنده مرتبط می‌کنند، و
- آنها را تشویق می‌کنند نقش‌های مسئولیت‌دار در کار، خانواده، آموزش و پرورش کودکان به عهده گیرند.

تداوم دادن به انگ‌زنی عملاً گرایش به سمت وابستگی به مواد و رفتارهای غیرقانونی را افزایش می‌دهد. نقل‌قول زیر از یک زن پاسخ‌دهنده، در تحقیق فوق‌الذکر، نیز ارتباط میان عوامل روان‌شناختی و بهبود را تأیید می‌کند:

"آنچه برای بهبود من مفید است، آن چیزی است که من امروزه به آن اهمیت می‌دهم. من کسی هستم. من سرگرم‌کننده مردم نیستم. من آدم بلندپروازی هستم. من برای خودم آرزوهایی دارم. چیزهایی برایم خیلی

حل و فصل مسائل حقوقی. معلوم شده است که درصد بالایی از اشخاصی که سروکارشان به نظام عدالت کیفری می‌افتد، از مشکلات مصرف مواد رنج می‌برند. این امر، نظام عدالت کیفری را به جستجوی جایگزین‌های اخلاقی برای زندانی کردن متخلفان دارای وابستگی به مواد واداشته است. برخی از مهم‌ترین این تدابیر عبارتند از:

- برنامه‌های منحرف کردن بیمار از اعتیاد
- برنامه‌های آزادسازی خلافکار معتاد پیش از محاکمه (مشروط به ورود به فرایند درمان)،
- برنامه‌های آموزشی در مورد مواد مخدر،
- خدمات ارزیابی و ارجاع افراد،
- درمان اجباری از طریق دادگاه‌های تخصصی مواد مخدر،
- خدمات اختصاصی فشرده در دوران آزادی مشروط،
- درمان در داخل زندان، و
- مشاوره قبل از آزادی و پس از آزادی و برنامه‌های ارجاع (لیتون، ۱۹۹۵).

یک روند، توسعه دادگاه‌های تخصصی است که منابع نظام عدالت کیفری را با منابع مؤسسات درمان جامعه‌محور وابستگی به مواد مخدر به منظور بازتوانی مرتکبین جرایم که وابسته به مواد مخدر هستند، تلفیق می‌کنند.

آنچه دادگاه‌های مواد مخدر را از دادگاه‌های سنتی متمایز می‌کند، عبارت است از:

- ترکیب منحصر به فرد نظارت قضایی (استماع منظم وضعیت دادرسی متهم)،
- درمان وابستگی به مواد مخدر و خدمات مدیریت موارد
- آزمایش اعتیاد
- نظارت بر دوران آزادی آزمایشی
- یک تشریک مساعی غیر خصمانه میان دادستان و مشاور دفاع، و
- کنفرانس‌های چندجانبه برای برنامه‌ریزی خدمات و مرور پیشرفت کار (دفتر برنامه‌های دادگستری، ۱۹۹۷).

مروری انتقادی به تحقیقات انجام گرفته در مورد اثربخشی دادگاه‌های مواد مخدر، (رویکردی که تا به حال اساساً در ایالات متحده به اجرا در آمده است)، نشان می‌دهد که وابستگی به مواد مخدر و فعالیت مجرمانه، در شرایطی که شرکت کنندگان در دادگاه‌های مواد مخدر شرکت می‌کنند، کاهش یافته است. مطالعاتی که از نمونه‌های مقایسه‌ای استفاده کرده‌اند، نشان‌دهنده نرخ دستگیری مجدد کمتر برای کسانی که در دادگاه‌های مواد مخدر شرکت می‌کنند نسبت به گروه مقایسه بوده است. اکثریت مطالعات به نرخ عود اعتیاد کمتر برای شرکت کنندگان در دادگاه‌های مواد مخدر، پس از شرکت آنها در برنامه‌ها اشاره داشته‌اند. برآوردهای تحلیل هزینه نشان می‌دهند که دادگاه‌های مواد مخدر کم‌هزینه‌تر از روش قضاوت‌های سنتی هستند (www.ncsconline.org، بلنکو، ۲۰۰۱)

برخی اهداف و یافته‌های برنامه عدالت درمانی در اسپانیا

برنامه ویژه‌ای برای ادارات پلیس تهیه شده است که برای کلیه اشخاص دستگیر شده که از مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر رنج می‌برند، تسهیلات فراهم می‌کند. سه هدف اصلی این برنامه عبارتند از:

- ارزیابی میزان مسمومیت سوژه و میزان وابستگی او به مواد مخدر به هنگام دستگیری،
- ثبت اسامی اشخاص دستگیر شده دارای وابستگی به مواد مخدر که به هر دلیل، به شبکه درمانی دسترسی نداشته‌اند، و وارد کردن آنها در این فرایند درمان و ارجاع آنان به مراکز مربوطه، و
- تأمین تداوم درمان برای بیمارانی که هم‌اکنون نیز مشغول درمان بوده‌اند و

هنگامی یاری به این گونه افراد در متن دادگاه‌ها تأمین شد، این خدمات می‌کوشند نظام را قادر سازند مناسب‌ترین تدابیر امنیتی را در هر یک از مواردی که مشکلات قضایی از رفتارهای اعتیادآمیز ناشی شده‌اند، به کار گیرد تا مطمئن شود که اوضاع و احوال مرتکب نقش مناسب و به‌جایی در فرایند دادرسی حقوقی بازی می‌کنند. یافته‌ها نشان می‌دهند که:

- درمان کلی و فرد به فرد مطابق با نیازهای متفاوت بیماران، به میزان قابل توجهی تخلفات مرتبط با اعتیاد را کاهش می‌دهد،
- تعداد اشخاصی که در سال ۲۰۰۲ معاینه شدند، ۲۸۶۰ نفر بود، شامل ۸۲۹ نفر برای اولین بار. ۱۲,۱۸٪ این افراد به مراکز درمان سنتی ارجاع داده شدند،
- دستیابی به نتیجه فوق بدون آموزش مقتضی افراد حرفه‌ای گوناگون که در فرایند درمان شرکت داشتند و نیز تأمین هماهنگی میان آنها میسر نبود.

برگرفته از: پروژه "واحدهای ارزیابی و حمایت برای معتادان به مواد مخدر در دادگاه‌ها و ادارات پلیس در استان‌های آلیکانته، کاستلون و والنسیا". برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این روش، به مطالعه موردی اسپانیا در فصل ۴ مراجعه کنید.

دیگر عرصه‌ای که توجه فزاینده‌ای را معطوف خود ساخته است، ارائه درمان در محیط‌های بسته است. یک تحقیق تکمیلی که اخیراً در مورد درمان در زندان به عمل آمده است، به این نتیجه دست یافت که هرچند تقریباً ۴۶٪ از آنهایی که زندان را ترک می‌کنند، ظرف مدت یک‌سال از آزادی، مجدداً دستگیر می‌شوند، تنها ۳۷,۴٪ از زندانیانی که درمان کوتاه مبتنی بر مواد دریافت کردند و تنها ۲۳,۵٪ از زندانیانی که درمان فشرده دریافت کردند، در سال پس از آزادیشان مجدداً دستگیر شده‌اند (لطفاً به نشانی: <http://www.jointogether.org/news/research/summaries/2005/study-finds-prison-based.html>، ۲۱ ژانویه ۲۰۰۵ مراجعه کنید).

این تحقیق از دو روند در یافته‌ها پرده برمی‌دارد:

۱. نرخ آنهایی که مجدداً دستگیر شده و به زندان بازگشته‌اند، برای آنهایی که جزو متخلفین وابسته به مواد مخدر هستند و در داخل زندان تحت درمان قرار گرفته‌اند، پایین‌تر بوده است.
۲. میزان این تأثیر از دوز و فشردگی درمان تأثیر می‌گیرد. هرچه دوره‌های درمان طولانی‌تر و فشرده‌تر باشند، نرخ‌های عود اعتیاد کم‌تر خواهد بود.

تلاش‌هایی در جریان است تا میزان این اثرات را با آماده کردن زندانیانی که سابقاً به مواد مخدر وابسته بودند، برای آزادی از زندان، تقویت کنند (برای مثال، مدل اسپیرگ در دانمارک)، و زندانیانی را که در زندان تحت درمان قرار گرفته‌اند، در جریان ورود مجدد آنها به جامعه با گروه‌های محلی درمان و حمایت از بهبود مرتبط سازند) برای آگاهی از نمونه روش‌های موفق به اجرا درآمده در اروپا، به نشانی <http://eddra.emcdda.europa.eu/> مراجعه کنید. تری‌نت سندی در مورد روش‌های موفق درمان وابستگی به مواد مخدر در محیط زندان تدوین کرده است که می‌توان برای کسب اطلاعات بیشتر به آن مراجعه کرد.

قلمرو ۶: مهارت‌های شغلی و توسعه آموزشی

مهارت‌های شغلی و توسعه آموزشی. مشکلات وابستگی به مواد می‌توانند مانع از ورود (مجدد) موفق فرد به نهادهای آموزشی و محل کار شوند. این مشکلات می‌توانند اثری منفی بر آموزش و عملکرد شغلی فرد باقی گذارند و به دوری او از فعالیت‌های آموزشی و اشتغال قانونی منجر شوند (ماگورا، ۲۰۰۳). این یافته‌ها بر نیاز به خدمات حمایتی برای بهبود، که توجه خود را بر آموزش و تعلیمات و جایابی شغلی متمرکز می‌کند، و

نیز برنامه‌های مداخله به موقع در مدارس و محل‌های کار، به منظور حل و فصل مشکلات مرتبط با وابستگی به مواد، تأکید دارند. نمونه‌های این روش‌ها عبارتند از برنامه‌های همیاری دانش‌آموزان و همکاران.

تلاش قابل ملاحظه‌ای برای ارتقای نتایج آموزشی و شغلی اشخاصی که از مشکلات شدید وابستگی به مواد سر بلند می‌کنند، در جریان است. این تلاش‌ها شامل پیاده‌سازی برنامه‌های رسمی بهبود در دبیرستان‌ها (و تأسیس مدارس ویژه بهبود) و نیز دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها (وایت و فینچ، ۲۰۰۶). این برنامه‌ها دسترسی بهتر (برای مثال، بورس برای افرادی که در شرایط بهبود به سر می‌برند)، راهنمایی آموزشی (استاد راهنماهای ویژه) و گروه‌ها و مشاوره حمایت از بهبود در داخل مدارس. ارزیابی‌ها تا امروز با نرخ‌های عود اعتیاد پایین در این برنامه‌ها و سطوح بالای موفقیت‌های دانشگاهی مواجه شده‌اند (وایت، ۲۰۰۱).

این مثال سرمایه‌بهبود در عمل، از مطالعه موردی فصل ۴ تحت عنوان "برنامه ویژه اشتغال برای جوانانی که در خطر به سر می‌برند"، در تگوجیگالپا، هوندوراس، آمریکای مرکزی اخذ شده است.

دنیس ۱۸ ساله، شوهر و پدر یک دختر چهارماهه است. همسر او بیمار است، اما دنیس به مدرسه یا سرکار نرفته است. او هیچ کار نمی‌کند. تنها منبع دسترسی او به سرمایه مالی، مادر بزرگ او بود تا زمانی که او درگذشت.

سپس او از دوستی درباره پروژه اشتغال ویژه برای بازگرداندن جوانان در معرض خطر و اشخاصی که سابقاً به مواد مخدر وابستگی داشتند، به دامان جامعه مطالبی شنید. او در دوره خدمات میهمان‌نوازی ثبت نام کرد، بورس گرفت و لباس فرم و مطالب آموزشی در اختیار او قرار دادند و اکنون در هتلی در داخل شهر کار می‌کند. طبق گفته دنیس، این دوره به او کمک زیادی کرد. او بدون این دوره هیچ وسیله‌ای برای امرار معاش در اختیار نداشت. "روزهای غم و درد او سپری شده‌اند".

قلمرو ۷: بازگشت به جامعه و حمایت فرهنگی

بازگشت به جامعه و نوسازی فرهنگی. بسط گسترده حوزه‌های سرمایه‌بهبود، در تلاش‌هایی بازتاب می‌یابد که معطوف حل و فصل وابستگی به مواد در جامعه از طریق حمایت فرهنگی و توسعه اجتماعی هستند. این تلاش‌ها به کمک استراتژی‌هایی که جامعه را تقویت می‌کنند، رویکردهای ویژه- فرهنگی را با تحول شخصی تلفیق می‌کنند. این گونه استراتژی‌ها در اینجا به بهترین نحو در "جنبش ول‌برایتی" در متن جوامع بومی آمریکای شمالی به نمایش درآمده‌اند، اما ب نمونه‌های بسیار دیگری می‌توان یافت. استراتژی‌های این جنبش ویژه از جمله عبارتند از:

- درگیر و متعهد کردن رهبر قبیله،
- آموزش بهبود (برای مثال، مجله ول نیشنز و کتاب‌هایی با مضمون بهبود، نظیر رد رود تا ول برایتی)،
- راه‌پیمایی‌های آگاه‌سازی نسبت به بهبود نظیر "هوپ جورنیز" (سفرهای هوپ)،
- آموزش رهبران بومی برای سازمان دادن محفل‌های بهبود، نظیر "فایرستارترز"،
- برگزار کردن جشن‌های بهبود در جوامع بومی محلی، و
- سازمان دادن طرفداری از خط‌مشی‌های اجتماعی و روش‌های درمانی به لحاظ فرهنگی

غنی (www.whitebison.org)

این نمونه سرمایه‌بهبود از مطالعه موردی فصل ۴ در مورد پیوستن به جامعه و حمایت فرهنگی اخذ شده است. آلکالی لیک یک منطقه حفاظت‌شده بومی در بریتیش کلمبیای کاناداست.

وابستگی به الکل یکی از مشکلات عمده این منطقه به شمار می‌رفت و هر مرد، زن و کودک به شدت از عوارض آن رنج می‌بردند. به همراه الکلیسم، فقر، گرسنگی، بیماری و سوءاستفاده جسمی و جنسی نیز پدیدار شد. جامعه قبیله‌ای شوسوپ در آلکالی لیک از وابستگی به الکل به ستوه آمده بود، تا اینکه دو عضو قبیله محلی در ۱۹۷۲ متعهد شدند مصرف الکل را متوقف کنند و با وابستگی به الکل که جامعه محلی آنها را مبتلا کرده بود، مبارزه کنند.

برای آنکه مردم بتوانند برای خود یک زندگی سالم‌تر و عاری از الکل به تصور آورند، زندگی عاری از الکل در آنجا می‌بایست فرصت‌ها و پاداش‌های ملموسی به بار می‌آورد که می‌توانست از شیوه زندگی تازه‌ای پشتیبانی کند. برای اشتغال، تفریح و یک زندگی اجتماعی هدفمند و عاری از الکل به فرصت‌هایی نیاز بود. فوری‌تر از همه این بود که می‌بایست فرصت‌های دسترس‌پذیر و نسبتاً پیوسته‌ای برای درمان، رشد شخصی و آموزش فراهم شود. آنچه در واقع در آلکالی لیک شکل گرفت، مجموعه‌هایی از مداخله‌ها و فرصت‌های به هم پیوسته و نیز پاداش‌ها و پیامدهای پیش‌بینی شده بود که بر روی هم مسیری شفاف‌بخش را به وجود می‌آورد.

قلمرو ۸: مسیرهایی برای کشف (مجدد) معنا و هدف در زندگی

معنا و هدف در زندگی. گرنفیلد و کلاود، ۲۰۰۱ (و کلاود و گرنفیلد، ۲۰۰۲) در مطالعات خود در زمینه میزان مناسب مفهوم سرمایه‌بهبود، متوجه این نکته شدند که بهبود طبیعی از وابستگی به مواد مخدر، اغلب ابتدا با تغییرات شخصی و متحول‌کننده و روی آوری به یک شیوه تازه زندگی آغاز می‌شود که می‌توان آن را به

شیوه‌های بسیار متفاوت ایجاد کرد. برای برخی اشخاص، یک اعتقاد ایمانی همچون یک خط سرخ در سراپای زندگیشان دویده است که می‌توانند تلاش‌های خود را برای کسب مجدد تعادل بر اساس آن استوار سازند. اما دیگران ممکن است به عنوان جزئی از سنن یا دارایی‌های شخصی خود- چه کهنه یا نو- از شالوده‌ها و روش‌های تمرکزبخش متفاوتی (برای مثال، یوگا، مدیتیشن، تای چی جوان، ارویکس) برای این منظور بهره‌گیرند.

چارچوب‌های ایمان‌محور بهبود معمولاً از حل و فصل مشکلات مصرف مواد از طریق پشتیبانی تجارب و آیین‌های مذهبی و به کمک ریشه‌ای که در باور مشترک جامعه دارند، طرفداری می‌کنند (وایت و وایتز، ۲۰۰۵). هدف آنها را اساساً بازسازی هویت و ارزش‌های شخصی و روابط بین‌فردی تشکیل می‌دهد. چارچوب‌های غیرمذهبی بهبود، نظیر "زنان و اعتدال" (در مصرف مواد) و "سازمان‌های غیرمذهبی برای پیشبرد اعتدال"، از طریق اشتغال، آموزش و زندگی اجتماعی، به پیشبرد و تسهیل امر بازگشت مجدد به جامعه کمک می‌کنند. آنها بر اهمیت استحکام شخصیت، اعتماد به نفس، حل و فصل جسورانه مشکل و سبک زندگی متعادل تأکید می‌کنند.

همه آنها در قرار دادن روابط گذشته و حال فرد با الکل و مواد مخدر، در متن وسیع هویت شخصی، عزت نفس و سرنوشت اشتراک نظر دارند (وایت و نیکولاس، ۲۰۰۵). آنها به بازگشت مجدد فرد به دامن جامعه و بهبود او از طریق مشارکت در روش‌های فرهنگی مشترک کمک می‌کنند. ملاک‌های هر یک از این چارچوب‌ها (چه شخصی، فرهنگی یا مذهبی) آن است که در عین اینکه نیازهای بیماران، سرمایه بهبود و قوت‌های شخصی را مد نظر قرار می‌دهند، روش‌های مبتنی بر شواهد علمی درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی را با هم تلفیق کنند و نسبت به آنها برخورد بازی داشته باشند.

چشم‌انداز حاصله از مرور ادبیات موضوع، گذار از رویکردهای سنتی به وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی به یک رویکرد مدیریت بهبود پایدار است. هدف این رویکرد کمک به اشخاصی است که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، تا به تأمین معاشی هدفمند، ثمرش و پایدار در جوامع خود دست یابند. مدیریت بهبود پایدار با تأکید به پیوستاری درازمدت از مراقبت و درمان، مداخلات بالینی، فعالیت‌های توسعه اجتماعی و فرایندهای نوسازی شخصی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را با هم ترکیب می‌کند. این رویکرد یکپارچه و

کل نگر می تواند بسیاری از اجزاء سرمایه بهبود را میان افراد، خانواده‌ها و جوامع در سراسر جهان برانگیزد و شکل دهد.

فصل ۳: ایجاد شالوده‌های برپایی سرمایه بهبود

این فصل برای کسانی تدوین شده است که به گنجاندن یک رویکرد مدیریت بهبود پایدار در پروژه خود علاقه‌مندند و به پرسش درباره "چرایی" و "چگونگی" پیاده‌سازی آن پرداخته‌اند.

همان‌طور که در فصل ۱ گفته شد، این رویکرد یکپارچه از روش‌های موقفی برخاسته است که در مراکز درمانی متفاوت در سراسر جهان به کار گرفته شده‌اند. مطالعاتی که در مرور ادبیات موضوع در فصل ۲ ارائه شدند، این تغییر از رویکرد سنتی درمان حالت حاد بیماری به پیوستاری یکپارچه از روش درمان اشخاصی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند از طریق مدیریت بهبود پایدار را تأیید می‌کنند. تری‌نت همچنین با پذیرش این امر که بهترین راه اجرای مدیریت بهبود پایدار می‌تواند اجرای آن در چارچوبی از درمان و بازتوانی جامعه‌محور باشد، این روش موفق را در قالب سندی درباره درمان جامعه‌محور تدوین کرد.

مدیریت بهبود پایدار از یک چارچوب تأمین معاش پایدار (تصویر ۱، پیوست ۱) و مدل سرمایه بهبود با هشت قلمروش (تصویر ۳، پیوست ۱) به عنوان ابزارهای ارزیابی جامع بهره می‌گیرد تا به پزشکان کمک کند فرصت‌های موقعیتی و موانع تسهیل‌کننده یا دست‌وپاگیر تأمین معاش و توسعه‌دهنده سرمایه بهبود متقاضیان را درک کنند. آنها همچنین شالوده‌ای مطمئن برای توسعه یک طرح درمان و بازتوانی واقع‌بینانه و نیز ابزاری برای ارزیابی میزان پیشرفت، اثربخشی و نتایج کار فراهم می‌آورند. (به تصویر ۴، پیوست ۱، برای مشاهده بازنمایی تصویری چارچوب مدیریت بهبود پایدار مراجعه کنید).

این نکته اهمیت دارد که نخست این امر را بپذیریم که ارزیابی سرمایه بهبود تنها یکی از اجزاء مدیریت بهبود پایدار است و نمی‌تواند مجزا از محیط اجتماعی-اقتصادی، سیاسی و زیست‌محیطی وسیعی وجود داشته باشد که در عین حال نقشی کلیدی بازی می‌کند. اما ارائه شرحی تفصیلی از عوامل تأثیرگذار محیط بزرگ، فراتر از حیطه وظایف این سند به شمار می‌رود.

ایجاد شالوده‌های برپایی سرمایه بهبود

بخش‌های زیر مجموعه‌ای از ایده‌ها و فعالیت‌های عملی را برای کمک به پزشکان جهت شکل دادن به هر یک از هشت قلمرو سرمایه بهبود تدوین می‌کنند. اقدامات پیشنهادی به پیدایش یک رویکرد درمان و مراقبت یکپارچه کمک می‌کنند که شامل حمایت منظم از بازتوانی، بازگشت به جامعه و بهبود پایدار اشخاصی است که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند.

این رویکرد به شکل اثربخشی از تأکید بر تدابیر آسیب‌شناختی دور و به سمت شاخص‌های بهبود قوت-محور نزدیک می‌شود. از این رو، ارزیابی می‌تواند توجه خود را بر تأثیر مجموعه خدمات و زنجیره آنها بر کل زندگی شخص در طول زمان متمرکز سازد.

فعالیت‌هایی برای ایجاد (بازسازی) سرمایه بهبود

حمایت‌هایی که می‌توانند راه را برای توسعه سرمایه بهبود اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر که در مسیر بازتوانی و بازگشت به جامعه قرار دارند، باز و تسهیل کنند، با اقدامات زیر تقویت می‌شوند:

- اجرای برنامه مدیریت بهبود پایدار که از رویکردی قوت-محور استفاده می‌کند که کار خود را با ارزیابی جامع (با استفاده از مدل سرمایه بهبود) هر یک از نیازها، نقاط قوت، دارایی‌ها و آسیب‌پذیری‌های متقاضی آغاز می‌کند (به تصویر ۳، فصل ۱، برای شناخت قلمروهای ذیربط مراجعه کنید)،
- قراردادن تأکید بیشتر بر فرصت‌ها و موانع موقعیتی (فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی) که می‌توانند بازتوانی از مواد مخدر و بازگشت به جامعه را با موفقیت یا شکست مواجه کنند،
- دور شدن از تأکید انحصاری بر تشخیص و درمان وابستگی به مواد، و روی آوردن به مراقبت‌های سلامتی پایدار و شراکت در بهبود (طرح بهبود حیطه گسترده‌ای دارد: این طرح شامل کلیه هشت قلمرو سرمایه بهبود است و توجه خود را بر پیوستاری از رویکردهای درمانی و مراقبتی، قبل، در طول و پس از درمان اولیه متمرکز می‌کند)،
- بهبود دسترسی به خدمات با شناسایی موانع بالقوه و شرایطی که مانع از چنین دسترسی می‌شوند (به تصویر ۱، پیوست ۱ برای زمینه آسیب‌پذیری مراجعه کنید که شامل: تبعیض اجتماعی، موانع نهادی و تأمین مالی و دسترسی به منابع می‌شوند)،
- خدمات برنامه و فرایند ارائه خدمات را به لحاظ فرهنگی مناسب و مرتبط، برخوردار از حساسیت جنسیتی، ایجادکننده محیط‌های حمایت‌گر و به صورتی پیش‌فعال به شناسایی و حل و فصل موانع بالقوه‌ای معطوف سازید که می‌توانند تقویت‌کننده طرد و انزوا، تبعیض و/یا عود مداوم اعتیاد باشند،
- این خدمات بیمار-محور باشند، امری که به فرد این توانمندی را می‌دهد که به سمت یک زندگی سالم‌تر، ثمربخش‌تر و هدفمندتر حرکت کند- انتخاب و رضایت بیمار تشویق می‌شود، زیرا از آنها- و در کنار آنها، خانواده‌هایشان و عوامل مهم دیگر- حمایت می‌کند طرح‌های بهبود خود را تدوین کنند و به پیش ببرند. این کار حس ارزشمندی بیشتری در آنها القا می‌کند و به آنها این ایده را القا می‌کند که مالک فرایند بازتوانی و بهبود خود هستند.

- توجه ویژه‌ای معطوف رویکردهای ویژه-جنسیت می‌کند که می‌توانند به نیازهای زنان توجه کنند، نیازهایی که تاحدی با نیازهای مردان متفاوتند.
- یک برنامه مدیریت بهبود پایدار باصرف به وجود می‌آورد که حمایتی درازمدت برای بیمار فراهم می‌کند، زنجیره‌ای از مراقبت و درمان، چک‌آپ‌های منظم و مدل‌های خدمات‌دهی میان‌رشته‌ای ارائه می‌دهد که کمک و حمایت طیف گسترده‌ای از کارشناسان و حرفه‌مندان (برای مثال، مددکاران اجتماعی، پرستاران سلامت عمومی، روان‌شناسان، پزشکان) و افراد پیرا حرفه‌ای (نظیر مربیان و رهبران معنوی) و نیز خانواده، حمایت‌های متکی بر هم‌تایان و جامعه) را به این برنامه جلب می‌کند.
- جایگزینی خدمات جداازهم و پاره‌پاره با شرکای استراتژیک، شبکه‌ها و اقدامات هماهنگ‌کننده میان سازمان‌های دولتی (عمومی) و غیردولتی به منظور افزایش شبکه منابع، حمایت از خدمات موجود درمان مواد مخدر و بازتوانی و فراهم کردن زنجیره‌ای از مراقبت و درمان، و
- تضمین این امر که خدمات پیگیری و تکمیلی کافی بخشی از درمان و بازتوانی را به منظور: ارزیابی عوامل خطرزای بالقوه در رابطه با مصرف مواد مخدر و کاهش آنها، تشویق عوامل حفاظتی برای یک سبک زندگی سالم، و فراهم آوردن حمایت‌های کافی برای تأمین بهبود پایدار و بازگشت به جامعه، تشکیل می‌دهد.

گام‌هایی در جهت ایجاد سرمایه بهبود

قلمرو ۱: حمایت‌های سلامت جسمی و روانی

حمایت‌های سلامت جسمی و روانی از عناصر مهم فرایندهای بازتوانی از مواد مخدر و بازگشت به جامعه هستند. بهره‌مندان از این حمایت‌ها تنها اشخاصی نیستند که در فرایند بهبود به سر می‌برند، بلکه همچنین خانواده‌های آنها، محیط‌های بلاواسطه آنها و جامعه در مقیاس گسترده نیز هستند. این حمایت‌ها:

- خدمات درمانی عمومی و اولیه را با درمان وابستگی به مواد ترکیب می‌کنند،
- به عنوان بخشی از یک مدل خدمات سلامتی پایدار، هم به نیازهای جسمی و روانی می‌پردازند و هم به وابستگی به مواد،
- نظامی برای تسهیل ارجاع بیماران برای ارزیابی‌های بیشتر و دریافت خدمات درمانی مستقر می‌کنند،
- این تضمین را فراهم می‌آورند که مدیریت بهبود پایدار هم درمان وابستگی به مواد و هم خدمات درمانی اولیه/ روانی، تاحد ممکن، توسط یک تیم بین‌رشته‌ای از متخصصان و افراد حرفه‌ای، شامل

افراد پیراحرفه‌ای (گروه‌های همتا) انجام می‌گیرد تا حمایت‌های بین‌رشته‌ای را تأمین کند، باصرفه باشد و زنجیره‌ای از درمان و مراقبت در سراپای فرایند درمان، بهبود و بازگشت به جامعه را فراهم آورد،

- فراهم آوردن خدمات تکمیلی و پیگیری درمان در داخل جامعه از طریق شبکه‌سازی با نهادهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه، مؤسسات دولتی، سازمان‌های غیردولتی و استفاده از حمایت گروه‌های هم‌تایان،

- تضمین این امر که کارکنان درمانی با سطوح آموزش بالینی متفاوت، قادرند به سهولت و سرعت از ابزارهای ارزیابی و غربالگری استفاده کنند (به پیوست ۲ برای ابزار ارزیابی کیفیت زندگی توسعه یافته توسط WHO و شاخص شدت اعتیاد تری‌نت مراجعه کنید) و قادرند بیماری‌های وابستگی به مواد و نیز بیماری‌های هم‌زمان را شناسایی کنند،

- ارائه خدمات درمان دارویی وابستگی به مواد افیونی و اختلالات روانی هم‌زمان با حمایت روانی-اجتماعی، و

- به کار گرفتن برنامه‌های اختصاصی برای زنانی که از همه آسیب‌پذیرترند و در مورد آنها وابستگی به مواد مخدر با خشونت بین‌فردی، نظیر سوءاستفاده از کودکان، تجاوز و به شدت کتک خوردن توأم شده است. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تدابیر ویژه جنسیت، به فصل ۲ مراجعه کنید).

پیشگیری از پیامدهای منفی سلامتی (و اجتماعی) مصرف مواد مخدر از طریق ارائه خدمات زیر- به عنوان جزئی از یک بسته جامع درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی- نیز شیوه‌ای برای کمک به مردمی است که برای بحث: UNODC از مشکلات مرتبط با مواد مخدر در ثبات بخشیدن به زندگی خود رنج می‌برند (مقاله کاهش پیامدهای منفی سلامتی و اجتماعی سوءمصرف مواد: یک رویکرد جامع" (۲۰۰۸) قابل تهیه در نشانی:

<http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/reducing-the-harm-of-drugs.html>

- عرضه خدمات غیرتبعیض‌آمیز به اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر با هدف حفاظت از آنها در مقابل عواقب سلامتی و اجتماعی وابستگی به مواد مخدر،

- ارائه اطلاعات و مشاوره قابل اعتماد در مورد ریسک‌های جسمی و روانی-اجتماعی ملازم با سوءمصرف مواد مخدر (مصرف بیش از حد، ابتلا به بیماری‌های عفونی، بیماری‌های قلبی، اختلالات متابولیت و روانی و دشواری در رانندگی)،

- ارائه مداخلات دارویی آستانه پایین (برای مثال، درمان مواد افیونی با داروی آگونیست و مواد مخدر آنتاگونیست)، برای حفاظت فوری از سلامتی و ایجاد ثبات،
- ایجاد برنامه‌های واکسیناسیون علیه هپاتیت برای اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر،
- عرضه داروها و کیت‌های اورژانس برای کنترل مصرف بیش از حد مواد،
- ارائه خدمات برای پیشگیری و مدیریت بیماری‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی، به ویژه برای کسانی که در بازار جنسی به کار مشغولند،
- ایجاد واحدهای مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی و درمان ضد رتروویروسی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر مبتلا به اچ‌آی‌وی
- فراهم کردن تدابیری برای پیشگیری از پیامدهای حاد مصرف مواد محرک تا به پیشگیری از موارد اورژانسی کمک شود،
- مجهز کردن کارکنان میدانی و کارکنان واحدهای امدادی مرکب از هم‌تایان بیماران، به صورتی که آنها از آموزش کافی برای برقراری تماس با اشخاص وابسته به مواد مخدری که به کمک نیاز دارند، برخوردار شوند،
- ایجاد برنامه‌های تعویض سوزن/سرنگ برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، هر جا مقتضی باشد، تحت روش‌های طبی صحیح.

قلمرو ۲: خانواده، حمایت‌های اجتماعی و فعالیت‌های تفریحی

معلوم شده است که مشارکت خانواده، حمایت‌های اجتماعی، و فعالیت‌های تفریحی به دستیابی به نتایج بهتری در فرایند درمان و بازتوانی کمک می‌کنند. اقدامات زیر نشان می‌دهند که خانواده‌ها چگونه می‌توانند نقش مهمی در فرایند درمان و بازتوانی اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر ایفا کنند:

- شرکت دادن خانواده در تمامی فرایند درمان، بازتوانی و بازگشت فرد به دامن جامعه،
- ارائه برنامه‌های آموزشی برای اعضای خانواده و افراد مهم دیگر درباره: اثرات ناگوار وابستگی به مواد، کشف زود هنگام، اجزاء اصلی و فرایند برنامه درمان، و گام‌های اصلی اهداف بهبود بیمار برای کمک به پیشگیری از عود اعتیاد و تقویت نتایج درمان.

- فراهم کردن درمان خانواده-محور که شامل اطلاعات مربوط به ایجاد مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های پرورش کودکان، حمایت زوجین، تشخیص و پیشگیری از سوءاستفاده از کودکان و دیگر حمایت‌های برای کمک به بازسازی ساختار خانواده، جوهره حیاتی، و اعتماد در آن و ایجاد محیطی که برای فرایندهای بهبود مساعد باشد.
- برپایی نظام پایش پس از درمان و پیگیری و تکمیل درمان خانواده-محور با هدف شناسایی و حل و فصل موانع بر سر راه بهبود درازمدت و پیشگیری از عود اعتیاد.
- فراهم کردن مدل‌های ویژه-جنسیت و مدل‌های رابطه‌ای برای کمک به زنان و مردان برای آموختن استراتژی‌های مناسب برقراری روابط مثبت با شرکای زندگی و شبکه‌های اجتماعی که ممکن است موجب عود اعتیاد و از این رو، ممانعت از بهبود آنها شوند.
- وصل کردن بیماران به افراد بااهمیت دیگر (افراد بااهمیت دیگر برای مثال می‌توانند اعضای خانواده گسترده، دوستان، همسایگان، اعضای جامعه یا هم‌خانه‌های آنها در اماکن عمومی نظیر خانه‌های نیمه‌راهی باشند) یا شبکه‌های حمایتی مناسب که همراهی، ارتباطات و احساس و عاطفه برای فرد به ارمغان می‌آورند، در حالتی که این نیازها ناموجود، ضروری و مقتضی باشند.

فعالیت‌های تفریحی می‌توانند به توسعه مهارت‌ها و دانشی کمک کنند که برای فرد شیوه‌های سالم زندگی، یک خانواده زنده و مفید و روابط اجتماعی مثبت به ارمغان می‌آورند. شرکت در فعالیت‌های فرهنگی و تفریحی، نظیر ورزش، کارگاه‌های کاردستی و گشت‌وگذار گروهی، یکی از جنبه‌های مهم فرایند درمان، بازتوانی و بازگشت فرد مبتلا به وابستگی به مواد مخدر به دامن جامعه به شمار می‌رود. این فعالیت‌های می‌توانند به یک آموزش جامع برای اشخاصی که در دوران بهبود به سر می‌برند، کمک کند. اقداماتی که به تقویت دستیابی به این نتیجه کمک می‌کنند، شامل موارد زیرند:

- انجام یک ارزیابی مقدماتی و شناسایی ترجیحات، مهارت‌ها و نیازهای بیماران که می‌تواند به تدوین یک برنامه گذران اوقات فراغت در جریان بازتوانی آنها کمک کند،
- ایجاد و توسعه فعالیت‌های گروهی برای حمایت از توسعه مهارت‌های اجتماعی که می‌تواند فرایند بازتوانی را تسهیل کند،

- پرسنل ماهر را برای هدایت آن دسته از فعالیت‌های تفریحی، فرهنگی و ورزشی که به اجتماعی شدن هماهنگ فرد کمک می‌کند، بگمارید،
- آن دسته از برنامه‌های بازتوانی را در طرح بگنجانید که فعالیت‌های عملی برای ارائه اطلاعات و تقویت انگیزش عرضه می‌کنند (برای مثال، بازی‌ها، سفرهای گروهی به نقاط بوم‌شناختی و فرهنگی، کارگاه‌های هنرهای دستی و هنری، رویدادهای ورزشی و توسعه پیشنهادی تفریحی توسط خود بیماران)،
- توسعه متحدان استراتژیک در میان سازمان‌های دولتی یا خصوصی که فعالیت‌های تفریحی، ورزشی و فرهنگی عرضه می‌کنند (برای مثال، آموزش‌های کوتاه‌مدت فشرده را می‌توان در هماهنگی با نهادهایی که در شغل درمانی، ورزش، آموزش و فعالیت‌های فرهنگی تخصص دارند، سازمان داد)، و
- فعالیت‌های اوقات فراغت را که از طریق توافق متقابل میان تیم درمانی و شخصی که تحت بازتوانی قرار دارد، طراحی شده‌اند، پایش کنید، زیرا این کار امکان ارزیابی نتایج درمان و واکنش به‌موقع در صورت بروز مشکلات را فراهم می‌آورد.

قلمرو ۳: مسکن امن و محیط‌های مناسب برای سلامت و بهبود

از دست دادن مسکن امن و محیط‌های مناسب برای سلامتی و بهبود یک وضعیت رایج برای متقاضیان درمان است که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند. فقدان این امکانات یک عامل خطر برای عود اعتیاد است و شانس بازگشت به دامان جامعه و درپیش گرفتن یک سبک زندگی سالم را کاهش می‌دهد. فراهم کردن مسکن امن یک عامل مهم در فرایند بهبود به شمار می‌آید. این امکان به تداوم تماس میان بیمار با ارائه‌دهندگان خدمات کمک می‌کند، اما سطح استقلال بالاتر و امکان بیشتری برای بازگشت به دامان جامعه نسبت به درمان سرپایی فراهم می‌آورد. وجود این امکانات، طیف گسترده‌ای از منافع عاید بیماران می‌کند. برای مثال:

- مسکن حمایت‌شده (خانه‌های نیمه‌راهی) محیطی عاری از مواد مخدر به وجود می‌آورد که می‌تواند به خویشنداری پایدار در مقابل مواد مخدر کمک کند و فرایند بهبود را پشتیبانی نماید.
- زندگی جمعی مشوق شکل‌گیری تعاملات مثبت میان هم‌تایان و به وجود آوردن گروه‌ها و شبکه‌های حمایتی است.

- مسکن باثبات محیطی بسنده برای تماس‌ها و دیدارهای خانوادگی و برقراری مجدد اعتماد میان اعضای خانواده به وجود می‌آورد.

مدل‌ها و ترتیبات متفاوتی برای مسکن این‌گونه افراد وجود دارد (برای مثال، خانه‌های بهزیستی دولتی یا عمومی، خانه‌های نیمه‌راهی) که انواع حمایت‌های متفاوت را در راستای پیوستار بازتوانی و بازگرداندن فرد به جامعه عرضه می‌دارند. این حمایت‌ها از تأمین جا و مکان برای افراد بی‌خانمان و اشخاصی که به وابستگی‌های مزمن به مواد مخدر دچارند، تا فراهم کردن امکان‌های اقامتی که با جامعهٔ محلی پیوند و یکپارچگی بیشتری دارند و نیز تقویت استقلال فزایندهٔ فرد و تلاش برای بازگرداندن او به بازار کار و کار ثمربخش را شامل می‌شوند.

نمونه‌هایی از ترویج مسکن اجتماعی عبارتند از:

- به خانواده‌ها، ارگان‌های عمومی و جامعه به طور کلی، دربارهٔ منافع تأمین مسکن برای اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر اطلاع‌رسانی می‌شود. این کار از طریق استراتژی‌های گستردهٔ اطلاعاتی-آموزشی-ارتباطی در مورد اعضای جامعه، خدمات آموزشی و سیاست‌گزاران انجام می‌گیرد.
- رهبران رسمی و غیررسمی جامعه ممکن است به بسیج جامعه برای فراهم آوردن مسکن مورد نیاز برای مصرف‌کنندگان مواد که در فرایند بهبود به سر می‌برند، اقدام کنند،
- استراتژی‌های مسکن برای اشخاص وابسته به مواد مخدر و بیمارانی که در فرایند بهبود به سر می‌برند، در برنامه‌های رفاه اجتماعی دولت‌های محلی گنجانده می‌شود.
- مشارکت بخش خصوصی می‌تواند به پایداری ابتکارات مسکن کمک کند. از این رو، مهم است که آنها را در بحث‌های مربوط به تدوین استراتژی‌ها، محدوده و حیطهٔ طرح و نتایج احتمالی، شامل شیوه‌های گوناگون تأمین مالی به منظور دستیابی به پایداری، شرکت دهیم.
- خدمات تأمین مسکن باید پیوندهای نزدیکی با خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر داشته باشد.
- حمایت مالی را می‌توان از منابع گوناگون به دست آورد: هر گاه میسر باشد، از طریق کمک‌های مستقیم خانواده‌های اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر، به صورتی محدود از فروش محصولات یا خدمات عرضه شده از بخش شغلی یک برنامهٔ بازتوانی، یا از کمک بخش عمومی یا خصوصی.

قلمرو ۴: حمایت مبتنی بر همتایان

حمایت مبتنی بر همتایان برای اشخاصی که در فرایند بازتوانی و بازگشت به دامان جامعه به سر می‌برند و ممکن است یک دوران گذار را در زندگی خود تجربه کنند که به تغییراتی در رفتارها و نقش‌های اجتماعی آنها نیاز دارد، ضروری است. در این دوره، بیماران ممکن است احساس ناامنی، ترس و اضطراب کنند و این‌گونه احساسات ممکن است خطر عود اعتیاد را افزایش دهد. در شرایطی که این افراد با عدم اطمینان مواجهند، این امر مهم است که استراتژی‌های زندگی مثبتی وجود داشته باشد که می‌تواند شامل خودیاری، گروه‌های همتا یا حمایت گروه‌های آموزش‌دهنده باشد. گروه‌های پشتیبانی می‌توانند به عنوان آینه‌های مثبت عمل کنند، اعتماد به نفس بیافرینند و در اوقات بحرانی به حمایت برخیزند. شیوه‌های تأمین این حمایت بسیار مهم به شیوه‌ای ساختاریافته‌تر شامل موارد زیر است:

- در میان گذاردن تجارب از طریق فرایند بهبود انفرادی و پیاده کردن این اقدام (در میان گذاردن تجربه) در کلیه فرایندهای بازتوانی در محیط گروه خودیاری.
- داشتن مقررات و قواعد روشن، به ویژه مقرراتی که به محرمانه ماندن مربوط می‌شود، که کلیه اعضای گروه از آن اطلاع دارند،
- اداره کردن گروه‌های خودیاری با استفاده از کادر حرفه‌ای و آموزش‌دیده، در صورتی که منابع و اجماع گروه یا محیط سازمانی اجازه دهد (وظیفه اصلی آنها تنظیم و پایش دستاوردهای فردی و گروهی است)،
- توسعه یک الگوی تعیین صلاحیت برای مربیان خودیاری که می‌توانند دانش خود را در مورد وابستگی به مواد مخدر و اداره کردن گروه با حمایت نهادهای درمانی ارتقا دهند.
- تعیین یک مربی یا راهنما برای جهت دادن به هر یک از اعضای گروه و مشاوره دادن به آنها، به صورتی که مربی بتواند رابطه‌ای نزدیک و اعتماد‌آمیز با شخص مورد نظر ایجاد کند و به عنوان یک سرمشق مثبت در فرایند بازتوانی عمل کند. (یک مربی که در مورد درمان وابستگی به مواد مخدر مطلع است و فرایند بازتوانی می‌تواند بهترین بهره‌برداری را از سازوکارهای ارتباط با تیم درمانی به عمل آورد و بتواند پیشرفت‌ها، دستاوردها و دشواری‌ها را در فرایند بازتوانی ارزیابی کند).
- به خدمت گرفتن مربیان بهبود به عنوان پشتیبانی همتایان. (به مطالعه موردی ایالات متحده در فصل ۴ مراجعه کنید).

قلمرو ۵: (خود) اشتغال (ی) و حل و فصل مسائل حقوقی

مسائل (خود) اشتغال (ی) اغلب با وابستگی به مواد مخدر پیوند دارند. بسیار از کسانی که برای مدت سال‌ها از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برده‌اند، در یافتن شغل با دشواری مواجهند و بیکاری معمولاً یکی از دلایل اصلی عود اعتیاد آنها به شمار می‌رود (به مطالعه موردی آلمان در فصل ۴ مراجعه کنید). آنها بدون استثنا به حمایت و راهنمایی نیاز دارند تا بتوانند مجدداً به بازار کار بازگردند. پروژه‌ها و ابتکارات زیر در صورتی که با درمان وابستگی به مواد مخدر و برنامه‌بازتوانی تلفیق شوند، می‌توانند در صورتی که نیازهای جاری بازار مد نظر قرار گیرند، کمک مثبتی به نتایج بهبود بکنند:

- مشاوره اشتغال، شامل آموزش جستجوی کار و جایابی سریع،
- توسعه مهارت‌های شغلی،
- ایجاد تعاونی‌های کار برای بهبود بیماران، به عنوان "پناهگاه‌های دولتی" برای کسانی که در دوره گذار از درمان به بازتوانی و بازگشت به جامعه به سر می‌برند،
- غربال کردن بیماران از نظر موانع بالقوه (شخصی، اجتماعی و ساختار) برای دستیابی به خودکفایی اقتصادی و فراهم کردن پیوندهای محکم میان خدمات برای کمک به اشخاصی که مبتلا به وابستگی به مواد مخدر هستند تا شغل با معنا و ارزشمندی پیدا کنند و در همان حال، مشکلاتی نظیر مسائل حقوقی و کیفری، فقدان مسکن امن و دسترسی به حمل و نقل را حل و فصل کنند (کاهش این موانع به میزان قابل توجهی توانایی‌های اشخاص را در بهبود، شرکت در فعالیت‌های هدفمند و ارزشمند و بازگشت به دامان جامعه محلی و جامعه بزرگ، افزایش می‌دهد)
- برقراری روابط کاری نزدیک میان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و صنعت، شرکت‌های بخش خصوصی و / یا مؤسسات کاریابی برای تسهیل ورود (بازگشت) به بازار کار برای اشخاصی که در فرایند بازتوانی به سر می‌برند،
- ایجاد این امکان برای اشخاصی که در فرایند بهبود به سر می‌برند و نیز اعضای خانواده‌شان تا یاد بگیرند چگونه به خرده‌اعتبارات دسترسی و آنها را اداره کنند تا بتوانند از وام‌های کوچک برای برپا کردن کسب‌وکارهای کوچک بهره گیرند، امری که جنبه مهمی از تأمین معاش پایدار را تشکیل می‌دهد، و
- اجرای برنامه‌هایی برای توسعه بنگاه‌های کوچک با حمایت نهادهای دولتی و غیردولتی.

حل و فصل مسائل حقوقی برای اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر که در فرایند بازتوانی و بازگشت به جامعه به سر می‌برند، از اهمیت عظیم برخوردار است و پیوند نزدیکی با وجه یافتن شغل دارد. وارد کردن حمایت حقوقی در فرایند بازتوانی می‌تواند به پیشگیری از تأثیر ثبات‌شکن مسائل حل و فصل نشده حقوقی کمک کند، امری که می‌تواند به دلیل استرسی که با خود دارد، یکی از عوامل خطرزای عود اعتیاد باشد.

شیوه‌های اجتناب از عود اعتیاد به دلیل فشارهای ناشی از مسائل حقوقی حل و فصل نشده می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

- انجام یک ارزیابی اولیه از وضعیت حقوقی بر یک پایه استاندارد و محرمانه، با تأیید بیمار، و
- بهره‌گیری از مشاوره‌های حقوقی به کمک نهادهای غیردولتی یا عمومی (برای مثال، دفاتر حقوقی دانشگاه‌ها یا سازمان‌های غیرانتفاعی) در همان حال که اکیداً به استقلال و حریم خصوصی متقاضیان احترام می‌گذارد.

ارائه‌دهندگان خدمات بازتوانی ممکن است بخواهند ارتباط مداومی با اعضای نظام قضایی داشته باشند. همچون همیشه، نیازهای حفظ حریم خصوصی بیماران باید محترم شمرده شود و الزامات محرمانه ماندن وضعیت آنها، که جزئی از فرایند بازتوانی است، باید اکیداً رعایت شود.

قلمرو ۶: مهارت‌های شغلی و توسعه آموزشی

کسب **مهارت‌های شغلی و حرفه‌ای** خودارزشمندی‌پنداری و عزت‌نفس به ارمغان می‌آورد. این امر همچنین در مورد اشخاصی که به وابستگی به مواد مخدر دچار هستند نیز صادق است. کار از خلق مشارکت و مسئولیت فردی و اجتماعی حمایت می‌کند. برخی از نتایج مثبت به دست آوردن مهارت‌های شغلی بازارپسند و شرکت در فعالیت‌های ثمربخش، تجربه سطوح بالای رضایت و امنیت، و کاهش ریسک عود اعتیاد است. گام‌هایی که این امر را میسر می‌سازد، از جمله عبارتند از:

- تبدیل ارزیابی شغلی و خدمات مشاوره شغلی به بخشی از برنامه‌های بازتوانی و بازگشت به جامعه که هدفشان خلق شرایط تأمین معاش پایدار است،
- تدوین جزء شغلی برنامه و جای دادن آن در طرح درمان و بازتوانی، بر اساس ارزیابی اولیه به عمل آمده از بیمار،

- انجام یک تحلیل بازار برای شناسایی نیازهای جاری به مهارت‌ها و محصولات،
- آموزش شغلی را پاسخگوی نیازهای بازار قرار دادن،
- تعدیل کردن و اصلاح خدمات حمایت و مشاوره شغلی برای پاسخگویی به تغییرات در تکنولوژی و بازار، به منظور بالا بردن امکان فرود محصولات و خدمات پروژه‌ها،
- محصولات مفیدی تولید کند که هزینه‌های تولید پایین دارند، ساده هستند و تولید آنها راحت است و به سهولت و سرعت آنها را می‌توان به بازار عرضه کرد،

آموزش یک دارایی ضروری برای یک زندگی کامل و تضمین تأمین معاش پایدار است. دسترسی به طرح‌ها و مدل‌های آموزشی گوناگون یکی از راه‌های حل و فصل مشکلات مرتبط با مصرف مواد مخدر و وابستگی به مواد مخدر است. تأمین‌کنندگان خدمات درمانی اغلب با افرادی کار می‌کنند که به دلیل اوضاع و احوال ویژه زندگی‌شان، ممکن است تحصیلات کافی نداشته باشند یا نتوانسته باشند امتحانات لازم برای کسب یک گواهینامه یا مدرک تحصیلی مورد نیاز برای ورود به بازار کار را بگذرانند. تحصیلات شانس فرد را برای ورود به بازار کار افزایش می‌دهد و ممکن است عامل دیگری برای بهبود پایدار باشد.

هدف اقدامات زیر را به طور عمده افراد جوان تشکیل می‌دهد، زیرا آنها نه تنها گروهی بسیار آسیب‌پذیر از نظر مصرف مواد به شمار می‌روند، بلکه همچنین به دلیل اهمیت نقش آموزش رسمی در این مرحله از عمر. با وجود این، آموزشی که هدفش را بررسی و کاوش در مهارت‌های شغلی و آموزش کار تشکیل می‌دهد، در همه مراحل عمر، یکی از عوامل اصلی مداخلات حمایتی تشکیل می‌دهد که باید انجام گیرد. برخی استراتژی‌ها عبارتند از:

- اجرای خط‌مشی‌هایی درباره دانش‌آموزان که هدفشان پیاده کردن استراتژی‌های حمایتی برای بازتوانی و بازگرداندن دانش‌آموزانی که از مشکلات وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، به جامعه است،
- به کار گرفتن تدابیری برای پرداختن به نیازهای ویژه جوانان به هنگام بهبود از طریق توسعه برنامه‌های درسی و روش‌شناسی‌های مناسب،

- آموزش دادن آموزگاران برای پرداختن به وابستگی به مواد مخدر در کنار هر بیماری مزمن دیگر، زیرا نگرش‌های آنها می‌تواند به کاهش انگ‌زنی کمک کند و حمایت از دانش‌آموزانی را که در فرایند بهبود قرار دارند، در محیط مدرسه افزایش دهد،
- به کار گرفتن سازوکارهای هماهنگی میان بخش‌های سلامت و آموزش در مورد استراتژی‌های مربوط به حل مشکلات مواد مخدر،
- ارائه فرصت‌های آموزشی در محیط‌های مقتضی و تعدیل کردن و متناسب کردن آنها با مقتضیات سنی، توانایی یادگیری و فراهمی،
- به کار گرفتن خدمات درمانی و بازتوانی که امکان استفاده از مداخله‌های سرپایی / اجتماعی را میسر سازد، تدابیری که بتوانند راه‌حل‌های گوناگون را به منظور تأمین پیوستگی درمان در مدرسه افزایش دهند،
- ترغیب فعالیت‌های مشترک خانواده / آموزگار به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر و عود اعتیاد، در عین ترغیب فعالیت‌های تفریحی سالم و پیشگیرانه در خانه، و
- برگزاری جلسات مشاوره (علاوه بر حمایت از دسترسی به نظام آموزش رسمی) که یک بخش آموزشی / اطلاع‌رسانی را در مورد شیوه‌های برخورد با فشارهای هم‌تایان و محیط، که ممکن است فرد را به دامان اعتیاد بازگرداند، به آموزش اضافه می‌کنند.

قلمرو ۷: بازگشت به جامعه و نوسازی فرهنگی

بازگشت به جامعه و حمایت فرهنگی اغلب تأثیری حیرت‌آور بر وابستگی به الکل و / یا مواد مخدر دارند. در برخی محیط‌های سنتی‌تر، فعالیت‌های فرهنگی و بومی مکمل، در صورتی که در یک برنامه درمانی ادغام شوند یا پیوند نزدیکی با یک برنامه درمانی داشته باشند، می‌توانند به القای راحتی و آرامش کمک کنند، خودتنظیمی فرایندهای فیزیولوژیک را تسهیل کنند، آسیب‌های احساسی را از بین ببرند، انزوا و بیگانه شدن را تخفیف می‌دهند، دگرگونی‌های شخصی را تشویق می‌کنند، مشوق بروز مظاهر خودبه‌خودی مهارت‌های رهبری می‌شوند و از همه مهم‌تر، احساس پیوند متقابل میان خود و جامعه را در فرد به وجود می‌آورند (وینکلمن، ۲۰۰۳).

این روش‌ها هنگامی از همیشه مؤثرترند که:

- به صورت تدابیری تکمیلی به درمان وابستگی به مواد مخدر و برنامه‌های بازتوانی اضافه شوند تا مشکل عود اعتیاد را حل کنند،
- به صورت جزئی از برنامه‌های عمده بازتوانی، مراکز اجتماعی، برنامه‌های آموزشی، مراکز تفریحی آخر هفته و نیز نظام‌های زندان‌ها در آیند،
- به صورت روش‌های مشاوره تکمیلی ارائه شوند که ممکن است از طریق روش‌هایی که به لحاظ فرهنگی مقبولیت دارند (سنتی)، به حل لطمات روانی و عاطفی شدید بپردازند،
- برای تسهیل یکپارچگی شناختی-عاطفی، ایجاد علقه‌های اجتماعی و وابستگی به جامعه محلی استفاده شوند،
- برای تقویت اظهار وجود و حل اختلافات به کار گرفته شود،
- برای تقویت احساس هدفمندی و پیوند داشتن با زندگی به کار گرفته شود،
- به عنوان وسیله‌ای برای علاقه‌مند و متعهد کردن رهبری قبیله / سنتی / اجتماعی و ترغیب آموزش رهبران و شفا دهندگان بومی / سنتی برای سازمان دادن حلقه‌های بهبود به کار گرفته شود،
- برای میزبانی جشن‌های بهبود بومی به کار گرفته شود، و
- در طرفداری از خط‌مشی‌های اجتماعی و روش‌های درمانی برخوردار از درون‌مایه‌های فرهنگی به کار گرفته شود.

همچنین در محیط‌هایی که زیاد سنتی نیستند، فعالیت‌هایی که حس اجتماعی خلق می‌کنند و فرصت‌های آشکاری برای بازگشت (مجدد) بیماران به دامن جامعه فراهم می‌آورند، می‌توانند مفید باشند و در خدمت برخی از کارکردهای پیشگفته قرار گیرند.

قلمرو ۱: معنا و هدف در زندگی

معنا و هدف در زندگی نقش محوری در هدایت یک زندگی سرشار و سالم دارد. صرف‌نظر از اینکه میل به معنا در زندگی چه جلوه‌هایی دارد، اغلب اشخاص می‌دانند این ویژگی چه زمانی از زندگی آنها غایب است تا به جستجوی آن برآیند.

برای کمک به بیمارانی که در فرایند بازتوانی و بازگشت به جامعه قرار دارند، تا دریابند که چه چیز برای آنها تشکیل دهنده معنا در زندگی است، گام‌های زیر پیشنهاد می‌شود:

• انجام یک ارزیابی اولیه که در آن، علائق معنوی بیماران مد نظر قرار گیرد، در تعریف محتوای فرایند مشاوره درمانی مفید خواهد بود،

- بسته به بافت فرهنگی فرد بیمار، پیشنهاد انواع و روش‌های گوناگون کارهای معنوی، می‌تواند ارزش اضافه‌ای به همراه آورد (برای مثال، به عنوان یک استراتژی ایجاد آرامش در مقابله با ترس، اضطراب، خشم و ایجاد یک حس روانی بهبود و بهزیستی)،
- تشویق روش‌های معنوی در حالت گروهی، در صورتی که در محیط فرهنگی قابل اعمال باشد، می‌تواند از پیوند فرد با دیگران و ایجاد یک احساس تعلق، حمایت کند، و
- کار با کادر درمانی برای توسعه مهارت‌های لازم جهت کشف علائق معنوی و مذهبی بیمارانی که در فرایند بازتوانی و بازگشت به جامعه قرار دارند.

هنگامی که "چرایی" و "چگونگی" اجرای جنبه‌های گوناگون سرمایه بهبود- یکی از بخش‌های اساسی مدیریت بهبود پایدار- تحقق یافت، گام بعد آن است که از طریق به کار گرفتن یک رویکرد سیستمی، تأمین بودجه اضافی یا کمک‌های مشابه، برای اشخاصی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند، حمایت‌های بهبود را افزایش دهیم. فصل ۵ استراتژی‌های مفیدی برای دستیابی به این هدف ارائه می‌دهد. این فصل حاوی رئوس این مطالب است: الف) چگونه با اعمال نفوذ بر تصمیم‌گیران، به حمایت از تغییرات در خط‌مشی، ساختار و فرایندها برآیم، و ب) چگونه با هدف قرار دادن گروه‌ها در کلیه سطوح جامعه، آگاهی را افزایش دهیم و در آنها علاقه‌مندی و احساس مسئولیت ایجاد کنیم.

فصل ۴: مطالعات موردی

این مطالعات موردی و شهادت‌نامه‌هایی که در این فصل ارائه می‌شوند، به برخی از هشت قلمرو سرمایه‌ بهبود مرتبط هستند که در فصول سابق تشریح شدند. مطالعات موردی با توجه به وضعیت منطقه و پوشش دادن قلمروهای ممکن هر چه بیشتری که می‌توانند از توسعه سرمایه‌ بهبود حمایت کنند، انتخاب شدند. آنها بازتاب‌دهنده محیط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هستند که در متن آن به اجرا درآمده‌اند و با تعریف تری‌نت از "روش موفق" همخوانی دارند. (به مقدمه و نگاه اجمالی مراجعه کنید) سرفصل‌های اصلی که در مطالعات موردی تحت پوشش قرار گرفتند، شامل اطلاعات پروژه، سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه، اهداف، فرایندها، دستاوردها، چالش‌ها و درس‌آموخته‌ها می‌شوند.

مطالعات موردی از بولیوی، کامبوج، کانادا، آلمان، هوندوراس، هند، نیجریه، اسپانیا و ایالات متحده آمریکا انتخاب شده‌اند. تأکید در این انتخاب بر نمونه‌هایی است که از کشورهای در حال توسعه انتخاب شده‌اند. کشورهایی که روش‌های آنها ممکن است هنوز به طور علمی ارزیابی نشده باشند نیز در این مجموعه گنجانده شده‌اند. شهادت‌نامه‌ها به توصیف این امر می‌پردازند که چگونه اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر، و در برخی موارد، کل خانواده‌ها و جوامعشان، توانسته‌اند از دارایی‌های گوناگون خود، به شرحی که در چارچوب تأمین معاش پایدار تشریح شده است، برای کاهش وابستگی به مواد مخدر و آغاز فرایند بازتوانی و بازگشت به جامعه استفاده کنند.

همه این مطالعات موردی نشان می‌دهند که سرمایه‌ بهبود می‌تواند در طیف گسترده‌ای از شرایط به کار گرفته شود. اصول آن را می‌توان در مورد شرایط مختلف زندگی نیز به کار برد که در آن نیاز به بهبود و توازن، نظیر از دست دادن شغل، جدایی، مرگ یک عزیز و بهبود از وابستگی‌های متعدد.

روش‌های نویدبخش در عمل

"روش‌های موفق" زیر از پروژه‌هایی گرفته شده‌اند که به توسعه یا اجرای رویکردهای بازتوانی و بازگشت بیمار به جامعه با تأکید بر تأمین معاش پایدار و نیز ایجاد قلمروهای ویژه سرمایه‌ بهبود موفق شده‌اند:

- تشویق کسب و کارهای خرد و آموزش شغلی در کوچابامبا: بولیوی
- آموزش: کامبوج
- حمایت فرهنگی: کانادا
- آموزش مهارت‌های شغلی و اشتغال: آلمان
- برنامه‌کاریابی ویژه برای جوانان در معرض خطر: هوندوراس
- حمایت خانواده: هند

- آموزش مهارت‌های شغلی و اشتغال: نیجریه
- حمایت قانونی: اسپانیا
- حمایت هم‌تایان: ایالات متحده آمریکا

قلمرو: تشویق کسب و کارهای خرد و آموزش شغلی

مطالعه موردی: کوچابامبا تراپیکس، بولیوی

اطلاعات پروژه

نام پروژه: آموزش شغلی و تشویق کسب و کارهای خرد در کوچابامبا تراپیکس

شهر/کشور: کوچابامبا تراپیکس، بولیوی

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: آقای کارلوس دیاز، دفتر کشوری UNODC، بولیوی،

کاسیلا ۹۰۷۲ لاپاز، بولیوی

Tel: (591-2) 279 5935, 279 5938, 277 3286; Fax: (591-2) 211 2746

Websites: <http://www.unodc.org/bolivia/index.html>; www.proyecto-bole07.org;
carlos.diaz@unodc.org

وضعیت پروژه: تعطیل شده. (در ۱۸ ژوئیه سال ۲۰۰۷، پس از شش سال کار در کوچابامبا تراپیکس، جلسه سه‌جانبه تصمیم گرفت پروژه BOLE07 را تعطیل کند. در سپتامبر ۲۰۰۷، دفتر کشوری یواناودیسی در بولیوی پروژه ۱۸۰) آموزش شغلی و تشویق کسب و کارهای کوچک در منطقه یونگاس لاپاز را آغاز خواهد کرد.

منبع مالی: یواناودیسی، سازمان جهانی کار (ILO)، معاونت کوکا و روش‌های توسعه متفاوت و یواناودیسی

سال‌های فعالیت: در حال اجرا از دسامبر ۲۰۰۰ تا ژوئیه ۲۰۰۷

گروه هدف: جوانانی (مرد و زن) که در کشت کوکا شرکت داشتند و نیز نهادهای توسعه محلی که توسط پروژه تقویت می‌شدند.

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است: آموزش شغلی، تشویق و تقویت کسب و کارهای خرد، و قرار دادن موضوع جنسیت در جریان غالب سیاست‌گذاری‌ها

سوابق پروژه:

برای مدت بیش از ۲۰ سال، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) از کشورهای حوزه آند در تلاششان برای پیشبرد راه‌حل‌های عملی برای اشتغال و درآمدزایی خانواده‌های کم‌درآمد در مناطق روستایی حمایت کرده است. به طور سنتی، استراتژی‌های شقوق جدید توسعه و ایجاد یک شیوه تأمین معاش پایدار، با حمایت از نظام‌های تولید، از جمله فرآوری و فروش محصولات سنتی در مناطق تولید کوکا، نظیر قهوه، موز، آناناس، و دیگر میوه‌های حاره‌ای، توجه خود را بر تولید کشاورزی متمرکز کرده است.

این تحقیق تجربه‌ای را در یک پروژه همکاری بین‌سازمانی، میان یوان‌اودی‌سی و سازمان جهانی کار (ILO) تشریح می‌کند که در حمایت از توسعه تمام و کمال در مناطق تولید کوکا، به استفاده از یک استراتژی معین اقدام کرده است. با پذیرفتن تمایلات شهری و پویایی جمعیت در منطقه کوکا پرور حاره‌ای کوچابامبا، یک برنامه آموزش شغلی و پشتیبانی برای استراتژی بخش کسب و کارهای کوچک به طور ویژه برای پیشبرد مهارت‌های کاری برای بازار غیرکشاورزی میان افراد جوان میان ۱۵ و ۳۴ سال سن، تهیه شد.

اهداف:

- حذف فعالیت‌های کشت و قاچاق کوکا در منطقه و در عوض، ایجاد یک اقتصاد پایدار دیگر،
- آموزش مهارت‌های شغلی به جوانان به صورتی که آنها بتوانند وارد بازار کار بشوند،
- تقویت فرصت‌های موجود برای مردان و زنان به منظور کسب شغل‌های مفیدی که آزادی، برابری، امنیت و شأن انسانی را برای آنها تأمین کند.
- اعمال یک رویکرد حساس نسبت به جنسیت، به صورتی که زنان بتوانند مشارکت عادلانه‌ای در آموزش شغلی داشته باشند، آموزش‌هایی که به آنها امکان می‌دهد در بازار کار جذب شوند، و
- تقویت خوداشتغالی از طریق ایجاد کسب و کارهای کوچک.

فرایند / فعالیت‌ها:

- بر اساس علائق و قابلیت‌های زنان، دوره‌های ویژه‌ای برای آنها شناسایی شد.
- بر اساس تقاضای بازار، نود و هشت ماژول آموزشی توسعه یافتند. این دوره‌ها از ۱ تا ۶ ماه با میانگین ظرفیت ۲۵ دانش‌آموز و میانگین مدت دوره ۱۱۰ ساعت به طور می‌انجامیدند. بعضی از دوره‌هایی که شناسایی شدند، عبارت بودند از: فرآوری غذا، دوخت لباس / خیاطی، برداشت محصول و بسته‌بندی

محصولات کشاورزی، نجاری، بنایی، نانوایی و آشپزی، خدمات پذیرایی، نقاشی، برقکاری، مکانیکی اتومبیل، مهارت‌های صنعتگری.

- با پرداختن به مسائلی نظیر فرایند تولید، اداره کسب‌وکار، محاسبه هزینه و دسترسی به اعتبار، کسب‌وکارهای کوچک تقویت و تشویق شدند.
- هماهنگی دائمی با دفاتر دولتی، تشویق شد و به اجرا درآمد.
- توسعه منابع انسانی برای حمایت از پروژه‌های گوناگون انجام گرفت.

درس آموخته‌ها:

- از پیش پا برداشتن موانعی که زنان را از شرکت در پروژه مانع می‌شد، مد نظر قرار گرفت (برای مثال، زمان‌بندی شرکت، فاصله از خانه، نگهداری از کودکان کوچک، و آموزش به زبان محلی).
- روش‌شناسی یادگیری به کمک انجام دادن، از همه اثربخش‌تر بود.
- با توجه به این امر که آموزش شغلی یک فرایند مداوم است، شهرداری‌ها ممکن است بخواهند فعالیت‌های پروژه را که در رابطه با آموزش شغلی هستند، یک‌کاسه کنند و کسب‌وکارهای کوچک را تقویت نمایند. در این زمینه، شهرداری‌ها ممکن است مشوق ایجاد مراکز آموزش شغلی باشند تا دسترسی به اعتبارات کوچک را برای کسب‌وکارهای کوچک تأمین کنند.
- توسعه محلی در منطقه حاره کوچابامبا نیازمند کار روی دسترسی به بازار است و به کار گرفتن تکنولوژی جدید برای تولید، به منظور افزایش بهره‌وری و رقابت‌پذیری.
- برای شهرداری‌ها مفید خواهد بود که به پیشبرد تدوین برنامه درسی تازه‌ای برای مدارس در نهادهای آموزشی کمک کنند که آموزش شغلی را در صنوف مختلف می‌گنجانند.
- این امر اهمیت دارد که با گروه‌های ذینفع/ هدف تشریک مساعی داشته باشیم تا بدانیم به کدام زمینه‌های شغلی علاقه دارند.
- لازم است ماژول‌های آموزش شغلی به طور مداوم به‌روز شوند.
- از آنجایی که در بازار کار تقاضا برای صاحبان فنون مختلف وجود دارد، تأکید بر آموزش شغلی، جایابی فوری پرسنل آموزش‌دیده را در عین تأمین این تقاضا تأمین خواهد کرد.

نتایج / دستاوردها:



- این پروژه ۲۱۲ کسب‌وکار کوچک را تحت حمایت قرار داد و بهره‌وری و رقابت‌پذیری آنها را افزایش داد. از میان ۲۰۲۸ تن که در این کسب‌وکارها فعالیت می‌کردند، ۴۶٪ زن بودند.

- ایجاد یک دفتر اشتغال با حمایت شهرداری، به ۷۴۴ جوان اجازه داد در بازار کار جذب شوند. از این تعداد، ۲۸۰ تن زن بودند.

چالش‌ها:

- برای ایجاد یک اقتصاد مدرن و پایدار، با حمایت پروژه توسعه متفاوت، محصولات کشاورزی متفاوتی کشت شدند. هرچند سرمایه‌گذاران خصوصی منبع اشتغال بزرگی به وجود می‌آوردند، یکی از عمده‌ترین مشکلات را فقدان منابع انسانی آموزش‌دیده برای پشتیبانی از این فرایند تشکیل می‌داد.
- محیط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی چالشی برای پروژه به شمار می‌رفت. رهبران پروژه می‌بایست به طور مداوم استراتژی‌های مداخله خود را تعدیل کنند تا پاسخگوی علائق ذینفعان باشند، نیازهای اشخاص واجد شرایط را برآورده سازند و در عین حال، هماهنگی نزدیکی با هر دو طرف داشته باشند.
- گسترش فعالیت‌های پروژه E07 به یونگاس لاپاز چالش‌زا خواهد بود.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

سنتاً تعداد زیادی از جوانان در تولید کوکا شرکت داشته‌اند. بسیاری هیچ‌گونه آموزشی ندیده‌اند. به دلیل فقدان دانش کاری و حمایت فنی، این افراد قادر نبوده‌اند هیچ‌گونه کسب‌وکار کوچکی به راه اندازند. با این مسائل در این برنامه به طور منظم برخورد شده است. همچنین این پروژه مسائل فرهنگی را نیز مد نظر قرار داده است، نظیر آموزش شرکت‌کنندگان به زبان خودشان و احترام گذاردن به سنن آنها با تشویق موسیقی و صنایع دستی.

اطلاعات ارزیابی موجود در رابطه با این پروژه:

یک ارزیابی مستقل خارجی در ژوئن ۲۰۰۷ در مورد این پروژه انجام گرفت. نتیجه‌گیری‌های اصلی این ارزیابی عبارتند از:

- از میان ذینفعانی که از طریق پروژه آموزش شغلی و حرفه‌ای دریافت کردند، ۲۶٫۴٪ در حال حاضر به صورتی مفید به استخدام درآمده‌اند.
- درصد کارگران آموزش‌ندیده از ۵۷٪ به ۲۳٪ کاهش یافته است.
- درآمد گروه هدف به میزان ۳۱٪ افزایش یافته است.
- قابلیت‌های (دانش و مهارت‌های) گروه هدف که توسط پروژه ایجاد شد، دست‌کم توسط ۵۰٪ از ذینفعان پروژه مورد بهره‌برداری قرار گرفته است.
- اکثریت ذینفعان پروژه تأیید کردند که دوره‌های آموزش شغلی و حرفه‌ای که توسط پروژه برگزار شدند، به احتیاجات آنها پاسخ داده‌اند.

- اشتغال در کسب و کارهای کوچکی که مورد حمایت پروژه قرار داشتند، به میزان ۱۹۶٪ افزایش یافت.
- از میان کارگرانی که در کسب و کارهای کوچک به کار مشغول بودند، ۵۰٪ شغل‌های مطمئن دارند.
- هشتاد و یک درصد از کسب و کارهای کوچک، نیروهای کار دائمی دارند.
- پنجاه و هفت درصد از کسب و کارهای کوچکی که توسط پروژه ایجاد شده‌اند، از رویه‌های حسابداری و مدیریت استفاده می‌کنند.

یکی از نشریاتی را که درباره این پروژه نوشته شده است، می‌توان در نشانی دفتر کشوری یوان‌اودی‌سی در بولیوی به قرار زیر، پیدا کرد:
<http://www.unodc.org/bolivia/index.html>

یافته‌های اصلی:

- اهمیت شبکه‌سازی با ارگان‌های مختلف، نظیر دولت، سازمان‌های غیردولتی و دیگر مؤسسات سازمان ملل متحد از شروع پروژه.
- هرچند آموزش‌های کسب شده در چارچوب یک پروژه توسعه متفاوت بود، باور بر این است که استراتژی‌های به اجرا درآمده، در مورد پروژه‌های مربوط به تأمین معاش پایدار برای بازتوانی و بازگشت به جامعه قابل اعمال خواهد بود.
- این پروژه، هرچند به طور مستقیم به اشخاصی که از سوء مصرف مواد مخدر رنج می‌برند، نمی‌پردازد، می‌تواند در عین حال به خاطر خدماتی که در حوزه بازتوانی و بازگشت بیماران به جامعه مفید هستند، مورد توجه باشد.

شهادت‌نامه زیر از نشریه‌ای در مورد این پروژه در بولیوی انتخاب شده است.^۱ همان‌طور که پیشتر متذکر شدیم، این پروژه توجه خود را بر بازتوانی بیماران از وابستگی به مواد مخدر متمرکز نکرده بود. اما نتایج آن به روشنی نشان می‌دهد که چگونه بهره‌گیری از برخی از قلمروهای سرمایه بهبود، می‌توانست از بازتوانی و بازگرداندن اشخاص به جریان اصلی جامعه در منطقه حاره کوچابامبا، پشتیبانی کند. برخی از نتایج عبارت بودند از:

- توسعه مهارت‌های حرفه‌ای و/یا آموزشی
- یافتن کار، و
- کمک به جوامع و فرهنگ‌های آنها برای تأمین پشتیبانی بهبود برای افراد و خانواده‌ها

^۱ دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)، دولت بولیوی و سازمان بین‌المللی کار (ILO) (۲۰۰۷): آموزش جوانان، شرافت بخشیدن به کار و ایجاد یک فرهنگ کارآفرینی در منطقه حاره کوچابامبا.

لا ماکسه نیتا: هنر بومی که در یک کسب و کار کوچک جای گرفته است

خانواده فابریکانو که از هفت نفر تشکیل شده است، توجه خود را بر ساختن صنایع دستی به صورت کنده کاری روی چوب و دیگر مواد طبیعی متمرکز کرده است. آقای فابریکانو یکی از رهبران تولید کوکا از فدراسیون ایزی بورو سکيور ساب سنترال بود. او تصمیم گرفت روش زندگیش را تغییر دهد و به ویلا توناری نقل مکان کند که در آن می توانست تحصیلات بهتری برای فرزندانش فراهم آورد.

او با پروژه تماس گرفت، زیرا می خواست هنر خود را به جوانان و دیگر کارکنان صنایع دستی منتقل کند. بنابراین، پروژه او را به عنوان یک آموزش دهنده به استخدام در آورد تا ساخت صنایع دستی را آموزش دهد. آقای فابریکانو می گوید: "این پروژه به ما یاد داده است طراحی و پرداخت محصول را بهتر کنیم، هزینه های تولید خود را بر آورد کنیم و روش های مدیریتی بهتری را ایجاد کنیم. علاوه بر این، پروژه به ما کمک کرد در نمایشگاه های صنایع دستی شرکت کنیم که در آن می توانستیم محصولات خود را با قیمت های بهتری به فروش برسانیم." هنگامی که تقاضا زیاد است، آقای فابریکانو کار را به صورت پیمان دست دوم به دیگر سازندگان صنایع دستی واگذار می کند که آنها را برای تولید صنایع دستی با ویژگی هایی مشابه با محصولات عرضه شده توسط "لا ماکسه نیتا" (نام این کسب و کار کوچک) آموزش داده است. آقای فابریکانو خاطرنشان می کند: "ما برای مدتی طولانی با این پروژه کار کرده ایم و به این دلیل، صنایع دستی را از کوچابامبای حاره ای به سطح استان و کشور ارتقا دادیم. هدف ما اکنون صادرات محصولات خود است."

صنایع دستی کتس کلاو: مبلمان دست ساز برای صادرات

آقای لوئیس کوندیری با چوب و پوست درخت مبلمان درست می کند. او به کمک خانواده و مشتی کارگر توانست مبلمان کافی برای صدور به چین و اسپانیا تولید کند.

در گذشته، تولیدکنندگان صنایع دستی مشغول تولید کوکا بودند، اما همان طور که او خود می گوید، "این وضع به گذشته تعلق دارد." او به کمک این پروژه توانست کسب و کار خود را بهبود بخشد و گسترش دهد. به زبان او، "آنها نخست در زمینه مدیریت کسب و کار به من کمک کردند، زیرا من واقعاً به این کمک نیاز داشتم. در آغاز، ما فقط می فروختیم تا فروخته باشیم، بدون اینکه بدانیم آیا واقعاً سودی در کار هست یا نه. از این رو، آنها به ما در اداره کسب و کار به کمک من آمدند. سپس ما را به نمایشگاه اکسپو کروز در سانتا کروز بردند و ما در آنجا قرارداد مهمی با هتل ریو سلوا ریسورت امضا کردیم تا ۳۰ سری مبلمان اتاق نشیمن برای آنها بسازیم. ما اطمینان داریم که بدون کمک این پروژه برای ما ممکن نبود که به جایی برسیم که الان در آن هستیم." این پروژه همچنین مقداری ماشین آلات کوچک برای پشتیبانی و توسعه تولید در اختیار آقای کوندیری قرار داد.

شهادت نامه دیگر

آقای راتول سانتوس به همراه همکارانش یک کارگاه نجاری تأسیس کردند. او می گوید: "پروژه ما را تشویق کرد که انجمنی از نجاران به وجود آوریم، از این رو، توانستیم قراردادهای بزرگ برای تولید مبلمان ببندیم. آنها همچنین ما را در زمینه عمل آوردن چوب و تولید مبلمان آموزش دادند و ابزارهایی برای آسان تر کردن کار در اختیار ما قرار دادند."

خانم سیندا پوستیگویی ۵۳ ساله اکنون صنایع دستی تولید می کند. او می گوید، "من به تولید صنایع دستی علاقه مند شدم و در دوره های آموزشی پروژه شرکت کردم. به تدریج پسر من هم به این کار علاقه مند شد و اکنون ما به قدری در این کار درگیر شده ایم که مجبوریم برای کار روی زمین کارگر استخدام کنیم."

خانم نورا روخاس برای امرار معاش غذا می پزد. او می گوید، "من آموزش دیدم تا کارم را تنوع ببخشم و بهتر کنم. آنها یک اجاق و وسایل دیگر در اختیار من قرار دادند تا محصولات غذایی و مواد خام را تهیه و نگهداری کنم. من اکنون به لطف این پروژه، کار دارم. زندگی من تغییر کرده است و اکنون می توانم برای کودکان آینده ای فراهم کنم."

قلمرو: آموزش

مطالعه موردی: کامبوج

اطلاعات پروژه

نام پروژه: میث ساملانه / فرندز اینترنشنال: آموزش مهارت‌های رستوران‌داری و پذیرایی در جهت بازگشت پایدار جوانان خیابانی سابق

شهر/کشور: پنوم پنه، کامبوج

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: سباستین ماروت، ۲۱۵، خیابان ۱۳، سانگکات چی چومنیاس خان، دون پنه، پنوم پنه، کامبوج، آدرس پستی: صندوق پستی ۵۸۸، پنوم پنه

Tel: 855 23 220596; Tel. & Fax: 855 23 426 748; E-mail: friends@everyday.com.kh

وب سایت: www.streetfriends.org

وضعیت پروژه: در جریان، از ۱۹۹۴

منبع مالی: فرندز اینترنشنال

سال‌های فعالیت: ۱۴ سال از ۱۹۹۴

گروه هدف: کودکان خیابانی دارای وابستگی به مواد مخدر

مسائلی که در این مطالعه موردی توجه قرار گرفته‌اند:

آموزش، آموزش حرفه‌ای و تأمین اشتغال برای کودکان خیابانی دارای وابستگی به مواد مخدر

سوابق پروژه: فرندز اینترنشنال میث ساملانه را در ۱۹۹۴ تأسیس کرد. این سازمان کامبوجیایی خدمات متعددی را در مرکزش و نیز در جامعه محلی برای کودکان خیابانی ارائه می‌دهد، نظیر تأمین فعالیت‌های فرهنگی برای کودکان، مطالب آموزشی نو و ابتکاری و آموزش شغلی - حرفه‌ای.

اهداف: هدف آن است که فرصت‌های آموزش مهارت‌های حرفه‌ای، برای جوانان خیابانی دچار وابستگی به مواد مخدر فراهم شود. به منظور تقویت پایداری، رستوران‌هایی تأسیس شدند که برای جوانانی که در زمینه خدمات پذیرایی آموزش دیده بودند، شغل فراهم می‌کند.

فرآیند / فعالیت‌ها:

- رستوران و آموزش خدمات پذیرایی در فوریه ۲۰۰۱ آغاز شدند. یک برنامه درسی طراحی شد و مکانی برای ارائه آموزش مشخص شد. سپس دانش‌آموزانی که باید در این برنامه شرکت کنند، مشخص شدند.
- دانش‌آموزان در زمینه آشپزی و خدمات پذیرایی آموزش دیدند.
- این سازمان چند رستوران تأسیس کرد. نخست، کسانی که آموزش می‌دیدند، یاد گرفتند برای کودکانی که در این پروژه پذیرفته شده بودند، نهار تهیه کنند. دوم، یک بوفه کوچک تأسیس شد. سوم، رستورانی به نام فرندز افتتاح شد. این رستوران حال و هوایی آسیایی- غربی عرضه می‌کرد. در سال ۲۰۰۳، یک رستوران فست‌فود به نام پاپ‌زون تأسیس شد که در شیوه آشپزی کامبوجی تخصص داشت و جای بوفه را گرفت. سپس رامدننگ، که یک رستوران سطح‌بالا بر اساس شیوه آشپزی کامبوجی بود، در سال ۲۰۰۵ جای این پروژه را گرفت.
- به کسانی که آموزش می‌دیدند این فرصت داده شده است که در کسب‌وکار پذیرایی از تجارب دست‌اول استفاده کنند. آنها یاد می‌گیرند که چگونه به مشتریان سرویس بدهند، سفارش‌ها را دریافت کنند، آشپزی کنند و بهداشت را به خوبی حفظ کنند. سی و شش نفر در رستوران تاپاس و ۲۷ نفر در رستوران خمر به طور منظم آموزش می‌بینند.
- از سال ۲۰۰۳، یک رستوران فرانسوی به نام کافه دو سانت به منظور درآمدزایی تأسیس شده است.

درس آموخته‌ها:

از آنجایی که این فرصت در اختیار شرکت‌کنندگان در آموزش‌ها قرار گرفته است که در رستوران‌ها به کار پردازند، کیفیت آموزش به میزان عظیمی بهتر شده است. حاصل این دوره‌ها، کاهش شدید در رها کردن دوره، و افزایش توانایی کار پیدا کردن فارغ‌التصیلان دوره‌ها بوده است.

بر اساس نیازهای کودکان و نیز تحقیقات بازار انجام شده، یک کارگاه لباسشویی در ژوئن ۲۰۰۶ افتتاح شد.

نتایج / دستاوردها:

- تا ۲۰۰۶، بیش از ۱۰۰ نفر در زمینه خدمات پذیرایی آموزش دیدند.
- هفتاد و چهار جوان به استخدام درآمدند که نشان‌دهنده نرخ موفقیت ۹۰٪ در جایابی شرکت‌کنندگان در دوره‌هاست.
- جوانان دیگر به سبک زندگی خود ثبات بخشیده‌اند و به جامعه باز گشته‌اند.

- دولت برنامه آموزشی میث ساملانه / فرندز اینترنشنال و رویکرد آن را به رسمیت پذیرفته است. در نتیجه، یک نماینده از سوی وزارت امور اجتماعی، گواهی‌هایی را که به فارغ‌التحصیلان داده می‌شود، امضا می‌کند.
- برنامه درسی مورد بحث به صورت یک نظام مدولی طراحی شده است که به شرکت‌کنندگان در دوره‌ها امکان می‌دهد در عین اینکه به طور منظم زیر نظر آموزگاران قرار دارند، با سرعت مناسب خود پیشرفت کنند.
- سود حاصله از رستوران‌ها کمک قابل توجهی به دیگر فعالیت‌های میث ساملانه می‌کند. این پروژه از طریق درآمدهای منظمی که به دست می‌آورد، خودکفا شده است.

چالش‌ها:

- یک مسئله همیشگی، ناتوانی یافتن آموزگاران واجد شرایط و قابل برای تدریس بوده است.
- متقاضیان این مرکز در حل و فصل مسائل شخصی با دشواری روبه‌رو بوده‌اند. از این رو، برای تأمین حمایت از متقاضیان، تیمی در این مرکز ایجاد شد.
- قیمت‌گذاری عادلانه یک تهدید بالقوه برای اهداف مرکز به شمار می‌رفت (یعنی، به وجود آوردن یک ساختار قیمت‌گذاری خدمات مشابه با رستوران‌های دیگر). فرستادن برخی از کارآموزان به رستوران‌های دیگر همچنین به حفظ روابط خوب با مالکان رستوران‌های دیگر کمک کرد.
- میث ساملانه با این احتمال مواجه شد که محل کنونیش را که مکانی ایده‌آل برای انجام برنامه‌های مختلف برای کودکان خیابانی است، از دست بدهد. بودجه‌هایی که کسب‌وکارها در اختیار او قرار می‌دادند و وامی که از بانک گرفت، صرف خرید زمین شد. فعالیت‌هایی نیز برای جمع‌آوری کمک مالی انجام گرفت.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

کامبوج یکی از فقیرترین کشورهای جهان است و منابع موجود در آن بسیار محدودند. این پروژه، فعالیت‌های فرهنگی و تفریحی برای کودکان انجام می‌دهد که امکان ابراز وجود و رشد را برای آنها فراهم می‌کند. تیمی از آموزگاران، کارگاه‌هایی را سازمان می‌دهند که شامل آموزش رقص، آواز، نقاشی، تئاتر و فعالیت‌های ورزشی می‌شود. کودکان به طور مرتب نمایش‌ها و نمایشگاه‌هایی برای همتایانشان و طیف وسیعی از مخاطبان برگزار می‌کنند.

اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

در سال ۲۰۰۶، ۴۶۸ کارآموز در این مرکز آموزش حرفه‌ای آموزش دیدند. دویست و پنج کارآموز از آن فارغ‌التحصیل شدند و از میث ساملانه و وزارت امور اجتماعی، کهنه‌سربازان و بازتوانی جوانان مدرک گرفتند. صد و نود و نه کارآموز به کار مشغول شده‌اند که ۵۹ تن از آنها دختر هستند.

یافته‌های اصلی:

این مرکز با آموختن از تجارب خود، با موفقیت به اجرای ۱۰ سال آموزش شغلی اقدام کرد و کسب‌وکارهای تمام عیاری به وجود آورد. دیگر مشاغل و حرفه‌هایی که دوره‌های آموزشی ارائه می‌دهند، عبارتند از: آرایشگری، مکانیکی اتومبیل، خیاطی، تعمیرات تجهیزات الکترونیکی، جوشکاری، برقکاری، و کشاورزی. تقریباً حدود ۳۵۰ متقاضی در این دوره‌ها ثبت‌نام کرده‌اند.

شهادت‌نامه

من چای هستم و ۱۹ سال دارم. هنگامی که ۱۷ سالم بود پا به خیابان‌ها گذاشتم و زندگی خیابانی در پیش گرفتم. از یک خانواده متوسط برخاسته‌ام. مادرم با من بسیار مهربان بود و پدرم، که خانواده را سرپرستی می‌کرد، بدبختانه در یک تصادف رانندگی مرد. هنگامی که مادرم شوهر تازه‌ای کرد که مانند یک روباه حيله‌گر بود، اوضاع به هم ریخت. مادرم او را بسیار دوست داشت و آنها با هم زندگی خوبی داشتند.

یک روز، هنگامی که شوهر مادر من مست بود، به من تجاوز کرد. او باز هم درصدد برآمد به من تجاوز کند و از این رو، من تصمیم گرفتم از خانه فرار کنم. به خیابان‌ها پناه بردم و به سرعت دوستان تازه‌ای پیدا کردم که مرا با یاما (متمافتامین) آشنا کردند که به من کمک می‌کرد برای مدت کوتاهی خوشحال باشم. من به مصرف این ماده ادامه دادم و دوستان جدید من، که قبلاً با من مهربان بودند، شروع به بدرفتاری با من کردند.

خوشبختانه در همین خیابان‌ها، با یک مددکار اجتماعی آشنا شدم که مرا با خدمات میث ساملانه آشنا کرد که یک مرکز مراجعه برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر بود. من در آنجا با دوستان تازه‌ای آشنا شدم که مشکلاتی مشابه من داشتند. از من می‌خواستند که برنامه‌ای برای آینده خود تهیه کنم، کاری که در گذشته اصلاً نکرده بودم. تصمیم گرفتم به یک برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر بپیوندم تا پاک شوم.

پس از درمان، در این مرکز یاد گرفتم خیاطی کنم. خیلی خوشحال بودم، زیرا دوستان خوب تازه‌ی زیادی پیدا کردم. محیط تازه به من کمک کرد زندگی تازه‌ای برای خودم پیدا کنم، بدون اینکه مجدداً به مواد مخدر روی بیاورم. زندگی من با شغل تازه‌ای که پیدا کرده‌ام، پولی که درمی‌آورم و دوستان خوبی که به دست آورده‌ام، زندگی خوبی است.

چای که از حمایت سرمایه انسانی و اجتماعی، که پیش از مرگ پدرش، در حلقه خانواده‌اش گردآوری کرده بود، برخوردار بود، توانست مواد مخدر را ترک کند. این کار در آغاز این قدرت را به او داد که از یک وضعیت تحقیرآمیز بیرون آید. اما او به عنوان یک فراری از خانه به جزئی از جمعیت آسیب‌پذیر جوانان خیابانی تبدیل شده بود. اما، در نتیجه دیدار با یک مددکار اجتماعی در همین خیابان‌ها، او توانست وارد فرایند درمان اعتیاد بشود. او همچنین مهارت تازه‌ای فراگرفت که به او امکان می‌داد به کمک آن درآمد کسب کند. در عمل، خدماتی که در میث ساملانه به او ارائه شد، چای را قادر ساخت با به دست آوردن دوستان جدید، سرمایه اجتماعی خود را به میزان قابل توجهی افزایش دهد و هم‌زمان با دوخت و دوز و خیاطی به کسب سرمایه مالی بپردازد. این نتیجه به کمک استفاده از اصل سازمان‌دهنده سرمایه اجتماعی در متن چارچوب چندشاخه تأمین معاش پایدار به دست آمد.

قلمرو: حمایت فرهنگی

مطالعه موردی: آلکالی لیک کامیونیتی ستوری، کانادا

اطلاعات پروژه

نام پروژه: آلکالی لیک کامیونیتی ستوری (جنبش مداوای بومیان در کانادا)

شهر/کشور: بریتیش کلمبیا، کانادا

سازمانها و اشخاص مرتبط با پروژه: ادنا رابینز، دستیار مدیر عامل، اسکتمک نیشن، صندوق پستی ۴۴۷۹، ویلیامز لیک، بریتیش کلمبیا، V2G2V5

Tel: 250-440-5611, Fax: 250-440-5721; E-mail: alib5@wlake.com

Website: <http://www.aboriginalcanada.gc.ca>, <http://www.esketemc.ca/start.htm>,
<http://www.aboriginalcanada.gc.ca/acp/site.nsf/en/ao26134.html>

وضعیت پروژه: فعال، از ۱۹۷۵

منبع مالی: هیچ گونه اطلاعاتی در این زمینه وجود ندارد.

سالهای فعالیت: ۳۲ سال

گروه هدف: قبیله شوسوآپ

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

دستیابی به بهبود به کمک سنن و فرهنگ جامعه بومی

سوابق پروژه:

آلکالی لیک یک منطقه حفاظت شده ملی در بریتیش کلمبیای کاناداست. وابستگی به الکل یکی از مشکلات عمده این منطقه حفاظت شده را تشکیل می‌داد و کلیه مردان، زنان و کودکان شدیداً از این امر تأثیر گرفته بودند. همراه با الکلیسم، فقر، گرسنگی، بیماری و سوءاستفاده جسمی و جنسی نیز سر و کله‌شان پیدا شد. قبیله شوسوآپ در آلکالی لیک از وابستگی به الکل به ستوه آمده بود تا اینکه دو عضو قبیله محلی متعهد شدند تا ۱۹۷۲ مصرف الکل را متوقف کنند و مشکل وابستگی به الکل را که جامعه آنها را متأثر ساخته بود، حل و فصل کنند.

اهداف:

هدف آن است که در جهت شفای جامعه تلاش شود، امری که به صورت سوق دادن افراد، خانواده‌ها و جوامع به سوی یک وضعیت بهزیستی و رفاه بهینه تعریف می‌شود.

فرایند / فعالیت‌ها:

بعضی از اعضای جامعه تلاش کردند نوشیدن الکل را کنار بگذارند و یک سبک زندگی بدون الکل را برای خود حفظ کنند. آنها به یک سرمشق مثبت تبدیل شدند که پیروی از آن برای دیگران جذابیت داشت.

یکی از آنها که در آن هنگام رئیس منطقه حفاظت شده بود، از ظرفیت رهبری رسمی خود استفاده کرد تا یک گروه مرکزی متشکل از اعضای که از خوردن الکل پرهیز می‌کردند، به وجود آورد. بعضی از ابتکارات به کار رفته عبارت بودند از:

- ممنوع کردن ساخت قاچاقی مشروبات الکلی
- ارائه کمک‌های بهزیستی به صورت کوپن و نه پول نقد، که می‌توان آن را با غذا یا دیگر ضروریات عوض کرد،
- فراهم آوردن این امکان برای افرادی که مرتکب جرایم مرتبط با الکل شده‌اند، نظیر رانندگی به هنگام مستی یا ضرب و جرح دیگران، که به جای اینکه به زندان/بازداشتگاه بروند، به درمان پردازند، و
- ایجاد یک محل امن (برای مثال، یک محیط تحت مراقبت) در داخل جامعه.

این رویکرد به ایجاد گروهی در جامعه محلی منتهی شد که در فرایند بهبود خود، متقابلاً از یکدیگر حمایت می‌کردند. این گروه به تدریج شیوه‌های جدید و سالم‌تر ارتباط میان افراد و روش‌های جدیدی برای دنبال کردن اهداف یک زندگی موفق را توسعه دادند. آنها یک فضای اجتماعی برای دیگرانی فراهم کردند که به هنگام تمایل برای تغییر، بتوانند پا به این گروه بگذارند.

درس آموخته‌ها:

ساکنان جامعه الکالی لیک با در میان گذاردن ماجرا و تجربه خود با دیگران، به جوامع دیگری که با مسائل مشابه دست به گریبان هستند، کمک کردند. یکی از این جوامع که از تجارب الکالی لیک استفاده کردند، هالو واتر، مانیتوبا بود.

نتایج / دستاوردها: بر پا کردن یک زنجیره مشوق- فرصت، حمایت مورد نیاز اعضای جامعه را برای تأمین بهترین فرصت ممکن جهت توفیق در بهبود فراهم می‌آورد. از این رو، اقدامات زیر انجام گرفتند:

- در مدتی که والدین درمان‌های لازم برای بهبود را می‌گذرانند، از کودکان نگهداری می‌شد.
- خانه‌های آنها تمیز و تعمیر شد.
- از طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های اقتصادی برای ایجاد شغل استفاده شد (برای مثال، یک خوک‌داری، خدمات لباسشویی، رستوران و یک مغازه مکانیکی احداث شدند).
- یک گروه خودیاری قوی، که به لحاظ فرهنگی تعدیل شده و تغییر یافته بود تا با واقعیت جامعه محلی همخوانی پیدا کند، وجود داشت.
- از طریق آموزش اعضای جامعه برای آن که بتوانند زندگی‌های درونی خود را بازسازی کنند، فرصت‌هایی برای رشد شخصی فراهم شده بود.

چالش‌ها:

برای آنکه مردم بتوانند برای خود زندگی سالم‌تر و عاری از الکل را به تصور آورند، می‌بایست فرصت‌ها و مشوق‌های ملموسی وجود داشته باشد که از یک زندگی جدید پشتیبانی کنند. برای اشتغال، تفریح و زندگی اجتماعی ارزشمند و هدفمند، باید فرصت‌هایی وجود داشته باشد. از همه فوری‌تر، وجود فرصت‌های قابل دسترسی و نسبتاً پیوسته برای درمان، رشد شخصی و یادگیری بود. آنچه که در عمل در آلکالی لیک ایجاد شد، مجموعه‌ای از مداخلات و فرصت‌های مرتبط به هم و نیز پاداش‌ها و پیامدهای پیش‌بینی‌شده‌ای بود که مسیری شفابخش را برای بیماران به وجود می‌آورد.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

یک عنصر کلیدی در متحول شدن جامعه آلکالی لیک، تصمیم آگاهانه به قرار دادن معنویت در مرکز فرایند بود. این رویکرد مستلزم بازکشف سنن معنوی و ابزارهای بومی، از قبیل کلبه‌های حمام بخار، پپ مقدس و دیگر مراسم شفادهنده بود.

اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

- تا پایان سال ۱۹۷۳، کم‌تر از یک دوجین عضو جامعه محلی، با مشروبات الکلی رابطه نداشتند.
- تا سال ۱۹۷۵، ۴۰٪ از جامعه، به کمک درمان و حمایت جامعه از مصرف الکل خودداری کرده بودند. در سال ۱۹۷۹، این رقم به ۹۸٪ رسید. هیچ‌گونه اطلاعی در مورد وضعیت فعلی نمی‌توان به دست آورد.

یافته‌های اصلی:

طی یک دوره ۱۰ ساله، تلاش مداوم جامعه برای دستیابی به اعتدال در مصرف الکل، نرخ وابستگی به الکل قبیله را از تقریباً ۱۰٪ به کم‌تر از پنج درصد پایین آورد (چلسی و چلسی، ۱۹۸۵، تیلور، ۱۹۸۷). این روش بر شالوده

این فرض استوار بود که خویشنداری جامعه در مقابل الکل، در جو سلامت خانواده، سرزندگی فرهنگی، خودمختاری سیاسی و امنیت اقتصادی، به شدت تقویت می‌شود. حکایت زیر، شرایطی را که پیش از شروع اقدامات بهبود در آکالی وجود داشت، تشریح می‌کند:

شهادت نامه

یکی از روزهای سال ۱۹۷۲ بود که آیوی سی. هفت ساله، به دلیل مشروب‌خواری زیاد هر دو والدش، از رفتن به خانه به همراه مادرش امتناع کرد. مادر او، فیلیس، تصمیم گرفت که مشروب را ترک کند. پس از چهار روز، پدر آیوی، اندی، نیز مشروب را ترک کرد. آنها اکنون تنها افرادی از کل جامعه محلی بودند که مشروب نمی‌خوردند.

در نتیجه آن تصمیم، فیلیس و اندی سی. به مقابله با مشکل وابستگی به الکل در جامعه‌شان برخاستند. متعاقب این تصمیم، اندی به عنوان رئیس قبیله شوسوآپ برگزیده شد. او جلسات ای‌ای را برپا کرد که به مستی مأموران دولت می‌پرداخت و مداخلاتی را برای ترغیب اعضای جامعه به درمان در پیش می‌گرفت. سنن قبیله‌ای هم برای بزرگسالان و هم کودکان احیا شدند. برنامه‌های آموزشی و توسعه شغل برای آنهایی که در فرایند بهبود به سر می‌بردند، ابداع شدند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این حکایت مربوط به سرمایه بهبود، به وب‌سایت زیر مراجعه کنید:

<http://www.4worlds.org/4w/ssr/Partiv.htm>. (آخرین مراجعه، ۹ فوریه ۲۰۰۸)

این حکایت اهمیت جنبه‌های گوناگون پنج‌ضلعی دارایی را در کسب سرمایه بهبود یادآوری می‌کند. با استفاده از سرمایه‌های اجتماعی و معنوی سابقاً غیرفعال، در قالب بازگشت به آموزه‌های میراث بومی، جامعه ساکن در آکالی این امکان را پیدا کرد تا خویشنداری نسبت به مصرف الکل را بر جامعه حاکم کند.

قلمرو: مهارت‌های حرفه‌ای و اشتغال

مطالعه موردی: نورمبرگ، آلمان

اطلاعات پروژه

نام پروژه: مودرا آلترناتیو جوگند اوند درو گنهیلفه

شهر/کشور: نورمبرگ، آلمان

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: آقای ماکس هوپردیتزل، ستورمستر، ۸-۶، ۹۰۴۷۸، نورمبرگ، آلمان،

Tel: + 49 911 24 13 87

Website: www.mudra-online.de; www.mudra-arbeitsprojekte.de

وضعیت پروژه: فعال، از ۱۹۸۰

منبع مالی: مؤسسات کاریابی، دیگر نهادهای دولتی، دولت‌های محلی و برخی وام‌دهندگان خصوصی. ۳۰ تا ۶۰٪ بودجه خدمات آموزش حرفه‌ای و اشتغال با فروش کالاها و خدمات تأمین می‌شود.

سال‌های فعالیت: ۲۸ سال از ۱۹۸۰

گروه هدف: اشخاصی که در فرایند بهبود از وابستگی به مواد مخدر قرار دارند.

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

آموزش شغلی و حرفه‌ای برای اشخاصی که در فرایند بهبود از وابستگی به مواد مخدر قرار دارند.

سوابق پروژه:

مودرا که در جنوب آلمان قرار دارد، یک مرکز آموزش حرفه‌ای است که روش‌های درمانی متنوع و یکپارچه‌ای برای اشخاص دارای سابقه طولانی وابستگی به مواد مخدر ارائه می‌دهد. این مرکز از ۱۹۸۰ شروع به فعالیت کرده است. مودرا علاوه بر آموزش حرفه‌ای، یک برنامه فعالیت خیابانی، یک مرکز مراجعه، یک مرکز مشاوره، یک برنامه خویشنداری (از مصرف مواد) و یک درمان دارویی نیز دارد. متقاضیانی که از سال‌های طولانی وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برده‌اند، در یافتن شغل با دشواری مواجه بودند و بیکاری یکی از دلایل عمده عود اعتیاد برای آنها به شمار می‌رفته است.

اهداف:

تأمین آموزش شغلی برای اشخاصی که از در فرایند بهبود از وابستگی به مواد مخدر به سر می‌برند، شامل آنهایی که درمان دارویی دریافت می‌کنند و به حمایت برای بازگشت به بازار کار نیاز دارند.

فرایند / فعالیت‌ها:

برخی از خدمات آموزش حرفه‌ای موجود عبارتند از:

- پروژه جنگل که مسئولیت تولید هیزم، عملیات گوناگون مربوط به جنگل و یک کارگاه نجاری را برعهده داشت،
- ساخت جواهرآلات بدلی و خیاطی (از ۱۹۸۹) برای تأمین شغل برای زنان،
- پروژه کار روزانه (از سال ۱۹۹۴) که شامل تمیز کردن آپارتمان‌ها و خانه‌ها می‌شود (شغل‌های کوتاه مدت که معمولاً بیش از یک روز در هفته را دربر نمی‌گیرد)،
- پروژه محوطه‌سازی و باغبانی (از ۱۹۹۵)،
- پروژه دفتر کار (از سال ۲۰۰۴) که چهار کارآموز را پشتیبانی می‌کند،
- آموزش مهارت‌های حرفه‌ای مهم که برای طیف گسترده‌ای از محیط‌های شغلی قابل استفاده‌اند، و
- مشاوره انگیزشی به عنوان بخشی از آموزش حرفه‌ای.

درس آموخته‌ها:

- پیدا کردن کار به بیماران کمک می‌کند اعتماد به نفس در خود پرورش دهند و بر سرمایه بهبود خود بیفزایند.
- کار باید چالش‌آور، اما یادگیری آن ساده باشد. کاری که نتایج ملموس و مشهود به بار آورد، نظیر شکستن یک کنده بزرگ چوب برای تولید هیزم یا ساختن جواهرآلات بدلی، انگیزش را در افراد بالا می‌برد و نرخ تداوم درمان را افزایش می‌دهد.
- حتی پس از سال‌های طولانی وابستگی به مواد مخدر، اغلب بیماران می‌توانند کارهای فیزیکی سخت انجام دهند. آنها همچنین می‌توانند از احساس خستگی در پایان روز در نتیجه کاری که انجام می‌دهند، لذت ببرند.
- شبکه‌سازی با دیگر نهادها، نظیر مؤسسات کاریابی، نقش مهم در تداوم پروژه ایفا می‌کند.
- فکر خوبی است که آموزش حرفه‌ای و پروژه‌های شغلی را به عنوان بخشی از پیوستار خدمات مراقبتی مورد نیاز در حمایت از متقاضیان بهبود از وابستگی به مواد مخدر، در نظر بگیریم.



نتایج / دستاوردها:

پروژه دفتر اداری، که دولت آن را به رسمیت شناخته است، برای مدت دو سال امکان کارآموزی پول‌ساز را برای بیماران فراهم می‌آورد. معمولاً پس از درمان بستری، برای سه کارآموز تجارب کاری فراهم می‌کند.

چالش‌ها:

- تا حدی به خاطر وضعیت کلی بازار کار، برای بیماران دشوار است که به بازار کار وارد شوند. بسیاری از آنها، علاوه بر مشکل بهبود از وابستگی به مواد مخدر، از مشکلات سلامتی دیگری، نظیر هیپاتیت سی، یا مشکلات قانونی نظیر سوابق کیفری رنج می‌برند. از این رو، آموزش باید به طور ویژه‌ای با نیازهای اشخاص جوانی که در فرایند بهبود به سر می‌برند، همخوانی داشته باشد. عود اعتیاد در فرایند بازتوانی امری رایج است. در شرایط عود اعتیاد، که در نتیجه آن بیمار قادر به کار نیست، او را همراه با پیام روشنی مبنی بر اینکه در مرکز همواره به روی او باز است، از مرکز اخراج می‌کنند.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

هیچ موردی در این رابطه ذکر نشده است.

اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

یک تحقیق کوچک روی اسناد مودرا انجام گرفت که نشان می‌داد هزینه‌های مربوط به سلامتی برای کمپانی‌های بیمه در مدت زمان اشتغال در برنامه کاهش یافته بودند.

یافته‌های اصلی:

- چهل تا ۵۰٪ از متقاضیان، مهاجر بودند. ۷۵٪ مرد بودند و ۷۰ درصد در درمان خود یا از متادون یا بوپرنورفین استفاده می‌کردند.

- بیست متقاضی که از مصرف‌کنندگان قدیمی مواد مخدر بودند، از خدمات جنگلداری استفاده می‌کنند. برخی بیش از ۳۰ سال به این کار مشغول بوده‌اند و برخی از جوانان که هیچ‌گونه آموزش ندیده بودند یا تجربه‌ی شغلی نداشتند نیز به این کار روی آوردند. شرکت‌کنندگان در این کار باید نسبتاً پاک یا به درمان دارویی مشغول باشند و بتوانند کار جسمی انجام دهند. میانگین سن متقاضیان ۳۵-۳۰ است و برخی از آنها کم‌تر از ۱۸ سال یا بیشتر از ۵۰ سال سن دارند.
- هفت زن به ساخت جواهرات بدلی، خیاطی و خدمات نظافت پرداختند.
- متقاضیانی که قادر به انجام کار جسمی هستند، کار دستی انجام می‌دهند.
- تقریباً ۲۰ متقاضی جوان که از درمان بالینی به آموزش کارآموزی روی آورده‌اند، به کار محوطه‌سازی و باغبانی مشغولند.

شهادت‌نامه

میشل برای مدت ۲۵ سال به هروئین معتاد بود. تلاش‌های مکرر برای درمان دارویی با متادون، همگی ناموفق بودند. پس از دوره‌های کوتاه خویشتنداری از مصرف مواد پس از درمان، او همیشه مجدداً به استفاده از هروئین روی آورده است.

میشل ماه‌ها تلاش کرد تا در یکی از برنامه‌های اشتغال در مودرا ثبت نام کند که یک سازمان درمان وابستگی به مواد مخدر واقع در نورمبرگ آلمان است. این برنامه از طریق تأمین مشارکت متقاضیان در یکی از پروژه‌های ایجاد شغل مودرا، وسیله‌ی تأمین معاش برای اشخاصی فراهم می‌کند که در فرایند درمان جایگزین به سر می‌برند. در مورد میشل، این پروژه جنگلداری بود. کار جنگلداری مستلزم قطع درختان با هماهنگی سازمان جنگلبانی محلی و تولید هیزم برای فروش است.

به رئیس پروژه مودرا مکرراً هشدار داده بودند که به خاطر سوابق میشل در شکست‌های مکرر در درمان و افتادن مجدد و فعال به دامان اعتیاد، او را استخدام نکنند. اما رئیس مرکز تصمیم گرفت که شانس بهبود مجددی در اختیار میشل قرار دهد. در کمال تعجب همگان، میشل خیلی خوب عمل کرد. او هر روز سر کار رفت و درمان دارویی خود را حفظ کرد. میشل به کارکنان مودرا گفت که او در یک مزرعه بزرگ شده است و کار در هوای آزاد را دوست دارد.

یک اتهام کیفری میشل را معلق کردند و هنگامی که به دادگاه رفت، تعدادی از کارکنان مودرا درباره‌ی رفتار خوب او در سر کار شهادت دادند و از قاضی درخواست کردند که او را مورد بخشش قرار دهد و مجازات زندان او را لغو کند. متأسفانه، قاضی او را به چهارماه زندان محکوم کرد. با وجود این، میشل به کارکنان مودرا اطمینان داد که زندانش را خواهد کشید، خود را از مواد مخدر دور نگاه خواهد داشت و پس از آزادی به سر کار باز خواهد گشت. این دقیقاً همان کاری بود که او انجام داد و او هنوز هم کارش را به خوبی انجام می‌دهد.

ماجرای میشل اهمیت روش‌های درمانی متنوع را در ایجاد سرمایه‌ی بهبود نشان می‌دهد. مفید است که توجه خود را نه فقط بر نقاط قوت و اهداف فرد، که می‌توانند از بهبود آنها بی‌گشت و بازگشت به دامان

جامعه هستند، پشتیبانی کنند، بلکه همچنین بر طیف گسترده سرمایه بهبود متمرکز سازیم که ممکن است هم‌اکنون نیز جزئی از گنجینه دارایی‌های آنها را تشکیل دهد. در مورد میشل، او تشویق شد تا بر سرمایه معنوی و فیزیکی که در اختیار داشت - عشق او به فعالیت‌های هوای آزاد- تکیه کند. این ترجیح، به همراه تمایل او به داشتن شغلی که او را به طبیعت پیوند می‌زد، برای موفقیت او در بهبود، اهمیت اساسی داشت. سرمایه اجتماعی کنونی که او به همراه کارکنان مودرا به وجود آورد، یکی دیگر از جنبه‌های حمایتی را تشکیل می‌داد که به او امکان می‌داد همچنان خود را از مواد مخدر دور نگاه دارد.

قلمرو: برنامه اشتغال ویژه برای جوانان در معرض خطر

مطالعه موردی: هوندوراس، آمریکای مرکزی

اطلاعات پروژه

نام پروژه: برنامه ویژه اشتغال برای جوانان بیکار بدون آموزش حرفه‌ای و در خطر فروپاشی روانی-اجتماعی در هوندوراس

شهر/کشور: تگوسیگالپا، هوندوراس، آمریکای مرکزی

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: خانم مارلین زاکاپا، هماهنگ کننده پروژه، HON/H88، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، مکزیک

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

وضعیت پروژه: از سال ۲۰۰۴ در دست انجام بوده است، فاز نخست به اتمام رسیده است

منبع مالی: دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)، شورای ملی مبارزه با مواد مخدر هوندوراس (CNCN)، شهرداری تگوسیگالپا (AMDC)، انستیتو آموزش حرفه‌ای هوندوراس (INFOP)، انستیتو پیشگیری از الکلیسم و وابستگی به مواد مخدر (IHADFA)، یک سازمان غیردولتی (NGO) محلی.

سال‌های فعالیت: ۳ سال، نوامبر ۲۰۰۴ تا اکتبر ۲۰۰۷

گروه هدف: جوانان در معرض خطر با مشکلات وابستگی به مواد و بزهکاری

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

جذب مجدد جوانان در معرض خطر و اشخاصی که سابقاً دچار وابستگی به مواد مخدر بودند، به برنامه‌های اشتغال ویژه در هندوراس

سوابق پروژه:

طرف‌های این پروژه تعاونی آزمایشی را دولت مرکزی، شهرداری، جامعه مدنی، بنگاه‌های خصوصی و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) (پروژه AD/HON/04/H88) تشکیل می‌دهد. در کنار کمک مالی از سوی یوان اودی‌سی، یک شورای فنی بین‌نهادی برای هماهنگ کردن فعالیت‌ها تأسیس شد. در فوریه ۲۰۰۵ یک دفتر الحاق به جامعه و نیروی کار توسط پروژه و در متن ساختار دفتر شهرداری (دفتر شهردار) و به عنوان بخشی از لاگ‌فریم^۱ و برنامه کار پروژه تأسیس شد.

اهداف: هدف کلی این برنامه را پیشبرد امر وارد کردن ابتکارات بازگرداندن بیماران به دامان جامعه و به صف نیروی کار در استراتژی‌های سیاسی جوانان و اشتغال در آمریکای مرکزی تشکیل می‌داد. تلاش شد اهداف پروژه هرچه مشخص‌تر باشند تا الف) بتواند یکی از مدل‌های برنامه‌های ویژه اشتغال برای ادغام بیکاران و جوانان در معرض خطر در بازار کار را اعتبارسنجی و تأیید کند، و ب) وسایل لازم برای ترکیب کردن این گونه برنامه‌ها در استراتژی‌های سیاسی در سطح شهرداری را شناسایی کند.

فرایند / فعالیت‌ها:

فعالیت‌های اصلی پروژه عبارتند از:

- **شناسایی و ارزیابی جوانان برای شرکت در پروژه.** به جوانانی که به عنوان ذینفعان پروژه انتخاب شدند، کمک هزینه و ملزومات مدرسه و لباس‌های فرم داده شد. این جوانان تحت حمایت‌های روانی و اجتماعی قرار گرفتند.
- **فعالیت‌های آموزشی.** هفت دوره آموزش حرفه‌ای یک‌ساله ایجاد شد. کارگاه‌های آموزشی سازمان یافتند تا آموزش لازم را در زمینه نقاشی اتومبیل، تهویه مطبوع و تبرّد، خدمات بار و رستوران، نجاری، آشپزی، طراحی گرافیکی و برقکاری به جوانان بدهند. در پایان دوره، گواهی گذراندن دوره توسط انستیتو آموزش حرفه‌ای هندوراس، که یکی از نهادهای شرکت‌کننده در طرح را تشکیل می‌داد، به شرکت‌کنندگان داده می‌شد. آموزش درباره الکل و سوءمصرف مواد مخدر به عنوان بخشی از درس "شکل‌گیری ارزش‌ها" ارائه می‌شد.

^۱ Log frame ابزاری برای بهبود برنامه‌ریزی، اجرا، مدیریت، پایش و ارزیابی پروژه‌ها است (م).

- پیوستن به بازار کار. دفتر الحاق به جامعه و بازار کار شهرداری تگوسیگالپا تماس‌هایی با کمپانی‌ها و سازمان‌های خصوصی برقرار کرد تا ذینفعان را در پایان دوره آموزشی وارد بازار کار کند.

درس آموخته‌ها:

- توافقنامه‌های بین‌نهادی میان سازمان‌هایی که در جهت دستیابی به اهداف واحد فعالیت می‌کنند، محیطی از تشریک مساعی متقابل و زمینه‌ای برای پایداری به وجود آورده است.
- کارکنان این پروژه تنها به توان کارشناسی نیاز ندارند، بلکه در عین حال لازم است که خود را وقف کار با جمعیت‌های منزوی و حاشیه‌های اجتماع کنند و نسبت به آنها تعهد داشته باشند و در عین حال، از اطلاعات خوبی درباره محیط زندگی خود و واقعیت‌های آن برخوردار باشند.
- پروژه ملحق کردن جوانانی که در خطر قرار دارند، به جامعه و بازار کار، از طریق تأسیس دفاتر کار محلی، تجربه‌ای است که ارزش تکرار در شهرداری‌های دیگر را دارد، اما توافقنامه‌های همکاری با بخش خصوصی این برنامه را اثربخش‌تر خواهد کرد.
- پروژه‌هایی از این نوع، برای آنکه اثربخش و کارآمد باشند، باید سطوح متفاوت مداخله، نظیر جوانان، خانواده‌ها و محلات و مجامع محلی را مد نظر قرار دهند.
- در صورتی که وضعیت سلامتی و وابستگی به مواد مخدر در ارزیابی روانی-اجتماعی فرد گنجانده شود، به مشکل بیماری‌های هم‌زمان خواهد پرداخت.
- محور قرار دادن آموزش ارزش‌ها کاری موفقیت‌آمیز بوده است و از این رو، باید نظم و سازمان پیدا کند.
- لازم است انتخاب جایگزینی برای جوانان علاقه‌مند به آموزش حرفه‌ای که شرایط ورود به آموزش‌های تکمیلی پس از ابتدایی را نداشته‌اند فراهم کنیم. در غیر این صورت، این جوانان ممکن است باریسک بالای پرداختن به بزهکاری و وابستگی به مواد مخدر مواجه باشند.

نتایج / دستاوردها:

- فاز نخست این پروژه در دسامبر ۲۰۰۷ به پایان رسید. فاز دیگری برنامه‌ریزی شده است.
- یکصد و نه جوان ۱۵ تا ۲۰ ساله توسط پروژه آموزش دیدند. هفتاد و نه تن از آنها در حال حاضر وارد بازار کار شده‌اند. پنج نفر از آنها در فرایند اشتغال قرار دارند. باقی به چند دلیل هنوز وارد بازار کار نشده‌اند: برخی از آنها آموزش خود را ادامه داده‌اند، دیگران به ارتش پیوسته‌اند و برخی مشکلات شخصی داشته‌اند.
- پنج نهاد در این پروژه شرکت و کمک‌های رضایت‌بخشی به آن کردند.

- آژانس کارایی که توسط این پروژه ایجاد شد، خدماتی نه تنها به ذینفعان جوان پروژه، بلکه همچنین به جمعیت وسیعی که نیازمند این نوع حمایت هستند، ارائه می‌دهد. در سال ۲۰۰۷ به ۳۰۰ تن کمک شده است.
- یک برنامه درسی تدوین شد که می‌توان آن را با دیگرانی که به تدوین ابتکارات مشابه در این عرصه مشغولند، در میان گذاشت و آنها را در اجرای آن سهیم کرد.
- تدوین استراتژی‌هایی برای گسترش پروژه در منطقه مد نظر قرار گرفته است.

چالش‌ها:

- برقراری تشریک مساعی میان نهادهای مختلف، به ویژه به خاطر تغییر در نهادهای سیاسی، گاه کاری دشوار بود.
- برخی جوانان در بازار کار غیررسمی به کسب درآمد مشغول بودند. اما به محض ورود به این برنامه، مجبور بودند که منبع درآمد خود را رها کنند. از این رو، برخی خانواده‌ها از بچه‌های خود می‌خواستند که از شرکت در پروژه خودداری کنند.
- بودجه این پروژه امکان ظرفیت‌سازی برای جوان‌ترها را فراهم نمی‌آورد.
- بارها پیش آمد که اوضاع و احوال سخت زندگی جوانان، همسویی آنها با نیازهای دوره را برای آنها با دشواری روبه‌رو کرد.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

در هوندوراس، ۳۰,۴٪ از جمعیت به لحاظ اقتصادی فعال یا بیکارند یا کار چندانی ندارند. ۷۴۵,۰۰۰ نفر کار مناسبی برای امرار معاش ندارند. جمعیت هوندوراس جوان است و ۴۱,۶٪ آنها کم‌تر از ۱۵ سال سن دارند. سه محله تگوسیگالپا که پروژه در آنها به اجرا درآمد، به داشتن تراکم جمعیتی بالا، فقدان خدمات زیربنایی عمومی، فقر، گروه‌ها یا ماراها (باندهای) بزهکار جوان، جرم و مصرف مواد مخدر شهرت دارند. از این رو، آنها با ریسک بالای فروپاشی اجتماعی مواجهند.

اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

- در اکتبر سال ۲۰۰۷ یک گزارش ارزشیابی / سامان‌بخشی در مورد پروژه منتشر شد ("La inserción laboral a partir de la formación técnica vocacional de jóvenes en riesgo social").

- این پروژه ۱۰۹ جوان را آموزش داده است، ۹ نفر بیشتر از تعدادی که در نظر بود آموزش دهد. سی و هفت درصد از شرکت کنندگان زن و ۶۳٪ مرد بودند.
- طراحی گرافیکی، آشپزی و برقکاری پرطرفدارترین دوره‌ها را تشکیل می‌دادند.
- ابتکارات بازگرداندن معتادان به جامعه در سیاست‌های کار و جوانان گنجانده شدند.
- به دلیل فقدان داده‌های لازم، کسب اطلاعات درباره سطح نیازها و تحولات بازار کار کشور، با دشواری مواجه است. گردآوری، پایش، ارزیابی و پیگیری داده باید اصلاح و بهتر شود.

یافته‌های اصلی:

- این پروژه بر اثر تشریک مساعی با شورای فنی بین‌نهادی که توسط پروژه تأسیس شده بود، قدرت و پایداری به دست آورد. برخی از اشکال توسعه حرفه‌ای و نهادی را می‌توان نتیجه ثانوی پروژه به حساب آورد. اشکال تأمین مالی چندجانبه هم‌اکنون تحت بررسی قرار دارد.
- همکاری نزدیک با جامعه و نهادهای آن به دستیابی به اهداف پروژه کمک می‌کند.
- به نظر می‌رسد شانس مجدد ذینفع مستقیم برای کسب آموزش حرفه‌ای و پیوستن به جامعه و نیروی کار، ریسک‌های مربوط به تباهی اجتماعی او را کاهش می‌دهد. این ابتکار همچنین به خانواده‌ها کمک می‌کند از طریق در اختیار داشتن فردی در میان خانوار خود با مهارت‌های کاری درآمدزا، درآمد خود را افزایش دهند.
- نیاز به پروژه‌هایی ادامه‌دار برای جوانان، به ویژه آنهایی که در گروه هدف در معرض خطر قرار دارند، احساس می‌شود.

شهادتنامه

دنیس ۱۸ ساله است و در کولونیا نووا سویاپا زندگی می‌کند. او متأهل و پدر یک دختر چهارماهه است. همسر او بیکار است. دنیس پیش از ورود به پروژه، کار نمی‌کرد، درس نمی‌خواند و اساساً "هیچ کاری نمی‌کرد". او تا هنگام مرگ مادر بزرگش در نوامبر ۲۰۰۶، به حمایت مالی او متکی بود.

دنیس از طریق دوستی که در این دوره‌ها شرکت داشت، از وجود آنها مطلع شد. او تصمیم گرفت که در آموزش حرفه‌ای شرکت جوید تا بتواند در بخش خدمات پذیرایی کار پیدا کند. پروژه به روش‌های متعدد از او حمایت کرد: به او کمک هزینه تحصیلی داد و یک یک لباس فرم و کتاب‌ها و جزوات آموزشی در اختیار او قرار داد. دنیس اکنون در یک هتل در شهر به کار مشغول است که در مورد آن می‌گوید، ساعات کاری خوبی دارد و در یک جو کاری خوب به سر می‌برد.

او معتقد است که دوره آموزشی کمک زیادی به او کرده است، زیرا بدون این پروژه، او اصلاً نمی‌توانست کار پیدا کند. او حداقل دستمزد را دریافت می‌کند که زیاد نیست، اما دست کم آنقدر درآمد دارد که نیازهای اساسی خود و خانواده‌اش را برآورده کند. دنیس احساس رضایت می‌کند و از کار با مردم لذت می‌برد. روزهای غم و درد دیگر سپری شده‌اند.

دسترسی دنیس به سرمایه مالی با مرگ مادر بزرگش خاتمه یافت، اما او با استفاده از سرمایه اجتماعی خود، در قالب دوستی که به او در مورد دوره مورد بحث خبر داد، توانست سرمایه مالی لازم را در قالب یک شغل به دست آورد و شکم خود و خانواده اش را به کمک آن سیر کند. او همچنین به احساس معنا و هدف در زندگی خود دست یافت. "روزهای درد و غم او سپری شده‌اند".

شهادتنامه

نام من سسیا پاتریشیا مجیا است و ۲۰ ساله‌ام. من در کولونیا ویلا نووا زندگی می‌کنم و کلاس ششم را در مدرسه تمام کرده‌ام. خانواده من هفت نفر هستند. پیش از آنکه من وارد این پروژه شوم، در خانه به سر می‌بردم و از برادرزاده‌هایم نگهداری می‌کردم. به کمک دوستی که در این پروژه ثبت نام کرده بود، وارد پروژه شدم. فکر می‌کردم پروژه چیز خوبی باشد، پس وارد آن شدم. آنها از من مدارکم را خواستند و گفتند برای مصاحبه باید به مرکز آموزشی بروم و سپس مرا خواستند.

آشپزی را انتخاب کردم، زیرا آن را دوست داشتم. ما یک دوره نان شیرینی و نان پزی را گذرانیدیم که بسیار عالی بودند. کلاس‌های آشپزی نیز عالی بودند، زیرا به لطف این دوره، درهای بسیاری به روی من باز شدند. شرکت در پروژه و گفتگو با روان‌شناس به من کمک کرد اعتماد به نفس بیشتری پیدا کنم.

آنها ما را به جلسات جوانان می‌بردند و با دیگران به ما بسیار خوش می‌گذشت. آنها همچنین با ما درباره مواد مخدر صحبت می‌کردند. بعد ما دوره کارآموزی آشپزی را گذرانیدیم. من دوره خود را در هتل هوندوراس مایا گذراندم که تجربه بسیار خوبی برای من بود. من از شیوه‌ای که آنها با ما برخورد می‌کردند، خوشم می‌آمد: با دوستی و احترام.

پس از کارآموزی، کار پیدا کردم و اکنون بسیار خوشحالم، زیرا زندگی من به لطف پروژه از بسیاری جهات تغییر کرده است. برای مثال، در جلسات با روان‌شناس، احساس کردم می‌توانم چیزهایی را برای خودم به دست آورم. دوست دارم آشپز بهتر یا یک سرآشپز معروف بشوم، برای کمک به مادرم کار کنم و پیشرفت کنم و معروف بشوم. دوست دارم بینم و احساس کنم که برای چیزی مفید هستم. و هر روز بهتر شوم - یک فرد بهتر و یک دختر بهتر.

سسیا نیز نظیر دنیس، از سرمایه اجتماعی خود در قالب دوستی که در پروژه ثبت نام کرده بود، استفاده کرد. سسیا پیش از آنکه کلاس‌های آشپزی را بگذراند، از برادرزاده‌هایش مراقبت می‌کرد. اما بعد از اتمام دوره و کارآموزیش، متوجه شد که "درهای زیادی برای او باز شده‌اند". سسیا توانست چندین قلمرو دیگر از سرمایه بهبود را به گنجینه دارایی‌هایش اضافه کند: توسعه یک مهارت حرفه‌ای، پیدا کردن کار و شکل دادن به معنا و هدف خود در زندگی.

قلمرو: پروژه خانواده‌درمانی و آموزش حرفه‌ای

مطالعه موردی: چنای، هند

اطلاعات پروژه

نام پروژه: پروژه خانواده‌درمانی بنیاد تحقیقات بالینی تی تی رانگاناتان و مرکز آموزش حرفه‌ای تجاس (TEJAS)

شهر/کشور: چنای، هند

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: دکتر شانتھی رانگاناتان، رئیس افتخاری بنیاد تحقیقات بالینی تی تی رانگاناتان، بیمارستان تی تی کی،

IV Main Road, Indira Nagar, Chennai 600020, India

Tel: 0091 44 24426193 / 24918461 / 24912948;

Fax: 0091 44 24456078

E-mail: ttrcrf@md2.vsnl.net.in / ttrcrf@eth.net

Website: www.addictionindia.org

وضعیت پروژه: در جریان، از ۱۹۸۵

منبع مالی: خود بنیاد

سال‌های فعالیت: پروژه خانواده‌درمانی از ۱۹۸۵ و آموزش حرفه‌ای از ۱۹۹۹

گروه هدف: زنان و والدین اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

پروژه خانواده برای زنان و والدین اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر، آموزش حرفه‌ای برای برخی زنان، و کمک به خانواده‌ها از طریق خانواده‌درمانی برای کسب بهبودی و مفید و قادر به کار شدن

سوابق پروژه:

بنیاد تحقیقات بالینی تی تی رانگاناتان (که به بیمارستان تی تی نیز شهرت دارد)، پروژه درمانی مراقبت‌های اولیه خود را در سال ۱۹۹۲ برای افراد دارای وابستگی به مواد مخدر آغاز کردند. خانواده‌هایی که بیماران را برای

درمان می‌آوردند، به لحاظ احساسی و اقتصادی به دلیل وابستگی عضو خانواده‌شان به مواد مخدر، به ویژه به خاطر عود مکرر اعتیاد او، لطمت شدید خورده بودند. بیمارستان تی تی کی با درک این واقعیت که رابطه با خانواده یکی از عناصر اصلی در بهبود بیمار به شمار می‌رود، در ۱۹۸۵ یک پروژه اختصاصی دوهفته‌ای را برای خانواده‌ها تدوین کرد و به اجرا گذارد. یکی از اعضای خانواده می‌بایست در این برنامه رایگان شرکت کند که بر اساس دو هدف کمک به خانواده‌ها برای بیرون کشیدن خود از مشکلاتشان و نیز مفید و قادر به کار شدن و در عین حال، همزمان آماده کردن آنها برای حمایت از بیماری که در حال بهبود است، طراحی شدند. در جریان این فعالیت‌ها، مرکز احساس کرد لازم است برخی اعضای خانواده‌ها را به یک مهارت حرفه‌ای مجهز کند، امری که به بازتوانی اقتصادی و اجتماعی منتهی می‌شود. در سال ۱۹۹۹، مرکز آموزش حرفه‌ای تجاس با حمایت دوپچر آوردن و کمیسیون اروپا در بیمارستان تی تی کی تأسیس شد. تجاس که در زبان سانسکریت به معنای "روشنی" است، محیطی امن و یاری‌بخش برای اعضای خانواده فراهم می‌کند تا به کمک آن در یک مهارت حرفه‌ای آموزش ببینند.

اهداف:

- فراهم کردن اطلاعات درباره وابستگی به مواد مخدر و تأثیرات آن بر نظام خانواده،
- ایجاد محیطی امن و مقبول برای خانواده‌ها تا احساسات خود را ابراز و مسائل خود را مورد بحث قرار دهند،
- ایجاد این امکان برای خانواده‌ها که رفتارهای ناکارآمد خود را در برخورد با مشکلات و ویژگی‌های شخصیتی منفی خود را بشناسند و آنها را به کنار گذارند، و
- فراهم کردن فرصت برای برخی از زنان تا مهارتی حرفه‌ای کسب و به کمک آن به توانمندی اقتصادی دست یابند.



فرآیند / فعالیت‌ها:

در پروژه خانواده‌درمانی، روز با عبادت آرامش‌بخش و حکایتی هدفمند که ایده‌ای را در رابطه با آن روز انتقال می‌دهد، آغاز می‌شود. این روش، فرصتی در اختیار خانواده‌ها قرار می‌دهد تا روی آن تعمق کنند و احساسات

خود را درباره آن ایده و فکر با دیگران در میان گذارند. در پی این امر، جلساتی برای کسب نظر از شرکت کنندگان برگزار می‌شود تا اطلاعات مربوط به وابستگی به مواد مخدر و روش‌های عملی دست‌وپنجه نرم کردن با مشکلات برگزار می‌شود. مشاوران آموزش دیده به گروه درمانی و مشاوره فردی می‌پردازند. دوبار در هفته نیز جلسات Al-Anon در این اماکن برگزار می‌شود تا امکان همیاری در حل مشکلات را فراهم آورد.

پس از اتمام برنامه دوهفته‌ای، آن دسته از اعضای خانواده که به آموزش مهارت‌های حرفه‌ای علاقه‌مندند تا به کمک آن تأمین معاش داشته باشند، به ت‌جاس می‌پیوندند تا خیاطی بیاموزند. خیاطی را به دلیل تقاضای بازار، شغل ماندگار و قابل رشدی می‌دانستند. یادگیری آن ساده است و با اندکی سرمایه‌گذاری می‌توان کارآفرینی کرد.

با خریداران بالقوه تماس گرفته شد. یک بازار حاضر و آماده در نواحی صنعتی وجود داشت. در این مناطق تهیه‌کنندگان غذا متقاضی کیسه بودند. پس از پایان آموزش‌ها، وام‌های کوچکی به علاقه‌مندان خرید ماشین‌های خیاطی داده شد تا برای خود به کار پردازند. دیگران از مرکز سفارش می‌گرفتند و در خانه کار می‌کردند. برخی اشخاصی که در فرایند بهبود به سر می‌بردند و همچنین خانواده‌هایشان به کار در واحد ادامه داده‌اند و درآمد ثابتی دارند.

درس آموخته‌ها:

- مرکز مورد بحث متوجه شد که خانواده‌درمانی، شامل یادگیری یک مهارت شغلی، به خانواده‌ها توانمندی می‌دهند که اوج بهره‌مندی است.
- اعضای خانواده، با یادگرفتن مهارت‌های خیاطی قادرند به لحاظ اقتصادی مستقل باشند و علی‌رغم غلتیدن مکرر زوج‌هایشان به دامان اعتیاد، از بچه‌هایشان مراقبت کنند. این امر در عین حال، به تقویت اعتماد به نفس در اعضای خانواده کمک کرده است.
- تعداد زیادی از زنان به ایجاد واحدهای خیاطی کوچکی در خانه‌هایشان اقدام کرده‌اند و قادرند با درآمدی که از این رهگذر کسب می‌کنند، نیازهای خانواده‌هایشان را اداره کنند.

نتایج / دستاوردها:

- واحدهای خانواده‌درمانی و آموزش حرفه‌ای در آغاز در حوزه بسیار کوچکی فعالیت می‌کردند. در آن زمان، یک بیمار سابق، که برای بیش از ۱۵ سال بیماری را پشت سر گذارده بود، برای نشان دادن حق‌شناسی خود، ساختمانی را برای استقرار مرکز حرفه‌ای اهدا کرد.
- بنیاد تحقیقات بالینی تی تی رانگاناتان اکنون به خاطر معروفیت محصولاتش از شهرت و اعتبار رسمی بیشتری برخوردار است.

چالش‌ها:

- در آغاز، مدیریت سازمان نسبت به توانایی زنان برای تولید کیف‌های کفنی بدبین بودند، زیرا این اولین بار بود که آنها به چنین کاری می‌پرداختند.
- از هنگامی که آنها برای نخستین بار به تبلیغ کیف‌های کفنی به جای کیف‌های پلاستیکی پرداختند، از فروش محصولات جدید خود زیاد مطمئن نبودند.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

در جنوب هند، رسم است که در مراسم عروسی و دیگر جشن‌های مشابه، برگ‌های نخل هندی و نارگیل در کیف‌های پلاستیکی به مدعوین می‌دادند. به طور کلی در این جشن‌ها، حدود ۵۰۰ تا ۲۰۰۰ کیف سفارش داده می‌شد. در تامیل نادو، دولت تولید کیف‌های پلاستیکی را ممنوع کرد. در این زمان بود که واحد خیاطی با کیف‌های کفنی بوم-دوست به صحنه آمدند و گوشه مطمئنی در بازار آزاد به دست آوردند. اکنون این واحد به طور مرتب برای تهیه کیف‌هایی که در عروسی‌ها و کنفرانس‌ها استفاده می‌شوند، سفارش می‌گیرد. اقلام دیگری که در این واحد تولید شده‌اند، عبارتند از لباس‌های فرم صنعتی، کیف‌هایی از جنس ابریشم‌های پرنقش و نگار، پنبه‌ای و کفنی که به صورت هدیه در مراسم ویژه به مدعوین ارائه می‌شوند.

تقریباً کلیه اعضا خانواده استفاده‌کنندگان این امکانات که در فرایند بهبودی قرار دارند، زن هستند. بسیاری از آنها تقریباً تحصیلاتی ندارند و فاقد مهارت حرفه‌ای هستند و از این رو، هرگز به شغل درآمدزایی دست نمی‌یافتند. این پروژه به زنان امکان می‌دهد که خودکفا شوند. همچنین از آنجایی که این محیط کار یک محیط صرفاً زنانه است، زنان در آن احساس راحتی و در میان خود احساس رفاقت و دوستی می‌کنند.



اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

انستیتو علوم اجتماعی تاتا در بمبئی یک ارزیابی از این پروژه خانوادگی به عمل آورد تا از طریق مصاحبه‌های انفرادی و مباحثات گروه‌های کانونی، اثربخشی آن را بسنجد. خانواده‌هایی که شرکای زندگی بیمار آنها بهبود نیافته بودند نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند.

تعداد ذینفعانی که طی پنج سال گذشته، در برنامه دوهفته‌ای شرکت کردند، حدود ۳۰۲۶ نفر بودند که اکثریت آنها را زنان تشکیل می‌دادند. حدود ۹۰ زن که در گروه سنی ۴۰-۲۵ سال قرار داشتند و بسیاری از آنها هرگز کار نکرده بودند، به عنوان خیاط آموزش داده شدند.

یافته‌های اصلی:

- بهبود چشمگیر وضعیت سلامتی اعضای خانواده.
 - آگاهی اعضای خانواده از بی‌کارگی‌شان و رفتار توانمندسازی که به تغییر الگوی ذهنی آنها در زندگیشان منجر می‌شود،
 - افزایش هماهنگی در زندگی خانواده، و
 - پذیرفتن یک الگوی برنامه‌ریزی شده زندگی و استفاده اثربخش از اوقات فراغت،
- دوپیچر آوردن و کمیسیون اروپا، به عنوان بخشی از روال تأمین مالی پروژه، یک ارزیابی از پروژه تجاس به عمل آوردند.

شهادتنامه

شوهر آنو برای مدت ۲۰ سال به الکل وابستگی داشت. پس از ماه‌ها تلاش برای متقاعد کردن او، آنو توانست شوهرش را برای درمان به بیمارستان تی‌تی‌کی ببرد. هنگامی که به آنو گفته شد که او نیز باید در برنامه خانواده شرکت جوید، او آشکارا آشفته شد و گفت: "این فقط شوهر من است که بدون کنترل مشروب می‌خورد. او را درمان کنید و سلامت‌ش را به او برگردانید. من احتیاجی به شرکت در هیچ برنامه‌ای ندارم". مشاور برای او وقت گذاشت و منافی را که از حضور در این برنامه عاید او می‌شود، برایش توضیح داد. چند عضو خانواده که در فرایند درمان قرار داشتند، تجربیات خود را با او در میان گذاشتند. او سرانجام با بی‌میلی پذیرفت که در برنامه شرکت کند.

پس از درمان، آنو به خانه رفت و به همراه همسرش در جلسات تکمیلی شرکت کرد. او تفاوت کرده بود. او دیگر آن آنوی خشمگین، آشفته و مأیوس قبل نبود. او به سراغ مشاورش رفت و گفت: "در آن زمان درک این امر که درمان تا چه حد به من کمک خواهد کرد، از توان من خارج بود. در ابتدا، در میان گذاردن احساساتم را در جلسات گروه‌درمانی با کسانی که هرگز قبلاً آنها را ندیده بودم، یا گوش دادن به مشکلات آنها برایم بسیار طاقت‌فرسا بود. با وجود این، در گروه بود که من یاد گرفتم چگونه از عهده کار برآیم".

آنو به کمک مشاورش از آموزش رایگان خیاطی برای اعضای خانواده اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر مطلع شد. از آنجایی که او در محیط آموزش بسیار راحت بود، به دنبال یادگیری خیاطی رفت. او همچنین به طور مرتب در جلسات AI-Anon شرکت جست که در مرکز خانواده برگزار می‌شدند و برای بهبود خود تلاش کرد.

هنگامی که آنو قانع شد که به همراه شوهر الکلیش در درمان شرکت کند، از طریق در میان گذاردن احساساتش با دیگرانی که در گروه درمانی شرکت می کردند، به ایجاد سرمایه اجتماعی دست زد. او در نتیجه توانست یاد بگیرد که چگونه گلیم خود را از آب بیرون بکشد و یک مهارت حرفه‌ای بیاموزد که به سرمایه بهبود او بیفزاید. او بدین طریق توانست تغییر عمیقی در زندگی خود و خانواده‌اش به وجود آورد.

قلمرو: آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و اشتغال

مطالعه موردی: آبیوکوتا، نیجریه

اطلاعات پروژه

نام پروژه: دیتیر یونیت، بیمارستان روانی آرو نورو

شهر/کشور: آبیوکوتا، نیجریه

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: دکتر تی. ای آدامسون، رئیس پرووست اند مدیکال، بیمارستان اعصاب و روان، پی. ام. بی. ۲۰۰۲، آبه کوتا، ایالت اوگون. نیجریه.

Tel.: +234-803-3081461/+234-39-240571
E-mail: adamson@hyperia.com

وب سایت: در حال حاضر ندارد.

وضعیت پروژه: از ۲۰۰۴ تا کنون فعال است.

منبع مالی: دولت فدرال (۷۵٪)، بیماران/بستگان (۲۵٪)

سال‌های فعالیت: سه سال

گروه هدف: اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر که به دنبال درمان و بازتوانی هستند.

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

درمان و آموزش حرفه‌ای برای اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر (دیتیر)

سوابق پروژه:

مرکز درمان سوء مصرف مواد مخدر، آموزش و تحقیقات (DATER) یک واحد ۳۲ تختخوابه است با تسهیلات حرفه‌ای و شغلی. این بیمارستان در زمین‌های بیمارستان اعصاب و روان در آبه‌او کوتای نیجریه احداث شده است. دیتر در سال ۱۹۸۳ برای درمان و بازتوانی اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر تأسیس شد. در سال ۲۰۰۴ یک واحد بازتوانی حرفه‌ای در این مرکز تأسیس شد که تجهیزات آن از طرف یوان اودی سی اهدا شده بود. از هنگام تأسیس این واحد، دیتر در یک محیط درمان بیمارستانی و به عنوان جزئی از بسته درمانی یک برنامه رسمی آموزش حرفه‌ای ارائه داده است.

مرکز درمان سوء مصرف مواد مخدر، آموزش و تحقیقات (دیتر)

اهداف:

هدف این برنامه آن است که اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر را درمان کند و آنها را به مهارت‌های حرفه‌ای گوناگون مجهز کند.



فرآیند / فعالیت‌ها:

- اعضای خانواده، بیماران را برای درمان به مرکز می‌آورند.
- درمان به مدت ۱۲ هفته در دیتر ارائه می‌شود. این فرایند شامل جلسات آموزش مواد مخدر، فرد درمانی، گروه درمانی و خانواده درمانی و یک برنامه ۱۲ مرحله‌ای (ای‌ای / ان‌ای) می‌شود. مراقبت‌های تکمیلی نیز برای مدت ۲ سال فراهم می‌شود.
- یک آموزش حرفه‌ای سه‌ماهه در زمینه شناخت کامپیوتر، خیاطی، آرایشگری مو ارائه می‌شود.
- آموزش حرفه‌ای هم‌زمان با برنامه درمانی به پیش می‌رود.
- به اشخاص واجد شرایط کمک می‌شود تا شغلی متناسب با مجموعه مهارت‌هایشان پیدا کنند.

درس آموخته‌ها:

این مرکز می‌تواند با در میان گذاشتن تجارب و تبادل منابع با دیگر مراکز، به اهداف خود دست یابد.

نتایج / دستاوردها:

- واحد دیتر، یعنی بیمارستان اعصاب و روان آرو نخستین مرکز درمان مدرن مواد مخدر در این کشور است.
- این مرکز در زمینه مدیریت بیماران دارای تشخیص‌های دوگانه تخصص دارد.
- این مرکز همچنین یکی از مراکز عمده فراهم کردن آموزش تخصصی در درمان وابستگی به الکل و مواد مخدر است.

چالش‌ها:

این مرکز درصدد یافتن شیوه‌های بهبود تسهیلات آموزش حرفه‌ای خود است. این مرکز برای بهبود بیشتر خدماتش در عین حال در فرایند تدوین یک برنامه ارزیابی درمان به سر می‌برد.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

- بیماران از اقصا نقاط کشور به واحد دیتر، بیمارستان اعصاب و روان آرو پذیرش می‌شدند. این مرکز همچنین کانون هماهنگ‌کننده شبکه ملی پیشنهادی مراکز درمان سوءمصرف مواد مخدر و بازتوانی است.



اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

به طور میانگین، هر سال ۲۱ شخص دارای وابستگی به مواد مخدر در این مرکز پذیرش می‌شود. اغلب آنها مرد (۹۵٪) و مجرد (۸۰٪) هستند و میانگین سن آنها ۳۲,۴ سال است (از ۱۷-۵۲ سال). حدود نیمی از اشخاص پذیرش شده تحصیلات بالاتر از دبیرستان داشته‌اند یا در حال حاضر مشغول به تحصیل در این دوره‌اند. تنها

یک چهارم این افراد به هنگام پذیرش شاغل بودند. میانگین مدت پیگیری فرد برای درمان پس از پذیرش، ۲۳ هفته بوده است و حدود ۷۰٪ پذیرش شوندگان دست کم ۱۲ هفته درمان را ادامه دادند که زمان مورد نیاز برای تکمیل برنامه درمانی است.

یافته‌های اصلی:

از ۴۷ بیماری که برنامه درمانی مرکز را در فاصله سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۷ گذراندند، تنها نه نفر طی آن دوران مجدداً پذیرش شدند.

شهادتنامه

بسیاری از بیماران سابق مرکز قادر بوده‌اند که بهبود پایداری را دنبال کنند. برخی از آنها مجدداً به مرکز دعوت شدند تا با عنوان سخنران انگیزشی به نفع آنهایی که هم‌اکنون در فرایند درمان به سر می‌برند، صحبت کنند.

برخی از این بیماران سابق، علاوه بر بهره‌مندی از برنامه آموزش حرفه‌ای مرکز، متوقف نمانده‌اند و خود را به لحاظ آموزشی توسعه داده‌اند و این در حالی است که برخی از حمایت اجتماعی عظیمی برخوردار شده‌اند. برای مثال، دو بیمار سابق مرکز، پس از ترخیص از آن، در یک مرکز آموزش حرفه‌ای شرکت جستند که مالک و مدیر آن را یک سازمان مذهبی مسیحی تشکیل می‌داد. یکی از آنها اکنون توسط این گروه مذهبی استخدام شده است و دیگری خودفرماست.

شرکت‌کنندگان در این برنامه که توسط مرکز درمان سوءمصرف مواد مخدر، آموزش و تحقیقات اجرا می‌شود، از سرمایه اجتماعی موجود خود در قالب نظام حمایت خانواده، بهره گرفتند. برنامه آموزش حرفه‌ای مرکز، این فرصت را در اختیار بیماران قرار داد که در همان حال که در تلاش درمان خود بودند، با کسب مهارت حرفه‌ای، که به آنها امکان می‌داد کار پیدا کنند و برای زندگی خود معنا و هدف به وجود آورند، قلمروهای سرمایه بهبود خود را گسترش دهند. بسیاری از کسانی که این برنامه را گذراندند و بهبود پایداری را دنبال می‌کنند، به منظور تشویق کسانی که در حال حاضر مشغول درمان خود هستند، به این مرکز بازمی‌گردند و به ایراد سخنرانی‌های انگیزشی اقدام می‌کنند.

قلمرو: حمایت قانونی

مطالعه موردی: ایالات آلیکانته، کاستلون، والنسیا، اسپانیا

اطلاعات پروژه

نام پروژه: واحدهای حمایتی از افرادی که در دادگاهها/ ادارات پلیس، بامشکلات مربوط به مواد مخدر/ وابستگی به مواد مخدر دست به گریبانند.

شهر/کشور: ایالات آلیکانته، کاستلون، و والنسیا، اسپانیا

سازمانها و اشخاص مرتبط با پروژه: سینیور میگوئل کاستلانو گومز پاسه کو دو لا آلامدا، ۱۶، ۴۶۰۱۰، والنسیا، اسپانیا

Tel: +34 96 3428 605; Fax: +34 96 3424 988

E-mail: castellano_mig@gva.es

Website: www.gva.es

وضعیت پروژه: در دست انجام از ۱۹۹۷

منبع مالی: نود درصد بودجه پروژه از دولت مرکزی و ۱۰٪ از ارگانهای منطقه‌ای تأمین می‌شود.

سال‌های فعالیت: ۱۰ سال از ۱۹۹۷

گروه هدف: اشخاص مبتلا به وابستگی به مواد مخدر در محیط‌های عدالت کیفری، مثلاً دادگاهها، بازداشتگاهها و ادارات پلیس

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

ارائه خدمات به اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر در دادگاهها، زندانها و ادارات پلیس

سوابق پروژه:

این برنامه برای آن طراحی شد که واحدهای حمایتی برای کمک به اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر که درگیر دادگاهها، زندان و ادارات پلیس هستند، به وجود آورد. این پروژه هم‌زمان تلاش می‌کند به نظام قضایی کمک کند مناسب‌ترین تدابیر امنیتی را در مورد اشخاصی که به دلیل وابستگی به مواد مخدر با مشکلات قانونی دست‌به‌گریبان هستند، به کار گیرد. هدف این پروژه همچنین تضمین این امر است که وضعیت زندگی و

امرار معاش اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر، نقش مهمی در فرایند دادرسی آنها بازی می‌کند. این رویکرد می‌تواند به کاهش اتهامات علیه آنها و به کارگرفتن روش‌های دیگری به جای زندانی کردن منتهی شود که به نوبه خود امکان بازگشت آنها به جریان اصلی جامعه را تقویت می‌کند.

سازمان‌هایی که در این برنامه شرکت دارند، عبارتند از:

- جمعیت آوانت (پاردس ای فمیلیز پارا لا لونچا کونترا لا دراگودیندنسیا): سازمان غیردولتی (ان‌جی‌او) / داوطلب،
- جمعیت پارا لا پریونسیون، اسسورامیتو ای دروگاس (PATIM): سازمان غیردولتی (NGO) / داوطلب،
و
- جمعیت پرووینسیال آلیکانتینا دو آیودا ال دروگودیندینته (APRALAD): سازمان غیردولتی (NGO) / داوطلب

اهداف:

هدف، اعمال قانون در عین در نظر داشتن محیط اجتماعی و شرایط اشخاص وابسته به مواد مخدر است تا به ما امکان دهد به صورت بی طرفانه و قضایی، مناسب‌ترین تدابیر در هر هر پرونده به کار گیریم. باور این است که در اغلب اوقات، در صورت درمان وابستگی به مواد مخدر، رفتار مجرمانه نیز ناپدید خواهد شد.

فرآیند / فعالیت‌ها:

- دادن مشاوره به استفاده‌کنندگان از مواد مخدر که به خاطر تخلفاتی در رابطه با وابستگی آنها به مواد مخدر دستگیر شده‌اند،
- با پذیرش افراد دارای وابستگی به مواد مخدر به مراکز درمانی و پیگیری و تکمیل درمان، راه‌حلی به جای زندانی کردن آنها ارائه دهیم،
- حساس کردن ارگان‌های قضایی نسبت به وضعیت روانی-اجتماعی، تشخیص، رهنمودهای درمانی، پیش‌آگهی‌ها و پیگیری و تکمیل درمان در ارتباط با هر مورد،
- ارزیابی بیماران در ارتباط با مشکلات مرتبط با مواد مخدر، و
- ارجاع دادن بیماران برای درمان طبی، درمان به کمک متادون یا درمان سنتی.

درس آموخته‌ها:

- بسیاری از اشخاص مبتلا به وابستگی به مواد مخدر، برای تأمین منابع اعتیاد خود، به رفتار تبه‌کارانه روی می‌آورند. ۶۷٪ از تخلفات به اموال و ۱۲٪ آنها به بهداشت عمومی مربوط می‌شد.

- درمان انفرادی به میزان قابل توجهی تخلفات ناشی از وابستگی به مواد مخدر را کاهش می‌دهد.
- برانگیختن حساسیت ضابطین قانون و ارائه کمک مستقیم به اشخاصی که به خاطر وابستگی به مواد مخدر دستگیر شده‌اند، به دستیابی به اهداف فوق‌الذکر کمک می‌کند.

نتایج / دستاوردها:

- در سال ۲۰۰۲، هزار و بیست و چهار بیمار در مراکز گوناگون تحت درمان قرار گرفتند که از این تعداد، ۵۲۳ تن برای نخستین بار درمان می‌شدند.
- ۳۲۴ نفر کمک دریافت کردند تا مجازات کیفریشان را کاهش دهند.
- برای ۱۵۳ تن راه‌حل‌های دیگری به جز زندان ارائه شد.
- در سال ۲۰۰۲، دو هزار و هشتصد و شصت نفر یا درمان خود را آغاز کردند یا آن را ادامه دادند. از این تعداد، ۸۲۹ نفر برای نخستین بار به این کار اقدام می‌کردند و ۱۲۷۳ نفر از حمایت‌های مکمل بهره می‌گرفتند.
- از سال ۱۹۹۷، واحدهای ویژه‌ای (واحدهای ارزیابی و حمایت بیماران معتاد به مواد مخدر-یو.وی.ای.دی.اس.) در دادگاه مستقر در اداره مرکزی پلیس و بازداشتگاه‌ها در سه مرکز ایالت ایجاد شده‌اند.

چالش‌ها:

معلوم شد که متخصصانی که در حوزه وابستگی به مواد مخدر کار می‌کنند، هیچ اطلاعی از مسائل حقوقی مرتبط با وضعیت بیماران ندارند. از این روست که لازم آمد سمینارها و کنفرانس‌هایی برپا شود تا اطلاعات لازم را درباره جنبه‌های قانونی، قضایی و فنی در اختیار آنها قرار دهد. به همین ترتیب، مأموران پلیس، به ویژه پلیس محلات نیز هیچ اطلاعی از مسائل مرتبط با وابستگی به مواد مخدر نداشتند. از این رو، دوره‌های آموزشی پایه در مورد وابستگی به مواد مخدر، به ویژه برای "پلیس محلات" برگزار شدند.

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

هرچند پدیدار شدن این تغییر، بخش مهمی از ۱۰ سال فعالیت را صرف خود کرد، اما سرانجام شاهد تغییر عمده‌ای در نگاه به اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر توسط نظام قضایی هستیم. دیگر به آنها همچون بزهدار و ناقلان بیماری نگاه نمی‌کنند، بلکه آنها را افرادی می‌دانند که نیازمند حمایت برای اعاده سلامت و زندگی‌هایشان هستند.

اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

بسیاری از اشخاص مبتلا به وابستگی به مواد مخدر برای تأمین نیازهای عادت خود به رفتارهای جنایتکارانه یا حاشیه‌ای روی می‌آورند. این برنامه ۳۸۸۴ بیمار را تحت مراقبت قرار داد. در نمونه ما، ۶۷٪ از تخلفات علیه اموال مردم، ۱۲٪ علیه سلامت عمومی و ۱۱٪ درصد علیه اشخاص بودند.

درمان عمومی و تک به تک، مطابق با نیازهای متفاوت بیماران، به میزان قابل توجهی تخلفات مرتبط با مواد مخدر را کاهش می‌دهد. در بیش از ۲۱۳۰ مورد، مداخله انجام گرفت. مهم‌ترین انواع مداخله عبارت بودند از: راهنمایی اطلاعاتی (۳۲٪)، گزارش‌های پیگیری (۲۸٪)، مشاوره حقوقی (۱۸٪) و گزارش‌های کارشناسان (۱۰٪).

در سال ۲۰۰۲، ۲۸۶۰ بیمار ویزیت شدند که ۸۲۹ مورد آنها برای اولین بار بود. ۱۲،۱۸٪ از این افراد به مراکز درمان سنتی ارجاع داده شدند. این کار بدون آموزش مقتضی متخصصانی که در این فرایند شرکت داشتند و تأمین هماهنگی میان آنها میسر نبود. علاوه بر جلسات هماهنگی، سمینارها و کنفرانس‌هایی نیز برای مجامع گوناگون افرادی که به موضوع علاقه‌مند بودند، سازمان داده شد.

یافته‌های اصلی:

غنی‌سازی متقابل قلمروهای دانشی فوق‌الذکر میان متخصصانی که در حوزه وابستگی به مواد مخدر کار می‌کنند و نیز پلیس محلات، در کمک به تأمین بهترین خدمات اجتماعی ممکن برای اشخاصی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند، مفید بوده است.

قلمرو: حمایت مبتنی بر یاری همتایان

مطالعه موردی: کمپانی‌های فایت، پئوریا، ایلی‌نویز، ایالات متحده آمریکا

اطلاعات پروژه

نام پروژه: مربی‌گری بهبود و برنامه‌ریزی بهبود شخصی

شهر/کشور: پئوریا، ایلی‌نویز، ایالات متحده آمریکا

سازمان‌ها و اشخاص مرتبط با پروژه: مایکل بویل، رئیس، دیوید لاولند، رئیس تحقیقات

Tel: 309-671-8005; Fax: 309-671-8021

Websites: www.bhrm.org; www.fayettecompanies.org

وضعیت پروژه: فعال

منبع مالی: بخش الکلیسم و سوء مصرف مواد ایلی‌نویز

سال‌های فعالیت: از ۲۰۰۴

گروه هدف: زنان دارای وابستگی به مواد مخدر در هر مکان (برای مثال، درمان در حال اقامت در

مراکز، زندان، حین کار، در یک نوانخانه، محله یا خانه)

مسائلی که در این مطالعه موردی به آنها پرداخته شده است:

مربی‌گری بهبود و برنامه‌ریزی بهبود شخصی برای زنان

سوابق پروژه:

خدمات مربی‌گری بهبود یک برنامه مداخله داوطلبانه و مبتنی بر کمک همتایان برای زنان است که با خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر به صورت هماهنگ انجام می‌گیرد، اما به صورتی مستقل از این خدمات عمل می‌کند. کلیه زنانی که وارد برنامه درمان وابستگی به مواد مخدر، شامل سم‌زدایی، شده‌اند، می‌توانند خدمات مربی‌گری بهبود دریافت دارند. ارجاع بیماران به مربیان بهبود در هر مقطعی از فرایند درمان انجام می‌گیرد. در مورد

برنامه‌های درمان بیماران مقیم در مراکز، ارجاعات اغلب طی آخرین ماه درمان صورت می‌گیرد. ارائه خدمات مربی بهبود به زنان، در هر محیطی (برای مثال، درمان در حالت اقامت در مراکز، زندان، حین کار، یا در یک نوانخانه) انجام می‌گیرد، اما اغلب تماس‌ها و فعالیت‌ها در جامعه یا خانه انجام می‌گیرد. زنانی که در یک برنامه درمان ضمن اقامت در مرکز قرار دارند، خدمات مربی بهبود را در محل دریافت می‌دارند، اما اغلب این تماس‌ها در جامعه صورت می‌گیرد تا به گذار زنان از درمان به صورت اقامت در یک مرکز کمک کنند (برای مثال، جستجو برای مسکن، کار، یا پر کردن فرم برای دستیابی به این امکانات). خدمات مربیان بهبود محدودیت زمانی ندارد. زنان از این حق انتخاب برخوردارند که این خدمات را پس از اتمام پیوستار درمان وابستگی به مواد مخدر یا به عوض درمان (برای کسانی که برخلاف توصیه درمانی، درمان را رها کرده‌اند) دریافت دارند.

اهداف:

هدف آن است که به زنان کمک کنند برنامه بهبودی برای خود تدوین کنند که بتوانند آن را در طول زمان مدیریت و حفظ کنند. هدف آن است که به گذار زنان از وضع فعلی و بازگشت آنها به جامعه و توسعه یک برنامه بهبود پایدار کمک کنند. از این رو، برنامه مورد بحث برای آن طراحی شده است که برای مدت سه تا شش ماه به زنان کمک کند و خدمات اضافی نیز برای کسانی که به آن نیاز دارند، در آن پیش‌بینی شده است.

فرایند / فعالیت‌ها:

سه برنامه درمانی فایده برای زنان در مراکز اقامتی، بیشترین ارجاعات را به این برنامه تشکیل می‌دهد. هشتاد درصد از زنانی که به این برنامه ارجاع شده‌اند، حداقل سه تماس رو در رو با مربیان بهبود خواهند داشت.

مربیان بهبود، ظرف مدت هفت روز پس از ارجاع افراد به برنامه و در حالی که آنها هنوز در درمان به سر می‌برند، با آنها تماس حاصل می‌کنند. مربیان بهبود از تکنیک‌های متعدد برای متعهد نگاه داشتن زنان به برنامه و به فرایند بهبود استفاده می‌کنند. مربیان بهبود در مورد این تکنیک‌ها، از جمله روش‌های مدیریت بیماری‌ها بر اساس نقاط قوت، و نیز مصاحبه انگیزشی آموزش می‌بینند. این برنامه برای آن طراحی شده است تا:

- به زنان کمک کند برنامه بهبودی برای خود تهیه کنند که اهدافی را که خود برای خود تعریف می‌کنند (برای مثال، پیدا کردن شغل، یافتن یک آپارتمان یا بازگشت به مدرسه)، مشخص کند،

- دارایی‌ها و منابعی را که می‌توانند برای رسیدن به اهدافشان از آنها بهره‌گیرند (برای مثال، تجربیات کاری، یا آموزش حرفه‌ای، استفاده از اعضای دلسوز و همدل خانواده، داشتن صفات شخصی مثبت یا داشتن مقداری تحصیلات دانشگاهی) مورد تأکید قرار دهند،
- به آنها کمک کند موانع / مشکلاتی را که می‌توانند دستیابی به هر یک از اهداف را تضعیف کند (برای مثال، دسترسی نداشتن به حمل و نقل، دسترسی نداشتن به دارو / مراقبت‌های درمانی، مسکن بی‌ثبات، مشکلات قانونی، بدهی عقب‌افتاده یا داشتن اضطراب در محیط‌های اجتماعی)، مشخص کنند،
- به زنان کمک کند منابع مورد نیاز را در جامعه پیدا کنند (برای مثال، مسکن ارزان، خدمات درمانی و دارو، خدمات روان‌پزشکی، حمل و نقل، کوپن غذا، کمک‌های عمومی یا خدمات مراقبت از کودکان) تا به کمک آنها بتوانند به بهبود درازمدت دست یابند. و
- به زنان راهنمایی و کمک کنند تا علائم بیماری‌ها را مدیریت و کنترل کنند، نظیر حملات پانیک (ترس بی‌مورد) یا افسردگی، یا به آنها کمک کنند برنامه‌پیشگیری از عود اعتیاد را با موفقیت به اجرا درآورند.

تکنیک‌های ویژه‌ای که مریدان بهبود از آنها استفاده می‌کنند، از جمله عبارتند از:

- تحلیل کارکردی برای آنکه به زنان کمک کنند چگونگی وقوع برخی رفتارها (برای مثال، روی آوردن مجدد به اعتیاد یا پرخوری) یا عدم وقوع برخی رفتارها (برای مثال، ورزش یا معاشرت با دیگران بدون استفاده از الکل) را درک کنند،
- مصاحبه‌انگیزی برای کشف ابهامات در مورد برخی رفتارها (برای مثال، دلایل له و علیه حفظ رابطه با مردی یا کشیدن ماری‌جوانا در حالی که در آزادی مشروط به سر می‌برند)،
- استفاده از برنامه‌های رفتاری هفتگی که به زنان کمک می‌کند اهداف گسترده‌شان را به گام‌های عملی و قابل حصول برگردانند، نظیر گام‌های متعددی که لازم است برای پیدا کردن یک شغل، یافتن دوستان جدید، یا یافتن فعالیت‌هایی که استفاده از الکل یا دیگر مواد مخدر را نمی‌طلبد، برداشته شود.
- آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای بیرون کشیدن گلیم خود از آب در شرایط معین (برای مثال، تمرین شرایط و الگوهای نمونه و نقش بازی کردن به عنوان مثال در یک مصاحبه شغلی، شرکت در جلسه‌الکلی‌های ناشناس یا با اعتماد به نفس صحبت کردن با اعضای خانواده). آموزش مهارت‌های لازم

برای بیرون کشیدن گلیم خود از آب، در عین حال شامل کمک به زنان برای کنترل علائم اضطراب، اختلالات ناشی از صدمات شدید روحی، یا افسردگی در محیط‌های عمومی، نظیر جلسات الکلی‌های ناشناس یا در محیط کار نیز می‌شود.

- مدیریت شرایط احتیاطی برای پاداش دادن شرکت کنندگانی که روی یک برنامه بهبود کار می‌کنند یا مرحله‌ای را در برنامه رفتاری پشت سر گذارده‌اند. مریبان بهبود به بودجه‌های اختصاصی دسترسی دارند تا به کمک آنها به زنان برای پوشش دادن هزینه‌های رفت و آمد (بلیط‌های اتوبوس)، پوشاک (کوپن‌های ۵ دلاری)، غذا (کوپن‌های ۵ دلاری برای خرید از سوپرمارکت‌ها)، مسائل حرفه‌ای (کتاب‌های آموزشی، نوت‌بوک یا ماشین حساب) یا پاداش‌های ویژه (بلیط‌های سینما، یا کوپن‌های رستوران‌ها) کمک کنند. مربی‌های همچنین می‌توانند از این بودجه برای تشویق شرکت کنندگان در برنامه جهت حفظ تماس‌ها استفاده کنند (تأمین هزینه نهار یا یک قهوه)،
- برنامه‌ها و گام‌های رفتاری که به زنان یاد می‌دهند چگونه فعالیت‌های مفید و نویدبخشی را پیدا کنند که بهبود آنها را تقویت و از فعالیت‌هایی که مشوق استفاده از مواد هستند، جلوگیری کند. این برنامه‌ها معمولاً شامل اعضای خانواده یا دوستانی هستند که در فرایند درمان شرکت دارند،
- کمک به زنان برای مرتبط شدن با خدمات بهداشت روانی جامعه و کمک به آنها در یافتن منابع لازم جهت پوشش دادن هزینه داروهای روان‌درمانی (از آنجایی که مرکز خدمات انسانی (HSC) در عین حال تأمین‌کننده اصلی خدمات بهداشت روانی جامعه است، زنانی که به برنامه مریبی بهبود ارجاع داده می‌شوند، در ثبت نام در بخش سلامت روانی HSC اولویت خواهند داشت)، و بالاخره
- استفاده از مریبان بهبود برای کمک به زنان تا شبکه حمایت از بهبود خود را گسترش دهند. این فرایند، شامل کار با خانواده و دوستان و درگیر و متعهد کردن این افراد در کلیه مراحل برنامه‌ریزی بهبود است. مریبان بهبود می‌توانند اطلاعاتی درباره اعتیاد یا چگونگی کمک به زنان برای کنترل علائم اختلالات روانی‌شان در اختیار خانواده و دوستان قرار دهند. مریبان همچنین می‌توانند به زنان کمک کنند با گروه‌های خودیاری و سازمان‌های مذهبی رابطه برقرار سازند.

درس آموخته‌ها:

به طور میانگین، زنانی که خدمات مریبان بهبود را دریافت کردند، نسبت به زنانی که این خدمات را دریافت نکردند، پس از ترخیص از برنامه درمان اقامتی، در روزهای درمان سرپایی بیشتری شرکت کردند.

این نتایج بیانگر آن است که از برنامه مربی بهبود می‌توان برای تکمیل خدمات موجود و متعهد ساختن زنان به ادامه و تکمیل درمانشان استفاده کرد. نتایج اولیه این برنامه نشان می‌دهد که مربیان بهبود در کمک به زنان برای کسب منابع اساسی در جامعه با توفیق روبه‌رو بوده‌اند.

نتایج / دستاوردها:

داده‌های موجود در مورد خدمات ارائه شده طی ۱۸ ماهه نخست نشان داد که مربیان بهبود ماهانه تقریباً سه تا پنج تماس با زنان حاضر در برنامه برقرار می‌کنند (از ۱ تا ۱۵ تماس). کل زمان تماس به طور میانگین ۱ تا ۱٫۵ ساعت در ماه بوده است. نرخ تماس‌های ماهانه در طول زمان نسبتاً ثابت باقی مانده است و این در حالی است که زنان همچنان در برنامه ثبت نام می‌کنند. هفتاد و پنج درصد از زنان، برنامه مربی بهبود را ظرف شش ماه ترک می‌کنند (میانگین آن پنج ماه است) و ۲۵٪ برای مدت ۷ تا ۱۶ ماه با برنامه مربی بهبود همراه می‌شوند. اغلب تماس‌ها به صورت شخصی برقرار می‌شوند، حدود ۳۰٪ تلفنی و باز اغلب آنها از سوی زنانی است که از خدمات مربی بهبود کم‌تری استفاده می‌شوند. در ماه‌های بعدی از تماس‌های تلفنی بیشتری استفاده می‌شود.

از تماس‌های تلفنی در عین حال برای حفظ زنانی که برای مدیریت بهبود خود تلاش می‌کنند، اما در دریافت خدمات بیشتر یا بازگشت به درمان به شیوه‌ای پیگیر و متعهد مقاومت می‌کنند، استفاده می‌شود.

مربیان ترغیب می‌شوند که زنان را برای صرف قهوه، صبحانه یا نهار بیرون ببرند تا خطوط ارتباطی خود را با آنها باز نگاه دارند و نیز در همان حال که ابهامات آنها را در رابطه با مصرف مواد برطرف می‌کنند، منابع لازم در اختیار زنان قرار دهند (برای مثال، راهنمایی برای پیدا کردن مسکن، کوپن‌های غذا، یا پیوندهایی با خدمات سلامت روانی)



چالش‌ها:

- متعهد و پیگیر ساختن افرادی که در برنامه شرکت دارند (نگهداری و متعهد ساختن تقریباً ۳۰ درصد از افرادی که به برنامه مربی بهبود ارجاع شده‌اند، با دشواری روبه‌رو بوده است)
- وجود تعارض میان اهداف درمانی برنامه درمان اعتیاد و اهداف مدل مربیان بهبود،
- وجود این احتمال که بیمار درمان را ترک کند و به توصیه‌های درمانی گوش ندهد یا به دلیل استمرار در مصرف الکل یا مواد مخدر دیگر از برنامه اخراج شود، اما همچنان در رابطه با مربی بهبود خود، باز و فعال باقی بماند.
- اختلاف ایدئولوژیک میان مدل درمان اولیه مبتنی بر متخصصان و مدل مربیان بهبود مبتنی بر نقاط قوت و مصرف محوری
- وجود قواعدی در متن برنامه درمان اقامتی که ممکن است با خدمات مربی بهبود، نظیر دیدار در خارج از محل‌های اقامتی، ترک یک گروه برای کار روی فعالیت دیگر، کار روی مسائل دیگر پیش از تکمیل فازهای خاص درمان، تعارض داشته باشند،
- وجود مقرراتی در برنامه‌های درمان سرپایی که کار با مؤسسات یا برنامه‌های دیگر طی ساعات درمان را مانع می‌شود،
- تغییر در نیازهای درمانی مردم در نتیجه دریافت خدمات مربی بهبود طی یک دوره انتظار (برای مثال، رفع نیاز به درمان اقامتی پس از دستیابی به سطح کنترل معین به کمک یک مربی بهبود)، و
- افزایش ابهام در تعریف "فعالانه در درمان ثبت‌نام کرده است"، در نتیجه عرضه خدمات برنامه مربی بهبود به عنوان شق جایگزین درمان اولیه. (برای مثال، آیا افرادی که طبق دستور دادگاه باید به درمان وابستگی به مواد مخدر پردازند، می‌توانند تنها خدمات مربی بهبود را دریافت کنند و آنها را همچنان کسانی دانست که "فعالانه در درمان ثبت‌نام کرده‌اند؟")

مسائل فرهنگی یا موقعیتی در رابطه با این پروژه:

از آن جایی که بودجه تنها برای دو مربی بهبود وجود دارد، دشوار است بتوان مجموعه کاملی از مربیان بهبود را که به طور کامل تنوع فرهنگی افرادی که این خدمات را دریافت می‌کنند، بازتاب می‌دهند، در خدمت گرفت.

اطلاعات موجود در رابطه با ارزیابی این پروژه:

نتایج مقدماتی برنامه نشان می‌دهد که مریبان بهبود در کمک کردن به زنان برای کسب منابع اساسی در جامعه موفق بوده‌اند. یک دوره پیگیری و تکمیلی پنج‌ماهه در مورد ۷۳ زن نشان داده است که:

- چهار درصد از آنها در شروع درمان استخدام شدند. در پیگیری و تکمیل درمان، ۵۷٪ (۳۷ نفر از ۶۵ نفر) از آنهايي که قادر به کار بودند (هشت نفر در یک برنامه اقامتی قرار داشتند یا در زندان بودند) شغل پاره‌وقت (۲۰ نفر) یا تمام‌وقت (۱۷ نفر) به دست آوردند. هفتاد و یک درصد از آنها پس از ترک درمان اقامتی یا هنگامی که خدمات درمانی سرپایی دریافت می‌کردند، شاهد بهبود وضعیت زندگی خود بودند. بسیاری از آنها از یک نوانخانه یا مسکن موقت به آپارتمان‌های مستقل نقل مکان کرده بودند. در پیگیری و تکمیل درمان، ۴۰٪ در وضعیت زندگی بی‌ثبات قرار داشتند (برای مثال، در نوانخانه یا مسکن موقت زندگی می‌کردند یا در زندان بودند) و ۶۰٪ به صورت مستقل یا با یک شریک زندگی یا عضو خانواده زندگی می‌کردند. هر چند ۴۰٪ به هنگام انتشار این گزارش در مسکن موقت زندگی می‌کردند، اما باید دانست که اغلب این زنان به هنگام ترخیص از برنامه درمان اقامتی، بی‌خانمان بودند. مریبان بهبود معمولاً به آنها کمک می‌کردند با نوانخانه‌ها تماس بگیرند و بدین طریق، وضعیت مسکن آنها را نیز بهتر می‌کردند.
- بیست و شش درصد در فرایند ثبت‌نام در مدارس قرار داشتند (برای مثال، کسب کمک مالی یا پر کردن درخواست‌ها) یا فعالانه در دیپلم معادل عمومی (GED) یا دوره‌های دانشگاهی ثبت نام کرده بودند.

یافته‌های اصلی:

- مریبان بهبود در مرتبط کردن زنان با کلینیک سلامت فدرال در پئوریا برای دریافت خدمات درمانی و روان‌پزشکی (۲۷ نفر) و خدمات سلامت روانی HSC (۲۱ نفر) با موفقیت عمل کرده‌اند. آنها همچنین زنان را به مرکز توزیع کوپن غذا و بانک‌های غذا و همیاری مسکن موقت (برای مثال، پرداخت فیش‌های برق یا پرداخت‌های عقب‌افتاده) و پوشاک، مرتبط می‌کردند. مریبان بهبود به طور منظم از زنانی که با اداره خدمات کودکان و خانواده (DCFS)، یک مؤسسه حمایت از کودکان، یا نظام عدالت

کیفری مشکل داشتند، حمایت می کردند. مریبان بهبود مکرراً از طرف زنان در جلسات DCFS یا دیگر مذاکرات دادگاه شرکت می کردند و اغلب به نفع آنها شهادت می دادند.

شهادتنامه

اسم من تیفانی است. در ۱۸ سپتامبر ۲۰۰۷ وارد درمان اقامتی شدم. طی اقامتم در این مرکز، توانستم زندگی تازه و عاری از موادی را شروع کنم و به مربی بهبود، بت، معرفی شدم. در آن زمان، من هیچ اطلاعی در این مورد که مربی بهبود چه کسی است، نداشتم تا با او دیدار کردم.

کمترین چیزی که می توانم بگویم این است که شگفت زده شدم. بت مرا می شناخت و نیازهای مرا می فهمید. او بسیار بااطلاع بود. او مرا به همه منابع اجتماعی، از جمله مسک، اداره خدمات انسانی، مشاغل موجود، و جلسات ۱۲ مرحله ای زنان مرتبط کرد تا مرا در دوره های اولیه دوری گزیدن از اعتیاد آرامش و راحتی ببخشد.

بت تنها مربی بهبود من نیست، بلکه همچنین یک استاد و دوست شگرفی در فرایند بهبود من است. من اکنون پنج ماه است که پاک هستم. شکر خدا که این مربی بهبود بر سر راه من قرار گرفت و به من به اشکال متعدد کمک کرد. فکر می کنم همه زنان در مراحل اولیه دوری گزیدن از مواد باید این فرصت را داشته باشند که از کمک ها و خدمات یک مربی بهبود برخوردار شوند. با سپاس از بت.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حمایت های همتایان، به تحقیق مربوط به ایالات متحده آمریکا در فصل ۴ مراجعه کنید.

بسیاری از زنانی که در برنامه حضور داشتند، توانستند با توسعه روابط اعتمادآمیز با مریبان بهبود خود، سرمایه اجتماعی به وجود آورند. برخی از آنها به کمک حمایت و طرفداری مریبان خود، توانستند با پیدا کردن کار، نقل مکان از مسکن های موقت به آپارتمان های مستقل و ثبت نام در مدرسه، وضعیت زندگی خود را پس از ترک درمان اقامتی بهتر کنند. از این روست که آنها علاوه بر سرمایه اجتماعی، توانستند به توسعه سلامت جسمی / روانی، مسکن و جنبه های مالی سرمایه بهبود نایل شوند.

فصل ۵: دفاع از حقوق^۱ معتادان

فصل‌های ۳ و ۴ پیشنهادهایی عملی برای پیاده‌سازی مدیریت بهبود پایدار و تقویت هشت قلمرو سرمایه بهبود ارائه می‌دهند. تأکید این فصل بر چگونگی متقاعد کردن تصمیم‌گیران برای افزایش حمایت‌های بهبود از اشخاص^۲ دارای وابستگی به مواد مخدر، از طریق دفاع از حقوق آنها با توجه به گروه‌های هدف در کلیه سطوح جامعه است.

این فصل به سه بخش تقسیم می‌شود:

- بخش نخست گروه‌های هدف را برای دفاع از حقوق آنها در سطوح شخصی، اجتماعی، نهادی و ملی مشخص می‌کند،
- بخش دوم شیوه‌های بالا بردن آگاهی عمومی در مورد مسائل بازتوانی اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر و بازگرداندن آنها به جامعه را تشریح می‌کند، و
- بخش سوم فهرست کوتاهی از منابع اطلاعاتی قابل دسترسی در مورد مفاهیم جدیدی که بخشی از چارچوب مدیریت بهبود پایدار را تشکیل می‌دهند (به طور عمده، تأمین معاش پایدار و سرمایه بهبود)، ارائه می‌دهد.

حمایت از تغییر در خط‌مشی‌ها، ساختار و فرایندها برای غلبه بر موانع اقتصادی و سیاسی و انگ اجتماعی که معمولاً دستیابی به شیوه‌های پایدار تأمین معاش، بازگشت مجدد به جامعه و بهبود پایدار برای افراد دچار وابستگی به مواد مخدر را مانع می‌شوند، امری لازم است (بریت‌وایت، ۱۹۹۹، ۲۰۰۱). البته طرفداری از این بیماران باید وضعیت کلی جامعه را در دستیابی به تأمین معاش پایدار مد نظر قرار دهد. ایجاد دگرگونی‌های مثبت در نهادها، سازمان‌ها، خط‌مشی‌ها و وضع قوانینی که بر دسترسی افراد دچار وابستگی به مواد مخدر به امکانات تأمین معاش پایدار و سرمایه بهبود تأثیر می‌گذارند، این افراد را قادر می‌سازد درآمد کسب کنند و

^۱ advocacy

^۲ کنوانسیون واحد سال ۱۹۶۱ درباره مواد مخدر، ماده ۳۸: تدابیری که علیه سوء مصرف مواد مخدر وضع شده است: ۱. طرف‌ها باید توجه ویژه‌ای معطوف اتخاذ کلیه تدابیر عملی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد و شناسایی به موقع، درمان، آموزش، مراقبت‌های پس از درمان، بازتوانی و بازگرداندن اشخاص بیمار به جامعه بکنند و باید تلاش‌های خود را برای دستیابی به این اهداف هماهنگ سازند. ۲. طرف‌ها باید تاجایی که ممکن است به پیشبرد آموزش پرسنل دست‌اندر کار درمان، مراقبت‌های پس از درمان، بازتوانی و بازگرداندن معتادان به جامعه، همت گمارند. ۳. طرف‌ها باید کلیه تدابیر عملی را برای کمک به اشخاصی به خرج دهند که کارشان نیازمند کسب اطلاع از مشکلات سوء مصرف مواد و پیشگیری آن است و در صورتی که این ریسک وجود داشته باشد که سوء مصرف مواد در جامعه گسترش یابد، باید به پیشبرد این درک میان عامه مردم کمک کنند.

زمینه آسیب‌پذیری و نیاز به پرداختن به فعالیت‌های غیرقانونی را کاهش می‌دهد. در کل، این اقدامات موجب می‌شود که فضاها به سمت محیط‌هایی تغییر یابد که برای تقویت سلامت و بازگشت مجدد فرد به جامعه مناسب‌تر باشند.

مدیریت بهبود پایدار- که یک روش جدید است- همین روش را می‌پذیرد. این روش توجه برابری معطوف مسائل زیر می‌کند:

- تقویت توانایی بیمار برای بهره‌گیری از منابع گذشته و حالش، و
- متحول کردن شرایط محیط وسیع زندگی او

مدیریت بهبود پایدار از صرف شناسایی عوامل خطرآفرین عود اعتیاد فراتر می‌رود. این روش در عوض، با روی هم ریختن کلیه هشت قلمرو سرمایه بهبود (برای مثال، سلامت جسمی / روانی، مسکن، اشتغال، و حمایت خانواده) از اشتیاق بیمار برای تلاش در جهت دستیابی به یک "زندگی سالم، ثمربخش و هدفمند" به منظور درمان وابستگی به مواد مخدر و در فرایند پیوستار بهبود، حمایت می‌کند. این رویکرد همچنین این امر را مد نظر خود قرار می‌دهد که فراهم نکردن محیطی که به طور جدی از بهبود حمایت کند، شانس‌های بازتوانی و بازگشت بیمار به جامعه را در خطر قرار می‌دهد.

تصویر شماره ۱ پیوست ۱ نسخه‌ای تعدیل شده از چارچوب تأمین معاش پایدار ارائه می‌دهد. این تصویر وابستگی متقابل و ذاتی میان برپا کردن سرمایه بهبود و زمینه آسیب‌پذیری اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر را به نمایش می‌گذارد. این تصویر همچنین نشان می‌دهد که چگونه محیط خارجی- که از جمله شامل خط‌مشی‌ها، قوانین، نهادها، ساختارها و فرایندها می‌شود- می‌تواند بر تعامل و ازاین رو، نتایج، تأثیر بگذارد.

با فرض اینکه وابستگی به مواد مخدر اغلب به همراه خود به طور همزمان با مشکلاتی در زمینه سلامت و نیز مشکلات روانی- اجتماعی روبه‌روست، چیزی کم‌تر از یک رویکرد گسترده، منظم و علم‌محور، که برای درمان بسیاری از دیگر بیماری‌های مزمن به کار گرفته می‌شود، برای درمان و بازتوانی اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر، مورد نیاز نیست. روش موفق تازه‌ای که از این برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر به دست آمده است (که در مطالعات موردی فصل ۴ تشریح شدند) و گزیده‌های مناسبی که در این راهنما از آنها ذکر شدند، ارزش به کار گرفتن یک رویکرد درمانی با پیوستار یکپارچه و وسیع نظیر مدیریت بهبود پایدار را به نمایش می‌گذارد.

برای بالا بردن آگاهی جامعه در کلیه سطوح آن درباره این روش نویدبخش، دو چیز لازم است: کارزار حمایتی از حقوق بیماران و امدادسانی گسترده.

گروه‌های هدف در سطوح شخصی و اجتماعی شامل موارد زیر می‌شود: خانواده‌ها، محله / جامعه محلی، متخصصان درمان، ارائه‌دهندگان خدمات مربوطه، متخصصان سلامت، ضابطین قانون / نظام حقوقی، آموزش‌دهندگان، کارفرمایان، رسانه‌های محلی، گروه‌های خودیاری / همتایان، گروه‌های مذهبی، رهبران رسمی / غیررسمی جامعه و اهداکنندگان کمک‌های مالی در جامعه.

در سطوح نهادی و ملی دورتر، گروه‌های هدف می‌توانند گروه‌های زیر باشند: دولت‌های محلی، دولت‌های منطقه‌ای، ایالتی و ملی، سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های کمک‌کننده، رسانه‌های ملی و کمپانی‌های بیمه سلامت.

گروه‌های هدف در سطوح شخصی و اجتماعی (جامعه محلی)

خانواده‌ها

یک روش مدیریت بهبود پایدار، طرح‌های بهبودی را که توسط بیمار و خانواده او تهیه شده‌اند، به محور فرایند بازتوانی و بازگرداندن فرد به دامان جامعه تبدیل می‌کند. از آنجایی که خانواده‌های اشخاص در حال بهبود معمولاً نقشی بسیار مهم در فرایند بازتوانی شخص ایفا می‌کنند، لازم است که آنها را در ایجاد یک محیط حمایت‌گر برای بهبود اعضای خانواده‌شان شرکت دهیم. اما لازم است انتظارات غیرواقع‌بینانه "شفای" سریع و آسان پس از درمان را با رویکرد واقع‌نگرانه‌تری جایگزین کنیم.

نقش‌های محوری خانواده و جامعه در سفر به سوی سلامت

این واقعیت که اغلب افراد آلکالی‌لیک در معرض درمان قرار گرفتند و الکل را کنار گذاشتند، به معنای آن نبود که فرایند شفای آنها کامل بود. سال‌ها لطامت و آسیب‌های روی هم جمع شده به سادگی در نتیجه یک تجربه درمانی ناپدید نمی‌شوند. آنچه باقی می‌ماند، سفری به درازی عمر در مسیر سلامت است که کار بیش از حد دشواری است، زیرا نیازمند آن است که مسافر باورها و ارزش‌ها و عادات تازه فکر کردن، احساس کردن و عمل کردن و رابطه با دیگران داشتن را بیاموزد... مردمان آلکالی‌لیک به یادگیرندگان مشتاقی تبدیل شدند که برای تقویت ظرفیت خود برای انجام این سفر، در آموزش‌های بسیار متفاوتی شرکت جستند.

استراتژی دیگری که در آلکالی‌لیک جدید به بخشی از زندگی تبدیل شد، محفل‌های شفادهنده، جلسات الکلی‌های ناشناس و دیگر انواع گروه‌های حمایتی بود. این جلسات به میزان زیادی به بازسازی پیوندهای عشق، اعتماد و پذیرش میان مردم کمک کردند. به تدریج و با آغاز درک بی‌خطر بودن انجام چنین کاری، افراد به بحث درباره برخی از لطامت عمیق‌تری کردند که متحمل شده بودند و با الکل آنها را قابل تحمل می‌ساختند.

<http://www.4worlds.org/4w/ssr/Partiv.htm> برگرفته از حکایت جامعه آلکالی‌لیک، کانادا در نشانی

تفاهم، همدلی و تعهد نسبت به سلامت و بهبود از سوی اعضای خانواده و کل جامعه، از ایجاد سرمایه بهبود حمایت می‌کند. این نقطه‌ای است که کار غلبه بر انگ و تبعیض آغاز می‌شود.

محلله / جامعه محلی

بازگرداندن مجدد اشخاصی که در فرایند بازتوانی و بازگشت مجدد به جامعه هستند، به دامان جامعه‌شان، نقش مهمی در ایجاد (بازسازی) سرمایه بهبود بازی می‌کند. این کار به جوامع کمک می‌کند بر انگ که غالباً با وابستگی به مواد مخدر همراه است، غلبه کند و محیط حمایتی وسیع‌تری برای اشخاصی که در فرایند بهبود هستند، فراهم می‌آورد. از این روست که حمایت از حقوق این افراد در محله‌ای که مستقیماً از این مسئله تأثیر می‌گیرد، از اهمیت بسیار برخوردار است.

متخصصان درمان

از آن جایی که سرمایه بهبود و مدیریت بهبود پایدار رویکردهای نسبتاً تازه‌ای به درمان وابستگی به مواد مخدر هستند، لازم است درباره آنها بحث و تبلیغ بیشتری در جامعه متخصصان درمان به عمل آید. گذشته از این، برای آنکه این رویکردها مقبولیت کسب کنند، لازم است که آنها نه به صورت نظام‌های درمان رقیب، بلکه برعکس، به صورت نظام‌های مکمل یکدیگر ارائه شوند.

تأمین‌کنندگان خدمات مورد نظر

تلاش برای کمک به افرادی که به درمان نیاز دارند، به تلاش جمعی کلیه نهادها و ارگان‌های ذیربط، نظیر مؤسسات کارایی، نظام گسترده سلامت و نهادهای رفاه اجتماعی نیاز دارد. مدیریت موارد بیماری‌ها می‌تواند به ایجاد پیوند میان کار متخصصان درمان در سطوح متفاوت مراقبت و درمان به شیوه‌ای هدفمند کمک کند و از این طریق، پیوستار مراقبت لازمی به وجود آورد. مدیریت موارد بیماری نیز برای بهبود همکاری با دیگر تأمین‌کنندگان خدمات درمانی اهمیت اساسی دارد. اما ایجاد و توسعه این طرزفکر و روحیه به کار نیاز دارد و در این جاست که طرفداری گسترده و یکپارچه از منافع بیماران مطرح می‌شود.

متخصصان سلامت

همان‌طور که در فصل ۲ متذکر شدیم، بخش قابل توجه از افرادی که وارد فرایند درمان وابستگی به مواد مخدر می‌شوند، رابطه‌ای مداوم با یک پزشک عمومی ندارند. با توجه به اهمیت نقش مراقبت‌های سلامتی در ایجاد

سرمایه بهبود، پزشکان عمومی جزئی اساسی از تیم بازتوانی را تشکیل می‌دهند. گذشته از این، وجود کارشناسانی برای همه انواع اختلالات هم‌زمان، بی‌نهایت مفید خواهد بود.

ضابطین قانون / نظام حقوقی

مأموران ضابط قانون و اعضای نظام حقوقی که نگرش مثبتی نسبت به اشخاص در حال درمان دارند، می‌توانند برای افراد و خانواده‌هایشان بسیار انگیزش‌دهنده باشند. آنها همچنین می‌توانند عامل مؤثر خوبی باشند و با الگو و سرمشق قرار گرفتن، ذهنیات محلات و مجامع را تغییر دهند. قطعاً زیر نشان‌دهنده اهمیت ایجاد پیوند میان ضابطین قانون و خدمات درمان جامعه‌محور است.

متحول کردن برداشت‌ها از وابستگی به مواد مخدر و بهبود از طریق تأمین تشریک مساعی میان ذینفعان

مودرا یک سازمان غیردولتی (NGO) در نورمبرگ آلمان است که در سال ۱۹۸۰ کار با اشخاص دارای وابستگی به مواد مخدر را آغاز کرد. دولت و پلیس مشکلات بسیاری برای این سازمان نورد ایجاد می‌کردند، زیرا اگر به آن دوران نگاه کنیم، کار در خیابان و ایجاد مراکز گذری به عنوان رقبای درمان پرهیز-محور تلقی می‌شدند. در آن دوران مراقبت‌های پس از درمان و آموزش حرفه‌ای را دور ریختن پول می‌دانستند.

در آغاز، یورش‌های پلیس و تحقیق و تفحص‌های قضایی این مرکز را به ستوه آوردند. از این رو، مودرا کوشید با مقامات ارشد پلیس تماس بگیرد و بکوشد آنها را نسبت به مزایای کار خود متقاعد کند. مبارزه‌ای شاق آغاز شد، اما پس از ۲۵ سال، کارکنان مودرا به طور منظم مأموران جدید پلیس را در این منطقه آموزش می‌دهند و جلسات هماهنگی میان مودرا و مأموران ارشد پلیس به طور مکرر برگزار می‌شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مرکز، به مطالعه موردی آلمان در فصل ۴ مراجعه کنید.

آموزش دهندگان

معلمان و دیگر آموزش دهندگان، با توجه به نقشی که در پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر بازی می‌کنند، یکی از گروه‌های مهم حمایت از حقوق بیماران هستند که در عین حال می‌توانند مبلغ مدیریت بهبود پایدار باشند. گذشته از این، آنها می‌توانند درباره اصول سرمایه‌بهبود تبلیغ کنند و درک نیازها، آسیب‌پذیری‌ها و نقاط قوت اشخاص مبتلا به وابستگی به مواد مخدر را که در فرایند بازتوانی و بازگشت به جامعه به سر می‌برند، درک کنند.

کارفرمایان

ورود (مجدد) به نیروی کار و تأمین امرار معاش خود می‌تواند یکی از بخش‌های بسیار مهم فرایند بازگشت به جامعه باشد که به تثبیت بازتوانی و افزایش اعتماد به نفس در بیماران کمک می‌کند. از این روست که برای خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر و بهبود، اهمیت دارد که کارفرمایان و صاحبان کسب و کار در جامعه را به شرکای امر تبدیل کنند.

رسانه‌های محلی

روزنامه‌ها، فرستنده‌های رادیویی و تلویزیون محلی می‌توانند شدیداً بر افکار عمومی تأثیر بگذارند و آنها را در جهت حمایت از اشخاصی که با وابستگی به مواد مخدر مبارزه می‌کنند، قرار دهند. اگر آنها حکایات و گزارش‌هایی از موفقیت در بهبود پخش کنند و فقط به پخش جرائم مرتبط با مواد مخدر اکتفا نکنند، می‌توانند نقش مهمی در فعالیت‌های طرفداری از بازتوانی و بازگشت به جامعه معتادان بازی کنند. می‌توان به کارکنان خدمات درمان و بازتوانی، آموزش مهارت‌های رسانه‌ای را ارائه داد تا آنها بتوانند مستقیماً در نمایش‌های تلویزیونی و برنامه‌های رادیویی به حمایت از حقوق معتادان پردازند.

گروه‌های خودیاری / همتایان

این امر اهمیت دارد که گروه‌های گوناگون خودیاری و همتایان را هر جا میسر باشد، در فرآیند بهبود شرکت دهیم.

ملاحظات جنسیتی در ارزش حمایت حمایت همتایان از زنان دچار وابستگی به مواد مخدر

به طور میانگین، زنانی که خدمات مربی بهبود دریافت کردند، بیش از آنهایی که این خدمات را دریافت نکردند، پس از ترخیص از برنامه درمان اقامتی در درمان‌های سرپایی شرکت کردند. نتایج بیانگر آنند که از برنامه مربی بهبود می‌توان به عنوان مکمل خدمات موجود استفاده کرد و زنان را به درمان متعهد نگهداشت.

نتایج مقدماتی این برنامه نشان می‌دهد که مربیان بهبود در کمک به زنان برای دستیابی به منابع ضروری در جامعه با موفقیت روبه‌رو بوده‌اند. یک ارزیابی ۲۹ ماهه از ۱۶۶ زن (یعنی داده‌های کامل در مورد ۱۶۶ از ۱۸۶ زن) نشان داده است که:

- پنجاه و هفت درصد از زنان وضعیت اشتغال خود را نسبت به نقطه شروع پیگیری و تکمیل درمان (۵٪ در طول زمان با کاهش اشتغال روبه‌رو شدند) بهتر کردند. در آغاز، ۱۵٪ مشغول به کار بودند، در پیگیری و تکمیل درمان، ۵۷٪ دست کم به صورت پاره‌وقت به استخدام درآمده بودند. ۲۸٪ دیگر به دنبال کار بودند، ۱۳٪ به دنبال کار نبودند و ۲٪ داوطلبانه کار می‌کردند.

- شصت و چهار درصد از زنان پس از ترک درمان اقامتی یا به هنگامی که خدمات درمان سرپایی دریافت می‌کردند، وضعیت امرار معاش خود را بهتر کرده‌اند (۱۰٪ با کاهش کیفیت وضعیت مسکن خود مواجه بوده‌اند). بسیاری از یک نوانخانه یا مسکن موقت به آپارتمان‌های مستقل منتقل شدند.
 - بیست و چهار درصد از زنان در فرایند ثبت نام در مدرسه (برای مثال دریافت کمک‌های مالی یا پرکردن درخواست) بوده‌اند یا فعالانه در دوره‌های توسعه آموزش عمومی (GED) یا دانشگاه ثبت نام کرده بودند.
 - زنان همچنین به طیف گسترده‌ای از خدمات و منابع در جامعه مرتبط شده بودند، شامل کلینیک سلامت واجد شرایط فدرال (۳۰٪)، کوپن‌های غذا (۳۱٪) و منابع دارویی (۲۶٪). به طور میانگین، زنان به ۱,۷۵ منبع دیگر در جامعه مرتبط شده بودند (علاوه بر کار، مسکن یا آموزش) که از صفر تا ۱۱ منبع متغیر بوده است.
- منبع: نقل از گزارش برنامه مربی بهبود (کمپانی‌های فایه‌ته، پتوریا، ایلی‌نویز، ایالات متحده آمریکا) که در آن ارزش حمایت همتایان برای زنان دارای وابستگی به مواد مخدر

گروه‌های خودیاری و مبتنی بر همتایان از تجربه گسترده‌ای در کلیه عرصه‌های درمان برخوردارند و ممکن است به پیشبرد مفهوم سرمایه بهبود از دیدگاه خود کمک کنند. یک رویکرد نویدبخش جدید، استفاده از خدمات حمایتی اینترنتی همتایان است.

گروه‌های مذهبی

در بسیاری از بخش‌های جهان، گروه‌های مذهبی از جمله نخستین سازمان‌هایی بوده‌اند که به ارائه کمک به اشخاص دارای مشکلات وابستگی به مواد مخدر که علائق مذهبی نیز داشته‌اند، کمک کرده‌اند. در برخی کشورها، این گروه‌ها تنها نیروهایی هستند که چنین خدماتی ارائه می‌کنند. آنها می‌توانند با قرار دادن این امکان در مقابل چشمان بیماران که معنای عمیق‌تری در زندگی خود بیابند، به میزان قابل ملاحظه‌ای فرایند بازتوانی را حمایت و تقویت کنند. گذشته از این، آنها می‌توانند به اشخاصی که در فرایند بهبود به سر می‌برند، کمک کنند به نظام‌های اجتماعی حمایت‌گر بپیوندند.

رهبران اجتماعی رسمی / غیررسمی

شرکت دادن رهبران اجتماعی رسمی و غیررسمی در کار بازتوانی و بازگرداندن بیماران به دامان جامعه، می‌تواند درهای بسیاری را به روی شفا و بهزیستی آنها بگشاید. از این روست که تأثیر رهبران غیررسمی در

نیازهای ویژه باید جدی گرفته شود. نقل قول زیر تأثیر شفافبخشی را که رهبران جامعه می‌توانند بر پیشبرد و حمایت از بازتوانی و بازگشت بیماران به جامعه داشته باشند، نشان می‌دهد.

قدرت متحول‌کننده رهبران جامعه

جامعه قبیله‌ای شوسوپ در آلكالی لیک را الکلیسم به ستوه آورده است. در سال ۱۹۷۲، دو عضو قبیله محلی، فیلیس و اندی، قول دادند که دیگر الکل ننوشند. حکایت زیر شرایطی را که پیش از در پیش گرفتن حرکت بهبودی‌بخش وجود داشت، تشریح می‌کند:

یک روز، آبوی هفت‌ساله به دلیل مشروب‌خواری افراطی والدینش، فیلیس و اندی، از رفتن به خانه امتناع کرد. فیلیس تصمیم گرفت دیگر مشروب نخورد. چهار روز بعد، اندی نیز به او پیوست. اکنون این دو تن که تنها اعضای قبیله‌شان بودند که مشروب نمی‌خوردند، تصمیم گرفتند که با وابستگی به الکل مقابله کنند.

سرانجام، اندی به ریاست قبیله انتخاب شد. او جلسات الکلی‌های ناشناس را تشکیل داد، قاچاق‌کنندگان مشروبات الکلی را دستگیر کرد و با مستی‌مأموران دولت مقابله کرد و مداخله‌هایی برای کشاندن اعضای جامعه به فرایند درمان انجام داد. سنن قبیله‌ای برای کلیه کسانی که در جامعه بودند، احیا شد. طیف گسترده‌ای از نظام‌های حمایتی، از جمله برنامه‌های آموزشی و توسعه شغلی، تدوین شدند و در اختیار کلیه کسانی که در فرایند بهبود به سر می‌بردند، قرار گرفتند.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به مطالعه موردی آلكالی در کانادا در فصل ۴ مراجعه کنید.

کمک‌کنندگان

از آنجایی که وابستگی به مواد مخدر را همچنان به صورت گسترده‌ای یکی از نقاط ضعف شخصیتی و نه یک بیماری مزمن می‌دانند، همواره کسب کمک‌های مالی از کمک‌کنندگان محلی کار ساده‌ای نیست. با وجود این، مهم است که فعالیت‌های طرفداری از حقوق این بیماران، کمک‌کنندگان بالقوه جامعه را نیز، هر قدر ممکن است در آغاز بی‌میل به نظر رسند، هدف توجه خود قرار دهد.

گروه‌های هدف در سطح نهادی و ملی

دولت‌های محلی

دولت‌های محلی توجه خود را بر حل و فصل مشکلات محلی متمرکز می‌کنند. به منظور جلب حمایت آنها در پیشبرد و تقویت منافع سرمایه‌بهبود، مفید است که آنها را از اثربخشی مدیریت بهبود پایدار آگاه سازیم. هر جا

میسر باشد، می‌توان حکایات موفقیت این رویکرد را از نمونه‌های محلی استخراج کرد و به عنوان دلیل زنده و گویای تأثیر مدیریت بهبود پایدار ارائه کرد. حمایت دولت‌های محلی برای پیاده‌سازی نظام‌های جامعه‌محور بازتوانی و بازگرداندن بیماران به جامعه اهمیت بسیار دارد.

دولت‌های منطقه‌ای، ایالتی و ملی

دولت‌های ایالتی و ملی، در صورتی که به مزایای روش مدیریت بهبود پایدار متقاعد شوند،

همان ارگان‌هایی هستند که هم تأمین بودجه پروژه‌های مدیریت بهبود پایدار و هم تعیین چارچوب قانونی آن به آنها مربوط است. در نتیجه، آنها از جمله مهم‌ترین گروه‌های هدف برای پیشبرد منافع و حمایت از بیماران اعتیاد هستند. نمایندگان دولت مناسب‌ترین اشخاص برای دفاع از حقوق بیماران اعتیادند، زیرا آنها می‌توانند شکاف میان ابتکارات منطقه‌ای و خط‌مشی دولت را پر کنند. احزاب سیاسی بالقوه حامیان ارزشمندی برای اطلاع‌رسانی گسترده در مورد ارزش ایجاد سرمایه بهبود در یک محیط مدیریت بهبود پایدار هستند. جزوه سرمایه‌گذاری در درمان سوءمصرف مواد مخدر: مقاله‌ای برای بحث برای سیاست‌گذاران، که توسط یو.ان.او.دی.سی. تهیه شده است، به طور ویژه برای این گروه هدف تدوین شد.

سازمان‌های بین‌المللی

سازمان‌های بین‌المللی اغلب در طرفداری از منافع اشخاص محروم و آسیب‌پذیر نقش پیشگام دارند. اختیارات آنها، وضعیت خبرساز آنها و فعالیت جهانی، آنها را به عناصری عالی برای گسترش اطلاعات در سطح جهان و به بسیاری از سطوح ذینفعان تبدیل می‌کند: از محلات تا دولت‌های منطقه‌ای، ایالتی و ملی. مطالب حمایتی که توسط سازمان‌های بین‌المللی تهیه می‌شود، نظیر دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی را می‌توان به گونه‌ای به کار گرفت که به حمایت از استراتژی‌های محلی یا منطقه‌ای طرفداری از حقوق معتادان کمک کنند.

سازمان‌های کمک‌کننده

سازمان‌های کمک‌کننده کشوری و بین‌المللی نیز نظیر کمک‌کنندگان محلی، اغلب با مشکلات وابستگی به مواد به عنوان مشکلاتی که بیش از همه سزاوار توجهند، برخورد نمی‌کنند. اما هنگامی که بودجه دولت محدود است، سازمان‌های وام‌دهنده می‌توانند منبع جایگزین خوبی برای تأمین مالی این اقدامات و تأمین مالی مشترک

باشند. از این رو، به پیشبرد حمایت از منافع معتادان در این حوزه نیاز مبرم وجود دارد و این نکته اهمیت دارد که پیوند میان درمان وابستگی به مواد مخدر و بازگرداندن بیمار به جامعه و کاهش جرم و فقر مورد تأکید قرار گیرد. همچنین ممکن است این مسئله نیز خاطرنشان شود که رویکرد مدیریت بهبود پایدار ممکن است به پیشبرد دیگر اهدافی که یک بنیاد خاص بر آن تأکید دارد، کمک کند. از این رو اهمیت بسیار دارد که پیشنهادها متناسبی برای هر یک از بنیادها تدوین کنیم.

رسانه‌های ملی

سیاستمداران و دیگر تصمیم‌گیران به دقت رسانه‌ها را زیر نظر دارند. بنابراین، همان‌طور که رسانه‌های محلی می‌توانند به تغییر نگرش نسبت به وابستگی به مواد کمک کنند، به همین ترتیب، رسانه‌های ملی و برخی رسانه‌های بین‌المللی می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر تغییر دادن افکار عمومی داشته باشند. بنابراین، فکر خوبی است که با دیگر بازیگران حوزه درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی تشریک مساعی کنیم تا روابط خوبی با رسانه‌ها ایجاد و حفظ کنیم و هر زمان و هر جا که میسر باشد، در کارزارهای حمایتی مبتنی بر رسانه‌ها شرکت جوییم یا اطلاعات دقیق در اختیار روزنامه‌نگاران قرار دهیم.

شرکت‌های بیمه سلامت و تأمین اجتماعی

حتی در حالتی که بیمه‌های سلامت و تأمین اجتماعی به صورت گسترده‌ای موجود و کم‌هزینه باشند، خدمات آنها همیشه انواع مختلف درمان وابستگی به مواد مخدر را تحت پوشش قرار نمی‌دهد، فراهم کردن مزایای لازم برای ایجاد سرمایه بهبود در محیطی مناسب برای امرار معاش پایدار که جای خود را دارد. از این رو، فکر خوبی است که داده‌هایی را که نشان می‌دهند چگونه بازتوانی و بازگشت بیماران به دامان جامعه می‌تواند به نوبه خود به کاهش درمان‌های سرپایی مکرر و نهایتاً صرفه‌جویی در هزینه منجر شود، در اختیار آنها قرار دهیم. همچنین ارزشش را دارد که بررسی بیشتری در مزایای تدوین طرح‌های تأمین اجتماعی جامعه‌محور و اینکه چگونه می‌توان آنها را با رویکرد مدیریت بهبود پایدار به هم مرتبط ساخت، به عمل آوریم.

روش‌های طرفداری از مبتلایان به اعتیاد

تعاملات رو در رو

یکی از شیوه‌های باصرفه و کارآمد در میان گذاشتن و تشریح مفهوم سرمایه بهبود و روش‌های تأمین معاش پایدار از طریق روش مدیریت بهبود پایدار، گفتگو با دیگرانی همچون همکاران، تصمیم‌گیران و متقاضیان، در جریان جلسات غیررسمی، کنفرانس‌ها، ارائه‌ها یا دیگر مناسب‌هاست.

مطالعات موردی و حکایات

مطالعات موردی و حکایات، روش‌های خوبی برای جلب توجهند و ابزار عمده‌ای در مفاهیم انتقال دانش به شمار می‌روند. مطالعات موردی می‌توانند زمینه را برای پخش اصول سرمایه بهبود، تأمین معاش پایدار و مدیریت بهبود پایدار آماده کنند.

مطالعات موردی و حکایات به ویژه برای کلیه انواع رسانه‌ها مناسبند. آنها به جلب توجه سیاستمداران و تصمیم‌گیران کمک می‌کنند و گاه می‌تواند به سهولتی بیشتر از مفاهیم نظری، افکار عمومی را تغییر دهند. فکر خوبی است که تأکید بیشتری بر اطلاع‌رسانی در مورد جنبه‌های مثبت و حکایات مربوط به موفقیت بهبود قرار دهیم. ("چهره‌ها و آثار بهبود" نمونه‌ای عالی از این روش به شمار می‌رود).

محصولات مارک‌دار

بسیاری از برنامه‌های آموزش حرفه‌ای، درمان‌های شغلی و کارگاه‌های حمایت‌شده، محصولاتی عالی به عموم مردم عرضه می‌کنند. هنگامی که این مارک‌ها با کیفیت بالا و کار زیبا توأم شوند، در ایجاد تصویری مثبت در ذهن عامه درباره مزایای بازتوانی و بازگشت بیماران به جامعه نقش بسیار مؤثری بازی می‌کنند.

از وابستگی به مواد مخدر تا خودکفایی از طریق تولید و خلاقیت

بنیاد تحقیقات بالینی تی‌تی رانگاناتان در چنای هند، یک برنامه آموزش حرفه‌ای را اداره می‌کند. کارگاه این پروژه کیف‌های زیبایی می‌سازد که سنتاً به عنوان هدایای عروسی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این محصول بسیار پرطرفدار است، به صورتی که تجاس اکنون مارک معروفی شده است.

موفقیت این محصول به تأمین بودجه این نهاد کمک می‌کند. گذشته از این، به تغییر افکار عمومی درباره اشخاصی که با مشکلات وابستگی به مواد مخدر روبه‌رو هستند و نیز خانواده‌هایشان یاری می‌رساند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این پروژه به مطالعه موردی هند در فصل ۴ مراجعه کنید.

درج مقاله در مجلات پرخواننده

مجلات پرخواننده نیز می‌توانند یکی از شیوه‌های متعدد استفاده از رسانه‌های چاپی برای پشتیبانی از حقوق معتادان باشد، زیرا آنها به دست خوانندگانی می‌رسند که معمولاً اطلاعی از مسائل وابستگی به مواد مخدر و نتایج مثبت حاصل از مدیریت بهبود پایدار ندارند. برای مثال، مقالات و مطالعات موردی که بر اساس روایت داستان‌های موفقیت در درمان، درک از وابستگی به مواد مخدر و مزایای درمان و بهبود را با دیگران در میان می‌گذارند، می‌توانند برای انتشار در اختیار این نشریات قرار بگیرند. همچنین شرح و تبلیغ یک مرکز و داستان‌های موفقیت آن به گونه‌ای که دیگران بتوانند خود را با آن مرتبط بدانند، می‌تواند افکار عمومی را به سمت توجه به مسائل وابستگی به مواد مخدر سوق دهد.

بروشورها و پوسترها

بروشورها و پوسترها به عنوان ابزارهای حمایت از مسائل معتادان هنگامی با موفقیت روبه‌رو می‌شوند که مقداری توجه و علاقه‌مندی به موضوع وجود داشته باشد. تهیه بروشورها نسبتاً پرهزینه است و هنگامی بهترین کارآیی را دارد که به طور مشخص برای رویدادها و سخنرانی‌های مورد نظر تهیه شده باشند. پوستره‌های خوش طرح و جلب توجه‌کننده می‌توانند از جذابیت بصری گسترده‌ای برخوردار باشند.

کنفرانس‌ها/ جلسات تخصصی و مقالات مندرج در مجلات حرفه‌ای

مدیریت بهبود پایدار موضوعی است که همچنان برای پزشکان دست‌اندرکار در جامعه درمان مواد مخدر و بازتوانی تازگی دارد. سرمایه بهبود نیز مفهوم نسبتاً تازه‌ای است. از این رو، یک مسیر عالی برای دفاع از امر معتادان میان هم‌تایان، حضور در کنفرانس‌های حرفه‌ای، جلسات و ارائه مطالب به عنوان فرصت‌هایی برای شرکت دادن همکاران در مباحثات در مورد موضوع است. مقالات منتشره در مجلات حرفه‌ای، روش‌های دیگر پیشبرد گفتگو در مورد این موضوعات هستند. گذشته از این، از آنجا که نتایج مبتنی بر شواهد علمی از اهمیت بسیار برای این جامعه برخوردارند، مهم است که به مطالعات ارزیابی پروژه‌های مدیریت بهبود پایدار اقدام کنیم و داده‌ها را به شیوه‌ای که سلايق موشکافانه را راضی کند، ارائه دهیم.

برنامه‌های آموزشی

می‌توان برنامه‌های آموزشی، که فرصت‌ها و مشکلات مرتبط با مدیریت بهبود پایدار را مورد توجه قرار می‌دهند، در اختیار گروه‌های هدف گوناگون در کلیه سطوح قرارداد: برای مثال، والدین، متخصصان سلامت، ارگان‌های ضابط قانون، کلیه انواع کارشناسان ارائه خدمات و درمان مواد مخدر، آموزش دهندگان و گروه‌های هم‌تایان.

وبسایت‌ها

ایجاد وبسایت‌های جدید درباره سرمایه بهبود و مدیریت بهبود پایدار یا مرتبط کردن آنها به وبسایت‌های موجود، یکی از شیوه‌های اثربخش حمایت از امر معتادان است.

منابع اطلاعاتی

منابع زیر تنها معدودی از نمونه اسنادی هستند که به سهولت از طریق وب می‌توان به آنها دسترسی یافت. موتورهای جستجو به پیدا کردن انتشارات بیشتری در مورد رویکردهای ویژه کمک می‌کنند.

• دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد به انتشار طیف وسیعی از اسناد دست زده است که به جنبه‌های گوناگون بازتوانی و بازگشت به جامعه می‌پردازند. یک مثال خوب در این زمینه، جعبه‌ابزار درمان وابستگی به مواد مخدر است که به صورت سی‌دی نیز در اختیار قرار می‌گیرد. در سال ۲۰۰۳، یوان.او.دی.سی. به عنوان بخشی از این سری انتشارات، جزوه سرمایه‌گذاری در درمان سوءمصرف مواد: مقاله‌ای برای بحث برای سیاست‌گذاران را منتشر کرد. این جزوه از نظر اهداف حمایت از منافع بیماران اعتیاد از اعتبار ویژه‌ای برخوردار است. برای کسب اطلاعات بیشتر به نشانی زیر مراجعه کنید:

http://www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html

• سازمان بهداشت جهانی (WHO)

سازمان بهداشت جهانی از کلیه کشورها در زمینه حمایت از و ظرفیت‌سازی برای پیشگیری و مدیریت اختلالات سوءمصرف مواد در کلیه گروه‌های آسیب‌پذیر، پشتیبانی می‌کند. این سازمان به دنبال یک رویکرد

یکپارچه به کلیه مشکلات ناشی از مصرف مواد در چارچوب نظام مراقبت‌های درمانی، به ویژه مراقبت‌های عمومی است. همچنین به نشانی زیر مراجعه کنید:

http://www.who.int/substance_abuse/en/

• مجموعه انتشارات اعتیاد HBO

این مجموعه که با حمایت بنیاد رابرت وود جانسون تهیه شده است، کارشناسان آمریکای شمالی را در زمینه درمان وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی گردهم جمع می‌کند تا اطلاعات لازم در مورد این بیماری و مداخلات ممکن در مورد آن را در اختیار عامه مردم قرار دهد. برای اطلاعات بیشتر به نشانی زیر مراجعه کنید:

<http://www.hbo.com/addiction/>

• معیشت پایدار

"اتصال معیشت‌ها"، که خود را به عنوان پلت فرمی جهت یادگیری برای ایجاد معیشت پایدار به منظور از بین بردن فقر معرفی می‌کند، اطلاعاتی در مورد مفهوم معیشت پایدار به طور کلی ارائه می‌دهد، و شامل یک بسته کاربردی است:

<http://www.livelihoods.org/newuser.html>

<http://www.livelihoods.org/index.html>

به منظور دسترسی به مفهوم معیشت پایدار، روش‌ها و ابزارها به نشانی زیر مراجعه کنید:

http://www.livelihoods.org/info/info_guidancesheets.html#1

• چهره و صدای بهبودیافتگان

صفحه اصلی "چهره و صدای بهبودیافتگان" شامل بسیاری از داستان‌های موفقیت در مورد توانبخشی و بازگشت مجدد افراد وابسته به مواد مخدر، و سایر اطلاعات مفید است. رجوع شود به:

<http://www.facesandvoicesofrecovery.org/main/index.php>

فصل ۶: مدیریت بهبود پایدار: مستندسازی، پایش و ارزشیابی^۱

"با توجه به منابع کمیابی که برای درمان وجود دارد، دوباره کاری و ناکارآمدی در ارائه خدمات را نمی‌توان تحمل کرد".
سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۰

تأمین نتایج مثبت، درازمدت و پایدار برای افرادی که از مشکلات مربوط به وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند، یک چالش بزرگ برای ارائه‌دهندگان خدمات درمان و وابستگی به مواد مخدر و بازتوانی است. همیشه برنامه‌های مبتنی بر شواهد علمی، یافته‌های حاصل از تحقیقات و اطلاع از روش‌های موفق در اختیار ارائه‌دهندگان خدمات قرار ندارد یا نمی‌توان آنها را به سهولت در مورد مناطق جغرافیایی متفاوت به کار برد. از این رو، لازم است از روش‌های ارزشیابی بهره گرفت که ضامن آنند که روش‌ها و خدمات موفق بازتوانی درازمدت و بازگشت به جامعه افراد دارای وابستگی به مواد مخدر را تأمین می‌کنند.

این فصل توجه خود را بر اجزاء مورد نیازی متمرکز می‌کند که به سازمان شما در مستندسازی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های مدیریت بهبود پایدار کمک می‌کنند. همان‌طور که در فصل ۱ متذکر شدیم، چنین رویکردی شامل مفاهیم نظری پایه‌ای است که از حوزه‌های بسیار متنوع گرفته شده‌اند: تأمین معاش پایدار، چارچوب بهبود، و سرمایه‌بهبود. برخی از این رویکردها جدیدند، و این در حالی است که برخی دیگر به طور عمده هنوز در عرصه درمان و وابستگی به مواد مخدر به کار نرفته‌اند. به دلیل حیطه وسیع عرصه‌هایی که خدمات مدیریت بهبود پایدار پوشش می‌دهد، ارزشیابی باید به خوبی طراحی شود تا تفسیر هدفمندی از داده‌های گردآوری شده به دست دهد.

گردآوری منظم داده، فعالیت‌های پایش و ارزشیابی دارای اهمیتند، زیرا می‌توانند اطلاعات بسیار مهمی در زمینه‌های زیر در اختیار ما قرار دهند:

- اینکه چگونه مداخله‌ها و برنامه‌ها را مفهوم‌سازی و طراحی کنیم،
- چگونه اطلاعات مهمی درباره مشکلات اجرای برنامه‌ها یا انحراف از طرح اصلی به دست آوریم،

^۱ برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارزشیابی خدمات به جلد D بسته آموزشی یوان اودی سی / تری‌نت و مجموعه کتاب‌های کار ارزشیابی سازمان بهداشت جهانی / دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد / مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد اروپا (EMCDDA) مراجعه کنید.

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

^۲ نقل قول از "ارزشیابی برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد" تری‌نت

- چگونه به پایش این امر پردازیم که برنامه تا چه حد از یک مدل مبتنی بر شواهد علمی تبعیت می کند،
- چگونه تصمیمات مناسب اخذ کنیم (برای مثال، برنامه ای اثربخشی خود را نشان داده است، ممکن است در عین حال در دیگر مراکز نیز به اجرا درآید)،
- چگونه کارزارهای حمایتی برپا کنیم،
- چگونه استدلالات اقناع کننده ای برای تأمین نیازهای مالی تدوین کنیم تا ادغام مداخلات رایج و جدید برای ایجاد یک چارچوب درمان پیوسته تسهیل شود،
- به اشخاصی که دچار وابستگی به مواد مخدر هستند و خانواده هایشان اطمینان خاطر دهیم که حمایت های کافی برای آغاز و ادامه بهبود در جوامع خودشان دریافت خواهند داشت، و
- چگونه اطمینان یابیم که منابع ما هدر نمی روند.

یک رویکرد گام به گام

به هنگام تصمیم گیری درباره انجام ارزشیابی از برنامه، لازم است گام های زیر مد نظر^۱ قرار گیرند:

گام ۱: تشکیل یک گروه ارزشیابی

ارزشیابی باید افرادی که را که از برنامه تأثیر می گیرند، در کار شرکت دهد. این امر اهمیت دارد که یک تیم ارزشیابی چندتخصصی تشکیل دهیم (برای مثال، مدیران، درمانگران، محققان، نمایندگان جامعه محلی، کارفرمایان بالقوه و کسب و کارهای محلی) و آنها را با افرادی که از برنامه تأثیر می گیرند، نظیر بیماران، اعضای خانواده آنها و رهبران جامعه در کنار هم قرار دهیم. تیم ارزشیابی به اعضای متفاوتی نیاز دارد تا بتواند از استعدادها و تجربیات منحصربه فرد آنها در کار گروهی استفاده کند. همچنین مشارکت نزدیک و گروهی در فازهای برنامه ریزی و اجرای فرایندهای مستندسازی و ارزشیابی می تواند به میزان قابل توجهی به دستیابی به نتایج مطلوب کمک کند.

^۱ مقایسه کنید با سری کتاب های کار ارزشیابی

گام ۲: توصیف مشروح برنامه مورد بحث

هنگامی که از همان آغاز، توصیف مشروح و بیانیه روشنی از اهداف درازمدت و کوتاهمدت (به شرح زیر)، منابع و محصولات ارائه شود، احتمال موفقیت آمیز بودن ارزشیابی بیشتر خواهد بود. هرچند برای نشان دادن اجزاء مورد نیاز برای ارزشیابی، از یک برنامه شغلی استفاده شد، از یک رویه مشابه می توان برای هر برنامه در هر قلمرو دیگری از قلمروهای سرمایه بهبود، که در تصویر ۳، فصل ۱ تشریح شده اند، استفاده کرد. در واقع، همیشه توصیه شده است که یک ارزیابی جامع از کلیه هشت قلمرو سرمایه بهبود به عمل آید.

گام ۳: ارزیابی منابع موجود برای انجام ارزشیابی

سیاهه ای از منابع لازم از جمله شامل موارد زیر می شود:

- دارایی های مالی و مادی موجود و/ یا بالقوه
- منابع انسانی و توان کارشناسی موجود، و
- در اختیار داشتن زمان و تخصیص آن

مثال زیر، گام های مورد نیاز برای ارزشیابی یک برنامه را به طور خلاصه بیان می کند. در این مورد، تأکید بر ایجاد تأمین معاش پایدار از طریق توسعه مهارت های شغلی است.

مثال: یک مرکز درمانی تصمیم دارد به عنوان برنامه (شغلی) تأمین معاش پایدارش یک واحد تولید پوشاک و پارچه تأسیس کند. اجزاء این برنامه عبارتند از:

منابع برنامه:

- تجهیزات صنعتی: چرخ خیاطی (۵ عدد)، ماشین برودری دوزی (۲ عدد)، ماشین بافندگی (۲ عدد)
- ساختمان: برای جای دادن ماشین آلات
- کارکنان: ۱۰ نفر
- بودجه سالانه: ۱۰۰,۰۰۰ دلار

اهداف برنامه:

- (ذکر تعداد بیماران در فرایند بهبود) که به آنها در کسب مهارت های شغلی در جنبه های گوناگون طراحی، تولید و فروش پوشاک و پارچه آموزش داده و کمک شده است،
- تأمین اشتغال کوتاه مدت برای (ذکر تعداد) اشخاصی که در فرایند بهبود از وابستگی به مواد مخدر قرار دارند،
- (ذکر تعداد) شرکت کنندگانی که به آنها در تأسیس واحدهای صنعتی کوچک مختص به خود (یا پیدا کردن کار) پس از تکمیل برنامه آموزشی کمک شده است.

- مهارت‌های اصلی لازم برای مصاحبه شغلی که به (ذکر تعداد بیماران) آموخته شده است، و
- ابزارهای ارزشیابی که در مراحل گوناگون برنامه مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

نتایج کوتاه مدت برنامه:

- کاهش فعالیت‌های غیرقانونی میان (ذکر تعداد بیماران)،
- بهبود قابلیت‌های کاریابی (ذکر تعداد بیماران)، و
- بهبود کلی سلامت و کیفیت زندگی (ذکر تعداد بیماران).

گام ۴: شناسایی و اولویت‌گذاری حوزه‌های ارزشیابی

پس از توصیف مشروح برنامه، تیم ارزشیابی بر سر جنبه‌هایی از برنامه که مورد ارزشیابی قرار خواهند گرفت، و علت آن، تصمیم می‌گیرد. با استفاده از مثال مذکور، گروه مورد بحث ممکن است تنها به مطالعه و بررسی اثرات یا مزایای ناشی از تأسیس واحد صنعتی پوشاک و پارچه به عنوان تأمین معاش پایدار در میان بیماران علاقه‌مند باشد. از این رو، آنها ممکن است بیشتر به انجام یک ارزشیابی نتایج کار علاقه‌مند باشند تا ارزشیابی هزینه یا ارزشیابی اقتصادی، که اطلاعات بیشتری در اختیار مرکز قرار خواهد داد، اما در عین حال به رویه گردآوری داده متفاوتی نیاز خواهد داشت.

مطلوب آن است که ارزشیابی یک برنامه پیش از آن که برنامه عملاً شروع شده باشد، آغاز شود. ارزشیابی‌ها نقش مهمی در برنامه‌ریزی و طراحی برنامه‌ها یا مداخله‌های جدید بازی می‌کنند. همچنین می‌توان انواع دیگر ارزشیابی‌ها را نیز به شرح زیر در رابطه با برنامه‌های موجود انجام داد.

۱. **ارزشیابی ارزیابی نیازها** باید نخستین گام در طراحی برنامه به شمار رود. مطلوب آن است که این ارزشیابی پیش از آن که پروژه برنامه‌ریزی شود، انجام گیرد. ارزیابی نیازها می‌کوشد نیازهای جامعه مصرف‌کننده مواد را مشخص و به اولویت‌بندی خدمات ضروری کمک کند. (به کتاب کار شماره ۳، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰ مراجعه کنید).

۲. **هدف ارزشیابی هزینه**، مشخص کردن منابع مورد استفاده در درمان است. برای مثال، اینکه هزینه درمان چقدر است و چه روش‌های دیگری، در صورت وجود، نتایج مشابه به دست می‌دهند؟ چگونه تغییر در هزینه‌ها به سطوح فعالیت مرتبط می‌شوند؟ (به کتاب کار ۵ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰، مراجعه کنید).

۳. **ارزشیابی رضایت مشتری** به گردآوری اطلاعات بر اساس بازخور به دست آمده از متقاضیان در رابطه با خدمات و فعالیت‌های پروژه اقدام می‌کند. برای مثال، آیا برنامه درمانی نیازها و انتظارات بیماران و متقاضیان را برآورده کرده است؟ (به کتاب کار ۶ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰، مراجعه کنید).

۴. **ارزشیابی اقتصادی** می‌تواند گزینه‌هایی را که بهترین ارزش را در ازای صرف منابع فراهم می‌کنند، مشخص کند. این ارزشیابی‌ها به سیاست‌گذاران کمک می‌کند درباره توزیع منابع میان برنامه‌های مختلف تصمیم بگیرند. این کار مستلزم مقایسه هزینه‌ها و نتایج برنامه‌های مختلف یا مداخله‌های مختلف است. برای مثال، آیا باید در درمان الف سرمایه‌گذاری کرد یا درمان ب؟ (به کتاب کار ۸ سازمان بهداشت جهانی مراجعه کنید).

این فصل به تشریح دو نوع ارزشیابی می‌پردازد که ممکن است در مورد برنامه‌های موجود انجام گیرد: ارزشیابی‌های فرایند و نتایج.

ارزشیابی فرآیند درصدد تعیین این امر است که آیا برنامه درمانی طبق آنچه برنامه‌ریزی شده است، انجام می‌گیرد یا نه و اگر نه، هر گونه انحراف از آن را مستند کند و درباره آن بررسی به عمل آورد. تأکید ارزشیابی فرایند بر میزان بیماران تحت پوشش قرار دارد. به عنوان مثال، آیا برنامه با بیماران مورد نظر ارتباط برقرار کرده است؟ تأکید فرایند در رابطه با عملیات برنامه، بر شیوه‌ای است که برنامه ارائه می‌شود. برای مثال، آیا برنامه طبق آنچه مورد نظر بود، اجرا شده است و آیا به شیوه‌ای یکپارچه به پیش می‌رود؟

ارزشیابی نتایج به سنجش این امر می‌پردازد که بیماران و اوضاع و احوال آنها در پی شرکت در برنامه‌های درمان و/یا بازتوانی چه تغییری کرده است و اینکه آیا این تجربه در ایجاد این تغییر نقش داشته است یا نه (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

گام ۵: تدوین پرسش‌های ارزشیابی

ارزشیابی با برداشتن گام‌های کوچک و طرح مداوم پرسش درباره میزان مناسبت و اثرات مداخله و برنامه مفروض آغاز می‌شود. طرح پرسش‌های دقیق در آغاز فرایند ارزشیابی به متمرکز کردن تأکید آن کمک می‌کند. از برخی از پرسش‌های زیر در ارزشیابی پوشاک و پارچه استفاده شد و در اینجا به عنوان مثال ذکر می‌شوند:

پرسش‌های مربوط به ویژگی‌های بیماران:

- از میان بیمارانی که برنامه درمانی اولیه را گذرانده‌اند، چه نسبتی در برنامه تأمین معاش پایدار (یعنی پوشاک و پارچه) شرکت می‌جویند؟
- ویژگی‌های بیمارانی که در برنامه تأمین معاش پایدار شرکت می‌کنند، چیست (یعنی مشخصات اجتماعی، جمعیتی، سلامتی و وابستگی به مواد مخدر)؟
- آیا ویژگی‌های بیمارانی که در برنامه تأمین معاش پایدار شرکت می‌کنند با بیمارانی که در آغاز وارد برنامه درمانی شده بودند، مشابه است؟
- آیا از هنگام ایجاد برنامه تأمین معاش پایدار، نرخ پذیرش برای درمان افزایش یافته است؟

پرسش‌های مربوط به فرایندهای برنامه:

- نرخ باقی ماندن بیماران در برنامه تا انتهای آن چقدر است؟
- آیا کلیه جلسات آموزشی طبق برنامه برگزار شدند (تعداد و محتویات)؟
- آیا برنامه با بیماران هدف خود پیوند برقرار کرده است (برای مثال، جنس، سن، مواد مخدر اصلی مورد استفاده، وضعیت اجتماعی-اقتصادی)؟
- آیا انحرافات قابل توجهی از برنامه اولیه مشاهده شده است؟

پرسش‌های مربوط به نتایج برنامه:

- در طول شرکت در برنامه تأمین معاش پایدار و پس از آن، چه نوع تغییراتی (برای مثال، در رابطه با مصرف مواد، سلامت جسمی و روانی، کیفیت زندگی، روابط خانوادگی و اجتماعی) در بیماران روی می‌دهد؟
- چه نسبتی از بیمارانی که سال گذشته آموزش حرفه‌ای را گذراندند:
 - در برنامه شغلی به طور کامل استخدام شدند؟
 - در خارج از مرکز برنامه استخدام شدند؟
 - با کمک‌های ارائه شده برنامه‌های شغلی خود را برپا کردند؟
- چه نسبتی از بیماران پس از ۶ ماه، ۱۲ ماه و ۲۴ ماه پس از ترخیص از درمان مجدداً به اعتیاد روی آورده‌اند و به برنامه تأمین معاش پایدار وارد شده‌اند؟

گام ۶: طراحی برنامه

نوعاً دو طرح برای ارزشیابی وجود دارد - طرح کنترل تصادفی و ارزشیابی‌های برنامه با پوشش کامل، که از سری‌های زمانی و روش‌های مقایسه قبل - و بعد استفاده می‌کند. اجرای طرح کنترل تصادفی منابع بسیار بیشتری مصرف می‌کند و پیچیده‌تر است و ممکن است گنجاندن آن در برنامه معمول یک مرکز درمانی، که منابع و وقت محدودی در اختیار دارد، دشوار باشد.

ارزشیابی نوع پوشش کامل، با استفاده از سری‌های زمانی و طرح‌های قبل - بعد را می‌توان به صورت واقع‌بینانه‌تری در برنامه معمول هر مرکز درمان گنجانند. این طرح‌ها این امکان را فراهم می‌آورند که بیماران، پیش، در جریان و پس از آنکه در برنامه قرار گرفتند، در قلمروهای نتیجه‌ای یکسان و نقاط جمع‌آوری داده یکسانی در ارتباط با تکمیل و ادامه درمان، ارزیابی شوند. بیمارانی که در هر یک از پروژه‌های تأمین معاش پایدار (برای مثال، فعالیت‌های شغلی) شرکت می‌کنند، در شروع برنامه و در فواصل از پیش تعیین‌شده در جریان اجرای برنامه، با ملاک‌های متعدد سنجیده می‌شوند.

کارکنان سازمان‌های جامعه‌محور و برنامه‌های مدیریت بهبود پایدار که هیچ‌گونه تجربه‌ای در ارزشیابی برنامه ندارند یا در این زمینه تجربه ناچیزی دارند، نسبتاً به سادگی می‌توانند از دو روش زیر استفاده کنند:

۱. روش گردآوری داده به روش سری‌های زمانی. این روش از نقاط ثابت گردآوری داده

در تمامی دوران اجرای برنامه استفاده می‌کند. برای مثال، در فواصل سه‌ماهه‌ای که با آغاز برنامه شروع می‌شود و پس از ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماه پیگیری می‌شود. تفاوت در نتایج میان فواصل اندازه‌گیری، به عنوان شاخص‌هایی از تأثیرات برنامه در طول زمان به کار گرفته می‌شوند.

۲. یک طرح ساده مقایسه‌ای قبل و بعد. این روش، تأثیر برنامه را بر قلمروهای گوناگون نتایج

حاصله برای بیماران، پیش و پس از تکمیل برنامه، مقایسه می‌کند. از بیمارانی که در هر یک از برنامه‌های تأمین معاش پایدار (برای مثال، فعالیت‌های شغلی یا حرفه‌ای) شرکت می‌جویند، خواسته می‌شود که اطلاعات مربوط به ملاک‌های گردآوری داده مربوطه را به هنگام ورود به برنامه و در فواصل از پیش تعیین شده در جریان اجرای برنامه و پس از اتمام آن، ارائه دهند یا در فرم‌ها وارد کنند.

گام ۷: انتخاب ملاک‌ها یا ابزارها

هدف برنامه‌های تأمین معاش پایدار را کمک به بیماران برای توسعه حمایت‌های مورد نیاز جهت دستیابی به بهبود پایدار در جامعه تشکیل می‌دهد. فعالیت‌های ارزشیابی برنامه‌ها ممکن است توجه خود را بر پایش اجرا و سنجش میزان سهم برنامه در حمایت از بهبود در جامعه متمرکز کنند.

می‌توان با بررسی سوابق منظم موجود، استفاده از پرسشنامه‌ها و ابزارهای استاندارد، برگزار کردن بحث گروه‌های کانونی یا مصاحبه‌ها یا هر ترکیبی از این روش‌ها به گردآوری داده پرداخت. برای آشنایی با ابزارهای گردآوری داده به پیوست ۲ مراجعه کنید.

برای مثال، داده‌های مبنا را می‌توان با استفاده از فرم میزان مصرف، که به طور اختصاصی برای این منظور طراحی شده است، یا دیگر ابزارهای برگزیده، نظیر شاخص شدت اعتیاد (ASI- نسخه ۲,۹ تریت نت یا نسخه ۵,۰ که به زبان‌های مختلف تهیه شده است)، از بیمارانی که وارد فرایند درمان می‌شوند، گردآوری کرد. پیوست ۲ نگاهی اجمالی به ابزارهای پیشنهادی انداخته است. مطلوب آن است که از ابزارهای جاافتاده‌ای که از روایی و پایایی بالایی برخوردار باشند، استفاده شود.

ملاک‌های فرآیند به این منظور مورد استفاده قرار می‌گیرند که میزان تبعیت برنامه از یک طرح تفصیلی را ارزیابی کنند، برای مثال، تعداد جلسات و ماهیت فعالیت‌های انجام شده، و اینکه آیا برنامه عملاً در مورد جمعیت هدف تعیین شده، به اجرا درآمده است یا نه. ملاک‌های فرایند شامل شاخص‌ها یا متغیرهایی در مورد داده‌های جمعیتی بیماران (برای مثال، سن، جنس، ماده مخدر مصرفی اصلی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، وضعیت سلامت)، ماهیت و تعداد جلسات، اینکه آیا بیماران عملاً در این جلسات شرکت کردند یا نه، و تعداد محصولاتی که در یک برنامه تولید شده است (برای مثال، تعداد تی‌شرت‌های تولید شده) می‌شود. ملاک‌های فرایند ممکن است شامل ابزارهایی بشود برای ارزیابی میزان تبعیت برنامه از مدل مورد نظر. برای مثال، هنگامی که یک مدل جدید مبتنی بر شواهد علمی به اجرا درمی‌آید.

ملاک‌های برنامه ممکن است شامل روش‌های کیفی و کمی زیر بشود:

۱. مشاهدات کارکنان آموزش دیده در مورد جلسات معین و/یا تصادفی،

۲. نوار مکالمات یا نوار فیلم جلسات معین و/یا تصادفی،

۳. مرور سوابق برنامه،
 ۴. فهرست حضور و غیاب شرکت کنندگان و پایش جداول یا اسناد،
 ۵. داده‌های جمعیتی از بیماران و اعضای خانواده‌شان،
 ۶. پرسشنامه‌های رضایت بیماران، و
 ۷. گروه‌های کانونی و مصاحبه با بیماران، اعضای خانواده‌هایشان (برای مثال، برنامه را چگونه می‌توانید بهتر کنید؟)، روان‌درمانگران و دیگر مطلعین اصلی در مورد فرایندهای برنامه.
- از ملاک‌های مربوط به حاصل کار برای ارزیابی سودمندی برنامه استفاده می‌شود. برای مثال، میزان کمک برنامه به بیمار برای اینکه روند بهبود خود را پس از درمان همچنان حفظ کند و دیگر نتایج برنامه، نظیر سلامت جسمی و روانی، کیفیت زندگی، وضعیت اقتصادی، توسعه مهارت‌ها و تعداد بیمارانی که کار پیدا کردند. این ملاک‌ها را می‌توان از میان پنج عرصه موضوعی گسترده، به شرح زیر، انتخاب کرد:
۱. میزان تداوم خویشنداری بیماران از مصرف مواد مخدر یا کاهش وابستگی به مواد،
 ۲. بهبود کارکرد شخصی یا اجتماعی بیمار،
 ۳. بهبود سلامت روانی و جسمی،
 ۴. کاهش رفتارهای پرخطر که می‌توانند بر سلامتی اثر سوء بگذارند، و
 ۵. بهبود کلی در افزایش دسترسی به دارایی‌های مورد نیاز برای تأمین معاش و سرمایه بهبود.
- پیوست ۲ فهرستی از ابزارهای پیشنهادی برای سنجش نتایج یا حاصل کار برنامه در این عرصه‌ها ارائه می‌دهد. از مدل سرمایه بهبود، شامل هشت قلمرو، و چارچوب تأمین معاش پایدار (تصویر ۱، پیوست ۱) می‌توان به عنوان ابزارهای راهنما و ارزیابی استفاده کرد.

نکاتی درباره اهمیت انجام تحلیل ویژه جنسیت

با در نظر داشتن این امر که زنان اغلب یک گروه آسیب‌پذیر هستند، انجام یک تحلیل جنسیتی برای بر ملا کردن تفاوت‌های جنسیتی در کلیه قلمروهای سرمایه‌بهدود، اهمیت پیدا می‌کند. از این رو، گردآوری و ارزیابی داده‌های ویژه جنسیت، که اطلاعات مفیدی در زمینه‌های زیر در اختیار ما قرار دهند، مفید خواهد بود:

- نیازها و آسیب‌پذیری‌های ویژه زنان و اینکه چگونه نقاط قوت ذاتی آنها به آنها در غلبه بر وابستگی به مواد مخدر کمک می‌کند،
- موانع (اجتماعی، شخصی و ساختاری) بر سر راه دسترسی زنان به منابع ارزشمند و کنترل آنها و از این طریق، بالا بردن دارایی‌های سرمایه‌بهدود و بهترین استفاده از خدمات درمانی،
- دارایی‌ها و فعالیت‌های مربوط به تأمین معاش که بیش از همه به‌بهدود آنها را تسهیل می‌کنند و به آنها در کسب (مجدد) احساس بهبود، امنیت مالی و بازگشت به دامان جامعه کمک می‌کنند، و
- روابط و شبکه‌های اجتماعی که می‌توانند به‌بهدود زنان را مانع شوند و/یا تسهیل کنند.

مطالعات و درس‌های موردی چشم‌انداز جامع‌تری از خدمات درمان و وابستگی به مواد متناسب با جنسیت برای زنان و نیز نیازهای آنها فراهم می‌آورد. به جعبه ابزار درمان سوءمصرف مواد مخدر دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در مورد درمان سوءمصرف مواد و مراقبت از زنان مراجعه کنید که در نشانی زیر قابل تهیه است:

http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf

گام ۸: مدیریت داده‌ها

مدیریت داده یکی از اجزاء بسیار مهم فرایند ارزشیابی به شمار می‌رود. از این رو، لازم است یکی از کارکنان یا یک گروه مدیریت داده متشکل از دو نفر یا بیشتر باید مسئولیت هماهنگ کردن فعالیت‌های مدیریت داده این مرکز را بر عهده گیرد. وظایف مدیریت داده معمولاً شامل موارد زیر است:

- پایش فرایند گردآوری داده (توزیع فرم‌ها و پرسشنامه‌ها، نظارت بر تاریخ‌ها و رویه‌ها)،
- اعمال قوانین محلی حفاظت از داده‌ها، روش‌های موفق و ملاحظات اخلاقی مورد نیاز برای مطالعات ارزشیابی و مطالعات پژوهشی،
- تضمین محرمانه ماندن و امنیت کلیه داده‌های گردآوری شده. (توصیه شده است که رضایت‌نامه امضا شده‌ای با توضیحات کافی از کلیه شرکت‌کنندگان - بیماران و اعضای خانواده‌شان - اخذ شود که به کمک آن این اطمینان خاطر پدید می‌آید که آنها هدف از ارزشیابی، روش‌های گردآوری داده (نظیر ابزارها، نقاط گردآوری داده، منافع و ریسک‌های بالقوه شرکت در فرایند ارزشیابی، تضمین محرمانه

ماندن داده‌های جمع‌آوری شده و از جمله حق آنها برای کنار کشیدن از مطالعات ارزشیابی در هر زمانی که مایل باشند) را می‌دانند.

- ذخیره کردن و بازیابی مناسب کلیه داده‌های گردآوری شده. و
- انتقال اطلاعات (داده‌ها) به یک بانک اطلاعاتی مرکزی

گام ۹: تحلیل و تفسیر داده‌ها

تحلیل داده‌ها لزوماً متضمن استفاده از رویه‌های آماری پیچیده نیست. با وجود این، همیشه توصیه شده است از یک کارشناس آمار یا اشخاص فنی دیگر کمک گرفته شود. بخشی از طرح برپایی تیم ارزشیابی ممکن است برقراری تشریک مساعی با دانشگاه‌ها و انستیتوهای تحقیقاتی باشد که می‌توانند بار نگهداری بانک اطلاعاتی و تحلیل آماری با پیچیدگی‌های متفاوت را سبک کنند.

بحث و تفسیر دقیق داده‌ها، درک بهتری از میزان موفقیت یا محدودیت‌های برنامه را میسر می‌سازد، برای مثال:

- آیا برنامه به اهدافش رسیده است؟
- اگر نه، چرا؟ آیا می‌شد آن را به شکل متفاوتی انجام داد، از جمله اهداف غیرواقع‌بینانه آن را بازتعریف کرد؟
- چالش‌هایی که برنامه با آنها دست به گریبان بودند، کدامند؟
- چه عواملی به چالش‌ها و مشکلات متفاوت کمک می‌کردند و چگونه می‌توان در آینده بر این مشکلات غلبه کرد؟
- دیگر اثرات برنامه چه هستند؟

گام ۱۰: استفاده از نتایج و درس‌آموخته‌ها

هنگامی که نتایج به دست آمدند و تفسیر شدند، گام بعدی آن است که از آنها استفاده کنیم. هرچند مهم است که بازخور به دست آمده در مورد نتایج ارزشیابی را با کلیه ذینفعان در میان گذاریم و درس‌هایی درباره این‌که چگونه می‌توان برنامه را بهتر کرد، به اجرا گذاریم، در عین حال بسیار اهمیت دارد که برای آنکه مستقیماً بیماران را منتفع سازیم، از این نتایج برای عرضه کردن برنامه به بازار استفاده کنیم. نتایجی که ممکن است به دلایل مختلف برای افراد مختلف مفید باشند، به شرح زیرند:

الف. مدیران برنامه:

ارزشیابی برنامه برای اغلب مدیران از اهمیت بسیار برخوردار است تا به این وسیله اطمینان حاصل کنند که منابع انسانی، نظیر تلاش‌های انسانی، وقت، فعالیت‌ها و دیگر منابع مادی نظیر پول، به هدر نمی‌روند، بلکه به کارآمدترین و اثربخش‌ترین شکل تخصیص می‌یابند. نتایج ارزشیابی همچنین می‌تواند شواهد لازم برای متقاعد کردن سیاست‌گزاران و مؤسسات وام‌دهنده را به وجود نیاز به چنین برنامه‌ها و مراکز درمانی، فراهم آورند.

ب. کارکنان برنامه

کارکنان می‌توانند به انحاء مختلف از این ارزشیابی منتفع شوند، نظیر حصول اطمینان از اینکه تلاش‌ها و خدماتشان گزارش می‌شود، امری که به نوبه خود، به آنها در ادامه دادن آموزششان، بهبود خدماتشان و ارائه مراقبت‌های دائماً باکیفیت‌تر به بیماران کمک کند.

پ. بیماران و خانواده‌هایشان

بیماران بهره‌مندان نهایی از نتایج ارزشیابی هستند. یک ارزشیابی اثربخش از برنامه، حاصل درمان و (در صورتی که قابل کاربرد باشد، رضایت بیماران از خدمات دریافتی را بازتاب می‌دهد. اگر برنامه‌ریزان، ارائه‌دهندگان خدمات و دیگر کارکنان، توصیه‌های به دست آمده از ارزشیابی را به کار بندند، کیفیت مراقبت‌های درمانی بیماران مستقیماً بهتر خواهد شد. نتایج ارزشیابی همچنین می‌تواند مشوق مصرف‌کنندگان مواد مخدر و خانواده‌هایشان می‌شود تا به مدت کافی در فرایند درمان باقی بمانند تا به اثربخشی دست یابند و بدانند که مراقبت‌ها و حمایت‌های کافی از آنها به عمل خواهد آمد تا بهبود آنها را به حداکثر برساند.

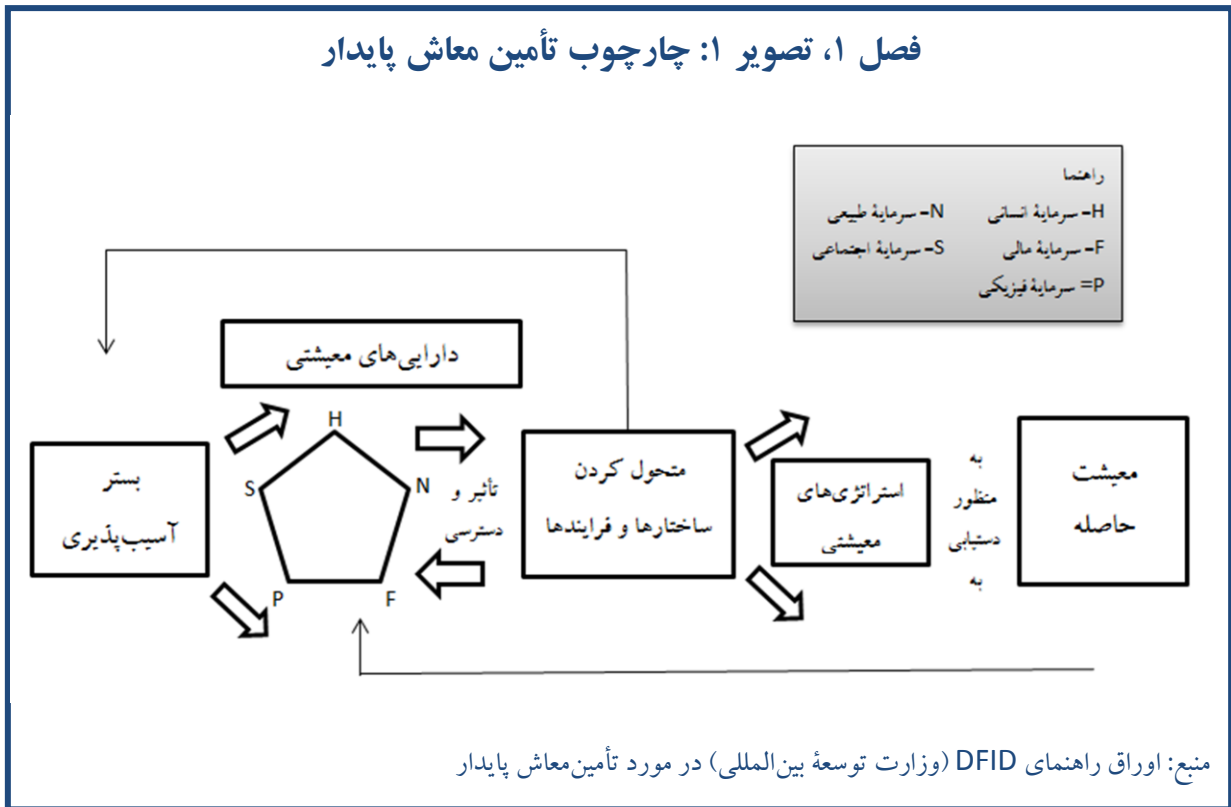
ت. کارفرمایان بالقوه، کسب و کارها و رهبران جامعه

برنامه‌های موفق می‌توانند کسب و کارها و کارفرمایان محلی را قانع کنند با استخدام بیمارانی که برنامه را با موفقیت می‌گذرانند، برای افرادی که در فرایند بهبود به سر می‌برند، فرصت‌های حرفه‌ای فراهم کنند. برنامه می‌تواند با کسب و کارهای محلی گوناگون تشریک مساعی کند تا افراد را آموزش دهند و بودجه لازم برای تأمین پایداری درمان فراهم آورند.

نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌ها

مدیریت بهبود پایدار یک رویکرد جدید است. لازم است برنامه‌ها و مداخله‌هایی که اثرات مثبت قابل توجهی را به نمایش می‌گذارند، آزمایش کنیم. با توجه به حیطه وسیع این رویکرد- که توجه خود را هم بر فرد و هم بر محیطی که بازتوانی و فعالیت‌های بازگشت به دامان جامعه در متن آن صورت می‌گیرد- این نکته اهمیت دارد که مدل‌های ارزشیابی طرح را که بازتاب‌دهنده خصلت جامع مدیریت بهبود پایدار هستند، تقویت کنیم. مدل‌های ارزشیابی باید ارزیابی‌هایی از کلیه اجزاء اساسی خود و نیز هشت قلمرو سرمایه بهبود را شامل شوند.

مدیریت بهبود پایدار به عنوان یک رویکرد یکپارچه و پیوستاری از مراقبت (که به همکاری و مشارکت تیم‌های چندتخصصی از مؤسسات، سازمان‌ها، نهادها، ساختارها و فرایندهای گوناگون وابسته است)، نیازمند آن است که توجهی برابر معطوف تضمین ارزیابی‌های مستمر نهادی و ارزشیابی‌های مستمر مدیریت عملکرد شود. همان‌طور که چارچوب تأمین معاش پایدار تأکید می‌کند، تسهیل راه بازتوانی و بهبود اشخاص مبتلا به وابستگی به مواد مخدر، اغلب با متحول کردن و بهبود محیط نهادی که خدمات حمایت از بهبود در متن آن ارائه می‌شود، آغاز می‌گردد. مطالعات ارزشیابی می‌توانند از طریق فراهم کردن داده‌های لازم برای نشان دادن مزایای برنامه‌هایشان، به روشنی از نهادها حمایت کنند.



عوامل تعیین کننده بلوک های سازنده تأمین معاش

بستر آسیب پذیری

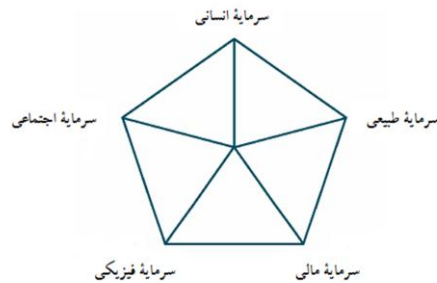
درک ماهیت آسیب پذیری، گام اصلی در تحلیل تأمین معاش پایدار و شناخت آن عوامل اصلی به شمار می رود که تأثیر مستقیم بر دارایی های اشخاص و حق انتخاب های آنان برای دنبال کردن نتایج مثبت برای تأمین معاش خود دارد. هنگامی که مردم می آموزند تأثیر مثبتی بر محیط بلاواسطه و محیط خارجی باقی گذارند، آسیب پذیری کاهش می یابد.

ساختارها و فرایندهای تحول بخش (TSP)

جزء ساختارها و فرایندهای تحول بخش (TSP) چارچوب تأمین معاش پایدار (SL) شامل نهادها، سازمانها، خط مشی ها، قوانین و فرایندهایی است که می توانند دسترسی اشخاص به سرمایه، شرایط مبادلات و بازگشت به هر نوع استراتژی تأمین معاش مفروض را تعیین کنند. این جزء همچنین شامل توانایی اشخاص به داشتن این احساس است که خود را به لحاظ اجتماعی و سیاسی در نظر گرفته شده بدانند. این جزء همچنین به درک بهتر روابط میان عرصه های شخصی و غیرشخصی کمک می کند و فرصت ها و / یا محدودیت های بالقوه در متن نظام اداره دو طرفه پیکان "اعمال نفوذ- دسترسی"، که دارایی ها و TSP را به هم پیوند می دهد، برجسته می سازد. (مراجعه کنید به تصویر ۳)

فصل ۱، تصویر ۲: پنج ضلعی دارایی تأمین معاش پایدار

این پنج ضلعی نقاط ورود مناسب را مشخص و تغییرات در انباشت و کاهش پنج بلوک سازنده اصلی تأمین معاش را دنبال می‌کند و همچنین روابط متقابل مهم میان آنها را ترسیم می‌نماید:



سرمایه انسانی بیانگر الزام اصلی دستیابی به دیگر بلوک‌های سازنده تأمین معاش است. این سرمایه شامل وضعیت سلامتی خوب، دانش، مهارت‌ها (برای مثال، تحصیلات دانشگاهی و مهارت‌های شغلی و حرفه‌ای) می‌شود که همه آنها می‌توانند شیوه ورود به بازار کار را تسهیل کنند. این مجموع همه منابع شخصی است که می‌توان از آنها برای مبارزه با فقر در شرایط بهبود و وابستگی به مواد بهره گرفت.

سرمایه اجتماعی شامل کلیه منابعی است که می‌توان از شبکه‌های اجتماعی، عضویت‌ها و روابط اعتماد و معامله به مثل به دست آورد و می‌تواند از ایجاد شبکه‌های ایمنی حمایت کند. سطوح بالای سرمایه اجتماعی به میزان قابل توجهی به سرمایه اجتماعی و نتایج مثبت تأمین معاش اضافه می‌کنند.

سرمایه طبیعی شامل منابع طبیعی است که تأمین معاش از آنها تأمین می‌شود (برای مثال، زمین، درختان، خدمات اصلی زیست‌محیطی و غذا).

سرمایه مالی و فیزیکی شامل دارایی‌های اقتصادی و مالی (برای مثال، درآمد، اموال و سرمایه‌گذاری‌ها)، زیرساخت‌های اصلی، و کالاهای تولیدی نظیر ابزارها و تجهیزات می‌شود که برای حمایت از تأمین معاش لازمند: حمل و نقل، سرپناه مطمئن، آب و بهداشت، انرژی پاک و ارزان.

مرکز پنج ضلعی دارایی، بیانگر دسترسی صفر است. حداکثر دسترسی به هر یک از بلوک‌های سازنده تأمین معاش (که در پیرامون پنج ضلعی به نمایش درآمده است) به خودی خود برای دستیابی به نتایج لازمه تأمین معاش ناکافی است، و گواهی است بر وابستگی متقابل هر یک از اجزاء پنج ضلعی دارایی.

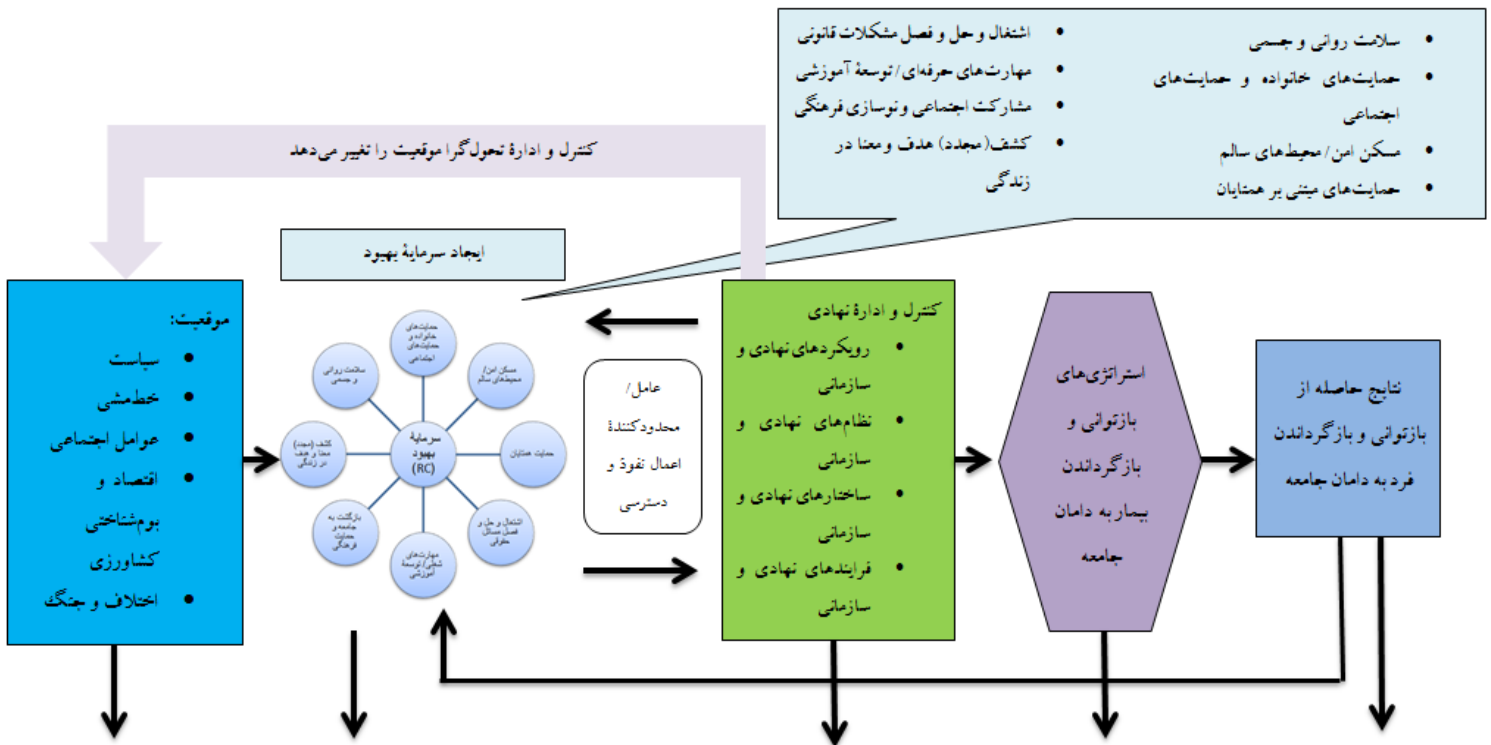
پنج ضلعی سمت چپ نشان‌دهنده نیاز به خدماتی است که بتوانند دارایی‌های اجتماعی و فیزیکی (مالی و زیرساختی) را تقویت کنند که در اینجا رو به نزول دارند.



منبع: اوراق راهنمای DFID (وزارت توسعه بین‌المللی) در مورد تأمین معاش پایدار

فصل ۳، تصویر ۴: چارچوب مدیریت بهبود پایدار (SRMF)

چارچوب SRMF هم از چارچوب تأمین معاش پایدار و هم مدل سرمایه بهبود، با هشت قلمروش، استفاده می کند تا فرصت ها و موانع موقعیتی را که تأمین معاش و توسعه سرمایه بهبود در راستای مسیر بازتوانی و بازگشت بیمار به جامعه را تسهیل می کنند یا مانع می شوند، بهتر درک و تحلیل کند. این چارچوب، به عنوان یک ابزار ارزیابی می تواند به پزشکان کمک کند طرح درمان و بازتوانی واقع بینانه ای بریزند و نیز میزان پیشرفت را بسنجند، اثربخشی را اندازه بگیرند و نتایج را ارزشیابی کنند.



تحلیل موقعیتی و خط مشی	تحلیل ۸ قلمرو سرمایه بهبود:	تحلیل کنترل و اداره نهادی	تحلیل استراتژی های بازتوانی بیماران و بازگرداندن آنها به دامان جامعه	تحلیل نتایج بازتوانی سوء مصرف مواد و بازگشت به دامان جامعه
شناخت و درک این امر که "موقعیت آسیب پذیری"، دسترسی بیماران دچار وابستگی به مواد مخدر به سرمایه بهبود را محدود می کند: هر قدر بیماران بیشتر یاد می گیرند که بر محیط های بلاواسطه و خارجی خود تأثیر بگذارند، آسیب پذیری بیشتر کاهش می یابد. در این فرایند، دور شدن از خط مشی ها و تدابیر تنبیهی که تبعیض اجتماعی را تحکیم می کند و تقویت کننده بیگانگی اجتماعی است، اهمیت درجه اول دارد.	شناسایی اجزاء مجزای منابع و دارایی های قابل دسترسی بیماران، خانوارهایشان و گروه های اجتماعی: استفاده از مدل سرمایه بهبود به عنوان یک ابزار ارزیابی، به شناسایی نقاط ورود کمک می کند و تغییرات در انباشت یا کاهش هر یک از هشت قلمرو سرمایه بهبود را دنبال می کند. ایجاد سرمایه تنها یکی از اجزاء مدیریت بهبود پایدار به شمار می آید و نمی تواند جدا از روابط اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر با خانواده هایشان و جوامعشان وجود داشته باشد. محیط های وسیع اجتماعی- اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و نهادی نقش مهمی در این زمینه ایفا می کنند و اغلب دسترسی به منابع سرمایه بهبود را محدود می سازند.	به منظور ارزیابی این امر که رویکردها، ساختارها و فرایندهای نهادی تا چه میزان دستیابی اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر به سرمایه بهبود را تسهیل می کنند یا مانع می شوند: همان طور که در پیکان های دو طرفه نمودار- دسترسی نشان داده شده است، متحول کردن ساختار کنترل و اداره نهادی، تأثیر مستقیمی هم بر موقعیت های خارجی و هم شخصی (سرمایه بهبود) دارد.	این تحلیل بر ارزیابی جامع کلیه عوامل موقعیتی و موانع بالقوه، و نیز بر به حساب آوردن نیازها و آسیب پذیری های تک تک بیماران و در همان حال، تکیه به نقاط قوت آنها مبتنی است.	پایش مداوم پیشرفت و ارزشیابی نتایج حاصله در مقایسه با اهداف و ملاک های تعیین شده توسط هر بیمار. این فرایند امکان جرح و تعدیل مداوم طرح درمان و شناخت موانع بالقوه ای که به توجه بیشتر نیاز دارند، فراهم می آورد.

پیوست ۲: ابزارهای غربالگری و ارزیابی

منابع، ابزارهای ارزیابی و لینک‌های مفید

- شاخص شدت اعتیاد (ASI) ترینت

<http://www.unodc.org/docs/treatment/asi/Treatnet%20Version%203.0%20050907.pdf>

- متمم شاخص شدت اعتیاد ترینت

<http://www.unodc.org/docs/treatment/asi/ASI%20Treatnet%20Supplement%20Version%203%20050907.pdf>

- راهنمای کنترل ترینت

<http://www.uclaisap.org/InternationalProjects/html/unodc/UN%20September%20007/Volume%20A/Module%202/Supplementary%20Materials/Treatnet%20ASI%20Checker's%20Manual.pdf>

بسته آموزشی ترینت، جلد ۲، در مورد روش‌های ارزشیابی برنامه

<http://www.uclaisap.org/InternationalProjects/html/unodc/UN%20September%20007/Volume%20D/training-package-voID.html>

- ابزار ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

این ابزار ارزیابی، ابزاری بین‌المللی و بین‌فرهنگی است. این ابزار شامل ۲۸ قلم است که قلمروهای گسترده‌ای نظیر سلامت جسمی و روانی، روابط اجتماعی و محیط زیست را دربر می‌گیرد. هدف آن سنجش ادراکات بیماران، اهداف شخصی آنها و استانداردها و علائق آنها در متن نظام‌های فرهنگی و ارزشی آنهاست.

http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf

- مجموعه کتاب‌های کار سازمان بهداشت جهانی / دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد / ارزشیابی مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد اروپا

http://www.unodc.org/docs/treatment//framework_workbook.pdf

- برنامه‌های ارزشیابی درمان مصرف مواد ترینت

به موضوع ۳: روش‌های ارزشیابی برنامه، نمونه برنامه، در پیوند زیر مراجعه کنید:

<http://www.uclaisap.org/InternationalProjects/html/unodc/UN%20September%20007/Volume%20D/training-package-voID.html>

پیوست ۳: منابع فصول و منابعی برای مطالعات بیشتر مقدمه و نگاه اجمالی

جامعه فشار خون انگلیس. (۲۰۰۱). نقل قول از

ZaeFQ Das Leitlinien-manual von AWMF und ÄZQ. Systematische Evidenz-Recherche.

همچنین به منبع زیر نیز مراجعه کنید:

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7440/634/DC1>, 9.9. 2007

فصل ۱:

تریون توافق انستیتو بتی فورد (۲۰۰۷). بهبود چیست؟ یک تعریف عملی از انستیتو بتی فورد. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۳۳، ۲۲۸-۲۲۱.

بوئل، ام جی، وایت دبلیو ال، کوریگان پی دبلیو، لاولند دی ال. مدیریت بهبود سلامت رفتاری: بیان اصول، قابل تهیه از نشانی <http://www.bhrm.org/papers/principles/BHRMprinciples.htm>, accessed 16.05.2008

بردستریت، اس (۲۰۰۴). عناصر بهبود: یادگیری بین المللی و محیط اسکاتلند. *مجموعه مقالات بحث اس ان ان: مقاله ۱*، شبکه بهبود اسکاتلند

کلاود، دبلیو و گرنفیلد، آر. (۲۰۰۱). بهبود طبیعی از وابستگی به مواد: درس هایی برای تأمین کنندگان خدمات درمانی. *مجله روش های مددکاری در اعتیاد*، ۱(۱).

کلاود، دبلیو و گرنفیلد، آر (۲۰۰۲). نگرش مسیر زندگی به اعتیاد موجود: اهمیت سرمایه بهبود در درمان. ارائه شده در جمعیت کتیل برون برای تحقیقات اجتماعی و بیماری های واگیردار، استکهلم، اکتبر.

<http://www.nad.fi/pdf/44/William%20Cloud.pdf>

دنيس، ام ال، سكات، سى كى و فونك، آر (۲۰۰۳). یک ارزشیابی تجربی از کنترل های مدیریت بهبود (آر.ام.سی.) برای افرادی که دچار اختلالات مزمن مصرف مواد هستند. *ارزشیابی و برنامه ریزی پروژه*، ۲۶(۳)، ۳۳۹-۳۵۲. وزارت توسعه بین المللی (دی اف آی دی). اوراق راهنمای تأمین معاش پایدار. نگاه اجمالی.

http://www.livelihoods.org/info/guidance_sheets_pdfs/section1.pdf,

دسترسى از ۲۰۰۸/۵/۱۶

سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد (فاو)

http://www.fao.org/sd/pe4_en.htm دسترسى از ۲۰۰۸/۶/۵

گادلی، ام دی، گادلی، اس اچ، دنيس، ام ال و دیگران (۲۰۰۲). نتایج مقدماتی از آزمایش مراقبت های مداوم و پیگیرانه از نوجوانانی که از درمان اقامتی ترخیص شده اند. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۲۳(۱)، ۳۲-۲۱.

گرنفیلد، آر، و کلاود، دبلیو (۲۰۰۱). محیط اجتماعی و بهبود طبیعی: نقش سرمایه اجتماعی در حل و فصل مشکلات مرتبط با مواد مخدر. *مصرف و سوء مصرف مواد*، ۳۶(۱۱)، ۱۵۷۰-۱۵۴۳.

یاکوبسون، ان، و گرینلی، دی (۲۰۰۱). بهبود چیست؟ یک مدل مفهومی و شرح و تفسیر آن. *خدمات روان پزشکی*، ۵۲: ۴۸۵-۴۸۲ لودت، ای بی. (۲۰۰۷). معنای بهبود از نظر شما چیست؟ درس هایی از تجربه بهبود برای تحقیقات و عمل. *مجله درمان سوء مصرف*

مک کی، جی. آر. (۲۰۰۵). آیا دلایلی برای موجه بودن مداخلات گسترده در مورد اختلالات ناشی از الکل و مصرف مواد مخدر وجود دارد؟/اعتیاد، ۱۰۰(۱۱)، ۱۶۱۰-۱۵۹۴

مک للان، ای. تی. و ویزنر، سی. (۱۹۹۶). بهره‌گیری از پتانسیل درمان سوء مصرف مواد برای سلامت عمومی: پیامدهای ارجاع بیماران، "متناسب بودن" درمان و ارزشیابی حاصل کار. در *خط‌مشی مواد مخدر و ماهیت انسان*، دلبیو، بیکل و آر. دو گرنده‌پره ویراستاران. فیلادلفیا، پی‌ای: ویلکینز و ویلکینز.

مک للان، ای. تی.، لوئیس، دی. سی.، اوبراین و دیگران. (۲۰۰۰). وابستگی به مواد مخدر، یک بیماری مزمن: پیامدهایی برای درمان، بیمه و ارزشیابی نتایج، *مجله جمعیت پزشکی آمریکا*، ۲۸۴(۱۳)، ۱۶۹۵-۱۶۸۹.

مک للان، ای. تی.، چاک ام، و بارتلت، جی. (۲۰۰۷). نتایج، عملکردها و کیفیت: چه فرقی دارد؟ *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۳۲(۴)، ۳۴۰-۳۳۱.

وایت، دلبیو. (۲۰۰۲). فرهنگ بهبود از اعتیاد: زبان‌های جمعیت‌های بهبود آمریکا. به نشانی زیر مراجعه کنید.

وایت، دلبیو (زیر چاپ) "با کمی کمک از طرف دوستانم": توسعه و بسیج منابع جامعه برای آغاز و حفظ فرایند بهبود از اعتیاد. *مجله درمان سوء مصرف مواد*.

وایت، دلبیو (۲۰۰۷) بهبود از اعتیاد: تعریف و محدوده‌های مفهومی آن. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۳۳: ۲۴۱-۲۲۹.

وایت، دلبیو (زیر چاپ) بهبود: شراب کهنه، عطر و بوی جدید یا الگوی مفهومی جدید برای سازمان‌دادن درمان؟ مصرف و سوء مصرف مواد.

وایت، دلبیو. (۲۰۰۷) یک مدل یکپارچه مراقبت‌های سلامت رفتاری بهبود گرا. فیلادلفیا: اداره سلامت رفتاری، شهر فیلادلفیا.

وایت، دلبیو، بویل، ام. و لاولند، دی. (۲۰۰۲). الکلیم/اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن: از حرف تا واقعیت بالینی. *فصلنامه درمان الکلیم*، ۲۰(۳/۴)، ۱۰۷-۱۳۰.

وایت، دلبیو و کورتس، ای. (۲۰۰۵). تنوع تجربه بهبود. شیکاگو، آی‌ال: مرکز انتقال تکنولوژی اعتیاد گریب لیکس.

وایت، دلبیو، و دیویدسون، ال. (۲۰۰۶) بهبود: پلی به سمت انسجام شخصیت؟ *درمان رفتاری*، ۲۶(۱۱)، ۲۵-۲۲.

وایت، دلبیو و کورتس، ای. (۲۰۰۶). مرتبط کردن درمان اعتیاد با جمعیت‌های دست‌اندرکار بهبود: کتاب درسی مقدماتی برای مشاوران اعتیاد و مربیان بهبود. پیتسبورگ، پی‌ای: مرکز انتقال تکنولوژی اعتیاد شمال شرقی. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۶).

منشور اوتاوا برای پیشبرد سلامت. WHO/HPR/HEP/95.1

فصل ۲:

اشلی، او. اس.، مارسدن، ام. ای. و بردی، تی. ام. (۲۰۰۳). اثربخشی برنامه‌ریزی درمان سوء مصرف مواد برای زنان: یک بررسی. *مجله سوء مصرف مواد مخدر و الکل آمریکا*، ۲۹، ۵۳-۱۹.

بلنکو، اس. (۲۰۰۱) تحقیق در مورد دادگاه‌های مواد مخدر. یک بررسی انتقادی. مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد) سی‌ای‌اس‌ای) در دانشگاه کلمبیا.

بلوم، تی. و رومان، پی. (۱۹۸۵). دگرگونی اجتماعی مداخله الکلیم: مقایسه نگرش‌های شغلی و عملکرد الکلیم‌های بهبود یافته و مشاوران الکلیم، *مجله سلامت و رفتار اجتماعی*، ۲۶(۴)، ۳۷۸-۳۶۵

بویس - رایند، کی. (۱۹۹۵). مشکل زنان با عضو خانواده‌ای مبتلا به سوء مصرف مواد: چشم‌انداز جامائیکا، *بولتن مواد مخدر*، ۴۷(۲)-۱، ۳۰-۲۳

براث‌ویت، جی. (۱۹۹۹). جرم، شرم و بازگشت به جامعه. در تئوری جرم‌شناسی: گذشته تا حال. لس آنجلس: سی‌ای. کمپانی انتشاراتی راکسبری.

برایث‌ویت، جی. (۲۰۰۱). عدالت حیات‌بخش و قانون کیفری جدید سوء مصرف مواد. *جوانان و جامعه*، ۳۳(۲)، ۲۴۸-۲۲۷. براون، اس‌ای. (۱۹۹۳). الگوهای بهبود در سوء مصرف مواد نوجوانان. در جی. اس.

بائر، جی. ای.، مارلات، و جی. مک‌ماهون (ویراستاران)، رفتار اعتیاد آمیز در طول عمر: درمان پیشگیرانه و مسائل مربوط به خط‌مشی (صفحات ۱۸۳-۱۶۱). بورلی هیلز، سی‌ای: انتشارات سیج.

براون، اس. و لوئیس، وی. (۱۹۹۹). *خانواده الکلی در جریان بهبود: یک مدل تحولی*. نیویورک و لندن: گیلفورد پرس. بولاک، کی. دی.، رید، آر. جی.، و گرنت، آی. (۱۹۹۲). کاهش ریسک مرگ و میر در الکلی‌هایی که به خودداری درازمدت از مصرف الکل روی می‌آورند. *مجله جمعیت پزشکی آمریکا*، ۲۶۷(۵)، ۶۷۲-۶۶۸.

کارتن، ای. جی. (۱۹۹۶). مادران در فرایند بهبود: بازسازی خانواده‌ها در دوران پس از اعتیاد. *مددکاری*، ۴(۲)، ۲۲۳-۲۱۴. کانتالانو، آر. اف.، هاوکینز، جی. دی.، ولز، ای. ای.، و دیگران (۱۹۹۱). ارزشیابی اثربخشی درمان سوء مصرف مواد نوجوانان، ارزیابی ریسک‌های عود اعتیاد و رویکردهای نویدبخش به پیشگیری از عود اعتیاد. *مجله بین‌المللی اعتیاد*، ۲۵(9A-10A)، ۱۱۴۰-۱۰۸۵.

مرکز درمان سوء مصرف مواد (۱۹۹۴). تی‌ای پی ۱۱: درمان الکل و دیگر مواد سوء مصرف مواد مخدر: فرصت‌هایی برای هماهنگی (پی‌اچ دی ۶۶۳).

چن، ژ. بورگداف، کی. دوول، کی. و دیگران (۲۰۰۴). عوامل مرتبط با نگهداری زنان دچار سوء مصرف مواد در درمان اقامتی درازمدت. *ارزشیابی و برنامه‌ریزی پروژه*، ۲۷، ۲۱۲-۲۰۵.

چو، ام. جی. هام، بی. جی. سوچ، تی. و دیگران (۲۰۰۲). اختلالات روانی توأمان در کره میان بیمارانی که دچار سوء مصرف الکل و وابستگی به آن هستند، *مجله علوم پزشکی کره*، ۱۷(۲)، ۲۴۱-۲۳۶.

کلاوس، آر. ای.، اوروین، آر. جی.، کیسین، دبلیو. و دیگران (۲۰۰۷). آیا درمان سوء مصرف مواد ویژه جنسیتی برای زنان به تقویت تداوم درمان کمک می‌کند؟ *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۳۲، ۳۹-۲۷.

کلاود، دبلیو. و گرنفیلد، آر. (۲۰۰۲). یک رویکرد دوره زندگی در مورد اعتیاد موجود: نقش سرمایه بهبود در درمان. ارائه شده در جامعه کتیل برون برای تحقیقات اجتماعی و اپیدمیولوژیک در مورد الکل. استکهلم، اکتبر.

<http://www.nad.fi/pdf/44/William%20Cloud.pdf>

کولتی، اس. دی.، هیوز، پی. اچ.، لاندس، اچ. جی. و دیگران (۱۹۹۲). پار ویلج. مداخله تخصصی برای زنانی که به سوء مصرف کوکائین مبتلا هستند و کودکانشان. *مجله جمعیت پزشکی فلوریدا*، ۷۹، ۷۰۵-۷۰۱.

کانت، جی. (۱۹۸۰). مقایسه پیشرفت بیماران برخوردار از مشاوره‌های حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای در یک برنامه نگهدارنده متادون. *مجله بین‌المللی اعتیاد*، ۱۵(۴)، ۵۸۹-۵۸۵.

دوآلبا، آی.، سامت، جی. اچ.، و سائیس، آر. (۲۰۰۴). بار بیماری بر دوش اشخاص دچار وابستگی به مواد مخدر و الکل و بدون برخوردار از مراقبت‌های اولیه. *مجله اعتیاد آمریکا*، ۱۳(۱)، ۴۵-۳۳.

دورلاک، جی. (۱۹۷۹). اثربخشی مقایسه‌ای یاری‌دهندگان حرفه‌ای و شبه حرفه‌ای. *بولتن روان‌شناسی*، ۸۶، ۹۲-۸۰.

ادواردز، جی. (۱۹۸۹). با گذر سال‌ها: مشکلات نوشیدن الکل در بُعد زمان. *مجله روان پزشکی انگلیس*، ۱۵۴: ۲۶-۱۸.

فالكین، جی. پی. و شتراس، اس. ام. (۲۰۰۳). حامیان اجتماعی و عوامل موجب مصرف مواد مخدر: معضل زنان در فرایند بهبود. *رفتارهای اعتیاد آمیز*، ۲۸، ۱۵۵-۱۴۱.

فلمینگ، ام. اف.، بری، کی. ال.، مانول، ال. بی. و دیگران (۱۹۹۷). توصیه‌های کوتاه پزشکان در مورد مشکلات نوشندگان الکل:

یک آزمایش تصادفی تحت کنترل در روش‌های مراقبت اولیه جامعه‌محور. *مجله جامعه پزشکی آمریکا*، ۲۷۷(۱۳)، ۱۰۴۵-۱۰۳۹.

گادلی، ام.دی.، کان، جی.اچ.، دنیس، ام.ال. و دیگران (۲۰۰۵). تثبیت و تأثیر عوامل محیطی بر مصرف مواد و مشکلات درمان سرپایی نوجوانان در مورد مصرف حشیش یا وابستگی به حشیش. *روان‌شناسی رفتارهای اعتیادآمیز*، ۱۹(۱)، ۷۰-۶۲.

گراهام، ای.وی.، گراهام، ان.آر.، سوول، ای. و دیگران (۱۹۹۷). دهکده معجزه: یک جامعه بهبود برای زنان معتاد و کودکانشان در مسکن دولتی. *مجله درمان سوءمصرف مواد*، ۱۴(۱)، ۲۸۴-۲۷۵.

گرنفیلد، آر. و کلاود، دبلیو. (۲۰۰۱). محیط اجتماعی و "بهبود طبیعی": نقش سرمایه اجتماعی در حل و فصل مشکلات مرتبط با مواد مخدر. *مصرف و سوءمصرف مواد*، ۳۶(۱۱)، ۱۵۷۰-۱۵۴۳.

گرنفیلد، اس.اف.، بروکس، ای.جی.، گوردون، اس.ام. و دیگران (۲۰۰۷). درمان سوءمصرف مواد، ورود، باقی ماندن و نتایج در زنان: مروری بر ادبیات موضوع. *وابستگی به مواد مخدر و الکل*، ۸۶، ۲۱-۱.

گرگوار، تی.کی. و سنولی، سی.ای. (۲۰۰۱). رابطه حمایت اجتماعی و خودکفایی اقتصادی با نتایج سوءمصرف مواد در برنامه بهبود دراز مدت زنان. *مجله آموزش مواد مخدر*، ۳۱(۳)، ۲۳۷-۲۲۱.

گرلا، سی.ای. و گرینول، ال. (۲۰۰۴). درمان سوءمصرف مواد برای زنان: تغییرات در محیط‌هایی که زنان در آنها درمان می‌شوند و انواع خدماتی که ارائه شده است. ۱۹۹۸-۱۹۸۷. *مجله خدمات و تحقیقات سلامت رفتاری*، ۳۱.

هتی، جی.ای.، شارپلی، سی.اف. و راجرز، اچ.جی. (۱۹۸۴). اثربخشی مقایسه‌ای یاری‌دهندگان حرفه‌ای و شبه حرفه‌ای. *بولتن روان‌شناسی*، ۹۵(۳)، ۵۴۱-۵۳۴.

هنکل، دی. دورنوش، پی. زملمن یو (۲۰۰۵). *Praediktoren der Alkoholrueckfaelligkeit bei*.

Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen fuer die Suchtrehabilitation. *Suchtrehabilitation*, 6(4), 165-175

هینگسون، آر. مانجیون، تی.، مه‌یرز، ای و دیگران (۱۹۸۲). به دنبال کمک برای حل مشکلات نوشیدن الکل: تحقیقی در منطقه کلان‌شهری بوستون. *مجله مطالعات الکل*، ۴۳(۳)، ۲۸۸-۲۷۳.

هاجیتز، دی.سی.، ال-گوبالی، ان. و ادینگتون، جی. (۱۹۹۷). در مان سوء مصرف مواد: برنامه‌های تک جنسیتی یا مختلط؟ *اعتیاد*، ۹۲، ۸۱۲-۸۰۵.

اچ‌سر، وای. پولینسکی، ام.ال.، ماگلیون، ام. و دیگران (۱۹۹۹). تطبیق نیازهای بیماران با خدمات درمان مواد مخدر. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۱۶(۴)، ۳۰۵-۲۹۹.

هیوز، پی.اچ.، کالتی، اس.دی.، نری، آر.ال. و دیگران (۱۹۹۵). حفظ زنان دچار سوء مصرف کوکائین در یک جامعه درمانی: اثرات برنامه‌ای با حضور کودکان. *مجله سلامت عمومی آمریکا*، ۸۵، ۱۱۵۲-۱۱۴۹.

هامفریز، کی. موس، آر.اچ.، و فینی، جی. دبلیو (۱۹۹۵). دو مسیر برای بیرون آمدن از مشکلات نوشیدن الکل بدون درمان تخصصی. *رفتارهای اعتیادآمیز*، ۲۰(۴)، ۴۴۱-۴۲۷.

ایزاکسون، ای.بی. (۱۹۹۱). اعتیاد شیمیایی: افراد و نظام خانواده‌ها. *مجله درمان وابستگی شیمیایی*، ۴(۱)، ۲۷-۷.

جیسون، ال.، دیویس، ام. فرراری، جی و دیگران (۲۰۰۱). آکسفورد هاوس: مرور تحقیقات و پیامدهای آنها برای بهبود سوء مصرف مواد و تحقیقات اجتماعی. *مجله آموزش مواد مخدر*، ۳۱(۱)، ۲۷-۱.

جیسون، ال.ای. اولسون، بی.دی.، فراری، جی.آر. و دیگران (۲۰۰۶). محیط‌های مسکن عمومی بهبود سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. *مجله سلامت عمومی آمریکا*، ۹۶، ۱۷۲۹-۱۷۲۷.

کاسکو تاس، ال.ای، امان، ال.ان، و وایز، سی. (۲۰۰۴). یک تحلیل طبیعی گرا که نتایج برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد دارای نظریات متفاوت را با یکدیگر مقایسه می‌کند: دیدگاه‌های مدل اجتماعی و کلینیکی، *مجله بین‌المللی خودداری و مراقبت از خود*، ۲، ۱۱۱-۱۳۳.

کسلر، آر.سی، نلسون، سی.بی، مک‌گوناگل، کی.ای و دیگران (۱۹۹۶). اپیدمیولوژی اختلالات همزمان اعتیادی و روانی: نتیجه‌گیری‌ها برای پیشگیری و بهره‌گیری از خدمات. *مجله روان‌پزشکی پرورشی آمریکا*، ۱(۶۶)، ۳۱-۱۷
کینگ، ام.پی. اند تاگر، جی.ای. (۱۹۹۸). حل طبیعی مشکلات الکل بدون درمان: بسترهای محیطی که موجب و ضامن تداوم خویشنداری باثبات نسبت به نوشیدن الکل یا نوشیدن ملایم است. *رفتارهای اعتیاد آمیز*، ۲۳(۴)، ۵۴۱-۵۳۷.
کورکل جی، سویکا ام، باتلندر ام، سپاناکل (۲۰۰۵). له و علیه: نوشیدن کنترل‌شده الکل، به عنوان روش درمان مفید و لازم. *سایکیاتری پراز*، ۳۲(۷)، ۳۲۶-۳۲۴.

کراوز، ام. و دیگران (۱۹۹۸). اختلالات توأمان ناشی از وابستگی به مواد افیونی و اختلالات روانی. *رفتارهای اعتیاد آمیز* ۲۳، ۷۸۳-۷۶۷.

لیف، پی.جی، تامپسون، کی.اس، لام، جی.ای و دیگران (۱۹۹۳). مشارکت در بهبود: خدمات متکی به سرپناه برای مصرف‌کنندگان بی‌خانمان کوکائین. نیو هیون. فصلنامه درمان الکلیسم، ۱۰(۳-۴)، ۹۰-۷۷.
لینکلن ای، لایشتوس جی.ام، چرنوف، ام. و دیگران (۲۰۰۶). غربالگری کوتاه در مورد اختلالات توأمان میان زنانی که وارد درمان سوء مصرف مواد می‌شوند. *درمان‌های سوء مصرف مواد، پیشگیری و خط‌مشی*، ۱(۲۶).
لیتون، دی. (۱۹۹۵). *اثر بخشی درمان سوء مصرف مواد تحت نظارت عدالت کیفری*. گزارش تحقیقاتی آن‌آی جی.
ماگورا، اس. (۲۰۰۳). نقش کار در درمان وابستگی به مواد: یک نگاه اجمالی. *مصرف و سوء مصرف مواد*، ۳۸(۱۳-۱۱)، ۱۸۷۶-۱۸۶۵.

ماگورا، اس. ستینز، جی.ال، بلنکرتر، ال. و دیگران (۲۰۰۴). *اثر بخشی خدمات حرفه‌ای برای مصرف‌کنندگان مواد در فرایند درمان*. *مصرف و سوء مصرف مواد*، ۳۹(۱۳ و ۱۴)، ۲۱۱۳-۲۱۶۵.
مانگروم، ال.اف، سپنس، آر.تی. و لویز، ام. (۲۰۰۶). *درمان یکپارچه در مقابل موازی اختلالات روانی توأمان مصرف مواد*. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۳۰(۱)، ۸۴-۷۹.
مارسدن، جی، گوساپ، ام. ستیوارت، د. (۲۰۰۰). *علائم روان‌پزشکی میان‌بیمارانی که در تلاش درمان وابستگی به مواد مخدر هستند*. *مجله روان‌پزشکی انگلستان*، ۱۷۴، ۲۰۹-۱۸۵.
مارش، جی. دانو، تی. سمیت، بی. "تقویت دسترسی به خدمات اجتماعی و تأمین آن برای تقویت درمان سوء مصرف مواد برای زنان بچه‌دار، اعتیاد. ۲۰۰۰، ۹۵(۸): ۴۷-۱۲۳۷.

مک‌آوینی، ام.جی، زوکر، آر.ای. فیتزجرالد، اچ.ای. و دیگران (۲۰۰۵). عوامل پیش‌بین فردی و شریک زندگی برای بهبود از اختلال در مصرف الکل طی یکدوره نه‌ساله: یافته‌های به دست آمده از جامعه نمونه از مردان متأهل. *مجله مطالعات الکل*، ۶۶(۲)، ۲۲۸-۲۲۰.

مک‌للان، ای.تی، لوپورسکی، ال. وودی، جی.ای. و دیگران (۱۹۸۳). پیش‌بینی پاسخ به درمان‌های الکل و سوء مصرف مواد مخدر. نقش شدت بیماری روانی. *آرشیوهای روان‌پزشکی عمومی*، ۴۰(۶)، ۶۲۵-۶۲۰.
مک‌للان، ای.تی، آرن، آی.او، مترگر، دی.اس. و دیگران (۱۹۹۳). اثرات خدمات روانی اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد. *مجله جامعه پزشکی آمریکا*، ۲۶۹(۱۵) ۱۹۵۹-۱۹۵۳.
مک‌للان، ای.تی، آلترمان، ای.آی. مترگر، دی.اس. و دیگران (۱۹۹۴). مشابهت عوامل پیش‌بین میان درمان‌های مواد افیونی،

کوکائین و الکل: نقش خدمات درمانی. *مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی*، ۶۲(۶)، ۱۱۵۸-۱۱۴۱.

مک‌للان، ای.تی.، گریسون، جی.آر.، زانینس، دی. و دیگران. (۱۹۹۷). "تطابق" میان مشکل - خدمات در درمان اعتیاد: مطالعه دیدگاه در ۴ برنامه. *آرشیوهای روان‌پزشکی عمومی*، ۵۴(۸)، ۷۳۵-۷۳۰.

مک‌للان، ای.تی.، هاگان، تی.ای.، لوین، ام. و دیگران (۱۹۹۸). خدمات اجتماعی تکمیلی، نتایج درمان اعتیاد عمومی را بهتر می‌کند. *اعتیاد*، ۹۳(۱۰)، ۱۴۹۹-۱۴۸۹.

مک‌للان، ای.تی.، لوئیس، دی.سی.، اوبراین، سی.پی.، و دیگران (۲۰۰۰). وابستگی به مواد مخدر، یک بیماری روانی مزمن: نتایج برای درمان، بیمه و ارزشیابی نتایج، *مجله جامعه پزشکی آمریکا*، ۲۸۴(۱۳)، ۱۶۹۵-۱۶۸۹.

میلر، دلبلیو.آر. (۱۹۸۳). مصاحبه انگیزشی با نوشندگان الکل. *روان‌درمانی رفتاری*، ۱۱، ۱۷۲-۱۴۷.

مینکوف، کی. (۱۹۸۹). یک مدل درمانی یکپارچه برای تشخیص دوگانه روان‌پریشی و اعتیاد. *بیمارستان و روان‌پزشکی جامعه*، ۴۰(۱۰)، ۱۰۳۶-۱۰۳۱.

موریسی، جی.پی.، الیس، ای.آر.، گاتس، ام. و دیگران (۲۰۰۵). نتایج حاصل از درمان زنانی که از اختلالات توأمان و ضربه روحی رنج می‌بردند: برنامه و ویژگی‌های در سطح شخص. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۲۸، ۱۳۳-۱۲۱.

موزر، کی.تی.، نوردسکی، دی.ال.، دریک، آر.ای. و دیگران (۲۰۰۳). تحقیق درباره درمان یکپارچه تشخیص دوگانه. در دی.اچ. بارلو (ویراستار)، *درمان یکپارچه اختلالات دوگانه: راهنمای روش اثربخش* (صفحات ۳۰۵-۳۰۱). نیویورک: گیلدفورد پرس.

نهمس، اس. لیبرتو، اس.، سکیندتاد، ای.اچ. و دیگران (۲۰۰۵). روش‌های نویدبخش در درمان مواد مخدر: یافته‌های اروپا. *مجله آموزش در زمینه اعتیاد*، ۴(۱)، ۸۹-۱۰۹.

اوبراین، سی. و مک‌للان، تی. (۱۹۹۶). افسانه‌هایی درباره درمان اعتیاد. *لانست*، ۳۴۷، ۲۴۰-۲۳۷.

برنامه‌های اداره دادگستری. (۱۹۹۷). دادگاه‌های مواد مخدر: اجزاء اصلی، واشینگتن، دی.سی.: برنامه‌های اداره دادگستری، دفتر برنامه دادگاه‌های مواد مخدر.

راشه-بیزل، جی، اسکات، جی، و دیکسون، ال. (۱۹۹۹). بیماری‌های روانی شدید هم‌زمان و اختلالات مصرف مواد: مروری بر تحقیقات اخیر. *خدمات روان‌پزشکی*، ۵۰(۱۱)، ۱۴۳۴-۱۴۲۷.

رگیه، دی.، فارمر، ام. رای، دی. و دیگران. (۱۹۹۹). اختلالات روانی توأمان با سوء مصرف الکل و دیگر مواد مخدر، *مجله جامعه پزشکی آمریکا*، ۲۶۴(۱۹)، ۲۵۱۸-۲۵۱۱.

رایف، اس. هورگان، سی.ام.، رایتر، جی.ای. و دیگران (۲۰۰۴). تأثیر مشاوره کار بر شرکت مصرف‌کننده مواد، در درمان و نتایج آن. *مصرف و سوء مصرف مواد*، ۳۹(۱۳&۱۴)، ۲۴۰۰-۲۳۹۱.

رایزمان، اف. (۱۹۹۰). تجدید سازمان کمک‌رسانی: الگوی نظری خدمات انسانی برای دهه ۱۹۹۰. *مجله روان‌پزشکی جامعه آمریکا*، ۱۸(۲)، ۲۳۰-۲۲۱.

رایزبرگ، آر. و فونک، آر.آر. (۲۰۰۰). ارزشیابی فایده متصوره از برگزاری یک برنامه شب‌خانواده‌ها برای نوجوانان سوء مصرف‌کننده مواد. *مجله سوء مصرف مواد از سوی کودکان و نوجوانان*، ۱۰(۱)، ۶۶-۵۱.

روم، جی. (۱۹۹۸). کار و هویت در بهبود از سوء مصرف مواد. *مجله درمان سوء مصرف مواد*، ۱۵(۱)، ۷۴-۶۵.

روزن، سی.اس.، اویمت پی.سی.، شیخ، جی.آی. و دیگران (۲۰۰۲). تاریخچه سوء استفاده جسمی و جنسی و نتایج درمان اعتیاد. *مجله مطالعات الکل*، ۶۳، ۶۸۷-۶۸۳.

سامت، جی.اچ.، فریدمان، پی. و سایتز، آر. (۲۰۰۱). مزایای مرتبط کردن مداوای اولیه و خدمات سوء مصرف مواد: بیمار، تأمین‌کننده خدمات و دیدگاه‌های جامعه‌ی. *آرشیوهای پزشکی داخلی*، ۱۶۱(۱)، ۹۱-۸۵.

سامت، جی.اچ.، لارسون، ام.جی.، هورتون، ان.جی، و دیگران(۲۰۰۳). پیوند دادن الکل و بزرگسالان دچار وابستگی به مواد مخدر به خدمات درمانی اولیه: یک آزمایش تحت کنترل تصادفی از یک مداخله سلامتی چندرشته‌ای در یک واحد سم‌زدایی. *اعتیاد*، ۹۸(۴)، ۵۱۶-۵۰۹.

ساندرس، بی.، بیلی، اس.، فیلیس، ام. و دیگران(۱۹۹۳). زنانی با مشکلات مرتبط با الکل: آیا مراجعه مجدد آنها به الکل به دلایلی متفاوت از همتهای مرد آنها صورت می‌گیرد؟ *اعتیاد*، ۸۸، ۱۴۲۲-۱۴۱۳.

زیگل، اچ.، راب، آرسی.، لی، ال. و دیگران(۱۹۹۷). نقش مدیریت کلاس در حفظ بیماران در فرایند درمان سوء مصرف مواد: یک تحلیل اکتشافی. *مجله مسائل مواد مخدر*، ۲۷(۴)، ۸۳۱-۸۲۱.

سیمونز، جی.(۲۰۰۶). تعامل میان پویایی بین فردی، موانع درمان و نیروهای اجتماعی بزرگ: یک تحقیق اکتشافی از زوج‌های مصرف کننده مواد مخدر در هارتفورد، سی تی. *درمان سوء مصرف مواد، پیشگیری و خط‌مشی*، ۱(۱۲).

سپلمن، اس.(۱۹۹۴). خانواده در تایلند و کاهش تقاضا برای مواد مخدر: مشکلات جامعه شهری در حال گذار تایلند. *بولتن مواد مخدر*، ۴۶(۱)، ۶۶-۴۵.

ستارک، ام.(۱۹۹۲). خروج از درمان سوء مصرف مواد: یک بررسی بالینی. *بررسی روان‌شناسی بالینی*، ۱۲، ۱۱۶-۹۳.

سمبریز، اس.، گولکور، ال. و ناکای، ام.(۲۰۰۴). نخست مسکن، انتخاب مصرف کننده و کاهش آسیب برای افراد بی‌خانمانی که از تشخیص دو گانه رنج می‌برند. *مجله سلامت عمومی آمریکا*، ۹۴(۴)، ۶۵۶-۶۵۱.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد(یوان اودی سی). (۲۰۰۸). مقاله‌ای برای بحث درباره اصول درمان وابستگی به مواد مخدر. نیویورک، ان‌وای: انتشارات سازمان ملل متحد.

وان درمارک، ان.آر.(۲۰۰۷). خط‌مشی بازگرداندن زنانی با سوابق سوء مصرف مواد به دامان جامعه: تحقیقی با روش‌های متعدد برای مطالعه در مورد عوامل پیش‌بین عود اعتیاد و عوامل تسهیل کننده بهبود. *درمان سوء مصرف مواد، پیشگیری و خط‌مشی*، ۲(۲۸).

واینر، سی.، مرتز، جی. پاتاساراتی، اس. و دیگران(۲۰۰۲). یکپارچه‌سازی مراقبت‌ها و درمان اولیه با درمان اعتیاد: یک آزمون تحت کنترل تصادفی. *مجله جامعه پزشکی آمریکا*، ۲۸۶(۱۴)، ۱۷۲۳-۱۷۱۵.

وایت، دبلیو.(۱۹۹۸). کشتن ازدها: تاریخ درمان اعتیاد و بهبود در آمریکا. *بلومینگتون، آی ال: چسنا هلت سیستمز*.

وایت، دبلیو.(۲۰۰۱). دانشگاه بهبود: دانشگاه به عنوان یک جامعه بهبوددهنده. *مجله کمک به دانشجویان*، ۱۳(۲)، ۲۶-۲۴.

وایت، دبلیو.(۲۰۰۴). تاریخچه و آینده خدمات پشتیبانی بهبود اعتیاد مبتنی بر کمک همتایان. تهیه شده برای پروژه هدایت مصرف کننده و خانواده اس‌ای ام‌اچ اس‌ای، جلسه سران ۲۳-۲۲ مارس ۲۰۰۴، واشینگتن، دی سی. بازتهیه در ۱۹ سپتامبر ۲۰۰۵ از نشانی

http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/peer-based_recovery.pdf

وایت، دبلیو، و نیکولاس، ام.(۲۰۰۵). سبک‌های بهبود غیر مذهبی. *مشاور*، ۶(۴)، ۶۱-۵۸.

وایت، دبلیو، و وایترز، دی.(۲۰۰۵). بهبود مبتنی بر ایمان: ریشه‌های تاریخی. *مشاور*، ۶(۵)، ۶۲-۵۸.

وایت، دبلیو، و فینچ، ای(۲۰۰۶). جنبش بهبود از الکل: تاریخچه و آینده، *مشاور*، ۷(۲)، ۵۸-۵۴.

وایت، دبلیو.(زیر چاپ) فرهنگ بهبود در آمریکا: تحولات اخیر و اهمیت آنها. *مشاور*.

ویتمن، اف.دی.(۱۹۹۳). مسکن ارزان برای افرادی که مشکلات مرتبط با الکل و دیگر مواد مخدر رنج می‌برند. مشکلات معاصر مواد مخدر، ۲۰(۳)، ۶۰۹-۵۴۱.

فصل ۳:

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۰۸). کاهش اثرات منفی سوء مصرف مواد مخدر بر سلامتی و کاهش عواقب اجتماعی آن: یک رویکرد جامع. مراجعه کنید به نشانی

<http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/reducing-the-harm-of-drugs.html>

وینکلن، ام. (۲۰۰۳). درمان امروزی برای اعتیاد: بیرون انداختن مواد مخدر. *مجله سلامت عمومی آمریکا*. ۹۳(۴)، ۶۵۱-۶۴۷.

فصل ۵:

برایت ویت، جی (۱۹۹۹). جرم، شرم و بازگشت به جامعه. در *تئوری جرم شناسی: گذشته تا حال*. لس آنجلس: سی‌ای. کمپانی انتشاراتی راکسبری.

برایت ویت، جی. (۲۰۰۱). عدالت حیات بخش و قانون کیفری جدید درباره سوء مصرف مواد. *جوان و جامعه*، ۳۳(۲)، ۲۴۸-۲۲۷.