

**دستورالعمل نحوه تاسیس، اداره و انحلال مراکز
نگهداری میان مدت کودکان و نوجوانان بی سرپرست
و بدسرپرست مبتلا به اختلال مصرف مواد**

فهرست

| صفحه | موضوع |
|------|---|
| ۳ | مقدمه |
| ۳ | ماده ۱- ضرورت ایجاد مرکز |
| ۵ | ماده ۲- تعریف مفاهیم |
| ۹ | ماده ۳- اهداف |
| ۱۰ | ماده ۴- مبانی قانونی |
| ۱۱ | ماده ۵- شرایط عمومی تأسیس مرکز |
| ۱۳ | ماده ۶- شرایط عمومی، اختصاصی و وظایف موسس مرکز |
| ۱۴ | ماده ۷- شرایط عمومی، اختصاصی و وظایف مسئول فنی مرکز |
| ۱۵ | ماده ۸- ویژگیهای کارکنان مرکز و شرح وظایف |
| ۱۸ | ماده ۹- فرایند اجراء |
| ۲۲ | ماده ۱۰- مقررات عمومی |
| ۲۴ | ماده ۱۱- نحوه نظارت و ساختار کمیته های تخصصی |
| ۲۷ | منابع فارسی |
| ۲۸ | منابع انگلیسی |
| ۳۲ | فرم های مرکز |

باسپاس از کفیه معاونین محترم امور اجتماعی، کارشناسان مسئول و کارشناسان سازمان بهزیستی بویژه جناب آقای دکتر حسین اسدیگی و سرکار خانم فرانک ایمانی و نمایندگان محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر که در تهیه این دستورالعمل همکاری داشتند.

مقدمه

در اجرای بند ۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی و آیین نامه داخلی کمیسیون ماده فوق و همچنین مواد قانونی زیر، دستورالعمل تاسیس، اداره و انحلال **مراکز نگهداری میان مدت کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مبتلا به اختلال مصرف مواد** که در جلسه شماره ۲۲ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲۹ شورای معاونین سازمان مورد تصویب قرار گرفته است به شرح ذیل ابلاغ می گردد.

ماده ۱- ضرورت ایجاد مرکز

مصرف مواد و الکل در جهان از بزرگترین مسایل اجتماعی و نگرانی‌های بشر محسوب می‌شود به طوری که تعداد افراد دارای این مشکل در جهان حدود ۲۵۰ میلیون نفر برآورد شده است. کشور ایران با جمعیت ۲۸۰۸۰۰۰۰ معنادار به عنوان یکی از کشورهای بالاترین میزان شیوع مصرف مواد افیونی در جهان و از بزرگترین کشورهای درگیر با موضوع قاچاق مواد مخدر به شمار می‌رود.

مصرف مواد مخدر در بین کودکان و نوجوانان از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا مصرف مواد در سنین پایین با در نظر گرفتن سالهای باقی مانده از عمر به دلیل تاثیرات مخربی که بر سلامت جسمی و فرایند شکل‌گیری شخصیت و هویت فردی می‌گذارد، بار ناشی از بیماری را بر فرد و جامعه افزایش می‌دهد. سالهای نوجوانی (۱۲ تا ۱۸ سال) دوره پرخطری برای شروع مصرف مواد بوده و این بحران احتمالا تا سنین جوانی (۱۸ - ۲۵ سال) به اوج خود می‌رسد. در سال‌های اخیر برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی معتادان تغییر کرده و اعتیاد بین جوانان و نوجوانان گسترش یافته که به نظر می‌رسد این تغییر تا حدی ناشی از مثبت شدن نگرش آنان به استفاده از مواد باشد. جمعیت کودکان و نوجوانان مصرف‌کننده مواد در ایران رو به افزایش ارزیابی شده که در اثر آن در سال ۱۳۹۵ از بین ۵۷۰۰۰ کودکی که بنا به دلایل اجتماعی بازمانده از تحصیل شده‌اند، ۱۷ درصد به علت اعتیاد بوده و همچنین مصرف مواد مخدر به عنوان شایع‌ترین عامل مسمومیت در بین مسمومیت‌های دوران کودکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها معرفی شده است.

موارد متعددی به عنوان خطر ساز و عوامل محافظت‌کننده در گرایش و میزان مصرف مواد و انجام رفتارهای پرخطر در کودکان و نوجوانان تاثیر دارند که از بین عوامل مهم و تاثیرگذار شناسایی شده می‌توان به عوامل محافظی از قبیل کفایت و شایستگی‌های اجتماعی، دلبستگی و پیوند عاطفی هیجانی مثبت با والدین، انگیزه تحصیل در مقاطع عالی، انسجام و پیوند با همسالان و محیط زندگی اشاره کرد و محیط خانوادگی آشفته، افت یا شکست تحصیلی، رفتارهای پرخاشگرانه، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، همسالان منحرف و بی‌خانمانی و نداشتن صلاحیت و مصرف مواد توسط والدین را به عنوان عوامل خطر ساز معرفی نمود.

در این میان توجه به وضعیت کودکان و نوجوانان فاقد شرایط خانوادگی و سرپرستی مناسب که درگیر مصرف مواد شده‌اند، از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا این قبیل کودکان برای طی نمودن مراحل درمان و بازگشت به زندگی عادی، از حمایت‌های مناسب خانواده محروم بوده و حتی ممکن است خانواده به خاطر شرایط نابسامانی که تجربه می‌کند به خودی خود عامل خطر ساز و زمینه‌ساز اصلی مشکلات آنان باشد.

چهارچوب مفهومی عمومی در امور رفاهی کودکان بدسرپرست نیز به مرور زمان دچار تغییر شده است. رفاه کودکان ریشه در جنبش نجات کودکان دارد که کودکان باید از والدین نامطمئن نجات یابند. این اقدام در وهله اول شامل انتقال والد آزارگر خواهد بود اما چنانچه کل محیط خانواده نابسامان تشخیص داده شود، کودکان به محیطی امن انتقال می‌یابند. این اقدام برای کودکان بدسرپرست دچار سوء مصرف مواد که پس از قطع مصرف و تثبیت علائم ترک از مراکز درمانی ترخیص می‌شوند حایز اهمیت بسیاری برای دوام بهبودی و پیشگیری از مصرف مجدد و یا بی‌خانمانی و انجام رفتارهای پرخطر و قرار گرفتن در وضعیت‌های مخاطره‌آمیز است.

به طور کلی یافته‌های مطالعات در زمینه تاثیر ارائه خدمات حمایتی و درمانی در کاهش عود نشان داده‌اند حتی پس از اینکه فرد مصرف کننده، مصرف مواد مخدر را برای مدت کوتاه قطع نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد مخدر را از سر نگیرد. به طوری که آمارها نشان می‌دهد بیماری تا ۸۰ درصد از افراد، در کمتر از ۶ ماه دوباره عود می‌کند و میزان عود بین ماه‌های ۳ تا ۱۲ در افرادی که طی ۳ ماه اول پس از درمان لغزش ۱ نداشته‌اند به مراتب پایین‌تر از مصرف‌کنندگانی است که در طی ۳ ماه اول بعد از درمان لغزش کرده‌اند. لذا توصیه شده است که درمانها برای آنکه اثربخش باشند، حداقل ۳ ماه طول بکشند و پیش‌بینی شده است که احتمال عود از ۱ تا ۲ هفته بعد از متوقف کردن مصرف شروع شده و تا ماه دوم به حداکثر خود برسد و در ماه پنجم فروکش کند. بنابراین به نظر می‌رسد چنانچه بتوان با اقداماتی برای این نوجوانان سرپناهی فراهم آورد و از بروز لغزش و عود مصرف مواد در طی ۵ ماه پس از آغاز قطع مصرف جلوگیری نمود، این احتمال برای کاهش قابل ملاحظه خطر بازگشت به اعتیاد تداوم خواهد یافت.

لذا با توجه به شیوع و گستردگی عوارض مصرف مواد در بین کودکان و نوجوانان یاد شده و با توجه به وظایف و اهداف ذاتی سازمان بهزیستی در زمینه حمایت و بازپروری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست و اعمال حمایت‌های اجتماعی و روانی لازم از آنان، سازمان بهزیستی از سال ۱۳۹۳ اقدام به تاسیس مراکز نگهداری موقت ویژه کودکان مبتلا به اختلال مصرف موادی نموده است که پس از انجام مراحل سم زدایی و درمان جسمی در مراکز درمانی، فاقد شرایط خانوادگی و سرپرستی مناسب به منظور بازگشت به زندگی سالم بوده‌اند. این مراکز در استانهای سیستان و بلوچستان، البرز، تهران و خراسان شمالی راه‌اندازی گردیده و تا سال ۹۶ بصورت آزمایشی زیر نظر حوزه پیشگیری سازمان فعالیت می‌نمودند. لیکن با توجه به مباحث مختلف از جمله تجربه خدمت‌رسانی به کودکان کار و خیابان، از سال ۱۳۹۶ ادامه فعالیت مراکز یاد شده به حوزه اجتماعی سازمان بهزیستی سپرده شد.

در این راستا، دستورالعمل حاضر به منظور ایجاد شرایط استاندارد در ارائه خدمات حمایتی به کودکان دارای سابقه مصرف مواد بدون سرپرست موثر و ارتقای ارائه خدمات جامع، پیوسته و متناسب با فرد (با توجه به فردیت افراد) به کودکان مذکور، تدوین گردیده است.

ماده ۲- تعریف مفاهیم

۱-۲- **بی سرپرست و بدسرپرست:** به وضعیتهایی از زندگی خانوادگی گفته می شود که به موجب آن امکان ادامه اقامت و زندگی کودک در منزل فراهم نبوده و یا برای رشد و پرورش جسمی، روانی و اجتماعی او مخاطره آمیز باشد. مصادیق مورد قبول برای شرایط نامناسب به شرح زیر است:

الف- فوت، زندانی بودن یا مفقودالاثر بودن سرپرستان یا تنها سرپرست
ب- عدم صلاحیت سرپرستان با حکم مقام قضایی و بدلیل وجود شرایط خاص آسیب پذیری برای کودک در خانواده از قبیل سوء رفتار شدید (جسمی، عاطفی، جنسی، بی توجهی و یا ترکیبی از موارد)
پ- بیماری های واگیر صعب العلاج و بیماری های روانی در خانواده که به سلامت جسمی، روانی، رشد و تعالی همه جانبه کودک آسیب می رساند.

د- اعتیاد شدید سرپرست یا سرپرستان در صورتیکه سلامت جسمی، روانی، رشد و تعالی کودک را مورد مخاطره قرار دهد.

۲-۲- **اختلال مصرف مواد:** بر اساس معیارهای «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی - نسخه پنجم (DSM5)» الگوی مشکل دار مصرف ماده ای است که باعث بروز اختلال واضح بالینی یا تنش در فرد می گردد و با حداقل دو مورد از ملاک های یازده گانه که در چهار گروه بندی کلی (کنترل مختل، اختلال اجتماعی، مصرف پرخطر و ملاک های دارو شناختی) قرار گرفته اند (در این دستورالعمل، داشتن ملاک حداقل ۱۲ ماه مصرف مواد در راهنمای مذکور، مورد نیاز نمی باشد).
از جمله ۱۱ ملاک اختلال مصرف مواد، که داشتن یک دو مورد آن تشخیص خفیف، ۳ تا ۵ مورد، تشخیص متوسط و ۶ مورد یا بیشتر تشخیص اختلال مصرف شدید را می گیرد، موارد زیر می باشد:

افزایش میزان و دفعات مصرف مواد نسبت به زمان آغاز، صرف مقدار وقت زیاد در فعالیت های لازم برای به دست آوردن مواد، استفاده از مواد یا بهبود یافتن از اثرات آن، مصرف مکرر مواد و در نتیجه عدم انجام تعهدات و نقش عمده در محل کار، مدرسه و یا خانه، نیاز به استفاده هر چه بیشتر از مقادیر قبلی مواد برای دستیابی به اثرات سابق که به آن تحمل گفته می شود، مشکلات فیزیکی و روانی مشخصی که با کاهش یا قطع ماده در بدن افزایش می یابد و به آن خماری گفته می شود.

۲-۳- **مرحله تثبیت علایم ترک:** مرحله ای است که در آن، کودک پس از انجام مراحل درمانی توسط پزشک، با قطع مصرف مواد (و یا دریافت درمان نگهدارنده) هیچیک از معیارهای اختلال مصرف ماده ی (مواد) مورد استفاده را نداشته باشد

۲-۴- **کودک بی سرپرست و بدسرپرست مبتلا به اختلال مصرف مواد:** هر فرد (دختر یا پسر) بین ۷ تا ۱۸ سال تمامی است که دارای اختلال مصرف مواد بوده و بدلیل فقدان سرپرست و یا شرایط خانوادگی و سرپرستی نامناسب و یا مجهول الهویه بودن، پس از انجام مرحله بازگیری از مواد (و یا تجویز درمان نگهدارنده) در مراکز بهداشتی و درمانی، امکان بازگشت فوری به منزل را نداشته، و

به منظور ایجاد آمادگی برای بازگشت به خانواده (اصلی یا جایگزین) و یا مراکز نگهداری بلندمدت، نیازمند اقامت در «مرکز نگهداری میان مدت کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مبتلا به اختلال مصرف مواد» و یا سایر مراکز سازمان می باشد که در این دستورالعمل به اختصار "کودک" نامیده می شود.

تبصره ۱: چنانچه این قبیل کودکان در ابتدا توسط سازمان بهزیستی شناسایی شوند و یا به سازمان بهزیستی ارجاع گردند، لازمست بلافاصله توسط تیم شناسایی کننده و یا سازمان ارجاع دهنده به مراکز درمانی انتقال یابند و پس از بازگیری از مواد (و یا تجویز درمان نگهدارنده) در مرکز سازمان پذیرش شوند.

تبصره ۲: با توجه به توافقات انجام شده با دفتر امور کودکان و نوجوانان سازمان، کلیه کودکان ۶ سال تمام و پایین تر، با توجه به شرایط سنی خود پس از گذراندن مرحله حاد از جمله بازگیری از مواد (و یا تجویز درمان نگهدارنده) در مراکز درمانی، توسط مراکز شبه خانواده پذیرش خواهند شد.

۲-۵- مرکز نگهداری میان مدت کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مبتلا به اختلال مصرف مواد:

محلی است که توسط بخش غیر دولتی تاسیس و با مجوز و حمایت و تحت نظارت سازمان بهزیستی به منظور پذیرش و ارائه خدمات اقامتی میان مدت، بازپروری اجتماعی و روانی، حمایت از کودک و خانواده و آماده سازی برای پیوند با خانواده یا اقامت در مراکز شبه خانواده فعالیت می نماید. این مراکز به چهار دسته مراکز دخترانه و پسرانه، ۷-۱۲ سال و بالای ۱۲ سال تقسیم می شوند. مراکز پسرانه به ترتیب کانون امید ۱ و ۲ و مراکز دخترانه کانون مهر ۱ و ۲ نامیده می شوند. منظور از میان مدت حدود ۳ ماه می باشد که قابل تمدید است.

۲-۶- ساماندهی: مجموعه اقداماتی است که توسط مرکز پذیرش کننده کودک انجام می شود تا کودک در یک مکان سالم، امن

و حمایت گر (با تشخیص تیم تخصصی مرکز) اقامت یابد. این اقدامات شامل موارد زیر می باشند

الف- ارزیابی وضعیت خانوادگی کودک، تعیین اینکه آیا خانواده (در صورت لزوم با اعمال حمایت‌های موجود) امکان تامین سرپناه سالم، امن و حمایت گر را پیدا خواهد کرد یاخیر.

ب- در صورت عدم تامین شرایط اقامتی مناسب توسط خانواده، شناسایی خانواده جایگزین از بین اقوام و نزدیکان و یا سایر متقاضیان (با هماهنگی دفتر شبه خانواده سازمان)

پ- در نهایت و در صورت عدم تحقق موارد بالا، انتقال کودک به مراکز نگهداری بلند مدت سازمان

۲-۷- حمایت: مجموعه ای از اقدامات مرکز پذیرش کننده کودک است که بر اساس مدیریت مورد برای هر کودک تعریف می

شود و هدف از آن رساندن کودک (و خانواده وی) به مرحله ای است که طی آن کودک بتواند ضمن قطع مصرف (مواد و یا ادامه فرایند درمان نگهدارنده)، در وضعیت روانی و جسمی نسبتاً سالمی به سر برده، امکان ادامه تحصیل و یا آموزش های متناسب با سن خود را کسب نماید و عوارض ناشی از مصرف مواد در وی از بین رفته یا به حداقل ممکن رسیده باشد. این اقدامات شامل اقدامات تیم تخصصی مرکز و سایر متخصصین مراجعه کننده به مرکز و افراد داوطلب، خدمات مراقبتی، حمایت‌های مادی نقدی و

غیر نقدی از کودک (و خانواده وی)، اقدامات لازم برای درمان اختلالات و بیماری های همبود و همچنین درمان عوارض جسمی و روانی ناشی از مصرف مواد می باشند.

۸-۲- مراقبت: در این شیوه نامه منظور از مراقبت، پذیرش کودکان در مرکز و نگهداری شبانه روزی از آنان می باشد که شامل خدمات زیر است

الف- تامین سرپناه سالم، امن و پذیرنده برای کودکان تا زمان ترخیص از مرکز

ب- تامین بهداشت، تغذیه و امکانات اوقات فراغت برای کودکان در درون مرکز

پ- نظارت و رسیدگی به وضعیت زیستی کودکان و تامین حمایت های عاطفی از آنها توسط کلیه نیروهای مرکز

۹-۲- متقاضی تاسیس مرکز غیر دولتی: شخص حقیقی یا حقوقی ای است که درخواست کتبی خود را به منظور تاسیس مرکز غیر دولتی در قالب بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶ به سازمان ، به منظور اخذ موافقت اصولی و پروانه فعالیت ارائه می کند.

۱۰-۲- شخصیت حقیقی: به شخصی گفته می شود که به صورت انفرادی، خواهان دریافت مجوز فعالیت در قالب یکی از بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶ مراکز غیردولتی سازمان بهزیستی باشد.

۱۱-۲- شخصیت حقوقی: مجموعه ای از اشخاص که برای تحقق هدفی معین (انتفاعی یا غیر انتفاعی) و مطابق ضوابط یا تشریفات خاص شکل گرفته، به موجب قانون تشکیل شده و صلاحیت کسب اعتبار حقوق و تکالیف مستقل را داشته و بر سه نوع کلی دولتی، عمومی و خصوصی تقسیم می شود.

۱۲-۲- موافقت اصولی: مجوزی است که پس از طی مراحل پیش بینی شده در دستورالعمل تاسیس ، اداره و انحلال مراکز و موسسات غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی توسط کمیسیون صدور مجوز استان با اعتبار ۱۸ ماهه برای متقاضیان صادر می شود تا نسبت به آماده سازی ساختمان، تجهیز و تامین نیروی انسانی مورد نیاز و کسب تاییدیه های لازم در مدت زمان پیش گفته اقدام نمایند. شایان ذکر است موافقت اصولی تنها یک بار و به منظور اعطای فرصت برای اخذ پروانه فعالیت به مدت شش ماه و به درخواست دارنده آن قابل تمدید است.

۱۳-۲- پروانه تاسیس: مجوزی است که پس از طی مراحل پیش بینی شده در فصل ۵ دستورالعمل تاسیس ، اداره و انحلال مراکز و موسسات غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی برای متقاضیان به منظور شروع و تداوم فعالیت موسسه غیر دولتی با اعتبار ۵ ساله صادر می شود.

۱۴-۲- پروانه فعالیت: مجوزی است که برای شروع و تداوم فعالیت مرکز و بهره برداری از آن، پس از تجهیز و تامین و معرفی نیروی انسانی مورد نیاز با اعتبار ۵ ساله صادر می شود.

۱۵-۲- صاحب امتیاز: به شخص حقیقی یا حقوقی ای اطلاق می شود که پس از طی مراحل پیش بینی شده، یک یا چند مجوز صادره از سوی سازمان بهزیستی اعم از پروانه تاسیس و پروانه فعالیت را دریافت و اقدام به تاسیس مرکز یا موسسه غیر دولتی می نماید.

۲-۱۶- مسوول فنی: شخص حقیقی واجد شرایطی است که از طرف صاحب امتیاز (حقیقی یا حقوقی) به بهزیستی استان معرفی می شود و پس از تایید کمیسیون صدور مجوز استان، برای وی پروانه مسوول فنی صادر می شود تا در مرکز مربوطه مطابق با دستورالعمل تخصصی انجام وظیفه کند.

۲-۱۷- تیم تخصصی مرکز: این تیم شامل مسوول فنی، مددکار اجتماعی، روانشناس، مربیان مرکز (که دارای صلاحیتهای آموزشی و تجربی می باشند) و پزشک معالج کودک می باشد. وظیفه این تیم طراحی برنامه مداخله انفرادی برای هر کودک و ارائه خدمات تخصصی پیش بینی شده در این مرکز بصورت منسجم، جامع و هماهنگ با هم است به نحوی که خدمات ارائه شده به کودک و خانواده همه جانبه، مرتبط باهم و کامل بوده، بدور از تناقض، تداخل و یا خلاء های عملیاتی باشد.

۲-۱۸- مرکز غیر دولتی: به واحدی اطلاق می شود که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی به منظور ارائه خدمات در راستای اهداف سازمان، مطابق با یکی از فعالیت های مندرج در بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، پس از اخذ موافقت اصولی و پروانه فعالیت از سازمان بهزیستی ایجاد می شود.

۲-۱۹- موسسه غیر دولتی غیر انتفاعی: موسسه ای غیر دولتی است که با هدف غیر سیاسی و غیر تجاری به صورت عام المنفعه برای ارائه خدمات بهزیستی پس از دریافت پروانه تاسیس از سوی سازمان بهزیستی تشکیل می شود و بعد از دریافت شماره ثبت از اداره ثبت شرکت ها و موسسات غیر تجاری شروع به فعالیت می کند. قصد از تشکیل این موسسات، شناسایی و جذب منابع (مالی و غیر مالی) است که این منابع و منافع حاصل از آن قابل تقسیم آن بین اعضای موسسه نیست.

۲-۲۰- شعبه: واحدی است تابع موسسه اصلی که فعالیتی مطابق با وظایف موسسه را در محدوده جغرافیایی خارج از محل آن به انجام می رساند.

۲-۲۱- تیم تخصصی مرکز: این تیم شامل مسوول فنی، مددکار اجتماعی، روانشناس، مربیان مرکز (که دارای صلاحیتهای آموزشی و تجربی می باشند) و پزشک معالج کودک می باشد. وظیفه این تیم طراحی برنامه مداخله انفرادی برای هر کودک و ارائه خدمات تخصصی پیش بینی شده در این مرکز بصورت منسجم، جامع و هماهنگ با هم است به نحوی که خدمات ارائه شده به کودک و خانواده همه جانبه، مرتبط باهم و کامل بوده، بدور از تناقض، تداخل و یا خلاء های عملیاتی باشد.

۲-۲۲- نظارت: پایش مستمر تمامی فعالیتهای مرکز موضوع این دستورالعمل که با اخذ گزارش از مرکز و انجام بازدیدهای سازمانی و گزارش های واصله از سایر ارگانهای نظارتی حاصل میشود.

۲-۲۳- مدیریت مورد: فرایندی هماهنگ که برای سنجش وضعیت، برنامه ریزی، تسهیل گری، ارجاع به واحد های ارائه دهنده خدمات، مشاوره و حمایت یابی در زمینه دریافت امکانات و خدمات اولیه به مراجعین و خانواده های آنها از طریق پیگیری فعالانه منابع در دسترس و برقراری ارتباط به منظور بهبود کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمات می باشد.

ماده ۳- اهداف

۳-۱- هدف اصلی:

افزایش حمایت اجتماعی و دسترسی به خدمات تخصصی، آموزشی و حمایتی در راستای پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی گروه هدف.

۳-۲- اهداف کاربردی:

- ۱- توسعه مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی به کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از حمایت خانواده سالم دارای اختلال مصرف مواد
- ۲- تامین سرپناه امن و سالم برای کودکان بازگیری شده که فاقد خانواده و سرپرست مناسب می باشند.
- ۳- ارتقای سلامت جسمی کودکان.
- ۴- ارتقای سلامت اجتماعی و روانی کودکان.
- ۵- ارتقای مهارتهای فردی و اجتماعی کودکان جامعه هدف به منظور ایجاد امکان سرپرستی توسط خانواده جایگزین و یا مراکز نگهداری بلند مدت
- ۶- حمایت از حقوق کودکان و حفظ منافع عالیه آنان.
- ۷- هماهنگ سازی خدمات ارائه شده با نیازها و شرایط خدمت گیرندگان
- ۸- ارتقای آگاهی های کودکان گروه هدف از عوارض مصرف مواد و رفتارهای پرخطر.
- ۹- کمک به درمان بیماری ها و اختلالات همبود مصرف مواد در کودکان جامعه هدف.
- ۱۰- کاهش رفتارهای پرخطر ناشی از اعتیاد در میان کودکان مبتلا به اختلال مصرف مواد
- ۱۱- همکاری با مراکز درمان اعتیاد بزرگسالان برای درمان والدین کودکان گروه هدف
- ۱۲- تامین حمایت روانی و اجتماعی برای خانواده کودکان گروه هدف

ماده ۴- مبانی قانونی

۴-۱- قانون حمایت از اطفال و نوجوانان و آیین نامه ماده ۶ این قانون

۴-۲- قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه ۱۳۹۶-۱۴۰۰ ماده ۷۸ جدول ۱۵ ردیف ۶ افزایش حمایت از معتادان.

۴-۳- سیاستهای کلی نظام در مبارزه با مواد مخدر (ابلاغی ۱۳۸۵)

بند ۶- ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف درمان و بازتوانی مصرف کنندگان، کاهش آسیب‌ها و جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پرخطر.

بند ۷- اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آنها

۴-۴- طرح تقسیم کار ملی برای کنترل و کاهش آسیبهای اجتماعی (موضوع دوم، اعتیاد اهداف کمی سوم تا ششم):

۴-۴-۱- کاهش ۵ درصدی نرخ بروز اعتیاد با تمرکز بر برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد در رفتار اقشار آسیب پذیر جامعه و متناسب با گروه ها و کانون های اولویت دار هدف (دانش آموزان، دانشجویان، زنان، کودکان، کارگران، سربازان)

۴-۴-۲- کاهش ۵ درصدی نرخ شیوع سوء مصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور تا پایان سال ۱۳۹۵

۴-۴-۳- افزایش ۱۰ درصدی ماندگاری معتادان در فرایند درمان و کاهش آسیب ها و کاهش نرخ مواد اعتیاد با مشارکت خانواده ها

۴-۴-۴- بهبود استانداردهای علمی، فنی و عملکردی فعالیت مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد

۲-۳-

۲-۴- آیین نامه درمان معتادان بی بضاعت بویژه ماده ۱۵ آیین نامه.

۲-۵- سند ائتلافی ملی نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان (نماد) مصوب جلسه مورخ ۹۴/۹/۱۶ شورای عالی رفاه و

تامین اجتماعی، هدف اختصاصی ۷-۲-۲ هم افزایی منابع و برنامه های دستگاه ها و نهادها و بسیج ظرفیت مشارکت مردمی و خیریه برای نظام مراقبتهای اجتماعی

۲-۶-

۲-۷- سند جامع درمان و حمایتهای اجتماعی اعتیاد کشور: مصوب یکصد و بیست و هشتمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر

مورخ ۳۱ خرداد ۹۳

۲-۸- پیمان نامه جهانی حقوق کودک

ماده ۵- شرایط عمومی تأسیس مرکز

۵-۱- فضای فیزیکی

۵-۱-۱- ساختمان مرکز می بایست از استحکام و ایمنی لازم مطابق با ضوابط شهرداری و کنترل و نظارت عالی دفتر مهندسی سازمان بهزیستی برخوردار باشد.

۵-۱-۲- فضا و تجهیزات مرکز مجری این فعالیت، متناسب با شرایط سنی و جنسی کودکان بوده و به گونه ای تامین می شود که فضای مرکز، فضای دوستدار کودک باشد. در صورت وجود فضای لازم برای اجرای این فعالیت در بهزیستی استان، تامین ساختمان و محوطه از سوی بهزیستی استان از طریق قرارداد اجاره در قالب مقررات مربوطه در اولویت قرار دارد.

۵-۱-۳- فضای مورد نیاز برای فعالیت مرکز شامل حداقل دو اتاق اداری، دو خوابگاه کودکان، آشپزخانه، آبدارخانه، سرویس بهداشتی برای کودکان و سرویس بهداشتی جداگانه برای پرسنل، حمام، سالن نشیمن، حیاط و انباری می باشد و می بایست از کلیه تسهیلات و خدمات شهری (آب سالم بهداشتی، برق، گاز، تلفن و ..)، سیستم گرمایشی و سرمایشی مناسب و وسایل اطفاء حریق برخوردار باشد. ساختمان مرکز می تواند دو طبقه باشد. همچنین جهت کودکان ۷ تا ۱۲ سال می بایست ارتفاع روشویی سرویس بهداشتی و حمام و امکانات دیگر، متناسب سن آنها باشد.

۵-۱-۳-۱- تبصره ۱: متناسب با تعداد کودکان مقیم در مرکز، فضای وسیعتر و امکانات بیشتری می بایست در نظر گرفته شود.

۵-۱-۳-۲- تبصره ۲: ساختمان مرکز می تواند دو طبقه باشد و کودکان مختلف یا گروه سنی زیر ۱۲ و بالای ۱۲ سال در دو طبقه استقرار یابند

۵-۲- تجهیزات و ملزومات مورد نیاز

۵-۲-۱- تخت و تشک و ملحفه و پتو متناسب با تعداد کودکان و گروههای سنی آنان

۵-۲-۲- یخچال

۵-۲-۳- فریزر

۵-۲-۴- ماشین لباسشویی

۵-۲-۵- اجاق گاز

۵-۲-۶- جارو برقی

۵-۲-۷- کامپیوتر یا لپ تاپ، پرینتر و خط تلفن ثابت

۵-۲-۸- تلوزیون متناسب با تعداد کودکان

- ۵-۲-۹- فرش و مبیل یا صندلی
- ۵-۲-۱۰- کمد
- متناسب با تعداد کودکان
- ۵-۲-۱۱- میز و صندلی اداری
- متناسب با تعداد پرسنل مرکز
- ۵-۲-۱۲- کمد فایل پرونده ها
- ۵-۲-۱۳- وسایل برودتی و حرارتی
- به تناسب فضا
- ۵-۲-۱۴- وسائل و لوازم پزشکی (اولیه)
- به مقدار نیاز
- ۵-۲-۱۵- ظروف غذا
- متناسب با تعداد پرسنل و کودکان
- ۵-۲-۱۶- وسائل سرگرمی (بازی) به تناسب فضا و متناسب از نظر تعداد و نوع جهت گروه های سنی مختلف کودکان
- ۵-۲-۱۷- پوشاک و کفش راحتی و رسمی متناسب با فصل به مقدار کافی برای مصرف سالانه کودکان و در اندازه های مختلف
- ۵-۲-۱۸- لوازم شخصی و بهداشتی (حوله بدن، مسواک، شانه، کرم دست، دمپایی اندازه پای کودکان و...)
- ۵-۲-۱۹- مواد شوینده و بهداشتی (خمیردندان، شامپو، مایع دستشویی، مایع ظرفشویی و...) به مقدار کافی برای مصرف سالانه مرکز
- ۵-۲-۲۰- سیستم حرارتی، برودتی و اطفاء حریق

۵-۳- نیروی انسانی

- ۵-۳-۱- موسس حقوقی یا حقیقی
- ۵-۳-۲- مسئول فنی
- ۵-۳-۳- مددکار اجتماعی (تمام وقت) با تحصیلات حداقل کارشناسی در رشته مددکاری اجتماعی یا خدمات اجتماعی
- ۵-۳-۴- روانشناس با تحصیلات حداقل کارشناسی در کلیه گرایش های روان شناسی، ترجیحاً روانشناسی بالینی یا کودک و نوجوان (بجز صنعتی و سازمانی و روانشناسی کودکان استثنایی)- مشاوره و راهنمایی
- ۵-۳-۵- مراقب (مربی) حداقل ۲ نفر با تحصیلات حداقل کاردانی در رشته های علوم تربیتی، مددکاری اجتماعی اعتیاد یا خانواده یا آسیب شناسی اجتماعی، بهیاری و یا کارشناسی در یکی از رشته های مددکاری اجتماعی، مددکاری اجتماعی اعتیاد، روانشناسی تربیتی، مشاوره، پرستاری، کاردرمانی
- ۵-۳-۶- مربی آموزشی (جهت برنامه های جانبی در مرکز از قبیل کاردرمانگر، مربی فوتبال، مربی آموزش شغلی و)

ماده ۶- شرایط عمومی، اختصاصی و وظایف موسس مرکز

۶-۱- مجوز تأسیس مرکز، مطابق با دستورالعمل حاضر برای اشخاص حقیقی و حقوقی، از طریق کمیسیون استانی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت صادر می شود.

۶-۲- کمیسیون استانی ابتدا موافقت اصولی و سپس پروانه فعالیت را با رعایت مفاد دستورالعمل حاضر و دستورالعمل ماده ۲۶ صادر می کند.

۶-۳- شرایط موسس حقوقی تأسیس مرکز: علاوه بر موارد مندرج در آیین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، می بایست دارای شرط زیر نیز باشد.

۶-۳-۱- حداقل یک نفر از اعضای هیئت مدیره دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر در رشته های مددکاری اجتماعی، علوم اجتماعی (ترجیحاً با گرایش خدمات اجتماعی)، آسیب های اجتماعی، روانشناسی (همه گرایش ها بجز روانشناسی صنعتی و سازمانی و روانشناسی کودکان استثنایی)، علوم تربیتی، مشاوره و راهنمایی باشد.

۶-۴- شرایط و مدارک موسس حقیقی تأسیس مرکز:

علاوه بر موارد مندرج در آیین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، می بایست دارای شرایط زیر باشد:

۶-۴-۱- تحصیلات لیسانس به بالا در رشته های تحصیلی مددکاری اجتماعی، علوم اجتماعی (ترجیحاً با گرایش خدمات اجتماعی)، آسیب های اجتماعی، روانشناسی (همه گرایش ها)، علوم تربیتی، مشاوره و راهنمایی.

۶-۴-۲- داشتن حداقل سن ۳۰ سال تمام..

۶-۵- متقاضیان حقیقی و حقوقی تأسیس مرکز، می بایست برای تحویل مدارک لازم، به ادارات بهزیستی شهرستان محل مرکز مراجعه و مدارک خود را مطابق با مفاد ماده ۱۴ آیین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، تکمیل و ارائه کنند تا مراحل بعدی نیز جهت اخذ مجوز انجام شود.

۶-۶- شرح وظایف موسس مرکز:

۶-۶-۱- تأمین فضای فیزیکی مناسب، تجهیزات و نیروی انسانی لازم مطابق با ضوابط دستورالعمل

۶-۶-۲- تعیین و معرفی مسئول مرکز واجد شرایط برای دریافت پروانه فعالیت

۶-۶-۳- رعایت کلیه مفاد دستورالعمل ها، ضوابط و مقررات ابلاغی از سازمان بهزیستی

۶-۶-۴- تأمین حفظ شرایط استاندارد مرکز مطابق با دستورالعمل های سازمان جهت ارائه خدمات به جامعه هدف

۶-۶-۵- تأمین منابع مالی به منظور برقراری استانداردهای فنی مرکز اعم از ساختمانی، نیروی انسانی، تجهیزات الکترونیکی و اداری،

ایمنی و...

- ۶-۶-۶- نظارت بر عملکرد و انجام وظایف مسئول مرکز با رعایت حدود اختیارات قانونی و اداری
- ۶-۶-۷- همکاری همه جانبه و پاسخگویی به سازمان بهزیستی در خصوص امورات مربوطه
- ۶-۶-۸- انجام مکاتبات رسمی و اداری با بهزیستی شهرستان و سایر دستگاه ها در محدوده اختیارات
- ۶-۶-۹- پرداخت حقوق و مزایا و حق بیمه کارکنان طبق قانون کار و تأمین اجتماعی و ارائه گزارش مرتب آن به بهزیستی شهرستان
- ۶-۶-۹-۱- تبصره: صاحب امتیاز می تواند انجام مکاتبات رسمی و اداری را به مسئول فنی مرکز تفویض نماید.

ماده ۷- شرایط عمومی، اختصاصی و وظایف مسئول فنی مرکز

۷-۱- شرایط مسوول فنی:

- ۷-۱-۱- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی تصریح شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ۷-۱-۲- تابعیت جمهوری اسلامی ایران
- ۷-۱-۳- دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی در رشته های مددکاری اجتماعی - کلیه گرایش های روان شناسی (بجز صنعتی و سازمانی و روانشناسی کودکان استثنایی) - مشاوره و راهنمایی - علوم اجتماعی شاخه خدمات اجتماعی - آسیب شناسی اجتماعی
- ۷-۱-۳-۱- تبصره: دارندگان مدرک کارشناسی ارشد و دکتری در اولویت قرار دارند.
- ۷-۱-۴- مسوول فنی می بایست دارای جنسیت مشابه گروه هدف مرکز باشد.

۷-۲- مدارک مورد نیاز مسوول فنی :

- علاوه بر مدارک مورد نیاز در دستورالعمل آیین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت سازمان بهزیستی مدارک مور دنیز به شرح ذیل می باشد:
- ۷-۲-۱- گواهی سلامت جسم و روان به تایید پزشک و روان پزشک مورد تایید بهزیستی.
- ۷-۲-۲- تصویر مستندات دال بر سکونت در شهرستان محل تقاضا.
- ۷-۲-۳- گذراندن دوره های آموزشی مرتبط (از سوی سازمان بهزیستی کشور- دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی که بطور مستمر برگزار خواهد شد) و اخذ گواهی مربوطه.

۷-۳- شرح وظایف مسوول فنی

- ۷-۳-۱- مدیریت و حضور در مرکز طبق برنامه اعلام شده
- ۷-۳-۲- اشراف کامل به این دستورالعمل و شیوه نامه و پیوستهای آن
- ۷-۳-۳- پاسخگویی به شکایات مراجعین از عملکرد مرکز و کارشناسان
- ۷-۳-۴- مسوولیت و هماهنگی پرسنل تخصصی در امر ارائه خدمات تخصصی به مراجعین به مرکز
- ۷-۳-۵- تعامل و همکاری موثر بین بخشی به منظور رسیدن به اهداف مرکز
- ۷-۳-۶- مسوولیت پاسخگویی در زمان بازدیدهای نظارتی

- ۷-۳-۷- ارائه بموقع وموثق آمار واطلاعات مرکز بر اساس درخواست دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی به بهزیستی استان
- ۷-۳-۸- هماهنگی با کارشناس مسوول امور آسیب دیدگان اجتماعی استان و شهرستان در اجرای ضوابط و مقررات
- ۷-۳-۹- نظارت بر نحوه عملکرد پرسنل مرکز

ماده ۸- ویژگیهای کارکنان مرکز و شرح وظایف مددکار اجتماعی، روانشناس و مراقب مرکز

۸-۱- ویژگی های شخصیتی کارکنان

- ۸-۱-۱- شکیبایی
- ۸-۱-۲- مراقبت و همدلی
- ۸-۱-۳- سرزندگی و شوخ طبعی
- ۸-۱-۴- توانایی تنظیم و تعدیل خویش و به یادآوری تجارب شخصی دوران کودکی و نوجوانی
- ۸-۱-۵- قاطعیت بدون پرخاشگری
- ۸-۱-۶- انعطاف پذیری
- ۸-۱-۷- توانایی بیان هیجانات و احساسات خود (ترس، اندوه، خشم، شادی و نشاط و...) به کودکان بدون طعنه، تمسخر و خشونت
- ۸-۱-۸- علاقه فراوان و دلسوزی نسبت به کودکان
- ۸-۱-۹- توانایی کار گروهی و توانایی کار تحت نظارت سرپرست تخصصی و اجرایی
- ۸-۱-۱۰- احساس مسولیت نسبت به کودکان و در صورت لزوم انجام اقدامات لازم پیش بینی نشده
- ۸-۱-۱۱- تعلق خاطر نسبت به کل فرایند بجای در نظر گرفتن وظایف فردی خود بصورت جزیره ای و جدای از دیگران
- ۸-۱-۱۲- توانایی کار با کودکان دچار بحران و کار در وضعیت های بحرانی
- ۸-۱-۱۳- توانایی پذیرش بدون قید و شرط همه گروه های کودکان و خانواده های آنان

۸-۲- ویژگی های حرفه ای کارکنان

- ۸-۲-۱- درک کامل از تکالیف و مراحل رشدی هر گروه سنی خاص
- ۸-۲-۲- درک کافی از مهارتهای مشاوره بویژه مهارتهایی که مناسب کار گروهی هستند و نیز مهارتهای همدلی، توجه کردن و گوش دادن، درک رفتار غیر کلامی، احترام، رویارویی مسولانه، صداقت و خودافشایی حرفه ای.
- ۸-۲-۳- دانش و مهارت لازم برای کار موثر با کودکان متعلق به جمعیتهای فرهنگی و ملیتی مختلف موجود در بین گروه های کودکان خیابانی
- ۸-۲-۴- آگاهی از ادبیات فنی و پژوهشهای مهم مربوط به کار با کودکان
- ۸-۳-۱- شرح وظایف مددکار اجتماعی
- ۸-۳-۱-۱- انجام بررسی های اجتماعی (فردی، خانوادگی) کودک
- ۸-۳-۲- تلاش در جایگزینی مناسب کودک

- ۸-۳-۳- طراحی و اجرای برنامه کمکی برای کودک و خانواده (به صورت تیمی)
- ۸-۳-۴- انجام اقدامات مددکاری فردی، گروهی، جامعه ای
- ۸-۳-۵- تشکیل جلسات گروه درمانی برای کودک و خانواده در جهت تغییرات مثبت و ارتقاء مهارت های اجتماعی و حل مسائل با تاکید بر نظریات پویایی گروه
- ۸-۳-۶- تلاش در جهت حرفه آموزی، کاریابی برای کودک و خانواده
- ۸-۳-۷- همکاری با مسول فنی برای شناسایی و جذب خیرین
- ۸-۳-۸- همکاری با روان شناس در انجام امور جاری مرکز به نحوی که اقدامات و پیگیری ها در زمان مقرر انجام گردد.
- ۸-۳-۹- شرکت در جلسات گروهی مرکز
- ۸-۳-۱۰- نظارت بر خانواده کودکان و انجام مداخلات تخصصی در موارد لازم
- ۸-۳-۱۱- پیگیری امور آموزشی و تحصیلی کودک
- ۸-۳-۱۲- پیگیریهای انجام معاینات بهداشتی و سلامت کودک توسط پزشک در موارد لازم
- ۸-۳-۱۳- انجام بازدید از منزل برای هر مددجو (در صورت وجود خانواده)
- ۸-۳-۱۴- رفتار توأم با محبت و احترام با کودکان
- ۸-۳-۱۵- رفتار احترام آمیز با والدین کودکان
- ۸-۳-۱۶- مطالعه و اشراف کامل نسبت به این دستورالعمل و آشنایی با دستورالعمل های مربوط به اعتیاد و آسیب های اجتماعی در بهزیستی
- ۸-۳-۱۷- برخورداری از احساس مسئولیت و روحیه کار تیمی و پرهیز از عملکرد انفرادی
- ۸-۳-۱۸- ارائه آموزش ها و انجام اقدامات کاهش آسیب جهت کودکان با همکاری روانشناس
- ۸-۳-۱۹- ثبت گزارشات و اقدامات در سامانه اطلاعات مرکز
- ۸-۳-۲۰- تلاش در جهت ایجاد و تقویت ویژگی های شخصیتی و تخصصی لازم در خود
- ۸-۴- شرح وظایف روانشناس**
- ۸-۴-۱- انجام بررسی ها و ارزیابی های روانشناختی و مصاحبه بالینی .
- ۸-۴-۲- انجام آزمونهای روانشناختی خاص در صورت لزوم .
- ۸-۴-۳- ارجاع کودک یا خانواده به روانپزشک در صورت لزوم
- ۸-۴-۴- تدوین و اجرای برنامه های درمان رفتاری و شناختی برای کودکان مرکز .
- ۸-۴-۵- شرکت در تدوین و برنامه کمکی و پیگیری و ارزیابی آن .
- ۸-۴-۶- شرکت در جلسات تیم تخصصی و دوره های آموزشی
- ۸-۴-۷- همکاری با مددکار اجتماعی در تدوین و اجرای برنامه های مربوط به حرفه آموزی و کاریابی کودکان و خانواده ها

۸-۴-۸- همکاری با مددکار اجتماعی در انجام امور جاری مرکز به نحوی که اقدامات و پیگیری ها در زمان مقرر انجام گردد.

۸-۴-۹- آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های مقابله ای به کودکان و خانواده های آنان

۸-۴-۱۰- برنامه ریزی و اقدام جهت اوقات فراغت کودکان

۸-۴-۱۱- ایجاد آمادگی روانی و انگیزه سازی در خانواده های کودکان جهت شرکت در برنامه های مربوط به حرفه آموزشی

و کاربایی

۸-۴-۱۲- رفتار توأم با محبت و احترام با کودکان

۸-۴-۱۳- رفتار احترام آمیز با والدین کودکان

۸-۴-۱۴- مطالعه و اشراف کامل نسبت به دستورالعمل حاضر و آشنایی با دستورالعمل های مربوط به اعتیاد و آسیب های اجتماعی در

بهبودی

۸-۴-۱۵- برخورداری از احساس مسئولیت و روحیه کار تیمی و پرهیز از عملکرد انفرادی

۸-۴-۱۶- ارائه آموزش‌های فردی و گروهی و انجام اقدامات کاهش آسیب جهت کودکان با همکاری مددکار اجتماعی

۸-۴-۱۷- ثبت گزارشات و اقدامات (در سامانه اطلاعات مرکز)

۸-۴-۱۸- تلاش در جهت ایجاد و تقویت ویژگی های شخصیتی و تخصصی لازم در خود

۸-۴-۱۹- طراحی و انجام فعالیتهای فرهنگی در مرکز به تناسب شرایط و نیاز کودکان با همکاری مراقب مرکز

۸-۵- شرح وظایف مراقب

۸-۵-۱- اجرای دستورات درمانی و بهداشتی

۸-۵-۲- کنترل شبانه روزی محوطه و خوابگاهها و ارائه گزارش به مسئول فنی

۸-۵-۳- مراقبت شبانه روزی از کلیه کودکان، جلوگیری از بروز مشکلات در بخش و هماهنگی یا مسئول فنی

۸-۵-۴- مراقبت در سه نوبت (صبح، عصر، شب) و گزارش مکتوب در دفتر گزارش روزانه

۸-۵-۵- انجام ارزیابی از وضعیت تربیتی کودکان و ارائه خدمات تربیتی به کودکان به منظور بهبود وضعیت رفتاری آنها

۸-۵-۶- شرکت در جلسات تیم تخصصی و دوره های آموزشی

۸-۵-۷- همکاری با روانشناس برای برنامه های اوقات فراغت کودکان

۸-۵-۸- رفتار توأم با محبت و احترام با کودکان و والدین کودکان

۸-۵-۹- مطالعه و اشراف کامل نسبت به این دستورالعمل

۸-۵-۱۰- برخورداری از احساس مسئولیت و روحیه کار تیمی و پرهیز از عملکرد انفرادی

۸-۵-۱۱- تلاش در جهت ایجاد و تقویت ویژگی های شخصیتی و تخصصی لازم در خود

۸-۵-۱۲- انجام فعالیتهای فرهنگی در مرکز به تناسب شرایط و نیاز کودکان با همکاری روانشناس مرکز

۸-۶- برای هر کودک یک روانشناس یا مددکار اجتماعی، نقش **مدیر مورد** را دارد و در جریان کلیه مسایل وی قرار می گیرد و با هماهنگی و همکاری بقیه همکاران، اموری از جمله ارزیابی، پیش، حمایت یابی، برنامه ریزی بازگشت به خانواده یا جامعه و غیره را برعهده می گیرد.

ماده ۹- فرایند اجرا

۹-۱- شناسایی، پذیرش، سم زدایی و ارجاع به مرکز نگهداری

نحوه مراجعه به این مرکز صرفاً از طریق معرفی و ارجاع کودکان از ادارات بهزیستی شهرستان ها می باشد. به این صورت که چنانچه کودکی (در محدوده سنی مورد قبول برای این مراکز) از طریق مراجع قضایی و انتظامی و یا خدمات سیار اورژانس اجتماعی و «مراکز حمایتی - آموزشی کودک و خانواده» شناسایی و به دلیل شرایط خانوادگی نابسامان، به سازمان بهزیستی استان، شهرستان و یا مرکز مداخله در بحران و مرکز کودکان خیابانی ارجاع شود، در صورتی که بنا به تعریف ارائه شده در این شیوه نامه دارای علایم و نیازمند بررسی از نظر اختلال مصرف مواد باشد، می بایست ابتدا توسط اداره بهزیستی شهرستان بلافاصله به مراکز درمانی معرفی شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی ذیربط ارجاع گردد و پس از انجام مراحل درمانی و اخذ گواهی پزشکی مبنی بر پایان مرحله تثبیت و درمان جسمی مصرف مواد، به انضمام خلاصه پرونده پزشکی و اقدامات مددکاری بخش درمان، در مرکز پذیرش شود.

۹-۱-۱- مراحل پذیرش در مرکز:

۹-۱-۱- برقراری ارتباط اولیه مرکز با کودک شامل تعامل مثبت و محبت آمیز توأم با احترام و پذیرش از سوی کلیه افرادی که با کودک برخورد دارند (شامل نگهبان مرکز، خدمه، مسول پذیرش، رییس مرکز، تیم تخصصی و مراقبین). هدف از برقراری این رابطه ایجاد احساس امنیت و کاستن از تنشهای ناشی از انتقال کودک به محل جدید و برخورد با افراد جدید و ناشناس و همچنین جلب اعتماد و پذیرش مرکز از سوی کودک می باشد.

۹-۱-۲- گفتگوی کوتاه (حداکثر ۱۵ دقیقه) توسط مسول پذیرش با کودک، دریافت اطلاعات اولیه، تکمیل فرم پذیرش، تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، معرفی مرکز و خدمات حمایتی آن بصورت خلاصه و قابل فهم برای کودک، امضای برگه رضایت آگاهانه کودک (و نیز سرپرست و یا همراه احتمالی) برای دریافت خدمات مرکز. لازم به ذکر است برای کودکانی که والدین آنها در دسترس نمی باشند و یا فاقد صلاحیت تشخیص داده شده اند، اخذ دستور یا حکم قضایی برای نگهداری در مرکز می بایست حداکثر ظرف یک روز کاری انجام شود لیکن وجود دستور قضایی نمی تواند جایگزین فرم رضایت آگاهانه کودک باشد.

۹-۱-۳- کودک در هنگام پذیرش از لحاظ وجود احتمالی مشکلات جسمی و غیره طی زمان اقامت در مراکز درمانی و یا قبل از آن بررسی و در صورت وجود علایم در حضور همراه کودک صورتجلسه شده، در پرونده ثبت می شود و به منظور حمایت از کودک در برابر کودک آزاری، در صورت لزوم، پیگیری های لازم انجام شود. البته ممکن است صدمات و آسیب ها عمدی نبوده باشند و ثبت آنها در پرونده صرفاً به منظور پیگیری های درمانی لازم صورت می پذیرد.

۹-۱-۴- اجرای مصاحبه روانشناس و مددکار مرکز و تکمیل فرم های مربوطه و تهیه طرح کلی درمان و حمایت با همکاری کودک و فراهم آوردن امکان تماس کودک با خانواده و سپس معرفی کودک به پرسنل و سایر کودکان و تعیین محل اقامت و تحویل تخت و کمد به وی.

۹-۲- فرایند ارزیابی وضعیت و اولویت بندی اقدامات در برنامه حمایتی کودک:

ارزیابی وضعیت در پنج بعد جسمی، عاطفی و خلقی، شناختی و شخصیتی، تربیتی و نیز اجتماعی خواهد بود که شامل ظرفیتهای قابل بهره برداری جهت حمایت و همچنین نیازهای کودک در این ابعاد خواهد بود. ارزیابی اولیه توسط مددکار اجتماعی و روانشناس مرکز و پزشک انجام خواهد شد و حداکثر مدت زمان مورد نیاز برای انجام ارزیابی و ثبت در پرونده دو روز اداری خواهد بود. انجام ارزیابی ها صرفاً منوط به مصاحبه نبوده، سایر تعاملات پرسنل تخصصی مرکز با کودک از قبیل مشاهده رفتار وی در طول مدت اقامت و نحوه تعامل او با دیگران و تغییراتی که در اثر مداخلات تخصصی در کودک و خانواده وی انجام شده اند و همچنین سایر تغییرات ایجاد شده در شرایط فردی و اجتماعی وی نیز مد نظر خواهد بود. به همین دلیل فرایند ارزیابی از یک روند مستمر و پویا برخوردار است که متناسب با نتایج آن، اقدامات و تصمیمات مربوط به کودک نیز تغییر خواهند یافت. لذا نتایج ارزیابی ها و تغییرات انجام شده در برنامه حمایتی کودک می بایست بصورت مستمر در پرونده وی ثبت گردد.

۹-۳- برنامه حمایتی شامل خدماتی که کودک در مرکز دریافت خواهد نمود و سایر خدمات و اقدامات مرتبط با کودک و خانواده وی در خارج از مرکز می باشد که به دو دسته خدمات مستقیم و خدمات خارج از مرکز و همکاری های بین بخشی تقسیم شده اند. هدف از ارائه خدمات مرکز و اجرای برنامه حمایتی رساندن کودک به سطحی از وضعیت جسمی، عاطفی، روانی، شناختی و اجتماعی است که بتواند در کنار خانواده (و یا خانواده جایگزین) سالم و یا در یک مرکز نگهداری به زندگی عادی ادامه داده، آگاهی و شناخت ها، نگرش ها، مهارت ها و شرایط لازم را برای ادامه پرهیز و عدم مصرف مواد و خودمحافظتی در برابر رفتارهای پرخطر ناشی از مصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر (شامل ارتباطات جنسی، رانندگی با سرعت بالا و غیر ایمن، رفتارهای خشونت طلبانه در سطح خانواده و جامعه و...) کسب نموده، بتواند با کنترل بر رفتار خویش و انجام رفتارهای بالغانه، از بروز مسایل و مشکلات برای افراد دیگر و جامعه نیز پیشگیری نماید.

۹-۴- نحوه ارائه خدمات مستقیم به کودک (و خانواده)

این خدمات شامل خدمات روزانه و هفتگی در مرکز و خدمات به خانواده ها برای آماده سازی پذیرش کودک و یا آماده سازی کودک برای انتقال به مراکز بلند مدت و یا انتقال به خانواده جایگزین خواهد بود و تا پایان مرحله ترخیص و پیگیری ادامه خواهد داشت. نمونه ای از این خدمات شامل ورزش، همکاری در انجام امور روزانه مرکز، بازی های گروهی، آموزش مهارت های زندگی و آموزش فنی و حرفه ای می باشد.

علاوه بر برنامه های روتین روزانه و هفتگی، برنامه هایی ویژه هریک از کودکان با هماهنگی مدیر مورد انجام می شود که از آن جمله می توان به خدمات درمانی خاص هر کودک و پیگیری آنها، جلسات مشاوره فردی با کودکان، جلسات اختصاصی کارشناس

مرکز با خانواده (که می تواند در خارج از مرکز تشکیل شود)، برنامه های ملاقات کودک با خانواده خود اشاره کرد. این اقدامات نیز می بایست براساس برنامه حمایتی کودک انجام شوند و نتایج آنها در پرونده کودک ثبت شود تا در صورت نیاز برنامه حمایتی اصلاح یا تغییر یابد. همچنین الزامی است وعده های اصلی غذای کودکان مرکز دارای نظم بوده و در ساعات مشخص اجراء گردد.

۹-۵- فرایند انجام سایر اقدامات و همکاری های بین بخشی

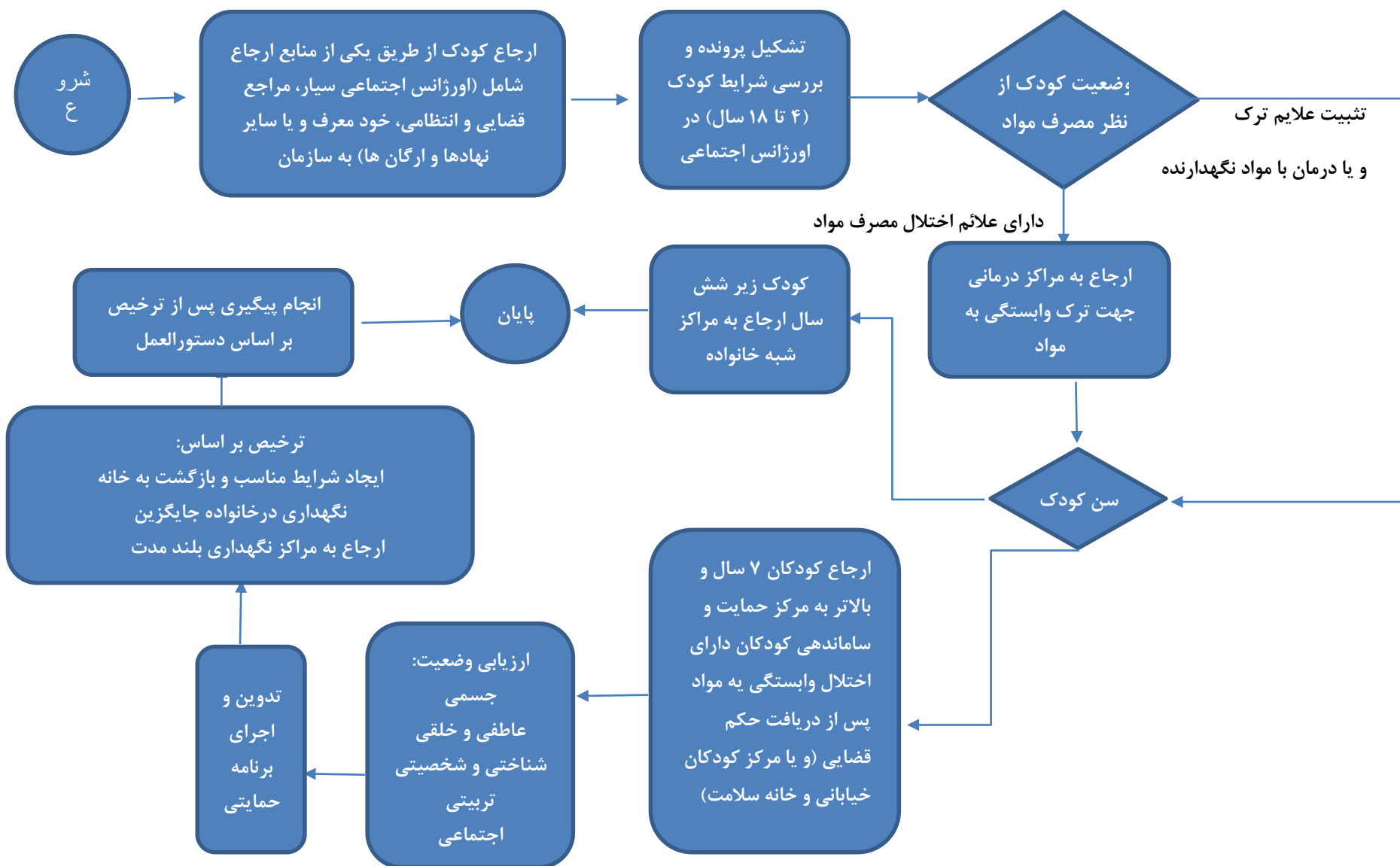
علاوه بر اقداماتی که در تعامل مستقیم پرسنل مرکز با کودک و خانواده او انجام می شود یک سری اقدامات نیز در راستای حمایت و توانمندسازی کودکان و خانواد های آنان توسط مرکز انجام می شود که خانواده و کودک دخالتی در آن ندارند از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۹-۵-۱- معرفی وضعیت کودک و خانواده وی به مراجع حمایتی، قضایی، آموزشی و تحصیلی که پس از انجام مکاتبات و حصول نتایج مورد نظر، خانواده و یا کودک از توافقات انجام شده بهره مند خواهند شد.

۹-۵-۲- پیگیری همکاری های بین بخشی می تواند توسط مددکار اجتماعی انجام شود که حاصل آن تامین امکانات و یا فرصتهایی برای کودک و خانواده وی خواهد بود. به عنوان مثال مددکار اجتماعی با پیگیری وضعیت هویتی و اخذ مدارک هویتی برای کودک (و خانواده) و یا سند رسمی طلاق، امکان پوشش اجتماعی خانواده را در قالب حمایت از زنان سرپرست خانوار فراهم نموده، پس از تامین حمایت های لازم و رسیدن کودک به شرایط روانی و تربیتی مناسب، او را به خانواده ترخیص خواهد کرد.

پ- ممکن است مددکار اجتماعی بتواند امکان برگزاری یک بازارچه خوداشتغالی برای خانواده های این کودکان در مناسبت های مقتضی ایجاد کند و یا با انجام فعالیتهای حمایت طلبی و جلب مشارکت عمومی، فرصتهای شغلی برای نوجوانان بالای ۱۵ سال فراهم نماید. این قبیل فعالیتهای مرکز نیز می بایست در یک پرونده که ویژه "فعالتهای اجتماعی" مرکز است ثبت شود و نتایج آنها نیز در گزارشات عملکردی مرکز لحاظ گردد.

۹-۶- فلوچارت روند اجرایی مرکز



ماده ۱۰: مقررات عمومی

علاوه بر موارد مندرج در مقررات عمومی موضوع آیین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت سازمان بهزیستی موارد زیر مورد نظر می باشد.

۱-۱۰- ظرفیت مرکز حداکثر ۲۰ نفر می باشد.

۲-۱۰- درخواست انتقال و جابجایی مرکز در سطح استان با هماهنگی کمیته استانی و پس از تایید کمیسیون ماده ۲۶ امکان پذیر خواهد بود.

۳-۱۰- اولویت راه اندازی مراکز با استانهایی است که امکان تامین فضای فیزیکی از سوی سازمان یا خیرین و با حداقل هزینه وجود داشته باشد.

۴-۱۰- با توجه به اهمیت اصل رازداری حرفه ای افشای نام و مشخصات گروه هدف و خانواده های آنان یا نمایش چهره آنان به هر دلیل و با هر روش (فیلم برداری، عکس، معرفی نام و شرایط پذیرش شده به منظور جلب مشارکت های مردمی و غیره) تخلف محسوب گردیده و قابل پیگیری از طریق محاکم قضایی ذیصلاح می باشد.

۵-۱۰- کلیه خدمات و حمایت های مرکز با تکیه بر دیدگاه پرهیزمدار ارائه می گردد و کلیه مراجعین می بایست پس از انجام مراحل درمانی در مراکز مجاز مطابق با ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید درمان و طی مراحل قضایی به این مراکز مراجعه نمایند.

۱-۵-۱۰- تبصره ۱: با پیگیری مددکاران اجتماعی مرکز و از طریق اداره بهزیستی شهرستان، ظرف ۲۴ ساعت برای افرادی که جهت پذیرش مراجعه مینمایند حکم یا دستور قضایی گرفته میشود.

۲-۵-۱۰- تبصره ۲: در صورت نیاز به استمرار درمان نگهدارنده پس از اینکه دوره ثبت علائم ترک در مراکز درمانی طی گردید، امکان اقامت کودکان در مرکز میسر خواهد بود، لیکن دریافت داروی نگهدارنده با تجویز پزشک و صرفاً در مرکز درمانی انجام خواهد شد.

۶-۱۰- فعالیت مرکز به صورت بسته و ارجاعی است و این مراکز مجاز به شناسایی فعال مراجعین در سطح اجتماع نمی باشند و انجام فعالیت های اطلاع رسانی همچون بروشور، پوستر، کتابچه آموزشی و غیره نیز ممنوع می باشد.

۷-۱۰- برای آغاز فعالیت مرکز، هماهنگی با مراکز درمانی سرپایی و بستری و معرفی آنها از سوی اداره کل درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اداره کل بهزیستی شهرستان مورد نیاز می باشد و لازم است متقابلاً مرکز نگهداری کودکان نیز برای انجام همکاری های مشترک به مراکز بهداشتی درمانی معرفی شود.

۸-۱۰- فعالیت مرکز، قابلیت اجرای مستقل یا اجراء در داخل مراکز کودکان خیابانی (برای پسران) و خانه های سلامت (برای دختران) را دارد لیکن می بایست شرایط سنی کودکان پذیرش شده با دختران و پسران مستقر در خانه های سلامت و مرکز کودکان خیابانی تناسب داشته باشد و روانشناسان مرکز یاد شده دوره های مربوط به اعتیاد را گذرانده باشند.

۱-۸-۱۰- تبصره: جهت اجرای فعالیت در مراکز یادشده، صدور مجوز از دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی الزامی است.

۹-۱۰- وجود هرگونه دارو جهت درمان نگهدارنده در مرکز ممنوع می باشد و کودکانی که نیاز به درمان نگهدارنده دارند، با توجه به تجویز پزشک در معیت یکی از پرسنل مرکز (ترجیحاً مددکار اجتماعی) به مرکز درمانی مراجعه کرده، داروی مورد نیاز خود را آنجا دریافت خواهند نمود.

۱۰-۱۰- ترخیص کودکان با توجه به نوع حکم پذیرش صادر شده از سوی مرجع قضایی، صرفاً با دستور قضایی و در غیر این صورت با مجوز اداره بهزیستی شهرستان و استان انجام خواهد شد. خروج (موقت) کودکان از مرکز نیز بدون هماهنگی و مجوز اداره بهزیستی شهرستان ممنوع می باشد و در صورت نیاز با مجوز قضایی می باشد.

۱۱-۱۰- مدت اقامت کودکان بطور متوسط سه ماه می باشد که با نظر تیم تخصصی مرکز حداکثر تا یک دوره دیگر قابل تمدید خواهد بود. تیم تخصصی می بایست دلایل تمدید مدت خود را به همراه مستندات مربوطه در پرونده کودک ثبت نماید. در طول این مدت تیم تخصصی مرکز می بایست زمینه لازم را برای انتقال کودک به خانواده اصلی، خانواده جایگزین و یا مراکز بلند مدت فراهم نمایند. این آمادگی شامل ایجاد آمادگی روانی و اجتماعی و مهارت آموزی به کودک و همچنین خانواده خواهد بود.

۱۲-۱۰- هدف کمی و هزینه اجرای این فعالیت برای هر استان بصورت سالانه و در قالب جداول اعتباری از سوی دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی اعلام خواهد شد.

۱۳-۱۰- موسس، مسوول فنی و نیروهای تخصصی مرکز ملزم به شرکت در دوره های آموزشی و بازآموزی پیش بینی شده و برنامه ریزی شده سازمان بهزیستی برای ایشان می باشند.

۱۴-۱۰- هر کودک با صلاح دید مسئولین مرکز مجاز است تماس تلفنی با خانواده و یا نزدیکان خود بصورت روزانه داشته باشد به نحوی که مدت مجموع تماس ها از ۳۰ دقیقه بیشتر نشود. این مورد می بایست به نحو مقتضی به اطلاع کودکان رسانده شود و بصورت مکتوب در معرض دید آنها قرار گیرد.

۱۵-۱۰- در برخورد با کودکان، همواره اصل بر اعتماد و تشویق رفتارهای مثبت آنان است و برای مقابله با رفتارهای مخرب همچون خشونت و پرخاشگری که ممکن است در اثر تاثیرات مصرف مواد و قطع مصرف روی دهد، استفاده از هرگونه تنبیه جسمی، حذف وعده های غذایی، حذف امکان تماس روزانه تلفنی، توهین و تهدید توسط هر یک از پرسنل مرکز اکیداً ممنوع می باشد. برای کنترل رفتارهای تهاجمی کودکان نسبت به یکدیگر و یا نسبت به خود، بهتر است از راهبردهای تغییر رفتار شامل تذکر مستقیم، نادیده گرفتن، انتخاب پیامد، و اتاق خلوت و تکنیکهای آرام سازی توسط متخصصین مرکز انجام شود و در صورت وجود تنش بالا، ارجاع به پزشک و روانپزشک و دارودرمانی مجاز می باشد.

۱۶-۱۰- کلیه پرسنل مرکز می بایست نمونه ای از گذشت و مهربانی، تعلق به جمع و همکاری نسبت به یکدیگر و نسبت به کودکان باشند و فضایی در مرکز ایجاد کنند که کودکان بتوانند با احساس آرامش و امنیت کامل بر روی تقویت مهارتها و انگیزه برای رشد و درمان خود متمرکز شوند. لذا می بایست از صحبت های تنش زا همچون مسایل روزمره جامعه، تورم، حوادث دلخراش و وحشت زا و سایر اتفاقاتی که ممکن است در زندگی شخصی پرسنل پیش آید چه در گفتگوی تلفنی و چه بصورت گفتگوی پرسنل با یکدیگر در مرکز پرهیز گردد. در برنامه های اجرایی مرکز نیز می بایست این موضوع رعایت شود و هرگونه مسولیتی هم بصورت چرخشی بین کودکان توزیع گردد تا بدین طریق بجای ایجاد حس رقابت جویی و حسادت، روحیه همکاری و محبت در مرکز جاری گردد.

۱۷-۱۰- مرکز موظف است علاوه بر پرونده شخصی برای هر کودک، دفتری نیز جهت ثبت گزارشات روزانه مرکز (که دارای شماره صفحات حک شده می باشد) در نظر بگیرد که کلیه مریبان در تمام شیفت های کاری موظف به تکمیل آن هستند. سرپرست هر شیفت موظف است در ابتدای شروع شیفت کاری خود گزارش شیفت قبل را مطالعه و تحویل گرفته و امضا نماید و هرگونه مورد خاصی که در خصوص هر یک از کودکان در شیفت قبلی وجود داشته را به مسئول فنی اعلام نماید تا اقدامات مورد نیاز احتمالی صورت پذیرد.

۱۰-۱۸- فضای و تجهیزات مرکز مجری این فعالیت متناسب با شرایط سنی و جنس کودکان بوده و بگونه ای تامین خواهد شد که فضای مرکز فضای دوستدار کودک و نوجوان باشد.

۱۰-۱۹- در تمام فرایندهای اجرایی، اولویت با فراهم نمودن امکان بازگشت کودکان به جامعه با اولویت خانواده اصلی، اقوام و نهایتاً خانواده جایگزین (با هماهنگی دفتر شبه خانواده) و در نظر گرفتن امکان پذیرش کودکان در مراکز بلند مدت به عنوان آخرین اقدام ممکن است. ۱۰-۲۰- توجه به اصل فردیت در ارائه خدمات و برنامه ها و اهمیت قایل بودن به نظر و دیدگاه کودکان الزامی است. و رویکرد مدیریت مورد در این زمینه کارآیی دارد.

۱۰-۲۱- توجه به ملاحظات اخلاقی و قانونی شامل اصل رازداری حرفه ای و رضایت و موافقت آگاهانه کودک (و یا سرپرست قانونی) در تصمیم گیری ها الزامی است.

ماده ۱۱ - نحوه نظارت و ساختار کمیته های تخصصی

۱۱-۱- نحوه نظارت:

نحوه نظارت بر عملکرد مراکز مطابق با موارد مندرج در آیین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت سازمان بهزیستی می باشد. علاوه بر موارد فوق بهزیستی شهرستان موظف است هر ماه یکبار از مراکز یاد شده بازدید بعمل آورد و گزارش بازدید خود را به اداره کل بهزیستی استان ارسال نماید. بهزیستی استان موظف است موارد مندرج در گزارش را رصد و تا رسیدن به نتیجه مطلوب پیگیری نماید. همچنین بهزیستی استان موظف است هر سه ماه یکبار از مراکز یاد شده بازدید بعمل آورد و گزارش بازدید خود را به دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی ارسال نماید. دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی نیز موظف است موارد مندرج در گزارش را رصد و تا رسیدن به نتیجه مطلوب پیگیری نماید.

۱۱-۲- کمیته ستادی

۱۱-۲-۱- اعضای کمیته ستادی عبارتند از:

- ۱- معاون امور اجتماعی بهزیستی کشور (رئیس کمیته).
 - ۲- مدیر کل / معاون دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی (نایب رییس کمیته).
 - ۳- کارشناس مسئول نظارت بر مراکز نگهداری میان مدت کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مبتلا به اختلال مصرف مواد (دبیر کمیته).
 - ۴- رییس گروه مطالعات و برنامه ریزی اورژانس اجتماعی (عضو کمیته).
 - ۵- رییس گروه مطالعه و برنامه ریزی امور آسیب دیدگان اجتماعی (عضو کمیته).
- تبصره ۱: در صورت لزوم از معاون امور اجتماعی بهزیستی استان جهت شرکت در جلسه دعوت به عمل می آید.
- تبصره ۲: در جلسات رسیدگی به تخلفات و شکایات، از نماینده دفتر حقوقی دعوت به عمل می آید.
- تبصره ۳: در صورت لزوم از نماینده دفتر حراست دعوت به عمل می آید.

۱۱-۲-۲- وظایف و اختیارات کمیته ستادی:

- ۱- تعیین میزان هدف کمی و هزینه سرانه فعالیت در سطح ملی و برش استانی آن در هر سال و پیگیری ابلاغ آن به استانها.
- ۲- اعلام برنامه جهت بازدیدها و تهیه شاخص های نظارت بر مراکز.
- ۳- در صورت لزوم اعزام کارشناسان جهت بازدید و ارزیابی عملکرد مرکز و ثبت نتایج در دفاتر بازدید و همچنین تهیه گزارشات.
- ۴- نظارت بر عملکرد کمیته استانی.

۱۱-۳- کمیته استانی

۱۱-۳-۱- اعضای کمیته استانی عبارتند از:

- ۱- مدیر کل استان (رئیس کمیته).
 - ۲- معاون امور اجتماعی (دبیر کمیته).
 - ۳- کارشناس مسوول اورژانس اجتماعی استان.
 - ۴- کارشناس مسوول امور آسیب دیدگان اجتماعی استان.
 - ۵- رئیس اداره بهزیستی شهرستان.
 - ۶- کارشناس مسوول امور اجتماعی شهرستان.
 - ۷- کارشناس رابط امور آسیب دیدگان اجتماعی شهرستان.
- ۱۱-۳-۱-۱- مرکز می بایست به صورت ماهیانه توسط کارشناس رابط امور آسیب دیدگان اجتماعی شهرستان بازدید شده و گزارش آن به کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی استان ارسال گردد. همچنین مرکز می بایست حداقل به صورت سه ماهه توسط کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی استان بازدید شود.
- ۱۱-۳-۱-۲- جلسات کمیته استانی با حضور حداکثر اعضاء رسمیت یافته و تصمیمات متخذه در جلسات استانی با اکثریت آراء معتبر می باشد.
- ۱۱-۳-۱-۳- در جلسات رسیدگی به تخلفات و شکایات از مرکز، موسس یا مسوول مرکز جهت شرکت در جلسه و پاسخ گوئی و همچنین، از مسوول امور حقوقی بهزیستی استان دعوت به عمل می آید.
- ۱۱-۳-۱-۴- مصوبات کمیته استانی با تائید مدیر کل بهزیستی استان قابل اجرا میباشد.

۱۱-۳-۲- وظایف و اختیارات کمیته استانی:

- ۱- بررسی تخلف یا شکایات منعکس شده از سوی ادارات بهزیستی شهرستان ها و انجام اقدامات و همکاری های لازم جهت انجام بازدیدهای لازم و صدور اخطار های اول و دوم به مراکز خاطی توسط کمیسیون ماده ۲۶ استان.
- ۲- بررسی گزارش شهرستانها در مورد ساختمان، تعیین ظرفیت، نام و آرم مراکز و ارسال آن به کمیسیون ماده ۲۶ استان.
- ۳- تشکیل جلسات کمیته استانی بصورت حداقل هر سه ماه یکبار و ارسال صورت جلسات آن به کمیسیون ستادی حداکثر ظرف سه روز از تاریخ جلسه.

- ۴- ارسال دستورالعمل ها، شیوه نامه ها و بخشنامه های مرتبط به مسول فنی مرکز.
- ۵- بررسی و تعیین تکلیف در خصوص شکایات و اختلافات (تاثیر گذار بر روند مدیریت مرکز) بین موسسین و مسول فنی.
- ۶- بررسی درخواست انتقال و جا به جایی مراکز در سطح استان و ارسال آن به کمیسیون ماده ۲۶ استان.
- ۷- بررسی درخواست تعطیلی موقت و یا لغو مجوز مرکز و ارسال آن به کمیسیون ماده ۲۶ استان.
- ۸- نیازسنجی در سطح استان در خصوص تعداد مراکز مورد نیاز و مناطق نیازمند تاسیس مرکز.
- ۹- انجام بازدید از مرکز و ثبت موارد در دفتر بازدید.
- ۱۰- نظارت بر نحوه صدور تذکر کتبی توسط بهزیستی شهرستان از طریق بررسی رونوشتهای ارسالی از بهزیستی شهرستان.
- ۱۱- نظارت بر عملکرد شهرستان و مرکز در چگونگی جذب و نحوه هزینه کرد اعتبارات و کمکهای دریافتی (نقدی و غیر نقدی) و بررسی گردش مالی سالیانه مرکز

ماده ۱۰- این دستورالعمل در ۱۱ ماده در تاریخ ۲۶-۶-۱۴۰۰ به تصویب شورای معاونین سازمان رسیده و از زمان ابلاغ لازم الاجرا خواهد بود.

منابع فارسی:

- ۱- حبیبی م، عاشوری ا، باقریان سرارودی ر. (۱۳۹۱). *پیشگیری از اعتیاد در کودکان و نوجوانان: مروری بر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی*. تحقیقات علوم رفتاری/دوره ۱۰ شماره ۲۷ (پبی در پی)/ ویژه سلامت روان ۱۳۹۱ صص ۵۷۴-۵۸۷.
- ۲- بابایی، ن. (۱۳۶۹). *نگرشی بر پدیده بی‌سرپرستی و مشکلات فرزندان دور از خانواده*. تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور ص ۹.
- ۳- حصارسرخ، ر. اصغری نکاح، س.م. لعل‌زاده کندکلی، ا. پروانه، ا. (۱۳۹۵). *مقایسه پرخاشگری و دانش هیجانی کودکان پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست با کودکان عادی*. فصلنامه سلامت روانی کودک، دوره ۳، شماره ۲، تابستان ۹۵ صص ۷۷-۸۵.
- ۴- سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور. ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۲)
- ۵- صرامی، حمید و دیگران (۱۳۹۱) *بررسی ۴ دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران*، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان (۱۳۹۲) صص ۲۹-۵۲
- ۶- طاووسی، م. حیدرنیا، ع. منتظری، ع. طارمیان، ف. حاجی‌زاده، ا. غفرانی، ف.ا. (۱۳۸۹). *توسعه نظریه عمل منطقی با سازه خودکارآمدی و مقایسه برآزش و پیش‌بینی‌کنندگی آن با نسخه اولیه این نظریه با روش تحلیل مسیر، برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان*. مجله پزشکی هرمزگان، سال ۱۴ شماره اول بهار ۸۹ صص ۴-۵۴.
- ۷- قنبری، علی. ربیعی، کامران (۱۳۹۳). *سبب‌شناسی تغییرات الگوی مصرف مواد مخدر در میان شهروندان جمهوری اسلامی ایران*. فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی. سال چهارم، شماره پانزدهم. تابستان ۹۴. صص ۲۴۶-۲۶۹
- ۸- معارف‌وند م و دیگران (۱۳۹۵). *مداخلات مبتنی بر شواهد در مددکاری اجتماعی*. تهران. انتشارات رسانه تخصصی. چاپ اول ۱۳۹۵. شابک: ۹-۲۲۵-۶۰۰-۹۷۸.
- ۹- معارف‌وند، م. عین‌الیقین، ن. ارشد، ل. (۱۳۹۴). *راهنمای جامع مداخلات مددکاری اجتماعی در مراکز درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد*. تهران انتشارات سازمان بهزیستی.
- ۱۰- وامقی، م. روشنفکر، پ. (۱۳۹۶). *ارزیابی سریع و پاسخ به وضعیت رفتارهای پرخطر و اچ آی وی در کودکان خیابانی استان کشور*. مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور و مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. وزیران، محسن. و دیگران (۱۳۸۴). *طرح ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، راهنمای درمان اعتیاد ویژه پزشکان*. تهران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌ها.

منابع انگلیسی:

- ۱- Ahmadi, F. Jahan-Tigh, S. Taghipour, E. & Khodabakhshi kolaee, A. (۲۰۱۰). The relationship between attachment style and identity in adolescents ۱۵ to ۱۸ years old with substance abuse. *Journal of Contemporary Psychology* ۵.
- ۲- Ahmadi, J. Motamed, F. (۲۰۰۳). Treatment success rate among Iranian opioid dependents. *Subst Use Misuse*. ۲۰۰۳ Jan; ۳۸ (۱): ۱۵۱-۶۳.
- ۳- Barter, K. (۲۰۰۱). Building Community: A Conceptual Framework for Child Protection. *Child Abuse Review*. July ۲۰۰۱; ۱۰ (۴): ۲۶۲-۲۷۸.
- ۴- Celeste Burke, Anna. (۱۹۹۷). PhD, John D. Clapp, PhD, Ideology and Social Work Practice in Substance Abuse Settings, *Social Work*, Volume ۴۲, Issue ۶, November ۱۹۹۷, Pages ۵۵۲-۵۶۲.
- ۵- Connors, G.J. et al. (۲۰۰۱). Substance abuse treatment and stages of change. New York: the Guilford press.
- ۶- Daley, DC. Marlatt, GA, Spotts, (۲۰۰۳). CE. Relapse prevention: Clinical models and intervention strategies. In: Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB, editors. Principles of addiction medicine. ۳rd ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine; ۲۰۰۳. pp. ۴۶۷-۴۸۵.
- ۷- Eslami AA, Ghofranipour F, Bonab BG, Zadeh DS, Shokravi FA, Tabatabaie MG. (۲۰۱۰). Health problem behaviors in Iranian adolescents: a study of cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *J Res Med Sci* ۲۰۱۰; ۱۵ (۳): ۱۵۵-۶۶
- ۸- Firouz kouhi Moghadam M, Hashemian SS, Pishjoo M, Ghasemi S, Hajebi A, Noroozi A. (۲۰۱۶). Inpatient Opioid Withdrawal Management of Street Children and Adolescents Admitted to Child and Adolescent Psychiatric Ward: A Preliminary Case Series. *Iran J Pediatr*; ۲۶(۴): ۵۰۱۳۳. [doi: ۱۰,۵۸۱۲/ijp.۵۱۳۳]

- ۹- Galvani, Sarah; Dance, Cherilyn; Hutchinson, Aisha. (۲۰۱۱). From the front line: alcohol, drugs and social care practice. A national study. University of Bedfordshire.
- ۱۰-
- ۱۱- GBD ۲۰۱۶, (۲۰۱۷). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for ۳۲۸ diseases and injuries for ۱۹۵ countries, ۱۹۹۰–۲۰۱۶: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study ۲۰۱۶. *Lancet* ۲۰۱۷; ۳۹۰: ۱۲۱۱–۵۹.
- ۱۲- Ghodse, H., Herrman, H., Maj, M., Sartorius, N., (۲۰۱۱). *Substance Abuse Disorders-Evidence and Experience*, Wiley-Black-well
- ۱۳- Ghoreishi SMS, Shahbazi F, Mirtorabi SD, Ghadirzadeh MR, Hashemi Nazari SS. (۲۰۱۷) Epidemiological Study of Mortality Rate from Alcohol and Illicit Drug Abuse in Iran. *J Res Health Sci.* ۲۰۱۷ Oct ۱۴; ۱۷ (۴):e۰۰۳۹۵.
- ۱۴- Gilbert, N. (۱۹۹۷). *Combatting Child Abuse International Perspectives and Trends*. Oxford University Press. ISBN ۰-۱۹-۵۱۰۰۹-۳.
- ۱۵- Goodman, A. (۲۰۰۹). *Social Work with Drug and Substance Misusers*. ۲nd edition Exeter: Learning Matters Ltd.
- ۱۶-
- ۱۷- Hudson, A. Nandy, k. (۲۰۱۲). Comparisons of substance abuse, high-risk sexual behavior and depressive symptoms among homeless youth with and without a history of foster care placement, *Contemporary Nurse*, ۴۲(۲), ۱۷۸-۱۸۶. DOI: ۱۰,۵۱۷۲/conu.۲۰۱۲,۴۲,۲,۱۷۸
- ۱۸- Kipke, M. D., Montgomery, S. B., Simon, T. R., & Iverson, E. F. (۱۹۹۷). “Substance Abuse” Disorders among Runaway and Homeless Youth. *Substance Use & Misuse*, ۳۲(۷-۸), ۹۶۹–۹۸۶. doi:۱۰,۳۱۰۹/۱۰,۸۲۶,۸۹۷,۹,۵۵۸۶۶
- ۱۹- Lawrenson, F. (۱۹۹۷). Runaway children: Whose problem? A history of running away should be taken seriously: It may indicate abuse. *British Medical Journal*, ۳۱۴(۷۰۸۷), ۱۰۶۴.
- ۲۰- Lorenz, W. (۱۹۹۴). *Social Work in a Changing Europe*. Routledge, ۱۹۹۴.

- ۲۱- Loughran, H. Hohman, M. Finnegan, D. (۲۰۱۰). Predictors of Role Legitimacy and Role Adequacy of Social Workers Working with Substance-Using Clients. *British Journal of Social Work*, ۴۰:۲۳۹-۲۵۶.
- ۲۲- Mallett, S., Rosenthal, D., Myers, P., Milburn, N., & Rotheram-Borus, M. J. (۲۰۰۴). Practicing homelessness: A typology approach to young people's daily routines. *Journal of Adolescence*, ۲۷(۳), ۳۳۷-۳۴۹.
- ۲۳- Mansori k, soori H, Farnaghi F, Khodakarim S, Mansouri hanis Sh, Khodadost M. (۲۰۱۶). A case-control study on risk factors for unintentional childhood poisoning in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*. ۲۰۱۶ (Apr ۱۳) vol. ۳۰:۳۰۰.
- ۲۴- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (۱۹۹۷). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders, Second Edition October ۲۰۰۳.
- ۲۵- Payne, M. (۲۰۰۵). *The Origins of Social Work: Change and Continuity*. New York: Palgrave Macmillan.
- ۲۶- Practice Governance Group. (۲۰۰۹). *the role of chief social work officer*. Scottish Government. ۱۵ Jul ۲۰۱۶.
- ۲۷- Slesnick, N., Meyers, R. J., Meade, M., & Segelken, D. H. (۲۰۰۰). Bleak and hopeless no more: Engagement of reluctant substance-abusing runaway youth and their families. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ۱۹(۳), ۲۱۵-۲۲۲.
- ۲۸- Smith, M. Whitaker, T. Weismiller, T. (۲۰۰۶). 'Social workers in substance abuse treatment field: A snapshot of service activities'. *Health and Social Work*, ۳۱ (۲): ۱۵-۱۰۹.
- ۲۹- Thompson, R.A., Amato, P.R., (۱۹۹۹). *The Postdivorce Family*, N.Y. sage Publications, ۱۹۹۹ PP ۲۶-۳۱.
- ۳۰- Thompson, S. J., Bender, K., Windsor, L., Cook, M. S., & Williams, T. (۲۰۱۰). Homeless Youth: Characteristics, Contributing Factors, and Service Options. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, ۲۰(۲), ۱۹۳-۲۱۷.

၃၁- UNDP. (၂၀၂၀). Human development index; data on burden of disease (disability-adjusted life years). The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, GBD Compare, ၂၀၂၀. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

၃၂- UNODC (United Nations Office in Drugs and Crime). (၂၀၂၁). World Drug Report ၂၀၂၁: opioid crisis, prescription drug abuse expands; cocaine and opium hit record highs. United Nations Office on Drugs and Crime; ၂၆ June ၂၀၂၁. United Nations publication (Sales No. E.၂၁.XI.၇)

၃၃- Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems. Am Psychol J ၂၀၀၄; ၄:၂၂၄-၂၃၀

فرم پذیرش اولیه

تاریخ :

فرم شماره ۱

شماره نامه ارجاعی :

نام و نام خانوادگی :

نام مستعار :

نام پدر :

محل تولد :

سن :

ش.ش :

تابعیت :

کدملی :

مذهب :

تحصیلات :

نوع مصرف فعلی مواد :

دودی / تدخینی خوردن تزریقی انفیه / استشناقی مالیدن به

لته

نوع ماده مصرفی :

تریاک هروئین گل شیشه حشیش

ترامادول غیره :

خانواده دارد یا نه ؟

بله خیر رضایت نامه کتبی : دارد ندارد

آدرس محل سکونت :

شماره تماس اعضای خانواده :

شماره تماس مددجو :

جمع بندی :

فرم رضایت آگاهانه ولی / مددجو

فرم شماره ۲

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه تاریخ :

صادر از متولد سال تلفن تماس به

نشانی
ولی قانونی مددجو فرزند به شماره شناسنامه

متولد

رضایت کامل خود با حضور جهت انجام اقدامات درمانی و دریافت خدمات پزشکی، روانشناختی ، مددکاری که توسط مرکز به مدت حداقل انجام می شود را اعلام می دارم و اینجانب در کمال هوشیاری توضیحات قبل از شروع درمان و اقدامات فوق را از مسئولین مرکز امید ۱ و ۲ / مهر ۱ و ۲ شنیده ام و با علم و آگاهی کامل ضمن اعتماد به مرکز متعهد می شود که کلیه پیامدهای آن را بپذیرم.

امضا و اثر انگشت مددجو و ولی مددجو

فرم مربوط به خدمات روانشناختی و مشاوره‌ی مرکز (در اول هر هفته و با مشارکت و اطلاع کودک بوسیله مادر تکمیل شود و در آخر هفته با مشارکت کودک نهایی شود و دلایل عدم تحقق آن ذکر شود)

فرم شماره ۴ : تاریخ : نام و خانوادگی مراجع : نام پدر : تاریخ تولد:
 شماره شناسنامه : تاریخ پذیرش : برنامه از تاریخ : تا تاریخ :

| ایام هفته | مشاوره فردی | مهارت‌های زندگی | کلاس خلاقیت و نقاشی | فیلم آموزشی | بازی درمانی | کتاب خوانی | آموزش قران و آموزه‌های دینی | آموزش مهارت‌های اجتماعی | مشاوره با خانواده | مشاوره تحصیلی و شغلی | مشاوره گروهی | آزمون‌های روانی و تشخیصی | کلاس‌های بازتوانی اعتبار | کلاس‌های آموزش جانبی | امتیاز انجام تکالیف |
|-----------|-------------|-----------------|---------------------|-------------|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|
| شنبه | | | | | | | | | | | | | | | |
| یکشنبه | | | | | | | | | | | | | | | |
| دو شنبه | | | | | | | | | | | | | | | |
| سه شنبه | | | | | | | | | | | | | | | |
| چهارشنبه | | | | | | | | | | | | | | | |
| پنج شنبه | | | | | | | | | | | | | | | |
| جمعه | | | | | | | | | | | | | | | |

نام و توضیحات روانشناس :

نام و توضیحات مربی :

نام و توضیحات کودک :

فرم گزارش روانشناس از جلسات مشاوره

فرم شماره ۵ : تاریخ : شماره جلسه : نام و نام خانوادگی مددجو :
نام پدر : سال تولد : شماره شناسنامه :

شرح حال (تاریخچه) مختصر مراجع:

تشخیص مشکل / اهم مشکلات:

خلاصه ی کوتاه از جلسات قبل :

شرح وضعیت بالینی و فرایند درمانی مراجع :

نام و امضا روانشناس :

فرم مربوط به جلسات بازی درمانی فردی و گروهی
(این فرم برای هر جلسه یک نسخه تکمیل و سپس تکثیر شده و در پرونده کلیه کودکان قرار میگیرد)

شماره جلسه :

تاریخ :

فرم شماره ۶

تاریخ پذیرش :

نام و نام خانوادگی مددجو (یان) :

خلاصه ای از جلسات قبل :

فرایند ارتباط درمانی با مراجع (کودک / نوجوان) :

اقدامات درمانی صورت گرفته و شرح فرایند درمانی (شرح نوع بازی ها) :

جمع بندی :

نام و امضا کارشناس :

فرم جلسات مشاوره‌ی گروهی
(این فرم برای هر جلسه یک نسخه تکمیل و سپس تکثیر شده و در پرونده کلیه کودکان قرار میگیرد)

فرم شماره ۷

موضوع جلسه‌ی مشاوره‌ی گروهی :

شماره جلسه :

تاریخ :

شرکت کنندگان: نام

گزارش فرایند جلسات مشاوره گروهی :

جمع بندی :

نام و امضا کارشناس :

.

فرم شماره ۸

تاریخ: شماره جلسه:

گزارش مربوط به کلاس آموزشی توسط کارشناس و اهم موضوعات مطرح شده و تکنیک های استفاده شده (این آموزش ها بر اساس گزارش مربی از وضعیت تربیتی کودکان و همچنین بر اساس ارزیابی روانشناس از مهارتهای ۱۰ گانه زندگی کودک برنامه ریزی می گردد).

نام مهارت (های) مورد آموزش:

شرکت کنندگان: نام

نام و امضا کارشناس:

فرم مربوط به جلسات بازتوانی اکتیاد
(این فرم برای هر جلسه یک نسخه تکمیل و سپس تکثیر شده و در پرونده کلیه کودکان قرار میگیرد)

فرم شماره ۹

تاریخ :

شماره جلسه :

گزارش مربوط به کلاس آموزشی توسط روانشناس :

جمع بندی :

نام و امضا روانشناس :

فرم مربوط به جلسات مشاوره‌ی خانواده
(این فرم برای هر جلسه یک نسخه تکمیل و سپس تکثیر شده و در پرونده کلیه کودکان قرار میگیرد)

فرم شماره ۱۰

تاریخ : شماره جلسه : نام و نام خانوادگی مددجو : نام پدر :
شماره شناسنامه : تاریخ پذیرش :

خلاصه ای از جلسات قبل :

شرح فرایند درمانی با مراجع (کودک / نوجوان) :

جمع بندی :

نام و امضا کارشناس :

فرم مربوط به کلاس های خلاقیت و آموزش های هنری

(این فرم برای هر جلسه یک نسخه تکمیل و سپس تکثیر شده و در پرونده کلیه کودکان قرار میگیرد)

فرم شماره ۱۱

شماره جلسه :

تاریخ :

گزارش مربوط به کلاس آموزشی توسط روانشناس :

نام و امضا روانشناس :

خلاصه پرونده روانشناسی مانده مددجو
فرم برنامه های روانشناختی

از تاریخ : تا تاریخ : نام و نام خانوادگی مددجو : شماره پرونده :

| عنوان برنامه | تاریخها | جمع ساعت / تعداد | توضیحات (عنوان جلسه / آزمون / کلاس و...) و نتیجه |
|------------------------------|---------|------------------|--|
| مشاوره | | | |
| نام آزمون (های) روانشناختی | | | |
| فیلم آموزشی و کتابخوانی | | | |
| بازی درمانی | | | |
| کلاس خلاقیت و نقاشی | | | |
| کلاس مهارت های ده گانه زندگی | | | |
| مشاوره با خانواده مددجو | | | |
| گروه درمانی | | | |
| آموزش قرآن و آموزه های دینی | | | |
| بازتوانی اعتیاد | | | |
| آموزش مهارت های اجتماعی | | | |

نام و امضا روانشناس :

جمع بندی روانشناس :

فرم جامع مددکاری اجتماعی

مددکار اجتماعی :

تاریخ پذیرش:

مشخصات فردی

| | | | | |
|---|--------------|-----------|------------------|----------|
| نام و نام خانوادگی : | نام مستعار : | نام پدر : | شماره شناسنامه : | کد ملی : |
| تاریخ تولد : | محل تولد : | تابعیت : | وضعیت سواد : | |
| آدرس محل سکونت : | تلفن : | | | |
| وضعیت تاهل : ازدواج نکرده <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متارکه / طلاق / فوت همسر <input type="checkbox"/> | | | | |

محل سکونت : شهر روستا وضعیت مهاجرت: بومی مهاجر

بعد خانوار فرزند چندم خانواده : سابقه اعتیاد پدر سابقه اعتیاد مادر سابقه اعتیاد برادر و خواهر

سرپرست خانواده شاغل : بله خیر نوع کار میانگین درآمد ماهانه خانواده.....

کودک سابقه درمان اعتیاد دارد ندارد

در صورت وجود سابقه درمان، نوع درمان: خود درمانی درمان در مراکز درمانی درمان در مراکز بهزیستی

تحصیلات سرپرست خانواده سن سرپرست خانواده

نوع سرپرستی خانواده : زن سرپرست مرد سرپرست خودسرپرست

وضعیت خانوادگی : دارای پدر و مادر تک والد پدر تک والد مادر

وضعیت حضور سرپرست: وجود سرپرست سالم در خانواده زندانی بودن سرپرست متواری بودن

سرپرست اعتیاد شدید سرپرست

شرایط فعلی مادر کودک: حاضر و سالم حاضر و مبتلا به اعتیاد حاضر و مبتلا به بیماری جسمی یا معلولیت

شدید عدم حضور مادر حاضر اما زندگی در خارج از خانواده (ازدواج مجدد)

۱- مشخصات اعضای خانواده :

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سن | نسبت | تحصیلات | وضعیت تاهل | شغل | میزان درآمد | وضعیت سلامت | ملاحظات |
|------|--------------------|----|------|---------|------------|-----|-------------|-------------|---------|
| | | | | | | | | | |

۲- مشخصات موسسات و افرادی که می توانند در فرایند باز توانی کودک و خانواده کمک کنند :

| ردیف | نام و نام خانوادگی | جنس | نسبت | سن | شغل | نوع حمایت | نشانی و تلفن |
|------|--------------------|-----|------|----|-----|-----------|--------------|
| | | | | | | | |

۳- وضعیت جسمانی و روانی :

از نظر جسمانی : سالم بیمار نوع بیماری جسمانی :

از نظر روانی : سالم بیمار نوع بیماری روانی (بر اساس تشخیص روانشناس) :

از نظر معلولیت : سالم بیمار نوع معلولیت :

سابقه قبلی مصرف مواد : بله خیر نوع مواد مصرفی در گذشته:

۴- وضعیت اقتصادی اجتماعی کودک (و خانواده) :

۴-۱ وضعیت اشتغال : شغل دارد ندارد نوع شغل :

۴-۲ منابع درآمد فعلی مددجو (و خانواده) :

۴-۳ سابقه کیفی کودک دارد ندارد

۴-۴ وضعیت مسکن : بی خانمان شخصی آجاره ای سازمانی رهنی پدري واگذاری سایر

۴-۵ خلاصه ای از وضعیت اجتماعی و فرهنگی کودک و خانواده: (خانواده سنتی، مدرن یا متوسط شهری، ارتباطات فامیلی محدود یا گسترده، شبکه ارتباطات اجتماعی با فامیل، همسایگان یا همکاران و دوستان، متوسط سطح اقتصادی و اجتماعی شبکه ارتباطی خانواده، وضعیت مصرف مواد در بین شبکه ارتباطی خانواده، وضعیت مصرف مواد در منطقه سکونت، وضعیت مصرف مواد در بین دوستان و گروه همسالان،)

۵- ارزشها و آرزوهای کودک برای آینده:

۶- خلاصه ای از تاریخچه زندگی کودک از زبان خودش:

۷- تاریخچه ابتلا به اختلال مصرف مواد از بیان کودک (از زمان ابتلا تا کنون):

۸- تاریخچه درمان های قبلی از بیان کودک : شامل پاسخ به سوالات زیر

| ملاحظات | چطور پایان یافت؟ (فرار، ترخیص بخاطر اتمام دوره، پذیرش در مرکز دیگر، بهبود اختلال و...) | چقدر طول کشید؟ | چطور بود؟ (خوب، بد، سخت، آسان، ...) | به چه روشی؟ | در کجا؟ (منزل، مرکز درمانی، کمپ و...) | چند وقت پیش؟ | ردیف |
|---------|--|----------------|-------------------------------------|-------------|---------------------------------------|--------------|------|
| | | | | | | | ۱ |
| | | | | | | | ۲ |
| | | | | | | | ۳ |
| | | | | | | | ۴ |
| | | | | | | | ۵ |
| | | | | | | | ۶ |

۹- اولویتهای کودک برای اقدامات:

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

۱۰- اولویتهای خانواده برای اقدامات:

- ۱-
- ۲-
- ۳-
- ۴-
- ۵-

۱۱- نقاط قوت (منابع محیطی و اجتماعی) و فرصتهای (منابع فردی و خانوادگی) خانواده و کودک (با مشارکت کودک و خانواده تکمیل گردد):

- ۱.
- ۲.
- ۳.

۴.

۵.

۶.

۷.

۸.

۹.

۱۰.

۱۱.

۱۲- تهدیدها(موانع محیطی و اجتماعی) و چالشهای (موانع فردی و خانوادگی) کودک و خانواده(با مشارکت کودک و خانواده تکمیل گردد):

۱.

۲.

۳.

۱۳- تجزیه و تحلیل شرایط کودک، خانواده و محیط اجتماعی (تحلیل تاثیرات متقابل فرصتها و امکانات با نیازها و چالشها در کودک، خانواده و محیط اجتماعی او بر ابعاد چهارگانه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کودک)

۱۴- اهداف باز توانی کودک و خانواده(پس از تجزیه و تحلیل وضعیت اجتماعی و اقتصادی کودک و خانواده و نیز با هماهنگی با برنامه های درمانی روانشناس مرکز و با مشارکت کودک (و در صورت دسترسی، با مشارکت خانواده) تدوین می گردد):

۱.

۲.

۳.

۴.

۱۵- برنامه عملیاتی برای باز توانی کودک و خانواده با ذکر اولویت کوتاهمدت (تا یک هفته) میان مدت (تا سه ماه) بلند مدت (تا یک سال بعد از ترخیص از مرکز). این برنامه پس از تجزیه و تحلیل وضعیت اجتماعی و اقتصادی کودک و

خانواده و نیز با هماهنگی با برنامه های درمانی روانشناس مرکز و با مشارکت کودک (و در صورت دسترسی، با مشارکت خانواده) تدوین می گردد:

| ردیف | عنوان فعالیت | زمان شروع | زمان پایان | فعالیت(های) پیش شماره | وظایف کودک | وظایف مددکار اجتماعی | وظایف خانواده | نتایج مورد انتظار | شرح فعالیت |
|------|--------------|-----------|------------|-----------------------|------------|----------------------|---------------|-------------------|------------|
| ۱ | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

نام و امضا مددکار اجتماعی
 نام و توضیحات کودک / خانواده:

فرم جلسات گروهی مددکار اجتماعی (این فرم برای هر جلسه یک نسخه تکمیل و پس تکثیر شده و در پرونده کلیه کودکان قرار میگیرد)

موضوع جلسه:

شماره جلسه:

تاریخ:

شرکت کنندگان: نام، سمت (و شماره تماس)

گزارش فرایند جلسه:

جمع بندی و نتایج حاصله:

امضای مددکار اجتماعی و افراد حاضر در جلسه:

فرم گزارش اقدامات مددکار اجتماعی

شماره پرونده :

نام و نام خانوادگی مددجو :

تا تاریخ :

از تاریخ :

| ردیف | عنوان اقدام | شماره اقدام در برنامه | تاریخ انجام | شرح اقدام انجام شده | نتایج |
|------|-------------|-----------------------|-------------|---------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

نام و امضا مددکار اجتماعی

فرم ارزیابی تربیتی کودک توسط مربی (حد اکثر در طی سه روز از زمان پذیرش تکمیل شود)

| ردیف | عنوان | دارای مهارت است (بله یا خیر) | نیاز به آموزش دارد (بله یا خیر) | نتیجه اقدامات (توضیح) |
|------|--|------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| ۱ | مهارت رعایت ادب و سلام کردن، | | | |
| ۲ | مهارت بین صحبت دیگران نپردن و به نوبت صحبت کردن، | | | |
| ۳ | مهارت گوش کردن به صحبت های دیگران | | | |
| ۴ | مهارت گوش کردن به صحبت های دیگران | | | |
| ۵ | مهارت آرام نشستن در هنگام صحبت | | | |
| ۶ | مهارت حفظ آرامش در جلسات گروهی و انجام فعالیتهای گروهی (مثل تماشای تلویزیون) | | | |
| ۷ | مهارت انجام بازی های جمعی و رعایت مقررات بازی و منصف بودن در بازی | | | |
| ۸ | مهارت انجام سرگرمی های سالم فردی | | | |
| ۹ | مهارت نگهداری از وسایل شخصی | | | |
| ۱۰ | مهارت رعایت آداب غذا خوردن، | | | |
| ۱۱ | مهارت لباس پوشیدن | | | |
| ۱۲ | مهارت پوشیدن کفش و جوراب | | | |
| ۱۳ | مهارت حمام کردن | | | |
| ۱۴ | مهارت مسواک زدن | | | |
| ۱۵ | مهارت شستن دست و صورت با صابون | | | |
| ۱۶ | مهارت شانه زدن به مو | | | |
| ۱۷ | مهارت رعایت بهداشت عمومی محل سکونت، | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|----|
| | | | مهارت رعایت نظم و مقررات عمومی (مثل ساعت خواب و غذا و جلسات و.) | ۱۸ |
| | | | مهارت بیان مشکلات خود به بزرگترها و افراد دارای صلاحیت | ۱۹ |
| | | | مهارت رازداری و همچنین افشاسازی در موارد لزوم، | ۲۰ |
| | | | مهارت صبر کردن | ۲۱ |
| | | | شناخت رنگها، فصول سال، تقویم، نام شهر و محله | ۲۲ |
| | | | شناخت شماره تلفن های ضروری | ۲۳ |
| | | | آشنایی با روش های مراقبت از خود در برابر بیماری ها | ۲۴ |
| | | | آشنایی با روش های مراقبت از خود در برابر کودک آزاری | ۲۵ |
| | | | مهارت انجام فعالیتهای گروهی و همکاری در گروه | ۲۶ |
| | | | مهارت رعایت نظم و ترتیب شخصی، | ۲۷ |
| | | | مهارت احترام به بزرگترها و کوچکترها، | ۲۸ |
| | | | مهارت رد تقاضای دیگران بصورت مودبانه، | ۲۹ |
| | | | مهارت طرح سوال یا درخواست بصورت مودبانه، | ۳۰ |
| | | | مهارت پرهیز از شوخی های نابجا و درگیر شدن با سایر کودکان، | ۳۱ |
| | | | استفاده از کلمات بهتر برای گفتگو با دیگران(درست حرف زدن و حرف درست زدن | ۳۲ |
| | | | عذرخواهی درمواقع اشتباه و پذیرفتن اشتباه خود،) | ۳۳ |
| | | | پذیرفتن عذر خواهی دیگران و گذشت از خطای دیگران بویژه افراد تازه وارد و کوچکتر و... | ۳۴ |

فرم گزارش همگنی مربی

از تاریخ : تا تاریخ : نام و نام خانوادگی مددجو : شماره پرونده :

| ردیف | وضعیت رفتاری (بطور کلی) | تغذیه | خواب | بهداشت | ارتباط با خانواده | توضیحات مربی |
|------|-------------------------|-------|------|--------|-------------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

نام و امضا مربی :

فرم اطلاعات پزشکی، سلامت

نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه تاریخ تولد :

| وزن | قد | تاریخ |
|-----|----|---------------|
| | | زمان ورود |
| | | پایان ماه اول |
| | | پایان ماه دوم |
| | | پایان ماه سوم |

ب (پزشکی :

وضعیت جسمانی : سالم بیماری جسمی: آسم صرع ناراحتی قلبی قند خون

بیماری گوارشی سایر بیماریها :

۱- وضعیت اختلالات روان: سالم وجود اختلالات همبود با اعتیاد:

.....

۲- آیا از بستگان درجه یک شما (پدر ، مادر ، خواهر ، برادر) به بیماری خاص مبتلا هستند ؟ توضیح دهید.

۳- آیا در هنگام فعالیت یا حین ورزش دچار حالت هایی مثل سرگیجه ، سردرد، ضعف و غیره می شوید؟

۴- مداخلات درمانی با ذکر تاریخ، نوع مداخله و نتایج حاصله:

نام و مهر و امضای پزشک

فرم ترخیص

مدت اقامت کودک در مرکز (به روز)

تاریخ ترخیص

نام و سمت (یا نسبت) تحویل گیرنده کودک و شماره تماس

محل ترخیص : خانواده یا بستگان مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی
زندگی مستقل سربازی ازدواج سایر (ذکر شود)

شماره نامه گزارش ترخیص کودک به سازمان بهزیستی

- اینجانب (رییس مرکز) مدارک هویتی تحویل گیرنده را بررسی و ترخیص کودک به وی را تایید می نمایم.
نام و امضای رییس مرکز
- اینجانب (روانشناس مرکز) با توجه به اقدامات روانشناسی و نتایج حاصله ترخیص کودک را تایید می نمایم.
نام و امضای روانشناس
- اینجانب (مددکار اجتماعی مرکز) با توجه به اقدامات مددکاری اجتماعی و نتایج حاصله ترخیص کودک را تایید می نمایم.
نام و امضای مددکار اجتماعی
- اینجانب (کودک) تایید می نمایم که از محل ترخیص و برنامه آتی مربوط به خود اطلاع دارم و با ترخیص خود از این مرکز موافقت می نمایم نمی نمایم . نام و امضا یا اثر انگشت کودک

(مددکار اجتماعی موظف است جهت تکمیل این بند رضایت آگاهانه کودک را جلب نماید و در صورت اجبار به ترخیص کودک بدون رضایت وی بخاطر ملاحظات حقوقی و ... نیز می بایست عدم رضایت وی ثبت شود.)