

به‌گفته صفاتیان، برای راه‌اندازی اردوگاه‌ها و نگهداری طولانی مدت مبتلایان به اعتیاد باید تحقیقات دقیق و اصولی صورت گیرد و ایرادات مشخص شود، در این میان، نگاه سیستم قضایی و درمانی هم مهم است. در حال حاضر فرد در ماده ۱۶ قانون، به مدت ۳ ماه در اقامتگاهی بستری می‌شود، اگر سیستم بهداشت و درمان تشخیص دهد، می‌تواند تا ۶ ماه هم او را نگه دارد. در گام بعدی هم به قاضی اجازه داده شده که می‌تواند در صورت نیاز فرد را به ماده ۱۵ ارجاع دهد، این در حالی است که متأسفانه مراکز ماده ۱۵ ضعیف شده‌اند و نگاه علمی به این ماده نشده و درمانی به جز متادون در آن کارایی ندارد. در واقع ستون اصلی ترک اعتیاد، متادون است که به تنهایی کافی نیست.

این کارشناس اعتیاد در ادامه اضافه می‌کند: علی‌رغم همه مشکلات موجود از جمله کوتاه بودن مدت نگهداری برای ترک اعتیاد، متادون از طریق داروخانه‌ها هم قابل دسترسی است که خود این امر سبب می‌شود از سبک درمان حذف شده و بر شمار معتادان افزوده شود. از سوی دیگر در طول مدت ۳ ماه نگهداری از افراد به آنها مواد داده نمی‌شود، ولی در عین حال هم سیستم حمایتی، روان درمانی و مددکاری خاصی نیز ارائه نمی‌شود. فردی که معتاد به هروئین است، نیاز به یک زمان بسیار طولانی برای ترک دارد، به نحوی که فردی که در طول تنها ۳ ماه نگهداری، ترک کرده، قبل از اینکه پایش به خانه برسد، دوباره سراغ مصرف مواد می‌رود.

صفاتیان می‌گوید: وقتی فرد وارد سیستم درمان می‌شود، ناخودآگاه

درست توسط دستگاه مسئول انجام شود و مدیریت مورد، درست انجام شود، می‌توان گفت که گام‌های مؤثرتری در جهت ترک فرد معتاد و عدم بازگشت وی برداشته شده است به‌عنوان نمونه، برای ۱۰ فرد مصرف کننده در مرکزی یک مددکار تعیین می‌شود که پس از خروج پیگیری می‌کند که فرد کجا می‌خواهد مشغول به کار شود، چقدر می‌تواند حقوق بگیرد، بیمه او به چه شکل خواهد بود، اگر لغزش کرد، چطور باید او را به چرخه درمان بازگرداند، خانواده او چه نقشی دارند، کجا باید زندگی کند، همراه خانواده، به تنهایی، در گرماخانه و شلتر یا جای دیگر، این نوع مدیریت مورد یعنی پیگیری بعد از خروج اگر بخوبی لحاظ شود، نیمی از راه را رفته‌ایم و چالش‌ها کمتر خواهند شد، البته در دوران کرونا طول مدت نگهداری افزایش پیدا کرده اما باز هم باید بیشتر شود، در کنار این مورد، چنانچه آموزش‌ها درست باشند و برنامه‌هایی که تعریف می‌شوند، به بهترین نحو اجرا شوند، موفق خواهیم شد.

■ ارائه برنامه‌های جدید حمایتی الزامی است

بحث درمان اعتیاد در حدود ۲۰ سال است که در کشور مطرح است. سعید صفاتیان، کارشناس حوزه اعتیاد، با بیان این مطلب به «ایران» توضیح می‌دهد: مصوبات خاص در خصوص درمان معتادان وجود دارد، ماده ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر به‌صورت ویژه در این رابطه است، ماده ۱۵ مربوط به معتادان خود معرف است، یعنی فردی که خودش تمایل به ترک دارد، در حدود ۱۰ هزار نوع از این مراکز در کشور وجود دارد، اما ماده



گزارش «ایران» از تأثیر کرونا بر افزایش مدت نگهداری معتادان متجاهر

کرونا بساط معتادان را جمع کرد

مهسا قوی قلب خبرنگار

بر اساس آخرین آمارهای رسمی ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد در کشور وجود دارد و از این تعداد بیش از ۶۴ هزار معتاد، متجاهر هستند، وضعیت شیوع موادمخدر در جمعیت عمومی کشور ۵،۲ درصد، در جمعیت دانش‌آموزی ۲،۱ درصد، در جمعیت دانشجویی ۴،۷ درصد و در محیط‌های کارگری ۲۲،۳ درصد است. یکی از سیاست‌های کلی دولت‌ها، در مبارزه با شیوع اعتیاد و کاهش آمار معتادان، نگهداری از افراد مبتلا در مراکز ترک اعتیاد به دوروش اجباری و اختیاری است. با شیوع کرونا، کارشناسان و مسئولان این حوزه در کشور، با تغییر سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها، طول مدت نگهداری معتادان در مراکز را افزایش داده و به یک سال رساندند، این مدت زمان تا قبل از شیوع ویروس کووید۱۹ تنها ۳ ماه و در مواردی هم با دستور قاضی ۶ ماه بود، از سوی دیگر عمده داروهایی که برای ترک اعتیاد استفاده می‌شوند، مانند متادون، خود ماده مخدر هستند و نمی‌توانند داروی مؤثری برای ترک اعتیاد باشند.

متادون چیزی قریب به صد درصد روشی برای ترک اعتیاد در مراکز کشور است که نمی‌تواند کارایی لازم را داشته باشد. از آن جایی که بیش از ۸۰ درصد معتادانی که درمان می‌شوند، دوباره به چرخه اعتیاد باز می‌گردند، بی‌شک سیاست‌های نگهداری، جز اتلاف منابع اقتصادی و هدر رفت انرژی‌های انسانی، نتیجه دیگری را در بر نخواهد داشت، چرخه ناکارآمدی که به اعتقاد برخی از متخصصان این حوزه می‌توان با بررسی‌های کارشناسانه جلوی ضرر رسانی بیشتر آن را گرفت.

آنها تأکید دارند که کوتاه بودن طول مدت نگهداری یکی از عوامل این آسیب است، البته افزایش این مدت، تنها راه اصلی حصول نتیجه نبوده و قطعاً باید در کنار آن حمایت‌های اجتماعی نیز وجود داشته باشد. دوران کرونا، بهانه خوبی بود و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، در جهت افزایش طول مدت نگهداری افراد مبتلا به اعتیاد تصمیم جدید گرفته شد و طول اقامت به یکسال افزایش پیدا کرد، اما برای دستیابی به نتیجه بلند مدت باید به‌صورت زیربنایی‌تر مشکلات را رصد کرد و سیاست‌های نگهداری و حمایتی را با بازپرسی کرد و در کوتاه‌ترین زمان ممکن به مرحله اجرا گذارد، چرا که شیوه‌ای که امروز در حال اجرا است، نه تنها بی‌فایده است، بلکه سبب آسیب به بنیان‌های اقتصادی کشور نیز شده است. گفتنی است در حال حاضر ظرفیت اردوگاه‌های نگهداری به رقمی در حدود ۱۶ هزار نفر رسیده است و می‌توان از پایلوت‌هایی که وجود دارد، بهترین نتایج را گرفت تا در نهایت از این حجم بالای برگشت معتادان پس از خروج از محل‌های نگهداری به چرخه اعتیاد جلوگیری شود.

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در این زمینه با تأکید بر لزوم بازنگری در مدت زمان نگهداری از معتادان در مراکز ترک اعتیاد به «ایران» می‌گوید: مدت زمان بازپروری معتادان باید از ۳ ماه به ۲ سال افزایش یابد، به موجب ماده ۱۶ قانون مبارزه با موادمخدر و سه تبصره مربوط به آن، معتادان به مواد مخدر و روان گردان و متجاهر به اعتیاد با دستور مقام قضایی از یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان نگهداری می‌شوند. در حال حاضر، زمان نگهداری فرد معتاد در مراکز بازپروری سه

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به آخرین آمارهای جهانی عنوان می‌کند: بر اساس گزارش‌ها، کشور آمریکا با پنج درصد از جمعیت جهان ۲۰ درصد از زندانیان را داراست و سالانه در حدود ۷۰ هزار معتاد در این کشور بر اثر مصرف مواد مخدر می‌میرند، این در حالی است که از دست می‌دهند. ساماندهی معتادان متجاهر در اولویت ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار دارد و ظرفیت، مدت زمان نگهداری و جامعه‌پذیری معتادان متجاهر سه چالش مهم در این حوزه به شمار می‌رود که با جدیت درصد رقع آنها هستیم. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها عدم روزآمدی قانون است. بهترین قوانین نیز، نیاز به روزآمدی دارد و در عین حال هم مدت نگهداری معتادان متجاهر که در حال حاضر یک تا سه ماه است، باید افزایش داشته باشد. یک مطلب جدی این است که حتی یک معتاد

معمولی را هم نمی‌شود، یک تا سه ماه نگهداری کرد. به اعتقاد من، حداقل زمانی که نیاز است، دو سال و در صورت تکرار سه سال است و بدون عملی شدن این اتفاق نمی‌توان نتایج مورد نظر را به‌دست آورد.

■ **راهکارهایی در جهت کاهش آمار معتادان**
 ایمان نظری، کارشناس حوزه اعتیاد و روان شناس بالینی نیز با اشاره به اینکه مدت نگهداری معتادان توسط قاضی تعیین می‌شود، به «ایران» می‌گوید: ساماندهی معتادان متجاهر، کاری سیستمی است و با دستور قضایی و ضابط نیروی انتظامی که همان پلیس موادمخدر است، شروع می‌شود و پاتوق‌ها و دره‌ها و حواشی اتوبان‌ها پاک‌سازی می‌شوند، سپس این افراد به مراکز قرنطینه اولیه و مراکز غربالگری فرستاده شده، به‌لحاظ پزشکی و روانشناسی معاینه شده و پس از اثبات اعتیاد و واجد ویژگی‌های متجاهر می‌شوند. در حال حاضر نیز پس از شیوع نهایتاً ۶ ماه در مراکز ماده ۱۶ نگهداری می‌شوند. در کنار این‌ها، شیوع

به‌گفته او، دستور قضایی برای ۶ ماه صادر می‌شود، این در حالی است که ستاد ملی کرونا این زمان را یک سال تعیین کرده و معتقد است، به‌خاطر اینکه افراد

دارای اختلال مصرف مواد، افراد متجاهری هستند که می‌توانند عامل بیماری هم باشند و شرایط کرونا ممکن است هم برای خود این افراد و هم برای جامعه خطرناک باشد، طول مدت نگهداری افزایش پیدا کرده و یک سال تعیین شد. با یک نگاه تخصصی باید سؤال کرد، آیا افزایش مدت اقامت، به تنهایی مؤثر است یا خیر. اگر هم‌زمان با تعیین طول مدت اقامت، تمایل فرد و خواست او برای اقامت در این محل‌ها هم پرسیده شود و او گفته شود که به‌دلیل نبود شغل و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی لازم و لغزش پذیر بودن این بیماری با ترک روز هنگام محل نگهداری، احتمال رجوع وی به مصرف موادمخدر وجود دارد، معمولاً پاسخ بهتری می‌توان گرفت. یک سری مداخلات در کنار نگهداری طولانی و تمایل فرد به اقامت بیشتر، قطعاً می‌توانند در کاهش بازگشت افراد به مصرف مواد مخدر کمک کنند.

در گام اول، تیم غربالگری از ابتدا باید بردستی ابتدای فرد به بیماری‌ها و نوع مواد مصرفی و بیماری‌های کلینیکی و روانی را تشخیص دهد. مداخلات تیم مددکاری و ارتباط با خانواده فرد و اتصال او با خانواده، تغذیه مناسب و ورزش بهنگام، مبلمان اقامتی مناسب و احیای کرامت او و افزایش اعتماد به نفس در شخص همگی دست به دست هم داده و می‌تواند، مؤثر باشد.

نظری در ادامه به آیین‌نامه‌ای در خصوص زمان ترخیص فرد از محل نگهداری اشاره کرده و توضیح می‌دهد: این آیین‌نامه، پیگیری پس از خروج یا مدیریت مورد، عنوان می‌شود و اگر به نحو

ساماندهی معتادان متجاهر، کاری سیستمی است و با دستور قضایی و ضابط نیروی انتظامی که همان پلیس

موادمخدر است، شروع می‌شود و پاتوق‌ها و دره‌ها و

حواشی اتوبان‌ها پاک‌سازی می‌شوند، سپس این افراد

به مراکز قرنطینه اولیه و مراکز غربالگری فرستاده شده،

به‌لحاظ پزشکی و روانشناسی معاینه شده و پس از اثبات

اعتیاد و واجد ویژگی‌های متجاهر مانند بی‌خانمانی،

مصرف مواد در ملأ عام و رفتارهای مجرمانه به دستور

قضایی نهایتاً ۶ ماه در مراکز ماده ۱۶ نگهداری می‌شوند.

در حال حاضر نیز پس از شیوع ویروس کرونا، این زمان

تایک سال افزایش پیدا کرده است

تمایل به ماندگاری در درمان دارد. وقتی حمایت‌های اجتماعی درست باشد و به‌صورت طولانی افراد از حمایت‌های لازم برخوردار باشند، به نحوی که هر زمان نیاز به روانشناس داشتند، بتوانند به او مراجعه کنند، می‌توانیم به پاک ماندن طولانی افرادی که ترک کرده‌اند، امیدوار باشیم. قطعاً طولانی بودن زمان نگهداری برای ترک اعتیاد به تنهایی مهم نیست، بلکه مهم این است که ما چه می‌کنیم و برنامه‌های حمایتی به چه صورت هستند، در کلام آخر به‌عنوان توصیه، پیشنهاد من این است که قبل از افزایش مدت زمان نگهداری معتادان در مراکز ماده ۱۶ فعلاً می‌توان در جهت جلوگیری از کاهش هزینه‌ها و اتلاف منابع، این افراد را به مراکز ماده ۱۵ معرفی کرد. در کنار این کار چنانچه ارائه داروی متادون از داروخانه‌ها گرفته شود، بازگشت معتادان متجاهر به چرخه اعتیاد، کاهش پیدا خواهد کرد.

۱۶ قانون، برای آن دسته از معتادانی است که یا به مراکز ماده ۱۵ مراجعه می‌کنند و گواهی درمان نمی‌گیرند یا متجاهر به اعتیاد می‌کنند، یعنی وقتی که در خیابان راه می‌روند، اعتیاد آنها مشخص است، البته تشخیص اعتیاد افراد، امری است که با همکاری قاضی، پزشک و روانشناس تشخیص داده می‌شود. در مراکز ماده ۱۵ شخص، به مدت ۲ تا ۳ سال می‌تواند به درمان ادامه دهد، اما در ماده ۱۶ این گونه نیست و مدت نگهداری خیلی کوتاه است، ۱۲ سال پیش رئیس وقت قوه قضائیه گفته بود که برنامه‌های حمایتی بعد از ترک باید وجود داشته باشد، اما سؤال اینجا است که تا چه حد به این درخواست، عمل شده؟ معتقدم که دولت مکلف است، در لایه‌های بودجه، بحث بیمه پایه و بستری و هزینه‌های مربوطه را پیش‌بینی کند، هرچند شرایط اقتصادی و تحریم‌ها سبب شده که بر تعداد معتادان متجاهر افزوده شود.

درمان معتادان به شرط حمایت‌های اجتماعی

موضوعی که باعث شده در مورد مدت زمان نگهداری معتادان در مراکز ماده ۱۶ بحث پیش بیاید، دو سوژه متفاوت از هم است که اگر این میحت نتواند به طور تخصصی جدا شود، خلط میحت به وجود می‌آید و برنامه ریزان، راه را به اشتباه می‌روند. درمان و بازتوانی اعتیاد، موضوعی طولانی و خانواده را شامل شود. چنانچه ترکیبی از برنامه‌های فرد محور و نه گروه محور طراحی کنیم، هزینه اضافه‌تر را می‌توانیم در برنامه مدل‌های اجتماعی و غیردارویی صرف کنیم و هرچه زودتر درمان را در محیط خانواده و شبه خانواده، ادامه و انواع مختلف این ترکیبات به‌عنوان ترکیب اجتماعی، مورد استفاده قرار می‌گیرد، به شرط اینکه فرد دارای مددکار فعال و آموزش دیده در حوزه اعتیاد باشد که فرد را در طول مدت بتواند مدیریت کند.

در این صورت است که می‌توانیم ادعا کنیم، موفقیت ما در عدم بازگشت به مصرف موادمخدر می‌تواند چیزی در حدود ۲۰ درصد افزایش پیدا کند و از نظر اقتصادی، اجتماعی می‌تواند راهبرد مناسبی در بین مدل‌های معتادان بی‌پناه یا بی‌خانمان یعنی همان افرادی که در جامعه از آنها به‌عنوان متجاهر یاد می‌شود، باشد.

موضوعی که باعث شده در مورد مدت زمان نگهداری معتادان در مراکز ماده ۱۶ بحث پیش بیاید، دو سوژه متفاوت از هم است که اگر این میحت نتواند به طور تخصصی جدا شود، خلط میحت به وجود می‌آید و برنامه ریزان، راه را به اشتباه می‌روند. درمان و بازتوانی اعتیاد، موضوعی طولانی و خانواده را شامل شود. چنانچه ترکیبی از برنامه‌های فرد محور و نه گروه محور طراحی کنیم، هزینه اضافه‌تر را می‌توانیم در برنامه مدل‌های اجتماعی و غیردارویی صرف کنیم و هرچه زودتر درمان را در محیط خانواده و شبه خانواده، ادامه و انواع مختلف این ترکیبات به‌عنوان ترکیب اجتماعی، مورد استفاده قرار می‌گیرد، به شرط اینکه فرد دارای مددکار فعال و آموزش دیده در حوزه اعتیاد باشد که فرد را در طول مدت بتواند مدیریت کند.

در این صورت است که می‌توانیم ادعا کنیم، موفقیت ما در عدم بازگشت به مصرف موادمخدر می‌تواند چیزی در حدود ۲۰ درصد افزایش پیدا کند و از نظر اقتصادی، اجتماعی می‌تواند راهبرد مناسبی در بین مدل‌های معتادان بی‌پناه یا بی‌خانمان یعنی همان افرادی که در جامعه از آنها به‌عنوان متجاهر یاد می‌شود، باشد.



عباس دیلمی زاده رئیس شبکه سازمان‌های غیردولتی آسیایی کاهش تقاضای موادمخدر

یادداشت

تحت نظارت غیرمستقیم یک مددکار باشد و محل‌هایی هم پیش‌بینی شود تا فرد به‌صورت متناوب برای بهره‌مندی از مشاوره‌های روانی بتواند مراجعه داشته باشد. حمایت‌ها به لحاظ روانی، اشتغال، اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی همگی مهم و تأثیرگذار هستند، همه ابعاد زندگی این افراد باید توسط مددکار پیگیری شود. معتقدم این پیگیری‌ها باید طولانی مدت باشد، به‌عنوان مثال، فردی که دو سال است پاک شده، به طور هم‌زمان دو سال هم باید یک مددکار، همراه همیشگی او باشد، دقیقاً مانند پشتیبان‌هایی که با پای دانش‌آموزان، در تمام طول یک سال تحصیلی، حمایت درسی می‌دهند. بهزیستی و دولت، باید با همکاری یکدیگر برای جذب مددکاران در این خصوص هزینه کنند، نباید از هزینه‌کردن ابایی داشت، زیرا بازنگشتن فرد معتادی که ترک کرده به چرخه اعتیاد، از هزینه‌های بیشتری که هم به جامعه و هم به دولت تحمیل می‌کند، جلوگیری خواهد کرد، باید پس از بازگشت به جامعه، سلامت جسمی، روحی و روانی پیگیری شود، در عین حال هم زندگی این افراد در جامعه به لحاظ نوع نگاه مردم و به نوعی فرهنگ اجتماعی باید تسهیل شود، یک برنامه فرهنگی درست در تغییر نوع دید جامعه به افرادی که پس از ترک به زندگی عادی باز می‌گردند، می‌تواند راهگشا باشد.

وجود داشته باشد و جامعه او را بپذیرد. در حال حاضر وقتی افراد برای کار مراجعه می‌کنند، در قدم اول سوء پیشینه درخواست می‌شود. باید مراکز دولتی یا خصوصی تحت حمایت دولت ایجاد شود که عدم سوء پیشینه را درخواست نکرده و ویژه این افراد باشد، حتی کارگاه‌های کوچکی مرتبط با کمپ‌های ترک اعتیاد، می‌توانند بسیار مؤثر باشند. از آنجایی که با نگهداری طولانی مدت معتادان، خانواده‌های آنها به لحاظ معیشت دچار مشکل می‌شوند، بهتر است به طور هم‌زمان با زندگی در محل‌های نگهداری، منبع درآمد و اشتغالزایی هم برای این افراد در نظر گرفته شود، پس در گام اول هم‌زمان با ترک، وجود مشاوره‌های روان درمانی در بازپروری و در گام بعدی، کارآفرینی و درآمدزایی، می‌توانند زمینه‌های ورود فرد را به جامعه هموار سازند، البته انجمن‌هایی در حال حاضر فعال هستند و معتادان به طور روزانه به آن مراکز مراجعه می‌کنند. متخصصان روانشناسی و مشاوران، انگیزه زندگی به فرد معتاد می‌دهند و با کارشناسی‌های درست، طول مدت درمان را پیش‌بینی می‌کنند. قدم مهم دیگر عدم بازگشت این افراد پس از ترک به سمت موادمخدر یا کمک حمایت‌های اجتماعی است، پس از ترخیص و بازگشت فرد به جامعه بهتر است فرد معتاد

موضوع ترک اعتیاد و بحث کمپ‌های نگهداری را می‌توان از جنبه‌های مختلف مورد بحث قرار داد. بحث انتظامی و امنیتی که شامل موضوعات اجتماعی هم می‌شود و برخورد قانونی و قهری در جامعه با آن صورت می‌گیرد، در اولین قدم نیروهای انتظامی هستند که مسئول ساماندهی معتادان متجاهر و به نوعی انتقال آنان از سطح شهر به محل‌های نگهداری هستند. گام‌های بعدی، افراد فرهنگی، روانی و درمانی است. برخی از معتادان بسته به شدت و نوع اعتیاد و عوامل دیگر ممکن است حتی بدون دارو و با مداخله روانی و فرهنگی بتوانند اعتیاد را ترک کنند.

در مرحله درمان و ترک، فرد کم‌کم سلامتی خود را به دست می‌آورد، هم‌زمان با ترک، باید کار مشاوره توسط روانشناس و متخصص انجام شود و افراد به‌صورت مجزا تحت نظارت مددکار اجتماعی هم باشند. از جمله کارهایی که باید انجام شود این است که شخصیتی که در انسان از دست رفته، باید بازگردانده شود و فرد، مقبولیت و انگیزه زندگی را دوباره به دست آورد و به آینده امید داشته باشد؛ در مرحله بعدی باید پذیرش اجتماعی



رضا ولدخانی روانشناس

یادداشت