

جمعیت پیشگامان پاک آسیا

آرمان ما، الهی، انسانی و ملی است - ایران پاک



تحلیلی میدانی از فرصت ها ، چالش ها ، موانع و رهیافت های روش اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار

A Field Study of Opportunities, Challenges, Barriers, and Approaches
in Abstinence-Based Residential Treatment and Rehabilitation

اگر ندانیم کجا ایستاده ایم ،هیچگاه نخواهیم توانست نقشه مسیر را بدرستی ترسیم کنیم
اگر ندانیم به کجا می رویم ، هیچگاه نخواهیم دانست که چه وقت می رسیم

نویسنده : نصیر طالبی



امام علی ع :

قوام العیش حسن التقدير و ملاکہ حسن التدبیر

مایہ زندگانس ، برنامہ ریزی درست و ملاک آن تدبیر کارشناسانہ است





ابتدا بایستی به یک نکته اشاره شود و آن عبارت است از اینکه، این جزوه توسط یکی از فعالان سازمان های مردم نهاد حوزه درمان اعتیاد و از پیشکسوتان و طراحان مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار و با بیش از بیست و پنج سال تجربه فعال و میدانی در حوزه "درمان های خودیاری - اجتماع درمان مدار - مدل اقامتی درمان پرهیزمدار - دادگاه درمان مدار - گروه های خودیار ۱۲ گامی" تدوین و نگارش شده است.





ایران در حوزه درمان و بازتوانی اعتیاد و در مقایسه با کشورهای منطقه، به مراتب توسعه یافته تر است، تنوع در انواع و سطوح مداخلات درمان از امتیازهای برنامه های درمان کشور محسوب می گردد. یک نظر سنجی اجمالی از جمع کثیری از صاحب نظران نشان داد که کمبود یا ساماندهی ضعیف مدل های اجتماع درمانی از یک سو و نگرش پزشکی صرف به درمان اعتیاد و کم توجهی به درمان های روانی، اجتماعی از سوی دیگر از جمله نقاط ضعف حوزه درمان محسوب می شوند.





امروزه سازمان های غیردولتی در ادبیات رایج بین المللی جایگاه رفیعی در نظام های سیاسی ، اقتصادی ، فرهنگی در سطوح ملی و بین المللی دارند. در چند دهه گذشته تعداد و نقش سازمان های مردم نهاد، چه در جوامع صنعتی و چه در کشورهای در حال توسعه همواره در حال افزایش بوده است. شواهد تاریخی نشان میدهد، رکن اصلی دوام و بقای حیات اجتماعی هر جامعه ای منوط به همکاری و مشارکت افراد آن است و دولت ها به تنهایی نمی توانند در برابر یک معضل، مسئله و آسیبی که پدیدار می شود، مقابله کنند و نیازمند جلب مشارکت و همکاری گسترده مردم هستند. در این شرایط، سازمان های مردم نهاد با توجه به ویژگی ها، توان بالقوه و گستره فعالیتی که دارند، می توانند دولت ها را در رسیدن به سر منزل مقصود یاری رسانند. سازمان های مردم نهاد به دلیل ماهیت مردمی خود و دوری از بوروکراسی و مسایل پیچیده اداری، راحت تر با گروه های هدف خود ارتباط برقرار می سازند و به طور بهینه رسالت خود را به انجام می رسانند. این سازمان ها به عنوان نهادهای همراه دولت بخشی از بار اجرایی دولت را بر عهده می گیرند.

سازمان های مردم نهاد در ایران پیشینه دیرینه ای دارند. شاید نتوان سازمان های غیر دولتی با تعاریف، ویژگی ها و نقش های اخیر را در دهه های گذشته ایران یافت، اما اطلاعات به دست آمده از فعالیت تشکل های مردمی در گذشته نشان می دهد که بسیاری از این تشکل ها با بهره گیری از ظرفیت های انسانی و مالی داوطلبان و با پشتوانه های دینی، مذهبی و خیرخواهانه در امور مختلف به فعالیت می پرداختند. در حال حاضر که پدیده شوم اعتیاد بخصوص اعتیاد به مواد صناعی جمعیت جوان ما را به شدت تهدید می کند، برای رویارویی با این مساله نیازمند حضور و مشارکت جدی مردم و اتخاذ راهکارهای جدید و مناسب برای ورود مردم در صحنه مقابله و مبارزه فراگیر با معضل اعتیاد و موادمخدر هستیم.





حمایت اجتماعی و توسعه آن یکی از راهبردهای اساسی در ارتقاء سلامت جامعه، پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی است که، همواره بر آن تاکید شده است. در این راستا همیاری، مشارکت مردمی و بهره گیری از ظرفیت های فرهنگی و اجتماعی نقش انکار ناپذیری دارد. از جمله سنت های دیرینی که از دیرباز در فرهنگ ایرانی جاری بوده و در مبانی دینی و اسلامی نیز بدان تاکید فراوان شده، مدد‌رسانی، همیاری و انجام امور خیریه است، که به دلایل گوناگون بیشتر به حمایت از گروه هایی با محدودیت های ملموس از جمله سالمندان، ایتام و معلولین و بیماران خاص معطوف بوده است، و سایر گروه های نیازمند جامعه از جمله آسیب دیدگان اجتماعی و در معرض خطر کمتر در اولویت جامعه خیرین و مشارکت های مردمی بوده است. در حالی که به نظر می رسد، این حوزه هم از لحاظ گستردگی و هم به لحاظ تاثیر گذاری در سایر ارکان جامعه، اهمیتی کمتری از معلولیت ها و محدودیت های جسمی و عینی نداشته باشند. از این جهت و با عنایت به شرایط اجتماعی کشور، شناخت راهکارهای عملی و شیوه های موثر در بهره گیری از ظرفیت خیرین در راستای کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی ضرورتی اجتناب ناپذیر است.





یک فرمول مشخص در برنامه های کنترل و مهار اعتیاد وجود دارد و اینکه؛ لازم است با توسعه و تقویت اجرای برنامه های پیشگیرانه، میزان ورودی به جمعیت مصرف کنندگان مواد را کاهش داد (کاهش نرخ شیوع اعتیاد) و با توسعه و تقویت برنامه های درمان و کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی میزان خروجی از جمعیت معتادان را افزایش داد (افزایش نرخ مانایی درمان).





داده هایی که امروز در خصوص جلوه های شوم اعتیاد بویژه، کاهش سن اعتیاد و افزایش نرخ شیوع اعتیاد در میان زنان و تغییر الگوی مصرف به مواد سخت، ابراز می شود، باری سنگین و نگران کننده بر دوش دولت و مردم است و پی ریزی برنامه های سنجیده و هوشمندانه در کاستن از ابعاد نگران کننده این مسئله را ایجاب می کند. پدیده شوم اعتیاد و گسترش آسیب های همه جانبه آن در کشور که به تعبیر مقام معظم رهبری (**بلای بزرگ و تهدید عظیم**) نامیده شده است، یکی از دغدغه های اصلی و از نگرانی های روز افزون عموم مردم و مسئولین نظام می باشد. مبارزه فراگیر با اعتیاد و مواد مخدر، ضرورتا زمینه سازی و بستر سازی مناسب برای جلب مشارکت بالای مردم، تقویت و توسعه بخشی و ظرفیت افزایشی سازمان های مردم نهاد و شبکه های اجتماعی را می طلبد. باور و اعتقاد اکثریت فعالان و کارشناسان حوزه اجتماعی بر این واقعیت است که، سازمان های مردم نهاد می توانند نقشی موثر و کلیدی در نهادینه سازی فعالیت های مردمی در حوزه های پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی داشته باشند.

با عنایت به گسترش و توسعه کمی سازمان های مردم نهاد در حوزه درمان و کاهش آسیب، شاید بتوان گفت که در توسعه کیفی و سازماندهی و بسیج امکانات و استفاده مطلوب از همه منابع و ظرفیت های بالقوه و بالفعل سازمان های مردم نهاد مبتنی بر ضرورت و نیاز امروز جامعه گام موثر و قابل قبولی در جهت تحقق اهداف مورد نظر برداشته نشده است. دستاوردهای تحقیقات نظری و تجربی دهه های گذشته، اذعان دارند که بهره یابی بهینه از امکانات در دستیابی به توسعه انسانی، رفع نیازهای اساسی و کاهش آسیب های اجتماعی امکان پذیر نخواهد بود، مگر اینکه دوستون بنیادین بدنه نیروی انسانی جامعه، یعنی خود افراد جامعه با آگاهی واقع بینانه و سازمان های مردم نهاد از یک سو و نظام مدیریتی جامعه از سوی دیگر، مشارکت فعال، همسو و هماهنگ داشته باشند. بدیهی است، همدلی، وفاق و تعامل دوسویه دستگاه های دولتی و سازمان های مردم نهاد به مثابه دو بازوی هماهنگ و با قوت همسان می توانند در کمک به حل مشکل اعتیاد موثر واقع شوند. با این مقدمه





کوتاه، آنچه در این یادداشت بدان پرداخته و مطرح می شود، "تحلیلی میدانی از فرصت ها، چالش ها، موانع و انتظارات و پیشنهادات در عرصه فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار معتادان موضوع (ماده ۱۵) می باشد".





مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار تلفیقی از علم، دین و تجربه عملی و مستقیم هزاران تن از معتادان بهبودیافته به زبانی ساده و قابل فهم و پذیرش برای اکثریت معتادان و خانواده های آنان می باشد که بشکل غیرحاد، غیربیمارستانی و غیرتخصصی اجرا می شود. (اکثر روش های درمانی موجود در کشور بر جنبه های خاص اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی معتادان و بشکل بومی طراحی نشده اند و صرفاً یک الگو برداری خام از مدل های غیر بومی است).

اساس مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بر پایه خودیاری، فلسفه بهبودی دوازده گام **Twelve Step Programs** - و مبتنی بر نقش فعالانه گروه همتایان - **Peer Group** - و گروه کمک های متقابل - **Mutual help groups** - و بازتوانی مدل اجتماعی - **Social Model** - بنا شده است. در متون و منابع علمی نیز اشاره شده است، در صورتیکه وضعیت جسمانی و پزشکی مراجعان ثابت باشد، می توان آنان را در محیط های غیرپزشکی هم به نحوی موثر درمان کرد و یا ترجیحاً به جای درمان تخصصی به برنامه های خودیاری ارجاع نمود.





ارایه خدمات درمان به معتادان با مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار مقرون به صرفه است، یعنی این خدمات هم برای معتادان و هم برای سیستم درمان اعتیاد در کشور اقتصادی است. خدمات مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار برای معتادان گروه های اجتماعی اقتصادی مختلف، با سطوح درآمدی متفاوت، قابل پرداخت است. مقرون به صرفه بودن خدمات مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار دارای این مزیت است که هزینه های درمان به مانعی برای درمان تبدیل نمی شود. به علاوه مقرون به صرفه بودن اقتصادی خدمات درمان اعتیاد برای سیستم بهداشتی و اجتماعی باعث می شود تا خدمات درمان پایدار بمانند. در حالت ایده آل انتظار می رود خدمات درمان اعتیاد برای گروه های بی بضاعت بشکل رایگان ارائه شود.



در روش اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار برای توقف مصرف مواد (پرهیزکامل) و تحمل جسمانی و روانی علائم محرومیت ناشی از قطع مصرف مواد - **Detoxification** - و غلبه بر غریزه بسیار قوی میل به مصرف - **Craving** - که از اصلی ترین علل شکست غالب درمان های اعتیاد و بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد می باشد، بهره گیری از نیروی شفابخش ایمان در چارچوب سازه ای "**فلسفی - معنوی**" تحت عنوان **برنامه ۱۲ گام با فرهنگ و مفاهیم و مضامین بومی است**. احیا و پویا نمودن ارزش های معنوی و سنت های فرهنگی و اعتقادات دینی می تواند در مقابله با فاکتور های خطر مربوط به مصرف موادمخدر، از جمله **احساس تنهایی**، اضطراب و پریشانی (**هیستریک**) ، روان رنجوری (**نوروز**) ، عدم احساس امنیت، عدم احساس تعلق و **بحران هویت**، مفید واقع شود.

امروزه تعداد زیادی از دانشمندان، دیگر تعریف (**بیوسایکوسوشیال**) را برای نوع بشر کافی و جامع نمی دانند و جنبه (**معنوی**) را نه تنها بعنوان یک نیاز بلکه، بعنوان قسمتی از وجود انسان پذیرفته اند و این مهم در - **Text Book** - روانپزشکان به صراحت عنوان شده است.





- بیماری اعتیاد حالتی مزمن و عودکننده و پیشرونده دارد. بنابراین خدمات درمان اعتیاد باید در طولانی مدت با بیماران کار کنند، تماس با فرد درمانجو را حفظ کرده و در زمان های نیاز، خدمات مداخله در بحران و حمایت از بیماران را به آنها عرضه کند. (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۸) **United Nations Office on Drugs and Crime**
- روش ترکیب درمان اقامتی و غیر اقامتی و حمایت های اجتماعی می تواند یک درگیری مستقیم در اثر بخشی بلند مدت درمانی ایجاد کند. (هنگلر - بودوین - ملتون - مان ۱۹۹۱)
- تجارب بوضوح نشان می دهند، بین زمان سپری شده در درمان و پیامدهای موفقیت آمیز رابطه محکمی وجود دارد. (دلئون ۱۹۸۵ - لوپس و رز ۱۹۹۴)
- بین مدت پرهیز و واکنش به سوگیری توجه به مصرف مواد رابطه منفی قوی وجود دارد، هر چقدر مدت پرهیز بیشتر باشد، از میزان سوگیری توجه کاسته می شود. (ارجمند و همکاران ۱۳۸۶)
- ولع مصرف - **craving** - نقش مهمی در پدیده بازگشت پس از درمان و شکست درمان دارد.
- شواهد تجربی - **local practice** - و آزمون های بالینی نشان می دهد با پرهیز طولانی مدت از مصرف مواد، از ولع مصرف مواد - **Craving** - کاسته می شود.





بطور معمول اقدام به درمان توسط افراد به داشتن "انگیزه" همواره مرتبط است؛ یعنی اولین اقدام فرد معتاد برای ورود به مرحله درمان یک رابطه مستقیم با میزان انگیزش فرد برای درمان دارد. از جهت دیگر، با استناد به ماهیت و ذات بیماری اعتیاد در عدم کنترل و مدیریت مصرف مواد و از دست دادن کنترل روی میزان مصرف توسط فرد معتاد، یا به عبارتی دیگر برای احساس لذت و سرخوشی بیشتر همواره باید مواد بیشتری مصرف شود، مبتنی بر این الگوی نظری، فرد معتادی که از مصرف یک ماده مخدر سنگین مثل هروئین و تریاک می تواند روی مصرف متادون بعنوان یک ماده مخدر سبک تر به مدت طولانی باقی بماند و در واقع به وضعیت کنترل و مدیریت مصرف برسد، چرا این فرد با داشتن چنین انگیزه قوی و باثبات طی یک بازه زمانی مشخص و با کاهش تدریجی مصرف متادون و با مداخلات روانشناختی و درمان های غیردارویی تشویق و ترغیب به توقف مصرف متادون و درمان پرهیزمدار نمی شود. ضمن ارج نهادن به اهتمام و اقدام و عمل جدی مسئولین و نهادهای ذیربط که در خصوص تقویت و توسعه و ارتقای سیستم درمان دارویی اعتیاد در کشور همواره و علی الدوام تلاش می کنند، انتظار می رود موضوعات دیگری از قبیل: ابداع درمان های دارویی جدید (**درمان های دارویی غیرآگونیستی - سم زدایی با داروی متادون**) ، طراحی فرآیندی برای شناسائی، ساماندهی، درمان و بازتوانی متعادلان متجاهر و خیابانی بشکل مستمر و غیرضربتی (**دادگاه درمان مدار**) ، اورژانس اعتیاد، بیمه درمان معتادان، توسعه و تقویت درمان های اقامتی ، نیمه اقامتی و درمان های غیردارویی نیز مورد توجه دولت قرار گرفته و جهت گیری رویکردها، راهبردها، سیاست ها و برنامه ها بسمت و سوی چگونگی امکان آرایه خدمات درمان اعتیاد بشکل جامع، جذاب و باکیفیت مناسب ترکه منجر به خروج فرد معتاد از چرخه اعتیاد و بازگشت به اجتماع بعنوان یک شهروند سالم باشد، متمرکز شود.





براساس نیاز اجتماعی و ضرورت اقدامات نوآورانه و خلاقانه در سازماندهی یک الگوی بومی درمان معتادان و بر پایه اهتمام، مساعی و حمایت دستگاه های مسئول و متولی، و با ابتکار عمل و همکاری موثر سازمان های مردم نهاد، امروز پس از گذشت دو دهه از تاسیس اولین مرکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار معتادان در **شهریور ماه ۱۳۸۰** در کشور، **قریب به ۱۱۰۰ مرکز** با ظرفیت **۵۰۰۰۰ نفر** تخت از طریق سازمان های مردم نهاد تاسیس و تحت نظارت سازمان بهزیستی در حال فعالیت و آرایه خدمات درمان به جمعیت گسترده ای از معتادان می باشند. شایسته است به این واقعیت اشاره شود، یکی از زمینه های مستعد و اثرگذار در افزایش، تقویت و توسعه ظرفیت پوشش درمان اقامتی و پرهیزمدار معتادان در کشور، شبکه گسترده "**مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان**" می باشد. در واقع چنین می توان بیان کرد، "**مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان بار بزرگی از درمان معتادان را در کشور با کمترین بار مالی برای دولت به عهده دارند.**" تمرکز بخش اعظم فرایند ساماندهی، درمان و کاهش آسیب معتادان از طریق سازمان های مردم نهاد، نشان دهنده پاسخ شایسته نهادهای مردمی به اعتماد و باور دولت در استفاده از توان و قدرت و نقش بی بدیل مردم در کمک موثر به کاهش بار اعتیاد در کشور است. بدون تردید، مراکز مزبور یکی از مهمترین نقاط تعامل بیماران معتاد و جامعه به حساب می آیند. مبتنی بر شواهد و آمار و ارقام، مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بیشترین میزان از انرژی استراتژی درمان اقامتی را در کشور به خود اختصاص داده است. یک نکته بسیار مهم و قابل تامل اینکه تا کنون پایش مناسبی از کیفیت و کمیت فعالیت های این بخش و پیامد های حاصل از آن انجام پذیرفته است. لازمه رسیدن به این اهداف، وجود ابزارهای نظارت، ارزیابی، ثبت و جمع آوری اطلاعات و تحلیل آنها در سطح کشور می باشد. اجرای چنین اقداماتی گذشته از کمک موثر به ارتقاء کیفی سطح خدمات مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار،

همچنین پاسخ متقن ، علمی و مبتنی بر آمار و ارقام به بعضا تنگ نظری ها و نگرش های
جزمی و بخشی و صنفی بخش های دولتی و غیردولتی نسبت به فعالیت مراکز مزبور که
تحت نظارت و با تابلوی سازمان بهزیستی فعالیت می نمایند، خواهد بود.





شایان ذکر است، "در سال بطور متوسط بالغ بر ۳۰۰/۰۰۰ نفر از معتادین بشکل اختیاری و داوطلبانه و بدون نیاز به مداخله انتظامی و قضایی به مراکز اقامتی درمان معتادان مراجعه و طبق پروتکل های مربوطه مورد پذیرش و تحت درمان و بازتوانی قرار می گیرند. در متون و منابع علمی، اعتیاد یک بیماری پیشرونده تعریف شده است. شواهد و تجربیات میدانی نیز نشان می دهد، آندسته از معتادان که امروز در کف خیابان ها تحت عنوان معتادان متجاهر و کارتن خواب شناخته می شوند، همین افراد دیروز دارای سرپناه بودند و همراه با خانواده زندگی می کردند. این واقعیت بیانگر این حقیقت تلخ و اسفبار است که، اگر امروز به آن گروه از معتادان که همراه با خانواده زندگی می کنند و شاغل هستند، خدمات درمان مناسب، به هنگام، دردسترس و ارزان قیمت ارایه نشود، فردا این افراد بعنوان معتادان متجاهر و بی سرپناه یکی از چالش های جدی برای کشور خواهند بود و به روال معمول لازم است نسبت به جمع آوری یا ساماندهی آنان اقدام نمود یا ناچاراً در کف خیابان ها با صرف هزینه های گزاف به آنان دارو، سوزن، سرنگ، پدالکلی و غیره توزیع کرد.





یک وجه تمایز و نقطه قوت الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار نسبت به برنامه های درمان دارویی و برنامه های کاهش آسیب اعتیاد در مزیت نسبی "**رویکرد پرهیز از مصرف مواد در مقابل رویکرد استمرار مصرف مواد است.**" امروز به همان تعداد از معتادان که در کف خیابان ها با تحمیل بار مالی گزاف برای دولت خدمات کاهش آسیب اعتیاد ارایه می شود، به همان تعداد از معتادان و بلکه، به تعداد بسیار بیشتری در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار معتادان موضوع **(ماده ۱۵)** با کمترین تحمیل بار مالی برای دولت خدمات درمان و بازتوانی پرهیزمدار ارائه می شود. اتخاذ هرگونه تصمیمات که منجر به محدودیت کمی و کیفی ظرفیت درمان اقامتی پرهیزمدار معتادان در خدمات رسانی به افراد داوطلب درمان که با مشارکت و مدیریت سازمان های مردم نهاد انجام می پذیرد، شود، تاوان و هزینه سنگین این نوع تصمیمات و اقدامات نسنجیده را باید در حوزه کاهش آسیب اعتیاد، یعنی در پاتوق ها و کلونی های معتادان و برای توسعه مراکز گذری، شلتر و مراکز نگهداری اجباری معتادان موضوع **(ماده ۱۶)** پرداخت کرد.

حوزه های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد حلقه های بهم پیوسته ای هستند که کنش هر یک متاثر از کنش دیگری است. به عبارتی پرداختن به هر یک از این حلقه ها بدون اهمیت دادن به دیگر حلقه ها و عدم رعایت توازن و تناسب در اجرای برنامه ها، ممکن است در کوتاه مدت و بطور موقت در یک حوزه نتایج نسبتا مثبت ظاهر شود، لیکن، در دیگر حوزه ها اثرات مخرب و زیانبار خود را نشان خواهد داد. شایسته است، برنامه ها و اقدامات انجام شده مورد ارزیابی مربوط به اثربخشی قرار بگیرد و فرآیندهای اجرایی نیز رصد و پایش شوند. آنچه مسلم است، اثربخشی فعالیت ها باید به صورت عینی در جامعه هدف معلوم و مشخص باشد. البته اعتقاد و باور ما بر این حقیقت استوار است، هر اقدامی که در جهت سلامت و احیای زندگی انسان های آسیب دیده از اعتیاد و مواد مخدر انجام پذیرد، لایق و سزاوار ارج نهادن و حمایت است.





با عنایت به بیش از **دو دهه** تجارب میدانی از اجرای فراگیر الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار و نیم رخ نسبتاً جامع که از بیماران مستعد دریافت خدمات از این الگوی درمان اقامتی بدست آمده است، براین اساس و با هدف ارتقای کیفی سطح خدمات مراکز اقامتی درمان معتادان به گروه های هدف از معتادان داوطلب درمان و در راستای کمک به افزایش نرخ مانایی درمان و کاهش خطر عود و تداوم پرهیز، **"یکی از اقدامات و گزینه های مناسب و مقرون بصرفه اقتصادی در مقایسه با طراحی دیگر مداخلات درمانی، استفاده از الگوی مدیریت مورد و توسعه و تقویت این ابزار مهم درمانی برای جمعیت تحت درمان در مراکز اقامتی درمان معتادان است."** پیشنهاد می شود، هر فرد معتاد داوطلب درمان که به مراکز اقامتی درمان معتادان مراجعه و تحت درمان قرار می گیرد، فرآیند درمان مددجو از بدو پذیرش و اقامت در مرکز و بعد از ترخیص حداقل به مدت **یکسال** توسط تیم مدیریت مورد، پایش و پیگیری شود. **"از دیگر اقدامات موضوع آموزش خدمات دهندگان در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار می باشد."** یکی از نقاط ضعف و از چالش های جدی در خصوص فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار فقدان یک برنامه مدون و جامع در خصوص آموزش و بازآموزی کارکنان مراکز می باشد. با توجه به چالش ها و مشکلات و ضعف های ناشی از عدم ارایه خدمات استاندارد و با کیفیت مناسب در مراکز موصوف، و نیز به منظور توسعه و ارتقای کیفی خدمات و رضایت بیشتر مراجعین، ضرورت آموزش و بازآموزی استاندارد و موثر به خدمت دهندگان در مراکز موصوف به منظور کاهش نرخ انصراف از درمان و نیز افزایش نرخ مانایی درمان می باشد.





یکی از مشکلات جدی که بر کیفیت روند مداخلات درمان و آرایه خدمات مناسب در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بشدت اثر منفی داشته و موجب آسیب رسانی به روند فعالیت مراکز گردیده و لازم است، این فرآیند مورد بازنگری و اصلاح قرار بگیرد، **پذیرش و نگهداری معتادان موضوع ماده ۱۶ در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان است. لازم به توضیح است، پذیرش و نگهداری معتادان موضوع ماده ۱۶ در مراکز باعث کاهش تعداد مراجعان داوطلب درمان به مراکز مزبور شده است.** یکی از دلایل عمده در کاهش مراجعان به مراکز مزبور، احساس عدم امنیت و نگرانی بین معتادان داوطلب درمان و خانواده های آنان از احتمال خطرات بهداشتی و ایمنی ناشی از نگهداری معتادان متجاهر با رفتارهای پرخطر در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی گزارش شده است. نگهداری اجباری معتادان متجاهر، با توجه به امکان بروز مشکلات از جمله؛ اغتشاش، خودزنی، اقدام به خودکشی یا فرار، گذشته از اینکه خسارت های احتمالی مالی و قضایی را در خصوص کارکنان و مدیریت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان به همراه خواهد داشت، بعلاوه ضرورت حفظ امنیت و انضباط در نگهداری اجباری معتادان و نیز لزوم رعایت پاره ای قواعد و ملاحظات ایمنی به منظور پیشگیری از اقدام به فرار و یا ممانعت از درگیری های فیزیکی و رفتارهای پرخاشگرانه میان آنان، این مسئله خود موجب بروز رفتارهای قهری و غیرعلمی از جانب کارکنان مراکز در جهت نگهداری از معتادان متجاهر شده است. به عبارت دیگر، بیشترین توان و انرژی کادر درمان مراکز مذکور بجای انجام مداخلات درمان و بازتوانی، صرف نگهداری و رعایت نظم و امنیت در مراکز می شود. بدیهی است در چنین وضعیت و شرایط کیفیت درمان در این گروه از مراکز بشدت کاهش خواهد یافت .





از چالش‌های مهم که طی سال‌ها مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معنادان را آزار داده و آسیب رسانده است، فعالیت کمپ‌های غیرمجاز می‌باشد. قابل ذکر است، بعثت فعالیت کمپ‌های غیرمجاز، تعداد پذیرش مراجع در اکثر مراکز مجاز بسیار کمتر از ظرفیت تعریف شده در پروتکل‌های مربوطه می‌باشد. بدیهی است، این مسئله موجب ضعف بنیه مالی در تامین مخارج و هزینه‌های لازم در مراکز مجاز شده است و بدین لحاظ دور از واقعیت نیست که اذعان داشت، فعالیت غالب مراکز مجاز چندان توجیه اقتصادی ندارد. به این نکته مهم باید توجه داشت تضعیف و کاهش توان اقتصادی مراکز به صورت اجتناب ناپذیری کیفیت درمان را کاهش خواهد داد. قابل پیش‌بینی است، با متوقف کردن فعالیت کمپ‌های غیرمجاز، رفتار غیرمنطقی و از روی ناچاری و استیصال خانواده‌های معنادان که منجر به فرستادن بیماران خود به کمپ‌های غیرمجاز می‌شوند، این رفتار غیرمنطقی به مرور زمان اصلاح و ترس و نگرانی و مقاومت معنادان نیز که نسبت به رفتارهای خشونت‌آمیز مراکز غیرمجاز به وجود آمده است تعدیل خواهد شد و در نتیجه، با متوقف نمودن فعالیت کمپ‌های غیرمجاز، تأثیری مستقیم و مثبت در میان جمعیت معنادان جهت اقدام به درمان داوطلبانه در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار موضوع **(ماده ۱۵)** ایجاد خواهد کرد و از بار جمعیتی مراکز موضوع **"ماده ۱۶"** نیز کاسته خواهد شد.

از جهت دیگر کارکرد غیراستاندارد و نامناسب کمپ‌های غیرمجاز موجب یک نوع نگرش منفی و بدبینی و بی‌اعتمادی نسبت به روند فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معنادان گردیده و متأسفانه از این منظر بشکل غیرمنصفانه و غیرواقع‌بینانه و بعضاً هم بشکل مغرضانه مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معنادان مورد هجمه‌های مختلف از جانب افرادی با سمت‌های حقوقی و حقیقی و صنفی و رسانه‌ای قرار گرفته است. باور ما براین است، اتخاذ هرگونه تمهیدات و سیاست‌گذاری و اقدام و عمل در خصوص ساماندهی و ارتقابخشی و کیفی‌سازی سطح خدمات مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معنادان، این اقدامات بدون تعیین تکلیف و برخورد جدی و قانونی با مراکز غیرمجاز فاقد اثرگذاری و نتیجه مطلوب خواهد بود.





یکی از موانع بسیار تاثیرگذار در حوزه فعالیت سازمان های مردم نهاد علی رغم اهتمام و تلاش مدیران و مسئولین مربوطه، "رفتارهای سلیقه ای، فردی، بخشی نگری و تبعیض در برخورد با سازمان های مردم نهاد می باشد." نگرش منطقی ایجاب می کند با اطلاعات دقیق و شناخت کافی از تعداد و ظرفیت سازمان های مردم نهاد، مجموعه تشکل های موجود را با رویکرد و سیاستی که موجب همگرایی و هم افزایی و همکاری تاکتیکی آنان با یکدیگر گردد، باید در نظر گرفت. بدیهی است، حاصل جمع و مخرج مشترک عملکردها و ویژگی های هر یک از سازمان مردم نهاد در یک نظام هماهنگ و منسجم (شبکه سازی) و اجازه ورود آنان در حوزه های مشورت، تصمیم سازی و برنامه ریزی، بدون تردید، این نوع رویکرد عالمانه و هوشمندانه یک اقدام سنجیده و منطقی خواهد بود و یک ظرفیت منسجم و با بهره وری بالا را از مجموعه سازمان های مردم نهاد در راستای تحقق اهداف به وجود خواهد آورد. بدیهی است با تعامل موثر و دوسویه دستگاه های دولتی و سازمان های مردم نهاد به مثابه دو بازوی هماهنگ و با قوت همسان و تصمیم گیری بر مبنای فهم مشترک می توان در تحقق اهداف برنامه های تعیین شده موثر واقع شد. به تحقیق، اطلاعات و تجارب میدانی و مستقیم سازمان های مردم نهاد فعال می تواند در تدوین استراتژی ها، سیاست ها و کمک به اجرای برنامه ها و تحقق اهداف بسیار تاثیرگذار و حائز اهمیت باشد. همچنین رفتارهای تبعیض آمیز و بر پایه سلیق شخصی و عدم تعامل سازنده و درک نادرست و فقدان تحلیل دقیق و واقع بینانه از روند فعالیت و ظرفیت بالفعل و بالقوه سازمان های مردم نهاد، در واقع این موارد می تواند باعث ایجاد یک نوع بی اعتمادی و واگرایی میان تشکل ها و دستگاه های دولتی شود.





با توجه به مرور، بازنگری و واکاوی تجربیات گذشته در عرصه فعالیت مراکز اقامتی درمان معتادان و با کنار هم قراردادن مشکلات، چالش ها و موانع، شاید چندان دور از واقعیت نباشد این ادعا مطرح شود؛ الگوی اقامتی درمان معتادان موضوع "**ماده ۱۵**" با ظرفیت بالغ بر **۵۰/۰۰۰ نفر** تخت نسبت به دیگر الگوهای درمان و شیوه های خدمات رسان به معتادان، بنوعی دچار بی مهری و کم توجهی و عدم حمایت های موثر در ابعاد مختلف گردیده است. بدون انکار باید پذیرفت، الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار یک مدل پذیرفته شده و مورد استقبال طیف وسیعی از جمعیت معتادان و خانواده های آنان در کشور می باشد و البته انتظار می رود، الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بعنوان بزرگترین ظرفیت درمان اقامتی در کشور، همسان با دیگر روش ها و برنامه های خدمات رسان به معتادان مورد حمایت و پشتیبانی قرار بگیرد. "**به یقین هزینه - فایده فعالیت مراکز اقامتی درمان معتادان موضوع ماده ۱۵ کمتر از هزینه - فایده درمان های دارویی و درمان نگهدارنده - برنامه های کاهش آسیب در پاتوق ها و مراکز اقامتی موضوع ماده ۱۶ نیست.**" البته هنگامی که ارتقاء سلامت و بهداشت، کاهش جرم و جنایت، ورود بهبود یافته ها به بازار کار و خروج معتادان از بازار تقاضا و... مورد محاسبه قرار بگیرد، توجیهات اقتصادی الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار کفه ترازو را شدیداً به سود خود سنگین می کند.





براساس سال ها تجربه فعال و مستقیم در عرصه درمان اقامتی پرهیزمدار و خودیاری اعتیاد، امروز مهم ترین نیاز و ضروری ترین اقدام موثر در خصوص فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان، نگاه و رویکرد حمایتی و توسعه ای و ایجاد زیرساخت های لازم قانونی و اقتصادی در جهت تقویت، توسعه و تثبیت نقش و جایگاه مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار معتادان در نظام درمان اعتیاد کشور و در راستای کمک به تحقق اهداف برنامه ششم و هفتم توسعه در کاهش جمعیت معتادان است. واضح و قابل پیش بینی است، با اعمال مدیریت مطلوب و بهره گیری وسیع از ظرفیت سازمان های مردم نهاد همراه با شبکه سازی آنان و پرهیز از سیاست های تجویزی و یک سویه نگری، امکان بهره وری بالا از ظرفیت درمان اقامتی پرهیزمدار که پاسخ مناسب و بهتری به نیاز امروز حوزه درمان اعتیاد بدهد، وجود دارد. انتظار می رود، الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بعنوان یک روش بومی درمان اقامتی، ارزان قیمت، قابل دسترس و فراگیر که بیشترین میزان از انرژی استراتژی درمان اقامتی پرهیزمدار و غیردارویی اعتیاد را در کشور به خود اختصاص داده است و با مشارکت سازمان های مردم نهاد مدیریت می شود، اجازه داده نشود با اقدامات نسنجیده و غیرواقع بینانه و نگاه های تک بعدی و یا تعارض منافع از دسترس قشر وسیعی از جمعیت معتادان داوطلب درمان، بویژه معتادان کم بضاعت و بی بضاعت محدود یا خارج شود. در همایش های متعددی که با حضور بهبودیافتگان اعتیاد بشکل موردی و سالانه و به مناسبت های مختلف توسط سازمان های مردم نهاد حوزه اعتیاد در سطح محلات و شهرستان ها و با حضور مسئولین سیاسی و انتظامی و مدیران دستگاه های ذیربط برگزار می گردد، اکثریت افراد بهبودیافته از اعتیاد خروجی های مراکز اقامتی درمان پرهیزمدار و گروه های خودیاری می باشند. **"به اعتقاد ما هر بستر و ظرفیتی که برای درمان و بازتوانی معتادین ایجاد و فراهم شود ، به مثابه یک قرارگاه اجتماعی پدافندی و آفندی است که توامان با سیستم عرضه مواد و تقاضای مواد مبارزه و مقابله می کند"**





اکثریت متخصصین و کارشناسان و درمانگران حوزه درمان اعتیاد به این نقصیه واقف هستند و اینکه، **"روش های درمانی دارو محور در ایجاد تثبیت زیستی - روانی کوتاه مدت برای معتادان موثر بوده است، اما غالباً در فراهم آوردن چارچوبی برای درمان و پرهیز طولانی مدت و دایمی با شکست مواجه شده اند."** آنچه را که معتادان بدان نیاز دارند، صرف ورود به برنامه های درمانی متمرکز بر پزشک و دارو نیست، بلکه، نیاز به ساختاری است که بتواند درمان طولانی مدت و دایمی را برای معتادان میسر سازد.

الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار مبتنی بر توقف رفتار مصرف **(پرهیز کامل بدون استفاده از داروهای آگونیستی و آنتاگونیستی)** و استفاده از نقش تسهیل کننده گروه همتای آموزش دیده در تسهیل ارتباط درمانی و اطاعت پذیری درمان می باشد. در متون و منابع علمی نیز اشاره شده است، در صورتیکه وضعیت جسمانی و پزشکی مراجعان ثابت باشد، می توان آنان را در محیط های غیر پزشکی هم به نحوی موثر درمان کرد و یا ترجیحاً به جای درمان های تخصصی و حرفه ای به برنامه های خودیاری ارجاع نمود.

دستاوردهای تجربی بیش از ۲۵ سال فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار در کشور بوضوح نشان می دهد، اکثریت معتادانی که با روش اقامتی پرهیزمدار تحت درمان قرار گرفته اند، این افراد با کم ترین نیاز به فوریت های پزشکی و دارویی دوره درمان اولیه خود را سپری کرده اند و آن تعدادی از مددجویان که پس از خروج از مراکز اقامتی درمان و بازتوانی در **"برنامه های ۱۲ گامی انجمن معتادان گمنام"** حضور موثر و مستمر داشته اند، با یک نرخ مانایی قابل قبول درمان آنان تداوم داشته و در پرهیز کامل از هرگونه مصرف مواد باقی مانده اند.





باتوجه به حضور و مشاهده گسترده جمعیت معتادان در پاتوق ها، محلات و کف خیابان و پیرو درخواست و تقاضای مستمر استانداران و فرماندران در اکثر استان ها به ضرورت تاسیس و توسعه مراکز نگهداری اجباری موضوع "ماده ۱۶" و به رغم همه تلاش ها و اقدامات که در این عرصه ها تاکنون انجام پذیرفته است، اگر این ادعا مطرح شود که استراتژی ها و تاکتیک های متخذه تاکنون در جهت کاهش جمعیت معتادان به خصوص در شناسایی، ساماندهی و درمان معتادان متجاهر و بی سرپناه اثربخشی قابل قبول نداشته است، این ادعا چندان دور از واقعیت های عینی و ملموس در کف جامعه نیست.

بخش اعظم معتادان در شرایطی به درمان تمایل پیدا می کنند که، سال ها است از اعتیادشان می گذرد و همین موضوع شانس موفقیت درمان های کوتاه مدت و بدون حمایت های اجتماعی را کاهش و هزینه های درمان را به علت عود های مکرر افزایش می دهد.

"استفاده از تاکتیک فشار اجتماعی و قانون و مشوق های رفتاری و آموزش خانواده و افراد جامعه و رسانه ها می تواند فرد معتاد را در زمان کوتاه تری جهت ورود به فرآیندهای درمان ترغیب کند. موثر بودن درمان حتما به شرط ورود داوطلبانه به آن نیست."



ارائه خدمات درمانی به معتادین مساوی با بر طرف کردن یکی از نیازهای ضروری و مهم جامعه امروز است که باید آن را یک هدف استراتژیک دانست. شواهد نشان می دهند، اگر درمان برای معتادین در دسترس و از نظر هزینه های مادی و معنوی کم هزینه و در عین حال جامع، متنوع و جذاب باشد، تعداد بیشتری از معتادین را می توان تحت پوشش درمان قرارداد. هرچه تعداد معتادین درمان نشده در معتاد کردن مصرف کنندگان جدید کمتر شود، مطمئناً سوء مصرف مواد نیز کاهش خواهد یافت. مبتنی بر این دیدگاه، تعداد زیادی از معتادین بایستی به برنامه های درمانی دسترسی و از آن استفاده نمایند تا تأثیرگذاری آن بر کاهش جمعیت معتادان موثر واقع شود. مسلماً برای تحقق چنین هدفی، انواع مدل های درمان باید در بسیاری از نقاط کشور و با در نظر گرفتن نیازهای محلی، شرایط مناسب اجتماعی، فرهنگی و دانش موجود، برنامه ریزی و اجرا شوند و باید برای تمامی گروه های نیازمند همچون " **زنان و مادران، جوانان و نوجوانان، کارگران و کارمندان، معتادان بی سرپناه و خیابانی و معتادان دارای بیماری های همراه و زخم باز** " در دسترس باشند.





هم چنانکه سیاست گذاران و مسئولین ذیربط، نگرانی و دغدغه خطر آسیب های ناشی از حضور معتادان متجاهر و خیابانی را در جامعه دارند، پیشنهاد می شود، در راستای افزایش حق انتخاب افراد معتاد و افزایش دستیابی به خدمات متنوع درمان و استفاده از ظرفیت الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار **"کوتاه مدت - میان مدت - بلند مدت"** اقدامات لازم و مناسب صورت پذیرد تا در جهت توسعه و تقویت و ارتقای کمی و کیفی خدمات مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار برای گروه های مختلف سنی و جنسی و گروه های کم بضاعت و بی بضاعت بستر و پوشش درمان کافی و مناسب ایجاد شود، تا طیف وسیعی از معتادان داوطلب درمان بتوانند به سهولت به خدمات الگوی درمان اقامتی دسترسی داشته باشند. محتوا و توالی مواد اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر بیانگر تقدم و الویت بر اجرای **"ماده ۱۵"** است. واضح است، بدون اجرای کامل و جامع **"ماده ۱۵"**، بطور مستمر بر جمعیت معتادان مشمول **"ماده ۱۶"** و نیازمندان خدمات کاهش آسیب در کف خیابان ها افزوده خواهد شد.

یکی از راهبردهای مهم برای از بین بردن بی عدالتی در دستیابی به سلامت در زمینه خدمات رسانی به معتادان، ضرورت امکان دستیابی یکسان، عادلانه و ارزان قیمت برای عموم معتادان به انواع خدمات درمان و خدمات کاهش آسیب اعتیاد است. به عبارت دیگر، در سیاست گذاری ها برای تحقق اهداف برنامه های کنترل، مهار و کاهش اعتیاد لازم است، بشکل متوازن و متناسب و با در نظر گرفتن مواد قانونی و محدودیت های کشور و هزینه اثربخشی در حوزه درمان، بازتوانی، حمایت اجتماعی و برنامه های درمان دارویی **(درمان نگهدارنده)** و برنامه های کاهش آسیب سرمایه گذاری کرد.





آسیب شناسی از راهبردها و تاکتیک های بکار گرفته شده در ادوار گذشته در خصوص نوع اقدامات درمان برای طیف متنوع جمعیت معتادان را می توان بر روی یک پیوستار بدین شکل تعریف و ترسیم نمود، در نقطه ابتدایی پیوستار افرادی مستعد برای تجربه مصرف مواد وجود دارند، و در نقطه انتهای پیوستار افرادی تحت عنوان معتادان متجاهر بی سرپناه قرار دارند. شواهد عینی مبین این واقعیت قابل مذاقه و تامل است که، امروز رویکرد و سیاست غالب در مواجهه با این پیوستار متمایل و متمرکز بر روی نقاط انتهایی است. به عبارتی تفسیر و تحلیل و آسیب شناسی از روند اقدامات صورت گرفته بیانگر این مسئله است، افرادی که امروز بر روی نقطه ابتدایی پیوستار اعتیاد به عنوان مصرف کننده تفننی یا سوء مصرف کننده نام گذاری شده اند، چنانچه نظام درمان اعتیاد نتواند با سازوکارهای علمی، اجتماعی، فرهنگی و قانونی آنان را تشویق و ترغیب یا ملزم به درمان کند و خدمات درمان مناسب و جامع و جذاب در اختیارشان گذاشته شود، این افراد فردا به نقطه انتهای پیوستار خواهند رسید و آنوقت با صرف هزینه های گزاف و بعنوان معتادان متجاهر و خیابانی و با رفتارهای پرخطر باید آنان را توسط پلیس دستگیر و باحکم قضایی برای مدتی از جامعه جدا و در مراکز موضوع "**ماده ۱۶**" نگهداری کرد، یا اینکه در پاتوق ها به این افراد دارو، سوزن، سرنگ، پدالکی و توزیع کرد. "**به استناد تحلیل فوق می توان چنین نتیجه گیری کرد؛ خدمات درمان، بازتوانی و کاهش آسیب اعتیاد در کشور بشکل ناتمام، تک بعدی و بدون تداوم و استمرار است، یا به عبارت دیگر، پیوستار درمان و بازتوانی اعتیاد بشکل جامع اجرا نمی شود**"





رویکرد و نگرش کلی مسئولین دولتی و متخصصین و کارشناسان و غالب فعالان اجتماعی و تشکل های فعال در حوزه اعتیاد نسبت به اجرای طرح های ضربتی و موقت و صرفاً به منظور پاک سازی از سطح شهرها در دستگیری معتادان متجاهر و بی سرپناه توسط نیروی انتظامی، تغییر از روش موجود به فرآیندی مستمر جهت شناسایی، ساماندهی و هدایت معتادان موصوف به درمان و بازتوانی و حمایت های اجتماعی و بازگشت موفق آن به اجتماع می باشد. براین اساس و در شرایط موجود استقرار **"الگوی دادگاه درمان مدار"** یک ضرورت اجتناب ناپذیر بعنوان یک گزینه مطلوب به نظر می رسد. شواهد فزاینده ای نیز از اثربخشی دادگاه های درمان مدار وجود دارد. از طریق الگوی دادگاه درمان مدار می توان کارکرد موضوع **"ماده ۱۶"** را از شکل موجود خارج و روح این ماده قانونی را به دادگاه های درمان مدار و مراکز درمان موضوع **"ماده ۱۵"** نزدیک کرد. آنچه مسلم است، میزان موفقیت برنامه های درمان و افزایش نرخ مانایی افراد تحت درمان و کاهش نرخ عود و بازگشت موفق معتادان به اجتماع سالم، مستلزم درمان جامع و حمایت های اجتماعی است و دقیقاً در همین راستا استفاده از **"الگوی دادگاه درمان مدار و ظرفیت ماده ۱۵"** می تواند پاسخی مناسب و کارآمد به نیازهای امروز در نظام درمان اعتیاد در جهت کمک به کاهش جمعیت معتادان بویژه جمعیت معتادان متجاهر و بی سرپناه باشد. **"امروز جامعه ما نیازمند آن است تا فضایی ایجاد شود که رویکردها در برخورد با معتادان درمان مدارانه شود."**





**بررسی و توجیه "هزینه - فایده" فعالیت مراکز اقامتی
درمان و بازتوانی پرهیزمدار**





با عنایت به گسترش و توسعه کمی مراکز اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار، شاید بتوان گفت که در توسعه کیفی و سازماندهی و بسیج امکانات در جهت مدیریت و استفاده مطلوب از ظرفیت مراکز مذکور مبتنی بر ضرورت و نیاز امروز حوزه درمان اعتیاد و جمعیت معتادان گام موثر و قابل قبولی در جهت تحقق اهداف مورد نظر برداشته نشده است. میزان خسارتی که هر فرد معتاد سالانه به کشور وارد می کند بالغ بر **۸۰۰ میلیون ریال** گزارش شده است (**ستاد مبارزه با مواد مخدر**). براساس این گزارش روزانه هر فرد معتاد حدود **۲۲۰ هزار تومان** هزینه برای دولت تحمیل می کند. طبق گزارش دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر **حدود ۱۱.۷ درصد** تولید ناخالص ملی (GDP) کشور برای خسارات ناشی از مواد مخدر هزینه می شود. ظرفیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان موضوع "**ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر**" تحت نظارت سازمان بهزیستی برای پوشش درمان معتادان حدود **۵۰ هزار نفر تخت** است. با استناد به **۵۰ هزار نفر معتاد** مقیم در مراکز مذکور و با احتساب **۲۲۰ هزار تومان** روزانه هزینه خسارت هر نفر از معتادان به کشور، براین اساس روزانه یک ارزش افزوده **معادل ۱۱ میلیارد تومان و سالانه بیش از ۴۰۰۰ هزار میلیارد تومان** برای دولت ایجاد می کند. در واقع ارزش افزوده ناشی از فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان بیش از **دو برابر کل اعتبارات مربوط به حوزه اعتیاد در سال ۱۴۰۲ می باشد**. البته هنگامی که ارتقاء سلامت و بهداشت، کاهش جرم و جنایت و خروج معتادان از بازار تقاضای مصرف مواد و سیستم عرضه و توزیع مواد مورد محاسبه قرار بگیرد، توجیهات "**هزینه - فایده**" فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان کفه ترازو را شدیداً به سود خود سنگین می کند. با احتساب میانگین تعداد **۴۰ نفر معتاد** مقیم در هر مرکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان و باتوجه به اقامت **۳۰ روزه** به عنوان یک دوره درمان، براین اساس روزانه تعداد **۱/۶ نفر** معتاد در هر مرکز پذیرش می شود.





با در نظر گرفتن فعالیت حدود **۱۱۷۰ مرکز** در سطح کشور، روزانه تعداد **۱۶۰۰ نفر** از معتادان در مراکز مزبور مورد پذیرش و تحت درمان قرار می گیرند. بدون تردید، جمع آوری ، ساماندهی و نگهداری و درمان تعداد **۱۶۰۰ نفر** معتاد بطور ماهانه هزینه بسیار سنگینی را به دولت تحمیل خواهد کرد. یک وجه تمایز و نقطه قوت الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار نسبت به برنامه درمان نگهدارنده با داروهای آگونستی و برنامه های کاهش آسیب اعتیاد در مزیت نسبی "**رویکرد پرهیز کامل از مصرف هرگونه مواد اعتیادآور در مقابل رویکرد استفاده از مواد جایگزین و استمرار مصرف مواد است.**" امروز به همان تعداد از معتادان که در کف خیابان ها و یا در مراکز موضوع (**ماده ۱۶**) با تحمیل بار مالی گزاف برای دولت خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد ارایه می شود، به تعداد بسیار بیشتری از معتادان در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان موضوع (**ماده ۱۵**) با کمترین تحمیل بار مالی برای دولت خدمات درمان ارائه می شود. امروز بجای رویکرد غالب درمان نگهدارنده به حوزه درمان اعتیاد، ضرورت اتخاذ یک پارادایم نتیجه محور برای رویکردهای درمانی که امکان بازگشت فرد معتاد را به خانواده و جامعه بدون وابستگی به داروهای شبه مخدر فراهم سازد، بسیار حیاتی است. بدون شک، اگر منطبق با نیازهای بوم شناختی و تیپ شناسی معتادان در کشور برای درمان و بازتوانی و بازگشت آنان به جامعه نپردازیم، استفاده و بکارگیری مدل های پزشکی و دارویی محور و هرچه تخصصی تر نیز نتیجه مطلوبی در پی نخواهد داشت. با عنایت به بیش از دو دهه تجارب میدانی در اجرای الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار در کشور و نیز نیم رخ نسبتا جامع که از معتادان مستعد دریافت خدمات از روش اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بدست آمده است. براین اساس هرگونه تصمیمات و اقدامات که منجر به محدودیت ظرفیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان موضوع (**ماده ۱۵**) در خدمات رسانی به افراد داوطلب درمان شود، تاوان و هزینه سنگین این نوع تصمیمات و اقدامات نسنجیده را باید در پاتوق ها، کلونی های معتادان و برای توسعه مراکز گذری و مراکز نگهداری اجباری معتادان موضوع (**ماده ۱۶**) پرداخت کرد. محتوا و توالی مواد اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر





بیانگر تقدم و الویت بر اجرای "ماده ۱۵" است. واضح است، بدون اجرای کامل و جامع "ماده ۱۵"، بطور مستمر بر جمعیت معتادان مشمول "ماده ۱۶" و نیازمندان خدمات کاهش آسیب در کف خیابان ها افزوده خواهد شد. یک نکته بسیار مهم و قابل تامل اینکه تاکنون پایش مناسبی از کیفیت و کمیت فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان و پیامد های حاصل از آن انجام نپذیرفته است. لازمه رسیدن به این اهداف، در گام اول ضرورت اتخاذ یک رویکرد حمایتی نسبت به روش اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار با مشارکت گروه همتا است و در مراحل بعدی وجود ابزارهای نظارت دقیق و هدفمند، ارزیابی، ثبت و جمع آوری اطلاعات و تحلیل آنها در سطح کشور می باشد. در صورت حمایت موثر از روش اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار همسان با روش درمان های پزشکی و دارویی و مدیریت و نظارت اصولی و مبتنی بر رویکرد تعاملی و مشارکتی با تشکل های فعال در حوزه درمان و بازتوانی معتادان و پرهیز از سیاست های دستوری و تجویزی بجای تعاملی و مشارکتی، و اقدامات سلبی بجای ایجابی، امکان ارتقای کیفیت خدمات مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان که پاسخ مناسب و بهتری به نیاز امروز حوزه درمان اعتیاد بدهد (افزایش نرخ مانایی درمان و کاهش نرخ عود و بازگشت) وجود دارد. با استناد به شواهد محکم و منابع معتبر بین المللی در خصوص موفقیت گروه های خودیار و نقش موثر گروه های همتای آموزش دیده و مجرب در اثربخشی مداخلات درمان اعتیاد، لذا انتظار می رود، روش اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار که بیشترین میزان از انرژی استراتژی درمان اقامتی پرهیزمدار را در کشور به خود اختصاص داده و مورد استقبال جمعیت گسترده ای از معتادان قرار گرفته است، مورد حمایت جدی قرار گیرد و همچنین اجازه داده نشود، با اقدامات نسنجیده، غیرواقع بینانه و تعارض منافع، از دسترس قشر وسیعی از جمعیت معتادان داوطلب درمان، بویژه معتادان کم بضاعت و بی بضاعت محدود و یا خارج شود (اکثریت مراجعان مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان از افراد دهک های ضعیف جامعه هستند).



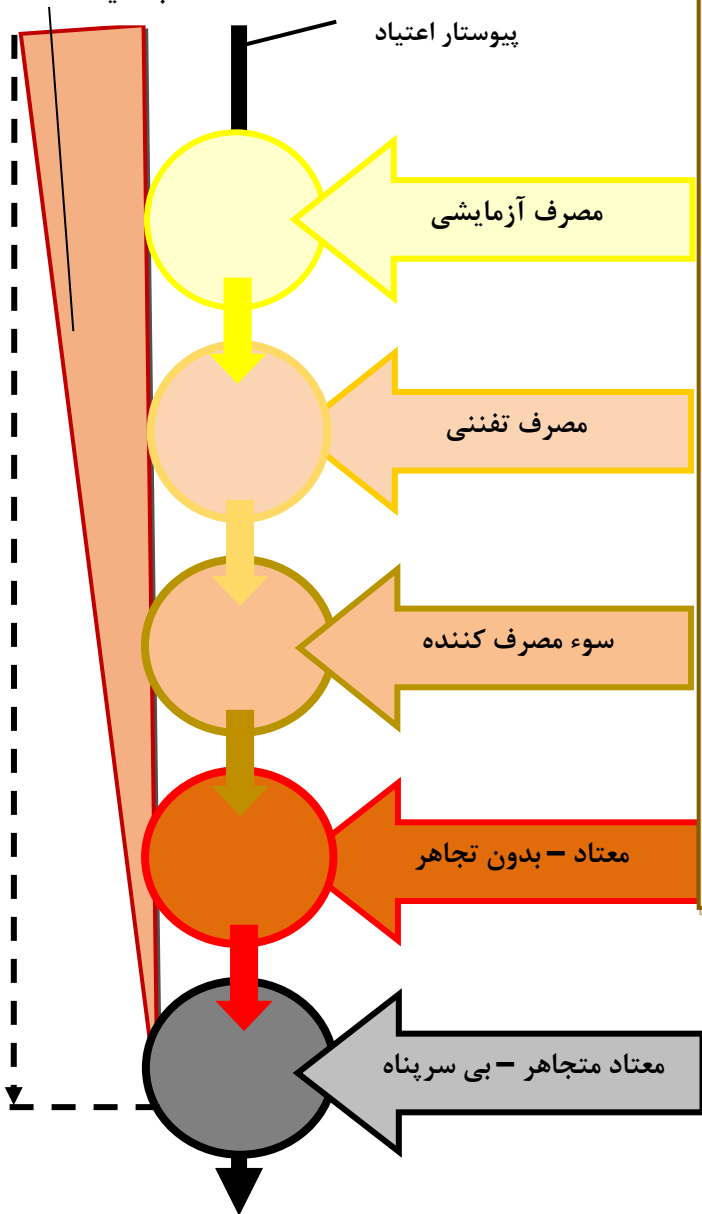


مدل شماتیک فرآیند شکل گیری معتادان متجاهر و بی سرپناه

فاصله زمانی انتقال

حلقه ها از زرد

به سیاه

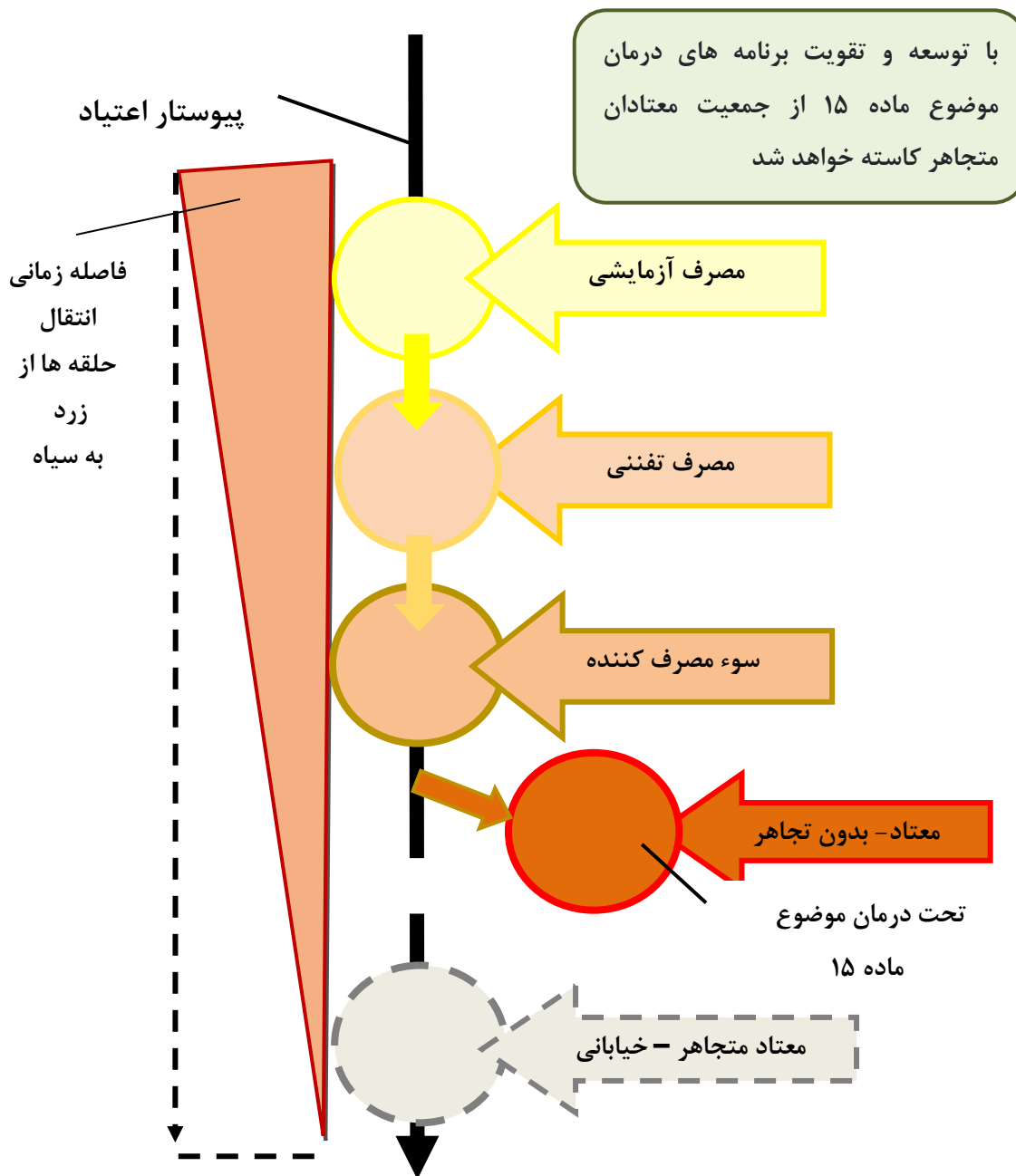


کلیه افراد معتاد متجاهر و بی سرپناه که در حلقه سیاه قرار دارند، این افراد قبلا در حلقه زرد قرار داشته اند. به عبارتی دیگر و مبتنی بر شواهد و واقعیت های امروز جامعه، افرادی که امروز به عنوان مصرف کننده آزمایشی، مصرف کننده تفنی، سوء مصرف کننده و معتادی که دارای کار و سرپناه می باشند، چنانچه نظام درمان اعتیاد نتواند با سازوکارهای علمی، اجتماعی، فرهنگی و قانونی و برنامه ریزی هدفمند - Targeted - خدمات درمان جامع - Comprehensiveness - در اختیارشان بگذارد، با توجه به ماهیت پیشروندگی - Progressive - بیماری اعتیاد تعداد زیادی از این افراد یک روز در حلقه سیاه جای خواهند گرفت.





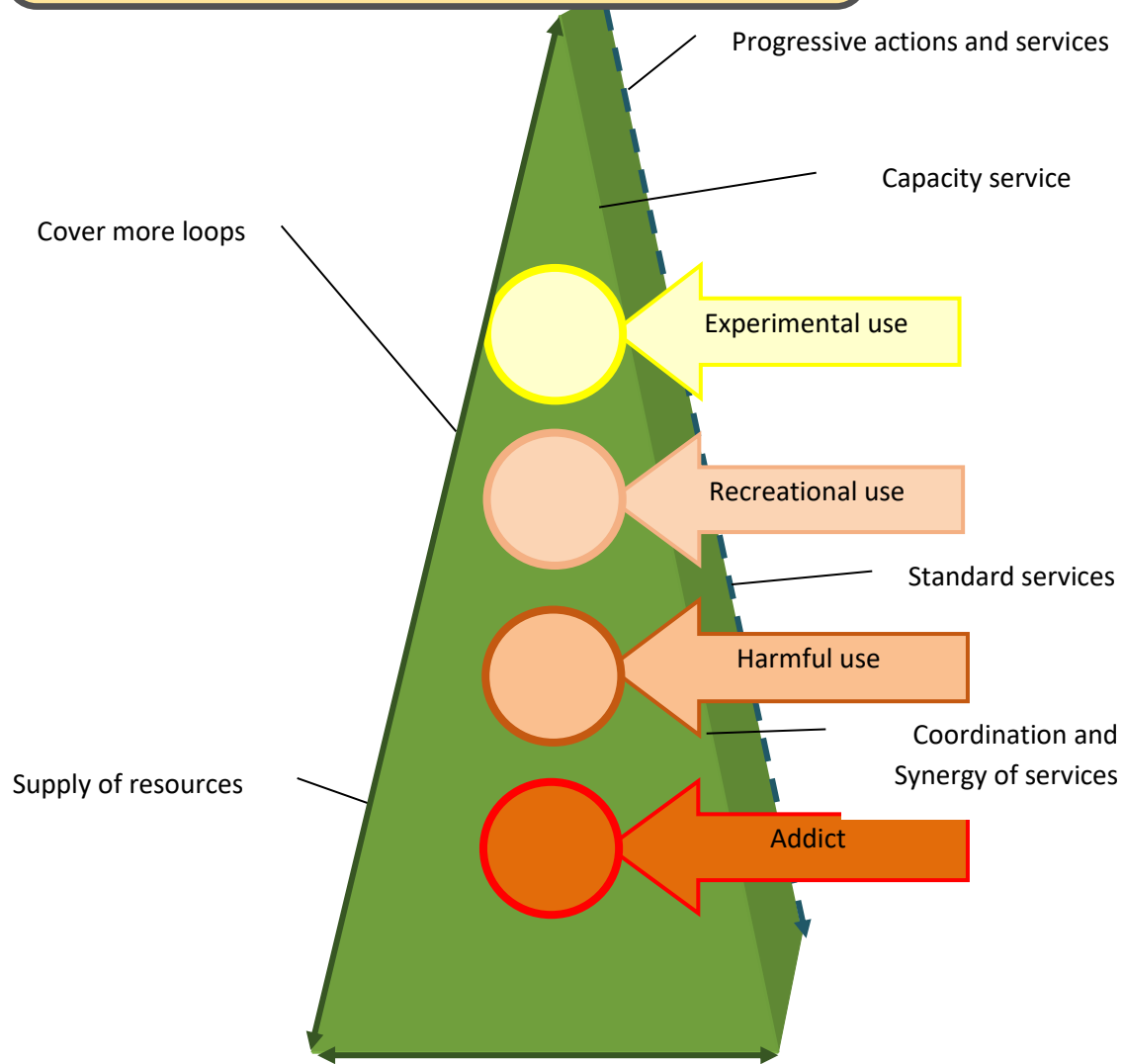
مدل شماتیک فرآیند قطع پیوستار شکل گیری معتادان متجاهر و بی سرپناه





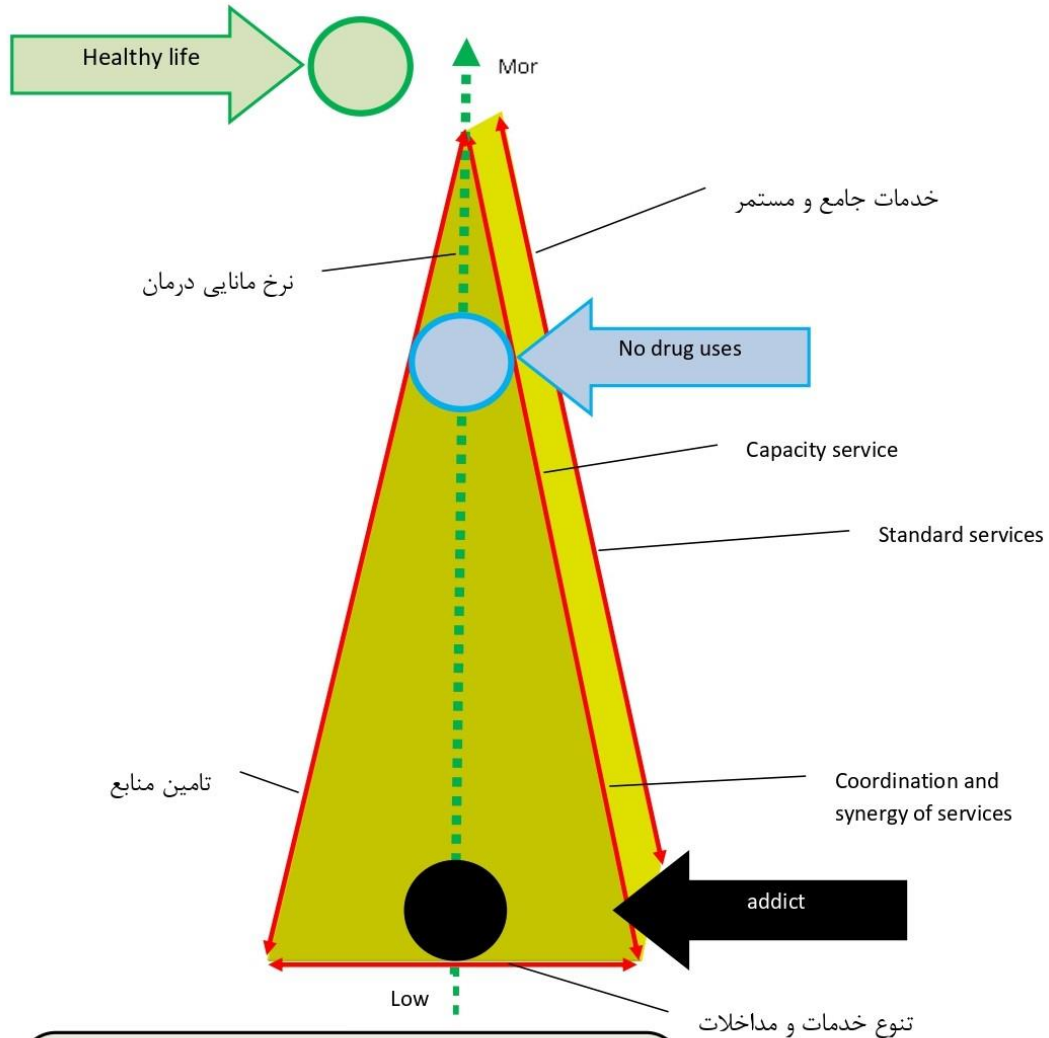
هرم نیاز اقدامات استراتژیک کاهش جمعیت معتادان

جهت تحقق اهداف برنامه های کاهش جمعیت معتادان، لزوماً باید تعداد بیشتری از حلقه های داخل هرم بطور مستمر مورد پایش قرار بگیرد و خدمات اختصاصی و مناسب و جامع به هر یک از حلقه ها ارائه شود.





هرم نیاز اقدامات راهبردی برای افزایش نرخ مانایی درمان معتادان

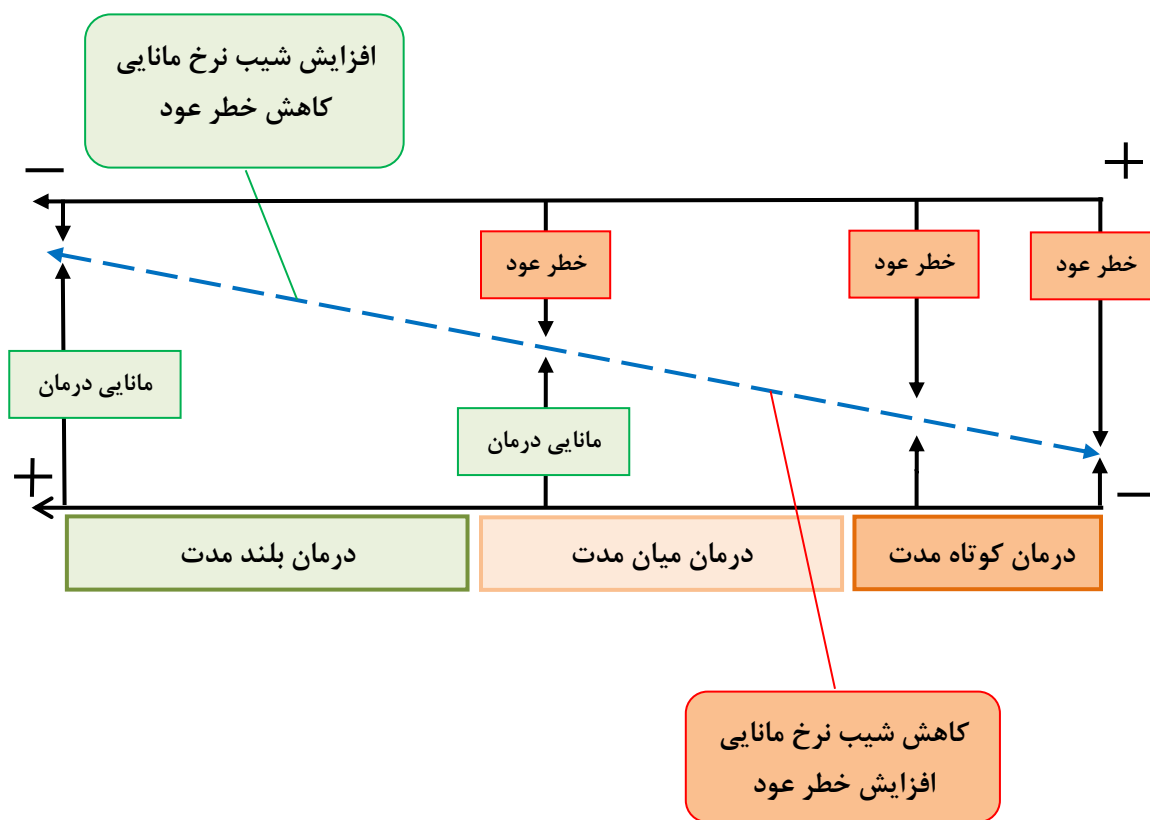


به هر میزان که اضلاع هرم نیاز اقدامات راهبردی درمان بزرگتر شود، تعداد بیشتری از معتادان تحت پوشش درمان قرار خواهند گرفت و نرخ موفقیت درمان افزایش خواهد یافت



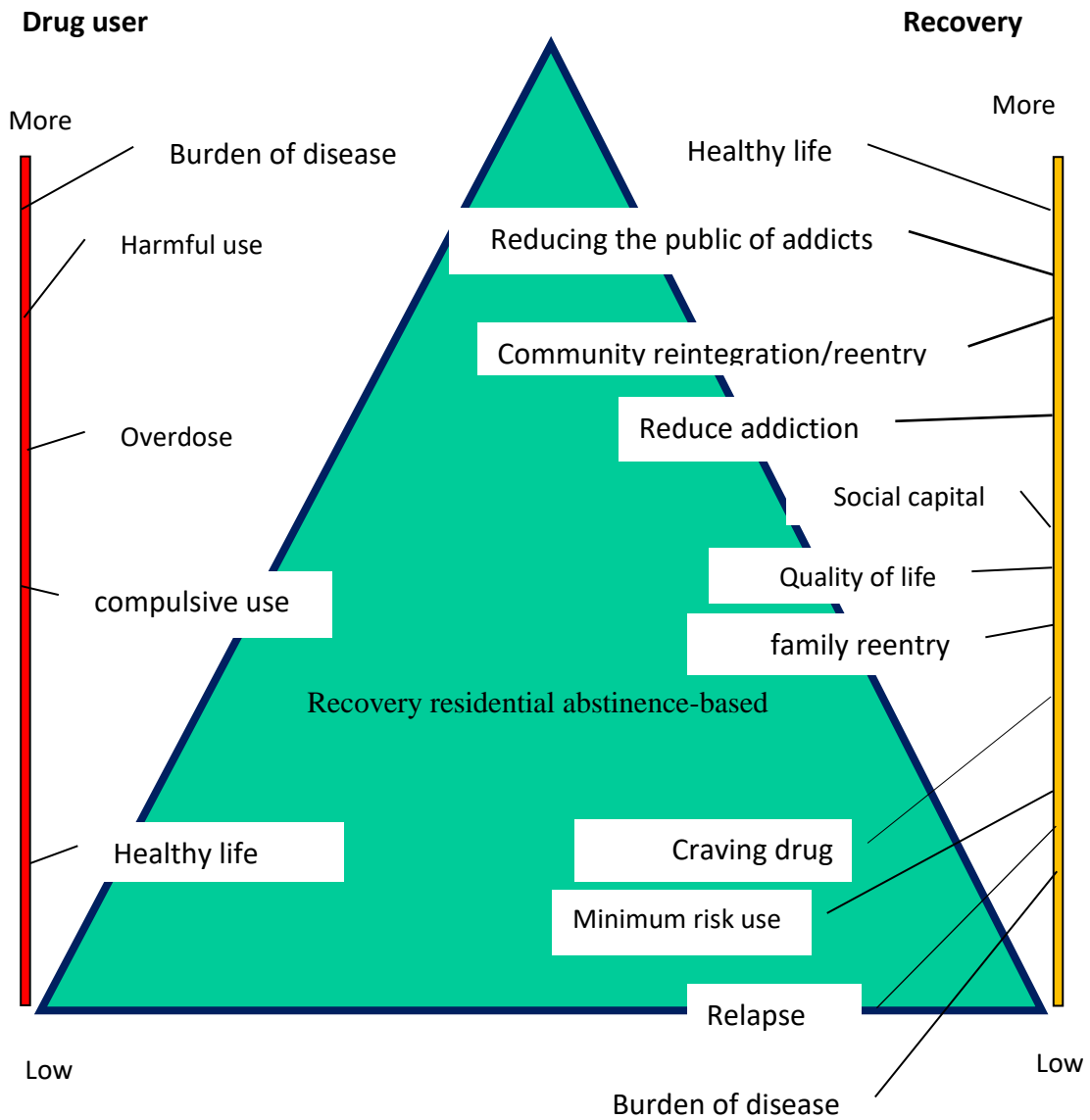


نمودار رابطه مدت زمان پرهیز و کاهش خطر عود و افزایش نرخ مانایی درمان



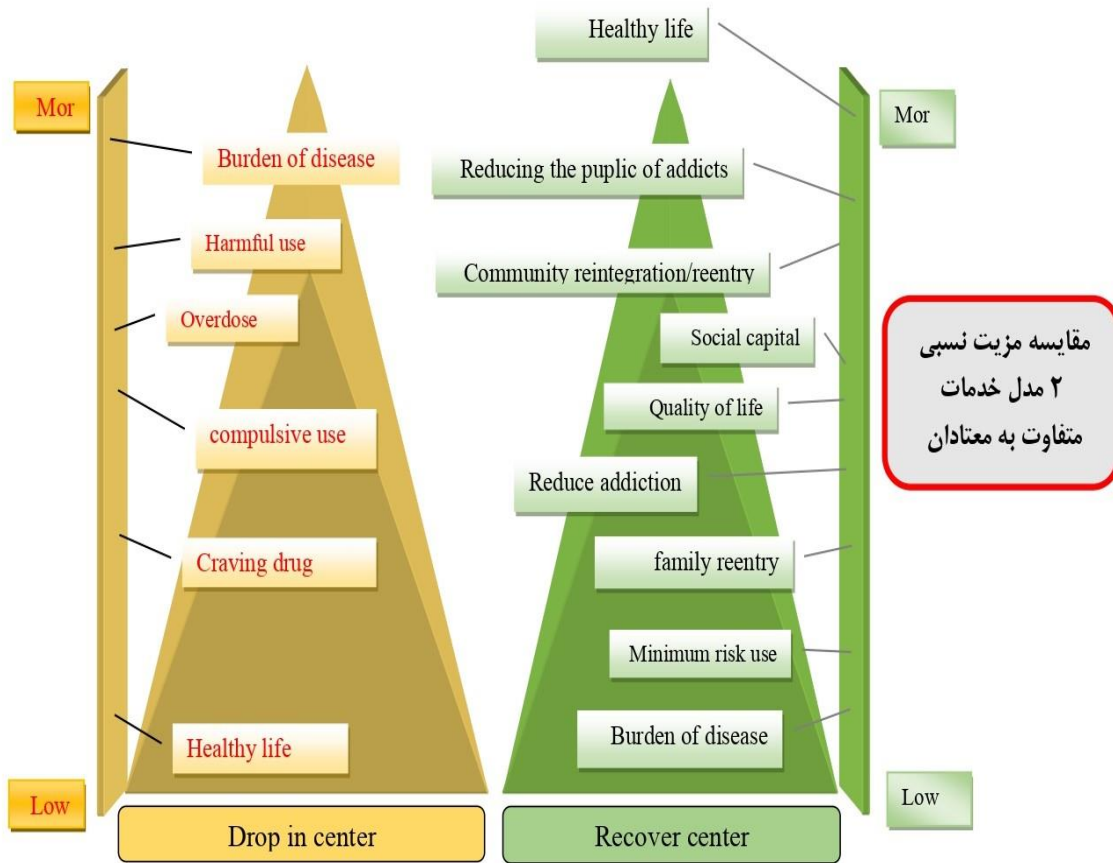


مزیت های نسبی مدل اقامتی بهبودی پرهیزمدار





مقایسه مزیت نسبی دو مدل خدمات "درمان" و "خدمات کاهش آسیب"





JULY 15, 2020

WWW.JAMEPAK.COM

IRAN - TEHRAN