

نگاه کارشناس

ضعف مداخلات روان‌شناختی پس از درمان اعتیاد

دکتر هومن تارنجیها

■ اگر درمان را به سه قسم کمپی، سربایی و بستری تقسیم کنیم، در هر کدام از این بخش‌ها با معضلاتی روبه‌رو هستیم. مراکز خدمات بستری بسیار محدود بوده و خدمات لازم را ارائه نمی‌دهد چراکه در این مراکز خدمات به صورت موقت ارائه شده، تمرکز روی سسم‌زدایی و گذر از علایم ترک است که این اتفاق به سادگی می‌افتد و چندان پردردسر نیست. بعد از آن قطع ارتباط صورت می‌گیرد. در حالی که رسالت درمان که اولویت درمان‌های روحی، روانی و شناختی است از دست می‌رود. پیگیری‌های بعد از درمان ضرورت و این درمان به دلیل موقت بودن مشکلاتی دارد.

در درمان کمپی حتی کمپ‌های مجوزدار هم در روند برخورد با بیمار یکنواخت عمل نمی‌کنند چه برسد به کمپ‌های غیرمجاز که معلوم نیست بر چه اساسی عمل می‌کنند. خدماتی که باید از نظر سطح بهداشت و مداخلات روان‌شناختی و کارشناسی برای بیمار در زمان بستری وجود داشته باشد به خوبی ارائه نمی‌شود. کارشناس بسیاری از کمپ‌ها آموزش‌های کافی فرانگرفته‌اند، مثلاً اگر بیماری نیاز به مداخلات دارویی داشته باشد ممکن است متخصص کمپ تصور کند با بیشتر نگه داشتن فرد در کمپی می‌تواند به بهبود او کمک کند در حالی که با دارو می‌شد به بیمار کمک کرد و لازم نبود تا این اندازه درد را تحمل کند. مواردی از این دست ناشی از کمپ‌الاعی مجریان کمپ‌هاست چراکه در کمپ‌ها یکدستی و آموزش منظم وجود ندارد. در حالی که فرد تحت درمان نیاز به مداخلات براساس پایه‌های اصولی دارد. کمپ‌ها به صورت قارچی در حال رشدند و همچنان برخی آنها را انکار می‌کنند و باعث مشکلات می‌شوند. از سویی دیگر در مورد کمپ‌های موجود نیز آگاهسازی صورت نگرفته تا مردم کمپ‌های مجاز را از غیرمجاز تشخیص دهند و به هر کمپی مراجعه‌نکنند.

یکی از حلقه‌های مفقوده ما در درمان کمپی نبود مداخلات در مورد معتادانی است که در خانه آزادهمند بوده و توهم و پرخشگرگی دارند. درخسوس بيمبارانی که داوطلبانه تحت درمان قرار نمی‌گیرند و آزار خانگی ایجاد می‌کنند لازم است چاره‌ای اندیشیده شود. پلیس پیشگیری باید پیش از اینکه این افراد در خانه‌های خود حوادثی را رقم بزنند مداخله و از این حوادث پیشگیری کند. در غیر این صورت خانواده‌ها برای درمان این بیماران و رهایی از آسایش‌های نامتوسل به کمپ‌هایی می‌شوند که از زور برای این کار استفاده می‌کنند و مجوز ندارند. سیستم درمانی مان‌نواسته این نیاز را تأمین کند در حالی که با در تنگنا قرار دادن معتاد می‌توان او را تشویق به درمان کرد.

نوع سوم درمان سربایی است. کلینیک‌های درمان سربایی از لحاظ تعداد، رشد قابل ملاحظه‌ای داشته‌ند اما درمان‌های غیردارویی در آنها بسیار ضعیف است. اغلب این کلینیک‌ها تنها به دارو متوسل می‌شوند و اگر روان‌شناسی داشته باشند اصولی و مبتنی بر برنامه‌های استاندارد نیست.

پروکتل‌های درمانی در کشور ما مبتنی بر درمان‌های دارویی با متادون و داروهای مشابه است. فضای فیزیکی و متراژ و نوع داروهای مورد استفاده در این پروکتل‌ها ذکر شده اما درمان‌های روان‌شناختی و مددکاری جایی در آن ندارد. بنابراین کیفیت درمان در این حوزه ضعیف می‌شود و اثربخشی درمان به حد لازم نمی‌رسد. سزمزادی ۱۰، ۱۰ درصد درمان است و آنچه برای بیمار باقی می‌ماند آموخته‌های روان‌شناختی اوست.

خبر

هشدار درباره افزایش ناکارآمدی کمپ‌های در مان اعتیاد

■ **شرق:** متخصصان درمان اعتیاد نسبت به ادامه روند فعلی کمپ‌ها هشدار می‌دهند. به گفته برخی از مجریسان کمپ‌ها، مشکلاتی مانند دور ماندن از درمان‌های روز دنیا، نبود تنوع در شیوه‌های درمانی و مدت درمان‌ها، گرایش به سود اقتصادی در کمپ‌ها و ورود افراد غیرمتخصص به کادر اجرایی این مراکز، باعث افت کیفیت آنها شده است. این در حالی است که ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان بهزیستی روند تأسیس کمپ‌های جدید را ادامه می‌دهند. مدیرعامل سازمان مردم‌نهاد زندگی پاک از کاهش شدید میزان باقی‌ماندن معتادان برپایه پس از ترک در کمپ‌ها خبر می‌دهد. به گفته «صبر طالبی»، کمپ‌های درمان اعتیاد از یک سو به سمت سود اقتصادی و ایجاد کسب و کار تمایل پیدا کرده و از سویی دیگر با استفاده از کادر متخصص، میزان موفقیت مراکز درمانی را از حدود ۴۰، ۵۰درصد به هفت، هشت‌درصد کاهش داده‌اند. «پلیس دلیلی» (راده) مدیر عامل «جمعیت تولد دوباره» نیز طرح کمپ‌های ترک اعتیاد را در صورت ادامه روند فعلی، منجر به شکست و آسیب‌شناسی در این زمینه را ضروری می‌داند. همچنین معاون درمان وزارت بهداشت از همکاری سه‌هزار مرکز درمان نگهدارنده معتادان با برنامه پزشک خانواده خبر داد و گفت: خطر دهه آینده جامعه، خطر گرایش بیشتر به مواد روانگردان است و وی با اشاره به آسیب‌پذیری جوانان از اعتیاد، یادآور شد: تغییر الگو از سمت اعتیاد سنتی به سمت اعتیاد صنعتی که هنوز شناخت کافی از عوارض آن در بین مردم وجود ندارد، خطری است که کشور را تهدید می‌کند و باید با برنامه‌ریزی‌های دقیق تر کارها را به سامان رساند.

آسیب‌های اجتماعی

میزگرد «شرق» در بررسی سیاست‌های مبارزه با موادمخدر

ضرورت تبدیل «ستاد» به «سازمان ملی» مدیریت اعتیاد

مینا عینی‌فر



علی هاشمی / عکس:آرژین / رهبر شرق

که بخشنامه صادر کنند و داروخانه‌ها را موظف به دادن سرنگ یکبار مصرفی کنند که زمانی دانش جرم بود. پذیرفته شد که معتاد وجود داشته باشد، بدترین مصرفش که هرویین است را هم با بدترین شیوه که تزریق است داشته باشد اما فعلا سرنگ غیرالوده‌ا از ما بگذرد تا دیگران را آلوده به ایند نکنم. مهم‌ترین رکن قانون و عصاره سیاست‌های کلی از منظر بنده این است که بتوانیم بین بد و بدتر و کاهش آسیب و مدیریت مصرف درست تصمیم بگیریم. تغییر الگوی مصرف اتفاق افتاد و هر روز خبرهای فاجعه‌بار ناشی از آن را می‌شنویم. مادر و پدر به کجا می‌رسند که فرزند ۲۲ساله‌شان را به دلیل مصرف شیشه اقدر بزنند تا بمبرد و تنگ را پاک کنند و بعد خودشان هم به زندان بیفتند. شیشه بسیار پرخطر است و اوضاع بدتر از این هم خواهد شد. مافیای توزیع موادمخدر خیلی از ما هوشمندتر و تیزتر است. ۱۰سال پیش که فاصله زمانی خماری تا ناشگی را از یک متاد پرسیدم فقط ۱۰ دقیقه اما به تازگی در شهر کوچی که با متاد دیگری صحبت کردم و گفت تنها دودقیقه طول می‌کشد که مواد را به او برسانند.مهم‌ترین موضوع این است که تقاضا هست. حتی اگر فرد صبح بگوید یک گرم هم تریاک از افغانستان نمی‌آید، اگر ما برای تقاضا برنامه‌ریزیم به سمت مواد پرخطر می‌رویم. باید مصرف را از طریق داروهای ارزان‌قیمت نگاه‌دارند

در دست بگیریم در غیراین صورت در این جنگ بزرگ با مافیای توزیع به جایی نخواهیم رسید. اگر به همین روال ادامه دهیم جامعه آرمانی تا سال ۱۴۰۴ تحقق نمی‌یابد و به چنین هدفی نمی‌رسیم چون بنیان کار سند چشم‌انداز تکیه بر جوانان و نهاد مستحکم خانواده‌است.

■ **شما سال ۸۴ هم گفته بودید همکاری ارگانیک بین دستگاه‌اندازیم و صحبت از تأسیس سازمان ملی اعتیاد کردید. ناکارآمدی سیستم چگونه باید اصلاح شود و هماهنگی دستگاه‌هاچگونه اتفاق می‌افتد؟**

هاشمی: ستاد مبارزه با موادمخدر در سال ۶۷ به دستور امام(ره) درست شد که موادمخدر را سه‌ساله مهار کند و حالا عمرش ۲۳ سال شده‌است. این ستاد کارآمد نیست. یک سازمان ملی قدرتمند با ضمانت اجرایی در کشور نداریم. ارتقا و اصلاح ساختار نظام‌مدیریت مبارزه با موادمخدر و روانگردان موضوع دوم آخر سیاست‌های کلی نظام در مبارزه با موادمخدر است. این ضعف مختص این دوره هم نیست. اتفاقاً آقای دکتر احمدی‌نژاد در آخرین جلسه‌ای که شهردار بود در تبلیغات کاندیداتواری‌اش گفت اگر من رئیس‌جمهور شوم اولین کاری که می‌کنم این ستاد را تعطیل می‌کنم، اما ظاهرا ستاد انقدر زورش زیاد بود که ایشان با اینکه خیلی راحت، برخی از ساختارها را تعطیل یا ایجاد کرده این کار را نتوانست بکند. ستاد برای برخورد با بحران‌ها و معضلات مقطعی حداکثر سه‌ساله تشکیل می‌شود نه به عنوان سازمانی که می‌خواهد با معضل ریشهداری مثل موادمخدر برخورد کند. برای این کار مدل‌های متفاوتی وجود دارد. یک کاسه شدن سیاست‌گذاری و اجرا مطلوب ما نیست، ما به سازمانی با شاخص‌ها و ضمانت‌های دقیق اجرایی و نظارتی زیر نظر رئیس‌جمهور نیاز داریم که پاسخگو باشد، کارفرما شود و بودجه کلان را در دست بگیرد، با بهزیستی، دستگاه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد دیگر قرارداد ببندد و وظیفه و بودجه آنها را معین کند. سمران سه قوه هم نظارت داشته باشند و هر چندماه یکبار جلسه تشکیل دهند. کار اجرایی را به دستگاه‌ها واگذار کنیم اما کارهای ملی مثل دیپلماسی موادمخدر در دنیا و مرکز مانیورینگ را در دست بگیرد.

■ **در رابطه با خدمات اجتماعی بعد از درمان میحی تا ده ماهه ۱۵قانون مطرح شده که بسیاری از کارشناسان معتقدند به این بخش از قانون عمل نمی‌شود؟**

بروتی: این بخش از بند ۱۵ قانون بسیار پیشرفته است اما در اجرا هنوز وضعیت آن معلوم نیست. تازه اسمال وزارت رفاه شروع به کار روی آن کرده و مشخص نیست تا انتهای سال به نتیجه برسد یا نه. در رابطه با ماده ۱۵ الان به طور مشخص در کشور نزدیک به ۷۰۰هزار نفر تحت درمان داریم که ۲۲۳هزار نفر در سازمان بهزیستی هستند و ۴۰۰هزار نفر هم در وزارت بهداشت که حدس می‌زنیم ۱۰۰هزار نفر مشترک است. در کاهش آسیب آنچه که امروز داریم ۲۰۰۰دی‌آی‌اس یا مرکز گذری است که ۸۰ مرکز زیر نظر وزارت بهداشت و ۱۲۰۰ مرکز هم زیر نظر بهزیستی است. نکته مهم این است که ما قبول داریم بحث اعتیاد یک بحث پزشکی‌ست اما اعتیاد یک فرا‌پند بسیار پیچیده اجتماعی هم هست که روی آسیب‌های دیگر اجتماعی بسیار تأثیرگذار است. اقتصاد موادمخدر خیلی مهم است.درصدی از ۱۰ (میلیون نفر) که با اعتیاد درگیراند ارتزاق زندگی‌شان از خرده‌فروشی موادمخدر است. نیروی انتظامی معتادی را که خرده‌فروشی هم می‌کند با عنوان متجاهر دستگیر می‌کند و به درمان اجباری می‌برد. اما فکری برای این مساله نشده که بخش اعظمی از این معتادان متاهل هستند و خانواده آنها باید چه کنند؟ کدام هماهنگی با سازمان بهزیستی یا وزارت رفاه شده که خانواده این فرد فردا تبدیل به معمل تزاری نشود؟

ادامه در صفحه ۱۹

هفته مبارزه با موادمخدر برای برخی مسوولان فرصت ارایه بر برنامه‌ها و دستاوردهایشان بود اما هم‌زمان مسوولان رده‌های مختلف از قانون‌گذار و مدیران کلان گرفته تا مسوولان اجرایی از وضعیت مبارزه با موادمخدر در کشور گلایه کردند؛ از دادستان کشور که روند مبارزه با موادمخدر را غیرموثر خواند و از پای کار نبودن تمام ظرفیت‌ها انتقاد کرد تا کارشناسانی که از کم‌کاری‌ها در حوزه پیشگیری و درمان گفتند و برای اولین بار نسبت به کاهش موفقیت کمپ‌های درمان اعتیاد هشدار دادند. روزنامه شرق نیز برای بررسی نحوه اجرای سیاست‌های کلی نظام در مبارزه با موادمخدر و وضعیت درمان اعتیاد در کشور میزان دو نفر از مسوولان این حوزه بود. علی هاشمی، رئیس کمیته مستقل مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام، از تحقق تغییر الگوی مصرف با وجود هشدارهای قبلی و تلاش‌های گزینی سیستمی قدرتمند در قالب سازمان ملی مدیریت اعتیاد به جای ستاد مبارزه با موادمخدر سخن گفت و فرید براتی، معاون پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی، از بی‌توجهی نسبت به حمایت‌های اجتماعی از معتادان و اجرای نیمه‌کاره قانون.

۱۵ قانون آمده، اگر معتادی به مراکز درمان رفت و کارت درمان گرفت مجرم نیست بلکه بیمار است. اما طبق ماده ۱۶ با معتاد متجاهر باید برخورد شود در حالی که تعریف متجاهر باید معلوم می‌شد تا هر کس تفسیری از آن ارایه نکند. معتاد وقتی به مراکز گذری DIC مراجعه می‌کند که سرنگ یا متادون برای کنترل روش‌های پرخطر دریافت کند به سادگی دستگیری می‌شود با این توجیه که معتاد متجاهر است. در استان گلستان دو تا از DIC‌های ما در مناطق پرخطر به همین دلیل تعطیل شد. در تهران سال گذشته معتادان یک مرکز ما را همراه پزشک مرکز دستگیری کردند در حالی که این مراکز مخصوص معتادان تریقای است که نمی‌توانند ترک کنند و برای کاهش اعتیاد پرخطر و انتقال بیماری‌های عفونی ناشی از اعتیاد به این مراکز می‌آیند تا سرنگ یکبار مصرف استریل، پنبه الکلی، کاندوم و متادون دریافت کنند. الان برای مساده ۱۶ دارند آیین‌نامه می‌پویسند که نیروی انتظامی، معتاد را بگیرد و به درمان اجباری ببرد. در این آیین‌نامه سهوی باشد. اجرای چنین آیین‌نامه‌ای استوار به شربت در وزارت بهداشت دارد به درمان مدعه می‌زند. نگاهشان این نیست که اعتیاد پرخطر و تزریقی سه‌ساله است و باید کنترل شود.

■ **آقای ابراهیم ارزبایی شما از وضعیت درمان و اجرای سیاست‌ها در این بخش چگونه است؟**

براتی: تبدیل قرض به شربت متادون باعث شده ۶۰هزار ریزش معتاد از مراکزمان داشته‌اشیم. چقدر ما باید تلاش کنیم یک معتاد به فرآیند درمان بیاید و خانواده‌ای راضی شود اسم بچهارش را در سامانه بنویسد؟ اینها برای ما جای سوال و نگرانی است. وقتی مطرح می‌کنیم دوستان استنباط می‌کنند که چرا این حرف‌ها را می‌زنید. ما متأسفانه در زمینه همه آسیب‌ها همین‌طور عمل می‌کنیم. آسیب‌ها همه جای جهان هست و چیزی مختص نظام ما و امسال و پارسل نیست اما وقتی آسیب‌ها را به‌دند به متخصصان، آنها می‌توانند برایش برنامه‌ریزی کنند. متخصصان و پزشکان استان‌های مختلف طومار امضا کرده‌اند که تبدیل قرض متادون به شربت در وزارت بهداشت دارد به درمان مدعه می‌زند. اما گفته می‌شود اینها سودجو هستند در این میان قرض تقلبی هم به میزان زیاد از خارج وارد کشور شده است. قرض متادون تقلبی درست شبیه قرض‌های متادون خودمان با قیمتی بسیار پایین از اقلیم یک کشور همسایه وارد شده که قیمتش ۷۰۰ تومان است در مقایسه با قرض‌های ما که حدود چهارهزار تومان بود. قرض نوپورفین خارجی هم در سال تولید ملی به درخواست وزارت بهداشت با تاریخ مصرف سه‌ماهه از فرانسه وارد شده قیمت هر دانه این قرض برای بیمار ۱۱۵۰ تومان است در حالی که تولید داخلی‌اش ۹۲ تومان است. مراکز مجبور به استفاده از این دارو شده‌اند و معتاد هم باید این هزینه را بپردازد. این قرض را در داخل با کیفیتی مشابه تولید می‌کنیم و

مشخص نیست چرا وزارت بهداشت مراکز را ملزم به استفاده از آن کرده و دانشگاه‌ها هم آن را مستقیم توزیع می‌کنند. ■ **ظاهرا معتادان هم به استفاده از متادون تمایل ندارند؟** براتی: به شربت متادون تمایل ندارند اما به قرض دارند. متادون بالاخره یک دارو است و دارو هم عوارض دارد. اگر به‌موقع و درست مصرف شود مایزایی دارد که نمی‌توانیم از آن بگذریم. ما متادون را قبل از انقلاب هم داشتیم. اول انقلاب از سیستم دارویی ما خارج ما امجدباد را گشت. این سیستمی است که در کشورهای مختلف اجرا می‌شود.

هاشمی: این‌ها در مواردی است که به موضوع کشت شقایق

اولی بار می‌گردد که اگر عملی می‌شد ما در این زمینه مستقل می‌شدیم.

■ **دلیل عملی نشدن این سیاست چیست؟**

هاشمی: اصلا در مقوله موادمخدر گزینه خوبی وجود ندارد. انتخاب‌های ما بین بد و بدتر است. همان‌طور که زمانی آیت‌الله شاهرودی و آیت‌الله تری‌نحفا‌آبادی به اینجا رسیدند



فرید براتی / عکس:رهبر شرق

■ **آقای هاشمی، با توجه به اینکه شما در جریان سیاست‌گذاری‌های کلان موادمخدر در مجمع تشخیص مصلحت نظام مستنید عملکرد دستگانه‌ها در اجرای سیاست‌ها طی شش سالی که از ابلاغ آن می‌گذرد چگونه ارزیابی می‌کنید؟**

هاشمی: طبق آخرین نظرسنجی‌ای که در دو، سه سال اخیر انجام شده درصد نگرانی مردم در سه حوزه گرانی و تورم، بیکاری جوانان و اعتیاد بیشتر بوده که مکمل هم هستند و همه در بازتولید آسیب‌های اجتماعی نقش دارند. سیاست‌های کلی مبارزه با موادمخدر از سیاست‌های نادری بوده که خود رهبری ابلاغ کردند و دغدغه‌شان را در نامه‌ای خطاب به روسای سه قوه نوشته‌اند. در نامه حتی ذکر شده که این نگرانی همچنان باقی است که دست‌اندرکاران، بالای بزرگ و تهدید عظیمی را که از این سو متوجه کشور است به درستی برآورده نکنند و باز هم مشکلات روی هم مترامک شود. ما منکر تلاش‌ها نیستیم اما سوال‌های بنیادینی از سران سه قوه در ارزیابی همین سیاست‌ها داریم. اول اینکه از سال ۸۵ تا حالا (در این شش سال) سران سه قوه چند جلسه به طور خاص در این‌باره برگزار کردند؟ دوم اینکه خود سران سه قوه چه برآورده از این برنامه دارند؟ سوم چه اولویت‌هایی را در این‌باره تعیین کرده‌اند و چقدر در کارشان پیشرفت دارند؟ این سوالات را ما پرسیده‌ایم و منتظر جواب هستیم.

برآورد شما چیست؟ **هاشمی:** متأسفانه هنوز یک مرکز شیوع‌شناسی و رصد ملی پدیده اعتیاد نداریم و این یکی از نقص‌های ما در این موضوع است. پدیده‌ای به این مهمی که باید حداقل سالانه یک برآورد دقیق از آن داشته باشیم؛ اینکه در چه افشاری رشد کرده؟ چه تغییراتی داشته؟ گاهی کارهای پرانکندهای انجام می‌شود که نتایج آن لحاظ نمی‌شود در حالی که اتفاقا این مساله بحث اجتماعی است و هرچه مردم بیشتر از آن بداندن بهتر است. باید مراکز علمی و شخصیت‌های علمی در حوزه‌های مختلف جمع‌بندی کنند و به آن پاسخ بدهند. چون اولین قدم برای تبیین مساله و راهکار درست، شناخت درست است.

دومین موضوع مهم عمل به قانون است. در چارچوب قانون قدیم در ۸۳ وزارت بهداشت در رابطه با ماده ۴۱ قانون استفسار کرد که از طریق آن آیا می‌تواند برای جبران کمبود در بعضی حوزه‌های مربوط به درمان مخصوصا داروهای مسکن و استامینوفن اقدام کند یا نه. من آن زمان دبیر کل ستاد بودم. نشست‌های توجیهی برگزار شد و برای اولین بار بعد از انقلاب مجمع با کشت شقایق اولی قرار برای تهیه مواد اولیه دارویی مورفین موافقت کرد. به این نتیجه رسیدیم که مصرف را از طریق این داروهای ارزان‌قیمت در دست بگیریم. با یک کارت هوشمند هر معتادی که ثبت شده صبح برود داروخانه و سهمش را بگیرد و در یک روندی رصد شود. آنهایی که می‌مانند درمان‌شان ادامه پیدا می‌کند و آنهایی که حذف می‌شوند به مراحل حمایت‌های اجتماعی می‌روند. قرار شد وزارت کثا کثاوری شقایق اولی فرا را بکارد و وزارت بهداشت هم استسخدام کند. این کار انجام می‌شد الان شاهد فاجعه تغییر الگوی مصرف نبودیم. این تصمیم سال ۸۳ ابلاغ شد و در آن مصوب شده بود که ستاد شش‌ماهه آیین‌نامه آن را تصویب کند. نشست گذاشته شد و تمام دستگاه‌ها دعوت شدند. اما این دستگاه به آن دستگاه پاسخ داد و یک‌قدم در راه آنچه باید اتفاق می‌افتاد نداشتند.

ما ۳۰ سال با اعتیاد مبارزه کردیم و نتیجه جدی نگرفتیم. در کشفیات هم موفقیت ۱۲ درصدی داشتیم. خسارت بسیار سنگینی دادیم؛ از جمله ۱۰هزارمیلیارد تومان خسارت اقتصادی سالانه، چهارهزار شهید، ۱۲هزار مجروح و صدهزار آلوده به ایدز و متلاشی‌شدن خانواده‌های بسیار. ۱۲ میلیون نفری که زندانی کردیم ۵۰هزارصد مستقیم یا غیرمستقیم در جرایم مرتبط با موادمخدر درگیر بوده‌اند. در حالی که می‌توانستیم تجربه‌ای را که دنیا دارد با کمی اصلاح استفاده کنیم. شه‌ریور ۵۹ به سرعت ۳۵هزار هکتار کشت خشخاشی که رژیم قبل ایجاد کرده بود سر سه ماه از بین رفت. موادمخدر بحث سخت‌افزاری نیست. باید مدیریت مصرف را با کشت شقایق در دست بگیریم. اگر همین یک کار را مدیریت کنیم بازار مصرف خمدان را به دست مافیای بین‌المللی و اقتصادشنان ندیم. این مدل خوب بود و با بالاترین رای هم در مجمع تصویب شد. پرتی کار در شرایط فعلی با توجه به برآورد همه کارهای قبلی و فعلی و نخبگان این حوزه ۹۰درصد و موفقیت حداکثر ۱۰درصد است. ولی با مدیریت دهمند و درمان‌نگر مصرف‌کنندگان، موفقیت به بیش از ۸۰درصد خواهد رسید.

■ **تغییر الگوی مصرف چگونه اتفاق افتاد؟**

هاشمی: بند (۶) سیاست‌های کلی درباره ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامعه و فراگیر سه هدف دارد. ۱- درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان ۲- کاهش آسیب‌ها ۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به مواد پرخطر. این بند بسیار کلیدی بوده و متأسفانه شاخص‌ها نشان می‌دهد فاجعه تغییر الگوی مصرف اتفاق افتاد و خود ستاد چند بار این موضوع را

آرشیو

ادغام خدمات ترک اعتیاد در برنامه یزشک خانواده

■ **مهر ۹۱/۴/۳:** مدیرکل دفتر سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد وزارت بهداشت از ادغام خدمات ترک اعتیاد در برنامه پزشک خانواده خبر داد و گفت: پیش‌بینی می‌شود با این ادغام، کیفیت خدمات درمانی و همچنین پوشش خدمات ارتقای قابل ملاحظه‌ای یابد. دکتر عباسعلی ناصحی در نشست خبری هفته ملی مبارزه با مواد مخدر که روز شنبه در محل ساختمان شماره دو وزارت بهداشت برگزار شد، با اشاره به روزشمار هفته مبارزه با مواد مخدر و برنامه‌های وزارت بهداشت در این هفته، گفت: هدف اصلی مافیای اعتیاد، درگیر کردن جوانان کشور است. بزرگ‌ترین گروه سنی که درگیر اعتیاد هستند، سنین ۲۰ تا ۲۵ سال یعنی سنین جوانی است. از طرف دیگر هدف مافیای اعتیاد، درگیر کردن سنین پایین‌تر است. سن اعتیاد در سال‌های اخیر کاهش یافته است و گروهی از نوجوانان نیز گرفتار شده‌اند. وی از برنامه ادغام خدمات پیشگیری از سوءمصرف مواد در نظام شبکه، خبر داد و گفت: این برنامه اکنون در حال اجراست و نتایج بسیار خوبی در حوزه پیشگیری داشته است.

راه‌اندازی اردوگاه‌های کار سخت ویژه قاچاقچیان

■ **ایسنا ۹۱/۴/۱۷:** مدیرکل مقابله با عرضه ستاد مبارزه با مواد مخدر، گفت: اردوگاه‌های درمان برای معتادان و مراکز با شرایط کار سخت برای قاچاقچیان تا پایان امسال راه‌اندازی و تکمیل می‌شود. علی‌علی‌کریان با اشاره به اقدامات ستاد برای کاهش عرضه مواد مخدر و آسیب‌های ناشی از آن گفت: با تفکیک مصرف‌کنندگان از گروه قاچاقچیان و توزیع‌کنندگان دو نوع اردوگاه در سطح کشور جهت درمان و کاهش معتادان از یک سو و مراکز با شرایط کار سخت برای عناصر قاچاقچی و توزیع‌کننده پیش‌بینی شده که تعدادی از این مراکز راه‌اندازی و تعدادی نیز در مراحل ساخت و تکمیل تا پایان سال جاری هستند.

کاهش سن اعتیاد به ۱۵ سال

■ **مهر ۹۱/۲/۲۳:** معاون فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر از کاهش سن اعتیاد از ۲۳ به ۱۵ سال خبر داد. حمید صارمی گفت: براساس آمار سال‌های گذشته دومیلیون معتاد قطعی در کشور وجود دارد و از آنجایی که ۶۰درصد این افراد متاهل هستند و هر کدام پنج تا شش فرزند دارند به این ترتیب پیش‌بینی می‌شود که ۱۲میلیون نفر از خانواده و افراد جامعه در معرض تهدیدات اجتماعی هستند. به گفته معاون فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۹۲درصد مردم آسیب‌های اجتماعی مواد مخدر را به عنوان مهم‌ترین اولویت تهدیدات اجتماعی ذکر کرده‌اند.

مجوز ۵۰۰ کمپ ترک اعتیاد صادر شد

■ **مهر ۹۱/۳/۹:** مدیرکل دفتر پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی از صدور مجوز فعالیت برای ۵۰۰ کمپ ترک اعتیاد در کشور خبر داد. فرید براتی سده در مورد فعالیت کمپ‌های ترک اعتیاد افزود: در سال جاری روند صدور مجوز برای کمپ‌های ترک اعتیاد آسان‌تر از سال گذشته شده است به همین دلیل نسبت به سال قبل افراد بیشتری برای دریافت مجوز به سازمان بهزیستی مراجعه کرده‌اند. وی با اشاره به اینکه به کمپ‌های مجاز در ازای نگهداری معتادان پلانه تعلق می‌گیرد، تأکید کرد که در مجموع حدود ۵۰۰ کمپ برای فعالیت در زمینه ترک اعتیاد، از سازمان مجوز دریافت کرده‌اند. به گفته وی، در حال حاضر حدود ۷۰۰هزار معتاد در سراسر کشور تحت پوشش کمپ‌های ترک اعتیاد هستند.

توزیع بن برای معتادان نیازمندی خواهان ترک

■ **مهر ۹۱/۴/۷:** مدیرعامل جمعیت خیریه تولد دوباره گفت: کمک بلاعوض از سویی سازمان بهزیستی به مبلغ ۱۵۰میلیون تومان، جمعیت هلال احمر شامل ۲۵میلیون تومان و همچنین دفتر مشارکت‌های ستاد مبارزه با موادمخدر ۵۰میلیون تومان به مرکز خیریه صورت گرفت. دبلیو‌زاده از جانب ۵۰میلیون خیریه خبر داد و گفت: این بن‌ها در اختیار واحدهای مددکاری در شهرداری تهران، تشکل‌های غیردولتی، شوراها و قرار داده می‌شود تا آنها به معتادان نیازمندی که قصد ترک دارند، اما از عهده هزینه‌های درمانی خود برنمی‌آیند، اعطا شود. دبلیو‌زاده گفت: توزیع این بن‌ها از ۲۰ تیر ماه میان معتادان نیازمند آغاز می‌شود.

فعالیت ۲۰۰ کمپ ترک اعتیاد بدون مجوز

■ **فارس ۹۱/۴/۱۶:** استاد تهران با اشاره به اینکه ۲۰۰ کمپ ترک اعتیاد بدون مجوز در حال فعالیت هستند گفت: بهزیستی کمپ‌هایی را که از روش‌های غیرعلمی برای ترک اعتیاد استفاده می‌کنند شناسایی می‌کند. مرتضی تمدن درباره وضعیت کمپ‌های ترک اعتیاد در استان تهران اظهار داشت: صدور مجوز برای کمپ‌های ترک اعتیاد حدود دو سال طول می‌کشد. در شورای هماهنگی مبارزه با موادمخدر استان تهران مصوب شد صدور مجوز برای کمپ‌های ترک اعتیاد نباید بیش از یک ماه طول بکشد. تمدن با اشاره به اینکه در استان تهران ۳۵۰ کمپ ترک اعتیاد به صورت مجاز در حال فعالیت هستند گفت: ۲۰۰ کمپ ترک اعتیاد بدون مجوز در استان تهران شناسایی شدند.