

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ وَبِالْهُدَى وَبِالْغُرُبَى

درآمدی بر درمان اعتیاد
به روش کمپ (پیش درمان - بستری)

فرشته احمدی



انتشارات نظری

سرشناسه	: احمدپور ، فرشته
عنوان و نام پدیدآور	: درآمدی بر درمان اعتیاد به روش کمپ (پیش درمان- بستری) / فرشته احمدپور
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات نظری ۱۳۹۶
مشخصات ظاهری	: ۱۰۴ ص: ۵/۱۴ × ۵/۲۱ س.م.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۲۸۹-۷۹۸-۵
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیا
موضوع	: مراکز ترک اعتیاد - ایران - معتادان به مواد مخدر - توانبخشی
موضوع	: اعتیاد - درمان - برنامه‌های دوازده قدمی
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۹۶ الف ۳۴ / ۵ RA۹۷۵
رده‌بندی دیویی	: ۳۶۲/۱۷۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۸۸۱۰۷۶

نام کتاب: درآمدی بر درمان اعتیاد به روش کمپ (پیش درمان- بستری)

مولف: فرشته احمدپور

ویراستار: مریم علی‌نژاد

نوبت چاپ: اول - ۳۹۱

شمارگان: ۵۰۰

« کلیه حقوق مادی ، چاپ و نشر مخصوص ناشر می‌باشد »

دفتر مرکزی : تهران، خیابان ولی‌عصر (عج) ، خیابان امید جمال‌الدین

اسدآبادی (یوسف آباد) ، نبش خیابان فتحی شقاقی، جنب بانک صادرات

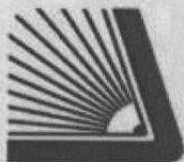
پلاک ۳۲، طبقه ۲، واحد ۱۷

E-mail: nazaribook@yahoo.com

www.nashrenazari.com

تلفن : ۸۸۱۰۲۷۷۵

همراه : ۰۹۱۹۰۱۲۹۴۵۵



انتشارات نظری

قیمت ۱۹۰۰۰۰ ریال

فهرست مطالب

- ۱ - مقدمه
- ۱ - درمان و بازپروری
- ۸ - تاریخچه
- ۸ - کمپ (مراکز اقامتی کوتاه مدت معتادین)
- ۹ - نحوه شکل گیری روش بازپروری مدل اجتماعی
- ۱۱ - الگوی اجتماعی رهایی از اعتیاد
- ۱۳ - آغاز بازپروری مدل اجتماعی در ایران (تولد دوباره):
- ۱۷ - پیدایش نخستین قانون تولد دوباره به صورت خودجوش
- ۱۸ - دلایل گرایش به سم زدایی پرهیز مدار و پیدایش و تکوین روش ایمان مدار.....
- ۲۷ - مقدمه پروتکل
- ۲۸ - پروتکل
- ۲۸ - مرکز اقامتی بهبود و باز توانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)
- ۲۹ - نوبت کاری
- ۳۰ - موسس
- ۳۰ - نماینده موسس
- ۳۱ - موافقت اصولی
- ۳۱ - پروانه فعالیت

- شورای مرکز - ۳۱ -
- تیم بهبود و بازتوانی - ۳۲ -
- مسئول فنی - ۳۳ -
- کارشناس - ۳۳ -
- مددیار - ۳۳ -
- مدد یار خانواده - ۳۴ -
- گروه همسان/ها تا - ۳۴ -
- مرکز رابط - ۳۴ -
- پزشک رابط - ۳۵ -
- خدمتگزار - ۳۶ -
- معرف - ۳۷ -
- جلسات بهبودی - ۳۷ -
- برنامه های دوازده قدم - ۳۷ -
- گروه های خود یاری - ۳۸ -
- گروه های خودیاری خانواده - ۳۸ -
- خلاصه ی پرونده - ۳۹ -
- تابلوی بیان - ۳۹ -
- صندوق احساس - ۴۰ -
- اهداف تاسیس مرکز - ۴۰ -

- ظرفیت مرکز - ۴۱ -
- شرایط مدارک و شرح وظایف موسس - ۴۲ -
- ترکیب نیروی انسانی (تیم بهبود) و شرایط اختصاصی آن - ۴۳ -
- شرح وظایف نیروی انسانی (تیم بهبود) مرکز - ۴۴ -
- مشخصات فیزیکی مرکز - ۴۸ -
- وسایل و رد نیاز مرکز - ۵۰ -
- مقررات عمومی مرکز - ۵۱ -
- نظارت و ضوابط رسیدگی به تخلفات و شکایات - ۵۵ -
- معایب و محاسن مراکز اقامتی کوتاه مدت - ۵۶ -
- اصطلاحات تخصصی و عامیانه مراکز اقامتی کوتاه مدت - ۶۳ -
- انتقادات و پیشنهادات - ۷۶ -
- پیشنهادهای برای مراکز اقامتی کوتاه مدت و درمان بیدار - ۸۷ -
- فهرست منابع: - ۹۷ -

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان کنونی است. آمارهای منتشر شده سازمان های بین المللی خصوصاً سازمان بهداشت جهانی (WHO) و سازمان بهداشتی جهانی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است. تفاوت موجود بین کشورها در الگوی مصرف آنهاست. سوابق و خسارت های اقتصادی، بهداشتی، روانی و اجتماعی اعتیاد به مواد مخدر پوشیده نیست. اعتیاد بیماری است که با سایر جرائم نیز رابطه دارد (قتل غیر عمد، جرائم مالی، قاچاق مواد مخدر و..). در این بخش ابتدا مفاهیم عمده در اعتیاد تعریف میشود، سپس اقدامات و برنامه های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد توضیح داده میشود.

درمان و بازپروری

درمان مجموعه ای است از اقدامات پزشکی، روانشناختی و اجتماعی که در جهت سم زدایی (Detoxification) معتادان و جلوگیری از مصرف مجدد مواد توسط آنان، به کار گرفته

می‌شود.

یکی از تفاوت‌های عمده درمان سوءمصرف مواد و درمان بیماری‌های طبی این مسئله است که استفاده از خدمات پزشکی معمولاً با رضایت و اراده خود بیمار صورت می‌گیرد اما در سوء مصرف مواد، اغلب این نظام قضایی - انتظامی و یا خانواده فرد است که وی را به زور وارد درمان می‌کند. فرض خانواده وابسته به این است که مشکلات اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و بهداشتی معتاد مربوط به مصرف مواد وی است و لذا با درمان بسیار باید تمامی مشکلات یاد شده برطرف گردد. در بسیاری از موارد، جامعه و نهادهای مدنی و قانونی به خواسته‌ها و علایق بیماران توجهی ندارد و صرفاً به برطرف شدن مشکلات علاقه‌مندند (UNODC, ۲۰۰۳). نهادهای درگیر در امر مراقبتهای بهداشتی اولیه، درمان مؤثر را آن دسته از اقداماتی می‌دانند که خطرات پزشکی و بهداشتی مرتبط با مصرف مواد از جمله ایدز و هپاتیت و سل را کاهش می‌دهد. از نظر سازمانهای رفاه اجتماعی و بهزیستی، درمان می‌بایست منجر به بهبود وضعیت شغلی فرد و کاهش بیکاری شود. برای کارفرمایان، درمان باید موجب شود که کارکنان

مبتلا به درجات بالای عملکرد بازگشته و دیگر در خطر ابتلای مجدد نباشند. از نظر دستگاه قضایی و انتظامی، درمان باید به کاهش جرم و کاهش زندانی شدن در سوءمصرف کنندگان مواد منجر شود. (UNODC۳,۲۰۰۳)

محاسبات نشان می‌دهد که هر دلار که خرج درمان می‌شود به میزان ۴ تا ۷ دلار از هزینه‌های جرائم مرتبط با مواد و هزینه‌های دستگاه قضایی و زندان کم می‌کند. اگر صرفه‌جویی در مراتبهای یزشکی را هم به این میزان بیفزاییم این صرفه‌جویی به میزان ۱ به ۱ می‌رسد (UNODC۳, ۲۰۰۳)

درمان موجب کاهش تزریق وریدی مواد و در نتیجه کم شدن خطر ابتلای به ایدز و هپاتیت B و C می‌شود. درمان باعث بهبود وضعیت خانواده و زندگی اجتماعی شده و توانایی شغلی را افزایش می‌دهد.

تجربیات کشورها نشان می‌دهد که اگر به جای درمان، گزینه زندان یا اردوگاه دنبال شود، نتایج مثبتی به بار نمی‌آید. چرا که احداث زندان و اردوگاه بسیار گران بوده و اداره نمودن آنها به مراتب پرخطرتر است؛ لذا زندان حتی به فرض اینکه

اثربخش هم باشد، به هیچ روی انتخابی صرفه مند نیست. ولی درمان به نحو قابل توجهی کم خرج و به صرفه است. نکته مهمتر این است که مطالعات نشان می دهد که ۷۰ تا ۹۸ درصد محکومان مرتبط با موادمخدر که در طول محکومیت درمانی دریافت نکرده اند در عرض یک سال پس از آزادی از زندان مجدداً دچار سوء مصرف شده و بیش از نیمی دوباره در عرض یک سال به خاطر جرائم مرتبط با مواد زندانی شده اند. شواهد اندکی دال بر اثر بخشی زندان در تغییر رفتار این افراد وجود دارد. اضافه بر این، تحریات جهانی نشان می دهد که ازدحام در زندان اثر نامطلوبی بر سلامت زندانیان دارد. از جمله می توان به شیوع بیماریهایی از قبیل ایاز اشاره کرد که ممکن است به جامعه نیز گسترش یابد (UNODC, ۲۰۰۳).

۱- مرحله سم زدایی - تثبیت (Detoxification-Stablization Phase): که در آن علائم ترک درمان می شود و آنها در موارد وابستگی به نیکوتین (سیگار)، الکل، موادافیونی، باری توراتها و بنزودیازپینها (که هر دو از دسته داروهای رخوتزا - خواب آورند) مورد نیاز است. هدف از این مرحله، حصول حالت پرهیز به شکلی ایمن و راحت برای بیمار است. برای رسیدن

به این هدف از شیوه‌ها و داروهای گوناگون استفاده می‌شود. بسته به وضعیت بیمار، درمان به صورت سرپایی (Out Patient)، بستری (In Patient) یا اقامتی (Residential) صورت می‌پذیرد. این مرحله را نمی‌توان درمان کامل تلقی کرد بلکه صرفاً آمادگی برای ادامه درمان و بازتوانی است.

۱- مرحله بازتوانی - پیشگیری از عود (Renabilitation-Replace Prevention Phase):

که هدف از آن بستگیری از بازگشت به مصرف مواد غیرقانونی است، یا از راه بیمار نیز از مصرف هر گونه ماده‌ای و یا از راه درمان جایگزین با مواد قانونی و کنترل شده است؛ و هدف دیگر آن، کمک به بیمار در دستیابی به سلامت فردی و عملکرد اجتماعی است. در این مرحله از راه‌بردها و روشهای گوناگون بهره گرفته می‌شود. همچون داروهای روانپزشکی جهت کاهش مشکلات روانپزشکی همراه، داروهای کاهنده ولع که شامل داروهای جایگزین هم می‌شود، انواع مختلف رواندرمانی، گروههای خودیاری همچون معتادان گمنام. البته عده‌ای از معتادان ممکن است حتی بدون درمان کاملاً بهبود یابند. عده دیگری نیز ممکن است متعاقب درمان وارد

یک دوره بهبود طولانی مدت شوند. اما بسیاری از کسانی که دچار اعتیاد می‌شوند عودهای متعددی را متعاقب درمان متحمل خواهند شد و این آسیب‌پذیری برای سالها و چه بسا تا آخر عمرشان باقی خواهد ماند. به عبارت دیگر بسیاری از کسانی که هر گونه درمانی را شروع می‌کنند پیش از تکمیل دوره، درمان را رها کرده یا توصیه‌های پزشکی مبنی بر بقای بر درمان یا سایر مراقبتهای پزشکی را جدی نمی‌گرفتند. به همین دلیل دولتها و ادار شدند این افراد را بالاجبار برای ترک اعزام کنند و مراکز معمولاً چنانچه برابر ظرفیت واقعی، پذیرش نموده و با هزینه بسیار سنگینی روبرو می‌شدند و نمی‌توانستند پاسخگوی نیازهای درمانی کشور برای معتادان باشند. (وزیران، ۱۳۸۲)

تنها محدودی از کشورها توانسته‌اند نظام درمانی عمومی توسعه یافته‌ای را در جهت پرداختن به سطوح مختلف سوءمصرف مواد ایجاد کنند. علت اینکه حتی بسیاری از کشورهای صنعتی و توسعه یافته هم هنوز به چنین نظام درمانی جامعی برای مشکلات سوءمصرف مواد نرسیده‌اند در درجه اول مشکلات اجتماعی وسیع ناشی از سوءمصرف مواد

است. جرائم، از هم پاشیدگی خانواده، از دست رفتن بهره‌وری اقتصادی و فساد از مشهورترین آثار خطرناک و پرهزینه مواد بر نظام اجتماعی کشورهاست. این موضوع موجب می‌شود اذهان عمومی مسئله مواد را در درجه اول مشکلی کیفری تلقی کنند که نیاز به درمان اجتماعی - قضایی دارد نه معضلی بهداشتی. که نیازمند اقدامات پزشکی است. علت دیگر این است که بسیاری از حوامع نسبت به اثربخشی درمان مشکوکند و بسیاری از دولتها این پرسش را مطرح می‌کنند که «آیا درمان به زحمتش می‌ارزد»؟! علاوه بر این مطالعات نشان داده است که اغلب کادر بهداشت و درمان نیز احساس می‌کنند که مداخلات پزشکی و مراقبتهای بهداشتی فعلی یا جوابگو نیست و یا اثری ندارد. (وزیریان، ۱۳۸۲)