مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعهٔ راهبردی کشور*

دکتر محسن وزیریان **

این مقاله با هدف مرور فعالیتهای انجام‌شده در زمینهٔ کاهش تقاضای مواد در کشور و مقایسهٔ آن با یافته‌های علمی و تجربیات جهانی نوشته شده است تا با شناسایی کاستیها، به چاره‌جویی و رفع آنها مبادرت شود.

عرصهٔ کاهش تقاضا به‌طور کلی شامل سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. برنامه‌های پیشگیرانه که سعی در کاهش بروز موارد جدید سوءمصرف مواد دارند به شیوه‌ها و اشکال مختلفی اجرا می‌شوند. مطالعات نشان داده است که تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه مؤثرند که جامع، چندبخشی و مداوم باشند. در میان اقدامات درمانی نیز تنها اقداماتی مؤثرند که به اعتیاد به چشم بیماری مزمن بنگرند. به‌عبارت دیگر، تنها درمانها و مراقبتهای طولانی‌مدت در ترک اعتیاد مؤثرند. همچنین، به‌دلیل آمادگی نداشتن بسیاری از معتادان برای پذیرش درمان از یک‌سو و نیز گسترش بیماریهای مهلکی همچون ایدز و هپاتیت از طریق استفادهٔ مشترک از وسایل تزریق از سوی دیگر، اتخاذ روشهای کاهش

---

* این مقاله در شمارهٔ ۸ فصلنامه به چاپ رسید، اما به‌دلیل برخی اشکالات نرم‌افزاری، اغلاط زیادی در حروفچینی وجود داشت و خصوصاً تعداد زیادی از اعداد مهم و آمار مندرج در مقاله اشتباه و جابه‌جا چاپ شده بودند. لذا با توجه به اهمیت آمار مندرج در مقاله و برای اصلاح اشتباهات فاحش، کل مقاله مجدداً در این شماره به چاپ می‌رسد. در اینجا لازم است از جناب آقای دکتر محسن وزیریان به‌دلیل وجود این اشکالات در چاپ قبلی مقاله عذرخواهی کرده و از خوانندگان محترم فصلنامه نیز تقاضا داریم از استناد به ارقام این مقاله در شمارهٔ ۸ فصلنامه خودداری نمایند.

** متخصص روان‌پزشکی، پژوهشگر مرکز ملی مطالعات اعتیاد، مشاور علمی مؤسسهٔ داریوش، رئیس ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آسیب که مبتنی بر به‌کارگیری اصول بهداشتی بدون الزام به ترک هستند از اولویتهای کاهش تقاضاست.

به‌لحاظ میزان مصرف مواد افیونی ایران رتبهٔ اول را در بین کشورهای جهان داراست. تاریخ معاصر کشور ما نشان‌دهندهٔ غلبه دیدگاه کاهش عرضه و نقش حاشیه‌ای کاهش تقاضاست. رویکرد کاهش تقاضا در ده سال اخیر به‌تدریج در کشور گسترش یافته است، اما کمبودهایی، چه از بعد فضای قانونی، برنامه‌های راهبردی و ساختارهای اداری و چه از بعد بررسیهای همه‌گیری‌شناسی و فعالیتهای مؤثر پیشگیرانه، درمانی و کاهش آسیب، در آن وجود داشته است. بنابراین ضروری است که مسئلهٔ کاهش تقاضا مورد توجه بیشتر صاحب‌نظران و مسئولان کشور قرار گیرد.

مقدمه

سوءمصرف مواد (substance abuse)* زیانهای قابل توجهی را به جامعهٔ جهانی به‌لحاظ از دست رفتن بهره‌وری (productivity)، انتقال بیماریهای عفونی، ایجاد مشکلات خانوادگی و اجتماعی، افزایش جرم و لزوم تخصیص مراقبتهای بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند. هم ایمنی (safety) فرد را به خطر می‌اندازد و هم افت کیفیت زندگی وی را به‌دنبال دارد.

---

* منظور از سوءمصرف مواد در این مقاله عمدتاً استفادهٔ مشکل‌آفرین از مواد به‌لحاظ فردی، خانوادگی، اجتماعی، بالینی یا قانونی است، خواه فرد به مرحلهٔ اعتیاد یا وابستگی رسیده باشد خواه نرسیده باشد. البته در معدودی از موارد واژهٔ سوءمصرف در این مقاله به معنای اخص آن، یعنی حالتی از مصرف که مشکل‌آفرین باشد ولی فرد هنوز به حالت وابستگی (اعتیاد) نرسیده باشد به‌کار رفته است که در هر مورد قید شده است. منظور از واژهٔ اعتیاد که معادل واژهٔ علمی وابستگی است، حالتی از مصرف است که در آن فرد، علاوه بر مشکلات یادشده، به مرحله‌ای رسیده باشد که قطع مصرف به‌لحاظ روانی یا جسمی برایش بسیار مشکل شده باشد. در این مرحله، که شدیدترین حالت مصرف مواد تلقی می‌شود، نیاز به مصرف مقادیر بیشتر ماده برای رسیدن به تأثیر مورد نظر فرد یا بروز علایم ترک در صورت قطع یا کاهش مصرف ممکن است رخ دهد.

علاوه بر این، هزینه‌های زیادی نیز به‌بار می‌آورد. این مشکلات بحثهای داغی را در محافل مختلف اجتماعی برمی‌انگیزد و این سؤال را پیش می‌آورد که دولتها و نهادهای مدنی و قانونی باید چه اقداماتی انجام دهند تا این تهدیدها و هزینه‌ها کاهش یابد ($UNODC_3$, 2003).

دو رویکرد اساسی در برخورد با مواد اعتیادآور، یکی اقدامات کاهش عرضه (supply reduction) است، با هدف متوقف ساختن تولید و قاچاق و توزیع مواد که طبیعتاً ماهیتی انتظامی ـ قضایی دارد؛ و دیگری رویکرد کاهش تقاضا (demand reduction) است. براساس تعریف سازمان ملل متحد، اقدامات کاهش تقاضا تمامی عرصه‌ها، از پیشگیری اولیه (primary prevention) از مصرف مواد تا درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد و نیز کاهش پیامدهای بهداشتی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد را شامل می‌شود ($UNODC_1$, 2003). این رویکرد طبیعتی بهداشتی و فرهنگی دارد. ثابت شده است که این دو رویکرد مکمل یکدیگرند و نه در مقابل هم (Canada's Drug Strategy, 1998).

با وجود تمام این واقعیتها، سیاست اغلب کشورهای جهان و از جمله ایران در مسئلهٔ مواد متوازن نبوده است. تلاش می‌شود تا بعضی از دلایل چنین وضعیتی در این مقاله مرور شود.

۱) مبانی کاهش تقاضای

همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، رویکرد کاهش تقاضا خود شامل چندین بخش است که در اینجا در قالب سه مبحث پیشگیری، درمان و کاهش آسیب (harm reduction) بررسی می‌شود.

۱ـ۱) پیشگیری

اگر بتوان با اقدامات و برنامه‌هایی از گرایش مردم، بخصوص جوانان، به مصرف مواد کاست، قدم بزرگی در جهت کاهش تقاضا و تأمین سلامت جامعه برداشته شده است. با وجود اینکه برنامه‌های زیادی با این عنوان در کشورها اجرا شده است، در بسیاری از موارد کاهشی در بروز سوءمصرف مواد رخ نداده است. به همین دلیل بحثهای زیادی در

مورد هزینه، کارایی و حتی مخاطرات برنامه‌های پیشگیرانه وجود دارد. به‌ویژه این پرسش مطرح می‌شود که چرا به‌رغم به‌کارگیری برنامه‌های پیشگیرانه، مصرف مواد در نوجوانان در حال افزایش است (Wiener, 1997).

برنامه‌های پیشگیرانه را می‌توان، براساس میزان درگیری جامعهٔ هدف با مصرف مواد، به سه سطح تقسیم‌بندی کرد: اولیه (primary) یا همگانی (universal)، انتخابی (selective) و موردی (indicative). پیشگیری اولیه یا همگانی تمامی جمعیت مورد نظر، مثلاً تمامی نوجوانان را دربرمی‌گیرد. برنامه‌های انتخابی صرفاً در گروههای پرخطر، مثل دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی یا شبکهٔ دوستان ناباب دارند، اعمال می‌شود. برنامه‌های پیشگیری موردی خاص آن دسته از افراد است که مصرف مواد در آنها رخ داده است و دچار یک یا چند مشکل رفتاری ناشی از مصرف مواد، همچون مشکلات تحصیلی و رفتارهای ضداجتماعی، شده‌اند (Galanter & Kleber, 1999).

برنامه‌های فراگیر (broad-based) آموزشی و رسانه‌های (همگانی) تودهٔ بزرگی از مردم را پوشش می‌دهند، اما شواهد چندانی در مورد موفقیت‌آمیز بودنشان وجود ندارد. برنامه‌های پیشگیرانهٔ ثانویه (secondary) نیز که افراد در معرض خطر (high risk) را هدف قرار می‌دهند (انتخابی و موردی) منجر به دو نتیجهٔ متضاد می‌شوند؛ از یک‌سو، فرد شناسایی و این امکان فراهم می‌شود که زیر پوشش برنامه قرار گیرد و از سوی دیگر، به بدنامی (stigmatization) فرد و در نتیجه احتمال برخورد تبعیض‌آمیز با وی می‌انجامد (Wiener, 1997).

همچنین برنامه‌های پیشگیرانه براساس اینکه مستقیماً به مهارتها و راهبردهای مقاومت در برابر مصرف مواد یا پرهیز از محیطهای مصرف مواد می‌پردازند یا اینکه به‌طور غیرمستقیم بر عوامل خطر (risk factors) ابتدایی (early) رفتار مشکل‌دار یا عوامل محافظت‌کننده (protective factors) در برابر مصرف آیندهٔ مواد متمرکزند تقسیم‌بندی می‌شوند. از جملهٔ این عوامل خطر می‌توان شکست تحصیلی، فشار گروه همسال (peer pressure)، و فقدان ارتباط (communication) و پیوند مثبت والد ـ کودک را نام برد. از میان عوامل محافظتی نیز می‌توان به پیوند اجتماعی (social bonding)، کفایت تحصیلی، مهارتهای

ارتباطی و جلب حمایت و نیز مهارتهای عمومی زندگی (general life skills) همچون تصمیم‌گیری (decision making) اشاره کرد (Galanter & Kleber, 1999).

برنامه‌های پیشگیری را می‌توان از لحاظ مکان و فضای اجرای به چند دسته تقسیم کرد:

۱ـ۱ـ۱) برنامه‌های مدرسه‌مدار (school-based): این برنامه‌ها که در مدارس اجرا می‌شوند رویکردهای مختلفی دارند و شامل چند گروه هستند: برنامه‌های آموزشی ـ شناختی (educational-cognitive) که هدفشان افزایش دانش نوجوانان در مورد الکل و مواد است. نگرانیهایی وجود دارد که این‌گونه برنامه‌ها، به‌دلیل جلب توجه و کنجکاوی کودکان به مواد، منجر به افزایش مصرف شود (Kumpfer)؛ برنامه‌های عاطفی ـ بین‌فردی (affective-interpersonal) با هدف تقویت خودانگاره (self-concept)، فهم احساسها و روابط بین‌فردی، و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم‌گیری. متأسفانه این برنامه‌ها اثربخشی کمی در کاهش مصرف، تغییر نگرشها، یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد داشته‌اند؛ برنامه‌های جایگزین (alternative) با هدف پر کردن اوقات فراغت، فراهم ساختن مهارتها و ایجاد کفایت (competency-building) که البته اثربخشی این دسته از برنامه‌ها نامعلوم است؛ برنامه‌های رفتاری (behavioral) با رویکرد تأثیرپذیری اجتماعی (social influences approach) که با بررسی تأثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می‌شوند، همچون فشار والدین، همسالان، و رسانه‌ها، به افزایش مهارتهای سازگاری (coping skills) که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تأثیرها کمک می‌کنند می‌پردازد و رویکرد آموزش مهارتهای فردی ـ اجتماعی (personal-social skills training approach) که به افراد خصوصا نوجوانان کمک می‌کند که آن دسته از مهارتهای فردی و اجتماعی را که کاربرد عمومی دارند فراگیرند. برنامه‌های رفتاری از مؤثرترین برنامه‌های پیشگیرانه هستند (Wiener, 1997).

تجربیات نشان می‌دهد که برنامه‌های مدرسه‌مداری که تا به حال در کشورها اجرا شده است اغلب از نوع اولیه (همگانی) و به‌ندرت انتخابی یا موردی بوده‌اند و تأثیرات قوی یک تا سه ساله در کاهش مصرف امتحانی (experimental) مواد دروازه‌ای (gateway drugs)

(همچون سیگار، الکل و حشیش که دروازهٔ مصرف مواد خطرناکتر تلقی می‌شوند) داشته‌اند، اما اثر آنها بر مصرف معمولی (regular) مواد دروازه‌ای ناچیز بوده است و در اغلب موارد هیچ اثری بر مصرف مواد در پیگیریهای پنج‌ساله نداشته‌اند (Galanter & Kleber, 1999).

۱ـ۱ـ۲) برنامه‌های جامعه‌مدار (community-based) و رسانه‌ای (mass media): این برنامه‌ها که به آموزش پیشگیری از طریق رسانه‌ها یا گروههای اجتماعی می‌پردازند نتایج مبهمی داشته‌اند (Wiener, 1997).

۱ـ۱ـ۳) برنامه‌های متمرکز بر خانواده (family skills training): شامل آموزش والدین (parent training)، آموزش مهارتهای خانواده (family skills training) که بر ارتقای ارتباط و پیوند مثبت والد ـ کودک متمرکز است و مطالعات نشان داده است که می‌تواند باعث کاهش عوامل خطر در کودکان و یادگیری مهارتهای والدی (parenting skills) مؤثر شود. شیوه‌های گوناگون خانواده‌درمانی (family therapy) و گروههای خودیاری خانواده (family self-help groups) (Wiener, 1997).

۱ـ۱ـ۴) ایجاد تغییر در محیط و قوانین (environmental and regualatory changes): این رویکرد در برخی کشورها به سبب کاهش سوءمصرف مصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. نمونه‌ای از این تغییرات شامل افزایش مالیات مستقیم و غیرمستقیم، کاهش دسترسی به مواد با افزایش حداقل سن خرید، کاهش تعداد عاملهای فروش الکل، کاهش فروش در معابر عمومی، نظارت بر درج مطالب آگاهی‌دهنده روی نوشابه‌های الکلی، و افزایش تبلیغ بر ضد مصرف مواد است و می‌تواند منجر به کاهش سوءمصرف شود (Wiener, 1997).

۱ـ۱ـ۵) برنامه‌های چندبخشی (multicomponent): که شامل ترکیبی از برنامه‌های مدرسه‌مدار، برنامه‌های جامعه‌مدار و رسانه‌ای، برنامه‌های متمرکز بر خانواده و نیز سیاستگذاری رسمی و غیررسمی است. معلوم شده است که برنامه‌های چندبخشی، نسبت به برنامه‌های صرفاً مدرسه‌مدار، آثار مثبت به مراتب بیشتر و طولانی‌مدت‌تری در کاهش مصرف مواد دارند (Galanter & Kleber, 1999).

با مرور تمام این برنامه‌ها مشخص می‌شود که موفقیت رویکرد پیشگیری محدود بوده است. پیشگیری توانسته است شروع مصرف مواد را به تأخیر بیندازد و در برخی موارد نیز از میزان مصرف مواد بکاهد. اما این آثار، تقریباً در تمامی موارد، گذرا و کوتاه‌مدت بوده است. پیشگیری توانسته است عوامل خطرآفرین را در جمعیت جوان تغییر دهد، اما این تغییرات لزوماً در مصرف مواد تغییری ایجاد نمی‌کند (Bukstein, 1995).

به‌نظر می‌رسد که چند مشکل مشترک در بسیاری از مداخلات پیشگیرانه وجود دارد. برخی رویکردها بر فرضیاتی استوارند که هنوز به اثبات نرسیده است؛ اهداف اختصاصی برنامه‌ها ممکن است به‌وضوح بیان نشده باشد یا بسیار پیچیده باشد؛ مشارکت و درگیری گروههای هدف در بسیاری از برنامه‌های پیشگیرانه محدود بوده است؛ پایش کیفی مداخلات اغلب ضعیف بوده است؛ و سرانجام اینکه طراحی و اجرای بسیاری از برنامه‌ها از قوت لازم برخوردار نبوده است (Bukstein, 1995).

۱ـ۲) درمان

تنها معدودی از کشورها توانسته‌اند نظام درمانی عمومی توسعه‌یافته‌ای را برای پرداختن به سطوح مختلف سوءمصرف مواد ایجاد کنند. علت اینکه حتی بسیاری از کشورهای صنعتی و توسعه‌یافته هم هنوز به چنین نظام درمانی جامعی برای مشکلات سوءمصرف مواد دست نیافته‌اند، در درجهٔ اول، مشکلات اجتماعی وسیع ناشی از سوءمصرف مواد است. جرایم، ازهم‌پاشیدگی خانواده (family disruption)، از دست رفتن بهره‌وری اقتصادی و فساد (decay) از مشهودترین آثار خطرناک و پرهزینهٔ مواد بر نظام اجتماعی کشورهاست. این موضوع موجب می‌شود که اذهان عمومی مسئلهٔ مواد را در درجه اول مشکلی کیفری (criminal) قلمداد کند که نیاز به درمان اجتماعی ـ قضایی (social-judicial remedy) دارد و نه معضلی بهداشتی که نیازمند اقدامات پزشکی است. علت دیگر این طرز تلقی وجود این دیدگاه نافذ در جامعه است که رویکرد درمانی به سوءمصرف مواد متضمن این پیام است که اعتیاد و مشکلات مرتبط با آن ناشی از خطا و اشتباه فرد معتاد نیست، یا وی

هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال اعمالی که منجر به اعتیاد او شده است یا از اعتیاد وی نشأت گرفته است ندارد. به‌عبارت دیگر، درمان صرفا برای کمک به مصرف‌کنندهٔ مواد است و نه جامعه. مردم و دولتها از خود می‌پرسند که چرا جامعه باید منابعش را صرف افرادی کند که به جامعه آسیب می‌رسانند (UNODC$_3$, 2003).

در بسیاری از موارد، جامعه و نهادهای مدنی و قانونی به خواسته‌ها و علایق بیماران توجهی ندارند و صرفاً به رفع مشکلات علاقه‌مندند (UNODC$_3$, 2003).

محاسبات نشان می‌دهد که با هر یک دلاری که خرج درمان می‌شود، به میزان ۴ تا ۷ دلار از هزینه‌های جرایم مرتبط با مواد و هزینه‌های دستگاه قضایی و زندان کم می‌شود. اگر صرفه‌جویی در مراقبتهای پزشکی را هم به این میزان بیفزاییم، این صرفه‌جویی به میزان ۱۲ به ۱ می‌رسد (UNODC$_3$, 2003).

درمان موجب کاهش تزریق وریدی مواد (intravenous drug injection) و در نتیجه کم شدن خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت B و C می‌شود. همچنین درمان باعث بهبود وضعیت خانواده و زندگی اجتماعی می‌شود و توانایی شغلی را افزایش می‌دهد (UNODC$_3$, 2003).

تجربیات کشورها نشان می‌دهد که اگر به جای درمان، گزینهٔ زندان یا اردوگاه (boot camp) دنبال شود، نتایج مثبتی به‌بار نمی‌آید. چرا که احداث زندان و اردوگاه به‌مراتب پرهزینه‌تر و اداره کردن آنها بسیار پرخطر است؛ لذا زندان، حتی به فرض اینکه اثربخش هم باشد، به هیچ روی انتخابی صرفه‌مند نیست. ولی درمان به میزان قابل توجهی کم‌خرج و به‌صرفه است. نکتهٔ مهمتر این است که مطالعات نشان می‌دهد ۷۰ تا ۹۸ درصد از محکومان مرتبط با مواد مخدر که در طول محکومیت درمانی دریافت نکرده‌اند، در عرض یک سال پس از آزادی از زندان، مجدداً دچار سوءمصرف شده و بیش از نیمی از آنان در ظرف همین مدت با جرایم مرتبط با مواد دوباره زندانی شده‌اند. شواهد چندانی دال بر اثربخشی زندان در تغییر رفتار این افراد وجود ندارد. علاوه بر این، تجربیات جهانی نشان می‌دهد که ازدحام زندان اثر نامطلوبی بر سلامت زندانیان دارد: از جملهٔ این آثار می‌توان به شیوع بیماریهایی از قبیل ایدز اشاره کرد که ممکن است در جامعه نیز گسترش یابد (UNODC$_3$, 2003).

از طرف دیگر، انتخاب نکردن گزینهٔ درمان موجب ادامهٔ مصرف مواد و سوق یافتن به سمت شیوه‌های خطرناکتر مصرف، از جمله تزریق می‌شود. میزان مرگ و میز در معتادان تزریقی بیش از ۱۷ برابر جمعیت مشابه به‌لحاظ سنی و جنسی اما غیرمعتاد است. به‌عبارت دیگر، میزان کل مرگ و میر در میان معتادان تزریقی بین ۳ تا ۴ درصد است (WHO, 1998).

مراحل درمانی به‌طور کلی شامل موارد زیر است ($UNODC_3$, 2003):

۱ـ۲ـ۱) مرحلهٔ سم‌زدایی ـ تثبیت (detoxification-stabilization phase) که در آن علایم ترک (withdrawal symptoms) درمان می‌شود و تنها در موارد وابستگی به نیکوتین (سیگار)، الکل، مواد افیونی*، باربی‌توراتها (barbiturates) و بنزدیازپینها (benzodiazepines) (که هر دو از دستهٔ داروهای رخوت‌زا و خواب‌آورند) 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. این مرحله را نمی‌توان درمان کامل (complete treatment) تلقی کرد، بلکه صرفاً آمادگی برای ادامهٔ درمان و بازتوانی است.

۱ـ۲ـ۲) مرحلهٔ بازتوانی ـ پیشگیری از عود (rehabilition-relapse prevention phase) که هدف آن پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد غیرقانونی است ـ یا از راه پرهیز (abstinence) از مصرف هرگونه ماده‌ای یا از راه درمان جایگزین (substitution treatment) با مواد قانونی و کنترل‌شده؛ و هدف دیگر آن کمک به بیمار در دستیابی به سلامت فردی و عملکرد اجتماعی است. در این مرحله، از راهبردها و روشهای گوناگونی بهره گرفته می‌شود، همچون داروهای روان‌پزشکی برای کاهش مشکلات روان‌پزشکی همراه (comorbid) داروهای کاهندهٔ ولع (craving) که شامل داروهای جایگزین هم می‌شود، انواع مختلف روان‌درمانی (psychotherapy)، و گروههای خودیاری (self-help groups) همچون معتادان گمنام (narcotics anonymous).

---

* منظور از مواد افیونی (opioids)، همان مواد مخدر (narcotics) است که شامل تریاک و مشتقات آن: طبیعی (مثل مرفین)، نیمه‌صناعی (مثل هروئین)، و صناعی (همچون متادون و بوپرنورفین) است.

البته عده‌ای از معتادان ممکن است حتی بدون درمان کاملاً بهبود یابند. عدهٔ دیگری نیز ممکن است متعاقب درمان وارد یک دورهٔ بهبود طولانی‌مدت شوند. اما بسیاری از کسانی که دچار اعتیاد می‌شوند عودهای متعددی را متعاقب درمان متحمل خواهند شد و این آسیب‌پذیری برای سالها و چه‌بسا تا آخر عمرشان باقی خواهد ماند. به‌عبارت دیگر، بسیاری از کسانی که هرگونه درمانی را شروع می‌کنند، پیش از تکمیل دورهٔ درمان، آن را رها می‌کنند یا توصیه‌های پزشکی مبنی بر ادامهٔ درمان یا تداوم مراقبتهای پس از درمان یا کمک گرفتن از گروههای خودیاری را نادیده می‌گیرند. این پذیرندگی (compliance) ضعیف درمان بیشتر در کسانی دیده می‌شود که دچار سطح اجتماعی ـ اقتصادی پایین، اختلالات روان‌پزشکی همراه و فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی‌اند.

نکتهٔ مهم این است که این پذیرندگی ضعیف از خصوصیات بیماریهای مزمن (chronic disorders) است. در فشار خون، دیابت و آسم نیز پذیرندگی درمانهای دارویی کمتر از ۴۰ تا ۶۰ درصد موارد است. پذیرش درمانهای غیردارویی مانند تغییرات رفتاری و رژیمی لازم باز هم کمتر است (کمتر از ۳۰ درصد). به‌طور کلی، در بیماریهای مزمن، مهمترین عامل ظهور دوبارهٔ بیماری، نپذیرفتن درمان است. اگرچه هیچ‌یک از این بیماریها شفای قطعی ندارد، اما هیچ‌کس در اینکه این درمانها اثربخش و مفیدند شکی ندارد و حتی شرکتهای بیمهٔ درمانی نیز هزینهٔ درمان این بیماریها را متقبل می‌شوند (UNODC$_3$, 2003).

اما طرز تلقی در مورد اعتیاد متفاوت است: عود مصرف دلیل بر بی‌اثر بودن درمان تلقی می‌شود! چرا که پیش‌فرضها در مورد اعتیاد متفاوت است. رویکردهای درمانی نیز اغلب براساس این واقعیت که اعتیاد یک بیماری مزمن است طراحی نشده است. تنها استثناهای این قاعده درمان نگاهدارنده با متادون و گروههای خودیاری است. اغلب درمانهای دیگر به دوره‌های مراقبتی حاد محدود می‌شود. در پایان دوره، بیمار مرخص می‌شود و به جامعه بازمی‌گردد. به‌عبارت دیگر، با معتادان همچون بیماران جراحی‌شده برخورد می‌شود. ارزیابی اثربخشی نیز ۶ تا ۱۲ ماه بعد انجام می‌شود، چرا که انتظار می‌رود درمان کوتاه‌مدت اعتیاد به کاهش مداوم علایم متعاقب ختم‌درمان منجر شود. به عبارت

دیگر، تصور می‌شود که این اقدامات محدود موجب خشکاندن ریشه‌های اعتیاد می‌شود و در پی آن، بهبود دائمی فرد رخ می‌دهد (UNODC$_3$, 2003).

در حالی که تصور واقع‌بینانه این است که مداخلات موجود فعلی موجب قطع ریشهٔ مشکل نمی‌شود، بلکه صرفاً تعداد و شدت علایم را کاهش می‌دهد و عملکرد فردی را تا زمانی که فرد در این مداخلات شرکت می‌کند بهبود می‌بخشد. این همان انتظاری است که ما در درمان بیماریهای مزمن داریم (UNODC$_3$, 2003).

۱ـ۳) کاهش آسیب

شیوهٔ زندگی معتادان آنها را به‌طور خاص نسبت به بیماریهایی که به‌واسطه مقاربت یا تماس با خون انتقال می‌یابند، مانند هپاتیت و ایدز، آسیب‌پذیر می‌سازد. تزریق مواد، ارتباطهای جنسی با افراد مختلف ـ به علت تکانشگری و زمینه‌های شخصیتی یا مهارگسیختگی ـ همراه با مصرف مواد ممکن است باعث انتقال این بیماریها شود (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱).

در بسیاری از کشورهای دنیا، تزریق مواد یکی از مهمترین راههای انتقال ویروس ایدز (HIV) است. سوءمصرف مواد ارتباط نزدیکی با انتقال این ویروس دارد. انتقال ویروس ایدز در معتادان عمدتاً از طریق استفاده از وسایل تزریق آلوده صورت می‌گیرد. احتمال آلودگی با این شیوه بسیار بیشتر از راه انتقال جنسی است. به‌همین دلیل، در بسیاری از همه‌گیریهای ایدز در مناطق مختلف دنیا، تزریق مواد نقش اساسی را ایفا می‌کند (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱).

همان‌طور که در مبحث درمان ذکر شد، پذیرندگی نسبت به درمان چندان زیاد نیست. از سوی دیگر، بسیاری از مصرف‌کنندگان، خصوصاً کسانی که به تزریق مبادرت می‌کنند، ممکن است هیچ‌گاه به درمانگاه مراجعه نکنند. در این شرایط، منطقی‌ترین اقدام برای حفاظت از جامعه در برابر عوارض شیوه‌های خطرناک مصرف، استفاده از اقدامات کاهش

همسر و دوستان) هستند. به سازمانهای ارائه‌دهندهٔ این خدمات گاهی مؤسسات خیابانی (street agencies) گفته می‌شود که بیانگر مکان اجتماعی آنهاست. فلسفهٔ وجودی این سازمانها کمک به ایجاد ارتباط بین مصرف‌کنندگان مواد و خدمات درمانی ـ مراقبتی است. چرا که تجربه ثابت کرده است که بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان دچار مشکلات فراوان اجتماعی ـ اقتصادی و قانونی به مؤسسات رسمی بهداشتی ـ درمانیِ مراجعه نمی‌کنند. این‌گونه خدمات را در غالب موارد سازمانهای غیردولتی (non-governmental organizations) ارائه می‌دهند و شامل مواردی است همچون در اختیار گذاشتن محل تجمع (drop-in) (به‌منظور دسترسی داوطلبانه و بدون قرار قبلی (non-appointment-based) مصرف‌کنندگان به اطلاعات و خدمات در زمینه‌های مختلف همچون مراقبتهای بهداشتی، مسائل قانونی، مسکن، کاریابی و آموزش)، کمک‌رسانی (outreach) در سطح محلات (communies)، خدمات پیشگیری از ابتلا به ویروسهای منتقل‌شونده از راه خون (blood-borne viruses) همچون ویروس ایدز و ویروس هپاتیت B و C شامل آموزش و مشاوره و تعویض سرنگ و سوزن؛ آموزش پیشگیری از بیش مصرفی، اختصاص خطوط کمک تلفنی (helpline)، گروههای خودیاری، گروههای حمایت خانواده (family support groups)، خدمات مراقبتی پس از درمان (aftercare) و حمایت اجتماعی.

دستهٔ دیگر خدمات رسمی هستند که درمانهای ساختاریافته‌ای (structured treatments) را ارائه می‌کنند. درمانگاهها و بیمارستانهای دولتی و غیردولتی ارائه‌دهندهٔ این‌گونه خدمات‌اند. درمانهای ساختاریافته شامل درمانهای سم‌زدایی ـ تثبیت و بازتوانی ـ پیشگیری از عود است که در قسمت درمان توضیح داده شد.

۲) بررسی اجمالی وضعیت کنونی سوءمصرف مواد در ایران و جهان

براساس تخمین UNDOC، ۲۰۰ میلیون نفر از مردم جهان دچار سوءمصرف مواد هستند. به‌عبارت دیگر، ۳/۴ درصد از جمعیت جهان یا ۴/۷ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال جهان به این گروه از اختلالها دچارند. در حدود ۱۶۳ میلیون نفر از این تعداد مشتقات شاهدانه

(cannabis) مانند حشیش، ۴۲ میلیون نفر مواد محرک از خانوادهٔ آمفتامینها (amphetamine-type stimulants) شامل نزدیک به ۸ میلیون نفر مصرف‌کنندهٔ اکستازی (ecstasy)، نزدیک به ۱۵ میلیون نفر مواد افیونی، شامل حدود ۱۰ میلیون نفر مصرف‌کنندهٔ هروئین، و بیش از ۱۴ میلیون نفر نیز کوکائین سوءمصرف می‌کنند. البته این اعداد قابل جمع با هم نیست چرا که ممکن است افراد چند ماده را همزمان سوءمصرف کنند ($UNODC_2$, 2003).

مشکل‌سازترین مواد در دنیا، که ایجاد تقاضا برای درمان می‌کنند، مواد افیونی و سپس کوکائین هستند. گزارشها حاکی از افزایش سوءمصرف مواد در جهان است. بیشترین میزان گسترش سوءمصرف در سالهای اخیر در درجهٔ اول در مورد حشیش و پس از آن در مورد مواد محرک خانوادهٔ آمفتامین بوده است. سوءمصرف هروئین در آسیای شرقی، اقیانوسیه و اروپای غربی در سال ۲۰۰۱ کاهش داشت، اما در کشورهایی که در مسیر قاچاق از افغانستان به سمت روسیه و اروپا قرار دارند در حال گسترش است. نیمی از مصرف‌کنندگان مواد افیونی در آسیا زندگی می‌کنند، خصوصاً در کشورهای اطراف افغانستان و میانمار ($UNODC_2$, 2003).

تولید غیرقانونی تریاک در طی چهار سال گذشته در جهان ثابت بوده است (در سال ۱۹۹۸ به ۴۴۰۰ تن، و در سال ۲۰۰۲ به ۴۵۰۰ تن بالغ شده است). اما در زیر این اثبات ظاهری، تغییرات عمده‌ای در جریان بوده است. سطح زیر کشت خشخاش (opium poppy) در آسیای جنوب شرقی یعنی میانمار و لائوس، از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲، ۴۰ درصد کاهش داشته و این روند در سال ۲۰۰۳ نیز ادامه داشته است. اما در طی همین سالها، سطح زیر کشت خشخاش در افغانستان ۱۶ درصد افزایش یافته است و از آنجا که مزارع این کشور برای کشت خشخاش حاصلخیزتر از جنوب شرق آسیاست، توانسته کاهش ۲۵ درصدی سطح زیر کشت خشخاش در دنیا را جبران کند و سطح تولید مواد افیونی را در جهان ثابت نگاه دارد. به‌عبارت ساده‌تر، افغانستان به کشور اصلی تولید غیرقانونی تریاک تبدیل شده است. همین امر الگوی سوءمصرف هروئین را (که در آزمایشگاههای غیرقانونی از تریاک به‌دست

می‌آید) در جهان تغییر داده است. بازار هروئین در کشورهای همجوار افغانستان و نیز کشورهای مسیر ترانزیت غیرقانونی آن گرمتر شده است. این کشورها شامل پاکستان، ایران، کشورهای آسیای میانه، فدراسیون روسیه و کشورهای اروپای شرقی است. همچنین افزایش سوءمصرف وریدی هروئین در برخی از این کشورها موجب گسترش نگران‌کنندهٔ انتقال ویروس بیماری ایدز شده است (UNODC$_2$, 2003).

بیشترین آمار کشف و توقیف محموله‌های مواد افیونی (تریاک، مرفین و هروئین) از ایران گزارش می‌شود. این رقم در سال ۲۰۰۱ به حدود ۵۴ درصد می‌رسد. از مجموع کشفیات جهانی: تریاک ۷۶ درصد، هروئین و مرفین ۱۹ درصد و حشیش ۵ درصد مربوط به ایران است. بیشترین آمار مصرف مواد افیونی در جهان نیز به ترتیب در ایران، لائوس و قرقیزستان دیده می‌شود. در ایران بین ۱/۷ تا ۲/۸ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال سوءمصرف‌کنندهٔ مواد افیونی هستند. مصرف حشیش نیز در ایران افزایش یافته است (UNODC$_2$, 2003).

۳) تاریخچه مصرف مواد در ایران

۳ـ۱) سده‌های پیشین

مصرف مواد در ایران سابقه‌ای طولانی دارد و گیاهانی که تریاک و حشیش از آنها به‌دست می‌آید از گیاهان بومی ایران بوده‌اند. به‌نظر می‌رسد که اقوام ساکن فلات ایران با خواص روان‌گردان و دارویی این مواد آشنایی داشته‌اند (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). خواص خواب‌آور و ضد درد تریاک را دانشمندان مسلمان ایرانی مانند زکریای رازی و ابوعلی‌سینا توصیف کرده‌اند، اما شواهد مربوط به سوءمصرف آن در موارد غیرپزشکی بسیار نادر است. ابوریحان بیرونی ظاهراً اولین دانشمند ایرانی است که به خاصیت اعتیادآور افیون اشاره کرده است (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). ولی شیوع ناگهانی سوءمصرف تریاک و حشیش در دورهٔ صفویه رخ داد. می‌گویند که نخست بزرگان و رجال از مواد مخدر، به‌ویژه تریاک، برای کاهش اضطراب استفاده می‌کردند و سپس میان

قشرهای مختلف مردم رواج یافت تا آنجا که گسترش روزافزون و نگران‌کنندهٔ مصرف مواد افیونی شاه طهماسب اول و سپس شاه‌عباس را واداشت تا مبارزه‌ای جدی را با اعتیاد و مواد مخدر آغاز کنند و مردم را از زیانهای تریاک آگاه سازند. برای کسانی که ترک اعتیاد نمی‌کردند مقرراتی وضع شد و متخلفان مجازات می‌شدند (ستاد، ۱۳۸۱). درباریان وادار به ترک اعتیاد می‌شدند و افرادی را که موفق به ترک نمی‌شدند از کار برکنار می‌کردند (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). این اقدامات نه‌تنها در کاهش مصرف تریاک تأثیری نداشت، بلکه مصرف آن روزبه‌روز گسترش یافت (ستاد، ۱۳۸۱). در این دوران، مکانهای مخصوصی به‌نام کوکنارخانه وجود داشت که در آنها، به‌منظور کیف و نشئه، خشخاش را می‌جوشاندند و آب آن را می‌نوشیدند (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۸۱). اما سوءمصرف مشتقات شاهدانه (حشیش) ظاهرا به طبقات خاصی همچون دراویش محدود بود (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

کشت خشخاش و تولید داخلی تریاک در قرن هجدهم و نیمهٔ اول قرن نوزدهم میلادی، بیشتر به‌منظور پاسخ گفتن به تقاضای روزافزون مصرف‌کنندگان داخلی بود. اما از نیمهٔ دوم قرن نوزدهم، کشت تریاک به‌عنوان یک محصول قابل صدور و ارزآور مورد توجه قرار گرفت. در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب می‌شد. البته قسمت زیادی از تریاک تولیدی در داخل مملکت مصرف می‌شد و کل اقتصاد کشور نیز به تولید و صدور تریاک وابستگی پیدا کرده بود. اما با ظهور نهضت مشروطه و بیداری ایرانیان، عده‌ای از رهبران ملی و مذهبی مبارزهٔ جدی با مصرف تریاک را وجههٔ همت خود قرار دادند. لیکن گرفتاریهای سیاسی و وابستگی شدید اقتصاد کشور به ارز حاصل از صادرات تریاک، هرگونه اقدام جدی را در زمینه مبارزه با کشت و سوءمصرف این ماده غیرممکن می‌ساخت (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

۳ـ۲) یکصد سال اخیر

اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف در سال ۱۲۹۰ هجری شمسی با عنوان «قانون تحدید

تریاک» به تصویب رسید. در این قانون، فرصت هشت ساله‌ای برای مصرف شیره به‌طور کلی و مصرف غیردارویی تریاک داده شده بود و پس از گذشت این زمان، مصرف ممنوع می‌شد. این قانون در واقع دولت را به عامل اصلی توزیع تریاک تبدیل کرد، به‌طوری که در سال ۱۳۰۵، تقریباً هشت درصد از کل درآمد ولت از محل فروش تریاک تأمین می‌شد. به‌دنبال تصویب این قانون، نه‌تنها تقاضا برای تریاک کاهش پیدا نکرد، بلکه تهیه و فروش غیرقانونی آن هم رواج یافت. تریاک به‌طور قاچاق صادر می‌شد و، در عوض، مرفین و مواد دیگر به‌طور محدود وارد می‌شد. به این دلیل، در سال ۱۳۰۱، «قانونی منع واردات مواد مخدر به ایران» به تصویب رسید.

به‌دلیل فشارهای بین‌المللی، در سال ۱۳۰۷ «قانون انحصار دولتی تریاک» از تصویب مجلس شورای ملی گذشت که براساس آن، کشت خشخاش فقط تحت نظارت دولت مجاز بود و دولت مکلف بود به‌تدریج اراضی زیر کشت را کاهش دهد و نیز موجبات کاهش و محو سوءمصرف مواد را در عرض ده سال در کشور فراهم سازد. به‌رغم تصویب این قانون، مساحت اراضی زیر کشت در عرض ده سال تقریباً به یک برابر و نیم افزایش یافت، زیرا وابستگی دولت به درآمد ناشی از تریاک موجب نادیده گرفتن قانون می‌شد. در این میان، به علت پایین بودن قیمت رسمی تریاک خریداری شده از جانب دولت، توزیع و صدور قاچاق تریاک نیز رواج بیشتری یافت.

در فضای باز بعد از جنگ جهانی دوم، گروهی از پزشکان و روشنفکران «انجمن مبارزه با تریاک و الکل» را تشکیل و به طرق مختلف دولت را تحت فشار قرار دادند. انجمن یادشده طی گزارشی در سال ۱۳۲۲، تعداد معتادان کشور را ۱/۵ میلیون نفر (از جمعیت ۱۴ میلیونی کشور) برآورد کرد. بر اثر این فشارها «کمیسیون مبارزه با تریاک و الکل» در سال ۱۳۲۵ در وزارت بهداری تشکیل شد. به‌دنبال آن، در سال ۱۳۲۶ «مقررات تعطیل اماکن عمومی مصرف مواد مخدر» و در سال ۱۳۳۱ «قانون منع تهیه، خرید و فروش و مصرف نوشابه‌های الکلی و تریاک و مشتقات آن» به تصویب رسید.

در سال ۱۳۲۸، در کنفرانسی که در سازمان ملل برگزار گردید، اجازهٔ کشت و تولید

مجاز تریاک بین کشورهای مختلف تقسیم شد و بیشترین سهم به ترکیه (۵۰ درصد) و ایران (۲۵ درصد) واگذار گشت.

به‌دنبال گسترش ابعاد اعتیاد و کم شدن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت (به‌علت مصرف داخلی و قاچاق مواد مخدر به خارج از کشور)، «قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک» در سال ۱۳۳۴ تصویب و با جدیت به اجرا گذاشته شد. با منع کشت خشخاش، برای اولین بار، قاچاق مواد مخدر از جمله هروئین و مرفین از خارج به داخل به صورت تجارت سودمندی درآمد و موجبات تغییر تدریجی الگوی مصرف در کشور و رواج هروئین را فراهم آورد. برای مبارزه با این مشکل، «قانون تشدید مجازات قاچاقچیان» در سال ۱۳۳۸ به تصویب رسید. با اجرای این قانون، زندانها از قاچاقچیان و معتادان پر شد و مشکلات و هزینه‌های زیادی را به همراه آورد؛ و به‌رغم این سختگیریها، میزان قاچاق و تعداد معتادان افزایش چشمگیری یافت و براساس گزارش پلیس بین‌الملل در سال ۱۳۴۷، ایران از لحاظ کشف مواد مخدر در دنیا به مقام اول رسید.

با ادامهٔ کشت و صدور غیرقانونی مواد مخدر به ایران از ترکیه و پاکستان، دولت مجبور شد در ۱۳۴۷ با تصویب «قانون آزاد شدن محدود کشت خشخاش» مجدداً کشت تریاک را در نواحی خاصی از کشور تحت نظارت دولت آزاد اعلام کند. در مقابل، با تصویب «قانون تشدید مجازات قاچاق مواد مخدر» در سال ۱۳۴۸، مجازات قاچاقچیان تشدید شد که از جملهٔ آن، اعمال مجازات اعدام و محول شدن محاکمهٔ افراد دستگیرشده به دادگاههای نظامی بود. برای جلوگیری از اعتیاد کارمندان و کارگردان نیز «قانون انفصال خدمت یا اخراج معتادان» در نظر گرفته شد. در سال ۱۳۵۰، برای معتادان مسن (پنجاه سال به بالا) و بیمار (با تجویز پزشک) از طرف دولت کارتهای جیرهٔ دولتی تریاک صادر شد. تعداد معتادان ثبت‌نام کرده در خرداد ۱۳۵۴ به ۱۶۹/۵۱۲ نفر رسید و تعداد معتادان غیررسمی نیز بین ۲۰۰ هزار تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده شد. همچنین در دههٔ پنجاه، به‌علت گسترش امکانات مسافرت و ورود تعداد زیادی توریست جوان غربی به ایران، به‌تدریج جنبه‌های تازه‌ای از فرهنگ مصرف مواد به کشور وارد شد و استعمال ماری‌جوانا

(حشیش) که تا پیش از آن صرفاً در میان اقشار خاص و دراویش رواج داشت، در میان جوانان گسترش یافت.

در دههٔ پنجاه، بخصوص پس از افزایش ناگهانی درآمد نفت، مقامات درمانی کشور طرحهای جدیدی برای ایجاد مراکز درمان و بازپروری معتادان تهیه کردند که شامل تأسیس درمانگاهها و مراکز نگهداری معتادان و درمان با استفاده از متادون بود. با پیروزی انقلاب اسلامی و تغییر سیاستها و اولویتها، این طرحها نیمه‌کاره رها شد.

نگرش دولتمردان انقلاب نسبت به پدیدهٔ اعتیاد منفی بود. برخی آن را نوعی رفتار ضدانقلابی تلقی می‌کردند که از جانب ممالک استعمارگر ترویج می‌شد. از نظر این گروه، با اتخاذ تدابیر قانونی و کیفری خشن و جدی، ایران می‌توانست و می‌بایست به‌سرعت و برای همیشه به این معضل جدی خاتمه دهد (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

در مرداد ۱۳۵۸، یعنی شش ماه پس از پیروزی انقلاب، با تصویب لایحهٔ «تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به‌منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین»، ستادی با عنوان ستاد مرکزی هماهنگی مبارزه با اعتیاد تأسیس شد که تعیین خط‌مشی و سیاست کلی، برنامه‌ریزی، و تهیهٔ استانداردها و ضوابط مربوط به مواد مخدر را بر عهده گرفت. از تاریخ ۱۳۵۹/۹/۱۹ اعتیاد جرم محسوب شد و، همزمان، خدمات درمانی مربوط به اعتیاد از نظام بهداشت و درمان کشور برچیده شد و وزارت بهداری وقت، پرداختن به این موضوع را از حوزهٔ فعالیتهای خود حذف کرد (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۷). از آن تاریخ تا ۱۳۶۲، اردوگاههای معتادان که زیر نظر سازمان زندانها تشکیل شده بود و کمیتهٔ انقلاب اسلامی آنها را اداره می‌کرد (و به اردوگاههای بازپروری و اردوگاههای کار نیز تغییر نام یافت)، پذیرای معتادان دستگیرشده بودند.

در سال ۱۳۶۲، مراکز بازپروری به سازمان جدیدالتأسیس بهزیستی منتقل شد و به مراکز توانبخشی معتادان تغییر نام یافت. این مراکز نیز موظف به پذیرش معتادانی بودند که با حکم دادگاهها و بالاجبار برای ترک اعزام می‌شدند و معمولاً چند برابر ظرفیت واقعی

خود مجبور به پذیرش می‌شدند و با هزینهٔ بسیار سنگینی روبه‌رو بودند و نمی‌توانستند پاسخگوی نیازهای درمانی معتادان کشور باشند.

تا سال ۱۳۶۷، اقدامات انجام شده برای حل مشکل اعتیاد منحصر به فعالیتهای مقابله با عرضه بود. البته این فعالیتها نیز با نوسانات چشمگیری در طول سالهای مختلف همراه بود.

در سال ۱۳۶۷، مجدداً دیدگاههای سختگیرانه‌تر در غلبه یافت و بلافاصله پس از پایان جنگ ایران و عراق، نهاد تازه تأسیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، «قانون جدید مبارزه با مواد مخدر» را تصویب کرد که طبق آن، مجازاتهای شدیدی برای تولید، نگهداری و قاچاق مواد در نظر گرفته و مصرف مواد جرم تلقی شد و مهلتی چندماهه به معتادان داده شد تا اقدام به ترک نمایند. در این قانون، به لزوم فراهم ساختن امکانات درمانی درازمدت و اقدامات پیشگیرانه توجهی نشده بود و طبقه‌بندی علمی مواد اعتیادآور نیز رعایت نشده بود. طبق این قانون، ستاد مبارزه با مواد مخدر تشکیلات جدیدی یافت. براساس این قانون، اموال حاصل از کشف و مصادرهٔ اموال قاچاقچیان جزء درآمدهای ستاد مبارزه با مواد مخدر درآمد. اما فعالیتهای ستاد بیشتر در جهت کاهش عرضه بود. بازداشت معتادان به‌طور گسترده‌تری ادامه یافت و ناکارآمدی مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی نیز به‌تدریج به اثبات رسید.

در اوایل دههٔ ۱۳۷۰، در مجامع علمی و دانشگاهی کشور، نگرش کاهش تقاضا به‌تدریج گسترش یافت و اولین اقدامات اساسی در جهت کاهش تقاضا در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در فاصلهٔ ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ صورت پذیرفت، همچون تأسیس واحهای درمان سرپایی معتادان از سال ۱۳۷۵ و اجرای برنامهٔ جامع پیشگیری از اعتیاد. این حرکت تأثیر خود را در سیاستگذاران کشور بر جای گذاشت و سرانجام مجمع تشخیص مصلحت نظام، در سال ۱۳۷۶، اصلاحیهٔ قانون مبارزه با مواد مخدر را تصویب کرد که براساس آن، اگرچه هنوز هم اعتیاد جرم بود اما به کلیهٔ معتادان اجازه داده می‌شد که به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام کنند.

رخداد دیگر، ارائهٔ اولین برنامهٔ پنج‌سالهٔ کاهش تقاضای مصرف مواد از جانب کارشناسان سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تابستان ۱۳۷۷ بود. در همین زمان، گروههای خودیاری معتادان نیز گسترش بیشتری یافتند (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

از سال ۱۳۷۸، همکاریهای ایران و سازمان ملل در زمینهٔ کاهش تقاضا با عنوان «برنامهٔ داریوش» آغاز شد. این همکاریها سهم بسزایی در پیشبرد برنامه‌های کاهش تقاضا در کشور در سالهای اخیر داشته است.

از سال ۱۳۷۹ نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نقش بیشتر در فعالیتهای کاهش تقاضا ایفا کرد و آموزش پزشکان بخش خصوصی در مورد روشهای علمی درمان اعتیاد آغاز شد. در همین زمان، سازمان بهزیستی کشور نیز به گسترش فعالیتهای خود ادامه داد و تعداد درمانگاههای سرپایی این سازمان در سراسر کشور از ۶۰ واحد فراتر رفت. در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰، وزارت بهداشت اقدام به تأسیس مراکز سرپایی درمانی اعتیاد و اختصاص تختهای بیمارستانی برای درمان اعتیاد کرد، و تعداد مراکز سرپایی بهزیستی نیز به ۷۵ واحد رسید. تعداد اعضای گروههای خودیاری معتادان گمنام از مرز ۳۰۰۰ نفر فراتر رفت.

در تابستان ۱۳۸۱، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف کاهش آسیبهای ناشی از اعتیاد تزریقی، به‌ویژه گسترش بیماری ایدز، کمیتهٔ کشوری کاهش آسیب را تشکیل داد.

در سال ۱۳۸۲، تعداد مراکز سرپایی سازمان بهزیستی به ۸۸ واحد و تعداد مراکز سرپایی درمان اعتیاد وزارت بهداشت نیز به بیش از ۵۰ واحد افزایش یافته است. در ضمن، در بیمارستانهای کشور، حدود ۷۰۰ تخت به درمان معتادان اختصاص یافته است. پیگیری ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام شبکهٔ بهداشتی ـ درمانی کشور، تأسیس درمانگاههای درمان نگاهدارنده با متادون و اجرای طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی از جملهٔ آخرین فعالیتهای معاونت سلامت وزارت بهداشت است.

۴) وضعیت برنامه‌ها و فعالیتهای کاهش تقاضا در کشور

۴ـ۱) فضای قانونی

در حال حاضر، ملاک عمل در کشور اصلاحیهٔ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ است. براساس این قانون، کشت، تولید، واردات، صادرات و مصرف تمامی انواع مواد، بجز در موارد پزشکی، ممنوع است. همچنین در این قانون برای تولیدکنندگان و قاچاقچیان مواد مخدر مجازاتهای متفاوتی از جریمهٔ نقدی و شلاق گرفته تا زندان و، در موارد تکرار یا شدت جرم، اعدام پیش‌بینی شده است. اما در این قانون، ضمن آنکه مصرف مواد جرم محسوب شده است، با در نظر داشتن فرایند درمان معتادان، آنها در طول دورهٔ درمان از مصونیت قانونی برخوردار شده‌اند. لیکن اگر معتادان قبل از درمان شناسایی و دستگیر شوند، به جریمهٔ نقدی از یک تا پنج میلیون ریال، شلاق تا ۳۰ ضربه برای مرتبهٔ اول و در صورت تکرار، هر بار تا ۷۴ ضربه و اخراج از مشاغل دولتی محکوم خواهند شد. البته در ذیل مادهٔ مربوطه قید شده است که در صورت ترک اعتیاد، اشتغال مجدد معتادان اخراج‌شده میسر خواهد بود. در این قانون همچنین برای مصرف‌کنندگان «غیرمعتاد» مواد مخدر نیز جرایم نقدی و شلاق پیش‌بینی شده است. (مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۷۶).*

به‌نظر می‌رسد که همچنان نقاط ابهام و مشکلاتی در متن قانون یا استنباطات از آن وجود دارد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹):

- اگرچه امروزه طبقه‌بندیهای مشخصی برای مواد در سطح بین‌المللی وجود دارد، در قانون مذکور و آیین‌نامه‌های مربوط به آن طبقه‌بندی مشخصی برای مواد تعیین نگردیده است و از بسیاری از مواد دیگر نیز که مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند

* آنچه عملاً اتفاق می‌افتد این است که معتادان دستگیرشده، چنانچه امکان پرداخت جزای نقدی را نداشته باشند، به زندان محکوم می‌شوند و در ازای هر روز زندان، ۱۰ هزار ریال از جزای نقدی آنان مستهلک می‌شود. به گفتهٔ مسئولان سازمان زندانها، در سال ۱۳۸۱ حدود ۶۲۲/۰۰۰ نفر با جرایم گوناگون وارد زندان شده‌اند که در حدود ۲۳۴/۰۰۰ نفر آنان جرایم مربوط به مواد مخدر داشته‌اند. از میان دستهٔ اخیر نیز حدود ۱۰۰/۰۰۰ نفر جرمشان صرفاً اعتیاد بوده است.

(همچون ال اس دی و اکستازی و مواد محرک) نامی به میان نیامده است. از همین رو، با استفاده از قانون فعلی نمی‌توان مواد را از لحاظ شدت تأثیرات نامطلوب اجتماعی، روانی و جسمانی یا از لحاظ تأثیر مستقیم در ایجاد اعتیاد طبقه‌بندی کرد.

- اگرچه در متن قانون از لغات «اعتیاد» و «مصرف» استفاده شده است، لیکن در قانون و آیین‌نامه‌های مرتبط با آن تعریف مشخصی از «اعتیاد یا وابستگی»، «سوءمصرف» و «مصرف (تفریحی یا تفننی)» مواد، به‌طوری که از یکدیگر قابل تفکیک باشند، ارائه نشده است.
- به‌نظر می‌رسد مادهٔ ۱۵ این قانون در زمینهٔ نگرش به مفهوم درمان اعتیاد دچار نقیصهٔ جدی است. زیرا به ویژگیهای «زمان» و «عودکنندگی» اعتیاد توجهی نداشته و از درمان، مفهومی مطلق را مدنظر دارد که با تعاریف و مفاهیم جامعه‌شناختی، روان‌شناختی و زیست‌شناختی اعتیاد انطباق ندارد.
- به‌نظر می‌رسد این قانون در زمینهٔ نگرش و اقدام در بعد «کاهش تقاضای مواد» دچار کاستی نسبی است و با وجود مواد زیادی در آن که همگی مربوط به اقدامات کاهش عرضهٔ مواد هستند، فقط در یکی دو ماده از مفاهیم کاهش تقاضا نظیر «پیشگیری» نام برده شده است. این نشان‌دهندهٔ گرایش یک‌جانبه به کاهش عرضهٔ مواد است (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

۴ـ۲) ساختار اجرایی کشور در امر کاهش تقاضا

براساس قوانین مصوب سالهای ۱۳۶۷ و ۱۳۷۶، ساختار اداری کنترل سوءمصرف مواد به‌صورت ستادی مرکب از رؤسای دستگاههای مرتبط و به ریاست رئیس‌جمهور است. همچنین به‌منظور ایجاد هماهنگی بین دستگاههای مختلف، دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر در نهاد ریاست جمهوری تشکیل شد که دبیر کل آن با حکم رئیس‌جمهور انتخاب می‌شود و ساختار اداری مستقلی نیز دارد. تا سال ۱۳۸۱، برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در امور مختلف مرتبط با اعتیاد در کمیته‌های تخصصی‌تر که جزئی از ساختار ستاد محسوب

می‌شدند صورت می‌پذیرفت. کمیتهٔ کاهش تقاضا و کمیتهٔ درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی دو کمیتهٔ تخصصی مرتبط با امر کاهش تقاضا بودند؛ اولی به ریاست صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران وبا حضور دیگر دستگاههای فرهنگی و بهداشتی کشور (همچون وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، نیروی مقاومت بسیج) و دومی به ریاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حضور دیگر دستگاههای مرتبط با امر درمان و بازتوانی (همچون سازمان بهزیستی کشور، سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، وزارت کار و امور اجتماعی، کمیتهٔ امداد امام خمینی (ره)). هزمان با تغییر دبیر کل ستاد در سال ۱۳۸۱، تغییراتی در ساختارهای درونی دبیرخانه ایجاد شد که برخی از ساختارهای کلی ستاد را نیز تحت‌الشعاع قرار داد. کمیته‌های تخصصی عملاً غیرفعال شدند و معاونتهایی در سطح دبیرخانه ستاد ایجاد شد. یکی از آنها معاونت کاهش تقاضا بود که عملاً سعی کرد جای دو کمیتهٔ تخصصی کاهش تقاضا و درمان، بازپروری و حرفه‌آموزی را بگیرد. با این تفاوت که معاونت کاهش تقاضا صرفاً جزئی از دبیرخانه بود نه ستاد و از سوی دیگر، به دلیل برخوردار نبودن از حضور کارشناسان تخصصی دستگاهها، از توانایی علمی ـ اجرایی لازم بی‌بهره بود. آخرین خبرها نیز حاکی از فعالیت نداشتن این معاونت است. لذا به‌نظر می‌رسد در بخش کاهش تقاضا در کشور پیشقدم بوده است، فعالیتهای مراکز بهزیستی را در سراسر کشور چه در امر پیشگیری اولیه و چه درمان هماهنگ می‌کند.

در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، امور مرتبط با درمان اعتیاد تا سال ۱۳۸۰ در معاونت امور درمان و در ادارهٔ کوچکی زیر نظر معاون امور درمان انجام می‌شد و امور مربوط به پیشگیری نیز در ادارهٔ بهداشت روان در حوزهٔ معاونت بهداشتی. در سال ۱۳۸۰، با ادغام این دو معاونت، معاونت سلامت، ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد تشکیل شد که در حوزهٔ دفتر سلامت جوانان و مدارس قرار دارد. این اداره به سازماندهی و گسترش فعالیتهای مربوط به کاهش تقاضا در سطح وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی می‌پردازد. البته با توجه به ارتباط مصرف تزریقی مواد و سرایت بیماریهای

منتقل‌شونده از راه خون همچون ایدز و هپاتیت، مرکز مدیریت بیماریها نیز در امر کاهش آسیب فعالیت می‌کند، و مراکزی موسوم به درمانگاههای مثلثی زیر نظر این مرکز فعالیت می‌کنند. معاونت سلامت همچنین با ایجاد کمیتهٔ کشوری کاهش آسیب در تابستان ۱۳۸۱ که زیرمجموعهٔ کمیتهٔ کشوری ایدز است و از ادارات مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال احمر، ادارهٔ کل بهداشت و درمان سازمان زندانها، دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیز با حضور استادان برجستهٔ دانشگاه تشکیل می‌شود، سعی در ساماندهی کاهش آسیبهای ناشی از اعتیاد به‌ویژه مهار ایدز داشته است.

ادارهٔ کل بهداشت و درمان سازمان زندانها نیز امور کاهش تقاضا را در سطح زندانهای کشور ساماندهی می‌کند. در معاونت تربیت بدنی و تندرستی وزارت آموزش و پرورش نیز دفتر پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر به فعالیتهای کاهش تقاضا می‌پردازد. البته ادارهٔ کل بهداشت و تغذیهٔ این معاونت نیز به فعالیتهایی در این خصوص، به‌ویژه در امر پیشگیری انتقال ویروس ایدز، مبادرت می‌ورزد.

۴ـ۳) برنامه‌های راهبردی (strategic plans)

نخستین گام در برنامه‌ریزی جامع کاهش تقاضا به تدوین «برنامهٔ پیشگیری، درمان و بازتوانی سوءمصرف مواد» در سال ۱۳۷۳ در سازمان بهزیستی کشور بازمی‌گردد. با ارائهٔ این برنامهٔ جامع و همه‌سونگر و اقدامات عملی سازمان بهزیستی کشور، مراکز درمان سرپایی معتادان از سال ۱۳۷۵ به‌سرعت گسترش یافت. بر همین اساس، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در چند استان کشور، توسعهٔ خدمات گروههای خودیاری معتادان و انتشار نشریات و فیلمهای آموزشی و دیگر خدمات پیشگیرانه نیز به اجرا درآمد. این موضوع باعث گردید که اهداف کاهش تقاضا مورد توجه برنامه‌ریزان کشور و بخصوص ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گیرد. از این رو، همزمان با ایجاد نگرش مثبت نسبت به لزوم تحقق اهداف برنامهٔ کاهش تقاضا و به دستور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد» با عضویت نمایندگان حوزه‌های

مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در سازمان بهزیستی کشور تشکیل شد و در نهایت، اولین برنامهٔ پنج‌ساله کاهش تقاضای مصرف مواد (۱۳۸۳ـ۱۳۷۹) در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

اهداف این برنامهٔ پنج‌ساله، عبارت است از:

- کاهش مقبولیت اجتماعی مصرف مواد از طریق آموزش جامعه؛
- اعتلای سطح فرهنگ و ایجاد امکان دستیابی آحاد جامعه به مهارتهای محافظت‌کننده؛
- اقدامات مداخله‌ای مشاوره‌ای و حمایتی زودرس برای افراد در معرض خطر؛
- جلوگیری از مصرف غیرقانونی مواد و داروها؛
- تأمین امکانات درمان معتادان برای همهٔ افراد داوطلب و معتادان شناسایی‌شده؛
- تمهید پیگیری مستمر پس از ترک و شرایط بازگشت معتادان به جامعه؛
- کاهش عواقب منفی بهداشتی و ثانویهٔ اعتیاد مانند ابتلا به ایدز؛
- کاهش موارد ارتکاب جرایم سوءمصرف‌کنندگان و معتادان.

برخی راهبردهای پیش‌بینی شده برای دستیابی به اهداف مذکور چنین است:

- پیش‌بینی ساختار مناسب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امر اعتیاد و پیش‌بینی ایجاد مؤسسهٔ آموزشی و پژوهشی اعتیاد؛
- جلب مشارکت و به‌کارگیری ظرفیتهای دانشگاههای علوم پزشکی و سایر بخشهای مرتبط، به‌کارگیری شبکهٔ خدمات بهداشتی اولیه (primary health care)؛
- به‌کارگیری وسیع رسانه‌های گروهی؛
- طراحی و اجرای برنامه‌های با محور دانش‌آموزان، دانشجویان، سربازان، کارگران و سایر گروههای آسیب‌پذیر؛ به‌کارگیری برنامه‌های جامعه‌محور در استانها، شهرستانها، منطقه‌ها و محلات؛

- به‌کارگیری و ارتقای ظرفیتهای بخش خصوصی؛
- به‌کارگیری و ایجاد سازمانها و تشکلهای غیردولتی نظیر انجمنهای ملی و علمی؛
- اجرای برنامه‌های پیشگیری از مصرف سیگار؛
- ارتقای کمی و کیفی مراقبتهای بهداشتی
- درمانی و روشهای تشخیصی.

برخی از اهداف کمّی پیش‌بینی شده در این برنامه عبارت است از:
- کاهش مصرف مواد در میان کارکنان دولت و کارگران به میزان ۲۰ درصد؛
- کاهش مصرف طبی داروهای طبقه‌بندی شده به میزان ۲۰ درصد،
- ادغام برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در شبکهٔ خدمات بهداشتی اولیه به میزان ۱۰۰ درصد؛
- آموزش ۱۰۰ درصد مربیان بهداشت شاغل در شبکهٔ خدمات بهداشتی اولیه؛
- ارتقای آگاهی و مهارت ۵۰ درصد از مربیان پرورشی وزارت آموزش و پرورش؛
- ارتقای آگاهی و مهارت ۳۰ درصد از والدین دانش‌آموزان کشور؛
- ارتقای آگاهی ۱۰۰ درصد زندانیان نسبت به عواقب مصرف تزریقی مواد و افزایش مهارتهای محافظتی و رعایت اصول بهداشت؛
- افزایش پوشش خدمات مداخله در بحران، درمان و بازتوانی معتادان تا میزان ۱۰۰ درصد؛
- بازآموزی ۱۰۰ درصد روان‌پزشکان و ۵۰ درصد از پزشکان عمومی؛
- تجهیز ۱۰۰ درصد مراکز اورژانس کشور به امکانات درمان مسمومیت ناشی از مواد افیونی (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۷).

شایان ذکر است که اگرچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور به فعالیتهای کاهش تقاضای خود که تا حدود زیادی با اهداف برنامه همخوانی دارد ادامه می‌داند، به‌نظر می‌رسد زمان‌بندیهای در نظر گرفته شده در این برنامهٔ

پنج‌ساله را رعایت نمی‌کنند. این امر ممکن است ریشه در واقع‌بینانه نبودن زمان‌بندیها، تغییر کادر مدیریتی دستگاههای بهداشتی ـ درمانی و کمبود بودجه داشته باشد.

همان‌طور که پیشتر گفته شد، کمیتهٔ کشوری کاهش آسیب در سال ۱۳۸۱ در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأسیس شد. یکی از فعالیتهای این کمیته تدوین پیش‌نویس برنامهٔ پنج‌سالهٔ کاهش آسیبهای ناشی از اعتیاد (۱۳۸۶ـ۱۳۸۱) بوده است. اهداف کلی این برنامه شامل برقراری، حمایت، تقویت و ایجاد هماهنگی میان برنامه‌های چندبخشی و چندوجهی مداخلات کاهش آسیب؛ و کاهش آسیبهای ناشی از مصرف مواد تزریقی، مانند گسترش عفونتها، جرایم، فحشا، مرگ و میر ناشی از تزریق و غیره، کنترل انتقال ویروس ایدز و هپاتیت و سایر پاتوژونها از راه خون است (کمیتهٔ کشوری کاهش آسیب، ۱۳۸۱).

البته هدف اختصاصی مرتبط با راهبردهای آموزشی، آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی و افزایش مهارتها در نظر گرفته شده است که با توجه به اینکه فعلاً در مرحلهٔ پیش‌نویس است و رسماً منتشر نشده است از ذکر آن خودداری می‌شود. به‌نظر می‌رسد وجود این برنامه بتواند موجب پیشبرد اهداف کاهش تقاضا در بعد کاهش آسیب شود.

۴ـ۴) همکاریهای بین‌المللی

در زمینهٔ همکاریهای بین‌المللی، ایران در سال ۱۹۶۱ به کنوانسیون مواد مخدر و در سال ۸۸ به کنوانسیون مبارزه با قاچاق مواد مخدر پیوسته است. همچنین کنوانسیون ۱۹۷۱ مواد روان‌گردان را نیز امضا کرده است. همچنین توافق‌نامه‌های متعددی در این زمینه با کشورهای همسایه و منطقهٔ آسیای میانه و خاورمیانه به امضا رسیده یا در دست اقدام است (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

برنامهٔ کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNDCP)*، که در سال ۱۳۸۱ به UNODC**

* United Nations Drug Control Program

** United Nations Office on Drug and Crime

تغییر نام یافت، در سال ۱۳۷۸ و با افتتاح دفتر آن در تهران، برنامهٔ چهارسالهٔ مشترکی را با دولت جمهوری اسلامی ایران تدوین کرده و به امضا رسانده است. نام این سند همکاری نوروز* است و مشتمل بر چهار زمینهٔ همکاری است که یکی از آنها موسوم به سند داریوش** درخصوص تقویت برنامه‌های کاهش تقاضا در کشور است. بودجهٔ این برنامه از سوی هشت دولت اروپایی تأمین شده است و هدف آن ایجاد شبکه‌ای از مؤسسات مربوط به کاهش تقاضا و سازماندهی غیردولتی است که با هدف مبارزه با مصرف مواد مخدر در سطح ملی و محلی با یکدیگر به همکاری خواهند پرداخت.

هفت برونداد (output) مورد انتظار این برنامه عبارت است از:

- ایجاد مجموعه‌ای از متخصصان آموزش‌دیده و مجرب در امر کاهش تقاضای مواد مخدر (در زمینه‌های پیشگیری، درمان، بازپروری، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات)؛
- راه‌اندازی موسسهٔ ملی تحقیقات و آموزش درخصوص سوءمصرف مواد مخدر؛
- فعالسازی دانشگاهها، مراکز تحقیقاتی و سازمانهای غیردولتی در امر کاهش تقاضای مواد مخدر؛
- توسعه و تقویت تواناییها برای هدایت و تجزیه و تحلیل روندها و الگوها در سطح ملی و منطقه‌ای؛
- طرحهای آزمایشی و ابتکاری درمانی و بازتوانی در کشور؛
- طرحها و ابتکارات ملی که در سطوح محلی و در سطح جامعه اجرا می‌شوند؛
- هدایت و کاهش پدیدهٔ سوءمصرف مواد مخدر در زندانها.

از جملهٔ فعالیتهایی که تاکنون در قالب این برنامه صورت گرفته است، انعقاد

---

* Narcotics Reduction Unitized Program=NOROUZ

** Drug Abuse Reduction Unified Strategy for Iran=DARIUS

قراردادهای بیش از ۱۵ طرح اجرایی یا پژوهشی در سطح ملی بوده است که در دستگاههای مختلف کشور با اعتبار مالی بین‌المللی به اجرا درآمده یا در حال اجراست. از میان آنها می‌توان به راه‌اندازی مؤسسهٔ ملی مطالعات و آموزش (مؤسسهٔ داریوش) و تجهیز آن در مهر ماه ۱۳۸۱؛ اجرای طرح بررسی اثربخشی درمان نگاهدارنده با نالترکسون در ایران در سازمان بهزیستی کشور؛ اجرای طرح بررسی همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران؛ اجرای طرح راه‌اندازی درمان نگاهدارنده با متادون؛ اجرای طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر وابسته در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ اجرای طرح شبکهٔ ملی جمع‌آوری اطلاعات مربوط به اعتیاد در دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ اجرای طرح مدارس مروج سلامت در وزارت آموزش و پرورش؛ اجرای طرح بررسی وضعیت سوءمصرف مواد اعتیادآور در زندانها از جانب سازمان زندانها؛ و اجرای طرح بررسی علل مرگ و میر معتادان از جانب سازمان پزشکی قانونی اشاره کرد.

اجرای چند کارگاه آموزش درخصوص پیشگیری و درمان اعتیاد و کاهش آسیبهای ناشی از آن نیز از فعالیتهای این برنامه بوده است. از آن جمله می‌توان به کارگاه آموزشی «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» نام برد که نظر کارشناسان امر اعتیاد را بسیار به خود جلب کرد و فعالیتهای ایجاد درمانگاههای درمان نگاهدارنده به متادون به فاصلهٔ چند ماه در کشور شروع شد.

همچنین چندین سفر مطالعاتی و آموزشی به کشورهای پیشرو در امر کنترل اعتیاد با حمایت و اجرای این برنامه صورت گرفته است.

فراخوان کمیتهٔ داریوش به محققان و مؤسسات تحقیقاتی کشور برای ارائهٔ طرحهای پژوهشی، آموزشی و اجرایی نیز باعث شد که صدها طرح درخصوص کاهش تقاضا از جانب افراد حقیقی و حقوقی به دبیرخانهٔ این کمیته ارسال شود. تمام این طرحها در یک کمیتهٔ علمی متشکل از چندین متخصص امر اعتیاد بررسی شد و از میان آنها بهترینها انتخاب و وارد فرایند عقد قرارداد و شروع عملیات اجرایی شدند (کمیتهٔ داریوش، ۱۳۸۲).

۴ـ۵) بررسیهای همه‌گیری‌شناسی مصرف مواد

بررسیهای همه‌گیری‌شناسی (epidemiologic) در برنامه‌ریزی اقدامات کاهش تقاضا، از پیشگیری اولیه گرفته تا درمان و کاهش آسیب، نقشی مهم و حیاتی ایفا می‌کند. در سالهای اخیر این مسئله همیشه در کانون توجه سازمانهای مختلف قرار داشته است و تحقیقات بسیار جالبی نیز در این زمینه انجام شده است که در اینجا تنها به ذکر چکیدهٔ چند مطالعهٔ مهم اکتفا می‌شود.

۴ـ۵ـ۱) ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران

این مطالعهٔ مقطعی کشوری در سال ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ با همکاری معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNODC) انجام گرفت. این مطالعه در ۱۰ شهر از مراکز استانها انجام شد و معتادان قابل دسترس در آن به سه گروه تقسیم شدند: معتادان مراجعه‌کننده به مراکز سرپایی معتادان، معتادان زندانی و معتادان خیابانی. همچنین در هر منطقه از تعدادی از افرادم مسئول (key person) شامل مسئولان مبارزه با مواد مخدر و پزشکان شاغل در امر اعتیاد در خصوص وضعیت اعتیاد در استان پرسشهایی شد.

به‌علاوه، در این مطالعه سعی شد با استفاده از روش معمول ثبت داده‌ها، تخمینی از تعداد مصرف‌کنندگان مواد در کشور به‌دست آید. با استفاده از نتایج آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی برای گواهی ازدواج، استخدام، اشتغال و اخذ گواهینامهٔ رانندگی، در خوشبینانه‌ترین حالت، تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی در حدود یک میلیون نفر تخمین زده شد.

همچنین براساس آمار مرگ و میر ناشی از سوءمصرف مواد ارائه‌شده از جانب سازمان پزشکی قانونی کشور، که در سال ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ به ترتیب ۷۸۸ مورد و ۱۱۸۸ مورد گزارش شده بود، رقم معتادان تزریقی کشور حدود ۳۰ هزار نفر تخمین زده شد.*

از سوی دیگر، براساس اطلاعات خود مطالعه و آمار مراکز بازپروری کشور، تعداد معتادان کشور کمی بیش از ۷۰۰ هزار نفر تخمین زده شد.

---

* میزان مرگ و میر ناشی از سوءمصرف مواد در سال ۱۳۸۱ به ۳۱۵۸ نفر افزایش یافته است.

همچنین براساس این پژوهش، ۱۶/۲ درصد از جمعیت نمونه سابقهٔ تزریق در یک ماه پیش از مطالعه را داشتند. لذا تعداد معتادان با سابقهٔ تزریق از رقم خوشبینانهٔ ۱۶۶ هزار نفر تا ارقام بسیار بالاتری (چه‌بسا ۱۰ برابر) تخمین زده شد. همچنین از آنجا که ۹/۸ درصد از جمعیت نمونه عمدتاً از روش تزریق استفاده می‌کردند، تعداد معتادان تزریقی از حداقل ۱۰۰ هزار نفر تا ارقام بسیار بالاتر تخمین زده شد.

در این مطالعه، میانگین جمعیت نمونه ۳۳/۶ سال بود. ۹۳/۴ درصد از جمعیت نمونه را مردان و ۶/۶ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. بیش از نیمی از آنان مخارج خود را از طریق خانواده تأمین می‌کردند و نزدیک به یک چهارم نیز، برای تأمین مخارج خود، به فعالیتهای غیرقانونی مانند قاچاق کالا، خرید و فروش مواد مخدر و جعل اسناد مبادرت می‌ورزیدند.

شایعترین مادهٔ مصرفی آنان در یک ماه پیش از بررسی، به ترتیب، تریاک، هروئین، شیره و حشیش بود. شایعترین روش مصرف مواد در همین دورهٔ زمانی، به ترتیب، تدخین، خوردن، تزریق و استنشاق بود.

همچنین ۸/۵ درصد جمعیت نمونه به مصرف سایر مواد مثل دیازپام، دیفنوکسیلات، کوکائین و مرفین اشاره کردند. اکثریت قریب به اتفاق افراد جمعیت نمونه سابقهٔ مصرف سیگار داشتند (۹۴/۴ درصد). میانگین سن شروع مصرف مواد نیز ۲۲/۲ سالگی بود.

بیش از سه چهارم کل جمعیت نمونه از فواید کاندوم (candom) آگاه بود. اگر استفاده از کاندوم در آخرین رابطهٔ جنسی نشانهٔ استفادهٔ مستمر از کاندوم تلقی شود، به‌نظر می‌رسد که معتادان مجرد بیش از غیرمجردها در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده می‌کنند. در این مطالعه مشخص شد که بی‌توجهی به مسائل بهداشتی، مراجعهٔ کمتر به پزشک و ارتکاب رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان، زمینهٔ ابتلای آنان را به انواع بیماریها، به‌ویژه بیماریهای مقاربتی، فراهم کرده است.

از سوی دیگر، با توجه به اطلاعات کشوری در مورد موارد آلوده به ویروس ایدز تا آن زمان، مشخص شد که چون ۶۷ درصد کل افراد آلوده را معتادان تزریقی تشکیل می‌دادند،

نسبت نتایج مثبت آلودگی به ویروس ایدز در گروههای کم‌خطر یک به ۱۶۰ هزار و در گروههای پرخطر یک به ۲۰۰ نفر بود. این نسبت در معتادان تزریقی ۱ به ۷۲ بود.

از میان جمعیت مورد مطالعه، نزدیک به ۶۰ درصد سابقهٔ ارتکاب به جرم را گزارش کردند. شایعترین جرم ارتکابی در افراد باسابقهٔ جرم، مصرف مواد (بیش از نیمی از موارد) و پس از آن خرید و فروش مواد (بیش از یک‌ششم موارد) بود. نزدیک به ۱۰ درصد از معتادان زندانی اظهار داشتند که در زمان زندانی بودن نیز مواد مصرف می‌کردند. شایعترین مادهٔ مصرفی در زندان هروئین (۹۵ درصد) ذکر شد. شایعترین روش مصرف هروئین در زندان تزریق (۸۳ درصد) گزارش شد.

در سال ۱۳۷۹ در طی پژوهشی با استفاده از داده‌های خام این مطالعه، تغییرات و روند بروز سوءمصرف مواد و الگوهای آن بررسی شد. تجزیه و تحلیل فراوانی بروز سالانهٔ سوءمصرف مواد نشان داد که در طی ۳۰ سال گذشته (تا سال ۱۳۷۷) روند کلی سوءمصرف رو به افزایش بوده است. در طی دورهٔ زمانی ۱۳۵۷ تا ۱۳۷۷، میزان رشد متوسط بروز سوءمصرف مواد، سالانه ۸ درصد یعنی بیش از سه برابر میزان رشد جمعیت بود. همچنین میزان رشد متوسط مصرف تزریقی در طی ۱۰ سال تا سال ۱۳۷۷، سالانه ۳۳ درصد بود. این مطالعه میزان رشد بروز مصرف مواد در سالهای اخیر در زنان را بیش از مردان نشان داد (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

۴ـ۵ـ۲) بررسی همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران

این بررسی در سال ۱۳۸۰ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری UNODC صورت پذیرفت. در این بررسی، برای نخستین بار، نمونه‌گیری بسیار وسیعی در سطح کشور از مراجعان به اورژانس‌ها در ۸۵ شهرستان شامل کلیهٔ استانها انجام گرفت.

نتایج بررسی دلالت بر وجود حداقل ۳/۷۶۱/۰۰۰ نفر مصرف‌کنندهٔ مواد افیونی، از جمله تریاک، شیره، هروئین و بوپرنورفین (buprenorphine) داشت که از این تعداد ۳/۳۱۳/۰۰۰ نفر بیش از یک سال بود که مواد مصرف می‌کردند. از این تعداد ۲/۵۴۷/۰۰۰ نفر مصرف مشکل‌آفرین (سوءمصرف یا وابستگی) داشتند که در ۱/۳۹۰/۰۰۰ نفر آنها در حد

سوءمصرف (abuse)، به‌معنای اخص کلمه، و در ۱/۱۵۸/۰۰۰ نفر آنها در حد اعتیاد یا وابستگی (dependence) بود. همچنین ۱/۲۱۴/۰۰۰ نفر مصرف‌کنندهٔ تفننی تلقی شدند.

تعداد موارد مصرف و اعتیاد، به ترتیب، برای مواد مختلف به این شرح بود: تریاک (۳/۱۰۵/۰۰۰ و ۱/۰۷۹/۰۰۰)، شیره (۵۲۲/۰۰۰ و ۲۵۵/۰۰۰)، هروئین (۲۷۷۷/۰۰۰ و ۱۳۷/۰۰۰)، بوپرنورفین (۱۱۹/۰۰۰ و ۶۰۰۰)، الکل (۱/۸۶۳/۰۰۰ و ۲۵۳/۰۰۰)؛ علاوه بر این ۳۹۱/۰۰۰ نفر حشیش و ۹۳/۰۰۰ نفر مواد محرک استفاده می‌کردند (البته باید به مصرف همزمان مواد توجه و از جمع زدن اعداد با هم اجتناب کرد). حدود ۱۳۷/۰۰۰ نفر در طی سال پیش از بررسی مصرف تزریقی مواد افیونی داشتند که تنها ۴۸/۰۰۰ نفر از آنها معتاد بودند.

برای نخستین بار در یک پژوهش داخلی، وسعت مصرف سرخود داروهای وابستگی‌آور تخمین زده شد. مصرف سرخود و بدون نسخهٔ این داروها شامل بنزودیازپینها، باربیتوراتها، دیفنوکسیلات (diphenoxilate)، دکسترومتورفان (dextromethorphan)، کدئین (codeine)، مرفین (morphine)، پتیدین (pethidine)، عمدتاً با هدف خوددرمانی، لذت، رفع علایم محرومیت بسیار بالا بود (حدود ۴/۸۰۶/۰۰۰ نفر در یک ماه پیش از بررسی). از میان آنها ۱/۱۲۱/۰۰۰ همزمان مواد افیونی نیز مصرف می‌کردند و ۳/۷۳۴/۰۰۰ نفر نیز صرفا از این داروها مصرف می‌کردند.

مصرف و اعتیاد به مواد در مردان ۴ تا ۸ برابر زنان و میانگین سن مصرف‌کنندگان حدود ۴۲ سال بود. برخلاف تصور عمومی، سن شروع مصرف هروئین در سالهای اخیر بالا رفته بود.

نتایج این بررسی نشان داد که افراد با وضع اقتصادی خوب بیشتر گرایش به مصرف دارو و افراد با وضع اقتصادی بد بیشتر گرایش به مصرف مواد یا مصرف همزمان هر دو دارند. در مجموع، مواد افیونی را افراد با وضع اقتصادی بد و الکل را افراد با وضع اقتصادی خوب بیشتر مصرف می‌کردند و گرایش به حشیش در هر دو گروه مشاهده شد.

این پژوهش در مورد مصرف مواد، وجود الگوی کوه‌یخ (iceberg) را که در مورد کلیهٔ

مشکلات بهداشتی مطرح است مورد تأیید قرار داد. بدین ترتیب که در مورد کلیهٔ مواد، فقط اقلیتی از افراد معتاد یا وابسته‌اند و اکثر افراد سوءمصرف‌کننده یا مصرف‌کنندهٔ تفننی هستند.

با توجه به انجام تحقیق در سال ۱۳۸۰ و سپری شدن دو سال از آن، ارقام ذکر شده به احتمال زیاد تغییر کرده است. از آنجا که براساس ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران (RSA) مشخص شد که در سالهای اخیر، میزان رشد متوسط سالانهٔ بروز سوءمصرف مواد ۸ درصد و مصرف تزریقی ۳۳ درصد بوده است، با تعمیم این یافته‌ها به دو سال اخیر، به ارقام بالاتری می‌رسیم برای مثال، میزان کل مصرف مواد افیونی در سال ۱۳۸۲ به ۴/۳۸۷/۰۰۰ نفر، مصرف مشکل‌آفرین (سوءمصرف یا اعتیاد) مواد افیونی به ۲/۹۷۱/۰۰۰ نفر، سوءمصرف مواد افیونی (به‌معنای اخص کلمه) به ۱/۶۲۱/۰۰۰ نفر و اعتیاد (وابستگی) به مواد افیونی به ۱/۳۵۰/۰۰۰ نفر بالغ خواهد گردید. همچنین در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به رقم ۲۴۲/۰۰۰ نفر و معتادان تزریقی به ۸۵/۰۰۰ نفر می‌رسیم (معاونت سلامت، ۱۳۸۲).

۴ـ۵ـ۳) مطالعهٔ وضعیت مصرف تزریقی مواد در تهران

این مطالعه را، که جزئی از طرح بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت (WHO)* با نام IDU-RAR** است، چند محقق داخلی با همکاری این سازمان و کارشناسان سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۰ صورت داده‌اند که اطلاعات آن به‌تازگی انتشار یافته است.

محل مطالعه، شش محلهٔ شهر تهران بود. جمعیت هدف این مطالعه افراد مسئول و مصرف‌کنندگان مواد بودند.

بر طبق نتایج این بررسی، شایعترین مواد مورد مصرف شامل تریاک، هروئین و حشیش بود. به‌علاوه، مواد روان‌گردان نیز به وفور مصرف می‌شد. میزان مصرف تریاک و هروئین به یک اندازه برآورد شد. هم افراد مسئول و هم مصرف‌کنندگان تزریقی متفق‌القول بودند

* World Health Organization

** Intravenous Drug Use-Rapid Assessment and Response

که به‌دلیل افزایش قیمت تریاک در طول یک سال پیش از تحقیق، مصرف هروئین رو به افزایش است. افزایش شیوع مصرف مواد در زنان و کاهش میانگین سن شروع مصرف از دیگر یافته‌های این تحقیق بود.

مصرف‌کنندگان تزریقی زن ۲ تا ۴ درصد موارد را تشکیل می‌دادند و در وضعیت وخیم بهداشتی قرار داشتند و اغلب برای تأمین معاش خود به روسپیگری می‌پرداختند.

سیر مصرف از اولین تجربه تا مصرف تزریقی شامل مراحل زیر بود: کشیدن یا خوردن تریاک، کشیدن هروئین و دست آخر تزریق هروئین. فاصلهٔ زمانی بین اولین تجربهٔ مصرف مواد در زندگی فرد و مصرف تزریقی مواد ۲ تا ۱۲ سال بود.

اشتراک سرنگ و وسایل تزریقی در محله‌های مختلف بین ۳۰ تا ۱۰۰ درصد بود. اشتراک سرنگ در زندان یک اصل بود.

در اغلب مناطق مورد مطالعه، دسترسی به روسپیان (commercial sex workers) بسیار آسان بود. روسپیان، خود اکثرا مصرف‌کنندهٔ مواد بودند و نیمی از آنان مصرف‌کنندهٔ تزریقی بودند. رفتار جنسی محافظت‌شده (استفاده از کاندوم) شایع نبود.

بیش‌مصرفی (overdose) یکی از عوارض شایع مصرف تزریقی در محلات مورد مطالعه بود.

دو سوم مصرف‌کنندگان تزریقی سابقهٔ زندانی شدن داشتند و اکثراً چند بار به زندان افتاده بودند. مصرف مواد در زندانها امری شایع بود و نیمی از افرادِ باسابقهٔ مصرف مواد در زندان، تزریق با وسایل مشترک را در زندان گزارش کردند. هیچ برنامهٔ کاهش آسیبی در مناطق مورد مطالعه دیده نشد.

به‌نظر پژوهشگران، این مطالعه نشان‌دهندهٔ میزان و شدت مصرف مواد در سالهای اخیر است. حرکت از مصرف تریاک به هروئین و بخصوص تزریق هروئین ناشی از محدودیت دسترسی به تریاک و افزایش قیمت آن و خلوص پایین هروئین بوده است (WHO, 2003).

۴ـ۵ـ۴ وضعیت شیوع ویروس ایدز در کشور

مرکز مدیریت بیماریهای معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به‌طور منظم وضعیت شیوع ویروس ایدز را در کشور منتشر می‌کند. طبق آخرین آمارها، از سال ۱۳۶۵ تا به حال (۱۳۸۲/۴/۱)، ۵۰۵۱ فرد آلوده به ویروس ایدز در کشور شناسایی شده‌اند. البته از میان آنان ۴۳۳۱ نفر هنوز بدون علامت هستند و ۷۲۱ نفر دچار علایم بیماری شده‌اند که ۶۷۴ نفر از آنان نیز تاکنون فوت کرده‌اند. ۹۵/۵ درصد افراد آلوده مرد و ۴/۵ درصد زن بوده‌اند؛ و ۶۷/۳ درصد از راه تزریق مواد مخدر با وسایل مشترک دچار آلودگی به ویروس شده‌اند (مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۲). کارشناسان این مرکز معتقدند شمار واقعی افراد آلوده به ویروس ایدز در کشور بین ۲۳ تا ۲۵ هزار نفر است.

۵) اهم برنامه‌ها و فعالیتهای پیشگیرانه

۵ـ۱) برنامهٔ جامع پیشگیری از اعتیاد

اولین برنامه‌های جامع و هماهنگ پیشگیری، عمدتاً براساس برنامهٔ تنظیمی سال ۱۳۷۳ سازمان بهزیستی کشور و در همین سازمان و با مشارکت تمامی دستگاههای مرتبط با کاهش تقاضا، در استانهای متعددی به صورت منطقه‌ای طراحی و برنامه‌ریزی شد و به مرحلهٔ اجرا درآمد. هدف از اجرای این برنامه‌ها کاهش میزان سوءمصرف و اعتیاد به مواد مخدر در جامعه به کمک موارد زیر بود:

افزایش آگاهی و اطلاعات اقشار مختلف جامعه در مورد خطرهای ناشی از مواد مخدر و ایجاد نگرش منفی در آنان نسبت به مصرف مواد، آموزش مهارتهای سازگاری و امتناع در کودکان و نوجوانان، افزایش مهارتهای تربیتی والدین، ارائه و ایجاد برنامه‌ها و فعالیتهای سالم برای ارضای نیازهای اجتماعی و روانی نوجوانان و جوانان، شناسایی افراد در معرض خطر و اقدامات مداخله‌ای و مشاوره‌ای لازم، کاهش عوامل استرس‌زای خانوادگی و محیطی در کودکان و نوجوانان و، در نهایت، شناسایی و درمان و بازپروری معتادان به مواد مخدر (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

در برنامه‌ریزی فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد، از موفقترین شیوه‌ها که الگوی برنامه‌ریزی منطقه‌ای از جانب بخشهای مختلف جامعه است استفاده شد. در این الگو، دست‌اندرکاران

و کارشناسان نهادهای درگیر با مشکل اعتیاد در منطقهٔ مورد نظر، با به‌کارگیری اصول علمی و فنی پیشگیری و به‌منظور ارائهٔ راه‌حل و نحوهٔ مداخله برای کاهش اعتیاد، اقدام به برنامه‌ریزی می‌کردند (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). اجرای آزمایش برنامهٔ جامع پیشگیری از اعتیاد در استان کرمانشاه صورت گرفت و سپس در ۱۱ استان دیگر کشور دنبال شد (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹). اگرچه ارزیابیهای اولیه حاکی از کاهش میزان مصرف در برخی از مناطق تحت پوشش بود، اما به گفته مسئولان طرح، در مجموع تغییر محسوسی در روند افزایش مصرف مواد در جمعیت تحت پوشش رخ نداده است.

۵ـ۲) برنامهٔ آگاه‌سازی از اعتیاد

یکی دیگر از اولین برنامه‌های پیشگیری که در سازمان بهزیستی کشور به اجرا درآمد، برنامهٔ آگاه‌سازی جامعه بود. اهداف این برنامه عبارت بود از: ارتقای آگاهی افراد در مورد شیوع، شدت و مشکلات ناشی از اعتیاد، و ضرورت و اهمیت به‌کارگیری برنامه‌های پیشگیرانه و جلب مشارکت و مداخلهٔ افراد و گروههای مؤثر. برنامهٔ آگاه‌سازی، به‌عنوان مقدمهٔ برنامهٔ جامع پیشگیری از اعتیاد و به‌منظور ایجاد فرهنگ مناسب پیشگیری و ایجاد آمادگی در مردم و نهادها، در بیش از ۱۵ استان کشور به‌اجرا درآمد (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹).

۵ـ۳) طرح مدارس مروج سلامت (health promoting schools)

مدرسهٔ مروج سلامت ابتکاری است که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۵ به‌عنوان الگویی برای مواجهه با مشکلات سلامت و آموزش از طریق نهاد مدرسه به جهانیان معرفی کرد که به‌دلیل کارآمدی و اثربخشی، به‌سرعت جهانگیر شد. هم‌اکنون مدارس مروج سلامت در تمامی قاره‌های جهان در حال فعالیت‌اند و مقالات علمی متعددی به دستاوردهای این مدارس در پیشبرد سلامت و آموزش پرداخته‌اند.

در این طرح سعی می‌شود شیوه‌های زندگی به‌صورت مادام‌العمر بهبود یابد و برخی رفتارهای خطرناک از قبیل سوءمصرف مواد، خشونت و استعمال دخانیات و رفتارهای منجر به ابتلا به بیماریهای مقاربتی (مانند ایدز) در مدارس متوسطه کاهش داده شود.

هدف کلی این طرح ارتقای رفتارهای پیشگیرانه و سالم در دانش‌آموزان نوجوان دورهٔ متوسطه اعلام شده است.

تاکنون ۶۵ هزار نفر از کارکنان مؤثر در قالب طرح مدارس مروج سلامت و مهارتهای زندگی آموزش دیده‌اند (دفتر پیشگیری از سوءمصرف آموزش و پرورش، ۱۳۸۲).

از دیگر فعالیتهای آموزش و پرورش، تهیهٔ کتاب مهارتهای زندگی ویژهٔ دانش‌آموزان مقطع اول راهنمایی است. این طرح در ۱۵۰۰ آموزشگاه در حال اجراست و در سال تحصیلی ۸۲ توسعه خواهد یافت. همچنین اجرای طرح راهنمای تلفنی ویژهٔ سؤالات دانش‌آموزان در مورد اعتیاد و تهیه و تدوین طرح کنترل دخانیات در دانش‌آموزان از اهم فعالیتهای وزارت آموزش و پرورش بوده است (دفتر پیشگیری از سوءمصرف آموزش و پرورش، ۱۳۸۲). از سوی دیگر، این وزارتخانه با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به ایجاد کمیتهٔ عالی مشترکی کرده است که هدف از آن ارتقای سلامت مدارس است و در زمینهٔ تدوین برنامه‌های پیشگیرانه فعالیت می‌کند. از سوی دیگر، این وزارتخانه طرحهای در دست بررسی مشترکی نیز با سازمان بهزیستی به‌منظور پیشگیری از اعتیاد دارد.

در سطح معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی نیز برنامه‌های مختلف پیشگیرانه طراحی و اجرا شده است. یکی از مهمترین آنها که از جانب ادارهٔ سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هدایت می‌شود، طرح آموزش مهارتهای زندگی است. ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد نیز توجه ویژه‌ای به موضوع پیشگیری معطوف کرده است و در حال طراحی برنامه‌های راهبردی پیشگیری با استفاده از آخرین یافته‌های علمی در این حوزه است. همچنین در طرح ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در شبکه نیز به فعالیتهای پیشگیرانه توجه وافری مبذول می‌شود.

۶) اهم برنامه‌ها و فعالیتهای درمانی

۶ـ۱) درمانگاههای اعتیاد

از نیمهٔ دوم سال ۱۳۷۵، به‌تدریج واحدهای درمان سرپایی معتادان، با هدف ارائهٔ خدمات درمان سرپایی به معتادان داوطلب ترک (خودمعرف)، از طریق سازمان بهزیستی در مراکز استانها تأسیس شدند. در حال حاضر، بیش از ۸۸ واحد این سازمان عهده‌دار درمان سرپایی معتادان خودمعرف در سراسر کشور هستند.

واحدهای مذکور از کادر روان‌پزشک، پزشک عمومی، روان‌شناس بالینی و مددکار اجتماعی برخوردار هستند و بر درمانهای غیردارویی، به‌ویژه درمانهای گروهی معتادان و خانواده‌های آنان، و ارائهٔ خدمت مددکاری اجتماعی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، طبی و پیگیریهای پس از ترک تأکید دارند (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). از سال ۱۳۷۹، معاونتهای درمان دانشگاههای علوم پزشکی نیز به‌تدریج شروع به ایجاد درمانگاههای سرپایی درمان اعتیاد کردند که عمدتاً به سم‌زدایی می‌پرداختند. تاکنون بیش از ۵۰ درمانگاه از این دست در دانشگاههای علوم پزشکی کشور ایجاد شده است.

با وجود تمام این موفقیتها، از یک‌سو تعداد مراجعان به درمانگاههای بهزیستی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور محدود است و بین ۵۵ تا ۶۵ هزار نفر در سال تخمین زده می‌شود و لذا به‌هیچ‌وجه جوابگوی خیل عظیم سوءمصرف‌کنندگان مواد نیست، و از سوی دیگر، از آنجا که الگوی اصلی درمان بر پایهٔ سم‌زدایی و دیگر اقدامات دارویی و غیردارویی کوتاه‌مدت است، اثر درازمدتی بر وضعیت مصرف مواد در مراجعان نخواهد داشت. آنچه مؤید این مطلب است تحقیقی است درخصوص درمان با نالترکسون (naltrexone) است که در سازمان بهزیستی کشور انجام شده است و قرار است نتایج آن به‌زودی انتشار یابد. طبق این تحقیق، تنها در حدود ۲۰ درصد از بیمارانی که وارد طرح شدند توانستند ۲۶ هفته در درمان باقی بمانند و بقیه درمان را رها کردند (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۸۲). احتمالاً میزان شکست درمان در سم‌زدایی تنها در کشور بسیار بیش از این است.

۶ـ۲) درمانگاههای درمان نگاهدارنده با متادون (methadone maintenanace treatment clinics)

درمان وابستگی به مواد با میزان بالایی از عود، تا حدود ۹۰ درصد طی یک سال پس از ترک مواد، همراه است. گروه قابل توجهی از معتادان تاب مصرف نکردن کامل مواد را نمی‌آورند. برای این دسته از افراد، سم‌زدایی تنها در مصرف وقفه ایجاد می‌کند و باعث قطع مصرف نمی‌شود (مستشاری، ۱۳۸۲).

متادون دارویی شبه‌افیونی است که به‌طور صنعتی تولید می‌شود. این دارو از اواسط دههٔ ۱۹۶۰ برای درمان نگاهدارندهٔ مصرف‌کنندگان افیونی با موفقیت به‌کار رفته است. این دارو، با ایجاد سطح ثابت خونی، نشئگی ایجاد نمی‌کند و پس از مدتی مصرف، باعث ایجاد تحمل نسبت به سایر مواد افیونی می‌شود. بنابراین، در صورت سوءمصرف جانبی نیز مواد افیونی تأثیر نشئه‌آور در فرد نمی‌کنند.

مصرف متادون در بیماران معتاد مزایای بسیاری دارد همچون کاهش بارز میزان مرگ و میر میان معتادان، باقی ماندن بیماران در درمان، کاهش مصرف مواد غیرقانونی، کاهش ارتکاب جرایم، کاهش ابتلا به ایدز، کاهش چشمگیر رفتار تزریقی، کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، صرفه‌مندی اقتصادی برای بیمار و جامعه، کاهش افسردگی، افزایش حس بهروزی و رضایت جسمانی، کاهش مصرف داروهای متفرقه، افزایش میزان اشتغال و کاهش مصرف الکل.

اصولاً درمان نگاهدارندهٔ متادون در بیماران با وابستگی شدیدتر نتایج درمانی بهتری داشته است. استفاده از سایر روشهای درمان در کنار درمان با متادون و نیز افزایش خدمات سطح بالای اجتماعی و انطباق روشهای عمومی درمان با نیازهای فردی، میزان موفقیت درمان را بالا می‌برد (مستشاری، ۱۳۸۲).

جایگاه درمان نگاهدارنده با متادون، به‌عنوان روشی مؤثر برای درمان اعتیاد، در کنار سایر روشهای درمان اعتیاد در نظام درمانی کشور با توضیحات فوق نمایان می‌شود. ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اواسط

سال ۱۳۸۱ با کمک پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی تهران طرح آزمایشی درمان نگاهدارنده با متادون را آغاز کرد.

اولین مرکز در مهر ۱۳۸۱ در بیمارستان روزبه تهران شروع به کار کرد و دومین مرکز نیز در بهمن ۱۳۸۱ در درمانگاه مشاورهٔ رفتاری مرکز بهداشت غرب تهران. آخرین گزارشها حاکی از آغاز به کار درمانگاههای متادون در شیراز و مشهد است. وزارت بهداشت در نظر دارد که در صورت تخصیص بودجه، حداقل ۱۰ درمانگاه متادون دیگر در کشور تأسیس کند. سازمان بهزیستی کشور و سازمان زندانها نیز طرحهایی برای درمان نگاهدارنده با متادون در دستور کار دارند.

۶ـ۳) ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبتهای اولیهٔ کشور

از نظر سازمان جهانی بهداشت، خدمات بهداشتی اولیه مراقبتهای اساسی است که باید با هزینه‌ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه است و با روشهای عملی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی به مردم ارائه گردد. این خدمات در سطح جامعه و با اولین تماس (خانهٔ بهداشت) آغاز می‌شود و از این طریق به سطح دوم (مراکز بهداشتی ـ درمانی) و سپس به سطح سوم (بیمارستانها) راه می‌یابد. این نظام سالهاست که در کشور فعالیت می‌کند. شبکهٔ روستایی کشور پوشش تقریباً کاملی دارد، اما این خدمات در سطح شهرها گسترش کمتری داشته است. با در نظر گرفتن این نکته که از لحاظ توانمندیهای ساختاری، در حال حاضر هیچ سازمان و تشکیلات دیگری از تواناییهای معادل شبکهٔ درمانی برخوردار نیست، ادغام برنامهٔ پیشگیری و درمان اعتیاد در ساختار شبکه می‌تواند گامی مؤثر در پیشبرد پیشگیری و درمان اعتیاد باشد (ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، ۱۳۸۱).

از سالها پیش، در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، مسئلهٔ ادغام برنامه‌های اعتیاد در نظام مراقبتهای اولیه مطرح بوده است، ولی این طرح به دلایل گوناگون به مرحلهٔ عملیاتی نرسید. این طرح مجددا از سال ۱۳۸۱ در معاونت سلامت مطرح و طرح عملیاتی آن

تدوین شد و قرار است در نیمهٔ دوم سال ۱۳۸۲ به‌طور آزمایشی در سه استان کشور به‌اجرا درآید.

هدف کلی طرح، کاهش میزان سوءمصرف و وابستگی به مواد و کاهش آسیبهای ناشی از مصرف مواد با استفاده از امکانات شبکهٔ بهداشت و درمان کشور است. همچنین، تعیین مقادیر شاخصهای همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد؛ افزایش آگاهی سیاستگذاران، گروههای در خطر و تودهٔ مردم؛ افزایش آگاهی و بهبود نگرش معتادان خودمعرف و خانواده‌های آنان و نیز کارکنان حوزهٔ بهداشت و درمان در زمینهٔ مسائل مرتبط با اعتیاد و عوارض آن؛ کاهش آسیبهای روانی ـ اجتماعی ناشی از سوءمصرف مواد (همچون ترک تحصیل، طلاق، و فرار از مدرسه)؛ درمان معتادان خودمعرف توسط پزشکان عمومی و متخصص آموزش‌دیده در بخش دولتی / خصوصی براساس پروتکل درمانی مصوب، چه به‌صورت سرپایی و چه بستری و خدمات توانبخشی؛ کاهش رفتارهای پرخطر (در معتادان تزریقی)؛ و کاهش میزان شیوع اعتیاد تزریقی در جامعه از اهداف اختصاصی این طرح است (ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، ۱۳۸۱).

به‌نظر می‌رسد طراحان سعی کرده‌اند اهداف را تا حد امکان واقع‌بینانه و دست‌یافتنی ترسیم کنند و از بلندپروازیهای معمول در امر برنامه‌نویسی پرهیز نمایند. برای رسیدن به این اهداف، از راهبردهای پژوهشی، آموزشی، درمانی و بازتوانی و کاهش آسیب بهره گرفته می‌شود.

۶ـ۴) گروههای خودیاری معتادان

از سال ۱۳۷۳، فعالیتهایی به‌منظور جلب مشارکت معتادان ترک‌کرده و نیز اعضای خانواده‌های آنان در امر درمان و ادامهٔ بهبود، صورت گرفته است. به همین منظور، گروه معتادان گمنام (Narcotics Anonymous) با عضویت معتادان بهبودیافته و گروه دیگری متشکل از زنان عضو خانواده‌های معتادان با هدف بیماریابی، ارجاع و جلب مشارکت معتادان و خانواده‌ها در ادامهٔ روند بهبود و زندگی بدون مواد در تهران و شهرستانها تشکیل

شده و بسیاری از معتادان با عضویت در این گروهها سلامت خود را بازیافته‌اند. از جملهٔ تأثیرات مثبت فعالیت گروه معتادان گمنام، جلوگیری از عود مجدد اعتیاد در اعضای گروه بوده است (برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). هم‌اکنون جلسات معتادان گمنام در سه گروه زنان، مردان و خانواده‌های معتادان و با عضویت هزاران معتاد بهبودیافته در تمامی مراکز استانها و نیز برخی از شهرستانها برگزار می‌شود (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹).

از دیگر گروههای فعال معتادان می‌توان به «جمعیت آفتاب» و «کنگرهٔ ۶۰» اشاره کرد که در سطح کشور هزاران عضو دارند.

۷) اهم برنامه‌ها و فعالیتهای کاهش آسیب

۷ـ۱) درمانگاههای مشاورهٔ بیماریهای رفتاری (درمانگاههای مثلثی)

این درمانگاهها، که در حوزهٔ معاونتهای بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی کشور تأسیس شده‌اند و تحت نظارت مرکز مدیریت بیماریهای معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارند، به اقداماتی در جهت کاهش آسیبهای ناشی از اعتیاد تزریق، درمان بیماریهای مقاربتی و مراقبت و حمایت از مبتلایان به ایدز می‌پردازند. هر سهٔ این اختلالات و بیماریها از راه رفتارهای پرخطر به افراد منتقل می‌شوند و می‌توان آنها را نوعی اختلال رفتاری نیز به‌شمار می‌آورد. با مجموع کردن این سه در یک واحد، می‌توان خدمات جامعه و ادغام‌یافته‌ای را به بیماران ارائه داد. این امر همچنین از زده شدن برچسبهای منفی به مراجعان جلوگیری می‌کند. این درمانگاهها پیشگیری و مراقبت را با هم ادغام می‌کنند و خدمات متعددی همچون آزمایش ایدز و مشاوره‌های همراه؛ توزیع وسایل کاهش آسیب (همچون کاندوم و سرنگ)؛ تشخیص و درمان بیماریهای مقاربتی و عفونتهای فرصت‌طلب همراه با ایدز؛ درمانهای ضدویروس ایدز؛ ارجاع به خدمات تخصصی (همچون درمانگاههای ترک اعتیاد، خدمات دندانپزشکی و بستری)؛ پیشگیری از انتقال ویروس ایدز از مادر به کودک و نیز متعاقب تماس تصادفی؛ واکسیناسیون هپاتیت B؛ درمانها و فعالیتهای حمایتی؛ اتصال به سازمانهای امدادی دیگر همچون هلال احمر و کمیتهٔ امداد

امام خمینی (ره) و نیز پیگیری وضعیت بیماران در منزل ارائه می‌دهند. جمعیت هدف این درمانگاهها شامل گروههای زیر است: معتادان تزریقی، مصرف‌کنندگان مواد به‌طور کلی، جمعیتهای پرخطر، داوطلبان مشاوره و آموزش از نظر ابتلا به ایدز، مبتلایان به ویروس ایدز، افراد خانواده‌های مبتلایان به ایدز، بیماران دچار بیماریهای مقاربتی و افرادی که با ترشحات بدنی آلوده تماس یافته‌اند (WHO EMRO, 2003).

به گفتهٔ مسئولان مرکز مدیریت بیماریها، تاکنون ۲۱ درمانگاه مشاورهٔ بیماریهای رفتاری شروع به کار کرده است. اولین و شاید فعالترین درمانگاه مثلثی در کرمانشاه و در مهر ۱۳۷۹ شروع به کار کرد. در تهران نیز دو درمانگاه مشاورهٔ بیماریهای رفتاری در حال فعالیت‌اند.

۷ـ۲) درمانگاههای مثلثی سازمان زندانها

ادارهٔ کل بهداشت و درمان سازمان زندانها در سالهای اخیر تلاشهای زیادی در جهت کاهش آسیبهای ناشی از سوءمصرف مواد انجام داده است و به گفتهٔ مقامات این ادارهٔ کل، تاکنون ۲۴ درمانگاه مثلثی با اهدافی شبیه درمانگاههای هم‌نام آنها در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعدادی از زندانهای کشور تأسیس شده است. تداوم این اقدامات، با توجه به اینکه بیش از ۲۰۰ زندان در کشور وجود دارد و تعداد بسیار زیادی از زندانیان دچار اعتیاد هستند و مصرف تزریقی در زندانها امری شایع است، نقش بسیار مهمی در کاهش انتشار ویروس ایدز در جامعه ایفا خواهد کرد.

۷ـ۳) مراکز مشاورهٔ ایدز جمعیت هلال احمر

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، که عضو فدراسیون جهانی صلیب سرخ و هلال احمر است، پیرو سیاستهای این جمعیت جهانی و طرفدار رفع هرگونه تبعیض از مبتلایان به بیماری ایدز است و در جهت تحرک بخشیدن به جامعه در پیشگیری از انتقال ویروس این بیماری حرکت می‌کند. این جمعیت در سالهای اخیر اقدام به راه‌اندازی مراکز مشاورهٔ ایدز کرده است که به اقدامات پیشگیرانه و نیز ارائهٔ خدمات مشاوره‌ای در این خصوص می‌پردازند.

۷ـ۴) طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر وابسته

اثربخشی برنامه‌های کمک‌رسانی (outreach) در کاهش رفتارهای خطرناک مصرف‌کنندگان تزریقی مواد کاملاً مستند است. بخش عظیمی از مصرف‌کنندگان تزریقی، پس از آنکه در معرض این برنامه‌ها قرار گرفتند، رفتارهایشان را تغییر دادند. برنامه‌های کمک‌رسانی می‌توانند الگوهای مؤثری برای دسترسی به گروههایی باشند که معمولاً وارد نظام درمانی نمی‌شوند (وزیریان، ۱۳۸۱).

ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قصد دارد با انجام این طرح به هدف کاهش انتشار ویروس ایدز در بین معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر مرتبط با آنها دست یابد. با انجام این طرح می‌توان به این گروه پرخطر و دور از دسترس نظام درمانی، کمکهای بهداشتی، پزشکی و اجتماعی اولیه و ضروری را ارائه داد و به‌تدریج آنان را جذب نظامهای درمانی و تأمین اجتماعی کرد (وزیریان، ۱۳۸۱). استفاده از سازمانهای غیردولتی برای برقراری ارتباط با معتادان خیابانی و ارائهٔ خدمات به آنها راهبرد اصلی این طرح است.

۸) مراکز پژوهشی اعتیاد

۸ـ۱) مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد (موسسهٔ داریوش)

این مرکز، که در اصل یکی از برون‌دادهای برنامهٔ داریوش است، به‌لحاظ ساختاری جزئی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است و در سال ۱۳۸۱ فعالیت خود را آغاز کرده است. این مؤسسهٔ تازه‌تأسیس در حال سازماندهی است و تلاش می‌کند در زمینه‌های مختلف مربوط به کاهش تقاضا به پژوهش بپردازد.

۸ـ۲) مرکز ملی تحقیقات اعتیاد

تصمیم به ایجاد یک مرکز ملی که به ساماندهی امر پژوهش در زمینهٔ اعتیاد بپردازد به

اواخر دههٔ ۱۳۷۰ بازمی‌گردد. اولین فعالیتها در جهت ایجاد چنین مرکزی در دانشگاه علوم پزشکی تهران و در اواخر سال ۱۳۸۰، با تأیید معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با کمک دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت پذیرفت. این مرکز در تیر ۱۳۸۲ رسماً افتتاح شد. هدف این مؤسسه نیز انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در زمینه‌های مرتبط با سوءمصرف مواد است (دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۱).

امید می‌رود تأسیس مراکزی از این دست موجب انسجام یافتن پژوهشهای مربوط به سوءمصرف مواد در کشور شود و به پیشبرد اهداف کاهش تقاضا در کشور کمک کند.

۹) نتیجه‌گیری و پیشنهاد

دولتها در ایران در یکصد سال اخیر همواره به مسئلهٔ سوءمصرف مواد توجه داشته و سعی کرده‌اند با وضع قوانین متعددی، این معضل را مهار سازند. با وجود این، موفقیت چندانی نصیبشان نشده است. اگرچه همجواری با همسایهٔ شرقی تولیدکنندهٔ مواد مخدر و نیز قرار گرفتن در مسیر حمل و نقل غیرقانونی مواد مخدر از علل مهم چنین عدم توفیقی بوده است، اما شاید عدم توازن و تناسب اقدامات صورت‌گرفته نیز بی‌تأثیر نبوده باشد. رویکرد مقابله با عرضه در طول تاریخ معاصر بر رویکرد کاهش تقاضا غلبه داشته است. قانون فعلی مبارزه با مواد مخدر نیز، با وجود برتری چشمگیری که نسبت به قانون قبلی دارد، عنایت کمتری به مسئلهٔ کاهش تقاضا داشته است. هنوز هم به امید حل معضل اعتیاد، شمار زیادی از معتادان به زندان افکنده می‌شوند؛ اما همان‌طور که اشاره شد، نه‌تنها به‌نظر نمی‌رسد که این اقدامات برای معتادان چاره‌ساز باشد*، بلکه ازدحام در زندانها منجر به نتایج کاملاً معکوسی همچون افزایش اعتیاد تزریقی و گسترش بیماریهای عفونی خطرناک همچون ایدز شده است.

با توجه به این واقعیتها به‌نظر می‌رسد که دولتمردان و قانونگذاران بتوانند تغییر نگرشی

* چرا که معتاد به‌عنوان بیمار در درجهٔ اول نیازمند درمان است نه محکومیت.

قانونی نسبت به مسئلهٔ معتادان داشته باشند. چنین تغییر رویه‌ای اگرچه ممکن است دولت را در برابر انتقادها به رویکرد دهه‌های گذشته تا حدودی آسیب‌پذیر سازد، اما از سوی دیگر می‌تواند با صرفه‌جویی عظیمی که در منابع مالی و انسانی کشور به‌بار می‌آورد، به معطوف شدن منابع به سمت اقدامات مؤثرترِ مقابله با عرضه و کاهش تقاضا منجر شود و از بار انتقادها به میزان قابل توجهی بکاهد. همچنین به‌نظر می‌رسد بتوان با بازنگری در قانون به‌نوعی بین رویکردهای کاهش تقاضا و مقابله با عرضه نایل شود. برنامه‌ریزان کشور باید رویکرد کاهش تقاضا را به‌عنوان یک حرکت اصیل و تأثیرگذار به رسمت بشناسند و منابع مادی و انسانی را بر روی آن متمرکز کنند. توصیه می‌شود که برنامه‌ریزان کشور به مسئلهٔ کاهش تقاضا در برنامهٔ چهارم توسعهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز توجه کافی مبذول دارند و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در این امر خطیر مد نظر قرار دهند، امری که در برنامهٔ سوم از آن غفلت شده بود (مجلس شورای اسلامی، ۱۳۷۹). همچنین این بینش که رویکرد کاهش تقاضا مکمل رویکرد مقابله با عرضه است و نه رقیب آن، باید در مسئولان کشور تقویت گردد.

در مقالهٔ حاضر به این نکته اشاره شد که ساختار اجرایی ستاد مبارزه با مواد مخدر و ارتباط دبیرخانهٔ آن با دستگاههای عضو ستاد دستخوش تغییرات و ناهماهنگیهایی بوده است و به دیدگاههای تخصصی دستگاهها توجه کافی مبذول نشده است. همین امر مانع از تدوین برنامه‌ای جامع و راهبردی برای مسئلهٔ سوءمصرف مواد شده است.

اگر دستگاههای عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر هر یک به موضوعات مختلف سوءمصرف مواد از منظر تخصصی خود و با استفاده از دانش و تجربهٔ ملی و جهانی بپردازند و دبیرخانهٔ ستاد نیز نقش هماهنگ‌کنندهٔ بیشتری بین دستگاهها ایفا کند، انتظار می‌رود تغییر مطلوبی در وضعیت اعتیاد در کشور رخ دهد.

با وجود تمام کاستیهای یادشده، به‌نظر می‌رسد در چند سال گذشته فعالیتهای کاهش تقاضا گسترش یافته و توانسته است روح تازه‌ای در کالبد برنامه‌های کنترل سوءمصرف مواد بدمد. اما هنوز میزان و کیفیت این مداخلات فاصلهٔ زیادی تا حد مطلوب دارد.

تدوین برنامهٔ پنج‌سالهٔ کاهش تقاضای مواد (۱۳۸۳ـ۱۳۷۹) اگرچه حرکت مهمی در تاریخ فعالیتهای کاهش تقاضا محسوب می‌شود، اما هیچ‌گاه مورد توجه کافی برنامه‌ریزان کشور نبوده است. برای مثال، عدم حمایت کافی برنامه‌ریزان کلان از وزارت بهداشت از یک‌سو و تغییرات درون‌سازمانی وزارتخانهٔ مزبور از سوی دیگر موجب شده است که اکنون که به انتهای برنامه نزدیک می‌شویم، هنوز ادغام پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام شبکه در اغلب نقاط کشور رخ نداده باشد. درحالی‌که طبق برنامه می‌بایست ۱۰۰ درصد مناطق کشور تا ۱۳۸۳ تحت پوشش قرار می‌گرفت. اگر بودجه و امکانات کافی در اختیار سازمانهای درگیر کاهش تقاضا قرار گیرد و نیز اگر این سازمانها به تقویت درونی ساختارهای خود بپردازند، می‌توان امید داشت که پیشرفت طرحهای اجرای متناسب با برنامه‌های کلان کشور باشد. از سوی دیگر، نمی‌توان اهمیت تدوین برنامهٔ راهبردی و کلان جدیدی را در زمینهٔ کاهش تقاضا متناسب با مقتضیات کشور از نظر دور داشت. خوشبختانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین یک برنامهٔ راهبردی دهساله برای کاهش تقاضا را در دستور کار خود قرار داده است. مشخص کردن چارچوب فعالیتهای کاهش تقاضا و روشن ساختن نسبت تخصیص منابع در فعالیتهای گوناگون قاعدتا باید از ویژگیهای چنین برنامه‌ای باشد. بدین ترتیب دستگاههای اجرایی دخیل در کاهش تقاضا چشم‌انداز واضحی از راهکارها و فعالیتها را پیش روی خود خواهند دید و همچنین از تشتت آرا و احیاناً دوباره‌کاری جلوگیری خواهد شد.

بررسیهای همه‌گیرشناسی انجام‌شده، با وجود ارزش بسیار، کمتر مورد توجه برنامه‌ریزان کلان کشور قرار داشته است. به سبب عدم حکایت جدی از این‌گونه تلاشها، بررسیهای آماری به‌طور پراکنده و مقطعی صورت پذیرفته است و هم‌اکنون هیچ‌گونه نظام فراگیر و مستمری برای همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد در کشور وجود ندارد. از سوی دیگر، از آنجا که این بررسیها با روش‌شناسیهای مختلف صورت می‌پذیرد، ناهم‌خوانی داده‌های آنها با یکدیگر گاه رخ می‌دهد و موجب سردرگمی می‌شود. تمامی این مسائل دست‌به‌دست هم داده و موجب شده است که هنوز پس از گذشت سالها، آمار رسمی

معتادان کشور همچنان ۱/۲ میلیون نفر و مصرف‌کنندگان تفننی ۰/۸ میلیون نفر اعلام شود. درحالی‌که همین مطالعات پراکنده اما ارزشمند که در سالهای اخیر انجام گرفته حاکی از روند افزایش سوءمصرف مواد به میزان سه برابر نرخ رشد جمعیت کشور است. لذا، براساس برخی از این تخمینها، تعداد کل مصرف‌کنندگان مواد افیونی از مرز ۴ میلیون نفر فراتر رفته و تعداد مصرف‌کنندگان مشکل‌ساز کشور که نیازمند مداخلات درمانی‌اند به حدود ۳ میلیون نفر بالغ می‌شود. به‌علاوه، میلیونها نفر دیگر نیز در حال مصرف مواد یا داروهای بالقوه اعتیادآور دیگر هستند. با کنار هم قرار دادن این داده‌ها و با مقایسهٔ میزان متوسط سوءمصرف مواد در جهان (۳/۴ درصد جمعیت جهان) به‌نظر می‌رسد که میزان سوءمصرف در کشور ما از مقادیر جهانی فراتر رفته و لذا کشور با بحران سوءمصرف مواد روبه‌روست. حتی طبق همان رقم رسمی ۲ میلیونی، ایران در میان همهٔ کشورها مقام اول را از نظر درصد سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی نسبت به جمعیت عمومی خود داراست. لذا به‌نظر می‌رسد ضمن اینکه باید آمارهای جدیدتر مبنای سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کشوری قرار گیرد، ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز به امر ایجاد نظام فراگیر و مستمر همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد توجه ویژه‌ای مبذول دارد. این مهم می‌تواند در دستگاههای تخصصی عضو ستاد، از جمله وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی یا از طریق مراکز پژوهشی و دانشگاهی کشور ساماندهی شود.

اگرچه مطالعات نشان می‌دهد که تریاک همچنان شایعترین مادهٔ افیونی مورد مصرف است، اما به دلایل متعددی در سالهای اخیر مصرف هروئین در حال افزایش بوده است. برخی مطالعات گسترش موارد تزریق را سالانه ۳۳ درصد برآورد کرده است. همچنین در بسیاری از موارد، تزریق با سرنگ و وسایل مشترک صورت می‌گیرد. مؤید این یافته‌ها، آمار کشوری مبتلایان به ویروس ایدز است: از میان بیش از ۵ هزار مورد ابتلا به ویروس ایدز که تا به حال شناسایی شده است، ۶۷ درصد موارد به تزریق مواد مربوط بوده است. این در حالی است که حدس زده می‌شود شمار واقعی افراد آلوده به ویروس ایدز به ۲۳ تا ۲۵ هزار نفر بالغ شود.

با توجه به آنچه گفته شد، به‌نظر می‌رسد فعالیتهایی درخصوص پیشگیری اولیه از اعتیاد در کشور صورت گرفته است. از سوی دیگر، به‌نظر می‌رسد برنامه‌ها بیشتر از نوع همگانی بوده و کمتر برنامه‌ای برای نوجوانان پرخطر طراحی و اجرا شده است. اگرچه هنوز ارزیابیهای کامل و همه‌جانبه‌ای در خصوص برنامه‌های پیشگیرانه انجام نشده، اما در برخی موارد مشخص شده است که برنامه‌های به‌اجرا درآمده اثر چندانی بر روند رو به تزاید اعتیاد نداشته‌اند. در آغاز مقاله خاطرنشان ساختیم که این یافته اصلاً دور از انتظار نیست و تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه که به‌خوبی طراحی و اجرا شده باشند و دارای خصوصیاتی همچون جامعیت، چندبخشی بودن و تداوم و همراه با نظام پایش و ارزشیابی باشند توانسته‌اند از بوتهٔ آزمایش سربلند بیرون آیند. لذا هماهنگی دستگاههای فرهنگی کشور همچون وزارت آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و صدا و سیما با دستگاههای بهداشتی کشور می‌تواند ضامن طراحی و اجرای همه‌جانبه و فرابخشی و مداوم برنامه‌های پیشگیرانه‌ای باشد که با بهره‌گیری از اصول بهداشت روان طراحی شده‌اند. از سوی دیگر، باید به نظامهای پایش و ارزیابی این برنامه‌ها توجه ویژه‌ای مبذول داشت تا کیفیت اجرا و اثربخشی برنامه‌ها تضمین شود. به‌علاوه، لازم است برنامه‌های خاصی برای گروههای در معرض خطر ویژه، همچون نوجوانان دچار اختلالات رفتاری یا مشکلات خانوادگی، طراحی شود.

همان‌طور که در مقاله اشاره شد، از آنجا که اعتیاد (وابستگی به مواد) بیماری مزمن محسوب می‌شود، اساس درمانهای موثر آن بر مداخلات طولانی‌مدت و پیگیریهای مداوم استوار است. اما چنین رویکردی تنها به‌تازگی و در تعداد انگشت‌شماری از مراکز دولتی آغاز شده است. لذا درمانهای متداول در مراکز درمانی فعلی شامل سم‌زدایی و پیگیریهای کوتاه‌مدت نمی‌تواند اثربخشی طولانی‌مدت داشته باشد. البته هنوز ارزیابی دقیقی از میزان موفقیت درمانگاههای اعتیاد موجود در کشور صورت نگرفته است، اما برخی گزارشها حاکی از شکست درمان در غالب موارد است. با وجود اینکه درمان نگاه‌دارنده با متادون از مؤثرترین و با صرفه‌ترین روشهای درمانی اعتیاد در جهان است، این شیوه تنها در معدودی

از مراکز به مرحلهٔ اجرا درآمده است و گمان نمی‌رود با اعتبارات ناچیز فعلی بتوان آن را به‌سرعت در کشور گسترش داد.

از سوی دیگر، ظرفیت مراکز درمانی دولتی کشور به‌هیچ‌وجه جوابگوی خیل عظیم نیازمندان به درمان نیست و آمار سال گذشته نشان داد که تنها حدود ۲ درصد از کل مصرف‌کنندگان مشکل‌ساز به درمانگاههای دولتی مراجعه کرده‌اند. از سوی دیگر، نظام فراگیر جمع‌آوری داده‌ها از مراکز درمانی وجود ندارد و همین امر برنامه‌ریزیهای درمانی را با مشکل روبه‌رو می‌سازد.

در این شرایط، مهمترین اقدام سیاستگذاران بهداشتی کشور می‌تواند کمک به افزایش ظرفیت درمانی کشور، چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی از یک‌سو، و به‌کارگیری رویکرد درمانی و مراقبتی طولانی‌مدت، همچون درمانگاههای درمان نگاه‌دارنده با متادون و بوپرنورفین از سوی دیگر، باشد. نظام گردآوری داده‌های مراکز درمانی نیز باید در زمرهٔ اولویتهای مهم برنامه‌ریزان کلان کشور قرار گیرد.

همان‌طور که اشاره شد، ادغام پیشگیری و درمان اعتیاد در نظام مراقبتهای اولیهٔ کشور همیشه از آرزوهای مسئولان بهداشتی کشور بوده است، اما مشکلات گوناگون مدیریتی و مالی مانع از تحقق آن شده است. اخیراً این طرح به‌طور آزمایشی در نقاط محدودی از کشور در دست اجراست. اما به‌نظر نمی‌رسد چنانچه روال فعلی تخصیص بودجه به شبکهٔ بهداشت و درمان کشور تغییر نکند، بتوان این طرح را به‌سرعت گسترش داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مسئولان برنامه‌ریزی کشور با توجه بیشتری به این طرح ملی بنگرند و آن را در برنامه‌های توسعه از اولویتهای کشوری تلقی نمایند.

از آنجا که وقوع رفتارهای تزریقی و نیز روابط جنسی پرخطر به‌لحاظ انتقال بیماریهایی همچون ایدز و هپاتیت به‌طور شایعی در پژوهشها به اثبات رسید، به‌نظر می‌رسد اقدامات کاهش آسیب می‌بایست بدون هیچ درنگی به شکلی وسیع و مؤثر در کشور آغاز و دنبال شود. همان‌طور که عنوان شد، تاکنون اقداماتی از جانب دستگاههای درگیر در امر بهداشت

و درمان صورت گرفته است، اما هنوز در آغاز راه هستیم و تا غایت مطلوب فاصلهٔ زیادی داریم. هم‌اکنون برنامه‌های تعویض سرنگ، ارائهٔ کاندوم و ملزومات بهداشتی و آموزشها و مشاوره‌های همراه در کسر کوچکی از درمانگاههای کشور انجام می‌شود و حتی دسترسی مردم پایتخت نیز به چنین امکاناتی به‌سختی ممکن است.

برخی بررسیها که در مقاله مرور شد نشان داده است که ادامهٔ مصرف مواد در زندان، آن‌هم به شکل تزریقی و با وسایل آلوده به‌طور مشترک، امری غیرشایع نیست. در این شرایط، سلامت زندانیان به‌شدت در معرض تهدید است. از سوی دیگر، گسترش بیماریهای عفونی مهلک به جامعه نیز بسیار محتمل است. بنابراین، انجام مداخلات کاهش آسیب همچون درمان نگاه‌دارنده با متادون و نیز در اختیار گذاشتن وسایل کاهش آسیب درداخل زندانها امری حیاتی به‌نظر می‌رسد.

برنامه‌های کاهش آسیب در معتادان خیابانی و بی‌خانمان، یعنی جمعیت محروم و در خطری که معمولاً مراجعه‌ای به مراکز رسمی بهداشتی ـ درمانی ندارند، هنوز در کشور شروع نشده است. ماهیت چنین برنامه‌هایی غیررسمی و غیردولتی است. متأسفانه در غالب موارد تشکلهای مردمی و غیردولتی نیز در این عرصهٔ مهم فعالیتی ندارند.

به‌نظر می‌رسد اهمیت نهادهای خودجوش غیردولتی در عرصهٔ فعالیتهای کاهش تقاضا آن‌طور که شایسته است مورد توجه برنامه‌ریزان کشور قرار نگرفته است. درحالی‌که این نهادها تواناییهای قابل‌ملاحظه‌ای در ایجاد فرهنگ مقابله با سوءمصرف مواد و تغییر نگرش جامعه نسبت به مواد دارند. از سوی دیگر، این سازمانها می‌توانند در جذب امکانات و اعتبارات بین‌المللی برای فعالیتهای کاهش تقاضا نقش منحصربه‌فردی ایفا کنند. لازم است برنامه‌ریزان کشور، مشارکت سازمانهای غیردولتی در امر کاهش تقاضا را در فهرست اولویتهای خود قرار دهند.

مراکز پژوهشی اعتیاد در کشور ما در مرحلهٔ نوزادی هستند. شایسته است گسترش فعالیتهای تحقیقاتی مبتنی بر نیازهای ملی در دستور کار این نهادها قرار گیرد. این مراکز می‌توانند نقشی اساسی در نهادینه کردن رویکرد نوین و علمی در عرصهٔ کاهش تقاضا ایفا

کنند. از سوی دیگر، تربیت متخصصان کاهش تقاضا و ارتباط مستمر با مراکز پژوهشی بین‌المللی از دیگر برکات وجود چنین مؤسساتی است. توصیه می‌شود سیاستگذاران و برنامه‌ریزان کشور با ارتباط تنگاتنگ با چنین مراکزی از توانمندی علمی آنها در تدوین برنامه‌های کاهش تقاضا استفادهٔ بهینه نمایند.

همان‌طور که اشاره شده، بسیاری از فعالیتهای موفق کاهش تقاضا با همکاری نهادهای بین‌المللی خصوصا UNODC صورت پذیرفته است. دستگاههای داخلی همکاری‌کننده در اغلب موارد سعی کرده‌اند، در این قبیل فعالیتهای مشترک، از بهترین رده‌های کارشناسی خود بهره گیرند و در نتیجه، نتایج بسیار درخشانی حاصل شده است که طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران (RSA) و نیز طرح آزمایشی درمان جایگزین با متادون نمونه‌هایی از آنهاست. لذا پیشنهاد می‌شود در آینده این‌گونه همکاریها با سازمانهای معتبر بین‌المللی و نیز مراکز پژوهشی و دانشگاهی خارجی افزایش یابد. همکاریهایی از این دست تضمین‌کننده اعتبار و اثربخشی فعالیتهاست و از سوی دیگر موجب افزایش دانش و کارایی نیروی انسانی فعال در امر کاهش تقاضا می‌گردد. ضمن اینکه نباید آثار دیگری همچون جذب سرمایه‌های بین‌المللی و مطرح شدن کشور در عرصه‌های جهانی را از نظر دور داشت.

References

منابع

۱ـ ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۱). «هفتمین پیش‌نویس طرح عملیاتی ادغام برنامهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه». تهران.

۲ـ برنامهٔ کنترل مواد ملل متحد و معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۹). «ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران». تهران.

۳ـ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران. (۱۳۸۱). **اساسنامهٔ مرکز ملی مطالعات و تحقیقات اعتیاد**. تهران.

٤ـ دفتر پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر وزارت آموزش و پرورش. (۱۳۸۲). «پیش‌نویس طرح مدارس مروج سلامت». تهران.

۵ـ ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۱). «رویکردهای کاهش تقاضا برای سوءمصرف مواد مخدر». تهران.

٦ـ کمیتهٔ داریوش. (۱۳۸۲). «گزارش عملکرد کمیتهٔ داریوش». تهران.

۷ـ کمیتهٔ کشوری کاهش آسیب. (۱۳۸۱). «پیش‌نویس برنامهٔ پنج‌سالهٔ کاهش آسیبهای ناشی از اعتیاد (۱۳۸۶ـ۱۳۸۱)». تهران.

۸ـ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۹). **قانون برنامهٔ سوم توسعهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳ـ۱۳۷۹) مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷**. چاپ دوم. تهران: مرکز مدارک اقتصادی ـ اجتماعی و انتشارات سازمان برنامه و بودجه.

۹ـ مجمع تشخیص مصلحت نظام. (۱۳۷۶). **قانون اصلاحیهٔ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶/۸/۱۷**. تهران: ادارهٔ کل حقوقی و قضایی دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر.

۱۰ـ مرکز مدیریت بیماریها. (۱۳۸۲). «وضعیت عفونت HIV/AIDS در کشور». تهران.

۱۱ـ مستشاری، گلاره. (۱۳۸۲). «طرح آزمایشی درمانگاه متادون». تهران: ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۲ـ معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۷). «اولین برنامهٔ پنج‌سالهٔ کاهش تقاضای مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی». تهران.

۱۳ـ معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۹). «اهم اقدامات و فعالیتهای سازمان بهزیستی کشور در زمینهٔ برنامه‌های کاهش تقاضا (پیشگیری و آگاه‌سازی جامعه از اعتیاد)». تهران.

۱٤ـ معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۲). «گزارش طرح پژوهشی ارزیابی کارایی نالترکسون در پیشگیری از عود». تهران. (منتشرنشده).

۱۵ـ معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۲). «چکیدهٔ گزارش بررسی همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران». تهران.

۱۶ـ وزیریان، محسن و گلاره مستشاری. (۱۳۸۱). **راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف‌کنندگان مواد** (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر). تهران: انتشارات پرشکوه.

۱۷ـ وزیریان، محسن. (۱۳۸۱). «طرح آزمایشی کاهش آسیب در معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر وابسته». تهران. ادارهٔ پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

18- Bukstien, O. G. (1995). **Adolescent Substance Abuse: Assessment Prevention, and Treatment**. New York: John Wiley & Sons, Inc.

19- *Canada's* **Drug and Strategy**. (1998). Ottawa: Government of Canada.

20- Galanter, M. and H. D. Kleber. (1999). **Textbook of Substances Abuse Treatment**, 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press.

21- Kumpfer, K. L. Identification of Drug Abuse Prevention Programs; Literature Review. NIDA, Online version.

22- $UNODC_1$. (2003). **Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A practical Planning and Implementation Guide**. (Drug Abuse Treatment Toolkits Series. New York: United nations.

23- $UNODC_2$. (2003). **Global Illicit Drug Trends 2003**. New York: United nations.

24- $UNODC_3$. (2003). **Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers**. Drug Abuse Treatment Toolkits Series. New York: United Nations.

25- WHO. (1998). **The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use. Geneva: WHO**.

26- WHO. (2003). **The Rapid Assessment and Response. Multi-Center Project on Injecting Drug Use**. Final Report for Tehran.

27- WHO EMRO. (2003). **HIV/AIDS Prevention and Care for Injection Drug Users in Iran: Best Practice from Kermanshah**.

28- Wiener, J. M. (1997). **Textbook of child and Adolescent Psychiatry**. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press.