

مروی بربرنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعه و راهبردی کشوری

دکتر محسن وزیریان*

این مقاله با هدف مروی فعالیت‌های کاهش تقاضای کشور و مقایسه آن با یافته‌های علمی و تجربیات جهانی نوشته شده است تا بشناسی کاستی‌ها، به چاره جویی و رفع آنها مبادرت شود.

عرضه کاهش تقاضابه طور کلی شامل سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. برنامه‌های پیشگیرانه که سعی در کاهش بروز موارد جدید سوءصرف مواد دارند به شیوه‌ها و اشکال مختلفی اجرامی شوند. مطالعات نشان داده است تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه مؤثرند که جامع، چندبخشی و مداوم باشند. در میان اقدامات درمانی نیز تنها دسته‌ای مؤثرند که به اعتیاد به چشم بیماری مزمن بنگرند. به عبارت دیگر تنها درمان‌ها و مراقبت‌های طولانی مدت در اعتیاد مؤثرند. همچنین به دلیل آمادگی نداشتن بسیاری از معتمدان در پذیرش درمان از یک سو و نیز گسترش بیماری‌های مهلکی همچون ایدز و هپاتیت از راه استفاده مشترک از وسائل تریق از سوی دیگر، اتخاذ روش‌های کاهش آسیب (که مبنی بر به کارگیری اصول بهداشتی بدون الزام به ترک هستند) از اولویت‌های کاهش تقاضا است.

ایران رتبه اول را در بین کشورهای جهان به لحاظ میزان مصرف مواد افیونی دارد. تاریخ معاصر کشور ما نشانگر غلبه دیدگاه کاهش عرضه و نقش حاشیه‌ای کاهش تقاضا بوده است. رویکرد کاهش تقاضا در ده سال اخیر به تدریج در کشور گسترش یافته است؛ با وجود این، دچار کمبودهایی بوده است چه از بعد فضای قانونی، برنامه‌های راهبردی و ساختارهای اداری و چه از بعد بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی و فعالیت‌های مؤثر پیشگیرانه، درمانی و کاهش آسیب، بوده است. بنابراین ضروری است مسئله کاهش تقاضا مورد توجه بیشتر صاحب نظران و مسئلان کشور قرار گیرد.

* متخصص روانپردازی، پژوهشگر مرکز ملی مطالعات اعتیاد، مشاور علمی مؤسسه داریوش، رئیس اداره پیشگیری و درمان سوءصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

سوء‌صرف مواد (SUBSTANCE ABUSE) زیان‌های قابل توجهی را به جامعه جهانی به لحاظ از دست رفتن بهره‌وری (PRODUCTIVITY)، انتقال بیماری‌های عفونی، مشکلات خانوادگی و اجتماعی، افزایش جرم و تخصیص مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند؛ هم این‌منی (SEFETY) فرد را به خطر می‌اندازد و هم کیفیت زندگی وی را کاهش می‌دهد؛ علاوه بر این، هزینه‌های زیادی نیز به بار می‌آورد. این مشکلات موجب بحث‌های داغی در محافل مختلف اجتماعی می‌گردد و این سؤال پیش می‌آید که چه اقداماتی باید توسط دولت‌ها، نهادهای مدنی و قانونی انجام گیرد تا این تهدیدها و هزینه‌ها کاهش یابد. (UNODC3, 2003)

دو رویکرد اساسی در برابر مواد اعتیادآور وجود دارد: یکی اقدامات کاهش عرضه (SUPPLY REDUCTION) است که متوقف ساختن تولید، قاچاق و توزیع مواد را نشانه می‌گیرد و طبیعتاً ماهیتی انتظامی- قضایی دارد؛ و دیگری رویکرد کاهش تقاضا (REDUCTION) است. بر اساس تعریف سازمان ملل متحد، اقدامات کاهش تقاضا، تمامی عرصه‌ها را شامل می‌شود؛ از پیشگیری اولیه (PRIMARY PREVENTION) از مصرف مواد گرفته تا درمان مبتلایان به سوء‌صرف مواد و نیز کاهش پیامدهای بهداشتی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد (UNODC1, 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 درباره مسئله مواد متوازن نبوده است. تلاش می‌شود بعضی از دلایل چنین وضعیتی در لابه لای این مقاله مرور شود.

۱) مبانی کاهش تقاضا

همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، رویکرد کاهش تقاضا خود شامل چندین بخش است که در اینجا در قالب سه موضوع پیشگیری، درمان و کاهش آسیب (HARM REDUCTION) (Bian می‌گردد.

۱-۱) پیشگیری

اگر توان با اقدامات و برنامه هایی، از گرایش مردم و به خصوص جوانان به مصرف مواد کاست، قدم بزرگی در جهت کاهش تقاضا و سلامت جامعه برداشته شده است. با وجود اینکه برنامه های زیادی تحت این عنوان در کشورها اجرا شده است، اما در بسیاری از موارد کاهشی در بروز سوء مصرف مواد رخ نداده است. به همین دلیل بحث های زیادی در مورد هزینه، کارابی و حتی خطرات برنامه های پیشگیرانه وجود دارد. خصوصاً این پرسش مطرح می گردد که چرا علی رغم به کارگیری برنامه های پیشگیرانه، مصرف مواد در نوجوانان امروزی در حال افزایش است. (WIENER, 1977)

برنامه های پیشگیرانه را می توان بر اساس میزان درگیری جامعه هدف به مصرف مواد به سه سطح تقسیم بندی کرد: اولیه (PRIMARY) یا همگانی (UNIVERSAL)، انتخابی (SELECTIVE) و موردي (INDICATIVE).

پیشگیری اولیه یا همگانی تمامی جمعیت مورد نظر (مثلاً تمامی نوجوانان) را دربر می گیرد. برنامه های انتخابی صرفاً در گروه های پرخطر (مثلاً دانش آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط منشج خانوادگی و یا شبکه دوستان نایاب دارند) اعمال می شود. برنامه های پیشگیری موردي، بر آن دسته افرادی متوجه 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 ضد اجتماعی شده اند. (GALANTER KLEBER, 1999)

برنامه های فرآگیر (BROAD-BASED) آموزشی و رسانه ای (همگانی) اگرچه مزیت دربرگرفتن توده زیادی از مردم را دارا هستند، اما شواهد ناچیزی در مورد موفقیت آمیز بودنشان وجود دارد. برنامه های پیشگیرانه ثانویه (SECONDARY) که افراد در معرض خطر (HIGH RISK) را هدف قرار می دهند (انتخابی و موردي) منجر به دو نتیجه متضاد می شوند: از یکسو فرد شناسایی می شود و این امکان فراهم می گردد که وی تحت پوشش برنامه قرار گیرد و از سوی دیگر به بدنامی (STIGMATIZATION) فرد و درنتیجه احتمال برخوردي بعض آمیز با وی می انجامد. (WIENER, 1997)

همچنین برنامه های پیشگیرانه بر اساس اینکه مستقیماً به مهارت ها و راهبردهای مقاومت در برابر مصرف مواد یا پرهیز از محیط های مصرف مواد می پردازند یا به طور غیرمستقیم بر عوامل خطر (RISK FACTORS) (ابتدایی) (EARLY) رفتار مشکل دار یا عوامل محافظت کننده (FACTORS) (PROTECTIVE) در برابر مصرف آینده مواد متوجه شوند. از این عوامل خطر می توان به شکست تحصیلی، فشار گروه همسال (PEER PRESSURE) و فقدان ارتباط (COMMUNICATION) و حمایت مثبت والد-کودک نام برد. از عوامل محافظتی نیز می توان به پیوند اجتماعی (SOCIAL BONDING)، کفایت تحصیلی، مهارت های ارتباطی و جلب حمایت و نیز مهارت های عمومی زندگی (GENERAL LIFE SKILLS) همچون تصمیم گیری (MAKING DECISION) (GALANTER KLEBER, 1999) اشاره کرد.

برنامه های پیشگیری را می توان از لحاظ مکان و فضای اجراء به چند دسته تقسیم کرد:

۱) برنامه های مدرسه مدار (SCHOOL-BASED):

این برنامه ها که در مدارس اجرا می شوند رویکردهای مختلفی دارند و شامل برنامه های آموزشی - شناختی (broad-based) (که هدفشان افزایش دانش نوجوانان در مورد الکل و مواد است. نگرانی هایی وجود دارد که این گونه برنامه ها به خاطر جلب توجه و کنجکاوی کودکان به مواد منجر به افزایش مصرف شود). (Kumpfer)، برنامه های عاطفی - بین فردی (با هدف افزایش درک خود، فهم احساس ها و روابط بین فردی، و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم گیری که متأسفانه اثربخشی کمی در کاهش مصرف، تغییر نگرش ها، یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد داشته اند)، برنامه های جایگزین (با هدف پر کردن اوقات فراغت، فراهم ساختن مهارت ها و ایجاد کفایت که البته اثربخشی این دسته از برنامه ها نامعلوم است)، برنامه های رفتاری با دو رویکرد تأثیرپذیری اجتماعی (که به تأثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می شوند، همچون فشار والدین، همسالان، و رسانه ها تمرکز یافته و به افزایش مهارت های سازگاری که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تأثیرها کمک می کند، می پردازند) و آموزش مهارت های فردی - اجتماعی (که افراد خصوصاً نوجوانان کمک می کند که آن دسته از مهارت های فردی و

احتماعی را که کاربرد عمومی دارد فرآگیرند) و از مؤثرترین برنامه‌های پیشگیرانه هستند. (Wiener, 1997)

تجربیات نشان می‌دهد که برنامه‌های مدرسه‌مداری که تابه‌حال در کشورها اجرا شده است اغلب از نوع اولیه (همگانی) و به ندرت انتخابی یا موردنی بوده‌اند و اثرات قوی یک تاسه ساله بر کاهش مصرف امتحانی مواد دروازه‌ای (همچون سیگار، الکل، حشیش که دروازه ورود به مواد خطرناک تر تلقی می‌شوند) داشته‌اند، اما اثر آنها بر مصرف معمولی مواد دروازه‌ای ناچیز بوده است و در اغلب موارد هیچ اثری بر مصرف مواد در پیگیری‌های پنج ساله نداشته‌اند. (Galanter Kleber, 1999)

۲) برنامه‌های متصرکز بر خانواده (FAMILY-FOCUSED):

این برنامه‌ها شامل آموزش والدین و آموزش مهارت‌های خانواده (که بر ارتقای ارتباط و پیوند مثبت والد-کودک متصرکز هستند و مطالعات نشان داده است که می‌توانند باعث کاهش عوامل خطر در کودکان و یادگیری مهارت‌های والدی موثر شوند)، شیوه‌های گوناگون خانواده درمانی، گروه‌های خودیاری خانواده. (Wiener, 1997)

۳) تغییر در محیط و قوانین (ENVIRONMENTAL AND REGULATORY CHANGES):

این رویکرد در برخی کشورها جهت کاهش سوء مصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. نمونه‌ای از این تغییرات شامل افزایش مالیات مستقیم و غیر مستقیم، کاهش دسترسی با افزایش حداقل سن خرید، کاهش تعداد نمایندگی‌های فروشن الکل، کاهش فروش در معابر عمومی، نظارت در درج مطالب آگاهی‌های نوشابه‌های الکلی، افزایش آگهی‌های مخصوص مواد می‌تواند منجر به کاهش سوء مصرف شود. (Wiener, 1997)

۴) برنامه‌های چند بخشی (MULTICOMPONENT):

شامل ترکیبی از برنامه‌های مدرسه‌مدار، برنامه‌های جامعه‌مدار و رسانه‌ای و برنامه‌های متصرکز بر خانواده و نیز سیاست‌گذاری رسمی و غیررسمی است. معلوم شده است که چنین برنامه‌هایی نسبت به برنامه‌های مدرسه‌مدار تنها، آثار مثبت به مراتب بیشتر و طولانی مدت‌تری در کاهش مصرف مواد دارند. (Galanter Kleber, 1999)

با مروری بر تمامی این برنامه‌ها مشخص می‌شود که موقعيت رویکرد پیشگیری محدود بوده است. پیشگیری توانسته است شروع مصرف مواد را به تأخیر بیندازد و در برخی موارد میزان مصرف مواد را بکاهد. اما تقریباً در تمامی موارد این آثار گذرا و کوتاه مدت بوده است. پیشگیری توانسته است عوامل خطرآفرین را در جمعیت جوان تغییر دهد اما این تغییرات لزوماً روی مصرف مواد تغییری ایجاد نمی‌کند. (Bukstein, 1995)

به نظر می‌رسد 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 به وضوح 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؛ طراحی و اجرای بسیاری از برنامه‌ها از قوت لازم برخوردار نبوده است.

(Bukstein, 1995)

۱-۲) درمان

تنها محدودی از کشورها توانسته اند 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 (FAMILY DISRUPTION)، از دست رفتن بهره‌وری اقتصادی و فساد (DECAY) (SOCIAL) از مشهودترین آثار خطرناک و پرهزینه مواد بر نظام اجتماعی کشورهای است. این موضوع موجب می‌شود اذهان عمومی مسئله مواد را در درجه اول مشکلی کیفری (CRIMINAL) تلقی کنند که نیاز به درمان اجتماعی - قضائی (SOCIAL-JUDICIAL REMEDY) دارد، نه معضلی بهداشتی که نیازمند اقدامات پزشکی است.

علت دیگر وجود دیدگاهی نافذ در جامعه است که رویکرد درمانی به سوءمصرف مواد

متضمن این پیام است که اعتیاد و مشکلات مرتبط با آن، خطا و اشتباه فرد معتاد نیست؛ یا معتاد نمی‌تواند به خود کمک کند؛ و یا وی هیچ گونه مسئولیتی در قبال اعمالی که منجر به اعتیاد شده است و یا از اعتیاد وی نشست گرفته است ندارد. معنای این سخن آن است که درمان صرفاً در جهت کمک به مصرف کننده مواد است و نه جامعه. مردم و دولت‌ها از خود می‌پرسند چرا

جامعه باید منابعش را صرف افرادی کند که به جامعه آسیب می‌رسانند. (UNODC3, 2003)

در بسیاری از موارد، جامعه و نهادهای مدنی و قانونی به خواسته‌ها و علائق بیماران توجهی

ندارد و صرفاً به برطرف شدن مشکلات علاقه مندند. (UNODC3, 2003)

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 مراقبت‌های پزشکی را هم به این میزان بیفزاییم این صرفه‌جویی به میزان ۱۲ به ۱ می‌رسد. (UNODC3, 2003)

درمان موجب کاهش تزریق وریدی مواد (INTRAVENOUS DRUG INJECTION) و در نتیجه کم شدن خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت 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 (BOOT CAMP) دنبال شود، نتایج مثبتی به بار نمی‌آید.

چرا که احداث زندان و اردوگاه بسیار گران بوده و اداره نمودن آنها به مراتب پر خطرتر 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 می‌دهد که ۹۸ تا ۷۰ درصد محکومان مرتبط با مواد مخدر که در طول محاکومیت درمانی دریافت نکرده‌اند در عرض یک سال پس از آزادی از زندان مجدداً چهار سوء مصرف شده و بیش از نیمی دوباره در عرض یک سال به خاطر جرائم مرتبط با مواد زندانی شده‌اند. شواهد اندکی دال بر اثربخشی زندان در تغییر رفتار این افراد وجود دارد. اضافه بر این، تجربیات جهانی نشان می‌دهد

که از دحام در زندان اثر نامطلوبی بر سلامت زندانیان دارد. از جمله می توان به شیوع بیماریهایی از قبیل ایدز اشاره کرد که ممکن است به جامعه نیز گسترش یابد.(UNODC3, 2003) از طرف دیگر، عدم انتخاب گزینه درمان موجب ادامه مصرف مواد و سوق یافتن به شیوه های خطرناکتر مصرف از جمله تزریق می گردد. میزان مرگ و میر در معتادان تزریقی بیش از ۱۷ برابر جمعیت به لحاظ سنی و جنسی مشابه اما عدم مصرف کننده مواد است. به عبارت دیگر میزان کل مرگ و میر در میان جمعیت معتادان تزریقی بین ۳ تا ۴ درصد است.(WHO, 1998) مراحل درمان یه طور کلی شامل موارد زیرند: (UNODC, 2003)

۱) مرحله سم زدایی- ثبیت: (DETOXIFICATION-STABILIZATION PHASE) که در آن علائم ترک(WITHDRAWAL SYMPTOMS) درمان می شود و تنها در موارد وابستگی به نیکوتین (سیگار)، الکل، مواد افیونی، باربی تورات ها(BARBITURATES) و بنزو دیازپین ها (BENZODIAZEPINES) (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 شیوه ها و داروهای گوناگون استفاده می شود. بسته به وضعیت بیمار، درمان به صورت سریاکی(INPATIENT)، بستری(OUTPATIENT) یا اقامتی(RESIDENTIAL) صورت می پذیرد. این مرحله رانمی توان درمان کامل (COMPLETE TREATMENT) تلقی کرد بلکه صرفاً آمادگی برای ادامه درمان و بازتوانی است.

۲) مرحله بازتوانی- پیشگیری (REHABILITATION-RELAPSE PREVENTION PHASE) از عود: که هدف از آن پیشگیری از بازگشتم به مصرف مواد غیرقانونی است، یا از راه پرهیز(ABSTINENCE) از مصرف هرگونه ماده ای و یا از راه درمان جایگزین (SUBSTITUTION TREATMENT) 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 روش های گوناگون بهره گرفته می شود؛ همچون: داروهای روانپردازی که کاهش مشکلات روانپردازی همراه؛ داروهای کاهنده ولع(CRAVING) که شامل داروهای جایگزین هم می شود؛

انواع مختلف روان درمانی(PSYCHOTHERAPY) و گروه‌های خودیاری(NARCOTICS ANONYMOUS) همچون معتادان گمنام(SELF-HELP GROUPS).

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 آسیب پذیری برای سال‌ها و چه بساتا آخر عمر شان باقی خواهد ماند. به عبارت دیگر بسیاری از کسانی که هرگونه درمانی را شروع می‌کنند پیش از تکمیل دوره، درمان را رها کرده یا توصیه‌های پزشکی مبنی بر بقای بر درمان یا تداوم در مراقبت‌های پس از درمان یا گروه‌های خودیاری را نادیده می‌گیرند. این پذیرندگی(compliance) ضعیف درمان بیشتر در کسانی دیده می‌شود که دچار سطح اجتماعی-اقتصادی پایین، اختلالات روانپیش‌شکی همراه(comorbid) و فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی هستند.

نکته مهم این است که این پذیرندگی ضعیف از خصوصیات بیماری‌های مزمن (chronic disorder) است. در فشارخون، دیابت و آسم نیز پذیرندگی درمانهای دارویی کمتر از ۶۰٪ درصد موارد است. پذیرش درمان‌های غیردارویی مانند تغییرات رفتاری و رژیمی لازم باز هم کمتر است (کمتر از ۳۰٪ درصد). به طور کلی در بیماریهای مزمن مهم ترین عامل ظهور دوباره بیماری، عدم پذیرش درمان است. اگرچه هیچ یک از این بیماری‌ها شفای قطعی ندارد اما هیچکس در اینکه این درمان‌ها اثربخش و مفیدند شکی ندارد و حتی شرکت‌های بیمه درمانی نیز درمان این بیماری‌ها را مقبول می‌شوند. (UNODC3, 2003)

اما در مورد اعتیاد طرز تلقی متفاوت است: عود مصرف را دلیل بر بی اثر بودن درمان تلقی می‌کنند! چرا که پیش فرض‌ها در مورد اعتیاد متفاوت است. رویکردهای درمانی نیز اغلب بر اساس این واقعیت که اعتیاد یک بیماری مزمن است طراحی نشده است. تنها استثناء این قاعده درمان نگاهدارنده با متابدون و گروه‌های خودیاری هستند. اغلب درمان‌های دیگر به دوره‌های مراقبتی حد محدود می‌شوند. در پایان دوره بیمار مرخص شده و به جامعه باز می‌گردد. به

عبارت دیگر با معتادان همچون بیماران جراحی شده برخورد می شود. ارزیابی اثربخشی نیز ۶ تا ۱۲ ماه بعد انجام می شود، چرا که انتظار می رود درمان کوتاه مدت اعتماد به کاهش مداوم علائم متعاقب ختم درمان منجر می شود. به عبارت دیگر، تصور می رود که این اقدامات محدود موجب خشکاندن ریشه های اعتماد شده و لذا بهبود دائمی فرد رخ دهد. (UNODC3,2003)

در حالی که انتظار واقع بینانه این است که مداخلات موجود فعلی موجب بهبود ریشه مشکل نمی شود بلکه صرفاً تعداد و شدت علائم را کاهش داده و عملکرد فردی را تازمانی که فرد در این مداخلات شرکت می کند بهبود می بخشد. این همان انتظاری است که ما در درمان بیماری های مزمن داریم. (UNODC3,2003)

۱-۳) کاهش آسیب

شیوه زندگی معتادان آنها را به طور خاص نسبت به بیماری هایی که به واسطه مقاومت یا تماس با خون انتقال می یابند (مانند هپاتیت و ایدز) آسیب پذیر می سازد. تزریق مواد، ارتباط های جنسی با افراد مختلف یا به علت تکانشگری و زمینه های شخصیتی یا به علت مهارگسیختگی همراه با مصرف مواد، و همچنین زد خوردهای مکرر اگر همراه با تماس های خونی باشند، هم ممکن است باعث انتقال این بیماری ها شوند. (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱)

در بسیاری از کشورهای دنیا تزریق مواد یکی از مهم ترین راه های انتقال HIV است. سوء مصرف مواد ارتباط نزدیکی با HIV دارد. انتقال HIV در معتادان عمده از طریق استفاده از وسایل آلوده تزریق اتفاق می افتد. از میان تمام راه های انتقال ویروس، تزریق مستقیم مواد آلوده به ویروس به جریان خون مؤثر ترین راه انتقال HIV به شمار می رود. احتمال آلوده ب این شیوه بسیار بیشتر از راه انتقال جنسی است. به همین دلیل در بسیاری از همه گیری های ایدز در مناطق مختلف دنیا، تزریق مواد نقش اساسی را ایفا می نماید. (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱)

همان طور که در قسمت درمان ذکر شد، پذیرنده بیکاری نسبت به درمان چندان زیاد نیست، از سوی دیگر بسیاری از مصرف کنندگان خصوصاً آنها که به تزریق مبادرت می کنند ممکن است

هیچ گاه به درمانگاه مراجعه نکنند. در این شرایط منطقی ترین اقدام برای حفاظت جامعه در برابر عوارض شیوه‌های خطرناک مصرف، استفاده از اقدامات کاهش آسیب است*. تعریف مناسب کاهش آسیب عبارت است از: سیاست یا برنامه‌ای که در جهت کاهش عوایق منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشد، هر چند که فرد مصرف کننده به مصرف مواد خود ادامه می‌دهد. (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱)

در سال‌های اخیر برنامه‌های متمرکز بر کاهش آسیب‌های ناشی از سوءمصرف مواد در جهان رو به گسترش بوده و پیش‌بینی می‌شود در آینده نه چندان دور جهت‌گیری اصلی سیاست‌گذاری‌های کلان در خصوص سوءمصرف مواد را به خود اختصاص دهد. (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱)

اقدامات کاهش آسیب شامل موارد زیرند (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱):

- آموزش در خصوص مضرات مصرف تزریقی مواد، کنترل مصرف، شیوه‌های ضدعفونی کردن و سایل تزریق، شیوه‌های ضدعفونی نمودن پوست و آموزش رفتار سالم در ارتباط جنسی.

- جایگزینی با مواد کم خطرتر؛ جایگزینی مصرف تزریقی هروئین با مصرف کنترل شده و خوراکی متابون و یا سایر داروهای مشابه افیونی موجب کاهش قابل توجه عوارض مصرف می‌شود. از این طریق اولاً عوارض ناشی از مصرف تزریقی کاهش یافته، ثانیاً از شدت عوارض دیگر ناشی از مصرف هروئین (که یک ماده افیونی قوی با نیمه عمر کوتاه است) یعنی عوارض رفتاری، جسمی و اجتماعی کاسته می‌شود.

* لازم به ذکر است که ترس از انتشار ایدز در جامعه، گاهی موجب ابراز نظرهای شتابزده‌ای می‌شود. برای مثال ممکن است برخی تصویر کنند که زندانی یا قرنطینه کردن افراد دجارت ویروس ایدز چاره ساز است. خطای معتقدان به این روش‌ها این است که چنین اقداماتی ضمن تبعیض آمیز و غیراخلاقی بودن، موجب ترس عمومی می‌شود و جمعیت‌های پرخطر از مراجعت درمانی و آزمایشگاهی خودداری خواهند کرد، لذا رفتارهای پرخطر به صورت پنهان‌تر و غیرقابل کنترل درمی‌آید و امکان مداخلات بهداشتی درمانی به مراتب مشکل‌تر می‌شود و ایدز با سرعت بیشتری در جامعه گسترش خواهد داشت. یگانه راه کنترل شیوع این بیماری مهلک در جامعه همانا پرهیز از هرگونه رفتار خصوصی آمیز و تبعیض گرانه با بیماران، تشویق افراد به مراجعت تشخیصی و استفاده از روش‌های کاهش آسیب است.

- برنامه‌های کنترل شده تعویض سرنگ یا سرسوزن (AND NEEDLE EXCHANGE) و یا در اختیار گذاشتن وسایل ضد عفونی (SYRINGE)
- دسترسی آسان و رایگان به کاندوم جهت جلوگیری از انتقال بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت از راه جنسی
- انجام واکسیناسیون هپاتیت بیماران معتاد در مراکز بهداشتی.

به طور کلی بر اساس دانش حاصل از سال‌ها تجربه اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در جوامع مختلف مشخص شده است که، این اقدامات می‌باشد چند و جهی باشد و به استفاده از یکی از این شیوه‌ها محدود نگردد. مطالعات مختلف نشان داده اند که برنامه کاهش آسیب، تأثیر مثبتی در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و کاهش گسترش HIV و عفونت‌های دیگر داشته است و به معتادان کمک نموده تا بتوانند به عنوان عضوی از جامعه، زندگی طبیعی و مولدی داشته باشند. از سوی دیگر شواهد بسیاری نشان می‌دهد زمانی که دسترسی به اقدامات کاهش آسیب محدود می‌شود، مصرف تزریقی مواد و ابتلای به HIV/AIDS افزایش می‌یابد. (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۱)

۲) چکیده‌ای از وضعیت کنونی سوء‌صرف مواد در ایران و جهان

بر اساس تخمین UNODC، ۲۰۰ میلیون نفر از مردم جهان دچار سوء‌صرف مواد هستند. به عبارت دیگر ۴/۳ درصد جمعیت جهان و یا ۷/۴ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال جهان به این دسته اختلال‌ها دچارند. حدود ۱۶۳ میلیون نفر از آنان مشتقات شاهدانه (CANNABIS) (حشیش)، ۴۲ میلیون نفر مواد محرک از خانواده آمفتابین‌ها (AMPHETAMINE-TYPE STIMULANTS) (شامل نزدیک به ۸ میلیون نفر مصرف کننده اکستسی (ECSTASY))، نزدیک به ۱۵ میلیون نفر مواد افیونی (OPIOIDS) (شامل حدود ۱۰ میلیون نفر مصرف کننده هروئین) و بیش از ۱۴ میلیون نفر نیز کوکائین (COCAINE) سوء‌صرف می‌کنند. البته این اعداد با هم قابل جمع نیست چرا که ممکن است افراد چند ماده را همزمان سوء‌صرف کنند. (UNODC2, 2003)

مشکل سازترین مواد در دنیا که موجب تقاضا برای درمان می‌شوند، مواد افیونی و سپس کوکائین هستند. البته در آسیای شرقی و جنوب شرقی، آمفتامین‌ها و در آفریقا، حشیش مشکل سازترین مواد می‌باشند. گزارش‌ها حاکی از افزایش سوء‌صرف مواد در جهان است. بیشترین میزان گسترش سوء‌صرف در سال‌های اخیر در درجه اول در مورد حشیش و سپس مواد محرک خانواده آمفتامین بوده است. سوء‌صرف هروئین در آسیای شرقی، اقیانوسیه و اروپای غربی در سال ۲۰۰۱ کاهش داشت اما در کشورهایی که در مسیر قاچاق افغانستان به سمت روسیه و اروپا قرار دارند، در حال گسترش است. نیمی از مصرف کنندگان مواد افیونی در آسیا زندگی می‌کنند، خصوصاً در کشورهای اطراف افغانستان و میانمار. (UNODC, 2002)

تولید غیرقانونی تریاک در طی چهار سال گذشته در جهان ثابت بوده (در سال ۱۹۹۸ به ۴۴۰۰ تن، و در سال ۲۰۰۲ به ۴۵۰۰ تن تریاک بالغ شد)، اما در زیر این ثبات ظاهری تغییرات عمده‌ای در جریان بوده است. سطح زیر کشت خشخاش (OPIUM POPPY) در آسیای جنوب شرقی یعنی میانمار و لاوس در طی چهار ساله ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲ میلادی ۴۰ درصد کاهش داشته و این روند در سال ۲۰۰۳ نیز ادامه داشته است. لذا به نظر می‌رسد در آینده منطقه مثلث طلایی* (GOLDEN TRIANGLE) صرفاً به تولید کننده فرعی مواد افیونی در بازار جهانی مبدل شود. اما در طی همین سال‌ها، سطح زیر کشت خشخاش در افغانستان ۱۶ درصد افزایش یافته است و از آنجا که مزارع این کشور برای خشخاش حاصلخیزتر از جنوب شرقی آسیاست، توانسته است کاهش سطح زیر کشت ۲۵ درصدی خشخاش در دنیا را جبران نماید و سطح تولید مواد افیونی را در جهان ثابت نگاه دارد. به عبارت ساده‌تر افغانستان به کشور اصلی تولید کننده تریاک غیرقانونی تبدیل شده است. همین امر الگوی سوء‌صرف هروئین را (که در آزمایشگاه‌های غیرقانونی از تریاک به دست می‌آید) در جهان تغییر داده است. بازار هروئین در کشورهای همجوار افغانستان و نیز کشورهای مسیر ترانزیت غیرقانونی آن گرم تر شده است. این کشورها شامل پاکستان، ایران، کشورهای آسیای میانه، فدراسیون روسیه و کشورهای اروپای

* منظور منطقه جغرافیایی بین سه کشور تایلند، میانمار و لاوس در جنوب شرقی آسیاست.

شرقی بوده اند. همچنین افزایش سوءصرف وریدی هروئین در برخی از این کشورها موجب همه گیری HIV/AIDS به شکلی نگران کننده شده است. (UNODC2, 2003) بیشترین آمار کشف و توقیف محموله های مواد افیونی (تریاک، مرفین و هروئین) از ایران گزارش می شود. در سال ۲۰۱ میلادی این رقم به حدود ۵۴ درصد رسید. از کل کشfiات جهانی تریاک ۷۶ درصد، هروئین و مرفین ۱۹ درصد و حشیش ۵ درصد مربوط به ایران است. بیشترین آمار صرف مواد افیونی نیز در جهان به ترتیب در ایران، لائوس و قرقیزستان دیده می شود. در ایران بین ۷/۱ تا ۸/۲ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال سوءصرف کننده مواد افیونی هستند. صرف حشیش نیز در ایران افزایش یافته است. (UNODC2, 2003)

۳) قاریخچه صرف مواد در ایران

۱-۳) سده های پیشین

صرف مواد در ایران سابقه ای طولانی دارد و گیاهانی که تریاک و حشیش از آنها بدست می آیند از گیاهان بومی ایران بوده اند. به نظر می رسد اقوام ساکن فلات ایران با خواص روانگردان و دارویی این مواد آشنایی داشته اند (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). خواص خواب آور و ضددرد تریاک توسط دانشمندان مسلمان ایرانی مانند محمدزکریای رازی و ابوعلی سینا توصیف شده است، اما شواهد مربوط به سوءصرف آن در موارد غیرپزشکی بسیار نادر است. ابوریحان بیرونی ظاهراً اولین دانشمند ایرانی است که به خاصیت اعتیاد آور افیون اشاره کرده است (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). ولی شیوع ناگهانی سوءصرف تریاک و حشیش در دوره صفویه رخ داد. می گویند که نخست مواد مخدر و به ویژه تریاک جهت کاهش اضطراب بزرگان و رجال به کار می رفت و سپس میان قشرهای مختلف مردم رواج یافت تا آنجا که گسترش روزافزون و نگران کننده مواد افیونی شاه طهماسب اول و سپس شاه عباس را واداشت تا مبارزه ای جدی با اعتیاد و مواد مخدر را آغاز کرده، مردم را از زیانهای تریاک آگاه سازند. برای کسانیکه مبادرت به ترک اعتیاد نمی نمودند مقرراتی وضع شده و متخلفان مجازات می شدند (ستاد، ۱۳۸۱). دریاریان

به ترک اعتیاد و ادار شده و افرادی را که موفق به ترک اعتیاد نمی شدند از کار برکنار می شدند (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹). این اقدامات نه تنها در کاهش مصرف تریاک تأثیر نداشت بلکه روزبه روز مصرف آن گسترش یافت (ستاد، ۱۳۸۱). در این دوران مکانهای مخصوصی به نام کوکنار خانه وجود داشته که به منظور کیف و نشئه، خشخاش را جوشانده و آب آن را می نوشیدند (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۸۱). اما سوء مصرف مشتقات شاهدانه (حشیش) ظاهرآ به طبقات خاصی چون در اویش محدود بود (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

کشت خشخاش و تولید داخلی تریاک در قرن هجدهم و نیمه اول قرن نوزدهم میلادی، بیشتر به منظور پاسخ گفتن به تقاضای روزافرون مصرف کنندگان داخلی بود. اما از نیمه دوم قرن نوزدهم میلادی کشت تریاک به عنوان یک محصول قابل صدور و ارزآور مورد توجه قرار گرفت. در اوآخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب می شد. البته قسمت زیادی از تریاک تولیدی در داخل مملکت مصرف می شد و کل اقتصاد کشور نیز به تولید و صدور تریاک وابستگی پیدا کرده بود. اما با ظهور نهضت مشروطه و بیداری ایرانیان، عده ای از رهبران ملی و مذهبی مبارزه جدی با مصرف تریاک را وجهه همت خود قرار دادند. لیکن گرفتاری های سیاسی و وابستگی شدید اقتصاد کشور به ارز حاصل از صادرات تریاک، هرگونه اقدام جدی را در زمینه مبارزه با کشت و سوء مصرف این ماده غیرممکن می نمود (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹).

۳-۲) یکصد سال اخیر

اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف در سال ۱۲۹۰ هجری شمسی، در "قانون تحديد تریاک" به تصویب رسید. در این قانون فرصت هشت ساله ای برای مصرف شیره به طور کلی و مصرف تریاک غیر از کاربرد دارویی آن داده شده بود و پس از گذشت این زمان، مصرف ممنوع می شد. این قانون در واقع دولت را به عامل اصلی توزیع تریاک تبدیل کرد به طوری که در سال ۱۳۰۵ تقریباً هشت درصد از کل درآمد دولت از محل فروش تریاک حاصل می شد. به دنبال تصویب

این قانون نه تنها تقاضا برای تریاک کاهش پیدا نکرد بلکه تهیه و فروش غیرقانونی تریاک هم رواج یافت. تریاک به طور قاچاق صادر می‌شد و در عوض مرفین و مواد دیگر به طور محدود وارد می‌شد. به این دلیل در سال ۱۳۰۱، قانون منع واردات مواد مخدر به ایران "به تصویب رسید. به دلیل 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 به تدریج اراضی زیر کشت را کاهش دهد و نیز موجبات کاهش و محو سوءصرف مواد را در عرض ده سال در کشور فراهم سازد. علی‌رغم این قانون، مساحت اراضی زیر کشت در عرض ده سال تقریباً به یک و نیم برابر 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 توسط دولت، توزیع و صدور قاچاق تریاک نیز رواج بیشتری یافت.

در فضای باز بعد از جنگ جهانی دوم، گروهی از پژوهشکاران و روشنفکران، آنچمن مبارزه با تریاک و الکل" را تشکیل و به طرق مختلف دولت را تحت فشار قرار دادند. در سال ۱۳۲۲ انجمن یاد شده طی گزارشی تعداد معتادان کشور را یک میلیون و پانصد هزار نفر (از جمعیت ۱۴ میلیونی کشور) برآورد کرد. بر اثر این فشارها "کمیسیون مبارزه با تریاک و الکل" در وزارت بهداری در سال ۱۳۲۵ تشکیل شد. به دنبال آن در سال ۱۳۲۶ "مقررات تعطیل اماكن 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 طی کنفرانسی که توسط سازمان ملل برگزار گردید اجازه کشت و تولید مجاز تریاک بین کشورهای مختلف تقسیم شد و بیشترین سهم به ترکیه (۵۰ درصد) و ایران (۲۵ درصد) واگذار گشت.

به دنبال گسترش ابعاد مسئله اعتیاد و کم شدن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت (به علت 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 مورفین از خارج به داخل به صورت تجارت سودمندی درآمد و موجب تغییر تدریجی الگوی مصرف در کشور و رواج هروئین شد. برای مبارزه با این مشکل، قانون تشديد مجازات قاچاقچیان در سال ۱۳۲۸ به تصویب رسید. با اجرای این قانون زندانها از قاچاقچیان و معتادان پر شد و مشکلات و هزینه‌های زیادی را به همراه آورد. علی‌رغم این سختگیری‌ها، میزان قاچاق و تعداد معتادان افزایش چشمگیری را نشان داد و بر اساس گزارش پلیس بین‌الملل در سال ۱۳۴۷، ایران از لحاظ کشف مواد مخدر در دنیا به مقام اول رسید.

با ادامه کشت و صدور غیرقانونی مواد مخدر به ایران توسط ترکیه و پاکستان، دولت مجبور شد در ۱۳۴۷ با تصویب "قانون آزادشدن محدود کشت خشخاش" مجدداً کشت تریاک را در نواحی خاصی از کشور تحت نظارت و کنترل دولت آزاد اعلام کند. در مقابل با تصویب "قانون تشديد مجازات قاچاق مواد مخدر" در سال ۱۳۴۸ مجازات قاچاقچیان تشديد شد که از جمله آن اعمال مجازات اعدام و محول شدن محاکمه افراد دستگیر شده به دادگاههای نظامی بود و جهت جلوگیری از اعتیاد کارکنان و کارگران، "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) نیز توسط دولت کارت‌های جیره دولتی تریاک صادر شد. تعداد معتادان ثبت نام کرده در خرداد ۱۳۵۴ به ۵۱۲.۱۶۹ نفر رسید و تعداد معتادان غیررسمی نیز بین ۲۰۰ هزار تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده شد. همچنین در دهه پنجاه به تدریج به علت گسترش امکانات مسافرت و ورود تعداد زیادی از توریستهای جوان غربی، جنبه‌های تازه‌ای از فرهنگ مصرف مواد به کشور وارد شد و استعمال ماری جوانان (حشیش) که تا پیش از آن صرفاً در اقشار خاص و در اویش رواج داشت میان جوانان گسترش یافت.

در دهه پنجاه، به خصوص پس از افزایش ناگهانی درآمد نفت، مقامات درمانی کشور طرحهای جدیدی را برای مراکز درمان و بازپروری معتادان تهیه کردند که مستلزم ایجاد درمانگاهها و مراکز نگهداری معتادان، و درمان با استفاده از متادون بود. با پیروزی انقلاب

اسلامی و تغییر سیاستها و اولویتها این طرحها نیمه کاره رها شد.

نگرش دولت مردان انقلاب نسبت به پدیده اعتیاد منفی بود. برخی آن را نوعی رفتار ضدانقلابی تلقی می کردند که توسط ممالک استعمارگر ترویج می شد. از نظر این دسته با اتخاذ تدابیر قانونی و کیفری خشن و جدی، ایران می توانست و می بایست به سرعت و برای همیشه به این مسئله مهم خاتمه دهد. (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹)

در مرداد ماه ۱۳۵۹ یعنی شش ماه پس از پیروزی انقلاب با تصویب لایحه "تشدید مجازات مرتكبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین"، ستادی تحت عنوان ستاد مرکزی هماهنگی مبارزه با اعتیاد تأسیس شد که تعیین خط مشی و سیاست کلی، برنامه ریزی، تهیه استانداردها و ضوابط مربوط به مواد مخدر را برعهده گرفت. از تاریخ ۱۳۵۹/۹/۱۹ اعتیاد جرم محسوب شد و همزمان خدمات درمانی اعتیاد از نظام بهداشت و درمان کشور برچیده شد و وزارت بهداری وقت، پرداختن به این موضوع را از حوزه فعالیتهای خود حذف نمود (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۷). از آن زمان تا سال ۱۳۶۲ اردوگاههای معتادان که زیر نظر سازمان زندانها تشکیل شده بود و توسط کمیته انقلاب اسلامی اداره می شد (و به اردوگاههای بازپروری و اردوگاههای کار نیز نغیر نام یافت)، پذیرای معتادان دستگیر شده بودند.

در سال ۱۳۶۲، مراکز بازپروری به سازمان جدید التأسیس بهزیستی انتقال یافت و به مراکز توانبخشی معتادان تغییر نام یافتند. این مراکز نیز موظف به پذیرش معتادانی بودند که توسط دادگاهها و بالاجبار برای ترک اعزام می شدند و معمولاً چند برابر ظرفیت واقعی، پذیرش می کردند و با هزینه بسیار سنگینی رو به رو بودند و نمی توانستند پاسخگوی نیازهای درمانی کشور برای معتادان باشند.

تا سال ۱۳۶۷ اقدامات انجام شده برای حل مشکل اعتیاد منحصراً به فعالیت های مقابله با عرضه اختصاص داشت. البته این فعالیت ها نیز با نوسانات چشمگیری در طول سال های مختلف همراه بود.

با وجود فعالیت‌های شدید بخش مقابله با عرضه، برداشت عمومی مبنی بر افزایش شیوع اعتیاد نقطه نظرهای متفاوتی در مورد شیوه برخورد با مسئله اعتیاد را مطرح ساخت. برخی اعتقاد داشتند که باید میزان کنترل و مجازات‌ها را افزایش داد و برخی نیز به استفاده از راه‌های آموزشی و تربیتی معتقد بودند. در نهایت در سال ۱۳۶۷، مجددًا دیدگاه‌های سختگیرانه تر برتری 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 نمود که طبق آن، مجازات‌های شدیدی برای تولید، نگهداری و قاچاق مواد در نظر گرفته شده و مصرف مواد جرم تلقی گردید و مهلتی چند ماهه به معتادان داده شد تا نسبت به ترک اقدام نمایند. در این قانون به لزوم فراهم 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. بر اساس این قانون اموال ناشی از کشف و مصادره اموال قاچاقچیان جزء درآمدهای ستاد مبارزه با مواد مخدر درآمد. با این حال فعالیت‌های ستاد بیشتر در جهت کاهش عرضه بود. بازداشت معتادان به طور گسترده‌تری ادامه یافت و مراکز توانبخشی سازمان بهزیستی نیز به تدریج عدم کارایی خود را به ثبوت رساندند.

در اوایل دهه ۱۳۷۰ به تدریج در مجتمع علمی و دانشگاهی کشور نگرش کاهش تقاضا گسترش یافت و اولین اقدامات اساسی کاهش تقاضا در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در فاصله ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ صورت پذیرفت همچون تأسیس واحدهای درمان سرپایی معتادان از سال ۱۳۷۵ و اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد. این حرکت تأثیر خود را در سیاست گذاران کشور بر جای گذاشت و بالاخره مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۷۶، اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر را تصویب کرد که بر اساس آن اگرچه هنوز هم اعتیاد جرم بود اما به کلیه معتادان اجازه داده می‌شد که به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشی مشخص می‌شد مراجعه کنند و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند.

رخداد دیگر، ارائه اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد توسط کارشناسان سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تابستان ۱۳۷۷ بود. همین امر موجب پیشبرد بیشتر فعالیت های درمانی در بخش دولتی شد، اگرچه هنوز هم بخش خصوصی به فعالیت های درمانی فاقد استانداردهای لازم ادامه می داد. در همین زمان، گروه های خودیاری معتادان نیز گسترش بیشتری یافتند. (برنامه کنترل مواد ملل متعدد، ۱۳۷۹) از سال ۱۳۷۸، همکاری های ایران و سازمان ملل تحت عنوان برنامه داریوش در زمینه کاهش تقاضا آغاز شد که سهم به سزایی در پیشبرد برنامه های کاهش تقاضا در کشور در سال های اخیر ایفانموده است.

از سال ۱۳۷۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نقش بیشتری را در فعالیت های کاهش تقاضا ایفا کرد و آموزش پزشکان بخش خصوصی در مورد روش های علمی درمان اعتیاد را آغاز نمود. در همین زمان، سازمان بهزیستی کشور نیز به افزایش فعالیت هاییش ادامه داد و تعداد درمانگاه های سرپایی آن سازمان در سراسر کشور از ۶۰ واحد نیز فراتر رفت. در سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰، وزارت بهداشت اقدام به تأسیس مراکز سرپایی درمانی اعتیاد و اختصاص تخت های بیمارستانی برای درمان اعتیاد کرد، تعداد مراکز سرپایی بهزیستی نیز به ۷۵ واحد رسید. تعداد اعضای گروه خودیاری معتادان گمنام از مرز ۳۰۰۰ نفر فراتر رفت.

در تابستان ۱۳۸۱، کمیته کشوری کاهش آسیب توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد تزریقی به خصوص گسترش بیماری ایدز تأسیس شد.

در سال ۱۳۸۲ تعداد مراکز سرپایی سازمان بهزیستی به ۸۸ واحد رسیده است. تعداد مراکز سرپایی اعتیاد وزارت بهداشت نیز به بیش از ۵۰ واحد افزایش یافته است. در ضمن در بیمارستان های کشور حدود ۷۰۰ تخت برای درمان اعتیاد اختصاص یافته است. آخرین تحولات صورت گرفته در آن معاونت، دنبال کردن ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام شبکه بهداشتی - درمانی کشور، تأسیس درمانگاه های درمان نگاه دارنده با متادون و طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی است.

(۴) وضعیت برنامه‌ها و فعالیت‌های کاوش تقاضای کشور

۱-۴) قضای قانونی

در حال حاضر اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶ در کشور ملاک عمل است. بر اساس این قانون کشت، تولید، واردات و صادرات و مصرف تمامی انواع مواد بجز موارد پزشکی ممنوع است. همچنین در قانون برای تولیدکنندگان و قاچاقچیان مواد مخدر مجازات‌های متفاوتی از جریمه نقدی و شلاق گرفته تازدان و در موارد تکرار یا شدت جرم، اعدام پیش‌بینی شده است. این قانون ضمن آنکه مصرف مواد را جرم محسوب کرده است اما با در نظر داشتن فرایند درمان معتادان، آنها را در طول دوره درمانی از مصونیت قانونی برخوردار نموده است. لیکن اگر معتادان قبل از درمان شناسایی و دستگیر شوند به جریمه نقدی پیش‌بینی کردۀ است. پنج میلیون ریال، شلاق تا سی ضربه برای مرتبه اول و در صورت تکرار هر بار تا ۷۴ ضربه و اخراج از مشاغل دولتی محکوم خواهند شد. قابل ذکر است که در ذیل ماده مربوطه قید شده است که در صورت ترک اعتیاد، امکان اشتغال مجدد معتادان اخراج شده میسر خواهد بود. این قانون همچنین برای مصرف کنندگان "غیر معتاد" مواد مخدر نیز جرائم نقدی و شلاق پیش‌بینی کرده است.* (جمعیت تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۷۶)

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

- اگرچه امروزه طبقه‌بندی‌های مشخصی برای مواد در سطح بین‌المللی وجود دارد، در قانون مذکور و آئین نامه‌های مربوط به آن طبقه‌بندی مشخصی برای مواد تعیین نگردیده است، جز آنکه از نظر تعیین جرائم و مجازات‌ها مواد از نظر شدت ایجاد وابستگی و عوارض در دو دسته اصلی قرار داده شده‌اند و از بسیاری از مواد دیگر نیز که مورد سوء‌صرف قرار می‌گیرند

* آنچه عمدتاً اتفاق می‌افتد این است که معتادان دستگیر شده چنانچه امکان پرداخت جزای نقدی را نداشته باشند به زندان محکوم می‌شوند و در ازای هر روز زندان ده هزار ریال از جزای نقدی آنان مستهلك می‌شود. به گفته مسئولان سازمان زندان‌ها، در سال ۱۳۸۱ حدود ۶۲۰۰۰ نفر با جرائم گوناگون وارد زندان شدند که حدود ۲۳۴۰۰۰ نفر آنان مربوط به جرائم مواد مخدر بوده است. از میان دسته اخیر نیز حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر صرفاً جرمان اعیاد بوده است.

(همچون LSD و مواد محرک)، نامی به میان نیامده است. از همین رو با استفاده از قانون فعلی نمی توان مواد را از لحاظ شدت تأثیرات نامطلوب اجتماعی، روانی و جسمانی و یا از لحاظ تأثیر مستقیم در ایجاد اعتیاد طبقه بندی نمود.

- اگرچه در متن قانون از لغات "اعتیاد" و "صرف" استفاده شده است لیکن در قانون و آیین نامه های مرتبط با آن تعریف مشخصی از "اعتیاد یا وابستگی"، "سوءصرف" و "صرف (تفريحی یا تفتتی)" مواد به طوری که بتوان از یکدیگر قابل تفکیک باشند، بیان نشده است.

- به نظر می رسد قانون در ماده ۱۵ در زمینه نگرش به مفهوم درمان اعتیاد دچار نقیصه جدی است، زیرا به ویژگی های "زمان" و "عودکنندگی" اعتیاد توجهی ندارد و از درمان، مفهومی مطلق را مدنظر دارد که با تعاریف و مفاهیم جامعه شناختی، روان شناختی و زیست شناختی از اعتیاد انطباق ندارد.

به نظر می رسد قانون در زمینه نگرش و اقدام در بعد کاهش تقاضای مواد دچار کاستی نسبی است و علی رغم موارد زیاد که همگی مربوط به اقدامات کاهش عرضه مواد هستند، فقط در یکی دو ماده از مفاهیم کاهش تقاضا نظر پیشگیری "نام برده است و علی رغم صراحت کامل در مورد وظایف و عملیات کاهش عرضه مواد، در زمینه وظایف مربوط به کاهش تقاضای مواد عدم شفافیت مشخصی دارد. این نشان دهنده گرایش یک جانبه به کاهش عرضه مواد است. (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹)

۴-۲) ساختار اجرایی کشور در امر کاهش تقاضا

براساس قوانین مصوب سال های ۱۳۶۷ و ۱۳۷۶ ساختار اداری کنترل سوءصرف مواد به صورت ستادی است مرکب از رئوسای دستگاه های مرتبط و رئیس جمهور. همچنین جهت ایجاد هماهنگی بین دستگاه های مختلف، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در نهاد ریاست جمهوری تشکیل شد که دبیرکل آن توسط رئیس جمهور انتخاب می شود و ساختار اداری مستقلی نیز در اختیار دارد. تا سال ۱۳۸۱ برنامه ریزی و سیاست گذاری در امور مختلف مرتبط با

اعتیاد از طریق کمیته‌های تخصصی تر که جزئی از ساختار ستاد محسوب می‌شدند صورت می‌پذیرفت. کمیته کاهش تقاضا و کمیته درمان، بازپروری و حرفه آموزی دو کمیته تخصصی مرتبط با امر کاهش تقاضا بودند که اولی به ریاست صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و با حضور دیگر دستگاه‌های فرهنگی و بهداشتی کشور (همچون وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، نیروی مقاومت بسیج) بود و دومی به ریاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حضور دیگر دستگاه‌های مرتبط به امر درمان و بازتوانی (همچون سازمان بهزیستی کشور، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، وزارت کار و امور اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی(ره)). با تغییر دیرکل ستاد در سال ۱۳۸۱، تغییراتی در ساختارهای درونی دبیرخانه ایجاد شد که برخی از ساختارهای کل ستاد را نیز تحت الشاعر قرار داد. کمیته‌های تخصصی عملاً غیرفعال شدند و در سطح دبیرخانه ستاد معاونت‌هایی ایجاد شد. یکی از آنها معاونت کاهش تقاضا بود که عملاً سعی کرد جای دو کمیته تخصصی کاهش تقاضا و درمان، بازپروری و حرفه آموزی را بگیرد. اما با این تفاوت که معاونت کاهش تقاضا صرفاً جزئی از دبیرخانه بود نه ستاد و از سوی دیگر به دلیل حضور نداشتن کارشناسان تخصصی دستگاه‌ها، از توانایی علمی-احرجایی لازم بی‌بهره بود. آخرین خبرهای نیز حاکی از فعالیت نداشتن این معاونت است. لذا به نظر می‌رسد در بخش کاهش تقاضا در سطح ستاد و دبیرخانه ثبات و هماهنگی لازم وجود ندارد.

دفتر پیشگیری و امور اعتیاد در حوزه معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور که در امر کاهش تقاضا در کشور پیش قدم 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 آموزشی پزشکی تا سال ۱۳۸۰ امور مرتبط با درمان اعتیاد در معاونت امور درمان در اداره کوچکی زیر نظر معاون امور درمان صورت می‌پذیرفت و امور مربوط به پیشگیری نیز در اداره بهداشت روان در حوزه معاونت بهداشتی انجام می‌شد. در سال ۱۳۸۰ با ادغام این دو معاونت و ایجاد معاونت سلامت، اداره پیشگیری و درمان سوئمصرف مواد

تشکیل شد که در حوزه دفتر سلامت جوانان و مدارس قرار دارد. این اداره به سازماندهی و گسترش فعالیت های مربوط به کاهش تقاضا در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی می پردازد. البته با توجه به ارتباط مصرف تزریقی مواد و بیماری های منتقل شونده توسط خون همچون ایدز و هپاتیت، مرکز مدیریت بیماری های نیز در امر کاهش آسیب فعالیت می کند و مراکزی موسوم به درمانگاه های مثالی، زیر نظر این مرکز فعالیت می کنند. معاونت سلامت همچنین با ایجاد کمیته کشوری کاهش آسیب در تابستان ۱۳۸۱ که زیر مجموعه کمیته کشوری ایدز بوده و از ادارات مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال احمر، اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیز با حضور اساتید بر جسته دانشگاهی تشکیل می شود، سعی در ساماندهی امر کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد به ویژه مهار ایدز داشته است.

اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان ها نیز امور کاهش تقاضا را در سطح زندان های کشور ساماندهی می کند.

در معاونت تربیت بدنی و تندرستی وزارت آموزش و پرورش نیز دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر به فعالیت های کاهش تقاضا می پردازد. البته اداره کل بهداشت و تغذیه این معاونت نیز به فعالیت هایی در این خصوص و به ویژه در امر پیشگیری از HIV/AIDS مبادرت می ورزد.

(STRATEGIC PLANS) برنامه های راهبردی (۳-۴)

نخستین گام در برنامه ریزی جامع کاهش تقاضا به تدوین برنامه پیشگیری، درمان و بازتوانی سوء مصرف مواد در سال ۱۳۷۳ در سازمان بهزیستی کشور باز می گردد. با ارائه این برنامه جامع و همه سوونگر و اقدامات عملی سازمان بهزیستی کشور، از سال ۱۳۷۵ مراکز درمان سرپایی معتمدان به سرعت گسترش یافت. بر همین اساس برنامه پیشگیری اعتیاد در چند استان کشور، توسعه خدمات گروه های خودیاری معتمدان و انتشار نشریات و فیلمهای آموزشی و دیگر

خدمات پیشگیرانه نیز به اجرا درآمد. این موضوع باعث گردید که اهداف کاهش تقاضا مورد توجه برنامه ریزان کشور و به خصوص ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گرفت. از این رو همزمان با ایجاد نگرش مثبت نسبت به لزوم تحقق اهداف برنامه 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 گردید و در نهایت اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹-۱۳۸۳) تدوین شد (برنامه کنترل مواد ملل متعدد، ۱۳۷۹).

اهداف این برنامه پنج ساله به شرح زیر است:

- (۱) کاهش مقبولیت اجتماعی مصرف مواد از طریق آموزش به جامعه
 - (۲) اعتلای سطح فرهنگ و تمهید دستیابی آحاد جامعه به مهارت‌های محافظت کننده
 - (۳) اقدامات مداخله‌ای، مشاوره‌ای و حمایتی زودرس برای افراد در معرض خطر
 - (۴) جلوگیری از مصرف غیرقانونی مواد و داروها
 - (۵) تأمین امکانات درمان معتادان برای همه افراد داوطلب و معتادان شناسایی شده
 - (۶) تمهید پیشگیری مستمر پس از ترک و شرایط بازگشت معتادان به جامعه
 - (۷) کاهش عواقب منفی بهداشتی ثانویه به اعتیاد مانند ابتلا به ایدز
 - (۸) کاهش موارد ارتکاب جرائم توسط سوء‌صرف کنندگان و معتادان.
- راهبردهای پیش‌بینی شده برای دستیابی به اهداف مذکور به شرح زیرند:
- (۱) پیش‌بینی ساختار مناسب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امر اعتیاد و پیش‌بینی ایجاد مؤسسه آموزشی و پژوهشی اعتیاد
 - (۲) جلب مشارکت و به کارگیری ظرفیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر بخش‌های مرتبط
- (۳) به کارگیری شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PRIMARY HEALTH CARE)

- (۴) به کارگیری وسیع رسانه های گروهی
- (۵) طراحی و اجرای برنامه های مبتنی بر دانش آموزان، دانشجویان، سربازان، کارگران و سایر گروه های آسیب پذیر
- (۶) به کارگیری برنامه های مبتنی بر جامعه در استان ها، شهرستان ها، منطقه ها و محلات توسعه فرهنگ و نظام مشاوره ای
- (۷) به کارگیری و ارتقای ظرفیت های بخش خصوصی
- (۸) به کارگیری و ایجاد سازمان ها و تشکل های غیردولتی نظیر انجمن های ملی و علمی
- (۹) جلب شرکت خانواده و نزدیکان معتادان و افراد مؤثر بر جامعه
- (۱۰) اجرای برنامه های پیشگیری از مصرف سیگار
- (۱۱) ارتقای کمی و کیفی مراقبت های بهداشتی درمانی و روش های تشخیصی
- (۱۲) تدوین و به کارگیری مقررات دارویی در زمینه ورود و توزیع و تجویز و در دسترس قراردادن داروهای مرتبط با سوء مصرف مواد
- (۱۳) به کارگیری پژوهش های بنیادی و کاربردی و ایجاد بانک اطلاعات اعتیاد به عنوان مبنای برنامه ریزی و اجرا.
- برخی از اهداف کمی پیش بینی شده در این برنامه به قرار زیر است:
- (۱) کاهش نرخ مصرف مواد در میان کارکنان دولت و کارگران به میزان ۲۰ درصد
- (۲) کاهش مصرف طبی داروهای طبقه بندی شده به میزان ۲۰ درصد
- (۳) ادغام برنامه های پیشگیری و درمان اعتیاد در شبکه خدمات بهداشتی اولیه به میزان ۱۰۰ درصد
- (۴) آموزش ۱۰۰ درصد مریبان بهداشت شاغل در شبکه خدمات بهداشتی اولیه
- (۵) ارتقای آگاهی و مهارت ۵۰ درصد از مریبان پرورشی وزارت آموزش و پرورش
- (۶) ارتقای آگاهی و مهارت ۳۰ درصد از والدین دانش آموزان کشور
- (۷) ارتقای آگاهی و مهارت های محافظتی ۱۰۰ درصد زندانیان نسبت به عواقب مصرف تزریقی مواد و رعایت اصول بهداشت

۸) افزایش پوشش خدمات مداخله در بحران، درمان و بازتوانی معتادان تامیزان ۱۰۰ درصد

۹) بازآموزی ۱۰۰ درصد روانپردازی و ۵۰ درصد از پزشکان عمومی

۱۰) تجهیز ۱۰۰ درصد مراکز اورژانس کشور به امکانات درمان مسمومیت ناشی از مواد

افیونی. (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۷)

البته شایان ذکر است که اگرچه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور به فعالیت‌های کاهش تقاضای خود - که تا حدود زیادی همخوان با اهداف برنامه است - ادامه می‌دهند، ولی به نظر می‌رسد زمان‌بندی‌های در نظر گرفته شده در این برنامه پنج ساله را رعایت نمی‌کنند. دلایل این امر ممکن است ریشه در واقع بینانه نبودن زمان‌بندی‌ها، تغییر در کادر مدیریتی دستگاه‌های بهداشتی -درمانی و کمبود بودجه داشته باشد.

همان‌طور که پیشتر گفته شد، کمیته کشوری کاهش آسیب در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ تأسیس شد. یکی از فعالیت‌های این کمیته تدوین پیش‌نویس برنامه پنج ساله کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد (۱۳۸۶-۱۳۸۱) بوده است.

اهداف کلی این برنامه شامل موارد زیر است:

۱) برقراری، حمایت، تقویت و ایجاد هماهنگی میان برنامه‌های چندبخشی و چندوجهی

مداخللات کاهش آسیب،

۲) کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد تزریقی، مانند: گسترش عفونت‌ها، جرائم، فحشا،

مرگ و میر ناشی از تزریق و غیره،

۳) کنترل عفونت‌های HIV، هپاتیت و سایر پاتوژن‌های منتقله از راه خون. (کمیته کشوری

کاهش آسیب، ۱۳۸۱)

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

۴-۴) همکاری های بین المللی

در زمینه همکاری های بین المللی، ایران یکی از اعضای کنوانسیون مواد مخدر در سال ۱۹۶۱ میلادی و کنوانسیون مبارزه با قاچاق مواد مخدر در سال ۱۹۸۸ میلادی است. همچنین کنوانسیون ۱۹۷۱ میلادی مواد روانگردار نیز توسط ایران به امضارسیده است. در همین ارتباط، توافق نامه های متعددی با کشورهای همسایه و منطقه آسیای میانه و خاورمیانه به امضارسیده یا در دست اقدام است. (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹)

برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل^{*} (UNDCP) که البته در سال ۱۳۸۱ به^{**} UNODC (تغییر نام یافت) در سال ۱۳۷۸ به دنبال افتتاح دفتر خود در تهران برنامه چهارساله مشترکی را با دولت جمهوری اسلامی ایران تدوین کرده و به امضارسانده است. نام این سند همکاری نوروز^{***} (NOROUZ) است و خود مشتمل بر چهار زمینه همکاری است که یکی از آنها (موسم به سند داریوش^{****} (DARIUS) در خصوص تقویت برنامه های کاهش تقاضای کشور است. بودجه این برنامه از سوی ۸ دولت اروپایی تأمین شده است. هدف آن ایجاد شبکه ای است از مؤسسات مربوط به کاهش، تقاضا و سازمان های غیردولتی 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 عبارتند از:

ایجاد مجموعه ای از متخصصان آموزش دیده و مجبوب کاهش تقاضای مواد مخدر (در زمینه های پیشگیری، درمان، بازپروری و جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات)، راه اندازی مؤسسه ملی تحقیقات و آموزش در خصوص سوء مصرف مواد مخدر، فعال سازی دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی و سازمان های غیردولتی در امر کاهش تقاضای مواد مخدر، توسعه و تقویت توانایی های برای هدایت و تجزیه و تحلیل روندها و الگوهای در سطح ملی و منطقه ای، طرح های

* UNITED NATIONS DRUG CONTROL PROGRAM

**(UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME)

***NARCOTICS REDUCTION UNITIZED PROGRAM

****DRUG ABUSE REDUCTION UNIFIED STRATEGY FOR IRAN

آزمایشی، درمانی و ابتكاری و پروژه‌های بازتوانی در کشور، طرح‌ها و ابتكارات ملی که در سطوح محلی و در سطح جامعه اجرامی گردند و بالاخره هدایت و کاهش پدیده سوءصرف مواد مخدر در سیستم زندان‌ها.

فعالیت‌هایی که تابه حال در این برنامه صورت گرفته است انعقاد قرارداد بیش از ۱۵ طرح اجرایی یا پژوهشی در سطح ملی بوده است که توسط دستگاه‌های مختلف کشور و با اعتبار مالی بین‌المللی به اجرا در آمده یا در حال اجراست. از میان آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

-راه اندازی مؤسسه ملی مطالعات و آموزش (مؤسسه داریوش) و تجهیز آن در مهرماه ۱۳۸۱ همچنین اجرای طرح بررسی اثربخشی درمان نگاه دارنده بالاترکسون در ایران توسط سازمان بهزیستی کشور؛ اجرای طرح بررسی همه‌گیری شناسی سوءصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران، اجرای طرح راه اندازی درمان نگاه دارنده با متادون و اجرای طرح کاهش آسیب در معتمدان خیابانی و جمعیت پرخطر وابسته توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ اجرای طرح شبکه ملی جمع آوری اطلاعات مربوط به اعتیاد، توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ اجرای طرح مدارس مروج سلامت توسط وزارت آموزش و پرورش؛ اجرای طرح بررسی وضعیت سوءصرف مواد اعتیادآور در زندان‌ها، توسط سازمان زندان‌ها و اجرای طرح بررسی علل مرگ و میر معتمدان، توسط سازمان پزشکی قانونی.

-اجرای چند کارگاه آموزشی در خصوص 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 نگه دارنده با داروهای آگونیست" نام برد که تأثیر به سزایی در کارشناسان امر اعتیاد بر جای گذاشت و فعالیت‌های مربوط به ایجاد درمانگاه‌های درمان نگاه دارنده با متادون به فاصله چند ماه در کشور شروع شد.

-چندین سفر مطالعاتی و آموزشی به کشورهای پیشو و در امر کنترل اعتیاد توسط این برنامه حمایت و اجرا شده است.

-فراخوان کمیته داریوش به محققان و مؤسسات تحقیقاتی کشور جهت ارائه طرح‌های

پژوهشی، آموزشی و اجرایی نیز باعث شد که صدھا طرح توسط افراد حقیقی و حقوقی در خصوص کاهش تقاضا به دیرخانه این کمیته ارسال شود. تمامی این طرح ها توسط یک کمیته علمی متشكل از چندین متخصص امر اعتماد بررسی شد و از میان طرح های واصله، بهترین ها انتخاب شد و وارد فرآیند عقد قرارداد و شروع عملیات اجرایی شدند. (کمیته داریوش، ۱۳۸۲)

(۵) بررسی های همه گیری شناسی مصرف مواد

بررسی های همه گیری شناسی(epidemiologic) در برنامه ریزی اقدامات کاهش تقاضا از پیشگیری اولیه گرفته تا درمان و کاهش آسیب نقشی مهم و حیاتی ایفا می کند. در سالهای اخیر این مسئله همیشه مورد توجه سازمانهای مختلف قرار داشته است و تحقیقات بسیار جالب توجهی نیز انجام شده است که البته جزئیات آن، خود گفتار جداگانه ای را می طلبد و در اینجا به ذکر چکیده چند مطالعه کلیدی اکتفا می شود.

۱-۵) ارزیابی سریع وضعیت سوئمصرف مواد در ایران

این مطالعه 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 گردید. این مطالعه در ۱۰ شهر از مراکز استانها انجام شده و معتادان قابل دسترس به سه گروه تقسیم شدند. معتادان مراجعه کننده به مراکز سریایی معتادان، معتادان زندانی و معتادان خیابانی. همچنین در هر منطقه از تعدادی از افراد کلیدی(key person) شامل مسئولان مبارزه با مواد مخدر و پزشکان شاغل در امر اعتماد در خصوص وضعیت اعتماد در استان مورد بررسی قرار گرفتند.

به علاوه در این مطالعه سعی شد با استفاده از سیستم معمول ثبت داده ها، تخمینی از تعداد مصرف کنندگان مواد در کشور به دست آید. با استفاده از نتایج آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی برای گواهی ازدواج، استخدام، اشتغال و اخذ گواهینامه رانندگی در خوبی‌بینانه ترین حالت تعداد مصرف کنندگان مواد افیونی را حدود یک میلیون نفر تخمین زد.

همچنین بر اساس آمار مرگ و میز ناشی از سوءصرف مواد ارائه شده تو سط سازمان پژوهشکی قانونی کشور که در سال ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ به ترتیب ۷۸۸ مورد و ۱۱۸۸ مورد گزارش شده بود، رقم معتمدان تزریقی کشور حدود ۳۰۰۰۰ نفر تخمین زده شد.
از سوی دیگر بر اساس اطلاعات خود مطالعه و آمار مراکز بازپروری کشور، تعداد معتمدان کشور کمی بیش از ۷۰۰ هزار نفر تخمین زده شد.

همچنین بر اساس این پژوهش ۲/۱۶ درصد جمعیت نمونه سابقه تزریق در یکماه گذشته داشتند لذا تعداد معتمدان با سابقه تزریق از رقم خوشبینانه ۱۶۶۰۰۰ تا ارقام بسیار بالاتری (چه بسا ۱۰ برابر) تخمین زده شد. همچنین از آنجا که ۸/۹ درصد از جمعیت نمونه عمدتاً از روش تزریق استفاده می کردند تعداد معتمدان تزریقی از حداقل یکصد هزار نفر تا ارقام بسیار بالاتر تخمین زده شد.

در این مطالعه میانگین جمعیت نمونه ۶/۳۳ سال بود. ۴/۹۳ درصد از جمعیت نمونه را مردان و ۶/۶ درصد را زنان تشکیل می دادند. بیش از نیمی از آنان از طریق خانواده مخارج خود را تأمین می کردند و نزدیک به یک چهارم نیز برای تأمین مخارج خود، به فعالیتهای غیرقانونی مانند قاچاق کالا، خرید و فروش مواد مخدر و جعل اسناد مباردت می ورزیدند.
شایع ترین ماده مصرفی آنان در یکماه گذشته به ترتیب تریاک، هروئین، شیره و حشیش بود.
شایعترین روش اصلی مصرف مواد در یک ماه گذشته به ترتیب تدخین، خوردن، تزریق و استنشاق بود.

۵/۸ درصد جمعیت نمونه به مصرف سایر مواد مثل دیازیپام، دیفنوکسیلات، کوکائین و مر芬ین اشاره نمودند. اکثریت قریب به اتفاق جمعیت نمونه معتمدان سابقه مصرف سیگار داشتند (۴/۹۴ درصد). میانگین سن شروع مصرف مواد سن ۲/۲۲ سالگی بود.
بیش از سه چهارم کل جمعیت نمونه از فواید کاندوم (condom) آگاه بود. اگر استفاده از کاندوم در آخرین رابطه جنسی نشانه استفاده مستمر از کاندوم تلقی شود، آنگاه به نظر می رسد که معتمدان مجرد بیش از غیر مجردها در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده می کردند. در

این مطالعه مشخص شد که بی توجی به مسائل بهداشتی، مراجعه کمتر به پزشک و ارتکاب رفتارهای پر خطر جنسی در معتادان، زمینه ابتلای آنان را به انواع بیماریها خصوصاً بیماریهای مقاربته فراهم کرده است.

از سوی دیگر با توجه به اطلاعات کشوری در مورد موارد آلوده تا آن زمان، مشخص شد که از آنجا که ۶۷ درصد کل افراد آلوده را معتادان تزریقی تشکیل می‌دادند، نسبت نتایج مثبت HIV در گروههای کم خطر یک به ۱۶۰۰۰ و در گروههای پر خطر یک به ۲۰۰ نفر بود. این نسبت در معتادان تزریقی ۱ به ۷۲ بود.

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

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

(۶) بررسی همه گیری شناسی سوءصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران

این بررسی در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری UNODC صورت پذیرفت. در این بررسی برای نخستین بار نمونه گیری بسیار وسیع در سطح کشور در مراجعان به اورژانسها در ۸۵ شهرستان که کلیه استانها را در بر می گرفت انجام گرفت.

نتایج دلالت بر وجود حداقل ۷۶۱۳۰۰۰ نفر مصرف کننده مواد افیونی (تریاک، شیره، هروئین و بوپرینورفین(buprenorphine)) داشت که از این تعداد ۳۱۳۳۰۰۰ نفر بیش از یک سال بود که مواد مصرف می کردند. از این تعداد ۵۴۷۲۰۰۰ نفر مصرف مشکل آفرین (سوءصرف یا وابستگی) داشتند که ۳۹۰۱۰۰۰ نفر آنها در حد سوءصرف(abuse)(به معنای اخض کلمه) و ۱۵۸۱۰۰۰ نفر آنها در حد اعتیاد یا وابستگی(dependence) بود. ۲۱۴۱۰۰۰ نفر نیز مصرف کننده تلقنی شدند. تعداد موارد مصرف و اعتیاد به ترتیب برای مواد مختلف بدین ترتیب بود: تریاک (۳۱۰۵۰۰۰ و ۱۱۹۷۰۰۰)، شیره (۵۲۲۰۰۰ و ۲۵۵۰۰۰)، هروئین (۲۷۷۰۰۰ و ۲۵۳۰۰۰)، بوپرینورفین (۱۱۹۰۰۰ و ۶۰۰۰)، الكل (۱۳۶۸۰۰۰)، علاوه بر این ۳۹۱۰۰۰ نفر حشیش و ۹۳۰۰۰ نفر مواد محرك استفاده می کردند (البته باید به مصرف همزمان مواد توجه شده و از جمع زدن اعداد با هم اجتناب کرد). حدود ۱۳۷۰۰۰ نفر در طی سال پیش مصرف تزریقی مواد افیونی داشتند که تنها ۴۸۰۰۰ نفر از آنها معتاد بودند.

برای نخستین بار در یک پژوهش داخلی، وسعت مصرف سرخود داروهای وابستگی آور تخمین زده شد. مصرف سرخود و بدون نسخه این داروها (شامل بنزو دیازپین ها، باربیتورات ها، دیفنوکسیلات(diphenoxilate)، دکسترومتروفان(dextromethorphan)، کدئین(codeine)، پتیدین(pethidine)، مرفین(morphine)، عمدتاً با هدف خود درمانی، لذت، رفع علائم محرومیت بسیار بالا بود (حدود ۴۸۰۶۰۰۰ نفر در یک ماه اخیر). از میان آنها، ۱۱۲۱۰۰۰ همزمان مواد افیونی نیز مصرف می کردند. ۳۴۷۰۰۰ نفر نیز صرفاً از این داروها مصرف می کردند. مصرف و اعتیاد به مواد در مردان ۴-۸ برابر زنان و میانگین سن مصرف کنندگان حدود ۴۲

سال بود. برخلاف تصور عمومی در سال های اخیر، سن شروع مصرف هروئین بالا رفته بود. نشان داده شد 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 بیشتر توسط افراد با وضع اقتصادی بد و الکل با وضع اقتصادی خوب مصرف می شد و حشیش گرایش به هر دو قطب داشت.

این پژوهش در مورد مصرف مواد وجود الگوی کوه یخ(iceberg) را که در مورد کلیه مشکلات بهداشتی مطرح است را مورد تأیید قرار داد. بدین ترتیب که در مورد کلیه مواد فقط اقلیتی از افراد معتاد یا وابسته بوده و اکثر افراد سوءمصرف کننده یا مصرف کننده تفتی هستند. با توجه به انجام تحقیق در سال ۱۳۸۰ و سپری شدن دو سال، 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 سال های اخیر به طور متوسط میزان رشد سالانه بروز سوءمصرف مواد ۸ درصد و مصرف تزریقی ۳۳ درصد بوده است، با تعمیم این یافته ها به دو سال اخیر به ارقام بالاتری می رسیم. (برای مثال میزان کل مصرف مواد افیونی در سال ۱۳۸۲ به ۴۸۷۳۰۰۰ نفر و مصرف مشکل آفرین (سوءمصرف یا اعتیاد) مواد افیونی به ۲۹۷۱۰۰۰ نفر، سوءمصرف مواد افیونی (به معنای خاص کلمه) به ۱۶۲۱۰۰۰ نفر و اعتیاد (وابستگی) به مواد افیونی به ۱۳۵۰۰۰۰ نفر بالغ خواهد گردید. همچنین در مورد مصرف کنندگان تزریقی مواد به رقم ۲۴۲۰۰۰ نفر و معتادان تزریقی به ۸۵۰۰۰ نفر می رسیم. (تعاونیت سلامت ۱۳۸۲،

۶-۱) مطالعه وضعیت مصرف تزریقی مواد در تهران

این مطالعه که جزئی از طرح بین المللی سازمان جهانی بهداشت(WHO)* با نام IDU-RAR** است، توسط چند محقق داخلی با همکاری این سازمان و کارشناسان سازمان بهزیستی کشور در سال

* World Health Organization

**Intravenous Drug Use-Rapid Assessment and Response



۱۳۸۰ صورت گرفت که اطلاعات آن به تازگی انتشار یافته است.

محل مطالعه شش محله شهر تهران بود. جمعیت هدف این مطالعه افراد کلیدی و مصرف کنندگان مواد بودند.

مشخص شد که شایع‌ترین مواد مورد مصرف شامل تریاک، هروئین و حشیش بودند. به علاوه مواد روانگردان نیز به وفور مصرف می‌شد. میزان مصرف تریاک و هروئین به یک اندازه برآورد شد. هم افراد کلیدی و هم مصرف کنندگان تزریقی متفق القول بودند که به خاطر افزایش قیمت تریاک در طول یک سال پیش از تحقیق مصرف هروئین رو به افزایش بوده است. افزایش شیوع مصرف مواد در زنان و کاهش میانگین سن شروع مصرف از دیگر یافته‌های این تحقیق بود.

مصرف کنندگان تزریقی زن ۲۴ درصد موادر 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، سپس کشیدن هروئین و دست آخر تزریق هروئین. فاصله زمانی بین اولین تجربه مصرف مواد در زندگی فرد و مصرف تزریقی مواد ۲۲ تا ۱۲ سال بود.

اشتراك سرنگ و وسائل تزریق در محله‌های مختلف بین ۳۰ تا ۱۰۰ درصد بود. اشتراك سرنگ در زندان یک اصل بود.

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

بیش مصرف (overdose) یکی از عوارض شایع مصرف تزریقی در محلات مورد مطالعه بود. دو سوم مصرف کنندگان تزریقی سابقه زندانی شدن داشتند و اکثرًا چند بار زندان افتداد بودند. مصرف مواد در زندانها امری شایع بوده و نیمی از افراد با سابقه مصرف مواد در زندان، تزریق با وسائل مشترک را در زندان گزارش کردند. هیچ برنامه کاهش آسیبی در مناطق مورد مطالعه دیده نشد.

به نظر پژوهشگران، این مطالعه نشان دهنده میزان و شدت مصرف مواد در سال های اخیر بوده است. حرکت از مصرف تریاک به هروئین و به خصوص تزریق هروئین ناشی از محدودیت دسترسی و افزایش قیمت تریاک و خلوص پایین هروئین بوده است. (WHO, 2003)

۱-۶) وضعیت شیوع HIV/AIDS در کشور

مرکز مدیریت بیماری های معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور منظم وضعیت شیوع عفونت HIV را در کشور منتشر می کند. طبق آخرین آمارها از سال ۱۳۶۵ تا به حال (۱۳۸۲/۴/۱) ۵۰۵۱ فرد آلود به ویروس HIV در کشور شناسایی شده اند. البته از میان آنان ۴۳۳۱ نفر هنوز بدون علامت بوده و ۷۲۱ نفر دچار علائم بیماری شده اند که ۶۷۴ نفر از آنان نیز تا کنون فوت شده اند. ۵/۹۵ درصد افراد آلودگی به ویروس شده اند (مرکز مدیریت بیماری ها، تیرماه ۱۳۸۲). کارشناسان این مرکز معتقدند شمار واقعی افراد آلود به ویروس ایدز در کشور بین ۲۲ تا ۲۵ هزار نفر است.

۷) اهم برنامه ها و فعالیت های پیشگیرانه

۷-۱) برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد

اولین برنامه های جامع و هماهنگ پیشگیری، عمدتاً بر اساس برنامه تنظیمی سال ۱۳۷۳ سازمان بهزیستی کشور و توسط همین سازمان و با مشارکت تمامی دستگاه های مرتبط با کاهش تقاضا در استان های متعددی به صورت منطقه ای طراحی و برنامه ریزی شده و به مرحله اجرا درآمد. هدف از اجرای این برنامه، کاهش میزان سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر در جامعه با استفاده از موارد زیر بود:

افزایش اطلاعات اقسام مختلف جامعه در مورد خطرات مواد مخدر و ایجاد نگرش منفی در آنان نسبت به مصرف مواد، آموزش مهارت های 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 استرس زای خانوادگی و محیطی کودکان و نوجوانان و نهایتاً شناسایی و درمان و بازپروری معتادان به مواد مخدر. (برنامه کنترل مواد ملل متجلد، ۱۳۷۹)

جهت برنامه ریزی فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد، شیوه‌هایی استفاده شد که موفق‌ترین الگوی برنامه ریزی شده منطقه‌ای توسط بخش‌های مختلف آن جامعه بود. در این الگو، دست اندرکاران و کارشناسان نهادهای درگیر با مشکل اعتیاد در منطقه مربوطه، به منظور ارائه راه حل و نحوه مداخله برای کاهش اعتیاد، باه کارگیری اصول علمی و فنی پیشگیری، برنامه ریزی می‌کردند. علت بهره‌گیری از این شیوه، شناخت بیشتر کارشناسان منطقه از جامعه هدف و عوامل زمینه‌ساز و مستعدکننده اعتیاد و امکانات و منابع در دسترس منطقه خود، و لزوم اجرای برنامه توسط نهادهای مختلف با مشارکت و همکاری یکدیگر بود. (برنامه کنترل مواد ملل متجلد، ۱۳۷۹)

اجرای آزمایشی برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد در استان کرمانشاه صورت گرفت و سپس در استان‌های هرمزگان، کرمان، فارس، یزد، مازندران، کردستان، اصفهان، مرکزی، لرستان، خراسان و گیلان 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.

۷-۲) برنامه آگاه‌سازی از اعتیاد

یکی دیگر از اولین برنامه‌های پیشگیری که توسط سازمان بهزیستی کشور به اجرا درآمد برنامه آگاه‌سازی جامعه بود. اهداف این برنامه عبارت بودند از: ارتقای آگاهی افراد در مورد شیوع، شدت و مشکلات ناشی از اعتیاد، ضرورت و اهمیت به کارگیری برنامه‌های پیشگیرانه و جلب

مشارکت و مداخله افراد و گروه های مؤثر. برنامه آگاه سازی به عنوان مقدمه برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد و درجهت ایجاد فرهنگ مناسب با پیشگیری و ایجاد آمادگی در مردم و نهادها در بیش از ۱۵ استان کشور به اجرا درآمد. (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹)

(HEALTH PROMOTING SCHOOLS) طرح مدارس مروج سلامت (۷-۳)

مدرسه مروج سلامت، ابتکاری است که در سال ۱۹۹۵ میلادی از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان الگویی برای مواجهه با مشکلات سلامت و آموزش از طریق نهاد مدرسه به جهانیان معرفی شد و به دلیل کارآمدی و اثربخشی به سرعت جهانگیر گردید. هم اکنون مدارس مروج سلامت در تمامی قاره های جهان در حال فعالیت هستند و مقالات علمی متعددی به دستاوردهای این مدارس در پیشبرد سلامت و آموزش اشاره دارند.

در این طرح سعی می شود شیوه های زندگی را به صورت مدام العمر بهبود و برخی از رفتارهای خطرناک از قبیل سوء مصرف مواد، خشونت، بیماریهای مقاریتی (شامل ایدز و آلوگی به ویروس آن) و استعمال دخانیات را از طریق مدارس متوسطه کاهش داده شود.

هدف کلی این طرح ارتقای رفتارهای پیشگیرانه و سالم در دانش آموزان نوجوان دوره متوسطه اعلام شده است. تاکنون ۶۵۰۰۰ نفر از کارکنان مؤثر در قالب مجریان طرح مدارس مروج سلامت و مهارت های زندگی آموزش داده شده اند. (دفتر پیشگیری از سوء مصرف آموزش و پرورش، ۱۳۸۲)

از دیگر فعالیت های آموزش و پرورش، تهیه کتاب مهارت های زندگی ویژه دانش آموزان اول راهنمایی است که این طرح در ۱۵۰۰ آموزشگاه در حال اجراست و در سال تحصیلی ۸۲ توسعه یافته است. همچنین اجرای طرح راهنمای تلفنی ویژه سوالات دانش آموزان در مورد اعتیاد و تهیه و تدوین طرح کنترل دخانیات در دانش آموزان از اهم فعالیت های وزارت آموزش و پرورش بوده است. (دفتر پیشگیری از سوء مصرف آموزش و پرورش، ۱۳۸۲) از سوی دیگران وزارت خانه به همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به ایجاد کمیته عالی

مشترکی کرده است که هدف از آن ارتقای سلامت مدارس بوده و در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه فعالیت می‌کند. همچنین این وزارتخانه با سازمان بهزیستی طرح‌های مشترکی جهت پیشگیری از اعتیاد در حال بررسی دارند.

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

۷-۴) اهم برنامه‌ها و فعالیت‌های درمانی

۷-۴-۱) درمانگاه‌های اعتیاد

از نیمه دوم سال ۱۳۷۵، تدریجاً واحدهای درمان سرپایی معتادان با هدف ارائه خدمات درمان سرپایی برای معتادان داوطلب ترک (خودمعرف)، از طریق سازمان بهزیستی در مراکز استان‌ها تأسیس شد. در حال حاضر مجموعاً بیش از ۸۸ واحد این سازمان، درمان سرپایی معتادان خودمعرف را در سراسر کشور به عنده دارند.

واحدهای مذکور با استفاده از کادر روانپژشک، پزشک عمومی، روانشناس بالینی و مددکار اجتماعی، و تأکید بر درمان‌های غیردارویی به خصوص درمان‌های گروهی معتادان و خانواده آنان، ارائه خدمات مددکاری اجتماعی، روانشناختی، روانپژشکی، طبی و پیگیریهای پس از ترک، امکان معالجه معتادان را در بطن جامعه فراهم می‌نمایند. (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹) از سال ۱۳۷۹، معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز به تدریج ایجاد درمانگاه‌های سرپایی درمان اعتیاد را که عمدتاً به سم‌زدایی می‌پرداختند، آغاز نمودند. تاکنون بیش از ۸۰

درمانگاه از این دست در دانشگاه های علوم پزشکی کشور ایجاد شده است.

با وجود تمام این موفقیت ها، از یک سو تعداد مراجعان درمانگاه های بهزیستی و دانشگاه های علوم پزشکی کشور محدود بوده و بین ۵۵ تا ۶۵ هزار نفر در سال تخمین زده می شود (ولذا به هیچ وجه جوابگوی خیل عظیم سوء مصرف کنندگان مواد نیست)، و از سوی دیگر از آنجا که الگوی اصلی درمان بر پایه سم زدایی و دیگر اقدامات دارویی و غیر دارویی کوتاه مدت است، اثر درازمدتی بر وضعیت مصرف مواد در مراجعان نخواهد داشت. آنچه مؤید این مطلب است تحقیقی درخصوص درمان با نالتrexone (NALTREXONE) است که توسط سازمان بهزیستی کشور انجام شده است و قرار است به زودی انتشار یابد. طبق این تحقیق، تنها 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 سم زدایی تنها در کشور بسیار بیش از این است.

-INTENANCE TREATMENT CLINICS (METHADONE MA)

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 نمی آورند. برای بسیاری، مصرف نوعی ماده با خواص شبیه افیونی برای دست یافتن به "حال عادی" ضرورتی حیاتی محسوب می شود. برای این دسته افراد سم زدایی تنها در مصرف وقفه ایجاد می کند و باعث مصرف نکردن نمی شود. (مستشاری، ۱۳۸۲)

متادون دارویی شبیه افیونی است که به طور صنعتی تولید می گردد. این دارو که در سال های جنگ دوم جهانی در آلمان برای تسکین درد ساخته شده بود از اواسط دهه ۶۰ سده گذشته میلادی برای درمان نگاه دارنده مصرف کنندگان افیونی با موفقیت به کار رفته است. این دارو همراه با ایجاد سطح ثابت خونی، نشیگی ایجاد نمی کند و پس از مدتی مصرف، باعث ایجاد تحمل نسبت به سایر مواد افیونی می شود و بنابراین در صورت سوء مصرف جانبی نیز مواد

افیونی تأثیر نشانه آوری روی فرد نمی گذارند.

صرف متادون در بیماران معتاد با مزایای بسیاری همراه است که در زیر به مهمنترین آنها

اشارة می شود:

۱) از میزان مرگ و میر میان معتادان به طرز بارزی می کاهد

۲) میزان باقی ماندن بیماران در درمان افزایش می یابد

۳) میزان صرف مواد غیرقانونی در بیمارانی که متادون دریافت می کنند به طرز معتاداری

کمتر است

۴) میزان ارتکاب جرائم به دنبال درمان نگاه دارنده با متادون کاهش می یابد

۵) کاهش گرفتاری ایدز به دنبال صرف منظم متادون در مطالعات بسیار متعددی به اثبات

رسیده است

۶) میزان رفتار تزریقی به طرز بارزی کاهش می یابد

۷) میزان رفتارهای پر خطر جنسی را کاهش می دهد

۸) درمان با متادون به همراه سایر اقدام های کاهش آسیب از نظر اقتصادی باصرفة تر است،

۹) میزان افسردگی را کاهش می دهد

۱۰) حس بهروزی و رضایت جسمانی افزایش می یابد و میزان صرف داروهای متفرقه به

دبیل درمان نگاه دارنده با متادون کاهش می یابد

۱۱) میزان اشتغال افزایش می یابد

۱۲) میزان الكل صرفی افراد در درمان های نگاه دارنده کاهش می یابد.

اصلوً درمان نگاه دارنده متادون برای بیماران با وابستگی شدیدتر با پی آمدهای درمانی بهتری همراه بوده است. استفاده از سایر روش های درمان در کنار درمان با متادون و نیز افزایش خدمات سطح بالای اجتماعی و انطباق روش های عمومی درمان بر نیازهای فردی، میزان موفقیت درمانی را بالا می برد. اضافه نمودن سایر درمان ها در کنار درمان با متادون در بازگشت به درمان بیمارانی که درمان را قطع کرده اند نیز مؤثر دانسته شده است. برای مادران باردار معتاد به

مواد افیونی، درمان با متادون ارجح است و باعث افزایش وزن نوزاد می‌شود. (مستشاری، ۱۳۸۲) جایگاه درمان نگاهدارنده با متادون به عنوان روشی مؤثر برای درمان اعتیاد در کنار سایر روش‌های درمانی اعتیاد در سیستم درمانی کشور با توجه به توضیحات فوق نمایان می‌شود. هم به لحاظ ناکارآمدی سایر روش‌های درمانی برای گروه زیادی از معتادان و هم به لحاظ گسترش شیوع آلدگی با ویروس نقص ایمنی، ضرورت وجود این روش درمانی در کشور انکارناپذیر می‌نماید. اداره پیشگیری و درمان سوءصرف 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 نمود.

اهداف اصلی این طرح آزمایشی عبارت بود از:

بررسی کارآیی درمان با متادون در شرایط فعلی کشور و بررسی شرایط ضروری برای ایجاد مراکز درمان متادون در کشور و بررسی مشکلات احتمالی همراه با درمان متادون و تلاش جهت حل آنها.

اولین مرکز در بیمارستان روزیه تهران در مهرماه ۱۳۸۱ شروع به کار کرد و دو مین مرکز نیز در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۲ در درمانگاه مشاوره رفتاری مرکز بهداشت غرب تهران کار خود را شروع کرد. آخرین گزارش‌ها نیز حاکی از آغاز به کار درمانگاه‌های متادون در شیراز و مشهد است. وزارت بهداشت در نظر دارد در صورت تخصیص بودجه حداقل ده درمانگاه متادون دیگر را در کشور تأسیس نماید. سازمان بهزیستی کشور و سازمان زندان‌ها نیز طرح‌هایی برای درمان نگاهدارنده با متادون در دستور کار دارند.

۷-۴-۳) ادخام پیشگیری و درمان سوءصرف مواد در نظام مراقبت‌های اولیه کشور

از نظرسازمان جهانی بهداشت، خدمات بهداشتی اولیه مراقبت‌های اساسی است که باید با هزینه‌ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه 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 (خانه بهداشت) آغاز می‌شود و از این طریق به سطح دوم (مرکز بهداشتی درمانی) و سپس به سطح سوم

(بیمارستان‌ها) راه می‌یابد. این نظام سال‌هاست که در کشور فعالیت می‌کند. شبکه روستایی کشور پوشش تقریباً کاملی دارد اما در سطح شهرها گسترش کمتری داشته است. با در نظر گرفتن این نکته که با توجه به توانمندی‌های ساختاری سیستم شبکه، در حال حاضر هیچ سازمان و تشکیلات دیگری از توانایی‌های معادل آن برخوردار نیست، ادغام برنامه پیشگیری و درمان اعتیاد در ساختار شبکه می‌تواند گامی مؤثر در پیشبرد پیشگیری و درمان اعتیاد باشد. (اداره پیشگیری و درمان سوءصرف مواد، ۱۳۸۱)

از سال‌ها پیش در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، مسئله ادغام برنامه‌های اعتیاد در نظام مراقبت‌های اولیه مطرح بوده است، ولی به دلایل گوناگون این طرح به مرحله عملیاتی نرسید. از سال ۱۳۸۱ مجددأ در معاونت سلامت این طرح، مطرح و طرح عملیاتی آن تدوین شد و قرار است در نیمه دوم سال ۱۳۸۲ به طور آزمایشی در سه استان کشور به اجرا درآید.

هدف کلی طرح به این شرح است:

کاهش میزان سوءصرف، وابستگی به مواد و کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد با استفاده از امکانات شبکه بهداشت و درمان کشور.

اهداف اختصاصی طرح عبارتند از:

۱) تعیین مقادیر شاخص‌های همه‌گیری شناسی سوءصرف مواد در پایان طرح (۲ سال پس از شروع مداخله)

۲) افزایش آگاهی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران از حد پایه به میزان 30% درصد در پایان طرح (۲ سال پس از شروع مداخله)

۳) افزایش آگاهی توده مردم از حد پایه به میزان 30% درصد در پایان طرح

۴) افزایش آگاهی و نگرش خانواده معتادان خود معرف از حد پایه به میزان 60% درصد در پایان

طرح

۵) افزایش آگاهی و نگرش معتادان خود معرف از حد پایه به میزان 30% درصد در پایان طرح

۶) افزایش آگاهی گروه‌های در معرض خطر از حد پایه به میزان 50% درصد در پایان طرح

۷) افزایش آگاهی و نگرش کارکنان بهداشت و درمان از حد پایه به میزان ۵۰ درصد در پایان

طرح

(۸) کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد (ترک تحصیل، طلاق، فرار از مدرسه و ...) به میزان ۲۰ درصد در پایان طرح

(۹) درمان ۶۰ درصد معتادان خود معرف توسط پزشکان عمومی آموزش دیده در بخش دولتی یا خصوصی بر اساس پروتکل درمانی مصوب

(۱۰) درمان ۹۰ درصد معتادان خود معرف ارجاع شده از سوی پزشکان عمومی به مراکز سرپایی درمان تخصصی براساس پروتکل درمانی مصوب

(۱۱) بستری نمودن و درمان معتادان خود معرف ارجاع شده از مراکز سرپایی درمان تخصصی در بیمارستان براساس پروتکل درمانی مصوب

(۱۲) ارجاع معتادان درمان شده به سازمان بهزیستی برای استفاده از خدمات توانبخشی

(۱۳) افزایش آگاهی معتادان در خصوص بیماری‌های منتقله از راه تزریق به میزان ۷۰ درصد در پایان طرح

(۱۴) افزایش آگاهی و شناخت معتادان در زمینه راه‌های کاهش آسیب به میزان ۵۰ درصد در پایان طرح

(۱۵) کاهش رفتارهای پر خطر (در معتادان تزریقی) به میزان ۳۰ درصد در پایان طرح

(۱۶) کاهش میزان شیوع اعتیاد تزریقی به میزان ۲۰ درصد در پایان طرح. (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ۱۳۸۱)

به نظر می‌رسد طراحان سعی کرده اند اهداف را تا حد امکان واقع بینانه و دست یافتنی ترسیم کنند و از بلندپروازی‌های معمول در امر برنامه نویسی پرهیز نمایند. برای رسیدن به این اهداف از راهبردهای پژوهشی، آموزشی، درمانی و بازتوانی و کاهش آسیب بهره گرفته می‌شود.

(۷-۴-۴) گروه‌های خودداری معتادان

از سال ۱۳۷۳ فعالیت‌هایی به منظور جلب مشارکت معتادان ترک کرده و نیز اعضای خانواده‌های

آنان در امر درمان و ادامه بهبودی، صورت گرفته است. در این جهت گروه معتادان گمنام(NARCOTICS ANONYMOUS) با عضویت معتادان بهبود یافته و گروه دیگری مشکل از خانوادهای عضو خانواده معتادان در امر بیماریابی، ارجاع و جلب مشارکت معتادان و خانواده‌ها، در ادامه بهبودی و زندگی بدون مواد، در تهران و شهرستان‌ها تشکیل می‌گردد. و بسیاری از معتادان با عضویت در این گروه‌ها بهبودی خود را بازیافته‌اند. از جمله تأثیرات مثبت فعالیت گروه معتادان گمنام، جلوگیری از عود مجدد اعتیاد در اعضا گروه بوده است. تشکیل گروه معتادان گمنام زن(NA) از دیگر دستاوردهای قابل ملاحظه اهداف مربوط به توسعه گروه‌های خودداری است. (برنامه کنترل مواد ملل متحد، ۱۳۷۹) هم اکنون جلسات معتادان گمنام در سه گروه زنان، مردان و خانواده‌های معتادان و با عضویت هزاران معتاد بهبود یافته در تمامی مراکز استان‌ها و نیز برخی از شهرستان‌ها برگزار می‌گردد. از جمله خدمات گروه معتادان گمنام ترجمه و توزیع بیش از ۴۰ جزوی آموزشی از نشریات NA جهانی بوده است که در هزاران نسخه چاپ و در اختیار معتادان در حال درمان و بهبود یافته قرار گرفته است. (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹) از دیگر گروه‌های فعال معتادان می‌توان به جمعیت آفتاب و کنگره «۶۶ اشاره کرد که در سطح کشور هزاران عضو دارند.

۸) اهم برنامه‌ها و فعالیت‌های کاهش آسیب

۸-۱) درمانگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری (درمانگاه‌های مثلثی)

این درمانگاه‌ها که در حوزه 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 تزریقی، درمان بیماری‌های مقاربی و مراقبت و حمایت از مبتلایان به HIV می‌پردازند. هر سه این اختلالات و بیماری‌ها از راه رفتارهای پرخطر به افراد منتقل می‌شوند و می‌توان آنها را به نوعی

اختلال رفتاری نیز به شمار آورد. با در نظر گرفتن این سه دریک واحد می‌توان خدمات جامع و ادغام یافته‌ای را به بیماران ارائه داد. این امر همچنین از ایجاد برچسب‌های منفی به مراجعان جلوگیری می‌کند. این درمانگاه‌ها پیشگیری و مراقبت را با هم ادغام می‌کند و خدمات متعددی را ارائه می‌دهد. جمعیت هدف این درمانگاه‌ها شامل گروه‌های زیر است: معتادان تزریقی، مصرف کنندگان مواد به طور کلی، جمعیت‌های پرخطر، داوطلبان مشاوره و آموزش از نظر HIV، مبتلایان به ویروس HIV، افراد خانواده مبتلایان به HIV، بیماران دچار بیماری‌های مقابله‌ی و افرادی که با ترشحات بدنی آلوده تماس یافته‌اند. (WHO EMRO, 2003)

اهم خدمات این مراکز به این قرار است:

- مشاوره ارزیابی خطر و کاهش خطر HIV،
- آزمون و مشاوره داوطلبانه،
- توزیع وسایل کاهش آسیب (کاندوم، ماده پاک کننده (BLEECH)، سرنگ و سوزن و...)
- ارزیابی آزمایشگاهی و بالینی بیماران،
- تشخیص و درمان بیماری‌های مقابله‌ی، سل، عفونت‌های فرصت طلب،
- درمان پیشگیرانه از سل و PCP در مبتلایان به ویروس HIV،
- درمان ضد رتروویروس در بیماران دچار HIV (البته به دلیل پاره‌ای مشکلات عملاً در عده ناچیزی از بیماران اجرامی شود)،
- ارجاع به خدمات تخصصی (درمانگاه‌های اعتیاد، خدمات دندانپزشکی، خدمات بستره و...)
- پیشگیری از انتقال HIV از مادر به جنین،
- پیشگیری از ابتلا به HIV پس از تماس تصادفی،
- برنامه‌های آموزش همسال (PEER EDUCATION)،
- درمان‌های حمایتی از مبتلایان به HIV (حمایت روانی- اجتماعی، فعالیت‌های تفریحی برای آنان و خانواده و دوستان شامل گروه درمانی برای مبتلایان و خانواده آنها)،

- واکسیناسیون هپاتیت B

- فعالیت‌های پیشگیری اولیه از HIV

- اتصال به سازمان‌های دیگری همچون کمیته امداد امام خمینی(ره)، هلال احمر و سازمان

بهزیستی کشور،

- پیگیری مراجuan در منزل (WHO EMRO, 2003)

به گفته مسئولان مرکز مدیریت بیماری‌ها، بیش از ۲۰ درمانگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری تا به حال شروع به کار کرده است. البته همه فعالیت‌های فوق به یکسان در همه درمانگاه‌ها عرضه نمی‌شود و با مشکلاتی روبه رو هستند. اولین و شاید فعالترین درمانگاه مثالی در کرمانشاه در مهرماه ۱۳۷۹ شروع به کار کرد. در تهران نیز دو درمانگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری در حال کار است.

۸-۲) درمانگاه‌های مثالی سازمان زندان‌ها

اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از سوءصرف مواد انجام داده است و به گفته مقامات این اداره کل تا به حال بیش از ۲۰ درمانگاه مثالی با اهدافی شبیه درمانگاه‌های هم‌نام خود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعدادی از زندان‌های کشور تأسیس نموده است. تداوم این اقدامات با توجه به اینکه بیش از ۲۰۰ زندان در کشور وجود دارد و تعداد فراوانی از زندانیان دچار اعتیاد هستند و مصرف تزریقی در زندان‌ها امری شایع است، نقش بسیار مهمی در کاهش انتشار HIV در جامعه ایفا خواهد نمود.

۸-۳) مراکز مشاوره 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، طرفدار رفع هرگونه تبعیض نسبت به

مبلایان به HIV است و در جهت تحرک بخشیدن جامعه در پیشگیری از HIV/AIDS حرکت می کند. این جمعیت در سال های اخیر اقدام به راه اندازی مراکز مشاوره ایدز نموده است که به اقدامات پیشگیرانه و نیز مشاوره ای در این خصوص می پردازند.

(۸-۴) طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر وابسته (RELATED)
اشربخشی برنامه های کمک رسانی (OUTREACH) در کاهش رفتارهای خطرناک
صرف کنندگان تزریقی مواد کاملاً مستند است. نشان داده شده است که مداخلات کمک رسانی
به مصرف کنندگان تزریقی کمک می کند تا رفتارهای خطرناکشان (خصوصاً استفاده از مواد،
سوzen و به میزان کمتر، رفتارهای خطرناک جنسی) را کاهش دهند. بخش عظیمی از
صرف کنندگان تزریقی پس از آن که در معرض این برنامه ها قرار گرفتند رفتارهایشان را تغییر
دادند. برنامه های کمک رسانی، چنانچه به صورت مجموعه ای از خدمات معطوف به تغییر رفتار
ارائه شوند، می توانند الگوی مؤثری برای دسترسی به گروه هایی باشند که معمولاً وارد نظام
درمانی نمی شوند. (وزیریان، ۱۳۸۱)

اداره پیشگیری و درمان سوءصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قصد
دارد با انجام این طرح به هدف کاهش انتشار HIV در بین معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر
مرتبط با آنها دست یابد. با انجام این طرح می توان به این گروه پرخطر و دور از دسترس نظام
درمانی، کمکهای بهداشتی، پزشکی و اجتماعی اولیه و ضروری را ارائه نموده و به تدریج آنان را
جذب نظام های درمانی و تأمین اجتماعی نمود (وزیریان، ۱۳۸۱).

استفاده از سازمان های غیر دولتی جهت برقراری ارتباط با معتادان خیابانی و ارائه خدمات به
آنها راهبرد اصلی این طرح است.

(۹) مراکز پژوهشی اعتیاد

۹-۱) مرکز آموزشی و پژوهشی سوئمصرف و وابستگی به مواد (مؤسسه داریوش) این مرکز که در اصل یکی از بروندادهای برنامه داریوش است به لحاظ ساختاری جزئی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است که در سال ۱۳۸۱ فعالیت خود را آغاز نمود. این مؤسسه تازه تأسیس در حال سازماندهی است و تلاش می کند در زمینه های مختلف مربوط به کاهش تقاضا به پژوهش پردازد.

(۹-۲) مرکز ملی تحقیقات اعتیاد

تصمیم در ایجاد یک مرکز ملی که به ساماندهی امر پژوهش در امر اعتیاد پردازد به اواخر دهه ۱۳۷۰ بازمی گردد. اولین فعالیت ها در جهت ایجاد چنین مرکزی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در اواخر سال ۱۳۸۰، با تأیید معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با کمک دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت پذیرفت. در تیرماه ۱۳۸۲ این مرکز رسماً افتتاح شد. هدف این مؤسسه نیز انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در زمینه های مرتبط با سوئمصرف مواد است. (دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۱)

امید می رود تأسیس مراکزی از این دست بتواند موجب انسجام بخشیدن به پژوهش های مربوط به سوئمصرف مواد در کشور شده و به پیشبرد اهداف کاهش تقاضا در کشور کمک کند.

(۱۰) نتیجه گیری و پیشنهاد

دولت ها در ایران در یک صد سال اخیر همواره مسئله سوئمصرف مواد را مورد توجه قرار داده و سعی نموده اند با وضع قوانین متعددی سعی در مهار این معصل داشته باشند. با وجود این، موفقیت چندانی نصیبشان نشده است. اگرچه همچواری با همسایه شرقی تولید کننده مواد مخدر و نیز قرارگیری در مسیر حمل و نقل غیرقانونی مواد مخدر از علل مهم چنین عدم توفیقی بوده است، اما شاید عدم توازن و تناسب اقدامات صورت گرفته نیز بی تأثیر نبوده باشد.

رویکرد مقابله با عرضه در طول تاریخ معاصر به رویکرد کاهش تقاضا غلبه داشته است. قانون فعلی مبارزه با مواد مخدّر نیز با وجود برتری چشمگیری که نسبت به قانون قبلی دارد، عنایت کمتری به مسئله کاهش تقاضا داشته است. هنوز هم به امید حل معضل اعتیاد، شمار زیادی از معتادان به زندان افکنده می شوند، اما همان طور که اشاره شد نه تنها به نظر نمی رسد این اقدامات توانسته باشد برای معتادان چاره ساز 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 به نظر می‌رسد دولتمردان و قانون‌گذاران بتوانند تغییر نگرشی قانونی نسبت به مسئله معتادان داشته باشند. چنین تغییر رویه‌ای اگرچه ممکن است دولت رادر برای انتقادهایی که نسبت به رویکرد دهه‌های گذشته وارد می‌شود تا حدودی آسیب‌پذیر سازد، اما از سوی دیگر می‌تواند با صرفه جویی عظیمی که در منابع مالی و انسانی کشور به بار می‌آورد، به معطوف شدن منابع به اقدامات مؤثرتر مقابله با عرضه و کاهش تقاضا منجر شده و از بار انتقادها به نحو قابل توجهی بکاهد. همچنین به نظر می‌رسد بتوان با بازنگری در قانون به نوعی توازن بین رویکردهای کاهش تقاضا و مقابله با عرضه نایل شد. برنامه ریزان کشور باید رویکرد کاهش تقاضا را به عنوان یک حرکت اصیل و تأثیرگذار به رسمیت شناخته و منابع مادی و انسانی کشور را بر آن متتمرکز کنند. توصیه می‌شود برنامه ریزان کشور به مسئله کاهش تقاضا در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز توجه کافی مبذول نمایند و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشی را در این امر خطیر مورد توجه قرار دهند. امری که در برنامه سوم مورد غفلت قرار گرفته 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.

*: چرا که معتاد به عنوان بیمار در درجه اول نیازمند درمان است نه محکومیت.

در مقاله به این نکته اشاره شد که ساختار اجرایی ستاد مبارزه با مواد مخدر و ارتباط دبیرخانه آن با دستگاه‌های عضو ستاد، دستخوش تغییرات و ناهمانگی هایی بوده است و نظرهای تخصصی دستگاه‌ها مورد توجه کافی نبوده است. همین امر مانع از تدوین برنامه‌ای جامع و راهبردی برای مسئله سوءصرف مواد شده است.

اگر دستگاه‌های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر هر یک به موضوعات مختلف سوءصرف مواد از منظر تخصصی خود و با استفاده از دانش و تجربه ملی و جهانی پردازنده و دبیرخانه ستاد نیز نقش هماهنگ کننده بیشتری بین دستگاه‌ها ایفا نماید، انتظار می‌رود تغییر مطلوبی در وضعیت اعتیاد در کشور رخ دهد.

با وجود تمام کاستی‌های یادشده، به نظر می‌رسد در چند سال گذشته فعالیت‌های کاهش تقاضا گسترش یافته و توanstه است روح تازه‌ای در کالبد برنامه‌های کنترل سوءصرف مواد بدمل. اما هنوز میزان و کیفیت این مداخلات تا حد مطلوب فاصله زیادی دارد.

تدوین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مواد (۱۳۷۹-۱۳۸۳) اگرچه حرکت مهمی در تاریخ فعالیت‌های کاهش تقاضا محسوب می‌شود، اما هیچ گاه مورد توجه کافی برنامه‌ریزان کشور نبوده است. برای مثال عدم حمایت کافی برنامه‌ریزان کلان از وزارت بهداشت از یک سو و تغییرات درون سازمانی وزارت‌خانه مزبور از سوی دیگر موجب شده است که هنوز اقدام پیشگیری و درمان سوءصرف مواد در نظام شبکه در اغلب نقاط کشور رخ نداده است، در حالی که 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 اگر این سازمان‌ها به تقویت درونی ساختارهای خود پردازنند، می‌توان امید داشت که طرح‌های اجرایی متناسب با برنامه‌های کلان کشور پیشرفت نماید. از سوی دیگر نمی‌توان اهمیت تدوین برنامه نوین راهبردی و کلان را در زمینه کاهش تقاضا متناسب با مقتضیات کنونی کشور از نظر دور داشت. خوشبختانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین یک برنامه راهبردی ده ساله برای کاهش تقاضا را در دستور کار خود قرار داده است. از مشخصات چنین برنامه‌ای

باید مشخص نمودن چارچوب فعالیت های کاهش تقاضا و روشن ساختن نسبت تخصیص منابع در فعالیت های گوناگون باشد. بدین وسیله دستگاه های اجرایی دخیل در کاهش تقاضا، چشم انداز واضحی از راهکارها و فعالیت ها خواهند دید و همچنین از تشتبه و احیاناً دوباره کاری جلوگیری خواهد شد.

بررسی های همه گیر شناسی انجام شده با وجود ارزش بسیار، کمتر مورد توجه برنامه ریزان کلان کشور قرار داشته است. به خاطر عدم حمایت جدی از این گونه تلاش ها، بررسی های آماری به طور پراکنده و مقطعی صورت پذیرفته است و هم اکنون هیچ گونه نظام فراگیر و مستمر برای همه گیری شناسی سوء مصرف مواد در کشور وجود ندارد. از سوی دیگر از آنجا که این بررسی ها با روش شناسی های مختلف صورت می پذیرد، گاهی عدم هم خوانی داده های آنها با یکدیگر موجب سردرگمی می گردد. تمامی این مسائل دست به دست هم داده و موجب گردیده است که هنوز پس از گذشت سال ها، آمار رسمی معتقدان کشور همچنان $2/1$ میلیون نفر و مصرف کنندگان تفننی $7/8$ میلیون نفر اعلام می شود. در حالی که همین مطالعات پراکنده اما ارزشمند که در سال های اخیر انجام گرفته است حاکی از روند افزایش سوء مصرف مواد به میزان سه برابر نرخ رشد جمعیت کشور است ولذا بر اساس برخی از این تخمین ها کل مصرف کنندگان مواد افیونی از 4 میلیون نفر فراتر رفته و تعداد مصرف کنندگان مشکل ساز کشور که نیازمند مداخلات درمانی اند به حدود سه میلیون نفر رسیده است. به علاوه میلیون ها نفر دیگر نیز در حال مصرف مواد و یا داروهای بالقوه اعتیاد آور دیگر هستند. با کنار هم قرار دادن این داده ها و با مقایسه میزان متوسط سوء مصرف مواد در جهان ($4/3$ درصد جمعیت جهان) به نظر می رسد میزان سوء مصرف در کشور ما از مقادیر جهانی فراتر رفته و لذا کشور با بحران سوء مصرف مواد رو به روست. حتی طبق همان رقم رسمی 2 میلیونی، در میان همه کشورها ایران مقام اول را از نظر درصد سوء مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به جمعیت عمومی خود دارد. لذا به نظر می رسد ضمن اینکه باید آمارهای جدیدتر مبنای سیاست گذاری و برنامه ریزی کشوری قرار گیرد، توصیه می شود ستاد مبارزه با مواد مخدر به امر ایجاد نظام فراگیر

و مستمر همه گیری شناسی سوءصرف مواد توجه ویژه‌ای مبذول نماید. این مهم می‌تواند توسط دستگاه‌های تخصصی عضو ستاد، از جمله وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی و یا از طریق مراکز پژوهشی و دانشگاهی کشور سامان دهی شود.

اگرچه مطالعات نشان می‌دهد که تریاک همچنان شایع ترین ماده افیونی مورد صرف است اما به دلایل متعددی در سال‌های اخیر صرف هروئین در حال افزایش بوده است. برخی مطالعات گسترش بروز 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 ۵۰۰ فرد آلوده به ویروس ایدز که تابه حال شناسایی شده‌اند، 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 بررسد.

با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد فعالیت‌هایی در خصوص پیشگیری اولیه از اعتیاد در کشور صورت گرفته است. از سوی دیگر به نظر می‌رسد برنامه‌ها بیشتر از نوع همگانی بوده و کمتر برنامه‌ای برای نوجوانان پرخطر طراحی و اجرا شده باشد. اگرچه هنوز ارزیابی‌های کامل و همه‌جانبه‌ای در خصوص برنامه‌های پیشگیرانه انجام نشده اما در برخی موارد مشخص شده است که برنامه‌های به اجرا درآمده اثر چندانی در روند رو به تزايد اعتیاد نداشته‌اند. در ابتدای مقاله متوجه شدیم که این یافته اصلاً دور از انتظار نیست و تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه‌ای که به خوبی طراحی و اجرا شده باشند و خصوصیاتی همچون جامعیت، چندبخشی بودن و تداوم را داشته و همراه با نظام پایش و ارزشیابی باشند، توانسته‌اند از بوته آزمایش سربلند بیرون آیند. لذا توصیه می‌شود هماهنگی دستگاه‌های فرهنگی کشور همچون وزارت آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و صدا و سیما با دستگاه‌های بهداشتی کشور بتواند ضامن طراحی و اجرای همه‌جانبه، 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. به علاوه لازم است برنامه های خاصی برای گروه های در معرض خطر ویژه همچون نوجوانان دچار اختلالات رفتاری یا مشکلات خانوادگی طراحی نمود.

همان طور که در مقاله اشاره شد، از آنجا که اعتیاد (وابستگی به مواد) بیماری مزمن محسوب می شود، اساس درمان های مؤثر آن بر مداخلات طولانی مدت و پیگیری های مداوم استوار است. اما چنین رویکردی تنها به تازگی در محدودی انگشت شمار از مراکز دولتی آغاز شده است. لذا درمان های متداول در مراکز درمانی فعلی که شامل سم زدایی و پیگیری های کوتاه مدت بوده است نمی تواند اثربخشی طولانی مدت داشته باشد. البته هنوز ارزیابی های دقیقی از میزان موفقیت درمانگاه های اعتیاد موجود در کشور صورت نگرفته است اما برخی گزارش ها حاکی از شکست درمان در غالب موارد است. با وجود اینکه درمان نگاه دارنده با متادون از مؤثرترین و صرفه مندترین روش های درمانی اعتیاد در جهان است، این شیوه تنها در محدودی از مراکز درمانی به مرحله اجرا درآمده است و گمان نمی رود با تخصیص ناچیز اعتبارات فعلی بتوان آن را به سرعت در کشور گسترش داد.

از سوی دیگر ظرفیت مراکز درمانی دولتی کشور به هیچ وجه جوابگوی خیل عظیم نیازمندان به درمان نیست و آمار سال گذشته نشان داده که تنها حدود ۲ درصد کل مصرف کنندگان مشکل ساز به درمانگاه های دولتی مراجعه کرده اند. از سوی دیگر هنوز نظام فراغیر جمع آوری داده ها از مراکز درمانی وجود ندارد و همین امر برنامه ریزی های درمانی را با مشکل روبه رو می سازد.

در این شرایط، مهم ترین اقدام سیاست گذاران بهداشتی کشور می تواند کمک به افزایش ظرفیت درمانی کشور (چه در بخش دولتی و چه بخش خصوصی) باشد و رویکرد درمانی و مراقبتی طولانی مدت همچون درمانگاه های درمان نگاه دارنده با متادون و بوپرنورفین را به کار گیرد. نظام گردآوری داده های مراکز درمانی نیز باید در زمرة اولویت های مهم برنامه ریزان کلان کشور قرار گیرد.

همان طور که اشاره شد ادغام پیشگیری و درمان اعتیاد در نظام مراقبت های اولیه کشور

همیشه از آرزوهای مسئولان بهداشتی کشور بوده است اما مشکلات گوناگون مدیریتی و مالی مانع از تحقق آن شده است. اخیراً این طرح به طور آزمایشی در نقاط محدودی از کشور در دست اجراء است، چنانچه روند فعلی تخصیص ناچیز بودجه مورد نیاز شبکه بهداشت و درمان کشور تغییری نکند، نمی‌توان این طرح را به سرعت گسترش داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مسئولان برنامه‌ریزی کشور با توجه بیشتری به این طرح ملی بنگرند و در برنامه‌های توسعه آن را از اولویت‌های کشوری تلقی نمایند.

از آنجا که وقوع رفتار تزریقی و نیز روابط جنسی پر خطر به لحاظ انتقال بیماری‌های همچون ایدز و هپاتیت به طور شایعی در پژوهش‌ها به اثبات رسیده، به نظر می‌رسد اقدامات کاهش آسیب می‌باشد بدون هیچ درنگی به شکلی وسیع و مؤثر در کشور آغاز و دنبال شود. همان‌طور که مرور شد تابه حال اقداماتی توسط دستگاه‌های درگیر در امر بهداشت و درمان صورت گرفته است، اما هنوز در آغاز راه هستیم و تغایت مطلوب فاصله زیادی داریم. هم‌اکنون برنامه‌های تعویض سرنگ، ارائه کاندوم و ملزمات بهداشتی و آموزش‌ها و مشاوره‌های همراه در کسر کوچکی از درمانگاه‌های کشور انجام می‌شود و حتی دسترسی مردم پایتخت نیز به چنین امکاناتی به سختی ممکن است.

برخی بررسی‌ها نشان داده است که ادامه مصرف مواد در زندان آن هم به شکل تزریقی و با وسایل آلوده به طور مشترک غیرشایع نیست. در این شرایط سلامت زندانیان به شدت مورد تهدید است. از سوی دیگر امکان گسترش بیماری‌های عفونی مهلک به جامعه نیز بسیار محتمل است. بنابراین انجام مداخلات کاهش آسیب همچون درمان نگاه دارنده با متادون و نیز در اختیار گذاشتن وسایل کاهش آسیب درون زندان‌ها امری حیاتی به نظر می‌رسد.

برنامه‌های کاهش آسیب در معتادان خیابانی و بی خانمان، یعنی جمعیت محروم و در خطری که معمولاً مراجعه‌ای به مراکز رسمی بهداشتی 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 عرصه مهم فعالیتی ندارند.

به نظر می رسد اهمیت نهادهای خودجوش غیردولتی در عرصه فعالیت های کاهش تقاضا آن طور که شایسته است مورد توجه برنامه ریزان کشور قرار نگرفته است. در حالی که این نهادها توانایی های قابل ملاحظه ای در ایجاد فرهنگ مقابله با سوءصرف مواد و تغییر نگرش جامعه نسبت به مواد دارند. از سوی دیگر این سازمان ها می توانند در جذب امکانات و اعتبارات بین المللی جهت فعالیت های کاهش تقاضا نقش منحصر به فردی ایفا کنند. لازم است برنامه ریزان کشور، مشارکت سازمان های غیردولتی در امر کاهش تقاضا را در فهرست اولویت های خود قرار دهنده.

مراکز پژوهشی اعتیاد در کشور ما در مرحله نوزادی هستند. شایسته است گسترش فعالیت های تحقیقی مبتنی بر نیازهای ملی در دستور کار این نهادها قرار گیرد. این مراکز می توانند نقشی کلیدی در نهادینه کردن رویکرد نوین و علمی در عرصه کاهش تقاضا ایفا کنند. از سوی دیگر تربیت متخصصان کاهش تقاضا و ارتباط مستمر با مراکز پژوهشی بین المللی از دیگر برکات وجود چنین مؤسسه ای است. توصیه می شود سیاست گذاران و برنامه ریزان کشور با ارتباط تنگاتنگ با چنین مراکزی از توانمندی علمی آنها در تدوین برنامه های کاهش تقاضا استفاده بهینه نمایند.

همان طور که اشاره شد، بسیاری از بهترین فعالیت های کاهش تقاضا با همکاری نهادهای بین المللی خصوصا (UNODC)^{۱۰} صورت پذیرفته است. دستگاه های داخلی همکاری کننده در اغلب موارد سعی کرده اند در این قبیل فعالیت های مشترک، از بهترین رده های کارشناسی خود بهره ببرند، در نتیجه نتایج بسیار درخشانی حاصل شده است که طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءصرف مواد در ایران (RSA) و نیز طرح آزمایشی درمان جایگزین با متادون نمونه هایی از آنها است. لذا پیشنهاد می شود این گونه همکاری ها در آینده با سازمان های معتبر بین المللی و نیز مراکز پژوهشی و دانشگاهی خارجی افزایش بابد. همکاری هایی از این دست تضمین کننده اعتبار و اثربخشی فعالیت ها خواهد بود و از سوی دیگر موجب افزایش دانش و کارآیی نیروی انسانی فعال در امر کاهش تقاضا می گردد. در ضمن نباید آثار دیگری همچون جذب سرمایه های بین المللی و مطرح شدن کشور در عرصه های جهانی را از نظر دور داشت.

منابع

References

- ۱-اداره پیشگیری و درمان سوءصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۱) هفتمین پیش نویس طرح عملیاتی ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوءصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه. تهران.
- ۲-برنامه کنترل مواد ملل متحد؛ معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۹) از ریابی سریع وضعیت سوءصرف مواد در ایران، تهران.
- ۳-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. (۱۳۸۱) اساسنامه مرکز ملی مطالعات و تحقیقات اعتیاد. تهران.
- ۴-دفتر پیشگیری از سوءصرف مواد مخدر وزارت آموزش و پرورش. (۱۳۸۲) پیش نویس طرح مدارس مروج سلامت. تهران.
- ۵-ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۱). رویکردهای کاهش تقاضا برای سوءصرف مواد مخدر. تهران.
- ۶-کمیته کشوری کاهش آسیب. (شهریور ۱۳۸۱) پیش نویس برنامه پنج ساله کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد ۱۳۸۶-۱۳۸۱. تهران.
- ۷- مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۹) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۳) مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ چاپ دوم. مرکز مدارک اقتصادی-اجتماعی و انتشارات سازمان برنامه و بودجه، تهران.
- ۸- مجمع تشخیص مصلحت نظام. (۱۳۷۶) قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶/۸/۱۷. اداره کل حقوقی و قضائی دیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران.
- ۹- مرکز مدیریت بیماری ها. (۱۳۸۲/۱) وضعیت عفونت HIV/AIDS در کشور. تهران.
- ۱۰- مستشاری، گلاره. (۱۳۸۲) طرح آزمایشی درمانگاه متابدون (اداره پیشگیری و درمان سوءصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). تهران.
- ۱۱- معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (تابستان ۱۳۷۷) اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران.
- ۱۲- معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در زمینه برنامه های کاهش تقاضا (پیشگیری و فعالیت های سازمان بهزیستی کشور در زمینه برنامه های کاهش تقاضا (پیشگیری و آگاه سازی جامعه از اعتیاد). تهران.

- ۱۳-معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. (تیرماه ۱۳۸۲) گزارش طرح پژوهشی ارزیابی کارایی نالترکسون در پیشگیری از عود. تهران. (منتشر نشده)
- ۱۴-معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۲) (چکیده گزارش) بررسی همه‌گیری شناسی سوءصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران. تهران.
- ۱۵-وزیریان، محسن؛ مستشاری، گلاره. ((۱۳۸۱)) راهنمای کاربردی درمان سوءصرف کنندگان مواد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر)، انتشارات پرشکوه، تهران.
- ۱۶-وزیریان، محسن. (۱۳۸۱) طرح آزمایشی کاهش آسیب در معتمدان خیابانی و جمیعت پرخطر وابسته (اداره پیشگیری و درمان سوءصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). تهران.
- 17-Bukstein, O.G. **Adolesent Substance Abuse: Assessment, Prevention, and Treatment.** New York: John Wiley & Sons, Inc., 1995.
- 18-Galanter, M.; Kleber, H.D. **Textbook of Substance Abuse Treatment**, 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999.
- 19-Kumpfer, K.L. **Identification of Drug Abuse Prevention Programs: Literature Review.** NIDA, Online version.
- 20-UNODC. **Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A practical Planning and Implementation Guide** (Drug Abuse Treatment Toolkits Series). New York: United Nations, 2003.
- 21-UNODC. **Global Illicit Drug Trends 2003.** New York: United Nations, 2003.
- 22-UNODC. **Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers** (Drug Abuse Treatment Toolkits Series). New York: United Nations, 2003
- 23-WHO. **The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use.** Geneva: WHO, 1998.
- 24-WHO. **The Rapid Assessment and Response Multi-Center Project on Injecting Drug Use Final Report for Tehran.** 2003
- 25-WHO EMRO. **HIV/AIDS Prevention and Care for Injecting Drug Users in Iran: Best Practice from Kermanshah.** 2003.
- 26-Wiener, J.M. **Textbook of Child and Adolescent Psychiatry**, 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.

رُبْعَيْن

مِنْ كِتَابِ الْأَنْجَوْنِ

