

## سیاست‌ها و راهبردهای کنترل مصرف مواد مخدر در ایران

حمیدرضا فرتوک‌زاده\*، هاشم معزز\*\*، میثم رجبی نهوجی\*\*\*

**مقدمه:** امروزه، آثار مستقیم یا غیرمستقیم سوء مصرف مواد مخدر بسیاری از کشورها را تحت تأثیرات منفی قرار داده و معضل اجتماعی مهمی محسوب می‌شود. هزینه‌های بسیار و راهکارهای سخت‌گیرانه و شدید مقابله با آن، چنان‌که باید، در طی چندین دهه، نتوانسته گشایشی در گره کور سوء مصرف مواد مخدر ایجاد کند و بسیاری صاحب‌نظران معتقدند که لازم است از منظر دیگری، به این معضل اجتماعی نگریده شده شود. این مطالعه با هدف دستیابی به ابزار مناسبی برای ایجاد نگرشی تازه به مسئله سوء مصرف مواد مخدر انجام شد.

**روش:** رویکرد تحلیلی پویایی‌های سیستم، به این جهت که قادر است تعاملات میان پارامترهای سیستم‌های پیچیده را بررسی کند، ممکن است ابزار مناسبی برای ایجاد نگرشی تازه به مسئله سوء مصرف مواد مخدر به دست دهد. با درپیش گرفتن این رویکرد، ابتدا مدلی شبیه‌سازی شده از پدیده سوء مصرف مواد مخدر طراحی شد. سپس به استناد روش‌های متعدد پایایی‌سنجی، پایایی مدل در تبیین و پیش‌بینی رفتار سوء مصرف مواد مخدر انجام شد. در نهایت، در راستای کنترل سوء مصرف مواد مخدر، فرضیه‌های روابط میان متغیرهای مدل پیشنهاد شده به وسیله مدل ارزیابی شد.

**یافته‌ها:** در این مقاله، با اتخاذ رویکرد تحلیلی پویایی‌های سیستم به عنوان ابزار تحلیلی با قابلیت آینده‌پژوهی، سوء مصرف مواد مخدر مدل شده، در محیط نرم‌افزار «ونسیم» شبیه‌سازی شده است و سیاست‌ها و راهبردهای مختلف مورد آزمون قرار گرفته و در نهایت، بسته‌های سیاستی برای مدیریت معضل سوء مصرف مواد مخدر ارائه شده است.

**بحث:** مهم‌ترین این سیاست‌ها و راهبردها عبارت است از: تشکیل خانه‌های اعتیاد، حمایت درمانی و اقتصادی از معاندان و خانواده‌های آنان، ایجاد کردن و فراهم آوردن زمینه تفریحات و سرگرمی‌های سالم، زمینه‌سازی برای جایگزین‌های کم‌خطرتر مواد مخدر، ارتقای سطح نگرش‌ها و باورهای عمومی افراد جامعه درباره سوء مصرف مواد مخدر، مشارکت اقتصادی و صنعتی با کشورهای تولیدکننده مواد مخدر، تفویض اراده و خواست سوء مصرف‌کنندگان برای توقف رفتار و رفع نابسامانی‌های اجتماعی از طریق بهبود وضعیت اقتصادی و معیشتی.

**کلیدواژه‌ها:** تحلیل پویایی‌های سیستم، سوء مصرف مواد مخدر، سیاست‌های پیشگیری،

شبیه‌سازی رایانه‌ای، مدل سه‌سطحی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۶/۲۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۰۸/۱۷

\* دکتر مدیریت سیستم، دانشگاه صنعتی مالک اشتر.

\*\* دکتر مدیریت صنعتی، دانشگاه تربیت مدرس، رایانامه: <h.moazzez@modares.ac.ir> (نویسنده مسئول)

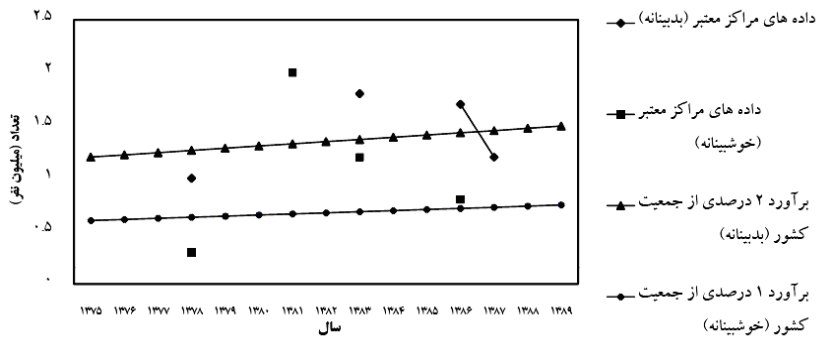
\*\*\* کارشناسی ارشد MBA، دانشگاه صنعتی مالک اشتر.

## مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر پدیده‌ای است که از زمان‌های دور در جوامع بشری وجود داشته است و در حال حاضر نیز با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش تردیدناپذیر سطح شعور و آگاهی انسان‌ها، همچنان در حال گسترش است و هر ساله، افراد زیادی را به کام خود می‌کشد. سوء مصرف مواد مخدر فقط جنبه فردی ندارد؛ بلکه یک آسیب اجتماعی است و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد، بر جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان‌آور و جبران‌ناپذیری را وارد می‌سازد (عصاریان، ۱۳۸۳).

افزایش فعالیت‌های تولیدی مواد مخدر در کشورهای همسایه در سال‌های اخیر، افزایش تنوع، کاهش قیمت، ورود مواد مخدر صنعتی و گسترش سطح دسترسی، تداوم بیکاری و مشکلات و نابسامانی‌های اجتماعی در کنار افزایش جمعیت، حداقل به استناد آن می‌توان مسلم دانست که سوء مصرف مواد مخدر در کشور، اگر نگوئیم آهنگ صعودی دارد اما همچنان ویرانگر به پیش می‌رود.

آنچه در نمودار ۱ به عنوان آمار سوء مصرف مواد مخدر کشور آمده، بخشی مستقیم از مراکز معتبر درگیر در سوء مصرف مواد مخدر و بخشی، به صورت غیرمستقیم با استناد به نتایج تحلیل سریع وضعیت (RSA) در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۱ و ۱۳۸۳ که سوء مصرف مواد مخدر را با فرض ثبات وضعیت، تابعی از جمعیت کشور و در دامنه یک تا دو درصدی از آن می‌داند، تخمین زده و آورده شده است.



نمودار ۱. میزان سوء مصرف مواد مخدر در کشور

(در حالت خوش‌بینانه، فقط سوء مصرف‌کنندگان حرفه‌ای مدنظر قرار می‌گیرند؛ در حالی که در حالت بدبینانه، افرادی هم که تفننی به آن مبادرت می‌کنند، جزو جمعیت سوء مصرف‌کنندگان به حساب می‌آیند).

دو دهه مبارزه با ورود مواد مخدر به کشور، نتوانسته است رشد صعودی مصرف مواد مخدر را متوقف سازد. این در حالی است که شعار اصلی پارادایم کنترل عرضه، ریشه‌کنی ورود این ماده خطرناک به داخل جامعه است. نتیجه عملی صرف بودجه‌های کلان برای مبارزه با ورود این ماده به درون کشور را می‌توان به‌خوبی، در آمارها مشاهده کرد. میزان رشد سوء مصرف مواد مخدر هنوز مثبت است. این در حالی است که بسیاری از جوامع غربی، توانسته‌اند رشد صعودی سوء مصرف مواد مخدر را که در دهه‌های هفتاد و هشتاد ادامه داشته، در دهه ۱۹۹۰ متوقف کنند و در برخی از این کشورها، توانسته‌اند میزان این رشد را منفی سازند. سؤال اساسی این است: چرا به‌رغم افزایش روزافزون بودجه‌های مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر، شاهد افزایش رشد آن هستیم؟ به این سؤال می‌توان از مناظر مختلفی پاسخ گفت (رضایی، ۱۳۸۲).

با مروری در ادبیات سوء مصرف مواد مخدر و اثرات آن و شیوه‌های پیشگیری، به طیف وسیعی از پژوهش‌ها بر می‌خوریم که هر یک جنبه‌ای از این پدیده پیچیده اجتماعی را بررسی کرده‌اند. برخی به تبیین مبانی نظری آن پرداخته‌اند (چیسین، ۲۰۰۷؛ ولکو، ۲۰۰۵؛ ابادینسکی، ۲۰۰۱). از میان دیگران، ابادینسکی (۲۰۰۱) معتقد است از آنجاکه موضوع بررسی در علوم رفتاری و اجتماعی، انسان است، بنابراین پژوهشگران ناچارند با روش‌هایی غیرمستقیم به مطالعه مصرف مواد مخدر بپردازند.

بعضی دیگر جنبه‌های رفتاری آن را مدنظر قرار داده‌اند (وینگر، ۲۰۰۵؛ بیدرمن، ۲۰۰۱). افرادی نیز همچون گلدشتین (۲۰۰۵) و گلدشتین و ولکو (۲۰۰۲) و کالویاس (۲۰۰۱) از جنبه روان‌پزشکی و پزشکی و فیزیولوژیکی به آن پرداخته‌اند. دیگران (وینکلر، ۲۰۰۴؛ رسی، ۲۰۰۴) سعی کرده‌اند تا سوء مصرف مواد مخدر را در قالب مدل‌های ریاضی و پویا قاعده‌مند کنند. پاره‌ای پژوهش‌ها (سوارتز، ۲۰۰۳) هم، جنبه جرم‌شناختی را مبنای بررسی خود قرار داده‌اند.

درنهایت، حجم زیادی از پژوهش‌ها (فریدمن، ۲۰۰۳؛ لورسن، ۲۰۰۱؛ اسلوز، ۲۰۰۰) به بررسی راهکارها و استراتژی‌های درمان و پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر پرداخته‌اند. نلسون زلپگو و همکاران (۱۹۹۵) در پژوهش خود به بررسی ویژگی‌های منحصر به فرد و نیازهای درمانی زنان گرفتار سوءمصرف پرداخته و این ویژگی‌ها را با مردان در شرایط مشابه مقایسه کردند. آنان تشابهات میان زنان معتاد و کسانی که افسردگی جنس‌محور را تجربه کرده بودند، بررسی و شناسایی کردند. این نتیجه به دست آمد که استعمال مواد مخدر استراتژی سازگاری یکسانی است که زنان افسرده برای درمان خود درپیش می‌گیرند. درنهایت، مقاله به این مفهوم می‌پردازد که شیوه‌های درمانی زنان و مردان باید متفاوت باشد و ممکن است روش‌هایی که برای مردان مناسب به نظر می‌رسد، در درمان زنان مؤثر واقع نشود.

در تحقیق دیگری، بیدرمن و همکاران (۲۰۰۱) «ممانعت رفتاری نسبت به ناشناخته‌ها» را پیش‌زمینه‌گرایی به استرس و اضطراب می‌دانند. مؤلفان این مدعا را از طریق یک تحلیل دست دوم با داده‌هایی وسیع از کودکان خردسال (بین ۲ تا ۶ سال) که والدینی با اختلالات ترس و افسردگی دارند، از طریق ارزیابی ممانعت رفتاری در مشاهدات آزمایشگاهی در معرض آزمایش قرار دادند. این تحقیق درنهایت، نتوانست ارتباطی میان ممانعت رفتاری و اعتیاد بیابد.

در دانمارک، پژوهش دیگری را لارسن و استورگارد (۲۰۰۱) انجام دادند و درباره تغییرات عمده‌ای که فعالیت‌های درمانی در دانمارک از نیمه دهه ۱۹۹۰، در پی داشت، بررسی و بحث کردند. آنان عنوان می‌کنند که یکی از تغییرات مهم، پذیرش استفاده از مراکز درمانی خصوصی به‌عنوان بخشی از سیستم درمانی سوءمصرف مواد مخدر است. دانمارک از سال ۱۹۹۷، بیش‌تر اختیارات خود را به منابع بیرونی محول کرد و این استراتژی دولت، بنا بر آمار به دست آمده مؤلفان، مؤثر واقع شده است.

در سال ۲۰۰۴، وینکلر و همکارانش با استفاده از مدلی ریاضی، چگونگی اثربخشی نسبی روش‌های مختلف پیشگیری را طی چرخه سوءمصرف مواد مخدر شبیه‌سازی کردند. این مطالعه یادآوری استفاده‌های پیشین مواد مخدر را به‌عنوان بازخوردی منفی در نظر

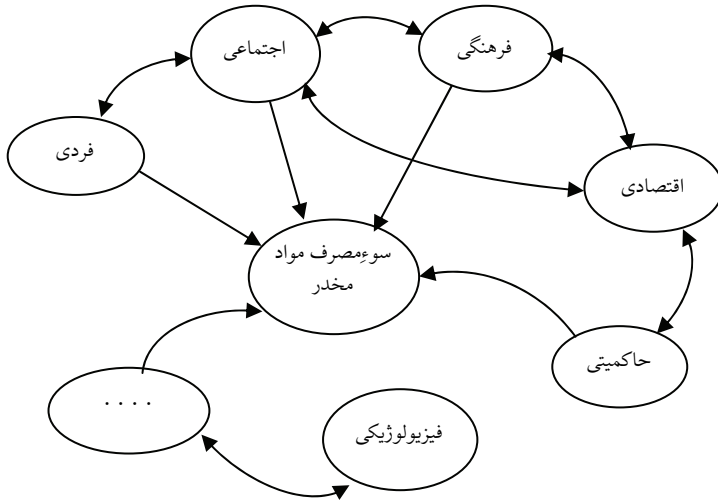
می‌گیرد و به این نتیجه می‌رسد که پیشگیری در مراحل ابتدایی چرخه، اثربخشی بیش‌تری خواهد داشت. از دیگر یافته‌های این تحقیق، این است که برنامه‌های پیشگیری سطح دوم، باید هم‌زمان با تغییر در چرخه سوء مصرف مواد تغییر کند تا مؤثر باشد. همچنین، این نتیجه به دست می‌آید که فرد در چرخه سوء مصرف مواد مخدر، از عوامل درونی، بسیار بیش‌تر از میزان افزایش عوامل تأثیرگذار بیرونی (نظیر بیکاری) متأثر است؛ بنابراین برای پویایی درونی فرد (خود فرد)، اهمیت به مراتب بیش‌تری قایل است.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، وینگر و همکاران (۲۰۰۵) رویکردهای عصبی به مقوله اعتیاد به مواد مخدر را بررسی کردند. آنان اظهار می‌کنند که براساس یک دیدگاه رایج، فرایند اعتیاد از تغییرات ذهنی منتج می‌شود که خود نتیجه سوء مصرف مواد مخدر است و از سوی دیگر، رویکرد جایگزینی وجود دارد که اعتیاد به مواد مخدر را یک اختلال رفتاری می‌داند که در آن، مواد مخدر در نقش یک تقویت‌کننده برتر عمل می‌کند. این تحقیق سعی می‌کند بین این دو رویکرد، وجوه اشتراکی بیابد و آن دو را تکمیل‌کننده یکدیگر بداند.

دی والکوف (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای، منطبق با ادبیات تحقیق خود، سوء مصرف مواد مخدر را نوعی بیماری ذهنی می‌داند که استفاده از مواد مخدر سبب اختلال در سیستم‌های انتقال‌دهنده عصبی و مدارهای عصبی می‌شود. سؤال اصلی پژوهش این است: چرا عده‌ای در مواجهه با مواد مخدر، به آن وابسته می‌شوند؛ اما برخی دیگر نمی‌شوند. مؤلف در پاسخ‌گویی به سؤال تحقیق، عوامل ژنتیکی و محیطی و عامل‌های رشد را مؤثر دانسته و به بررسی آن‌ها پرداخته است.

چیسین و همکارانش در سال ۲۰۰۷، تحقیق خود را با تعریف افراد بزرگسال و والدین از اعتیاد انجام دادند. مؤلفان به دنبال ارتباطی میان این تعاریف و اعتیاد درک‌شده آن‌ها بودند. در نهایت با استفاده از تحلیل‌های آماری، این نتیجه به دست آمد که هم بزرگسالان و هم والدین اعتیاد را مقوله‌ای چندبعدی شامل جنبه‌های اختیاری و خودخواسته و جنبه اجباری می‌دانند. یافته‌های تحقیق برای برنامه‌های پیشگیری به صورت بالقوه هم ارزیابی شدند.

آنچه از مرور ادبیات تحقیق به دست می آید، این واقعیت است که پژوهش‌های انجام گرفته، یک منظر یا درنهایت، چند منظر محدود از مسئله را پوشش می‌دهد. نگاه پژوهش‌های انجام گرفته محدود و ایستا است. این مطلب به این مفهوم است که نگاه به مبارزه با مواد مخدر، نگاهی غیرسیستمی است. در نگاه سیستمی، سعی می‌شود که تمامی ابعاد و عناصر یک پدیده کانون توجه قرار گیرد. در این شیوه، اطلاعات لازم از عملکرد و نقاط قوت و ضعف هریک از ابعاد جمع‌آوری شده و براساس این اطلاعات، تصمیم‌گیری و اجرا صورت می‌گیرد. نگاه سیستمی حکم می‌کند که عناصر و خرده‌نظام‌های سیستم را در تعامل با یکدیگر در نظر بگیریم، ضمن اینکه هریک را دارای شأنی مستقل و خودآیین بدانیم. پیش فرض نگرش سیستمی به این پدیده، این است که ویژگی منحصر به فرد هر سیستم، برآیند عملکردها و ویژگی‌های تک‌تک خرده‌نظام‌های درون آن است (رضایی، ۱۳۸۲). همچنان که رسی (۲۰۰۴) نیز اشاره دارد، مسئله مواد مخدر و عواقب آن برای اجتماع، زمینه پژوهشی پیچیده‌ای است. شکل ۱ چارچوب مفهومی تحقیق را نشان می‌دهد.



شکل ۱. چارچوب مفهومی تحقیق

## روش

روش تحقیق در این مقاله، تلفیقی از دو روش کیفی و کمی است؛ یعنی روش تحقیق به صورت ترکیبی یا آمیخته است. این روش که متدولوژی «پویایی‌های سیستم» نام دارد، در اواخر دهه ۱۹۵۰، در نتیجه تلاش‌هایی برای بررسی و رفع مسائل سیاست‌های پویا شکل گرفت. از روش تحقیق پویایی‌های سیستم، به منظور بررسی و مطالعه انواع سیستم‌های بازخوردی، همانند سیستم‌های موجود در حوزه کسب‌وکار و همچنین، سیستم‌های اجتماعی استفاده می‌شود. در این روش، از مدل‌سازی به عنوان یکی از ابزارهای علمی و رایج برای بررسی و حل مسائل استفاده می‌شود. مدل‌های پویایی سیستم در رده مدل‌های علی ریاضی قرار می‌گیرد. مدلی که بر اساس فرضیات دینامیکی و از طریق مصاحبه با خبرگان و مطالعه آمار و مرور ادبیات به دست می‌آید، بخش کیفی روش تحقیق و توسعه مدل در نرم‌افزار «ونسیم» و فرموله کردن مدل، بخش کمی روش را شکل می‌دهد. تحلیل پویایی‌های سیستم فرایندی پنج مرحله‌ای (انتخاب مرز، تدوین فرضیه پویا، تدوین مدل شبیه‌سازی، آزمون مدل و طراحی و ارزیابی سیاست) را برای مدل‌سازی پیشنهاد می‌کند (سوشیل، ۱۳۸۷).

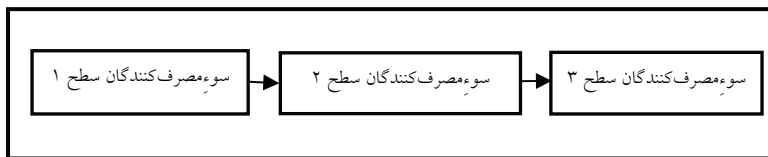
در پژوهش حاضر، با درپیش گرفتن رویکرد پویایی‌های سیستم، ابتدا مدلی شبیه‌سازی شده از پدیده سوء مصرف مواد مخدر با در نظر گرفتن مجموعه عوامل اثرگذار بر آن، با اتکا بر ادبیات تحقیق و نظریات «گروه کانونی» طراحی می‌شود. سپس به استناد روش‌های متعدد پایایی سنجی، پایایی مدل در تبیین و پیش‌بینی رفتار سوء مصرف مواد مخدر به اثبات می‌رسد. در نهایت، در راستای کنترل سوء مصرف مواد مخدر، پاره‌ای فرضیه حول روابط میان متغیرهای مدل پیشنهاد شده و به وسیله مدل ارزیابی می‌شود و پس از آنکه مدل اثربخشی آن را تأیید کرد، به عنوان بسته‌های سیاستی معرفی می‌گردد.

## یافته‌ها

**ساختار کلی مدل:** سوء مصرف مواد مخدر را همچون هر پدیده دیگر اجتماعی، می‌توان در چندین سطح بررسی کرد. پاره‌ای پژوهش‌ها آن را در سطح کلان و در کل کشور مدنظر قرار می‌دهد و بخشی دیگر در سطح سازمان‌ها و گروه‌ها و نهادهای اجتماعی؛

اما پژوهش حاضر با مبنا قراردادن فرد در مرکز ورطه سوء مصرف مواد مخدر، آن را در سطح درون و برون فردی تحلیل و بررسی می کند. در این مطالعه، با بهره گیری از ادبیات پژوهش و نظریات گروه کانونی، ورطه سوء مصرف مواد مخدر در سه مرحله بررسی می شود. فردی که رفتار سوء مصرف مواد مخدر از او سر می زند، تا تباهی کامل از سه سطح عبور می کند. در نظر گرفتن این سطوح براساس میزان پیشرفت سوء مصرف مواد مخدر فرد، با این انگیزه انجام می گیرد که اقدامات کنترلی سوء مصرف مواد مخدر، متناسب با هریک از سطوح، از نظر توانایی اثربخشی و دوام، متفاوت از سطح بعدی است.

همچنان که در شکل ۲ نشان داده شده است، فرد دچار سوء مصرف مواد مخدر در ابتدا، تازه واردی است که آغاز به مصرف مواد مخدر کرده؛ اما در آن سطح، هنوز به آن وابسته نشده است. بیش تر افراد در این مرحله، آن چنان به خود مطمئن هستند که گویی هیچ گاه گرفتار آن نخواهند شد. در صورت ادامه رفتار سوء مصرف مواد مخدر، فرد به سطحی وارد می شود که مصرف مواد مخدر در او شدت گرفته و به آن وابستگی پیدا کرده است (سطح ۲). بازگشت فرد در این مرحله سخت بوده، اما امکان پذیر است. با وجود این، فرد سعی در انکار و تظاهر و پنهان کردن آن از اطرافیان دارد. با ورود به سطح سوم، فرد آن چنان به ماده مخدر وابستگی پیدا کرده و این واقعیت را پذیرفته است، که جز تباهی و مرگ امیدی به بازگشت در خود نمی بیند.

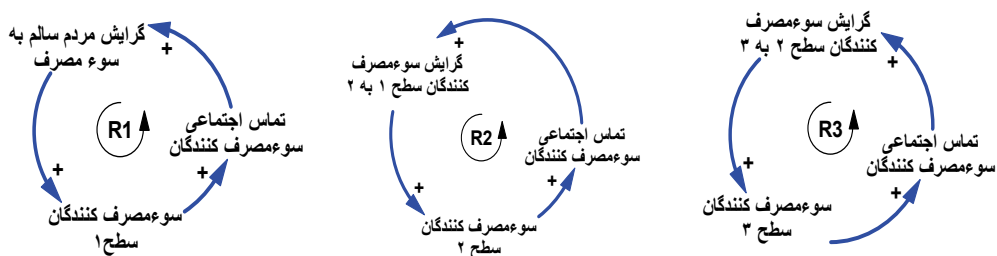


شکل ۲. ورطه سوء مصرف مواد مخدر



بر مبنای روش تحلیل پویایی‌های سیستم، در تبیین پویایی‌های سوء مصرف مواد مخدر دو دسته از چرخه‌های علی تقویتی و تعادلی را می‌توان از هم بازشناخت. در ادامه، ابتدا چرخه‌های علی تقویتی و بعد از آن، چرخه‌های علی تعادلی تشریح می‌شود.

با توجه به اینکه هنوز آثار سوء مصرف مواد مخدر در سوء مصرف کنندگان سطح ۱ نمود نیافته و هنوز از آن لذت می‌برند و از سوی دیگر، هنوز در اجتماع هستند و طرد نشده‌اند و با جمع دوستان و آشنایان تماس و تعامل دارند، عامل مهمی محسوب می‌شوند که می‌توانند مشوق گرایش افراد سالم اجتماع به سمت ورطه سوء مصرف مواد مخدر شوند. هر چه تعداد سوء مصرف کنندگان این سطح بیشتر باشد، تماس بیشتری با اجتماع اطراف خود برقرار می‌کنند و در نتیجه، می‌توانند گرایش بیشتری در افراد سالم اجتماع به سمت سوء مصرف مواد مخدر ایجاد کنند (شکل ۳).

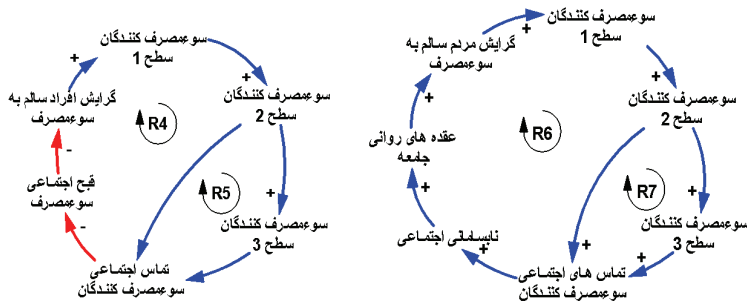


شکل ۳. چرخه‌های علی  $R_1$  و  $R_2$  و  $R_3$

با توجه به روند بالا، آنچه سبب گرایش سوء مصرف کنندگان سطح ۱ به سطح بالاتر در ورطه سوء مصرف مواد مخدر می‌شود، در کنار عامل‌های دیگر، تماس‌هایی است که در اجتماع با سوء مصرف کنندگان سطح ۲ دارند. هر چه این تماس‌ها بیشتر باشد، ممکن است باعث ایجاد گرایش‌های بیشتر در سوء مصرف کنندگان سطح ۱ به سطوح بالاتر شود. همین منطق علی را می‌توان درباره افزایش جمعیت سوء مصرف کنندگان سطح ۳، بر اثر تعامل سوء مصرف کنندگان سطح ۲ با آنان نیز در نظر گرفت (شکل ۳).

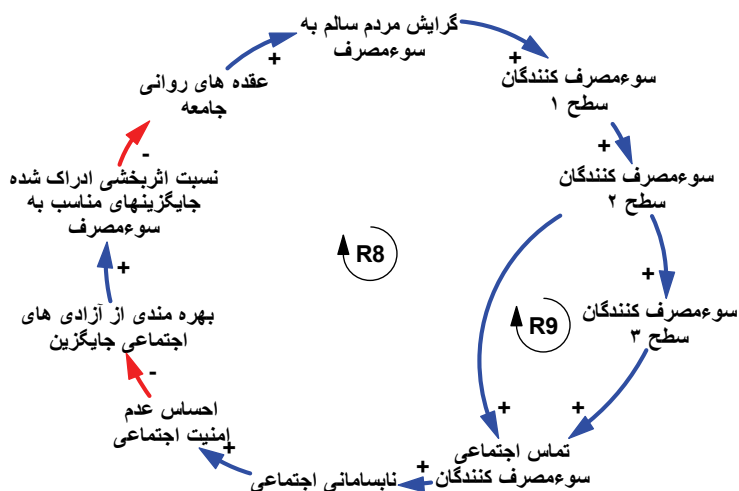
هرچه تعداد سوء مصرف کنندگان در اجتماع بیش تر باشد، در تماس بیش تری با اجتماع اطراف خود قرار می گیرند و سوء مصرف مواد مخدر قبیح و زشتی خود را به دلیل عمومیت یافتن و شیوع آن از دست می دهد. از آنجاکه سوء مصرف مواد مخدر هنوز در سوء مصرف کنندگان سطح ۱، نمودی نیافته و خود آن را پنهان نگاه می دارند، تأثیر گذاری آن ها بر شکستن قبیح سوء مصرف مواد مخدر به اندازه سوء مصرف کنندگان سطوح ۲ و ۳ نیست. شیوع سوء مصرف مواد مخدر همچون گناهی که قبیح آن شکسته شده باشد، زمینه گرایش و افزایش و تداوم سوء مصرف مواد مخدر را فراهم می سازد (شکل ۴).

افرادی که در ورطه سوء مصرف مواد مخدر پیشرفته و گرفتار شده اند (سوء مصرف کنندگان سطح ۲) و آنانی که امید چندانی به بازگشت شان به اجتماع وجود ندارد (سوء مصرف کنندگان سطح ۳) در تماس و تعامل با اجتماع قرار می گیرند و به نوعی، ناچار به انجام دادن کارهایی می شوند که به نابسامانی اجتماعی می انجامد. از یک سو، توان فکری و جسمانی این افراد تحلیل رفته و خودخواسته یا ناخواسته، از محیط های کاری سالم طرد می شوند و از سوی دیگر، نیازمندی های سوء مصرف مواد مخدر و اجتناب از عوارض ناخوشایند آن، روز به روز در آنان شدیدتر می شود؛ این مسائل خود سبب تمایل آنان به سمت ارتکاب جرم می شود. نابسامانی های اجتماعی همچنان که شکل ۴ نشان می دهد، زمینه ارضای نیازهای روانی را سد می کند و عقده های اجتماعی را در افراد بارور می سازد. عقده های روانی از جمله عوامل مهمی بوده که ممکن است، زمینه ساز گرایش افراد سالم به سوء مصرف مواد مخدر باشد.



شکل ۴. چرخه های علی  $R_۴, R_۵, R_۶$  و  $R_۷$

افزایش نابسامانی اجتماعی بر اثر افزایش تعداد سوءمصرف‌کنندگان جامعه، به نحو دیگری نیز باعث افزایش عقده‌های روانی جامعه و گرایش بیشتر افراد سالم جامعه به سمت سوءمصرف مواد مخدر می‌شود: خانواده‌ها با افزایش نابسامانی‌های اجتماعی، امنیت کم‌تری در جامعه احساس خواهند کرد. نگرانی خانواده‌ها دربارهٔ فرزندانشان آنان را بر آن می‌دارد تا تعاملات اجتماعی فرزندان را محدود و مقید کنند. این عمل در صورتی که آزادی‌های اجتماعی جایگزینی برای سوءمصرف مواد مخدر در جامعه وجود داشته باشد، سطح بهره‌مندی فرزندان را کم کرده و به افزایش عقده‌های روانی خواهد انجامید (شکل ۵).

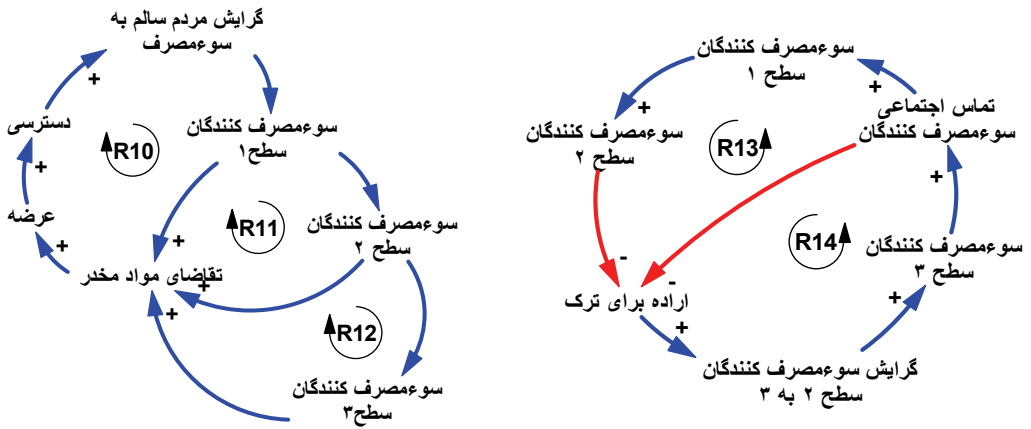


شکل ۵. چرخه‌های علی  $R_8$  و  $R_9$

سوءمصرف‌کنندگان متناسب با سطحی که در آن قرار دارند، مقدار معینی از مواد مخدر را مصرف می‌کنند. هرچه تعداد سوءمصرف‌کنندگان در هر سه سطح بیشتر شود، مقدار مصرف افزایش می‌یابد و این امر به افزایش تقاضا برای مواد مخدر منتهی خواهد شد. تقاضای بیشتر تر زمینهٔ عرضهٔ بیشتر تر مواد مخدر و در نتیجه، سطح دسترسی بیشتر تر به آن را

فراهم می‌سازد. البته این موضوع را هم نباید از نظر دور کرد که صرف حضور و دسترسی افراد جامعه به مواد مخدر (به‌عنوان مثال، دربارهٔ مواد مخدر صنعتی) ممکن است باعث ایجاد تقاضا و مصرف در اجتماع شود (شکل ۶).

سوءمصرف‌کنندگان سطح ۲ در اطراف خود، افرادی می‌بینند که همچون خودشان وابسته به مواد مخدر هستند و از سوی دیگر، به‌واسطه تماس‌های اجتماعی با سایر سوءمصرف‌کنندگان به‌خصوص، سوءمصرف‌کنندگان سطح بالاتر (سطح ۳) که اوضاع وخیم‌تری نسبت به آنان دارند، خواست و تمایل و اراده‌شان برای ترک، با توجه به دشواری این کار، کاهش می‌یابد. کاهش اراده باعث افزایش گرایش آنان به سمت سوءمصرف مواد مخدر در سطح ۳ می‌شود و در نتیجهٔ آن، تعداد سوءمصرف‌کنندگان سطح ۳ افزایش می‌یابد (شکل ۶).



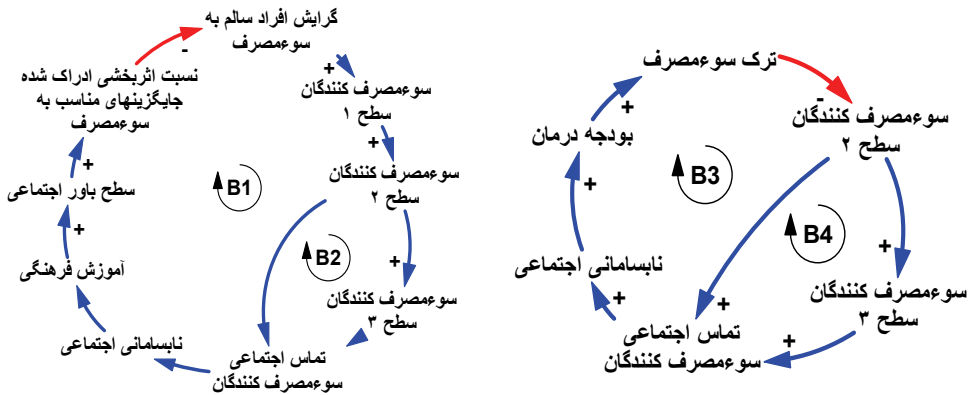
شکل ۶. چرخه‌های علی  $R_{10}$ ،  $R_{11}$ ،  $R_{12}$ ،  $R_{13}$  و  $R_{14}$

دستهٔ دوم، چرخه‌های علی تعادلی است. این چرخه‌ها به‌نحوی عمل می‌کند که به‌عکس چرخه‌های علی تقویتی، روند گرایش به سوءمصرف مواد مخدر را کند می‌کند.

با افزایش نابسامانی‌های اجتماعی بر اثر معضلات سوء مصرف مواد مخدر، سطح آموزش‌های فرهنگی افزایش می‌یابد. این آموزش‌ها از مسیرهای مختلف (رسانه‌های گروهی، همایش‌ها، انجمن‌ها، سازمان‌های خودگردان و نظایر این‌ها)، سطح آگاهی و باور عموم افراد اجتماع درباره واقیعت‌های مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. انتظار می‌رود که افراد با سطح بالای باور نسبت به عواقب نامطلوب سوء مصرف مواد مخدر و جایگزین‌های مناسب آن، جایگزین‌های مناسب را ترجیح دهند و گرایش کم‌تری به سمت مصرف مواد مخدر داشته باشند و سوء مصرف‌کنندگان کاهش یابند (شکل ۷).

سوء مصرف‌کنندگان سطوح ۲ و ۳ به دلیل نیازمندی‌های سوء مصرف مواد مخدری که گرفتار آن هستند، به اعمالی دست می‌زنند که نابسامانی اجتماعی را باعث می‌شود. هرچه تعداد سوء مصرف‌کنندگان به‌ویژه در این دو سطح بیش‌تر باشد، شاهد نابسامانی بیش‌تری توسط آنان در اجتماع خواهیم بود و هرچه نابسامانی‌های به‌بارآمده توسط سوء مصرف‌کنندگان برای اجتماع بیش‌تر باشد، مراجع مرتبط بودجه بیش‌تری را به امر ترک‌دادن آنان اختصاص می‌دهند. فعالیت‌های بیش‌تر که در نتیجه بودجه‌های بیش‌تر است، ترک سوء مصرف مواد مخدر را در سوء مصرف‌کنندگان سطح ۲ افزایش می‌دهد؛ بنابراین از سوء مصرف‌کنندگان این سطح کاسته می‌شود. آن‌چنان‌که گفته شد، سوء مصرف‌کنندگان در سطح ۱، هنوز به مواد مخدر وابسته نشده‌اند و حال آنکه امید چندانی به بازگشت سوء مصرف‌کنندگان سطح ۳ وجود ندارد.

نکته دیگری که می‌توان نتیجه گرفت این است که بودجه‌های درمانی باید متناسب با سطح وابستگی سوء مصرف‌کنندگان جامعه میان آنان توزیع شود؛ بنابراین، سوء مصرف‌کنندگان سطح ۲ بالاترین سهم و سوء مصرف‌کنندگان سطح ۱ (برای جلوگیری از تداوم مصرف در آنان) در اولویت بعدی و سوء مصرف‌کنندگان سطح ۳ در اولویت آخر قرار بگیرند (شکل ۷).

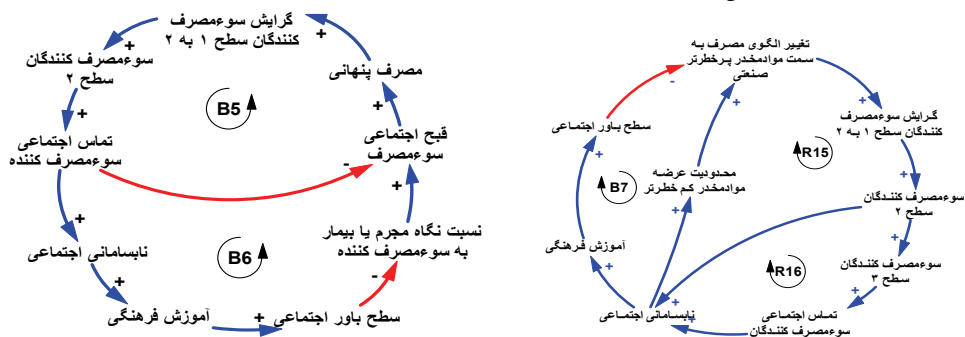


شکل ۷. چرخه‌های علی  $B_1$ ,  $B_2$ ,  $B_3$  و  $B_4$

تماس و تعامل‌های سوء مصرف کنندگان با اجتماع، از یک سو قبح اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد که این خود باعث کاهش مصرف پنهانی مواد مخدر در میان سوء مصرف کنندگان سطح ۱ می‌شود و از سوی دیگر، با افزایش نابسامانی‌های اجتماعی، سطح باور عموم را با انجام دادن آموزش‌های فرهنگی ارتقا می‌دهد. در نتیجه ارتقای سطح باور، نسبت نگاه مجرم یا بیمار به معتاد کاهش می‌یابد. کاهش این نسبت باعث کاهش قبح سوء مصرف مواد مخدر در جامعه می‌شود و فرد معتاد در سطح ۱، نیاز کم‌تر به مصرف پنهانی مواد مخدر احساس خواهد کرد که این امر باعث گرایش او به سمت سوء مصرف مواد مخدر در سطح ۲ خواهد شد (شکل ۸).

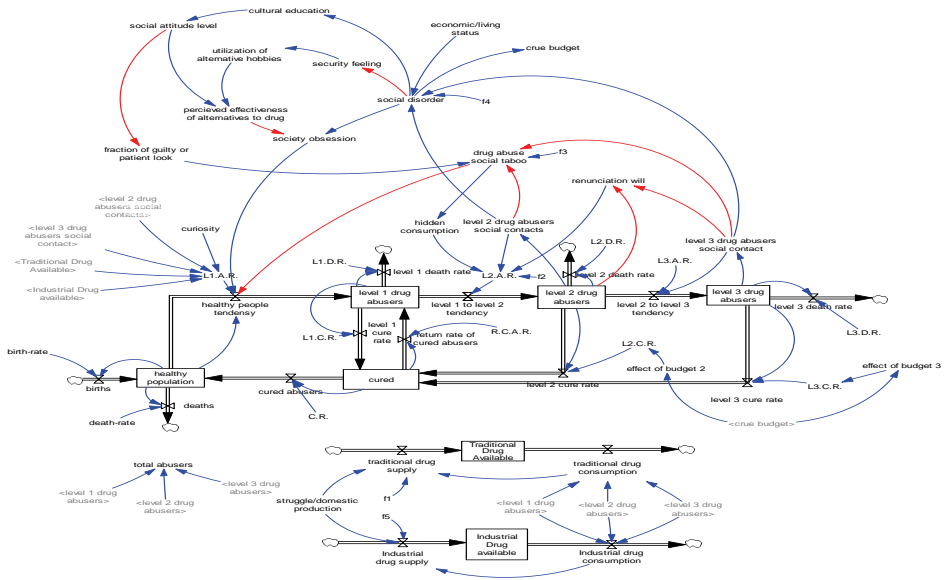
در سال‌های اخیر، مواد مخدر صنعتی وارد بازار سوء مصرف مواد مخدر شده است. مزیت‌هایی از جمله، امکان تولید در داخل کشور بدون تحمل مخاطره‌های مربوط به وارد کردن آن، مصرف سریع، پوشیدگی بیشتر و اثر عمیق‌تر در فرد باعث شده است تا گرایش بیشتری به آن به خصوص در جوانان، در قیاس با نوع صنعتی مواد مخدر به وجود آید. مواد مخدر صنعتی به مراتب، خطرناک‌تر از مواد مخدر نسل قبل از خود است. بنا بر تحقیقات انجام گرفته، کراک (هروئین فشرده) ۱۵۰ برابر بیش‌تر از هروئین معمولی قدرت تخریبی دارد.

هرچه محدودیت‌های عرضه مواد مخدر کم‌خطرتر (مشروبات الکلی، تریاک، حشیش و نظایر این‌ها) در جامعه بیش‌تر شود، مخاطره تهیه و مصرف آن بیش‌تر می‌شود. در صورت نبود بستر مناسب، افراد جامعه به سمت مواد مخدر پرخطرتر اما سهل‌الوصول‌تر و با اثرگذاری بیش‌تر جذب می‌شوند. این وضع به افزایش تعداد سوءمصرف‌کنندگان در سطوح ۲ و ۳ و در نهایت، به نابسامانی بیش‌تر اجتماع خواهد انجامید. این اقدام با روند فعلی در مبارزه با مواد مخدر به اعمال محدودیت بیش‌تر و تغییر بیش‌تر الگوی مصرف می‌انجامد. در این میان، شاید آموزش‌های فرهنگی با تأکید بر آثار بسیار خطرناک‌تر مواد مخدر صنعتی، بتواند سبب ارتقای سطح باور اجتماعی در جهت کاهش این تغییر الگوی مصرف شود (شکل ۸).



شکل ۸ چرخه‌های علی  $B_5, B_6, B_7, R_{15}$  و  $R_{16}$

بر اساس متغیرهای اصلی موجود در «نمودار حلقه بسته» (CLD)، عوامل اثرگذار بر مدل شناسایی شدند و نحوه اثرگذاری آن‌ها مشخص و فرموله گردید. مقادیر اولیه لازم نیز بر اساس آمارهای رسمی و غیررسمی استخراج شدند. در اینجا برای رعایت اختصار، از بیان جزئیات خودداری کرده و فقط به نمایش مدل اکتفا می‌شود (شکل ۹).



شکل ۹. مدل کلی سوء مصرف مواد مخدر ۳،۳. سیاست‌ها

### پایایی سنجی مدل

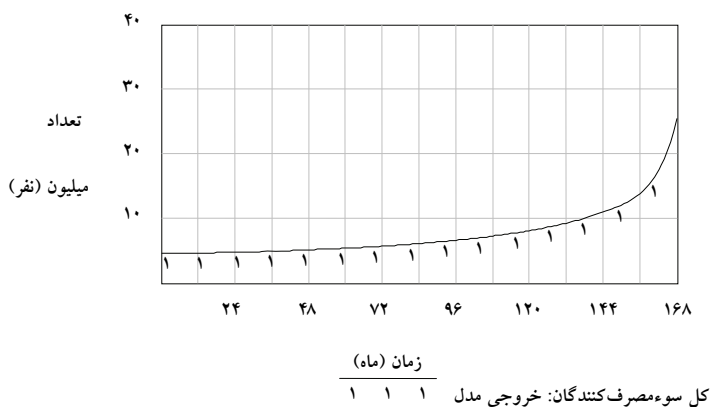
مدل‌های پویایی‌های سیستم را که در رده مدل‌های علی ریاضی قرار می‌گیرد، می‌توان به کمک داده‌های جمع‌آوری شده به صورت میدانی و با استفاده از ادبیات موجود به شکلی تعدیل کرد و اعتبار بخشید که در نهایت، ابزاری را برای آزمون راهکارها و شبیه‌سازی‌های مختلف به دست دهد.

در مدل‌های پویایی‌های سیستم، پایایی ساختاری مدل بر پایایی رفتاری آن اولویت دارد و فقط زمانی که ساختار مدل دارای اعتبار باشد، می‌توان پایایی رفتار مدل را بررسی کرد. البته، بهتر است که پایایی سنجی مدل‌های پویا، رفتاری چرخشی داشته باشد؛ یعنی پس از پایایی سنجی ساختاری و سپس رفتاری، دوباره پایایی سنجی ساختاری صورت پذیرد. ساختار مدل را گروه کانونی دانشگاه تربیت مدرس نقد و بررسی و در نهایت، تأیید کردند.



دلیل دیگر پایایی مدل، حضور تمامی عوامل سیاست‌گذاری در مدل است. براساس مدل تدوین‌شده تمامی راهکارهای مطرح‌شده در قالب بسته‌های سیاستی می‌تواند شبیه‌سازی شود.

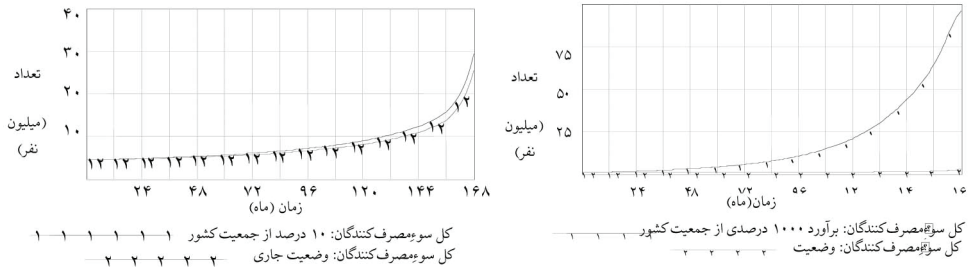
برای پایایی رفتاری مدل نیز از چندین روش استفاده شده است که به مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌کنیم. یکی از روش‌های تأیید رفتاری مدل، توانایی بازسازی رفتار مرجع است. پس از شبیه‌سازی مدل در محیط نرم‌افزار «ونسیم»، متغیر سوء مصرف مواد مخدر، که رفتار مرجع مدل انتخاب‌شده بود، رفتاری مشابه رفتار پیش‌بینی‌شده را نشان می‌دهد و این امر دلیل دیگری بر درستی مدل است (نمودار ۲).



نمودار ۲. کل سوء مصرف کنندگان براساس خروجی مدل پیشنهادی

یکی دیگر از روش‌های پایایی سنجی مدل، شبیه‌سازی رفتار حدی (آزمون وضعیت حدی) است. در شبیه‌سازی‌های انجام‌شده، پایایی رفتاری مدل براساس این روش تأیید شد (نمودار ۳، سمت راست).

آزمون حساسیت (آنالیز حساسیت) نیز از دیگر روش‌های معتبرسازی است. براساس این آزمون، تغییرات کوچک و پیش‌بینی‌پذیر در پارامترهای مدل، در حالت عادی نباید تغییرات شدید و پیش‌بینی‌ناپذیر را در رفتار مدل ایجاد کند (نمودار ۳، سمت چپ).



**نمودار ۳.** کل سوء‌مصرف‌کنندگان جاری و با برآورد ۱۰ درصدی و ۱۰۰۰ درصدی از جمعیت کشور

بازار مواد مخدر همچون هر بازار دیگری تابع سازوکار عرضه و تقاضا است؛ بنابراین، برای کنترل آن باید تقاضا یا عرضه یا هر دو را تحت کنترل درآورد. اما بر مبنای دلایل روشن و قاطع، استراتژی کنترل تقاضا نسبت به کنترل عرضه، در کنترل بازار مواد مخدر بهتر عمل خواهد کرد:

۱. عرضه در پاسخ و در مقام برآوردن نیاز و تقاضا شکل می‌گیرد. تا زمانی که تقاضایی (آشکار یا پنهان) وجود نداشته باشد، عرضه‌ای وجود نخواهد داشت و برای آن بازاری شکل نخواهد گرفت.

۲. در صورتی که تقاضا همچنان وجود داشته باشد، استراتژی کنترل عرضه به جای اینکه تهدیدی برای بازار مواد مخدر باشد، در نهایت منجر به افزایش قیمت مواد مخدر خواهد شد.

۳. آنچه محرک تلاش در جهت کنترل عرضه است، نه درستی آن، بلکه این واقعیت است که تقاضا در اساس نامشهود و درونی است و بنابراین، در قیاس با عرضه به سختی می‌توان آن را مهار کرد. به نحوی که برای مهار آن باید غیرمستقیم و به واسطه اتخاذ منظر سیستمی و مدیریت کلان پیش‌زمینه‌ها و بسترهایی که افراد جامعه در آن قرار دارند، عمل کرد. در حالی که با دیدی سطحی و غیرواقعی بینانه،

مه‌ار عرضه واجد این مشخصات محدودکننده نیست.

۴. در نهایت همچنان که اشاره شد، دلیل این مدعا را می‌توان کم‌اثر بودن تلاش‌های بسیاری دانست که سال‌هاست، در جهت کنترل سوء مصرف مواد مخدر از رهگذر مه‌ار عرضه و قاچاق، در جریان است.

تجربه کشورهای که در مبارزه با مواد مخدر موفق بوده‌اند، نشان می‌دهد این توفیق‌ها برخاسته از شناخت علمی از جمعیت سوء مصرف‌کنندگان و استفاده از این آگاهی در پیشگیری اولیه و ثانویه با توجه به متغیرهای بومی و منطقه‌ای بوده است (کورنر و نوردویک، ۲۰۰۷). سه نوع شیوه پیشگیری برای مواد مخدر وجود دارد (وینکلر و همکاران، ۲۰۰۴):

۱. پیشگیری اولیه که هدف از آن، جلوگیری از آغاز مصرف مواد مخدر است؛
  ۲. پیشگیری ثانویه که مصرف مواد مخدر را در میان افرادی که آن را آغاز کرده اما به آن معتاد نشده‌اند، محدود می‌کند؛
  ۳. مبارزات آگاهی‌بخشی که هدف از آن، کاهش اثرات ناگوار سوء مصرف مواد مخدر در جامعه است.
- با وجود این، برخی چهار سطح پیشگیری برای سوء مصرف مواد مخدر در نظر می‌گیرند. در دسته‌بندی جدید، پیشگیری دوران جنینی پیش از سه سطح پیشگیری مطرح می‌شود. با این پیش فرض که حتی اثرات ژنتیکی دوران جنینی هم می‌تواند در گرایش فرد به سمت سوء مصرف مواد مخدر تأثیرگذار باشد و باید مورد پایش و پیشگیری قرار گیرد. همچنان که از مدل نیز برمی‌آید، در صورتی که فرد رفتار سوء مصرف مواد مخدر را آغاز کند، تداوم آن تحت تأثیر عوامل درون فردی است و کمک‌های بیرونی، در صورت نبود خواست و اراده کافی در خود فرد، ناکام خواهد ماند. بنابراین، آنچه در اینجا مبنای پیشنهاد سیاست‌ها قرار می‌گیرد، پیشگیری است. همان‌طور که در مقدمه عنوان شد، این پیشگیری در سه سطح صورت می‌گیرد. از منظری دیگر، سیاست‌ها را می‌توان در سه سطح کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت تدوین کرد. همچنان که در جدول ۱ به اختصار آورده

شده است، برای هر سطح، متغیر تصمیم مختص به آن شناسایی شده و سیاست‌هایی در جهت آن مطرح می‌شود و از طریق شبیه‌سازی تغییرات، متغیر تصمیم (کل تعداد سوء‌مصرف‌کنندگان) ترسیم می‌گردد.

۱. در سطح اول پیشگیری که هدف، جلوگیری از آغاز رفتار سوء‌مصرف مواد مخدر است، متغیر تصمیم، میزان سوء‌مصرف مواد مخدر در سطح اول است. براساس مدل ارائه‌شده، سیاست‌های این سطح از پیشگیری را می‌توان در قالب بسته‌های سیاستی این به‌صورت عنوان کرد:

۱.۱. ارتقای سطح نگرش و باور افراد جامعه دربارهٔ واقعیت سوء‌مصرف مواد مخدر، زمینه‌سازی سرگرمی‌ها و تفریحات سالم و معرفی و ترغیب افراد جامعه به آن‌ها: پیش‌نیاز آموزش مؤثر پذیرش واقعیت سوء‌مصرف مواد مخدر در اجتماع است. باید آسیب‌پذیری اجتماع از ناحیهٔ آن را درک کرد و از انکار دست برداشت.

ذکر این مطلب لازم است که آگاهی‌بخشی ممکن است دو اثر عمده داشته باشد: ۱. اثر بازدارندگی؛ ۲. اثر ترغیبی. آگاهی‌بخشی باید به‌نحوی باشد که بیش‌ترین اثر بازدارندگی و کم‌ترین اثر ترغیبی را ایجاد کند. اثر ترغیبی، متناسب با سن، جنس، زمینه‌های فرهنگی، تجربه‌های شخصی و روحیه در افراد متفاوت است. نکتهٔ دیگر اینکه، در آموزش‌ها باید به این عامل بسیار توجه داشت که در عین بیان واقعیت سوء‌مصرف مواد مخدر، جایگزین‌های مناسب آن را نیز معرفی کرده و افراد جامعه را به استفاده از آن‌ها تشویق و ترغیب کرد.

آموزش‌های فرهنگی برای داشتن اثربخشی مطلوب، باید متفاوت از آن چیزی شود که تا به امروز بوده است. باید رسالت آموزش‌ها را در سطح بالاتری در نظر گرفت. این آموزش‌ها به‌جای اینکه سطح آگاهی افراد اجتماع را ارتقا دهد، باید باور آنان را بهبود بخشد. پس باید آموزش، مبتنی بر دانش و نگرش نیز باشد تا افراد را از خطرهای این گونه مواد آگاه سازد و از کنج‌کاوای آنان در این زمینه بکاهد (گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء‌مصرف مواد مخدر، ۱۳۸۶). این باور زمانی ایجاد می‌گردد که افراد برای آگاهی‌های

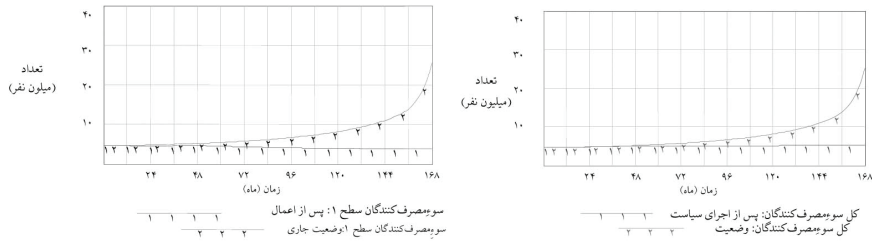
کسب‌شده بار ارزشی قابل گردند. آگاهی زمانی به باور تبدیل می‌گردد که بتواند محرک رفتار شود. این امر نیازمند بازنگری اساسی در شیوه‌های آموزش فرهنگی است. یکی از این شیوه‌های جدید، ممکن است استفاده از درمان‌شدگان سطوح بالاتر برای آموزش سوءمصرف‌کنندگان سطوح پایین‌تر و افراد سالم باشد.

این بسته سیاستی برای زمانی مناسب خواهد بود که زیرساخت‌های کلان اجتماعی و فردی در وضعیت خوبی قرار دارد و این فرد باشد که در اثر ناآگاهی و سهل‌انگاری و شاید کنجکاوی متمایل به سوءمصرف مواد مخدر می‌شود و از آنجا که تغییر نگرش و فرهنگ را نمی‌توان به سرعت محقق کرد، باید انتظار داشت تا اجرای این بسته سیاستی در بازه‌های زمانی میان‌مدت و بلندمدت اثربخش باشد (نمودار ۴).

۱.۲. ارتقای بسترهای گذران سالم زمان‌های فراغت و برطرف کردن نابسامانی‌های اجتماعی و بهبود شرایط اقتصادی و معیشتی جامعه: در مواقعی که زیرساخت‌های کلان جامعه مناسب نباشد و اوضاع اقتصادی و معیشتی دچار مشکلات عدیده‌ای باشد، عقده‌های روانی شکل گرفته در افراد و تمایلات به آزادی و آرامش، آنان را به سمت راحت‌ترین منبع رفع آن سوق می‌دهد. در چنین اوضاعی، لازم است راهکارهایی اجرا شود که در آن، بر اصلاح و بهبود زیرساخت‌ها پیش از هر چیز دیگری تأکید شود.

اوضاع اقتصادی و معیشتی جامعه (از جمله مهم‌ترین آن‌ها اشتغال و مسکن و ازدواج) باید به همراه وضعیت نابسامان اجتماعی با دیدی کلان و در بازه زمانی درازمدت بهبود یابد. در ادامه و در جهت تکمیل این سیاست، لازم است بسترهای مناسب برای گذران اوقات فراغت برای افراد جامعه فراهم گردد.

با اجرای این سیاست در موضع شایسته خود، از عقده‌های روانی افراد جامعه که سبب شکل‌گیری تمایلات به آزادی در آن‌ها می‌گردد، کاسته خواهد شد و این انتظار می‌رود که با این روش، افراد جامعه کم‌تر به سوءمصرف مواد مخدر سوق پیدا کنند (نمودار ۴).



#### نمودار ۴. کل سوء مصرف کنندگان با اتخاذ سیاست‌های ۱، ۱ و ۲، ۱

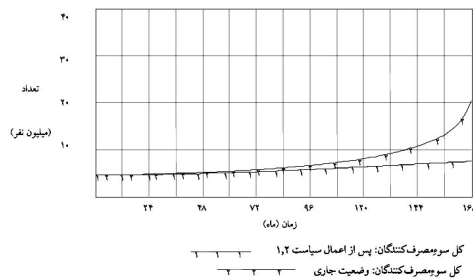
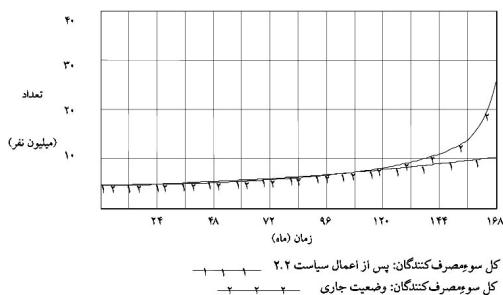
۲. در سطح دوم پیشگیری، هدف جلوگیری از تداوم مصرف و بروز وابستگی در افرادی است که شروع به رفتار سوء مصرف مواد مخدر کرده‌اند و متغیر تصمیم، میزان سوء مصرف مواد مخدر سطح دوم است. در این باره، این سیاست‌ها را می‌توان برای حذف یا کاهش وابستگی در آغاز کنندگان مصرف مواد مخدر بیان کرد:

۲.۱. تغییر نگرش افراد جامعه درباره سوء مصرف کنندگان مواد مخدر: منظور، تغییر نگرش به نحوی است که دیگر به سوء مصرف مواد مخدر به عنوان جرم و به معنای به عنوان مجرم نگریسته نشود و سوء مصرف کنندگان، بیمارانی قلمداد شوند که نیازمند درمان هستند. سوء مصرف کنندگان مواد مخدر به سرعت، مسیر آغاز مصرف تا بروز وابستگی را طی می‌کنند و یکی از دلایل اصلی در این میان، مصرف پنهانی است. جامعه به آنان به چشم یک مجرم می‌نگرد و این طرد اجتماعی، فرد را به گوشه‌های پنهان اجتماع سوق می‌دهد؛ به نحوی که تا بروز آثار ناگوار آن در اجتماع، شناسایی نمی‌شوند.

از نظر لشنر (۱۹۹۹) نگاه به سوء مصرف مواد مخدر به عنوان یک بیماری مزمن مغزی، مفهومی کاملاً جدید برای بسیاری از مردم و سیاست‌گذاران و متأسفانه برای غالب متخصصان مقوله بهداشت است. این مفهوم است که باید خط‌مشی‌های ما را شکل دهد. به عنوان مثال، اگر ما بدانیم که مجرمان وابسته به مواد مخدر هستند، دیگر زندانی کردن آنان معقول و منطقی به نظر نخواهد آمد.

البته ذکر این نکته نیز لازم است که این اقدام همچون تیغی دولبه عمل می‌کند. نباید به نحوی عمل شود که سوء مصرف مواد مخدر قبح و زشتی خود را از دست بدهد و باید انتظار داشت که این شیوه نگرش در بازه زمانی بلندمدت محقق شود.

۲.۲. پوشش بیمه‌ای سوء مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنان: سوء مصرف‌کنندگان جوان و میان‌سال که با مشکلات اقتصادی روبه‌رو هستند، که عمده آن‌ها چنین‌اند، تحت پوشش بیمه‌های خدمات درمانی قرار بگیرند و چنانچه در وضعیت بد اقتصادی به سر می‌برند، خانواده‌های آنان نیز مشمول این بیمه‌ها شوند. البته به تازگی از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر، اصلی‌ترین نهاد متولی مواد مخدر در کشور، برنامه‌هایی برای اجرایی کردن این امر در حال اجرا است. این سیاست را می‌توان به‌عنوان راهکاری در کوتاه‌مدت مدنظر داشت.



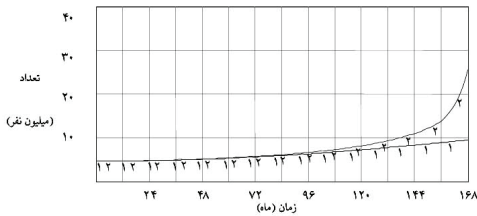
نمودار ۵. کل سوء مصرف‌کنندگان با اتخاذ سیاست‌های ۱،۲ و ۲،۲

۲.۳. تقویت اراده افراد برای توقف سوء مصرف مواد مخدر: به فرض حل مسئله پیشین، عامل دیگر، خواست و اراده ضعیف افراد برای توقف این رفتار به‌علت تعامل مستمر با تجمعاتی از جنس خود و ناآگاهی یا انکار آینده ناخوشایندی است که انتظارشان را می‌کشد. همچنان که دید اجتماع درباره افراد وابسته به مواد مخدر اصلاح می‌شود و آنان را از گوشه‌های پنهان اجتماع به سطح می‌آورد، باید خواست

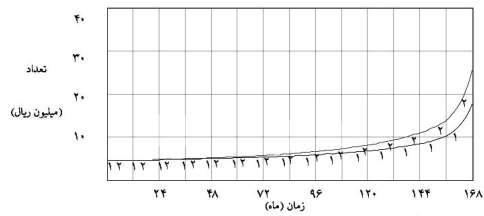
و اراده برای ترک را در میان سوء مصرف کنندگان این سطح ارتقا داد. یکی از روش‌هایی که ممکن است بسیار اثرگذار باشد، این است که ترتیبی داده شود تا سوء مصرف کنندگان این سطح از خانه‌های سوء مصرف مواد مخدر بازدید کنند و این بازدیدها در طول دوره بازگشت آنان ادامه داشته باشد. از آنجاکه لازمه این سیاست، تغییر اساسی در نگرش اعضای اجتماع است، انتظار چنین اقدامی در بلندمدت ممکن خواهد بود.

۲.۴. جلوگیری از تمایل به مواد مخدر صنعتی: در نهایت، عاملی که این سیر قهقراایی را سرعت می‌بخشد، مواد مخدر صنعتی و ویژگی ایجاد وابستگی سریع و عمیق در آن‌هاست. از دید منطقی، اگر در نهایت با درپیش گرفتن تمامی سیاست‌های پیش گفته، باز حذف وابستگی در سوء مصرف کنندگان مقدر نگشت، با تقلیل فعالیت‌های بازدارنده درباره مواد مخدر کم‌تر خطرناک همچون مشروبات الکلی و حشیش و حتی تریاک می‌توان تا حدود زیادی مانع از گرایش به سمت مواد مخدر بسیار خطرناک‌تر صنعتی شد.

از آنجاکه در این سطح، اتخاذ چنین سیاستی به لحاظ آثار جانبی محتمل بسیار حساس است، اجرای آن باید در آخرین مرتبه و پس از اجرای سیاست‌های پیشین، در بلندمدت، صورت گیرد.



کل سوء مصرف کنندگان: پس از اعمال  
کل سوء مصرف کنندگان: وضعیت جاری



کل سوء مصرف کنندگان: پس از اعمال سیاست  
کل سوء مصرف کنندگان: وضعیت

نمودار ۶. کل سوء مصرف کنندگان با اتخاذ سیاست‌های ۲،۳ و ۲،۴



۳. در سطح سوم پیشگیری که هدف از آن، کاهش اثرات ناگوار سوء مصرف مواد مخدر بر جامعه است، متغیر تصمیم، میزان سوء مصرف کنندگان سطح سوم است. به منظور کاهش تأثیرات ناگوار سوء مصرف مواد مخدر در این سطح، این بسته‌های سیاستی را می‌توان درپیش گرفت:

۳،۱. تشکیل خانه‌های اعتیاد، جایگزینی مواد افیونی کم‌خطرتر، سرمایه‌گذاری در صنایع با درون‌داد مواد افیونی در کشورهای تولیدکننده و افزایش فعالیت‌های بازدارنده تولید و عرضه مواد مخدر در داخل: این خانه‌ها برای سوء مصرف کنندگان سطح ۳، کسانی که امیدی به بازگشت و بهبود آنان نیست، در نظر گرفته می‌شود. افراد پیر و سالخورده و بی‌کس و بدون خانواده که وابسته به مواد مخدر هستند، سوء مصرف کنندگان مبتلا به بیماری‌های لاعلاج (همچون ایدز و هپاتیت) و از این دست، کسانی هستند که در این خانه‌ها جای داده می‌شوند. برای این افراد مواد مخدر رایگان وجود دارد و نیازمندی‌های اولیه زندگی برای آنان مهیا است.

اما در میان سوء مصرف کنندگان سطح ۳ کسانی هستند که در اجتماع نقش‌های مهمی چون پدری یا همسری را برعهده دارند و نمی‌توان آنان را به‌طور کامل، از جامعه جدا کرد؛ زیرا با این کار، افراد سالمی که از این نقش‌ها بهره‌مند می‌شوند، آسیب خواهند دید. آنان می‌توانند در زمان‌هایی که نیاز به مصرف پیدا می‌کنند، خارج از اجتماع و درون این خانه‌ها این نیاز را مرتفع کنند و دوباره، به جامعه و ایفای نقش‌های خود برگردند.

لازم است هم‌زمان با کاهش تقاضایی که از طریق تشکیل خانه‌های سوء مصرف مواد مخدر در بازار آن ایجاد می‌شود، فعالیت‌های کاهش عرضه نیز افزایش یابد. از آنجاکه تقاضا همگام با عرضه کاهش می‌یابد، گرایش به سمت مواد مخدر صنعتی پرخطرتر انجام نمی‌گیرد. دولت می‌تواند مواد ضروری خانه‌های اعتیاد را از طریق پیش‌خرید از کشورهای تولیدکننده (نظیر افغانستان و پاکستان) تأمین کند یا با سرمایه‌گذاری در صنایع مرتبط با مواد افیونی در کشورهای تولیدکننده، عرضه آن‌ها را کنترل کند.

عمده دلایلی که تشکیل خانه‌های سوء مصرف مواد مخدر را به عنوان یک اقدام ثمربخش توجیه می‌کند، می‌توان به این صورت عنوان کرد:

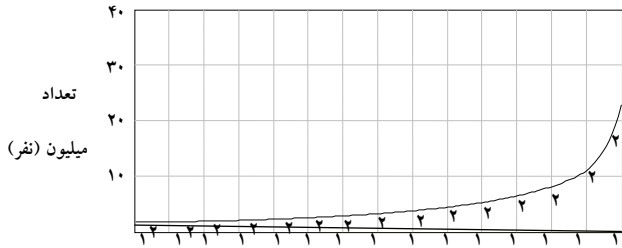
۱. همان‌طور که در مدل ترسیم شده نیز مشخص است، در تماس و تعامل بودن افراد معتاد با اجتماع اطراف خود، مضرات بسیاری به دنبال دارد. عمده افرادی که در این خانه‌ها جاده‌ی خواهند شد، کسانی هستند که در کنار سوء مصرف مواد مخدر، خود نقش مرجع و الگو را برای افراد سالم اجتماع بازی می‌کنند. شکل‌گیری یا افزایش گرایش در افراد سالم و سطوح پایین‌تر به سوء مصرف مواد مخدر، شکستن قبح سوء مصرف مواد مخدر، بزه و جرم و جنایت و... از جمله وضعیت‌های ناخوشایندی است که به دلیل همزیستی افراد معتاد با اجتماع سالم بروز می‌کند.

۲. آن‌چنان که گفته شد، ساکنین این خانه‌ها افرادی هستند که به تنهایی و از روش‌های درست، استطاعت بر آوردن هزینه‌های سوء مصرف مواد مخدر خود را ندارند. با در اختیار قرار دادن رایگان مواد مخدر به آنان، دیگر دغدغه تهیه آن را نخواهند داشت. این افراد کسانی هستند که در غیر این صورت، از انجام دادن اعمال خلاف و جرم برای تهیه آن هیچ ابایی ندارند.

۳. با استفاده از ادبیات پویایی‌های سیستم نیز می‌توان آن را این گونه توجیه کرد که با این عمل، سوء مصرف‌کنندگان سطح ۳ که امید چندانی به ترک و درمان در آنان نمی‌رود و درصد بالایی از تقاضا و مصرف مواد مخدر را دارند، از چرخه عرضه تقاضا (R، ۱، ۱R، ۱۲R) خارج می‌شوند. با این عمل می‌توان تا حد زیادی تقاضای بازار را کاهش داد و بدین وسیله، تا مقدار زیادی از جذابیت بازار مواد مخدر کاست و مانع گرایش به بازار مواد مخدر صنعتی و رونق آن شد.

از آنجاکه سوء مصرف‌کنندگان سطح ۳ نقشی اساسی در گرایش افراد سالم اجتماع، از طریق تماس‌های اجتماعی، و تداوم مصرف و بروز وابستگی و اعتیاد در مصرف‌کنندگان تازه‌کار دارند و منبع اصلی اثرات ناگوار سوء مصرف مواد مخدر بر جامعه هستند، انتظار این است که اجرای این سیاست، تأثیرات مساعد خود را در هریک از سه سطح پیشگیری نشان دهد و با توجه به حوزه اثرگذاری وسیع و گستره عمل آن، در بازه زمانی بلندمدت

بتوان آن را پیاده‌سازی کرد. در جدول ۱، تمام سیاست‌های مطرح‌شده در سه سطح پیشگیری و سه بازه زمانی، در قالب یک ماتریس خلاصه شده است.



زمان (ماه)

کل سوء مصرف‌کنندگان: پس از اعمال سیاست ۱.۳

کل سوء مصرف‌کنندگان: وضعیت جاری

نمودار ۷. کل سوء مصرف‌کنندگان با اتخاذ سیاست ۱.۳

جدول ۱. ماتریس سیاست‌های پیشنهادی

سطوح پیشگیری بازه‌های زمانی	پیشگیری از گرایش افراد سالم	پیشگیری از اعتیاد در سوء مصرف‌کنندگان تازه‌کار	پیشگیری از آثار زیان‌بار اعتیاد
کوتاه‌مدت		تحت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی قراردادن سوء مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنان	
میان‌مدت	ایجاد و فراهم آوردن زمینه تفریحات و سرگرمی‌های سالم	زمینه‌سازی برای جایگزین‌های کم‌خطرتر سنتی با تقلیل فعالیت‌های بازدارنده درباره مواد مخدری همچون مشروبات الکلی و حشیش و حتی تریاک در قیاس با محصولات صنعتی بسیار خطرناک مانند کراک و شیشه	
	تشکیل خانه‌های اعتیاد و تشدید فعالیت‌های بازدارنده عرضه و تولید مواد مخدر		
بلندمدت	رفع نابسامانی‌های اجتماعی از طریق بهبود وضعیت اقتصادی و معیشتی	تقویت اراده و خواست سوء مصرف‌کنندگان برای توقف رفتار با برقراری بازدهایی از خانه‌های اعتیاد	مشارکت اقتصادی و صنعتی با کشورهای تولیدکننده مواد مخدر در زمینه فرآوری محصولات دارویی مستحصل از مواد افیونی
	ارتقای سطح نگرش‌ها و باورهای عمومی افراد جامعه نسبت به سوء مصرف مواد مخدر با بهره‌گیری از خود مصرف‌کنندگان و مداو شدگان		

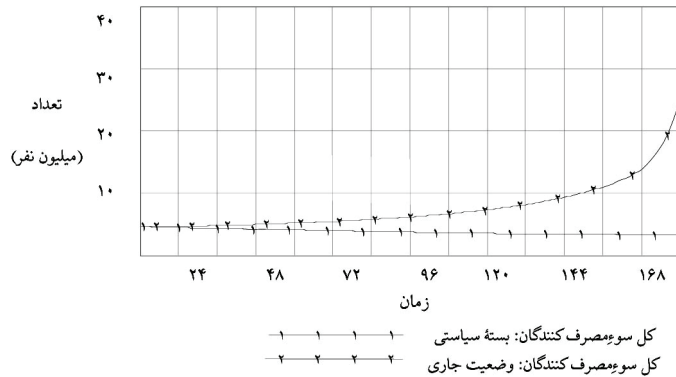
## بحث

امروز دیگر ماهیت مشکل ساز سوء مصرف مواد مخدر و لزوم برخورد با آن بر هیچ کس پوشیده نیست؛ اما آنچه اهمیت بسیاری یافته است، چگونگی مواجهه با آن است. سوء مصرف مواد مخدر از آنجاکه با طیف وسیعی از عناصر و نهادهای اجتماعی (فرد، خانواده، گروه، سازمان ...) سروکار دارد، در قیاس با غالب پدیده‌های اجتماعی، پیچیدگی و پویایی بسیار بیش تری دارد؛ به نحوی که به سهولت و سرعت گسترش می‌یابد و تغییر شکل و حتی ماهیت می‌دهد و این امر شناسایی و کنترل و مهار آن را به مراتب مشکل تر ساخته است.

از همان ابتدا، با کشف و مصرف و در پس آن سوء مصرف مواد افیونی، تلاش‌های زیادی برای مهار این پدیده شوم صورت گرفته است. صاحب نظران بسیاری در کشورهای مختلف، با درک این ضرورت از روش‌ها و استراتژی‌های گوناگونی برای کنترل آن بهره جسته‌اند. برخی همچون امریکا و هلند تا حدودی موفق بوده‌اند و برخی دیگر همچون ایران توفیق چندانی نیافته‌اند. عمده این تلاش‌ها نگاه جزئی و مقطعی داشته و کلیت و منظر کلان آن را مدنظر قرار نداده‌اند.

در این مقاله، با ارائه مدلی مبتنی بر روابط علی میان عامل‌های اثرگذار بر سوء مصرف، روش تحلیل پویایی‌های سیستم امکان شناخت کلیت معضل سوء مصرف مواد مخدر را در کشور به دست می‌دهد که البته اعتبار آن به واسطه قابلیت تشریح گذشته، انطباق با خرد جمعی گروه‌های کانونی و در نظر گرفتن عمده عامل‌های دخیل اثبات شدنی است. با شناخت به دست آمده از کلیت رفتار سوء مصرف مواد مخدر، مؤلفان با پیش گرفتن رویکرد حل خلاقانه مسئله، خط‌مشی‌هایی را برای حل این معضل پیشنهاد داده‌اند که اثربخشی آن‌ها در مرحله بعد، توسط مدل برای هر سیاست، نشان داده شده است. تشکیل خانه‌های اعتیاد به همراه تشدید فعالیت‌های بازدارنده عرضه و تولید مواد افیونی، تحت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی قرار دادن سوء مصرف کنندگان و خانواده‌های آنان، ایجاد زمینه جایگزینی مواد افیونی کم تر خطرناک به جای مواد مخدر صنعتی، سرمایه‌گذاری اقتصادی

در صنایع با درونداد مواد افیونی در کشورهای تولیدکننده، بخشی از سیاست‌هایی است که در قالب بسته‌های سیاستی متعدد در مقاطع مختلف زمانی (کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت) پیشنهاد شده‌اند.



نمودار ۸ کل سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر با اتخاذ کل سیاست‌های پیشنهادشده

درنهایت، می‌توان از این مقاله نتیجه گرفت که برای رفع این معضل به صورت ضربتی و در کوتاه‌مدت و با اتخاذ رویکرد درمان و با پیش‌گرفتن استراتژی کنترل عرضه، همچنان که مدل و تجربه‌ها نشان می‌دهد، نمی‌توان توفیقی یافت و لازم است حداقل، در بازه‌های زمانی میان‌مدت و بلندمدت و با تأکید و تمرکز بر پیشگیری از گرایش افراد سالم اجتماع و با اتخاذ استراتژی کنترل تقاضا سیاست‌های پیشنهادشده در مقاله را به کار بست.

- ابادینسکی، ه. (۱۳۸۲)، *جامعه‌شناسی مواد مخدر*، (ترجمه محمدعلی زکریایی)، تهران، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۱).
- رضایی، م. (۱۳۸۲)، *درآمدی بر استراتژی کاهش تقاضا (ابعاد تجربی و نظری)*، تهران، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- سوشیل. (۱۳۸۷)، *پویایی‌های سیستم*، ترجمه ابراهیم تیموری، علیرضا نورعلی و نریمان ولی‌زاده، تهران: انتشارات دانشگاه علم و صنعت ایران.
- عصاریان، ف، امید، ع، اکبری، ح. (۱۳۸۳)، بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر کاشان، *فصلنامه علمی پژوهشی فیض*، ش ۲۹، ۴۱ تا ۴۷.
- گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء‌مصرف مواد مخدر (۱۳۸۲ و ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶)، تهران، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- Beiderman, J., Dina R. hirshfeld-becker, jerrold F. rosenbaum & sarah G. perenick (2001), "lack of association between parental alcohol or drug addiction and behavioral inhibition in children", the American journal of psychiatry, 158, 10. Pg. 1731.
- Chassin, L. Clark C. Presson, Jennifer Rose, Steven J. Sherman (2007), "What is addiction? Age-related differences in the meaning of addiction", Drug and Alcohol Dependence, 87, 30-38.
- Friedmann, P.D., stephenie C. Lemon, Bradley J. Anderson, micheal D. stein (2003), "predictors of follow-up health status in the drug abuse treatment outcome study (DATOS)", drug and alcohol dependence, Vol. 69, Pp. 243-251.
- Golstein, Paul, James A. Swartz, Zoran Martinovich (2005), "An analysis of the criminogenic effects of terminating the Supplemental Security income impairment category for drug addiction and alcoholism", Contemporary Drug Problem, 30, 1/2, pg. 391.
- Goldstein, R. Z., Nora D. Volkow (2002), "Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for involvement of the frontal cortex", The American Journal of Psychiatry, 159, 10, pg. 1642.
- Korner, H. & Nordvik H. (2007), "five-factor model personality traits in opioid dependence BMC psychiatry", 7, 37.
- Kalivas, P. W. (2001), "Drug addiction: to the cortex and beyond, the American journal of psychiatry", 158, 3. Pg. 349.

- Laursen, Lau & Anette Storgaard (2001), "the treatment of drug addiction: the individual caught between public welfare and private capitalism, contemporary drug problems", 28, 2, Pg. 277.
- Leshner, A. I. (1999), "We can conquer drug addiction", The Futurist, 33(9), 22.
- Alcohol Dependence, 87, 30-38.
- Rossi, Carla (2004), "operational models for epidemics of problematic drug use: the Mover-Stayer approach to heterogeneity", socio-economic planning sciences, 38, 73-90.
- Sloves, Harold (2000), "drug treatment for drug addiction: surmounting the barriers", 20, 4, Pg. 42.
- Swartz, J.A., zoran martinovich & paul Goldstein (2003), "An analysis of the criminogenic effects of terminating the supplemental security income impairment security income impairment category for drug addiction and alcoholism", contemporary drug problems, 30, 1/2, Pg. 391.
- Volkow, N. D. (2005), "What Do We Know About Drug Addiction?", The American Journal of Psychiatry ,162, 8, pg. 1401.
- Winger, G., james H. woods, ghad M. galuska & tammy wade-galuska (2005), "behavioral perspectives on the neuroscience of drug addiction", journal of the experimental analysis of behaviour, 84, 3, Pg. 667.
- Winkler, D., Jonathan P. C., Doris A. B. & Gernot tragler (2004), "estimating the relative efficiency of various forms of prevention at different stages of a drug epidemic", socio-economic planning sciences, 38, 43-56.