

## بررسی الگوهای کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران



مجموعه گزارش‌های راهبردی در حوزه مواد مخدر در راستای بررسی، تحلیل و تبیین ابعاد و مولفه‌های سیاست‌های کلی نظام طراحی شده است. هر اثر نتیجه یک پژوهش علمی و یا بررسی تحلیلی است، که به یکی از ابعاد بنیادی و کاربردی سیاست‌ها توجه دارد. با توجه به اینکه سیاست‌های کلی در باره محور رویکردهای نظام را در حوزه مبارزه با مواد مخدر ارائه می‌دهد، بنابراین لازم است هر محور از دیدگاه دست اندرکاران، اساتید دانشگاه، پژوهشگران و مسئولین اجرایی مورد تامل و بررسی قرار گیرد. کمیته تخصصی مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام بنا بر این نظر به پژوهش‌ها و بررسی‌های انجام شده، بی‌شک، بی‌مؤلفه‌های اساسی سیاست‌های کلی بارده گانه به مناسبت هر محور تخصصی تحلیل‌ها و گزارشات راهبردی ارائه دهد.

گزارش راهبردی  
کمیته مبارزه با مواد مخدر

## سیاست پژوهی موادمفدر(6)

---



گزارش راهبردی

## بررسی الگوهای کاهش تقاضای موادمخدر در ایران (با تأکید بر پیشگیری و درمان)

نویسنده:

رضا معصومی راد

کمیته مبارزه با مواد مخدر  
دبیر خانه مجمع تشخیص مصلحت نظام

## بررسی الگوهای کاهش تقاضای موادمخدر در ایران (با تاکید بر پیشگیری و درمان)

• نویسنده: رضا معصومی‌راد • زیر نظر: کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام • طراحی و چاپ: جامعه و فرهنگ • شمارگان: 1000  
نسخه

---

همه حقوق مترتب بر این اثر متعلق به کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام است. استفاده از مطالب مندرج در این گزارش با ذکر ماخذ بلامانع است.

---

مسئولیت محتوای این گزارش بر عهده نویسنده است.  
هرگونه پیشنهاد را به آدرس ذیل ارسال نمایید:  
کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام  
تهران: بلوار میرداماد، نفت شمالی، بین کوچه چهارم و ششم، شماره 10  
تلفن: 22277261

### بسمه تعالی

رؤسای محترم قوای سه‌گانه جمهوری اسلامی ایران دامت توفیقاته با سلام و تحیت، سیاست‌های کلی در باب موادمخدر نهایی و ابلاغ گردید، ولی این نگرانی همچنان باقی است که دست اندرکاران، بلای بزرگ و تهدید عظیمی را که از این سو متوجه کشور است به درستی برآورده نکنند و بازهم مشکلات بر روی هم متراکم شود. لذا از آقایان محترم انتظار می‌رود که هر کدام سهم دستگاه خود در اجرائی کردن این سیاست‌ها را با سرعت و قاطعیت و بدون فوت وقت به مرحله ی عمل برسانند.

والسلام علیکم

سید علی خامنه‌ای

85/7/10

امریه رهبر معظم انقلاب اسلامی حضرت آیت الله خامنه‌ای «مدظله العالی»  
در مورد اجرای سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر



## فهرست مطالب

9	مقدمه
11	مقدمه
15	طرح مسئله
18	مبانی نظری
19	چارچوب استراتژی مؤثر در مبارزه با مواد مخدر
19	الف) کاهش عرضه
20	ب - کاهش تقاضا
23	عوامل افزایش عرضه و تقاضا
24	1) پیشگیری
24	استراتژی‌های پیشگیری از اعتیاد
26	راهبردهای اجرایی در پیشگیری از اعتیاد
26	کنترل تولید و توزیع مواد مخدر
26	اقدامات کاهش تقاضا و مصرف با تأکید بر آموزش و تغییر نگرش
27	مکان‌های ارائه آموزش و اطلاع‌رسانی
27	آموزش در مدارس
27	آموزش از طریق رسانه‌ها
28	آموزش در محیط کار
28	استفاده از روش‌های جایگزین در جهت تغییر شرایط محیط کار
28	آموزش در خانه و جامعه
29	راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد از نظر محتوایی
29	رویکرد پرورش عاطفی
29	رویکرد نفوذ اجتماعی
30	رویکرد جایگزین یا بدیل
30	رویکرد نشر اطلاعات
30	رویکرد نفوذ اجتماعی و افزایش توانایی
30	2) درمان
30	درمان اعتیاد

31	سم زدایی
32	روش های سم زدایی
32	روش سم زدایی علامنی
32	روش سم زدایی جایگزین
33	روش سم زدایی فوق سریع
35	مقایسه روش های مختلف سم زدایی
36	رفتار درمانی
37	بازتوانی وابستگی به مواد
<b>37</b>	<b>بازار موادمخدر در ایران</b>
<b>38</b>	<b>ارزیابی قطعات درمانی در ایران</b>
<b>42</b>	<b>پیشنهادهات</b>
48	منابع



## به نام خدا

### مقدمه

یکی از دلایل پیچیده بودن معضل موادمخدر در کشور و در سراسر جهان، ارتباط آن با دیگر حوزه‌های زندگی و جامعه است، به گونه‌ای که می‌توان از رابطه موادمخدر با اقتصاد، سیاست، اجتماع، فرهنگ، امنیت و ... سخن گفت. انعکاس و برجسته سازی رابطه موادمخدر با همه شئون زندگی و به تعبیر بهتر «اجتماعی نشان دادن» این مساله برای تصمیم سازان و تصمیم گیران می تواند در درگیر ساختن ذهن مسئولان و مدیران کشور در بخش و رده‌های مختلف با این معضل و جلب مشارکت آنها در مقابله با این پدیده، بویژه در «امر سیاست‌گذاری» و «ارزیابی سیاست‌های کلی ابلاغی» نقش قابل ملاحظه‌ای داشته باشد.

واقعیت این است که به برکت انقلاب اسلامی، پرده از توطئه شومی به نام موادمخدر در کشور برداشته شد و امام راحل (ره) و مقام معظم رهبری همواره توجه ویژه‌ای به این مساله داشته‌اند و همه بخش‌های نظام را در کاهش اثرات زیانبار سوءمصرف و قاچاق موادمخدر و پیامدهای هزینه‌ساز آن مسئول دانسته‌اند. اما متأسفانه مرور زمان و مسائل جاری و محسوس، منجر به این می‌شود که این موضوع مهم گاهی اولویت خود را از دست داده و از منظر توجه مسئولان ذیربط خارج شود، که این غفلت پیامدهای زیانبار و گاه غیر قابل جبرانی برای کشور دارد. بنابراین لازم است از طرق مختلف مانع این فراموشی راهبردی شده و اهمیت و حساسیت مساله به طور مستمر برای مسئولان یادآوری گردد.

به رغم تلاش‌ها و هزینه‌های فراوانی که تاکنون جهت حل این معضل و یا کاهش آسیب‌های آن انجام شده، موضوع موادمخدر همچنان یک

موضوع جدی و هشدار دهنده برای جامعه ایرانی است. از این رو تلاش برای مواجهه عالمانه، موثر و فراگیر با این معضل بیش از پیش ضروری می‌نماید. یکی از بخش‌هایی که همواره باید مورد توجه قرار گیرد، انجام پژوهش و اقدامات اندیشگی است. هر چه اندیشه ورزی در حوزه موادمخدر افزایش یابد (که در سیاست‌های کلی نظام نیز بر آن تأکید شده است) نتایج قابل قبول تر و موثرتری نیز بدست خواهد آمد. این گزارش از جمله گزارش‌های راهبردی تهیه شده در این کمیته است که به موضوع " بررسی الگوهای کاهش تقاضای موادمخدر در ایران (با تأکید بر پیشگیری و درمان)" پرداخته است. لازم است از زحمات جناب آقای رضا معصومی‌راد در تهیه این گزارش تقدیر و تشکر نمایم.

علی هاشمی

رئیس کمیته مبارزه با موادمخدر

## مقدمه

مبارزه موفق با مسئله مواد مخدر و کاهش تهدیدات و آسیب‌های پرمخاطر آن مستلزم بکارگیری روش‌های کارآمد، هم در بعد کاهش عرضه و هم در بعد کاهش تقاضا به صورت مکمل و توأمان است. در بعد کاهش عرضه باید مهمترین هدف به افزایش صعوبت دسترسی به انواع مواد مخدر و افزایش هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی فعالیت‌ها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با عرضه و تولید مواد مخدر معطوف باشد. در بعد کاهش تقاضا نیز باید اقداماتی صورت گیرد که:

- 1- متقاضیان جدید برای انواع مواد مخدر به وجود نیاید.
  - 2- از تقاضای مجدد کسانی که تجربه مصرف داشته‌اند، ولی هنوز به دام اعتیاد گرفتار نشده‌اند، جلوگیری شود.
  - 3- تقاضای کسانی که مبتلا به اعتیاد هستند به کمک روش‌های ترک اعتیاد، کاهش یافته و از بین برود.
  - 4- از میزان تقاضای کسانی که به طور مزمن و بیمارگونه و شدید وابسته به مواد مخدر شده‌اند، ولی امکان قطع مصرف در آنها نیست یا مایل به آن نیستند، کاسته شده و میزان مصرف آنها تحت کنترل قرار گیرد، و بدین طریق حجم آسیب‌های احتمالی، جرائم، بیماری‌های پرخطر، شیوع ویروس ایدز و ... کاهش یابد.
- با توجه به این مراحل چهارگانه می‌توان اقدامات کاهش تقاضا را به طور کلی در سه بخش، پیشگیری اولیه، قطع مصرف (ترک اعتیاد) و همچنین کاهش آسیب و بازتوانی تقسیم بندی نمود.

توجه به سلسله مراتب در هم تنیده هر دو بعد کاهش عرضه و تقاضا نشان از پیوستگی این دو در یک محور می‌دهد و موفقیت در مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه به این پیوستار است. تجربه نشان داده که صرف توجه به کاهش عرضه توفیق چندانی را به دنبال ندارد و چیزی از معضل مواد مخدر نمی‌کاهد و فقط با توجه توأمان به کاهش عرضه و تقاضا است که می‌توان به نتایج مورد قبولی دست یافت.

این در حالیست که مسبوق بر این در کشور ما مبارزه با مواد مخدر عمدتاً به کاهش عرضه توجه داشته و سعی در جلوگیری از ورود و توزیع انواع مواد مخدر داشته و در این راستا اقدامات نظامی، انتظامی، قضایی و امنیتی همواره در صدر برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر قرار داشته است. تجربه مسؤلان و مدیران در بیش از یک‌صد سال فعالیت در عرصه کنترل مواد مخدر در ایران و به ویژه تجربه سال‌های پس از انقلاب به همراه تجارب علمی و پژوهشی ارزنده‌ای که در این حوزه در سال‌های اخیر به ویژه اواخر دهه 70 و اوایل دهه 80 در کشور صورت گرفته در کنار تجارب کشورهای موفق در مهار پدیده سوء مصرف و مصرف غیرمجاز مواد مخدر، ضرورت اصلاح و تغییر رویکرد از سیاست کنترل عرضه را به سیاست جامع مبارزه با مواد مخدر که در آن به کاهش تقاضا نیز به طور متناسب و متوازن توجه شده باشد، مطرح نموده است.

مطالعه حاضر به طور خاص به رویکرد کاهش تقاضا توجه دارد و هدف آن این است که تجارب موفق در این زمینه تبیین و تشریح شود و ابعاد مختلف و اصول و پیش نیازهای آن و همچنین مراحل مختلف و چگونگی طراحی برنامه‌ی جامع ای برای کاهش تقاضای مواد مخدر در کشور مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این که تقاضای مواد مخدر در هر کشوری به زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی همان کشور بستگی دارد و از الگوی یکسانی در همه جا تبعیت نمی‌کند و به علاوه نوع و الگوی مصرف مواد مخدر نیز در همه جا یکسان نیست، لذا در این مطالعه سعی گردیده در کنار

بررسی الگوی تقاضای مواد مخدر در کشور و مقایسه آن با الگوی تقاضا در دنیا و تجارب موفق بین‌المللی در زمینه کاهش تقاضا، الگوها و روش‌های مختلف و مؤثر در امر پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و بازتوانی از طریق مطالعه شیوه‌های درمانی معمول و متداول و الگوهای استفاده شده در امر پیشگیری، معرفی شوند.



## طرح مسئله

شناسایی اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن و گسترده جهانی در قرن حاضر، ضرورت استفاده از روش‌های چندوجهی و گسترده‌تر را در بررسی آن، بیش از پیش آشکار می‌سازد. این پدیده همچون دیگر پدیده‌های اجتماعی که با انسان سر و کار دارند، پیچیده است. ویژگی‌های جسمانی و روانی در زمینه‌های گوناگون اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و نظایر آن در نضج، سرایت و شیوع این پدیده یا ممانعت از آن نقش دارند. بدیهی است که آگاهی به عوامل و دلایل فرهنگی و اجتماعی در شیوع این پدیده می‌تواند در تنظیم راهبردهای مناسب در حوزه کاهش تقاضا، پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و بازتوانی یاری رسان باشد.

با توجه به آمارهای جهانی در سال 2009، ایران رتبه اول را در بین کشورهای جهان به لحاظ میزان مصرف مواد افیونی دارا بوده است (UNODC, 2010). این درحالیست که بررسی عملکرد گذشته در مبارزه با مواد مخدر، حاکی از تلاش‌های گسترده در جهت کنترل مرزها، جلوگیری از عرضه و به طور کلی غلبه دیدگاه کاهش عرضه و نقش حاشیه‌ای کاهش تقاضا بوده است و صرفاً در ده سال اخیر به تدریج در کشور ضرورت و اهمیت توجه به کاهش تقاضا گسترش یافته است. با وجود این تغییر رویکرد، همچنان در مدیریت مبارزه با مواد مخدر با کمبودهایی چه از بعد فضای قانونی، برنامه‌های راهبردی و ساختارهای اداری و چه از بعد بررسی‌های

همه‌گیرشناختی و فعالیت‌های مؤثر پیشگیرانه، درمان، کاهش آسیب و بازتوانی مواجه هستیم. بنابراین ضروریست مسئله کاهش تقاضا از ابعاد و جوانب مختلف به ویژه انجام مطالعات و تحقیقات در حوزه‌های مختلف سبب‌شناسی، ترک اعتیاد، کاهش آسیب، پیشگیری و بازتوانی مورد توجه بیشتر صاحب‌نظران و مسئولان کشور قرار گیرد، تا بتوان با اتکاء به آن از شیوه‌های مؤثرتر و کارآمدتری استفاده نمود و تقاضای مواد مخدر را در جامعه به طور محسوس کاهش داد. ضرورت این خط‌مشی در این است که:

1- هر ساله نیروهای ارزشمندی از پرسنل خدمت‌گذار انتظامی و امنیتی کشور در جریان مبارزه و کنترل قاچاق مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند، ولی همچنان معضل به نحو دامن‌گستری تداوم یافته است.

2- اعتیاد آسیب‌ها و صدمات وسیعی را در جامعه برجای نهاده است و به شکل یک مسئله‌ی اجتماعی بحران‌ساز درآمده است که بیشترین آسیب را به نهاد خانواده وارد می‌سازد و مانع از تحقق ضرورت‌ها و اهداف کارکردی آن می‌گردد.

3- اعتیاد زمینه‌ساز بسیاری دیگر از آسیب‌ها و انحرافات و جرائم اجتماعی سازمان‌یافته می‌باشد که از جمله مهمترین آنها می‌توان به روسپیگری، دزدی، تکدی‌گری، آدم‌ربایی، قتل، جرائم و مفاسد اقتصادی مانند پول‌شویی، قاچاق، ارتشاء و ... اشاره نمود.

براساس یافته‌ها و شواهد آماری مربوط به کاهش سن اعتیاد و شیوع آن و آسیب‌ها و تهدیدات فردی، اجتماعی همچون شیوع ایدز و جرائم ناشی از مواد مخدر و ... ظاهراً استراتژیی مقابله با عرضه - اگر چه کشور ایران در این عرصه رتبه‌های موفق بین‌المللی را نصیب خود نموده است - نتوانسته است، موفقیت‌آمیز باشد. به علاوه اینکه شواهد آماری در دنیا نشان می‌دهد که کلیه کشورهای پیشرفته در مبارزه با مواد مخدر توانسته‌اند رشد صعودی دهه‌های 70 و 80 میلادی را متوقف یا منفی سازند و موفقیت خود را مدیون و مرهون استراتژی‌های کاهش تقاضا می‌دانند. از این رو انجام مطالعه‌ی جامع



ای که بتواند کلیه تجارب مفید و مؤثر را در زمینه‌ی کاهش تقاضا جمع‌آوری و طبقه‌بندی نماید و با توجه به زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی کشور ایران الگویی برای کاهش تقاضا ارائه کند، بسیار ضروری می‌باشد.

لذا مسئله‌ی اساسی که در این گزارش بدان پرداخته شده، این است که:

چگونه می‌توان تقاضا برای سوءمصرف انواع مواد مخدر را در جامعه کاهش داد؟ پاسخ به پرسش اساسی فوق مستلزم طرح و پاسخ به سؤالات جزئی‌تر و دقیق‌تر دیگری است.

- چگونه می‌توان تقاضای سوءمصرف مواد مخدر را در بین افرادی که هنوز تجربه‌ی مصرف ندارند کنترل کرد؟ به عبارت دیگر الگوهای کارآمد پیشگیری اولیه از سوءمصرف مواد اعتیادآور کدامند؟

- چگونه می‌توان تقاضای سوءمصرف مواد مخدر را در بین کسانی که تجارب مصرف داشته‌اند، اما هنوز معتاد نشده‌اند، کاهش داد و یا از بین برد؟

- چگونه می‌توان با استفاده از الگوهای مختلف درمانی، به تحقق اهداف کاهش تقاضا کمک کرد؟

- تجارب جهانی موفق در ترک اعتیاد چیست؟ و آنها از چه روش‌ها و الگوهایی در این راه سود برده‌اند؟

- روش‌ها و الگوهای ترک اعتیاد در بین گروه‌های درمانگر و کلینیک‌های ترک اعتیاد در ایران کدامند؟ و میزان موفقیت این روش‌ها برحسب کارایی، هزینه‌ها و مزایای هر یک چگونه ارزیابی می‌شود؟ به عبارت دیگر اهم اقدامات پیشگیرانه دستگاه‌های اجرایی در سال‌های اخیر در ایران چه بوده و با چه میزان موفقیت همراه بوده‌اند؟

- میزان تقاضا برای انواع مواد مخدر در ایران و جهان با توجه به انواع مواد مخدر چقدر است؟

- تأثیر پراکندگی جغرافیایی در تقاضا برای انواع مواد مخدر در ایران و جهان چگونه است؟

پاسخ به سؤالات فوق کمک می‌کند تا چارچوب جامع ای برای الگوهای کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران با توجه به متغیرهای مختلف فردی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، انتظامی و نظارتی، اقتصادی و همچنین سایر متغیرهای مربوط به مواد مخدر و اعتیاد به آن شناسایی و معرفی گردد و با اتکاء به نتایج آن بتوان، الگوهای مؤثر و کارآمد کاهش تقاضا در زمینه‌های:

- 1- ایجاد نگرش‌های منفی نسبت به مصرف مواد مخدر به ویژه در بین کودکان، نوجوانان و جوانان جامعه؛
- 2- ترک و درمان اعتیاد ناشی از سوءمصرف مواد مخدر؛
- 3- کاهش آسیب؛ ارائه نمود.

### مبانی نظری

مواد مخدر غیرمجاز و سوءمصرف مواد مخدر، اعتیادآور بوده و تمایز بین مصرف مجاز و سوءمصرف مواد مخدر، وابستگی روانی و جسمی فرد به ماده مخدر می‌باشد که اعتیاد نام گرفته است. براساس برآورد اداره مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد (UNODC) "سالانه 4/7% تا 5/0% از جمعیت جهان مواد مخدر غیرمجاز مصرف می‌کنند که البته این میزان علی‌رغم افزایش برنامه‌های کاهش کشت و تولید در برخی از کشورها نظیر افغانستان، تقریباً در چهار سال قبل از آن ثابت بوده است" (UNODC, 2008). اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر، محدود به گروه و صنف خاصی نیست. همه کشورها و همه افراد در معرض این تهدید قرار دارند و پیامدهای مخرب اعتیاد متوجه همه افراد و روند رو به رشد عرضه و تقاضای آن در جهان یک مشکل جهانی است. مصرف کنندگان مشتقات تریاک به طور کلی 16/5 میلیون نفر می‌باشند که 12 میلیون نفر از آنها به مصرف خطرناکترین نوع آن، یعنی هروئین مبادرت می‌کنند. تعداد مصرف‌کنندگان کوکائین در جهان 16 میلیون نفر و تعداد افرادی که حشیش مصرف می‌کنند 165/6 میلیون نفر هستند که بیشترین آمار را به خود اختصاص داده است.

با مد شدن مصرف آمفتامین‌ها و داروهای روانگردان در بین جوانان و تبلیغ این نوع محرک‌ها از طرق مختلف، سوء مصرف آن به شدت رو به افزایش است و آمارها نشان می‌دهد که حدود 33/7 میلیون نفر از محرک‌های نوع آمفتامین استفاده می‌کنند، که 24/7 میلیون نفر از آنها از انواع آمفتامین‌ها و 9 میلیون نفر نیز از اکستازی مصرف می‌کنند (UNODC, 2008). با توجه به گسترده و پردامنه بودن آسیب‌ها و تهدیدات مواد مخدر در کل جهان لذا ضرورت همکاری‌های بین‌المللی در کنترل آن مطرح شده و دولت‌ها بر عزم و اراده خود جهت غلبه بر معضل جهانی مواد مخدر از طریق استراتژی‌های داخلی و بین‌المللی جهت کاهش عرضه و تقاضای غیرقانونی برای مواد مخدر تأکید کرده‌اند<sup>1</sup>.

### چارچوب استراتژی مؤثر در مبارزه با مواد مخدر

در مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر یک "راهبرد چهارستونی" وجود دارد که شامل کاهش عرضه، پیشگیری، درمان و بازتوانی و همچنین کاهش آسیب است (رضایی، 1382).

#### الف) کاهش عرضه:

منظور از کاهش عرضه اقداماتی نظیر متوقف ساختن تولید، قاچاق و توزیع مواد است که دارای ماهیتی انتظامی، قضایی است. پیشگیری و درمان براساس تعریف سازمان ملل متحد (2002) در حوزه اقدامات کاهش تقاضا می‌گنجد. کاهش آسیب نیز مشتمل بر فعالیت‌های جدیدتری در امر مبارزه با اعتیاد است که ناشی از رویکرد عدم امکان ریشه‌کنی معضل اعتیاد و یا قطع مصرف آن در جامعه است و لذا بر ارائه خدماتی به منظور جلوگیری از خطرات و آسیب‌های پرخطر فردی، اجتماعی، اقتصادی و ... ناشی از سوء مصرف مواد تأکید می‌نماید.

1- گزیده اعلامیه سیاسی که در جریان دوازدهمین اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال 1998 امضاء شده است.

## ابعاد چهارگانه مبارزه با سوءمصرف مواد مخدر

پیشگیری	مقابله با عرضه
کاهش آسیب	درمان و بازتوانی

البته می‌توان ابعاد چهارگانه مبارزه با مواد مخدر را در دو بعد کاهش عرضه و کاهش تقاضا خلاصه کرد. براساس یافته‌ها و نتایج حاصل از پژوهش‌ها در خصوص روند رو به گسترش مصرف مواد مخدر و شیوع مواد صنعتی در جهان و همچنین در ایران ظاهراً این توافق حاصل شده است که استراتژی مقابله با عرضه به تنهایی موفق نیست و باید در کنار آن استراتژی کاهش تقاضا و در یک رویکرد سیستمی ملاحظه شود. نتایج گزارش‌های آماری حاکی از این است که کشورهای پیشرفته که در مبارزه با مواد مخدر توفیقی داشته‌اند و توانسته‌اند رشد صعودی دهه‌های 70 و 80 را متوقف یا منفی سازند، موفقیت خود را مدیون استراتژی‌های کاهش تقاضا هستند. در بیانیه مصوب بیستمین نشست ویژه مجمع عمومی در خصوص معضل جهانی مواد مخدر کشورهای عضو تأکید کردند که بدون کاهش تقاضای مواد مخدر قادر به حل معضل مواد مخدر نخواهند بود. آنها تأکید کردند که برنامه‌های کاهش تقاضا جامعه‌محور است و در این استراتژی نهادهای غیردولتی تأثیر فوق‌العاده‌ای دارند و می‌توانند فرهنگ مبارزه با مواد مخدر را در زیست جهان و نگرش مردم جا بیاورند. به این ترتیب استراتژی مبارزه با کاهش تقاضا یک جنبه بر تعامل پلیس - مجرم (قاچاقچی مواد مخدر) نگاه خود را به تعامل مددکاران و دست اندرکاران مبارزه غیرمستقیم با مردم عادی معطوف می‌کند.

## ب - کاهش تقاضا:

برنامه‌های کاهش تقاضا کلیه سطوح و حوزه‌های پیشگیری، از ناپسند نشان دادن مصرف اولیه تا کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی سوءمصرف مواد مخدر را در برمی‌گیرد. این برنامه‌ها باید با سیاست‌های جامع در خصوص ارتقاء مهارت‌های زندگی سالم، ترویج بهداشت، بهبود رفاه و تأمین اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی،

ایجاد اشتغال و بهبود فعالیت‌های اقتصادی، بهبود فراغت سالم، توسعه فعالیت‌های ورزشی و ... تکمیل شوند تا بتوان به اثربخشی آنها در کاهش تقاضای مواد مخدر امیدوار بود.

استراتژی کاهش تقاضا به شدت به مبانی فرهنگی و اجتماعی وابسته است و از همین رو جلب مشارکت مردم و نهادهای مدنی در کاهش تقاضا از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. لذا در برنامه‌های کاهش تقاضا تلاش می‌گردد تا شیوه‌های منفی و تهدیدآمیز سبک‌های زندگی گروه‌های مختلف به ویژه جوانان، شناسایی و با آن مقابله گردد و به موازات آن هوشیاری عمومی در زمینه خطرات سوءمصرف مواد مخدر افزایش داده شود.

به طور کلی برنامه‌های کاهش تقاضا باید دربرگیرنده تمامی جوانب پدیده مواد مخدر باشد و از منع مصرف نخستین مواد مخدر تا کاهش پیامدهای سوءاجتماعی و بهداشتی اعتیاد، پیامدهای جانبی آن و بازگشت فرد به جامعه و خدمات آموزشی، درمانی و بازپروری را در برگیرد.

اغلب تلاش‌ها در زمینه کاهش تقاضا (به استناد گزارش جهانی مواد مخدر 2009) در کشورهای صنعتی، یعنی کشورهای آمریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا صورت گرفته است. بیشترین سرمایه‌گذاری در خصوص درک معضل اعتیاد و اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمان در دهه اخیر توسط ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است. سرمایه‌گذاری‌های مربوط به برنامه‌های کاهش تقاضا اعم از مطالعات، پیشگیری و درمان، برابر 20 دلار به ازای هر نفر در این کشور بوده که براساس استانداردهای جهانی رقم بسیار بالایی محسوب می‌شود. همچنین این رقم یک سوم کلیه هزینه‌هایی است که در زمینه مبارزه با مواد مخدر در این کشور صورت می‌گیرد. سرمایه‌گذاری‌ها در بخش کاهش تقاضا، بیش از چهار برابر افزایش داشته است. به موازات افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در این زمینه، سوءمصرف مواد مخدر اعم از شیوع سالانه و نیز مصرف کنونی کلیه مواد مخدر، آن گونه که در بررسی سالانه خانواده‌ها نشان داده شده

40 درصد کاهش داشته است. این در حالی است که کاهش سوءمصرف کوکائین در طول سال‌های 1985 تا 1999 تا 70 درصد کاهش داشته است.

مسلم است که تغییر رفتار انسان‌ها را نمی‌توان به علت واحدی نسبت داد. اما در مورد آمریکا مطالعات عمیق نشان داده‌اند که تلاش‌های عظیم به عمل آمده در زمینه کاهش تقاضا، نقش مهمی در جلوگیری از سوءمصرف مواد مخدر ایفا نموده است. تلاش‌های کشورهای توسعه‌یافته در بعد کاهش تقاضا بسیار عبرت‌آموز و کاربردی هستند. به ویژه با توجه به مورد ایالات متحده آمریکا می‌توان به اهمیت استراتژی‌های کاهش تقاضا پی برد.

موفقیت این اقدامات نشان می‌دهد که استراتژی کاهش تقاضا از بنیان و توجیه نظری برخوردار است و براین مبنا باید با رویکرد سیستمی و همچنین توجه به بافت فرهنگی و واقعیت‌های اجتماعی در جامعه ایران به استراتژی کاهش تقاضا اهمیت داده شود و از ادامه الگوی مبتنی بر نظامی‌گری صرف در کنترل مواد مخدر احتراز گردد. پیش فرض اصلی در اینجا این است که مجموعه عواملی در جامعه در حال وقوع است که شرایط اولیه یا بستر ظهور آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد را فراهم ساخته‌اند. توضیح چگونگی این شرایط اولیه را با تکیه بر آسیب‌شناسی نهادهای خانواده، مدرسه و دولت از یک طرف و آسیب‌شناسی روانی فرد ایرانی از سوی دیگر پی می‌گیریم. براساس رویکرد سیستمی سوءمصرف مواد مخدر محصول ارتباط با شرایط، عوامل و متغیرهایی است که استراتژی‌های کاهش تقاضا اساساً معطوف به دستکاری، مداخله و تغییر آهنگ آنها هستند، تا با تغییر نوع تعاملات ساختاری آنها و اصلاح و تعدیل آسیب‌ها، نرخ فزاینده سوءمصرف مواد مخدر را کاهش دهند.

عرصه کاهش تقاضا به طور کلی سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. برنامه‌های پیشگیرانه با هدف کاهش پیامدهای ناشی از رفتارهای پرخطر و جلوگیری از لطمات و صدمات فردی، اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر به اجرا در می‌آیند و به هر حال

آینده را مدنظر دارند. برنامه‌های درمان یا ترک مصرف و یا کاهش آسیب با هدف برگرداندن فرد به وضعیت مطلوب گذشته صورت می‌گیرند و زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که فرد به دلایل متعدد به سوءمصرف روی آورده و با مصرف مستمر مواد اعتیادآور وابستگی جسمانی و روانی پیدا کرده است. نتایج مطالعات حاکی از این است تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه مؤثرند که جامع، چند بخشی و مداوم باشند. و در بین این اقدامات تنها دسته‌ای مؤثرند که به اعتیاد به چشم یک بیماری مزمن و عودکننده بنگرند. به عبارت دیگر تنها درمان‌ها و مراقبت‌های طولانی‌مدت در کنترل اعتیاد و سوءمصرف موادمخدر مؤثرند. همچنین به خاطر عدم آمادگی بسیاری از معتادان در پذیرش درمان و گسترش بیماری‌های مهلکی همچون ایدز و هپاتیت که از طریق استفاده مشترک از وسایل تزریق انتقال می‌یابند، اتخاذ روش‌های کاهش آسیب که مبتنی بر به کارگیری اصول بهداشتی بدون الزام به ترک است، از دیگر برنامه‌های کاهش تقاضا محسوب می‌شود.

### عوامل افزایش عرضه و تقاضا

تعارض قوانین مبارزه با مواد مخدر در بعد ملی و بین‌المللی، تداخل سیاست در حقوق بین‌الملل، مبارزه ناموزون و ناهماهنگ با کشت، تولید، توزیع، قاچاق و سوءمصرف مواد مخدر را می‌توان از جمله عوامل افزایش عرضه و تقاضای غیرمجاز مواد مخدر دانست. همچنین در بیشتر کشورها جنبه مبارزه با کشت غیرقانونی و تهیه و توزیع غیرمجاز در مقایسه با مصرف، قوی و شدیدتر صورت گرفته، لذا بین کاهش تقاضا و مقابله با عرضه تعادل برقرار نبوده است.

همچنین فرامیزی بودن پدیده مواد مخدر، در دسترس نبودن عوامل اصلی و منشاء خارجی قاچاق، عدم توجه به ابعاد مختلف این پدیده از جمله عواملی است که تلاش‌های انجام شده در کنترل عرضه را بی‌ثمر کرده و لذا عرضه و تقاضای علی‌رغم انتظار افزایش یافته است.

## 1) پیشگیری

پیشگیری فرایندی است که در طی آن کارهایی انجام می‌گیرد تا باعث کاهش نرخ بروز موارد جدید آسیب‌دیدگی اجتماعی در یک جامعه در زمان معین شود و از گسترش مسایلی که باعث کاهش سلامت افراد می‌گردند، جلوگیری می‌کند. پیشگیری برای تمام افراد جامعه است و زمینه‌ی ارتقای سلامت آنان را مهیا می‌سازد (نادری، 1387: 24).

استراتژی‌های پیشگیری از اعتیاد: تاکنون راهبردها و استراتژی‌های گوناگونی برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر طراحی شده است که هدف همه آن‌ها اعتیادزدایی است. اعتیاد پدیده‌ای چند بعدی است که برخاسته از شرایط ساختاری، علل ارتباطی و ویژگی‌های فردی است، لذا استراتژی‌ها و راهبردهای اعتیادزدایی و پیشگیری نیز به ناچار با تغییرات ساختاری، تغییر ویژگی‌هایی فردی و شرایط اجتماعی امکان‌پذیر است.

راهبردها و استراتژی‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر، برنامه‌ها، طرح‌ها و روش‌هایی هستند که به دنبال اهدافی از قبیل استفاده نکردن جامعه از داروهای اعتیادآور، کنترل عوارض وحشتناک مربوط به اعتیاد و دور نگه داشتن جامعه از خطرات ناشی از اعتیاد و آسیب‌های ناشی از آن است.

استراتژی‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر برخاسته از تجربیات کشورهای مختلف و دارای مبانی متفاوتی است. بنابراین هرگونه صحبت و بحث بر روی یک راهبرد واحد ممکن است جنبه‌های تاثیرگذار دیگر را در نظر نداشته باشد. در راهبردهای اجتماعی، کنترل اعتیاد، عوامل گسترده‌ای شامل وضعیت قوانین مربوط به اعتیاد، منابع تولید مواد، میزان دسترسی، هزینه مواد، میزان پذیرش مصرف مواد در جامعه، عادات سنتی و بومی، عوامل اقتصادی و فرهنگی و موارد دیگری نقش دارند و از طرفی میزبان یا فرد بیمار به صورت فعالانه اقدام به دریافت مواد می‌کند. بنابراین تنها برخورد با عامل تولید و توزیع مواد مخدر کافی نیست و لازم است که افراد در



معرض اعتیاد نیز بازپروری و واکسینه شده و شرایط محیطی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی نیز به گونه‌ای تغییر یافته تا امکان بروز اعتیاد منتفی گردد. فرض بنیادی راهبردهای پیشگیرانه این است که پیشگیری از سوء مصرف مواد راحت‌تر، کم هزینه‌تر و موثرتر از درمان است. راهبرد پیشگیری از اعتیاد بر مبنای الگوی گرانت و گاسوپ (Gossop & Grant) شامل سه بخش اصلی و مهم به شرح زیر است:

- 1- سطوح پیشگیری
- 2- راهبردهای اجرایی در پیشگیری
- 3- مکان‌های ارائه آموزش و اطلاع رسانی

### سطوح پیشگیری

سطوح پیشگیری از اعتیاد در واقع به سه سطح تقسیم می‌شود: پیشگیری اولیه: آن دسته از سیاست‌ها و برنامه‌هایی که در راستای جلوگیری از وقوع بروز مشکلات طراحی می‌شوند را "پیشگیری اولیه" می‌گویند. برای موفقیت در پیشگیری اولیه باید سازوکارهای ایجاد کننده اعتیاد و عوامل خطر ساز را شناخت و با روش‌های موثر نسبت به کنترل آن اقدام نمود. البته اگرچه ممکن است در پیشگیری اولیه امکان شناخت علمی عوامل ایجاد کننده اعتیاد وجود نداشته باشد، ولی می‌توان با شناخت برخی از عوامل مهم، حرکت را شروع کرد. برای انجام پیشگیری اولیه باید از روش‌های سه‌گانه حذف عامل تولید و توزیع مواد مخدر، کنترل شرایط سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و تقویت مقاومت در فرد معتاد، اقدام نمود که انتخاب شیوه‌های مناسب بستگی به واقعیت‌های موجود جامعه دارد. آموزش و اطلاع‌رسانی به جامعه یکی از مهمترین اقدامات به منظور تغییر اعتقاد و نگرش مردم نسبت به مواد مخدر است.

پیشگیری ثانویه: هدف از انجام پیشگیری ثانویه این است که میزان شیوع مشکل را در جامعه کاهش داد و از طرفی نسبت به شناسایی افراد معتاد اقدام نمود. هدف از انجام این نوع پیشگیری این است که میزان آسیب وارده به فرد و یا جامعه حتی المقدور محدود شود. برای رسیدن به موقعیت در این مرحله باید با ساز و کارهایی نسبت به

شناسایی افراد معتاد اقدام نموده و به درمان مناسب، کم هزینه و آسان آنان اقدام کرد.

پیشگیری ثالثیه: هدف از این نوع پیشگیری آن است که بتوان به تامین، حفظ و ارتقای فعالیت معتاد و بازپروری او اقدام کرد. ایجاد شبکه‌های حمایتی از افراد معتاد درمان شده، سازمان‌دهی برنامه‌های گسترده و موثر پیگیری این افراد، جلوگیری از ایجاد اثرات منفی ناشی از محل نگهداری از معتادان، جلوگیری از برچسب خوردن افراد معتاد در جامعه و در نهایت سازمان‌دهی امکانات و بازتوانی شغلی این افراد در این مرحله ضروری است. هدف اصلی این نوع از پیشگیری، کمک به افرادی که ترک کرده‌اند، است تا این‌که دوباره به اعتیاد روی نیاورند.

### راهبردهای اجرایی در پیشگیری از اعتیاد

راهبردهای اجرایی در اکثر نقاط عمدتاً بر عامل پخش و توزیع مواد و تا اندازه‌ای محیط متمرکز است و کمتر به جمعیت در معرض خطر توجه می‌کند. راهبردهای اجرایی برای پیشگیری متنوع و متفاوت هستند که برخی از آن‌ها عبارتند از:

**کنترل تولید و توزیع مواد مخدر:** اقدامات گسترده‌ای در اکثر کشورها به این منظور انجام می‌شود که عمده‌ترین آن قانون‌گذاری به وسیله دولت‌ها و رعایت کنوانسیون‌های بین‌المللی است. برای اجرای قوانین هم سازمان‌های اجرایی متعددی طراحی شده‌اند تا از قوانین حمایت و موجبات اجرای آن را فراهم آورند. بسیاری از دولت‌ها این حرکت و راهبرد را بهترین پاسخ دولت‌ها در جهت اقدام‌های پیشگیری از اعتیاد می‌دانند.

**اقدامات کاهش تقاضا و مصرف با تأکید بر آموزش و تغییر نگرش:** این آموزش‌ها علاوه بر آموزش افراد در زمینه مشکلات ناشی از مصرف مواد باید بر اصلاح برخی از کمبودهای شخصی و عوامل زمینه‌ساز اعتیاد تکیه داشته باشد تا بدین وسیله بتوان کمبودها را در افراد برطرف نموده و تمایل به استفاده از داروها را کاهش داد.

عمده‌ترین موارد مطرح شده در این روش عبارتند از: ایجاد اعتماد به نفس در افراد، مشخص کردن و تعریف نمودن ارزش‌های انسانی و شخصیتی برای افراد، ایجاد قدرت تصمیم‌گیری، آموزش مهارت‌های مربوط به قدرت تطابق با محیط و کاهش اضطراب، آموزش مهارت‌های مربوط به حل مشکل، آموزش مهارت‌های مربوط به ایجاد رابطه سالم با دیگران و در نهایت آموزش شناخت فشارهای اجتماعی و نحوه پاسخ‌گویی به این قبیل فشارها.

### مکان‌های ارائه آموزش و اطلاع‌رسانی

سومین راهبرد پیشگیری از مصرف مواد که گرانت و گاسوپ از آن بحث می‌کنند مکان‌های ارائه آموزش و اطلاع‌رسانی را شامل می‌شود. آموزش در مدارس، کلاس درس یک محیط مناسب برای ایجاد ارتباط میان افراد جوان بوده و از بسیاری جهات محیطی مناسب برای ارائه اطلاعات است. در این محیط لازم است علاوه بر تعلیم معلمان مدارس از روش‌های آموزشی استاندارد و مناسب استفاده نمود. همچنین استفاده از افرادی که در گذشته معتاد بوده و اکنون ترک کرده‌اند و با افرادی که برای دانش‌آموزان در حکم الگو هستند دارای اثرات مفیدی است.

**آموزش از طریق رسانه‌ها:** استفاده از رسانه‌ها این امکان را فراهم می‌کند تا بتوان به افرادی دسترسی پیدا کرد که دسترسی به آن‌ها با سایر روش‌ها ممکن نیست. این روش دارای بیشترین اثربخشی است و هیچ روشی قادر نیست تا این اندازه مخاطب داشته باشد. هر چند که نطقه ضعف این روش این است که پیام‌ها عمدتاً یک طرفه ارسال می‌شود و امکان ارتباط دوطرفه مقدور نیست. لذا این روش قادر به افزایش دانش مخاطبان شده، ولی توانایی آن در ایجاد تغییرات در رفتار و نگرش مخاطبان در مورد مواد اعتیادآور جای تردید است. به هر حال نتایج خوبی در زمینه مبارزه با مصرف سیگار در بسیاری از کشورها داشته است.

جهت اثربخشی هر چه بیشتر لازم است ارسال پیام، از طریق رسانه‌ها به ویژه صدا و سیما مواردی از قبیل شناخت مخاطبان، عدم تبلیغات بیش از اندازه، تنوع در استفاده از افراد الگو اعم از شخصیت‌های علمی، مذهبی، ورزشی و سینمایی را رعایت کرد.

**آموزش در محیط کار:** محیط کار نیز فضای مناسبی برای ایجاد ارتباط با عده قابل توجهی از افراد است. در این مراکز می‌توان از روش‌های مختلفی هم‌چون استفاده از پوسترها، بروشورها، نمایش فیلم، ارائه اطلاعات با سیستم پستی، برگزاری سخنرانی، سمینارها، کارگاه‌ها و بحث در گروه‌های کوچک استفاده نمود. بدون شک محتوای برنامه‌های آموزشی در محیط کار علاوه بر افزایش میزان دانش و اطلاعات در مورد مواد اعتیادآور و خطرات ناشی از آن می‌تواند در رابطه با عوامل خطرناک، ارائه یک الگوی زندگی مثبت و مفید و تقویت مهارت‌های مواجهه با استرس و فشارهای زندگی نیز موثر باشد.

**استفاده از روش‌های جایگزین در جهت تغییر شرایط محیط کار:** در این روش آن گروه از رفتارها و شرایط اجتماعی که در تضاد با مصرف مواد اعتیادآور هستند، مورد حمایت قرار می‌گیرند. به عنوان نمونه راه‌اندازی یک مرکز ورزشی و تفریحی برای پر کردن اوقات فراغت در مناطق آسیب‌پذیر، سازمان‌دهی مسابقات ورزشی در مدارس آسیب دیده و ایجاد الگوهای شغلی و فرصت‌های اجتماعی برای افرادی که ترک تحصیل کرده‌اند را می‌توان نام برد.

**آموزش در خانه و جامعه:** مخاطبان در خانه و جامعه، بر خلاف برنامه‌های آموزشی فوق مثل آموزش در محیط کار و مدرسه، مجبور به حضور در برنامه‌های آموزشی نیستند و لذا باید با اقدام‌های ویژه‌ای مشارکت عمومی جامعه و خانواده‌ها را جلب کرد. در این خصوص می‌توان به صورت مکاتبه‌ای و به طور پیوسته اطلاعات لازم در مورد مواد اعتیادآور، نحوه شناخت و برخورد با معتاد و علائم اعتیاد را به پدر و مادر، مراکز مذهبی و مساجد، باشگاه‌های ورزشی و جلسات اولیا و مربیان در مدارس ارائه کرد. به ویژه در صورت سازمان‌دهی

گروه‌های داوطلب این اقدامات موثرتر خواهد بود به نحوی که امروز نقش گروه‌های داوطلب در مبارزه با اعتیاد به ویژه سازمان‌های جوان، از خانواده‌ها بیشتر است.

### راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد از نظر محتوایی

راهبرد باتوین و همکارانش<sup>1</sup> به پنج راهبرد تقسیم می‌شود که در زیر به توضیح هر یک پرداخته خواهد شد.

**رویکرد پرورش عاطفی**<sup>2</sup>: رویکرد پرورش عاطفی شامل افزایش عزت نفس، اتکا به خود، تصمیم‌گیری مسئولان، رشد روابط بین فردی و استفاده کم یا استفاده نکردن از اطلاعات در مورد مصرف مواد است و به وسیله دستورالعمل آموزشی، بحث گروهی و فعالیت‌های آموزشی، هم‌اندیشی و روان‌درمانی گروهی اجرا می‌شود.

**رویکرد نفوذ اجتماعی**<sup>3</sup>: این راهبرد شامل افزایش آگاهی از فشار اجتماعی برای مصرف مواد مخدر، افزایش دانش در مورد پیامدهای کوتاه مدت مصرف مواد در اثر فشار همکیشان و پایه‌گذاری هنجارهای مصرف نکردن مواد است که به وسیله بحث کلاسی و گروهی، آموزش مهارت‌های مقابله، تمرین رفتاری، روش‌های جرات‌آموزی، بسط تمرینات از طریق تکالیف و استفاده از رهبران هم‌تا و همسال در برنامه‌ریزی‌ها و برنامه‌های آموزشی امکان‌پذیر می‌شود.

**رویکرد جایگزین یا بدیل**<sup>4</sup>: این رویکرد شامل ارائه کردن فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد و کاهش احساس بی‌حوصلگی یا بیگانگی است. برنامه‌هایی مانند تاسیس مراکز جوانان، فعالیت‌های تفریحی و ورزشی، شرکت در طرح‌های سرویس جامع و آموزش حرفه‌ای، این رویکرد را عملی می‌سازد.

---

1-Botvin et.al

2-Emotional nurture approach

3-Social influence approach

4-Alternative approach

رویکرد نشر اطلاعات<sup>1</sup>: رویکرد نشر اطلاعات منجر به افزایش آگاهی در مورد مواد مخدر، آثار آن‌ها، پیامدهای مصرف مواد، تقویت نگرش‌های ضد مصرف مواد می‌شود. رویکرد نشر اطلاعات به وسیله دستورات عمل‌های آموزشی، بحث‌های گروهی، نمایش فیلم، نمایش مواد مخدر، پوستر، جزوه و برنامه‌های آموزشی والدین اعمال می‌شود. رویکرد نفوذ اجتماعی و افزایش توانایی<sup>2</sup>: افزایش توان تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخصیتی، کاهش اضطراب، افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباط و کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقابله با فشار اجتماعی از برنامه‌های این رویکرد است.

## (2) درمان

درمان به طور کلی به عنوان جزء اصلی یک استراتژی جامع کاهش تقاضا تلقی می‌گردد. درمان علاوه بر کمک به افراد برای کاهش مصرف مواد مخدر، بهبود وضعیت بهداشتی، کاهش جرم و جنایت، سوءمصرف مواد مخدر را نیز در اқشار مختلف جامعه کاهش می‌دهد.

در صورتی که درمان به سهولت در دسترس قرار داشته باشد و درصد بالایی از معتادین بتوانند آن را دریافت کنند، می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای در رابطه با کاهش کلی تقاضای مواد مخدر داشته باشد. هرچه تعداد معتادین درمان نشده کمتر شود، احتمال افزایش سوءمصرف‌کنندگان جدید انواع مواد مخدر نیز، کاهش خواهد یافت.

### درمان اعتیاد

شامل مجموعه‌ای از روش‌های دارویی، روان‌شناختی و مددکاری اجتماعی است که برای سم‌زدایی معتادان و پیشگیری از مصرف مواد توسط آنان و یا برای کاهش آسیب و عوارض اعتیاد در فرد به کار گرفته می‌شود (نادری، 1387: 23).

1-Information dissemination approach

2-Integrated social influence and enhancement of abilities

درمان وابستگی به مواد عبارت است از مجموعه مداخلات طبی، روانشناختی و اجتماعی برای تغییر رفتار، بهبود عملکرد و بازگشت وابسته به مواد به اجتماع به طوری که، هدف نهایی درمان، دستیابی به زندگی بدون مصرف مواد باشد.

### سم‌زدایی<sup>1</sup>

سم‌زدایی اولین قدم در فرایند درمان اعتیاد است که غالباً به صورت دارویی انجام می‌شود و پزشکان، روانپزشکان یا سایر درمان‌گران ممکن است به تناسب از روش‌های مختلف سرپایی یا بستری یا بیهوشی برای این منظور استفاده کنند. در طول سم‌زدایی سعی می‌شود وابستگی جسمانی فرد به مواد از بین برود. به عبارتی دیگر، سم‌زدایی فرایندی است که در آن فرد معتاد به سرعت به وضعیت عادی از مصرف مواد دست می‌یابد و در طی آن با روش‌های گوناگون، ناراحتی‌های ناشی از قطع مصرف مواد در وی کاهش می‌یابد (نادری، 1387: 23).

در مددجویانی که تصمیم به ترک مواد مخدر می‌گیرند برای کاهش علائم جسمی ناشی از ترک فرد را سم‌زدایی می‌نمایند، اما باید توجه داشت که سم‌زدایی به تنهایی برای ترک کافی نیست و تأثیری بر کاهش احتمال عود مجدد ندارد. تحقیقات نشان داده است کسانی که چندبار موفق به سپری کردن دوره سم‌زدایی شده‌اند، مجدداً به مصرف مواد مخدر روی آورده‌اند. لذا باید گفت که اگر چه سم‌زدایی اجتناب‌ناپذیر است اما کافی نیست و برای حصول توفیق در درمان باید از درمان‌های رفتاری، حمایت‌های اجتماعی، مشاوره خانواده و پیگیری وضعیت بیمار بعد از درمان بهره‌جست.

یکی از روش‌های سم‌زدایی اپیوئیدها خنثی کردن اثر آنها با آنتاگونیست‌هایشان یعنی نالوکسان و نالتروکسان است. نالوکسان بصورت آمپول 0.4 میلی‌گرم و نالتروکسان به شکل کپسول 25 و 50 میلی‌گرمی در بازار ایران موجود است. این داروها وارد یک رقابت مهارکننده با مواد مخدر مورد نیاز شده و چون تمایل

چسبندگی‌شان به گیرنده بسیار بیشتر از اپیوئید خارجی است و با دوز بالا تجویز می‌گردد باعث از بین بردن اثر مخدرها می‌شود.

روشهای سم زدایی در حال حاضر پنج روش علمی جهت سم زدائی وجود دارد که هر یک با مزایا و محدودیت‌هایی همراه هستند. این روشها عبارتند از:

روش علامتی، روش جایگزینی، روش سریع (RD) و روش فوق سریع (URD یا UROD) که دو روش اول عمدتاً بصورت سرپایی و دو روش آخر الزاماً بصورت بستری انجام می‌پذیرد. علاوه بر روش های فوق، طب سوزنی نیز از روشهای علمی سم زدائی است که در موارد خاصی کاربرد دارد.

روش سم زدائی علامتی: این روش حدود 8 تا 10 روز بطول می‌انجامد و در طی مدت فوق با استفاده از داروهای غیر مخدر مختلف علائم جسمی بیمار کنترل می‌گردد. در طی روزهای اول سم زدایی معمولاً از داروهای بیشتری استفاده می‌گردد و پس از آن داروهای مصرفی کاهش یافته و معمولاً ظرف مدت 10 روز اغلب آنها قطع می‌گردند.

در این روش چنانچه بیمار در طی مدت درمان از ماده مخدر استفاده ننموده باشد، داروی نالترکسون معمولاً در روز هفتم برای بیمار شروع می‌گردد (البته پس از تست مرفین و نالوکسان). در برخی از بیماران علائم ترک با این روش به خوبی کنترل نمی‌شود و از اینرو محدودیت دارد، ضمن آنکه در برخی از موارد علائم ترک ممکن است به خوبی کنترل شود، ولی بدلیل وابستگی روانی بالا ممکن است فرد در طی دوره سم زدایی اقدام به مصرف ماده مخدر نماید که در این صورت سم زدایی موفق نخواهد بود و اینرو در همه بیماران کاربرد ندارد.

روش سم زدائی جایگزین: این روش حدود 2 تا 4 هفته بطول می‌انجامد و در طی دوره فوق از داروهای مخدر یا شبه مخدر (خوراکی یا زیرزبانی) به‌عنوان جایگزین مخدر مصرفی بیمار استفاده می‌گردد. داروهای فوق در طی مدت فوق تدریجاً قطع می‌شوند و



معمولاً در هفته سوم پس از انجام تست مرفین و نالوکسان برای بیمار داروی نالتورکسان شروع می‌گردد. کاهش دوز داروهای جایگزین شده بسیار حساس بوده و با توجه به طولانی شدن دوره درمان این روش در برخی از بیماران موفق نبوده و از اینرو محدودیت دارد. این روش چنانچه بدرستی انجام گیرد با علائم جسمی خفیفی همراه می‌باشد. کپسول‌های دست ساز موجود در بازار ( که اغلب بعنوان گیاهی و غیر مخدر معروف اند) حاوی مواد مخدر بوده و با این مکانیسم سعی در سم زدائی دارند، ولی از آنجائی که ظرافتهای بسیار زیادی در موفقیت این روش وجود دارد اغلب افراد قادر به قطع کپسول‌های فوق نبوده و به آنها اعتیاد پیدا می‌کنند.

**روش سم زدائی فوق سریع:** این روش که در زبان انگلیسی Ultra Rapid Opiate Detoxification یا به اختصار URD یا UROD نامیده می‌شود، جدیدترین روش جهت سم زدایی مواد مخدر است (البته بهترین روش در همه موارد نیست و در همه موارد نیز امکان پذیر نمی‌باشد). در این روش، بیمار اغلب به مدت 24 تا 48 ساعت در مرکز درمانی بستری گردیده و در طی 3 تا 6 ساعت تحت بیهوشی عمومی ( نه خواب عمیق که فوق العاده خطرناک است) در اتاق عمل قرار می‌گیرد. در طی مدت بیهوشی داروهای ویژه‌ای برای بیمار تجویز می‌گردد که منجر به بروز علائم ترک به صورت سریع و فشرده می‌شوند. (البته بیمار در طی بیهوشی هیچگونه علامت خاصی را احساس نمی‌نماید). این عمل منجر به ترشح سریع مواد مخدر داخلی بدن گردیده که جایگزین مواد مخدر مصرفی بدن بیمار می‌گردد و تحمل بدن فرد نسبت به علائم ترک بسیار بالا می‌رود. در این روش بیمار بیشترین شدت علائم جسمی را در طی مدت بیهوشی سپری می‌نماید .

بزرگترین مزیت روش سم‌زدایی فوق سریع نسبت به روش‌های دیگر سم‌زدایی میزان موفقیت آن (در مرحله سم زدایی) است و در صورتی که بدرستی انجام گیرد میزان موفقیت آن نزدیک به 100% است . البته انجام روش سم‌زدائی فوق سریع نیاز به دانش و تجربه

بسیار بالایی دارد، در غیر این صورت نه تنها به موفقیت نمی‌انجامد، بلکه می‌تواند با خطرات و آسیب‌های جدی نیز همراه باشد. لازم به ذکر است روش فوق در تمامی موارد امکان پذیر نبوده و در صورتی که بیماری قلبی، ریوی شدید یا برخی از بیماری‌های دیگر وجود داشته باشد نمی‌توان به آن اقدام نمود. این روش عمدتاً در مواردی کار برد دارد که سم زدایی با روش‌های دیگر مقدور نبوده و احتمال شکست بالایی دارند.

مزایای دیگر این روش نسبت به سایر روش‌ها سرعت بهبودی بالاتر و در اغلب موارد (نه همه موارد) راحتی بیشتر آن است. البته باید در نظر داشت در این روش کلیه علائم در طی مدت بیهوشی از بین نرفته و بطور کلی هیچ روش سم‌زدایی وجود ندارد که بدون علائم باشد و تبلیغاتی که راجع به این روش می‌شود که در طی مدت 4 ساعت کلیه علائم از بین می‌رود بی‌پایه و اساس است.

بزرگترین مشکل در روش سم زدایی فوق سریع ضعف عمومی بدن پس از مدت بیهوشی است که بطور متوسط 3 تا 5 روز ادامه دارد (در برخی موارد کمتر و در برخی موارد بیشتر است) و با گذشت زمان بهبود می‌یابد. به جز مسئله ضعف عمومی که در اکثریت بیماران پس از سم زدایی فوق سریع (به درجات مختلف) مشاهده می‌گردد، در برخی از بیماران علائم دیگری از قبیل علائم گوارشی، خمیازه، درد بدنی، بی‌قراری یا بی‌خوابی نیز به درجات مختلف دیده می‌شود که جهت کنترل آنها داروهای موثری موجود بوده و علائم فوق اغلب برای بیمار مشکل ساز نمی‌باشند. شدت و نوع علائم جسمی پس از سم زدایی فوق سریع در افراد مختلف متفاوت بوده و تا حدودی قبل از سم زدایی قابل پیش بینی است.

پس از انجام سم زدایی فوق سریع (در صورتیکه بدرستی انجام شده باشد) داروی نالترکسون از روز اول برای بیمار شروع گردیده و می‌بایست روزانه و اغلب بمدت یک‌سال مصرف شود. یکی از دلایل عمده موفقیت بالای روش فوق سریع شروع نالترکسون از روز اول

است (که اگر نتوان این کار را انجام داد میزان موفقیت سم‌زدائی بسیار پائین می‌آید).

**مقایسه روش های مختلف سم‌زدائی:** این روشها از نظر میزان موفقیت، سرعت بهبودی و دوره درمان، شدت علائم، هزینه، نیاز به استراحت و غیبت از کار، نیاز به داشتن همراه، سرپائی یا بستری بودن و امکانات و تجهیزات لازم جهت انجام‌شان با یکدیگر متفاوت هستند.

روش علامتی کم هزینه‌ترین روش بوده، ولی در عین حال نیاز به چندین روز استراحت در منزل داشته و از آنجا که علایم جسمی و روحی درمان در برخی موارد به خوبی کنترل نمی‌شود از اینرو درصد کمی کاربرد موفقیت آمیز دارد. این روش بصورت سرپائی یا بستری قابل انجام است.

روش جایگزینی چنانچه بدرستی انجام گیرد همراه با علایم بسیار خفیفی بوده و اغلب نیاز به استراحت نداشته، فرد قادر به انجام فعالیت‌های روزمره می‌باشد. این روش نسبت به روش قبلی، هزینه بالاتر و در عین حال دوره طولانی‌تری داشته و به‌همین دلیل در صورت عدم انتخاب صحیح بیمار، موفقیت پایین‌تری دارد و تنها در موارد خاصی کاربرد دارد.

روش فوق سریع از نظر موفقیت و سرعت بهبودی بالاترین درصد را داشته، ضمن آنکه اغلب راحت‌ترین روش سم‌زدایی نیز است، ولی هزینه آن بالاتر از سایر روش‌ها بوده و بدلیل تکنیک پیچیده و ظرافت‌های خاصی که در انجام موفقیت‌آمیز آن وجود دارد، نیاز به دانش و تجربه بالای کادر پزشکی و پرستاری و رعایت استانداردهای خاص بیمارستانی دارد، در غیر این‌صورت نه تنها درمان به موفقیت نمی‌انجامد، بلکه می‌تواند با خطرات جدی نیز همراه باشد.

با توجه به آنکه بیماران از جهات متعددی با یکدیگر متفاوت بوده و در عین حال تمایلات متفاوتی برای درمان دارند برای هر بیمار تنها یکی از روش‌های سم‌زدائی بهترین روش است. آگاهی بیمار از مزایا و معایب هر یک از روش‌های سم‌زدایی و تطبیق آنها با

خواسته‌ها و شرایط خود کمک زیادی در تصمیم‌گیری صحیح جهت تعیین روش مناسب و هماهنگ با نظر پزشک معالج مینماید. در این زمینه بیمار می‌بایست عواملی چون موفقیت، راحتی، سرعت، هزینه، کیفیت خدمات، رعایت استانداردهای پزشکی و بستری یا سرپایی بودن را مورد توجه قرار دهد. البته پزشک در تشخیص روش مناسب عمدتاً موفقیت روش را مد نظر قرار می‌دهد (چرا که هدف اصلی مراجعه کننده نیز رسیدن به نتیجه و ترک کامل است). ممکن است روشی موجود باشد که بسیار راحت و بدون علائم باشد (همچون کپسول‌های دست ساز حاوی مخدر موجود در بازار که ندرتاً ممکن است به سم زدایی کامل بینجامند) ولی نهایتاً فرد به سم زدایی کامل نرسد، در این صورت چنین روشی بی ارزش خواهد بود.

### رفتار درمانی

در خصوص موفقیت فرایند درمان این نتیجه مورد اتفاق قرار دارد، که صرف توجه به درمان‌های دارویی و سم‌زدایی کمکی به بهبود بیماران و کنترل و مهار تقاضای مواد مخدر نمی‌کند، لذا در کنار روش‌های درمان دارویی که برای جبران آسیب‌ها و ضایعات مغزی لازم هستند، باید از مجموعه‌ای از روش‌های رفتار درمانی و روان درمانی نیز بهره گرفته تا نگرش‌ها و گرایش‌های بیمار نیز برای یک زندگی سالم اصلاح یابد. از این رو انجام مشاوره‌های روانی هم در بدو درمان به منظور درگیر کردن بیمار در فرایند درمان و جلب همکاری و مشارکت وی و هم‌چنین در تعیین نوع و الگوی درمانی متناسب بسیار مفید می‌باشد. رفتار درمانی می‌تواند اثربخشی درمان‌های دارویی را افزایش دهد و موجب شود تا بیماران مدت طولانی‌تری را برای درمان اعتیاد خود اختصاص دهند (NIDA, 2008).

**بازتوانی وابستگی به مواد:** کلیه خدمات مرتبط با پیشگیری از عود و بهبود آسیب‌های قبلی ناشی از سوء‌مصرف و ارتقاء عملکرد فرد وابسته به مواد (معتاد) است، از قبیل: خدمات آموزشی، مشاوره‌ای، روان‌درمانی، ملاحظات دارویی پیشگیری از عود چون نالتروکسان، درمان بیماری‌های همراه و حمایت‌های اجتماعی.

### بازار مواد مخدر در ایران

اغلب گزارش‌ها و بررسی‌های آماری حاکی از این است که بازار مواد مخدر در ایران عمدتاً به مواد افیونی مانند تریاک و مشتقات آن تعلق دارد. براساس گزارش 2008 سازمان ملل (اداره جرائم و مواد مخدر)، ایران رتبه اول دنیا را در مصرف انواع مواد مخدر افیونی در بین جمعیت 15 تا 64 سال به خود اختصاص داد است. براساس این گزارش 2/8 درصد از جمعیت 15 تا 64 ساله ایرانی مواد افیونی مصرف می‌کنند که جمعیتی بالغ بر 1/376/412 نفر را در برمی‌گیرد. پس از ایران کشورهای موریتانی با 2 درصد، روسیه فدراتیو 1/6، استونی 1/5 و افغانستان با داشتن جمعیتی معادل 1/4 درصد از افراد بین سنین 15 تا 64، دارای بیشترین معتادان به مواد افیونی هستند (UNODC, 2008: 273-274).

به علاوه ایران رتبه دوم دنیا را در مصرف هروئین و مرفین دارد. براساس گزارش جهانی مواد مخدر در سال 2008 بعد از پاکستان با 34% از کل مصرف هروئین و مرفین در جهان، ایران با 20% از کل مصرف دنیا در مقام دوم قرار گرفته است. (گزارش جهانی مواد مخدر، 2008: 54)

درصد زندانیان مواد مخدوری به کلیه جرایم در سال 1367، 52.5% است، همین درصد 10 سال بعد یعنی در سال 1377، افزایش یافته و به 58.9 درصد رسیده است، اما در سال 1386 به 46.9% کنترل یافته است. (کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1386: 41)

گزارش‌های متعدد رسمی نشان می‌دهد که با احتساب مصرف مستمر و تفننی در کشور، به طور قطع بیش از دو میلیون نفر مواد مخدر مصرف می‌کنند و با توجه به میانگین خانوار (یعنی 5/2) متجاوز از 10 میلیون نفر اعضای خانواده‌ها از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در ایران مرتباً افزایش می‌یابد. (ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1384: 8)

در گزارش سال 1386 ستاد مبارزه با مواد مخدر، خلاصه‌ای از نتایج تحقیق ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران (RSA) ارائه شده است که براساس آن تعداد معتادان کشور 1200000 نفر و تعداد معتادان تفننی 800000 نفر اعلام شده است. (ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1387:15)

لازم به ذکر است که براساس تنها مطالعه همه‌گیرشناسی در کشور که در سال 1380، انجام گرفته، تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی در ایران 3761000 نفر تخمین زده شده که 1158000 نفر قبلاً به سوءمصرف و مابقی به صورت تفننی از مواد مخدر استفاده می‌کرده‌اند. (رحیمی موقر و دیگران، 1387:111)

### ارزیابی اقدامات درمانی در ایران

مرور نتایج تحقیقات صورت گرفته در زمینه ارزیابی اثرات مداخلات درمانی و روش‌های مختلف دارویی، غیردارویی و ترکیبی در درمان اعتیاد به انواع مواد مخدر نتایج زیر را مورد تأکید قرار می‌دهد:

1- تنوع بسیار زیاد الگوهای مصرف، مدت مصرف، شدت مصرف، نوع ماده مصرفی، سن، جنس، وضعیت جسمی، وضعیت روانی، انگیزه برای ترک، تجربه ترک و شماری دیگر از متغیرها موجب می‌شوند که نتوان الگوی درمان ثابت و مشخصی را به عنوان بهترین روش معرفی نمود و لذا متخصصان امر درمان باید با انجام بررسی‌های مختلف و جمع‌آوری اطلاعات پزشکی، روانی، جمعیت‌شناسی و اجتماعی نوع درمان متناسب با بیمار خود را شناسایی نموده و مورد استفاده قرار دهند.

2 - ارزیابی‌های صورت گرفته، برای مقایسه بین روش‌های درمانی محدود در بین بیماران وابسته به ماده خاصی صورت گرفته‌اند که البته شرط انجام چنین آزمایشاتی این است که آزمودنی‌ها در اغلب متغیرهای جمعیت‌شناختی، شدت مصرف، مدت مصرف و نوع ماده مصرفی همگن باشند و تنها تفاوت‌شان در نوع الگوی درمانی باشد.

این موضوع نشان می‌دهد که براساس تحقیقات انجام شده نتوان الگوهای درمانی را رتبه‌بندی نمود و بهترین الگوها را براساس اثربخش بودن آنها شناسایی نمود.

چرا که اگر اثربخش بودن یا موفقیت را به معنای ترک پایدار ماده مصرفی تعریف کنیم، برخی از روش‌ها اساساً چنین هدفی را دنبال نمی‌نمایند. به عنوان مثال روش‌های سم‌زدایی با هدف قطع علائم ترک و از بین بردن یا کاهش تمایل به مصرف مواد صورت می‌گیرند و اگر این روش‌ها با روش‌های روان‌درمانی، گروه درمانی و پیشگیری‌های اجتماعی همراه نشوند، قطع پایدار با احتمال بسیار ضعیفی همراه خواهد بود، در حالیکه خود روش سم‌زدایی با موفقیت همراه است.

همچنین متغیرهای زیادی برای ارزیابی اثربخشی روش‌های درمانی مطرح هستند که سنجش هر یک از آنها در خصوص روش‌های درمانی مختلف ماتریس بسیار پیچیده‌ای را تولید خواهد کرد که استنتاج بهترین روش در مورد آن بی‌معنی است. به عنوان مثال متغیرهایی همچون هزینه درمان، در دسترس بودن درمان برای بیماران، پذیرش روش درمانی برای بیماران، رضایت بیماران از درمان، مدت درمان، عوارض درمان، پایداری ترک هر یک از روش‌های درمانی، عوارض و پیامدهای جسمی و روانی درمان، عوارض اجتماعی درمان، میزان سرمایه‌گذاری مورد نیاز برای درمان و ... هر یک دارای درجات مختلفی از موفقیت برای بیماران مختلف حتی در اعتیاد به یک ماده مشخص می‌باشند.

3 - تاکنون هیچ پژوهشی به ارزیابی عملکرد مراکز مختلف درمانی و اثربخشی و موفقیت آنها به طور کلی نپرداخته و توصیه می‌شود، پژوهش مستقلی با توجه به متغیرهای مختلف این سنجش صورت گیرد. این متغیرها را می‌توان به صورت کمی و کیفی و در قالب چک لیست‌هایی طراحی نمود و به کمک مشاهده و مصاحبه با مسئولان و بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی مختلف مورد اندازه‌گیری و تجزیه و تحلیل قرار داد.

با وجود اخذ نتایج فوق از مطالعات انجام شده، به دلیل اینکه تحقیق حاضر صرفاً به مطالعه کمی و اسنادی بسنده ننموده و علاوه بر آن انجام مطالعات کیفی اعم از مشاهده و بازدید از مراکز بهبودی، مراکز درمانی، کلینیک‌ها و همچنین انجام مصاحبه عمیق با بیماران، درمانگران و برگزارای جلسات بحث گروهی با مشارکت تعدادی از بیمارانی که چندین نوع روش درمانی را تجربه نموده بودند، را در برنامه مطالعاتی خود قرار داد، این نتیجه حاصل آمد که بیمارانی که با علم و اطلاع کافی روش درمانی را انتخاب نموده بودند و با انگیزه و اراده کافی در برنامه درمانی مشارکت نموده و کلیه مراحل درمانی را مطابق تجویز و توصیه درمانگر اجرا کرده بودند، موفق شدند بر بیماری خود فائق آمده و اعتیاد خود را ترک نمایند. براین اساس مشاهده گردید، کلونیدین و متادون در این دسته از بیماران داروی اثربخشی است که می‌تواند آنها را در اولین مرحله موفق به بیزاری از مواد کند، با این وصف بیمارانی که به دلیل فقدان انگیزه کافی برای ترک و یا فقدان اطلاعات کافی از اثرات ماده مخدر و روند دارو درمانی از این روش‌های درمانی استفاده می‌کنند، ممکن است به دلیل وسوسه‌های مراجعه مجدد به مواد مخدر، در درمان موفق نشده و حتی به این داروها نیز وابسته می‌شوند.

همچنین مشاهدات صورت گرفته در خصوص درمان‌های گروهی، مراکز بهبودی و جلسات انجمن‌های معتادان گمنام اگر چه در ظاهر نشان از موفقیت در بهبودی طیف گسترده‌ای از بیماران دارد، ولی به دلیل القانات روانی شدید در این مراکز و فرایندی که بر بریدگی اجتماعی و روانی بیشتر معتادان از اجتماع می‌افزاید، استفاده از این روش‌های درمانی باید تحت نظارت‌های تخصصی درآید و از ادامه فعالیت گروه‌های فاقد تخصص و یا خارج از نظارت جلوگیری شود.

با توجه به اینکه درمان اعتیاد دارای مراحل مختلفی است که در مرحله اول آن از بین بردن ضایعات مغزی، جسمی و روانی باید مدنظر قرار گیرد و سپس فرایندهای اجتماعی از طریق حمایت‌ها و پی‌گیری‌ها و همچنین تقویت مهارت‌های شغلی و اجتماعی صورت



گیرد، لذا استفاده از روش‌های درمان ترکیبی (استفاده از متادون، کلونیدین و نالتروکسون در مرحله اول در کنار ارائه آموزش‌ها و مشاوره‌های روانشناختی و تعقیب مراحل درمان زیر نظر درمانگران برای مدت نسبتاً طولانی شش ماه تا یکسال) با همکاری خانواده به عنوان جامع‌ترین روش درمان پیشنهاد می‌گردد.

چرا که هدف از یک برنامه سم‌زدایی، درمان کامل اعتیاد نیست، بلکه پست‌سرگذاشتن مرحله اول آن است، و پس از آن لازم است تا مراحل دیگر در فرایند درمان وارد عمل شوند و بیمار سم‌زدایی شده که توان خودداری از مصرف مواد را دارا شده است و علائم ترک در وی تحت کنترل قرار گرفته، به حال خود رها نشود، بلکه به مرحله درمان‌های روانشناختی و گروه‌درمانی و افزایش مهارت‌های اجتماعی به منظور آغاز یک زندگی عادی در کنار خانواده و دیگران بدون مواد، وارد گردد. در این صورت می‌توان یک زنجیره درمانی ایجاد کرد و موفقیت آن را در پایان اجرای آخرین حلقه از این زنجیره‌ی درمانی مورد ارزیابی و قضاوت قرار داد.

به علاوه نظارت بر امر درمان باید به صورت یک برنامه جامع و کامل و زیر نظر یک سازمان تخصصی با اختیارات کامل صورت گیرد، تا اتلاف منابع و سردرگمی در بکارگیری روش‌های مختلف در امر درمان بیماران و بی‌اثر نمودن تلاش‌های سازمان‌های درگیر در این زمینه جلوگیری نماید.

هم‌اکنون آموزش‌های کافی در خصوص روش‌های موفق درمانی و برنامه‌های درمانی مراکز دولتی و خصوصی و مراکز معتبر، از سوی رسانه‌ها به ویژه صدا و سیما برای خانواده‌ها ارائه نمی‌گردد. همچنین لازم است در هر بیمارستان یا مرکز درمانی واحدی برای ارائه مشاوره خدمات درمانی اعتیاد به صورت رایگان برای بیماران و افراد مراجعه‌کننده وجود داشته باشد، تا از این طریق بیماران هم از الگوهای موفق درمانی مطلع شوند و هم از نحوه دسترسی و استفاده از این مراکز آگاهی یابند.

### پیشنهادهاد:

مبارزه با مواد مخدر، فرایند تعطیل‌ناپذیری است که باید با تأسی از دو رویکرد کاهش عرضه و کاهش تقاضا به صورت مکمل یکدیگر صورت پذیرد. در این گزارش استراتژی کاهش تقاضا مورد توجه بوده و کاهش تقاضا را مشتمل بر فرایندی تعریف نموده که یک سر آن به تشدید صعوبت دسترسی به مواد مخدر توجه دارد و از این طریق به استراتژی کاهش عرضه متصل می‌شود و سر دیگر آن به برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب ختم می‌گردد. موفقیت این استراتژی در گرو، اجرای برنامه‌های مؤثر در حوزه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. در این راستا لازم است از مهمترین تجارب داخلی و خارجی مورد ارزیابی قرار گرفته و مؤثرترین الگوهای مورد استفاده در حوزه پیشگیری و درمان استفاده شود.

در جمع بندی نهایی چند نکته اساسی به عنوان ماحصل مطالعات و پیشنهاد به شرح زیر ارائه می‌گردد که لازم است برنامه‌های کاهش تقاضا براساس آن و طبق یک توالی منظم چنانکه در نمودار نیز نشان داده شده است برنامه‌ریزی و اجرا نمود:

1 - مواد مخدر در جامعه ما یک مسئله اجتماعی است، به این معنا که اولاً بخش گسترده‌ای از جامعه درگیر آن به طور مستقیم و غیر مستقیم هستند و با آسیب‌ها و تهدیدات آن دست و پنجه نرم می‌کنند و ثانیاً نگرانی‌های گسترده‌ای را در سطح اقشار مختلف جامعه، خانواده‌ها و نخبگان و مسؤولان پدید آورده به طوری که کل جامعه و در رأس آن مسؤولان دولتی را بر آن داشته تا در عزمی ملی با آن مقابله کنند. به علاوه از منظری دیگر نیز این مسئله دارای زمینه‌ها و ابعاد اجتماعی است و لذا صرفاً با رویکردهای نوروبیولوژیکی، روانشناختی، اقتصادی نمی‌توان آن را تبیین نمود، بلکه باید با تکیه بر تحلیل‌های اجتماعی جامع‌نگر نقش و تأثیر عوامل فردی (اعم از زیستی و روانی)، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بین‌المللی را در ترکیب و تلفیق با یکدیگر بر شیوع مسئله و نحوه مقابله با آن مورد توجه قرار داد.

تأکید بر عوامل اجتماعی به این معناست که مسئله مواد مخدر وابسته به مختصات جامعه است و بدون توجه به بافت اجتماعی نمی‌توان ابعاد آن را شناخت. ممکن است در بافت اجتماعی ما عوامل اقتصادی یا سیاسی دخیل باشند اما این بدان معنا نیست که باید مسئله مواد مخدر را با رویکرد اقتصادی یا سیاسی تحلیل کرد. تأکید بر تحلیل اجتماعی و فرهنگی موجب می‌شود که ما به بازیگران و عاملان اجتماعی از یکسو و ساختارها و نهادهای اجتماعی از سوی دیگر به مثابه میدان و عرصه‌ای بنگریم یا به مثابه متنی نگاه کنیم که واژه مواد مخدر باید در آن متن و عرصه معنا و تفسیر خاصی دریافت کند که با معنا و تفسیر در بافت و متنی دیگر الزاماً تناسب یا انطباقی ندارد و این نوع نگاه هست که ما را از تقلیل‌گرایی<sup>1</sup> به عنوان یک خطای تبیینی وامی‌رہاند.

2- در مسئله مواد مخدر چه به لحاظ تولید مواد، چه عرضه مواد و چه مصرف آن و چه در مورد مبارزه و مداخله در آن، همواره با انسان سروکار داریم که بدون اقلان و پذیرش وی هیچ یک از راهبردها و سیاست‌های ما در زمینه کنترل مواد مخدر اثربخش نخواهد شد. اگر بخواهیم راهبردهای کنترل و کاهش عرضه و تولید مواد را با قوت اجرا کنیم، از یکسو نیاز به همکاری و مشارکت همدلانه و مسؤانه آحاد مردم هستیم و از سوی دیگر به نیروهای انسانی متعهدی محتاجیم که با دلسوزی و وظیفه‌شناسی و با قاطعیت و جدیت قوانین را اجرا نموده و مانع از خدشه به سیاست‌ها و راهبردهای مبارزه با مواد مخدر گردند. از سوی دیگر موفقیت سیاست‌ها و برنامه‌های مقابله‌ای و امنیتی مستلزم این است که ما در جامعه نیاز و میل به مصرف مواد مخدر را کاهش دهیم. چرا که مادامی که تقاضا در جامعه بالاست و ما صرفاً بر طبل کنترل و مقابله می‌کوبیم، راه‌های غیرقانونی ورود و تولید مواد مورد تقاضا شناسایی می‌شود و ساختار انتظامی و امنیتی کشور نیز در معرض آسیب قرار می‌گیرد. از این رو آنچه در اولویت راهبردهای مبارزه با مواد مخدر

باید قرار گیرد، این است که باید زمینه‌های فرهنگی طرد و اجتناب از مواد مخدر و فعالیت‌های مرتبط با آن در کلیه سطوح فراهم شود و آحاد جامعه مسئولانه با کسانی که به این فعالیت‌های غیرقانونی مبادرت می‌نمایند، برخورد نمایند.

3 - نتیجه‌ای که از بند دوم حاصل می‌شود و خود یک گزاره بسیار پراهمیت و الهام‌بخشی است، این است که، دو وجهی کردن برنامه‌های مقابله با مسئله مواد مخدر به کاهش عرضه و کاهش تقاضا مبتنی بر نگرشی اقتصادی است و با مبانی نظری متناسب با علل و ریشه‌های مسئله مواد مخدر که اجتماعی- فرهنگی است سازگاری ندارد.

4 - رهیافت اصلی مبارزه با مواد مخدر باید اجتماعی و فرهنگی باشد، به این معنا که مسئله مواد مخدر متأثر از ساختارهای اجتماعی- فرهنگی است و راه حل آن نیز به اصلاح و تغییر این ساختارها مربوط می‌شود. مادامی که بیکاری در جامعه وجود دارد، مادامی که فقر و محرومیت و سرخوردگی و نومییدی نسبت به آینده و شکاف عمیق طبقاتی و ناهنجاری‌های اخلاقی و ... وجود دارند، این بدان معناست که آتش زیر دیگ مواد مخدر روشن است و ما بدون خاموش کردن این آتش صرفاً به ترکاندن حباب‌های آب در حال جوشیدن بسنده می‌کنیم.

همچنین مادامی که نهاد آموزشی ما مهارت‌های لازم برای زندگی سالم اجتماعی را به فرزندان تعلیم نمی‌دهد و والدین نیز به علت درگیر بودن با بار سنگین تأمین معاش و مخارج قادر به انتقال چنین مهارت‌هایی به فرزندان خود نیستند، بعید نیست که با ناهنجاری‌های رفتاری در نسل‌های جدید مواجه باشیم.

5 - براساس نتایج تحقیقات متعدد، آنچه باید قبل از همه و در صدر توجهات دولتمردان و مسئولان قرار گیرد این است که مسئله مواد مخدر در رابطه و تعامل مستقیم با سایر مسائل اجتماعی نظیر فقر و محرومیت، حاشیه‌نشینی، بیکاری، روسپیگری، بیگانگی اجتماعی، گسست نسلی، بحران هویت، افت تحصیلی، آسیب‌های

نظام خانواده، طلاق، دوگانگی ارزشی، مفاسد اقتصادی، ارتشاء، قانون‌گریزی و ... قرار دارد و لذا بدون اتخاذ سیاست عملی و کارآمد در زمینه مسائل اجتماعی فوق، عدم موفقیت در مبارزه با مواد مخدر نیز چندان دور از انتظار نخواهد بود.

6 - پس از فراهم شدن زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مناسب و کارآمد که در تعامل با هم رفاه، انسجام و وفاق اجتماعی، امنیت، مشارکت، خردورزی و عقلانیت، کارآمدی، خلاقیت و پویایی را در جامعه به دنبال خواهند داشت، می‌توان امیدوار بود که ریشه‌های اجتماعی شیوع مسائل اجتماعی کنترل شده و می‌توان بر این مسائل فائق آمد.

7 - توجه به بنیان‌های اجتماعی مشکلات و معضلات به معنای این نیست که در زمینه مواد مخدر باید دست روی دست گذاشت تا بسترهای لازم فراهم شود، بلکه به این معناست که نباید مداخلات و اقدامات را در انتهای طیف و روی معلول متمرکز کرد، بلکه باید از علل و ریشه‌ها آغاز کرد. به هر ترتیب اگر چه مواد مخدر عامل مهمی در شکل‌گیری برخی جرائم، ناهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود، ولی خود معلولی است که تحت تأثیر نیروها و عوامل مهمتر اجتماعی ایجاد شده است.

8 - رویکرد فرهنگی و اجتماعی مورد تأکید این گزارش در کنترل مسئله مواد مخدر برآنست که باید به موازات فراهم شدن بسترهای متعادل و متوازن اجتماعی، فرهنگ و نگرش افشار مختلف جامعه و به ویژه نسل جدید را در فرایند اجتماعی شدن نسبت به مواد مخدر حساس و مقاوم نمود و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را برای اجتناب از قرار گرفتن در معرض آسیب ارتقاء بخشید. این بدان معنا نیست که انتظار داشته باشیم هیچ کس و هیچ گاه مواد مخدر یا سایر مخدرها و محرک‌ها را تجربه نکنند. بلکه به این معناست که اراده افراد برای ترسیم اهداف مطلوب زندگی آینده و مصمم بودن در تحقق و نیل به این اهداف به گونه‌ای تقویت گردد که زمینه‌های فراغتی و تفریحی که ممکن است همراه با تجاری از رفتارهای ناهنجار نیز باشد، نه تنها

کل مسیر زندگی آینده فرد را تحت شعاع خود قرار ندهد، بلکه حتی خود عاملی باشد برای بازگشت سریع به زندگی و برنامه‌های عادی و روزمره در مسیر تحصیل، اشتغال، پیشرفت و بالندگی.

از این رو فرهنگ‌سازی، تربیت، تغییر نگرش، آموزش و آگاهی بخشی به منظور تقویت مهارت‌های فردی و اجتماعی، تربیت انسان متعادل، مسؤلیت‌پذیری، وظیفه‌شناسی، اخلاق‌مداری، قانون‌مندی و سایر ویژگی‌های انسان نرمال و متعادل باید در اولویت قرار داشته باشد. تأکید مجدد بر این نکته لازم است که انتظار رفتار به هنجار و متعادل از انسانی که به طرز صحیح اجتماعی نشده است و از سوی دیگر زیر فشار ساختاری برای گرایش به ناهنجاری قرار دارد، انتظار بعیدی است.

فرهنگ‌سازی فوق موجب می‌شود که ما در جامعه برخوردار از افرادی باشیم، وظیفه‌شناس، قانون‌مند، مسؤول، خلاق، کارآمد، متخلق به اخلاق و ادب، شریف، ملزم و متعهد به رعایت حقوق دیگران، پرتلاش و منظم و ... که این خود سرمایه بزرگ اجتماعی و انسانی محسوب می‌شود که ما را در برابر آسیب‌ها و مسائل اجتماعی مصون خواهد داشت. بدیهی است که فرهنگ‌سازی فوق به مدد راهبردهای امر و نهی کننده حاصل نخواهد شد.

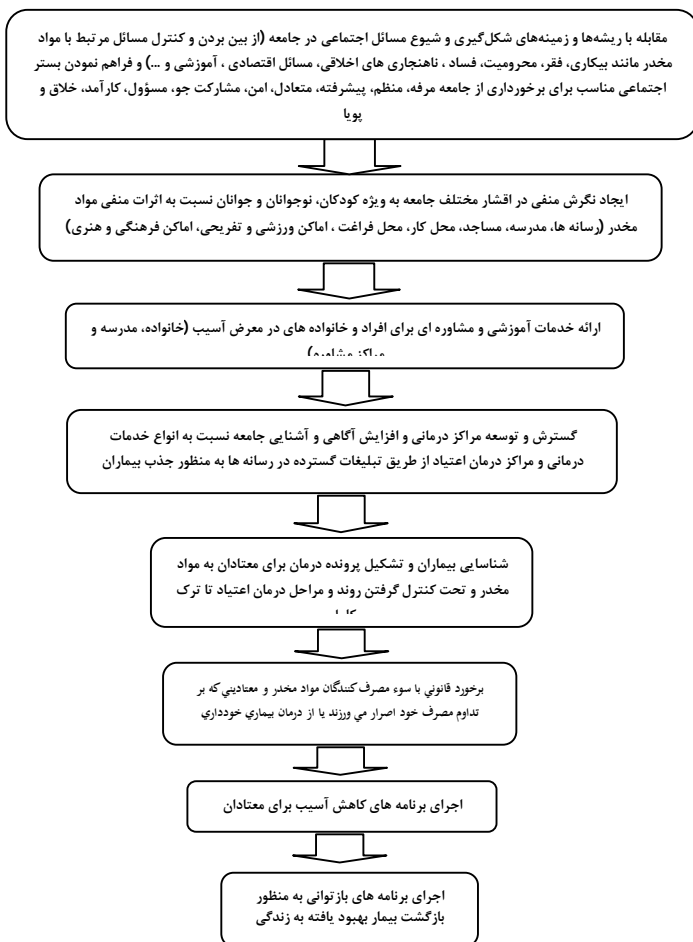
9 - در مقابله با فعالیت‌ها و رفتارهای غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر می‌توان هم از کنترل رسمی استفاده کرد و هم از کنترل غیررسمی. اما با توجه به اینکه نظارت غیررسمی کارآمدتر است، لذا برنامه‌های فرهنگی کمک می‌کنند تا هزینه‌های فرهنگی - اجتماعی گرایش به فعالیت‌های مرتبط با مواد مخدر افزایش یابد و مردم در تعامل با یکدیگر خود از شیوع مسئله جلوگیری خواهند نمود.

10 - تأکید بر ابعاد فرهنگی به این معنا نیست که مواد مخدر به سهولت در دسترس باشند، بلکه باید در کنترل تولید، ورود و عرضه این مواد نیز اقدامات مؤثر و قاطع صورت گیرد.

11 - برنامه‌های درمانی، کاهش آسیب و بازتوانی در یک فرایند به هم پیوسته به منظور کمک به افرادی که به هر دلیل به دام اعتیاد

افتاده‌اند، به طور وسیع و سهل الوصول ارائه گردد و از وارد آمدن آسیب بیشتر بر فرد، خانواده و جامعه جلوگیری به عمل آید.  
 با توجه به نتایج فوق کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران، مبتنی بر مراحل به هم وابسته مدل زیر باید طراحی و اجرا گردد:

### مراحل اجرای برنامه‌ها و مداخلات کاهش تقاضای مواد مخدر



## منابع

1. رحیمی موقر، آفرین و...، (1381)، وضعیت مواد مخدر در دانش آموزان کشور، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم شماره 19.
2. رضایی، محمد، (1382)، درآمدی بر استراتژی کاهش تقاضا (ابعاد نظری و تجربی)، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
3. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، (1386)، کتاب سال 1385.
4. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، (1387)، کتاب سال 1386.
5. ستاد مبارزه با مواد مخدر، (1384)، نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر، یافته‌های پیمایش در کشور، جلد اول، داده‌ها، ویرایش اول، تهران.
6. ستاد مبارزه با مواد مخدر، (1387) ارزیابی سریع سال 1386.
7. نادری، شهرام، بیناژاده، محمد، (1387)، درسنامه جامع اعتیاد، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- 8- NIDA, (2008), Treatment Approaches for Drug Addiction, National Institute on Drug Abuse, US Department of Health & Human Services.
- 9- UNODC, (2008) World Drug Report.
- 10- UNODC, (2009) World Drug Report.
- 11- UNODC, (2010) World Drug Report.