ستاد مبارزه با مواد مخدر

به نام خدا

سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد

ستاد مبارزه با مواد مخدر

پائیز ۱۳۸۹

سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد

اعضاء کمیته تدوین سند:

حمید صرامی (دبیر کمیته)

دکتر آفرین رحیمی‌موقر، دکتر حسن رفیعی، دکتر سعید مدنی، دکتر مروئه وامقی

همکاران تدوین طرح (به ترتیب الفبا): دکتر مهرداد احترامی، دکتر علی‌محمد احمدوند، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر فرهاد اقطار، دکتر حبیب جباری، دکتر فیروزه جعفری، دکتر سعید جهانشاهی، دکتر بهزاد دماری، دکترشهرام رفیعی‌فر، دکتر یدالله زرگر، دکتر حسن ضیاءالدینی، دکتر فرهاد طارمیان، حمید طاهری‌نخست، دکتر محمدباقر صابری‌زفرقندی، ناصر علیزاده، دکتر محمد فرجی‌ها، دکتر سعید قاسمیان، دکتر محمدعلی محمدی، دکتر گلاره مستشاری، دکتر حبیبا... مسعودی‌فرید، دکتر سعید ممتازی، دکتر محمد نفریه، دکتر روشنک وامقی، دکتر عباس وثوق‌مقدم، دکتر امیرحسین یاوری

سایر همکاران:

مجتبی بیات، نازنین هوشیار

اختصارات

CBI: Community Based Intervention

DALY: Disability Adjusted Life Years

NIDA: National Institute on Drug Abuse

NCBI: National Center for Biotechnology Information

SDH: Social Determinants of Health

WHO: World Health Organization

UNODC: United Nations Office of Drug and Crime

APA: American Psychiatric Association

MPH: Master in Public Health

RSA: Rapid Situation Assessment

CBO: Community Based Organization

KTE: Knowledge Transfer and Exchange

IEC: Information , Education , Communication

EAP: Employee Assistance Programs

فهرست مطالب

پیشگفتار ۶

بخش اول: مقدمه ۱۱

بخش دوم: تعاریف ۱۳

بخش سوم: تاریخچه ۱۷

بخش چهارم: وضعیت موجود ۲۵

۱-۴- توصیف وضعیت ۲۵

۲-۴- تحلیل وضعیت ۳۴

بخش پنجم: سیاست ها، اصول و موازین ۳۸

بخش ششم: اهداف ۴۰

بخش هفتم: راهبردها ۴۱

بخش هشتم: برنامه ها، پروژه ها و تقسیم کار ملی ۴۳

۱-۸- برنامه های ملی و پروژه ها ۴۳

۲-۸- تقسیم کار ملی ۴۹

بخش نهم: منابع و بودجه ۷۳

بخش دهم: نظام اجرایی ۸۶

بخش یازدهم: دوره زمانی و مراحل اجرا ۸۹

بخش دوازدهم: شاخص‌ها ۹۱

منابع ۱۰۰

فهرست جداول

جدول شماره۱: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی اول ۴۹
جدول شماره۲: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی دوم ۵۰
جدول شماره۳: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی سوم ۵۲
جدول شماره۴: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی چهارم ۵۵
جدول شماره۵: پروژه های برنامه ملی پنجم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی ۵۷
جدول شماره۶: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی پنجم ۵۸
جدول شماره۷: پروژه های برنامه ملی ششم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی ۵۹
جدول شماره۸: تقسیم کار پروژه های برنامه ملی ششم ۶۱
جدول شماره۹: پروژه های برنامه ملی هفتم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی ۶۵
جدول شماره۱۰: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی هفتم ۶۷
جدول شماره۱۱: پروژه های برنامه ملی هشتم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی ۶۸
جدول شماره۱۲: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی هشتم ۶۹
جدول شماره۱۳: پروژه های برنامه ملی نهم به تفکیک همگانی ،انتخابی و موردی ۷۰
جدول شماره۱۴: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی نهم ۷۱
جدول شماره۱۵: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی اول ۷۴
جدول شماره۱۶: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی دوم ۷۴
جدول شماره۱۷: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی سوم ۷۶
جدول شماره۱۸: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی چهارم ۷۸
جدول شماره۱۹: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی پنجم ۷۹
جدول شماره۲۰: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی ششم ۸۰
جدول شماره۲۱: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی هفتم ۸۲
جدول شماره۲۲: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی هشتم ۸۳
جدول شماره۲۳: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی نهم ۸۴

پیشگفتار

سند حاضر حاصل تلاش فشرده و مستمر ۳۰ نفر از اساتید ، متخصصان و صاحب‌نظران در زمینه اعتیاد و پیشگیری اولیه از آن می‌باشد. بنابراین می‌توان این سند را ماحصل توان و ظرفیت‌های علمی کنونی کشور در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد قلمداد کرد. در تدوین سند تلاش شد تا حداکثر مشارکت دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول فرهنگی و پیشگیری در سطوح ملی و استانی جلب شود. از این رو می‌توان آن را برآیند نظرات و دیدگاه‌های متنوع کارشناسی در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد دانست.

برای تدوین سند از آغاز، چارچوب و روش تدوین اسناد فرابخشی در برنامه چهارم توسعه در نظر گرفته شد تا به این ترتیب هماهنگی بین این سند و دیگر اسناد ملی مرتبط لحاظ شود. اسناد ملی توسعه ویژه (فرابخشی) در اجرای مفاد بندهای الف و ج ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم توسعه با اتکا به سند چشم انداز بلند مدت (بیست ساله) تدوین شده اند. براین اساس در اسناد فرابخشی ضمن ارائه تفصیلی توصیف وضع موجود ، پس از تحلیل وضعیت و تعیین مشکلات و تنگناها، فرصت ها و چالش ها و هدف‌گذاری‌های مشخص، سیاست‌ها و اقدامات اجرایی تدوین می شوند[1]. بر این اساس یکی از وجوه ممیزه این سند در مقایسه با دیگر اسناد پیشین در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد، رویکرد جامع آن در کادر نظام برنامه‌ریزی ملی می‌باشد.

در این سند همچنان که در متن آن لحاظ شده، پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوء مصرف و وابستگی است. لازم به توضیح است که دیگر راهکارهای امر مبارزه شامل کاهش عرضه، درمان و زیانکاهی به رغم اهمیت (با توجه به بند ۱۵ مصوبه جلسه ۱۲۴ ستاد مبارزه با موادمخدر) [2] در این سند به آنها پرداخته نشده است.

---

[1] مصوبه شماره ۲۸-۲۹/ت ۲٤۸ ه‍-مورخ ۱۳۸٤/٥/۱۱ هیئت وزیران

[2] به منظور كاهش ورودي جديد به چرخه اعتياد و كاهش نرخ بروز اعتياد طي دوره برنامه پنجم توسعه (۹۳-۱۳۸۸) مقرر گرديد كميته فرهنگي و پيشگيري ستاد مبارزه با موادمخدر با بهره‌گيري از ظرفيت‌هاي علمي و اجرايي كليه متخصصان و صاحب‌نظران نسبت به تهيه «طرح جامع فرهنگي و پيشگيري» با مشخص كردن سهم هر يك از دستگاه‌هاي اجرايي براي برنامه پنجم توسعه تا پايان سال جاري اقدام نمايد و در جلسه ويژه ستاد با حضور رياست محترم جمهور مطرح و پس از تصويب ابلاغ گردد.

تعیین اهداف طرح:

در متن سند هدف کلان پیش بینی شده عبارت است ازکاهش میزان بروز اعتیاد[3] به مواد در کشور. به علاوه هدف کمّی سند نیز قرار دادن حداقل ۴۰ درصد[4] از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه‌های استاندارد[5] پیشگیری در سال‌های (۱۳۹۳-۱۳۸۹)می‌باشد. در عین حال از بدو آغاز تدوین سند اهداف اختصاصی زیر مورد نظر بوده است:

- تقویت رویکرد و مداخلات فرابخشی پیشگیری از اعتیاد (به جای نگرش بخشی و دستگاهی)
- تقویت هماهنگی و همکاری‌های بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد
- تسهیل اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، رفع موانع اداری و تقویت ضمانت‌های اجرایی لازم برای این برنامه
- کاهش و رفع موانع موجود برای اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد
- تقویت رویکرد علمی در فرآیند تولید دانش فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد
- تعیین سهم دستگاه‌ها و تبیین وظایف و حدود انتظارات از آنها
- تقویت مشارکت در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در قالب سازمان‌های مردم نهاد به ویژه از نوع جماعت محور و شوراهای اسلامی شهر و روستا
- تقویت پژوهش در زمینه پیشگیری از اعتیاد
- تقویت ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد
- ارتقای دانش پیشگیری و آموزش و ارتقای نیروی انسانی فعال در حوزه پیشگیری
- تقویت و تشویق تدوین و اجرای برنامه‌های غیرمتمرکز پیشگیری در استان‌ها با رویکرد جماعت محور
- استاندارد سازی اقدامات به جای برنامه‌های توده‌ای و ناهمگون
- عدم تمرکز در اجرا و توجه به نقش شوراهای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استانها

---

[3] منظور تمام فرايند منجر به اعتياد شامل گرايش به مصرف، مصرف آزمايشي، مصرف گاهگاهي، سوءمصرف، و وابستگي (اعتياد) است.

[4] به استناد بند ۲ مصوبه جلسه ۱۲٤ ستاد مبارزه با موادمخدر کشور (تمرکز بر پيشگيري و مصونيت بخشي از گرايش به موادمخدر و روان‌گردان از طريق افزايش مشاركت مردم در امر مبارزه، با هدف افزايش سقف پوشش اقدامات پيشگيرانه براي حداقل ٤٠ درصد از جمعيت هدف در پايان برنامه پنجم و كاهش نرخ بروز اعتياد در جمعيت ٦٤-١٥ سال، به دو دهم (٠/٢) درصد در سال آخر برنامه پنجم توسعه.)

[5] برنامه‌اي است كه در مرحلة طراحي در جامعة علمي از جهت كفايت شواهد علمي پشتيبان پذيرفته شده و به تصويب كار گروه راهبردي-تخصصي ملي و استاني رسيده باشد و اجراي استاندارد آن نيز به ويژه از جهت مؤثر بودن حجم آن براي خدمت‌گيرندة نهايي، با پايش و ارزشيابي مداوم تضمين شود. منظور از جامعة علمي، كلية شخصيتهاي حقيقي و حقوقي داراي سابقه مطالعه و تحقيق در پيشگيري از اعتياد است.

روش و مراحل تدوین:

سند در چهار مرحله به شرح زیر تدوین شد:

مرحله اول – تشکیل کمیته تدوین سند و تدوین پیش نویس (ویرایش اول) سند

تا پیش از شروع تدوین این سند، قوانین ، مقررات و برنامه‌هایی برای پیشگیری از اعتیاد تدوین و تصویب شده که متاسفانه به دلیل موانع موجود یا کاستی‌های آن اسناد کمتر به اجرا در آمده اند. بر این اساس کمیته تدوین سند در وهله اول اسناد مذکور را گردآوری و پس از بازبینی و تحلیل محتوای آنها اولین نسخه سند را تدوین کرد. برخی از مهمترین این اسناد عبارت بودند از:

۱- قانون اساسی
۲- سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی)
۳- کنوانسیون‌ها و اسناد بین‌المللی
۴- قانون برنامه چهارم توسعه
۵- قانون مبارزه با موادمخدر (مصوب ۱۳۷۶)
۶- قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۷- قانون تشکیل نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، و دیگر دستگاه‌های ذیربط
۸- اسناد پیشینی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد از جمله: طرح مبارزه با اعتیاد (مصوب ۱۳۵۳)، آیین‌نامه پیشگیری از اعتیاد (مصوبه جلسه ۶۳ ستاد مورخ ۱۳۷۷/۱۱/۶) و .....
۹- طرح جامع کنترل و کاهش مشکلات اجتماعی: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

مرحله دوم ـ جمع‌آوری دیدگاه صاحب نظران درباره نسخه اول سند

در این مرحله ویرایش اول توسط کمیته تدوین سند برای جمعی از افراد صاحب‌نظر ارسال شد. این افراد همگی دارای سابقه اجرایی و علمی در زمینه پیشگیری از اعتیاد بودند و در چهار گروه تخصصی۱)روانشناسی‌و روانپزشکی ۲)جامعه شناسی ۳)حقوق و جرم شناسی۴)مدیریت پیشگیری قرار داشتند[۶] از افراد مذکور درخواست شد در موعد مقرر نظرات مکتوب خود را در خصوص سند (ویرایش اول) اعلام کنند. علاوه بر این فرصتی برای اعلام نظرات به صورت حضوری نیز در اختیار افراد قرار داده شد. در نهایت پس از جمع‌بندی همه نظرات، ویرایش دوم سند تدوین شد.

[۶] اسامي همکاران طرح در شناسنامه آمده است.

مرحله سوم – برگزاری کارگاه مشورتی و تدوین ویرایش سوم سند

در این مرحله ویرایش دوم سند در کارگاه مشورتی یک روزه با حضور همکاران تدوین سند مورد بحث و بررسی قرار گرفت. با اعمال نتایج حاصل از این کارگاه ویرایش سوم سند تدوین شد.

مرحله چهارم : جمع‌آوری دیدگاه صاحب‌نظران درباره نسخه سوم سند

در این مرحله از همه دستگاه‌های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد [اعضای کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد عبارتند از: وزارت آموزش و پرورش ـ وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ـ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ـ وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ـ نیروی انتظامی ـ نیروی مقاومت بسیج ـ سازمان صدا و سیما ـ سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی ـ سازمان تربیت‌بدنی ـ سازمان بهزیستی کشور ـ سازمان تبلیغات اسلامی ـ سازمان ملی جوانان ـ دانشگاه آزاد اسلامی ـ کمیته امداد امام خمینی(ره)ـ وزارت کشور (معاون امور اجتماعی) ـ نماینده ستاد کل نیروهای مسلح ج.ا.ایران ـ وزارت کار (بعنوان مدعوّ) ـ شهرداری (بعنوان مدعوّ) و اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد (دبیر کمیته)]، برخی شوراهای هماهنگی استان‌ها و افراد صاحب‌نظر مشارکت کننده در مراحل اول تا سوم دعوت شد تا دیدگاه‌های خود را درباره ویرایش سوم سند به طور مکتوب ارائه دهند. نتایج حاصل از اجرای این مرحله به تدوین ویرایش چهارم سند انجامید.

پس از تدوین ویرایش چهارم، سند مذکور مجدداً در جلسه مورخ ۱۷ فروردین ۱۳۸۹ کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد ارائه تا اعضا نظر نهایی خود را درباره آن اعلام نمایند. سپس سند مورد اشاره در جلسه مورخ ۳۰ فروردین ۱۳۸۹ شورای راهبردی ستاد با حضور مشاور محترم رئیس جمهور و دبیر کل وقت ستاد بررسی و نظرات اعضای این شورا نیز اخذ شد. در این فاصله نیز مجدداً نظرات مکتوب دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد دریافت گردید.

متعاقباً مفاد سند در جلسه ۱۲۵ ستاد مبارزه با موادمخدر (مورخ ۸۹/۴/۲) با حضور ریاست محترم جمهور و اعضا ستاد و نیز در جلسه کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد (مورخ ۸۹/۷/۲۷) و همچنین جلسه ۱۲۶ ستاد مورخ ۸۹/۱۲/۷ با حضور اعضای ستاد توسط دبیر کمیته تدوین سند مطرح و به تصویب رسید[۷].

---

[۷] بند يك مصوبه جلسه ۱۲۵ ستاد= در اجراي بند ۱۵ مصوبه يكصد و بيست و چهارمين جلسه ستاد مبارزه با موادمخدر مورخ ۱۳۸۸/۸/۳ سند جامع پيشگيري اوليه از اعتياد شامل ۱۲ بخش، ۱۳ سياست، ۵ راهبرد و ۹ برنامه ملي ارائه گرديد و مقرر شد از سوي دبيرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر اين سند به دستگاه‌هاي اجرايي ذيربط ارسال شود. دستگاه‌هاي اجرايي ذيربط مؤظفند نظرات اصلاحي و تكميلي خود را حداكثر ظرف مدت يك ماه براي دبيرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر ارسال نمايند. پس از اعمال نظرات و تصويب از سوي كميته فرهنگي و پيشگيري ستاد، سند نهايي جهت ابلاغ به دفتر رئيس‌جمهور ارسال شود.
بند ٦ مصوبه جلسه ١٢٦ ستاد = نسخه نهايي سند جامع پيشگيري اوليه از اعتياد مطرح و به تصويب رسيد و مقرر شد از سوي وزير كشور و دبيركل ستاد مبارزه با موادمخدر به دستگاه‌هاي اجرايي عضو و مرتبط ستاد براي اجرا ابلاغ گردد.

نسخه حاضر بعنوان نسخه نهایی بوده که در آن کلیه پیشنهادها و اصلاحات مورد نظر دستگاه‌ها و صاحب‌نظران پس از بررسی در کمیته تدوین سند اعمال گردیده است.

در فرایند تدوین سند بسیاری از همکاران ضمن تأیید مضمون و محتوای آن مهمترین مانع پیش روی تصویب و اجرای آن را بار مالی حاصل ازآن می‌دانستند و برخی پیشنهاد می‌کردند با تعدیل برنامه‌ها و حذف برخی از پروژه‌ها سقف منابع پیش‌بینی شده برای اجرای سند تا یک دهم برآورد فعلی کاهش یابد.

از سوی دیگر گروهی از همکاران نیز اصرار داشتند با توجه به روند فزاینده بروز و شیوع اعتیاد در کشور و ضرورت انجام اقدامات با سطح پوشش بسیار گسترده‌تر، جامع‌تر و موثرتر از گذشته، راهی جز تخصیص بودجه کافی برای اجرای سند پیش رو نمانده، زیرا در غیر این صورت شاهد ناکامی در تحقق اهداف پیش بینی شده خواهیم بود. مطالعات مکرراً نشان داده‌اند تخصیص بودجه در زمینه پیشگیری اولیه بسیار پر بازده و سودمند بوده و در مقایسه با بار مالی حاصل از اعتیاد و هزینه‌های تحمیلی برنامه‌های کاهش عرضه بسیار کمتر می‌باشد.

به علاوه با توجه به تبدیل شدن موادمخدر و اعتیاد به ابزار جنگ نرم و تهدید علیه امنیت ملی از یک سو و منابع قابل توجه کشور خصوصاً در حوزه‌های فرهنگی[۸] از سوی دیگر، در صورت پذیرش اصل اقدامات پیشگیرانه بعنوان مهمترین رویکرد در مصون‌سازی آحاد جامعه، چاره‌ای جز تخصیص بودجه در این زمینه نیست. بر این اساس در جمع‌بندی نهایی تدوین‌کنندگان سند، نظر دوم را برگزیدند و امیدوارند با اتکا به مشیت الهی و خواست و اراده مسئولان امر در چارچوب این سند گام‌های جدی به سوی تقویت و گسترش برنامه‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد برداشته شود.

حمید صرّامی
دبیر کمیته تدوین سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد
و مدیرکل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با موادمخدر

---

[۸] در این زمینه پیشنهاد گردید بخشي از ۱۵۰۰ میلیارد تومان بودجه تخصیص یافته به هزینه هاي فرهنگي سفر هاي استاني دولت محترم به اجراي این طرح در استان ها اختصاص داده شود تا تاکید ریاست محترم جمهور مبني بر اهتمام به امر پیشگیري اولیه از اعتیاد براي مصون سازي آحاد سالم جامعه محقق گردد.
بند ۷ مصوبه جلسه ۱۲۶ ستاد مبارزه با موادمخدر مورخ ۸۹/۱۲/۷- استانداران و رؤساي شوراي هماهنگي مبارزه با موادمخدر استان‌ها موظفند براي اجراي سند جامع پیشگیري اولیه از اعتیاد، اعتبار لازم را پس از تائید رئیس‌جمهور محترم و رئیس ستاد مبارزه با موادمخدر از محل اعتبارات سالیانه ردیف ارتقاء شاخص‌هاي فرهنگي مندرج در قوانین بودجه سنواتي تأمین و پرداخت نمایند.

بخش اول – مقدمه

سال ها است شاهد پیامدها و آثار نامطلوب اعتیاد به مواد در کشور هستیم. از دیدگاه بسیاری صاحب نظران، اعتیاد زمینه ساز بسیاری دیگر از مشکلات و مسایل اجتماعی بوده و می تواند نقش مهمی در کم توسعه یافتگی داشته باشد. به همین دلیل در قوانین جاری کشور اشارات مستقیم و غیر مستقیم فراوانی به ضرورت انجام اقدامات پیشگیرانه در حوزه های مختلف از جمله اعتیاد شده است. در قانون اساسی توجه به عوامل کلان در پیشگیری را در اصول سوم، هشتم، دهم، اصول مندرج در فصل سوم(حقوق ملت)، بیست ونهم، سی‌ام و سی و یکم که نظام را مکلف به تامین حداقل نیازهای اساسی کرده و یا تصویری از یک دولت رفاهی داده می توان یافت. به علاوه در بند ۵ اصل ۱۵۶ قوه قضاییه به صراحت مکلف به انجام اقدامات مناسب برای پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح مجرمین شده است.

در اسناد بین المللی پذیرفته شده از سوی ایران از جمله ماده ۳۸ کنوانسیون مواد مخدر(۱۹۶۱) و اصلاحیه آن در ماده ۱۵ (۱۹۷۲)، ماده ۲۰ کنوانسیون مواد روانگردان (۱۹۷۱)، بند ۴ ماده ۱۴ کنوانسیون (۱۹۸۸) و بالاخره بیانیه سیاسی اصول راهنمای کاهش تقاضا (پیشگیری) و سایر مصوبات بیستمین اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد(۱۹۹۸)، دولت ها ملزم به بکار گیری همه ابزارهای علمی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان و کاهش تقاضای آن شده‌اند.

در اسناد و قوانین داخلی نیز به طور مکرر ضرورت تدوین و اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد تصریح شده است. ماده ۳۳ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و آئین نامه مصوب ۷۷/۱۱/۶ ستاد مبارزه با مواد مخدر و مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی مورخ ۸۰/۳/۱۶ به پیشگیری به عنوان یکی از وظایف ستاد مبارزه با مواد مخدر اشاره کرده است. تبصره ۲ ماده ۱، بند ب ماده ۴، بند ج ماده ۶ و ماده ۸ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی(مصوب ۱۳۸۳) نیز بر بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی مهم سلامت (مثل سیاست ها و برنامه های اقتصادی و اجتماعی) برای ارتقای رفاه و سلامت فردی و اجتماعی افراد، خانوارها و اجتماعات محلی از جمله پیشگیری از بروز اعتیاد در همه شئون زندگی مردم تأکید کرده است.

با تصویب برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴) سند بالادستی دیگری که بر پیشگیری تأکید دارد بر اسناد قبلی افزوده شد. در این برنامه فارغ از اشارات متعدد به برنامه های مداخله در اعتیاد، بند ز ماده ۹۷ دولت را به تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان ها مکلف کرده که در آن به صراحت بر

پیشگیری از اعتیاد تأکید شده است. با توجه به تکلیف مندرج در برنامه چهارم توسعه، سند فرابخشی (۱۳۸۴) با ۲۵ عنوان طرح و پروژه پیشگیری و تعیین ۱۴ دستگاه فرهنگی و پیشگیری به عنوان دستگاههای مسئول اجرای طرحها تدوین و ابلاغ شده است.

تصویب و ابلاغ سیاست های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر در مهرماه ۱۳۸۵ از سوی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) گام مثبت دیگری بود که در زمینه تدوین اسناد قانونی به منظور پیشگیری از اعتیاد برداشته شد. در بندهای۴، ۹ و ۱۰ این سند ضرورت اقدامات پیشگیرانه تصریح شده است.

به رغم تلاش های مورد اشاره، اغلب صاحب نظران معتقدند در پروژه های کاهش عرضه و تقاضای مواد سهم برنامه های پیشگیری بسیار کمتر از دیگر پروژه ها بوده و لذا موفقیت چندانی در این زمینه حاصل نشده است، در حالی که تجربیات متعدد نشان می‌دهد بدون اقدامات پیشگیرانه در حوزه های فردی، خانوادگی و اجتماعی، این مشکل قابل کنترل نخواهد بود.

بر این اساس با توجه به الزامات قانونی مورد اشاره وارزیابی های موجود مبنی بر روند رو به افزایش شدت اعتیاد در کشور، در جلسه ۱۲۴ ستاد در تاریخ ۳ آبان ۱۳۸۸، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر موظف شد با بهره‌گیری از ظرفیت های علمی و اجرایی کلیه متخصصان و صاحب نظران نسبت به تهیه طرح جامع فرهنگی و پیشگیری [با مشخص کردن سهم هر یک از دستگاههای اجرایی با هدف افزایش سقف پوشش اقدامات پیشگیرانه برای حداقل ۴۰ درصد جمعیت هدف در پایان برنامه پنجم توسعه و کاهش نرخ بروز اعتیاد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال به دو دهم درصد در سال آخر برنامه پنجم توسعه،] تا پایان سال ۱۳۸۸ اقدام نماید. این سند در چارچوب سند چشم انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، بر پایه ضرورت‌های مورد اشاره و در اجرای مصوبه ستاد مبارزه با موادمخدر تدوین شده است.

بخش دوم – تعاریف

۱. **ماده**[۹]: هر چیزی است که وقتی مصرف می‌شود، بر فرایندهای روانی مثل شناخت یا حالت عاطفی اثر می‌گذارد. این اصطلاح هم ارز مادهٔ روانگردان[۱۰] یا روانگرا[۱۱] است (WHO).

۲. **اعتیاد، وابستگی، و سوءمصرف**: در سال ۱۹۵۷ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد[۱۲] ارائه داد:

اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک یا چند مادهٔ روانگردان به حدی که مصرف‌کننده یا معتاد دچار مسمومیت دوره‌ای یا مزمن ناشی از آن شود، اجبار برای مصرف ماده داشته باشد، قطع یا کاهش ارادی آن برایش بسیار دشوار باشد و عزم بارز برای کسب ماده تقریباً به هر وسیلهٔ ممکن نشان دهد (WHO).

درسال ۱۹۶۴ سازمان جهانی بهداشت با اذعان به ابهام تعریف مزبور استفاده از اصطلاح «وابستگی به ماده» را پیشنهاد می‌کند، بی آنکه تعریف واضحی از آن ارائه کند. سرانجام با پیدایش طبقه‌بندی «انجمن روانپزشکی امریکا»، با توجه به حقارت‌آمیز بودن اصطلاح اعتیاد و نیز ابهام آن، اصطلاح وابستگی به جای اعتیاد پذیرفته و برای وابستگی و سوءمصرف تعاریف زیر ارائه می‌شود (American Psychiatric Association, ۲۰۰۰):

وابستگی به مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دورهٔ دوازده ماهه دست‌کم سه تا از تظاهرات زیر دیده شود: تحمل (کاهش اثر ماده)، علائم قطع مصرف، مصرف ماده به مقادیر یا مدتی بیش از آنچه قصد شده بود، تمایل مداوم به قطع مصرف ماده یا تلاش ناموفق برای آن، صرف وقت زیاد برای تهیه ماده یا بهبود از اثرات آن، کاهش یا قطع فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی، ادامهٔ مصرف مواد علی‌رغم علم به مشکلات مداوم یا مکرر آن.

سوءمصرف مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دورهٔ دوازده ماهه دست‌کم یکی از تظاهرات زیر دیده شود: ناتوانی از انجام تعهدات شغلی، تحصیلی، یا خانوادگی، مصرف مکرر مواد در موقعیتهای دارای خطر جسمی (مثل رانندگی)، دچار شدن مکرر به مشکلات قانونی، ادامهٔ مصرف علی‌رغم تداوم و تکرار مشکلات.

---

[۹] Substance or drug

[۱۰] Psychoactive

[۱۱] Psychotropic

[۱۲] Drug addiction

با این حال اصطلاح اعتیاد در بسیاری منابع معتبر همچنان به کار رفت تا اینکه در ۲۰۰۱ «جامعهٔ طب اعتیاد امریـــکا» به اتفاق دو انجمن دیگر تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه می‌کننـــد (American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, and American Society of Addiction Medicine, ۲۰۰۱):

اعتیاد یک بیماری اولیه و مزمنِ عصبی– زیستی (نوروبیولوژیک) اسـت کـه پیـدایش و تظـاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی– اجتماعی، و محیطی قرار دارد و مشخصهٔ آن وجـود حـداقل یکـی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصـرف مـاده، مصـرف اجبارگونـه، ادامـهٔ مصـرف علـی‌رغـم زیانهای آن، و ولع برای مصرف آن.

منظور از اعتیاد در این سند، تمام «فرآینـد منجـر بـه اعتیـاد» شـامل گـرایش بـه مصـرف، مصـرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوء مصرف و وابستگی است .

۳. **پیشگیری**: پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شـامل گـرایش بـه مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوءمصـرف، و وابسـتگی اسـت[۱۳]. بـه عبـارت دیگـر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکرده‌انـد بـه کسـانی کـه گرایش به مصرف دارند، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان آزمایشی، و از تبدیل ایـن افـراد بـه مصرف‌کنندگان گاهگاهی، و از تبدیل این افـراد بـه سوءمصـرف‌کننـدگان، و از تبـدیل ایـن افـراد بـه معتادان یا افراد وابسته به مواد، جلوگیری شود. بقیه این فرایند از وابستگی به بعد، شـامل الگوهـای پرخطر(مثل تزریق)، تشدید افت کارکردهای اجتماعی و خانوادگی (بی‌خانمانی) و مرگ، موضوع ایـن طرح نیست.

در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه، و ثالثیه تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حـدی مغشـوش و گـیج‌کننـده بـود، از ایـن رو از ۱۹۹۴ تقسـیم‌بنـدی جدیـدتری مطـرح شـد کـه طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم کرد: «همگانی[۱۴]»، «انتخابی[۱۵]» و «موردی[۱۶]» (Robertson, ۲۰۰۶; NIDA, ۱۹۹۷)

---

[۱۳] صرفنظر از اینکه چه تعریفي براي اعتیاد قائل باشیم، وقتي هدف، پیشگیري از اعتیاد است، فرایند پیدایش، شکل گیري و پیشرفت اعتیاد اهمیت ویژه مي‌یابد. روشن است که هیچ کس یك شبه معتاد نمي‌شود. به نظر مي‌رسد این مراحل را مي‌توان براي اعتیاد برشمرد (از جمله، رجوع کنید به Butler): عدم مصرف، گرایش به مصرف، مصرف آزمایشي (اولین مصرف)، مصرف گاهگاهي (تکرار مصرف بدون مشکل)، سوءمصرف (ادامهٔ مصرف علي‌رغم مشکل)، وابستگي، الگوهاي پرخطر (مثل تزریق)، تشدید افت کارکردهاي اجتماعي و خانوادگي (بي‌خانماني)، و سرانجام مرگ.

[۱۴] Universal

[۱۵] Selective

پیشگیری همگانی، جمعیت عمومی– مثلاً همه مردم یک کشور یا محله یا همه دانش‌آموزان یا همهٔ نوجوانان– را بدون هیچ گونه غربالگری دربرمی‌گیرد و اطلاعات و مهارتهای لازم را به همهٔ آنها ارائه می‌کند.

پیشگیری انتخابی صرفاً در گروه‌های پرخطر مثلاً دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی یا شبکه دوستان ناباب دارند، اجرا می‌شوند. پیشگیری انتخابی کل یک زیرگروه پرخطر را هدف می‌گیرد و به درجهٔ خطر متفاوت هر یک از اعضای آن زیر گروه کاری ندارد و آن را به طور خاص و بیش از صِرف عضویت فرد در آن زیرگروه نمی‌سنجد: یکی از اعضا ممکن است صرفنظر از عضویت در آن زیرگروه از جهت سایر عوامل خطر به هیچ وجه در معرض خطر نباشد و دیگری ممکن است حتی دچار سوءمصرف مواد هم شده باشد.

پیشگیری موردی، بر آن دسته افرادی متمرکز است که گرچه هنوز ملاکهای تشخیص اعتیاد در آنها وجود ندارد، ولی اولین نشانه‌های نگران‌کنندهٔ آن مثل افت نمره‌ها و مصرف سیگار و الکل و سایر مواد دروازه‌ای و ارتکاب سایر رفتارهای مشکل‌زای مرتبط با اعتیاد در آنها رخ داده است. این مداخلات بر عوامل خطر فردی، نه محیطی، مثل اختلال سلوک و فاصله گرفتن از والدین و مدرسه و همتایان مثبت متمرکزند (Galanter & Kleber, ۱۹۹۹; NIDA, ۱۹۹۷).

۴. **عامل خطر**[۱۷]: هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارندهٔ آن را بیشتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (NCBI).

۵. **عامل محافظ**[۱۸]: هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارندهٔ آن را کمتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد(NCBI).

۶. **فرایند تاب‌آوری**[۱۹]: فرایند پویایی است که افرادِ برخوردار از تطابق رفتاری مثبت هنگام مواجهه با شرایط ناگوار، ضربه روانی (تروما)، تهدید، یا فشار روانی، از خود نشان می‌دهند. به عبارت دیگر تاب‌آوری فرایندی است که طی آن فرد علی‌رغم مواجهه با عامل خطر، نه تنها دچار عوارض آن نمی‌شود، بلکه حتی پیامدی بهتر از افراد ناموجه پیدا می‌کند[۲۰].

---

[۱۶] Indicated

[۱۷] Risk factor

[۱۸] Protective factor

[۱۹] Resiliency

[۲۰] ميان فرايندهاي تاب‌آوري و عوامل محافظ تفاوت ظريفي وجود دارد: فرايندهاي تاب‌آوري در افراد مواجه با عوامل خطر مطرح‌اند و در آنها تعريف مي‌شوند و لذا شناسايي آنها نيز مستلزم مقايسة دو دسته افراد مواجه با عامل خطر است:آنها كه معتاد شده‌اند و آنها كه سالم مانده‌اند، در حالي كه عوامل محافظ مثل عوامل خطر از مقايسة افراد معتاد و غيرمعتاد در جمعيت عمومي شناسايي مي‌شوند.

۷. **تعیین‌کنندهٔ اجتماعی سلامت**: تعیین کننده های اجتماعی سلامت[۲۱] (SDH) می‌توانند به عنوان شرایط اجتماعی جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند شناخته شوند، به نظر تارلوف " تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت عبارت است از ویژگیهای اجتماعی جایی که زندگی در آن جریان دارد". (Tarlov , ۱۹۹۶)

۸. **جماعت**[۲۲]: گروهی از اشخاص که معمولا" در یک جا سکونت داشته، برخورد و رابطه چهره به چهره و منافع مشترک و ملموس دارند (گولد، ۱۳۷۶) .

۹. **مداخلهٔ جماعت محور**[۲۳] (CBI): مداخله جماعت محور، عبارت است از مشارکت اعضای جماعت در جمع‌آوری اطلاعات مربوط به جماعت، تعیین اولویت مشکلات جماعت ، شناسایی منابع جماعت و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات جماعت. این مداخلات، با افرادی شروع می‌شود که در جماعت زندگی می‌کنند و به جماعت مسئولیت اولیه را برای تعیین کانون فعالیتها در هر سطحی، و ایجاد راهبردها برای مواجهه با این مشکلات اعطا می‌کنند (Rosenberg, ۲۰۰۲) .

۱۰. **برنامهٔ استاندارد**: برنامه‌ای است که در مرحلهٔ طراحی در جامعهٔ علمی از جهت کفایت شواهد علمیِ پشتیبان پذیرفته شده و به تصویب کار گروه های راهبردی- تخصصی ملی و استانی رسیده باشد و اجرای استاندارد آن نیز به ویژه از جهت مؤثر بودن حجم آن برای خدمت‌گیرندهٔ نهایی، با پایش و ارزشیابی مداوم تضمین شود. منظور از جامعهٔ علمی، کلیهٔ شخصیتهای حقیقی و حقوقی دارای سابقه مطالعه و تحقیق در پیشگیری از اعتیاد است.

---

[۲۱] Social Determinant of Health

[۲۲] Community

[۲۳] Community-Based Initiative

بخش سوم – تاریخچه پیشگیری

مدیریت مبارزه با اعتیاد در سال‌های آغازین پس از پیروزی انقلاب تصور روشن و مشخصی از پیشگیری خصوصاً به مفهوم علمی و امروزین آن نداشت. اگرچه تمایل طبیعی همه دست‌اندرکاران، کاهش تمایل مردم به مصرف مواد بود، اما در این زمینه برنامه مشخص وجود نداشت. رهبر فقید انقلاب به دفعات در سخنرانی‌های خود در مورد مضرات فردی و اجتماعی اعتیاد هشدار داد و مردم به ویژه جوانان را از افتادن در دام اعتیاد برحذر داشت. (محمدی، ۱۳۸۲: ۴۷) در کنار این برخوردها تلاش در جهت تحریم شرعی استعمال مواد مخدر نیز جریان داشت.

در سال ۱۳۵۹، هیئت وزیران تشکیل ستاد هماهنگی مبارزه با اعتیاد را تصویب کرد. بر اساس ماده یک این مصوبه، پیشگیری از اعتیاد بر عهدهٔ ستاد مرکزی هماهنگی مبارزه با اعتیاد قرار گرفت، اما این ستاد در طول کمتر از دو سال فعالیت خود، هیچ‌گونه اقدام عملی در این زمینه انجام نداد (رحمدل، ۱۳۷۹: ۵).

در دهه ۱۳۶۰، دست اندرکاران و مدیران مبارزه با اعتیاد تصور می‌کردند تنها آگاهی افراد از مضرات اعتیاد آنها را از مصرف باز می‌دارد، همین استنباط ساده‌انگارانه موجب شد تا نگرش های دیگر نسبت به پیشگیری از اعتیاد همچنان کمرنگ و مغفول بماند. در مقطع مورد اشاره مدیریت اعتیاد هرگز به این اصل که پیشگیری امری تخصصی و مبتنی بر اصول و موازین مشخص است توجه نداشت و تصور می‌کرد افراد بدون آموزش لازم می‌توانند روند جاری را کنترل کنند (روزنامه اطلاعات، ۱۳۶۳/۵/۹).

در سال ۱۳۶۵، به تدریج علیرغم محدودیت‌ها موجی از انتقادات نسبت به مدیریت مبارزه با اعتیاد شکل گرفت، این مسئله عمدتاً ناشی از احساس نگرانی وسیع افکار عمومی در مورد بروز و شیوع فزاینده سوءمصرف مواد و اعتیاد بود(روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۵/۱۰/۱۴).

در سال ۱۳۶۷، رئیس وقت ستاد مبارزه با موادمخدر، بر ضرورت تبلیغات در خصوص مبارزه با اعتیاد تأکید کرد و در پی آن مدیرعامل صدا و سیما، به عنوان مسئول تبلیغات ستاد مبارزه با موادمخدر تعیین شد و مقرر گردید کلیه پروژه‌ها و اقدامات تبلیغاتی رسانه‌های گروهی در زمینه موادمخدر با هماهنگی ایشان باشد (روزنامه اطلاعات، ۱۳۶۷/۱۰/۱۸).

در سال ۱۳۷۰ و چند سال پس از شروع پروژه‌ها در زمینه پیشگیری از اعتیاد، هنوز اقدامات در این زمینه بسیار پراکنده و فاقد انسجام و طرح مشخص علمی بود. اما به هر حال، بر ضرورت اقدامات پیشگیرانه به شدت تأکید می‌شد. در این سال (۱۳۷۰) در آستانه روز جهانی مبارزه با مواد مخدر، اعضای ستاد مبارزه با مواد مخدر موظف شدند تا برنامهٔ پنج سالهٔ مبارزه با مواد مخدر را تنظیم

کنند. ابلاغ این وظیفه از منظر پروژه‌های پیشگیرانه قابل توجه بود، ولی این برنامه در دوره مدیریت وقت ستاد تدوین نشد(دفتر مطالعات و پژوهشهای ستاد مبارزه با موادمخدر، ۱۳۷۰).

از اوایل سال ۱۳۷۲، مدیریت سازمان بهزیستی کشور خصوصاً در حوزه اعتیاد نسبت به ضرورت تجدیدنظرهای اساسی در رویکرد نسبت به برنامه‌های مبارزه با اعتیاد هشدار داد و خود نیز اقداماتی را از طریق اصلاح در برنامه‌های مراکز بازپروری معتادان و از آن مهمتر تدوین اولین برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد(۱۳۷۳) به عمل آورد. در طرح ملی پیشگیری، سه جنبه اصلی «زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی» در زمینه اعتیاد مورد توجه قرار داشت. چهار محور عملیاتی پیش‌نویس برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری اعتیاد، عبارت بودند از:

۱) برنامه‌های آگاه‌سازی و هشداردهنده

۲) برنامه‌های آموزشی و تربیتی به منظور توانمندسازی

۳) برنامه‌های جایگزین

۴) برنامه‌های مداخله‌گر

این برنامه محور فعالیت های بعدی پیشگیرانه قرار گرفت .

از سال ۱۳۷۴، مجموعه اقداماتی در جراید داخلی و خارجی، رادیو و تلویزیون، سینما و همین طور در سطح شهرها از طریق نصب تابلو و پوسترهای رنگی توسط ستاد انجام شد. در همین سال و به دنبال آن در سال ۱۳۷۵، صدا و سیما به پخش مجموعه ها، میزگردها و گزارش‌هایی در زمینه پیشگیری از اعتیاد، اقدام نمود. علیرغم اجرای این پروژه‌ها، برخی مطالعات حاکی از فقدان کارآمدی و اثربخشی اقدامات انجام شده بود. به عنوان مثال، در نظرسنجی از تعدادی از مددجویان مراجعه کننده به مراکز بازپروری، در رابطه با تبلیغات ستاد مبارزه با موادمخدر، تنها ۶ درصد پاسخ دهندگان قبل از اعتیاد، تبلیغات ستاد مبارزه با موادمخدر را دیده بودند(اسماعیل‌زاده، ۱۳۷۸).

در سال ۱۳۷۴، کمیسیون بررسی مسائل و مشکلات مبارزه با موادمخدر، در گزارش خود ضمن تأکید بر ضرورت گسترش برنامه های پیشگیری، بهداشت و درمان اعتیاد و پیشنهاد اجرای طرح آزمایشی برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد، استفاده از امکانات خانه‌های بهداشت در امر مبارزه با مواد مخدر و حداکثر استفاده مطلوب از امکانات فرهنگی کشور جهت آگاه‌سازی عمومی و پیشگیری از گرایش به اعتیاد را مطرح کرد. همچنین، در جلسه پنجاه و یکم ستاد مبارزه با مواد مخدر (مورخ ۷۴/۹/۲)، مصوب شد وزارتخانه‌های آموزش و پرورش،

بهداشت،درمان و آموزش پزشکی و سازمان صدا و سیما، طرح‌های خود را در زمینه پیشگیری ارائه نمایند و طرح جامع تبلیغات و پیش‌نویس طرح پیشگیری نیز تدوین گردد (مدنی قهفرخی،۱۳۸۴).

تحول در بنیان‌های نظری و روش‌های عملی مدیریت اعتیاد موجب شد از اواسط دهه ۱۳۷۰ اقدامات در زمینهٔ مبارزه با مواد مخدر به سمت تأکید بیشتر بر رویکرد کاهش تقاضا میل کند. این تغییر جهت ناگهانی نبود، بلکه حدود یک سال و نیم طول کشید تا شکل قابل توجه و مشخصی پیدا کند. در این مدت دانشگاهیان، نویسندگان، مطبوعات و دیگر صاحبنظران نقش مهمی در تغییر فضای اندیشه مسئولان داشتند. ناکامی‌های مبارزات و طرح‌های گذشته و آمادگی ذهنی مسئولان و مدیران اعتیاد نیز زمینه پذیرش رویکردها و تحولات جدید را فراهم کرد. به علاوه از اواسط دهه ۱۳۷۰ و با شروع فعالیت دبیرکل جدید ستاد مبارزه با مواد مخدر زمینه‌های مناسبی برای گسترش پروژه‌های پیشگیرانه فراهم شد و تدریجاً نگرش مدیریت کلان کشور را تحت تأثیر قرار داد. از جمله بودجه اختصاص داده شده به برنامه های پیشگیری به میزان قابل توجهی افزایش یافت و در سال ۱۳۷۶ به مبلغ ۱۴ میلیارد ریال رسید، که ۳۰۰ درصد بیش از سال گذشته بود (روزنامه اطلاعات، ۱۳۷۶/۴/۱۴). در این دوره در مقایسه با پیش از آن، رویکرد کاهش تقاضا، بخصوص برنامه های پیشگیری، بطور جدی‌تری در دستور کار مدیریت مبارزه با اعتیاد قرار گرفت وانتظار می‌رفت برنامه‌های پیشگیری با قدرت بیشتری مورد توجه قرار گیرند. اما، در عمل اجرای بسیاری از برنامه ها همچنان با مشکل مواجه بود. در واقع، علیرغم تمایل جدی مدیریت مبارزه با اعتیاد به اجرای برنامه‌های پیشگیری، باز هم شواهدی دال بر کم توجهی به پیشگیری ملاحظه میشد. مثلاً برخی مصوبات منجر به کاهش بودجه پیشگیری به سود دیگر برنامه ها شد. از جمله در جلسه هشتاد و هشتم ستاد (۱۳۷۸/۱۲/۳) مقرر شد مبلغ یک میلیارد ریال از محل بودجه سال ۱۳۷۸ کاهش تقاضا، به استانداری تهران اختصاص یابد تا بدهی‌های آن بابت اجرای طرح‌های قبلی پرداخت شود، یا در جلسه هشتاد و نهم ستاد (۱۳۷۸/۱۲/۱۰) مقرر گردید از سر فصل اعتبارات پیشگیری سازمان زندان‌ها مبلغ ۳۵۰ میلیون تومان به ردیف اعتبارات عمرانی آن سازمان منتقل گردد. نتیجه آنکه در بررسی و آسیب‌شناسی امر مبارزه فرهنگی و پیشگیری با پدیده سوءمصرف مواد طی ۱۷ سال (۶۷ تا ۸۴) مشخص شد که کمتر از ۱۰ درصد مصوبات ستاد به مباحث کاهش تقاضا با رویکرد پیشگیری اولیه اختصاص داشته، و در سه برنامه توسعه ملی به موضوع پیشگیری کاملاً بی‌توجهی شده است (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

به موازات اقدامات مورد اشاره اصلاح قوانین نیز مورد توجه قرار گرفت. در سال ۱۳۷۵ و با هشدار دبیرکل وقت ستاد و ابراز نارضایتی رئیس وقت سازمان بهزیستی کشور از حجم پایین بودن فعالیتهای پیشگیری، در اصلاحیه قانون مبارزه با موادمخدر، که به عنوان لایحه جدیدی تسلیم

مجمع تشخیص مصلحت نظام شده بود، به پیشگیری و آگاه‌سازی جامعه از خطرات اعتیاد توجه شده بود (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). سرانجام در شهریور ۱۳۷۷، اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر که در سال ۱۳۷۶ در مجمع تشخیص مصلحت به تصویب رسیده بود، برای اجرا به دولت ابلاغ گردید. اما قانون مذکور به رغم اصلاحات به عمل آمده، هیچ تناسبی با انتظارات و تمایل مدیریت وقت مبارزه با اعتیاد و کارشناسان و دانشگاهیان نداشت (مکتب‌داری، ۱۳۷۸). این قانون، به جز در دو ماده در زمینه کاهش تقاضا سکوت کرده بود و هیچ اشاره‌ای به مسیرهای قانونی و تعریف شده کاهش تقاضا نداشت و بیشترین حجم آن به کاهش عرضه و تشریح مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر اختصاص یافته بود.

البته، قانون جدید مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶، در مقایسه با قانون سال ۱۳۶۷، در زمینه پیشگیری از مزیت‌های نسبی برخوردار بود. از جمله در ماده ۳۳ «پیشگیری از اعتیاد» و «مبارزه با قاچاق مواد مخدر» را بعنوان دو وظیفه اصلی ستاد مبارزه با مواد مخدر ذکر کرده بود. همچنین، در اصلاح این ماده، تعداد اعضای ستاد به ۱۲ نفر افزایش یافت[۲۴]، که در نتیجه نسبت مدیرانی که در پروژه های کاهش تقاضا نقش داشتند، افزایش یافت. تبصره ۲ این ماده نیز دولت را مکلف ساخته بود که هر سال بودجه‌ای به پیشگیری اختصاص دهد. (مهریار، ۱۳۷۷) در اجرای مواد ۳۳ و ۳۴ قانون جدید، در جلسه ۶۳ ستاد مبارزه با موادمخدر، «آئین‌نامه پیشگیری از اعتیاد، درمان معتادان به موادمخدر، و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد»بررسی و در تاریخ ۱۳۷۷/۱۱/۶به تصویب رسید.

به رغم کاستی های مورد اشاره، تحت شرایط جدید در سال ۱۳۷۵، شاهد اقداماتی در زمینه پیشگیری در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و وزارت آموزش و پرورش بوده که به تفکیک مورد بحث قرا ر می گیرد.

۱-۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تا سال ۱۳۷۴، وزارت بهداشت و درمان، علیرغم فشارها و اصرارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر برای آغاز پروژه در زمینه پیشگیری و درمان معتادان، همچنان با تکیه بر قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت از هرگونه اقدامی خودداری می‌کرد. در سال ۱۳۷۴، کمیسیون «پیشگیری و درمان» توسط ستاد مبارزه با موادمخدر تشکیل گردید و از آنجا که موضوع پیشگیری و درمان جزء شرح وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود، کمیسیون جدیدالتاسیس نیاز به همکاری آن وزارتخانه و سازمان‌های زیر مجموعه اش (بویژه سازمان

[۲۴] اعضای ستاد عبارت اند از: رئیس‌جمهور، دادستان کل کشور، وزیر کشور، وزیر اطلاعات، وزیر بهداشت و درمان، وزیر آموزش و پرورش، رئیس سازمان صدا و سیما، فرمانده نیروي انتظامي، سرپرست دادگاه انقلاب اسلامي تهران، سرپرست سازمان زندان‌ها، فرمانده نیروي مقاومت بسیج، و وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامي

بهزیستی) داشت. اما در وزارت بهداشت، رویکرد مثبتی نسبت به مداخله در امر اعتیاد وجود نداشت. به عنوان مثال در حالی که بر اساس «برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مـواد» اصرار بر این بود که برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در برنامه‌های شبکه بهداشـتی – درمـانی کشور ادغام شود، اما وزارت بهداشت با این اقدام مخالف بود و در برابر آن مقاومت می کرد (مدنی قهفرخی،۱۳۸۳).

سرانجام در سال ۱۳۷۷، به دنبال فشار افکار عمومی برای تحرک جدی تر وزارت بهداشت و درمان، با تصویب شورای معاونین وزارت مذکور، «شورای همـاهنگی پیشـگیری و درمـان اعتیـاد» در ایـن وزارتخانه تشکیل شد. در سال ۱۳۷۹، اولین برنامه پنج سـاله (۸۳-۱۳۷۹) کـاهش تقاضـای مصـرف مواد در شورای مورد اشاره تدوین شد. اهداف چهارگانه این برنامه پنج سـاله در زمینـه پیشـگیری بدین شرح بودند:

۱) کاهش مقبولیت اجتماعی مصرف مواد از طریق آموزش به جامعه؛

۲) اعتلای سطح فرهنگ و تمهید دستیابی آحاد جامعه به مهارت‌های محافظت کننده؛

۳) اقدامات مداخله‌ای، مشاوره‌ای و حمایتی زودرس برای افراد در معرض خطر؛

۴) جلوگیری از مصرف غیرقانونی مواد و داروها.

اگر چه این برنامه از برخی کاستی ها مثل بی توجهی به سوء مصـرف و وابسـتگی بـه الکـل و نیـز همکاری با دستگاه های مرتبط با دخانیات در کشـور برخـوردار بـود امـا در عـین حـال حتـی همـه اقدامات پیش‌بینی شده در آن نیز در دستور کار وزارت بهداشت قرار نگرفت؛ به عنوان مثال در حالی که معاونت بهداشتی وزارتخانه موظف به ادغـام برنامـه‌هـای پیشـگیری و درمـان اعتیـاد در نظـام بهداشتی و درمانی کشور شد و بسته آموزشی و وظائف سطوح مختلف شبکه مراقبتهـای بهداشـتی اولیه نیز توسط سازمان بهزیستی تدوین گردید، ولی این پروژه هرگز در سطح ملی به اجرا در نیامد و تنها از سال ۱۳۸۳ اجرای برنامه به صورت پایلوت در چنـد اسـتان آغـاز شـد کـه در آن اقـدامات پیشگیرانه کمرنگ تر از شناسایی معتادان و درمان آنان بود. بـا تغییـر مـدل ارائـه خـدمات از سـال ۱۳۸۵ در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه و مبتنی شدن آن بر پزشک خـانواده، خـدمات پیشـگیری و درمان اعتیاد در بسته خدمتی مذکور ادغام شد. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشـکی در چنـد سال اخیر، طراحی دوره های تکمیلـی تخصصـی[۲۵] بـه منظـور کـاهش تقاضـا (از جملـه دوره عـالی بهداشت عمومی (MPH)را در دستور کار خود قرار داده و در این برنامه ها توجه نسبتاً بیشتری را معطوف به پیشگیری کرده است.

[۲۵] Master in public health

۲-۳- سازمان بهزیستی کشور

در سال ۱۳۷۴با هدف ساماندهی مسائل مرتبط با اعتیاد و مراکز بازپروری، مدیریت وقت سازمان بهزیستی کشور امور و وظایف مرتبط با اعتیاد و مراکز بازپروری معتادان را برای مدت یک سال بطور آزمایشی به معاونت امور فرهنگی و پیشگیری این سازمان محول کرد. به این ترتیب، کلیه وظایف مرتبط با اعتیاد و سوءمصرف مواد در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور متمرکز شد.

در این دوره در حوزه پیشگیری از اعتیاد ، اقداماتی به شرح زیر انجام شد :

۱) تدوین و اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد؛

۲) تدوین و اجرای برنامه آگاهسازی جامعه؛

۳) تدوین جزوات آموزشی؛

۴) تهیه فیلم‌های کوتاه آموزشی؛

۵) تدوین و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی؛

۶) اجرای طرح‌های پژوهشی.

تحت تاثیر شرایط جدید و پس از بی نتیجه ماندن برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری اعتیاد ، در سال ۱۳۷۵ نخستین برنامه جامع کشور در زمینه پیشگیری از اعتیاد توسط سازمان بهزیستی کشور تدوین و به مورد اجرا گذارده شد. این برنامه با توجه به ضرورت اجرای اقدامات پیشگیرانه برای گروه‌های مختلف هدف و در جهت کاهش تقاضای مصرف مواد، با بهره‌گیری از روش‌های تجربه شده و موفق سازمان بهداشت جهانی در برنامه‌ریزی و مشارکت منطقه‌ای، و بر پایهٔ رعایت ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی مناطق مختلف کشور و با مشارکت عملی گروه‌های ذی نفع ابتدا در استان کرمانشاه و سپس در دیگر استان‌ها، به اجرا در آمد. پس از ارزیابی اجرای آزمایشی برنامه جامع در استان کرمانشاه در سال ۱۳۷۶ بود که طرح آگاه‌سازی به عنوان مرحله اول این برنامه تهیه و در سال ۱۳۷۷ اجرا شد. البته، در سال ۱۳۷۹ نیز این امکان فراهم آمد تا برنامهٔ جامع پیشگیری از اعتیاد از دو منظر فرآیند و برآمد[۲۶] و از دو جنبهٔ کمی و کیفی مورد ارزیابی قرار گیرد. این برنامه سپس در ۱۵ استان دیگر کشور اجرا شد.

[۲۶] Process & Outcome

در سال ۱۳۷۷ و با افزایش برنامه های پیشگیری و درمان اعتیاد در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، دفتری تحت عنوان اداره کل پیشگیری از اعتیاد در این معاونت تشکیل شد تا امکان رشد و ارتقای سریعتر برنامه ها را فراهم نماید.

از نوآوری های سازمان بهزیستی در زمینه پیشگیری میتوان به طراحی و اجرای برنامه های اجتماع محور از سال ۱۳۸۱ اشاره کرد. در این برنامه ها سه حوزه اصلی محله های شهری و روستایی، مراکز آموزشی و محیط های کار به عنوان اجتماعات کوچک طبقه بندی و با دیدگاه ارتقای سلامت و کنترل عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ، از طریق مشارکت ذینفعان در تمامی مراحل برنامه به اجرا درآمدند. علاوه بر این، سازمان بهزیستی کشور طی سال های اخیر به منظور تربیت نیروی انسانی در زمینه پیشگیری دوره های تسهیل‌گری را در دانشگاه جامع علمی– کاربردی طراحی کرده که پذیرش اولیه آن اخذ شده است. از دیگر ابتکارات این سازمان می توان به صدور دستور العمل اعطای مجوز به مراکز خصوصی و غیردولتی برای پیشگیری از اعتیاد اشاره کرد که، امکان قانونی مشارکت بخش غیر دولتی را در این امر فراهم کرده است.

۳-۳- وزارت آموزش و پرورش

اگرچه، به دلایل متعدد از جمله ضرورت آغاز برنامه‌های پیشگیری از دوران نوجوانی و همچنین رسیدن گزارش‌هایی مبنی بر وجود مواردی از سوءمصرف مواد در بین دانش‌آموزان از اواسط دهه ۱۳۷۰، ستاد مبارزه با موادمخدر و سایر دستگاه‌های مرتبط اصرار داشتند اقدامات و برنامه‌هایی را در حوزه آموزش و پرورش اجرا کنند، اما از ابتدا مدیریت وزارت آموزش و پرورش تمایلی به شروع این پروژه‌ها نشان نمی‌داد و در برابر هر پیشنهاد در این زمینه مقاومت می‌کرد.

این کشمکش تا حدود سال ۱۳۷۷ ادامه داشت، تا اینکه در این سال به تدریج مطالعات بیشتری درخصوص وضعیت اعتیاد در مدارس انجام شد که نشان می‌داد برخلاف تصور مدیریت آموزش و پرورش شیوع اعتیاد در مدارس رو به افزایش است. در سال ۱۳۷۶، پژوهش ملی درباره وضعیت اعتیاد در کشور، از دیدگاه دانش‌آموزان ۷ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان انجام شد. هدف اساسی این تحقیق بررسی کیفیت و کمیت وضعیت اعتیاد در کشور و عوامل مؤثر در بروز اعتیاد از دیدگاه دانش‌آموزان بود تا بر مبنای داده‌های پژوهش شناخت بیشتری درباره وضعیت اعتیاد در مدارس حاصل گردد. از دیگر پژوهش‌هایی که به منظور شناخت وضعیت اعتیاد در مدارس انجام شد، «مطالعه زمینه‌یابی و سنجش دانش و نگرش دانش‌آموزان، معلمان و مدیران و عوامل اجرایی مدارس کشور نسبت به موادمخدر» بود (موسوی، ۱۳۷۸). نتایج بدست آمده از این پژوهش ها و دیگر موارد مشابه نشان داد آموزش پیشگیری از

سوءمصرف مواد باید یکی از وظایف اصلی نظام آموزش و پرورش کشور محسوب شود. بر این اساس، در وهله نخست باید به آموزش معلمین و مشاورین مربوطه همت گماشت و سپس دانش‌آموزان را با استفاده از شیوه‌ها و راهبردهای مناسب تحت آموزش قرار داد. این پژوهش‌ها و تحقیقات مشابه دیگر نشان داد تعداد دانش‌آموزان متمایل به سوءمصرف مواد و سیگار رو به افزایش است. بر این اساس و در پی ارائه گزارش‌های مکرر مبنی بر شیوع اعتیاد در مدارس، سرانجام مدیریت وزارت آموزش و پرورش متقاعد شد تا طرح‌هایی در این وزارتخانه در زمینه پیشگیری از سوءمصرف مواد به اجرا در آید.

از دیگر موضوعاتی که به شدت از سوی دبیرکل وقت ستاد مبارزه با موادمخدر و سازمان بهزیستی پیگیری می شد، ضرورت گنجاندن محتوای مناسب در زمینه پیشگیری از اعتیاد و سوءمصرف مواد در کتاب‌های درسی بود. (اقدامی که تاکنون محقق نشده است).

در سال ۱۳۷۷، با هدف پیشگیری از گسترش اعتیاد در مدارس، دفتر پیشگیری از سوءمصرف مواد در وزارت آموزش و پرورش تشکیل شد. گرچه، بعضی از مدیران اصرار داشتند شروع مباحث مرتبط با اعتیاددر آموزش و پرورش نه نشانه گسترش اعتیاد، بلکه اقدامی برای پیشگیری از خطرات احتمالی است، ولی آمارها حاکی از گسترش اعتیاد در بین دانش‌آموزان بود. لذا در سال ۱۳۷۷، مقدمات تدوین برنامه ملی آموزش و پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در وزارت آموزش و پرورش فراهم شد. در طرح مبارزه با اعتیاد در مدارس، کارگاه‌های آموزشی ویژه‌ای برای مربیان، مدیران و مسئولان سطوح مختلف آموزش و پرورش پیش‌بینی شده بود. برای اولیاء دانش‌آموزان نیز آموزش‌های خاصی در نظر گرفته شده بود و مشاوران مدارس نیز در گردهمایی‌های ویژه تحت آموزش قرار می‌گرفتند(مدنی قهفرخی،۱۳۸۳).

سرانجام، به دنبال تدوین برنامه ملی آموزش و پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در سال ۱۳۷۸ و تصمیم به اجرای آن در دوره زمانی ۸۳-۱۳۷۹ وزارت آموزش و پرورش نیز به تدوین برنامه ملی ۵ ساله آموزش و پیشگیری از اعتیاد پرداخت، که هدف از آن مداخله پیشگیرانه در جهت کاهش میزان شیوع و بروز سوءمصرف مواد و وابستگی به آنها در میان دانش‌آموزان عنوان شد. اقدامات واحد آموزش و پیشگیری از سوءمصرف مواد در وزارت آموزش و پرورش، متکی بر بخش‌های آموزشی (حضوری و غیرحضوری)، پژوهشی، خدماتی، و مهارت‌های زندگی بود.

قابل ذکر است در تاریخ ۸۸/۱۲/۱۰ بر اساس توافقنامه منعقده بین ستاد و وزارت آموزش و پرورش که برای دوره پنج ساله ۱۳۹۳-۱۳۸۹ مبادله گردید اقدامات مناسبی جهت رفع مشکلات و دست یابی به وضعیت مطلوب پیشگیری در مدارس پیش بینی شد.

بخش چهارم – وضعیت موجود

۱-۴- توصیف وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در ایران

کشور ایران سابقه چند صد ساله تولید و مصرف مواد افیونی را دارد که موجب شده است به لحاظ تاریخی و فرهنگی، استعداد گسترش این پدیده در کشور وجود داشته باشد. علاوه بر آن، در دهه‌های اخیر تغییرات شتابان اقتصادی اجتماعی، عوامل آسیب پذیری متعددی را به همراه داشته است. پیدایش اقتصاد متکی به نفت، عوارض به جا مانده از هشت سال دفاع مقدس، رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش تکنولوژی ارتباطات جهانی و افزایش سطح انتظارات نسل جوان، سیر توسعهٔ صنعتی و مشکلات ناشی از آن شامل مهاجرت، افزایش قابل توجه جمعیت شهری به ویژه حاشیه نشینی و بیکاری از جمله عوامل آسیب پذیری به مشکلات اجتماعی مانند اعتیاد هستند. بعلاوه، علیرغم ریشه‌کن‌شدن کشت خشخاش در داخل کشور بعد از انقلاب اسلامی، دسترسی به تریاک و هروئین به دلیل افزایش چشمگیر کشت این مواد در همسایگان شرقی کشورمان کاهش نیافته است و تولید مواد محرک و دسترسی به آنها نیز افزایش یافته است. از سویی دیگر، با توجه به نقش انسجام خانواده در تربیت فرزندان و بنیانهای مذهبی و اخلاقی، الگوی مصرف مواد و اعتیاد در ایران شرایط خاصی دارد که آن را از سایر کشورها متفاوت نموده است.

۱-۱-۴- وضعیت عرضهٔ مواد در ایران

افغانستان همسایهٔ شرقی ایران، بزرگترین تولیدکنندهٔ تریاک غیرمجاز در جهان می‌باشد و در سال ۲۰۰۷(م) به تنهایی ۸۸۷۰ تن تریاک یعنی ۹۲٪ تریاک دنیا را تولید کرده است. هم چنین، افغانستان پس از مراکش، بزرگترین تولیدکننده حشیش (رزین‌کانابیس) جهان بوده و مساحت زیر کشت حشیش در این کشور بیش از یک سوم مساحت زیر کشت خشخاش آن است. پاکستان نیز در رتبه چهارم جهان از این حیث قرار دارد(UNODC, ۲۰۰۸).

در جهان، کشفیات مواد، دستگیری های مرتبط با مواد، به عنوان شاخص‌های مهم وضعیت عرضه مواد شناخته می شوند. در کشورما روند کشفیات مواد در دهۀ گذشته با تغییرات چشمگیری رو به رو بوده است. پس از دوره‌ای از کاهش کشفیات تریاک و هروئین که ناشی از کاهش تولید در افغانستان بوده است، از سال ۱۳۸۲ روند افزایندهٔ قابل توجهی داشته است. بر اساس داده های ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۸)، کشفیات حشیش که سالها با رشد شدیدی روبه رو بوده است، از سال ۱۳۸۲ به سطح ثابت رسیده است. تعداد دستگیری های مرتبط با جرائم مواد مخدر تا سال ۱۳۸۳

رشد چشمگیری داشته، پس از آن پس از سه سال ثبات نسبی، از سال ۱۳۸۶ روند نزولی داشته است. روند افزاینده قیمت مواد از سال۱۳۸۰ شتاب بیشتری گرفت تا سال ۱۳۸۱ که از شتاب آن کاسته شده و از سال ۱۳۸۳ ثبات یافته است.

علاوه بر این، طی سالهای گذشته با پیدایش مواد دیگری مانند هروئین فشرده(کراک افغانی)، اکستازی و نورجیزک[۲۷] رو به رو بودیم که عرضه آنها به طور ناگهانی شروع و افزایش یافته ولی خوشبختانه پس از مدتی کاهش یافت. در هر صورت، مجموعهٔ شواهد دال بر افزایش عرضه مواد و پیدایش تنوع بیشتری از انواع مواد در کشور است.

۲-۱-۴- شیوع، بروز و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد در ایران

تخمین شیوع مصرف مواد و اعتیاد با دشواری ها و محدودیتهای زیادی توأم است. با وجود این در مقاطع زمانی گوناگون تلاش شده است، با استفاده از شواهد در دسترس و یا انجام پژوهشهای با تورشهای کمتر، تخمینی از تعداد معتادان کشور ارائه شود.

برآوردهای ارائه شده در مورد شیوع مصرف مواد واعتیاد از قبل از انقلاب بسیار متنوع می باشد، لیکن در هر صورت در سال ۱۳۵۴ حدود ۱۷۰ هزار معتاد ثبت نام کرده در کشور وجود داشت. تعداد معتادان غیر رسمی که مجاز به استفاده از سهمیه تریاک دولتی نبوده و نیاز خود را از بازار آزاد یا قاچاق تامین می کردند بین دویست تا پانصد هزار نفر تخمین زده میشد (به نقل از مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). در حال حاضر تخمین تعداد افراد وابسته به مواد بر اساس نتایج حاصل از آخرین مطالعه ۱/۲ میلیون نفر تخمین زده می شود. (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶) البته با توجه به کاستی های مطالعه مذکور باید با احتیاط نتایج آن مورد نظر قرار داده شود.

علاوه براین، مطالعات گوناگونی که در سالهای گذشته با بررسی نظرات مردم و افراد کلیدی در شهرها، محله ها و محیطهای کار گوناگون انجام شده است، نشان از نقطه نظرات آنها مبنی بر جدی بودن مشکل اعتیاد در محیط و نگرانی عمیق آنان بوده است. (از جمله رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷)

در محاسبه بار بیماری‌های کشور برای سال ۱۳۸۲ که شاخصهای مرتبط با شیوع و شدت بیماری‌ها را در بر می گیرد، در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد و به

[۲۷] Norgesic

طور کلی ۶/۷ درصد از بار(DALY[۲۸]) بیماری ها را در مردان تشکیل می دهد. مقدار بار اعتیاد در زنان، یک دهم مردان گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶).

مطالعات مروری بر وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان و دانشجویان، تخمینی را از شیوع مصرف مواد در این گروهها ارائه داده اند. در دانش آموزان، شایعترین مواد مورد مصرف، الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانش آموزان معتاد را شش تا ده هزار نفر تخمین زده است (رحیمی موقر و ایزدیان، ۱۳۸۴). مطالعه مروری دیگری در جمعیت دانشجویی نیز شایعترین مواد مورد مصرف را الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش کرده است. این مطالعه مروری تعداد دانشجویانی را که به یکی از مواد غیرقانونی وابسته هستند، بیش از ۵۰ هزار نفر و تعداد کسانی را که در طول یک ماه حداقل یک بار مواد اپیوئیدی مصرف کرده‌اند، را ۱۵۰ هزار نفر در کشور تخمین زده است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۵). در دو مطالعه جدیدتر در تهران شیوع مصرف مواد در دانشجویان کمتر گزارش شده است(طارمیان و همکاران، ۱۳۸۶؛ رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۸). مطالعه رحیمی موقر و همکاران (۱۳۸۸) در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، میزان مصرف یک ماه گذشته هر گونه ماده اعتیادآور غیرقانونی به غیر از الکل را در پسران ۱/۹ درصد و در دختران ۰/۳ درصد گزارش کرده است.

در مورد الگوی مصرف مواد توسط معتادان، مطالعه ارزیابی سریع مواد (RSA) سال ۱۳۸۶ آخرین اطلاعات کشوری را ارائه می کند. بر این اساس، شایعترین ماده مصرفی را تریاک (مصرف در یک ماه گذشته ۴۴ درصد) تشکیل می دهد. پس از آن، کراک افغانی= هروئین فشرده(۲۸ درصد) و هروئین (۲۰/۳ درصد) قرار دارند. در مقایسه این الگو با مطالعات RSA سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ می توان دریافت که نسبت مصرف تریاک به شدت کاهش یافته است (مصرف یک ماه گذشته به ترتیب ۷۳/۴ درصد و ۶۸/۵ درصد). مصرف هروئین نیز با کاهش نسبی روبه رو بوده است (۴۰ و ۲۴/۶ درصد). در حالیکه هیچ موردی از مصرف کراک افغانی در دو مطالعه قبلی یافت نشده بود، در طی فاصله کوتاهی شیوع ۲۸ درصدی کراک افغانی گزارش شد. علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶ با بروز مصرف شیشه (مصرف ماه گذشته ۵/۲ درصد) و نورجیزک (۴/۷ درصد) رو به رو بوده ایم که در سالهای گذشته گزارش نشده بود(نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

بر اساس مطالعه ارزیابی سریع مواد (RSA) سال ۱۳۸۶، روش مصرف مواد به طور غالب تدخینی و پس از آن خوراکی است. لیکن مصرف تزریقی نیز ۱۸/۷ درصد موارد را تشکیل می دهد که این رقم

[۲۸] Disability Adjusted life years

نسبت به سالهای قبل روند افزایشی قابل ملاحظه ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته نیز در سال ۱۳۸۶ برابر با ۲۲/۶ درصد گزارش شده است. (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

با درنظر گرفتن رقم خوش بینانه ۱/۲ میلیون نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور و شیوع ۲۲/۶ درصدی سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف کنندگان تزریقی را می توان حداقل ۲۷۱،۰۰۰ نفر برآورد کرد.

بررسی میانگین سنی معتادان در سه مطالعه ارزیابی سریع مواد (RSA) حاکی از میانگین سنی حدود ۳۳ سال و ثبات سنی (از ۳۲/۴ تا ۳۳/۶) و ثبات انحراف معیار (حدود ۱۰ سال) می باشد. تنها ۳/۲ درصد از معتادان کمتر از ۲۰ سال سن داشتند. اطلاعات موجود از ۱۰ سال گذشته، حاکی از آن است که نسبت زنان به کل جمعیت معتادان از ۲ درصد تا ۶/۹ درصد در مطالعات و گزارشهای گوناگون متفاوت بوده است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۴). حدود نیمی از معتادان، متأهل و دارای فرزند می باشند. حدود دو سوم دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان هستند. بخش عمده ای از معتادان (۸۷/۷ درصد) با خانواده خود زندگی می کنند. کمتر از ۱۰ درصد بی خانمان بوده یا تنها زندگی می کنند و درآمدی ندارند (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶). حدود ۲۰ درصد بیکار و نیمی دارای مشاغل کارگری یا رانندگی هستند، نیمی وضعیت اجتماعی اقتصادی خود را متوسط می دانند (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴). دو سوم از معتادان، کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می‌کنند. نزدیک به ۴۰ درصد به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند. حدود یک چهارم از طرق غیرقانونی کسب درآمد می کنند که عمدتاً مرتبط با مواد می باشد. حدود ۴۰ درصد سابقه دستگیری داشته که در اغلب موارد بیش از یک بار می باشد و بیشتر مربوط به جرائم مرتبط با مواد است. این الگوها در ده سال گذشته کم و بیش ثابت بوده است (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶).

مطالعهٔ نوری و همکاران (۱۳۸۶) نیز حاکی از آن است که الگوی مصرف از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴ تشدید شده (افزایش نسبتهای دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و نیز روند تشدید بی‌هنجاری (آنومی) در کشور (افزایش طلاق، جرم، شهری شدن، و جهانی شدن) رابطهٔ پرقدرتی داشته است.

۳-۱-۴- تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد در ایران

ارتباط میان عوامل اجتماعی و سلامت در دو دهه اخیر به نحو فزاینده‌ای مورد توجه دست‌اندرکاران سلامت در جهان قرار گرفته و مطالعات فراوانی در سطح جهانی حکایت از نقش موثر این عوامل بر ارتقا سلامت افراد دارد. امروزه شواهد حاصل از مطالعات نشان می دهند که هرچه فرد در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری قرار داشته باشد، وضعیت سلامت نامطلوب تری خواهد داشت. در واقع یک شیب اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و بطور کلی هر طبقه از طبقه پایین تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (معاونت سلامت وزارت بهداشت، ۱۳۸۷). در همه جای دنیا تفاوت هایی در میزان های ابتلا به بیماری در گروه های محروم در مقایسه با سایر گروه ها نیز به چشم می خورد. گروه‌های محروم علاوه بر اینکه بیشتر به بیماری مبتلا می شوند، بیماری های مزمن و میزان معلولیت در سنین پایین‌تر نیز در آنها بیشتر است. به عنوان مثال در فنلاند ۴۲٪ مردمی که از بیماری های مزمن رنج می برند در گروههای درآمدی پایین‌تر قرار دارند، در حالیکه ۱۸٪ گروه‌های با درآمد بالاتر با این قبیل بیماری‌ها دست به گریبانند. مثال‌هایی از وجود اختلافات روانشناختی ، بیماری‌های قلبی عروقی، میزان دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است(معاونت سلامت وزارت بهداشت، ۱۳۸۷).

در ایران نیز بر اساس شواهد حاصل از مطالعات، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد با وضعیت عوامل اجتماعی مرتبط است(سجادی و دیگران، ۱۳۸۸). وضعیت درآمد و فقر، برخورداری از سواد و آموزش، نقش های مرتبط با جنسیت، شرایط محل زندگی، دسترسی به اشتغال و شرایط شغلی، برخورداری از حمایت اجتماعی و چگونگی رشد و تکامل دوران کودکی از جمله عوامل اجتماعی موثر بر سلامتند.

سوء مصرف مواد و اعتیاد امروزه به عنوان یک مشکل عمده سلامتی شناخته شده است و شواهد مبتنی بر مطالعات نشان دهنده تاثیر عوامل اجتماعی بر بروز اعتیاد در جوامع می‌باشد. عوامل اجتماعی و اقتصادی، رفتارهای پرخطر و وضعیت سلامت مصرف کنندگان مواد را نیز شکل می‌دهند. این عوامل با تاثیر بر رفتارهای فردی مصرف‌کنندگان به صورت غیرمستقیم و با تاثیرگذاری بر فراهم بودن منابع، دسترسی به نظام‌های رفاه اجتماعی، در حاشیه قرار گرفتن و پذیرش درمان به شکل مستقیم بر سلامت افراد تاثیر گذارند (Galia and Velahof, ۲۰۰۲).

مرور برخی از مطالعات ایرانی نیز ارتباط میان تعیین کننده های اجتماعی سلامت مانند وضعیت اقتصادی، اشتغال و آموزش و شرایط محیط زندگی را با اعتیاد در مناطق مختلف کشور را نشان میدهد.

مطالعه نصیری(۱۳۸۲) در فاصله سالهای ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ رابطه پراکندگی گروه های شغلی و اعتیاد در محله های شهر بابل و مقایسه دو نقشه پراکندگی درصد اعتیاد و نقشه پراکندگی مشاغل عالی در این شهر را نشان می‌دهد. این مطالعه نشان داد که میزان اعتیاد در سطح محله ها یکسان پراکنده نشده و ساختار شغلی نقش اساسی در کاهش یا افزایش اعتیاد دارد. به طوری که با افزایش مشاغل علمی- تخصصی در سطح محله ها از درصد معتادان کاسته می‌شود و با افزایش مشاغل ابتدایی در محله های جنوبی و پیرامونی شهر به درصد معتادان افزوده می گردد. همچنین نشان داده شد که با تراکم جغرافیایی و فقر مسکن، میزان اعتیاد در جنوب و حاشیه شهر بابل افزایش می یابد(نصیری، ۱۳۸۵).

نتایج به دست آمده از مطالعه ستاری و همکاران(۱۳۸۲) در کلیه روستاها و شهرهای استان اردبیل نشان می دهد که میزان گرایش به اعتیاد در روستاهای استان بیش از مناطق شهری است. در میان گروههای مختلف شغلی نیز افراد بیکار دارای بالاترین گرایش به اعتیاد بودند.

میمندی و همکارانش (۱۳۸۷) در مطالعه کیفی بر روی دانش آموزان دبیرستانی شهر کرمان، نشان داده اند که اغلب دانش آموزان مسائل اقتصادی را یکی از مهمترین عوامل رشد اعتیاد می دانند. در این مطالعه دانش آموزان سه دسته عوامل را در رشد اعتیاد مؤثر دانستند که عبارتند از: فقر که با عبارات کمبود درآمد، سرشکستگی مالی، احساس فقر و نداشتن عقل معاش مشخص گردیده بود، پول توجیبی بالای جوانان در خانواده های پردرآمد و سوم درآمد بالای فروش مواد و اوقات فراغت زیاد آن.

در مورد نوع ماده مصرفی مطالعه سراج زاده (۱۳۸۶) بر روی دانشجویان ۲۱ دانشگاه دولتی در سراسر کشور نشان داده است که تجربه مصرف تریاک در دانشجویان دارای پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین‌تر و مصرف الکل در دانشجویان با پایگاه اجتماعی اقتصادی بالاتر بیشتر است. همچنین تفاوت های قومیتی از نظر نوع ماده مصرفی وجود دارد، به طوری که نسبت مصرف تریاک در دانشجویان کرد و لر دو برابر فارس ها، شمالی ها و ترکها است، اما مصرف حداقل یک بار الکل در دانشجویان کرد و شمالی بیشتر از بقیه است.

مطالعه علی وردی‌نیا (۱۳۸۵) در بررسی نقش عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد با استفاده از آمارهای رسمی اعتیاد در کشور طی سالهای ۱۳۸۰-۱۳۶۰ نشان داد که مدل مطالعه ۲۹٪ تغییرات جرایم مواد مخدری را تبیین می‌کند و از میان ۵ متغیر این مدل (صنعتی شدن، وضعیت آنومیک، فرد گرایی، دسترسی به مواد مخدر و بیکاری)، متغیر وضعیت آنومیک اهمیت بیشتری داشته و متغیرهای صنعتی شدن و فردگرایی در رده دوم، متغیر در دسترس بودن مواد در درجه سوم قرار داشته و بیکاری کمترین ضریب مسیر را در میان متغیر های یاد شده داشته است.

بررسی وضعیت شاخص های اجتماعی مناطق حاشیه‌ای و اسکان غیر رسمی و اعتیاد نیز ارتباط پاره‌ای از تعیین کننده‌های اجتماعی و وضعیت اعتیاد در این مناطق را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران ۴ میلیون نفر در سکونتگاه‌های غیررسمی ساکن هستند (به نقل از افتخاری‌راد، ۱۳۸۲). بافتهای اسکان غیر رسمی به لحاظ کالبدی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مدیریتی دارای ویژگی های خاص خود می باشند. بر اساس جمع آوری داده های ۱۷ مطالعه در مناطق حاشیه نشین کشور برخی از شباهت های این مناطق عبارتند از تراکم بالای جمعیت، سطح پایین سواد، درآمد پایین ساکنان، رواج مشاغل غیر رسمی، دسترسی اندک به خدمات شهری و زیر ساخت های نامناسب و محدود. میانگین سواد در این محدوده ها از کل شهر پایین تر است، به ویژه در گروه های سنی بیش از ۴۰ سال و زنان این نسبت به شدت کاهش می یابد. در تحقیقات مختلف تراکم فقر در این محدوده ها مشاهده شده است. به طوری که در برخی از محله های حاشیه نشین در شهرهای زاهدان، اهواز، کرمانشاه، بندرعباس و مشهد در حدود ۴۰٪ از ساکنان زیر خط فقر مطلق قرار دارند. هم چنین نشان داده شده است که آسیب هایی مانند وجود مسیر ترانزیت یا بارانداز کالاهای قاچاق به ویژه مواد مخدر در این محدوده ها وجود دارد. همچنین آسیب های ناشی از فقر اقتصادی مانند دزدی یکی از آسیب های مشترک این محدوده است(افتخاری راد، ۱۳۸۲).

بررسی آسیبهای اجتماعی در مناطق حاشیه نشین، نشان می دهد که به اعتراف ساکنان این محلات، فقر و بیکاری، اعتیاد و فروش مواد مخدر، ولگردی، دعوا و درگیری بسیار زیاداست (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵).

مطالعات انجام شده در مناطق اسکان غیر رسمی شهرها از جمله همدان (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵) محله غربت تهران (خراطها، ۱۳۸۳ به نقل از برغمدی،۱۳۸۷) و محله کریم آباد زاهدان (ابراهیم زاده و دیگران،۱۳۸۳) نشان می‌دهد در شرایطی که این مناطق از نظر شاخصهای اجتماعی اقتصادی وضعیت نامطلوبی دارند، اعتیاد و فروش مواد مخدر در کنار سایر آسیبهای اجتماعی یکی از مشکلات اجتماعی جدی و مهم در این مناطق است.

به طور کلی، مرور نتایج مطالعات نشان دهنده رابطه میان عوامل مختلف اجتماعی- اقتصادی بر وضعیت اعتیاد در مناطق مختلف کشور است. بی شک برای شناخت بهتر رابطه میان این عوامل، جهت این رابطه و چگونگی تاثیر آن دو مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

۴-۱-۴- عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد

ضعف شدید دانش در مورد عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد در کشور وجود دارد. ادبیات پژوهش اعتیاد کشور فاقد مطالعات مورد شاهدی، طولی و یا حتی مقطعی(در یک جمعیت عمومی) برای بررسی این عوامل است. بیشترین اطلاعات از نظرات خود معتادان در مورد علت گرایش آنها به مصرف مواد به دست آمده است که در زیر به آنها پرداخته می شود.

چند مطالعه به بررسی سن شروع مصرف مواد پرداخته اند. مطالعه رحیمی موقر و همکاران(۱۳۸۱) نشان داد که سن شروع مصرف مواد در طول ۲۰ سال(۱۳۵۷ تا ۱۳۷۷) تغییر معنی داری نداشته است. مقایسه میانگین سن شروع مصرف مواد در سه بررسی سریع وضعیت مواد در سالهای ۱۳۷۸، ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ نیز حاکی از عدم تغییر معنی دار آن(حدود ۲۲ سالگی) بوده است. میانگین سن شروع مصرف سیگار نیز در مصرف کنندگان مواد روند ثابتی (حدود ۱۸ سالگی) داشته است (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹). به طور کلی، سن شروع الکل و حشیش پایین‌تر، سپس سن شروع تریاک، و پس از آن سن شروع هروئین، شیشه و کراک قرار دارد(نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶).

نزدیک به نیمی از معتادان، مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان(اغلب دوستان خارج از مدرسه) شروع کرده اند. شایعترین مکان اولین مصرف مواد نیز "منزل دوستان" گزارش می شود. مطالعات متعدد بر معتادان حاکی از این موضوع بوده است که دوستان در تداوم مصرف، مقدار مصرف، شیوه مصرف و نوع ماده مصرفی آنها، نقش به سزایی داشته‌اند. حدود ۲۰ درصد موارد نیز فرد پیشنهاد دهنده یکی از افراد خانواده بوده است. حدود نیمی از معتادان سابقه مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده خود ذکر می کنند که در اغلب مواقع برادر و یا پدر می باشد. همکاران و محیط کار نیز در رده بعد اهمیت قرار دارد(نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

در خصوص مهمترین دلیل شروع مصرف مواد، معتادان به ترتیب به کنجکاوی، لذت و فشار دوستان (۴۸/۳ درصد)، مشکلات زندگی (۲۶ درصد) و دردهای جسمی (۱۱ درصد) اشاره داشته اند (رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹). بررسی این علل برحسب زمان شروع مصرف مواد نشان داد که در همهٔ

دوره های زمانی بیشترین علت مهم شروع مصرف مواد از نظر معتادان لذت و فشار دوستان بوده است. اگرچه بعد از سال ۱۳۶۲ به تدریج از شیوع این عوامل به عنوان مهمترین علت مصرف مواد از نظرمعتادان کاسته شده است. مشکلات زندگی که در سالهای دورتر کمتر به عنوان علت مصرف مواد قید شده‌اند، باگذشت زمان اهمیت بیشتری پیدا کرده‌اند. به طوری که در سالهای بعد از ۱۳۷۲ بیش از ۳۰ درصد معتادان مشکلات زندگی را به عنوان مهمترین علت مصرف مواد قید کرده‌اند. تغییرات در شیوع دردهای جسمی و سایر علل تغییر معنی داری در طول زمان نداشته است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۱). در زنان سن شروع مصرف مواد بالاتر و در قریب اتفاق موارد از طریق همسر و در درجه بعدی پدر بوده است (رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹؛ نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶).

۵-۱-۴- عوارض بهداشتی ناشی از مصرف مواد و اعتیاد

مهمترین عارضه مصرف مواد، اعتیاد است. لیکن رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد (مانند رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریق) عوارض عفونی مانند ایدز و هپاتیت را می تواند به همراه داشته باشد. مسمومیت[۲۹]های مکرر نیز در معتادان شایع بوده، میزان مرگ و میر مصرف کنندگان تزریقی مواد سالانه ۲ تا ۳ درصد گزارش می شود(دفتر مواد و جرائم سازمان ملل).

ایدز به عنوان یک پدیده جهانی، تهدیدی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. در کشور ما مصرف کنندگان تزریقی مواد مهمترین گروه در معرض خطر برای ابتلا به ایدز را تشکیل می‌دهند به طوری که ۶۹/۶ درصد از موارد ابتلا در مصرف کنندگان تزریقی مواد گزارش شده است(وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی). مرور سیستماتیک بر شیوع عفونت با HIV در معتادان کشور نشان داد که در دهۀ گذشته، میانگین ترکیبی شیوع در مصرف کنندگان تزریقی مواد از ۱۱ تا ۱۵ درصد (رحیمی موقر و همکاران، در دست چاپ) و در مصرف کنندگان غیر تزریقی از یک تا ۴ درصد (امین اسماعیلی و همکاران، در دست چاپ) بوده است.

هپاتیت C بیماری عفونی خطرناک دیگری است و در دو دهه اخیر مرگ و میر ناشی از آن در جهان ۲ تا ۳ برابر شده و بدلیل ایجاد سیروز کبدی در صدر دلایل پیوند کبد قرار گرفته است. هپاتیت C احتمالاً شایعترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی معتادان در ایران، شیوع هپاتیت C در معتادان تزریقی و در مناطق مختلف در

---

[۲۹] Overdose

محدوده وسیعی از ۱۱/۲٪ تا ۸۹/۵٪ گزارش شده است (رحیمی‌موقر و همکاران، ۲۰۱۰) مطالعات متعدد نشان داده اند که شایعترین عامل مسمومیت بزرگسالان در کشور، مسمومیت با مواد می باشد (رحیمی‌موقر و رزاقی، ۱۳۸۵). در شهر تهران، در مطالعه ای کیفی بر معتادان تزریقی، تقریباً همه افراد، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیانشان بوده‌اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت را داشته‌اند که اکثراً دو یا سه بار بوده است(رحیمی موقر و رزاقی، ۱۳۸۵). تعداد مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد، سالانه توسط سازمان پزشکی قانونی کشور ارائه می شود. در سال ۱۳۸۴ این رقم ۴۸۴۱ نفر بوده است (رحیمی‌موقر و همکاران، ۱۳۸۷). بررسی روند نیز حاکی از افزایش سالانه این رقم در ده سال گذشته می‌باشد.

۶-۱-۴- جمع بندی

بنابر مجموعه این اطلاعات، در حالی که ایران با وجود شیوع بالای مصرف کنندگان تریاک در کشور در مقایسه با سایر کشورها، به ویژه کشورهای توسعه یافته سالها دارای الگوی کم خطری بوده است؛ اکنون با افزایش ورود مواد در کشور و تنوع یافتن مواد در دسترس، در سالهای اخیر وضعیت اعتیاد تشدید یافته و عوارض جدی بهداشتی و اجتماعی را با خود داشته است. بر این اساس، در حال حاضر اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی کشور شناخته می شود.

۲-۴- تحلیل وضعیت

با توجه به توصیف وضعیت کنونی اعتیاد و سوء مصرف مواد و با عنایت به سیر فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد از گذشته تاکنون، وضعیت موجود نظام پیشگیری از اعتیاد در کشور را به قرار زیر می توان تحلیل کرد:

۱-۲-۴- قوت ها

۱. درک ضرورت هماهنگ نمودن فعالیتهای سازمانهای ذیربط در زمینه پیشگیری
۲. وجود فتاوی مبنی بر تحریم مصرف مواد
۳. توجه مسئولان کشوری به ضرورت تدوین برنامه‌ای ملی در حوزه کاهش تقاضا خصوصاً پیشگیری

۴. توجه متولیان به ضرورت رویکرد بین رشته‌ای در فعالیتهای پیشگیری با حضور پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران و جامعه‌شناسان
۵. مطرح شدن «پیشگیری» به عنوان «سیاست برتر» برای مبارزه با موادمخدر، در اسناد رسمی از جمله لایحه اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر
۶. تدوین و تصویب اسناد بخشی و فرابخشی در زمینه اعتیاد که بر پیشگیری تأکید داشته اند
۷. تدوین و اجرای طرحها و برنامه‌های پیشگیرانه از جمله طرح مباحث پیشگیری در مدارس و سایر کانون های هدف
۸. تخصیص بودجه و ردیف اعتباری مستقل به برنامه‌های کاهش تقاضا خصوصاً پیشگیری
۹. تلاش برای تولید دانش و اندیشه در زمینه پیشگیری از طریق اقداماتی مثل برگزاری گردهمایی های پیشگیری از اعتیاد و انتشار منابع

۲-۲-۴- ضعف ها

۱. فقدان وجود ساختار مناسب پیشگیری در سطح دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری کشور (ستادی و استانی)
۲. تعدد دستگاههای مسئول و ضعف هماهنگی این دستگاه ها
۳. ضعف نظام رصد[۳۰] وضعیت مصرف مواد و عوامل آن در سطح کشوری و استانی و در دسترس نبودن اطلاعات مورد نیاز و روزآمد
۴. کمبود نیروی انسانی متخصص و نبود ثبات شغلی در دستگاه های ستادی و استانها
۵. وجود موانع در برابر تأسیس، فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری
۶. ناهماهنگی سازمان‌های‌دولتی و غیردولتی فعال در حوزه پیشگیری
۷. ضعف و نارسایی در تخصیص بودجه و اعتبارات پیشگیری به دستگاهها و استانها
۸. عدم نظارت تخصصی بر نحوه هزینه کرد اعتبارات پیشگیری اختصاصی دستگاه‌ها
۹. بهره‌گیری ناکافی از دانش روز و تجارب بین‌المللی در زمینه پیشگیری
۱۰. توجه ناکافی به نقش عوامل کلان اقتصادی- اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد
۱۱. دشواری و دیر بازده بودن مداخلات پیشگیرانه

[۳۰] Surveillance

۱۲. عدم وجود برنامه های منسجم کشور برای پیشگیری از اعتیاد
۱۳. ضعف توجه به تغییر مداوم الگوی مصرف مواد از جمله افزایش شیوع مصرف مواد جدید و کاهش سن اعتیاد
۱۴. کمبود بودجه و ضعف در تخصیص ، هزینه کرد و نظارت بر بودجه پیشگیری در ستاد و استانها
۱۵. در اولویت نبودن پیشگیری در برنامه های اجرایی و تخصیص اعتبارات و نیروی انسانی
۱۶. عدم تعمیق و تداوم فعالیتهای پیشگیرانه، در سازمان های کلیدی به خصوص در صداوسیما، وزارت ارشاداسلامی، آموزش‌وپرورش، وزارت علوم تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت
۱۷. ضعف دانش پیشگیری و فهم ساده اندیشانه از روشهای اجرای برنامه‌های پیشگیری مثل استفاده بیشتر از روشهای آموزش مستقیم و اکتفا به توصیه‌های اخلاقی
۱۸. کمبود مهارت و دانش برای برنامه‌ریزی در مداخلات جماعت محور
۱۹. ضعف پیوند در درون و بین برنامه‌های پیشگیری و سایر راهبردهای کاهش تقاضا
۲۰. ضعف پژوهش در امر پیشگیری از اعتیاد در کشور
۲۱. ضعف مداخله مراکز علمی و دانشگاهی در برنامه‌ریزی پیشگیری
۲۲. ضعف مداخله متخصصان علوم اجتماعی دربرنامه‌های پیشگیری
۲۳. نبود رشته پیشگیری در دانشگاهها و مراکز علمی بعنوان یک حوزه بین رشته‌ای علمی
۲۴. کاهش توجه مسئولان کشور به مشارکت عمومی و اهمیت نقش سازمانهای غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری
۲۵. تمرکز گرایی و ضعف مشارکت استانها در برنامه ریزی و سیاست گذاری برنامه ها
۲۶. عدم تمایل بخش خصوصی در سرمایه گذاری در امر پیشگیری از اعتیاد

۳-۲-۴- فرصت ها

۱. امکان بهره‌گیری از تجارب بین‌المللی در زمینه پیشگیری از طریق همکاری و مشارکت با دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل و سایر سازمان های بین المللی
۲. فعالیت برخی سازمان ها و نهادهای عمومی و غیر دولتی مرتبط با اعتیاد و مشکلات اجتماعی
۳. افزایش روز افزون نقش و تاثیر فضای مجازی

۴. توجه نسبی به نقش عوامل کلان در شیوع و بروز مشکلات اجتماعی از جمله اعتیاد
۵. رویکرد ارتقایی قانون اساسی به جامعه و اصول تقویت کننده پیشگیری
۶. توجه روز افزون به مشکلات اجتماعی و لزوم مداخله برای پیشگیری و کنترل آنها
۷. فرهنگ و هویت غنی دینی و ملی
۸. وجود دانش پیشرفته پیشگیری در سطح جهانی و سازمان‌های بین المللی مرتبط با اعتیاد و پیشگیری
۹. بسیج مردمی و فعال شدن نهضت فراگیر اجتماعی (جوانان، زنان، ....)
۱۰. حساسیت بالای مدیریت کشور نسبت به مصرف مواد و اعتیاد
۱۱. حساسیت بالای خانواده ها و افکار عمومی نسبت به مصرف مواد و اعتیاد
۱۲. توجه تدریجی مجریان و قانونگذاران، از جمله مجمع تشخیص مصلحت و مجلس شورای اسلامی به امر پیشگیری
۱۳. وجود گروه های مرجع و تاثیر گذار
۱۴. روند فزاینده سهم اعتبارات امور اجتماعی در کشور
۱۵. تصویب قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی

۴-۲-۴- تهدید ها

۱. افزایش موانع فعالیت سازمان های غیر دولتی
۲. ابهام در سیاست های اجتماعی
۳. سیاسی تلقی شدن مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد و ایجاد محدودیت در پژوهش و مداخله در این زمینه
۴. افزایش ارتباطات جهانی و فراهم‌شدن امکان تأثیر سوء فرهنگ‌های تشویق کننده مصرف مواد
۵. وضعیت نامناسب اقتصادی، از جمله افزایش فقر و نابرابری، تورم و بیکاری
۶. کمبود حمایت های اجتماعی از معتادان بهبود یافته
۷. توسعه مناطق اسکان غیر رسمی
۸. افزایش روز افزون مشکلات اجتماعی از جمله، فقر و نابرابری، خشونت و بیکاری
۹. افزایش بروز و شیوع انواع مشکلات و اختلالات روانی
۱۰. افزایش طلاق و نابسامانی در خانواده های زوجین جوان

بخش پنجم – سیاستها، اصول و موازین[۳۱]

سیاست اول: مدیریت پیشگیری از اعتیاد باید به کلیه رویدادها و تصمیمات خارج از حیطهٔ اختیارات خود از حیث اثر آنها بر بروز اعتیاد حساس باشد و با آنها در جهت کاهش بروز اعتیاد تعامل فعال کند.

سیاست دوم: مدیریت مبارزه با اعتیاد باید راهبرد پیشگیری را بر سایر راهبردهای مبارزه با اعتیاد در برنامه و بودجه اولویت دهد.

سیاست سوم: هر سه نوع مداخلات پیشگیری همگانی، انتخابی، و موردی باید به نحو متوازن اجرا شوند.

سیاست چهارم: مداخلات پیشگیرانه باید بر بالاترین سطح شواهد موجود متکی باشند[۳۲].

سیاست پنجم: در کلیه مداخلات پیشگیرانه باید سازوکارهای پایش و ارزشیابی مداوم آنها پیش‌بینی و اعمال گردد.

سیاست ششم: مداخلات پیشگیرانه باید با مشارکت حداکثری ظرفیت‌های بسیج مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و به ویژه سازمان‌های جماعت‌محور[۳۳] در همهٔ مراحل سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی، انجام پذیرد. از قابلیت های بخش خصوصی نیز باید حداکثر استفاده در اجرای برنامه‌ها به عمل آید.

سیاست هفتم: مداخلات پیشگیرانه باید با مشارکت سازمان‌ها در سطوح ملی، استانی و محلی در همه مراحل سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی، انجام شوند.

سیاست هشتم: در مداخلات پیشگیرانه باید به تفاوتهای فرهنگی، دینی و مذهبی، اجتماعی، اقتصادی و جنسیتی، توجه شود و به ویژه از ظرفیت های موجود در نهادهای دینی و فرهنگ مذهبی در چارچوب فریضه امر به معروف و نهی از منکر بهره برداری مطلوب صورت پذیرد.

سیاست نهم: مداخلات انتخابی و موردی در هر گروه هدف باید بر اساس مهمترین عوامل خطر و محافظ و مهمترین فرایندهای تاب‌آوری در آن گروه طراحی شوند.

سیاست دهم: استفاده از همکاریهای بین‌المللی و تجارب دیگر کشورها در مداخلات باید مورد توجه قرار گیرد.

---

[۳۱] ترتیب ارائه سیاست ها به هیچ وجه به معناي اولویت گذاري آنها نیست .

[۳۲] شواهد علمي تولید شده، بر اساس نوع مطالعه و از نظر قدرت و قوت مطالعه درجه بندي مي شوند. برنامه هاي که بر سطح شواهد بالاتر متکي هستند، باید در اولویت قرار بگیرند.

[۳۳] CBOs – Community Based Organizations

سیاست یازدهم: مداخلات پیشگیری باید مستمر و پایدار باشند.

سیاست دوازدهم: پیشگیری از اعتیاد در مصرف مواد باید به عنوان رسالت و فرهنگ عموم حاکم بر کلیه دستگاه ها تلقی گردیده ضمن آنکه در مداخلات پیشگیرانه باید به همکاری بین بخشی و مشارکت مؤثر همه سازمان‌های تأثیرگذار دولتی توجه شود.

سیاست سیزدهم: باید با در نظر گرفتن شیوع مصرف مواد گوناگون، عوارض آنها و تغییرات بروز مداخلات پیشگیرانه متناسب در کانون های هدف مورد توجه واقع شود.

بخش ششم – اهداف

هدف غایی: کاهش میزان بروز اعتیاد[۳۴] به مواد در کشور

هدف کمّی: قرار دادن حداقل ۴۰ درصد[۳۵] از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه‌های استاندارد[۳۶] پیشگیری در سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۹.

---

[۳۴] منظور تمام فرايند منجر به اعتياد شامل گرايش به مصرف، مصرف آزمايشي، مصرف گاهگاهي، سوءمصرف، و وابستگي (اعتياد) است.

[۳۵] به استناد مصوبه جلسه ۱۲٤ ستاد مبارزه با موادمخدر.

[۳٦] برنامه‌اي است كه در مرحلة طراحي در جامعة علمي از جهت كفايت شواهد علمي پشتيبان پذيرفته شده و به تصويب شوراي راهبردي-تخصصي ملي و استاني رسيده باشد و اجراي استاندارد آن نيز به ويژه از جهت مؤثر بودن حجم آن براي خدمت‌گيرندة نهايي، با پايش و ارزشيابي مداوم تضمين شود. منظور از جامعة علمي، كلية شخصيتهاي حقيقي و حقوقي داراي سابقه مطالعه و تحقيق در پيشگيري از اعتياد است.

بخش هفتم – راهبردها

راهبرد اول - رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مرتبط با اعتیاد) در جهت مسئول‌سازی و همراه‌سازی دستگاه های دخیل.[۳۷]

هدف راهبردی: توجه دادن متولیان مربوطه در خصوص کاهش اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی افزایندهٔ اعتیاد و افزایش اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی کاهندهٔ اعتیاد.

راهبرد دوم –اصلاح و چابک‌سازی ساختار و نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد[۳۸]

هدف راهبردی: متناسب‌سازی ساختار و بازمهندسی فرآیندهای پیشگیری از اعتیاد در جهت نهادینه‌سازی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در سازمان‌های اجرایی، تمرکززدایی، تسهیل در اجرا، تقویت منابع و ایجاد ضمانت‌های اجرایی برنامه ها بر اساس پایش و ارزشیابی.

راهبرد سوم - توسعهٔ دانش و فناوری و تولید منابع علمی پیشگیری از اعتیاد[۳۹] جهت برنامه ریزی مبتنی بر شواهد.

هدف راهبردی: ارتقای کیفی برنامه‌های پیشگیری بر اساس دانش و شرایط بومی جهت تضمین اثربخشی آنها بر گروههای هدف

راهبرد چهارم – توسعهٔ مشارکت‌های مردمی با بهره‌گیری از ظرفیت‌های بسیج، سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور در امر پیشگیری از اعتیاد.[۴۰]

هدف راهبردی: مشارکت اجتماعی فراگیر پیشگیری از اعتیاد.

---

[۳۷] متناظر با سیاست هاي اول و دوازدهم امر مبارزه با موادمخدر
[۳۸] متناظر با سیاست هاي دوم ، ششم ، هفتم ، دهم ، یازدهم و دوازدهم
[۳۹] متناظر با سیاست هاي چهارم ، پنجم ، نهم ، دهم و سیزدهم
[۴۰] متناظر با سیاست هاي ششم ، هفتم ، هشتم و سیزدهم

راهبرد پنجم – توسعهٔ خدمات پیشگیری از اعتیاد در خانواده ها، محیط های آموزشی، محیط های کار، جماعت ها و جامعه[۴۱]

هدف راهبردی: کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در کانون های هدف شامل خانواده‌ها، محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار، جماعت[۴۲]ها، و جامعه.

[۴۱] متناظر با سیاست هاي سوم ، نهم ، یازدهم و سیزدهم

[۴۲] Community

بخش هشتم: برنامه‌ها، پروژه‌ها و تقسیم کار ملی

در این بخش، بر اساس پنج راهبرد مندرج در بخش قبل، پنج برنامه ملی پیش بینی شده است که ذیل هر برنامه ملی، پروژه‌های مرتبط با آن آورده شده است.

۱ – ۸ – برنامه‌های ملی و پروژه‌ها

راهبرد اول: رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مرتبط با اعتیاد) در جهت مسئول سازی و همراه سازی دستگاه های دخیل

۱- ۱- ۸- برنامه ملی اول – برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده‌های اجتماعی اعتیاد

پروژه های برنامه ملی اول :

- طراحی و تدوین نظام رصدِ تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و ارائه گزارش سالیانه
- تدوین سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و حمایت یابی[۴۳] برای تحقق آن
- مطالعات اولویت‌بندی شده در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد.
- پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد
- مطالعه ابعاد جرم شناختی قوانین مرتبط با مصرف مواد واعتیاد

راهبرد دوم: اصلاح و چابک‌سازی ساختار و نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

۲- ۱- ۸- برنامه ملی دوم ـ برنامه ملی اصلاح ساختار و چابک‌سازی نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

[۴۳] Advocacy

پروژه های برنامه ملی دوم :

- آسیب‌شناسی نظام مدیریت (درون سازمانی و بین سازمانی) پیشگیری از اعتیاد
- ایجاد ساختار پیشگیری در سازمان های عضو و مرتبط یا ارتقا و توسعه ساختار کنونی در سطوح ستادی و استانی
- پیاده‌سازی نظام اجرایی " سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد" در سطوح ستادی و استانی
- ظرفیت‌سازی در دستگاه های دولتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد
- طراحی نظام بودجه ریزی و تخصیص اعتبار و مبتنی کردن بودجه‌های ستادی و استانی بر اساس ارائه برنامه های استاندارد و پایش و ارزشیابی برنامه‌ها
- متناسب‌سازی نظام بودجه‌ریزی و اعتبارات پیشگیری از اعتیاد با اقتضائات این سند.

راهبرد سوم: توسعهٔ دانش و فناوری و تولید منابع علمی پیشگیری از اعتیاد

۳- ۱- ۸- برنامه ملی سوم – برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد

پروژه های برنامه ملی سوم :

- انجام پژوهشهای پیشگیری از اعتیاد در حوزه‌های مطالعات سبب شناسی، مطالعات اثر بخشی مداخلات، نیاز سنجی، امکان سنجی و آینده پژوهی.
- رصد وضعیت اعتیاد در کشور
- پایش و ارزشیابی برنامه های پیشگیری از اعتیاد
- طراحی و پیاده سازی نظام مدیریت دانش، ترجمان، عملی سازی و مبادله[۴۴] دانش پیشگیری از اعتیاد
- تولید و چاپ منابع علمی ـ آموزشی
- تشکیل بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد
- تربیت نیروی انسانی متخصص پیشگیری از اعتیاد
- ارتقاء دانش تخصصی و سطح آموزشی نیروهای انسانی فعال در پیشگیری از اعتیاد با ایجاد مناطق آموزش پیشگیری از اعتیاد در سطح کشور

[۴۴] Knowledge Transfer and Exchange (KTE)

- حمایت از تشکیل مراکز و موسسات علمی آموزشی- پژوهشی خصوصی و دولتی برای پیشگیری از اعتیاد

راهبرد چهارم: توسعه مشارکت‌های مردمی با بهره‌گیری از ظرفیت‌های بسیج در امر پیشگیری از اعتیاد

۴- ۱- ۸- برنامه ملی چهارم- برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

پروژه های برنامه ملی چهارم :

- بسترسازی و تسهیل در راه اندازی و فعالیت سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور از جمله تشکل های کارگری، دانشجویی، دانش آموزی و ایجاد هسته‌های کوچک و شبکه‌های بزرگ.
- توانمندسازی[۴۵] و ظرفیت افزایی[۴۶] و ارتقا سطح مشارکت سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور در سیاستگذاری و برنامه ریزی
- حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی[۴۷] در پیشگیری از اعتیاد
- بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه های سازمان های غیر دولتی فعال و موسسات توانمندسازی در پیشگیری
- بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه های سازمان های جماعت محور فعال در پیشگیری

راهبرد پنجم: توسعهٔ خدمات پیشگیری از اعتیاد در خانواده ها، محیط‌های آموزشی، محیط های کار، جماعت ها و جامعه

۵- ۱- ۸- برنامه ملی پنجم- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده ها

پروژه های برنامه ملی پنجم:

- برنامه اطلاع‌رسانی، آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباط موثر[۴۸] در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد به خانواده‌ها

---

[۴۵] Empowerment

[۴۶] Capacity Building

[۴۷] Public Sphere

[۴۸] Information – Education – Communication(IEC)

- آموزش به خانواده ها شامل فرزند پروری و آموزش سبک و مدل زندگی خانوادگی
- شناسایی خانواده‌ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش، حمایت، مددکاری و ...
- آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل

۶- ۱- ۸- برنامه ملی ششم - برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های آموزشی

پروژه های برنامه ملی ششم:

- راه‌اندازی گروه تخصصی آموزشگر[۴۹]، مشاور و ناظر بر برنامه های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه (با وظایف آموزش مشاوران مدارس، نظارت بر فعالیتهای آنان، بازخورد و پاسخگویی سؤالات، برنامه ریزی برنامه های پیشگیری از اعتیاد مدارس)
- آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس.
- اجرای برنامه های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و آموزش مهارت های زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه آموزش مهارتهای زندگی و نیز ارتقای برنامه های جایگزین
- اجرای برنامه مدارس رها از اعتیاد با تأکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد
- شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و نقص توجه و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان
- گنجاندن مطالب مناسب در باره مواد و راه های پیشگیری در کتب درسی
- آموزش درباره مواد[۵۰] و پیامدهای اجتماعی آن به والدین، کارکنان و معلمان
- آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان[۵۱] به والدین دانش آموزان
- پیشگیری انتخابی مدارس پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد همراه با برنامه های سازنده اوقات فراغت، آموزش هم سالان، ادغام برنامه ویژه مدارس در برنامه محله و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد

---

[۴۹] گروههای تخصصی پیشگیری از اعتیاد مدارس و مشاوران ویژه دانشگاهها، باید یکی از دوره های دانشگاهی پیشگیری از اعتیاد را گذرانده باشند و یا دارای مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی ارشد در رشته‌هاي مرتبط با پیشگیري از اعتیاد بوده و کارگاههای آموزشی در مورد آموزش مهارتهای زندگی برای مدرسان، پیشگیری از اعتیاد و مشاوره و درمان اعتیاد را گذرانده باشند.

[۵۰] Drug education

[۵۱] Parenting skills

- شناسایی افراد در معرض خطر و مشاوره تخصصی با دانش آموز و والدین
- اختصاص یک واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش در باره مواد، برای کلیه رشته های دانشگاهی و مراکز تربیت معلم
- پیش‌بینی مشاوران ویژه دانشگاه ها و پیشگیری انتخابی در محیط‌های دانشگاهی پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد و حمایت از راه اندازی نهضت پیشگیری از مصرف مواد با اولویت در دانشکده‌های هنر، خانه های دانشجویی و خوابگاه‌های دانشجویی
- شناسایی دانشجویان مصرف کننده مواد و مشاوره تخصصی به آنان

۷- ۱- ۸- برنامه ملی هفتم- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های کار

پروژه‌های برنامه ملی هفتم:

- تهیه بسته‌های برنامه‌های پیشگیری همگانی، انتخابی و موردی با مشارکت کارکنان و بر اساس نیاز سنجی
- راه اندازی و اجرای برنامه های یاری کارکنان[۵۲] (EAP)و خانواده ها در قالب بسته های طراحی شده شامل ایجاد ساختار، اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن، شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی، خدمات مشاوره ای برای کارکنان و خانواده‌ها، معاینات دوره‌ای سلامت روان، آزمایش تصادفی و بی‌نام اعتیاد، درمان و ارجاع اختلالات و بیماری های همراه، برنامه های سالم سازی محیط های کار از جمله صنعتی، اداری، نظامی، کارگری، خدماتی، تغییر محیط و خدمات حمایتی و مددکاری.

۸- ۱- ۸- برنامه ملی هشتم - برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت ها

پروژه های برنامه ملی هشتم:

- پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد
- اجرای برنامه «محله‌های رها از اعتیاد»
- ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی

---

[۵۲] منظور از برنامه هاي ياري كاركنان (Employee Assistance Programs) برنامه هايي در جهت رفاه كاركنان است كه توسط كارفرما و تحت پوشش بيمه هاي درماني به منظور كمك به حل مشكلات فردي كه ميتواند اثر نامطلوبي بر عملكرد شغلي، سلامت و بهروزي كاركنان داشته باشد، اجرا ميگردد. اين برنامه ها عمدتا ارزيابي ، مشاوره كوتاه مدت و ارجاع براي كاركنان و خانواده هاي آنها را شامل ميشود.

۹- ۱- ۸- برنامه ملی نهم - برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

پروژه های برنامه ملی نهم:

- کارزار رسانه‌ای[۵۳] ترویج هنجارهای ضد اعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد
- آموزش ارزشهای اخلاقی[۵۴] و هنجارهای اجتماعی[۵۵] در جهت پیشگیری از اعتیاد
- ایجاد و گسترش برنامه های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت ها و وبلاگ های فعال در این زمینه
- قانون آزمایش مواد[۵۶] به صورت تصادفی برای افراد در حال رانندگی و در تصادفات رانندگی و ارائه آموزشهای لازم به رانندگان دارای آزمایش مثبت
- قانون آزمایش مواد در نزاعها و حوادث و ارائهٔ آموزشهای لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیدهٔ آزمایش ـ مثبت
- آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان و پرستاران، کارکنان نیروی انتظامی و داروسازان.

---

[۵۳] Media campaign

[۵۴] Value education

[۵۵] Social norms

[۵۶] Drug testing

۲-۸- تقسیم کار ملی

۱- ۲- ۸- برنامه ملی اول – برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد

جدول شماره ۱ : تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی اول

ردیف	پروژه های راهبرد اول	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای مدنی و خصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم(درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	طراحی و تدوین نظام رصدِ تعیین کننده‌های اجتماعی اعتیاد و ارائه گزارش سالیانه	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر	کلیه دستگاههای عضو و مرتبط با ستاد	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی	۶۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰
۲	تدوین سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و حمایت یابی برای تحقق آن	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر	کلیه دستگاههای عضو و مرتبط با ستاد	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی	۶۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰
۳	پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی‌اعتیاد	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر	کلیه دستگاههای عضو و مرتبط با ستاد	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی	۶۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰
۴	انجام مطالعات اولویت‌بندی‌شده در زمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر	کلیه دستگاههای عضو و مرتبط با ستاد	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی	۵۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰
۵	مطالعه ابعاد جرم شناختی قوانین مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد	دبیرخانهٔ ستاد مبارزه با مواد مخدر	کلیه دستگاههای عضو و مرتبط با ستاد	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی	۶۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰

۲- ۲- ۸- برنامه ملی دوم – برنامه ملی اصلاح ساختار وچابک‌سازی نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۲ : تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی دوم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	آسیب شناسی نظام مدیریت (درون سازمانی و بین سازمانی) پیشگیری از اعتیاد	کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری	سازمانهای عضو و مرتبط عضو کمیته فرهنگی پیشگیری ستاد، دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی، انجمنهای‌علمی و سازمان های مردم نهاد	سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری ستاد، دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	۶۰	انجمن های علمی و سازمان های مردم نهاد و جماعت محور	۴۰
۲	ایجاد ساختار پیشگیری در سازمان های مسئول یا ارتقا و توسعه ساختار کنونی در سطوح ستادی و استانی	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری، دستگاه های عضو و مرتبط عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری	۱۰۰	–	–
۳	پیاده سازی نظام اجرایی سند جامع پیشگیری در سطوح ستادی و استانی	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمانهای عضو کمیته فرهنگی پیشگیری، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استانها	سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری، شورای هماهنگی‌مبارزه با مواد مخدر استانها	۱۰۰	–	–

۴	ظرفیت‌سازی در دستگاه‌های دولتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری ستاد	سازمان های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری	۱۰۰	–	–
۵	طراحی نظام بودجه ریزی و تخصیص اعتبار و مبتنی کردن بودجه های ستادی و استانی بر ارائه برنامه های استاندارد و پایش و ارزشیابی برنامه ها	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، دستگاه های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد، شورای هماهنگی‌مبارزه با مواد مخدر استان	۱۰۰	–	–
۶	متناسب سازی نظام بودجه ریزی و اعتبارات پیشگیری از اعتیاد با اقتضائات این سند	اداره کل فرهنگی و پیشگیری	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری	۱۰۰	–	–

۲- ۸- برنامه ملی سوم – برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۳ : تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی سوم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	انجام پژوهشهای پیشگیری از اعتیاد (در حوزه های مطالعات سبب شناسی، مطالعات اثر بخشی مداخلات، نیاز سنجی و امکان سنجی و آینده پژوهی)	کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری	مرکز مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، دستگاه های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی ستاد	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	۵۰	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، انجمن های علمی و پژوهشگران	۵۰
۲	رصد وضعیت اعتیاد در کشور	کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری	وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضائیه (سازمان زندانها و پزشکی قانونی) ، شهرداریها، دانشگاهها ومراکز تحقیقاتی، پژوهشگران، مرکز مطالعات و پژوهش های ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری و اداره‌کل‌مطالعات و پژوهشهای ستاد مبارزه باموادمخدر، وزارت‌بهداشت، وزارت رفاه، نیروی‌انتظامی، قوه قضائیه، شهرداری ها، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی	۶۰	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، انجمن های علمی، پژوهشگران	۴۰

۳	پایش و ارزشیابی برنامه های پیشگیری از اعتیاد	کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری	دانشگاه ها و موسسات پژوهشی، سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، مرکز مطالعات و پژوهش های ستاد، شهرداری ها، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی، سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	۳۰	دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، انجمن های علمی و پژوهشگران	۷۰
۴	طراحی و پیاده سازی نظام مدیریت، ترجمان، عملی سازی و مبادله دانش پیشگیری از اعتیاد	کارگروه راهبردی ـ تخصصی پیشگیری و وزارت بهداشت	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و پژوهشی، دفاتر مرتبط سازمان ملل	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۵۰	دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن‌های علمی و پژوهشگران	۵۰
۵	تولید و چاپ منابع علمی ـ آموزشی	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با موادمخدر، انجمن‌های علمی، متخصصان	دانشگاه ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، شهرداری ها	۳۰	دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن های علمی و پژوهشگران	۷۰
۶	تشکیل بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	دستگاه‌های عضو و مرتبط با ستاد، دانشگاه‌ها، انجمن‌های علمی و پژوهشگران	دانشگاه ها، انجمن های علمی و پژوهشگران	۵۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۵۰
۷	تربیت نیروی انسانی متخصص پیشگیری از اعتیاد	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ، وزارت بهداشت	وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، انجمن های علمی و پژوهشگران	دانشگاه های مرتبط با تاسیس دوره های تکمیلی لیسانس،فوق‌لیسانس‌ودکتری	۸۰	دانشگاه های غیر انتفاعی و دانشگاه آزاد و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۲۰

۸	ارتقاء دانش تخصصی و سطح آموزشی نیرو های انسانی فعال در پیشگیری از اعتیاد	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ، وزارت بهداشت	سازمانهای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد و انجمن های علمی و پژوهشگران مخدر	دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۵۰	دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن های علمی و پژوهشگران	۵۰
۹	حمایت از تشکیل مراکز و موسسات علمی آموزشی- پژوهشی خصوصی[۵۷] و دولتی برای پیشگیری از اعتیاد	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ، وزارت بهداشت	وزارت علوم، وزارت بهداشت ، وزارت رفاه، پژوهشگران	دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۵۰	دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن های علمی و پژوهشگران	۵۰

[۵۷] در برنامه چهارم آورده شده است.

۴- ۲- ۸- برنامه ملی چهارم- برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۴ : تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی چهارم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	بستر سازی و تسهیل در راه اندازی و فعالیت سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور	سازمان بهزیستی کشور سازمان بسیج مستضعفین	وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان ملی جوانان، شهرداری، ستاد ،سه سازمان غیر دولتی مرتبط، صدا و سیما و دفتر برنامه ریزی اجتماعی سازمان معاونت برنامه ریزی ریاست جمهوری	تمامی دستگاه های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	۵۰	سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور انجمن‌های علمی	۵۰
۲	توانمند سازی و ظرفیت افزایی و ارتقا سطح مشارکت سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور در سیاستگذاری و برنامه ریزی	سازمان بهزیستی کشور	انجمن های علمی مرتبط، سه سازمان غیر دولتی مرتبط، مرکز امور زنان و خانواده، بهزیستی، سازمان ملی جوانان، وزارت کشور، شهرداری و دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه ها و مراکز علمی	سازمان بهزیستی، موسسه تعاون، دانشگاه های علوم پزشکی و سازمان ملی جوانان	۵۰	انجمن های علمی، سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور مرتبط	۵۰
۳	حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی در پیشگیری از اعتیاد	سازمان بهزیستی کشور سازمان بسیج مستضعفین	صدا و سیما، حوزه های علمیه ، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر ستاد، دفتر برنامه ریزی اجتماعی معاونت برنامه ریزی راهبردی ریاست جمهوری	صدا و سیما ، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت	۷۰	سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور، روزنامه‌ها و نشریات عمومی و سایت های مربوطه	۳۰

۴	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه های سازمان های غیر دولتی فعال و مؤسسات توانمندسازی در پیشگیری	سازمان بهزیستی کشور	وزارت کشور، سازمان ملی جوانان، نیروی انتظامی، سازمان غیر دولتی فعال ، دفتر برنامه ریزی اجتماعی معاونت برنامه ریزی راهبردی ریاست جمهوری	سازمان بهزیستی، سازمان ملی جوانان ، وزارت کشور	۹۰	سازمان های مردم نهاد	۱۰
۵	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه های سازمان های جماعت محور فعال در پیشگیری	سازمان بهزیستی کشور سازمان بسیج مستضعفین	وزارت کشور، شبکه سازمان‌های جماعت محور، شهرداری و دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی معاونت برنامه‌ریزی راهبردی ریاست جمهوری	وزارت بهداشت، سازمان دانش آموزی ، سازمان بهزیستی	۹۰	سازمان های جماعت محور	۱۰

۵- ۲-۸- برنامه ملی پنجم- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری ازاعتیاد به خانواده ها

جدول شماره ۵ : پروژه های برنامه ملی پنجم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی

برنامه همگانی		برنامه های انتخابی		برنامه های موردی	
پروژه	گروه هدف	پروژه	گروه هدف	پروژه	گروه هدف
۱- برنامه اطلاع رسانی، آموزش مهارت های زندگی و ارتباط مؤثر[۵۸] در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد	عموم خانواده‌ها شامل: ۱ - زوجین در آستانه ازدواج ۲ - خانواده های زوجین جوان پس از ازدواج	۱- شناسایی خانواده ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش،حمایت، مددکاری و ...	۱ - خانواده هایی که یک عضو مصرف کننده دارند ۲- خانواده‌های طلاق ۳-خانواده‌های سکونتگاه‌های‌غیررسمی ۴ - خانواده هایی با یک و یا چند عضو با سابقه بزهکاری	۱ - آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل	۱-فرزندان بازمانده ازتحصیل‌درخانواده‌ها ۲-کودکان‌ونوجوانانی که مصرف سیگار را شروع کرده اند
۲- آموزش به خانواده ها شامل فرزند پروری و آموزش زندگی خانوادگی		۲- برنامه اطلاع رسانی، آموزش و نحوه ارتباط مؤثر در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد		۲- برنامه اطلاع‌رسانی، آموزش مهارت‌های زندگی و نحوه ارتباط مؤثر در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد	

[۵۸] Information – Education – Communication(IEC)

جدول شماره۶: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی پنجم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	برنامه اطلاع‌رسانی، آموزش مهارت ها و ارتباط مؤثر در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد به خانواده‌ها	وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت	دستگاههای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی ، صدا و سیما	۶۰	انجمن اولیاء و مربیان و سازمان های مردم نهاد و جماعت محور	۴۰
۲	آموزش به خانواده‌ها شامل فرزند پروری و آموزش زندگی خانوادگی	وزارت آموزش و پرورش ، وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی	دستگاههای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان بهزیستی ، صدا و سیما، کمیته امدادامام	۷۰	انجمن اولیاء و مربیان، سازمان های مردم نهاد و جماعت محور	۳۰
۳	شناسایی خانواده ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش،حمایت، مددکاری و ...	سازمان بهزیستی کشور	دستگاههای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان بهزیستی، سازمان ملی جوانان و وزارت بهداشت ، کمیته امداد امام	۷۰	انجمن اولیاء و مربیان، سازمان های مردم نهاد و جماعت محور و مراکز خصوصی مشاوره و خدمات روانشناختی، مطبهای خصوصی روانشناختی	۳۰
۴	آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل	وزارت آموزش و پرورش	دستگاههای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	وزارت آموزش و پرورش، شهرداریها	۷۰	سازمان های مردم نهاد و جماعت محور	۳۰

۶- ۲- ۸- برنامه ملی ششم - برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های آموزشی

جدول شماره ۷: پروژه های برنامه ملی ششم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی

برنامه همگانی	
پروژه	گروه هدف
۱- اجرای برنامه های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و مهارت زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه مهارت زندگی و نیز ارتقای برنامه‌های جایگزین	دانش آموزان
۲-اجرای برنامه‌های مدارس رها از اعتیاد با تأکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد	
۳- شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان	
۴- گنجاندن مطالب مناسب در باره مواد و راه های پیشگیری در کتب درسی	

برنامه های انتخابی	
پروژه	گروه هدف
آموزش عمیق و مکرر مواد همراه با برنامه های سازنده اوقات فراغت، آموزش هم سالان، ادغام برنامه ویژه مدارس در برنامه محله، حمایت از راه‌اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد	بازماندگان از تحصیل، مدارس در محله های پرخطر
آموزش عمیق و مکرر مواد و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد	دانشکده‌های هنر، خانه‌های دانشجویی و دانشجویان خوابگاهی
پیش‌بینی مشاورین ویژه برای دانشگاه‌ها برای مدیریت برنامه ای پیشگیری از اعتیاد	دانشجویان

برنامه های موردی	
پروژه	گروه هدف
مشاوره حرفه‌ای با دانش‌آموز و والدین	دانش آموزان مصرف کننده مواد، دانش آموزان دبیرستانی که یکی از والدین آن ها مصرف کننده مواد هستن
مشاوره حرفه ای با دانشجو	دانشجویان مصرف کننده مواد

۵ – آموزش درباره مواد[۵۹]	والدین، کارکنان و معلمان				
۶– آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان[۶۰]	والدین دانش آموزان				
۷– اختصاص یک واحد درسی با موضوع مهارتهای زندگی و آموزش در باره مواد، برای کلیه رشته ها	دانشجویان				
۸– پیش بینی گروه تخصصی آموزشگر، مشاور و ناظر بر برنامه های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه (با وظایف آموزش مشاوران مدارس، نظارت بر فعالیتهای آنان، بازخورد و پاسخگویی سؤالات، برنامه ریزی برنامه های پیشگیری از اعتیاد مدارس) گروه هدف: مشاوران و کادر مدارس					
۹– آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران مدارس به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس					

[۵۹] Drug Education

[۶۰] Parenting skills

جدول شماره ۸: تقسیم کار پروژه های برنامه ملی ششم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	راه اندازی گروه تخصصی آموزشگر، مشاور و ناظر بر برنامه های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه (با وظایف آموزش مشاوران مدارس، نظارت بر فعالیتهای آنان، بازخورد و پاسخگویی سؤالات، برنامه ریزی برنامه های پیشگیری از اعتیاد مدارس)	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، کمیته امداد امام، ناجا	وزارت آموزش و پرورش	۵۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی، و پژوهشگران، مراکز آموزشی و خدمات روانشناختی و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی	۵۰
۲	آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز و آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، کمیته امدادامام	–	–	گروه تخصصی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه	۱۰۰
۳	اجرای برنامه های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و آموزش مهارت های زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه آموزش مهارتهای زندگی و ارتقای برنامه‌های جایگزین	وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان بهزیستی کشور	وزارت آموزش و پرورش	۱۰۰	–	–

۴	اجرای برنامه مدارس رها از اعتیاد با تأکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت ، سازمان بهزیستی کشور، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی کشور	۲۰	انجمنهای علمی و مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۸۰
۵	شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، وزارت بهداشت (اداره‌آموزش بهداشت و اداره اعتیاد)	وزارت آموزش و پرورش	۵۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی، و پژوهشگران، مراکز خدمات روانشناختی‌و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی	۵۰
۶	گنجاندن مطالب مناسب درباره مواد و راههای پیشگیری	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	وزارت آموزش و پرورش	۸۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی، و پژوهشگران	۲۰
۷	آموزش درباره مواد به والدین، کارکنان و معلمان	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان بهزیستی کشور	وزارت آموزش و پرورش، نیروی انتظامی	۶۰	انجمنهای علمی، مراکز تحقیقاتی، و پژوهشگران	۴۰
۸	آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان به والدین دانش آموزان	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با موادمخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه‌ها، انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، کمیته امداد امام	وزارت آموزش و پرورش، انجمنهای علمی، مراکز آموزشی تحقیقاتی و پژوهشگران	۶۰	انجمنهای علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰

۹	پیشگیری انتخابی مدارس پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد همراه با برنامه های سازنده اوقات فراغت، آموزش هم سالان، ادغام برنامه ویژه مدارس در برنامه محله و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد	وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با موادمخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	وزارت آموزش و پرورش ، نیروی انتظامی	۷۰	سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور، دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن های علمی، مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی و پژوهشگران	۳۰
۱۰	شناسایی افراد در معرض خطر و مشاوره تخصصی با دانش آموز و والدین	وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، قوه قضائیه و ناجا	وزارت آموزش و پرورش	۷۰	سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، انجمن های علمی، مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره، مطبهای روانپزشکی و پژوهشگران	۳۰
۱۱	اختصاص یک واحد درسی با موضوع مهارتهای زندگی و آموزش در باره مواد، برای کلیه رشته های دانشگاهی و مراکز تربیت معلم	وزارت بهداشت، درمان‌وآموزش پزشکی، وزارت علوم	اداره‌کل‌فرهنگی‌وپیشگیری‌ستاد مبارزه با موادمخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمنهای علمی، پژوهشگران‌ووزارت‌آموزش‌وپرورش	دانشگاهها	۵۰	دانشگاهها	۵۰

۱۲	پیش بینی مشاوران ویژه دانشگاه ها و پیشگیری انتخابی محیط های دانشگاهی پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد در دانشکده‌های هنر، خانه های دانشجویی و خوابگاه‌های دانشجویی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی، سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور، انجمنهای علمی و پژوهشگران، نیروی انتظامی	دانشگاهها	۵۰	دانشگاهها، سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور، انجمنهای علمی	۵۰
۱۳	شناسایی دانشجویان مصرف کننده مواد و مشاوره تخصصی به آنان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی، مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره، مطبهای روانپزشکی و پژوهشگران	دانشگاهها	۵۰	مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره دانشگاه‌ها	۵۰

۷- ۲- ۸- برنامه ملی هفتم-برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیطهای کار

جدول شماره ۹: پروژه های برنامه ملی هفتم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی

برنامه همگانی		برنامه های انتخابی		برنامه های موردی	
پروژه	گروه هدف	پروژه	گروه هدف	پروژه	گروه هدف
۱- تهیه بسته های برنامه های آموزش همگانی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی	کلیه محیط های کار	۱- تهیه بسته‌های برنامه‌های انتخابی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی	۱- محیط های کاری پر خطر از نظر دسترسی به مواد ۲- محیط های کاری دارای شرایط آب و هوایی نامساعد ۳- محیط های کاری بالای ۵۰۰ نفر ۴ – محیط های کاری دور از خانواده ۵- محیط های کاری پر استرس ۶-محیط های کاری دارای ساعات کاری بالا مانند سه شیفت کاری و شیفت شب	۱- تهیه بسته های برنامه‌های موردی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی	کارکنان و کارگران مصرف کننده مواد و خانواده های آنها

۲- راه اندازی برنامه یاری کارکنان(EAP) و خانواده ها شامل - ایجاد ساختار - اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیادو پیشگیری ازآن - شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی - خدمات مشاوره ای، معاینات دوره‌ای سلامت روان و آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد - خدمات حمایتی و مددکاری برای کارکنان	همه کارکنان، سرپرستان، مدیران و خانواده های ایشان		۲- راه اندازی برنامه یاری کارکنان (EAP) شامل - ایجاد ساختار - اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن - خدمات مشاوره ای، معاینات دوره ای سلامت روان، ارجاع و آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد - تغییر محیط و خدمات حمایتی و مددکاری		۲- راه اندازی برنامه یاری کارکنان (EAP) شامل - اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن - خدمات مشاوره ای، معاینات دوره ای سلامت روان، درمان و ارجاع اختلالات و بیماری همراه - برنامه های مشاوره ای و درمانی برای خانواده	

جدول شماره ۱۰ : تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی هفتم

ردیف	پروژه ها	تدوین برنامه		اجرای برنامه			
				دولتی		نهادهای غیر دولتی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم درصد	نام	سهم درصد
۱	تهیه بسته های برنامه های همگانی، انتخابی و موردی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی	سازمان بهزیستی	وزارت بهداشت(اداره محیط کار) وزارت کاروامورراجتماعی، اداره کل فرهنگی‌و پیشگیری،اتحادیه‌های صنفی،وجماعت محور، مراکز تحقیقاتی‌وانجمن‌های‌علمی،دانشگاها	وزارت کار ، دفتر پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی	۶۰	اتحادیه‌های صنفی‌وکارگری، و جماعت‌محور، مراکز آموزشی و تحقیقاتی‌و انجمن‌های علمی	۴۰
۲	راه‌اندازی و اجرای برنامه های یاری کارکنان (EAP) و خانواده‌ها در قالب بسته‌های طراحی شده شامل ایجاد ساختار، اطلاع‌رسانی و حساس‌سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن، شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی، خدمات مشاوره‌ای برای کارکنان و خانواده‌ها، معاینات دوره ای سلامت روان، آزمایش تصادفی و بی‌نام اعتیاد، درمان و ارجاع اختلالات و بیماری‌های همراه	سازمان بهزیستی	وزارت بهداشت(اداره بهداشت محیط کار) وزارت کار و امور اجتماعی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری، اتحادیه‌های‌صنفی، وجماعت محور، مراکزتحقیقاتی و انجمن های علمی، دانشگاه ها، نیروی انتظامی، سازمان بسیج مستضعفین	وزارت کار ، دفتر پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی (پلیس‌پیشگیری) یگان‌های نیروهای مسلح	۶۰	اتحادیه‌های صنفی‌وکارگری، و جماعت‌محور، مراکزآموزشی و تحقیقاتی‌و انجمن‌های علمی	۴۰

۸-۲- ۸- برنامه ملی هشتم - برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت ها

جدول شماره ۱۱: پروژه های برنامه ملی هشتم به تفکیک همگانی ، انتخابی و موردی

مداخلات همگانی	
پروژه	**گروه هدف**
۱- پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد	شهرها
۲-«محله‌های رها از اعتیاد»	شهرها
۳- ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی (آموزش جامعه)	روستاها و شهرهای کوچک

مداخلات انتخابی	
پروژه	**گروه هدف**
پیشگیری جماعت محور از اعتیاد	محله های پرخطر در شهرها

مداخلات موردی	
پروژه	**گروه هدف**
پیشگیری جماعت محور از اعتیاد	کودکان و نوجوانان دارای عضو مصرف کننده در خانواده در محله های پرخطر در شهرها
شناسایی افراد در معرض خطر و مداخله از طریق نظام بهداشتی درمانی اولیه	افراد در معرض خطر

جدول شماره ۱۲: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی هشتم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	پیشگیری‌جماعت‌محورازاعتیاد	سازمان بهزیستی‌کشور	شهرداری ها، سازمان بسیج مستضعفین ، دانشگاه‌ها	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری ها، سازمان بسیج مستضعفین	۲۰	سازمانهای مردم‌نهاد و جماعت‌محور	۸۰
۲	«محله‌های رها ازاعتیاد»	سازمان بهزیستی‌کشور	شهرداری‌ها، سازمان بسیج مستضعفین، ناجا، دانشگاه ها	سازمان بهزیستی کشور و شهرداریها، سازمان بسیج مستضعفین	۵۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۵۰
۳	ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی (آموزش جامعه و شناسایی و مداخله افراد در معرض خطر)	وزارت بهداشت	دانشگاه های علوم پزشکی	دانشگاه های علوم پزشکی	۷۰	سازمان های مردم نهاد	۳۰

۹-۲ -۸- برنامه ملی نهم - برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

جدول شماره ۱۳: پروژه های برنامه ملی نهم به تفکیک همگانی ،انتخابی و موردی

مداخلات همگانی	
پروژه	**گروه هدف**
۱- کارزار رسانه‌ایِ ترویج هنجارهای ضداعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد	کودکان و نوجوانان
۲-آموزش ارزشهای اخلاقی و هنجارهای اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد	کودکان و نوجوانان
۳ـ ایجاد و گسترش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت‌ها و وبلاگ‌های فعال در این زمینه	کاربران فضای مجازی

مداخلات انتخابی	
پروژه	**گروه هدف**
۱-قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی در رانندگان و در تصادفات رانندگی و ارائهٔ آموزشهای لازم به رانندگان آزمایش مثبت	شهرهای مرکز استان
۲-قانون آزمایش مواد در نزاعها و حوادث و ارائهٔ آموزشهای لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیدهٔ آزمایش ـ مثبت	

مداخلات موردی	
پروژه	**گروه هدف**
۱-آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان و پرستاران، نیروی انتظامی و داروسازان	شهرهای مرکز استان

جدول شماره ۱۴ : تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی نهم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
				دستگاه های دولتی		نهادهای‌مدنی‌وخصوصی	
		مسئول	مشارکت‌کننده	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	کارزار رسانه‌ایِ ترویج هنجارهای ضداعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد	اداره‌کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان صدا و سیما، وزارت ارشاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان‌بسیج‌مستضعفین	سازمان صدا و سیما، وزارت ارشاد، سازمان بسیج مستضعفین	۵۰	مؤسسات رسانه‌ای، انجمن های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	۵۰
۲	آموزش ارزشهای اخلاقی و هنجارهای اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، انجمن های علمی، متخصصان علوم رفتاری، سازمان بسیج‌مستضعفین،ائمه‌جمعه‌وجماعات و حوزه‌های‌علمیه	وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت	۲۰	انجمن های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	۸۰
۳	ایجاد و گسترش برنامه های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت ها و وبلاگ های فعال در این زمینه	کارگروه راهبردی ـ تخصصی پیشگیری	دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	۲۰	مؤسسات ارائه دهنده خدمات فضای مجازی، انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان‌های مردم نهاد و جماعت‌محور	۸۰

۴	قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد در حال رانندگی و در تصادفات رانندگی و ارائهٔ آموزشهای لازم به رانندگان دارای آزمایش مثبت	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	مجلس شورای اسلامی، راهور ناجا، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، انجمن های علمی، متخصصان علوم رفتاری، سازمانهای مردم‌نهاد و جماعت‌محور	راهور ناجا	۳۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمانهای مردم‌نهاد و جماعت‌محور	۷۰
۵	قانون آزمایش مواد در نزاعها و حوادث و ارائهٔ آموزشهای لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیدهٔ آزمایش مثبت	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	مجلس شورای اسلامی، ناجا، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، انجمن های علمی، مراکز علمی و دانشگاه ها ، متخصصان علوم رفتاری، سازمانهای مردم‌نهاد و جماعت‌محور	ناجا	۳۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمانهای مردم‌نهاد و جماعت‌محور	۷۰
۶	آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان، داروسازان، پرستاران و کلیه ضابطین قضایی	وزارت بهداشت	سازمان بهزیستی کشور، انجمنهای علمی و متخصصان علوم رفتاری، مراکز علمی و دانشگاه ها ، سازمان بسیج مستضعفین	وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور	۲۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۸۰

بخش نهم - منابع و بودجه

۱- کلیه دستگاه‌های موضوع این طرح موظفند برنامه و بودجه سالیانه پیشگیری خود را مطابق این طرح تهیه و تدوین نمایند.

۲- برآوردهای مندرج در جداول بودجه برای یکسال پیش‌بینی شده‌اند .در سال‌های بعد متناسب با روند پیشرفت کار و ارزیابی هر برنامه ملی و پروژه های مرتبط با آن برآوردها قابل اصلاح می‌باشند.

۳- معاونت راهبردی ریاست جمهوری موظف است در بودجه سالیانه حداکثر ۸۰ درصد از برآوردهای مندرج در جداول بودجه پروژه‌ها را به صورت مستقیم به دستگاه‌های مربوطه پرداخت کند و در موافقتنامه بودجه، هزینه اعتبارات مذکور را توسط دستگاه ها موکول به تأیید پروژه آنها توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر نماید و حداقل ۲۰ درصد از برآورد هزینه اجرای طرح در ردیف مستقل اعتبارات ستاد به بودجه پیشگیری اختصاص داده شود .

۴- استانداری ها موظف اند ۱۰ درصد از اعتبارات بودجه فرهنگی استان را به اجرای این طرح در استان اختصاص دهند .

۵- در صورت تعدیل ارقام بودجه مندرج در جداول، دراهداف کمی برنامه، در تعداد جمعیت تحت پوشش برنامه ها تجدید نظر شده، به نسبت کسری بودجه از تعداد آنها کاسته خواهد شد.

۱-۹- برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده ها ی اجتماعی اعتیاد

جدول شماره ۱۵: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی اول

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون‌ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	طراحی و تدوین نظام رصدِ تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و ارائه گزارش سالیانه	کل جمعیت	طراحی	۱۰۰	۵۰۰
			اجرا	۳۰۰	
			ارائه‌گزارش سالیانه	۱۰۰	
۲	تدوین سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و حمایت یابی برای تحقق آن	کل جمعیت	تدوین سند	۱۰۰	۱۰۰
۳	پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد	کل جمعیت	پایش و ارزشیابی	۲۰۰	۲۰۰
۴	انجام مطالعات اولویت‌بندی‌شده در زمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد	کل جمعیت	مطالعه	۲۰ مطالعه ×۱۰۰= ۲۰۰۰	۲۰۰۰
۵	مطالعه ابعاد جرم شناختی قوانین مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد	کل جمعیت			۲۰۰
	جمع				۳۰۰۰

۲-۹- برنامه ملی اصلاح نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۱۶: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی دوم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت‌پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل‌بودجه (میلیون ریال)
۱	آسیب شناسی نظام مدیریت (درون سازمانی و بین سازمانی) پیشگیری از اعتیاد	-	ارزیابی مشکلات	۲۰۰	۲۰۰
			ارزیابی هر سازمان ۱۰ میلیون و ارزیابی بین سازمانی ۱۰ میلیون‌ریال		

۲	ایجاد ساختار پیشگیری در سازمان های مسئول یا ارتقاو توسعه آنها در سطوح ستادی و استانی	–	ایجاد ساختار سرانه راه اندازی یا ارتقا وضعیت در هر سازمان با در نظر گرفتن متوسط ۳ کارشناس در هر دفتر ۲۵۰ میلیون ریال برای هر دفتر ×۱۰ سازمان×۳۲ استان	۸۰۰۰۰	۸۰۰۰۰
۳	پیاده سازی نظام اجرایی سند جامع پیشگیری در سطوح ستادی و استانی	–	تحقق نظام اجرایی با در نظر گرفتن ۵ نفر در هر استان و ۵۰ ساعت فعالیت در ماه هر ساعت ۱۰۰ هزار ر یال × ۱۲ ماه× ۳۰ استان	۹۰۰۰	۹۰۰۰
۴	ظرفیت سازی دستگاه های دولتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد	–	افزایش ظرفیت و توانمندی نیروی انسانی	هزینه های آن در بند ۳ همین برنامه و بند ۷ برنامه ملی سوم در نظر گرفته شده است.	–
۵	طراحی نظام بودجه ریزی و تخصیص اعتبار و مبتنی کردن بودجه های ستادی و استانی بر اساس ارائه برنامه های استاندارد و پایش و ارزشیابی برنامه ها	–	اصلاح نظام بودجه ریزی	–	–
۶	متناسب سازی نظام بودجه ریزی و اعتبارات پیشگیری از اعتیاد با اقتضائات این سند	–	افزایش اعتبارات	–	–
جمع					**۸۹۲۰۰**

۳-۹- برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۱۷: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی سوم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	انجام پژوهشهای پیشگیری از اعتیاد در حوزه های مطالعات سبب شناسی، مطالعات اثر بخشی مداخلات، نیاز سنجی، امکان سنجی و آینده پژوهی	-	اولویت بندی مبتنی بر شواهد	۲۰۰	۲۰۲۰۰
			سالانه ۱۰۰ پژوهش × میانگین ۲۰۰	۲۰۰۰۰	
۲	رصد وضعیت اعتیاد در کشور	-	تعیین شاخص ها و روش های اجرایی: بودجه قبلاً تخصیص یافته است. ۲۰ شاخص × میانگین ۴۰۰	۸۰۰۰	۸۰۰۰
۳	پایش و ارزشیابی برنامه های پیشگیری از اعتیاد	-	۵۰ برنامه در سال × میانگین ۲۰۰	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۴	طراحی و پیاده سازی نظام مدیریت، ترجمان، عملی سازی و مبادله دانش پیشگیری از اعتیاد	-	اولویت بندی مبتنی بر نیازسنجی: ۱۵۰ (هزینه شامل نیازسنجی و اولویت بندی پروژه‌های ۵ و۶ و ۸ نیز می باشد)	۱۵۰	۱۱۵۰
			تدوین ۵ راهنما در سال × میانگین ۲۰۰	۱۰۰۰	
۵	تولید و چاپ منابع علمی ـ آموزشی	-	(هزینه نیازسنجی و اولویت بندی در پروژه ۴ آورده شده است)	-	۴۰۰
			تألیف/ترجمه و چاپ ۲۰۰۰ صفحه کتاب در ۱۰۰۰ نسخه در سال × میانگین هر صفحه ۲۰۰ ریال	۴۰۰	

۶	تشکیل بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد	-	(هزینه نیازسنجی و اولویت بندی در پروژه ۴ آورده شده است)	–	۵۶۰
			بانک اطلاعاتی[۶۱](دارای ۷ جزء) × میانگین ۸۰ میلیون ریال به ازای هر جزء در سال	۵۶۰	
۷	تربیت نیروی انسانی متخصص پیشگیری از اعتیاد	-	طراحی ۳ دوره × میانگین ۱۰۰	۳۰۰	۱۰۳۰۰
			سالانه ۱۰۰ نفر فارغ التحصیل (به طور متوسط دوره های دو ساله) × میانگین ۱۰۰	۱۰۰۰۰	
۸	ارتقاء دانش تخصصی و سطح آموزشی نیرو های انسانی فعال در پیشگیری از اعتیاد	آموزشی نیروهای انسانی فعال درپیشگیری	(هزینه نیازسنجی و اولویت بندی در پروژه ۴ آورده شده است)	–	۸۰۰
			سالانه ۴۰۰ نفر/ دوره تکمیلی (به طور متوسط دوره های ۵ روزه) × میانگین ۲	۸۰۰	
۹	حمایت از تشکیل مراکزوموسسات علمیآموزشی پژوهشی خصوصی و دولتی برای پیشگیری از اعتیاد	بودجه آن در برنامه ملی چهارم آورده شده است.			
جمع					۵۱۴۱۰

[۶۱] Database

۴-۹- برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۱۸: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی چهارم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	بسترسازی و تسهیل در راه اندازی و فعالیت سازمانهای مردم نهاد و جماعت محور	سازمان های مردم نهاد	تعداد سازمانهای مردم نهاد[۶۲] * سرانه سالیانه هرسازمان (۱۰/۰۰۰/۰۰۰/ریال)	۵۵۰۰/	۵۵۰۰/
۲	توانمند سازی و ظرفیت افزایی و ارتقا سطح‌مشارکت سازمانهای مردم نهادو جماعت محور در سیاستگذاری و برنامه ریزی	سازمان های مردم نهاد	تعداد سازمانهای مردم نهاد * سرانه سالیانه هرسازمان (۱۰/۰۰۰/۰۰۰/ریال)	۵۵۰۰/	۵۵۰۰/
۳	حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی در پیشگیری از اعتیاد	سازمان های مردم نهاد	تعداد خانوارهای تحت پوشش[۶۳] * سرانه سالیانه هر خانوار[۶۴] (۲۵۰/۰۰۰/ریال)	هزینه های اجرای این برنامه در برنامه ملی پنجم و نهم پیش بینی شده است	
۴	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه های سازمان های غیر دولتی فعال در پیشگیری	سازمان های مردم نهاد	تعداد سازمانهای مردم نهاد * سرانه سالیانه هرسازمان (۱۰/۰۰۰/۰۰۰/ریال) تعداد سازمانهای توانمند ساز[۶۵] * سرانه سالیانه هر سازمان (۵۰/۰۰۰/۰۰۰/ریال)	۲۱/۵۰۰/	۲۱/۵۰۰/
۵	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه های سازمان های جماعت محور فعال در پیشگیری	سازمان های جماعت محور	تعداد سازمانهای جماعت محور فعال در پیشگیری[۶۶] * سرانه سالیانه هرجماعت (۱۰۰۰/۰۰۰/ریال)	۶/۴۰۰/	۶/۴۰۰/
	جمع				۳۸/۹۰۰/

[۶۲] درحال حاضر تعداد سازمان هاي مردم نهاد معادل ۵۰۹ سازمان ميباشد.

[۶۳] بر اساس سرشماري سال ۱۳۸۵ تعداد خانوارهاي كشور معادل ۱۷/۵۰۰/۰۰۰/ ميباشد كه با احتساب متوسط پوشش سالیانه ۸ درصد در ۵ سال برنامه پنجم تعداد ۱/۴۰۰/۰۰۰/ خانوار تحت پوشش خواهند بود.

[۶۴] براي هر خانوار سالیانه ۱۰ بسته آموزشي چاپي ۳ سي دي و روزانه يك ساعت برنامه از صدا و سيما در نظر گرفته شده است.

[۶۵] براي هر استان سالیانه تعداد ۱۰ سازمان جماعت محور پيش بيني شده است كه جمعا شامل ۳۲۰/ در سال مي شود.

[۶۶] براي هر استان سالیانه تعداد ۲۰۰ سازمان جماعت محور پيش بيني شده است كه جمعا شامل ۶/۴۰۰/جماعت در سال مي شود.

۵-۹- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده ها

جدول شماره ۱۹: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی پنجم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآوردکل بودجه (میلیون ریال)
۱	برنامه اطلاع رسانی،آموزش و ارتباطی[۶۷]در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد به خانواده ها	خانوارها	تعداد خانوارهای تحت پوشش *سرانه سالیانه هر خانوار (۲۰/۰۰۰/ ریال)	۱۶۸/۰۰۰/ (۶۸)	۱۶۸/۰۰۰/ (۶۹)
۲	آموزش به خانواده ها شامل فرزند پروری و آموزش‌زندگی‌خانوادگی	خانوارها	تعداد خانوارهای تحت پوشش *سرانه سالیانه هر خانوار (۱۰۰/۰۰۰/ ریال)		
۳	شناسایی خانواده ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش، حمایت، مددکاری و ...	خانوارهای در معرض خطر	مطالعه مراکز استانها + مطالعه ۳۲شهر با جمعیت متوسط + مطالعه روستاهای نمونه	۴۸/۰۰۰/	۴۸/۰۰۰/
			تعداد خانوارهای تحت پوشش[۷۰] * سرانه سالیانه هر خانوار (۱۰۰/۰۰۰/ ریال)	۱۴/۰۰۰/	۱۴/۰۰۰/
			تعداد خانوارهای تحت پوشش[۷۱] * سرانه سالیانه هر خانوار (۱۰۰/۰۰۰/ ریال)	۷/۰۰۰/	۷/۰۰۰/
۴	آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل	کودکان‌بازمانده از تحصیل	تعداد کودکان بازمانده از تحصیل [۷۲] * سرانه سالیانه هر کودک (۲۵۰/۰۰۰/ ریال)	۱۶۰/۰۰۰/	۱۶۰/۰۰۰/
	جمع				۳۹۷/۰۰۰

---

[۶۷] IEC)(Information – Education – Communication

[۶۸] شامل جمع هزينه هاي ٦ برنامه اول با پيش فرض پوشش ۱/٤۰۰/۰۰۰/ خانوار

[۶۹] شامل جمع هزينه هاي ٦ برنامه اول با پيش فرض پوشش ۱/٤۰۰/۰۰۰/ خانوار

[۷۰] با پيش فرض شيوع ۱۰ درصدي خانواده هاي بحراني

[۷۱] با پيش فرض شيوع ٥ درصدي خانواده هاي در معرض خطر

[۷۲] بر اساس برآوردهاي انجام شده بر مبناي سرشماري سال ۱۳۸٥ تعداد كودكان بازمانده از تحصيل حدود ۳/۲۰۰/۰۰۰/ نفر برآورد مي شود.با پيش فرض پوشش سالیانه ۲۰ درصد آنها.

۶-۹- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیطهای آموزشی

جدول شماره ۲۰: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی ششم[۷۳]

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	روش برآورد	بودجه (میلیون ریال)
۱	راه اندازی گروه تخصصی آموزشگر، مشاور و ناظر بر فعالیتهای مدارس در هر منطقه	-	به ازای هر ۳۰ مدرسه، یک گروه دو نفره کارشناس ارشد آموزش دیده تمام وقت، جمعاً ۳۳۰ گروه × سالانه ۹۶ میلیون ریال (بودجه بخش بزرگی از وظایف آنان در ردیف ۲ دیده شده است.)	۳۱،۶۸۰
۲	آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس	مشاوران مدارس	آموزش ۵ روزه مدرسین و مشاوران، به ازای هر مدرسه دو نفر: سالانه ۲۰،۰۰۰ نفر × میانگین یک میلیون ریال	۲۰،۰۰۰
۳	اجرای برنامه های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و مهارت زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه مهارت زندگی و نیز ارتقای برنامه های جایگزین	دانش آموزان	بودجه آموزش مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید جزئی از وظایف جاری مشاوران مدارس باشد. به ازای هر مدرسه یک میلیون ریال برای تقویت برنامه های جاری در نظر گرفته می شود.	۱۰،۰۰۰

---

[۷۳] جمعیت تحت پوشش در مدارس:

بر اساس تعداد ۱۳ میلیون دانش آموز و پوشش ٤٠ درصد از آنها تا ٥ سال، سالانه يك ميليون دانش آموز (یا به طور میانگین ۱۰،۰۰۰ مدرسه) در برنامه های همگانی باید تحت پوشش قرار گیرد.

بر اساس محاسبه جمعیت ۷۰ درصدی شهری که یک دهم آن را محله های پرخطر تشکیل دهند و پوشش صد درصدی برای این گروه، سالانه ۲۰۰ هزار دانش آموز (یا به طور میانگین ۲۰۰۰ مدرسه) باید تحت پوشش برنامه های انتخابی قرار گیرند.

بر اساس تخمین شیوع ۳ درصدی مصرف طول عمر هر ماده غیرقانونی در کل دانش آموزان دبیرستانی، تعداد دانش آموزان مصرف کننده ۹۰ هزار نفر خواهد بود. بر اساس تعداد ۱/۲ میلیون معتاد که ٤٠ درصد آنها با فرزندانشان زندگی می کنند و فرض اینکه یک چهارم از این افراد یک فرزند دبیرستانی دارند، ۱۲۰ هزار دانش آموز دارای یک والد معتاد می باشد. اگر این دو رقم افراد در معرض خطر در ٥٠ درصد هم پوشانی داشته باشد و با فرض ضرورت پوشش ۱۰۰ درصدی این افراد در برنامه های موردی، سالانه ۳۳ هزار دانش آموز دبیرستانی باید زیر پوشش بروند.

جمعیت تحت پوشش در دانشگاهها:

بر اساس تعداد ٤ میلیون دانشجو و پوشش ٤٠ درصد از آنها تا ٥ سال، سالانه ۳۲۰ هزار دانشجو (یا به طور میانگین ۸۰۰ دانشکده) در برنامه های همگانی باید تحت پوشش قرار گیرد.

يك چهارم از دانشجویان در محیطهای پرخطر تلقی شده و با احتساب پوشش ٤٠ درصد سالانه ۸۰ هزار دانشجو باید تحت پوشش برنامه های انتخابی قرار گیرند.

بر اساس تخمین شیوع ۱۰ درصدی مصرف طول عمر هر ماده غیرقانونی در کل دانشجویان، و با فرض ضرورت پوشش ۱۰۰ درصدی این افراد، سالانه ۸۰ هزار دانشجو باید زیر پوشش برنامه های موردی قرار گیرند.

۴	اجرای برنامه مدارس رها از اعتیاد با تأکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد	دانش آموزان	تدوین ملاکهای برخورداری از عنوان «مدرسهٔ رها از اعتیاد» ارزیابی هر مدرسهٔ متقاضی ۵ میلیون ریال × ۱۰۰۰ مدرسه اعطای نشان «مدرسه رها از اعتیاد» و ارائه مشوق۳۰۰ مدرسه × ۱۲ میلیون ریال	۱۰۰ ۵،۰۰۰ ۳۶،۰۰۰
۵	شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان	دانش آموزان	بودجه آموزش مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید جزئی از وظایف جاری مشاوران مدارس باشد.	
۶	گنجاندن مطالب مناسب در باره مواد و راه های پیشگیری	دانش آموزان	۵۰ کتاب درسی، هر درس میانگین یک عنوان × میانگین ۲۰ میلیون ریال	۱۰۰۰
۷	آموزش درباره مواد به والدین، کارکنان و معلمان	والدین، کارکنان و معلمان	آموزش مدرسین و مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است.این وظیفه بایدبه مجموعه وظایف جاری مشاوران مدارس اضافه‌شود.	
۸	آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان (Parenting Skills)	والدین	آموزش مدرسین و مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید به مجموعه وظایف جاری مشاوران مدارس اضافه شود.	
۹	برنامه های انتخابی و موردی مدارس (پروژه‌های ۹ و ۱۰)	دانش آموزان پرخطر	بودجه برنامه های اوقات فراغت مفید و کارزارهای پیشگیری از اعتیاد در ۵۶۰ مدرسه × سالانه هر مدرسه ۲۰ میلیون ریال	۴۰،۰۰۰
۱۰	اختصاص یک واحد درسی با موضوع مهارتهای زندگی و آموزش در باره مواد، برای کلیه رشته های دانشگاهی و مراکز تربیت معلم	دانشجویان	تدوین طرح درس و فهرست منابع: ۱۰۰ میلیون ریال حق التدریس یک نفر استاد، به ازای هر دو دانشکده یک استاد × ۸۰۰ دانشکده × سالانه ۱۸۰ میلیون ریال	۷۲،۱۰۰
۱۱	پیش‌بینی مشاورین ویژه دانشگاه‌ها و برنامه‌های انتخابی و موردی دانشگاه‌ها (پروژه‌های ۱۲ و ۱۳)	دانشجویان پرخطر	هر دو دانشکده یک مشاور ویژه × ۸۰۰ دانشکده × سالانه ۷۲ میلیون ریال بودجه کارزارهای پیشگیری از اعتیاد در ۸۰۰ دانشکده × سالانه هر دانشکده ۱۰ میلیون ریال	۱۸،۴۰۰
	جمع		**۲۵۲،۶۸۰**	

۷-۹- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیطهای کار

جدول شماره ۲۱: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی هفتم

ردیف	پروژه	جمعیت هدف	عملیات	روش برآورد	مبلغ (میلیون ریال)
۱	تهیه بسته های برنامه های همگانی، انتخابی و موردی با مشارکت کارکنان	کارکنان محیط‌های کاری	نیاز سنجی طبقه بندی محیط های کاری بر اساس میزان خطر مصرف مواد تدوین برنامه پایش و ارزشیابی	تدوین هر بسته برنامه(همگانی، انتخابی، موردی) ۱۵۰ میلیون ریال×۳ + آموزش آموزشگران (۱۰ آموزشگر×هر آموزشگر ۱۰ کار گاه برای ۷ محیط کار در سال× هر کارگاه ۲۰ میلیون ریال) + تعیین محیط های پرخطر ۵۰ میلیون ریال + پایش و ارزشیابی هر برنامه ۱۰۰ میلیون ریال×۳	۲۸۰۰
۲	راه اندازی و اجرا برنامه های یاری کارکنان(EAP) و خانواده ها	کارکنان محیط‌های کاری	ایجاد ساختار اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن خدمات مشاوره ای برای کارکنان و خانواده ها معاینات دوره ای سلامت روان آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد درمان و ارجاع اختلالات و بیماری های همراه خدمات حمایتی و مددکاری برای کارکنان	در سال اول در ۷۰۰ واحد شغلی ایجاد ساختار(با متوسط سه نفر پرسنل در هر واحدشامل مددکار، روانشناس و منشی) در هر واحد ماهیانه ۱۵۰ میلیون ریال×۱۲ + متخصص۲۰ ساعت در ماه هر ساعت ۲۰۰۰۰۰ ریال ×۱۲ + سایر خدمات ۱۰ میلیون ریال×۱۲ × ۷۰۰ + آزمایش تصادفی ۱۰ هزار ریال برای هر نفر× هر ماه ۵۰ نفر در هر محیط کار(۱۰٪ از متوسط ۵۰۰ نفر) ×۱۲ ماه ×۷۰۰	۱۷۲۲۰۰
	جمع				۱۷۵۰۰۰

۸-۹- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت ها

جدول شماره ۲۲: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی هشتم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	پیشگیری جماعت محور از اعتیاد	اعضای جماعت‌ها ی شهری	فعالیتهای ستادی د س م م م و بخشهای ستادی و استانی سازمانهای عضو برای حمایت‌یابی	۱۰۰	۷۳۸۲۰
			برگزاری ۳۵ کارگاه آموزشی	۲۱۰۰	
			کمک به تشکیل ۶۰۰۰ سازمان جماعت‌محور	۶۰۰۰	
			کمک به تشکیل ۲۰۰ ائتلاف و شبکهٔ اجتماعی میان سازمانهای جماعت‌محور تشکیل‌شده	۲۰۰	
			برگزاری یک همایش کشوری	۲۰۰	
			برگزاری ۳۰ همایش استانی برای تبادل تجارب	۱۵۰۰	
			پایش فعالیت ۱۲ سازمان عضو ستاد	۱۲۰	
			پایش فعالیت بخشهای استانی سازمانهای عضوستاد	۳۶۰۰	
			فعالیت ۶۰۰۰ سازمان جماعت‌محور در محلات (اجرای‌مداخلات‌پیشگیری‌همگانی،انتخابی‌وموردی)	۶۰۰۰۰	
۲	«محله‌های رها از اعتیاد»	ساکنان محله های شهری	تدوین‌ملاکهای برخورداری‌ازعنوان«محلهٔ‌رهاازاعتیاد»	۱۰۰	۶۶۱۰۰
			ارزیابی‌هرمحلهٔ‌متقاضی۵ میلیون ریال × ۶۰۰۰ محله	۳۰۰۰۰	
			اعطای نشان «محله رها از اعتیاد» و ارائه مشوق ۱۲ میلیون ریال × ۳۰۰۰	۳۶۰۰۰	
۳	ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی	روستاها و شهرهای کوچک	برگزاری کارگاه های آموزشی برای پزشکان خانواده و سایر کارکنان بهداشتی درمانی ۳۰ میلیون ریال × ۱۰ کارگاه کوچک برای ۸۰ نفر	۳۰۰	۹۶۰۰
			پایش و ارزشیابی برنامه	۳۰۰	
			کمک به اجرای برنامه از طریق کمک به تامین منابع برای به کار گیری کارشناس بهداشت روان	۹۰۰۰	
			جمع		۱۴۹۵۲۰

۹-۹- برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

جدول شماره ۲۳: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی نهم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	کارزار رسانه‌ای ترویج هنجارهای ضداعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد	کل جمعیت	طراحی کل کارزار	۲۳۰۰	۲۵۳۰۰
			ساخت و پخش سریال هفتگی	۲۰۰۰۰	
			رسانه‌های یادآور	۳۰۰۰	
۲	آموزش ارزشهای اخلاقی و هنجارهای اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد	دانش آموزان	تدوین ۶ بسته آموزشی (سنتی/ متجدد × دبستان/راهنمایی/ دبیرستان) × ۵۰ میلیون ریال	۳۰۰	۴۵۵۰۰
			آموزش ۱۰۰ تا ۱۵۰ آموزشگر استانی (۱۰ کارگاه سه‌روزهٔ ۱۰تا۱۵ نفره ×۲۰ میلیون‌ریال)	۲۰۰	
			آموزش ۳۰ تا ۴۵ هزار نفر در کشور (۲ کارگاه سه روزهٔ ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۵۰ هفته × ۳۰ استان × ۱۵ میلیون ریال)	۴۵۰۰۰	
۳	ایجاد و گسترش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت‌ها و وبلاگ‌های فعال در این زمینه	کاربران فضای مجازی	خرید فضای مجازی مورد نیاز	۶۰	۲۷۱۰
			طراحی سایت‌ها و تدوین نرم‌افزارهای مورد نیاز	۵۰۰	
			تدوین دستورالعمل‌ها و منشور استفاده از فضای مجازی پیشگیری	۵۰	
			تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی	۱۵۰۰	
			پایش و نظارت بر فضای مجازی پیشگیری	۶۰۰	
۴	قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی و ارائهٔ آموزش‌های لازم به‌رانندگان دارای آزمایش مثبت	رانندگان	تدوین قانون	۱۰۰	۳۱۲۰۰
			حمایت‌یابی از ۵ کمیسیون مرتبط	۱۰۰	
			انجام آزمایش (۱۰۰۰۰ نفر × ۳۰ شهر مرکز استان × ۱۰۰۰۰ ریال)	۳۰۰۰۰	
			انجام آموزش (۱۰۰۰ کارگاه دوساعته × ۱ میلیون ریال)	۱۰۰۰	
۵	قانون آزمایش مواد در نزاعها و حوادث و ارائهٔ آموزشهای لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیدهٔ آزمایش مثبت	افراد درگیر در نزاع‌ها و حوادث	تدوین قانون	۱۰۰	۳۱۲۰۰
			حمایت‌یابی از ۵ کمیسیون مرتبط	۱۰۰	
			انجام آزمایش (۱۰۰۰۰ نفر × ۳۰ شهر مرکز استان × ۱۰۰۰۰ ریال)	۳۰۰۰۰	
			انجام آموزش (۱۰۰۰ کارگاه دوساعته × ۱ میلیون ریال)	۱۰۰۰	
۶	آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان و پرستاران	پزشکان و پرستاران	آموزش ۱۰۰ تا ۱۵۰ آموزشگر استانی (۱۰ کارگاه سه روزهٔ ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۲۰ میلیون ریال)	۲۰۰	۴۵۲۰۰
			آموزش ۳۰ تا ۴۵ هزار نفر در کشور (۲ کارگاه سه روزهٔ ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۵۰ هفته × ۳۰ استان × ۱۵ میلیون ریال)	۴۵۰۰۰	
	جمع				**۱۸۱۱۱۰**

۱۰-۹-هزینه کل یک سال

ردیف	برنامه ملی	برآورد (میلیون ریال)	سهم از کل بودجه سالانه (درصد)
۱	برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده‌های اجتماعی اعتیاد	۳/۰۰۰/	۰/۲
۲	برنامه ملی اصلاح نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد	۸۹/۲۰۰/	۶/۷
۳	برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد	۵۱/۴۱۰/	۳/۸
۴	برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد	۳۸/۹۰۰/	۲/۹
۵	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده ها	۳۹۷/۰۰۰/	۲۹/۷
۶	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیطهای آموزشی	۲۵۲/۶۸۰/	۱۸/۹
۷	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیطهای کار	۱۷۵/۰۰۰/	۱۳/۲
۸	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت ها	۱۴۹/۵۲۰/	۱۱/۲
۹	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه	۱۸۱/۱۱۰/	۱۳/۴
	جمع کل	۱/۳۳۷/۸۲۰/	۱۰۰

بخش دهم – نظام اجرایی طرح

نظام اجرایی سند جامع پیشگیری در چارچوب سازمان موجود دستگاه های مرتبط طراحی شده است و از این رو نیازمند ایجاد ساختار جدید نمی باشد. بر این اساس دستگاه های عضو و مرتبط موظف اند نظام اجرایی طرح را به قرار زیر تا حداکثر سه ماه پس از تصویب طرح عملیاتی کنند :

۱- اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان نهاد مسئول هماهنگ کننده و نظارت بر اجرای این سند وظایف زیر را عهده دار می باشد:

الف- تشکیل کارگروه راهبردی ـ تخصصی پیشگیری مرکب از نمایندگان تام الاختیار دستگاه‌های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد که در یکی از رشته های مربوطه از جمله پزشکی، پزشکی اجتماعی ،روانپزشکی،روانشناسی،جامعه شناسی، مددکاری اجتماعی، اقتصاد،هنر و ارتباطات و حقوق از تخصص کافی برخوردار باشند، مدیران پنج سازمان مردم نهاد و جماعت‌محور فعال در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد و پنج نفر صاحب نظر در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد ـ ترجیحاً عضو اتاق فکر پیشگیری – در یکی از تخصص های مورد اشاره .

تبصره۱: دستگاه های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد عبارت‌اند از : وزارت‌خانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، علوم، تحقیقات و فنآوری، وزارت کشور، وزارت کار و امور اجتماعی (بعنوان مدعوّ) و سازمان‌های بهزیستی، صدا و سیما، زندان ها، تبلیغات اسلامی، بسیج مستضعفین، تربیت بدنی، ملی جوانان، ناجا، ستاد کل نیروهای مسلح ، کمیته امداد امام خمینی(ره)، شهرداری (بعنوان مدعوّ)، دانشگاه آزاد اسلامی و اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد (دبیر کمیته).

تبصره۲: پنج مدیر سازمانهای مردم‌نهاد و جماعت‌محور وپنج نفر صاحب نظر به پیشنهاد مدیر کل فرهنگی و پیشگیری ستاد و حکم جانشین ستاد برای مدت دو سال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلا مانع می باشد.

تبصره۳ : اداره کل فرهنگی و پیشگیری موظف است حداکثر یکماه پس از تصویب سند جامع, آئین نامه تشکیل کارگروه راهبردی- تخصصی پیشگیری را تدوین و به تصویب نهایی کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد برساند.

ب- بررسی و تصویب نهایی کلیه پروژه ها در برنامه های ملی و ابلاغ کلیه مصوبات به دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد

ج- نظارت بر حسن اجرای سند جامع پیشگیری و ارزشیابی و پایش پروژه دستگاههای اجرایی از نظر رعایت سیاست ها, اصول و فنون پیشگیری و ارائه گزارش سالیانه پیشرفت سند و نیز گزارش های موردی به ستاد در موارد مقتضی جهت اتخاذ تصمیمات لازم.

د- توزیع منابع تخصیص یافته به پیشگیری بر اساس مفاد این طرح و نتایج ارزشیابی و پایش فعاالیت دستگاههای موضوع بند"د"

تبصره: اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر برای اجرای وظایف خود در این طرح موظف است، نیروی انسانی و امکانات لازم را در سقف سازمانی مصوب پیش‌بینی کند.

۲-وظایف کارگروه راهبردی- تخصصی پیشگیری به قرار زیر است:

الف- تدوین پیش نویس دستورالعمل ها و آئین نامه ها و بررسی تخصصی موارد مرتبط با سند جامع

ب- بررسی طرح ارزشیابی و پایش کلیه پروژه ها در برنامه های ملی

ج- اولویت بندی پروژه‌ها در صورت تعدیل اعتبارات پیش بینی شده و کمبود منابع اختصاص یافته

۳- به منظور اجرای سند جامع در هر استان دبیر کمیته فرهنگی و پیشگیری شورای هماهنگی استان دبیر اجرایی طرح در استان می‌باشد. وظایف دبیر اجرایی استان عبارت است از :

الف- تشکیل کار گروه راهبردی ـ تخصصی پیشگیری مرکب از نمایندگان تام الاختیار دستگاه‌های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری استان که در یکی از زمینه های مربوطه از جمله پزشکی ،پزشکی اجتماعی، روانپزشکی، روانشناسی، جامعه شناسی، مددکاری اجتماعی، اقتصاد، هنر و ارتباطات و حقوق از تخصص کافی برخوردار باشند، مدیران سه سازمان مردم نهاد فعال و جماعت محور در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد و سه نفر صاحب‌نظر در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد در یکی از تخصص‌های مورد اشاره.

تبصره۱: سه نفر مدیر سازمان مردم نهاد فعال و جماعت محور و سه نفر صاحب نظر به پیشنهاد دبیر شورای هماهنگی استان و حکم رییس شورای هماهنگی استان برای مدت دو سال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع می‌باشد.

تبصره۲ : اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد موظف است حداکثر یک ماه پس از تصویب سند جامع, آئین نامه تشکیل کار گروه راهبردی- تخصصی پیشگیری استانها را تدوین و پس از تصویب نهایی کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد به شوراهای هماهنگی استانها ابلاغ کند.

ب- بررسی و تصویب نهایی کلیه پروژه های استان و ابلاغ کلیه مصوبات به دستگاههای فرهنگی و پیشگیری استان

ج- نظارت بر حسن اجرای سند جامع پیشگیری و ارزشیابی و پایش پروژه های دستگاههای اجرایی از نظر رعایت سیاست ها, اصول و فنون پیشگیری و ارائه گزارش سالیانه و موردی به اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد در موارد مقتضی جهت اتخاذ تصمیمات لازم.

۴- وظایف کارگروه راهبردی- تخصصی پیشگیری استان به قرار زیر است:

الف- تدوین پیش نویس دستورالعمل ها و آئین نامه های اجرایی مرتبط با سند جامع

ب- بررسی طرح ارزشیابی و پایش کلیه پروژه های استانی

۵- کلیه وزارت خانه ها و دستگاههای عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد موظفند نسبت به تشکیل "کار گروه پیشگیری از اعتیاد" زیر نظر بالاترین مقام مدیریت دستگاه متبوع یا نماینده تام الاختیار وی اقدام کنند.

تبصره: آئین نامه تشکیل کار گروه فرهنگی و پیشگیری و دفاتر پیشگیری شامل شرح وظایف و ساختار و ترکیب اعضا به پیشنهاد اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد و پس از تصویب کمیته فرهنگی و پیشگیری برای کلیه دستگاههای عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد لازم‌الاجرا خواهد بود.

۶- کلیه دستگاههای مسئول و مرتبط موظف اند تا حد ممکن در اجرای طرح از نیروی انسانی با وضعیت استخدامی رسمی خوداستفاده نموده یا نسبت به تثبیت وضعیت استخدامی نیروهای درگیر طرح اقدام نمایند.

بخش یازدهم- دوره زمانی و مراحل اجرای سالیانه

۱- این برنامه در دوره زمانی پنج ساله(۱۳۹۳-۱۳۸۹) براساس مراحل زیر در پنج دوره یک ساله به اجرا در خواهد آمد:

۱. تعیین و تصویب پروژه های سالیانه سند جامع توسط کارگروه ملی و استانی راهبردی-تخصصی پیشگیری، و کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد با مشارکت دستگاههای مربوطه مطابق جدول تقسیم کار ملی(پیوست طرح)

۲. تعیین و تصویب سازمان های مسئول تدوین هر پروژه توسط کار گروه‌های ملی و استانی راهبردی-تخصصی پیشگیری و کمیته فرهنگی و پیشگیری ابلاغ آن به سازمان های مربوطه

۳. ارائه طرح پروژه ها توسط سازمان های مسئول تدوین مطابق دستورالعمل های مصوب کار گروه ملی راهبردی- تخصصی و کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد و حداکثر تا پایان نیمه اول هر سال برای سال آینده

۴. بررسی پروژه ها و اصلاح و تصویب نهایی آنها توسط کارگروه ملی و استانی راهبردی- تخصصی و کمیته فرهنگی و پیشگیری

تبصره – بررسی و تصویب پروژه های ملی کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد و پروژه های استانی در صلاحیت کمیته های فرهنگی و پیشگیری استانها میباشد.

۵. ابلاغ پروژهها و تخصیص بودجه آنها توسط اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد

۶. تدوین برنامه ارزشیابی پروژه ها و بررسی و تصویب آن توسط کار گروه ملی و استانی راهبردی- تخصصی و کمیته فرهنگی و پیشگیری

تبصره – بررسی و تصویب برنامه ارزشیابی پروژه های ملی در صلاحیت کار گروه ملی و کمیته فرهنگی برنامه ارزشیابی پروژه های استانی در صلاحیت کار گروه راهبردی و کمیته فرهنگی میباشد

۷. اجرای طرح ارزشیابی پروژه ها و ارائه گزارش آن به کار گروه های راهبردی- تخصصی ملی و استانی

تبصره- از سال دوم برنامه تصمیمات کار گروه های راهبردی- تخصصی ملی و استانی در همه مراحل بر اساس نتایج ارزیابی سال قبل پروژه ها اتخاذ خواهد شد.

۲- اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد موظف است مقدمات آغاز مراحل مندرج در بند۱ را از ابتدای نیمه دوم هر سال فراهم کند به نحوی که تا حداکثر اول اسفند همان سال طرح پروژه ها و حداکثر تا ۱۵ اردیبهشت سال بعد بودجه تخصیص یافته ابلاغ و پروژه ها از ابتدای سال بعد به اجرا در آید.

تبصره : سال اول اجرای طرح از زمان بندی مورد اشاره در بند ۲ مستثنی بوده و اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد متناسب با زمان آغاز طرح تصمیم گیری خواهد کرد.

بخش دوازدهم – شاخص ها

۱- شاخص های کل سند

۱-۱- شاخص های فرایند

۱-۱-۱- نسبت استانهایی که کار گروه راهبردی – تخصصی پیشگیری را تشکیل داده اند از کل استانها

۱-۱-۲- نسبت دستگاههای دولتی عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری مشارکت کننده در برنامه های ملی از کل دستگاهها

۱-۱-۳- تعداد سازمان های غیر دولتی مشارکت کننده در برنامه های ملی

۱-۱-۴- تعداد انجمن ها و مراکز علمی مشارکت کننده در برنامه های ملی

۱-۱-۵- نسبت پروژه هایی که سازمان های غیر دولتی در آن مشارکت دارند از کل پروژه ها

۱-۱-۶- نسبت بودجه تخصیص داده شده به سازمان های غیر دولتی از کل بودجه

۱-۱-۷- نسبت پروژه ها و طرح های مصوب کار گروه های راهبردی- تخصصی پیشگیری از کل پروژه‌های ارائه شده

۱-۱-۸- هزینه سرانه اجرای سند

۱-۱-۹- وجود گزارش جامع از اجرای سند، به تفکیک برنامه ها و فعالیتها و بر اساس شاخصهای تعیین شده، و تحلیلی از نقاط قوت و ضعف و موانع احتمالی در هر سال

۱-۲- شاخص های برآیند

۱-۲-۱- نسبت جمعیت تحت پوشش کل برنامه از کل جمعیت کشور

۱-۲-۲- میزان بروز مصرف مواد از سال دوم برنامه برپایه نتایج سنجش میزان بروز در سال اول برنامه

۲- شاخص های برنامه ملی اول

۱-۲- شاخص های فرایند

۱-۱-۲- وجود نظام رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد

۲-۱-۲- وجود سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد

۲-۲- شاخص های برآیند

۱-۲-۲- نسبت تعداد گزارشهای سالانه به تعداد سالهای برنامه

۲-۲-۲- نسبت تعداد مطالعات اولویت دارِ انجام‌شده به ۲۰ (تعداد مطالعهٔ پیش‌بینی‌شده)

۳-۲-۲- نسبت پروژه‌های اجراشدهٔ سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد به کل پروژه‌های آن

۳- شاخص های برنامه ملی دوم

۱-۳- شاخص های فرایند:

۱-۱-۳-وجود برنامه ارزشیابی نظام مدیریتی درون سازمانی

۲-۱-۳-وجود برنامه ارزشیابی نظام مدیریتی برون سازمانی

۳-۱-۳-تعداد جلسات ارزشیابی مشترک ستاد با سازمانهای مرتبط

۴-۱-۳-تعداد مکاتبات صورت گرفته برای تخصیص ردیف مستقل

۵-۱-۳-تعداد نیروی انسانی جدید بکار گرفته شده در بخش پیشگیری

۶-۱-۳-نسبت برنامه های پیشگیری ارزشیابی شده به کل برنامه ها

۲-۳- شاخص های برآیند

۱-۲-۳- تعداد فعالیت های ارزشیابی مشکلات انجام شده منطبق با برنامه ارزشیابی

۲-۲-۳- تعداد ردیف های بودجه مستقل پیشگیری ایجاد شده در سازمانهای مرتبط

۳-۲-۳- تعداد دفاتر پیشگیری از اعتیاد راه اندازی شده در سازمانهای مرتبط

۴-۲-۳- تعداد نیروهای انسانی جدید به کار گرفته شده در ساختار پیشگیری

۵-۲-۳- نسبت بودجه تخصیص داده شده بر اساس ارزشیابی فعالیت ها به کل بودجه

۶-۲-۳-مقدار افزایش بودجه پیشگیری نسبت به سال مبدا برنامه

۴- شاخص های برنامه ملی سوم

۱-۴- شاخص های فرایند

۱-۱-۴- تعداد پژوهشهای حمایت شده مرتبط با پیشگیری از اعتیاد به تفکیک مطالعات مشاهده ای و مداخله ای در سال

۲-۱-۴-تعداد نظام رصد راه اندازی شده و یا ارتقا یافته در مورد اعتیاد در هر سازمان در هر سال

۳-۱-۴-تعداد طرحهای پایش و ارزشیابی برنامه های پیشگیری از اعتیاد حمایت شده در سال

۴-۱-۴-تعداد اجزای بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد راه اندازی شده

۵-۱-۴-تعداد دوره های رسمی بلند مدت موجود برای آموزش نیروی انسانی متخصص در مورد پیشگیری از اعتیاد در هر سال

۶-۱-۴-تعداد کارگاههای آموزشی کوتاه مدت برگزار شده برای نیروی انسانی موجود در سازمانهای دولتی و غیردولتی در سال

۷-۱-۴- تعداد مراکز علمی فعال در امر پیشگیری از اعتیاد در هر سال

۲-۴- شاخص های برآیند

۱-۲-۴- تعداد مقالات پژوهشی چاپ شده مرتبط با پیشگیری از اعتیاد در سال و میزان رشد سالانه آن به تفکیک مطالعات مشاهده ای و مداخله ای

۲-۲-۴- وجود گزارش جامع سالانه از رصد وضعیت اعتیاد در کشور

۳-۲-۴- تعداد مقالات چاپ شده از رصد وضعیت اعتیاد در کشور در سال

۴-۲-۴- تعداد مقالات چاپ شده از پایش و ارزشیابی برنامه های پیشگیری از اعتیاد کشور در سال

۵-۲-۴- تعداد راهنماهای تولید شده با روش علمی برای پیشگیری از اعتیاد در سال

۶-۲-۴-تعداد بسته های آموزشی تولید شده در مورد پیشگیری از اعتیاد برای آموزشگران و کار شناسان (Training for the trainers) در سال

۷-۲-۴- تعداد رکوردهای کامل موجود در بانک اطلاعاتی پیشگیری از اعتیاد مرتبط با پیشگیری در پایان هر سال و میزان رشد سالانه

۸-۲-۴- تعداد استفاده کنندگان از بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد در سال

۹-۲-۴- تعداد افراد فارغ التحصیل شده از دوره های بلندمدت پیشگیری از اعتیاد کشور

۱۰-۲-۴- کیفیت مناسب دوره های بلندمدت پیشگیری از اعتیاد بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی

۱۱-۲-۴- تعداد نفر ساعت آموزش کوتاه مدت برای نیروی انسانی موجود در سازمانهای دولتی و غیردولتی در سال

۵- شاخص های برنامه ملی چهارم: برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

۱-۵- شاخص های فرایند

۱-۱-۵- نسبت سازمان های مردم نهاد تحت پوشش برنامه های مقتدر سازی از کل سازمان های مردم نهاد مشارکت کننده در پروژه ها

۲-۱-۵- تعداد موارد تقاضای تاسیس سازمان های مردم نهاد فعال در زمینه پیشگیری از اعتیاد

۳-۱-۵- نسبت صدور مجوز جدید فعالیت سازمان های مردم نهاد از کل تقاضاها

۴-۱-۵- تعداد جماعت های تحت پوشش برنامه ها

۵-۱-۵- تعداد سازمان های جماعت محور جدید فعال در زمینه پیشگیری از اعتیاد در هرسال

۲-۵- شاخص های برآیند

۱-۲-۵- نسبت جمعیت مطلع از برنامه های پیشگیری از اعتیاد بر پایه نتایج سنجش نسبت این جمعیت در سال اول برنامه

۲-۲-۵- نسبت جمعیت علاقه مند به مشارکت در برنامه های پیشگیری از اعتیاد بر پایه نتایج سنجش نسبت این جمعیت در سال اول برنامه

۳-۲-۵- تعدادسازمانهای مردم نهاد (کارگری، دانشجویی، دانش آموزی ....)مشارکت کننده در پروژه ها

۴-۲-۵- تعداد سازمان های مردم نهاد جدید فعال در زمینه پیشگیری از اعتیاد

۵-۲-۵- نسبت سازمان های مردم نهاد فعال در پیشگیری از اعتیاد عضو شبکه های سازمان های مردم نهاد فعال در پیشگیری ، از کل این سازمان ها

۶-۲-۵- تعداد سازمان ها و موسسات جدید توانمند ساز جامعه مدنی در زمینه پیشگیری از اعتیاد

۷-۲-۵- نسبت پروژه های اجرا شده با مشارکت سازمان های مردم نهاد از کل پروژه ها

۸-۲-۵- نسبت پروژه های اجرا شده با مشارکت سازمان های جماعت محور از کل پروژه ها

۶- شاخص های برنامه ملی پنجم: برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده ها

۱-۶- شاخص های فرایند

۱-۱-۶-نسبت خانواده های تحت پوشش پروژه ها از کل خانوارهای کشور

۲-۶- شاخص های برآیند

۱-۲-۶- میزان بروز مصرف مواد در خانواده های کشور از سال دوم برنامه برپایه نتایج سنجش میزان بروز در سال اول برنامه

۷- شاخص های برنامه ملی ششم

۱-۷- شاخص های فرایند

۱-۱-۷-تعداد گروههای تخصصی آموزشگر موجود برای مدارس در کشور در هر سال

۲-۱-۷- تعداد مدارس تحت پوشش گروههای تخصصی آموزشگر در کشور در هر سال

۳-۱-۷- کیفیت مناسب عملکرد گروههای تخصصی آموزشگر مدارس بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی

۴-۱-۷- تعداد مشاوران آموزش دیده در مدارس توسط گروههای تخصصی آموزشگر

۵-۱-۷- تعداد مشاوران آموزش دیده که به طور منظم ساعاتی در هفته به فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد پیش بینی شده در برنامه ششم سند اشتغال دارند

۶-۱-۷- تعداد دانشگاههایی که یک واحد درسی با موضوع مهارتهای زندگی و آموزش در باره مواد راه اندازی کرده اند

۷-۱-۷- تعداد مشاوران ویژه دانشگاهها در امر پیشگیری از اعتیاد در هر سال

۲-۷- شاخص های برآیند

۱-۲-۷- کیفیت مناسب اجرای برنامه های مدارس مروج سلامت، مدرسه محور، آموزش مهارتهای زندگی، مدارس رها از اعتیاد بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی

۲-۲-۷- کیفیت مناسب اجرای برنامه پیشگیری انتخابی مدارس پرخطر بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی

۳-۲-۷- تعداد دانش آموزان تحت پوشش برنامه استاندارد پیشگیری از اعتیاد در هر سال بر اساس شاخصهایی که توسط کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری تعیین می شود

۴-۲-۷- تعداد مباحث درسی مرتبط با اعتیاد وارد شده به کتب درسی رسمی دانش آموزان در سال

۵-۲-۷- تعداد والدین، کارکنان و معلمان که آموزش استاندارد پیشگیری از اعتیاد را دیده اند در سال، بر اساس شاخصهایی که توسط کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری تعیین می شود

۶-۲-۷- تعداد دانشجویانی که هر سال یک واحد درسی با موضوع مهارتهای زندگی و آموزش در باره مواد را می گذرانند

۷-۲-۷- کیفیت مناسب اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد در دانشگاهها بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی

۸-۲-۷- تعداد دانشجویان تحت پوشش برنامه استاندارد پیشگیری از اعتیاد در هر سال بر اساس شاخصهایی که توسط کارگروه راهبردی – تخصصی پیشگیری تعیین می شود

۸-شاخص های برنامه ملی هفتم

۱-۸- شاخص های فرایند

۱-۱-۸- وجود بسته ی خدمات همگانی

۲-۱-۸- وجود بسته ی خدمات انتخابی

۳-۱-۸- وجود بسته ی خدمات موردی

۴-۱-۸- تعداد برنامه های یاری کارکنان راه اندازی شده

۲-۸- شاخص های برآیند

۱-۲-۸- تعداد کارکنان و خانواده های تحت پوشش برنامه‌ی یاری کارکنان

۹- شاخص های برنامه ملی هشتم

۱-۹- شاخص های فرایند

۱-۱-۹-نسبت تعداد کارگاههای آموزشی برگزارشده به ۳۵ (تعداد کارگاه پیش‌بینی‌شده)

۲-۱-۹-نسبت تعداد همایشهای کشوری و استانی برگزارشده به ۳۱ (تعداد پیش‌بینی‌شده)

۳-۱-۹-نسبت تعداد سازمانهای پایش‌شده به ۱۲ (تعداد پیش‌بینی‌شده)

۴-۱-۹-وجود ملاکهای «محلهٔ رها از اعتیاد»

۵-۱-۹-نسبت تعداد محله‌های ارزیابی‌شده از حیث برخورداری از عنوان «محلهٔ رها از اعتیاد» به ۶۰۰۰ (تعداد محلات پیش‌بینی‌شده)

۶-۱-۹-نسبت تعداد محله‌های ارزیابی‌شده از حیث برخورداری از عنوان «محلهٔ رها از اعتیاد» به تعداد محلات متقاضی

۷-۱-۹-تعداد کارگاههای آموزشی برکزارشده برای ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی به ۱۰ (تعداد کارگاه پیش‌بینی‌شده)

۸-۱-۹-جود نظام پایش و ارزشیابی برنامه

۲-۹- شاخص های برآیند

۱-۲-۹- نسبت تعداد سازمانهای جماعت‌محور تشکیل‌شده به ۶۰۰۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)

۲-۲-۹- نسبت تعداد ائتلافها و شبکه‌های تشکیل‌شده به ۲۰۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)

۳-۲-۹- میانگین تعداد مداخلات پیشگیرانهٔ سازمانهای جماعت‌محور (به تفکیک مداخلات همگانی، انتخابی، و موردی)

۴-۲-۹- نسبت تعداد محله‌هایی که نشان «محلهٔ رها از اعتیاد» را دریافت کرده‌اند به ۳۰۰۰ (تعداد محلات پیش‌بینی‌شده)

۵-۲-۹- نسبت تعداد محله‌هایی که نشان «محلهٔ رها از اعتیاد» را دریافت کرده‌اند به تعداد محله‌هایی که در ارزیابی شایستهٔعنوان مزبور بوده‌اند.

۶-۲-۹- نسبت تعداد استانهایی که ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام بهداشتی – درمانی اولیه در آنها پایش و ارزشیابی شده به تعداد کل استانهایی که برنامه در آنها اجرا شده.

۷-۲-۹- نسبت تعداد استانهای واجد کارشناس بهداشت روان در برنامه ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی در سال پایانی برنامه به این تعداد در سال نخست برنامه.

۱۰- شاخص های برنامه ملی نهم

۱-۱۰- شاخص های فرایند

۱-۱-۱۰- وجود کارزار رسانه‌ای

۲-۱-۱۰- نسبتی از جمعیت هدف کارزار که با پیام کارزار مواجه شده‌اند

۳-۱-۱۰- نسبت تعداد بسته‌های آموزشی تدوین‌شده به ۶ (تعداد پیش بینی شده)

۴-۱-۱۰- نسبت تعداد آموزشگران استانی آموزش‌دیده به ۱۰۰ (حداقل تعداد پیش بینی شده)

۵-۱-۱۰- وجود قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی

۶-۱-۱۰- وجود قانون آزمایش مواد در نزاعها و حوادث

۷-۱-۱۰- نسبت آموزشگران استانی آموزش‌دیده به ۱۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)

۲-۱۰- شاخص های برآیند

۱-۲-۱۰- نسبتی از جمعیت هدف کارزار که پس از مواجهه با پیام کارزار تغییر رفتار یا نگرش در جهت آن پیدا کرده‌اند

۲-۲-۱۰- نسبت تعداد دانش آموزان آموزش‌دیده به ۳۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش بینی شده)

۳-۲-۱۰- نسبت تعداد آزمایشهای انجام‌شده در اجرای قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی به ۱۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش بینی شده)

۴-۲-۱۰- نسبت تعداد استانهای تحت پوشش برنامه آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی به ۳۰ (تعداد پیش بینی شده)

۵-۲-۱۰- نسبت تعداد کارگاههای برگزار شده برای رانندگان آزمایش‌مثبت به ۱۰۰۰ (تعداد پیش بینی شده)

۶-۲-۱۰- سبت تعداد آزمایشهای انجام‌شده در اجرای قانون آزمایش مواد نزاعها و حوادث به ۱۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش بینی شده)

۷-۲-۱۰- نسبت تعداد استانهای تحت پوشش برنامه آزمایش مواد نزاعها و حوادث به ۳۰ (تعداد پیش بینی شده)

۸-۲-۱۰- نسبت تعداد کارگاههای برگزار شده برای نزاع‌کنندگان یا حادثه‌دیدگان آزمایش‌مثبت به ۱۰۰۰ (تعداد پیش بینی شده)

۹-۲-۱۰- نسبت تعداد پزشکان و پرستاران آموزش‌دیده به ۳۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)

منابع

- آقایی ، کمال. (بی‌تا) ، «گزارشی از بیست سال مبارزه با موادمخدر در ایران» ، ماهنامه پیام امروز ، شماره۴۲ .
- ابراهیم زاده، عیسی؛ بریمانی، فرامرز ؛ نصیری، یوسف. (۱۳۸۳)، «حاشیه نشینی، ناهنجاری های شهری و راه کارهای تعدیل آن مورد شناسی کریم آباد زاهدان». مجله جغرافیا و توسعه ، .بهار و تابستان.
- اجتهادی ، مصطفی.(۱۳۷۹) ، «تلخیص پژوهشهای انجام یافته در دفتر پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر» ، گردآوری : حامد برماس (تحقیق متمرکز در دفتر پیشگیری).
- احسان منش ، مجتبی. کریمی کیسمی ، عیسی. (۱۳۷۸) ، «نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهشهای انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران» ، فصلنامه اندیشه و رفتار ، شماره۱۹ .
- احمدوند ، علی‌محمد. (۱۳۸۶)، «طراحی برنامه استراتژیک ستاد مبارزه با مواد مخدر (گزارش پژوهش)»
- اداره کل مطالعات و پژوهش ریاست جمهوری.(۱۳۷۵) ، «گزارش دومین سمینار دبیران شورای هماهنگی مبارزه با موادمخدر» ، دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر.
- اسماعیل‌زاده ، عذرا. (۱۳۷۹)، «نقد و بررسی آثار گرافیکی در زمینه اعتیاد» ، پایان‌نامه کارشناسی در رشته ارتباط تصویری (گرافیک) ، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد تهران مرکزی) ، دانشکده هنر و معماری.
- افتخاری راد، زهرا (۱۳۸۲)، « چهره نمایی بافتهای اسکان غیررسمی و عوامل موثر بر شکل گیری آن»: مجموعه مقالات حاشیه نشینی و اسکان غیررسمی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- باری ، مجتبی. (۱۳۸۱) ، «سیاست جنایی جمهوری اسلامی ایران راجع به موادمخدر» ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق جزایی و جرم‌شناسی ، دانشگاه تهران ، دانشکده حقوق و علوم سیاسی.
- برماس ، حامد. (۱۳۷۹) ، «تلخیص پژوهشهای انجام شده در دفتر پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر» ، پژوهشکده جامع پژوهش و برنامه‌ریزی المیزان.
- (بی‌نا).(۱۳۶۵) ، «گزارشی از اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد» ، انتشارات امیرکبیر.
- (بی‌نا). (۱۳۸۲) ، «نقش سازمانهای غیردولتی "NGOs" در تقویت مشارکت اجتماعی شهروندان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- تکین ، حبیب. (۱۳۷۹)، «بررسی تحولات حقوق شکلی موادمخدر» ، پایان‌نامه درجه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی ، مرکز تکمیلی حقوق و علوم سیاسی.
- جاهد ، کریم.(۱۳۷۶) ، «سیاست جمهوری اسلامی ایران در مبارزه با موادمخدر» ، پایان‌نامه کارشناسی روابط سیاسی ، گروه علوم و روابط سیاسی.
- خراطها، سعید. (۱۳۸۳)،« حاشیه نشینی در محله های ناهنجار شهر تهران (مورد محله ی غربت) »: در مجموعه مقالات حاشیه نشینی و اسکان غیررسمی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دانشگاه علوم پزشکی تهران.(۱۳۸۰) ، «بررسی روند وضعیت سوءمصرف مواد در دهه‌های اخیر در ایران» ، تهران.
- دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۸)، «کتاب سال ۱۳۸۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر»
- رحمدل، منصور . (۱۳۷۹) ، «حقوق کیفری موادمخدر» ، مجموعه همایش‌های بین‌المللی علمی - کاربردی جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال موادمخدر ، جلد ۴ ، قوه قضائیه.

- رحیمی موقر، آفرین ؛ رزاقی عمران محمد (۱۳۸۵) . « مطالعه کیفی مسمومیت حاد اپیوئیدی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در تهران». مجله دانشکده پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۴: صفحات ۵۳-۴۳.
- رحیمی موقر، آفرین ، سهیمی ایزدیان ، الهه ؛ یونسیان، مسعود (۱۳۸۵). « مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور». پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دوره ۵، شماره ۲: صفحات ۱۰۴-۸۳.
- رحیمی موقر ، آفرین ، سهیمی ایزدیان، الهه(۱۳۸۳). « وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان کشور». فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۵، شماره ۱۹، صفحات ۳۰-۹.
- رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۸۳)، « شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران»، فصلنامهٔ رفاه اجتماعی، شماره ۱۲: صفحات ۲۲۶-۲۰۳.
- رحیمی موقر ، آفرین ، رزاقی، عمران محمد. حقدوست ، علی اکبر، صابری زفرقندی، محمدباقر، باشتی ،شهناز، میرزازاده، علی و همکاران (۱۳۸۷). « توزیع جغرافیایی اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد، امکانات و خدمات موجود در ایران در سال ۱۳۸۴». وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- رحیمی موقر ، آفرین. محمد، کاظم. رزاقی، عمران‌محمد. (۱۳۸۱)، «روند ۳۰ سالهٔ وضعیت سوء مصرف مواد در ایران»، مجلهٔ حکیم، دورهٔ پنجم، صفحات ۱۸۱-۱۷۱.
- رحیمی موقر ، آفرین ، یونسیان، مسعود. سهیمی ایزدیان، الهه. (۱۳۸۸). «گزارش مطالعه روند شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران».
- رزاقی، عمران‌محمد. رحیمی موقر ، آفرین؛ حسینی ، مهدی؛ مدنی قهفرخی ، سعید. (۱۳۸۲) ، «ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران» ، جلد اول ، برنامه کنترل مواد ملل متحد ، سازمان بهزیستی کشور ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، تهران.
- روزنامه اطلاعات ۱۳۸۰-۱۳۵۸
- روزنامه ایران ۱۳۸۰-۱۳۷۴
- روزنامه جمهوری اسلامی ۱۳۸۰-۱۳۵۸
- روزنامه سلام ۱۳۷۸-۱۳۷۶
- روزنامه کیهان ۱۳۸۰-۱۳۵۸
- روزنامه همبستگی ۱۳۸۰-۱۳۷۹
- روزنامه همشهری ۱۳۸۰-۱۳۷۴
- سازمان بهزیستی کشور.(۱۳۶۸) ، «بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان» ، دفتر آموزش و پژوهش ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور.(۱۳۷۲) ، «برنامه پنج ساله دوم «۷۷-۷۳» سازمان بهزیستی» ، معاونت طرح و برنامه ، دفتر برنامه و بودجه و آمار.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۳) ، «برنامه ملی پیشگیری ، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۷) ، «اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.

- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۷) ، «برنامه پیشگیری از اعتیاد» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۷) ، «برنامه درمان و بازپروری معتادان» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۸) ، «برنامه آگاه‌سازی جامعه در مورد اعتیاد» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۸) ، «برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور(۱۳۷۸) ، «خلاصه‌ای از فعالیتهای معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور در سال۱۳۷۸» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۹) ، «اولین برنامه ۵ ساله متمرکز بر کاهش آسیبهای بهداشتی ناشی از سوءمصرف مواد» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور.(۱۳۷۹) ، «اهم اقدامات و فعالیتهای سازمان بهزیستی در زمینه کاهش تقاضا» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۹) ، «برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور(۱۳۸۰) ، «اهم اقدامات سازمان بهزیستی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد در سال ۲۰۰۱» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور.(۱۳۸۱) ، «برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور. (بی‌تا) ، «برنامه پیشگیری از اعتیاد کارخانه ایران تایر» ، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری ، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۳) ، «لایحه برنامه چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی».
- ستاد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی. (۱۳۷۹) ، «اهداف کلی و استراتژیها و راهکارهای اجرایی سازمان بهزیستی کشور» ، سازمان بهزیستی کشور ، تهران.
- ستاد مبارزه با موادمخدر .(۱۳۷۰) ، «گزارش جلسات هئیت علمی تحقیقات و برنامه‌ریزی دفتر مطالعات و پژوهشها» ، دفتر مطالعات و پژوهشهای ستاد مبارزه با موادمخدر ، ریاست جمهوری .
- ستاد مبارزه با موادمخدر .(۱۳۷۲) ، «گزارش جلسات هیئت علمی تحقیقات و برنامه‌ریزی دفتر مطالعات و پژوهشها از جلسه چهل و پنج تا جلسه شصت و پنج» ، دفتر مطالعات و پژوهشها ستاد مبارزه با موادمخدر ، ریاست جمهوری .
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (۱۳۷۴) ، «پیش‌نویس طرح عملیاتی برنامه ملی پیشگیری و درمان و بازپروری سوءمصرف مواد» ، معاونت امور بهداشتی.
- ستاد مبارزه با موادمخدر .(۱۳۸۰) ، «مصوبات جلسه‌های ستاد مبارزه با موادمخدر (اولین جلسه تا یکصد و سومین جلسه)» ، ستاد مبارزه با موادمخدر.

- ستاد مبارزه با موادمخدر.(۱۳۷۷) ، «برنامه کنترل پیشگیری ، درمان ، مبارزه با قاچاق و سوءمصرف موادمخدر» ، ستاد مبارزه با موادمخدر، ریاست جمهوری.
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (۱۳۷۷) ، «پیش‌نویس منشور ملی مبارزه با موادمخدر در افق ۲۵ ساله ایران عاری از معتاد در سال ۱۴۰۰» ، ستاد مبارزه با موادمخدر ، اداره کل مطالعات و پژوهشها ، ریاست جمهوری.
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (۱۳۸۰) ، «سالنامه آماری ۱۳۷۹» ، دفتر برنامه‌ریزی ستاد مبارزه با موادمخدر ، تهران.
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (۱۳۸۰) ، «مصوبات جلسات کمیته (از اولین جلسه تا چهل و سومین جلسه)» ، کمیته کاهش تقاضا.
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (بی‌تا) ، «آئین‌نامه پیشگیری از اعتیاد ، درمان معتادان به موادمخدر و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد» ، اداره کل امور حقوقی و قضایی ، ستاد مبارزه با موادمخدر.
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (بی‌تا) ، «برنامه ملی مبارزه با موادمخدر جمهوری اسلامی ایران».
- ستاد مبارزه با موادمخدر. (بی‌تا) ، «پیش‌نویس طرح در زمینه کاهش تقاضا و عرضه مواد اعتیادآور» ، دفتر روابط بین‌الملل ، ستاد مبارزه با موادمخدر.
- ستاری، بهزاد ؛ اعظم، احد ؛ محمدی، محمدعلی. (۱۳۸۲). « بررسی علل گرایش به اعتیاد در سنین بالای ۱۰ سال در سال ۱۳۸۱(استان اردبیل)». فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۹.
- سجادی، حمیرا؛ مدنی قهفرخی، سعید؛ وامقی، مروئه. (۱۳۸۸). «مرور مطالعات مرتبط با تعیین کننده های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی». دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سراج زاده، حسن و فیضی، ایرج. (۱۳۸۶) ، «مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه های دولتی در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱». فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۵.
- شورای عالی پیشگیری و درمان اعتیاد .(۱۳۷۳) ، «پیش‌نویس و برنامه ملی پیشگیری ، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد» ، سازمان بهزیستی کشور.
- شیخ‌الاسلام ، ربابه. (بی‌تا) ، «نگرشی اپیدمیولوژیک بر مسئله اعتیاد در ایران» ، پایان‌نامه دکترای تخصصی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران ، دانشکده بهداشت.
- صرامی ، حمید. (۱۳۸۲) ، «گزارش عملکرد اداره کل فرهنگی – پیشگیری ، دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر و دستگاههای فرهنگی» ، روابط عمومی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر.
- طارمیان ، فرهاد.(۱۳۸۰) ، «بررسی مقدماتی اثربخشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی به منظور پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در دانش‌آموزان سال اول راهنمایی» ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- طارمیان ،فرهاد. بوالهری، جعفر؛ پیروی، حمید؛ قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۶). «شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. دوره ۱۳، شماره ۴: صفحات ۳۴۲-۳۳۵.
- علی وردی نیا، اکبر. (۱۳۸۵)، « مطالعه جامعه شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران». فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پنجم شماره ۲۰.
- کیا ، علاءالدین. (۱۳۷۸) ، «بررسی وضعیت تحصیلی ، رفاهی و رفتاری دانش‌آموزان وابسته به والدین فاقد صلاحیت (معتاد) مشمول طرح جداسازی» ، مرکز پژوهش ، مطالعات و آموزش ، ستاد مبارزه با موادمخدر.
- گولد، جولیوس. کولب، ویلیام ل. (۱۳۷۶). "فرهنگ علوم اجتماعی"، ویراستار: محمدجواد زاهدی مازندرانی، انتشارات مازیار، تهران

- محمدی، سعید. (۱۳۸۲) "پرتوی از افق اندیشه امام"، پژوهشکده ملی مطالعات مواد مخدر در ایران، تهران.
- مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۸۳)، «ارزیابی تجارب مدیریت کاهش تقاضای مواد طی دو دهه اخیر (۱۳۸۵-۱۳۸۰)»، دفتر برنامه مواد سازمان ملل متحد در تهران ، موسسه داریوش
- مرکز مدیریت بیماری ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(۱۳۸۳). «آمار عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران».
- مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری.(۱۳۸۳) ، «اعتیاد ، رهیافتها و راهبردهای نوین» ، دفتر ریاست جمهوری.
- مصوبه‌های شورای انقلاب
- مصوبه‌های هیئت وزیران ۱۳۵۹-۱۳۵۸
- معاونت سلامت وزارت بهداشت. (۱۳۸۷)، «سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده ی آن». دبیرخانه ی عوامل اجتماعی تعیین کننده ی سلامت و ترویج عدالت در سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت.
- مکتب‌داری ، فردین. (۱۳۷۹) ، «نوآوری‌های قانون مبارزه با موادمخدر مصوب آبان ۷۶» ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه.(۱۳۷۶) ، «طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با موادمخدر ، مروری بر سیاست و نظام مبارزه با موادمخدر ایران و پیشنهادی برای اصلاح آن».
- مؤسسه عالی پژوهشی در برنامه‌ریزی و توسعه.(۱۳۷۶) ، «طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با موادمخدر» ، گزارش شماره ۷ .
- موسوی ، احمد. (بی‌تا) ، «نگرشی بر قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۶۷/۸/۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام» ، ماهنامه دادرسی.
- مهریار ، امیرهوشنگ.(۱۳۷۷) ، «پیش‌نویس برنامه ملی مبارزه با تولید قاچاق و مصرف موادمخدر در جمهوری اسلامی ایران» ، گزارش۱۱ ، موسسه عالی پژوهش عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه.
- میمندی، منظومه شمسی. ضیائ الدینی، حسن. شریفی یزدی، علیرضا. (۱۳۸۷)، «عوامل موثر در گرایش به مواد مخدر از دیدگاه دانش آموزان دبیرستانی کرمان ۱۳۸۵». مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال دوازدهم شماره ۴.
- نارنجی‌ها، هومان. رفیعی، حسن. باغستانی، احمدرضا. نوری، رؤیا. شیرین بیان، پیمانه. فرهادی، محمدحسن و همکاران. (۱۳۸۴) «ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)»، گزارش تحقیق، موسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد، تهران.
- نارنجی‌ها، هومان. رفیعی، حسن. باغستانی، احمدرضا. نوری، رؤیا. شیرین بیان، پیمانه. فرهادی، محمدحسن و همکاران. (۱۳۸۶). «ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (سال ۱۳۸۶)»، گزارش تحقیق، موسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد، تهران.
- نصیری، معصومه. (۱۳۸۵) « توزیع جغرافیایی مسکن گروه های کم درآمد شهری و رابطه آن با اعتیاد: با تاکید بر شهر بابل». مجله مطالعات اجتماعی ایران. سال دوم، شماره ۱.
- نصیری، معصومه. (۱۳۸۲) « اعتیاد و رابطه‌ی آن با مشاغل شهری». فصلنامه‌ی تحقیقات جغرافیایی. سال هجدهم، شماره ۳.

- نقدی، اسدالله. صادقی، رسول. (۱۳۸۵)، «حاشیه نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)». فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰.
- نوری ، رویا. رفیعی، حسن. نارنجی‌ها، هومان. صرامی، حمیدرضا. باغستانی، احمدرضا. صدیقیان، آمنه. (۱۳۸۶) «تحلیل روند پدیده های مرتبط با شدت اعتیاد در سال های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۴» ، تهران ، مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد و وابستگان به مواد .
- وزارت آموزش و پرورش. (۱۳۷۸) ، «برنامه ملی آموزش و پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر» ، معاونت پرورشی و تربیت بدنی.
- وزارت آموزش و پرورش. (بی‌تا) ، «پژوهش ملی در باره وضعیت اعتیاد در کشور از دیدگاه دانش‌آموزان» ، معاونت پژوهشی، دفتر اجرایی پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. (۱۳۸۶) «مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زندگی توام با سلامت در جمهوری اسلامی ایران».
- وزیریان، محسن. (۱۳۸۲) «مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعه و راهبردی کشور»، فصلنامه رفاه اجتماعی ، شماره ۹ ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- یاسمی، محمدتقی. شاه‌محمدی، داود. نقوی، محسن. باقری یزدی، سید عباس. زجاجی، علی. رحیمی موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۸۱) «گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری‌شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران». معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران.

- Addiction Medicine. (۲۰۰۱), "Definitons Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain", American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine.
- American Academy of Pain Medicine. American Pain Society, and American Society of
- American Psychiatric Association. (۲۰۰۰) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ۴th ed., Text Review,* Washington DC, American Psychiatric Association, cited in Sadock BJ and Sadock VA, ۲۰۰۷, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry,* Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Amin-Esmaeili, M.Rahimi-Movagha, «A. A systematic review of HIV prevalence among non-injecting drug users in ۱۰ years period» (۱۹۹۸-۲۰۰۷) in Iran. In Print
- Butler, AJ. http://EzineArticles.com/?expert=Alan_J_Butler, Connected at Feb ۲۰۱۰
- Galea, S. & VElahov, D.(۲۰۰۴) Social Determinants and Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness and Incarceration. Public Health Reports, vol. ۱۱۷, supplement ۱.
- National Institute on Drug Abuse. (۱۹۹۷) "Drug Abuse Prevention: What Works", National Institute of Drug Abuse, p. ۱۰-۱۵, cited in https://casat.unr.edu/bestpractices/bptype.htm , Connected at Feb ۲۰۱۰

- NCBI, (۲۰۱۰), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh, Connected at Feb ۲۰۱۰
- Rahimi-Movaghar, A. Amin-Esmaeili, M. «HIV prevalence among injecting drug users in Iran», a systematic review of studies conducted from ۱۹۹۸ to ۲۰۰۷. In Print.
- Rahimi-Movaghar, A. Razaghi, EM. Sahimi-Izadian, E. Amin-Esmaeili, M. «HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran». International Journal of Infectious Diseases,(۲۰۱۰), in print.
- Robertson, EB. David, SL, and Rao, SA.(۲۰۰۶), «*Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*», Maryland, National Institute on Drug Abuse.
- Rosenberg, Daniel C.(۲۰۰۲) North Carolina Community Health Assessment Process
- Tarlov, A. (۱۹۹۶). «Social determinants of health: the sociobiological translation». In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London: Routledge.۷۱-۹۳.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention(۱۹۹۹). «Global Illicit Drug Trends»;
- UNODC (۲۰۰۸). «World Drug Report». Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- World Health Organization, *Lexicon of alcohol and drug terms*. (۲۰۱۰) http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ Connected at Feb ۲۰۱۰