



ستاد مبارزه با مواد مخدر

سند جامع

حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور

۱۳۹۲



به نام خدا

سند جامع

حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور



سنتاد مبارزه با مواد مخدر

قدردانی

هم اینک که تدوین سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور به پایان رسیده است، متواضعانه اذعان می دارم؛ انجام این طرح عظیم بدون همدلی، همراهی و مشارکت بی دریغ فرهیختگان، اندیشمندان، مراکز تحقیقاتی، انجمن های علمی، سازمان ها و تشکل های غیردولتی، نهادهای صنفی و مدنی، جمعیت های خیریه و همچنین مساعدت و حمایت دستگاه های دولتی و حکومتی کشور میسر نبود.

ازاینرو با کمال احترام، نهایت قدردانی و سپاس خود را به اعضای محترم گروه تدوین که اینجانب را در تمام مراحل، صمیمانه و صبورانه همراهی نمودند تقدیم می نمایم.

مراتب سپاس بی پایان خود را به همه ی صاحب نظرانی که در مراحل اولیه پیش از تدوین سند و در طول مراحل تدوین با ارایه راهنمایی و تسهیم دانش خویش و بررسی پیش نویس ها و ارائه پیشنهاد و مطالب تکمیلی، بر غنای آن افزودند ابراز می دارم.

از تمامی فرهیختگان عضو کمیته علمی و راهبری که با حضور در جلسات هم اندیشی و ارائه نقطه نظرات ذی قیمت خویش و در اختیار قرار دادن تجارب گرانقدرشان، زمینه دستیابی به اجماعی ملی بر محتوای علمی و کاربردی سند را فراهم آوردند، سپاسگزاری می نمایم.

از ناظرین محترم طرح که از ابتدا تا پایان، با دقت و حوصله کم نظیر و با حضور در جلسات هم اندیشی بر فرایند کار نظارت نموده، با ارایه نظرات ارزشمند خویش بر غنای محتوای سند افزودند نیز قدر دانی می نمایم.

در پایان از تمامی مدیران محترم، مسئولین گرانقدر و کارشناسان حوزه های مرتبط ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران و به طور خاص از اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی به عنوان هماهنگ کننده اصلی، معاونت محترم کاهش تقاضای مواد و توسعه مشارکت های مردمی و دفتر تحقیقات و آموزش ستاد برای حمایت های بی دریغ و تامین اعتبارات لازم طرح، سپاسگزاری می نمایم.

با امید توفیق روزافزون برای تمامی این عزیزان، اندیشمندان و دلسوزان عرصه کاهش تقاضای مواد و مبارزه با اعتیاد

شناسنامه

عنوان : سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور

مجری طرح و مسئول تدوین:

دکتر محسن روشن پژوه، روانپزشک، مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور

ناظرین طرح:

- دکتر محمد تقی جغتایی، عضو هیئت علمی و رئیس مرکز تحقیقات سلولی مولکولی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر محمد کاظم عاطف وحید، عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

فهرست

۲.....	قدردانی
۳.....	شناسنامه
Error! Bookmark not defined.	پیام سند
۴.....	فهرست
۷.....	فهرست شکل ها
۱۱.....	خلاصه اجرایی
۱۹.....	مقدمه و بیان مساله
۲۶.....	توصیف وضعیت و روند اختلال مصرف مواد
۲۶.....	شیوع اختلال مصرف مواد در جهان
۳۰.....	شیوع اختلال مصرف مواد در ایران
۳۳.....	ضرورت تدوین سند جامع درمان و حمایت های اجتماعی کشور
۳۳.....	از منظر صاحب نظران
۳۵.....	روش شناسی
۳۵.....	و

- ۳۵..... مراحل تدوین سند.....
- ۳۶..... تدوین مراحل روش شناسی و.....
- ۳۷..... مراحل تدوین سند.....
- ۴۴..... تعاریف و اختصارات.....
- ۴۵..... تعاریف و اختصارات.....
- ۶۶..... تحلیل وضعیت.....
- ۶۰..... درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد در ایران.....
- ۷۷..... الگو واره و.....
- ۷۷..... چارچوب/مدل مفهومی.....
- ۷۷..... سند جامع درمان ، بازتوانی و حمایت های اجتماعی اعتیاد.....
- ۹۰..... چارچوب/مدل مفهومی.....
- ۹۰..... حمایت های اجتماعی در درمان، بازتوانی و زیانکاهی اختلال مصرف مواد.....
- ۹۵..... چشم انداز،.....
- ۹۵..... ماموریت، اهداف، سیاست ها، راهبردها، برنامه ها و شاخص ها.....
- ۹۶..... چشم انداز سند.....
- ۹۶..... بیانیه ماموریت سند.....
- ۹۷..... اهداف سند.....
- ۹۷..... هدف کلی سند : کاهش بار وابستگی و اختلال مصرف مواد.....

- هدف راهبردی سند : ۹۷
- ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی ۹۷
- اعتیاد و اختلال مصرف مواد در ایران ۹۷
- اهداف اختصاصی ۹۷
- اهداف کاربردی ۹۷
- انتظارات از اجرای سند ۹۸
- سیاست ها و راهبردهای ۱۰۱
- درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور ۱۰۱
- عنوان برنامه های ملی ۱۱۱
- شاخص ها ۱۱۳
- (معطوف به سیاست ها) ۱۱۳
- نظام اجرایی سند ۱۲۱
- (مراحل اجرا، زمانبندی و دوره های بازبینی سند) ۱۲۱
- منابع ۱۲۴

فهرست شکل ها

- شکل ۱: نقشه ذینفعانی که در تدوین سند مشارکت داشتند..... ۱۳
- شکل ۲: چارچوب مفهومی برای اجرایی شدن سند ملی حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور..... ۱۵
- شکل ۳: نسبت مرد به زن در شیوع ماهیانه اختلال مصرف مواد به نسبت درمان سرپائی اختلال مصرف مواد در اروپا..... ۲۲
- شکل ۴: شیوع سالانه و تعداد افراد مصرف کننده به تفکیک نوع ماده در سراسر جهان..... ۳۸
- شکل ۵: روند اختلال مصرف مواد در سال های ۲۰۰۸-۲۰۱۰ به تفکیک نوع ماده در سراسر جهان..... ۳۹
- شکل ۶: تخمین تعداد مرگ و میر ناشی از اختلال مصرف مواد و مقدار مرگ و میر ناشی از اختلال مصرف مواد در بین هر یک میلیون نفر جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال..... ۲۹
- شکل ۷: نسبت موارد آلوده شده به ویروس و ویروس انسانی کمبود ایمنی (واکا HIV) به کل جمعیت کشور در هر ۱۰ میلیون نفر در فاصله سال های ۶۸-۸۴..... ۳۱
- شکل ۸: نسبت متوفیات ناشی از اعتیاد به کل جمعیت و هزینه کل شهری را در فاصله سال های ۶۸-۸۴..... ۳۲
- شکل ۹: تعامل بین ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در انسان..... ۷۹
- شکل ۱۰: درمان نیزمند تغییر در سطوح مختلف از وجود انسانی است..... ۸۱
- شکل ۱۱: تعامل محیط بیرونی و درونی در فرایند درمان اعتیاد..... ۸۳

شکل ۱۲: طیف اعتیاد در حوزه های مفهومی..... ۹۲

شکل ۱۳: مدل تاثیر حمایت های اجتماعی بر چرخه درمان و بازتوانی اختلال مصرف مواد..... ۹۴

شکل ۱۴: تعداد مراکز و میزان پذیرش معتادان تحت پوشش برنامه های درمان، بازتوانی و کاهش آسیب (دولتی و

غیردولتی) طی سال های ۹۱-۱۳۹۰..... **Error! Bookmark not defined.**

شکل ۱۵: مقایسه پذیرش معتادان در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب بین سال های ۱۳۹۰-۱۳۹۱ **Error!**

Bookmark not defined.

شکل ۱۶: تعداد معتادان بهبود یافته تحت پوشش برنامه های آموزش فنی و حرفه ای طی سال های ۹۱-۱۳۹۰

..... **Error! Bookmark not defined.**

شکل ۱۷: افراد گزارش شده آلوده به ویروس HIV و ایدز طی سال های ۹۱-۱۳۹۰ ... **Error! Bookmark**

not defined.

شکل ۱۸: ساماندهی مراکز درمان غیر مجاز کشور بر اساس دستورالعمل ابلاغی در سال ۱۳۹۱ **Error!**

Bookmark not defined.

پیام سند

۱. انسان به عنوان ارزشمندترین مخلوق پروردگار شایسته ی اِکرام و تعالی است، سلامت و آسایش از ابتدائی ترین حقوق اوست.
۲. سلامت و آسایش تنها با توجه کافی به تمامی ابعاد زیستی، روانی، معنوی و اجتماعی وی تامین خواهد شد و پدیده اعتیاد و اختلال مصرف مواد حاصل بر هم کنشی، پیچیده در ابعاد زیستی، روانی، معنوی و اجتماعی انسان است که همزمان بر تمامی این ابعاد اثر می گذارد.
۳. تقلیل اعتیاد و اختلال مصرف مواد تا سطح یک بیماری صرفاً جسمانی، یا کج کاری روانی، یا مشکل اخلاقی و یا انحرافی اجتماعی، خطای بزرگی است در مواجهه با آن .
۴. کنترل پدیده ی اعتیاد و اختلال مصرف مواد، به معنی اصلاح تعارضات ابعاد وجودی انسان و نیازمند تعادلی پویا، بین تمامی این ابعاد است.
۵. صرف نظر از زمینه بروز، پدیده اعتیاد و اختلال مصرف مواد تهدیدی است جدی بر سلامت و منزلت انسان و جامعه که برای کنترل و مقابله با آن هیچ فرصتی را نباید از دست داد.

۶. گسترش پدیده اعتیاد و اختلال مصرف مواد چالشی است بزرگ در مسیر توسعه یافتگی کشور که شناخت ابعاد واقعی آن، برای مقابله با این پدیده و ترسیم افق چشم انداز جمهوری اسلامی ایران حیاتی است.

۷. برای دستیابی به جامعه ای عاری از اعتیاد و اختلال مصرف مواد، توجه کافی به کاهش تقاضای مواد در کنار توجه به کاهش عرضه ضروری است.

۸. کرامت ذات انسان اقتضاء می کند که برخورداری از حقوق شهروندی و خدمات سلامت، مشروط به هیچ پیش شرطی نباشد، از جمله عدم اختلال مصرف مواد.

۹. مقابله با پدیده اعتیاد و اختلال مصرف مواد نیازمند جنبش اجتماعی، مشارکت مدنی و عزمی ملی است که باید با مسئولیت پذیری و تعهد تک تک افراد، نهاد های اجتماعی، حکومتی و دستگاه های اجرایی کشور همراه باشد.

۱۰. این سند، تنها، تعهدی است ملی و گام نخست حرکتی مستمر و پُرچالش در مسیر

تعالی و اکرام احاد جامعه که باید با بالاترین سطح مشارکت پذیری، همدلی و

پاسخگویی همراه گردد.

خلاصه اجرایی

سند پیش رو، حاصل مشارکت و همدلی جمع کثیری از صاحب نظران، فرهیختگان، مراکز تحقیقاتی، انجمن های علمی، نهاد های عمومی و مدنی، جمعیت های خیریه، دستگاه های دولتی و حکومتی حوزه کاهش تقاضای مواد کشور است که برای اولین بار در ایران با هدف ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد، به رشته تحریر در آمد.

ایده تدوین چنین سندی، در اواخر آذر ماه سال ۸۹ شکل گرفت و برای حصول اطمینان از ضرورت تدوین آن، بخش مقدماتی طراحی و به اجرا درآمد. در این بخش، ابتدا اسناد ملی چند کشور، که در گزارش های منتشره از طریق نهاد های بین المللی در کنترل اعتیاد و اختلال مصرف مواد موفق تلقی می شدند، مرور گردید و در ادامه مطالعه ای کیفی با مشارکت صاحب نظران حوزه های مرتبط اجرا شد تا ضرورت تدوین سند و مختصات آن مورد تایید صاحب نظران و ذی مدخلان کشور نیز قرار گیرد.

برای این منظور ابتدا فهرست کاملی از صاحب نظران و فعالان حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی و همچنین برجستگان سایر رشته های مرتبط استخراج گردید (پیوست ۳/۱ در سند پشتیبان) سپس بر اساس معیار هایی فهرست کوتاه تری از بین آنان انتخاب شد (پیوست ۳/۲ در سند پشتیبان) و نظراتشان با استفاده از دو روش مصاحبه عمیق و تکمیل پرسش نامه جمع آوری گردید.

نتایج حاصل از تحلیل پاسخ های ارسال شده و مصاحبه ها روشن بود؛ "تدوین سند درمان و حمایت های اجتماعی، ضرورت اجتناب ناپذیر کشور است".

پس از تاییدِ ضرورت و ویژگی های مورد تاکید، تدوین سند در سی اُمین جلسه کمیته درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر تصویب شد و اجرای آن بر عهده اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی قرار گرفت. مراحل اصلی کار، با تایید اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی و تصویب پروپوزال از سوی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد، در تاریخ ۲۰ دی ماه ۱۳۹۱ آغاز گردید و در طی ۷ ماه به پایان رسید.

در ساختار اجرایی تدوین سند یک گروه تدوین (پیوست ۳/۳ در سند پشتیبان)، یک گروه صاحب نظران (پیوست ۳/۲ در سند پشتیبان)، یک کمیته علمی-راهبری شامل نمایندگان دستگاه های حکومتی، دولتی و عمومی و نهادهای غیر دولتی و مراکز تحقیقاتی و انجمن های علمی (پیوست ۴/ در سند پشتیبان ۳) به همراه گروه صاحب نظران پیش بینی شد.



شکل ۱: نقشه ذینفعانی که در تدوین سند مشارکت داشتند

سند در طی هفت مرحله و پس از چهار مرتبه ویرایش، نهایی شد و در اختیار ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گرفت. در طی مراحل تدوین از روش های علمی متداول در توسعه اسناد بین المللی جهت حصول حد اکثر اجماع بین صاحب نظران، کارشناسان و دست اندرکاران استفاده گردید، شامل؛ بحث گروهی متمرکز، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با خبرگان، ذی مدخلان و کنشگران اجرایی، ارسال پرسش نامه، برگزاری نشست های تخصصی و مرور مستندات مرتبط در داخل و خارج کشور.

سند جامع درمان و حمایت های اجتماعی کشور در حقیقت **بیانگر سیاست های ملی درمان**، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی اعتیاد جمهوری اسلامی ایران است و محتویات آن عبارت اند از:

- خلاصه ایی از شرح وضعیت و توصیف روند اعتیاد و اختلال مصرف مواد در جهان و ایران با استناد به آخرین آمار و اطلاعات **قابل دستیابی برای گروه تدوین**،
- تحلیلی از وضعیت حمایت های اجتماعی و خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی (کاهش آسیب) اعتیاد کشور و ضرورت تدوین سند از منظر **صاحب نظران و فعالان این حوزه**،
- تاریخچه ایی از روند مبارزه با اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور با تاکید بر اقدامات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایتی در کشور پیش و پس از انقلاب اسلامی،
- ارایه چهارچوب مفهومی و الگوواره ایی از وابستگی و اختلال مصرف مواد، درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی **که برای اولین بار در حوزه کاهش تقاضای مواد صورت گرفته است**،
- **ترسیم چشم انداز هم سو با سند چشم انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران**،
- **بیانیه مأموریت** در نظر گرفته شده برای سند،
- اهداف غایی، کلی، راهبردی و کاربردی **هماهنگ با اهداف کلان برنامه توسعه پنجم کشور**، و اسناد بالادستی در حوزه سلامت از جمله **سند تحول نظام سلامت و نقشه جامع علمی سلامت کشور**،
- سیاست های اصلی، **هم راستا با سیاست های کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر**،
- راهبردها کلان و خُرد برای دستیابی به اهداف پیش بینی شده،
- شاخص های معطوف به سیاست ها و اهداف،
- در انتها عناوین برنامه های ملی و سازمان های مسئول و ذی مدخل و همچنین
- بخشی که به **نحوه عملیاتی کردن و ارتقاء سند** مزبور می پردازد.

چارچوب مفهومی برای اجرایی شدن سند ملی درمان و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور



شکل ۲: چارچوب مفهومی برای اجرایی شدن سند ملی حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور

در تدوین این سند، رعایت کرامت و منزلت انسان، توجه به تمامی ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی وی و احترام به حقوق اساسی افراد اصل بود، باز تعریف مفاهیم نظری و ارایه چارچوب یا الگوی مفهومی مورد تاکید قرار گرفت و در تمامی مراحل همواره سعی بر آن بود تا با پرهیز از پیش داوری و تعصب، به نظر تمامی ذی مدخلان توجه شده و حقوق تمامی ذینفعان و دیدگاه های متنوع در نظر گرفته شود و در عین حال محتوای سند از جامعیت کافی برخوردار باشد.

تاکید بر شواهد عینی و علمی، پرهیز از شتاب زدگی در تدوین، پرداختن به درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی **در یک پیوستار**، توجه به تنوع رویکردها، تاکید بر رویکرد اجتماع محور و پی گیری مُجددانه جهت دعوت به همکاری و جلب مشارکتِ حداکثری ذی نفعان از جمله نکات ارزشمندی بود که همواره بر آن تاکید می گردید. یکی از دغدغه های اصلی مد نظر، ضمانت اجرایی و نحوه عملیاتی کردن سند بود که به همین منظور در نسخه نهایی **بخش مُجزایی** بدان تعلق گرفت.

انتظار می رود با ابلاغ سند و عملیاتی کردن برنامه های آن؛ ضمن ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی، بار اعتیاد و هزینه های وارده بر کشور کاهش یافته، شاهد آن باشیم که؛

- زبان مشترکی برای مدیریت درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور بین ذی مدخلان ایجاد گردد،
- احساس مالکیت و مشارکت پذیری برنامه ها افزایش یابد،
- یک سند علمی بالادستی برای برنامه های عملیاتی اعضاء ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور و اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی فراهم شود،
- دستیابی به اهداف برنامه پنجم توسعه کشور تسهیل و تسریع گردد،
- از آخرین دستاوردهای مداخلات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی استفاده شود،
- پیش بینی پذیری و ثبات برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد با تغییر مدیران تضمین گردد،
- امکان هماهنگی و یکپارچگی و انسجام بیشتر برنامه ها فراهم گردد،
- قابلیت ارزیابی و زمینه ارزشیابی برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور فراهم گردد.

همچنین باعث:

- همه جانبه نگری در برنامه ها،
- تقسیم مناسب وظایف،
- تسهیل تنظیم و توزیع متناسب منابع و اعتبارات،
- فرصت انتقال برنامه ها به سایر کشورها و مجامع بین المللی،
- حذف مداخله های غیر علمی در امر درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی،
- قابلیت دسترسی به اسناد بالا دستی و تاریخچه مداخلات،

- ایجاد خطوط راهنما برای پژوهشگران و سیاستگذاران،
- ایجاد چارچوب منطقی برای تبدیل ایده به عمل،
- ایجاد چارچوب علمی برای هماهنگی با سایر بخش های مقابله با اعتیاد به طور خاص و آسیب های اجتماعی به طور عام،
- تازه پذیری و تعیین جایگاه طرح های پایلوت،
- عرضه ی پشتیبانی علمی و نیز بومی در اسناد پشتیبان،
- تسهیل و ارتقاء آموزش به ارائه دهندگان خدمات،
- تسهیل اطلاع رسانی خدمات به کاربران نهایی،
- کمک به سازمان یافتگی ارائه خدمات و حمایت های دولتی و خیریه ی پشتیبان، گردد. انشاء...



مقدمه و بیان مساله

وابستگی و اختلال مصرف مواد یکی از چالش های اساسی اکثر کشورهای جهان از جمله کشور ایران است که به رشد اقتصادی آسیب می زند، توسعه پایدار را نا ممکن می سازد، پیامدهای اجتماعی و نابسامانی های خانوادگی بسیار به همراه دارد و بار زیادی را بر نظام بهداشت و درمان کشورها تحمیل می کند. از اینرو در اسناد بین المللی و قوانین جاری بسیاری از کشورها و از آن جمله ایران، ضرورت انجام اقدامات همه جانبه، فراگیر و قاطع با این معضل اجتماعی-بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است.

فرازهایی از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که سلامت را حق مسلم ملت دانسته و نظام را مکلف به تامین حداقل نیازهای اساسی و ترسیم تصویری از یک دولت رفاه نموده است، ابلاغ سیاست های کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر، اقدامات مشخص شده در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم انداز ۲۰ ساله توسط مقام معظم رهبری "مد ظله العالی" با رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و نیز مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان، اهتمام به اجرای سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر در دهه پیش رو که دهه پیشرفت و عدالت نام گذاری شده است را روشن می سازد. همچنین پذیرش اسناد بین المللی مانند کنوانسیون مواد مخدر ۱۹۶۱ سال و اصلاحیه آن در سال ۱۹۷۲، کنوانسیون مواد روانگردان سال ۱۹۷۱، کنوانسیون ۱۹۸۸ و بالاخره بیانیه سیاسی اصول راهنمای کاهش تقاضا و سایر مصوبات بیستمین اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد در سال ۱۹۹۸ توسط جمهوری اسلامی ایران، نشان دهنده تعهد ایران به کاهش تقاضای مواد است.

در طی سالیان پیش و در همین راستا برنامه های متعدد و متنوعی تدوین و به اجرا در آمده است از جمله؛ نگهداری و باز پروری معتادان در طی سال های آغازین پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، تصویب برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری اختلال مصرف مواد در سال ۱۳۷۳، آغاز به کار واحدهای پذیرش، پی گیری و درمان

معتادان خود معرف در سازمان بهزیستی کشور، اجرای طرح آزمایشی درمان نگهدارنده اعتیاد در زندان که با همکاری سازمان زندانها و دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل و انیستیتو روانپزشکی تهران در سال ۱۳۸۱، اجرای برنامه طرح آزمایشی درمان نگهدارنده با متادون توسط وزارت بهداشت و دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۱۳۸۲، تدوین و ابلاغ آیین نامه درمان در مراکز خصوصی از قبیل مراکز سرپایی، اقامتی، اجتماع درمان مدار، زیانکاهی، کلینیک های مثلثی و توسعه آن در طی سالهای ۱۳۸۰ و تا به امروز که شاهد تدوین و ابلاغ آیین نامه اجرایی و دستورالعمل های تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) هستیم.

با مقایسه اخبار و اطلاعات متفاوتی که توسط منابع علمی و رسانه ای از شیوع و بروز اعتیاد در کشور منتشر می شود، بدون توجه به اعتبار و صحت و سقم این داده ها، می توان به این نکته پی برد که همگی در یک مورد اشتراک دارند؛ " به رغم تلاش های فراوان مشکل اعتیاد در کشور کاهش نیافته است."

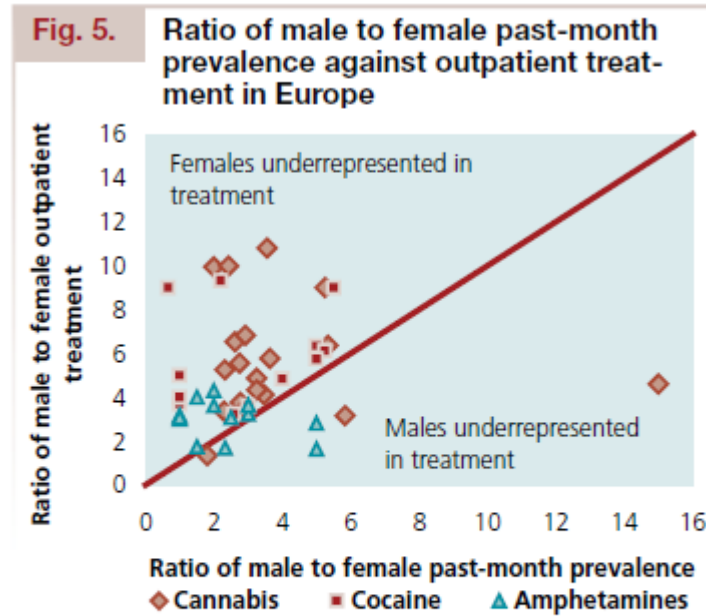
بر اساس گزارش دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) به نظر می رسد تمامی کشورها به صورت عام، آسیا به طور خاص و ایران به طور آخص با مشکلات مربوط به محرک های شبه آمفتامینی (ATS) روبروست، به نحوی که هم اکنون حداقل یک سوم تخت های روان پزشکی کشور را بیماران با اختلالات مربوط به سوء مصرف محرک های شبه آمفتامینی (ATS)، اشغال کرده اند (۹).

از طرفی مجموعه ی داده های موجود نشان می دهد؛ بار اعتیاد در حال کاهش نیست و حتی به نظر بسیاری از کارشناسان، در حال افزایش است [۱]. پس از آنکه در طی یک دهه، یعنی از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸، برنامه های کنترل مواد در سطح جهانی موفقیت دلخواه را به دست نیاورد (یا در صورت موفقیت، شاخص های مورد وثوق همگان در آن وجود نداشت)، تصمیم بین المللی بر آن شد تا یک دهه ی دیگر کار مقابله به صورت روشن تری در قالب مبارزه با تولید، حمل و مصرف مواد ادامه یابد [۲]، اما این بار شاخص مورد قبول، سلامت عمومی و هسته ی مرکزی مداخلات، سلامت قرار گرفت [۲]. به این معنی که مبارزه را آن هنگام موفق می دانیم که نشانه های خود را در سلامت عمومی مردم آشکار نماید.

امروزه درک روزافزونی در مورد اهمیت کاهش تقاضای مواد در کنار مبارزه با عرضه مواد به وجود آمده است و به ویژه در مقایسه با رویکرد های تنبیهی اثر بخشی آن ثابت شده است. تخمین زده می شود که ۲۰٪ از مبتلایان به اختلال مصرف مواد در سال ۲۰۱۰ تحت درمان قرار گرفته اند. حشیش ماده ای است که بیشترین مقدار سوء مصرف را دارد لیکن مبتلایان به سوء مصرف هروئین هنوز هم بیشترین تعداد مبتلایانی که به دنبال درمان هستند را تشکیل می دهند. و این در حالی است که در کشور آمریکا و به خصوص آمریکای جنوبی، مبتلایان به سوء مصرف کوکائین بیشترین موارد مراجعه برای درمان را تشکیل می دهند [۳].

تقاضا برای درمان سوء مصرف محرک ها (به ویژه محرک های شبه آمفتامینی) به صورت قابل توجهی در آسیا بالاست و مقام دوم را در این زمینه دارد، پس از آسیا، اقیانوسیه، اروپای غربی و مرکزی و آمریکای شمالی قرار دارند [۳].

تفاوت جنسیتی بارزی در درمان اختلال مصرف مواد وجود دارد. شکل (۳) نشان می دهد که زنان مبتلا به سوء مصرف اکثر مواد، کمتر از مردان تحت درمان قرار می گیرند [۳].



Source: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Note: Prevalence is based on the most recent national general population survey available since 2000 and outpatient treatment is for 2009 or the most recent year available.

شکل ۳: نسبت مرد به زن در شیوع ماهیانه اختلال مصرف مواد به نسبت درمان سرپائی اختلال مصرف مواد در اروپا

کاهش تقاضای مواد بدون در نظر گرفتن برنامه های جامع زیانکاهی (کاهش آسیب) و بازتوانی کامل ممکن نیست. سیستم درمانی باید به نحوی عمل نماید که نه تنها به درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد پردازد، بلکه موفق به بازتوانی کامل آنان شود [۴]. بازتوانی به مجموعه اقداماتی اطلاق می شود که برای مراجع انجام می شود تا او به زندگی مستقلی دست یابد.

سه هدف اصلی بازتوانی عبارتند از بازیابی (recovery)، ارتقای کیفیت زندگی، بازگشت و یکپارچگی با اجتماع [۵] (community reintegration) و بر سه اصل تندرستی، شهروندی و رهایی از مصرف مواد مبتنی است. بازتوانی شروع یک سفر فردی و متمرکز بر فرد است، بر خلاف تصویری که آن را مرحله ای از خاتمه دادن به مصرف مواد تلقی می کنند. بنابر این فرد باید در قلب سیستم بازتوانی قرار گیرد و بسته های حاوی تعداد زیادی از خدمات که در سطح محلی و به صورت اختصاصی (تک دوزی شده) برای درمان و حمایت از او طراحی و در

نظر گرفته شده، دریافت دارد [۴]. یکی از مهمترین عوامل موثر در تداوم بازتوانی و درمان، مقدار سرمایه هایی است که برای هر فرد وجود دارد.

سرمایه های موجود برای هر فرد که به او در شروع درمان و ادامه بازتوانی کمک می کند، عبارتند از:

- سرمایه های اجتماعی^۱: سرمایه هایی که هر فرد از ارتباطش با سایرین (خانواده، همسر، فرزندان و گروه همسالان) به دست می آورد که هم شامل حمایت های دریافتی و هم مسئولیت هایی که فرد در قبال افراد دارد، می شود.
- سرمایه های فیزیکی: پول، مسکن و غیره.
- سرمایه های انسانی: مهارت ها، سلامت روحی و جسمی، شغل و غیره.
- سرمایه های فرهنگی: ارزش ها، اعتقادات و نگرش افراد [۴].

هدف اصلی از خدمات بازتوانی، توانمندسازی افراد برای زندگی مستقل و مشارکت در حیات جامعه است [۶] و اینها همه حکایت از آن دارد که داشتن برنامه های متنوع درمانی، دسترسی آسان، پذیرش اهداف گوناگون، اهمیت دادن به خواسته های مراجع، تغییر نگرش اجتماعی، بازاریابی اجتماعی، حمایت اجتماعی، توجه به فرایند بازگشت به جامعه و ده ها موضوع ریز و درشت دیگر بایستی در دستور کار سیاستگذاران قرار گیرد تا رخصت برنامه ریزی برای متخصصان را فراهم گرداند.

این مهم نیازمند تفکر راهبردی و سازمان دادنِ بودجه و فعالیت ها در قالبی علمی و قابل ارزیابی است تا بتوان به مردم کشور و ناظران بین المللی نشان داد که مبارزه با اعتیاد (در قالب شاخص های سلامت همگانی) چه روندی را طی می کند.

بر اساس نظریه های علمی مربوط به مدل تغییر (به عنوان نمونه مدل پروکاسکا)، حدود ۱۰٪ افراد به مرحله عمل برای تغییر می رسند.

^۱ Social capital

در سال های اخیر دولت تلاش کرده است به شیوه های متفاوتی درمان را در اختیار نیازمندان قرار دهد و به تدریج تعداد خدمت گیرندگان افزایش یافته است [۷] که قطعاً با فرایند های قانونی اخیر (تصویب و ابلاغ تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام) این تعداد افزایش بیشتری خواهند یافت، یعنی داوطلبان یا وادارشدگان به درمان بیش تر می شوند. این اطلاعات نشان می دهند که نیازمند ظرفیت سازی، برنامه ریزی منسجم و تامین امکانات درمان، بازتوانی و حمایتی در کشور هستیم.

ایران در حوزه درمان و بازتوانی اعتیاد و در مقایسه با کشورهای منطقه، به مراتب توسعه یافته تر است، تنوع در انواع و سطوح مداخلات درمان و زیانکاهی (کاهش آسیب) از امتیازهای برنامه های درمان کشور محسوب می گردد. با این وجود کمبود ارتباط میان الگوهای مختلف درمان و تفاوت های مفهومی و یا نگرشی میان آنها که در نوع خود می تواند فرصتی برای ارتقاء کیفیت خدمات باشد، بعضاً موجب توقف ارائه خدمات گردیده است، که نیاز به توجه ویژه دارد.

یک نظر سنجی اجمالی از جمع کثیری از صاحب نظران [۸] نشان داد که؛ کمبود یا ساماندهی ضعیف مدل - های اجتماعی درمان از یک سو و نگرش پزشکی صرف به درمان اعتیاد و کم توجهی به درمان های روانی، اجتماعی از سوی دیگر از جمله نقاط ضعف حوزه درمان محسوب می شوند. همچنین قطبی شدن دیدگاه ها در حوزه خدمات درمان اعتیاد و نگرش حذفی به برخی برنامه ها، نظیر برنامه های زیانکاهی، از تهدیدهای عمده برنامه هاست.

به عبارت دیگر در حالی که با گسترش قابل توجه خدمات درمان و کاهش آسیب، شاهد ارائه ی درمان به تعدادی حتی بسیار بیشتر از میزان های برآورد شده هستیم، ولی ارزیابی جامعی از نتایج درمان صورت نگرفته و کاهش شیوع اعتیاد به دنبال نداشته است. از طرفی مفهوم و شاخص های حمایت اجتماعی و خدمات مؤسسات حمایتی نیز نا روشن بوده به نوع خاص و محدودی از حمایت بسنده شده و همان نیز دستخوش تغییرات زیادی است. مهمتر از همه، هنوز بستر اجتماعی مناسبی برای بازگشت معتاد بهبود یافته به اجتماع فراهم نیست.

به این ترتیب در شرایطی قرارداریم که لازم است چارچوبی علمی و قابل سنجش برای حمایت اجتماعی و درمان و بازتوانی مورد نیاز فراهم کنیم تا ضمن تسهیل برنامه ریزی، قابلیت ارزیابی و ارزشیابی، از هدر دادن منابع ملی، مورد سوء استفاده قرار گرفتن بیماران و خانواده هایشان جلوگیری کرده، اجتماع و نهاد های حمایتی را برای کمک به بازگشت فرد و خانواده ی معتاد به جامعه آماده نموده، دستمایه های مناسبی برای زبان مشترک بین المللی فراهم آوریم. از اینرو تدوین سند جامع درمان و حمایت های اجتماعی، گام بلندی خواهد بود برای دستیابی به اهداف فوق. سندی که ضمن ارائه الگوی مفهومی و چارچوب های علمی مورد توافق، اهداف و سیاست های کلی مرتبط، موازین و راهبردهای اساسی جهت دستیابی به اهداف یاد شده را نشان داده، اجزای عملیاتی به تفکیک مسؤلیت متولیان و ذی مدخلان را تعیین نماید.

در مطالعه دیگری که سال ۸۷ در ۷ زندان کشور توسط مرضیه فرنی و معصومه دژمان انجام شد نتیجه آزمایش ۵۷٪ افراد هنگام ورود به زندان برای حداقل یکی از ۳ ماده مرفین، حشیش و آمفتامین مثبت شد. این درصد برای مرفین ۵۲، حشیش ۹ و آمفتامین ۵ درصد بود. در این مطالعه ۶۵ درصد افراد مصرف حداقل یکبار مواد مخدر را در طول عمرشان ذکر کرده اند. در همین مطالعه نشان داده شد که ۱۰ درصد زندانیان در طول دوره زندان مواد مصرف کرده اند. نوع ماده مصرفی عمده در این افراد هروئین و تریاک بوده است. شایع ترین شیوه مصرف دود کردن و سپس خوردن و انفییه بوده است. ۹۵ درصد کسانی که در طول دوره زندان مواد مصرف کرده بودند اظهار کردند که قبلاً نیز سابقه مصرف مواد داشته اند و نیم درصد کل جمعیت باقیمانده سابقه مصرف مواد نداشته اند و در زندان اولین مصرف را تجربه کرده اند. (بررسی اثربخشی برنامه های کاهش آسیب ناشی از سوء مصرف و وابستگی به مواد در طول دو ماه اقامت در زندانیان ۷ زندان کشور در سال ۱۳۸۷)

همچنین در بررسی دیگری که در سال ۸۹ در زندانهای کشور انجام شد علیرغم ادعای زندانی نشدن افراد به علت اعتیاد (که منجر به حذف نگاه ستاد مبارزه با مواد مخدر از زندانهای کشور گردیده است) ۵۱,۳۹ درصد جمعیت ورودی معتاد بوده اند.

توصیف وضعیت و روند اختلال مصرف مواد

شیوع اختلال مصرف مواد در جهان

بر طبق گزارش منتشر شده توسط دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۲ [۳]، حدود ۲۳۰ میلیون نفر از مردم جهان در سال ۲۰۱۰ مواد مصرف نموده اند که جمعیتی بالغ بر ۵٪ از افراد بالای ۱۸ سال را تشکیل می دهند و حدود ۲۷ میلیون نفر از آنها به مواد وابسته هستند و در چند سال اخیر، روند اختلال مصرف مواد غیرقانونی ثابت بوده است، هر چند بعضی از کشورهای رو به توسعه، افزایش مقدار اختلال مصرف مواد را شاهد هستند.

همه ساله به دلیل اختلال مصرف مواد حدود ۲۰۰ هزار نفر جان خود را از دست می دهند [۳] و هزاران خانواده به مخاطره و نابودی می افتند. اختلال مصرف مواد توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع را کند می سازد، و عامل افزایش جرائم، عدم ثبات، نا امنی و گسترش عفونت با ویروس انسانی کمبود ایمنی (واکا HIV)^۲ است.

شکل ۴ شیوع سالانه و تعداد افراد مصرف کننده مواد به تفکیک نوع ماده در سراسر جهان، در سال ۲۰۱۰ را نشان می دهد که بر طبق آن بین ۳,۴ تا ۶,۶ درصد از افراد به اختلال مصرف مواد مبتلا بوده است و حشیش و مواد مخدر نیز رایج ترین ماده مورد سوء مصرف در سراسر جهان [۳].

^۲ HIV

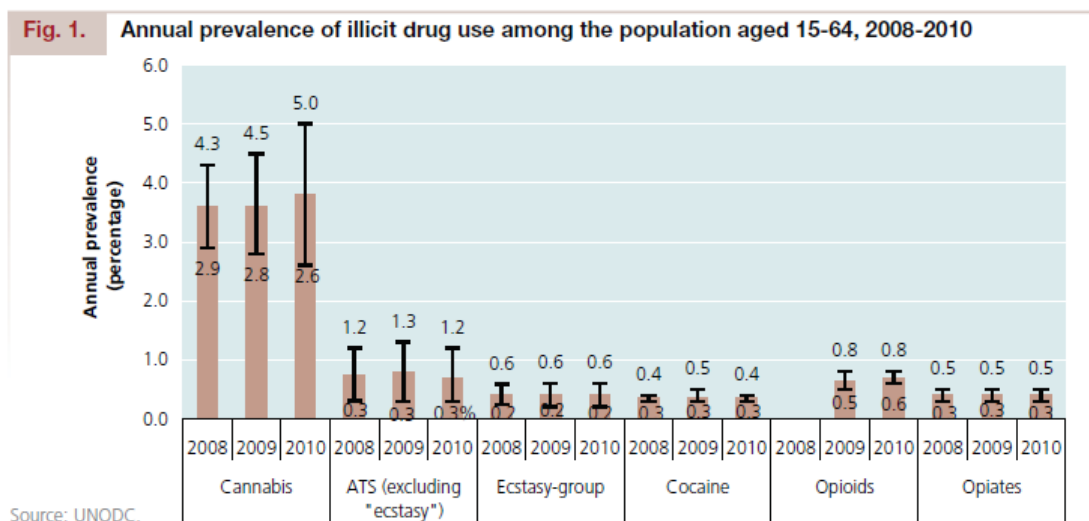
شکل ۴: شیوع سالانه و تعداد افراد مصرف کننده به تفکیک نوع ماده در سراسر جهان

Annual prevalence and number of illicit drug users at the global level, 2010				
	Prevalence (percentage)		Number (thousands)	
	Low	High	Low	High
Cannabis	2.6	5.0	119 420	224 490
Opioids	0.6	0.8	26 380	36 120
Opiates	0.3	0.5	12 980	20 990
Cocaine	0.3	0.4	13 200	19 510
Amphetamine-type stimulants	0.3	1.2	14 340	52 540
"Ecstasy"	0.2	0.6	10 480	28 120
Any illicit drug	3.4	6.6	153 000	300 000

منبع: گزارش جهانی مواد ۲۰۱۲، دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد [۳]

روند اختلال مصرف مواد در سال های ۲۰۱۰-۲۰۰۸ به تفکیک نوع ماده در سراسر جهان را نشان می دهد شکل ۵ که در آن سوء مصرف حشیش بالاترین شیوع را در بین همه ی مواد دارا بوده و در بین سال های ۲۰۱۰-۲۰۰۸ سیر صعودی داشته است [۳].

شکل ۵: روند اختلال مصرف مواد در سال های ۲۰۱۰-۲۰۰۸ به تفکیک نوع ماده در سراسر جهان



1 All-cause mortality among those aged 15-64 taken as 18.74 million (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp>).

منبع: گزارش جهانی مواد ۲۰۱۲، دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد [۳]

بر اساس تخمین پروژه بار جهانی بیماری ها^۳، در سال ۲۰۰۴ تعداد سال های از دست رفته به خاطر بیماری یا مرگ و میر ناشی از اختلال مصرف مواد معادل ۳۲۱۰۸۰۰۰ سال بوده است. این رقم نزدیک به ده برابر کل سال های از دست رفته به علت بیماری شناخته شده ای مانند سل است (۳۴۲۱۷۰۰۰ سال) [۹].

^۳Global Burden of Diseases Project

همچنین بر طبق تخمین دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۱۰ بین ۹۹۰۰۰ تا ۲۵۳۰۰۰ مورد مرگ به اختلال مصرف مواد مرتبط بوده است. این مقدار ۲۲,۰-۵۵,۹٪ از کل مرگ و میر گروه سنی ۱۵-۶۴ سال را شامل می شود [۳].

شکل ۶: تخمین تعداد مرگ و میر ناشی از اختلال مصرف مواد و مقدار مرگ و میر ناشی از اختلال مصرف مواد در بین هر یک میلیون نفر جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال

Region	Number of all drug users (thousands)	Prevalence (percentage)	Number of drug-related deaths	Mortality rate per million aged 15-64
Africa	22,000-72,000	3.8-12.5	13,000-41,700	22.9-73.5
North America	45,000-46,000	14.7-15.1	44,800	147.3
South America	10,000-13,000	3.2-4.2	3,800-9,700	12.2-31.1
Asia	38,000-127,000	1.4-4.6	14,900-133,700	5.4-48.6
Europe	36,000-37,000	6.4-6.8	19,900	35.8
Oceania	3,000-5,000	12.3-20.1	3,000	123.0
Global	153,000-300,000	3.4-6.6	99,000-253,000	22.0-55.9

Source: UNODC, data from the annual report questionnaire; Inter-American Drug Abuse Control Commission; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Louisa Degenhardt and others, "Illicit drug use", in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, Majid Ezaati and others, eds. (Geneva, World Health Organization, 2004).

Note: Data for South America include data from Central America and the Caribbean. Data for Oceania are based on data from Australia only and therefore no range is given.

بر اساس همین گزارش؛ در سال ۲۰۱۰ تعداد افراد مبتلا به سوء مصرف تزریقی مواد ۱۶ میلیون نفر بوده است که از این تعداد حدود ۳ میلیون نفر به عفونت نقص ایمنی انسانی مبتلا هستند و به جز در کشورهای زیر صحرای آفریقا^۴، در سال ۲۰۱۲ سوء مصرف کنندگان تزریقی مواد، یک سوم تمام موارد جدید ابتلا به عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی را تشکیل داده اند [۳].

^۴ Sub-Saharan African Countries

شیوع اختلال مصرف مواد در ایران

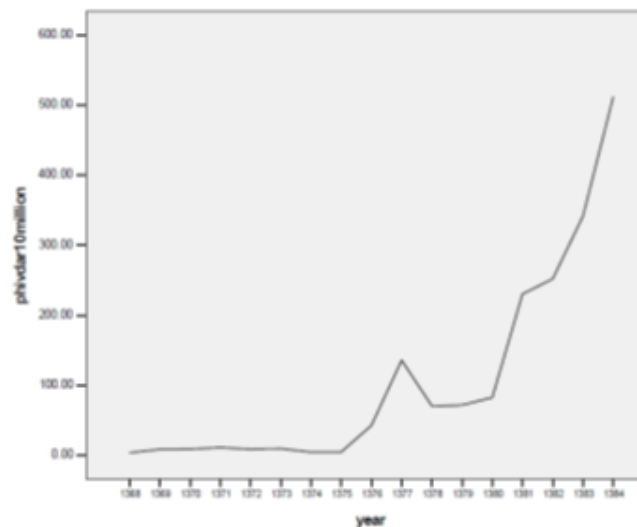
تحقیقات و بررسی های پراکنده که در سالیان گذشته در ایران انجام گرفته، موید شیوع بالای اختلال مصرف مواد در کشور است، هر چند هنوز آمار دقیقی از مقدار اختلال مصرف مواد در ایران در دسترس نیست و اطلاعات منتشر شده در این زمینه، تفاوت های قابل ملاحظه ای را نشان می دهد. کمبود تحقیقات جامع و علمی، کم گزارشی اختلال مصرف مواد به دلیل رویکرد جرم گرایانه و انگ اجتماعی بالا و نگاه امنیتی به مساله از جمله عواملی است که به کمبود اطلاعات دقیق و جامع در این حیظه منجر شده است [۱].

آمار طرح ملی شیوع شناسی مواد در سال ۱۳۹۰ که توسط پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی انجام پذیرفت نشان می دهد که تعداد تقریبی معتادین کشور ۱۳۲۵۰۰۰ نفر است که از این تعداد ۹۰٫۷٪ مرد هستند. ماده مصرفی در ۵۵/۰۲ درصد موارد تریاک بوده و بعد از شیشه در ۲۶/۲۲ درصد موارد بوده است [۱۰]. مصرف مواد مخدر از نوع تریاک در کشور سابقه ای نسبتاً طولانی دارد. بنا به تخمین دفتر مبارزه با مواد و جرائم سازمان ملل، در سال ۲۰۰۹، در ایران ۴۰ درصد از مواد مخدر به صورت تریاک و بقیه عمدتاً هروئین بوده است [۱۱].

آمار منتشره توسط دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۰ نشان دهنده آن است که ۴۲ درصد از تریاک کل دنیا، در ایران مصرف می شود [۱۲]. این در حالی است که روند مصرف مواد نسبت به گذشته دستخوش تغییراتی شده است؛ از یک سو متوسط سن مصرف کنندگان نسبت به سال های قبل پایین آمده و از سوی دیگر الگوی مصرف، از مصرف تدخینی تریاک به طرف هروئین به صورت تزریقی در حال تغییر است [۱۳]. همچنین اخبار و گزارش هایی که به شیوه های گوناگون و از مراجع مختلف منتشر می شود نیز از تغییر نوع ماده مصرفی و افزایش گرایش بیشتر به مواد محرک و روانگردان، چه به صورت مصرف منفرد و چه به صورت مصرف همزمان با سایر مواد، حکایت می نماید. بنا به گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۹ مصرف کنندگان شیشه، یک سوم تخت های روانپزشکی بیمارستان ها را اشغال کرده اند و زنان تمایل بیشتری به مصرف شیشه پیدا کرده اند [۱۴] و نیز میانگین بیشترین تماس های خط ملی اعتیاد در سال ۱۳۹۱ به ترتیب درباره ی مواد شیشه، تریاک، کراک و هروئین مرتبط بوده است [۱۵].

مواد مخدر یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و عامل شیوع برخی از بیماری های عفونی نیز می باشد، تا پایان سال ۱۳۹۱ تعداد ۲۶۱۲۵ نفر از مبتلایان به ایدز در کشور شناسایی شده اند که بیش از ۶۸ درصد از این تعداد از طریق اعتیاد تزریقی به این بیماری مبتلا شده اند [۱۶] و شیوع رفتار تزریقی ۲/۵۶ درصد از کل معتادان بوده است [۱۰]. گزارش سالیانه مواد دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ ایران را در زمره مناطقی که روند افزایش شیوع آلودگی با ویروس نقص ایمنی انسانی در بین مصرف کنندگان مواد بسیار بالاست محسوب کرده است [۱۱]. مطالعه باغستانی و همکاران [۱۷] نشان دهنده رشد سریع نسبت موارد آلوده شده به ویروس و ویروس انسانی کمبود ایمنی (واکا، HIV) به کل جمعیت کشور در فاصله سال های ۶۸-۸۴ است (شکل ۷).

نسبت موارد آلوده شده به ویروس HIV به کل جمعیت کشور در هر ۱۰ میلیون نفر جمعیت در طی سالهای ۶۸ تا ۸۴



شکل ۷: نسبت موارد آلوده شده به ویروس و ویروس انسانی کمبود ایمنی (واکا HIV) به کل جمعیت کشور در هر ۱۰ میلیون نفر در فاصله سال های ۶۸-۸۴

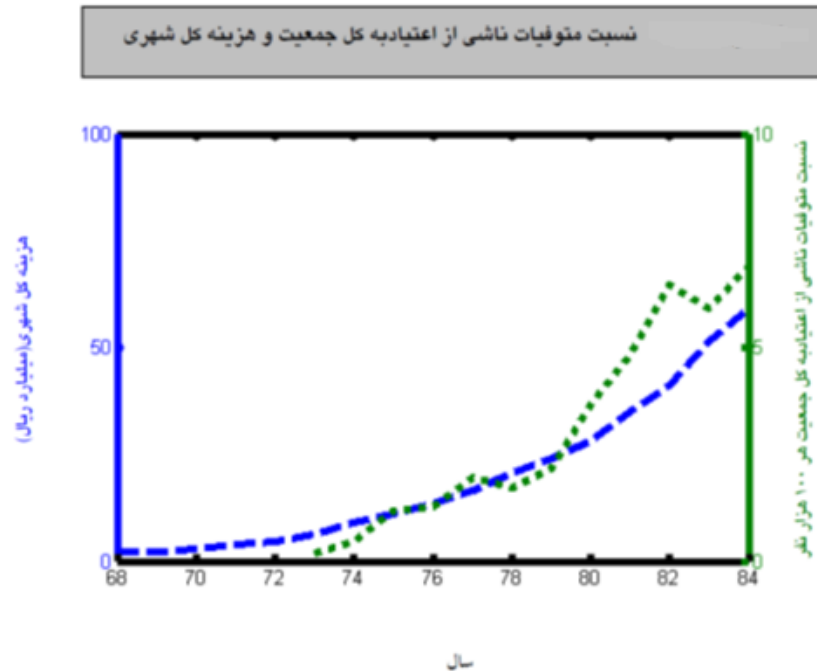
۸۴

منبع: نوری رویا، باغستانی احمد رضا، تحلیل روند اعتیاد در طی دو دهه اخیر ۱۳۸۵

بر طبق گزارش سالیانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و مخدر، در سال ۱۳۹۰ معادل ۳۵۹۳ نفر در ایران جان خود را

در اثر اختلال مصرف مواد از دست داده اند [۱۸]. این رقم در سال ۱۳۹۱ با ۱۵٪ کاهش معادل ۳۰۵۶ نفر بود [۱۶].

باغستانی و همکاران در بررسی خود رشد سریع نسبت متوفیان ناشی از اعتیاد به کل جمعیت و هزینه کل شهری را در فاصله سال های ۶۸-۸۴ نشان دادند (شکل ۸).



شکل ۸: نسبت متوفیات ناشی از اعتیاد به کل جمعیت و هزینه کل شهری را در فاصله سال های ۶۸-۸۴

منبع: نوری رویا، باغستانی احمد رضا، تحلیل روند اعتیاد در طی دو دهه اخیر ۱۳۸۵

۶۲/۸ درصد از معتادین متاهل و بیشترین شیوع اعتیاد در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال بوده است. عمده ترین علل

گرایش به مصرف مواد کسب لذت و کنجکاوی است. و تدخین به عنوان روش غالب مصرف می باشد [۱۰].

در مطالعه ارزیابی سوءمصرف مواد مخدر در زندان های ایران در سال ۱۳۸۱ که توسط سازمان زندان و

اقدامات تأمینی تربیتی کشور و با همکاری علمی انستیتو روانپزشکی تهران در ۷ زندان کشور انجام شد [۱۹]، نشان

داده شد که ۵۴,۳ درصد از افراد سابقه مصرف حداقل یک ماده افیونی (تریاک، شیره و هروئین) را پیش از ورود به

زندان ذکر می کردند که از این میان تریاک شایعترین ماده بود (۳۰,۳ درصد). در همین تحقیق، سوءمصرف مواد

افیونی در بین این افراد پس از ورود به زندان ۳۰,۷ درصد گزارش شد. در این مطالعه بین زندانیانی که با جرائم

مرتبط با مواد مخدر زندانی شده بودند، با آن هایی که به خاطر سایر جرائم وارد زندان شده بوند از نظر میزان سوء مصرف مواد افیونی تفاوت معنی داری دیده نشد.

ضرورت تدوین سند جامع درمان و حمایت های اجتماعی کشور

از منظر صاحب نظران

بر اساس آنچه در بالا آمده است؛ در ایران نیز سوء مصرف مواد سالانه میلیاردها ریال به کشور صدمه وارد آورده، کیفیت زندگی و ارزش های بنیادین جامعه، نظیر خانواده و معنویت را به تهدید می کشد، ناهنجاری ها و معضلات اجتماعی فراوانی به همراه دارد ولی علی رغم تعهد برای مقابله با عرضه ی مواد، اختلال مصرف مواد همچنان به عنوان یکی از چالش های اساسی کشور مطرح می باشد. به همین دلیل در ده ی اخیر ضرورت تغییر در رویکرد مبارزه با اختلال مصرف مواد احساس شده و به کاهش تقاضای مواد از طریق پیشگیری و درمان اختلال مصرف مواد توجه بیشتری گردیده است.

از اینرو و با توجه به لزوم تاکید بیشتر بر اقدامات مرتبط با کاهش تقاضا در کنار اقدامات گسترده ای که در مورد کاهش عرضه در کشور انجام می پذیرد، تدوین سند سیاست های کلی درمان، باز توانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی در اختلال مصرف مواد از ضروریات است.

بنا به نظر اکثری از کارشناسان و صاحب نظران [۸] تدوین سند ضرورتی اجتناب ناپذیر است که می تواند فرصت

های زیر را برای کشور فراهم آورد:

۱. امکان همه جانبه نگری
۲. امکان هماهنگی، یکپارچگی و انسجام بیشتر برنامه ها و اقدامات کاهش تقاضای مواد
۳. پیش بینی پذیری و آینده نگری در حوزه کاهش تقاضای مواد
۴. ایجاد چارچوب علمی برای هماهنگی با سایر بخش های مقابله با اعتیاد به طور خاص و آسیب های اجتماعی به طور عام
۵. تسهیل مشارکت پذیری در کنترل مواد

۶. کمک به حذف مداخله های غیر علمی در امر درمان و حمایت های اجتماعی
 ۷. ایجاد قابلیت ارزیابی و ارزشیابی اقدامات
 ۸. ایجاد امکان نقد پذیری سیاست ها، راهبردها و برنامه ها
 ۹. تقسیم مناسب وظایف بین متولیان و کنشگران کاهش تقاضای مواد
 ۱۰. قابلیت دسترسی بیشتر به اسناد بالا دستی و تاریخچه مداخلات
 ۱۱. ایجاد خطوط راهنما برای پژوهشگران و سیاستگذاران
 ۱۲. امکان انتقال برنامه ها به سایر کشورها و مجامع بین المللی
 ۱۳. کمک به استمرار و پی گیری برنامه ها علیرغم تعویض مدیران
 ۱۴. فراهم آوردن چارچوب منطقی برای تبدیل ایده به عملیات
 ۱۵. تسهیل تنظیم بودجه و اعتبارات حوزه کاهش تقاضای مواد، تازه پذیری و تعیین جایگاه طرح های پایلوت
 ۱۶. عرضه ی پشتیبان علمی و بومی در اسناد پشتیبان
 ۱۷. تسهیل آموزش به ارائه دهندگان خدمات
 ۱۸. تسهیل اطلاع رسانی خدمات در قالب سند به کاربران نهایی
 ۱۹. کمک به سازمان یافتگی ارائه خدمات و حمایت های دولتی و خیریه.
- این سند بر اساس تمامی ضرورت های مطرح شده و با اتکا به نظرات و پشتوانه علمی جمع کثیری از صاحب نظران این حوزه در کشور و مروری جامع بر منابع و متون بین المللی با هدف ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اختلال مصرف مواد تدوین گشته است.



روش شناسی و مراحل تدوین

سند پیش رو، در حقیقت حاصل مطالعه ایست توصیفی/تحلیلی که با هدف کاهش بار سوء مصرف مواد در ایران نگاشته شده و مشتمل است بر؛ شرح وضعیت و روند اعتیاد و اختلال مصرف مواد در جهان و ایران، تحلیل وضعیت حمایت های اجتماعی و خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی کشور و ضرورت تدوین سند و ویژگی های آن از منظر صاحب نظران، تبیین الگوی مفهومی و چهارچوب نظری در خصوص وابستگی و اختلال مصرف مواد و درمان، بازتوانی و حمایت اجتماعی، سیاست های اساسی، راهبردهای کلان و خرد، اهداف راهبردی و اختصاصی و شاخص های معطوف به سیاست های تعیین شده، عنوان برنامه ها در سطح ملی، تحلیل ذی مدخلان و بخشی که به نحوه عملیاتی کردن سند و ارتقاء آن می پردازد.

برای جمع آوری داده های مورد نیاز این طرح، مجموعه ای از روش ها به کار گرفته شد از جمله؛ بحث گروهی متمرکز، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با خبرگان، ذی مدخلان و کنشگران اجرایی، ارسال پرسش نامه، برگزاری نشست های تخصصی و مرور مستندات مرتبط در داخل و خارج کشور.

در این مطالعه پس از استخراج اطلاعات و فیش برداری منابع و همچنین تحلیل محتوای مصاحبه های عمیق و نشست های تخصصی، تلاش شد با ادغام یافته های حاصل از بررسی منابع و مصاحبه ها و نشست های تخصصی، نسخه سند نهایی در طی ۷ مرحله و پس از چهار بار ویرایش، تنظیم شود.

مراحل تدوین سند

مرحله اول: تدوین پیش نویس (ویرایش) اول سند

۱. هسته اولیه تدوین و دبیر خانه موقت جهت هماهنگی های اجرایی و پشتیبانی مراحل عملیاتی تشکیل و مرحله اول تدوین سند طراحی و تقسیم کار صورت گرفت.
۲. مروری جامع بر اسناد و متون و منابع بین المللی انجام شد و مفاهیم نظری و اصول درمان درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی، سیاست ها و رویکردهای کاهش تقاضا با بررسی اسناد منتشره توسط سازمان های بین المللی معتبر مانند دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) و موسسه ملی اختلال مصرف مواد در کشور آمریکا (NIDA) استخراج گردید. کلید واژه های جستجو شامل موارد ذیل بود:
Drug abuse, policy, Strategy, Substance abuse, National plan, National policy
۳. کشور های آمریکا، استرالیا، کانادا، برزیل، هندوستان، مالزی، ایرلند، نروژ، انگلستان و کرواسی، با ملاک های زیر جهت مرور اسناد ملی، سیاست ها و رویکردهای مبارزه با مواد آنان انتخاب شدند و تمامی مستندات مربوطه بررسی شد:

- i. داشتن موفقیت های خاص در درمان و پیشگیری از اختلال مصرف مواد (بر اساس اسناد معتبر بین المللی)
- ii. مشابهت نسبی با شرایط ایران
- iii. گستره ای از کشورهایی با سرانه درآمد متفاوت،
- iv. گستره ای از مناطق جغرافیایی مختلف،

۷. گستره ای از تنوع فرهنگی و مذهبی

۴. اسناد بالادستی مانند سند چشم انداز ۱۴۰۴، سند تحول نظام سلامت، نقشه علمی جامع سلامت، سیاست های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) و کنوانسیون های بین المللی و قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه و گزارش طرح های تحقیقی ستاد و مقالات منتشره داخلی به منظور شناخت وضعیت اختلال مصرف مواد و برنامه های حمایت های اجتماعی، درمان و کاهش آسیب، بررسی شد.

۵. به منظور تحلیل وضعیت درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی ابتدا به روش بارش افکار (Brain storming) و فرایندی مشورتی رشته های زیر مد نظر قرار گرفت:

- حقوق و جرم شناسی
- اقتصاد بهداشت
- پزشکی اجتماعی
- علوم حوزوی و دینی
- روانپزشکی
- مددکاری اجتماعی
- روانشناسی
- جامعه شناسی
- اپیدمیولوژی
- فهرست اولیه صاحب نظران در حوزه های مختلف تخصصی نیز طی اندیشه باران (Brain storming) و فرایند مشورتی و بر اساس معیار های زیر تهیه شد (پیوست ۳/۱):
- داشتن اعتبار علمی در حوزه سلامت، رفاه اجتماعی، مسایل اجتماعی و اعتیاد
- داشتن تجربه در حوزه سلامت، رفاه اجتماعی، مسایل اجتماعی و اعتیاد
- داشتن سابقه عضویت در نهاد های بین المللی مرتبط
- داشتن سابقه مشارکت در تدوین اسناد ملی و بین المللی

۷. سپس به افراد در فهرست اولیه امتیاز تعلق گرفت و پس از جمع بندی امتیازات و با توجه به احتمال ریزش افرادی که امتیاز بالاتری داشتند انتخاب شدند (پیوست ۳/۲).

۸. فهرست اولیه ایی از ذی مدخلان (ذی نفعان) تهیه شد شامل:

• تشکل های غیر دولتی فعال در حوزه سلامت، رفاه اجتماعی، آسیب های اجتماعی و اعتیاد [سازمان های مردم

نهاد و غیر دولتی، موسسات غیر انتفاعی، اصناف مرتبط و غیره]

• انجمن های علمی و تخصصی مرتبط

• نهاد های دولتی و سازمان های اجرایی وابسته به دولت

• نهاد های حکومتی مرتبط براساس اسناد ملی و فرابخشی

۹. سوالات اساسی برای بررسی موضوع، دستیابی به تحلیل وضعیت موجود، ساختار مناسب، اولویت ها و سایر نکات کلی از منظر صاحب نظران طراحی گردید.

۱۰. به دنبال آن صاحب نظران به دو گروه تقسیم شدند تا به دو روش مصاحبه عمیق و ارسال پرسش نامه به سوالات اساسی پاسخ دهند. با ۱۵ نفر از صاحب نظران فهرست شده مصاحبه عمیق انجام شد و پرسش نامه ای با سوالات باز (پیوست ۴) برای ۳۰ نفر از صاحب نظران فهرست شده، ارسال گردید.

۱۱. سپس نتایج مصاحبه ها و پاسخ پرسشنامه ها بررسی و تحلیل شد. به این ترتیب نقاط قوت، ضعف، فرصت ها و تهدیدهای درمان، بازتوانی زیانکاهی و حمایت های اجتماعی با استفاده از نظرات صاحب نظران استخراج گردید.

۱۲. گروه تدوین با توجه به مطالب جمع آوری شده در مراحل فوق، برگزاری جلسات مستمر و با استفاده از روش نظریه زمینه ای (گراند تئوری [۲۰])، کدگذاری مفاهیم مرتبط، استخراج و طبقه بندی مفاهیم و تعیین محتوا، به تدوین مناسبترین چارچوب مفهومی اعتیاد، درمان، بازتوانی زیانکاهی و حمایت های اجتماعی در ایران پرداخت.

۱۳. بر مبنای الگوی مفهومی ارائه شده و اطلاعات حاصله از مرور اسناد ملی و بین المللی و تحلیل وضعیت موجود، سیاست ها و راهبرد های پیشنهادی برای درمان، بازتوانی زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در طی فرایندی مشورتی و چندنشست گروه تدوین، تدوین شد.

۱۴. در پایان مرحله اول پیش نویس اول سند تهیه گردید.

مرحله دوم: جمع آوری دیدگاه صاحب نظران درباره پیش نویس اول سند

در این مرحله ویرایش اول سند برای ۱۵ نفر از صاحب نظران ارسال و با پیگیری های مکرر، نظرات آنان جمع آوری گردید. نظرات رسیده به دقت توسط گروه تدوین بررسی، دسته بندی و تحلیل شد سپس در متن سند اعمال گردید. در همین مرحله و با توجه به پیشنهاد های رسیده از سوی صاحب نظران اهداف سند تدوین و در نهایت ویرایش دوم سند تدوین گردید.

- شایان ذکر است بر اساس تصمیم گروه تدوین، تهیه پیش نویس اول و دوم سند با مشارکت صاحب نظران صورت گرفت تا سیاست های کلان، راهبردها و اهداف سند دچار تورش نگردد.
- پیش از آغاز مرحله سوم مکاتبه ایی از سوی اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد با تمامی ذی مدخلان شامل دستگاه های حکومتی و دولتی، نهاد های عمومی و تشکل های غیر دولتی، انجمن های علمی و مراکز تحقیقاتی صورت گرفت و از آنان درخواست شد تا به منظور مشارکت بیشتر در تدوین سند نماینده علمی و دارای اختیارات کافی را معرفی نمایند.

مرحله سوم: برگزاری کارگاه مشورتی کمیته علمی - راهبری تدوین سند

(یک شنبه ۱۶ تیر ماه ۹۲ - مجموعه فرهنگی شقایق)

در این مرحله، نشست مشورتی تحت عنوان کمیته علمی - راهبری تشکیل شد. ۲ هفته قبل از برگزاری نشست جداولی حاوی سیاست های پیشنهادی در هر حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی تهیه و برای تمامی ذینفعان ارسال شد در این جداول جای خالی برای اعمال اصلاحات و پیشنهاد های جدید توسط ذینفعان پیش بینی شده بود. علاوه بر این جداول، جداول دیگری نیز برای آنان ارسال شد تا هر یک بتوانند مبتنی بر سیاست های پیشنهادی؛ راهبردهای اساسی، اهداف راهبردی، شاخص ها و برنامه های ملی را پیشنهاد دهند (پیوست ۵).

با پیگیری های مستمر نظرات ذی نفعان جمع آوری شد، تمامی آنان بررسی، کدگذاری و تحلیل گردید و سپس در کارگاه مشورتی یک روزه با حضور همان اندیشمندان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

این نشست در تاریخ ۱۶ تیر ماه ۹۲ با دعوت از اندیشمندان و صاحب نظران منتخب، مدیران و مسئولان مرتبط در دوره های پیشین، اعضای گروه تدوین اسناد مشابه کشور و نمایندگان تشکل های غیر دولتی فعال (NGOs)، سمن ها، جمعیت های خیریه، انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی، نهادهای حکومتی مرتبط براساس اسناد فرابخشی، دستگاه های دولتی عضو کمیته درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مجموعه فرهنگی شقایق برگزار گردید (پیوست ۴).

در این نشست که به صورت کارگاهی و در ۲ بخش صبح و بعد از ظهر تشکیل شد، ابتدا کاربرگ هایی حاوی سیاست های کلان، راهبردهای اساسی و عناوین برنامه ها در اختیار افراد و گروه ها قرار گرفت، تمامی آنها به دقت بررسی شد، پیشنهادهای اصلاحی ثبت گردید، سیاست ها و راهبردها **مورد توافق نهائی** قرار گرفت و کلیه برنامه های پیشنهادی مرور شد. (پیوست ۴)

مرحله چهارم: تدوین پیش نویس سوم سند

گروه تدوین پس از نشست ۱۶ تیر چندین جلسه برگزار کرد و بر اساس نتایج حاصل از این کارگاه مشورتی، **ویرایش سوم سند** را تدوین نمود.

مرحله پنجم: جمع آوری دیدگاه صاحب نظران درباره پیش نویس سوم سند

در این مرحله دو اقدام هم زمان صورت گرفت:

در قدم اول، با تصمیم گروه تدوین، **یک نشست مشورتی** (اضافه بر مراحل پیش بینی شده در پروپوزال مصوب) و با حضور تمامی اعضای اصلی کمیته درمان و حمایت های اجتماعی در تاریخ دوشنبه ۲۸

مرداد ۹۲ برگزار و تغییرات اعمال شده در پیش نویس سوم به دقت بررسی و به تصویب اعضای محترم رسید. در این نشست نیز کاربرگ هایی در اختیار حاضرین در جلسه قرار گرفت که حاوی برنامه های پیشنهادی و شاخص های معطوف به سیاست ها بود. برنامه ها و شاخص ها به دقت بررسی و اصلاحات مورد نظر ثبت شد (پیوست ۵).

در قدم بعدی تغییرات اعمال شده در پیش نویس سوم سند برای همه افراد صاحب نظر و ذی نفعان مشارکت کننده در مراحل قبل ارسال گردید تا دیدگاه های خود را در باره ویرایش سوم به طور مکتوب ارائه دهند. با پی گیری فراوان نظرات افراد دریافت شد و نظرات رسیده توسط گروه تدوین مورد تحلیل مجدد قرار گرفت و جمع بندی شد.

مرحله ششم: تدوین ویرایش نهایی بر اساس نظرات جمع بندی شده

نتایج حاصل از تحلیل و جمع بندی نظرات در مرحله قبل در تدوین ویرایش نهایی سند مورد استفاده قرار گرفت و بدین ترتیب با مشارکت تمامی ذینفعان در مراحل مختلف و به شیوه های کاملاً کاربردی نسخه نهایی سند آماده شد.

مرحله هفتم: ارایه نسخه نهایی به اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی

نسخه نهایی سند به همراه پنج پیوست شامل:

۱. مسئولیت اجرا، پروژه (طرح) ها و اقدامات پیشنهادی برای برنامه های ملی

۲. اسناد پشتیبان

۳. فهرست صاحب نظران، کمیته علمی-راهنبری و گروه تدوین

۴. مستندات مرحله مقدماتی و اولین نشست کمیته علمی راهبری سند-۱۶ تیر ماه ۱۳۹۲

۵. مستندات دومین نشست کمیته علمی- راهبری سند- ۲۸ مرداد ۱۳۹۲

جهت تایید و ابلاغ در اختیار اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی و دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر قرار گرفت.



تعاریف و اختصارات

مواد (Substance)

ترکیباتی که در صورت مصرف (تدخین، ترزیق، خوراکی و یا انفیه) باعث تغییر کارکرد مغز می شوند [۲۱]. در DSM III R از واژه مواد روانگردان یا مواد موثر بر روان استفاده می شد. این واژه ترکیباتی را در بر می گرفت که تغییر وضعیت روانی حاصل از آن، خاصیت اصلی دارو بوده، در حالی که در DSM IV این واژه با "مواد"^۵ جایگزین شد. این طبقه بندی ترکیباتی مانند حلال ها که خاصیت روان گردانی خاصیت اصلی آن ها نیست را در بر نمی گیرد. در حالی که در طبقه بندی ICD ۱۰ "دهمین تجدید نظر طبقه بندی آماری و بین المللی بیماریها و مشکلات بهداشتی وابسته" مواد روانگردان شامل الکل، مواد شبه افیونی مواد شبه حشیش، داروهای رخوت زا و خواب آور، کوکائین، سایر محرک ها نظیر کافئین، توهم زاها، توتون، حلال، داروهای چندگانه، و سایر مواد روانگردان است.

اختلال مصرف مواد (Substance Use Disorder)

در DSM V اختلال مصرف مواد به ترکیبی از سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد در DSM IV اطلاق شده است.

سوء مصرف مواد مصرف مواد بدین معنی است که اگر چه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد ولی آن را مصرف می کند یعنی استفاده از ماده ای که مصرف آن غیر قانونی است، استفاده از ماده ای که مصرف آن باعث بروز تغییرات روانی در فرد می شود، استفاده از ماده ای که به خود فرد یا دیگران ضرر می رساند [۲۱].

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM – IV – TR [۲۲] سوء مصرف مواد به صورت زیر تعریف می شود:

الف) الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علایم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می دهند تظاهر می کند:

- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می شود (مانند غیبت های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده، غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد، مسامحه نسبت به فرزندان و خانه).
- مصرف مکرر مواد در موقعیت هایی که در آنها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین آلات تحت تاثیر مواد).
- مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد).
- مصرف مداوم مواد علی رغم مشکلات پایدار یا عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تاثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده اند (مانند مشاجره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی).

معیارهای ICD-10 [۲۳] برای سوء مصرف مواد نشانگان سوء مصرف عبارتند از:

الف) وجود شواهد قاطعی مبنی بر این که مصرف مواد موجب بروز صدمه روانی یا جسمانی شده (نظیر اختلال در قضاوت یا رفتار مختل) یا در بروز آن نقش مهمی داشته است و این صدمه روانی یا جسمانی ممکن است منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای نامطلوبی برای روابط بین فردی در برداشته باشد.

ب) ماهیت صدمه باید کاملاً مشخص و قابل شناسایی باشد.

ج) الگوی مصرف حداقل به مدت یک ماه دوام آورد یا به طور مکرر ظرف یک دوره ۱۲ ماهه روی داده باشد.

د) اختلال واجد ملاک های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مربوط به همان دارو در همان دوره زمانی نیست (به استثنای مسمومیت حاد)

بر اساس ملاک های تشخیصی DSM – IV – TR وابستگی به مواد به صورت زیر تعریف می شود [۲۲]:

الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده که به ناراحتی قابل ملاحظه بالینی منجر می شود و با سه مورد و یا بیشتر از علائم زیر که زمانی در طی ۱۲ ماه روی می دهد تظاهر می کنند.

۱- تحمل (tolerance) که با هر یک از موارد زیر مشخص می شود:

- (a) نیاز به مقادیر بسیار بالاتر یک ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تاثیر دلخواه
- (b) کاهش ملاحظه تاثیر با ادامه مصرف همان مقدار ماده
- ۲- محرومیت (Withdrawal) که با هر یک از موارد زیر مشخص شود:
- (a) سندرم محرومیت که برای هر ماده خاص مشخص است.
- (b) همان ماده (یا ماده ای مشابه) برای رفع یا جلوگیری از علائم محرومیت مصرف می شود.
- ۳- ماده غالباً به مقادیری بیشتر و دوره ای طولانی تر از آنچه مورد نظر است مصرف می شود.
- ۴- میل یا تلاش های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد.
- ۵- وقت زیادی در فعالیت های لازم برای به دست آوردن ماده (مثلاً مراجعه به پزشکان مختلف یا رانندگی های طولانی)، مصرف ماده (مثلاً تدخین طولانی) یا رهایی از آثار ماده صرف می شود.
- ۶- به خاطر ماده فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی کاهش یافته یا کنار گذاشته می شود.
- ۷- ادامه مصرف مواد علیرغم آگاهی به وجود مشکلات مستمر یا عود کننده جسمی یا روانشناختی که از مصرف ماده ناشی شده یا در نتیجه مصرف آن تشدید می شود (مثلاً ادامه مصرف کوکائین علیرغم وجود افسردگی ناشی از کوکائین، یا ادامه مصرف الکل علیرغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می یابد.
- بر اساس ملاک های تشخیصی - ICD [۲۳] برای وابستگی به مواد (نشانگان وابستگی) به صورت زیر تعریف می شود:
- الف) وجود سه مورد یا بیشتر از تظاهرات زیر که به طور همزمان ظرف حداقل یک ماه روی داده است یا اگر دوام دوره ها کمتر از یک ماه بوده ظرف یک دوره ۱۲ ماهه چندین بار تکرار شده است:
- ۱- تمایل قوی یا احساس اجبار برای مصرف یک ماده.
- ۲- عدم توانایی کنترل رفتار و مصرف مواد در زمینه شروع، خاتمه و میزان مصرف که به صورت های زیر تظاهر می کند. ماده مورد نظر اغلب بیش از میزانی که مورد نظر است، یا بیش از دوزهایی که مورد نظر است، مصرف می شود یا تمایل قوی برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد و تلاش نا موفقی در این زمینه صورت گرفته است.

- ۳- وجود حالت فیزیولوژیک ترک هنگام کاهش یا قطع مصرف که به یکی از صورت های زیر تظاهر می کند: علائم ترک مشخص آن ماده و مصرف همان ماده (یا ماده مشابه آن) به منظور تسکین یا اجتناب از نشانه های ترک.
- ۴- شواهد تحمل نسبت به آثار ماده، نظیر نیاز به افزایش قابل ملاحظه میزان ماده برای رسیدن به آثار مسمومیت یا آثار مطلوب یا کاهش بارز اثرات آن ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن.
- ۵- اشتغال ذهنی با مصرف ماده که با کاهش یا ترک علائق یا لذات مهم دیگر به دلیل مصرف ماده مورد نظر تظاهر می کند یا صرف زمان زیادی در فعالیت های لازم برای به دست آوردن، مصرف یا بهبودی از آثار ماده.
- ۶- مصرف مداوم ماده به رغم شواهد روشن، حاکی از پیامدهای زیانبار آن است، به این صورت که با وجود آگاهی شخص از ماهیت و وسعت صدمات حاصل از مصرف ماده (یا انتظار می رود که آگاه باشد)، باز به مصرف آن ادامه می دهد.

اعتیاد به مواد (Substance Addiction)

وابستگی به مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دوره دوازده ماهه دست کم 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 فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی، ادامه مصرف مواد علی رغم علم به مشکلات مداوم یا مکرر آن^۶.

^۶ در ۱۹۵۷ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد^۶ ارائه داد:

اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک یا چند ماده روانگردان به حدی که مصرف کننده یا معتاد دچار مسمومیت دوره ای 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 وسیله ممکن نشان دهد.

درمان وابستگی به مواد (Substance Dependency Treatment)

عبارت است از مجموعه مداخلات طبی، روانشناختی و اجتماعی برای تغییر رفتار، بهبود عملکرد و بازگشت فرد وابسته به مواد به اجتماع، به طوری که هدف نهایی درمان دستیابی به زندگی بدون مصرف مواد باشد [۲۱].

بازتوانی وابستگی به مواد (Substance Dependency Rehabilitation)

بازتوانی به مجموعه اقداماتی که برای مراجع میشود تا او به زندگی مستقلی دست یابد، اطلاق می گردد. سه هدف اصلی بازتوانی عبارتند از بازیابی (recovery)، ارتقای کیفیت زندگی، بازگشت و یکپارچگی با اجتماع [۵] (community reintegration)

در سال ۱۹۶۴ سازمان جهانی بهداشت با اذعان به ابهام تعریف مزبور استفاده از اصطلاح «وابستگی به ماده» را پیشنهاد می کند، بی آنکه تعریف واضحی از آن ارائه کند. سرانجام با پیدایش طبقه بندی «انجمن روانپزشکی امریکا»، با توجه به حقارت آمیز بودن اصطلاح اعتیاد و نیز ابهام آن، اصطلاح وابستگی به جای اعتیاد پذیرفته و برای وابستگی و سوء مصرف مواد بیان نمود

با این حال اصطلاح اعتیاد در بسیاری منابع معتبر همچنان به کار رفت تا اینکه در ۲۰۰۱ «جامعه طب اعتیاد امریکا» به اتفاق دو انجمن دیگر تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه می کنند:

اعتیاد یک بیماری اولیه و مزمن عصبی - زیستی (نورویولوژیک) است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی - اجتماعی، و محیطی قرار دارد و مشخصه آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبار گونه، ادامه مصرف علی رغم زیانهای آن، و ولع برای مصرف آن ۲۴. سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، بهار ۱۳۸۹، ستاد مبارزه با مواد مخدر،

بازتوانی کلیه مداخلات مرتبط با پیشگیری از عود و بهبود آسیب های قبلی ناشی از اختلال مصرف مواد و ارتقاء عملکرد وابستگان به مواد (معتادان) می باشند. از قبیل: خدمات آموزشی، مشاوره ای، روان درمانی، مداخلات دارویی پیشگیری از عود مانند نالتراکسون، درمان بیماری های همراه و حمایت اجتماعی [۲۱].

دادگاه درمان مدار (Drug court)

منظور از دادگاه درمان مدار آن است که معتادان بیماری که جرم سبک مرتکب شده باشند، با موافقت قاضی به جای رفتن به زندان می توانند در مراکز درمانی و زیر نظر مستقیم ماموران بهداشتی به درمان پردازند [۲۵].

سلامت همگانی (Public Health)

سلامت همگانی به همه ی اقدامات سازمان یافته (چه قه صورت خصوصی و چه دولتی) برای پیشگیری از بیماری ها، ارتقاء سلامت و طولانی تر نمودن زندگی در بین همه ی مردم به طور کلی اشاره دارد [۲۶].

کیفیت زندگی و اندازه گیری کیفیت زندگی (Quality of Life)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ این مفهوم را به این صورت تعریف کرده است: کیفیت زندگی، درک افراد از وضعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی شان استوار است.

برای سنجش کیفیت زندگی، پرسشنامه های متعددی وجود دارد که از این میان می توان به پرسشنامه ۱۹۲

سئوالی پرسشنامه های فرم کوتاه و فرم ۱۰۰ سئوالی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-۱۰۰ و WHOQOL-

BREF) و پرسشنامه ۳۶ و ۲۶ سئوالی اشاره کرد [۲۷].

نهاد اجتماعی (Social Institution)

نهاد یا نهاد اجتماعی که در مواردی موسسه یا سازمان اجتماعی نیز نامیده شده است یکی از ساختارهای اجتماعی است. نهادها، ساختارها و سازوکارهای نظم و همکاری هستند که رفتار گروه های انسانی را در اجتماعات معین راهبری می کنند. نهادها، از طریق اهداف و پایداری اجتماعی و زندگی ها و مقاصد افراد انسانی بازشناسی می شوند و با ساختن و تقویت قواعد، رفتار افراد را در مناسبات اجتماعی هدایت می کنند. واژه "نهاد" معمولاً برای اشاره به

آداب و رسوم و الگوهای رفتاری ای که برای جامعه و همچنین سازمان های رسمی خاص دولتی و خدمات عمومی اهمیت دارد، به کار می رود. نهادها، به عنوان ساختارها و سازوکارهای نظم اجتماعی، در میان افراد جامعه، یکی از اصلی ترین موضوعات مطالعه در علوم اجتماعی و اقتصاد به شمار می آیند. نهادها در رشته حقوق، دغدغه اصلی و در مقرراتگذاری های سیاسی و تقویت روابط اجتماعی سازوکار رسمی به حساب می آیند. ایجاد و تحول نهادها یک موضوع اصلی در تاریخ نیز محسوب می گردد [۲۸].

رضایت مندی از خدمات و سنجش میزان رضایت مندی از خدمات درمانی (Patients Satisfaction)

رضایت بیمار تجربه ای انسانی است که به صورت ذهنی توسط یک فرد بر اساس میزان تطابق مراقبت دریافت شده با انتظارات آن فرد سنجیده می شود. این تعریف بر دو پایه استوار است، یک پایه این که یکی از حقوق اولیه بیمار مشارکت در تصمیم گیری بالینی برای وی است و دیگری قبول بیماران به عنوان یک منبع اطلاعاتی در خصوص ارزشها و تمایلاتشان رضایت بیمار در اصل قضاوتی انسانی است.

پرسشنامه های زیادی برای بررسی رضایت مندی گروه های مختلف هدف از خدمات درمانی و مراقبتی طراحی شده است که پرسشنامه رضایت بیمار یکی از این پرسشنامه ها است [۲۹].

مشارکت (Participation)

مشارکت جامعه فرآیندی است که طی آن مردم در برنامه ریزی و اجرا، همچنین کاربرد و بهره مندی از عواید فعالیت های سلامت با دولت شریک می شوند تا از یک سو توان خود اتکایی و کنترل اجتماعی به کار گرفته شود و از سوی دیگر مردم مقتدر و توانمند گردند.

مشارکت در تعریف بانک جهانی فرایندی است که از رهگذر آن افراد ذی ربط به توسعه و تصمیم ها و منابعی که نقش تعیین کنند و در آنها دارند تاثیر می گذارند [۲۱].

سازمان های مردم نهاد (سَمَن) (Non Governmental Organization (NGO))

سازمان هایی هستند که در جهت کاهش رنج، بهبود وضعیت فقرا، حفظ محیط زیست و فراهم نمودن خدمات اجتماعی زیربنایی (قبول مسئولیت در امر توسعه اجتماعی) فعالیت هایی را دنبال می کنند. این سازمان ها مستقل از حکومت، غیرانتفاعی، غیر سیاسی و نوعاً "سازمان های مبتنی بر ارزش هستند که به همه یا قسمتی از

هدایای خیر خواهانه و خدمات داوطلبانه وابسته اند . هر چند سمن ها در دهه اخیر به طور فزاینده ای تخصصی شده اند ولی نوع دوستی و داوطلبانه بودن خود را به عنوان ویژگی کلیدی حفظ نموده اند [۲۱].

سازمان های غیردولتی (Non Governmental Organization (NGO)

سازمان های غیردولتی سازمان هایی هستند که در جهت کاهش رنج، بهبود وضعیت فقرا، حفظ محیط زیست و فراهم نمودن خدمات اجتماعی زیربنایی) قبول مسئولیت در امر توسعه اجتماعی (فعالیت هایی را دنبال می کنند . این سازمان مستقل از حکومت، غیر انتفاعی، غیر سیاسی و نوعاً سازمان های مبتنی بر ارزش هستند که به همه یا قسمتی از هدایا خیرخواهانه و خدمات داوطلبانه وابسته اند . هر چند در چند دهه اخیر به طور فزاینده ای تخصصی شده اند ولی نوع دوستی و داوطلبانه بودن خود را به عنوان ویژگی کلیدی حفظ نموده اند [۲۱].

سازمان های اجتماع محور (سام) (Community-Based Organization (CBO)

نوعی سمن که افراد عضو یک اجتماع یا جماعت (community) برای پیشبرد اهداف، ارزش ها و علائق شان ایجاد می کنند. اگر چه جماعت، محدود به اعضای یک محله نیست، در این سند، سام عمدتاً به سازمان هایی اطلاق می شود که در محدوده جغرافیایی خاصی، مثل یک محله یا روستا، یک مدرسه، یا یک محیط کار فعالیت می کنند [۲۱].

اقتدارافزایی (Empowerment)

فرایند و سازو کاری است که با آن، توانمندی های اجتماعی افراد ، سازمان ها و محله ها افزایش یافته آنان طی این روند، بر زندگی خود تسلط پیدا می کنند [۲۱].

حمایت های اجتماعی (Social Supports)

درجه توجه و علاقه و ارزشمندی ای که فرد از دیگران احساس می کند و فکر می کند که اگر دچار مشکلی شود، به او یاری میرسانند [۳۰]. این امر فرایندی که طی آن - زمینه توسعه ساختار های حمایتی به منظور ارتقا عملکرد فردی و اجتماعی شهروندان، فراهم می گردد [۲۱].

پیشگیری از اعتیاد (Substance Prevention)

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوءمصرف و وابستگی است. به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکردند به کسانی که گرایش به مصرف دارند، و از تبدیل این افراد به مصرف کنندگان آزمایشی، و نیز از تبدیل این افراد به مصرف کنندگان گاهگاهی، و از تبدیل این افراد به سوءمصرف کنندگان، و از تبدیل این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد، جلوگیری شود [۲۱].

پیشگیری وضعی (Situational Prevention)

پیشگیری وضعی شیوه‌ای از پیشگیری است که با تغییر وضعیت فرد در معرض بزه‌کاری و بزه‌دیدگی و یا تغییر شرایط محیطی مانند زمان و مکان در صدد است از ارتکاب جرم توسط فرد مصمم به انجام جرم، جلوگیری کند [۳۱].

عامل خطر (Risk Factor)

عامل خطر عبارت از هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده آن را بیشتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد [۲۱].

عامل محافظ (Protective Factor)

هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده آن را کمتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد [۲۱].

تاب آوری (Resiliency)

فرایند پویایی است که افراد برخوردار از تطابق رفتاری مثبت هنگام مواجهه با شرایط ناگوار، ضربه روانی، تهدید، یا فشار روانی، از خود نشان می‌دهند. به عبارت دیگر تاب آوری 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 [۲۱].

تعیین کننده ی اجتماعی سلامت (Social Determinance of Health)

تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) می توانند به عنوان شرایط اجتماعی جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند شناخته شوند ، به نظر تارلوف تعیین کننده های اجتماعی سلامت عبارت است از ویژگی های اجتماعی جایی که زندگی در آن جریان دارد [۲۴].

مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب (Authorized Centers for Treatment and Harm Reduction)

بر اساس آئین نامه تبصره ۱ ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام و به منظور ارایه خدمات درمان و نیز کاهش آسیب به افرادی که دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان گردان گردیده اند، مراکز زیر به عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعریف شده اند.

- مرکز درمان سرپائی وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می گردد که امکانات ارائه خدمات درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف کننده گان مواد مخدر و یا روانگردان را داشته باشد .
- مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد: به مکانی اطلاق می شود که امکانات ارائه خدمات درمان سم زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمان های غیردارویی را به صورت بستری برای مصرف کننده گان مواد مخدر و یا روانگردان داشته باشد.
- مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می کند. رویکرد اصلی در این مرکز، سم زدایی (بازگیری) به همراه درمان های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه های همتا و خودیار برای مصرف کننده گان مواد مخدر و یا روان گردان است.
- مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا: به مرکزی اطلاق می گردد که مددجویان به صورت داوطلبانه برای مدت یک تا سه ماه در آن اقامت کرده و خدمات حمایتی دریافت می کنند. رویکرد اصلی این مرکز بر مشارکت گروه های همتا و خودیار (معتادان بهبود یافته) به منظور پیشگیری از عود در افرادی است که مراحل سم زدایی (بازگیری) را گذرانده اند .

- مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC) مرکزی شبانه روزی (دوره های سه تا شش ماهه) برای ادامه درمان و بازتوانی افراد وابسته به موادمخدر و یا روانگردان است. رویکرد مرکز بر تغییر رفتاری و شناختی شامل: برنامه های خدمات روان شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است.
 - مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونست: مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن بر اساس پروتکل های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده ۴۱ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر می باشد.
 - مرکز مشاوره بیماری های رفتاری: مرکزی است که زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، خدمات درمانی و بهداشتی، خدمات مشاوره، آموزش، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی، ایدز و سایر بیماریهای قابل انتقال را به افراد داوطلب و مبتلا به بیماریهای آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی، معتادان تزریقی، معتادان بی خانمان و خانواده های آنان ارائه می کند.
- مرکز کاهش آسیب: مرکزی، در مورد معتادانی که قادر و حاضر به ترک دائم نیستند و به دلیل رفتارهای پرخطری که از خود بروز می دهند به منظور کنترل و کاهش آسیب های آنان به جامعه و سایر افراد و در راستای ترغیب آنها برای درمان تأسیس و اداره می گردد [۳۲].

سم زدایی (Detoxification)

به اولین مرحله از درمان های پرهیزمدار (abstinence-based) اعتیاد اطلاق می شود که در آن کنترل نشانگان قطع مصرف (withdrawal syndrome) هدف اصلی درمان است [۲۱].

زیانکاهی (کاهش آسیب) (Harm Reduction)

زیانکاهی اختلال مصرف مواد به مجموعه سیاست ها، راهبردها یا برنامه هایی اطلاق می شود که بدون نیاز به قطع فوری مصرف مواد در معتادان، عوارض اختلال مصرف مواد را کاهش می دهد، و به طور کلی شامل

فعالیت هایی است که برای کاهش عوارض رفتارهای خطرناک اختلال مصرف مواد طراحی و اجرا می شود. فعالیت های زیانکاهی متناسب با نیاز در درمان جایگاه های درمان و کاهش آسیب اعتیاد قابل ارایه است [۲۱]. خدمات کاهش آسیب عبارتند از:

- برقراری ارتباط درمانی با مصرف کنندگان مواد مخدر و روانگردان ها؛
- آموزش، اطلاع رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتار پرخطر؛
- آموزش، اطلاع رسانی و آگاه سازی آحاد جامعه و کارکنان مشاغل مرتبط با افراد مصرف کننده مواد مخدر و روانگردانها؛
- مشاوره و نمونه گیری جهت انجام آزمایش واکا (HIV) و سایر عفونت های منتقله از طریق تزریق و رفتار جنسی محافظت نشده تحت ضوابط بهداشتی و ارجاع به مراکز بالاتر؛
- در دسترس قرار دادن سرنگ، سرسوزن و وسایل تزریق استریل؛
- توزیع مواد ضد عفونی کننده و ارائه خدمات بهداشتی اولیه شامل پانسمان و...؛
- ارائه آموزش های مربوط به رفتار جنسی سالم، تشویق به استفاده از کاندوم، توزیع کاندوم؛
- افزایش دسترسی به مصرف کنندگان سخت دسترس با تشکیل تیم های سیاری؛
- تشکیل گروه های همیار برای آموزش و اجرای برنامه های کاهش آسیب؛
- ارائه خدمات اولیه حمایتی شامل: تغذیه، پوشاک و استحمام؛
- ارجاع به مراکز مجاز درمان اعتیاد در مواردی که تمایل به درمان وجود دارد؛
- ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها در مواردی که نیاز به مداخلات پزشکی وجود دارد.

سازمان بهداشت جهانی و دفتر مقابله بامواد و جرم سازمان ملل علاوه بر این ها درمان جایگزین مواد افیونی، عفونت های آمیزشی، سل و هیپاتیت را نیز در شمار اقدامات کاهش آسیب قرار می دهند.

مرکز گذری (Drop-In-Center) (DIC)

مکانی است که به معتادان دارای رفتارهای پرخطر، خدمات کاهش زیان ارائه می نماید [۲۱].

تیم امدادرسان سیار (Outreach)

گروهی است متشکل از حداقل دو نفر، با یا بدون سابقه اختلال مصرف مواد، که به معتادان سخت در دسترس و افرادی که به مراکز مراجعه نمی کنند، خدمات کاهش آسیب ارائه می نمایند [۲۱].

سرپناه شبانه (Shelter)

مکانی است که به منظور کاهش آسیب و برای اسکان موقت و شبانه معتادان دارای رفتار پرخطر و بی خانمان راه اندازی می شود [۲۱].

اختصارات

CBI: Community Based Initiation

DALY: Disability Adjusted Life Years

NIDA: National Institute on Drug Abuse

SDH: Social Determinants of Health

WHO: World Health Organization

UNODC: United Nations Office of Drug and Crime

RSA: Rapid Situation Assessment

CBO: Community Based Organization

DSM :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

MMT: Methadone Maintenance Treatment

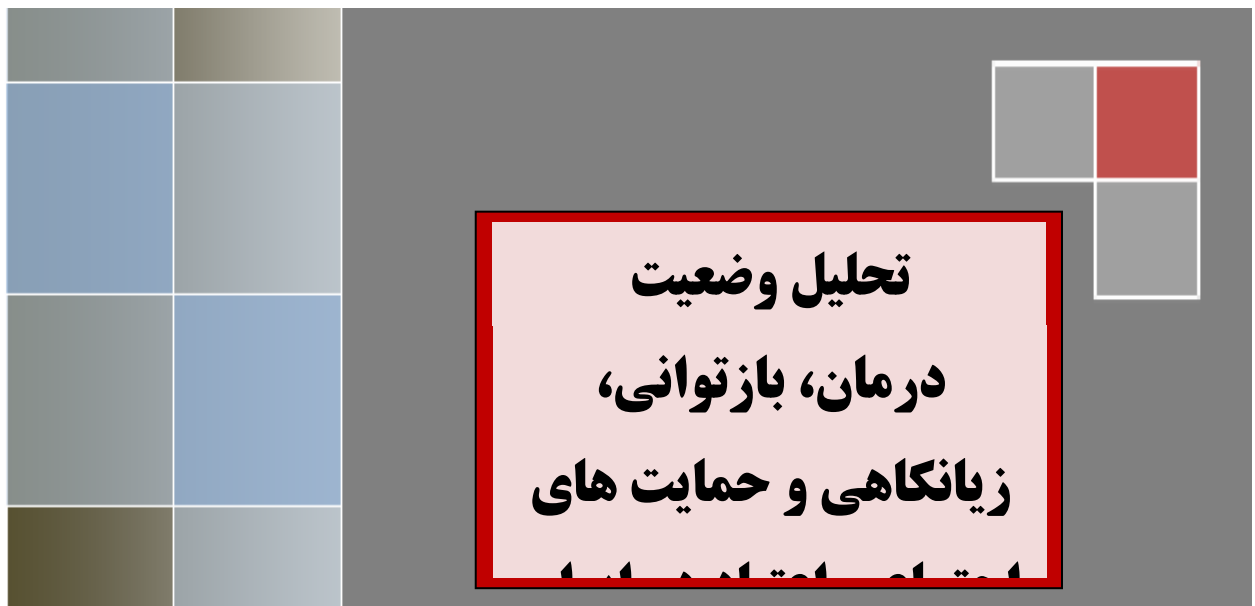
BMT: Buprenorphine Maintenance Treatment

NGO: Non-gevrnmental Organization

HIV: Human Immunodeficiency Virus

GTZ: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit

ELIZA: Enzyme-linked Immunosorbent Assay



تحلیل وضعیت

درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد در ایران

همانگونه که در خلاصه اجرایی و بخش روش شناسی آمده است، در طی مراحل تدوین سند و به منظور تحلیل وضعیت درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور، پس از تحلیل ذینفعان، تعدادی از صاحب نظران و متخصصان برجسته کشور شناسایی و برای انجام یک تحقیق کیفی انتخاب شدند و از طریق مصاحبه عمیق و ارسال پرسش نامه نظرات آنان جمع آوری و بررسی شد.

گزارش زیر حاصل جمع آوری، کدگذاری و تحلیل کیفی نظرات صاحب نظران و خبرگان مشارکت کننده در این تحقیق می باشد که علاوه بر ذکر نقاط قوت، ضعف و چالش های اساسی درمان، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی کشور به تبیین فرصت ها و تهدیدهای مرتبط، راهکارهایی برای بهبود وضعیت موجود پرداخته است که از تمامی آنها در تدوین سند استفاده شد.

نقاط قوت:

الف) نقاط قوت در سیاستگذاری

- وجود فتاوی مراجع عظام تقلید مبنی بر تحریم مصرف مواد
- ابلاغ سیاست های کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر به عنوان راهنمایی برای سیاست های حوزه های ذیربط
- درک ضرورت درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد توسط مسئولان و سیاستگذاران

ب) نقاط قوت در برنامه ها و اجرا

- برنامه های درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد ایران زیانکاهی در مقایسه با کشورهای منطقه به مراتب توسعه یافته تر است.

- گسترده‌گی برنامه های مبتنی بر گروه های خودیاری در کشور و انجمن معتادان گمنام (NA) از جمله نقاط قوت محسوب می شود.
- درمان های غیر دارویی مبتنی بر الگوی خود یار در کشور از تنوع و گستردگی خوبی برخوردار است.
- گروه های همتا و صدها سمن فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب در کشور وجود دارد

ج) نقاط قوت در زیر ساخت ها

- تربیت افرادی در دانشگاه ها (پزشک، روانشناس، روانپزشک، و مددکار اجتماعی) که دانش پایه لازم برای درمان و کاهش زیان و حمایت های اجتماعی را دارند و می توانند پس از طی دوره نسبتا کوتاهی به کار در این زمینه ها پردازند.
- گسترش برنامه های آموزشی کوتاه مدت برای ارتقاء قابلیت های دانشی و مهارتی دانش آموختگان رشته های مرتبط دانشگاهی برای ورود به سیستم های ارایه دهنده خدمات.

نقاط ضعف :

الف) نقاط ضعف در تولیت

- حمایت های اجتماعی، درمان، باز توانی و زیانکاهی اعتیاد دارای چندین متولی و منابع متفاوتی است.
- بین دستگاه های متولی درمان، باز توانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی هماهنگی و تعامل موثر وجود ندارد و این امر سبب به هدر رفتن تلاش ها و سرمایه می شود.
- متولیان خدمات حمایت های اجتماعی اعتیاد را جزو وظیفه خود نمی دانند.

ب) نقاط ضعف در سیاست گذاری

- در مقایسه با مقابله با عرضه، به حوزه کاهش تقاضا توجه کمتری شده است.
- تقاضا در بازار داخلی بالاست و اقدامات مبارزه با توزیع، بدون توجه به کاهش تقاضا، سودآوری بیشتر توزیع مواد مخدر را به دنبال داشته است.

- ستاد مبارزه با مواد مخدر نقش خود را در سیاست گذاری، برنامه ریزی مشارکتی، پایش، ارزشیابی، بازخورد و هماهنگی برنامه ها و نهاد های دخیل به درستی ایفا نمی کند.
- سیستم یا سامانه ایی برای شناخت به موقع تغییرات وضعیت اختلال مصرف مواد و استخراج شواهد و ارایه بازخورد به سیاستگذاران و سایر کنشگران وجود ندارد. به عبارتی سیستم رصد و هشدار نداریم.
- در تدوین و اجرای قوانین و سیاست ها، سلیق و رویکرد های شخصی اعمال می شود.
- برخی سیاستگذاران، تصمیم گیران و اغلب مدیران بخش های مرتبط با حوزه سلامت درک مناسبی از ماهیت اعتیاد، درمان، بازتوانی و حمایت اجتماعی ندارند. این امر حتی در بدنه میانی درمانگران نیز به چشم می خورد.
- هر چند ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام مصوب سال ۱۳۸۹، درمان را مورد توجه قرار داده و در آن به افراد معتاد اجازه داده شده که به مراکز درمانی مراجعه کنند، اما در ماده ۱۶ همان قانون، در صورت تجاهر یا فقدان گواهی درمان مراکز مجاز موضوع ماده ۱۵، رویکرد مجازات در نظر گرفته شده است که این امر می تواند تاثیر منفی بر مراجعه و درمان در سیستم مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه به دلیل نگرانی افراد از ثبت مشخصات خود یا مجازات در صورت عود بیماری داشته باشد [۳۳].
- به دلیل تعامل ضعیف و نبود گفتمان سازنده در بین سیاستگذاران، تضادهای مفهومی و رویکردهای تک بعدی در درمان اعتیاد کشور وجود دارد.
- همانند حوزه های دیگر که تکلیف آزادی های فردی و مرزهای اخلاق، سنت، سلامت و بهداشت مخدوش است، بلا تکلیفی در برابر آزادی های فردی در حوزه اعتیاد نیز مشاهده می شود. به درستی مشخص نیست که چرا اعتیاد مذموم است؟ چون به سلامت آسیب می زند؟ چون رفتاری غیر اخلاقی است؟ چون منکر است؟ و اصولاً تکلیف آزادی فردی و لذت های شخصی روشن نیست. فرد تا چه حد در رفتارهای خصوصی خود آزاد است؟ و اگر از مرز گذشت کدام بدنه کنترل باید بر او نظارت کند؟ و چگونه؟
- حمایت قانونی و حقوقی از برنامه های درمان، باز توانی و زیانکاهی (کاهش آسیب) و به ویژه فعالان در این حوزه بسیار ضعیف است.

- عدم تدوین قوانین مرتبط با حوزه اعتیاد در مجلس باعث شده تا از امکان نظارت این نهاد بر عملکرد دستگاه ها کاسته شده است.
- فرایند بازمینی و بازنگری قوانین مرتبط بسیار دشوار و طولانی گردد.
- علی رغم تجربیات فراوان در حوزه برخوردهای قضایی و انتظامی هنوز الگو یا مدل مناسبی (مثل درمان دادگاه مدار و پلیس مدار) برای استفاده از ابزار قانون در اختیار نداریم (که البته اصلاحیه ای توسط اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد برای اقدامات انجام شده در پاره ای از استان ها در حال تدوین است) که این موضوع هزینه های زیادی به کشور تحمیل نموده است.
- سیاست گذاران به دلایل گوناگون از جمله دانش کم، نگرش منفی، شرایط فرهنگی، مبری کردن خود، انگ پدیده اعتیاد و دلایل دیگر، تصمیم گیری های شخصی و غیر علمی، عاطفی و هیجانی می گیرند.
- سیاست گذاران و مسئولین سعی در مجزا ساختن اعتیاد از رفاه عمومی، احساس خوشبختی در جامعه و رشد اقتصادی دارند.
- اعتیاد به مواد را از سایر اعتیادها (الکل، سیگار، و اعتیادهای فرایندی یا رفتارهای اعتیادی مثل اعتیاد به اینترنت، اعتیاد به رابطه جنسی و غیره) و از سایر مشکلات و انحرافات اجتماعی جدا کرده اند. این تفکیک سبب نادیده گرفتن سبب شناسی های مشترک این مشکلات و به ویژه بی توجهی به تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد شده است که از جمله چالش های اساسی کاهش تقاضای مواد، به ویژه پیشگیری، و نیز غفلت از ضرورت حمایت های اجتماعی در درمان و بازتوانی اعتیاد است. این عوامل به شدت در هم تنیده اند و اینکه چرا اعتیاد رشد دارد به همان دلیلی است که رضایتمندی عمومی پایین است، اقتصاد رونق ندارد و انضباط عمومی در اجتماع پایین است.

ج) نقاط ضعف در برنامه ریزی ها

- هماهنگی کافی در برنامه های موجود درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور وجود ندارد.

- برنامه های درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد با سایر نظام های حمایت های اجتماعی کشور پیوند یا ارتباط تعریف شده نظام مند ندارند.
- مشارکت بین بخشی بسیار ضعیف است و سیاست گذاران، برنامه ریزان، مجریان و حتی درمانگران در الگوهای مختلف درمان کشور تعاملی بسیار ضعیف و ارتباط کمی با هم دارند.
- برخی تا بسیاری از برنامه های فعلی و اقدامات صورت گرفته در حوزه اعتیاد بر مبنای مستندات علمی، بهترین تجربیات، ارزشیابی های بالینی و برنامه ای و شواهد نیست.
- در تدوین پروتکل ها از توان حد اکثری تخصصی کشور و نظرات کارشناسان استفاده نشده و تنها به نظریه ها و رویکردهای خاصی توجه گردیده است.
- مشارکت صاحب نظران بسیار کاهش پیدا کرده و انگیزه ایی برای مشارکت در فرایندهای منتهی به برنامه ریزی ندارند.
- پروتکل های موجود به نحو غیرلازمی سختگیرانه اند و مبتنی بر شواهد و متناسب با ویژگی های فرهنگی و اجتماعی کشور تدوین نشده اند.
- پروتکل های سختگیرانه درمان را که باید فرایندی پویا و با مشارکت فعال مراجع و درمانگر پیش رود به فرایندی خشک و درمانگران را به افرادی بدون خلاقیت و بی روح تبدیل کرده اند.
- بودجه مناسب و مستمری، چه جاری و چه عمرانی، در اختیار مراکز تحقیقاتی و دانشگاه ها قرار نمی گیرد. اعتبارات به سختی و به صورت موردی تخصیص می یابد، لذا دانشگاه ها و مراکز علمی بر اعتیاد تمرکز ندارند و بیشتر دروس غیر کاربردی است.
- نحوه مشارکت سازمان های غیر دولتی مشخص و واضح نیست.
- اساساً تعریف سازمان غیردولتی، نهاد مدنی و مرز آن با بخش خصوصی معلوم نیست و بسیاری از سازمان هایی که خود را غیردولتی نامیده اند، برای فرار از مالیات و برخورداری از کمک های دولت، خود را به این نام خوانده اند.
- حمایت های اجتماعی در کشور ما پررنگ نیست و از بین تمام جنبه های حمایتی تنها به یک وجه حمایت و آن هم حمایت مالی توجه می شود.

- اهمیت بازگشت به اجتماع، تامین اجتماعی، اشتغال و درآمدزایی، حمایت اجتماعی و مددکاری اجتماعی در فرایند درمان و بازتوانی نادیده گرفته شده است.
- بیمه های دولتی و خصوصی، سازمان های خیریه، بودجه های حمایتی، یارانه ها، بودجه های بهداشت و درمان برای اعتیاد سهمی قابل نشده اند و اگر هم در قانون مواضعی مثلا در مورد تحت پوشش بیمه و کاهش آسیب قرار دادن معتادان بی بضاعت از جمله وظایف وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تعیین شده است، هنوز به مرحله اجرا در نیامده است.
- نیم رخ صحیحی از وضعیت اعتیاد کشور، به ویژه سوء مصرف محرک ها وجود ندارد.
- به تغییر الگو و گسترش سایر رفتارهای اعتیادی، مثلا گسترش اعتیاد جنسی توجه نشده است.
- به ارتقای کمی و کیفی خدمات غیر دارویی توجه نشده است.
- اطلاعات موجود مرتبط با وضعیت مصرف مواد در کشور بدون تفکیک جنسیتی بوده و زمینه ریزی لازم برای زنان مصرف کننده فراهم نیست.
- در برنامه ریزی ها به گروه های خاص (مانند زنان خیابانی، کودکان کار و خیابان، نوجوانان، افراد با بیماری های روانی و جسمی همراه، هم جنس گرایان، افراد مبتلا به عفونت های منتقله از راه خون مانند عفونت ویروس انسانی کمبود ایمنی (واکا HIV) و غیره) کمترین توجه صورت گرفته است.

د) نقاط ضعف در اجرا و ارائه خدمات

- خدمات دولتی در سطح بسیار محدودی و با نظارت و ارزشیابی بسیار ضعیف ارائه می شود.
- خدمات بخش دولتی دارای کیفیت لازم نیست.
- در حال حاضر بخش دولتی کمتر از سازمان های غیر دولتی و بخش خصوصی در فرآیند درمان، بازتوانی و زیانکاهی وارد شده است در حالی که حضور بیشتر بخش دولتی به ویژه در حوزه هایی که بخش خصوصی و غیر دولتی انگیزه فعالیت ندارند ضروری است و باید مکمل بخش غیر دولتی باشد. (طبق آخرین آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر از تعداد ۵۲۳۳ مرکز درمانی ۸۹٪ غیردولتی می باشد و از تعداد ۷۵۵ هزار معتاد تحت پوشش درمان در سال ۱۳۹۱ تعداد ۸۴٪ تحت پوشش درمان مراکز غیردولتی قراردارند.)

- از آنجا که در حال حاضر بخش خصوصی عمدتاً به دنبال سود است، احتمال دارد برخی اولویت ها مثل درمان معتادان بی بضاعت یا خدمات کاهش زیان یا حمایت های اجتماعی بر زمین بماند. چیزی که به آن «شکست/ نارسایی بازار» (Market Failure) می گویند.
- سیستم های درمانی موجود، انتفاع محور اند و خدمت گیرندگان در این سیستم ها احساس حمایت ندارند و چون هدف انتفاع است، سایر اهداف درمان و بازتوانی حاصل نمی شود. به عنوان مثال ؛ بخش خصوصی حاضر است برای درمان دارویی که جزء غیرقابل حذف درمان است، به خوبی سرمایه گذاری کند، لیکن برای ورود به درمان های غیر دارویی که آن هم جزء ضروری درمان است انگیزه و آمادگی کافی ندارد.
- به دارو درمانی توجه زیادی شده است در حالی که به سایر اقدامات و درمان های اجتماعی- روانی توجه نمی شود.
- به خانواده درمانی^۷ و مداخلات متمرکز بر خانواده^۸ توجه کافی نمی شود.
- سخت گیری های زیاد از حد و در برخی موارد غیرضروری و عدم توجه به ویژگی های اجتماعی کشور درمانگران را در ارائه خدمات دچار مشکل ساخته و بعضاً آنها را به اقدامات صوری و احتمالاً سند سازی سوق داده است.
- سیستم های موجود درمان، انگرا (برچسب زن) هستند، زیرا که درمان اعتیاد را نه در مراکز ادغام یافته با کل سلامت یا سلامت روان، بلکه در مراکز جداگانه ارائه می شود، لذا بسیاری از بیماران برای درمان به سیستم های غیر رسمی و غیر قانونی و یا بازار آزاد مراجعه می کنند.
- وجود پروتکل های سختگیرانه باعث عدم استقبال بخشی از بیماران داوطلب درمان شده است .
- خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد در کشور ناتمام، تک بعدی و بدون تداوم اند به عبارتی پیوستار درمان و بازتوانی نداریم و فقط به بخش ابتدایی درمان توجه می شود.
- خدمات تنوع کافی ندارد، تک دوزی نشده و بیمار محور نیستند.

^۷ Family therapy

^۸ Family intervention

- سطح بندی خدمات نیز مورد توجه قرار نگرفته است.
- کسی پاسخگوی مردم نیست. در سطوح مختلف سیاست گذاری، در سطح اجرایی و سیستم های درمانی و در جمع در کشور پاسخگوئی وجود ندارد.
- نظارت و پایش مناسبی بر برنامه ها صورت نمی گیرد.
- ارزشیابی برنامه ها پیامد محور نیست.
- نگاه دستگاه های نظارتی به بخش ارایه دهنده خدمات کاهش تقاضای مواد، نگاهی نامناسب و در بسیاری موارد تحدید آمیز است.
- افرادی که در مداخلات نقش دارند به دنبال اهداف و فرصت های شخصی خود هستند و کمتر به منافع گروه های هدف و به شواهد و مسائل علمی توجه دارند.
- «سرمایه داری درمان» باعث شده است مالکان و سرمایه گذاران مراکز درمانی، حق درمانگرانی را که استخدام کرده اند، به خوبی ادا نکنند و در نتیجه جابه جایی و گردش منابع انسانی بالاست.
- درمان های اقامتی ضعیف هستند. غیر از درمان ۲۸ روزه، به انواع دیگر درمان اقامتی که مبتنی بر شواهد هم هستند توجه کافی نشده است.
- به مساله عفونت نقص ایمنی انسانی و ایدز توجه کافی نشده است.
- به درمان محرک ها توجه کافی نشده است.
- علی رغم وجود سنت، پیشینه فرهنگی و ارزش های حمایتی در جامعه ایرانی، سازمان ها و نهاد های حمایتی دچار کژکارکردی شده اند.
- مشارکت مردمی، انجمن های مردم نهاد، انجمن های تخصصی و علمی و نیز برنامه ها و مداخلات داوطلبانه و خیریه و دینی و معنوی در برنامه ها کم است.
- از برنامه های مبتنی بر گروه های خود یاری حمایت کافی قانونی، اجرایی، معنوی نمی شوند و مشکلات فراوانی دارند، لذا گروه های خودیاری پایداری کافی ندارند.
- برخی از خدمات گروه های خودیاری غیر استاندارد اند.

- الگوی مناسبی برای برنامه های رسانه ای وجود ندارد. تبلیغات زیادی که عمدتاً مطابق با دستاوردها و شواهد علمی نیستند به درمان آسیب می زند.
- وضعیت اختلال مصرف مواد در زندان ها نامناسب است. بعضی از افراد گزارش می نمایند که مصرف مواد را در زندان آغاز کرده اند و یا در زندان مصرف را به نوع تزریقی و پُر خطر تبدیل نموده اند.
- نیرو های انتظامی برای مواجهه با اعتیاد آموزش ندیده اند لذا برخورد اشتباه و مقطعی آنان گاه تاثیر منفی دارد.
- به درمان بیشتر از پیشگیری اولیه پرداخته شده است.

ه) نقاط ضعف در زیر ساخت ها

- بی توجهی دستگاه ها در ایجاد تشکیلات مستقل تخصصی در حوزه کاهش تقاضای مواد حتی با تاکید ستاد مبارزه با مواد مخدر، شورای عالی امنیت ملی و هیات محترم وزیران
- منابع انسانی ماهر و متخصص در حوزه درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد محدودند.
- دانش تخصصی و مهارت های کافی درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد به افراد فعال در این حوزه ارائه نمی شود.
- سیستم آموزش رسمی کشور از جمله دانشگاه های علوم پزشکی و علوم انسانی و اجتماعی، قابلیت های دانشی و مهارتی کافی برای ورود دانش آموختگان خود(پزشک، پرستار، روانشناس، روانپزشک، و مددکار اجتماعی) به سیستم های ارائه خدمات را فراهم نمی آورند.
- در برنامه درسی گروه پزشکی و به ویژه پرستاری و سایر رشته های مرتبط به موضوع اعتیاد به اندازه کافی پرداخته نشده. به دلیل بحرانی بودن معضل اعتیاد در کشور، انتظار می رود این مهم در موضوعات درسی کادر درمان نقش پُررنگ تری داشته باشد
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری به آموزش های تخصصی در حوزه اعتیاد توجه کافی نداشته اند و مصوبات الزام آور ستاد مبارزه با مواد مخدر را نادیده می گیرند.

- نشانه های خوبی از حمایت های اجتماعی در شرایط کنونی جامعه به چشم نمی خورد. احساس بی پناهی، بی اعتمادی و تنهایی در سطح جامعه رو به گسترش است که چالش عمده ایی در حوزه کاهش تقاضای مواد نیز محسوب می شود.
- تحقیقات بومی در حوزه درمان، بازتوانی و زیانکاهی اعتیاد بسیار کم است.
- تحقیقات پایه در کشور ضعیف است.
- یارانه های اختصاص داده شده به درمان اعتیاد محدود است و با شاخص های مناسبی توزیع نمی شوند.
- فرایند مستند سازی و ثبت آمار دچار مشکلات عمده ایست.
- آمار و اطلاعات موجود در زمینه های مختلف از جمله پوشش خدمات و اثر بخشی مداخلات تعارض دارند.
- به ندرت بودجه، خیرات، اوقاف، مساجد، روحانیون، حسینیه ها و تشریفات دینی به درمان، بازتوانی زیانکاهی و حمایت از معتاد اختصاص یافته در حالیکه فتاوی و مجوزهای دینی در تشیع و در ایران به موقع و زودتر از هر کشور دیگری در جهان به کمک برنامه های زیانکاهی آمده و کمک کننده بوده است (به ویژه در مورد برنامه های پیشگیری از ایدز، تجویز کاندوم، آموزش در رسانه ها و در جامعه).

فرصت های پیش روی درمان، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی در ایران

- توجه ویژه مقام معظم رهبری "مد ظله العالی" به مساله مبارزه با اختلال مصرف مواد و کاهش تقاضای مواد که در مفاد سیاست های ابلاغی نظام بدانها تاکید شده است
- حساسیت بالای مدیریت کلان کشور نسبت به اختلال مصرف مواد و اعتیاد.
- ادغام درمان و خدمات کاهش تقاضای مواد در نظام خدمات بهداشتی- درمانی اولیه به ویژه پزشک خانواده که اگر به درستی انجام شود می تواند فرصت مناسبی برای گسترش خدمات و مطابقت آن ها با دستاوردهای علمی و شواهد فراهم آورد.

- اصلاح فرایندهای موجود درمان، بازتوانی و زیانکاهی ظرفیت ایجاد تغییرات مهمی در جهت بهبود اقدامات را دارد.
- تدوین سند سیاست گذاری درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی فرصتی است مناسب برای ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و کاهش تقاضای مواد.
- اجماع ملی بر درمان سوء مصرف محرک ها، فرصتی برای درمان علمی و بر اساس استاندارد ملی برای درمان سوء مصرف محرک ها فراهم آورده است [۳۴].
- وجود ستادی متشکل از دستگاههای دخیل در حوزه مبارزه با اعتیاد که اگر نقش هماهنگ کننده خود را به درستی ایفا نماید، فرصت مناسبی است برای ساماندهی و ارتقاء کیفی و کمی کاهش تقاضای مواد.
- امکان بهره گیری از تجارب بین المللی در زمینه پیشگیری از طریق همکاری و مشارکت با دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل و سایر سازمانهای بین المللی.
- حساسیت بالای خانواده ها و افکار عمومی نسبت به مصرف مواد و اعتیاد.
- ظرفیت بالای درمان های غیر دارویی کشور
- ظرفیت بالای گروه های همتا و صدها سمن فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب که ۸۹٪ مراکز درمانی و ۸۴٪ معتادان کشور را تحت پوشش قرار می دهند

تهدیدهای پیش روی درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی در ایران

الف) تهدیدها در حوزه سیاستگذاری

- قطبی شدن دیدگاه ها در حوزه کاهش تقاضای مواد اعتیاد.
- تداوم سیاست های تک بعدی به درمان و بازتوانی اعتیاد.
- نگرش حذفی به برخی رویکردها و برنامه ها نظیر برنامه های زیانکاهی
- تخصیص بخش عمده ی اعتبارات به بخش کاهش عرضه به جای کاهش تقاضای مواد.
- قطع روابط آزاد علمی با دیگر کشورها و مراکز بین المللی درحوزه کاهش تقاضای مواد به بهانه تهدید ملی و یا پرهیز از سیاه نمایی. مانند اعزام اساتید، محققان و دانشجویان به خارج و دعوت از اساتید مدعو برای پژوهش یا آموزش در کشور.
- جداسازی برنامه های کاهش تقاضای مواد به جای ادغام در برنامه های بهداشت و درمان عمومی و توسعه رویکرد یکپارچه و کل نگر و جامع نگر در درمان اعتیاد.

ب) تهدیدها در حوزه اجرا

- ایجاد تنگنا، سرگردانی، بی برنامهگی و فقدان حمایت و نظارت برای فعالیت گروه های همتا از جمله انجمن معتادان گمنام.
- جایگزینی تدریجی درمان های سنتی، غیر علمی، بازاری، و تجاری با درمان های استاندارد و علمی.
- توسعه مراکز نگهداری اجباری به جای توسعه درمان های داوطلبانه، فردی، گروهی، خانواده درمانی .
- کاهش بودجه های زیانکاهی.
- کاهش یا حذف آموزش های رسانه ایی حوزه کاهش تقاضای مواد به ویژه برنامه های زیانکاهی در رسانه ملی.

- ممنوعیت استخدام و به کارگیری نیروی انسانی در دانشگاه ها و مراکز بیمارستانی و بازتوانی در حوزه مددکاری، کاردرمانی و برنامه های بازگشت به اجتماع.

راهکارهای بهبود وضعیت درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی در ایران

الف) راهکارها در سیاستگذاری

- باید بازتعریفی از اعتیاد صورت گیرد تا الگوی مفهومی مورد توافقی از درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی داشته باشیم.
- تصمیم گیری ها در حوزه اعتیاد مبتنی بر شواهد باشد.
- به منظور ایجاد یک سیاستگذاری پایدار، بایستی یک نظام مدون پایش و ارزیابی بر مبنای ساختارهای موجود و تحقیقات ایجاد شود که تغییر سیاستمداران موجب تغییر در برنامه ها ، بر حسب سلیقه و خواست افراد نشود [۳۵].

ب) راهکارها در برنامه ریزی

- خدمات باید سطح بندی شوند؛ سطح بندی خدمات میتواند چند مشکل را حل کند: اولاً نقش روانپزشک و رابطه او با پزشک عمومی و با روانشناس و با مددکار اجتماعی را تعریف میکند. ثانیاً – و این فعلاً مهمتر است – مراکز را از وضع فعلی که تنها به ارائه خدمات دارویی متمرکز شده اند خارج می کند و ثالثاً انگ زایی نظام فعلی درمان اعتیاد را رفع میکند.
- آسیب ها و خطرات نیز باید سطح بندی شوند و خدمات سطح بندی شده متناسب با آن ارائه شوند.
- باید جنبش های اجتماعی در حوزه مقابله با اعتیاد تسهیل شود. چارچوب و ضوابطی برای نحوه مشارکت سازمان های غیر دولتی مشخص شود و با تشکیل نهاد های صنفی بستر مشارکت نظام مند آنان فراهم گردد.

- زمامداری مطلوب^۹ در کلیه فرایندهای درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی مورد تاکید قرار گیرد.
- پروتکل های درمانی با تعامل حداکثری خبرگان و ذینفعان تدوین گردند و در دوره های منظم بازبینی شوند. در عین حال نباید این امر مانع از توجه به تفاوت های فردی مراجعان و مانع از خلاقیت درمانگر در حل مشکلات آنها شود.
- به ظرفیت سازی و توانمند سازی جامعه و مبتلایان توجه شود.
- به جامع نگری و عدم تفکیک درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی توجه شود.
- به تمام الگوها و نظریه های درمانی توجه شود، چه که تنوع شیوه های درمان و خدمات بسیار مهم است.
- به زیانکاهی توجه بیشتری شود.

ج) راهکارها در اجرا

- باید درمان توسط یک تیم متخصص که شامل پزشک عمومی، روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی است ارائه شود.
- برای مشارکت گروه های همتا در بازتوانی باید مهارت های لازم به آنها آموخته شود.
- آموزش و ارتقای ظرفیت باید با جدیت بیشتری و به صورت گسترده انجام شود.
- لازم است بخش دولتی در ارائه خدمات نقش فعال داشته باشد تا خلأ حضور بخش های غیر دولتی و خصوصی را پر کرده و در کنار بخش خصوصی به تعدیل بهای خدمات کمک کند.
- درمان های غیر دارویی باید به صورت نظام مند و از نظر کمی و کیفی گسترش یابند.
- اگرچه درمان سرپایی قلب درمان مصرف مواد است، اما شمار قابل توجهی از بیماران در زمان هایی نیاز به درمان بستری اعتیاد دارند. همچنین درمان اقامتی درازمدت و خانه های نیمه راهی اجزای مهمی از درمان موثر را تشکیل می دهند که باید مبتنی بر شواهد و نیاز سنجی توسعه یابند.

^۹ Good governance

- درمان بیماری های همبود مصرف مواد از اولویت های درمان مصرف مواد است و ایجاد خدمات یکپارچه اختلالات مصرف و روانپزشکی باید به طور جدی پیگیری شود.
- برای اجتناب از «سرمایه داری درمان»، تأسیس مرکز نباید صرفاً وابسته به سرمایه باشد، بلکه هر درمانگری که بخواهد، بتواند به راحتی مرکز درمانی تأسیس کند. در اینصورت هر سرمایه گذاری که خواست مرکز بزند، مجبور خواهد شد به تأمین رضایت درمانگران نیز توجه داشته باشد. به این ترتیب اولاً درمانگران همکاری خود با مراکز درمانی که صرفاً با هدف اقتصادی تأسیس شده اند را کم و یا قطع خواهند کرد و یا خود مرکز تأسیس کرده و یا در مرکزی دیگر کار خواهند کرد که سرمایه گذار منصف تری دارد و لذا کمتر از چرخه درمان اعتیاد خارج خواهند شد.
- آموزش افراد در این حوزه باید تخصصی تر، جامع تر، علمی و استانداردسازی شود.
- برخورد واقع بینانه ایی با درمان داشت. یعنی به پیامد های متفاوت درمان مثل تغییر نوع و شیوه مصرف به نوع و شیوه های کم خطر تر، در کنار قطع کامل مصرف هم توجه نمود.
- درمانگران به مشارکت فعال با مراجعین و ارایه درمان پویا و تک دوزی شده ترغیب شوند.
- به حمایت های اجتماعی در تمام سطوح مداخلات اعم از پیشگیری، درمان و زیانکاهی توجه شود. پوشش جمعیتی حمایت اجتماعی باید وسیع تر از گروه مخاطبین برنامه های درمان، بازتوانی و زیانکاهی باشد.
- به تمام الگوها و مصادیق حمایت های اجتماعی توجه شود و فقط بر حمایت های مالی تمرکز نگردد.
- مهارت افزایی، حرفه آموزی و حمایت های شغلی باید در زمره خدمات بازتوانی قرار گیرند.
- در حمایت های اجتماعی باید بر آگاهی بخشی، خانواده، اشتغال و ارائه خدمات روانپزشکی توجه شود.
- در فرایند درمان باید به کشف قابلیت ها و توانائی های افراد معتاد به منظور ایجاد موقعیت های شغلی و ارتقاء موقعیت های اجتماعی توجه شود.
- به انگ زدائی و مخصوصاً انگ زدائی حین و پس از درمان توجه خاص گردد.
- در فرایند غربالگری فعال و از طریق اقدامات مددکاری اجتماعی باید افراد در معرض آسیب شناسائی شوند.

- به تحلیل دقیق کارکرد های خانواده در ایران توجه شود. خانواده به عنوان هسته مرکزی درمان و بازتوانی در نظر گرفته شود.
- به زنان و نوجوانان توجه ویژه ای گردد.
- سایر گرو های خاص نیز در برنامه ریزی ها مورد توجه قرار گیرند.

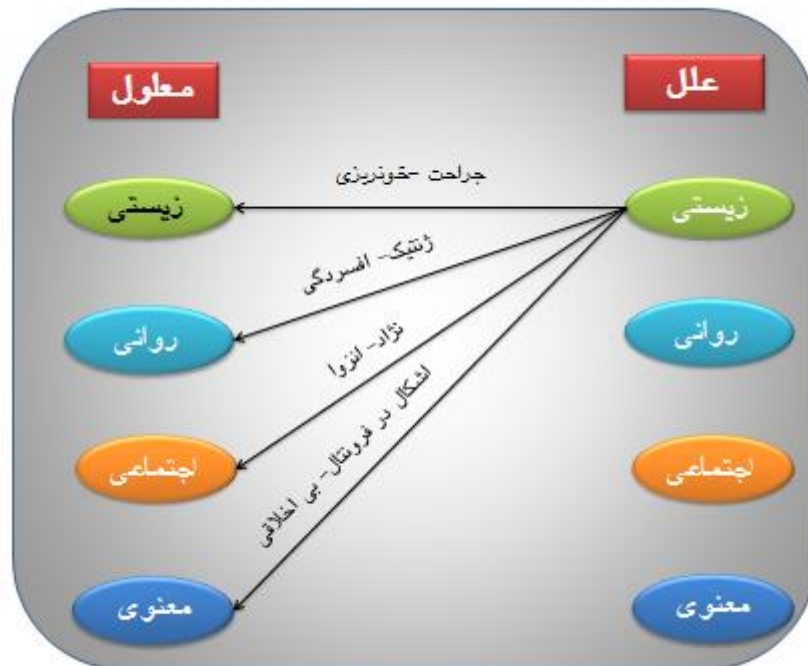
**الگوواره و
چارچوب /مدل مفهومی
سند جامع درمان ، بازتوانی و
حمایت های اجتماعی اعتیاد**

الگوی مفهومی و چارچوب نظری سند

درک علل رفتار موجودات زنده و پدیده های بی جان همواره بخش مهمی از توجه بشر را به خود جلب کرده است. ذهن بشر پیدا شدن معلول بدون وجود علت یا مجموعه ای از علل را نمی پذیرد. با نگاه تقدیر گرا، این علل، خارج از حوزه های مداخله ای بشر تعبیر می شوند و انسان در برابر آنان تسلیم است، لیکن در نگاه های تجربی، نهایتاً می توان این علل را باز شناخته و در بروز معلول تاثیر گذار بود.

نکته قابل توجه این است که بین علت غائی و زنجیره عوامل ایجاد یک پدیده تفاوت هایی وجود دارد که ما در حوزه علوم تجربی، به زنجیره این عوامل می پردازیم و برای درک حقیقت از روش هائی نظیر، قیاس، استقراء، مفاهیم آماری و کشف همبستگی سود می جوئیم. به این ترتیب شناسائی ابعاد مختلف موجودات زنده و پدیده های بی جان برای تسهیل درک رفتار آنان ضروری است، تا بعداً بتوان به عنوان یک کل نیز به آن (رفتار یا پدیده) توجه کرد.

از اینرو برای درک بهتر رفتار انسان، می توان وی را براساس سرستون های زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی توصیف و علل بروز رفتار های انسانی را در هر یک از این طبقات بازشناسی نمود. دانستن این نکته ضروری است که با افزایش دانش بشر و درک بهتر زمینه های رفتار آدمی، روشن شده که تعامل قابل توجهی بین اسباب چهارگانه فوق وجود دارد که هر یک می تواند نتایج جداگانه ای در حوزه های چهارگانه به دنبال داشته باشد مثلاً علت زیستی مثل ایجاد جراحت، معلول یا عارضه ایی زیستی مثل خونریزی به دنبال داشته باشد یا عامل زنتیک به عنوان یک زمینه زیستی عارضه ای در حوزه روانی مثلاً افسردگی یا یک نوع دیگر از اختلالات روانی را در پی داشته باشد و یا نژاد به انزوا در اجتماع منجر شده یا آسیب زیستی در لوب پیشانی مغز عارضه یا معلولی در حوزه معنوی و اخلاق از خود بروز دهد (شکل ۹).



شکل ۹: تعامل بین ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در انسان

از سوی دیگر معلول ها نیز خود نتایج را در سایر حوزه ها ایجاد می کنند، مثلا افسردگی باعث بروز مشکلات زیستی و یا انزوای اجتماعی گردد. بنابر این سلسله ی در هم پیچیده ایی از علل و معلول ها ایجاد خواهد شد. با این توصیف برای درک هر یک از رفتارهای انسان، لازم است آن را در هر چهار بعد وجودی وی، چه در زمینه علی و چه در تعامل با معلول ها مورد توجه قرار دهیم و آن را در فرآیند شکل گیری، استقرار، تغییر و بازسازی بررسی کنیم.

حال چنانچه رفتار اعتیادی را مورد توجه قرار دهیم، ملاحظه می کنیم که چندین مدل^۱ برای بررسی سبب شناسی آن معرفی شده اند. بیش از ۴۰ نظریه در مورد سبب شناسی ایجاد و گسترش اختلال مصرف مواد و اعتیاد وجود دارد. در یک دسته بندی که توسط لیتری سیرز و پیرسون صورت گرفته است، تعامل با خود، دیگران، جامعه و طبیعت پایه های اصلی درک تعاملی ایجاد اعتیاد معرفی شده اند و در ذیل هر یک از آن ها دیدگاه های روانکاوی،

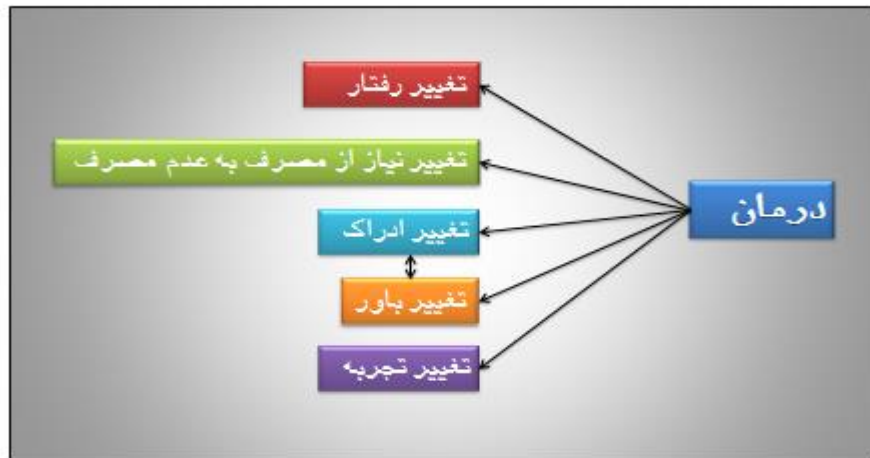
^۱ مدل در ساده ترین تعریف، بیان نظریه ای است که بتواند تعاملات مربوط به یک پدیده و یا پدیده های مربوط به یک موضوع را توضیح دهد و

حاصل کاربردی داشته، توانایی پیش بینی به افراد بدهد

روان شناسی عمومی، روان شناسی یادگیری، روان شناسی اجتماعی، روان شناسی رشد، جامعه شناسی، جرم شناسی، زیست شناسی، ژنتیک، علوم پزشکی، زیستی و عصب شناختی^{۱۱} قرار داده شده است (زیستی، روانی، اجتماعی، جرم، اخلاق، وجودی) [۳۶].

مصرف مواد به دلایل متعددی همواره مورد مناقشه جوامع بوده است. اگر چه مخالفت با مصرف مواد در رویکرد های مختلف نظری، شبیه به یکدیگر است اما به هیچ روی واجد فصول مشترک اولیه نیست. رویکرد اخلاق گرایانه مصرف مواد را از این جهت تقبیح می کند که باعث خدشه در کنترل فرد نسبت به تکانه های غیر اخلاقی که در افراد به صورت طبیعی وجود دارد می گردد. مروجین رویکرد مذهبی به دلیل آنکه نوع ادیان (الهی) مصرف مواد را منع کرده اند با مصرف مخالفند. رویکرد جامعه گرا به دلیل آنکه مصرف مواد باعث خدشه در قواعد و نظم از پیش تعریف شده اجتماعی می شود با آن موافق نیست. رویکرد پزشکی هم عمدتاً به دلیل عوارض طبی ناشی از مصرف مواد آنرا توصیه نمی کند. به عبارت دیگر لابد در حوزه رویکرد اخلاق گرائی نسبت به مصرف موادی که منجر به شکستن حریم های اخلاقی نشود، در حوزه رویکرد مذهبی نسبت به مصرف موادی که مذهب صراحتاً در مورد منع مصرف آنها دستوری صادر نکرده است، در حوزه جامعه گرائی نسبت به موادی که ذاتاً فاقد ظرفیت تخطی از نظم اجتماعی باشند، و نهایتاً در حوزه پزشکی در مورد موادی که موجب تأثیرات منفی بر سلامت افراد نگردند، حداقل رویکرد خنثی و بی تفاوتی جایگزین خواهد گردید. از این منظر موضوع درمان نیز در معنای عمومی اش به معنی تغییری در رفتار تلقی می شود. به عبارت بهتر، سلسله مراتبی از تغییر در تجارب، باورها، ادراکات که بر هم تاثیر گذارند، تغییر نیاز و در نهایت تغییر در رفتار کلی مصرف (شکل ۱۰) :

^{۱۱} Neurology



شکل ۱۰: درمان نیزمند تغییر در سطوح مختلف از وجود انسانی است

برای ایجاد این تغییر رفتار بایستی محیط زیستی-روانی-اخلاقی-و معنوی مناسبی ایجاد کرد. هر چقدر این محیط های درونی و بیرونی مناسب تر باشند، امکان بازسازی^{۱۲} بیشتر فراهم است که مناسبت آنان به معنای تناسب حول دو محور خواهد بود؛ الف) ویژگی های فردی ب) شواهد علمی.

اما همانطور که از این بحث نیز می توان استنباط کرد، مقابله با مصرف مواد یا اعتیاد به خودی خود ارزش محسوب نمی گردد، بلکه منظور از آن تأمین هدف مشخصی است. بنابراین هر نوع مداخله برای کنترل مصرف مواد به شرطی معتبر و مقبول خواهد بود که در حوزه اهداف خود کارآیی مؤثری را نشان داده باشد. لذا در هنگام ارزش گذاری مداخلات، ارزش مبتنی بر نتیجه و کارآیی است و صرف مبارزه و مقابله فاقد ارزش است.

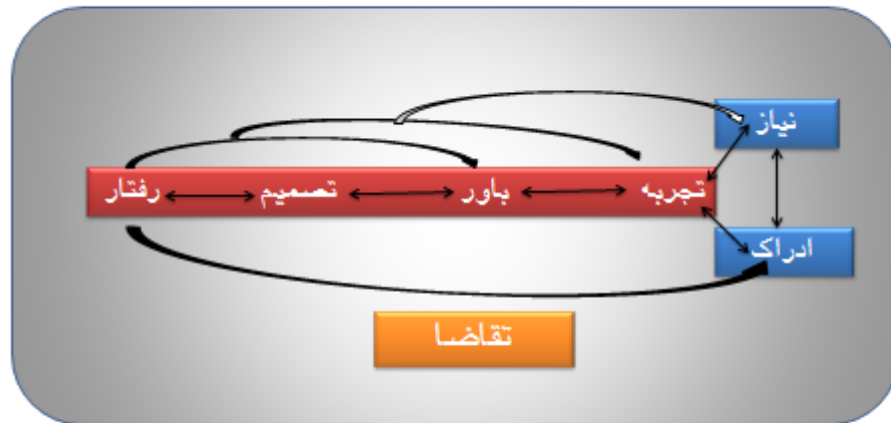
در اینحال سؤال مهمی پدیدار می گردد که اگر روش های به کار گرفته شده برای تأمین اهداف رویکردی مؤثر نبودند راه حل جبرانی چه بایستی باشد. از این زاویه دوباره شباهت نتایج مورد انتظار در رویکرد های مختلف

^{۱۲} Reconstruction

اهمیت می یابد. بدین معنی که اگر یک رویکرد نتوانست با روش های مورد توصیه همان رویکرد به اهداف مورد نظر خود دست یابد، شاید بتواند با مقداری تعدیل در اهداف خود، ابزار مؤثر و اهداف نسبتاً مشابه رویکرد دیگری را به عاریت گیرد.

ارزیابی های معمول در مورد کارآیی روش های مختلف مقابله با مصرف مواد همگی مؤید عدم کارآیی مداخلات حوزه کاهش عرضه، چه از منظر هزینه-فایده و چه از جنبه هزینه-اثربخشی است. لذا در یک رویکرد کلی برای بازشناسی روش های مؤثر در کنترل مصرف مواد و اعتیاد، کفه ترازو به نحو معناداری به نفع ارجحیت رویکرد های مداخلاتی کاهش تقاضا معطوف است. به معنای دیگر اینکه مصرف منابع در حوزه مداخلات کاهش عرضه فاقد توجیه منطقی و مصرف آن در حوزه کاهش تقاضا از نظر تأمین اهداف مورد نظر موجه است. از اینرو اولویت رویکرد های مداخلاتی بایستی در حوزه کاهش تقاضا در نظر گرفته شوند.

ملاحظه می کنیم از یک سو تغییرات زیستی- روانی و همچنین تغییراتی که در محیط اجتماعی و معنوی صورت می گیرد برای فرایندهای درمان لازم است و از سوئی دیگر با توجه به اینکه تقاضا، خواسته ای فردی، منتج از تجارب شخصی و حاصل تعامل محیط درونی و بیرونی هر فرد، از اینرو برای کاهش تقاضا و تداوم آن، تعامل با اعضای جامعه نیز لازم است (شکل ۱۱).



شکل ۱۱: تعامل محیط بیرونی و درونی در فرایند درمان اعتیاد

بدین ترتیب هرچه به سمت علل ریشه ای تر (اولیه تر) برویم، امکان تعمیق و تثبیت رفتار بازسازی شده بیشتر خواهد بود. اما بدیهی است سیاستگذاران و افراد جامعه با توجه به مجموعه شرایط و منابع و با نیز توجه به سلامت همگانی، مداخله بهینه را خواهند یافت.

با توجه به مطالب بالا، پدیده ی اعتیاد، موضوعی زیستی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی محسوب می شود که عوامل (زمینه ای، مهیاساز و آشکار سازی) آن و نیز عوارض ناشی از آن در هر چهار محور یاد شده قابل بحث است. بنابر این در درمان و به ویژه بازتوانی فرد معتاد، مداخله به منظور کنترل بسیاری از عوامل ایجاد مشکل، مهم تلقی می شود، به عنوان نمونه در کنترل بازگشت بیماری، تبدیل رفتار اعتیادی مصرف مواد به رفتار اعتیادی دیگر و اصلاح محیط.

بدین ترتیب علاوه بر کاهش عوارض در هر چهار محور زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، کنترل عوامل نیز در همین چهارحوزه جزئی از درمان تلقی شده و کاهش عوامل بروز نیز باید در کنار کاهش عوارض، در زمره

اهداف درمان و باز توانی گنجانده شوند و برای شناسایی روش مناسب درمان و باز توانی و یا باز پذیری اجتماعی، در نظر گرفتن دو موضوع مهم است: (۱) توجه ویژه‌گی های فرد (۲) تایید موثر بودن مداخله توسط شواهد.

ملاحظه می شود موضوعات اصلی مربوط به اعتیاد که در دیدگاه های گوناگون، در منابع علمی و نظرات کارشناسان این حوزه بیان شده است را می توان در قالب یک الگوواره^{۱۳} ارایه داد.

به طور اجمالی در هر الگوی نظری می بایست مفاهیم کلیدی و طبقات اصلی مفاهیم مورد توجه قرار گیرد که در این الگوواره مفاهیم کلیدی و طبقات اصلی عبارت اند از:

الف) تعاریف:

اعتیاد: در این الگوی نظری اعتیاد یک رفتار نامطلوب است که حاصل تعامل عوامل درونی و بیرونی در یک فرد بوده و عوارض متعددی دارد.

درمان: روش مورد پذیرش برای تغییر این رفتار تعریف شده است، که به صورت طیفی از تغییرات مورد توجه قرار می گیرد.

حمایت اجتماعی: در این الگوی نظری؛ حمایت اجتماعی نیز به رفتار صاحبان منابع (مالی و انسانی) مربوط است، که شرایط را برای این تغییر و تثبیت شرایط جدید، تسهیل می کند. حمایت اجتماعی برای تسهیل تغییر و نیز جهت دهی به سمت تغییراتی است که در آن نسبت مستقیمی بین عمق تغییرات مطلوب و میزان حمایت وجود دارد و افراد در شرایط اسایش قرار می گیرند که با نشانه های اجتماعی، به سمت مراحل عمیق تر طیف درمان حرکت خواهند کرد.

^{۱۳} Paradime

ب) اهداف:

هدف از این اقدامات، دستیابی به سلسله مراتبی از تغییرات است که به افزایش کیفیت زندگی فرد و بهبود عملکرد اجتماعی او منتهی خواهد شد که متناسب با اصول فرهنگی و نظام ارزشی یک اجتماع و البته با تضمین حقوق و نزاکت نوع انسان، حاصل می شود.

ج) تبیین پیدایش:

محیط زندگی به صورت منظمی با رفتار افراد ارتباط دو سویه برقرار می کند؛ تلاش برای تغییر هر دو سوی این رابطه به منظوری که در اهداف مشخص می شود، جزو اقدامات سیاست گذاری برای درمان و بازتوانی اعتیاد است.

د) انتخاب روش های مورد استفاده:

روش مورد استفاده برای درمان بایستی مبتنی بر شواهد و متناسب با شرایط فرهنگی - زیستی و منابع جامعه و ویژگی های افراد باشد و برای انتخاب آن توجه به هزینه-فایده و هزینه-اثربخشی ضروری است.

ه) ویژگی های درمانگران:

درمان گران نیز باید در اشکال مختلف (متخصصان، نیمه متخصصان، گروه های همتا) دارای مهارت های تعریف شده و معتقد به حقوق انسانی باشند.

و) ارتباط با سلامت همگانی و نظام سلامت:

اهمیت یافتن روز افزون نقش مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه در خدمات کاهش تقاضای مواد یکی از موضوعات کلیدی در درمان اختلال مصرف مواد است. هدف نهایی از مراقبت های بهداشتی اولیه، سلامتی بیشتر برای همه است. سازمان بهداشت جهانی پنج عنصر کلیدی را برای دستیابی به این هدف شناسایی کرده است:

- کاهش محرومیت و نابرابری های اجتماعی در سلامت (به سازی پوشش همگانی)

- سازماندهی خدمات بهداشتی و درمانی در جهت نیازها و انتظارات مردم (به سازی ارائه خدمات)
- ادغام سلامت در تمام سیاست گذاری ها (به سازی سیاست های اجتماعی)
- تشویق مدل های همکاری در مذاکرات سیاست گذاری (رهبری اصلاحات)
- افزایش مشارکت اقشار ذینفع [۳۷].

اگر سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی بخواهد به اصول اولیه شکل گیری خود وفادار بماند، نمی تواند و نباید به مساله سوء مصرف بی توجه باشد. با این ترتیب اعتیاد به عنوان یکی از دغدغه های سلامت کشور محسوب می شود، چرا که آمار بیانگر باری است که بر کشور تحمیل می کند و دولت ها موظفند آن را مورد مداخله و بررسی قرار دهند. دسترسی، عدالت، روزآمدی، کیفیت مطلوب با موضوعات مربوط به درمان، زیانکاهی و حمایت اجتماعی است که در بخش های بعدی مبانی نظری آن مورد کنکاش قرار خواهد گرفت.

ز) لزوم توجه به بُعد معنوی:

لزوم توجه به بعد معنوی بدین جهت است که قادر خواهد بود انسان را با مفاهیم وجودی محیط پیرامونی پیوند دهد. تنها در این بعد از آدمی است که هنجارهای بشری در قالب یک نگاه کل نگر و هم آهنگ با نقش بشر در هستی شکل می گیرد. در این مسیر، کرامت و اصالت انسانی موضوع اصلی رفتار متقابل فرد و جامعه است که در طی آن احترام به ذات انسان و پذیرش حق و ظرفیت او برای درک لذت های معنوی و ایجاد شرایط برای استفاده از این فرصت در دیگر ابناء بشر فراهم خواهد شد. با این وصف اعتقاد بر این است که فرد معتاد در لذت های معنوی محدود شده است و در درمان بایستی مهارت وی را در این کسب لذت انسانی احیا کرد.

بر اساس موارد فوق:

۱. در سیاستگذاری سلامت عمومی برای درمان و بازتوانی در اعتیاد، توجه به کاهش عوارض و کاهش عوامل اعتیاد، هردو بایستی در نظر گرفته شوند.

۲. برای برنامه ریزی درمانی، استفاده از روش های مبتنی بر شواهد، مبتنی بر شرایط زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد لازم است.

۳. حمایت اجتماعی در درمان اعتیاد، منحصرأ محدود به روش های علمی است که اولاً حقوق انسانی فرد معتاد و اطرافیان او را تضمین کند و ثانياً در جهت تغییر رفتار برای ارتقای کیفیت زندگی بیمار و اطرافیان (در جهت درمان) باشد.

۴. برنامه ریزی و سیاستگذاری کلان بایستی مبتنی بر محدودیت های کشور و هزینه اثربخشی فایده ی مناسب باشد.

۵. رویکرد به مسئله مصرف مواد چند بعدی و شامل رویکرد های کاهش عرضه، کاهش تقاضا، و زیانکاهی است:

a. رویکرد کاهش تقاضا و کاهش عرضه ناقص یکدیگر نیستند

b. رویکرد کاهش تقاضا شامل درمان و پیشگیری اولیه است

c. رویکرد زیانکاهی یک گونه متنوع در انتهای طیف بازتوانی اعتیاد و جمعاً بخشی از فرآیند درمان محسوب می شود

۶. درمان اعتیاد مؤثر است:

a. قابلیت برنامه ریزی و پیش بینی و مدیریت آینده در به کارگیری رویکرد درمان نسبت به سایر رویکردها بیشتر تقویت می شود

۷. اهداف درمان اعتیاد ممکن است شامل موارد ذیل باشد:

a. اهداف کوتاه مدت درمان اعتیاد

i. حفظ بیمار بر تداوم پیگیری درمان

ii. رفع مصرف غیر قانونی مواد

iii. رفع رفتار غیر متعارف یا ضد اجتماعی

b. اهداف بلند مدت درمان اعتیاد:

i. تأمین مهارت های مقابله با وسوسه درونی مصرف مواد

- ii. تأمین مهارت های مقابله با فشار محیط برای مصرف مواد
- iii. تأمین کمال شخصیت و روان برای زندگی بدون نیاز به مصرف مواد
۸. با توجه به اهداف درمان اعتیاد، تنبیه برای درمان فاقد وجهت منطقی است:
- a. ترویج درمان از طریق ترویج مؤثر بودن آن میسر است.
- b. درمان اعتیاد بایستی از جنبه اقتصادی، جغرافیائی، و اجتماعی در دسترس باشد بنحوی که مغایر با ارتباط و تعامل فرد مصرف کننده با اطرافیان، جامعه، یا محل اشتغال او نشود.
- c. اگرچه رفتار مصرف مواد باید به عنوان پدیده ای مغایر با اصول اجتماعی تلقی شود، ولی این مغایرت نباید باعث شود تا مصرف کننده مواد از جامعه طرد و از امکان برخورداری از درمان محروم گردد درمان های مؤثری که برای اعتیاد شناخته شده اند عموماً مبتنی توانمند سازی فرد برای ایجاد مشارکت کننده بوده و به نوعی بر اصلاح یا ارتقاء رفتار یا بلوغ و تکامل شخصیت متمرکز هستند.
۹. درمان فرد مصرف کننده مواد با اصلاح ساختار و شرایط اجتماعی متفاوت است:
- a. اگر چه تغییرات بنیادین در نظام اجتماعی و فرهنگی به پیشگیری از اعتیاد یا کاهش آن کمک می نماید ولی به دلیل پیچیدگی این رویکرد و نیاز آن به منابع فوق العاده، معمولاً تمرکز رویکرد های درمانی بر اصلاح رفتار فردی متمرکز می گردد تا شرط عملی بودن آن فدای رویکرد های آرمانی نگردد.
۱۰. درمان اعتیاد یک مهارت یا فن سرمایه ای است:
- a. درمان اعتیاد باید تابع ضوابط و مقررات مشخص باشد.
- b. مشارکت در درمان اعتیاد باید فقط با تحصیل مهارت و دانش مربوطه صورت گیرد.
- c. نیرو های مجاز در درمان اعتیاد، ساختار های مربوطه، و منابع و تأسیسات فیزیکی مرتبط با درمان اعتیاد، اعم از اینکه در بخش خصوصی یا دولتی باشند، سرمایه ملی محسوب شده و سیاست ها و برنامه های دوره ای باید متعهد به حفظ سرمایه های مذکور و تسهیل در رشد و توسعه آنها باشند.
۱۱. اولویت بندی رویکرد ها و مدل های درمان در اعتیاد مقایسه ای است:

- a. درمان قطعی در اعتیاد مفهوم عملیاتی ندارد و امکان عود رفتار های انسانی هیچگاه صفر نخواهد بود.
- b. مفهوم درمان در اعتیاد به ترتیب اولویت بر محور های مختلف عملیاتی متمرکز است که ممکن است فقط شامل یک محور یا ترکیبی از چند محور باشد.
- i. قطع رفتار مصرف مواد و عدم عود آن
 - ii. قطع رفتار مصرف و در صورتی که قرار به عود باشد به مقدار طولانی ترین فاصله زمانی بین قطع مصرف و عود
 - iii. کاهش رفتار مصرف و عدم افزایش مجدد آن
 - iv. کاهش رفتار مصرف و در صورتی که قرار به افزایش مجدد آن باشد به مقدار طولانی ترین فاصله زمانی بین کاهش رفتار مصرف و افزایش مجدد آن
 - v. تغییر الگوی مصرف از مواد با اثرات شدیدتر و پر خطر به مواد با اثرات ضعیف تر و کم خطر و عدم بازگشت به الگوی قبلی
 - vi. تغییر الگوی مصرف از مواد با اثرات شدیدتر و پر خطر به مواد با اثرات ضعیف تر و کم خطر و در صورتی که قرار به بازگشت به الگوی قبلی باشد به مقدار طولانی ترین فاصله زمانی بین تغییر الگوی مصرف و بازگشت به الگوی قبلی
 - vii. تغییر الگوی مصرف از تنوع در مواد مصرفی به تحدید انواع مواد مصرفی و عدم بازگشت به الگوی قبلی باشد به میزان طولانی ترین فاصله زمانی بین تغییر الگوی مصرف و بازگشت به الگوی قبلی
 - viii. تغییر الگوی مصرف از تنوع در مواد مصرفی به تحدید انواع مواد مصرفی و در صورتی که قرار به بازگشت به الگوی قبلی باشد به مقدار طولانی ترین فاصله زمانی بین تغییر الگوی مصرف و بازگشت به الگوی قبلی
 - ix. کاهش عوارض ناشی از مصرف مواد بدون تغییر در الگوی مصرف

c. به دلیل تنوع رویکرد های درمانی به اعتیاد و تفاوت در مقدار اثر بخشی آنها و طیف گسترده هزینه اجرای این درمان ها، اولویت گذاری مدل های درمانی صرفاً مبتنی بر مقایسه هزینه-اثر بخشی آنها است

۱۲- توجه به عزت نفس و حقوق بیمار در درمان اختلال مصرف مواد ضروری است.:

۱۳- موضوع در مان عملی و اجرایی نیاز به مداخله ی ۴ گروه بیمار ، درمانگران، درمان (امکانات و بسترها و تکنیک ها) و اجتماع (که شامل خانواده، محله ، سازمان های غیر دولتی و، سیاستگذاران می شود) خواهد بود.

۱۴- حمایت های اجتماعی به عنوان اساس باز توانی بیماران در چهار سطح (خانواده، اجتماع، نهاد های مدنی و اجتماعی و سازمان های دولتی) باید مورد توجه قرار گیرد.

چارچوب/مدل مفهومی

حمایت های اجتماعی در درمان، باز توانی و زیانکاهی اختلال مصرف مواد

در واژه ی حمایت اجتماعی این مفهوم نهفته است که جامعه برای مقاصد انسان دوستانه و بهبود شرایط یک فرد، در مسیر درمان منابعی را در اختیار می گذارد. می توانیم موضوع را به این صورت ببینیم که بایستی مداخله ی اجتماع به دو منظور انجام شود:

- در مسیر باز توانی بیمار، برای کاهش استرس های مادی و روحی فرد، در قالب برنامه ی درمانی
- در مسیر حفظ جامعه از رفتار اجتماعی نامناسب فرد و البته به مواد یا در مسیر بهبودی

با این توصیف، جامعه چه برای کاهش عوارض رفتار اعتیادی مترتب بر خود و یا اهداف انسان دوستانه به منظور کاهش آلام یک فرد یا خانواده، منابع را در اختیار مسیر بهبودی قرار می دهد. فرد وابسته به مواد به منظور بهبودی خود، نیاز به دریافت خدمات حرفه ای و عمومی دارد. جامعه، این خدمات را در اختیار بیمار و نزدیکان وی قرار می دهد.

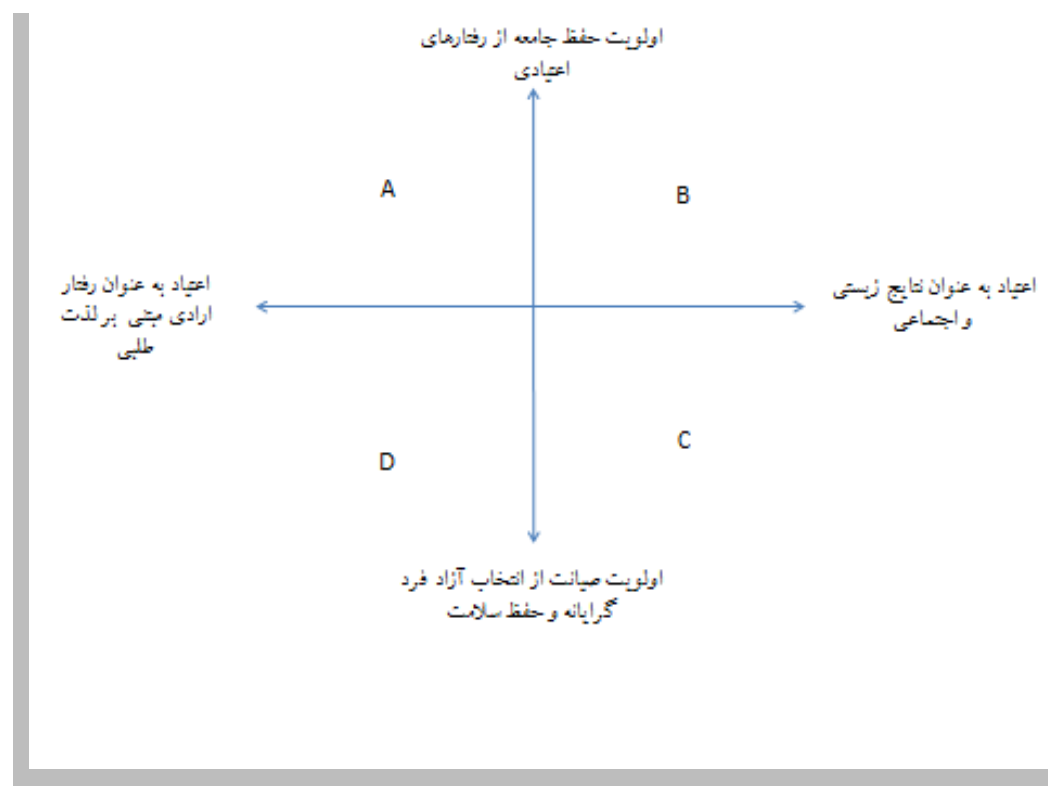
این خدمات شامل اولاً درمان های دارویی و غیردارویی است که به صورت تخصصی عرضه و به صورت علمی و آسان در دسترس افراد نیازمند و متقاضی قرار می گیرد. ثانیاً خدمات عمومی است که در آن تمامی افراد جامعه با نسبت های مختلف، موثر هستند. بخشی از این خدمات، شامل پرداخت مالیات و موافقت با پرداخت سایر منابع به منظور درمان معتادان است، بخشی مربوط به برچسب زدایی در بینش و رفتار آحاد جامعه است و دسته ای به کاهش استرس های مادی درونی افراد وابسته به مواد (که تصمیم به تغییر رفتار گرفته اند)، از جمله تامین مخارج درمان، مخارج خانواده، پذیرش محدودیت های نسبی موقتی در اشتغال و نظایر آن. در این صورت، شرایط امن توسط جامعه به منظور تسهیل درمان حاصل می شود. نتیجه ی این امر، ایجاد احساس امنیت و اعتماد در فرد وابسته به مواد، به جامعه است. در تاریخچه ی اعتیاد ملاحظه می شود مصرف مواد مخدر و محرک به هزاران سال قبل بر می گردد، تنها چند سده است که آن را به عنوان یک موضوع قابل طرح در سطح کشوری و یک سده است که به عنوان موضوع بین المللی مطرح می کنند (پس از گردهم آیی شانگهای).

ممکن است این مساله مربوط به فرآیند های اجتماعی و اقتصادی عصر نوسازی و مدرنیته باشد. در جایی که اولاً منابع زیادی تولید شده که در نتیجه ی آن امکان لذت طلبی بیشتر (بدون داشتن عملکرد پیش از آن و در نتیجه زمان فراغت بیشتر) فراهم شد، ثانیاً تمایل به در اختیار داشتن منابع بیشتر، فضای رقابتی و انگ زنی را فراهم ساخت (نظیر قانون منع به کارگیری معتادان در آمریکا به منظور جلوگیری از کار کردن کارگران چینی که بسیاری دچار اعتیاد بودند)، ثالثاً عده ای متمکن توانستند بدون برچسب اجتماعی رفتار مصرف مواد را ادامه دهند و عده ای قادر به این امر نبودند و بنابراین دچار رفتار غیر قانونی و بد عملکردی می شدند (مفهوم معتاد خوب و معتاد بد)، رابعاً وجود دانش و فناوری و رسانه ها، امکان تولید محصولات لذت بخش (با تبلیغات آرامش بخش، نیروزا، افزایش قوای جنسی و نظایر آن) را فراهم کرد که با مداخله ی بازار فروش، سود هنگفتی را ایجاد و فرایند های اقتصادی و سود آور گسترده ای را ایجاد کرد. این امر منجر به چرخش سود از تولید به سمت قاچاق شد که منجر به افت داشته های اجتماعی گردید.

ملاحظه می شود که اساساً ممکن است که موضوع اعتیاد را در قالب اقتصادی دید و در نتیجه، حمایت اجتماعی نیز با این دیدگاه بایستی معطوف به کاستن از بار اقتصادی و اجتماعی (و بار بیماری) ناشی از رفتار اعتیادی

باشد. جامعه نیز حق دارد که نسبت به فرد وابسته به مواد اعتماد و امنیت خود را افزایش دهد. با این ترتیب، سرمایه های خود را بر اساس سیاست ها و نگرش های خود تقسیم می کند. در سویی از یک طیف، جامعه حمایت خود را از افراد سالم اجتماع در اولویت قرار می دهد و تلاش می کند با درنگ داشتن جامعه از آسیب های رفتاری معتادان، شرایط مناسب را حفظ کند. این شکل منجر به سیاست مشت آهنین در برابر سوء مصرف کنندگان مواد خواهد شد. در نتیجه انگ زدایی، زندان و اقدامات قهری دیگر، راه حل انتخاب شده ی اجتماع است. در این سر طیف، هیچ اعتمادی نسبت به معتادان وجود ندارد. در سوی دیگر طیف، اعتیاد به عنوان یک مشکل صرفاً روان پزشکی در این حالت، اعتیاد یک انتخاب مبتنی بر لذت طلبی غیر مسئولانه ی فرد است یا دستاوردی از شرایط اجتماعی تلقی می شود. در این موضع فرد وابسته به مواد، تقریباً نقشی در معتاد شدن خود ندارد و بنابراین جامعه موظف است حمایت مناسبی برای کاهش رنج بیمار و خانواده ی وی صورت دهد.

می توان دو محور با زاویه ی ۱۸۰ را برای درک مطلب ترسیم کرد (شکل ۱۲):



شکل ۱۲: طیف اعتیاد در حوزه های مفهومی

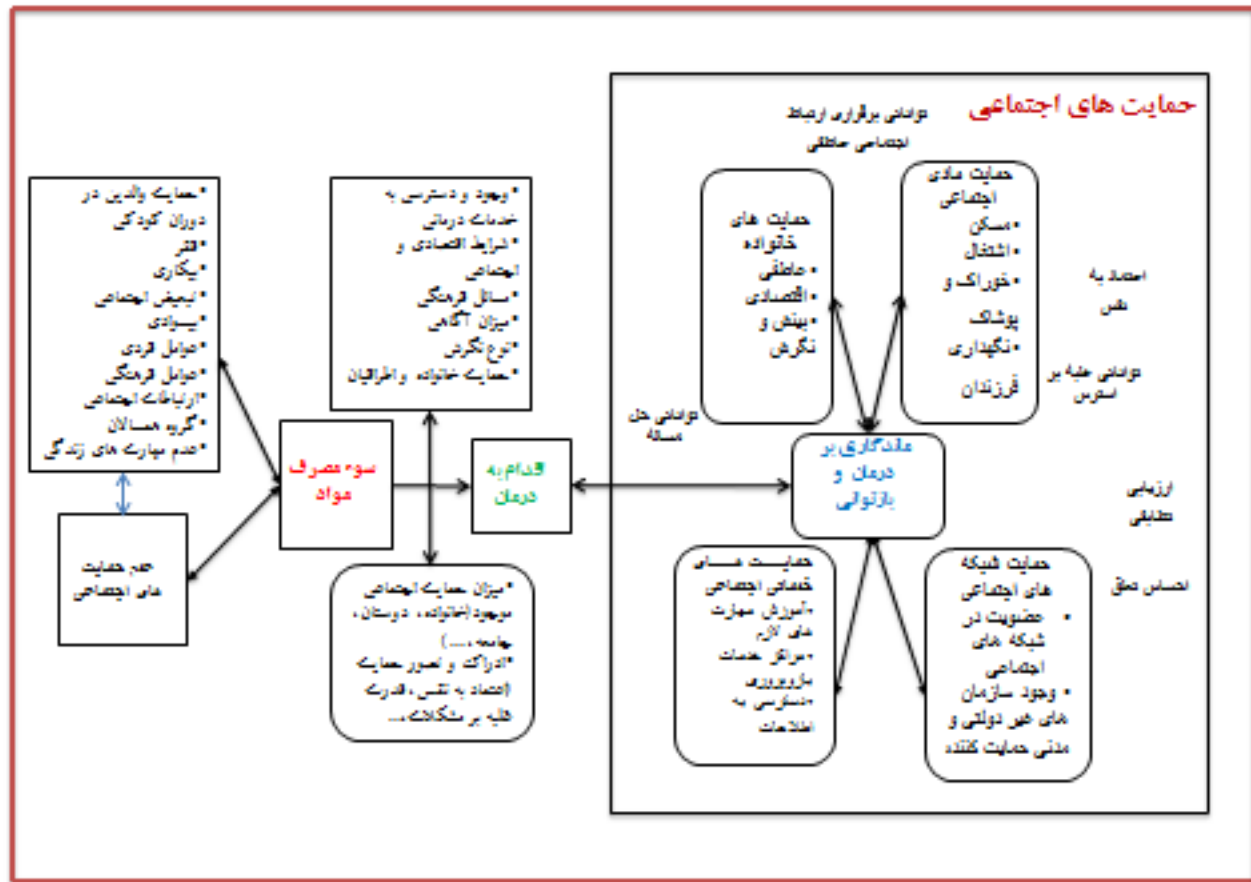
در حمایت اجتماعی، ایجاد اعتماد متقابل و امنیت دو طرفه، هدف تلقی می شود. اجتماع به منظور اینکه منابع را در اختیار بگذارد و در عین حال از رفتار اعتیادی و عوارض آن تا حد ممکن مصون بماند. و برای فرد معتاد، به این منظور که بتواند بپذیرد رفتار سالم اجتماعی، قادر است وی را به اهداف آرامش بخش و رفاه جسمی-روانی-اجتماعی برساند.

به این ترتیب حمایت اجتماعی به منظور توانمند سازی دو طرفه ی فرد و جامعه، انجام می شود تا طی آن فرد و جامعه قدرت اجرای خواسته های عملکردی خود را داشته و مسئولیت آن را نیز بپذیرند.

معمولاً تلاش شده است که حرکت محور Y ها در خلاف جهت عقربه های ساعت دیده می شود، در این حالت حرکت به سمت ارائه ی خدمات درمانی و حمایت اجتماعی به سمت زیانکاهی، درمان و انگ زدایی و یا در سوی دیگر طیف، تعبیر به شکل اخلاقی است که در این حالت، اولویت با مدل های جرم انگارانه است. حمایت های اجتماعی بیشتر معروف به خانواده و در صورتی که برای فرد در نظر گرفته شود، با کمترین میزان اعتماد و امنیت است. بدیهی است جایی بین دو سرطیف نیز وجود دارد.

نتیجه گیری اینکه:

- حمایت اجتماعی بایستی در مسیر بازتوانی و برای توانمند سازی و مسئولیت پذیری معتاد و جامعه انجام شود.
- امنیت و اعتماد دو طرفه، عامل اولیه و نتیجه ی نهایی حمایت اجتماعی در مسیر توانمند سازی است.
- شواهد علمی بایستی نشان دهد که حمایت اجتماعی چگونه منجر به کاهش رفتار اعتیادی می شود.
- تاثیر حمایت های اجتماعی بر چرخه درمان و بازتوانی اختلال مصرف مواد در مدل ذیل توضیح داده شده است شکل (۱۳).



شکل ۱۳: مدل تاثیر حمایت های اجتماعی بر چرخه درمان و بازتوانی اختلال مصرف مواد

**چشم‌انداز،
ماموریت، اهداف، سیاست‌ها،
راهبردها، برنامه‌ها و شاخص‌ها**

چشم‌انداز سند

با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه ریزی شده و مدبرانه ی جمعی و در مسیر تحقق آرمان ها و اصول قانون اساسی، در افق چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی، ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، الهام‌بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین الملل.

و جامعه ایرانی درافق این چشم‌انداز، جامعه ایست توسعه یافته، برخوردار از دانش پیشرفته، سلامت، تامین اجتماعی، رفاه و عاری از اعتیاد .

بیانیه ماموریت سند

در راه وصول به افق چشم‌انداز، ایرانی عاری از اعتیاد، ماموریت سند ملی حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور؛ ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در ایران است، که با ایجاد مبنائی برای توافق ملی در مفاهیم و چارچوب های نظری و علمی اعتیاد، فراهم آوردن امکان همه جانبه نگری، ایجاد هماهنگی، یکپارچگی و انسجام بیشتر برنامه ها، ترسیم مسیر ارتقاء و بهبود مستمر کیفیت، تسهیل مشارکت پذیری اجتماعی و ایجاد چارچوب عملی برای افزایش قابلیت ارزیابی و ارزشیابی اقدامات و برنامه های حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور و با مشارکت نمایندگان تمامی بخش های ذی نفع و ذی مدخل در این حوزه میسر خواهد شد.

اهداف سند

بر اساس الگو واره حاکم بر سند و الگوی مفهومی ارائه شده و هم سو با اهداف مُصرَح در اسناد ملی از جمله سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و برنامه پنجم توسعه کشور و به ویژه در راستای سیاست های کلی نظام در بخش مبارزه با مواد مخدر، اهداف سند درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی در اعتیاد عبارتند از:

هدف کلی سند: کاهش بار وابستگی و اختلال مصرف مواد

هدف راهبردی سند:

ساماندهی، اعتبار بخشی و ارتقاء حمایت های اجتماعی و خدمات درمان، بازتوانی و زیانکاهی
اعتیاد و اختلال مصرف مواد در ایران

اهداف اختصاصی

۱. افزایش دسترسی سوء مصرف کنندگان مواد به خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی استاندارد.
۲. کاهش آسیب های ناشی از وابستگی و اختلال مصرف مواد به فرد سوء مصرف کننده، خانواده و جامعه.
۳. ارتقاء کیفیت زندگی افراد وابسته به سوء مصرف کننده مواد.
۴. افزایش پیامد مثبت درمان، تغییر الگوی مصرف از مصرف پرخطر به کم خطر و افزایش بازگشت به اجتماع افراد بهبود یافته و سوء مصرف کننده مواد.
۵. کاهش تعداد افرادی که هر سال برای اولین بار مصرف مواد را شروع می کنند

اهداف کاربردی

- ایجاد مبنائی برای توافق ملی در مفاهیم و چارچوب های نظری و علمی در مورد اعتیاد، وابستگی و اختلال مصرف مواد، حمایت های اجتماعی، درمان و زیانکاهی در کشور

- فراهم آوردن امکان همه جانبه نگری در برنامه ریزی و ارائه خدمات حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور
- ایجاد هماهنگی، یکپارچگی و انسجام بیشتر برنامه ها و اقدامات حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور
- ترسیم مسیر ارتقاء و بهبود مستمر کیفیت حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور تضمین به کار گیری شواهد در برنامه ریزی و توسعه حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور با تاکید بر شواهد بومی
- تسهیل مشارکت پذیری اجتماعی و افزایش مشارکت بخش های غیردولتی در برنامه ریزی و اجرای برنامه های حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور تعیین وظایف متولیان و کنشگران در فرایند حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور
- ایجاد چارچوب عملی برای افزایش قابلیت ارزیابی و ارزشیابی اقدامات حمایت های اجتماعی و خدمات درمان و زیانکاهی اعتیاد و اختلال مصرف مواد در کشور

انتظارات از اجرای سند

انتظار می رود با اجرای این طرح و به کار گیری نتایج آن:

- زبان مشترکی برای مدیریت حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور بین ذی مدخلان ایجاد گردد.
- احساس مالکیت و مشارکت پذیری برنامه ها افزایش یابد.
- یک سند علمی بالادستی برای برنامه های عملیاتی اعضای ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور و اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی فراهم شود.
- دستیابی به اهداف برنامه توسعه پنجم کشور تسهیل و تسریع گردد.

- از آخرین دستاوردهای مداخلات حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد استفاده شود.
- پیش بینی پذیری و ثبات برنامه های حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد با تغییر مدیران تضمین گردد.
- امکان هماهنگی و یکپارچگی و انسجام بیشتر برنامه های حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور فراهم گردد.
- قابلیت ارزیابی و زمینه ارزشیابی برنامه های حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور فراهم گردد.
- مشارکت بخش های غیردولتی در فرایندهای کاهش تقاضای مواد تسهیل گردد

همچنین باعث:

- همه جانبه نگری در برنامه ها
- تقسیم مناسب وظایف
- تسهیل تنظیم بودجه
- انتقال تجارب حاصله به سایر کشورها و مجامع بین المللی
- حذف مداخله های غیر علمی در امر درمان و حمایت های اجتماعی
- قابلیت دسترسی به اسناد بالا دستی و تاریخچه مداخلات
- ایجاد خطوط راهنما برای پژوهشگران و سیاستگذاران
- ایجاد چارچوب منطقی برای تبدیل ایده به عملیات

- ایجاد چارچوب علمی برای هماهنگی با سایر بخش های مقابله با اعتیاد به طور خاص و آسیب های اجتماعی به طور عام
- تازه پذیری و تعیین جایگاه طرح های پایلوت
- عرضه ی پشتیبانی علمی و نیز بومی در اسناد پشتیبان
- تسهیل آموزش به ارائه دهندگان خدمات
- تسهیل اطلاع رسانی خدمات به کاربران نهایی
- کمک به سازمان یافتگی ارائه خدمات و حمایت های دولتی و خیریه ی پشتیبان در قالب چارچوب ها و سیاست های سند گردد.

سیاست ها و راهبردهای

درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور

بر اساس الگو واره حاکم بر سند، اصول و موازین درمان، بازتوانی زیانکاهی و حمایت های اجتماعی وابستگی و اختلال مصرف مواد و همچنین تحلیل وضعیت به عمل آمده در مراحل اولیه تدوین سند و مرور جامع منابع بین المللی سیاست ها، اصول و موازین سند ملی درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد کشور عبارتند از:

سیاست ها

(ترتیب نگارش سیاست ها به معنی اولویت یا برتری آنها نیست)

سیاست : رعایت کرامت و منزلت انسانی

قوانین ، سیاست ها، برنامه ها، نوع و نحوه ارائه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی(کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی اعتیاد باید با کرامت و منزلت انسانی، موازین اخلاقی، ملاحظات فرهنگی و مذهبی، اجتماعی، حقوق فردی و تعهدات بین المللی مطابقت داشته باشد .

سیاست : همه جانبه نگری و حفظ پیوستگی ارائه خدمات

در سیاست گذاری، برنامه ریزی و ارائه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی اعتیاد باید به تمامی جنبه های زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی افراد و حفظ ارائه خدمات و پیوستگی این خدمات در بخش های مختلفی که این خدمات را ارائه می کنند توجه کرد.

سیاست: اولویت دادن به سلامت همگانی

در سیاست گذاری، برنامه ریزی و ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی اعتیاد باید به حفظ و ارتقاء سلامت جامعه اولویت داد.

سیاست: اتخاذ رویکرد علمی

در سیاست گذاری، برنامه ریزی و اولویت بندی ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی و تخصیص منابع، باید به شواهد علمی، با اولویت یافته های بومی و شواهد هزینه اثر بخشی/فایده مداخلات، تکیه ورزید.

سیاست: تک دوزی نمودن خدمات

در برنامه ریزی و ارایه خدمات باید ظرفیت توجه به اقتضات فردی، مولفه های خانوادگی و اجتماعی را پیش بینی کرده، خدمات را تا حد امکان تک دوزی و مراجع محور گردانید.

سیاست: مشارکت حداکثری جامعه

در سیاست گذاری، برنامه ریزی و ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی اعتیاد باید بر تقویت مسئولیت پذیری، توانمند سازی، ظرفیت سازی جامعه و استفاده حداکثری از ظرفیت های موجود تاکید ورزید

سیاست: تسهیل بهره مندی از خدمات

در برنامه ریزی و توسعه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی اعتیاد باید بر ارایه خدمات به صورت ادغام یافته، سهولت دسترسی، قابلیت پرداخت و استفاده آسان از خدمات، مستقل از انگِ مصرف مواد، تاکید ورزید.

سیاست: سطح بندی ارایه خدمات

در سیاست گذاری و برنامه ریزی درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی، ارایه خدمات باید به صورت سطح بندی شده و مبتنی بر فرایند ارجاع باشد.

سیاست: مسئولیت پذیری و پاسخگویی

سیاست گذاری، برنامه ریزی و ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی باید با توجه به وظایف ذاتی و تولیتی دستگاه ها، هماهنگی بین بخشی، حمایتگیری و التزام به پاسخگویی صورت گرفته، با نظارت و ارزشیابی مستمر بر عملکرد نهاد های مسئول، به ارتقاء خدمات بیانجامد.

سیاست: تاکید بر حفظ و ارتقاء منابع و سرمایه ها

درسیاست گذاری، برنامه ریزی و توسعه خدمات باید بر حفظ، ارتقاء، استفاده حد اکثری و انتشار دانش تولید شده، منابع مالی سرمایه گذاری شده و منابع انسانی و ظرفیت های موجود در این بخش تاکید ورزید.

راهبرد های کلان

(ترتیب نگارش راهبرد ها بیانگر اولویت یا برتری آنها نیست)

۱. انطباق قوانین، سیاست ها، برنامه ها و ارایه خدمات با موازین اخلاقی، ملاحظات فرهنگی و مذهبی، اجتماعی، حقوق فردی و تعهدات بین المللی.
۲. انطباق قوانین، سیاست ها، برنامه ها و ارایه خدمات با الگوی سلامت همگانی.
۳. انطباق قوانین، سیاست ها، برنامه ها و ارایه خدمات با یافته های علمی.
۴. ارتقاء مشارکت بخش های مختلف جامعه و نهادهای اجتماعی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و ارایه خدمات.
۵. سطح بندی و یکپارچه سازی ارایه خدمات.
۶. تضمین و ارتقاء مسئولیت پذیری و پاسخگویی نهادهای متولی.

راهبردهای خرد

(واژه خرد نباید از اهمیت راهبردها بکاهد)

۱. حمایت از تمامی رویکردهای مبتنی بر شواهد علمی در درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.
۲. اولویت بندی تخصیص منابع مبتنی بر شواهد و تحلیل وضعیت.
۳. کمک به تامین نیاز های اساسی افراد در مراحل مختلف ارایه خدمات .
۴. جلب مشارکت حداکثری صاحب نظران حوزه های مختلف در سیاستگذاری و برنامه ریزی.
۵. حذف موانع برخورداری افراد از خدمات درمانی و حمایتی به دلیل وابستگی آنان به مواد یا سایر زمینه های جنسیتی، قومی، مذهبی، اعتقادات سیاسی، وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی، یا شرایط اجتماعی.

۶. پرهیز از ایجاد آسیب فردی یا اجتماعی در فرآیند درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت اجتماعی.
۷. تضمین رعایت موازین اخلاقی، ملاحظات فرهنگی، مذهبی و اجتماعی، حقوق فردی و تعهدات بین المللی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و ارائه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.
۸. استفاده از ابزار قانونی و الزام به دریافت خدمات درمان و بازتوانی، به نحوی که سبب تامین حقوق فرد و جامعه گردد.
۹. جایگزینی زندان و سایر جرایم کیفری مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد با مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد علمی.
۱۰. توجه به مولفه های سلامت همگانی و طیف خدمات در برنامه ریزی و اجرا.
۱۱. صیانت از سلامت افراد جامعه در برابر زیان های حاصل از اعتیاد.
۱۲. ترویج رویکرد سلامت همگانی در سیاستگذاری و برنامه ریزی.
۱۳. ارائه خدمات جامع درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی با توجه به تنوع و ویژگی های اختصاصی گروه های مختلف و انواع مواد.
۱۴. توسعه روش "مدیریت مورد" در برنامه های درمان، بازتوانی و زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.
۱۵. توسعه رویکردهای اجتماع محور با اولویت خانواده در برنامه ریزی و ارائه خدمات.
۱۶. تسهیل بروز خلاقیت های فردی و توانایی های ارائه دهندگان خدمات مبتنی بر شواهد علمی.
۱۷. تاکید بر نظارت، پایش و ارزشیابی مستمر و پیامد محور برنامه ها و عملکرد دستگاه ها.
۱۸. الزام نهاد ها و دستگاه ها به رعایت عوامل محیطی و شغلی در محیط های کار در برنامه ریزی و ارائه خدمات و پاسخگویی.
۱۹. اصلاح و تقویت ساختار و عملکرد دستگاه های تخصصی مبارزه با مواد با هدف شفاف سازی وظایف و اختیارات با تاکید بر پذیرش تولیت، مسئولیت پذیری و پاسخگویی.

۲۰. ارتقاء سیستم مستند سازی و گزارش دهی و استفاده از داده های تولید شده در شبکه درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.
۲۱. ظرفیت سازی در نهاد های دولتی، غیر دولتی، عمومی و مردمی با هدف توسعه مشارکت در سیاستگذاری و برنامه ریزی.
۲۲. ارتقاء دانش، آگاهی و مسئولیت پذیری مدنی و اجتماعی در راستای حمایت از برنامه ها و مداخلات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.
۲۳. فراهم سازی زمینه بهره برداری و تسهیل مشارکت سطوح مختلف ملی، محلی و استانی نهاد های غیر دولتی و عمومی در سیاستگذاری و برنامه ریزی.
۲۴. توسعه و ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی بر اساس شواهد هزینه اثربخشی/هزینه فایده مداخلات.
۲۵. ترویج بهره گیری خدمت گیرندگان از خدمات مبتنی بر شواهد علمی.
۲۶. حمایت از رویکرد های موثر بومی بر اساس بر شواهد علمی با اولویت در توزیع منابع.
۲۷. اولویت دادن به درمان های داوطلبانه در سیاستگذاری، برنامه ریزی و تخصیص منابع.
۲۸. توسعه شبکه های پژوهشی و فعالیت های تحقیقاتی پایه و کاربردی در راستای ارتقاء کیفی خدمات و شناسایی رویکرد ها و روش های نوین.
۲۹. ساماندهی تحقیقات و آموزش در درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.
۳۰. صیانت از ظرفیت های تولید شده در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی
۳۱. استفاده نظام مند و حداکثری از نظرات و تجارب نهاد های علمی در قانونگذاری، سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرا.
۳۲. توجه به محدودیت ها و موانع گروه های هدف برای دریافت خدمات.
۳۳. تسهیل دسترسی به خدمات ارزان و باکیفیت

۳۴. تاکید بر نظام ارجاع و ارایه خدمات سطح بندی شده در درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

۳۵. بهره گیری حداکثری و هدفمند از تمام ظرفیت های درمانی و حمایتی کشور با تمرکز بر همکاری های بین رشته ایی

سیاست ها و راهبردهای خرد مرتبط

(راهبردهای نگاشته شده در ذیل هر سیاست بیشترین ارتباط را با آن دارند)

سیاست: همه جانبه نگری و حفظ پیوستگی ارائه خدمات - راهبردهای کلان: ۱ و ۲ و ۳

۱. حمایت از تمامی رویکردهای مبتنی بر شواهد علمی در درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

۲. اولویت بندی تخصیص منابع مبتنی بر شواهد و تحلیل وضعیت.

۳. کمک به تامین نیاز های اساسی افراد در مراحل مختلف ارایه خدمات .

۴. جلب مشارکت حداکثری صاحب نظران حوزه های مختلف در سیاستگذاری و برنامه ریزی.

سیاست: رعایت کرامت و منزلت انسانی - راهبردهای کلان مرتبط: ۱ و ۲ و ۳ و ۶

۵. حذف موانع برخورداری افراد از خدمات درمانی و حمایتی به دلیل وابستگی آنان به مواد یا سایر زمینه های جنسیتی، قومی، مذهبی، اعتقادات سیاسی، وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی، یا شرایط اجتماعی.

۶. پرهیز از ایجاد آسیب فردی یا اجتماعی در فرآیند درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت اجتماعی.

۷. تضمین رعایت موازین اخلاقی، ملاحظات فرهنگی، مذهبی و اجتماعی، حقوق فردی و تعهدات بین المللی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

۸. استفاده از ابزار قانونی و الزام به دریافت خدمات درمان و بازتوانی، به نحوی که سبب تامین حقوق فرد و جامعه گردد.

۹. جایگزینی زندان و سایر جرایم کیفری مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد با مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد علمی.

سیاست: اولویت دادن به سلامت همگانی - راهبرد های کلان مرتبط: ۱ و ۲ و ۳ و ۵

۱۰. توجه به مولفه های سلامت همگانی و طیف خدمات در برنامه ریزی و اجرا.

۱۱. صیانت از سلامت افراد جامعه در برابر زیان های حاصل از اعتیاد.

۱۲. ترویج رویکرد سلامت همگانی در سیاستگذاری و برنامه ریزی.

سیاست: تک دوزی نمودن خدمات - راهبرد های کلان مرتبط: ۱ و ۲ و ۳

۱۳. ارایه خدمات جامع درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی با توجه به تنوع و ویژگی های اختصاصی گروه های مختلف و انواع مواد.

۱۴. توسعه روش " مدیریت مورد" در برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

۱۵. توسعه رویکردهای اجتماع محور با اولویت خانواده در برنامه ریزی و ارایه خدمات.

۱۶. تسهیل بروز خلاقیت های فردی و توانایی های ارایه دهندگان خدمات مبتنی بر شواهد علمی.

سیاست: مسئولیت پذیری و پاسخگویی - راهبرد های کلان مرتبط: ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۶

۱۷. تاکید بر نظارت، پایش و ارزشیابی مستمر و پیامد محور برنامه ها و عملکرد دستگاه ها.

۱۸. الزام نهاد ها و دستگاه ها به رعایت عوامل محیطی و شغلی در محیط های کار در برنامه ریزی و ارایه خدمات و پاسخگویی.

۱۹. اصلاح و تقویت ساختار و عملکرد دستگاه های تخصصی مبارزه با مواد با هدف شفاف سازی وظایف و اختیارات با تاکید بر پذیرش تولیت، مسئولیت پذیری و پاسخگویی.

۲۰. ارتقاء سیستم مستند سازی و گزارش دهی و استفاده از داده های تولید شده در شبکه درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

سیاست: مشارکت حداکثری جامعه - راهبرد های کلان مرتبط: ۳ و ۴

۲۱. ظرفیت سازی در نهاد های دولتی، غیر دولتی، عمومی و مردمی با هدف توسعه مشارکت در سیاستگذاری و برنامه ریزی.

۲۲. ارتقاء دانش، آگاهی و مسئولیت پذیری مدنی و اجتماعی در راستای حمایت از برنامه ها و مداخلات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

۲۳. فراهم سازی زمینه بهره برداری و تسهیل مشارکت سطوح مختلف ملی، محلی و استانی نهاد های غیر دولتی و عمومی در سیاستگذاری و برنامه ریزی.

سیاست: اتخاذ رویکرد علمی - راهبرد های کلان مرتبط: ۳ و ۵ و ۱ و ۲ و ۴ و ۶.

۲۴. توسعه و ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی بر اساس شواهد هزینه اثربخشی/هزینه فایده مداخلات.

۲۵. ترویج بهره گیری خدمت گیرندگان از خدمات مبتنی بر شواهد علمی.

۲۶. حمایت از رویکرد های موثر بومی بر اساس بر شواهد علمی با اولویت در توزیع منابع.

۲۷. اولویت دادن به درمان های داوطلبانه در سیاستگذاری، برنامه ریزی و تخصیص منابع.

۲۸. توسعه شبکه های پژوهشی و فعالیت های تحقیقاتی پایه و کاربردی در راستای ارتقاء کیفی خدمات و شناسایی رویکرد ها و روش های نوین.

۲۹. ساماندهی تحقیقات و آموزش در درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

سیاست: تاکید بر حفظ و ارتقاء منابع و سرمایه ها - راهبرد های کلان مرتبط: ۳ و ۴

۳۰. صیانت از ظرفیت های تولید شده در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی

۳۱. استفاده نظام مند و حداکثری از نظرات و تجارب نهاد های علمی در قانونگذاری، سیاستگذاری، برنامه ریزی و

اجرا.

سیاست: تسهیل بهره مندی از خدمات - راهبرد های کلان مرتبط: ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶

۳۲. توجه به محدودیت ها و موانع گروه های هدف برای دریافت خدمات.

۳۳. تسهیل دسترسی به خدمات ارزان و باکیفیت

سیاست: سطح بندی آرایه خدمات - راهبرد های کلان مرتبط: ۲ و ۳ و ۵

۳۴. تاکید بر نظام ارجاع و آرایه خدمات سطح بندی شده در درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی.

۳۵. بهره گیری حداکثری و هدفمند از تمام ظرفیت های درمانی و حمایتی کشور با تمرکز بر همکاری های بین رشته ایی.

عنوان برنامه های ملی

ردیف	عنوان برنامه
۱.	ایجاد، توسعه متوازن و ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی سطح بندی شده، ادغام یافته و یکپارچه
۲.	جمع آوری، مستند سازی و گزارش دهی اقدامات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی
۳.	تولید و توسعه شواهد علمی در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.
۴.	استاندارد سازی و ارتقاء آموزش درحوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.
۵.	ساماندهی ساختار و هماهنگی های بین بخشی، تخصیص متناسب منابع و ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی متناسب با شواهد علمی.
۶.	ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی مبتنی بر موازین اخلاقی، ملاحظات فرهنگی و مذهبی، اجتماعی، حقوق فردی و تعهدات بین المللی.
۷.	استاندارد سازی ، توسعه و ارتقاء بخشی خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی مبتنی بر شواهد علمی و تنوع مداخلات.

۸.	طراحی و استقرار نظام جامع رصد و هشدار تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد و سلامت همگانی.
۹.	طراحی و استقرار نظام جامع پایش و ارزشیابی مستمر و پیامد محور خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.
۱۰.	توسعه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی زنان، نوجوانان، سالمندان و سایر گروه های خاص.
۱۱.	ارتقاء سلامت و حمایت از خانواده های در معرض خطر و زیان دیده.
۱۲.	ظرفیت سازی و توسعه مشارکت های مردمی و نهاد های مدنی در سیاستگذاری و برنامه ریزی درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.
۱۳.	توسعه و ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی در زندان و مراقبت های پس از خروج.
۱۴.	جایگزینی زندان و سایر جرایم کیفری مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد با مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد علمی

شاخص ها

(معطوف به سیاست ها)

شاخص های اختصاصی سند

هدف اختصاصی اول: افزایش دسترسی سوء مصرف کنندگان مواد به خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی استاندارد

شاخص ها

۱. نسبت جمعیت تحت پوشش خدمات استاندارد به کل جمعیت نیازمند دریافت خدمت.
۲. فاصله زمانی آغاز اختلال مصرف مواد توسط افراد تا زمان ورود به چرخه دریافت خدمات استاندارد.

هدف اختصاصی دوم: کاهش آسیب های ناشی از وابستگی و اختلال مصرف مواد به فرد سوء مصرف کننده، خانواده و جامعه

شاخص ها

۱. نسبت مرگ و میر مرتبط با وابستگی و اختلال مصرف مواد به کل جمعیت وابسته و سوء مصرف کننده .
۲. نسبت ابتلا به بیماریهای واگیر دار مرتبط با وابستگی و اختلال مصرف مواد شامل: HIV/AIDS و انواع هیپاتیت و عفونت های مقاربتی.

۳. نسبت وقوع خشونت های خانگی مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد به کل جمعیت وابسته و سوء مصرف کننده مواد.

۴. نسبت وقوع طلاق های مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد به کل جمعیت وابسته و سوء مصرف کننده مواد.

۵. نسبت وقوع جرایم مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد به کل جمعیت وابسته و سوء مصرف کننده مواد.

هدف اختصاصی سوم: ارتقاء کیفیت زندگی افراد وابسته به سوء مصرف کننده مواد

شاخص ها

۱. فاصله شاخص های کیفیت زندگی افراد وابسته و سوء مصرف کننده مواد با میانگین جامعه.
۲. فاصله شاخص های سلامت روانی افراد وابسته و سوء مصرف کننده مواد با میانگین جامعه.
۳. فاصله شاخص های سلامت معنوی افراد وابسته و سوء مصرف کننده مواد با میانگین جامعه.
۴. فاصله شاخص های اشتغال و درآمد زائی افراد وابسته و سوء مصرف کننده مواد با میانگین جامعه.
۵. نسبت حمایت اجتماعی ادراک شده در جمعیت تحت پوشش خدمات به کل جمعیت وابسته و سوء مصرف کننده مواد.

هدف اختصاصی چهارم: افزایش بازگشت به اجتماع افراد وابسته و سوء مصرف کننده مواد

شاخص ها

۱. نسبت افراد مشغول به کار مولد وابسته و سوء مصرف کننده مواد به کل جمعیت تحت پوشش خدمات که شرایط اشتغال دارند.

۲. نسبت افراد مهارت آموزی شده به کل جمعیت تحت پوشش خدمات.

۳. نسبت تامین نیازهای مالی خانواده توسط فرد وابسته و سوء مصرف کننده مواد به کل نیازهای مالی خانواده تحت سرپرستی.

۴. نسبت تامین نیازهای عاطفی خانواده توسط فرد وابسته و سوء مصرف کننده مواد به کل نیازهای عاطفی خانواده تحت سرپرستی (بر اساس ابزار استاندارد سازی شده سنجش نیازهای عاطفی).

شاخص های برنامه های ملی

برنامه های ملی و شاخص های مرتبط

ردیف	برنامه های ملی	شاخص
۱.	ایجاد، توسعه متوازن و ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی سطح بندی شده، ادغام یافته و یکپارچه	۱. نسبت جمعیت تحت پوشش خدمات ادغام یافته به کل جمعیت تحت پوشش خدمات درمان، بازتوان، زیانکاهی و حمایت اجتماعی در هر سال. ۲. نسبت افزایش سالیانه میزان پوشش خدمات ادغام یافته به افزایش کل جمعیت تحت پوشش خدمات در هر سال. ۳. نسبت هزینه اثر بخشی خدمات ادغام یافته به هزینه اثر بخشی کل خدمات در هر سال. ۴. زمان لازم برای دسترسی افراد نیازمند خدمات به اولین واحد ارایه

<p>خدمات.</p> <p>۵. نسبت تعداد مراکز/ واحد های ارایه خدمات به کل جمعیت نیازمند خدمات در هر سال.</p>		
<p>۱. نسبت برنامه های مستند سازی شده به کل برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی</p> <p>۲. نسبت برنامه های مستند سازی شده در هر یک از حوزه برنامه های درمان، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی به کل برنامه های مستند سازی شده در هر سال.</p> <p>۳. نسبت گزارش های منتشره به کل برنامه های اجرا شده در هر سال.</p>	<p>۲. جمع آوری، مستند سازی و گزارش دهی اقدامات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی</p>	
<p>۱. نسبت اعتبارات پژوهشی حوزه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی به کل اعتبارات پژوهشی کشور در هر سال.</p> <p>۲. نسبت اعتبارات پژوهشی در هر یک از حوزه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی به کل اعتبارات پژوهشی در هر سال.</p> <p>۳. نسبت افزایش سالیانه تولید شواهد علمی به سال پایه.</p>	<p>۳. تولید و توسعه شواهد علمی در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.</p>	
<p>۱. نسبت آموزش های استاندارد شده به کل آموزش های ارایه شده در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی در هر سال.</p> <p>۲. نسبت افرادی که آموزش استاندارد دیده اند به کل افراد مداخله گر در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی در هر سال.</p>	<p>۴. استاندارد سازی و ارتقاء آموزش در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.</p>	

<p>۳. نسبت افرادی که آموزش تکمیلی دیده اند به کل افراد مداخله گر نیازمند به آموزش های تکمیلی در هر سال.</p> <p>۴. نسبت افرادی که آموزش تکمیلی دیده اند به کل افراد آموزش دیده در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی در هر سال.</p> <p>۵. نسبت افزایش سالیانه نفر ساعت آموزش / آموزش تکمیلی ارایه شده نسبت به سال پایه.</p>		
<p>۱. نسبت ساختار های بازیابی شده به کل ساختار های موجود در هر سال.</p> <p>۲. نسبت بودجه تخصیص داده شده به هر یک از دستگاه ها به کل اعتبارات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی کشور در هر سال.</p> <p>۳. نسبت گزارش های عملکرد مالی منتشر شده به کل دستگاه های متولی در هر سال.</p>	<p>۵. ساماندهی ساختار و هماهنگی های بین بخشی، تخصیص متناسب منابع و ارایه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی متناسب با شواهد علمی.</p>	
<p>۱. نسبت مداخلات انطباق یافته با هر یک از موازین اخلاقی، فرهنگی، مذهبی و منشور حقوق افراد به کل مداخلات در هر سال.</p> <p>۲. نسبت برنامه های منطبق با تعهدات بین المللی به کل برنامه ها در هر سال.</p> <p>۳. میزان رضایتمندی افراد از مداخلات در هر سال.</p> <p>۴. نسبت افزایش سالیانه رضایتمندی افراد از خدمات دریافت شده به میزان رضایتمندی افراد در سال پایه</p>	<p>۶. ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی مبتنی بر موازین اخلاقی، ملاحظات فرهنگی و مذهبی، اجتماعی، حقوق فردی و تعهدات بین المللی.</p>	

<p>۱. نسبت مداخلات استاندارد سازی شده (راهنما/دستورالعمل) به کل مداخلات در هر سال.</p> <p>۲. نسبت مداخلات مستند سازی شده و مبتنی بر شواهد به کل مداخلات در هر سال.</p> <p>۳. نسبت افراد تحت پوشش حمایت های اجتماعی به کل افراد نیازمند به حمایت بر اساس نیاز سنجی در هر سال.</p> <p>۴. نسبت افراد تحت پوشش هر یک از انواع حمایت های ارایه شده به کل انواع حمایت های اجتماعی ارایه شده در هر سال.</p> <p>۵. نسبت افراد تحت پوشش خدمات درمان و بازتوانی به کل افراد نیازمند خدمات درمان و بازتوانی در هر سال.</p> <p>۶. نسبت افرادی که حداقل یک سال تحت پوشش خدمات درمان و بازتوانی قرار دارند به کل جمعیت تحت پوشش خدمات در هر سال..</p> <p>۷. نسبت افراد تحت پوشش خدمات زیانکاهی به کل افراد نیازمند به خدمات زیانکاهی در هر سال.</p>	<p>۷. استاندارد سازی ، توسعه و ارتقاء بخشی خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی مبتنی بر شواهد علمی و تنوع مداخلات.</p>
<p>۱. نسبت برنامه های انطباق یافته با مولفه های سلامت همگانی به کل برنامه ها در هر سال.</p> <p>۲. نسبت افزایش سالیانه اطلاعات جمع آوری شده در نظام جامع رصد و هشدار تعیین کننده های اجتماعی اعتبار و سلامت همگانی به سال پایه.</p>	<p>۸. طراحی و استقرار نظام جامع رصد و هشدار تعیین کننده های اجتماعی اعتبار و سلامت همگانی.</p>
<p>۱. نسبت برنامه هائی که دارای پایش و ارزیابی هستند به کل برنامه ها در هر سال.</p>	<p>۹. طراحی و استقرار نظام جامع پایش و ارزشیابی مستمر و پیامد محور</p>

<p>۲. نسبت افزایش سالیانه برنامه ها و خدمات که تحت پوشش برنامه های جامع پایش و ارزشیابی قرار گرفته اند به سال پایه.</p>	<p>خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.</p>	
<p>۱. نسبت جمعیت تحت پوشش خدمات برای هر یک از گروه های خاص تعریف شده به کل گروه های خاص نیازمند به خدمات بر اساس نیازسنجی در هر سال.</p>	<p>۱۰. توسعه خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی زنان، نوجوانان، سالمندان و سایر گروه های خاص.</p>	
<p>۱. نسبت خانواده های تحت پوشش برنامه به کل خانواده های متأثر از اعتیاد در هر سال.</p>	<p>۱۱. ارتقاء سلامت و حمایت از خانواده های در معرض خطر و زیان دیده.</p>	
<p>۱. نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه به کل جمعیت در هر سال. ۲. نسبت جمعیت های آسیب پذیر تحت پوشش برنامه به کل جمعیت آسیب پذیر در هر سال. ۳. نسبت جمعیت مشارکت کننده در برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی به کل جمعیت در هر سال. ۴. نسبت جمعیت آسیب پذیر مشارکت کننده در برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی به کل جمعیت آسیب پذیر در هر سال. ۵. نسبت نهادهای مشارکت کننده در برنامه های درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی به کل نهاد های اجتماعی در هر سال.</p>	<p>۱۲. ظرفیت سازی و توسعه مشارکت های مردمی و نهاد های مدنی در سیاستگذاری و برنامه ریزی درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی.</p>	

<p>۶. نسبت افزایش سالیانه تعداد نهادهای اجتماعی فعال در حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی به کل نهاد های مدنی نسبت به سال پایه.</p> <p>۷. نسبت اعتبارات هزینه شده توسط نهاد های اجتماعی به کل اعتبارات حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی.</p>		
<p>۱. نسبت جمعیت زندانیان تحت پوشش خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی به کل زندانیان نیازمند به خدمات در هر سال.</p> <p>۲. نسبت خانواده های زندانیان تحت پوشش خدمات به کل خانواده های زندانیان مرتبط.</p> <p>۳. نسبت جمعیت تحت پوشش خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت های اجتماعی پس از ترخیص (حداقل یک سال) به کل زندانیان تحت پوشش خدمات در زندان.</p>	<p>۱۳. توسعه و ارتقاء خدمات درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت اجتماعی در زندان و مراقبت های پس از خروج.</p>	
<p>۱. نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه به کل محکومین به زندان یا سایر جرایم کیفری در هر سال.</p>	<p>۱۴. جایگزینی زندان و سایر جرایم کیفری مرتبط با اعتیاد و اختلال مصرف مواد با مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد علمی</p>	

نظام اجرایی سند

(مراحل اجرا، زمانبندی و دوره های بازبینی سند)

سند حاضر، که برای اولین بار در کشور به تبیین سیاست های ملی حوزه درمان، بازتوانی، زیانکاهی و حمایت های اجتماعی اعتیاد پرداخته است، از جمله اسناد سیاستگذاری در سطح ملی است، از اینرو برای اجرایی شدن سیاست های آن اقدامات دیگری نیز باید صورت گیرد. در این فصل نظام اجرایی سند و شیوه عملیاتی کردن آن تبیین می گردد.

اهداف سند مطابق با اسناد بالادستی از جمله سند چشم انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران و سیاست های کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر و در میانه بازه زمانی برنامه پنجم توسعه کشور تعیین شده و لازم است برای دستیابی به اهداف مزبور، مراحل زیر به اجرا در آید:

مرحله اول: ابلاغ سند

جهت تضمین اجرا، سند مزبور باید توسط بالاترین مقام اجرایی کشور ابلاغ شده، نهاد مسؤل هماهنگی و نظارت بر حُسن انجام آن تعیین گردد. با توجه به وجود ظرفیت های موجود در کشور، کمیته درمان و حمایت های اجتماعی و اداره کل مربوط در دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر می توانند وظیفه هماهنگی و نظارت بر اجرای سند را بر عهده گیرند.

مرحله دوم: طراحی و تدوین نظامنامه اجرای سند

اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر، باید حداکثر ظرف ۲ ماه پس از ابلاغ سند، نظام اجرایی سند را طراحی نموده و در اولین جلسه کمیته درمان و حمایت های اجتماعی به تصویب رساند.

این نظام نامه باید مستند به اسناد بالادستی و قوانین جاری کشور، حاوی مقدمات و مراحل آماده سازی اجرای سند، شیوه تعیین اهداف کمی، تدوین برنامه راهبردی، تعیین نهادهای مسئول و همکار، نحوه نظارت و ارزشیابی برنامه ها و همچنین شیوه محاسبه و تامین منابع مورد نیاز باشد.

مرحله سوم: عملیاتی نمودن سند

هر یک از دستگاه های مشمول قانون، باید پس از تصویب نظام نامه و بر طبق مأموریتی که قانون برای آنها در نظر گرفته است، حداکثر طی ۲ ماه پس از تصویب نظامنامه، به تدوین برنامه عملیاتی مربوطه بپردازند.

این برنامه عملیاتی باید متناسب با سیاست ها و اهداف سند و برای بازه زمانی معادل اسناد بالادستی (برنامه پنجم توسعه کشور) تدوین گردد. اعتبارات سالیانه تخصیص یافته توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر به هر سازمان/ دستگاه، صرفا باید در چارچوب این برنامه عملیاتی تخصیص یابد و از تخصیص بودجه خارج از چارچوب سند پرهیز گردد. زمانبندی اجرا و محاسبه اعتبارات هر برنامه نیز باید با سال مالی و زمان تبادل تفاهم نامه های بودجه هماهنگ باشد.

هر دستگاه موظف است گزارش عملکرد و مالی خود را به طور سالیانه به اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد ارایه نماید. این اداره کل نیز موظف است، میزان تحقق اهداف و انطباق آن با سند حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد را محاسبه و در پایان هر سال به کمیته درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر گزارش دهد. تداوم هر برنامه و اختصاص اعتبارات به هر دستگاه، تنها با تایید انطباق برنامه ها و میزان تحقق اهداف توسط کمیته یاد شده صورت خواهد گرفت. البته این به مفهوم انحصاری نمودن تخصیص اعتبارات در حوزه درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی از طرف ستاد مبارزه با مواد مخدر نیست و هر سازمان بنا به وظایف ذاتی خود می تواند و مسئول است که بودجه ی برنامه های درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی خود را با و یا بدون اعتبارات تخصیص یافته ستاد مبارزه با مواد مخدر، تامین نماید و تخصیص اعتبارات از طرف ستاد مبارزه با مواد مخدر نباید دلیلی برای عدم پاسخگوئی در مقابل ایفای وظایف ذاتی هر دستگاه باشد.

زمانبندی اجرای و دوره های بازبینی سند:

سند حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد باید مطابق با بازه زمانی پیش بینی شده در اسناد بالادستی اجرا شده و به صورت دوره ای بازبینی گردد. به همین منظور لازم است دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر، سالیانه گزارش عملکرد و میزان تحقق اهداف سند را به هیئت دولت ارائه دهد. سند مزبور نیز باید بر اساس گزارش های تحلیلی و تغییرات صورت گرفته در وضعیت اعتیاد و اختلال مصرف مواد کشور در پایان هر بازه زمانی (برنامه های توسعه کشور) مورد بازبینی و اصلاح قرار گیرد.

منابع

۱. احترامی و همکاران. توصیف وقایع نگارانه طولی ویژگیها و رفتار مصرف کنندگان مواد غیر قانونی و اقدامات کاهش تقاضای مواد در سالهای ۱۳۶۸-۱۳۷۸ منتشر نشده.
 ۲. UNODC, Annual report ۲۰۰۹.
 ۳. UNODC, World Drug Report ۲۰۱۲ (United Nations publication, Sales No. E.۱۲.XI.۱.)
 ۴. DRUG STRATEGY ۲۰۱۰ Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery :Supporting People to Live a Drug Free Life.
 ۵. Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM, and Roberts MM, ۲۰۰۷, Psychiatric Rehabilitation, Academic Press.
 ۶. Norwegian National Action Plan on Alcohol and Drugs, National Action Plan, Norwegian Ministry of Health and Care Services, Available from: www.regjeringen.no/upload/HOD/.../TiltaksplanRusfengweb.pdf.
 ۷. گزارش م م م.
 ۸. Roshanpajouh M, Mirkazemi R, SaberiZafarghandi MB, EHterami M. SWOT Analysis of drug demand reduction programs in Iran (manuscript in prepration.)
 ۹. World Health Organization: The global burden of disease: ۲۰۰۴ update, ۲۰۰۸. July ۲۷, ۲۰۱۰.
 ۱۰. نیم نگاهی به طرح شیوع شناسی در سال ۱۳۹۰، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی. سال ۱۳۹۰.
 ۱۱. World Drug Report ۲۰۱۱: United Nations Office for Drug and Crime (UNODC). Jan ۰۸, ۲۰۱۲.
 ۱۲. World Drug Report ۲۰۱۰, United Nations Office for Drug and Crime (UNODC), July ۲۷, ۲۰۱۰.
 ۱۳. رزاقی ع م . رحیمی موقر آ. حسینی م . مدنی س . گزارش بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران . معاونت پیش گیری سازمان بهزیستی کشور . برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل تهران، ۱۳۸۲ و ۱۷۶، ۸-، ۱۷، ۱۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر، مصرف کنندگان شیشه، یک سوم تخت‌های روانپزشکی بیمارستان‌ها را اشغال کرده‌اند. سه شنبه، ۰۲ آذر ۱۳۸۹ . ۱۶:۴۵:۴۴ .
 ۱۵. ایسنا، «شیشه»، علت ۴۶،۳ درصد تماس‌ها ، کد خبر: ۹۰۱۰-۰۳۱۰۴، جمعه ۹ دی ۱۳۹۰ . ۰۹:۲۰
- <http://dchq.ir/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=۱۵۰۷۵&mode=thread&order=۰&thold=۰> Access: ۳۱ Dec ۲۰۱۱ .
- <http://www.isna.ir/fa/news/۹۰۱۰-۰۳۱۰۴/%D8%A8%D8%A7-%D8%AA%D8%B4%D8%B1%D9%8A%D8%AD-%D8%A2%D9%85%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%D9%8A-%D8%AE%D8%B7->

- [%D۹%۸۵%.D۹%۸۴%.D۹%۸A-%D۸%A۷%.D۸%B۹%.D۸%AA%D۹%۸A%D۸%A۷%.D۸%.AF-%D۹%۸۵%.D۸%.AF%D۹%۸A%D۸%B۱%.D۹%.BE%D۹%۸A%D۸%B۴%.DA%AF%D۹%۸A%D۸%B۱%.D۹%.۸A Access: ۳۱ Dec ۲۰۱۱](#)
۱۶. ستاد مبارزه با مواد مخدر، عملکرد دو سالانه ستاد مبارزه با مواد مخدر طی سال های ۹۱- ۱۳۹۰،
۱۷. نوری رویا، باغستانی احمد رضا، تحلیل روند اعتیاد در طی دو دهه اخیر، ۱۳۸۵،
۱۸. کتاب سال ۱۳۹۱، ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و اطلاعات، سال، ۱۳۹۱،
۱۹. جعفر بوالهری و همکاران، ارزیابی سوء مصرف مواد مخدر در زندان های ایران ۱۳۸۱
- www.dchq.ir/html/modules/TWMKDocs/.../۳-۱.pdf .-
۲۰. حسن دانائی فرد، تئوری پردازی با استفاده از رویکرد استقرائی: استراتژی مفهوم سازی تئوری بنیادی. دو ماهانه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال ۱۲، دوره جدید شماره ۱۱، سال، ۱۳۸۴،
۲۱. (مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد (خرداد) ۱۳۹۱
۲۲. *American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, ۱۹۹۴, ۱۷۵-۲۷۲.*
۲۳. (برگرفته از سازمان بهداشت جهانی. *WHO*). *ICD-۱۰*، ۱۹۹۳ ژنو ۵۷-۵۷۶،
۲۴. سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، بهار ۱۳۸۹، ستاد مبارزه با مواد مخدر،
۲۵. ستاد مبارزه با مواد مخدر، طرح دادگاه درمان مدار، سه شنبه، ۱۸ فروردین ۱۳۸۸.
۲۶. *World Health Organization, Available from: <http://www.who.int/trade/glossary/story۰۷۶/en/>.*
۲۷. *World Health Organization, Available from: <http://www.springerreference.com/docs/link/۲۱۸۶۷۷۷.html?s=۳۲۳۶۸۱&t=quality+of+life>.*
۲۸. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Institution>.
۲۹. سنجش رضایت بیمار، روشی جهت ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی دکتر اسماعیل نورصالحی،
۳۰. *MINDFUL Database - Indicators - Determinants of health -Social and cultural environment - ۱۶. Social Support - Metadata. ۲۰۰۸.*
۳۱. سید محمود میر خلیلی، پیشگیری وضعی از نگاه اسلام، ۱۳۹۱
۳۲. ستاد مبارزه با مواد مخدر، آئین نامه اجرایی و دستورالعمل های تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب

- معتادان. موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام).
۳۳. صابری زفرقندی محمد باقر ، روشن پژوه محسن، میرکاظمی رکسانا، بوالهروی جعفر . چالش های اساسی پیش روی برنامه ادغام کاهش تقاضای مواد در نظام مراقبت های بهداشتی درمانی (در ایران، گزارش یک نشست تخصصی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی PHC اولیه) ایران (در حال چاپ).
۳۴. روشن پژوه محسن، میرکاظمی رکسانا، صابری زفرقندی محمد باقر. راهنمای سیاست ها و رویکردهای درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد محرک در ایران (بر اساس هم اندیشی کارشناسان کشوری) . دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد ایران و ستاد مبارزه با مواد مخدر . ۱۳۹۲.
۳۵. روشن پژوه محسن، صابری زفرقندی محمد باقر ، میرکاظمی رکسانا . گزارش هم اندیشی "ادغام برنامه های پیشگیری و کنترل سوئ مصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه" (پنجشنبه ۱۲ آبان ۱۳۹۰. دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد ایران و ستاد PHC) مبارزه با مواد مخدر . .
۳۶. نظریه های سوء مصرف مواد مخدر، ویراستاران: دن جی لیتزی، مولیه سیرز، هلن والنشتاین پیرسون، ویراستار ترجمه محمد رضائی- ۱۳۸۴ چاپ اول- انتشارات جامعه و فرهنگ ص ۲۰- ۲۸،
۳۷. http://www.who.int/topics/primary_health_care/en.