نظرسنجی از سیاست‌گذاران در خصوص استفاده از مشارکت مردمی برای برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد

دکتر آزیتا خیلتاش[۱*]، دکتر سیدرضا مجدزاده[۲،۱]، دکتر مهرداد احترامی[۳]

۱- مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- دفتر تحقیق و توسعه معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور
* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان کارگر شمالی، نرسیده به بلوار کشاورز، پلاک ۱۵۴۷، ساختمان گل، طبقه هفتم، واحد ۹، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن و نمابر: ۸۰ -۸۸۹۹۵۸۷۹ پست الکترونیک: kheiltash@tums.ac.ir

دریافت: ۸۸/۴/۱ پذیرش: ۸۸/۵/۱۹

چکیده

مقدمه: *اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی ایران است و سالانه منابع زیادی صرف مبارزه با آن می‌شود. در این مقاله نظرات سیاست‌گذاران مرتبط با اعتیاد را در مورد رویکرد کاهش آسیب اعتیاد و نقش مشارکت مردم در آن جویا شدیم.*

روش کار: *این پژوهش به شیوه کیفی و با استفاده از تکنیک مصاحبه عمیق انجام پذیرفت. محور سؤالات مصاحبه بر اساس مفهوم کاهش آسیب اعتیاد و مشارکت مردم از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، شناسایی نقش، علاقه و قدرت مراکز مورد مطالعه در روند کاهش آسیب و موانع اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در کشور بود. مصاحبه‌ها با نمایندگان سازمان‌های دولتی، مؤسسات دولتی و خصوصی انجام می‌پذیرفت.*

یافته‌ها: *در مورد علل اعتیاد، قریب به اتفاق مصاحبه‌شوندگان به چند عاملی بودن و مداخله عوامل متعدد درشروع مصرف مواد و بروز اعتیاد اعتقاد داشتند که البته وجود این نگرش در سیاست‌گذاران و ارجحیت آن بر تفکر غیر منعطف گذشته، بسیار ارزنده است. در مورد مشارکت مردم، گرچه نظر کلی موافق وجود داشت، ولی تأکید بسیار بر مشخص بودن حدود آن بود.*

نتیجه‌گیری: *با وجود مقاومت‌های اولیه در برابر شروع برنامه‌های کاهش آسیب، هم‌اکنون نظر مساعد برای گسترش آن از منظر اکثر سیاست‌گذاران وجود دارد که زمینه را برای همکاری و هماهنگی هر چه بیشتر میان آنها فراهم می‌کند. نکته‌ای که در این بررسی مکرراً به آن اشاره شد، نبود زیرساخت‌های قانونی و اجرایی در سطح کلان برای این تعامل بود که رفع آن اولویت داشته و زمینه‌ساز مشارکت مردمی محسوب می‌شود.*

گل‌واژگان: *سیاست‌گذار، اعتیاد، مشارکت، کاهش آسیب*

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب می‌شود و این در حالی است که همه ساله میلیون‌ها دلار در کشور صرف مبارزه با مواد مخدر می‌شود (۴ -۱). هرچند که آمارهای دقیقی در خصوص آسیب‌های اجتماعی جامعه ایران در دسترس نمی‌باشد، ولی آمارهای رسمی و غیررسمی منتشر شده در این خصوص حاکی از افزایش میزان سوءمصرف مواد در طی سال‌های گذشته می‌باشد و طی ۲۰ سال گذشته به طور متوسط میزان رشد بروز سوءمصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است (۵). نگرشی که در سال‌های اخیر در کشورهای مختلف به منظور بالا بردن اثربخشی مداخلات مطرح می‌شود، بر مبنای مشارکتی بودن مداخلات است که موفقیت برنامه‌ها را در شناسایی شرایط بومی، استخراج بهترین مداخلات ممکن با استفاده از نظرات ذی‌نفعان و اجرای این مداخلات با استفاده از خود مردم می‌داند (۶). سوءمصرف مواد، زیان‌های قابل توجهی را به جامعه جهانی به لحاظ از دست رفتن بهره‌وری، انتقال بیماری‌های عفونی، ایجاد مشکلات خانوادگی و اجتماعی، افزایش جرم و لزوم تخصیص مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند. علاوه بر این، با کاهش ایمنی فرد و افت کیفیت زندگی وی، هزینه‌های زیادی نیز به بار می‌آورد. این مشکلات بحث‌های داغی را در محافل مختلف اجتماعی بر می‌انگیزد و این سؤال را

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

پیش می‌آورد که دولت‌ها و نهادهای مدنی و قانونی باید چه اقداماتی انجام دهند تا این تهدیدها و هزینه‌ها کاهش یابد (۷).

دو رویکرد اساسی در برخورد با مواد اعتیادآور وجود دارد، یکی اقدامات کاهش عرضه با هدف متوقف ساختن تولید، قاچاق و توزیع مواد است، که طبیعتاً به صورت عمده ماهیتی انتظامی- قضایی دارد؛ و دیگری رویکرد کاهش تقاضا است. براساس تعریف سازمان ملل متحد، اقدامات کاهش تقاضا تمامی عرصه‌ها، از پیشگیری اولیه از مصرف مواد تا درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد و نیز کاهش پیامدهای بهداشتی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد را شامل می‌شود. برنامه‌های کاهش تقاضا معطوف به جامعه مدنی است. در این راهبرد، نهادهای غیر دولتی اثرگذارند و باعث می‌شوند که فرهنگ مبارزه با مواد مخدر در زندگی مردم رخنه کند. به این ترتیب، راهبرد مبارزه به جای تأکید یک‌جانبه بر برخورد پلیس و قاچاقچی مواد مخدر، نگاه خود را به تعامل مددکاران و دست‌اندرکاران مبارزه غیرمستقیم با مردم عادی معطوف می‌کند. به عبارت دیگر مردم در راهبرد کاهش تقاضا، محور اصلی و مهمی هستند. ثابت شده است که این دو رویکرد مکمل یکدیگرند و نه در مقابل هم (۸). با توجه به تاریخچه مبارزه با مواد مخدر در کشور متوجه می‌شویم که عمده فعالیت‌های مبارزه با مواد مخدر از آغاز تاکنون در جهت کاهش عرضه مواد و مبارزه فیزیکی با آن بوده است. این در حالی است که مطالعات و برآوردهای مختلف آماری نشان‌دهنده آن است که فعالیت در جهت ممنوع‌سازی و مبارزه صرف با تجارت غیرقانونی مواد، نقش مهم و معناداری در تغییر قیمت تریاک و مشتقات آن و در نتیجه مصرف مواد ندارد (۹).

نگرش جدیدی در امر مبارزه با مواد مخدر به نام رویکرد کاهش آسیب اعتیاد به عنوان یکی از راه‌های پذیرفته شده در کاهش بار اعتیاد، سال‌هاست که در برخی کشورها و چند سالی است که در کشور ما مطرح شده و مخالفان و طرفدارانی دارد. با وجود شروع خوب و علمی برنامه، به دلیل محدودیت منابع و وسعت مشکل در کشور ما، که بنا بر گزارش سال ۲۰۰۵ سازمان ملل در رأس کشورهای دنیا از نظر شیوع اعتیاد به مواد افیونی قرار داریم، هنوز نتوانسته‌ایم پوشش مطلوب را در جمعیت تحت خطر ایجاد نماییم (۱۰). براساس تعریف سازمان ملل متحد، اقدامات کاهش تقاضا، تمامی عرصه‌ها، از پیشگیری اولیه از مصرف مواد تا درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد و نیز کاهش پیامدهای بهداشتی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد را شامل می‌شود (۱۱). این رویکرد طبیعتی بهداشتی و فرهنگی دارد. رویکرد کاهش تقاضا خود شامل چندین بخش است که معمولاً در قالب سه مبحث پیشگیری[1]، درمان[2] و کاهش آسیب[3] بررسی می‌شود. رویکرد کاهش آسیب ابتدا با توجه به افزایش سریع موارد HIV در زندانیان، اولین بار در سال ۱۳۸۱ به طور جدی مطرح شد. به طور کلی کاهش آسیب ناشی از سوءمصرف مواد فرآیندی است که خطر بروز آسیب را برای فردی که نمی‌خواهد یا نمی‌تواند از رفتار پرخطر خود دست بردارد کاهش می‌دهد (۱۳ -۱۲). بر اساس آخرین آمار منتشره توسط اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا انتهای مرداد ۱۳۸۸ جمعاً ۱۹۷۷۴ نفر مبتلا به ویروس HIV در کشور شناسایی شده‌اند. شایع‌ترین راه انتقال در کل موارد، اعتیاد تزریقی با نسبت ۶۹/۷٪ بوده است که دراین گروه ۹۹٪ مبتلایان را مردان و ۱٪ را زنان تشکیل می‌داده‌اند. با توجه به الگوی غالب انتقال در ایران که مصرف تزریقی مواد می‌باشد، یکی از مهم‌ترین فعالیت‌هایی که در دستور کار مسؤولین بهداشتی قرار دارد استراتژی کاهش آسیب‌های ناشی از سوءمصرف مواد می‌باشد. با در نظر گرفتن اهمیت موضوع در نخستین برنامه استراتژیک کنترل HIV و ایدز (۱۳۸۵ ـ۱۳۸۱) استراتژی مستقلی تحت عنوان کاهش آسیب تعریف شده است. در ساختار اجرایی برنامه کشوری نیز کارگروه اختصاصی برای کاهش آسیب هم در سطح کشوری و هم در سطح استانی در نظر گرفته شده است. در کارگروه کشوری کاهش آسیب که از سال ۱۳۸۱ تشکیل شده نمایندگان وزارت بهداشت، قوه قضائیه، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، جمعیت هلال احمر و سایر سازمان‌های غیردولتی، نیروی انتظامی و اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، عضویت دارند. در کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز از سال ۱۳۸۰ برنامه‌های کاهش آسیب در سطوح ملی و استانی مورد تصویب و سپس اجرایی شده است. در واقع تشکیل این کارگروه هسته اصلی فعالیت‌های کاهش آسیب در کشور بود.

یکی از مهم‌ترین فعالیت‌هایی که تاکنون در زمینه حمایت از برنامه‌های کاهش آسیب توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور هدایت شده است، تصویب سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر می‌باشد که در مجمع تشخیص مصلحت نظام تصویب و برای اجرا به قوای سه‌گانه ابلاغ شده است. بند ۶ این سند به شرح زیر می‌باشد: "ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی سوءمصرف مواد و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف: درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان؛ کاهش

[1] Prevention
[2] Treatment
[3] Harm reduction

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

آسیب‌ها و جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر" (۱۴).

با وجود ضرورت و اهمیت مشارکت اجتماعی، عملی کردن مشارکت به خصوص در زمینه معضل اعتیاد به سادگی میسر نیست. به رغم بیش از چند دهه بحث درباره مشارکت، به دلیل پیچیده بودن پدیده مشارکت و ارتباط آن با متغیرهای فراوان در عمل و در سطوح مختلف، این مبحث به خوبی به اجرا در نیامده است. در اعتیاد نیز افراد ممکن است ملاحظات خاص را برای مشارکت در نظر بگیرند. دیدگاه توسعه اجتماعی بر مشارکت جمعی مردم تأکید دارد و هدف از آن یافتن مناسب‌ترین مداخله برای کاستن از بار مشکل دارای اولویت (که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می‌کند) می‌باشد (۱۵). محدویت منابع ایجاب می‌کند که رویکرد پیشگیرانه برای مقابله با پدیده اعتیاد بکار گرفته شود (۱۶). هدف از این رویکرد، پیشگیری از اعتیاد بوده و جمعیت هدف، کل جامعه می‌باشد. این رویکرد بر تقویت سرمایه انسانی و اجتماعی متمرکز است. اجرای این برنامه به روش مشارکتی، می‌تواند گامی در جهت کاهش هزینه‌ها، نفوذ و گسترش برنامه در جمعیت مورد نظر و کاهش بار اجرایی در سیستم دولتی که با نیروی موجود پاسخگوی نیاز این مقوله نمی‌باشد، در نظر گرفته شود. لیکن اجرای برنامه‌های کاهش آسیب به روش مشارکتی، نیازمند موافقت و همکاری رده‌های مختلف جمعیتی از جمله سیاست‌گذاران رده‌های بالا در این موضوع حساس می‌باشد. در این مطالعه بر آن شدیم تا با ظرفیت‌سنجی از افراد صاحب‌نظر و کلیدی در زمینه اعتیاد و مشارکت مردمی و بررسی آنها به راهکارهای مؤثرتری در زمینه کنترل اعتیاد دست یابیم. برنامه‌ریزی جامع و چند بعدی بر اساس ظرفیت‌های شناسایی شده در سیاست‌گذاران و نظرات آنها در خصوص مشارکت مردم در برنامه خواهد بود.

روش کار

این پژوهش به شیوه کیفی و با استفاده از تکنیک مصاحبه انجام پذیرفت. یکی از بخش‌های مهم تحقیق، تبیین اهداف اختصاصی بود که با توجه به اینکه نتایج تحقیق، در اختیار ذی‌نفعان اصلی مطالعه قرار می‌گرفت، سعی می‌شد تا مصاحبه‌شوندگان فعالانه در تعیین اهداف شرکت کنند.

اولین قدم برای شروع مطالعه، طراحی پرسش‌نامه و تهیه راهنمای مصاحبه بود که به این منظور بر اساس اهداف مطالعه و همچنین بر اساس بررسی متون پرسش‌هایی طراحی و در اختیار اساتید روانپزشکی دست‌اندرکار اعتیاد قرارگرفت. بعد از تدوین نهایی سؤالات، مصاحبه با چند پزشک که در مورد اعتیاد فعالیت دارند، به صورت پیش آزمون اجرا گردید که منجر به تغییرات اندکی در تعداد و ترتیب سؤالات گردید. سپس با همان اساتید در مورد انتخاب افراد کلیدی جهت شروع مصاحبه‌ها مشورت گردید و مصاحبه با افراد معرفی شده انجام شد. مصاحبه‌ها توسط مجری طرح و بعد از اخذ اجازه از مصاحبه‌شونده، همراه با ضبط صدا جهت پیاده‌سازی بهتر انجام می‌پذیرفت. به مصاحبه‌شوندگان تضمین داده می‌شد که متن مصاحبه فقط در اختیار پژوهشگر و جهت استخراج تم‌های کلی بوده و متن آن در دسترس کسی قرار نخواهد گرفت. محل مصاحبه غالباً بر اساس تمایل مصاحبه‌شوندگان تعیین می‌شد. متن مصاحبه بعد از پیاده‌سازی در اختیار مصاحبه‌شونده قرار می‌گرفت تا در صورت صلاحدید نسبت به تغییرات احتمالی اقدام ورزد. در ادامه همانطور که در روش نمونه‌گیری توضیح داده شد، از هر فرد مصاحبه‌شونده خواسته می‌شد تا افراد دیگری را در این رابطه معرفی نماید. لیست افراد پیشنهادی در یک جدول ثبت می‌شد و کسانی که توسط دو نفر یا بیشتر توصیه شده بودند، مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند. بعد از هماهنگی‌های لازم طی جلسه یا جلساتی با این افراد با تکنیک مصاحبه عمیق (نیمه ساختار یافته) به ثبت نظرات آنها در خصوص مشارکت مردم و سیاست‌گذاران در تدوین و اجرای سیاست‌های کاهش آسیب ناشی از اعتیاد پرداخته می‌شد و به همین ترتیب مصاحبه با افراد سیاست‌گذار تا اشباع اطلاعاتی ادامه داشت. بعد از جمع‌آوری اطلاعات لازم، آنالیز اطلاعات به دست آمده از طریق تحلیل ذی‌نفعان و مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا صورت پذیرفت. برای این تحلیل از نرم افزار Open Code که جهت آنالیز پژوهش‌های کیفی طراحی شده، استفاده شد، که قابلیت کاربری با زبان فارسی را نیز دارد. سپس نتایج مصاحبه‌ها، با بررسی جامع مطالعات، و اسناد و مدارک مرتبط موجود در کشور، به روش مثلث‌بندی[4] اعتباربخشی گردید. در کل ۸۳ نفر جهت مصاحبه معرفی شدند که اسامی افرادی که بیش از ۲ بار توصیه شده بودند (۳۷ نفر) جهت مصاحبه در نظر گرفته شد. تماس تلفنی و مکاتبه جهت برگزاری مصاحبه از طرف دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. با توجه به مسؤولیت و مشغله اغلب این افراد کلیدی، در نهایت توانستیم با ۲۷ نفر از این افراد کلیدی مصاحبه نماییم. دسته‌بندی کلی افراد مصاحبه‌شونده بر اساس نوع سازمان در جدول ۱ آورده شده است. (تعداد افراد انتخابی در هر سطح با توجه به اهمیت سازمان مورد نظر و میزان مشارکت آن سازمان در مقوله کاهش آسیب تعیین گردید).

[4] Triangulation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

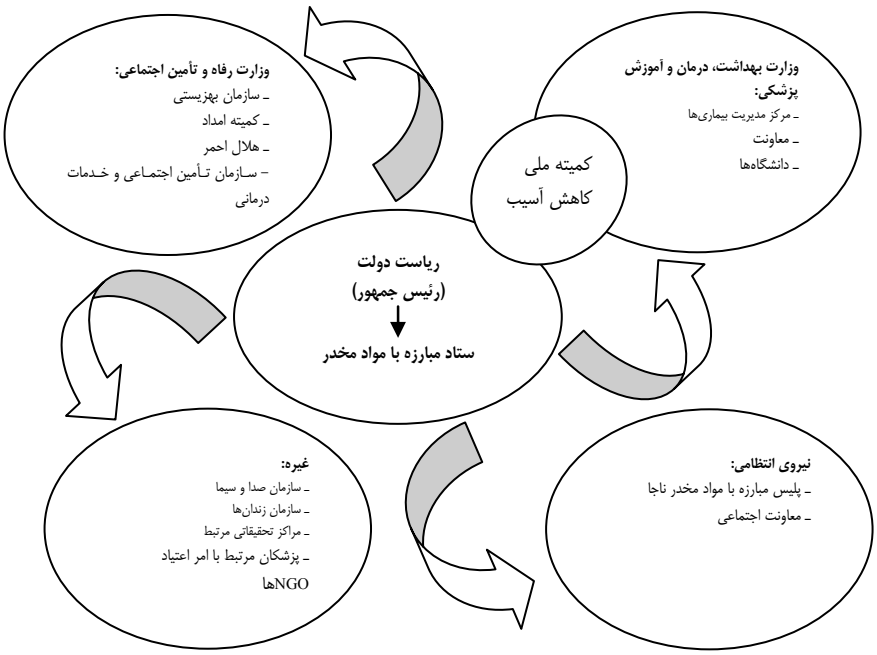
جدول ۱- تقسیم‌بندی کلی ذی‌نفعان مصاحبه‌شونده

شاخه	زیر شاخه	تعداد نفرات مصاحبه‌شونده	دلیل انتخاب/ ارتباط با مطالعه
سازمان‌های بین‌المللی	EMRO UNAIDS UNODC	۲	حمایت خارجی، هم از نظر اقتصادی و هم از نظر سیاسی، که این هر دو در جهت‌گیری کلی مداخلات سلامتی (مرتبط با اعتیاد) مؤثرند.
سازمان‌های ملی	- ستاد مبارزه با مواد مخدر - قوه قضائیه - نیروی انتظامی (پلیس مبارزه با مواد مخدر، معاونت اجتماعی) - مرکز ملی مطالعات اعتیاد - مجلس شورای اسلامی	۷	سازمان‌های ملی نقش مهمی در طراحی، اجرا و کنترل مداخلات مؤثر در سلامتی (مرتبط با اعتیاد) دارند.
وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی	ـ وزارت بهداشت (دانشگاه‌ها) ـ وزارت رفاه (سازمان بهزیستی، دانشکده توانبخشی) ـ سازمان زندان‌ها	۱۱	این رده‌ها در برنامه‌ریزی و اجرایی‌سازی سیاست‌های کلی مصوب، نقش مؤثری دارند. به علاوه نقش مهمی در بودجه‌بندی، تدوین استانداردها، آموزش و تأمین نیروی انسانی مرتبط را ایفاد می‌نمایند.
پزشکان و محققان مرتبط با امر اعتیاد و کاهش آسیب	ـ پزشکان متخصص امر اعتیاد ـ مراکز تحقیقاتی مرتبط (مؤسسه داریوش ـ انجمن ایدز ایران)	۴	این رده در جهت دهی و اصلاح روند اجرایی برنامه‌های مرتبط بسیار مؤثر است.
سطوح اجرایی	ـ مراکزDIC ـ NGO های مرتبط	۳	این قسمت در اجرای نهایی مداخلات مرتبط با کاهش آسیب در کشور بسیار مؤثر است . به نحوی که عملکرد ناقص این سطح، کلیه سیاست‌های کشوری مرتبط را بی‌اثر می‌نماید.

نتایج

در کل ۸۳ نفر جهت مصاحبه معرفی شدند که اسامی ۳۷ نفر آنها بیش از ۲ بار توصیه شده بود. تماس تلفنی و مکاتبه جهت برگزاری مصاحبه از طرف دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت و در برخی موارد، جهت همکاری بیشتر مصاحبه‌شوندگان، هماهنگی و مکاتبه از طرف ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت پذیرفت. در نهایت موفق به انجام ۲۷مصاحبه شدیم. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و در غالب نیمه ساختاریافته انجام گرفت. مصاحبه با نمایندگان سازمان‌های دولتی، وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی و خصوصی انجام می‌پذیرفت. سؤالات مصاحبه بر اساس اهداف مطالعه طراحی شده بود و موارد زیر را پوشش می‌داد: مفاهیم اعتیاد، کاهش آسیب و مشارکت مردم از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان؛ شناسایی نقش، علاقه و قدرت مراکز مورد مطالعه در روند کاهش آسیب؛ موانع اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در کشور؛ معرفی افراد صاحب‌نظر دیگر در این زمینه. به نظر می‌رسد که تعاملات ساختارهای مختلف مرتبط با اعتیاد در کشور به صورت نمودار ۱ باشد:

نمودار۱- تعاملات ساختارهای مختلف مرتبط با اعتیاد در کشور جمهوری اسلامی ایران



[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

بعد از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، جمع‌بندی نظرات آنها صورت پذیرفت. در مورد علل اعتیاد، قریب به اتفاق مصاحبه‌شوندگان به چند عاملی بودن و مداخله عوامل متعدد درشروع مصرف مواد و بروز اعتیاد اعتقاد داشتند و برخی تا ۱۷۰ عامل را در بروز آن مؤثر می‌دانستند. تعریفی که اغلب این افراد در مورد آن اتفاق نظر داشتند، به این شرح بود: اعتیاد یک بیماری مزمن جسمی- روانی- اجتماعی[5] است. در مورد مؤثر بودن برنامه‌های کاهش آسیب، اکثریت مصاحبه‌شوندگان به مؤثر بودن آن اعتقاد داشتند ولی در مورد اولویت داشتن آن بر سایر روش‌های مقابله با اعتیاد همه متفق‌القول نبودند و به خصوص در سازمان بهزیستی نگرشی وجود داشت که تخصیص درصد قابل توجه از بودجه محدود مبارزه با اعتیاد را به امر کاهش آسیب درست نمی‌دانست. این افراد اعتقاد داشتند که با توجه به تعداد بیشتر جمعیت در معرض خطر اعتیاد نسبت به معتادان تزریقی بهتر است که درصد بیشتری از بودجه مقابله با مواد مخدر به امر پیشگیری اولیه اختصاص یابد و این موضوع در سیاست‌های کلان کشوری و ستاد مبارزه با مواد مخدر لحاظ شود. در مقابل این نگرش، دیدگاهی در وزارت بهداشت و وزارت رفاه وجود داشت که عدم توجه جدی، سریع و هوشمندانه به این مسأله را زمینه‌ساز بروز موج جدید بیماری HIV در کشور می‌دانست، همان گونه که اپیدمی آن را در سال های۲ ـ۲۰۰۱ در زندان‌ها داشتیم که در صورت وقوع مجدد چنین موجی، مقابله با عوارض و عواقب آن چه از نظر اقتصادی و چه از نظر اجتماعی به راحتی میسر نخواهد بود. شاهد این ادعا پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی ذکر شد: از سال ۱۹۸۱ که اولین بیماران ایدزی در آمریکا شناسایی شد تا به امروز حدود ربع قرن می‌گذرد. در این مدت، ۵ -۴ موج بیماری را در نقاط مختلف دنیا داشته‌ایم. موج آمریکای شمالی و اروپای غربی، موج آفریقای زیر صحرا، موج آسیای جنوب شرقی وجنوب آسیا و موج بعدی که بر اساس پیش‌بینی این سازمان، در آسیای میانه، روسیه و خاورمیانه خواهد بود. دفتر کنترل مواد مخدر و جرائم سامان ملل تأکید دارد که برای توفیق در سیاست‌های کاهش آسیب اعتیاد، باید پوشش ارایه خدمت این برنامه‌ها در گروه هدف نیازمند، به صورت فوری[6] به حدود ۸۰ ـ۷۵٪ رسانده شود، که در صورت توفیق در دستیابی به این هدف می توان مطمئن بود، که بیماری در همین گروه بماند و گرنه خطر سرایت انفجاری آن به سایر افراد جامعه خواهد بود که در آن صورت نرخ و هزینه کنترل بیماری و تبعات آن بسیار بیشتر و توفیق کنترل بسیار کمتر از مرحله اول خواهد بود. لذا لازم است توجه به مقوله کاهش آسیب صرف نظر از نسبت معتادان تزریقی به کل معتادین کشور و جمعیت در معرض خطر و با اولویت بیشتر صورت پذیرد. نظری که توسط مقام ارشد مرکز مدیریت بیماری‌ها در مورد توزیع برنامه‌های کاهش آسیب بیان گردید، به این صورت بود: اگر به همه معتادین بخواهیم متادون بدهیم، که ما را از برنامه دور خواهد کرد. باید جمعیت هدف مشخص و محدود گردد که پیشنهاد من در این زمینه ۳ گروه هدف از مصرف‌کنندگان مواد مخدر است: کسانی که مصرف مواد تزریقی دارند؛ کسانی که هروئین مصرف می‌کنند؛ کسانی که HIV مثبت هستند و این سه گروه باید در برنامه‌های ما به عنوان هدف باشند. سازمان دولتی یا خصوصی که می‌خواهد متادون بدهد فقط به این افراد باید دارو بدهد، نه اینکه به جهت تسهیل کارش (همانطوری که در برخی موارد مشاهده می‌شود) به افراد تریاکی متادون بدهد که این فاجعه است و مارا از هدف دور می‌کند.

هماهنگی بین سیاست‌های مختلف کشوری در مورد برنامه‌های کاهش آسیب، از نظر اغلب مصاحبه‌شوندگان اگر چه نسبت به سال‌های گذشته بهتر شده است ولی همچنان کاستی‌هایی دارد که نیازمند توجه بیشتر است و منجر به کند شدن و کاهش کیفیت برنامه‌ها می‌گردد. در واقع به علت ماهیت اعتیاد و چند جانبه بودن علل آن، برای کنترل یا مقابله با آن لازم است که بین سازمان‌های مختلف انتظامی، درمانگر، حمایت‌کننده، کارآفرین و... هماهنگی وجود داشته باشد وگرنه اقدامات جداگانه، ممکن است به نتیجه مطلوب نرسد. بیشترین ناهماهنگی در مورد برخی برخوردهای نیروی انتظامی بدون هماهنگی با سایر ارگان‌ها و همچنین اشکالاتی در زمینه تخصیص و توزیع متادون بین مراکز ذکر شد. از سوی برخی افراد بیان شد که علی‌رغم بهبود عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر، حدود دو سال است که فعالیت‌های کمیته کشوری کاهش آسیب و تقاضا و نقش کلیدی آن در تنظیم سیاست‌های کشوری محو شده و محسوس نمی‌باشد و لازم است اقدامی در جهت احیای مجدد آن برداشته شود.

از دید غالب مصاحبه‌شوندگان به طور کلی تأثیرگذارترین دستگاه در کاهش آسیب ناشی از اعتیاد با توجه به قدرت و جایگاه، ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌باشد که البته می‌تواند خیلی بهتر از این عمل کند، چرا که اساس کار در مبارزه با اعتیاد به صورت گروهی[7] است و نیاز به هماهنگی زیادی دارد. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به عنوان متولی و سیاست‌گذار اصلی امر اعتیاد، حمایت‌های مالی و بودجه‌ای و

[5] Biopsychosocial
[6] Urgent
[7] Team work

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

برنامه‌ای را از سازمان‌های مختلف مرتبط به عمل می‌آورد، این در حالی است که سازمان‌های مختلف مرتبط دیگر مانند وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، هلال احمر، برخی NGOها و...، بودجه‌های مستقلی جهت این امر در اختیار دارند. باید توجه داشت در امر بودجه‌بندی و هم در امر حمایت برای تصویب قانون در سیاست‌های کلی نظام برای امر مبارزه با مواد مخدر که به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام و تنفیذ و تأیید مقام معظم رهبری رسیده است، تلاش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، بسیار مؤثر بوده است. این در حالی بود که برخی مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند در برنامه‌های کاهش آسیب، مؤثرترین دستگاه‌ها در شروع حرکت و تشویق‌کننده برای شروع کار در سازمان‌های مختلف، مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، سازمان زندان‌ها و اداره کل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر بودند که ۵ سال پیش در واقع راه‌اندازی این امر را در کشور برعهده داشتند. در برنامه‌های پیشرو و تسهیل‌کننده راه می‌توان گفت که مرکز مدیریت بیماری‌ها، مخصوصاً جناب آقای دکتر گویا و معاونین سلامت وزارت بهداشت وقت، بسیار مؤثر بوده‌اند. به زعم بسیاری از مصاحبه‌شوندگان موفق‌ترین دستگاه در زمینه اجرایی که سیاست‌های کاهش آسیب را هم به صورت متنوع[8] و هم به صورت وسیع[9] در فیلد اجرا کرده است، سازمان زندان‌ها می‌باشد. ذکر شد چه در مورد برنامه‌های متادون، چه در مورد برنامه‌های سرنگ و سوزن و کاندوم، چه در مورد برنامه‌های مشاوره و سایر مداخلات کاهش آسیب مثل تجهیز دندانپزشکی و اتاق عمل و لوازم محافظت فردی و...، سازمان زندان‌ها موفق‌ترین سازمان اجرایی بوده است، منتها این اجرا نیاز به پیش زمینه‌هایی داشته که توسط سایر دستگاه‌ها فراهم شده است. البته سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت و درمان، هلال احمر هم فعالیت‌های بسیاری داشته‌اند ولی سرعت رشد آنها مثل سازمان زندان‌ها نبوده است.

در زمینه اجرایی، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت و درمان، خیلی مؤثر بوده‌اند و می‌توان گفت که بار اصلی مسأله کاهش آسیب در کشور را بر عهده دارند. برای این مسأله هم بودجه کلانی اختصاص داده شده است که از محل بودجه سازمان و نیز بودجه‌ای که از طرف ستاد مبارزه با مواد مخدر فراهم می‌گردد، تأمین می‌شود. بنابر نظر بسیاری از مصاحبه‌شوندگان تأثیرگذارترین دستگاه در امر اعتیاد با توجه به عرصه خدمات و گستردگی پوشش و با سابقه‌ای که وجود دارد، بهزیستی می‌باشد و تأثیرگذارترین دستگاه درامر کنترل اعتیاد وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها می‌باشند. تأثیرگذارترین دستگاه در امر اطلاع‌رسانی در زمینه اعتیاد، سازمان صدا وسیما و وزارت آموزش و پرورش و در مرحله بعد سازمان‌های بهداشتی و کنترل و درمانی (مانند بهزیستی و وزارت بهداشت و درمان) نام برده شد و البته نقش مؤثر NGOها و گسترش آنها نباید نادیده گرفته شود.

مشکلات فرآیند اجرایی کار را می‌توان مرتبط به مشکلات بوروکراتیک، تغییرات سریع مدیریتی و دولتی بودن غالب برنامه‌های کاهش آسیب دانست. مشکلات برنامه کاهش آسیب در کشور را نیزمی‌توان به دو دسته تقیسم کرد: مشکلات فراسازمانی و مشکلات درون سازمانی. مشکلات فراسازمانی بیشتر مربوط به هماهنگی بین سازمان‌های مختلف مانند وزارت بهداشت و نیروی انتظامی و ستاد و... در مورد امور است و مشکلات درون سازمانی که بیشتر در مورد هماهنگی و توجیه همه مسؤولین برای لزوم و نحوه انجام کار در سازمان است. بنابر عقیده برخی از مصاحبه‌شوندگان، تصمیمات مرتبط با اعتیاد و مواد مخدر، چون از ابتدا تا انتها در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف اخذ می‌گردد، مشکلات خاص خود را دارد. مثلاً در وزارت رفاه تصمیم گرفته می‌شود که برنامه نگهدارنده با متادون گسترش یابد، ولی در مورد تأمین متادون مورد نیاز که باید توسط وزارت بهداشت تأمین شود، محدودیت وجود دارد. این در حالی است که گرچه متادون در مجموعه‌ها و کارخانجات تابعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی هم تولید می‌شود، ولی براساس دستورالعمل‌هایی که وجود دارد، نظارت بر تولید و توزیع آن در اختیار وزارت بهداشت است و این باعث زمینه‌ای شده که برنامه‌ها خیلی سریع پیش نرود. بنابراین ممکن است تصمیمی در وزارت رفاه گرفته شود و به تأیید ستاد هم برسد ولی چون تأمین مواد در جای دیگر است، این تصمیم سریع برآورده نشود و کار مطابق برنامه پیش نرود. در مورد کارهایی که بین‌بخشی است، معمولاً این مشکل وجود دارد و کار گروهی بین دستگاه‌ها نیاز به کار بیشتری دارد. سازمان‌ها باید از اولویت‌های یکدیگر باخبر باشند، اولویت‌های ملی و بین‌المللی را بشناسند و با مشکل از نزدیک آشنا باشند و خطر را درک کنند. البته به خاطر شرایط مالی هم این روند گاهی کند می‌شود که مرتبط با تأمین بودجه طرح‌ها از مجاری مختلف است. برخی اعتقاد داشتند که در حالت کلی یکی از دستاوردهای مهم دولت نهم این بوده که بوروکراسی را در تمام سازمان‌ها من جمله وزارت بهداشت حذف کرده یا کاهش داده است و در جاهایی که در چهارچوب اختیارات خود سازمان است، سرعت کار واقعاً بالاست. به زعم بسیاری از صاحب نظران، مشکل مهم دیگر در کشور ما تغییرات سریع مدیریتی است که باعث می‌شود حساس‌سازی قبلی در یک لایه مدیریتی، نیاز به تکرار سریع در مدیریت جدید و استمرار داشته باشد، و این تغییر دایمی است. این تغییرات انجام

[8] Multipotential
[9] Wide range

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

و سرعت بسیاری از امور اجرایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دولتی بودن غالب برنامه‌های کاهش آسیب مشکل دیگر در موفقیت و سرعت کار است، چرا که تجربیات نشان داده، در مداخلاتی که به آسیب‌های اجتماعی و مشکلات پنهان می‌پردازند و با پدیده‌های کوه یخی[10] روبرو هستند، دولت نمی‌تواند پوشش[11] خوبی فراهم کند. یکی به دلیل اینکه توان و نیروی این کار را ندارد و دیگر اینکه دسترسی به گروه‌های در معرض خطر خیلی راحت نیست، چون این افراد اعتمادی به جز به گروه های مثل خودشان[12] پیدا نمی‌کنند و بهترین اقدام در این زمینه این است که از NGOها و این گروه‌ها استفاده شود. با فرستادن معتادین بهبود یافته و معتادین تحت پوشش برنامه‌های سرنگ و سوزن و متادون، در قالب گروه‌های سیاری به محلات و ارتباط آنها با چند نفر، نهایتاً به صورت خوشه‌ای می‌توان با تعداد و پوشش بهتر برنامه را اجرا کرد. افراد بیان می‌داشتند که شروع کار در ایران با دولت بوده (کلینیک‌های مثلثی زندان، وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی)، و به تدریج همزمان با بخش دولتی، و با کمی تأخیر بخش غیردولتی هم وارد مداخله شده‌اند تا کار را انجام دهند ولی برای وسعت کار و ادامه آن، باید امور به بخش غیردولتی و NGOها سپرده شود. نقشی که برای دولت در این حرکت مستمر قائل بودند، نقش سیاست‌گذاری و نقش نظارتی، یعنی تدوین پروتکل‌ها و گایدلاین‌ها برای رعایت حداقل استاندارد از طرف مجریان و عدم تخطی از اصول و رعایت اصول اخلاقی، نظارت بر تولید و توزیع متادون و داروهای مشابه و جلوگیری از ایجاد بازار سیاه[13]، و نظارت بر انتخاب گروه‌های همسان بود (نمونه‌هایی در دنیا وجود دارد که البته در ایران خیلی کم است، که خود تیم سیار در پاره‌ای از موارد، اگر خوب آموزش نبینند، ممکن است به توزیع‌کننده مواد[14] تبدیل شوند).

در واقع دولت باید سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، نظارت و پایش برنامه‌ها را بر عهده داشته باشد و لازم نیست خودش وارد مداخله مستقیم شود. مراکز خصوصی در این موارد بهتر از دولت عمل می‌کنند، زیرا درگیر مسایل بوروکراسی و اداری نیستند و بیشتر در روند اجرایی وارد می‌شوند. ذکر شد که بهزیستی در بین سازمان‌های دولتی کشور رتبه اول واگذاری امور به مردم و بخش غیردولتی را دارد و حتی بخشی از نظارت را برون‌سپاری کرده است (ناظرین منطقه‌ای برای برخی مراکز درمان گذری اعتیاد[15] در تهران، استان‌های شمالی و برخی استان‌های دیگر کشور).

در مبحث کاهش آسیب، تقسیم کار مهم است. در واقع سیاست‌گذاری و کنترل و نظارت باید با دولت باشد و دولت بتواند مکانیسم نظارتی را هدایت و تقویت کند که این امر از طرق مختلف امکان‌پذیر است، مثلاً فرستادن ناظر به این مراکز، خواستن گزارش از مراکز، آشنا کردن مردم با این مراکز و روند کاری آنها و درگیر کردن صدا و سیما[16] به عنوان ابزاری مهم جهت آگاه‌سازی افراد و دخالت آنها در نظارت. در واقع دولت باید در سطح کلان یک محیط توانمند کننده[17] فراهم نماید، تا مردم بتوانند به نحو مفید سهم خود را انجام دهند. سیستم دولتی باید جهت تعریف برنامه، نظارت، تأمین بودجه و تعیین خطوط کلی و سیستم مشارکت مردمی یا NGOها برای کار میدانی و مشارکت فعال در فیلد وارد عمل شود.

در حال حاظر بودجه سازمان‌ها را دولت تهیه می‌کند و تهیه برنامه و نظارت هم با دولت است و NGOها هم به کارهای عملیاتی در چارچوب کلی برنامه‌ها می‌پردازند. باید منابع دولتی و غیردولتی این سازمان‌ها را حمایت نمایند و انجمن‌ها در برنامه‌های جزئی خود برحسب تخصص و تجربه و شرایط بومی و محلی خود اقدام نمایند. در حالی که گروهی معتقد بودند طی چند سال برنامه کاهش آسیب را می‌شود کاملاً به مردم سپرد، برخی اعتقاد داشتند سپردن کامل کار به مردم بیهوده است و در حال حاضر امکان آن وجود ندارد. باید امور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تعیین بودجه ۱۰۰٪ دولتی باشد، چون مقوله‌ای حساس است، ماهیت حمایتی دارد و سودی در آن نیست، بنابراین کسی وارد آن نمی‌شود. برخی بیان کردند که گرچه مشارکت مردم الزامی است و در واقع دولت به تنهایی نمی‌تواند همه کار را بر عهده بگیرد و انجام دهد، ولی این مشارکت نیاز به بررسی علمی دارد. اینکه چه نوع مشارکتی برای کشور ما بهتر است، باید مطالعه شود تا مشخص شود چگونه و چه طور از مشارکت مردم استفاده گردد.

در مقوله کاهش آسیب، مشارکت با سایر سازمان‌ها در غالب موارد در سطوح ستادی و محیطی مطرح است، چرا که بحث کاهش آسیب یک مبحث گسترده و پیوسته است و در واقع یک بسته خدمت است و هر قسمت، باید بخشی از آن را انجام دهد. مشارکت سازمان‌های دولتی مختلف، در صورت وجود زمینه‌های مشترک همکاری، بیشتر و در غیر این صورت کمتر گزارش می‌شد. به عنوان مثال همکاری دانشگاه‌ها با وزارت بهداشت

[10] Iceberg
[11] Coverage
[12] Peer Group
[13] Black marketing
[14] Drug dealer
[15] Drop-in Centers (DIC)
[16] Media
[17] Enabling Environment

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

خوب و تعامل دانشگاه‌ها با مجموعه سازمان بهزیستی ضعیف ذکر شد. همکاری بین‌بخشی نیاز به درک سیستمیک دارد و درک سیستمیک چیزی است که متأسفانه به ما آموزش داده نمی‌شود، دانشگاه‌های ما افراد را بسیار جزءنگر [۱۸] بار می‌آورند و فاقد تفکر کلی نگر. با چنین دیدی نمی‌توان با مجموعه تعامل برقرار کرد و برای مسایل برنامه‌ریزی نمود. کسانی که در رأس امور قرار می‌گیرند نیز، باید دید کلی داشته باشند و حداقل به سه بعد انسان (بیوسایکوسویشال) توجه نمایند که البته این ابعاد در مورد اعتیاد فراتر و بیشتر است، و باید همه آنها در برنامه‌ریزی در نظر گرفته شود. در مورد سازمان‌های غیردولتی ذکر می‌شد که مهم‌ترین سازمان دولتی که با آنها تعامل وجود دارد، سازمان بهزیستی است. کمیته امداد درابتدا کمک‌هایی می‌نموده ولی مدت‌هاست که قطع شده است. دفتر UNODC هم گاهی کمک‌هایی دارد ولی بیشتر نقش مشاور داشته و کمک فکری ارایه می‌نماید.

در مقوله کاهش آسیب اعتیاد، تعامل سازمان‌های کلیدی مرتبط با ستاد مبارزه با مواد مخدر خوب ذکر شد ولی ارتباطات بین سازمانی و ارتباط با سطوح پایین‌تر جامعه[۱۹] ، به جز در برخی موارد زیاد قابل توجه نمی‌باشد، به عبارتی نیاز به آن احساس نشده و به جز جلسات ستاد مبارزه با مواد مخدر و یا کمیته کشوری مبارزه با اعتیاد، که در آن نمایندگان سازمان‌ها گرد هم جمع می‌شوند، سازمان‌ها در عمل ترجیح می‌دهند مستقل عمل کنند و خیلی از مشارکت یکدیگر استفاده نمی‌نمایند. این در حالی است که در برنامه‌های پیشگیری، خیلی بیشتر از مشارکت سازمان‌هایی مثل وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش، وزارت کار و... استفاده می‌شود.

مشارکت مردم در مبحث کاهش آسیب بسیار حیاتی می‌باشد. حسن مشارکت مردم در این است که چون از لحاظ جغرافیایی در همه جای کشور مستقرند، با به کار گرفتن آنها قادر خواهیم بود در همه جا خدمت ارایه دهیم و این بهترین راه برای دسترسی وسیع به افراد است. چون مصاحبه‌ها در این طرح اکثراً در سطوح ستادی بود، ارتباط با مردم غالباً به صورت برقراری ارتباط با نمایندگان NGOها، تیم‌های سیاری مرتبط با NGOها و یا بهیارNGOها وغیره ذکر می شد. از دید اکثر مصاحبه‌شوندگان، مشارکت مردم امری مطلوب و پسندیده تلقی می‌گردید، گرچه که در مورد نحوه و میزان آن اتفاق نظر وجود نداشت. از نظر مسؤول سابق گروه بهداشت روان و تغییرات اجتماعی EMRO، برای مشارکت مردم، راهی جز تشکل‌ها وجود ندارد و جمع‌آوری نظرات چند میلیون نفر از مردم امکان‌پذیر نیست. مردم برحسب علاقه و توانایی خود در گروهی شرکت و فعالیت می‌نمایند ولی شرکت مردم در حزب‌ها و تشکل‌ها باید به نحوی باشد که صدای مردم و در اینجا فرد معتاد و خانواده‌اش گم نشده و شنیده شود. باید توجه کرد که همانقدر که مشارکت مردم مهم است، همانقدر هم باید از مشارکت اسمی و شعاری ترسید و پرهیز کرد، چرا که اینگونه مشارکت‌ها نه تنها هیچ فایده‌ای ندارد، بلکه سایر برنامه‌های مشارکتی را تخریب می‌کند. مشارکت باید همراه با مسؤولیت‌پذیری و ایجاد حس مسؤولیت در دولت باشد. مشارکت باید همراه با نیاز به آموختن و یاد دادن باشد. مشارکت باید همراه با درک ریشه‌های مسأله بدون اعتقاد به معجزه باشد، یعنی باید بدانیم که روشی که به طور ضربتی و یک شبه بتواند با اعتیاد به مواد مخدر مبارزه کند وجود ندارد، ولی می‌توان اقدامات مؤثری در کاهش بروز آسیب‌های آن انجام داد.

مشارکت نیاز به بررسی علمی دارد. اینکه چه نوع مشارکتی برای کشور ما بهتر است، باید مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد و به طور آماده در جایی وجود ندارد. باید دید منظور از کشور ما چیست؟ چه مسایلی را می‌خواهیم در این رابطه محک بزنیم، چه نمونه‌هایی از مشارکت در کشور ما وجود دارد، کدام موفق بوده و کدام نبوده و چرایی این مسأله، و بعد از بررسی تمام موارد فوق می‌توانیم تصمیم بگیریم که در این مرحله چه گونه و چه طور از مشارکت مردم استفاده نماییم. از دید غالب مصاحبه‌شوندگان، عملاً مشارکت مردم بیشتر از طریق دانشگاه‌ها و سازمان بهزیستی صورت می‌پذیرد. از مشارکت مردم غالباً در کارهای اجرایی مرتبط با اداره DICها و از طریق NGOها استفاده می‌گردد و در برخی موارد نظارت مراکز هم به آنها سپرده می‌شود. توانمندسازی مردم پروسه‌ای زمان‌بر است و با افزایش مهارت‌های آنها، به تدریج از مشارکت NGOها و مردم (Peer) بیشتر استفاده خواهد شد و کلیه امور مرتبط با کاهش آسیب قابل واگذاری به آنها می‌باشد. ارتباط سازمان‌ها با NGOها هم بسته به ماهیت سازمان متفاوت بود. برخی از سازمان‌ها نقش حمایت‌گر را ارایه می‌نمودند و بعضی دیگر نقش فنی و مشاور را داشتند و برخی سازمان‌ها فقط نقش اطلاع‌رسانی به مردم را برای خود قائل بودند. از دید غالب مصاحبه‌شوندگان، فرهنگ‌سازی و افزایش آگاهی مردم در افزایش همکاری آنها نقش به سزایی دارد.

موانع و چالش‌های موجود در برنامه‌های کاهش آسیب از دیدگاه سازمان‌های مختلف، متفاوت ذکر شد. مشکلاتی که در اغلب موارد روی آن اتفاق‌نظر وجود داشت، موارد زیر بود:

– تغییر مدیریت سریع و تعویض مکرر افراد در مقاطع مختلف؛

[18] Reductionism
[19] Grass root

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

عنوان می‌گردید که هنوز برنامه در دانشگاه‌ها و بهزیستی سطح استان‌ها جا نیفتاده و با تغییر مدیریت‌ها، برخی مسؤولین اصلاً برنامه را نمی‌شناسند و برای آشنا شدن آنها با برنامه زمان لازم است. – عدم پذیرش مردمی؛ هنوز مردم برنامه را در خیلی از مناطق قبول نکرده‌اند. آگاه‌سازی و بالا بردن فرهنگ مردم نیاز اساسی در مسأله کاهش آسیب است که در حال حاضر کم است و باید روی آن سرمایه‌گذاری شود. – بودجه؛ و کمبود آن مشکل اصلی دیگری ذکر شد که در غالب موارد بر اجرای برنامه اثر سوء می‌گذارد. – کمبود پرسنل تعلیم دیده و مجرب مشکل اصلی دیگر بود.

مشکلات دیگری که توسط برخی دیگر از کارشناسان عنوان شد، موارد زیر بود: به کیفیت برنامه‌ها پرداخته نشده است؛ کم بودن تعداد مراکز و لجستیک و در نتیجه کم بودن پوشش برنامه؛ عدم وجود کارشناس بهداشت روان و عدم توجه به وضعیت روانی– اجتماعی معتادین که نتایج درمان را کم اثر می‌نماید؛ کمبود تبادلات بین‌المللی و حضور کمرنگ ما در عرصه بین‌المللی؛ عدم تمرکز سیاست‌گذاری و وجود یک متولی مشخص برای این کار و در نتیجه ضعف نظارت و پایش و ارزشیابی؛ عدم پذیرش برنامه توسط مسؤولین در برخی مناطق؛ عدم هماهنگی سازمان‌های دولتی (مانند بهزیستی و دانشگاه)؛ عدم وجود تعریف مشخص از مقوله کاهش آسیب (کنترل ایدز یا اعتیاد، یا کاهش معضلات بهداشتی)؛ وجود دیدگاه سنتی در مقابله با اعتیاد به مواد مخدر، که معتقد است اعتیاد باید کلاً ریشه‌کن شود، درحالی که اعتیاد یک بیماری مزمن عودکننده است که به راحتی فرد و جامعه از آن رها نخواهند شد و رهایی جامعه از اعتیاد باید در افق دید ما باشد؛ عدم هماهنگی بین سازمان‌ها در مورد اقدامات مرتبط با اعتیاد (پروتکل‌ها از طرف وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی جداگانه تنظیم و ابلاغ می‌شود)؛ عدم حمایت کافی از تشکل‌ها و DICهای خصوصی، به خصوص در زمینه تأمین مکان و فضا برای آنها.

برخی اعتقاد داشتند علت اصلی عدم گسترش برنامه‌های کاهش آسیب، جا نیفتادن آن برای برخی از مسؤولین و مردم است، که نشان می‌دهد اطلاع‌رسانی به خوبی انجام نشده است. باید سعی شود از شیوه‌ها و راه‌کارهای ارزان‌تر، فراگیرتر و آسان‌تر در این زمینه استفاده گردد. باید ترتیبی اتخاذ کرد که کمک‌های مردمی بیشتری در خدمت کاهش آسیب قرار گیرد. دولت هیچگاه به تنهایی نمی‌تواند بار این برنامه را به دوش بکشد، باید از مردم برای اداره برنامه‌های کاهش آسیب استفاده کرد و از آنها برای تأمین فضا، امکانات و منابع مالی برای راه‌اندازی مراکز یاری طلبید، که اطلاع‌رسانی قوی جهت هدایت این کمک‌ها بسیار مهم خواهد بود. مردم مراکز درمانی اعتیاد را نمی‌شناسند. لازم است که توسط صدا و سیما این مراکز معرفی شوند. آگاهی مردم در مورد عوارض اعتیاد بالا رود تا افراد به خواست خود که مهم‌ترین عامل در ترک مصرف مواد است به مراکز مراجعه نمایند. باید روی مقوله فرهنگ‌سازی، سرمایه‌گذاری شود. در کنار افزایش پوشش برنامه، بحث ارتقاء کیفیت مطرح است که باید به طور جدی به آن پرداخته شود. راه حلی که در این مرحله پیشنهاد می‌شود، تحقیقات و ارزشیابی برنامه است و سعی در بهتر کردن مدل‌های کاهش آسیب، چرا که کاهش آسیب در هر کشور و منطقه‌ای، باید مدل بومی خود را داشته باشد، پس باید برنامه وسیع کاهش آسیب را در کشور بررسی کرد و نقاط ضعف آن را پیدا نمود و بعد آنها را رفع کرده و سالانه برنامه را روزآمد کرد. در سال‌های اخیر مباحث جدیدی در مقابله با اعتیاد مطرح شده است که مشکلات خاص خود را دارد. مردم در رابطه با مسایل جدید ترس دارند و نگرانند. مثلاً برنامه توزیع سرنگ و سوزن به زندانیان و معتادین، در مردم نگرانی اشاعه اعتیاد تزریقی را به همراه دارد. باید به مردم آگاهی داد که این اقدام تنها برای پیشگیری از مواردی در جامعه است که بدتر از اعتیاد است. از طریق برنامه‌های کاهش آسیب باید بتوان با انگ[20] اعتیاد و همین طور HIV مبارزه کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که گفته شد تعریفی که اغلب این افراد در مورد آن اتفاق‌نظر داشتند، به این شرح بود: اعتیاد یک بیماری مزمن جسمی، روانی، اجتماعی است. وجود این نگرش در سیاست‌گذاران و توافق آن بر نگرشی که سال‌ها بر سیاست‌های کشوری مقابله با مواد حاکم بود و بروز اعتیاد را تنها منوط به در دسترس بودن مواد و یا سست بودن مبانی اعتقادی فردی می‌دانست، بسیار مغتنم است. به نظر می‌آید که زمینه برای کار بین‌بخشی برای مبارزه با اعتیاد فراهم شده و در صورت هماهنگی و سیاست‌گذاری درست می‌توان به بسیج منابع و هم‌افزایی توان سازمان‌ها دست یافت.

با توجه به جمع‌بندی نظرات سیاست‌گذاران و کارشناسان محترم مرتبط با امر اعتیاد، به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر توجه بیشتری به مقوله کاهش آسیب اعتیاد در کشور صورت می‌گیرد و در واقع می‌توان گفت قوه قضائیه، قوه مجریه و قوه مقننه در کل به این نتیجه رسیده‌اند که برخورد قهری با معتاد و زندان و شلاق و... فایده‌ای به دنبال نداشته و ندارد و باید به دنبال راه‌های دیگر برای کاهش عوارض اعتیاد بود. در این میان ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به عنوان سیاست‌گذار اصلی در این عرصه، نقش بسیار مهمی در حمایت و اختصاص

[20] Stigma

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

بودجه به این امر ایفا نموده است. با رایزنی‌های این ستاد و کمیته ملی کاهش آسیب، قانون جدید مبارزه با مواد مخدر در دست تصویب است که پیش‌نویس‌های آن طراحی گردیده، و در آن بحث کاهش آسیب و درمان اعتیاد به عنوان یک اصل در مبارزه با مواد مخدر در نظر گرفته شده و قرار است توسط ریاست قوه قضائیه به مرجع قانون‌گذاری (مجلس یا مجمع تشخیص مصلحت نظام)، جهت طی کردن مراحل قانونی تقدیم شود.

در مورد مشارکت مردم، عنوان شد که گرچه الزامی است و دولت به تنهایی نمی‌تواند همه کار را بر عهده بگیرد ولی با توجه به حساسیت موضوع و اینکه برنامه ماهیت حمایتی داشته و انتفاعی نیست، باید امور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تعیین بودجه ۱۰۰٪ دولتی باشد، و سپردن کامل کار به مردم در حال حاضر امکان نداشته و زود است. در عین حال نتایج مطالعات سال‌های اخیر نشان داده است که اعتماد کردن به مردم و سعی در مشارکت آنها در مقوله کاهش آسیب اعتیاد، نتایج درخشانی به همراه داشته است. بهتر است تا با فراهم نمودن زمینه فعالیت گروه‌های مرتبط و ارتقاء سطح فرهنگ عمومی جامعه، سعی در گسترش هر چه بیشتر این برنامه‌ها نمود، چرا که علی‌رغم شروع خوب، هنوز تا پوشش مناسب و ارتقای کیفی برنامه، فاصله زیادی داریم. از طرفی مشارکت مردم در مبحث کاهش آسیب بسیار حیاتی می‌باشد، چرا که که چون از لحاظ جغرافیایی در همه جای کشور مستقرند، ارایه خدمت در همه جا ممکن خواهد بود و این بهترین راه برای پوشش وسیع برنامه است.

اعتیاد مقوله‌ای است که مبارزه با آن نیازمند هماهنگی وسیع سازمان‌های مختلف است. در این مطالعه مشخص شد که مقوله کاهش آسیب به عنوان یکی از راه‌های اصلی کاهش بار اعتیاد در سال‌های اخیر به طور جدی از سوی مسؤولین مورد توجه قرار گرفته است و خوشبختانه با وجود مقاومت‌های اولیه با شروع آن، هم اکنون بستر مناسب برای گسترش آن از منظر اکثر سیاست‌گذاران وجود دارد که زمینه را برای همکاری هر چه بیشتر میان آنها فراهم می‌کند. نکته‌ای که در این بررسی مکرراً به آن اشاره شد، نبود زیرساخت‌های قانونی و اجرایی در سطح کلان برای این تعامل است که تا حدی میزان همکاری بین‌بخشی را کاهش می‌دهد و البته رفع این نقیصه اولویت داشته و زمینه‌ساز مشارکت مردم محسوب می‌شود. در عین حال نیاز به زمینه‌سازی وسیع فرهنگی در میان مردم وجود دارد تا مشارکت حداکثری افراد برای مداخله در این مقوله که یکی از تابوهای اجتماعی است فراهم گردد، که این خود نیاز به صرف زمان و هزینه و منابع مختلف خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است که بدین وسیله مراتب امتنان خود را اعلام می‌داریم. از حمایت و کمک‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، خصوصاً مدیر کل محترم امور درمان، جناب آقای دکتر سعید صفاتیان که بدون مساعدت ایشان انجام برخی از مصاحبه‌ها امکان‌پذیر نبود، سپاسگزاری می‌نماییم. همچنین لازم می‌دانیم از صاحب‌نظران محترمی که با وجود مشغله فراوان از صرف وقت خود جهت مصاحبه دریغ نورزیدند، کمال تشکر را به عمل آوریم.

References

1- Norooz Project: a joint document in control of Drugs, between the Islamic Republic of Iran and the Office of the United Nations Drug Control, 1999. (In Persian)
2- Border Project between the Islamic Republic of Iran, Pakistan and UNDCP (the UNODC has been renamed), 1998. In Persian
3- Cooperation with the International Narcotics Control Board (INCB): (1). Cooperation and interaction in implementing provisions of the three UN conventions, 19611971 and 1988 (2). Cooperation and interaction with the INCB in importing raw materials and pharmaceutical industry. In Persian
4- General policies regarding the system of Narcotics, the Supreme Leader statement. [Cited 2006 Feb 22]; Available from: URL: www.dchq.ir. In Persian
5- Rahimi Movaghar A, Razaghi M. 30-year trend in drug abuse situation in Iran: Hakim Research Journal 2002; 5(3): 171-81. In Persian
6- Guareschi PA, Jovchelovitch S. Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. journal of health psychology 2004: 9(2): 311-22.
7- Yuet W Cheung. Substance abuse and developments in harm reduction. Canadian Medical Association Journal 2000; 162(12): 1697-700.
8- Guidelines and strategies to prevent drug use. Drug Control Narcotics Headquarters. [Cited 2006 Apr 12]; Available from: URL: www.dchq.ir. In Persian
9- Vaziryan M. Overview of demand reduction programs in Iran and recommendations for strategic development of the country, Social Welfare Research Journal, 2003; 8: 171-230. In Persian.
10- U.N. World Drug Report for 2005. Available from: [Cited 2005 Jun 30]; URL: www.unodc.org/pdf/WDR_2005
11- Rahimi Movaghar A, Razaghi M, Hosseini M, et al. Rapid assessment of drug abuse situation in IRAN 1999, Ministry of Welfare, Office for Cultural Affairs and prevention, control program of the United Nations, Tehran: 2003. In Persian
12- United Nations control program with Ministry of Welfare (Office for Cultural Affairs and prevention): 2000. In Persian
13- Moore D, Dietze P. Enabling environments and the reduction of drug-related harm: re-framing Australian policy and practice. Drug and Alcohol Review 2005; 24: 275-84.
14- World Health Organization: Recommendations for harm reduction program of the Islamic Republic of Iran (report. Dr. Wodak A, Burrows D; WHO International Consultants), 2007, the World Health Organization office in the Islamic Republic of Iran). In Persian
15- Campbell C, Murray M. Promoting Analysis and Action for Social Change. Community Health Psychology 2004; 9(2): 187-96.
16- Kumpfer KL, Alvarado R. Family-Based interventions for substance use and misuse prevention. Substance use & Misuse 2003; 38(11): 1759–87.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

Viewpoints of Policy-Makers about Community Participation in Harm Reduction Programs for Drug Addiction

Kheiltash A[*1] (MD, MPH), Majdzadeh R[1,2] (DVM, PhD), Ehterami M[3] (MD, MPH)

[1]*Center for Community Based Participatory Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Ian*
[2]*School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3]*Research and Development Office, Welfare Organization*

Received 22 Jun 2009, Accepted 12 Aug 2009

Abstract

Introduction: Drug addiction is one of the most important social, economic and health problems of the country. Due to special geographic location of IRAN, every year millions of dollars are spent to combat this problem. In this article, we tried to gather the comments of related policy makers about the harm reduction approach (in drug misuse) and community participation.

Methods: This was a qualitative research. Interview questions focus on addiction and the concept of harm reduction and the perspective of participants regarding community participation in this program. Interviewees identified the role of interest and power of their centers in this process along with barriers for implementation of harm reduction programs. Interviews were done with representatives of governmental organizations, public and private institutions.

Results: About the causes of addiction, most of the interviewees believed that many factors are responsible for drug addiction. This attitude among policy makers is very precious because for years, there were limited methods for reduction of addiction in Iran. About participation of people, although there was general agreement, but a strong emphasis on its limitations; some declared that it must be completely defined.

Conclusion: This study determined that despite an initial resistance to harm reduction programs among staff, now there is a sense of cooperation and coordination among them. This study revealed that there is a lack of legal and administrative infrastructure in macro-level which results in reduction of cooperation between organizations. This interaction is the basis for community participation.

Keywords: Policy makers, addiction, participation, harm reduction

Hakim Research Journal 2009; 12(2): 54- 64

[*]Corresponding author: Assistant Professor of Center for Community Based Participatory Research, Tehran University of Medical Sciences, Flat 9, No 1547, North Kargar St. Tehran, Iran. Tell/Fax: +98-21-88995879-80, kheiltash@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]