

تحلیل تطبیقی راهبرد و سیاست های مخدری آلمان و جمهوری اسلامی ایران

مجید علائی

به نظر می‌رسد در دهه های اخیر پارادایم سیاست گذاری مواد مخدر و اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران، گذاری از انگاره بالا به پایین دستوری به انگاره تعامل ساختارمند را تجربه کرده است. سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری علاوه بر تأکید بر اهمیت تقویت و توسعه همه جانبه تمام ظرفیت های مقابله ای و کاهش عرضه به ویژه از طریق مدیریت مرزی و تقویت امکانات و سامانه های کنترلی و اطلاعاتی، بر لزوم تعامل میان بخش های دولتی و غیر دولتی، نهادهای مدنی و هم چنین مشارکت های اجتماعی در سطوح پیشگیری و کاهش آسیب متمرکز شده است. در محوری دیگر، تأمین خدمات مشاوره ای و درمانی و حمایت های اجتماعی حقوقی از مبتلایان به اعتیاد مطرح و مؤکد واقع شده است که حکایت از تعامل میان نهادها و سطوح مختلف در مهار معضل اعتیاد دارد. این محورها نه تنها حاکی از برداشت های غلط و مغفول ماندن بسیاری از کشورها در خوانش سیاست های مخدری کشور ایران در چارچوبی سرکوب گر و واپس گرا است، بلکه نشان از رویکردی مترقی است که با انگاره های نسبتاً موفق تجربه شده در کشورهای نظیر آلمان برابری می کند.

با نگاهی اجمالی به سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر در جمهوری اسلامی ایران و راهبرد ملی سیاست مخدری و اعتیاد در جمهوری فدرال آلمان در می‌یابیم چشم انداز و نگرش دو دولت در قبال معضل مهار مواد مخدر و اعتیاد از شباهت ها و نقاط اشتراک بسیاری برخوردار است. تأکید بر اتخاذ راه کنش ها و اجرای سیاست های پیشگیرانه در محیط های تربیتی به منظور پرهیز از ابتلا به ورطه ی اعتیاد در هر دو راهبرد بسیار پررنگ و حائز اهمیت و یکی از همین شباهت هاست. از دیگر نقاط اشتراک می توان بر محور ۱۱ سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران، یعنی اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت های

اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان‌گردان در زمینه‌ی اشتغال و اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد باز توانی شده و خانواده‌های آن‌ها، اشاره کرد که مطابق و سازگار با رکن دوم راهبرد ملی مواد مخدر و اعتیاد آلمان یعنی مشاوره، درمان و حمایت از وابستگان برای غلبه بر اعتیادشان است. همچنین، محور ۴ سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر که بر اتخاذ راهکارهای پیشگیری با بهره‌گیری از امکانات فرهنگی آموزشی، ورزشی و هنری در محیط خانواده، کار، و مراکز آموزشی، فرهنگی و عمومی تأکید می‌ورزد، با رکن نخست سیاست‌های ملی دولت آلمان در قبال معضل مواد مخدر مطابقت دارد.

دو رکن دیگر از ارکان چهارگانه راهبرد ملی مخدری آلمان یعنی تدابیر کاهش آسیب و کاهش عرضه نیز به شکلی جامع و منسجم در سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر ایران و به ترتیب در محورهای ۶، ۱، ۲ و ۳ منعکس شده است.

پرسش هدفمند این جا مطرح می‌گردد که پیاده‌سازی این سیاست‌ها در جمهوری اسلامی ایران با چه موانعی روبه‌رو بوده است و اساساً این راه‌کارها در مقایسه با برنامه‌ها و ابتکارات انجام گرفته در کشور آلمان به چه میزان موفقیت کسب کرده است. آیا حلقه‌ی مفقوده‌ی عدم کامیابی تمام عیار سیاست‌های کلی حوزه‌ی اعتیاد و مواد مخدر به عدم تلقی احساس مسئولیت مشترک و عدم هماهنگی میان نهادهای دولتی و غیردولتی باز می‌گردد، و یا شکاف و نبود ظرفیت‌های بسنده‌ی زیرساختی در اجرای طرح‌های پیشنهادی عمده‌ترین دلیل عدم موفقیت صددرصدی در مهار معضل مواد و اعتیاد در کشور است.

نقطه‌ی مشترک قوانین مخدری: سیاست عدم تاب‌آوری در برابر نگهداری و فعالیت‌های مخدری

بر اساس قانون مواد مخدر فدرال آلمان، نگهداری بدون مجوز مواد در این کشور یک جرم کیفری محسوب می‌شود و مجازات زندانی تا ۵ سال به همراه خواهد داشت. هر چند، قانون‌گذار در مواردی که مقادیر بسیار کم مواد مخدر برای مصرف شخصی درکار باشد، گزینه‌های دیگری جز تعقیب کیفری پیش‌بینی کرده است (گزارش مخدری EMCDDA، ۲۰۱۷: آلمان؛ ص ۴). شایان ذکر است، هر یک از تقسیمات ۱۶ گانه فدرال آلمان^۱ «مقدار کم» را برای کانابیس و برخی برای هروئین، کوکائین، آمفتامین و اکستازی/MDMA ارزش‌گذاری کرده‌اند. این تصمیم هم‌راستا با روند غالب در کشورهای اروپایی مبنی بر کاهش شدت مجازات برای چنین

^۱ Länder

جرائمی است. معیار های کلیدی در اتخاذ تصمیم های کیفری بر اساس میزان و نوع ماده ی مخدری، شرکت و همدستی دیگران، پیشینه ی شخصی مجرم و این که آیا منفعت عمومی در تعقیب کیفری است یا خیر تعیین می گردد.

در رابطه با عرضه، کشت و تولید غیرقانونی مواد مخدر کیفری معادل با ۵ سال زندانی پیش بینی شده است؛ در موارد تشدید یافته، این مجازات تا ۱۵ سال حبس بسط خواهد یافت: از جمله مقادیر بالای مواد مخدر، هنگامی که بزرگسالی تأمین کننده ی مواد به فرد زیر سن قانونی (۱۸ سال) باشد، قاچاقچی حرفه ای مواد مخدر یا عضو یک باند قاچاق، حمل سلاح گرم به هنگام ارتکاب به جرم مخدری.

مواد روان گردان جدید^۲ (NPSs) با گنجانده شدن در جداول ۱ تا ۳ قانون مخدری فدرال آلمان تحت کنترل درآمده اند. هر چند به دلیل تنوع، تولید و تکثر بعضاً هفتگی این مواد و معرفی مواد جدیدتر با فرمولاسیون و اسامی متنوع، اصلاح قوانین موجود پیرامون این مواد کمی زمان بر و سازگاری با سرعت تولید غیرقانونی این مواد در عمل غیرممکن است. با این وجود، از اکتبر سال ۲۰۱۶ میلادی، قانونی جدید تصویب شده که هرگونه فعالیت مبنی بر عرضه ی ان پی اس هایی را که به گروه محرک های نوع آمفتامین تعلق دارند همچون کاتینون ها و کانابینوئیدهای مصنوعی ممنوع کرده است. جرائم مرتبط با این مواد، مجازات حبس تا ۳ سال در زندان را به همراه خواهد داشت که در موارد خاص شدید تر، این میزان تا ۱۰ سال زندانی قابل افزایش است.

در چارچوب سیاست های کلی و قوانین مخدری در جمهوری اسلامی ایران، استعمال مواد مخدر و روان گردان جرم محسوب می شود و چنان چه متخلف هیچ گونه عذر موجهی که ذیل مواد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ و الحاقات بعدی و تبصره های مرتبط آمده را نداشته باشد، تحت تعقیب و به موجب قانون به حبس از ۹۱ روز تا ۳ ماه محکوم می شود (حسین ذبحی، ۱۳۹۴؛ ج ۲، ص ۳۶۷). اما در عمل، قانون گذار تمهیداتی را در نظر گرفته که فرد معتاد با مراجعه به مراکز درمانی بتواند اقدام به ترک نماید و با اخذ گواهی تحت درمان از هرگونه تعقیب کیفری در امان باشد. حتی در صورت نداشتن چنین گواهی، چنان چه فرد معتاد بازداشت شود، در بار نخست، با ارائه ی تعهدی مبنی بر ارائه ی گواهی تحت درمان و کاهش آسیب حکم تعقیب به مدت شش ماه تعلیق می شود و به موجب قانون فرد معتاد به یکی از مراکز تعیین شده معرفی می گردد. در مجموع می توان گفت قانون مبارزه با مواد مخدر به گونه ای برنامه ریزی و اصلاح شده که نهایت

² New Psychoactive Substances

حمایت را از فرد مبتلا به اعتیاد به عمل می‌آورد و این موضوع در راستای محور ۶ سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغیه‌ی مقام معظم رهبری مبنی بر اتخاذ تدابیر علم محور و ایجاد و گسترش امکانات تشخیص، درمان، بازتوانی مصرف کنندگان مواد و کاهش آسیب است.

یکی از مواردی که به نظر می‌رسد صرفاً در راستای جنبه‌ی بازدارندگی از آلوده شدن به مواد مخدر به ویژه برای جوانانی که می‌خواهند برای نخستین بار اقدام به استعمال مواد مخدر یا روان گردان های صنعتی غیردارویی کنند در قانون مخدری جمهوری اسلامی ایران گنجانده شده ماده‌ی ۱۹ این قانون است که به موجب آن فرد غیرمعتادی که اقدام به مصرف نماید بر حسب نوع ماده علاوه بر مجازات شلاق (۲۰ تا ۷۴ ضربه)، ملزم به پرداخت جریمه‌ی نقدی (از یکصد هزار تومان تا یک میلیون تومان) نیز می‌شود.

رویکرد دولت جمهوری اسلامی ایران در قبال فعالیت های غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر و روان گردان شامل ساخت، تولید، توزیع، خرید و فروش، نگهداری و حمل سیاست تحمل صفر^۳ است. بسته به میزان و حجم مواد مخدر یا روان گردان های غیر دارویی که فهرست آن ها به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد، قاچاق، تولید، ساخت، توزیع یا فروش مواد مجازاتی مقتضی، از جریمه‌ی نقدی و شلاق و حبس گرفته تا بیشترین حد آن یعنی حبس ابد، اعدام و مصادره‌ی اموال ناشی از همان جرم، در پی خواهد داشت. هم چنین سوء پیشینه و تکرر جرائم مخدری در تشدید مجازات تأثیرگذار است (ر.ک. قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ و الحاقات بعدی آن). هرچند، در آذر ماه سال ۱۳۹۵، طرح الحاق یک ماده به قانون مبارزه با مواد مخدر در کشور با اکثریت آرا در مجلس رأی آورد که به موجب آن مرتکبین جرائم سنگین مخدری که محکومیت اعدام و یا حبس ابد برای آن ها در نظر گرفته شده و مفسد فی الارض محسوب می‌شوند، محکومیت آن ها به بیش از ۲۵ سال تا ۳۰ سال حبس درجه‌ی یک تقلیل می‌یابد. به گفته‌ی مدیر کل وقت حقوقی و امور مجلس ستاد مبارزه با مواد مخدر، علی‌علیزاده، این قانون (ماده‌ی ۴۵) از تاریخ ۲۳ آبان ماه سال جاری لازم الاجراست (به نقل از پایگاه اینترنتی ستاد مبارزه با مواد مخدر، مورخ ۹۶/۸/۱۵)^۴.

^۳ Zero tolerance

^۴http://www.dchq.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=41490:096081501&catid=90&Itemid=5512

پیشگیری: از سیاست گذاری تا اجرا

هم چنان که پیشگیری یکی از ارکان چهارگانه‌ی راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر در جمهوری فدرال آلمان است، در حوزه‌ی مدیریت مهار معضل مواد مخدر و اعتیاد در کشور جمهوری اسلامی ایران نیز، بنابر اسناد بالا دستی، راهبرد پیشگیری می بایست نسبت به سایر راهبردهای مبارزه با مواد مخدر در برنامه و بودجه اولویت داده شود (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰؛ ص ۴۱). تعامل میان بخش مدیریت پیشگیری از اعتیاد با دیگر رویدادها می بایست همواره و به شکلی فعال انجام پذیرد، به نحوی که هرگونه تصمیمی پیرامون معضل اعتیاد را پوشش دهد و به آن حساس باشد. نقش سازمان های مردم نهاد به ویژه سازمان های جماعت محور^۵، مشارکت - های مدنی و بسیج نیروی مردمی در تمامی مراحل برنامه ریزی، سیاست گذاری، و اجرا و ارزشیابی می بایست بسیار پررنگ باشد و هم چنین از قابلیت ها و ظرفیت های حداکثری بخش خصوصی می بایست در زمینه‌ی پیشگیری اولیه استفاده کرد. حال آن که در اقدامات و ابتکارات نسبتاً نوپای پیشگیری اولیه در کشورمان، به نظر می رسد حلقه‌ی مفقوده همین مشارکت و به کارگیری ظرفیت نهادهای مردمی و قابلیت بخش خصوصی باشد. سازمان های متولی امر پیشگیری از جمله نهادهای آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی و آموزش عالی عملاً در اجرای ابتکارات و برنامه های پیشگیری اولیه بسیار ضعیف عمل کرده اند، اگر نگوئیم اساساً قدمی موثری در این حوزه بر نداشته اند. از طرفی، هر زمان سازمانی مردم نهاد یا نماینده ای از بخش خصوصی چه در سطح داخلی و چه در سطح بین المللی تمایل خود را برای ورود به این عرصه ابزار می دارد و ابتکارات و برنامه هایی را ارائه می نماید، از ورودش به این حوزه ممانعت می شود. گاه نیز برخی ملاحظات از سوی نهادهای دیگر مطرح می شود که طرح و اجرای برنامه های آموزش محور پیرامون مداخلات پیشگیری به ویژه در سطح آموزش ابتدایی، را نا ممکن و عقیم می سازد. در برنامه هایی پیشگیری اولیه در ایران، مداخلات جنسیت ویژه، هدفمند برای سنین خاص و تقویت مهارت های فردی و اجتماعی جایی ندارد. در عمل می بینیم موانع بسیاری بر سر پیاده سازی سیاست های خوش نوشته‌ی پیشگیری اولیه وجود دارد که در صورت عدم رفع، به هیچ وجه آینده‌ی روشنی را برای مهم ترین رکن راهبرد مخدري در جمهوری اسلامی ایران رقم نخواهد زد.

از سوی دیگر، در دولت آلمان، احساسی مشترک برای اجرای تدابیر پیشگیری از اعتیاد میان وزارتخانه های فدرال و ایالات ۱۶ گانه، شهرداری ها و مرکز سلامت و آموزش فدرال (BZgA) و هم چنین بدنه های دولتی بیمه‌ی اجتماعی وجود دارد. تمام این نهادها تأمین مالی و اجرای فعالیت های پیشگیرانه را مسئولیت و وظیفه‌ی مشترک می دانند. علاوه بر اتخاذ راهبردهای محیطی و همگانی که کل جمعیت را پوشش می دهد، مداخلات

^۵ CBOs – Community Based Organizations

پیشگیری گزینشی هدفمند نیز برای گروه های آسیب پذیر که بیشتر در معرض مشکلات مرتبط با مصرف مواد هستند در دولت آلمان پیش بینی شده است. در آلمان، دو سوم اقدامات صورت گرفته پیرامون پیشگیری، رویکردی همگانی داشته و برخی نیز رویکرد گزینشی^۶، موردی^۷ و محیطی^۸ را دنبال کرده اند (گزارش مخدري EMCDDA، ۲۰۱۷: آلمان؛ ص ۱۰).

اقدامات پیشگیری محیطی در آلمان بر محدود کردن استعمال سیگار در اماکن عمومی، ممنوعیت فروش محصولات توتون و الکل به خرد سالان، تنبیه رانندگانی که تحت تأثیر مواد روان گردان هستند و در کل اقدامات پلیسی که منجر به کاهش دسترسی به مواد غیر قانونی می شود متمرکز است (همان). هم چنین بخشی از برنامه های پیشگیرانه در چارچوب رویکرد همگانی، ویژه های دانش آموزان و نوجوانان است از جمله برنامه های مدرسه محور. برنامه ها و پروژه های مهارت آموزی، مداخلات جنسیت ویژه^۹ و ترویج تفکر انتقادی نسبت به مصرف مواد، الکل و توتون از آن دست اند. دسته ای دیگر از برنامه های پیشگیری نیز متوجه خانواده هاست و با هدف افزایش مهارت های والدین، نقش حمایتی خانواده و همچنین تقویت مهارت های اولیه کودکان انجام می گیرد. پروژه هایی نیز در قالب برنامه های پیشگیری گزینشی که در حداقل ۱۰ کشور دیگر عضو اتحادیه اروپا نیز اجرا می شود در آلمان پیاده سازی شده است. برنامه های پیشگیری موردی نیز در آلمان کودکان و نوجوانانی را زیر چتر پوششی قرار می دهد که اختلالات رفتاری دارند و یا در خانواده هایی زندگی می کنند که درگیر وابستگی به مواد و اعتیادند از جمله برنامه ی موردی ترامپولین (ر.ک. گفتار نخست، بخش برنامه های پیشگیری در آلمان).

در سند پیشگیری از اعتیاد تدوین شده توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰) بنابر اهداف و راهبرد های اولی، ۹ برنامه ی ملی طرح شده است که ۴ برنامه ی نخست شامل: ۱- برنامه ی ملی پایش و بازخورد تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد، ۲- برنامه ی ملی اصلاح ساختار و چابک سازی نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد، ۳- برنامه ی ملی توسعه ی علم پیشگیری از اعتیاد و ۴- برنامه ی ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد، به عنوان زیر بنای نظام پیشگیری اولیه از اعتیاد بستر را برای اجرای نظام مند و اثر بخش پروژه های پیشگیری و هم چنین تشخیص دقیق جوامع هدف و برقراری تعاملی ساختارمند و سازنده میان بخش های دولتی و غیردولتی و نهاد های مردمی مهیا می سازند. ۵ برنامه ی ملی دیگر، که به ترتیب با

⁶ selective

⁷ indicated

⁸ environmental

⁹ gender-specific interventions

هدف ارائه‌ی خدمات و توانمندسازی خانواده‌ها، ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار، در درون جماعت‌ها^{۱۰} و در پایان جامعه طراحی شده‌اند در برگیرنده‌ی پروژه‌های عملیاتی برای نیل به هدف غایی سند جامع پیشگیری یعنی همان کاهش میزان شیوع اعتیاد در کشور هستند.

جای بسی تعجب است که با وجود تأکید بر بهره‌گیری از انواع مداخلات پیشگیری و اجرای متوازن برنامه‌های پیشگیرانه‌ی همگانی، گزینشی و موردی و با گذشت قریب به ۶ سال از تدوین سند پیشگیری از اعتیاد، تقریباً هیچ گزارشی مبنی بر اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های ۹گانه‌ی ملی در زمینه‌ی پیشگیری اولیه توسط نهادهای متولی ارائه نشده‌است و آمارهای رسمی و غیررسمی منتشر شده توسط نهادهای ذیربط حاکی از کاهش معنادار سن ابتلا به اعتیاد و رشد گرایش دانشجویان و دانش‌آموزان به مواد مخدر و به‌ویژه روان‌گردان‌های صنعتی است.

دور از ذهن نیست که سند جامع پیشگیری در ایران، بدون درنظر گرفتن بافت فرهنگی و محیطی، زیر ساخت‌های آموزشی پرورشی و محدودیت‌های پیش‌گفته در همین بخش، تنها گرده برداری از اسناد مرتبط در کشورهای پیشرفته‌ی غربی بدون بومی‌سازی سازگار باشد و سستی و رخوت نظام اجرایی کشور را در اجرای برنامه‌های همگانی چینی در نظر نگرفته باشد.

آلمان حامی کاهش آسیب و درمان

حمایت‌های همه‌جانبه از محل منابع دولتی و عمومی از فعالیت‌ها و برنامه‌هایی که با هدف کاهش میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد در کشور آلمان صورت می‌گیرد نشان از اهمیت سیاست‌های کاهش آسیب در راهبرد مهار اعتیاد و مواد مخدر در این کشور است. تأمین دسترسی آسان به خدمات درمان اعتیاد برای گروه - های مصرف‌کننده حاشیه‌نشین در بافت‌های شهری و ارائه‌ی گسترده‌ی متنوعی از برنامه‌های کاهش آسیب نظیر برنامه‌ی تبادل سرنگ و سوزن، برنامه‌ی نالوکسون^{۱۱} برای گروه هم‌سالان به منظور پیشگیری از بیش‌مصرفی^{۱۲}، اتاق‌های مصرف مواد تحت نظارت و برنامه‌ی درمان به کمک هروئین کشور آلمان را در زمره‌ی یکی از معدود کشورهای اروپایی و حتی جهان قرار می‌دهد که همه‌نوع خدمات درمانی و کاهش آسیب برای جوامع

^{۱۰} communities

^{۱۱} داروی پادزهر مواد اویپوئیدی نظیر تریاک. این ماده بیشتر اثرات اویپوئید را هم چون دپرسیون تنفسی و کاهش فشار خون آنتاگونیزه می‌کند.

^{۱۲} overdose

هدف در نظر گرفته‌است. هرچند سطح دسترسی‌ها بسته به نواحی و تقسیمات فدرالی متفاوت است. تنها کشور مشابه آلمان در اتحادیه‌ی اروپا از حیث تأمین دامن‌های وسیعی از خدمات کاهش آسیب، دانمارک است.

با وجود این‌که بیش از سه دهه از عمر برنامه‌های سرنگ و سوزن در آلمان می‌گذرد، این دست از برنامه‌ها از سال ۱۹۹۲ به طور رسمی قانونی شد (گزارش مخدری EMCDDA، ۲۰۱۷: آلمان؛ ص ۱۲). سوزن و سرنگ استریل نه تنها از طریق شبکه‌ها و خدمات مشاوره در دسترس قرار می‌گیرد، که یک تعداد ماشین‌های خودکار هستند که این امر را انجام می‌دهند. در حال حاضر تعداد ۲۳ اتاق امن مصرف در ۶ ایالت فدرال از تقسیمات ۱۶گانه‌ی کشور آلمان مشغول به ارائه خدمات است. هم‌چنین برای جلوگیری از گسترش مرگ‌های ناشی از بیش مصرفی اوپیوئید، برنامه‌های نالوکسون خانه بر^{۱۳} نیز به‌مورد اجرا گذاشته شده است.

پزشک خانواده، نخستین حلقه‌ی تماس با زنجیره‌ی درمان اعتیاد در کشور آلمان است و برنامه‌های درمان سرپایی، برنامه‌های فشرده‌ی بلند مدت از جمله درمان جایگزین اوپیوئید، و باز پروری در کنار برنامه - های متعدد درمان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری ناشی از مصرف کانابیس، کوکائین، آمفتامین و اکستازی بخشی از دامن‌های گسترده‌ی برنامه‌های درمانی در کشور آلمان است.

در مجموع می‌توان گفت، نقش مداخلات زود هنگام، پیشگیری و مشاوره در راهبرد کنترل اعتیاد کشور آلمان بسیار پر رنگ است.

علی‌رغم این‌که یکی از راهبردهای مورد نظر رکن درمان و کاهش آسیب ناشی از مواد مخدر ارائه خدمات جامع درمان، بازتوانی، زیانکاهی (کاهش آسیب) و حمایت‌های اجتماعی با توجه به تنوع و ویژگی‌های اختصاصی گروه‌های مختلف و انواع مواد (ر.ک. سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان/اعتیاد کشور، ۱۳۹۲؛ ص ۱۰۸) است، به نظر می‌رسد جز در مواردی نظیر اجرای برنامه‌های درمان جایگزین اوپیوئید، هم‌چون متادون و بوپرنورفین درمانی توسط مراکز درمانی که دلیل آن هم اقتصاد ایجاد شده در حوزه‌ی بهداشت و سلامت برای مراکز خصوصی درمان و ترک اعتیاد می‌باشد، برنامه‌های منسجم دیگری در حوزه‌ی توانمندسازی افراد وابسته و باز ادغام اجتماعی در سطحی همگانی به مرحله‌ی اجرا در نیامده است. هم‌چنین به نظر می‌رسد متولیان امر سیاست‌گذاری مواد در سطح کلان در جمهوری اسلامی ایران، هنوز رویکرد مثبت، و تمایلی به اجرای برنامه‌های مرفقی حوزه‌ی کاهش آسیب هم‌چون اتاق‌های امن مصرف (DCR)، توزیع سرنگ‌های استریل در محل‌های آلوده و برنامه‌ی نالوکسون ندارند، حال آن‌که این دست برنامه‌ها، که معمولاً زیر نظر تمام

¹³ take-home naloxone programmes

وقت کارشناسان و متخصصان پزشکی اعتیاد صورت می گیرد، اثربخشی و کارایی نسبتاً بالایی در کاهش نرخ مرگ های ناشی از بیش مصرفی و هم چنین پیشگیری از شیوع و گسترش بیماری های واگیردار عفونی هم چون اچ ای وی و هپاتیت سی داشته اند. آمارهای مرتبط با کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از مصرف مواد، و سرایت بیماری در اثر استعمال سرنگ آلوده در کشورهایی نظیر آلمان، دانمارک، نروژ و کانادا به جهت تأسیس اتاق های امن مصرف مهر تأییدی است بر میزان اثربخشی این دست برنامه که متأسفانه در کشورمان تقریباً مغفول مانده است.

آمارهای مرگ و میر در حال افزایش در ایران به دلیل بیش مصرفی مواد اپیوئیدی و عدم دسترسی به نالوکسون، و مسمومیت های دارویی چون مواد اپیوئیدی سرب دار بخشی به دلیل نبود تسهیلات کاهش آسیب و خدمات مشاوره ایی است که می تواند در همین اتاق های امن مصرف ارائه گردد؛ این در حالی است که استقبال کشورهای اروپایی از قانونی سازی اتاق های امن مصرف و تأسیس آن روز به روز در حال افزایش است و کشورهای دیگر نیز یکی پس از دیگری (هم چون اسکاتلند، شاید در آینده ای نزدیک انگلستان) به جرگه ای ارائه دهندگان این گونه تسهیلات می پیوندند.

نتیجه گیری

به نظر می رسد نقطه ی ضعف و معلولیت نظام کنترل مواد مخدر و اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران و عدم موفقیت در مهار رشد شیوع اعتیاد در کشور، ناکار آمدی ناشی از نبود بستر مناسب به منظور پیاده سازی و اجرای ناقص برنامه های ملی پیش بینی شده در اسناد جامع در سطوح مختلف از جمله پیشگیری اولیه، کاهش آسیب و درمان و حمایت اجتماعی است؛ وگرنه در حوزه ی **سیاست نگاری**، مسیر پیش بینی شده بسیار شفاف است و راهبردها و سیاست های تدوین شده الگوهای شایسته ای است که نظیر آن در کشورهای نسبتاً موفق نیز ارائه و اجرا می شود.

منابع

ذبحی، ح. (۱۳۹۴). شرح و بررسی قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاقات بعدی آن. جلد ۲. تهران: مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضائیه

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰). سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد. ریاست جمهوری. ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۲). سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور. ریاست جمهوری. ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران

EMCDDA (2017). *Germany Country Drug Report*. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.