

ویژه نامه ^{۰۰} همواره مبارزه با مواد مخدر



- ✓ کاهش پیشگیری بالکل از اسیب برای چهار اعتیاد در ایران
- ✓ مروری بر سیاست کاهش آسیب در ایران و منطقه
- ✓ اعتیاد به مثابه امر اجتماعی
- ✓ جنگ با مواد از رویا تا واقعیت



مقدمه

مبارزه با مواد مخدر یکی از اصلی‌ترین اقدامات دولت‌های حکمران در سراسر جهان است. با وجود صرف هزینه و وقت و انرژی زیاد اما، مبارزه با مواد مخدر برای ریشه‌کن ساختن این آسیب اجتماعی از طریق مقابله با عرضه آن هیچ‌گاه به موفقیت نهایی نائل نشده و هرگاه که عرضه یکی از اقلام این مواد در سطح جهان با اختلال قابل توجهی روبه‌رو شده، جذابیت سایر مواد بالاتر رفته و جای خالی به وجود آمده با افزایش عرضه دیگر اقلام جبران شده است. لذا به نظر می‌رسد مبارزه موثر با مواد مخدر نیازمند ایجاد توازن میان چهار حوزه «پیشگیری»، «کاهش عرضه»، «کاهش آسیب» و نهایتاً «پی‌بست اجتماعی» است. موسسه پژوهشی کادراس به مناسبت هفته مبارزه با مواد مخدر اقدام به انتشار ویژه‌نامه‌ای در این زمینه کرده و می‌کوشد هر چهار حوزه مختلف فوق را پوشش دهد. تا به این ترتیب تصویر روشنی از هست‌ها و بایدهای سیاست‌گذاری مخدری فراروی مخاطبان قرار گیرد.

کاری از موسسه هم‌اندیشی جهانی راه برتر (کادراس) به مناسبت
هفته مبارزه با مواد مخدر



دانش پیشگیری؛ الزامی برای مهار اعتیاد در ایران

ایران در سده اخیر همواره با موضوع موادمخدر اعم از قاچاق، درگیری های نظامی، خرید و فروش، مصرف و... دست به گریبان است. در حوزه مصرف، به طور سنتی سوءمصرف تریاک در ایران شایع بوده است. آمارها نشان می دهد مصرف تریاک در بین افراد ۱۵ تا ۶۰ سال بسیار بالا است؛ به طوری که حدود ۲۰ درصد از افراد در این رده سنی تریاک مصرف کرده یا می کنند. این مصرف شامل مصارف آزمایشی، تفننی و یا وابستگی می شود. متأسفانه بیشترین میزان مصرف تریاک در این بازه سنی مربوط به ایران است. علاوه بر این مصرف هروئین و آمفتامین نیز در دهه اخیر با افزایش روبرو بوده است. به گزارش دفتر مبارزه با جرم و مواد سازمان ملل، مصرف متامفتامین ۳ درصدی از مقدار ناچیز نزدیک به صفر در سال ۲۰۰۴ به مصرف ۳.۵ درصدی در سال ۲۰۰۷ رسید. بی شک این مقدار در سال ۲۰۱۹ روند صعودی داشته است. با این حساب اگر به آمارهای تقریبی موجود در مورد تعداد معتادین کشور نظر کنیم در می یابیم در سال های اخیر افزایش قابل توجهی در تعداد معتادین کشور داشته ایم. برخی از آمارها حاکی از وجود نزدیک به ۳ میلیون نفر معتاد در پایان سال ۱۳۹۵ است؛ با احتساب رشد میزان مصرف می توان نتیجه گرفت که افزایش این رقم در سال های بعد نیز ادامه یافته است. اگر به این میزان، روند صعودی شیوع مصرف کانابیس در میان نوجوانان را اضافه کنیم طبیعتاً این آمار افزایش یافته و وضعیت نگران کننده ای را برای کشور رقم خواهد زد.



این آمارها گواهی بر این مسئله است که کنترل موادمخدر موضوعی سهل و آسان نبوده و تکیه صرف بر سیاست های کاهش آسیب با رویکردهای پزشکی-درمانی و همچنین سیاستهای پلیسی-امنیتی در مبادی کشور اگرچه لازم است اما نمی تواند کافی و راهگشا باشد. در این مقال تلاش داریم با تشریح و بسط موضوع پیشگیری، این سیاست را بعنوان راهبردی کم هزینه تر، آسانتر و با بهره وری بیشتر معرفی نماییم.

سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد که از سوی ستاد مبارزه با موادمخدر تدوین و منتشر شده است، پیشگیری از اعتیاد را به معنای پیشگیری اولیه از فرآیند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوءمصرف و وابستگی می داند. این سند با برگرفتن سطوح بندی رایج در دنیا، پیشگیری را به سطح همگانی (Universal)، انتخابی (Selective) و موردی (Indicated) تقسیم می کند. پیشگیری همگانی به معنای جلوگیری از ابتلا به بیماری اعتیاد از طریق افزایش سطح آگاهی افراد از عوارض جسمانی، روانی، اجتماعی و درمان بیماری های جسمانی یا روانی است که می توانند عاملی برای گرایش به مصرف موادمخدر باشند. همچنین این پیشگیری به بهبود روابط خانوادگی و مقابله با فقر و تبعیض و نابرابری در جامعه اشاره دارد. پیشگیری انتخابی ناظر به جامعه هدف کوچکتری است که در معرض خطر هستند مانند نوجوانانی که در گروه های همسالان پرخطر قرار می گیرند. پیشگیری موردی نیز مربوط به افراد مشخصی است که شروع به مصرف مواد کرده اند اما هنوز به مرحله وابستگی نرسیده اند. این سطوح سه گانه در بسیاری از برنامه ها و متون پیشگیری در دنیا آورده شده و قابل قبول و مطلوب است؛ لکن در مورد ایران توجه به نکاتی که در ادامه می آید ضروری است:



لزوم توجه به برنامه عملی و مکانیسم مشخص

بسیاری از اقوال و متون در باب پیشگیری در ایران به نکات قابل توجه و مطلوبی اشاره دارند اما مکانیسم عملی-حقوقی آن و کارگزار متناسب آن مشخص نیست. به عبارت دیگر در باب لزوم توجه به پیشگیری بعنوان موثرترین و شناخته شده ترین راهبرد کنترل و کاهش مصرف مواد بسیار سخن رفته و از تأملات نظری با تم روانشناسی، جامعه شناسی و دیگر زیررشته های علوم انسانی به کرات سخن به میان آمده است اما در عرصه عملیاتی شاخص ها و چگونگی مکانیسم اجرایی آن چندان از وضوح برخوردار نیست. بعنوان مثال یکی از شاخص های مهم در امر پیشگیری توجه به رده های سنی، جنسیتی، شغلی و... مصرف کنندگان مواد است که توجه چندان به آن نشده است. نمی توان بدون در نظر گرفتن تفاوت جایگاه ها و نقش ها و سن فرد مصرف کننده برای آن برنامه مشخص پیشگیری را تدوین نمود. البته در پیشگیری همگانی شاخص بندی دقیق به نسبت پیشگیری های نوع دوم و سوم مطرح نیست چراکه همچنان که از نامش پیدا است پیشگیری اولیه آماده سازی و لزوم توجه دادن به جامعه در مورد اعتیاد و مصائب آن است.

لزوم گزینش راهبرد عینی و مشخص

مسئله مهم دیگر که در مورد ایران و وضعیت آن نباید مورد غفلت واقع شود لزوم گزینش هدفمند یک نوع از سیاست پیشگیری به فراخور وضعیت کشور است. همچنانکه از نظر گذارانندیم با توجه به آمارهای نگران کننده در مورد میزان مصرف مواد در کشور مقتضی است هرچه سریع تر برای این مسئله چاره جویی نمود. پیشگیری نباید بعنوان یک مفهوم و سیاست کلی و بدون ملحوظ دانستن راهبرد عینی و عملی مشخص تنها در اقوال و اسناد بالادستی و به شکل انتزاعی نام برده شود.



امروز بیش از پیش به مشخص نمودن نهاد متولی پیشگیری در کشور، شناخت صحیح و علمی از وضعیت اعتیاد و دسترسی آسان به آمارها و اطلاعات در درجه اول و اتخاذ تصمیم و سهل نمودن فرآیند سیاستگذاری در درجه دوم نیازمندیم. تأکید بر گزینش یک سیاست عینی و عملی در میان انواع سیاستهای پیشگیری بسیار حائز اهمیت است. بعنوان مثال به نظر می رسد باتوجه به وضعیت نه چندان مطلوب مصرف مواد در کشور، امروز اتخاذ سیاست پیشگیری همگانی (سطح اول) از جامعیت مطلوبی برخوردار نیست؛ لذا باید سیاستها را به پیشگیری انتخابی (سطح دوم) با شفاف و دقیق نمودن رده های سنی در معرض خطر سوق داد. امروز بر کسی پوشیده نیست که سن مصرف مواد در دهه اخیر به سنین کمتری رسیده و در رده های سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، گروه های همسال پرخطر افزایش یافته است. از اینرو سیاست انتخابی پیشگیری باید در دستور کار نهاد های مجری قانون و متولیان امر قرار گیرد.

درک صحیح از دانش پیشگیری و مسئله اجتماعی

باید توجه داشت که پیشگیری بعنوان یک دانش با مسائل اجتماعی گره می خورد. به عبارت دیگر زمانی می توان راهبرد و سیاست دقیقی را تدوین و عملیاتی کرد که پیش از آن درک درستی از مسائل اجتماعی داشت. بنابراین در اینجا شناخت صحیح مسائل اجتماعی اعتیاد پیش شرط تدوین راهبرد پیشگیری است. برخی از پژوهشگران در شناخت مسئله اجتماعی چهار ویژگی را دارای اهمیت فراوان می دانند: شیوع، میزان وقوع، گستردگی و شدت. با احتساب این عوامل باید درک درستی از مسائل داشت و به این پرسش ها پاسخ داد: آیا افکار عمومی از وقوع، شیوع، گستردگی و شدت اعتیاد در جامعه رضایت دارد؟ آیا اعتیاد را ضد ارزش ها و هنجارها تلقی می کند یا تا حدودی مصرف مواد را به لحاظ ارزشی و هنجاری پذیرفته است؟



آیا ما با پدیده متعارف شدگی مصرف مواجهیم یا خیر؟ پاسخ به این پرسش ها نیازمند طرح ها و پیمایش های علمی و دقیق در محدوده ملی است. در واقع پاسخ دقیق به پرسش های فوق ما را یک گام به طرح موضوع پیشگیری نزدیک می کند. به عبارت دقیق تر با شناخت صحیح مسائل اجتماعی و پاسخ های روشن به پرسش های فوق است که می توان میان سیاستهای گوناگون و متکثر پیشگیری دست به انتخاب زد. عدم شناخت صحیح و درک درست از مسائل اجتماعی لاجرم به عدم دستیابی به دانش پیشگیری در میان سیاستگذاران و متولیان کنترل اعتیاد می انجامد. به همین دلیل است که بعضا با تعاریف کلی، انتزاعی و غیرقابل عملیاتی از مفهوم پیشگیری روبرو می شویم. به نظر می رسد با در نظر گرفتن عوامل فوق و حصول به تعاریف دقیق، عملیاتی و اجماع نخبگان علمی و عملی حوزه اعتیاد به موادمخدر بتوان بیش از پیش به تسکین آلام اعتیاد در کشور کمک کرد.

سید رضا حسینی



مروری بر سیاست کاهش آسیب در ایران و منطقه

کاهش آسیب چیست؟

کاهش آسیب بر پایه این اندیشه استوار شده که انسان ها حق امنیت داشتن و مورد حمایت واقع شدن را دارند، حتی اگر خود تمایل و آمادگی برای خودداری و پرهیز از مصرف مواد غیرقانونی را نداشته باشند. این رویکرد در واقع مبتنی بر ارائه گزینه هائی برای مصرف کنندگان مواد مخدر است که آن ها را برای محافظت از سلامت شان یاری می کند.

مثالی از رویکرد کاهش آسیب عبارت است از تأمین دسترسی به تجهیزات تزریق استریل برای افرادی است که اقدام به مصرف تزریقی مواد می کنند که این اقدام خطر ابتلا و انتقال اچ ای وی و هپاتیت سی را کاهش می دهد. همچنین درمان از طریق تجویز داروهای خوراکی نظیر متادون و بوپرنورفین و تحت نظارت پزشک بیش مصرفی (اوردوز) و تزریق هروئین و دیگر مشتقات تریاک را کاهش می دهد. این ابتکار نیز در راستای برنامه های کاهش آسیب انجام می گیرد. در حالی که کاهش آسیب اغلب بر رفع آسیب های سلامتی متمرکز است، این عبارت همچنین برای توصیف اقداماتی که پیامدهای مخرب اعمال قوانین مخدری را کاهش می دهد نیز به کار می رود همچون آموزش نیروی پلیس برای گسترش و تسهیل دسترسی به خدمات حوزه سلامت در میان مصرف کنندگان مواد.

رویکردهای کاهش آسیب برای حل و فصل بسیاری از مشکلات حوزه سلامت عمومی و اجتماعی مهم و کارآمد هستند. به عنوان مثال، برای مقابله با رانندگی تحت تأثیر مصرف الکل، بسیاری از جوامع خود رانندگی و یا مصرف الکل را ممنون نمی کنند.

این جوامع اغلب با طرح اقدامات و تدابیر کاهش آسیب هم چون تشویق گروه های اجتماعی به فرهنگ رانندگی بدون الکل و یا ارائه حمل و نقل رایگان و تخفیف برای افرادی که مصرف کننده الکل هستند هدف کاهش آسیب ها و زیان های ناشی از رانندگی تحت تأثیر مصرف الکل را دنبال می کنند. در رابطه با رویکرد کاهش آسیب مرتبط با مواد مخدر نیز با تأکید بر تدابیر و اقداماتی که خطر ها کاهش می دهند و نه این که خواهان خودداری و پرهیز مطلق باشد رویکرد مشابهی اتخاذ می گردد. در حالی که رویکردهای کاهش آسیب اغلب به عنوان پلی میان درمان وابستگی به مواد یا توقف مصرف مواد عمل می کنند، این نتایج لزوماً پیش شرط و یا تنها اهداف نیستند. برنامه های کاهش آسیب تدابیر و اقداماتی هم چون اتاق های امن مصرف را در بر می گیرد، جایی که افراد تحت نظارت پزشکی می توانند مواد مصرف کنند؛ همچنین به موارد دیگر نیز می توان اشاره داشت؛ تجویز هروئین و مصرف تحت نظارت؛ و توزیع نالوکسون برای کاهش مرگ های ناشی از بیش مصرفی (اوردوز) در میان خانواده ها، تیم های اورژانس پزشکی و پلیس برای خنثی سازی خطرات مرگبار بیش مصرفی در میان افرادی که اویپوئید مصرف می کنند. برخی برنامه های مسکن شهرداری نیز پیرو و در راستای همین رویکرد کاهش آسیب هستند به عنوان نمونه، تأمین پناهگاه برای افراد بدون ملزم کردن آن ها برای ترک مصرف شیشه یا دیگر مواد با هدف کاهش خطرات مزمن ناشی از بی خانمانی و دیگر آسیب های اجتماعی و سلامتی جانبی نیز در همین رویکرد جای می گیرند.

دیدگاه سازمان ملل در رابطه با رویکردهای کاهش آسیب

کاهش آسیب به عنوان یک اصل راهنما در حوزه برنامه های سلامت محور پس از کنوانسیون های مخدری سازمان ملل (۱۹۶۱ و ۱۹۷۱) مطرح و قابلیت اجرایی پیدا کرد. کنوانسیون ۱۹۸۸ نیز به رغم تأکید بر اهمیت بهبود سلامت و بهداشت، اشاره ای به کاهش آسیب نداشت.



با این وجود، سازمان ملل بارها در بیانیه‌ها و موقعیت‌های متفاوت این رویکرد را مورد تأیید و تصدیق قرار داده است.

بیانیه ۲۰۰۱ تعهد نسبت به اچ ای وی/ایدز نخستین بیانیه به اتفاق آرای اعضای سازمان ملل متحد در رابطه با کاهش آسیب مرتبط با مواد مخدر بود. در این بیانیه همه اعضا خود را ملزم به اجرای گستره وسیعی از «برنامه‌های پیشگیری (اچ ای وی)» کردند که از آن جمله می‌توان به گسترش دسترسی به ابزار ضروری شامل تجهیزات تزریق استریل و اقدامات کاهش آسیب مرتبط با مواد اشاره کرد. تعهد دولت‌های عضو سازمان ملل به کاهش آسیب به عنوان نقطه اتکای اصلی پیشگیری از اچ ای وی مجدداً در بیانیه سیاسی مجمع عمومی پیرامون اچ ای وی/ایدز در سال ۲۰۰۶ تصریح شد.

از آن پس، اسناد منتشر شده بسیاری که به همت برنامه مشترک سازمان ملل پیرامون اچ ای وی/ایدز (UNAIDS) صورت گرفته، بر اهمیت کاهش آسیب در واکنش‌ها و پاسخ‌های ملی و جهانی اچ ای وی تأکید کرده است. به عنوان نمونه، در یکی از انتشارات UNAIDS در سال ۲۰۱۴ با عنوان اقدامات کاهش آسیب آمده است:

شواهد فراوانی حاکی از آن است که برنامه‌های کاهش آسیب می‌تواند به طرز چشمگیری انتقال اچ ای وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را کاهش دهد... کشورها نباید منتظر بمانند، بلکه باید هرچه سریعتر سطح پاسخ‌های مبتنی بر کاهش آسیب را که بر محوریت سلامت عمومی هستند و همچنین بر پایه حقوق بشر تقویت کنند.

در سال ۲۰۰۴، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (UNAIDS) با انتشار سندی بر اهمیت درمان‌های پزشکی اعتیاد به اویپوئید با بهره‌گیری از متادون و بوپرنورفین تأکید ورزید.



در این سند تصریح شده است که همچون دیگر شرایط پزشکی از جمله فشار خون، دیابت، و بیماری های قلبی، معتادان به اویپوئید نیز از طریق ایجاد و تثبیت تغییرات رفتاری و استفاده از داروهای مناسب می توانند شرایط خود را پایدار کنند. هر چند در کوتاه مدت، دستاورد غایی کشور عاری از مواد مخدر شوربختانه برای همه افراد دارای اعتیاد به اویپوئیدها ممکن نیست، تمرکز انحصاری بر تحقق کشور عاری از مواد برای همه بیماران ممکن است تحقق اهداف مهم دیگر را همچون پیشگیری از اچ ای وی به خطر بیاندازد. کارشناسان حقوقی سازمان ملل متحد پیرامون کنوانسیون های مواد مخدر در یک جمع بندی به این نتیجه رسیدند که برنامه های سوزن و سرنگ، و درمان متادون و بوپرنورفین و اتاق های امن مصرف تحت نظارت با روح کنوانسیون ها سازگار است. به عنوان مثال، در رابطه با اتاق های امن مصرف، کارشناسان حقوقی سازمان ملل بر این باورند که مقصود این امکانات ترغیب به مصرف مواد نیست، بلکه فراهم آوردن شرایطی برای مصرف کنندگان تزریقی مواد است که خطر ابتلا به بیماری های عفونی و واگیردار را در برخی موارد کاهش می دهد.

سیاست های مخدری و کاهش آسیب در خاورمیانه و شمال آفریقا

منطقه خاور میانه و شمال آفریقا همواره مرکزی برای مسائل مناقشه برانگیز و داغ دنیای جهانی شده و درهم تنیده بوده است. وقتی سخن از مصرف مواد، امراض عفونی، و جمعیت به حاشیه رانده شده به میان می آید، موضوع کمی محدودتر می شود. در حالی که رخداد و نرخ شیوع مصرف تزریقی مواد و عفونت اچ ای وی کماکان نسبت به دیگر مناطق دنیا پایین است، سیاست های سرسختانه مخدری و تبعیض در میان جمعیت های آسیب پذیر هم چنان درون بافت اجتماعی، سیاسی و فرهنگی این ناحیه لانه گرفته است.



یکی از ویژگی‌های مشترک همه کشورهای این منطقه دین رسمی آن‌ها یعنی اسلام است. در اسلام این گونه آمده است که مصرف موادمخدر (غیرقانونی) ممنوع است. با این حال، بر اساس آموزه‌های سنت و کتاب آسمانی قرآن، به کارگیری برنامه‌ها و خدمات کاهش آسیب برای حفظ و صیانت از شئون انسانی و همچنین محافظت از سلامت روانی و جسمانی مجاز برشمرده شده است. بر اساس خوانش کشورهای نظیر ایران، مراکش و لبنان صیانت و توان‌افزایی به مصرف‌کنندگان مواد مخدر مورد تأکید قرار گرفته است حال آن‌که دیگر کشورهای حوزه خلیج فارس و پاکستان بر ممنوعیت مواد و رویکرد کیفری که خاستگاه آن قوانین شریعت است متمرکز شده‌اند.

پژوهش‌های بسیاری در رابطه با میزان بهره‌وری برنامه‌های کاهش آسیب و جنبه‌های متعدد آن همچون مزایای بهداشتی و اجتماعی آن و چالش‌های پیش‌روی آن انجام شده است. به عنوان مثال، هیمیچ و مدنی (۲۰۱۶) به اشاره به مدل‌های کاهش آسیب پیاده شده در کشورهای ایران و مراکش به بررسی و سندسازی پیرامون بهره‌وری این برنامه‌ها در دو کشور می‌پردازند. در این اظهار نظر پس از تشریح تأثیرات مخرب سلامتی مصرف مواد مخدر، واکنش‌های دو دولت در کاهش آسیب‌های مرتبط با افزایش اچ‌ای وی و هپاتیت سی میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ارائه شده است. تأثیرات مثبت رویکردهای کشور ایران و مراکش به کاهش آسیب را می‌توان به عنوان نخستین پاسخ به موانع اجتماعی، سیاسی و حقوقی اصلاحات سیاست‌های مخدری در منطقه‌ها دانست. این موضوع عمدتاً به این دلیل است که اکثر کشورهای منطقه هنوز نتوانسته یک رویکرد مبتنی بر محیط ریسک‌پذیر برای مقابله با آسیب‌ها ناشی از مصرف مواد و محیط قانونی که در آن واکنش‌ها شکل می‌گیرد طرح و توسعه دهند. این کشورها کماکان به تمهیداتی برای ریشه‌کنی مصرف مواد پافشاری می‌کنند.



در پژوهشی دیگر، تجارب لبنان در پیاده سازی برنامه درمان جایگزین اویپوئید در سال ۲۰۱۱ به عنوان نخستین کشور عربی که به استفاده از بوپرنورفین روی می آورد پرداخته می شود. مراکش نیز با استفاده از متادون خوراکی، به اجرای برنامه های درمان جایگزین اویپوئید در سال ۲۰۱۰ پرداخت. این برنامه با چالش های بسیاری روبه رو بوده است، که از آن جمله می توان به کمبود آموزش های تخصصی مددکاران حوزه سلامت، نبود دستورالعمل های راهنمای محلی، عدم امکان اجرای این برنامه در زندان ها و بی کفایتی این خدمات برای زنانی که مواد مصرف می کنند. با این حال به نظر می رسد نرخ ابتلا به عفونت هیپاتیت سی در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد پس از اجرای برنامه OST در لبنان با کاهش روبه رو بوده است و پژوهشگران تحقیق خواهان بهره گیری از مدل لبنان برای دیگر کشورهای منطقه شده اند. این یافته ها با نتایج حاصل از برنامه های جایگزین بوپرنورفین در دیگر نقاط دنیا به محیط سیاسی و اجتماعی و محدودیت های مالی نسبتاً مشابه سازگار و همگن بوده است. در برخی دیگر از پژوهش ها به تبیین نقش سازمان های جامعه مدنی در مدیریت پیامدهای حاصل از مصرف مواد و سیاست های مخدری پرداخته شده است. از آن جایی که بحث اچ ای وی در این منطقه به عنوان یک اپیدمی به ویژه در میان جمعیت مصرف کنندگان تزریقی مواد دیده می شود، لزوم فعالیت شرکای جامعه مدنی دوشادوش و به همراه بخش عمومی برای شکل دهی به ساختار منجسم ملی در واکنش به اپیدمی هیپاتیت و اچ ای وی احساس می شود. با این حال به نظر می رسد اندوخته مالی بسیار کم و نابسند سازمان های مردمی و درکنار محیط های فرهنگی و حقوقی بسته و بدون حمایت های سیاسی از جمله چالش های بزرگ بر سر راه این سازمان هاست.



بر اساس مقالات مروری که در نشریات معتبر از جمله ژورنال بین‌المللی سیاست‌های مخدری به چاپ رسیده و به برخی از آن‌ها در این مقاله اشاره شد، برخی موانع ساختاری بر سر راه اصلاحات در سیاست‌های مخدری در منطقه از جمله موانعی که ماهیت فرهنگی، حقوقی یا دینی دارند برداشته شده است از جمله مواردی که در رابطه با تحولات و پیشرفت‌هایی که در مراکش، ایران و لبنان صورت گرفته است. با این حال، کشورهای این منطقه از نبود یک رویکرد جامع بین رشته‌ای در اصلاح سیاست‌های مخدری آسیب می‌بینند. اصلاحات بخش سلامت به ویژه معرفی تدابیر و اقدامات کاهش آسیب، محافظت و صیانت از مصرف‌کنندگان در یک محیط قضایی سخت‌گیرانه را تضمین نمی‌کند و کماکان این رویکرد با چارچوب سیاست جهانی مخدری فاصله بسیار دارد. بر اساس گزارش کمیسیون جهانی سیاست مخدری در سال ۲۰۱۵، در رابطه با لزوم اقدام در چارچوب برنامه توسعه پایدار، کشورهای منطقه منا (خاور میانه و شمال آفریقا)، باید با در نظر گرفتن عناصر توسعه پایدار عدالت، منزلت و سیاست‌های مردم‌محور به بازنگری سریع در سیاست‌های مخدری خود مبادرت ورزند.

کاهش آسیب در ایران

پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷ (۱۹۷۹) پوششی در چارچوب منع گرایانه علیه مواد مخدر به راه افتاد. افرادی که به دلیل نگهداری مواد مخدر دستگیر می‌شدند با جرائم سنگین، زندانی و تنبیه فیزیکی مواجه می‌شدند. همچنین طبق قانون برای جرائم بسیار سنگین مخدری نیز محکومیت اعدام در نظر گرفته می‌شد. با وجود این تدابیر، نرخ شیوع مصرف و قاچاق با روند صعودی مواجه بوده است.



در سال ۲۰۰۲، جمهوری اسلامی ایران یک چهارم کشفیات تریاک در دنیا را انجام داده که این آمار در سال ۲۰۱۸ بنابر گفته دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر به ۷۶ درصد (حدود سه چهارم کشفیات) رسیده است. در سال ۲۰۰۲، بنابر برآوردهای رسمی بین ۲۰۰ هزار تا ۳۰۰ هزار مصرف کننده تزریقی در ایران بوده است. هزینه های معضل مواد مخدر در ایران عبارتند از: نرخ نسبتاً بالای اعتیاد و وابستگی، فشار و بار اضافی بر دوش نظام عدالت کیفری (قوه قضاییه)، افزایش مرگ و میر ناشی از مصرف مواد، نرخ بالای شیوع عفونت اچ ای وی/ایدز در میان مصرف کنندگان تزریقی. در سال های اخیر، فهم و شناخت پیرامون محدودیت های حوزه اعمال قانون و اهمیت ابعاد پزشکی و اجتماعی سومصرف مواد مخدر به ویژه در میان مقامات رو به فزونی بوده است. همین موضوع منجر به بهبود وضعیت درمان و بسط و گسترش خدمات کاهش آسیب شده است.

تدابیر حوزه کاهش آسیب در ایران تحت حمایت دستور مستقیم رئیس وقت قوه قضائیه در بهمن ماه سال ۱۳۸۳ است که ضابطان قانون و عدالت کیفری را مکلف به عدم دخالت در برنامه سوزن-سرنگ و خدمات درمانی متادون می کند چرا که برای محافظت از مصرف کنندگان در برابر بیماری های عفونی این قبیل برنامه ضروری هستند. بر اساس این دستور، مددکاران حوزه بهداشت برای ارائه خدمات کاهش آسیب مصونیت قضایی در برابر تعقیب کیفری دارند. به دلیل جمعیت قابل توجه زندانیانی که معتاد به تریاک بودند، جمهوری اسلامی برنامه درمان نگهدارنده متادون را در زندان ها اجرایی کرد. از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴ میلادی، تعداد بیماران متادون از چندصد نفر به بالغ بر ۴۱ هزار نفر در ۱۶۴ زندان و بازداشتگاه ها رسید و این روند منجر به کاهش سه برابری ابتلا به اچ ای وی شده است. بنا بر گزارش مقامات جمهوری اسلامی ایران، علاوه بر کنترل معنی دار اچ ای وی، برنامه نگهدارنده متادون در زندان ها منجر به کاهش خشونت و خودزنی، آمار خودکشی و کاهش صدمات ناشی از تزریق و قاچاق و مصرف کمتر در زندان ها شده است.





اعتیاد به مثابه امر اجتماعی

عواملی مانند «تغییرات سریع اجتماعی و اقتصادی»، «دسترسی روزافزون و سریع به انواع مواد»، «گسترش تقاضا برای مواد»، «تغییرات مربوط به الگوهای مصرف»، «ظهور انواع مواد جدید و روان گردان» موجب نگرانی‌های جدی در خصوص مصرف انواع مواد در میان جوانان و زنان شده است. کشورهای متاثر از نتایج منفی مصرف مواد و قاچاق آن با چند مسئله مهم روبرو هستند؛ اول، مصرف و سوء مصرف مواد آثار منفی بسیاری بر سلامت روان و جسم افراد دارد؛ دوم، مواد باعث جرم، خشونت، فساد، نابودگر انسانیت و منابع طبیعی و اقتصادی است؛ سوم، مواد ایجادکننده زمینه تخریب افراد، خانواده‌ها و جوامع است و ساختارهای سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را دچار اختلال می‌کند.

از این رو در سال ۱۹۹۰ سازمان ملل متحد به دنبال گسترش اعتیاد و قاچاق مواد، ظهور انواع مواد جدید و گسترش جرم و جنایت اعلامیه ای تحت عنوان (اقدام جهانی) منتشر کرد که در آن از دولت‌ها در دو سطح ملی و فراملی دعوت به انجام اقدام‌های ضروری برای کاهش تقاضای مواد شامل «پیشگیری، درمان و بازتوانی» کرد. در این اعلامیه از کشورها خواسته شد تا دو اقدام ضروری در این زمینه انجام دهند، اول، شناسایی علل افزایش تقاضا که اولویت اصلی دولت‌ها در مبارزه با مصرف مواد است. دوم، اطلاعات مربوط به مصرف مواد مخدر باید به طور منظم رصد شود تا دولت‌ها نسبت به تقویت برنامه‌های پیشگیرانه بهتر از قبل اقدام کنند. مفهوم مبارزه با مواد و قاچاق آن از دریچه‌های متفاوتی قابل بررسی است: اگر مبارزه را به عنوان کاهش عرضه در نظر بگیریم در آن صورت، عرضه یکی از مهمترین علت‌های اعتیاد به مواد است و شاخصی مهم برای در دسترس بودن آن به شمار می‌رود. بنابراین هرگونه اقدامی در این زمینه معطوف به مدیریت کشت و تولید مواد مخدر در درون مرزهای ملی یک کشور یا خرید و فروش مواد که نقش اصلی در عرضه به عهده شبکه‌های سازمان یافته قاچاقچیان مواد است که به صورت سازمان یافته عمل می‌کنند.



درمان مصرف‌کنندگان مواد یکی دیگر از عرصه‌های مبارزه در این حوزه به شمار می‌رود. درمان یکی از ضروری‌ترین اقدام‌ها در مبارزه با مواد است که بسته به نوع برنامه درمانی کشور، روش‌ها و امکانات و با توجه به تخصص و تجربه پزشک، تشخیص بالینی، نیاز بیمار و امکانات درمانی متفاوت است. درمان عمدتاً شامل دو بخش سم‌زدایی و پایدار سازی و دوم، پیشگیری از عود و توانبخشی است. در کنار درمان حفظ و صیانت آسیب‌دیدگان از مصرف مواد نوعی از تدابیر و برنامه‌های مربوط به حوزه مبارزه است که در آن با تقویت عنصر بازدارندگی در فرد آسیب‌دیده، مصونیت از مصرف دوباره مواد به وجود می‌آید. می‌توان رویکرد کاهش آسیب مانند طرح کاهش آسیب معتادان خیابانی با در اختیار گذاشتن سرنگ را در خصوص معتادان پرخطر اقدامی دیگر در کنترل مواد قلمداد کرد. تمامی رویکردها و تجربیات نشان داد مبارزه و کنترل اعتیاد علاوه بر اینکه باید دیگر حوزه را مورد نظر داشته باشد اما زمانی می‌توان نتایج ملموسی در این زمینه دریافت کرد که رویکردی اجتماعی و با مشارکت تمامی آحاد جامعه اتخاذ کرد؛ در این صورت مبارزه و کنترل اعتیاد از امری دولتی و حاکمیتی به امری اجتماعی تبدیل خواهد شد.

وجه اجتماعی اعتیاد

می‌توان یکی از مهمترین و اثرگذارترین عرصه‌های مبارزه با مواد را «پیشگیری» دانست. علت اولویت حوزه پیشگیری نسبت به بقیه حوزه‌ها بر اساس محاسبات هزینه و فایده است، اثر بخشی پیشگیری در قیاس با مقابله با عرضه و درمان در مطالعات و بررسی‌های صورت گرفته در سطح جهان به اثبات رسیده است. بر اساس مطالعات انجام شده، یک دلار هزینه در پیشگیری ۱۰ دلار فایده و سود فردی و اجتماعی به همراه دارد. ارزشیابی تجارب حاصله از به کارگیری رویکردهای متفاوت مبارزه با مواد با تاکید بر پیشگیری در سطح جهان نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر یک یا چند مورد ترکیبی از آنها بطور التقاطی، قادر به ایجاد تغییرات معنادار در کاهش مصرف مواد نیست.



در دو دهه اخیر رویکردی نسبتاً منسجم برای تامین سلامت اعضای جامعه به ویژه در حوزه آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد شکل گرفته است. بر این اساس که سلامت یا بیماری و ناراحتی اعضای جامعه به طور بنیادین «امری اجتماعی» محسوب می‌شود. بنابراین تغییر معنادار در مبارزه با مواد و تامین سلامتی اعضای جامعه از مسیر اجتماع می‌گذرد. شعار جهانی ۲۰۱۹ «سلامت برای عدالت، عدالت برای سلامت» نشان می‌دهد، یک فرد یا گروه برای دستیابی به سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی باید از یک سو توانایی ایجاد شرایط و کنترل بر ارتقای سلامتی خود را داشته و از سوی دیگر، دولت‌ها با همکاری افراد یک جامعه و با کاهش نابرابری‌ها در حوزه‌های مختلف و افزایش عدالت شرایط زندگی سالم را فراهم کنند. بر این اساس پیش‌نیازهای سلامت و عدالت عبارتند از: صلح، کاهش نابرابری‌ها، توجه به تفاوت‌های جنسیتی، درآمد، عدالت اجتماعی و تساوی حقوقی، امنیت غذایی، محیط جغرافیایی است. تحقق شعار جهانی ۲۰۱۹، نیازمند فعالیت‌هایی برای ارتقای سلامت اعضای جامعه از طریق کاهش تفاوت و اطمینان از ایجاد فرصت‌ها و منابع انسانی مساوی و برابر است تا تمام افراد بتوانند به حداکثر ظرفیت بهداشتی و سلامتی خود دست یابند.

امروزه از مفهوم مبارزه و کنترل برداشت دیگری غیر از پیشگیری نیست. آنچه در این نوشتار با عنوان کنترل و مبارزه با مواد به مثابه امری اجتماعی عنوان می‌شود، تاکید بر حوزه پیشگیری از اعتیاد و آسیب‌های مرتبط با آن در جامعه‌ای که مردم و کنش‌گران نقشی فعال و تعاملی بر عهده دارند. پیشگیری در این معنا عبارت است از: کنترل و نظارت اجتماعی بر اعضای جامعه پیش از ورود به مرحله وابستگی به مصرف مواد است. از این منظر مبارزه و کنترل مواد به اتخاذ سیاست‌های اجتماع محور و مشارکتی در قالب جنبش‌های اجتماعی با حضور مردم نیاز دارد.

در واقع مبارزه و کنترل مواد به مثابه امری اجتماعی، نوعی افزایش ظرفیت در اجتماع با تعامل همه مردم برای انجام امور پیشگیرانه و کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن است.



در برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی نقش اساسی در امر پیشگیری از مصرف مواد به اجتماع واگذار شده است: « نقش اجتماع در جلوگیری از مصرف مواد باید مشارکتی باشد و تنها پاسخ به خدمات برنامه‌ریزی و طراحی شده توسط سازمان‌های بیرونی یا افراد نباشد. در واقع اجتماع باید مشارکت فعالی در تعیین نیازها، توسعه راه‌حل‌ها، اجرا و ارزشیابی مداخلات داشته باشد.

برنامه‌های پیش‌گیرانه با رویکرد اجتماعی در ایران طی سال‌های اخیر به ویژه در برنامه‌های دستگاه‌ها و سازمان‌های اجرایی مطرح شده است. نخستین تجربیات عمدتاً در برنامه‌های «توسعه محلی» متمرکز بودند و اولین مداخلات جدی اجتماع محور در در کشورمان در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد صورت گرفت. در واقع روند روز افزون شیوع و بروز اعتیاد و عدم توفیق نسبی برنامه‌های تخصص محور موجب شد تا برنامه‌ریزی در زمینه پیشگیری از اعتیاد به سوی روش‌ها و رویکردهای جدید سوق یابند و در این مسیر برنامه‌های اجتماع محور مورد توجه قرار گرفته است. برنامه‌های اجتماع محور اکثراً دارای رویکردی مشارکت جویانه هستند؛ به این معنا که کوشش شود تا کنترل امور به مردم واگذار شود. با این حساب مردم در فرایند تحقیق، برنامه‌ریزی، تخصیص منابع، نحوه هزینه کردن و تشخیص اولویت‌های مبارزه با مصرف مواد به عنوان همکار تلقی و دارای دخالتی مستقیم در انجام امور هستند.

به کارگیری روش‌های مشارکت جویانه چند فایده مهم دارد: اول، افزایش آگاهی و درک شناخت در مورد کنشگران مهم و گروه‌های اصلی در سطح محلی؛ دوم، بسیج منابع و یاری رساندن به مردم برای شناخت و تشخیص محدودیت‌ها و تنگناها؛ سوم، تعیین اولویت و فعال شدن کلیه آحاد مردم. به نظر می‌رسد هرگونه پیشگیری و عملیات مبارزه با مصرف و قاچاق مواد به منظور مراقبت از آرامش و بهداشت جامعه مستلزم حرکت، گفتگو و مشارکت است. این امر مشارکت فعال شهروندان، رهبران و اعضای سازمان‌های دولتی و غیردولتی را نیازمند است.



- باید یادآوری کرد تحقق اهداف برنامه ششم توسعه کشور در خصوص اعتیاد و مواد، یعنی کاهش ۲۵ درصدی آمار معتادان کشور نیاز به شکل گیری الزامات و نگاه ویژه در این حوزه دارد که به اختصار در ادامه بدان خواهیم پرداخت:
- ۱: لزوم درگیر شدن تمامی لایه‌ها و بخش‌های وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادها در مبارزه با مصرف مواد و قاچاق آن در چارچوب یه مشارکت ملی در میان تمام لایه های اجتماعی.
 - ۲: شفاف‌سازی در عرصه انتقال ضعف‌ها، عدم موفقیت‌ها، آمارها و ایجاد چرخه اطلاعات در عرصه اعتیاد و امر مبارزه.
 - ۳: توانمندسازی و حمایت از نهادها و مراکز غیردولتی مردم نهاد و ایجاد کنش مشترک بین نهادهای مدنی و هم‌فکری و همکاری با نهادهای اجتماعی.
 - ۴: فعال شدن دانشگاه‌ها و ایفای نقش مراکز علمی به خصوص متخصصان علوم اجتماعی و انسانی با تاکید بر تولید دانش بومی و ادبیات مختص امر مبارزه با مواد.
 - ۵: ضرورت تغییر از سیاست‌های تجویزی دولتی به سیاست‌های مشارکتی و واگذاری تدریجی امور به مردم و مشارکت گسترده‌تر سازمان‌های مردمی در بخش های پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و صیانت اجتماعی از معتادان بهبودیافته.
 - ۶: لزوم شکل گیری دغدغه مستمر نسبت به اعتیاد به عنوان اولین اولویت آسیب های اجتماعی در کلیه بدنه حاکمیت و تلاش مستمر برای مهار و کنترل آن.

تجربه کشور کویت

کویت از جمله کشورهای سخت‌گیر نسبت به قاچاق مواد است. با این حال در سال های اخیر میزان معتادان این کشور رو به فزونی است. در این کشور قاچاق مواد مخدر جرمی وابسته به وزن و اندازه مواد قاچاق شده دارد و اگر فردی با مقداری بیش از حد معین مواد دستگیر شود، متهم به قاچاق می‌شود.



اما افزایش شمار معتادان در سال‌های اخیر در این کشور باعث شده تا برخی اجتماعات در پیشگیری و درمان اعتیاد موفق‌تر از مراکز تخصصی و دولتی عمل کنند. گرایش به انواع مواد در کویت دلایل متعددی دارد که بی‌توجهی و نداشتن مهارت والدین مهمترین آن محسوب می‌شود. از همین رو آموزش و پیشگیری از اعتیاد از مدارس آغاز شده است.

کویت از جمله کشورهایی است که تلاش‌های وسیعی در زمینه آموزش پیشگیری از اعتیاد شروع کرده است. که اهداف این آموزش‌ها شامل موارد زیر است:

- ۱- آگاهی از انواع مواد
- ۲- آگاهی درباره رابطه سیگار با سلامتی
- ۳- آگاهی در خصوص پیامدهای مصرف انواع مواد
- ۴- آگاهی درباره مشکلات اجتماعی و روانی در شهرها و جوامع مختلف مانند مشکلات جوانان و خانواده‌ها





جنگ با مواد از رویا تا واقعیت

«جنگ با مواد مخدر» و یا «تحمل صفر در قبال مواد» را نخستین بار دولتمردان آمریکایی به عنوان یک سیاست نظام‌مند برای مقابله با مواد مخدر اعلام کردند. جنگ با مواد که به روشنی مبتنی بر رهیافت «کاهش عرضه» است، منجر به تصویب قوانینی سخت‌گیرانه در قبال مرتکبین به جرایم مخدری شده و با وجود برخوردهای شدید و افزایش قابل توجه شمار زندانیان این جرایم در آمریکا، نتوانسته این آسیب اجتماعی را در حد و حدودی قابل توجه کاهش دهد. البته تأکید مطلق بر رهیافت‌های رقیب نیز باعث قبح‌زدایی از مصرف مواد شده و نمی‌تواند بحران موجود را به سوی نقطه‌ای قابل قبول سوق دهد، در ادامه به فرازها و فرودهای سیاست جنگ با مواد در ایالات متحده می‌پردازیم و می‌کوشیم تأثیرات هر یک از سیاست‌ورزی‌ها را به گونه‌ای برجسته سازیم که درس‌های آن برای کشورمان ملموس و قابل رهگیری شود. مصرف بسیاری از مواد غیرقانونی، از جمله ماری‌جوآنا، تریاک، کوکائین و نیز روان‌گردان‌ها صدها سال است که به دلایل پزشکی و معنوی میان ملت‌های مختلف جهان رواج دارد. یک سوال مهم در این رابطه عبارت است از اینکه چرا برخی از این مواد قانونی به حساب می‌آیند و برخی دیگر غیرقانونی هستند؟ به نظر می‌رسد چنانچه کشور آمریکا مبنای ما باشد پاسخ این سوال را نباید در تحلیل‌های علمی درباره میزان خطر این مواد که در افرادی جست‌وجو کرد که در این زمینه‌ها فعالیت می‌کنند. نخستین قوانین ضد تریاک در دوره مدرن را چینی‌ها در قبال مهاجران خود وضع کردند که این امر به دهه ۱۸۷۰ باز می‌گردد. نخستین قوانین ضد کوکائین نیز در اوایل دهه ۱۹۰۰ مردان سیاه‌پوست را در شرق استثنا می‌کند. همچنین نخستین قوانین ضد ماری‌جوآنا در غرب میانه در دهه‌های ۱۹۱۰ و ۱۹۲۰ خطاب به مهاجران مکزیکی و آمریکایی‌های دارای اصالت مکزیکی وضع شده بود. امروزه نیز در قبال جماعت‌های لاتین و سیاه‌پوست قوانین تبعیض‌آلودی در حوزه مواد مخدر و مجازات‌های آن وجود دارد.

دوره نیکسون و شکاف نسلی

در دهه ۱۹۶۰ مصرف مواد میان جوانان آمریکایی به نماد سرکشی جوانی، خیزش اجتماعی و ناراضایتی سیاسی مبدل شده بوده، در نتیجه دولت آمریکا پژوهشی را برای ارزیابی سطح ایمنی و کارآمدی پزشکی آنان در پیش گرفت. در سال ۱۹۷۱ نیکسون اعلام کرد می‌خواهد دولت آمریکا را به «جنگ با مواد» بفرستد. او سطح و میزان آژانس‌های فدرال کنترل مواد را شدیداً افزایش داد و به این نیروها اجازه داد تا اقداماتی از جمله «مجازات اجباری» و «ورود بدون اطلاع قبلی» را در برنامه‌های خود انجام دهند.

«جان ارلیچمن»، دستیار ارشد وقت نیکسون بعدها در این خصوص گفت: «اگر می‌خواهید بدانید که واقعاً چه حقیقتی پشت این سیاست نهفته است باید به این توجه کنید که دو گروه اصلی مخالفان کمپین انتخاباتی نیکسون در سال ۱۹۶۸ و سپس کاخ سفید دوره نیکسون به حساب می‌آمدند: جناح چپ ضد جنگ و سیاه‌پوستان. ما نمی‌توانستیم ضد جنگ بودن و سیاه‌پوست بودن را ممنوع کنیم، اما با منتسب کردن مصرف ماری‌جوانا به هیپی‌ها و هروئین به سیاه‌پوستان و اعلام جرم گسترده علیه آن‌ها توانستیم درون این جماعت‌ها اختلال‌هایی ایجاد کنیم. رهبران آن‌ها را دستگیر کردیم، خانه‌هایشان را مورد حمله قرار دادیم، نشست‌هایشان را برهم زدیم و هر شب از آن‌ها در برنامه‌های خبری دیوهای چندسری ساختیم. اگر سوال کنید که ما می‌دانستیم دروغ می‌گوییم؟ پاسخ روشن است بله می‌دانستیم.» نیکسون موقتاً ماری‌جوانا را «اولویت اول» مبارزه عنوان کرد که البته سپس توسط کمیسیونی که «ریموند شافر»، فرماندار جمهوری خواه پنسیلوانیا مورد بازنگری قرار گرفت. در سال ۱۹۷۲ کمیسیون مذکور با قاطعیت جرم‌زدایی از مالکیت و حتی توزیع ماری‌جوانا برای مصارف شخصی را توصیه کرد. نیکسون گزارش این کارگروه را نادیده گرفت و توصیه‌های آن را رد کرد. با این حال در بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۷۷، ۱۱ ایالت آمریکا اقدام به جرم‌زدایی از مالکیت ماری‌جوانا کردند. در ژانویه ۱۹۷۷ جیمی کارتر که یکی از شعارهایش جرم‌زدایی از ماری‌جوانا بود، سوگند ریاست جمهوری خورد. در اکتبر همان سال کمیته قضایی سنا مالکیت تا یک اونس ماری‌جوانا برای مصارف شخصی را جرم‌زدایی کرد.



در سال ۱۹۷۲ کمیسیون مذکور با قاطعیت جرم‌زدایی از مالکیت و حتی توزیع ماری جوانا برای مصارف شخصی را توصیه کرد. نیکسون گزارش این کارگروه را نادیده گرفت و توصیه‌های آن را رد کرد. با این حال در بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۷۷، ۱۱ ایالت آمریکا اقدام به جرم‌زدایی از مالکیت ماری‌جوانا کردند. در ژانویه ۱۹۷۷ جیمی کارتر که یکی از شعارهایش جرم‌زدایی از ماری‌جوانا بود، سوگند ریاست جمهوری خورد. در اکتبر همان سال کمیته قضایی سنا مالکیت تا یک اونس ماری جوانا برای مصارف شخصی را جرم‌زدایی کرد.

به این ترتیب می‌بینیم که تنها در طول چند سال تفریط اولیه به افراط ثانوی منجر شد. پس از مدتی پیش‌نویس‌هایی که برای جرم‌زدایی از مصرف ماری‌جوانا آماده شده بود، به خاطر بروز نگرانی شدید میان والدین رفته رفته از دستور خارج شد. نهایتاً موضوع ماری‌جوانا که در دهه ۱۹۷۰ به سوی جرم‌زدایی رفته بود سپس در چنبره یک عقب‌گرد فرهنگی گسترده‌تر گرفتار شد.

هیستری مواد و افزایش چند برابری بازداشت‌ها

با ریاست جمهوری «رونالد ریگان» دوره طولانی جدیدی در آمریکا آغاز شد و شمار بازداشت‌های مرتبط با جرایم مخدري چند برابر شد. ریگان بیش از نیکسون به سیاست جنگ با مواد معتقد بود. در حالی که شمار افراد زندانی به خاطر جرایم مخدري غیر خشونت‌آمیز از ۵۰ هزار تن در سال ۱۹۸۰ به بیش از ۴۰۰ هزار تن در سال ۱۹۹۷ رسید. در طول دهه ۱۹۸۰ به دلیل تصاویری که رسانه‌ها از افراد معتاد به گونه‌ای کوکائین که «کراک» بلافاصله پس از به قدرت رسیدن ریگان، همسر او یک کمپین ضد مواد را با حمایت سنگین رسانه‌ای راه انداخت و شعار «فقط بگویید نه» برای آن سکه زد. این روند نهایتاً منجر به اصلاح سیاست «تحمل صفر در قبال مواد» در سال‌های میانی دهه ۱۹۸۰ شد. «داریل گیتس»، رئیس پلیس لس آنجلس که معتقد بود «باید افرادی که به صورت مداوم مواد مصرف می‌کنند را گرفت و به آن‌ها گلوگه شلیک کرد» اقدام به راه‌اندازی برنامه آموزشی DARE کند. اگرچه شبهاتی درباره تأثیرگذاری این برنامه وجود دارد، اما به سرعت در سراسر ایالات متحده گسترش یافت.



سیاست‌های خشن‌تر مقابله با مواد همچنین مانع گسترش برنامه‌های دسترسی رایگان به سرنگ و نیز دیگر سیاست‌های کاهش آسیب شد که برای کاهش شیوع سریع HIV/AIDS تدوین شده بودند.

در اواخر دهه ۱۹۸۰ هستی‌ری سیاسی درباره مواد مخدر به تصویب یک رشته مجازات‌های بسیار شدید در کنگره و سپاس پارلمان‌های ایالتی انجامید که نهایتاً باعث چند برابر شدن جمعیت زندانی کشور شد. در سال ۱۹۸۵ از هر ۶ آمریکایی دست‌کم ۲ تن در نظرسنجی‌ها اعلام می‌کردند که سوء مصرف مواد «معضل اول ملی» آمریکاست. این رقم در سال‌های بعد بیشتر نیز شد و تا جایی که در سپتامبر ۱۹۸۹ به ۶۴ درصد کل جمعیت بالغ شد. اما با گذشت کمتر از یک سال به دلیل تغییر اولویت‌های رسانه‌ها، این رقم به زیر ۱۰ درصد سقوط کرد! با این حال مجازات‌های شدیدی که در دوره شدت عمل تصویب شده بود، به جای خود باقی ماند و شمار زندانیان را روز به روز بیشتر و بیشتر کرد.

اگرچه بیل کلینتون در جریان کمپین انتخاباتی خود در سال ۱۹۹۲ اعلام کرده که از درمان به جای حبس طرفداری می‌کند، اما چند ماه پس از ورود به وی به کاخ سفید او به سیاست اخلاف جمهوری خواهش، یعنی جنگ با مواد بازگردد. مشهور است که او توصیه کمیسیون مجازات مبنی بر اصلاح تناقض میان مجازات‌های مطروحه در قبال کراک و پودر کوکائین را رد کرده است.

پس از دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ که جنگ با مواد سیاست غالب دولت آمریکا بود، جنبش دیگری برای اصلاح سیاست مخدری یانکی‌ها شکل گرفت. در سال ۱۹۸۷ آرنولد تریباچ و کوین زیسه اقدام به تأسیس بنیاد سیاست مخدری کرده و این تشکیلات را «اپوزیسیون وفادار ولی مخالف جنگ با مواد» خواندند. در این دوره دیگر حتی محافظه‌کاران برجسته‌ای همچون ویلیام بوکلی و میلتن فریدمن نیز از پایان دادن به ممنوعیت مواد حمایت می‌کردند.



هزاره جدید: تحول پاندولی سیاست مخدري آمريکا

وقتي جورج بوش به قدرت رسيد رفته رفته سياست جنگ با مواد در حال خارج شدن از دور بود، اما هزينه‌هايي که صرف آن مي‌شد هنوز بسيار بالا بود. جان والترز، مدير دفتر ملي کنترل مواد مخدر با مشيي محتاطانه‌تر اقدام به راه‌اندازي یک کمپين نظارت بر دانش‌آموزان کرد. با اين حال مصرف مواد غيرقانوني همچنان ادامه داشت و مرگ‌هاي ناشي از بيش‌مصرفي در حال رشد بود.

سال‌هاي حکومت بوش پسر شاهد ميليتاريزه شدن قوانين مقابله با مواد بود. در پايان رياست بوش پسر بر دولت آمريکا هر ساله دسته‌کم ۴۰ هزار حمله توسط نيروهاي سوات (نيروهاي شبه‌نظامي سلاح‌ها و تاکتيک‌هاي ويژه) گزارش شد.

در سال‌هاي پس از شروع هزاره سوم ميلادي افکار عمومي رفته رفته به اصلاح معقول سياست مخدري آمريکا گرايش پيدا کرد و با آهنگ مشابهي رويکردهاي سلامت محور و غير جرم‌انگارانه در فضاي جامعه طنين افکند. باراک اوباما نيز على‌رغم حمايت از چند مورد اصلاح موفقيت آميز - از جمله کاهش تناقض مجازات کراک و پودر، پايان دادن به ممنوعيت صرف بودجه‌هاي فدرال براي برنامه سرنگ رايگان و نيز ختم مداخله فدرال در زمينه قوانين درماني ايالتي مرتبط با مصرف ماري‌جوانا - اقدامي در جهت انتقال اکثريت بودجه‌هاي سياست مخدري به حوزه سلامت نکرد.

اما دولت کنوني آمريکا ديگر بار تهديداتي مبني بر بازگشت به جنگ با مواد همچون سال‌هاي دهه ۱۹۸۰ را مطرح کرده و ترامپ درصدد ساختن ديواري است که مرزهاي آمريکا را از مواد حفظ کند. انتظار مي‌رود در سال‌هاي آتي دولت ترامپ درگيري‌ها ميان طرفداران آزادسازي و جرم‌انگاري مواد بيش از پيش عرصه عمومي آمريکا را به خود مشغول کند.



Prevention Knowledge; a Requirement to Curb Addiction in Iran

Reza Hosseini

Senior Research Fellow in CUDRAS institute

In the recent century, Iran has been always struggling with drugs related issues such as drug trafficking, military conflicts, buying and selling, and using drugs, etc. The traditional drugs such as opium to cannabis become prevalent now a day. Meanwhile, the inefficiency of preventive policies caused special attention to the adoption of these policies, thus prevention is divided into three levels of universal, selective, and indicated. Each could be applicable to the special situation in the country. Preventive policies should follow some factors in order to be efficient and productive:

- 1- Paying attention to practical plan and mechanism: the indicators and implementation mechanism should be clear in the operating environment.
- 2- Specified and vivid strategy: the prevention should not remain in concrete concept and general policy without any practical and vivid strategy in the upstream documents.
- 3- Having a complete understanding of preventive knowledge and social problem: there are four characteristics in identifying the social problem: prevalence, number of incidents, extent, and severity. Not having complete knowledge about social issues inevitably lead to inefficient preventive policies amongst policymakers and custodians of drug addiction control.

Keywords: Prevention, Universal level, Selective Level, Indicated Level, Iran

A Broad Overview of Harm Reduction in Iran and the Mena Region

Majid Alaei PhD

Senior Research Fellow in CUDRAS institute

Harm Reduction was developed as an approach to minimize the health-related and social harms of drug abuse and dependence. The measures having been taken in the framework of harm reduction such as methadone maintenance treatment, medically supervised drug consumption rooms and needle-syringe programmes are intended to lower the adverse consequences of problematic drug use such as spread of infectious transmitted diseases (HIV or Hepatitis C) and opioids overdose deaths. With over a decade experience, the Islamic Republic of Iran as a pioneer in implementation of harm reduction programmes in the region has succeeded in significantly reducing the rate of HIV and Hepatitis C transmission in some controlled environments (e.g. jails) and so altered the patterns of such diseases' transmission relatively. Hence, I.R. Iran is considered to a successful case of harm reduction approach esp. in the region.

Keywords: Harm reduction, public health, drug dependence, injection drug use, infectious diseases

Addiction as the Social

Farzaneh Sohrabi

Senior Research Fellow in CUDRAS institute

Rapid socio-economic changes, fast-growing access to a variety of drugs, increasing drug demands, the changes related to drug use patterns, the emergence of new drugs and psychotropic drugs have caused serious concerns especially drug use amongst the youth and women. The countries, been influenced by the negative effects of drug use, would encounter some issues: one, use and misuse of drugs cause negative effects on people's mental health and the body. Second, the drugs could cause crime, violence, and corruption, destructing humanity, natural and economical resources. Third, the drugs set the ground for breaking the families, societies, and humanities; it also disturbs political, cultural, social, and economical structures. Hence, in spite of preventive approaches to supply, treatment, harm and demand reduction, global experience proves that the best approach is to develop preventive plans focusing on the socialization of addiction. In fact, the struggle and the control of drugs are deemed as the social and kind of growing capacity in community with people's interactions, aiming at taking preventive measures and reducing harms. With an increasing number of drug users along with the lack of efficient plans cause new preventive plans and approaches against addiction.

Community-based plans often have a cooperative approach, meaning it should be attempted that people take the control of affairs, so people are playing an essential role as a co-worker who has direct involvement in regards to research and planning processes, allocating resources, and prioritizing preventive activities and the costs.

Keywords: The social, Addiction, Prevention, Socializing Approaches

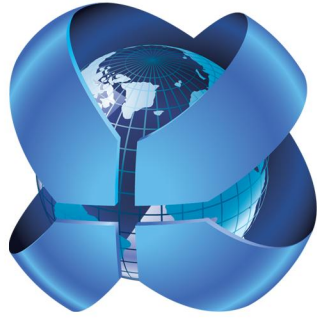
War on Drugs from Dream to Really

Mansour Barati

Senior Research Fellow in CUDRAS institute

The "War on Drug" or "Zero Tolerance Drug Policy " was first declared by US statesmen as a systematic policy to counter-narcotics. The war on drugs, which is clearly based on the "Supply Reduction" approach, has led to the ratification of stringent laws to prevent these crimes. Despite the severe preventive measures and the significant increase in the number of drug users in the United States, social harm could not be reduced significantly. Of course, the absolute emphasis on competing approaches also eliminates drug use and cannot push the existing crisis toward an acceptable point; we continue to tackle the difficulties of the war on drug policy in the United States, also make the lessons learned from these policies tangible.

Keywords: War on Drugs, Zero Tolerance Drug Policy, Supply Reduction, United States, Counter-Narcotics



CUDRAS

Center for Universal Drug Researches
Approaches & Studies



<http://www.cudras.ir>



<http://www.cudras.ir>



<http://www.cudras.ir>