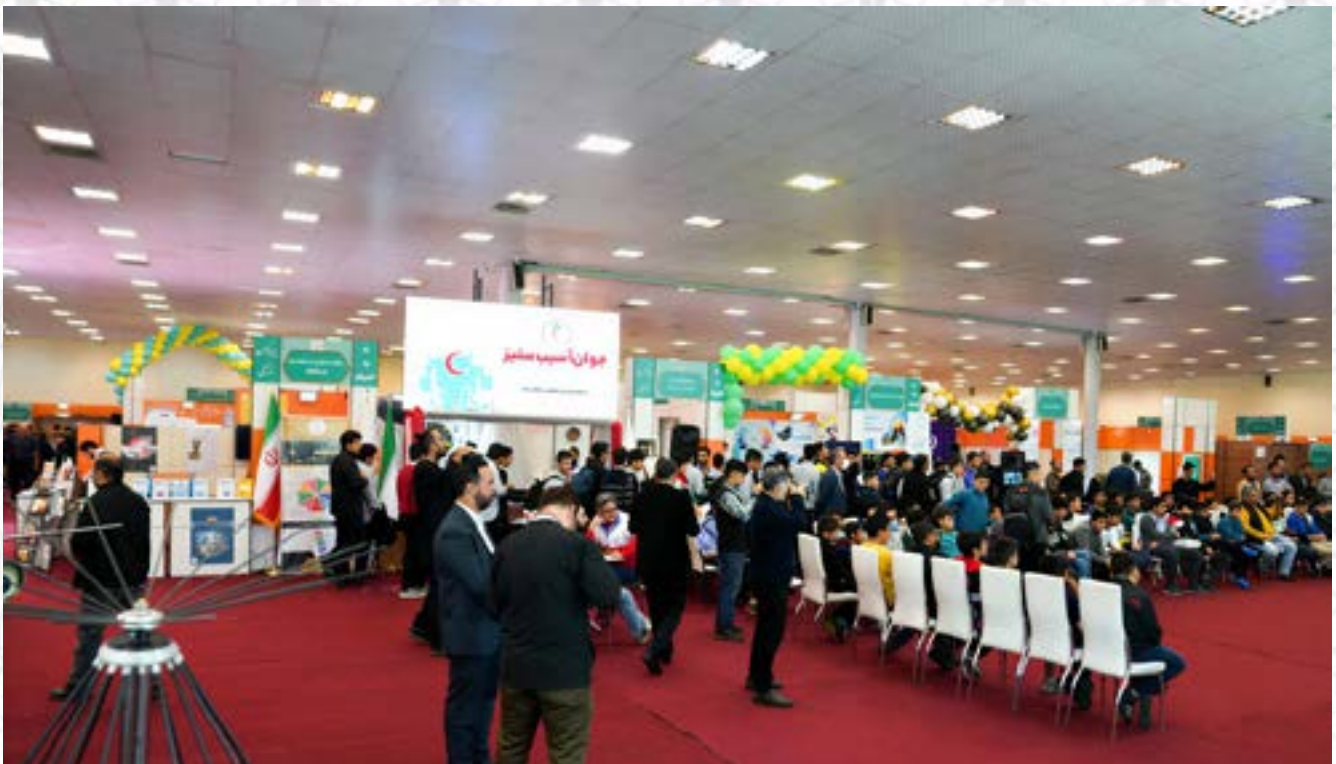


بررسی و ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد (۲): ارزیابی فرایند و عملکرد برنامه‌ها



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۱۱/۲۸

شماره مسلسل:

۲۱۳۶۳



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

بررسی و ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد (۲): ارزیابی فرایند و عملکرد برنامه‌ها

نوع گزارش: طرح / لایحه □، راهبردی □، نظارتی ■، پیش‌نویس قانونی □

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین:

فرشید خضری (گروه آسیب‌های اجتماعی)

ناظر علمی:

ریحانه رحمانی‌پور

اظهار نظر کننده داخل مرکز:

مرتضی گنجی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

اظهار نظر کننده خارج از مرکز:

سیدحسن موسوی چلک (معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور)، سیدحسین المدنی (اداره کل خدمات اجتماعی کارگران وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی)، مریم مهربانی (مدیر برنامه ارزیابی و تشخیص اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات، اداره پیشگیری و کاهش آسیب اعتیاد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت)

گرافیک و صفحه آرایی:

سمیرا صادقی عسکری

سعید احمد علیزاده

ویراستار ادبی:

مژگان کاظمی

واژه‌های کلیدی:

۱. ارزیابی

۲. پیشگیری از اعتیاد

۳. محیط‌های چندگانه



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵

فهرست مطالب

| | |
|----|---|
| ۶ | چکیده |
| ۷ | خلاصه مدیریتی |
| ۸ | ۱. مقدمه |
| ۹ | ۲. معرفی اجمالی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد کشور |
| ۱۰ | ۳. یافته‌های پژوهش (معرفی و بررسی برنامه‌ها و عملکرد دستگاه‌ها به همراه ارزیابی آنها) |
| ۱۰ | ۳-۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی |
| ۱۲ | ۳-۲. وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (برنامه کاهش اعتیاد در جامعه کار و تولید (کاج)) |
| ۱۴ | ۳-۳. برنامه‌ها و اقدام‌های سازمان بهزیستی |
| ۱۶ | ۳-۴. وزارت آموزش و پرورش |
| ۱۷ | ۳-۵. سایر برنامه‌ها و اقدام‌ها |
| ۱۹ | ۴. جمع‌بندی و پیشنهادها |
| ۲۴ | منابع و مآخذ |

فهرست جداول

| | |
|----|--|
| ۹ | جدول ۱. عنوان برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و دستگاه‌های متولی آنها |
| ۱۸ | جدول ۲. کانون‌های یاریگران زندگی و خانه‌های ورزش روستایی |
| ۱۹ | جدول ۳. ارزیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد با توجه به شاخص‌های تعیین شده |
| ۲۲ | جدول ۴. عمده‌چالش‌های سیاست‌ها و مداخلات پیشگیری از اعتیاد کشور |



بررسی و ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد (۲): ارزیابی فرایند و عملکرد برنامه‌ها

Doi: [10.22034/mrc.report.21363](https://doi.org/10.22034/mrc.report.21363)

چکیده



مصرف مواد و اعتیاد یکی از فراگیرترین آسیب‌های اجتماعی است که پیامدهای سوء گسترده‌ای در سطوح مختلف به همراه دارد. در طی سال‌های گذشته برای کنترل و کاهش این آسیب اجتماعی، برنامه‌های متعددی در کشور طراحی و به مرحله اجرا رسیده است. در این گزارش نیز، مهم‌ترین برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در سطح کشور مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد، برنامه‌های عمده برای پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های مختلف عبارت‌اند از: «نماد»، «کاج»، «پاترا»، «پازک»، «مداخلات در نظر گرفته شده برای پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه»، «یاریگران زندگی» و ... برخی از این برنامه‌ها شواهد محورند و خدماتی را برای پیشگیری از اعتیاد به گروه‌های هدف ارائه کرده‌اند. به رغم این دستاوردها، چالش‌هایی نظیر نبود چارچوب قانونی منسجم، تنوع کنشگران سازمانی و فقدان نظام یکپارچه، جایگاه پایین پیشگیری از اعتیاد در اولویت‌بندی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر در مقایسه با درمان و کاهش آسیب، عملکرد غیرقابل قبول برنامه‌ها به لحاظ توسعه کمی و کیفی، اعتبارات ناکافی و پرداخت نابهنگام آنها و کاستی‌ها در فرایندهای اجرایی به عدم تحقق اهداف مطلوب در برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد منجر شده است. برای تقویت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، لازم است ایجاد نظام یکپارچه، شناسایی گروه‌ها و افراد در معرض خطر و ارائه خدمات مبتنی بر شواهد و با کیفیت به آنان باید مورد توجه قرار گیرد.



بیان / شرح مسئله

مصرف مواد و اعتیاد یکی از فراگیرترین آسیب‌های اجتماعی است که پیامدهای سوء زیادی در سطوح مختلف به همراه داشته است. مواجهه مؤثر با این آسیب اجتماعی نیازمند اتخاذ سیاستی منسجم و متوازن جهت مقابله با عرضه مواد و کاهش تقاضاست. در این میان، راهبرد پیشگیری به عنوان اثربخش‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین رویکرد در حوزه کاهش تقاضا شناخته شده است. در همین راستا، طی سالیان اخیر در حوزه پیشگیری از اعتیاد برنامه‌ها طراحی و اجرا شده‌اند. این گزارش در صدد است، به بررسی و ارزیابی این برنامه‌ها بپردازد.

نقطه نظرات / یافته‌های کلیدی

در کشور برای پیشگیری از اعتیاد برنامه‌های در محیط‌های خانواده، آموزش، کار و اجتماعات طراحی و اجرا شده‌اند. برخی از این برنامه‌ها شواهد محورند و خدماتی را به گروه‌های هدف ارائه کرده‌اند. به رغم نقاط قوت نام برده، عملکرد این برنامه‌ها چندان قابل قبول نیست؛ چراکه متناسب با ابعاد مسئله اعتیاد در کشور به توسعه کمی و کیفی لازم نرسیده‌اند. عمده چالش‌های موجود در این حوزه عبارت‌اند از:

- فقدان نظام یکپارچه و منسجم کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور و عدم ارتباط و انسجام بین برنامه‌های مختلف در یک نظام سلسله‌مراتبی. ضعف در مدیریت یکپارچه، هماهنگی و هم‌افزایی بین دستگاهی و نظارت تخصصی ستاد مبارزه با مواد مخدر، منجر به موازی کاری، تداخل برنامه‌ها و اجرای مداخلات پراکنده و غیرهم‌افزا شده است. این ناهماهنگی‌ها، به رغم ضرورت اجرای برنامه‌های منسجم برای پدیده اعتیاد، در نهایت، مانع از دستیابی به اهداف برنامه‌های پیشگیری شده است.
- جایگاه پایین سیاست‌ها و مداخلات پیشگیری از اعتیاد در اولویت‌بندی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر در مقایسه با حوزه‌هایی همچون مبارزه با عرضه، درمان و ساماندهی معتادان، موضوع ماده (۱۶) قانون،
- کمبود نیروی انسانی و ناپایداری بخشی از نیروی انسانی به کار گرفته شده،
- غفلت از طراحی مداخلات پیشگیرانه در سال‌های اولیه رشد کودک،
- رویکرد منفعلانه در شناسایی افراد پرخطر در برخی از برنامه‌ها،
- غلبه رویکرد آموزشی و آگاهی‌بخشی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و بی‌توجهی به مداخلات اجتماعی و توسعه سازوکارهای حمایتی تکمیلی برای رفع سایر مشکلات افراد در برخی از برنامه‌ها،
- ضعف و کمبود مداخلات اجتماع محور استاندارد شده،
- ضعف در نظارت فنی و تخصصی و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری،
- عدم انجام منظم مطالعات شیوع‌شناسی اعتیاد برای پایش و ارزیابی میزان بروز و شیوع اعتیاد.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

پیشگیری از اعتیاد قبل از هر چیزی مستلزم **ایجاد نظامی یکپارچه یعنی مجموعه‌ای از سیاست‌ها و مداخلات** مبتنی بر شواهد است که در محیط‌های مختلف (خانواده، آموزش، کار و اجتماع) اجرا شده و تمامی گروه‌های سنی و سطوح مختلف خطر را پوشش دهد. این نظام نیازمند پایه‌های ساختاری محکم از جمله سیاست حمایتی و چارچوب قانونی، تحقیقات و شواهد علمی، هماهنگی بین بخش‌ها و سطوح مختلف، به کارگیری نیروی انسانی کارشناس و آموزش مستمر آنها و تعهد به تأمین منابع کافی و پایداری نظام در بلندمدت است. مطابق بندهای «ب» و «ج» ماده (۸۵) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت (۱۴۰۷-۱۴۰۳)، ایجاد این نظام یکپارچه پیشگیری پیش‌بینی شده که لازم است دستگاه‌های موجود آن را در دستور کار قرار دهد. در همین راستا سایر پیشنهادها عبارت‌اند از:

- بررسی و ارزیابی موضوع پیشگیری از اعتیاد از نگاهی کلان‌تر و فراتر از دانش و مداخلات محدود در بافت کشور؛ به این منظور، انجام مطالعه‌ای



- تطبیقی بین‌رشته‌ای برای مقایسه مبانی نظری و الگوهای علمی مداخلات در حوزه پیشگیری از اعتیاد ضروری است.
- تدوین «سیاست‌های» مواجهه با توزیع مواد و مصرف آن در محیط‌هایی نظیر کار، آموزش، زندان‌ها و مراکز تفریحی،
 - پیشگیری از همه‌اشکال مصرف مواد از جمله مصرف دخانیات در سن غیرقانونی، الکل، مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مخدرهای هوشمند،
 - گنجانیدن مداخلات پیشگیرانه در تمامی سال‌های اولیه رشد کودک و نوجوان، به‌ویژه در بازه حیاتی ۲ تا ۶ سالگی؛ این ضرورت با توجه به غفلت نظام کنونی از این برهه حساس رشدی، که پایه‌های اصلی سلامت روان و رفتارهای آتی فرد در آن شکل می‌گیرد، بیش از پیش آشکار می‌شود،
 - ایجاد ارتباط نظام‌مند و انسجام ساختاری بین برنامه‌های مختلف در چارچوب یک نظام سلسله‌مراتبی منسجم،
 - طراحی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی نظیر مداخلات خانواده‌محور و مداخلات اجتماع‌محور در چارچوب برنامه‌های پیشگیری،
 - اتخاذ رویکرد فعال برای شناسایی گروه‌ها و افراد در معرض خطر در کلیه برنامه‌ها،
 - بهره‌گیری از ظرفیت دانشگاه‌ها جهت طراحی سیاست‌ها و مداخلات و ارزیابی فرایندها و نتایج آنها،
 - تأمین اعتبارات کافی و بهنگام برای برنامه‌های پیشگیری و نشان‌دار کردن آن در اعتبارات دستگاه‌ها،
 - انجام منظم مطالعات شیوع‌شناسی اعتیاد،
 - اتصال تمامی سامانه‌ها اطلاعات مبارزه با مواد مخدر به سامانه مرکز ملی رصد اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور،
 - توسعه حمایت‌های تکمیلی از جمله اشتغال حمایت شده، تأمین مسکن، خدمات حقوقی، اعطای وام‌های قرض‌الحسنه و سایر خدمات حمایتی مورد نیاز جهت حل مسائل مرتبط با مصرف مواد،
 - ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها و برنامه‌های موجود پیشگیری و نظارت بر اجرای آنها.

۱. مقدمه

مصرف مواد و اعتیاد یکی از فراگیرترین آسیب‌های اجتماعی است که پیامدهای گسترده‌ای در سطوح خرد (فردی و خانوادگی) و کلان (اجتماعی و اقتصادی) به‌همراه دارد. تبعات و آسیب‌های ناشی از اعتیاد، از جمله تهدید نهاد خانواده و امنیت اجتماعی، سبب شده است که کنترل و کاهش این آسیب همواره به‌عنوان یکی از دغدغه‌های اصلی شهروندان و مسئولان مطرح باشد. در سطح سیاست‌گذاری کلان این آسیب، از چنان اهمیتی برخوردار بوده که در برنامه ششم توسعه به‌عنوان یکی از مسائل محوری تحت عنوان «پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی» مورد توجه قرار گرفته است. همچنین در برنامه هفتم پیشرفت (ماده ۸۵) به‌صورت ویژه به موضوع پیشگیری از اعتیاد پرداخته شده است [۱، ۲]. در نگاه نخست، پیشگیری از اعتیاد به‌عنوان **اثربخش‌ترین و مقرون‌به‌صرفه‌ترین** راهبرد مطرح است؛ چراکه سیاست‌ها و مداخلات این حوزه هم‌گرایش به مصرف مواد اعتیاد می‌شوند و هم به ارتقای شایستگی‌های عمومی افراد کمک می‌کنند [۳]. از سوی دیگر، پیشگیری نه‌تنها از جنبه اقتصادی مقرون‌به‌صرفه است، بلکه دارای آثار مثبت دیگری است که از جمله می‌توان به کاهش هزینه‌های رفاهی، بهبود مشارکت اقتصادی و افزایش درآمدهای مالیاتی نیز اشاره کرد [۴-۶].

با توجه به ماهیت مزمن پدیده اعتیاد، فرایند درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر نه‌تنها پیچیده و دشوار است، بلکه مستلزم صرف هزینه‌های هنگفت بوده و دستیابی به نتایج مطلوب در آن قطعی نیست [۷]. این

۱. مواد در اینجا به مصرف طیف مختلفی از آنها از جمله مواد مخدر قانونی در سن غیرقانونی (مصرف دخانیات)، مصرف مواد غیرقانونی، استفاده نامناسب از مواد قانونی نظیر داروهای تجویزی و داروهای بدون نسخه و مخدرهای هوشمند اشاره دارد.

چالش به‌ویژه برای جمعیت بی‌خانمان مبتلا به اختلال مصرف مواد مصداق بارزتری دارد. شواهد در این زمینه حاکی از آن است که به‌رغم صرف هزینه‌های قابل توجه در اجرای ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر (نگهداری اجباری معتادان)، اثربخشی این مداخلات در عمل بسیار اندک بوده است [۸].

در گزارش نخست، به بررسی چابکی پیشگیری از اعتیاد و نیز شناسایی، تحلیل و ارزیابی سیاست‌های مرتبط با آن پرداخته شد. در این گزارش نیز به بررسی و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در دستگاه‌های مختلف براساس اسناد بالادستی پرداخته شده است. بر این اساس در این گزارش ابتدا تلاش شده است هر یک از برنامه‌ها مرور و بررسی شوند و در ادامه با بهره‌گیری از منابع علمی و مصاحبه با خبرگان این حوزه فرایند و عملکرد برنامه‌ها ارزیابی شوند.

۲. معرفی اجمالی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد کشور

در جدول زیر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و دستگاه‌های متولی آنها معرفی شده‌اند.

جدول ۱. عنوان برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و دستگاه‌های متولی آنها

| ردیف | عنوان برنامه | محیط اجرا | متولی |
|------|---|----------------------|--|
| ۱ | برنامه نوجوان سالم من | مدارس-خانواده | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۱ |
| ۲ | برنامه تقویت بنیاد خانواده | مدارس-خانواده | |
| ۳ | برنامه خانواده توانا | مدارس-خانواده | |
| ۴ | برنامه کشوری مادری ایمن | خانواده | |
| ۵ | برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی | خانواده | |
| ۶ | برنامه ملی کاج (کار بست شیوع اعتیاد ویژه جامعه کار و تولید) | کار | وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی |
| ۷ | برنامه فوق‌العاده پیشگیری از اعتیاد در سه منطقه اقتصادی | کار | |
| ۸ | نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان | آموزش | وزارت آموزش و پرورش |
| ۹ | پیشگیری از اعتیاد و ارتقای توانمندی‌ها در مناطق آسیب‌پذیر (پاترا) | محلات شهری | سازمان بهزیستی کشور |
| ۱۰ | برنامه اعتیاد محیط کار (کیان) | کار | |
| ۱۱ | برنامه پیشگیری از اعتیاد ویژه زنان دارای همسر معتاد (پازک) | خانواده | |
| ۱۲ | برنامه پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی (کاربین) | رسانه (محیط دیجیتال) | |

۱. اجرای برخی از این برنامه‌ها مستلزم همکاری دستگاه‌های دیگر همچون وزارت آموزش و پرورش است.



| ردیف | عنوان برنامه | محیط اجرا | متولی |
|------|---|------------------------------|---|
| ۱۳ | خانه ورزش، نشاط و تندرستی روستایی | اجتماعات روستایی | ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت ورزش و جوانان و وزارت آموزش و پرورش |
| ۱۴ | کانون یاریگران زندگی در محیط‌های ورزشی، آموزشی، روستاها، هلال احمر، کار و ... | ورزشی، کار، آموزش و اجتماعات | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری |
| ۱۵ | برنامه‌های آموزشی و مداخلاتی برای دانشجویان ذیل مراکز مشاوره دانشجویی | آموزش | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری |

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

۳. یافته‌های پژوهش (معرفی و بررسی برنامه‌ها و عملکرد دستگاه‌ها به همراه ارزیابی آنها)

۳-۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۱-۱. فرایند ارائه خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات پیشگیری از اعتیاد شامل شناسایی، تشخیص، مراقبت‌های دارویی و غیردارویی، ارجاع و پیگیری برای تمامی مراجعان از جمله مصرف‌کنندگان دخانیات، الکل و مواد مخدر است. در این برنامه، سه گروه عمده ارائه‌کنندگان خدمات کارشناس مراقبت سلامت/بهورز، کارشناس سلامت روان و پزشک عمومی هستند. غربالگری اولیه مصرف مواد توسط کارشناس مراقبت سلامت انجام می‌شود و در ادامه شامل ارائه بازخورد، آموزش‌های کوتاه و ارجاع مراجع (مددجو) به کارشناس سلامت روان برای انجام غربالگری‌های تکمیلی و تعیین سطح خطر (پایین، متوسط و بالا) است. در این مرحله کارشناس سلامت روان پس از انجام غربالگری تکمیلی، کلیه موارد ارزیابی شده با سطح خطر پایین را ضمن اطلاع‌رسانی و تشویق جهت آموزش‌های گروهی به کارشناس مراقبت سلامت ارجاع می‌دهد تا اسامی افراد متقاضی در فهرست مربوطه ثبت شود [۹].

در مواردی که مراجع در سطح خطر متوسط مصرف مواد قرار دارد، کارشناس سلامت روان دو جلسه مداخله مختصر^۱ هفتگی با رویکرد قطع مصرف برای او برنامه‌ریزی می‌کند. همچنین، فرد را برای دریافت مراقبت‌های تکمیلی دعوت کرده و ارزیابی‌های دوره‌ای را انجام می‌دهد. اگر در ارزیابی دوره اول، فرد در سطح خطر پایین قرار گیرد، فرایند خدمت با اطلاع‌رسانی و تشویق مراجعان و دریافت آموزش‌های گروهی توانمندسازی خاتمه می‌یابد، اما در صورتی که همچنان فرد در سطح خطر متوسط باشد، مداخله شناختی رفتاری کوتاه توسط کارشناس سلامت روان برای او ارائه می‌شود. پس از انجام مداخله و ارزیابی دوره‌ای دوم، اگر فرد همچنان در سطح خطر بالا ارزیابی شود، به پزشک ارجاع می‌شود. پزشک نیز به ارزیابی تشخیصی مراجع از نظر اختلالات مصرف مواد می‌پردازد و در صورت تشخیص وابستگی به مواد (به جز دخانیات) فرد را برای دریافت خدمات مورد نیاز به مراکز تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد ارجاع می‌دهد. در صورتی که نتیجه غربالگری تکمیلی نشان دهد، که فرد در معرض خطر بالای مصرف دخانیات است، کارشناس سلامت روان مداخله شناختی-رفتاری کوتاه با هدف ترک دخانیات ارائه و نیز مراجع را برای بررسی از نظر نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع می‌دهد [۹، ۱۰]. در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه برنامه‌های پیشگیری از اختلالات مصرف مواد برای چند گروه نظیر مادران باردار (برنامه کشوری مادری ایمن)، گروه سنی زیر ۱۸ سال و گروه

1. Brief Intervention (BI)
2. Cognitive Behavioral Intervention (CBI)

سنی ۱۸ تا ۵۹ سال تدارک دیده شده است. همچنین برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه‌های دیگری نظیر برنامه نوجوان سالم من، برنامه تقویت بنیان خانواده و برنامه خانواده توانا نیز در دست اقدام است [۱۴-۱۱].

۲-۱-۳. گزارش عملکرد برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارزیابی آنها

بررسی‌ها نشان می‌دهد در طی سال‌های مورد بررسی (۱۴۰۱ تا شش ماهه اول ۱۴۰۴) همه اقدام‌های در حوزه‌های غربالگری، شناسایی و تعداد خانواده‌های تحت آموزش قرار گرفته رو به افزایش بوده است. برای مثال، تعداد موارد اولیه تحت پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد از ده میلیون دویست هزار نفر در سال ۱۴۰۰ به حدود پانزده میلیون نفر در سال ۱۴۰۳ رسیده است [۱۵]. اما نکته قابل توجه نسبت بسیار پایین خانوارهای تحت آموزش قرار گرفته به تعداد موارد مثبت غربالگری اولیه مصرف مواد است. این نسبت برای سال‌های دیگر هم قابل مشاهده است. همچنین عملکرد خانواده‌های تحت آموزش قرار گرفته در نظام مراقبت بهداشتی اولیه به تفکیک استان‌های کشور دارای چولگی است؛ به گونه‌ای که ۲۷/۶ درصد از آموزش‌ها در استان آذربایجان غربی بوده، در حالی که عملکرد بسیاری از استان‌های کشور کمتر از ۱ درصد است. همچنین عملکرد برنامه‌های نوجوان سالم من، تقویت بنیان خانواده و خانواده توانا که در راستای پیشگیری از اعتیاد است در سال ۱۴۰۳ برابر با ۲،۱۵۵،۵۱۵ نفر بوده است. برنامه خانواده توانا نیز به صورت پایلوت در هفت دانشگاه علوم پزشکی منتخب اجرا شده، در حالی که دو برنامه دیگر در تمامی دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور اجرا شده‌اند.

از عمده ویژگی‌های مطلوب برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، چندسطحی و چند لایه بودن و وجود مداخلات مبتنی بر شواهد است. در این نظام چندسطحی به ارائه خدمات به افراد و مداخلات با توجه به درجه خطرپذیری آنها پرداخته می‌شود. همان‌گونه که مرور شد خدمات لایه‌بندی شده به غربالگری، تشخیص و طبقه‌بندی افراد مصرف‌کننده مواد در سه دسته اشاره دارد که با توجه به درجه خطرپذیری، مداخلات مناسب برای آنها در نظر گرفته شده است. مداخلات شواهدمحور شامل اقدام‌های در نظر گرفته شده برای مادران باردار، سرفصل‌های آموزشی تدارک دیده شده (مانند مهارت‌های زندگی و فرزندپروری، خودمراقبتی و...)، مداخلات کوتاه‌مدت، مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر شواهد، درمان دارویی و ارجاع به نظام‌های تخصصی است [۹]. همچنین برنامه‌های پیشگیری وزارت بهداشت در پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع شهری در سطح کشور فراگیر و پایدار هستند و می‌توانند به‌عنوان یک جزء از نظام پیشگیری عمل کنند. به‌رغم وجود نقاط قوت بر شمرده شده، چند کاستی وجود دارد که ممکن است اثر بخشی برنامه‌ها و اقدام‌های وزارت بهداشت را تحت تأثیر قرار دهد:

● **مواجهه منفعل برای شناسایی افراد در معرض خطر و آسیب‌دیده:** اگرچه در شرح وظایف کارکنان پایگاه‌های سلامت به مواردی نظیر اعلام فراخوان به جمعیت برای مراجعه به پایگاه‌های بهداشت اشاره شده است [۱۶]، اما در عمل تا زمانی که فرد به پایگاه مراجعه نکند وارد فرایند غربالگری نمی‌شود و به همین ترتیب مصرف مواد او تشخیص داده نمی‌شود. بخشی از منفعل بودن این مداخلات به این دلیل است که آنها در بستر مرکز تعریف شده و ارائه می‌شوند و در صورت نیاز به محیط زندگی افراد برده نمی‌شوند. مدل خدمات مبتنی بر مرکز زمانی موفق است که قبل از آن سازوکاری فعال برای تشخیص و شناسایی افراد در معرض خطر و پرخطر وجود داشته باشد که افراد را به این مراکز ارجاع دهند.

● **تقلیل مداخلات به مداخلات سطح فردی و مداخلات در مرکز:** در مدل تعریف شده وزارت بهداشت پیشگیری از مصرف مواد به‌مثابه مدلی زیستی-روانی فرض شده که با ارائه خدمات روان‌شناختی یا پزشکی می‌توان آن را درمان کرد، این در حالی است که می‌توان برای اثربخش کردن این مداخلات، به موارد دیگری همچون مداخلات مددکاری اجتماعی نظیر مدیریت مورد، کار با خانواده، اجتماع و حمایت اجتماعی در فرایند پیشگیری و درمان نیز توجه کرد. به‌عبارت دیگر، باید جنس مداخلات مبتنی بر فرد در محیط^۱ باشد. در این نوع از مداخلات فرد در یک بستر اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که همه منابع موجود برای کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ او در

1. Person-In-Environment (PIE)



نظر گرفته می‌شوند. در این زمینه می‌توان به برنامه «مادری ایمن» اشاره کرد. در این برنامه، مداخلات در نظر گرفته شده برای زنان باردار تنها در مراکز سلامت ارائه می‌شود و در صورت نیاز خدمات به منزل زنان باردار برده نمی‌شود. این در حالی است که در نسخه‌های اصلی این برنامه در کنار مداخلات در مرکز، بخشی از مداخلات توسط پرستار یا مددکار اجتماعی آموزش دیده در منزل ارائه می‌شود. همچنین این برنامه به دنبال حل سایر مسائل (سلامت، مسکن، اشتغال، مسائل حقوقی و ...) این دسته از زنان نیز است [۳، ۱۷].

● **تقلیل مشکلات فرد در معرض خطر یا مصرف کننده به مصرف مواد و غفلت از سایر مشکلات او:** در راستای مورد بالا می‌توان گفت؛ اغلب افرادی که در معرض خطر مصرف مواد هستند و یا مصرف مواد را شروع کرده‌اند، مشکلات دیگری دارند که لازم است برای پیشگیری از مصرف مواد یا درمان مورد توجه و رسیدگی قرار گیرند اما به دلیل اینکه در کشور نظام یکپارچه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی وجود ندارد، جای حمایت‌های اجتماعی در این فرایند خالی است و هر کدام از دستگاه‌ها به صورت جداگانه حل برخی از مشکلات فوق را در دستور کار قرار داده‌اند؛ لذا وزارت بهداشت در مراکز سلامت تنها به پیشگیری از اعتیاد یا درمان مصرف مواد تمرکز کرده است و صرفاً تمرکز بر این موارد نیز به تنهایی برای پیشگیری کافی نیست.

● **هم‌پوشانی برخی از برنامه‌ها:** برنامه‌هایی مانند برنامه نوجوان سالم من، تقویت بنیان خانواده و خانواده توانا از نظر گروه هدف با سایر برنامه‌ها، به ویژه مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان هم‌پوشانی دارند.

● **میزان اندک خانواده‌های تحت پوشش و چولگی در توزیع استان آنها:** این موضوع نشان می‌دهد عملکرد پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت با مشکلاتی مواجه است که امکان تحت پوشش قرار دادن افراد و خانوارهای بیشتر را تحت تأثیر قرار داده است. بنابر اظهار نظر کارشناس اداره پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت در جلسه‌ای که در مرکز پژوهش‌های مجلس برگزار شد «اعتبارات حوزه پیشگیری از اعتیاد در مقابل کاهش آسیب در این اداره ناچیز است، نیروی انسانی (کارشناس سلامت روان) در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به اندازه کافی وجود ندارد، برخی از کارشناسان تنها یک الی دو روز در پایگاه حضور دارند و روزهای دیگر را به حضور در پایگاه‌های دیگر اختصاص می‌دهند و وظایف متعددی برای آنها تعریف شده است که امکان رسیدگی به همه آنها را ندارد».

۲-۳. وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (برنامه کاهش اعتیاد در جامعه کار و تولید (کاج))

برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار «برنامه کاهش اعتیاد در جامعه کار و تولید» (۱۴۰۳-۱۴۰۵) و متولی اجرای آن وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری تعداد دیگری از دستگاه‌هاست. برنامه با تأکید بر کارگاه‌های ۵۰ الی ۵۰۰ نفر با محوریت خانه‌های بهداشت کارگری اجرا می‌شود. اهداف راهبردی برنامه نیز عبارت‌اند از: افزایش سواد سلامت در میان جامعه کار و تولید، افزایش تعداد کارگران تحت مراقبت خدمات ترک اعتیاد، افزایش پوشش خدمات مشاوره‌ای برای افراد در معرض خطر و ... محصولات این برنامه شامل سه بخش معتبر سازی اجرای مداخلات، آموزش دست‌اندرکاران در اجرای مداخلات و مداخله در محیط‌های کاری از طریق آموزش کارگران و کارفرمایان، ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره برای کارگران در معرض خطر و ارجاع کارگران دارای اختلال مصرف مواد جهت دریافت خدمات ترک اعتیاد است.

۱-۲-۳. عملکرد برنامه ملی پیشگیری از اعتیاد در جامعه کار و تولید و ارزیابی آن

از عمده عملکردهای این برنامه می‌توان به تأسیس و راه‌اندازی ۳۵۰ ایستگاه‌های به‌رگر در بنگاه‌های اقتصادی ۲۰ الی ۵۰ نفر، تأسیس و راه‌اندازی ۲۷۰ خانه بهداشت کارگری در بنگاه‌های اقتصادی ۵۰ الی ۵۰۰ نفر و تأسیس و راه‌اندازی ۹۸ مرکز بهداشت کار اشاره کرد. هدف از تأسیس و راه‌اندازی این موارد، ایجاد ساختار در بنگاه‌های اقتصادی برای اجرای برنامه‌ها و اقدام‌های بهبود سلامت از جمله سلامت اجتماعی کارگران است. در این ایستگاه‌ها خدمات مختلف نظیر آموزش و مشاوره برای بهبود سلامت کارگران ارائه می‌شود [۱۹]. علاوه بر موارد فوق، مهم‌ترین اقدام‌های وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در راستای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی کارگران در بنگاه‌های اقتصادی به شرح زیر است:

● حمایت‌طلبی از سیاستگذاران و مدیران ارشد دستگاه‌های اجرایی تخصصی در راستای اجرای برنامه،

- تشکیل کمیته راهبری ملی و استانی،
 - توجیه و آموزش کلیه کارفرمایان با هدف جلب همراهی و همکاری آنان در اجرای برنامه توسط استان،
 - تربیت کادر متخصص در اجرای برنامه ملی در استان،
 - اجرای برنامه در ۲۵۰۰ بنگاه اقتصادی ۵۰ تا ۱۰۰ نفره تا سال ۱۴۰۰ (۷۵ درصد از کل جمعیت کارگران محل‌های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر)،
 - پوشش ۵۰ درصدی بنگاه‌های اقتصادی دارای خانه‌های بهداشت کارگری،
 - افزایش آگاهی مدیران و بهداشت‌یاران کار و حساس‌سازی کارفرمایان.
- همچنین به دلیل شیوع بالای اعتیاد در برخی از محیط‌های کار، اداره خدمات اجتماعی کارگران وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، اهتمام به اجرای یک برنامه فوق‌العاده در سال ۱۴۰۳ در سه منطقه اقتصادی عسلویه، منطقه پتروشیمی ماهشهر و معادن زغال‌سنگ استان کرمان کرده است. در این برنامه در سطح همگانی دوره‌های آموزشی نظیر مهارت‌های زندگی، آموزش سبک زندگی سالم، تدبیر در قرآن، در سطح انتخابی برنامه‌هایی نظیر برگزاری نمایشگاه، مسابقات ورزشی، کوهنوردی و پیاده‌روی و در سطح موردی خدمات روان‌شناختی و مشاوره برای کارگران، اجرایی شده است [۱۹].
- برنامه ملی کاج یک برنامه شواهدمحور است که با تقسیم کار بین بخشی و درون بخشی و جلب همکاری دستگاه‌های مختلف تلاش کرده است به هدف پیشگیری از اعتیاد در محیط کار دست پیدا کند. این برنامه دارای چندین نقطه قوت است که در صورت هماهنگی و اجرای آنها می‌تواند به پیشگیری از اعتیاد در محیط کار منجر شود. اهم این موارد عبارت‌اند از: طراحی نظام پیشگیری از اعتیاد در محیط کار، ایجاد تقسیم کار درون بخشی و بین بخشی و تلاش برای پای کار آوردن ظرفیت‌های مختلف جهت حمایت از برنامه و ارائه خدمات متنوع به کارکنان، بهره‌گیری از رویکرد سلامت عمومی و طراحی مداخلات در سه سطح همگانی، موردی و انتخابی، تلاش برای درگیر کردن همه عناصر دخیل نظیر کارگران و کارکنان بنگاه‌ها، خانواده‌های آنان و کارفرمایان برای اجرای برنامه‌های پیشگیری، بهره‌گیری از ظرفیت زیرساخت‌های بهداشت در بنگاه‌های اقتصادی کشور یعنی ایستگاه‌های بهگر، خانه‌های بهداشت کارگری و مراکز بهداشت کار و به کارگیری کارشناسان سلامت روان از سوی ۵۰ درصد از کارگاه‌های بالای ۵۰ نفر شاغل. به‌رغم این نقاط مثبت چالش‌هایی نیز در اجرای برنامه وجود دارد که امکان دستیابی به نتایج را تحت تأثیر قرار داده است. اهم آنها عبارت‌اند از:
- **اجرای دیر هنگام برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط کار:** سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر که به اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط کار اشاره دارد؛ در سال ۱۳۸۵ ابلاغ شد، اما برنامه‌های پیشگیری در این محیط یک دهه بعد شروع شده است و هنوز هم شاهد یک برنامه فراگیر در این محیط نمی‌باشیم.
 - **تأکید بر سلامت جسمی در مراکز بهداشت در محیط کار:** با مرور آیین‌نامه و دستورالعمل‌های مراکز بهداشت در محیط کار نظیر **آیین‌نامه تأسیس مراکز بهداشت کار در کارگاه‌ها (۱۳۹۵)** [۲۰] و **آیین‌نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (۱۳۷۴)** می‌توان دریافت که نیروی انسانی و فرایندهای تعریف شده در این مراکز بیشتر برای تأمین سلامت جسمی کارگران تأسیس شده‌اند و سلامت روانی و اجتماعی آنها کمتر مورد توجه بوده است. برای مثال، همان‌گونه که در آیین‌نامه تصریح شده است؛ فعالیت عمده و اساسی این مراکز، امور بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث ناشی از کار است. شایان ذکر است؛ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی کارگاه‌های بالای ۵۰ نفر را موظف به جذب کارشناس سلامت روان کرده و این موضوع برای خانه‌های بهداشت در کارگاه‌های ۵۰ الی ۵۰۰ نفر داوطلبانه است. ضمانت اجرای به کارگیری این کارشناسان نیز نظام رتبه‌بندی کارگاه‌هاست و به‌عنوان یک شاخص در نظر گرفته شده است. به‌رغم همه این‌ها، هنوز موضوع بهبود سلامت روانی و اجتماعی کارگران در محیط‌های کاری به‌عنوان یکی از وظایف مراکز بهداشت نهادینه نشده است، مسئولیت این حوزه به‌ویژه جذب کارشناس سلامت روان به کارفرماها سپرده شده است، در حالی که به‌لحاظ قانونی دستگاه‌هایی نظیر ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت و ... متولی این موضوع هستند.



● **عدم اجرای همه اقدام‌های طراحی شده برای پیشگیری از اعتیاد:** همه اقدام‌های طراحی شده برای پیشگیری از اعتیاد اجرا نشده‌اند. برای مثال در این زمینه می‌توان به اجرای غربالگری برای شناسایی افراد در معرض خطر و پرخطر اشاره کرد.

از سوی دیگر، یافته‌های ارزیابی برنامه پیشگیری از اعتیاد در سه منطقه ذکر شده نشان می‌دهد به رغم برخی از نواقص و کاستی‌ها، در مجموع مجریان و کارگران ابعاد مختلف برنامه را مناسب ارزیابی کرده‌اند. همچنین بعد از اجرای برنامه، گرایش کارگران نسبت به مواد مخدر سنجیده شده که نشان می‌دهد حدود ۱۱ درصد از آنها گرایش‌شان هنوز زیاد است. در مداخلات حوزه پیشگیری این ۱۱ درصد از اهمیت زیادی برخوردار است؛ چراکه عموم جمعیت غالباً از مواد مخدر دوری می‌کنند و تنها درصد اندکی مواد مخدر مصرف می‌کنند و به آن وابسته می‌شوند [۲۱]. بنابراین، در صورت طراحی نشدن و اجرای ابزارهای غربالگری، این گروه از افراد شناسایی نخواهند شد و امکان ارائه خدمات بیشتر به آنان فراهم نخواهد بود. به عبارت دیگر، برنامه‌های آموزشی و تفریحی-ورزشی فاقد غنای کافی برای کاهش خطرپذیری این دسته از افراد هستند. در مجموع، باید از اجرای چنین برنامه‌هایی اجتناب کرد؛ چراکه کاهش آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد در مناطقی بحرانی، **صرفاً با اجرای یک برنامه منزوی** (که اغلب از نظر زمانی و دسترسی محدود است) امکان‌پذیر نیست و مستلزم صرف هزینه و اعتبارات بدون اثربخشی کافی است [۳].

● **تمرکز برنامه بر بنگاه‌های اقتصادی بزرگ‌مقیاس ۵۰ تا ۵۰۰ نفر و غفلت از بنگاه‌های کوچک‌مقیاس (بنگاه‌های زیر ۵۰ نفر):** این در حالی است که ۲۶ درصد از شاغلان در بنگاه‌های ۴۹-۱۰ نفر مشغول به فعالیت هستند [۲۲].

● **انجام نشدن مطالعات منظم شیوع شناسی برای پایش و ارزیابی وضعیت بروز و شیوع اعتیاد:** از زمان انجام نخستین مطالعه شیوع‌شناسی اعتیاد در جامعه کار و تولید، حدود یک دهه می‌گذرد^۱ و این مطالعه تاکنون تجدید نشده است.

۳-۳. برنامه‌ها و اقدام‌های سازمان بهزیستی

در سازمان بهزیستی کشور نیز چند برنامه برای پیشگیری از اعتیاد در حال اجراست که عبارت‌اند از:

الف) پیشگیری از اعتیاد و ارتقای توانمندی‌ها در مناطق آسیب‌خیز (پاترا): این برنامه مختص ساکنان در مناطق آسیب‌خیز است که شامل ۱۹ جلسه آموزشی برای آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌ها، حضور یک تسهیل‌گری جهت اجرا و تسهیل برنامه، معرفی بانک منابع اجتماعی در سطح منطقه برای استفاده توسط ساکنان و در نهایت طراحی یک اقدام اجتماعی توسط افراد شرکت‌کننده است [۲۳].

ب) برنامه اعتیاد محیط کار (کیان): این برنامه برای کارکنان در محیط کار (محیط اداری) در نظر گرفته شده است. فرایند اجرای برنامه نیز بدین شیوه است که پس از اعلام فراخوان به دستگاه توسط سازمان بهزیستی، دستگاه‌هایی که به این آموزش‌ها نیاز داشته باشند اعلام نیاز می‌کنند. سازمان نیز به واسطه مربی‌هایی که در اختیار دارد، دوره‌های آموزشی را برای کارکنان سازمان‌ها برگزار می‌کند [۲۴].

ج) برنامه پیشگیری از اعتیاد ویژه زنان دارای همسر معتاد (پازک): این برنامه مختص زنان دارای همسر معتاد در محلات حاشیه‌نشین و کم‌برخوردار است. هدف آن ارتقای دانش و توانمند کردن این دسته از زنان برای پیشگیری از اعتیاد است. برنامه به صورت دوره آموزشی شامل چند جلسه ساختار یافته توسط مربی ارائه می‌شود. سرفصل‌های برنامه نیز شامل سلامت و پیشگیری از اعتیاد، مراحل وابستگی به مواد و معرفی ساختارهای حمایتی برای پیشگیری از اعتیاد در زنان دارای همسر معتاد است [۲۵].

د) برنامه پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی (کاربین): این برنامه برای ارائه اطلاعات پیشگیری از اعتیاد از طریق فضای مجازی به نوجوانان و خانواده‌ها طراحی شده است. برنامه به صورت تهیه کلیپ‌های کوتاه و بارگذاری آن در کانال کاربین در بستر شبکه‌های اجتماعی است. همچنین برای پیشگیری از اعتیاد، سازمان بهزیستی کارزارهای رسانه‌ای طراحی کرده است که در محلات، محیط‌های کار و آموزش، مکان‌های عمومی و پرتردد، صداوسیما و فضای مجازی اجرا می‌شود.

۱. گزارش اولین برآورد شیوع مصرف مواد در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور در سال ۱۳۹۳ منتشر شد.

۱-۳-۳. عملکرد برنامه‌های سازمان بهزیستی و ارزیابی آنها

در بهزیستی به صورت میانگین سالیانه حدود شش الی هفت هزار نفر تحت پوشش برنامه‌های مختلف پیشگیری از اعتیاد در محلات، محیط‌های آموزشی و محیط کار اداری بوده‌اند. افزون بر موارد نام‌برده، ۹۰ موشن گرافی پیشگیری و درمان اعتیاد به همراه ۵ کارزار رسانه‌ای در طی سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۱ تولید و اجرا شده است.

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی دارای چند ویژگی مثبت هستند که عبارت‌اند از: نوآورانه بودن برخی از آنها همچون برنامه کاربرین و کارزارهای رسانه‌ای. همچنین اجتماع محور بودن بخشی از برنامه‌های سازمان بهزیستی یکی از نقاط قوت آنهاست؛ چراکه از مرحله طراحی برنامه تا اجرای فعالیت‌های محله‌ای، توسط گروه‌های متشکل از اهالی داوطلب محله با همراهی مربی آموزش دیده انجام می‌شود. این فعالیت‌ها علاوه بر آنکه می‌تواند ساکنان در این محلات را توانمند کند، همچنین آنان را به کنشگران گروهی محلی در زمینه پیشگیری از اعتیاد تبدیل می‌کند. بهرغم نقاط قوت نام‌برده، برنامه‌های این سازمان دارای چالش‌هایی است که عمده آنها عبارت‌اند از:

الف) تعدد ساختارهای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی: ذیل معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی، معاونت‌ها و دفاتر متعددی از جمله معاونت پیشگیری از آسیب‌ها و بازتوانی اعتیاد و دفتر مشاوره و امور روان‌شناختی در حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه اعتیاد، فعالیت می‌کنند. با این حال، براساس تحلیل کارشناسان این سازمان، میان این بخش‌ها تعامل ارگانیک و رویکرد بین‌بخشی وجود ندارد و این نهادها همچنان فاقد همکاری‌های ساختار یافته‌ای هستند.

ب) مشارکت ندادن سازمان‌های مردم‌نهاد: سازمان‌های مردم‌نهاد در برخی از محله‌های حاشیه‌نشین حضور دارند و بستر مناسبی برای ارائه برنامه‌های پیشگیری هستند؛ چراکه فضای مناسبی در اختیار دارند، برخی از آنها دارای کارشناسان آموزش دیده هستند و با ساکنان محله ارتباط مناسب دارند، اما سازمان بهزیستی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد از ظرفیت این سازمان‌ها استفاده نکرده است.

ج) تقلیل برنامه‌ها به آموزش، عدم درگیر کردن همه اجزای دخیل و غفلت از مداخلات مبتنی بر عمل: برنامه‌های سازمان بهزیستی بیشتر از جنس آموزش هستند و بر تغییر ابعاد ذهنی افراد نظیر تغییر نگرش‌ها یا آموختن برخی از مهارت‌ها و در نهایت تغییر روابط بین والدین و فرزندان به واسطه آموزش مهارت‌های فرزندپروری تکیه دارند. همچنین برنامه‌هایی نظیر پاک و پاترا تنها معطوف به زنان دارای همسر معتاد و نوجوانان است و سایر افراد دخیل را درگیر نکرده‌اند، لذا اثربخشی آنها را کاهش می‌دهد. همچنین یکی از سرفصل‌های در نظر گرفته در برنامه پاک معرفی ساختارهای حمایتی برای پیشگیری از اعتیاد در زنان دارای همسر معتاد است، در حالی که معرفی آنها برای بهره‌مندی این زنان از خدمات آنها کافی نیست؛ چراکه ممکن است آنان هیچ‌گاه به این ساختارها جهت دریافت حمایت مراجعه نکنند. در حالی که از سازمان بهزیستی به‌عنوان یکی از سازمان‌های اصلی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی انتظار می‌رود به واسطه انعقاد تفاهم‌نامه و نظام ارجاع یا هر سازوکار دیگری این حمایت‌ها را در عمل برای این دسته از زنان فراهم آورد. به همین ترتیب، تنها راهبرد آگاهی‌بخشی و مهارت‌آموزی از طریق آموزش برای گروه‌ها و افراد در معرض خطر جهت پیشگیری از اعتیاد کفایت نمی‌کند؛ چراکه اعتیاد در محلات حاشیه‌نشین و خانوارهای ساکن این محلات امری جمعی است و به واسطه شبکه‌ها و جوی که در این محلات وجود دارد در میان بخش قابل توجهی از ساکنان شیوع پیدا کرده است. لذا پیشگیری از اعتیاد در این محلات به مداخلاتی نیاز دارد که همه اجزای مرتبط را درگیر کند، فرصت‌های درون و بیرون از محله را گردهم آورد و برنامه‌ها و اقدام‌های مناسب با درجه خطرپذیری افراد و گروه‌ها طراحی و اجرا کنند.

د) عدم پایداری برنامه‌ها و فراگیر نبودن آنها: برنامه‌های مرور شده در همه محلات و برای تمامی گروه‌های هدف اجرا نمی‌شوند و میزان فراگیری آنها در سطح کشور محدود است. برای مثال، همان‌گونه که اشاره شد، سالیانه به‌طور میانگین تنها ۷ هزار نفر تحت پوشش برنامه‌های سازمان بهزیستی در محیط‌های چندگانه قرار گرفته‌اند. افزون بر این، این برنامه‌ها از پایداری لازم برخوردار نیستند؛ چراکه پس از اجرا به پایان می‌رسند. برنامه‌ها، به‌ویژه برنامه‌های آموزشی، زمانی اثربخش خواهند بود که دارای ساختار مشخص بوده و با بهره‌گیری از مربیان آموزش دیده و ابزارهای مناسب، به صورت مستمر تداوم یابند. حتی در برنامه پاک که پایداری آن از طریق تیم‌سازی محلی برای آن پیش‌بینی شده در



بسیاری از محلات تحقق نیافته است و براساس گفته‌های کارشناس سازمان بهزیستی در جلسه‌ای که در سازمان بهزیستی برگزار شد، «هنوز یک فکر اولیه است و باید بسیار روی آن کار شود».

ه) اجرای فعالیت‌های موازی در محلات توسط دستگاه‌های مختلف بدون تجربه یا با تجربه ناکافی: مداخلات اجتماع محور و جلب مشارکت ساکنان و نهادهای محلی، رویکردی مبتنی بر شواهد است که عمدتاً توسط مددکاران اجتماعی اجرا می‌شود. باین حال، در طی حداقل یک دهه گذشته، نهادهای متعدد و فاقد تجربه و دانش لازم برای اجرای اقدام‌های مبتنی بر شواهد، به محلات و ساکنان آنها مراجعه کرده‌اند. این رویکرد نه تنها موجب ائتلاف منابع می‌شود، بلکه به اعتماد ساکنان محلی - که مهم‌ترین سرمایه برای توفیق چنین برنامه‌هایی محسوب می‌شود - آسیب وارد می‌کند. سایر چالش‌ها و کاستی‌ها عبارت‌اند از: کمبود اعتبارات و عدم تخصیص به موقع آنها، ناپایداری نیروی انسانی و عدم انجام ارزیابی نظام‌مند و بررسی اثربخشی برنامه‌ها.

۳-۴. وزارت آموزش و پرورش

نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد)، برنامه وزارت آموزش و پرورش برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان است. نماد شامل مجموعه‌ای نظام‌یافته از خدمات و برنامه‌ها شامل آموزش، غربالگری، تشخیص، اقدام مختصر، ارجاع، درمان و حمایت اجتماعی جهت مراقبت از دانش‌آموزان در برابر رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی است. فرایندهای اجرایی این برنامه عبارت‌اند از:

الف) آموزش‌های ارتقایی برای سه گروه دانش‌آموزان، معلمان و والدین،

ب) غربالگری جهت شناسایی به موقع دانش‌آموزان در معرض خطر، پرخطر و دارای فوریت‌های روانی و اجتماعی،

ج) تشخیص که عبارت است از تکمیل فرم‌های مصاحبه تشخیصی براساس نتایج حاصل از شناسایی و غربالگری،

د) مداخله مختصر که به صورت فردی یا گروهی برای دانش‌آموزان در معرض خطر و پرخطر انجام می‌شود،

ه) ارجاع و حمایت‌های اجتماعی: در این بخش دانش‌آموزان در معرض برای دریافت خدمات تخصصی و حمایتی به مرکز مشاور شهرستان/منطقه/ناحیه ارجاع داده می‌شوند [۲۷]. همچنین در آموزش و پرورش برنامه‌های دیگر نظیر کانون یاریگران زندگی و جشنواره نوجوان سالم در حوزه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در دست اجراست.

۱-۴-۳. عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد دانش‌آموزان و ارزیابی آنها

در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در برنامه کانون یاریگران زندگی، ۶،۹۷ مدرسه تحت پوشش این برنامه بوده‌اند، تعداد ۶۴۱،۷۰۴ نفر دانش‌آموزان به کانون جذب شده‌اند و تعداد ۲۴۲،۷۲۰ نفر عضو کانون هستند. همچنین نسبت مدارس تحت پوشش به کل مدارس کشور برابر با ۶/۳ درصد و نسبت دانش‌آموزان جذب شده به کانون به کل دانش‌آموزان برابر با ۴/۱ درصد است [۲۸]. توزیع دانش‌آموزان جذب شده به کانون به تفکیک استان‌های کشور نیز نرمال نیست و ۳۸/۶ درصد آن در دو استان خراسان جنوبی و لرستان بوده است.

تعداد افراد تحت پوشش مداخله‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد در طرح جشنواره نوجوان سالم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به این شرح بوده است: تعداد مدارس تحت پوشش برابر با ۱۰۴،۹۳۲ مدرسه، تعداد دانش‌آموزان جذب شده به جشنواره برابر با ۸۳۳،۶۸۹ دانش‌آموز، تعداد آثار ارسال شده به دبیرخانه کشوری برابر با ۲،۳۳۷ مورد، جمع کل تعداد شرکت‌کنندگان برابر با ۳۷۶،۸۸۶ نفر و نسبت دانش‌آموزان مشارکت‌کننده در طرح به کل دانش‌آموزان برابر با ۲/۵ درصد بوده است [۲۸].

همان‌گونه که مرور شد برنامه اصلی وزارت آموزش و پرورش نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) است که در گزارشی دیگر به ارزیابی عملکرد این نظام به صورت مفصل پرداخته شده است. یافته‌های این گزارش نشان می‌دهد که نماد به دلیل جایگاه قانونی آن، ائتلافی بودن و طراحی فرایندهایی همچون آموزش‌های ارتقایی، غربالگری، تشخیص، مداخله مختصر، ارجاع، درمان و حمایت‌های اجتماعی برنامه‌های شواهدمحور در کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان است. اما به دلایلی همچون فروپاشی ائتلاف و برخی از فرایندها و مداخلات

آن، پوشش پایین برنامه، عدم تعریف فرایندهای معطوف به نوع آسیب اجتماعی در بخش پیشگیری و وجود برنامه‌های موازی و کم‌اثر دیگر در این حوزه چندان در کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر نبوده است [۲۹]. همچنین در جلسه‌ای که در مرکز پژوهش‌های مجلس برگزار شد؛ کارشناس اداره کل مشاوره و مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی بیان داشتند که اگرچه عملکرد نماد پیشرفت داشته و در بخش شناسایی آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان به نقطه مطلوبی دست یافته است، اما هنوز ائتلاف نماد شکل نگرفته و ائتلاف موجود بسیار نحیف است. افزون بر این، سامانه برخط ارجاع الکترونیکی ایجاد نشده و فرایند ارجاع همچنان به صورت دستی انجام می‌شود. همچنین برخی از دستگاه‌ها نیز برخلاف آیین‌نامه اجرایی نظام «نماد» و سند آن، از ارائه خدمات رایگان به دانش‌آموزان خودداری می‌کنند. یافته‌های مطالعه‌ای دیگر در مقیاس کوچک‌تر نیز نشان می‌دهد چالش‌های سیاست‌گذاری در مرحله اجرا، ضعف‌های محتوایی یا نامناسب بودن محتوا با فرهنگ و سطح فهم گروه‌های هدف و نیز موانع اجرایی، انجام مؤثر برنامه‌ها را با اختلال مواجه کرده است [۳۰].

مرور برنامه‌های دیگر نظیر طرح یاریگران زندگی و جشنواره نوجوان سالم نیز نشان می‌دهد که عملکرد این برنامه‌ها فراگیر نیست و تنها درصد اندکی از دانش‌آموزان را تحت پوشش دارد. همچنین باید گفت؛ طرح یاریگران زندگی و جشنواره نوجوان سالم، به همراه فعالیت‌های همیار مشاور و هدایت تحصیلی، در اصل جزو فعالیت‌های نظام نماد محسوب نمی‌شوند، بلکه برنامه‌هایی از پیش موجود در وزارت آموزش و پرورش یا طرح‌های متعلق به سایر دستگاه‌ها بوده‌اند که بدون پشتوانه کارشناسی کافی، در قالب افزونه غیر کارشناسی به نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان الحاق شده‌اند.

شایان ذکر است که اگرچه فعالیت‌های از پایین و مشارکتی نظیر کانون یاریگران زندگی برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی حائز اهمیت است، اما باید در درجه اول تمرکز را بر برنامه‌ها و خدمات تخصصی نظیر آنچه که در نماد تعریف شده است، گذاشت. لذا تعدد برنامه‌ها و فعالیت‌ها علاوه بر آنکه باعث تقسیم منابع و اعتبارات و اختلال در فراگیر کردن برنامه‌ها می‌شوند، اعتماد جامعه مخاطب را نیز خدشه‌دار می‌کند، چراکه باعث این برداشت می‌شود که در وزارت آموزش و پرورش مشخص نیست که به واسطه کدام برنامه، پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی در دستور کار است.

۵-۳. سایر برنامه‌ها و اقدام‌ها

ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری برخی از دستگاه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد چند برنامه دیگر نظیر خانه ورزش، نشاط و تندرستی روستایی و کانون یاریگران زندگی در محیط‌های مختلف را برای پیشگیری از اعتیاد طراحی و اجرا کرده است. خانه ورزش، نشاط و تندرستی روستایی محیط ورزشی سر بسته در روستاها جهت ایجاد رویکرد جایگزین و مثبت در مقابل گسترش آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد است. یکی از اهداف این برنامه نیز پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق فعالیت‌های ورزشی است [۳۱]. هدف کانون یاریگران زندگی نیز شبکه‌سازی از افراد در محیط‌های مختلف نظیر آموزش، کار، ورزش و اجتماعات و توانمندسازی آنان به واسطه آموزش جهت پیشگیری از اعتیاد است [۳۲].

۱-۵-۳. گزارش عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر و ارزیابی آنها

جدول زیر نشان‌دهنده عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری برخی دیگر از دستگاه‌هاست.



جدول ۲. کانون‌های یاریگران زندگی و خانه‌های ورزش روستایی [۳۳]

| تعداد (تا پایان سال ۱۴۰۲) | واحد | شرح |
|---------------------------|-----------|--|
| ۴۳,۵۸۱ | کانون | کانون‌های فعال یاریگران زندگی در مدارس |
| ۳,۴۸۰ | کانون | کانون‌های فعال یاریگران زندگی در محیط‌های کار (یاریگران کار و تولید) |
| ۴۰ | کانون | راه‌اندازی کانون‌های فعال یاریگران ورزش |
| ۱۰۰ | خانه ورزش | تجهیز و راه‌اندازی خانه‌های ورزش روستایی |
| ۵۰ | خانه نشاط | تجهیز و راه‌اندازی خانه‌های نشاط و تندرستی روستایی |
| ۲۵۵ | رویداد | اجرای مسابقات و رویدادهای ورزشی در خانه‌های ورزش روستایی |
| ۱۶,۷۸۱ | کانون | کانون‌های فعال یاریگران زندگی هلال احمر |
| ۴,۸۳۰ | کانون | کانون‌های فعال یاریگران زندگی در روستاها |

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد تا پایان سال ۱۴۰۲ تعداد ۴۳,۵۸۱ کانون یاریگران زندگی در مدرسه اجرا شده است که حدود ۴۱ درصد مدارس را پوشش می‌دهد. همچنین عملکرد تجهیز و راه‌اندازی خانه‌های ورزش روستایی و خانه‌های نشاط و تندرستی نیز از گستردگی لازم برخوردار نیست؛ به طوری که از مجموع ۶۴ هزار روستای کشور، تنها ۱۵۰ مورد به این امکانات مجهز شده‌اند. در کنار خانه‌های ورزش و نشاط روستایی و کانون‌های یاریگران زندگی ستاد مبارزه با مواد مخدر از سازمان‌های مردم‌نهاد حوزه مبارزه با مواد مخدر در حوزه فرهنگی و پیشگیری نیز حمایت می‌کند که تعداد این سازمان‌ها در سال ۱۴۰۲ برابر با ۱۸۳۲ سازمان بوده است. البته برخی از این سازمان‌ها در حوزه‌های دیگر نظیر درمان و کاهش آسیب نیز فعالیت می‌کنند.

بر اساس بررسی‌های انجام شده، چند نکته درباره این برنامه‌ها قابل توجه است. همان‌گونه که پیشتر اشاره شد، فعالیت‌های مشارکتی مانند برنامه‌هایی که مستقیماً توسط دانش‌آموزان یا ساکنان روستاها اجرا می‌شوند، در پیشگیری از اعتیاد می‌توانند اثربخش باشند. این رویکرد نه تنها جامعه هدف را به طور مستقیم درگیر، بلکه از طریق فرایند توانمندسازی به واسطه آموزش و اجرای پروژه‌های خرد، آنان را به کنشگران فعال در حوزه پیشگیری تبدیل می‌کند تا بتوانند به دیگران نیز یاری رسانند. فعالیت‌هایی نظیر «خانه‌های ورزش و نشاط» نیز مفید هستند، چرا که به هر حال بر امکانات و فرصت‌های فراغتی جایگزین مناطق روستایی می‌افزایند. بر این اساس، میزان تأثیرگذاری این گونه فعالیت‌ها در پیشگیری از اعتیاد جای پرسش دارد و نیازمند مطالعات بیشتر است. همچنین، همان‌گونه که بررسی‌ها نشان داد، این برنامه‌ها هنوز در روستاها فراگیر نشده‌اند و پایداری آنها مشخص نیست.

سازمان‌های مردم‌نهاد به عنوان یکی از ظرفیت‌های اجتماعی، بستری مناسب برای پیشگیری از اعتیاد محسوب می‌شوند. منطق حاکم بر این سازمان‌ها که مبتنی بر امر خیر، تعهد عاطفی نسبت به دیگران و انعطاف‌پذیری است، اگر با دانش شواهدمحور همراه شود، می‌تواند در پیشگیری از اعتیاد مؤثر باشد. یافته‌ها حاکی از رشد چشمگیر این سازمان‌ها در دو دهه اخیر دارد [۳۴]. باید گفت شکل‌گیری، پایداری و تداوم سازمان‌های مردم‌نهاد فرایند زمان‌بر و مستلزم همکاری شهروندان و اجتماعات حول یک موضوع است. بخشی از رشد این سازمان‌ها را باید در قالب برون‌سپاری خدمات دولتی تفسیر کرد به این معنی که در سال‌های اخیر دولت با برون‌سپاری برخی از وظایف و پرداختن هزینه این برون‌سپاری به شکل دادن تعدادی از این سازمان‌ها دامن زده است، لذا این سازمان‌ها دیگر مردم‌نهاد نیستند. همچنین، در این زمینه شواهد حاکی از آن است که برخی از سازمان‌هایی که خود را غیردولتی نامیده‌اند، برای فرار از مالیات خود را به این نام خوانده‌اند [۳۵]. در نهایت، بسیاری از سازمان‌ها در عمل فعال نیستند و برآوردها نشان می‌دهد تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد از این سازمان‌های مردم‌نهاد به معنی واقعی کلمه فعال هستند [۳۶].

۴. جمع‌بندی و پیشنهادها

در این گزارش و گزارش پیشین، سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت. در بخش حاضر، برنامه‌ها در گام نخست بر اساس شاخص‌های از پیش تعیین شده مورد سنجش تطبیقی قرار خواهند گرفت. سپس، ارزیابی از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به همراه تحلیل ریشه‌ای علل ناکارآمدی‌ها و چالش‌های اجرایی ارائه خواهد شد. در نهایت، پیشنهادهای اصلاحی جهت بهبود برنامه‌ها ارائه می‌شود.

جدول ۳. ارزیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد با توجه به شاخص‌های تعیین شده

| ردیف | عنوان برنامه | شاخص‌های ارزیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد | | | | |
|------|---|---|------------------------------------|---------|---------------|---------------------------------------|
| | | شناسایی فعال افراد در معرض خطر | جامعیت در ارائه خدمات ^۱ | پایداری | عملکرد فراگیر | اتصال به برنامه‌های دیگر ^۲ |
| ۱ | مراقبت‌های در نظر گرفته شده برای پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه | × | ۰ | √ | ۰ | √ |
| ۲ | برنامه نوجوان سالم من | × | × | × | × | × |
| ۳ | برنامه تقویت بنیان خانواده | × | × | × | × | × |
| ۴ | برنامه خانواده توانا | × | × | × | × | × |
| ۵ | برنامه ملی مادری ایمن | √ | ۰ | √ | √ | √ |
| ۶ | برنامه ملی کاج | × | ۰ | ۰ | ۰ | × |
| ۷ | نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان | √ | ۰ | √ | ۰ | ۰ |
| ۸ | پاترا | × | ۰ | × | × | × |
| ۹ | برنامه اعتیاد محیط کار (کیان) | × | × | × | × | × |
| ۱۰ | پازک | ۰ | × | × | × | × |
| ۱۱ | کاربین | - | ۰ | × | - | - |
| ۱۲ | خانه ورزش، نشاط و تندرستی روستایی | × | × | × | × | × |
| ۱۳ | کانون یاریگران زندگی در محیط‌های مختلف | × | ۰ | × | ۰ | × |
| ۱۴ | برنامه‌های آموزشی و مداخلاتی برای دانشجویان ذیل مراکز مشاوره دانشجویی | √ | ۰ | √ | ۰ | × |

√ = شاخص در برنامه مذکور به‌طور کامل رعایت شده یا وجود داشته است.

۰ = در برنامه شاخص تا حدودی رعایت شده و یا وجود داشته است.

×

- = شاخص برای برنامه قابل اعمال نیست.

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

۱. در ارتباط با شاخص جامعیت می‌توان گفت ارائه خدمات باید از کفایت و گستردگی لازم، متناسب با نیازهای جامعه هدف، برخوردار باشد. برای مثال، ارائه مجموعه‌ای از خدمات آموزشی، پزشکی، اجتماعی، اشتغال حمایت شده، مسکن، حقوقی و سایر خدمات، با توجه به سطح خطر پذیری و نیازهای خاص افراد، برای پیشگیری از اعتیاد ضروری است. به عبارت دیگر، مداخلات و حمایت‌ها باید از جامعیت کافی برخوردار باشند تا از طریق ارتقای توانمندی‌ها و حل مسائل افراد، به پیشگیری مؤثر از اعتیاد منجر شوند.

۲. این شاخص بر ضرورت پیوستگی سلسله‌مراتبی برنامه‌ها با یکدیگر تأکید دارد، به طوری که از طریق سازوکار ارجاع، افراد با توجه به نیازهای شناسایی شده و سطح خدمات مورد نیاز، به برنامه‌های مرتبط دیگر هدایت شوند. به عنوان نمونه، فرایند ارجاع دانش‌آموزان در برنامه ملی نماد به دستگاه‌های ذی‌ربط برای دریافت خدمات تکمیلی یا تخصصی، مصداق عینی این اتصال برنامه‌های محسوب می‌شود.



همان گونه که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، از میان برنامه‌های موجود فقط سه برنامه (مراقبت‌های در نظر گرفته شده برای پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان و برنامه کشوری ملی مادری ایمن) در عمل توانسته‌اند با توجه به شاخص‌های تعیین شده موفقیت نسبی را کسب کنند، البته در واقعیت نیز عملکرد این برنامه‌ها، فراگیر نیست و چندان در پیشگیری از اعتیاد مؤثر نبوده‌اند. در ادامه، بررسی می‌شود که مهم‌ترین چالش‌های حوزه پیشگیری از اعتیاد کدام‌اند تا توضیحی ارائه شود برای اینکه چرا هنوز نتایج قابل قبولی در این حوزه حاصل نشده است:

۱) نبود هماهنگی و هم‌افزایی بین دستگاه‌ها و برنامه‌ها: عدم تنظیم‌گری مؤثر و نقص در هماهنگی بین دستگاه‌ها و برنامه‌های مرتبط، سبب شده است دستگاه‌ها به صورت مستقل، ناهماهنگ، پراکنده و موازی عمل کنند. شایان ذکر است با توجه به ماهیت چندعلیتی و پویای پدیده اعتیاد، مخاطبان برنامه‌های پیشگیری در گروه‌های سنی و جنسیتی مختلف و در محیط‌های متنوع هستند. بنابراین، اجرای مداخلات چندسطحی و هم‌افزا توسط کلیه دستگاه‌های ذی‌ربط، از ضروریات بنیادین عرصه پیشگیری است. با این حال، ضعف در تولید و مدیریت یکپارچه مسئله اعتیاد توسط نهادهای تخصصی، کاستی در مشارکت و همکاری‌های بین‌بخشی، چالشی جدی ایجاد کرده که مانع دستیابی برنامه‌های پیشگیرانه به اهداف خود شده است. هر چند فلسفه وجودی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، حل همین چالش‌ها بوده، اما به دلایل متعددی از جمله ضعف در دانش فنی و توان مدیریتی لازم برای هدایت اعضای کمیته پیشگیری، ناتوانی در ایجاد هماهنگی مؤثر بین سازمانی در سطوح مختلف و فقدان نظارت فنی و تخصصی بر عملکرد دستگاه‌ها مطابق با تکالیف، این نهاد نتوانسته نقش خود را به درستی ایفا کند [۷، ۳۷، ۳۸]. علاوه بر این، جدا از ستاد مبارزه با مواد مخدر و دستگاه‌های عضو آن، دستگاه‌های دیگری در سطوح مختلف با مأموریت‌های مشابه در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد فعال هستند. این وضعیت در کنار تغییرات مدیران در سطوح مختلف به نابسامانی در مدیریت این حوزه منجر شده است تا جایی که مسئولیت اصلی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور به شکلی مبهم و نامشخص باقی مانده است.

۲) جایگاه پایین پیشگیری از اعتیاد در اولویت‌بندی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مقایسه با درمان و کاهش آسیب: سیاست‌ها و برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر زمانی موفق هستند که به همه ابعاد کنترل مواد مخدر نظیر مبارزه با عرضه و کاهش تقاضا (پیشگیری، درمان و کاهش آسیب) به صورت هم‌زمان بپردازند و در یک زنجیره برنامه‌های این حوزه‌ها به یکدیگر پیوند بخورند. این در حالی است که طبق بررسی‌های به عمل آمده در سال‌های گذشته، پیشگیری از اعتیاد در مقایسه با سایر حوزه‌ها، اولویت چندانی برای ستاد مبارزه با مواد مخدر نداشته است [۳۹]. همچنین یکی از نقدهایی که از سوی دستگاه‌های فعال در حوزه مبارزه با مواد مخدر و کارشناسان این حوزه به ستاد وارد شده، آن است که در سال‌های اخیر، ساماندهی معتادان متجاهر در مراکز موضوع ماده (۱۶) با وجود همه چالش‌ها متعدد و اثربخشی محدود این مراکز، به دغدغه اصلی ستاد تبدیل شده و بخش قابل توجهی از اعتبارات به این مراکز اختصاص یافته است [۸].

۳) غفلت از طراحی مداخلات پیشگیرانه در سال‌های اولیه رشد کودک (۲ تا ۶ سال): سال‌های اولیه رشد کودک دوره‌ای حیاتی از نظر طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر کودک‌کی سالم و ایمن محسوب می‌شود [۴۱]. این دوره همچنین نقش تعیین‌کننده‌ای در رشد مهارت‌های بنیادین کودک از جمله مهارت‌های زبانی دارد. پیش از این، سازمان بهزیستی کشور متولی اصلی مهد کودک‌ها بود و به صورت محدود و پراکنده مداخلاتی برای این گروه سنی با تأکید بر آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین انجام می‌داد. اما با تصویب قانون تأسیس سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک در سال ۱۴۰۰، حوزه مسئولیت مهد کودک‌ها به طور رسمی از سازمان بهزیستی به این نهاد جدید منتقل شد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که تاکنون در چارچوب برنامه‌های سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک، هیچ مداخله ساختاریافته‌ای با هدف کودک‌کی سالم و ایمن، طراحی نشده است.

۱. شایان ذکر است که در نامه‌ای به شماره ۱۱۰/۱۴۴۱-۸۲ خطاب به ستاد مبارزه با مواد مخدر، علاوه بر درخواست‌های دیگر، اطلاعات مربوط به میزان و روند اعتبارات حوزه پیشگیری از اعتیاد و نیز شرح تخصیص و هزینه‌کرد آنها نیز درخواست شد که اطلاعات این بخش از سوی ستاد ارسال نشد.

- ۴ **رویکرد منفعلانه در شناسایی افراد پرخطر:** به‌استثنای برنامه‌های مادری ایمن و نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان، سایر برنامه‌ها فاقد سازوکارهای فعال برای شناسایی افراد در معرض خطر مصرف مواد هستند.
- ۵ **غلبه رویکرد آموزشی و آگاهی‌بخشی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد:** مرور برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد دستگاه‌های مختلف نشان داد، برخی برنامه‌ریزان با این پیش‌فرض عمل کرده‌اند که افزایش کمی پوشش برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی به‌تنهایی می‌تواند به کاهش معنادار شیوع مصرف مواد منجر شود. این در حالی است که آموزش و آگاه‌سازی تنها بخش کوچکی از برنامه‌های جامع پیشگیری از اعتیاد محسوب می‌شوند [۳۸، ۴۰].
- ۶ **بی‌توجهی به توسعه سازوکارهای حمایتی تکمیلی برای رفع سایر مشکلات افراد:** پیشگیری از اعتیاد صرفاً با تمرکز بر مصرف مواد محقق نمی‌شود، بلکه مستلزم توجه به نظام مسائل افراد و توسعه سازوکارهای حمایتی تکمیلی مانند اشتغال حمایت‌شده، تأمین مسکن، ارائه خدمات حقوقی، کاهش فقر و موارد مشابه است [۴۰]. فقدان نظام یکپارچه در سطح کلان و نبود مراکز جامع خدمات اجتماعی در سطح خرد از عمده علل توجه به این حمایت‌هاست.
- ۷ **محدودسازی مداخلات به اقدامات مرکز محور و غفلت از سایر اشکال مداخله:** مداخلات طراحی شده عمدتاً محدود به آموزش، آگاه‌سازی و ارائه خدمات مشاوره‌ای، روان‌شناختی و پزشکی مبتنی بر گفتار برای پیشگیری از اعتیاد هستند. این نوع مداخلات عموماً فردمحور و مرکز محور بوده و بر گفتار درمانی یا درمان‌های پزشکی متمرکز هستند. هرچند این رویکردها تأثیرگذارند، اما به‌تنهایی کافی نیستند و لازم است با مداخلات خانواده‌محور و جامعه‌محور مبتنی بر عمل و مددکاری اجتماعی نیز تکمیل شوند.
- ۸ **اعتبارات ناکافی و پرداخت نابهنگام آنها:** اعتبارات حوزه پیشگیری در مقابل درمان، کاهش آسیب و مبارزه با عرضه ناچیز هستند و این اعتبارات ناکافی علاوه بر آنکه به‌هنگام پرداخت نمی‌شوند، بلکه بین برنامه‌های مختلف توزیع می‌شوند که اثربخشی آنها را تحت تأثیر قرار داده است [۳۸، ۴۰].
- ۹ **ناپایداری نیروی انسانی:** از آنجاکه نیروی انسانی به‌کار گرفته شده در برخی از برنامه‌ها به‌صورت قراردادی فعالیت می‌کند، این افراد به‌دلایل مختلف در بلندمدت در برنامه‌ها باقی نمی‌مانند. این در حالی است که اساساً اجرای مؤثر برنامه‌های اجتماعی، به‌ویژه برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، به‌دلایلی همچون شکل‌گیری تجربه انباشته شده در نیروی انسانی، ایجاد رابطه پایدار و مبتنی بر اعتماد با ساکنان و افراد هدف و ... نیازمند نیروی انسانی پایدار است [۳۸].
- ۱۰ **ضعف در نظارت و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری:** پرسشی که به ذهن متبادر می‌شود این است که آیا کلیه برنامه‌های مورد بررسی، به‌ویژه برنامه‌هایی نظیر «یارِ بزرگان زندگی»، «کاربین» و نظایر آن، در پیشگیری از اعتیاد اثربخش بوده‌اند یا خیر؟ پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها دشوار است، زیرا از یک سو ارزیابی‌های علمی معتبر درباره برخی از برنامه‌های پیشگیری انجام نشده است و از سوی دیگر، برخی دیگر از برنامه‌ها بدون پایلوت مناسب طراحی و اجرا شده‌اند [۳۸، ۴۰].
- ۱۱ **عدم انجام منظم مطالعات دوره‌ای شیوع‌شناسی برای پایش و ارزیابی میزان بروز و شیوع اعتیاد:** در سال‌های گذشته، دستگاه‌ها و مجریان مختلف، مطالعات شیوع‌شناسی اعتیاد را به‌صورت عمومی یا در جمعیت‌های خاص انجام داده‌اند. اما به‌دلیل عدم انجام این مطالعات توسط یک نهاد متولی مشخص، به‌صورت منظم و با شاخص‌های استاندارد، تصویر دقیقی از میزان بروز و شیوع اعتیاد و روند آن به‌دست نیامده است. انجام مطالعات منظم شیوع‌شناسی اعتیاد از این جهت حائز اهمیت است که به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی، موفقیت برنامه‌های پیشگیری را براساس میزان کاهش نرخ بروز و شیوع مصرف مواد می‌سنجد. لذا براساس آنچه که مرور شد عمده چالش‌های پیشگیری از مصرف مواد را به‌شرح زیر می‌توان دسته‌بندی کرد:



جدول ۴. عمده چالش‌های سیاست‌ها و مداخلات پیشگیری از اعتیاد کشور

| چالش‌های سیاستی | چالش‌های ساختاری | چالش‌های فرایندی/اجرایی |
|--|---|---|
| فقدان نظریه سیاستی در زمینه پیشگیری از اعتیاد به‌عنوان پشتوانه سیاست‌ها | فقدان نظام یکپارچه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در کشور و تعداد دستگاه‌های متولی | جابگاه پایین پیشگیری از اعتیاد در اولویت‌بندی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مقایسه با درمان و کاهش آسیب |
| غلبه نگاه جرم‌انگاری در قانون مبارزه با مواد مخدر به مسئله مواد و اعتیاد | تعدد دستگاه‌های تنظیم‌گر در عمل | غفلت از طراحی مداخلات پیشگیرانه در سال‌های اولیه رشد کودک |
| تعیین نقش و وظیفه برای دستگاه‌های متعدد | آرایش ساختاری نامناسب ستاد مبارزه با مواد مخدر | رویکرد منفعلانه در شناسایی افراد پرخطر |
| تعیین دستگاه‌های تنظیم‌گر متعدد | تغییرهای ساختاری در بخش‌های مربوط به پیشگیری از اعتیاد در دستگاه‌ها و اثر منفی آنها بر برنامه‌های پیشگیری | عدم ارتباط و انسجام بین برنامه‌های مختلف در یک نظام سلسله‌مراتبی |
| نپرداختن به همه اشکال مواد | | غلبه رویکرد آموزشی و آگاهی‌بخشی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد |
| جداسازی آسیب اجتماعی اعتیاد و پیشگیری از آن از سایر آسیب‌های اجتماعی | | بی‌توجهی به توسعه سازوکارهای حمایتی تکمیلی برای رفع سایر مشکلات افراد |
| بی‌توجهی به پیشگیری در همه سنین یا دوره‌های زندگی | | محدودسازی مداخلات به اقدام‌های مرکز‌محور و غفلت از سایر اشکال مداخله |
| تعیین محیط‌های مداخله متفاوت در سیاست‌ها و قوانین مختلف | | اعتبارات ناکافی و پرداخت نابهنگام آنها |
| تعدد راهبردهای پیشنهادی و شواهدمحور نبودن برخی از آنها | | ناپایداری نیروی انسانی |
| | | عملکرد پایین برنامه‌ها از جهت تعداد افراد تحت پوشش و توزیع نامناسب استانی آنها |
| | | عدم انجام منظم مطالعات دوره‌ای شیوع‌شناسی برای پایش و ارزیابی میزان بروز و شیوع اعتیاد |
| | | ضعف در نظارت و ارزیابی برنامه‌ها |

مأخذ: همان.

با توجه به چالش‌های شناسایی شده، پیشنهادهای اصلاحی زیر ارائه می‌شود:

- **ایجاد نظام یکپارچه پیشگیری از مصرف مواد مبتنی بر بند «ب» ماده (۸۵) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت:** نظام ملی یکپارچه پیشگیری از اعتیاد، مجموعه‌ای از سیاست‌ها و مداخلات مبتنی بر شواهد است که در محیط‌های مختلف (خانواده، آموزش، محیط کار و جامعه) اجرا شده و تمامی گروه‌های سنی و سطوح مختلف خطر را پوشش می‌دهد. برای ارائه طیف یکپارچه‌ای از مداخلات و سیاست‌ها، نظام یکپارچه نیازمند پایه‌های ساختاری محکم شامل این موارد است: الف) سیاست حمایتی و چارچوب قانونی، ب) شواهد علمی و تحقیقات، ج) هماهنگی بین بخش‌ها و سطوح مختلف (دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد/ملی، استانی، منطقه‌ای و...)، د) نیروی انسانی متخصص و توانمند و آموزش مستمر آنها و ه) تعهد به تأمین منابع کافی و پایداری نظام در بلندمدت. همچنین لازم است این نظام، در نظام جامع و سلامت‌محور کنترل مواد و در سطح کلان‌تر کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی تعبیه شود [۳]. اگر نظام یکپارچه برای پیشگیری از اعتیاد و در سطح کلان‌تر، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی تأسیس شود، به تدریج سایر بخش‌ها، فرایندها و برنامه‌های این نظام نیز شکل خواهند گرفت. باین حال، با توجه به چالش‌های شناسایی شده در بخش‌های قبل سایر پیشنهادها عبارت‌اند از:
- **پیشگیری از همه اشکال مصرف مواد:** لازم است نظام ملی پیشگیری از اعتیاد، سیاست‌ها و مداخلاتی جامع برای پیشگیری از مصرف

- تمامی مواد (از جمله مصرف دخانیات در سن غیرقانونی، الکل، مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مخدرهای هوشمند) طراحی و اجرا کند.
- **در دستور کار قرار دادن مداخلات پیشگیری در سال‌های اولیه رشد کودک (۲ تا ۶ سال):** مداخلات پیشگیرانه در این دوره از رشد کودکان را می‌توان در مهدکودک‌ها و پیش‌دبستانی‌ها جاسازی کرد و اجرای آن را به سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک سپرد. مداخلات این سال‌ها بیشتر شامل آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای والدین یا پیشگیری از فقر کودکان در ابعاد مختلف است.
 - **حذف برنامه‌های موازی یا ادغام آنها در برنامه‌های شواهدمحور:** پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی نظیر «یاربگرن زندگی»، «جشنواره نوجوان سالم» و «خانه‌های ورزش و نشاط روستایی» حذف شده و اعتبارات آنها به برنامه‌های مؤثرتری مانند «کاج»، «نماد» و برنامه‌های وزارت بهداشت اختصاص یابد تا به پایداری و گسترش این برنامه‌های کمک شود.
 - **ایجاد ارتباط نظام‌مند و انسجام ساختاری بین برنامه‌های مختلف در چارچوب یک نظام سلسله‌مراتبی منسجم:** این ارتباط نظام‌مند در سطح اسناد در برنامه نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان طراحی شده است. از این رو، لازم است در سایر برنامه‌ها نظیر «برنامه کاج» یا برنامه‌های اجتماع‌محور سازمان بهزیستی، این موضوع در دستور کار قرار گیرد.
 - **طراحی و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی نظیر مداخلات خانواده‌محور و مداخلات اجتماع‌محور در چارچوب برنامه‌های پیشگیرانه:** با توجه به شرایط زندگی و چالش‌های پیش‌روی برخی خانوارها به‌ویژه اقشار کم‌درآمد در محلات کم‌برخوردار، ضروری است علاوه بر مداخلات مرکز‌محور، برنامه‌هایی نیز طراحی شوند که در بستر واقعی زندگی این خانوارها اجرا شوند. مداخلات مددکاری اجتماعی خانواده‌محور از این دسته هستند که خدمات را مستقیماً به درون خانوارها برده و مسائل آنان را در بستر طبیعی زندگی‌شان مورد رسیدگی قرار می‌دهد. سایر پیشنهادها عبارت‌اند از:
 - الف)** اتخاذ رویکرد فعال برای شناسایی گروه‌ها و افراد در معرض خطر در کلیه برنامه‌ها، به‌ویژه «برنامه کاج» و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه،
 - ب)** به‌کارگیری نیروهای مددکار اجتماعی برای ارائه خدمات تخصصی مددکاری در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد،
 - ج)** بهره‌گیری از ظرفیت دانشگاه‌ها برای طراحی سیاست‌ها و مداخلات و ارزیابی فرایندها و نتایج آنها،
 - د)** انجام منظم مطالعات شیوع‌شناسی اعتیاد که باید به‌صورت دوره‌ای و منظم (هر پنج سال یک‌بار) مطالعات شیوع‌شناسی اعتیاد در بین جمعیت عمومی و جمعیت‌های دیگر نظیر دانش‌آموزان و دانشجویان، کارگران و ... توسط یک نهاد واحد انجام شود،
 - ه)** اتصال تمامی سامانه‌ها اطلاعات مبارزه با مواد مخدر به سامانه مرکز ملی رصد اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور،
 - و)** توسعه حمایت‌های تکمیلی از جمله اشتغال حمایت شده، تأمین مسکن، خدمات حقوقی، اعطای وام‌های قرض‌الحسنه و سایر خدمات حمایتی مورد نیاز برای حل مسائل چندبعدی مرتبط با پیشگیری از مصرف مواد.

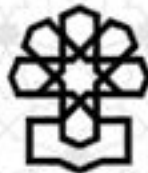


- [۱] قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۷-۱۴۰۳). ۱۴۰۳.
- [۲] قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶). ۱۳۹۶.
- [3] UNODC and WHO. (2018). International Standards on Drug Use Prevention.
- [4] Olds, D.L., et al., Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. *Medical care*, 1993. 31(2): p. 155-174.
- [5] Greenwood, P.W., et al., Estimating the costs and benefits of early childhood interventions: Nurse home visits and the Perry Preschool, in *Costs and benefits of preventing crime*. 2018, Routledge. P. 123-148.
- [6] Schweinhart, L.J., Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through Age 27. *Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation*, No. Ten. 1993: ERIC.
- [۷] صرامی فروشانی، حمیدرضا. صرامی فروشانی، فاطمه و احمدی مقدم، رضا. (۱۴۰۱). بررسی وضعیت موجود مدیریت راهبردی پیشگیری اولیه از اعتیاد با رویکرد فرهنگی در ایران. *اعتیادپژوهی*. ۱۶ (۶۴): ۱۰۳-۲۳.
- [۸] گنجی، مرتضی. (۱۴۰۳). ارزیابی وضعیت و فرایندهای مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل ۲۰۲۹۸.
- [۹] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت)، (۱۴۰۰). راهنمایی خدمات اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام مراقبت بهداشتی اولیه. کتاب کارشناس سلامت روان.
- [۱۰] مهرابی، مریم. (۱۳۹۹). مسیر ارائه خدمات و تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- [۱۱] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت)، (۱۴۰۲). برنامه کشوری مادری ایمن. مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت مادران. (راهنمای خدمات خارج از بیمارستانی). ویژه ماما و پزشک عمومی.
- [۱۲] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۲) مراقبت‌های ادغام‌یافته تیم سلامت: برای خدمات رده سنی ۵ تا ۱۸ سال.
- [۱۳] ممتازی، سعید (۱۳۹۴). نوجوان سالم من. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت).
- [۱۴] آلن، دبلیو. کرافت فاکس و دیگران (۱۴۰۰). برنامه تقویت بنیان خانواده برای والدین و نوجوانان ۱۴-۱۰ سال. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد.
- [۱۵] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۴). گزارش عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد. شماره نامه: ۱۰۱۱۲۳.
- [۱۶] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۱). شرح وظایف کارکنان پایگاه‌های سلامت.
- [17] Olds, D., et al., Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Jama*, 1998. 280(14): p. 1238-1244.
- [۱۸] وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۳). برنامه ملی پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها ویژه جامعه کار و تولید.
- [۱۹] وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۳). گزارش عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد. شماره نامه: ۲۱۵۹۵۸.

- [۲۰] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی. (۱۳۹۵). آیین‌نامه تأسیس مراکز بهداشت کار در کارگاه‌ها.
- [۲۱] وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۴۰۳). ارزیابی برنامه پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی اعتیاد در مناطق ویژه اقتصادی (عسلویه، معادن زغال سنگ کرمان و پتروشیمی ماهشهر).
- [۲۲] مرکز آمار ایران (۱۴۰۲). سالنامه آماری کشور (۱۴۰۰).
- [۲۳] امامی نائینی، نسرین و رفیعی، مینو. (۱۴۰۳). شیوه‌نامه اجرایی طرح پیشگیری از اعتیاد و ارتقای توانمندی‌ها در مناطق آسیب‌خیز (پاترا). سازمان بهزیستی کشور.
- [۲۴] اولیایی، آزاده. (۱۴۰۳). شیوه‌نامه اجرایی برنامه کیان. (کارمندیاری پیشگیری از اعتیاد در نهادهای اداری). سازمان بهزیستی کشور.
- [۲۵] قازاریان، ماریت. (۱۴۰۲). شیوه‌نامه اجرایی طرح پیشگیری از اعتیاد ویژه زنان دارای همسر معتاد. (برنامه پاک). (۱۴۰۲). سازمان بهزیستی کشور (معاونت پیشگیری از آسیب‌ها و بازتوانی اعتیاد).
- [۲۶] سازمان بهزیستی کشور (۱۴۰۴). گزارش عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد. شماره نامه: ۹۰۰/۱۴۰۴/۸۱۴۴.
- [۲۷] وزارت آموزش و پرورش (۱۴۰۲). دستورالعمل اجرایی فراگیر نظام مراقبت‌های اجتماعی از دانش‌آموزان «نماد» در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲.
- [۲۸] وزارت آموزش و پرورش (۱۴۰۴). گزارش عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد. شماره نامه: ۲۸۹۷۳.
- [۲۹] خضری، فرشید. (۱۴۰۲). ارزیابی عملکرد نظام مراقبت اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- [۳۰] فلاح، زهرا. جوادیان، سیدرضا و کلاته ساداتی، احمد. (۱۴۰۲). مطالعه چالش‌های نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان: مطالعه کیفی شهر کرمان. فصلنامه مددکاری اجتماعی. (۱۲): ۱۴-۵.
- [۳۱] وزارت ورزش و جوانان و ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۴۰۱). دستورالعمل اجرایی احداث خانه ورزش، نشاط و تندرستی روستایی.
- [۳۲] ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۴۰۱). دستورالعمل اجرایی یاریگران زندگی در روستا.
- [۳۳] ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۴۰۴). گزارش عملکرد برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد. شماره نامه: ۱۶/۳۵۷۸۱۳۳.
- [۳۴] خضری، فرشید. (۱۴۰۳). گزارش ارزیابی اجرا و تحقق سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر طی دوره زمانی: ۱۳۸۵ الی ۱۴۰۲. دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- [۳۵] باحشمت جویباری، شهاب و کرمانی، محسن. (۱۴۰۱). گزارش نظارتی بررسی اقدامات صورت گرفته در زمینه اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۸۲۵۷.
- [۳۶] ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۸). سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر.
- [۳۷] حاجلی، علی. (۱۳۹۸). گزارش ارزیابی راهبردی در راستای نظارت بر حسن اجرای سیاست‌های کلی نظام در موضوع مواد مخدر. دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام (مرکز ارزیابی راهبردی).
- [۳۸] مهدویان فر، مسعود. مسعودنیا، حسین و یزدانی زازانی، محمدرضا. (۱۳۹۸). موانع اجرایی سیاست‌گذاری جمهوری اسلامی ایران در پیشگیری اولیه از اعتیاد (۱۳۹۵-۱۳۷۵). اعتیاد پژوهی. ۱۳ (۵۱): ۷۰-۵۵.
- [۳۹] باحشمت جویباری، شهاب. (۱۴۰۱). ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۸۶۷۲.
- [۴۰] دماری، بهزاد. (۱۳۹۷). ارزشیابی سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- [۴۱] رجوع شود به گزارش شماره (۱) با عنوان بررسی و ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد (۱): ارزیابی قوانین و مقررات به شماره مسلسل ۲۱۰۲۵.

گزیده سیاستی

پیشگیری از اعتیاد مستلزم طراحی و استقرار نظام ملی یکپارچه است. بر اساس بند «ب» ماده (۸۵) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم توسعه (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، لازم است ایجاد این نظام مورد توجه و پیگیری قرار گیرد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ • صندوق پستی: ۵۸۵۵-۱۵۸۷۵ • پست الکترونیک: mrc@males.ir

وبسایت: rc.males.ir