

مطالعه تطبیقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد؛ بررسی تجارب کشورهای پرتغال، آمریکا و چین



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل:

۲۱۵۴۵



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:

۱۴۰۵/۳/۲

عنوان گزارش:

مطالعه تطبیقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد؛ بررسی تجارب کشورهای پرتغال، آمریکا و چین

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

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین کنندگان:

نیلوفر سقاباشی نایینی، مرتضی گنجی

مدیر مطالعه:

مرتضی گنجی

ناظر علمی:

ریحانه رحمانی پور

اظهار نظر کنندگان:

ایمان شعبان‌زاده، فرشید خضری

گرافیک و صفحه‌آرایی:

سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی:

مژگان کاظمی

واژه‌های کلیدی:

۱. درمان و کاهش آسیب
۲. اعتیاد
۳. پرتغال
۴. چین
۵. آمریکا



تاریخ شروع مطالعه:

۱۴۰۴/۰۸/۱۵

فهرست مطالب

چکیده	۶
خلاصه مدیریتی	۷
۱. مقدمه	۹
۲. پیشینه	۱۰
۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز	۱۰
۲-۲. سوابق تقنینی	۱۱
۳. روش پژوهش	۱۲
۴. بررسی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشورهای منتخب	۱۳
۴-۱. ایران	۱۳
۴-۲. پر تغال	۱۵
۴-۳. آمریکا	۱۹
۴-۴. چین	۲۵
۵. جمع بندی و پیشنهادها	۳۰
منابع و مأخذ	۳۲

فهرست جداول

جدول ۱. مطالعات حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد	۱۰
جدول ۲. پیشینه تقنینی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد	۱۱
جدول ۳. شاخص های انتخاب کشورهای منتخب	۱۲
جدول ۴. محورهای اصلی تشریح شده در کشورهای منتخب	۱۳
جدول ۵. نمونه برنامه روزانه ساکنان جامعه درمانی سان لایت	۲۹



مطالعه تطبیقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد؛ بررسی تجارب کشورهای پرتغال، آمریکا و چین

Doi: [10.22034/mrc.report.21545](https://doi.org/10.22034/mrc.report.21545)

چکیده



اعتیاد در ایران یکی از آسیب‌های اجتماعی است که دارای تاریخچه‌ای طولانی و گستردگی نسبتاً قابل توجه است. با اینکه طی دهه‌های گذشته سیاست‌ها و برنامه‌های مختلفی در راستای کنترل و کاهش این مسئله در دستور کار نظام حکمرانی قرار داشته است؛ آمارها حاکی از آن است که این تلاش‌ها چندان موفقیت‌آمیز نبوده‌اند. کارشناسان و متخصصان، بخشی از این عدم موفقیت را ناشی از چالش‌های موجود در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد می‌دانند؛ در چنین بستری، یکی از مسیرهایی که می‌تواند تصویری اولیه از برنامه‌ها و اقدام‌های این حوزه ارائه کرده و به ارتقای محتوایی و کیفی آن کمک کند، رجوع به تجارب سایر کشورها و مقایسه آن با وضعیت جامعه ایران است. براین اساس، گزارش حاضر مروری بر تجربه کشورهای پرتغال، چین و آمریکا در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد داشته و درس‌آموخته‌های آن برای حکمرانی اعتیاد در ایران را صورت‌بندی کرده است. بررسی وضعیت ساختارهای حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشورهای منتخب نشان‌دهنده آن است که هر کشور مبتنی بر شرایط تاریخی-اجتماعی مربوط به خود و میزان و نوع مواد مخدر پرخطر، رویکردها، سیاست‌ها و برنامه‌های متناسبی را در پیش گرفته است. این موضوع به میزان قابل توجهی به نظامات هنجاری و ارزش‌های بنیادی رایج در این کشورها و خط‌مشی سیاسی-فرهنگی دولت‌ها نیز وابسته است. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که ایران از نظر سبب برنامه‌ای در این حوزه، کمبود چندان‌ی نداشته و عدم موفقیت‌های کنونی عمدتاً ناشی از ناپایداری اقدام‌ها و برنامه‌ها، ضعف‌های اجرایی، کمبود نظارت، ضعف در تنظیم‌گری و هماهنگی بوده است.



بیان / شرح مسئله

مداخله اثربخش در راستای کنترل و کاهش آسیب اجتماعی اعتیاد، به دلیل پیچیدگی و پویایی این پدیده، امری بسیار دشوار و نیازمند ملاحظات اساسی است. در چنین بستری، دو مقوله درمان و کاهش آسیب به عنوان بخشی از اهداف و برنامه‌های اصلی در حوزه کنترل و کاهش اعتیاد طی بیش از دو دهه گذشته به صورت مستمر و جدی پیگیری شده است. با این حال، وضعیت شیوع و بروز اعتیاد از یک سو و میزان موفقیت در درمان و بهبود افراد دارای اعتیاد از سوی دیگر، نشان دهنده این است که اهداف این حوزه به میزان کافی محقق نشده است. به عبارت دیگر، کارشناسان حوزه اعتیاد وضعیت و عملکرد حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد را رضایت بخش و در راستای کنترل و کاهش مؤثر مسئله اعتیاد نمی‌دانند. در این زمینه، بخشی از نقدها در ارتباط با کم و کیف برنامه‌ها و اقدام‌های انجام شده در حوزه درمان و کاهش آسیب و میزان روز آمد بودن آنها در مقایسه با وضعیت سایر کشورهای جهان بوده است. بر همین اساس، گزارش حاضر تلاش دارد تا ضمن تشریح تجربه سه کشور پرتغال، آمریکا و چین در زمینه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، وضعیت ایران را با کشورهای مذکور مورد مقایسه قرار داده و درس آموخته‌ها و پیشنهادهای سیاستی مربوطه را ارائه کند.

نقطه نظرات / یافته‌های کلیدی

در این گزارش، برنامه‌ها و فعالیت‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشورهای منتخب مورد واکاوی قرار گرفت. یافته‌ها نشان می‌دهد که به رغم تشابهات فنی و اجرایی در این دو حوزه، هر یک از این کشورها مبتنی بر شرایط خاص خود سیاست‌های نسبتاً متفاوتی را در کانون توجه قرار داده‌اند. پرتغال به عنوان عضوی از اتحادیه اروپا، سیاست جرم‌زدایی از مصرف مواد را در پیش گرفته و مبتنی بر آن، رویکرد کاهش آسیب را تقویت کرده است. اگرچه این نوع رویکرد به کاهش مرگومیر ناشی از بیش مصرفی مواد، کاهش بیماری‌های واگیردار و کاهش برخی جرائم خرد منجر شده است؛ اما پیامدهای این نوع سیاست‌گذاری در زمینه شیوع و بروز مصرف مواد هنوز به صورت نظام‌مند مورد ارزیابی قرار نگرفته است. آمریکا که کم و کیف سوء مصرف مواد مخدر در آن تاریخچه متفاوتی نسبت به کشورهای اتحادیه اروپا دارد، سیاستی ترکیبی برای مواجهه با سوء مصرف مواد در پیش گرفته است؛ در غالب ایالت‌های این کشور، مصرف مواد مخدر جرم‌انگاری شده است، اما در کنار آن سیاست کاهش آسیب نیز به صورت جدی در دستور کار قرار دارد. چین در مقایسه با دو کشور پرتغال و آمریکا، سیاست سخت‌گیرانه‌تری در مواجهه با سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد دارد؛ رویکرد غالب در این کشور جرم‌انگاری هر گونه مصرف مواد مخدر و استفاده از روش‌های اجباری برای درمان و باز توانی افراد معتاد است. این نوع سیاست، متناسب با نظام سیاسی حاکم و رویکردهای اجتماعی مورد نظر آن تعیین شده و با قطعیت و شدت مورد اجرا واقع شده است.

برایند مقایسه الگوی درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سه کشور منتخب نشان می‌دهد که ایران در موقعیتی میانی، ناپایدار و مبهم قرار گرفته است. ایران از دهه ۱۳۸۰ به بعد، به ویژه در واکنش به بحران HIV در میان مصرف‌کنندگان تزریقی، ظرفیت‌های قابل توجهی در حوزه کاهش آسیب و درمان اعتیاد ایجاد کرده است. گسترش درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین، راه‌اندازی مراکز مختلف درمان و کاهش آسیب، ادغام نسبی خدمات اعتیاد در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و... نشان دهنده آن است که نظام سیاستی ایران، برخلاف برخی نظام‌های کاملاً کنترل محور، به طور کامل از مداخلات سلامت محور بی بهره نیست. با این حال، چالش اصلی نه فقدان ابزارهای فنی، بلکه ضعف انسجام نهادی در برنامه‌ریزی، پیگیری سیاست‌ها و اجرای دقیق برنامه‌های تعیین شده است. کم توجهی مقطعی به مراکز کاهش آسیب، وابستگی رویکردها و سیاست‌ها به تغییرهای مدیریتی و ابهام در سازوکارهای فعالیت اثربخش سازمان‌های مردم‌نهاد، موجب شده



است که این گونه مداخلات به ادغام اجتماعی پایدار و کاهش چرخه بازگشت به مصرف منجر نشود. شواهد نشان می‌دهد که ضعف کیفی درمان و پیوند ضعیف میان خدمات اعتیاد با سیاست‌های مسکن، اشتغال و حمایت اجتماعی، همچنان از چالش‌های نظام کنترل و کاهش اعتیاد در ایران است.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

با توجه به آنکه هر یک از کشورهای مورد مطالعه مبتنی بر اقتضائات خاص فرهنگی، اجتماعی، سیاسی پیگیری سیاست‌ها و رویکردهایی متناسب را در دستور کار قرار داده‌اند؛ لذا تجربه هیچ یک از سه کشور عیناً قابل تعمیم به ایران یا کشور دیگری نخواهد بود. اما می‌توان وضعیت این کشورها را در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد واکاوی کرده و ابعاد فنی، ساختار اجرا و... را به عنوان نمونه‌های عملی مورد بازاندیشی قرار داد. در این چارچوب، مهم‌ترین درس‌آموخته از مرور تجربه کشورهای منتخب، این است که کشور ایران از نظر فنی و عملیاتی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد کمبود چندانی در سبد برنامه‌های خود نداشته و عدم موفقیت‌های کنونی بیشتر ناشی از ناپایداری اقدام‌ها و برنامه‌ها، ضعف‌های اجرایی، کمبود نظارت، ضعف در تنظیم‌گری و هماهنگی و... بوده است. اگرچه در ایران متناسب با ارزش‌های نظام فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و نظامات سیاسی، اعتیاد به مواد مخدر جرم‌انگاری شده است؛ ولیکن، تطبیق حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران با وضعیت کشورهای مورد مطالعه گویای آن است که عمده‌ترین شیوه‌ها و الگوهای رایج درمان در آن کشورها در ایران نیز در حال اجرا بوده و بیش از تغییر مسیر، نیازمند اصلاح نواقص عملکردی و بهبود در اجراست. بر همین اساس برای تقویت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران پیشنهادهای سیاستی ذیل مطرح می‌شود:

- ارزیابی عملکرد و اثربخشی انواع مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد و شناسایی چالش‌های موجود به صورتی نظام‌مند و در بازه‌های زمانی از پیش تعیین شده در دستور کار قرار گیرد. به عبارت دیگر، پایش و اعتباربخشی مراکز به عنوان یکی از تکالیف اصلی حوزه درمان و کاهش آسیب برای دستگاه‌های متولی تعریف شود.

- تقویت یا تعدیل روش‌ها و برنامه‌های درمان و کاهش آسیب موجود مبتنی بر برنامه‌های کلان و چشم‌اندازی بلندمدت و براساس واقعیت میدان اعتیاد و نیازمندی‌های آن، در دستور کار قرار گیرد.

- پایدارسازی برنامه‌های کاهش آسیب و تلاش برای استمرار و تقویت آن امری بسیار حائز اهمیت است؛ در این زمینه لازم است که نهاد تنظیم‌گر مربوطه رویکردی متعادل و متوازن نسبت به این نوع برنامه‌ها داشته و از طریق شناسایی فعال پاتوق‌ها و نقاط بحران، توجه به پویایی پدیده اعتیاد و مصادیق مواد مخدر نوظهور، تأمین مناسب و به موقع اعتبارات و... به تثبیت و ارتقای آن کمک کند.

۱. مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از جدی‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که با وجود تلاش‌های گسترده برای مهار آن، همچنان در بسیاری از نقاط جهان روندی صعودی دارد. براساس گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۱ در سال ۲۰۲۳ حدود ۳۱۶ میلیون نفر (معادل ۶ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان)، حداقل یک بار در طول سال مواد مخدر مصرف کرده‌اند. طبق این گزارش، کانابیس (شاهدانه) با ۲۴۴ میلیون نفر مصرف‌کننده، شایع‌ترین ماده مخدر در جهان است. پس از آن اپیوئیدها شامل مواد افیونی طبیعی و مصنوعی با ۶۱ میلیون نفر، آمفتامین‌ها با ۳۱ میلیون نفر، کوکائین با ۲۵ میلیون نفر و اکستازی با ۲۱ میلیون نفر، در رتبه‌های بعدی قرار دارند [۱].

در جامعه ایران نیز، اعتیاد یکی از آسیب‌های اجتماعی است که به‌عنوان یکی از اولویت‌های مداخله در برنامه ششم توسعه و برنامه هفتم پیشرفت تعیین شده است. پژوهش‌های مختلف گویای آن است که این پدیده در ایران دارای سابقه‌ای تاریخی بوده و حداقل از دوران صفویه به بعد حاکمان جامعه نسبت به ابعاد و پیامدهای تهدیدآمیز آن آگاهی یافته و در صدد تغییر وضعیت آن در جامعه برآمده‌اند. این‌گونه تلاش‌ها از سال ۱۲۸۹ شمسی و در قالب قانون تحدید تریاک صورت‌بندی حقوقی پیدا کرده و تاکنون نیز به انحای مختلف ادامه داشته است [۲]. به‌ویژه از سال ۱۳۵۷ و با پیروزی انقلاب اسلامی، مبتنی بر ارزش‌های دینی حاکم بر جامعه و خواست عمومی، رویه‌های قانونی مربوط به قاچاق مواد مخدر و مواجهه با اعتیاد با تمرکز و جدیت بیشتری پیگیری شده است.

به‌رغم همه تلاش‌های ذکر شده و سیاست‌ها و قوانین پیش‌گرفته، به دلایل مختلف وضعیت اعتیاد در جامعه ایران طی چند دهه اخیر رو به کنترل یا کاهش نداشته است. اگرچه بخشی از این موضوع متأثر از کلان‌روندهای جهانی و مشابه با وضعیت سایر کشورهاست، اما قاعدتاً بخش دیگر به کم و کیف برنامه‌ها و اقدام‌های صورت گرفته در این زمینه برمی‌گردد. در این زمینه برخی پژوهشگران وضعیت برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران را مورد نقد قرار داده و معتقدند که بخشی از این برنامه‌ها متناسب با چشم‌انداز و هدف‌گذاری مورد نظر پیش‌رفته و به اندازه کافی اثربخش نبوده است. بر همین اساس، گزارش حاضر در ادامه گزارش‌هایی که به بررسی و ارزیابی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران پرداخته‌اند تلاش دارد تا از طریق بررسی و مطالعه برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در برخی کشورهای منتخب، میزان تناسب برنامه‌های اجرا شده در کشور را با این جوامع مورد مقایسه و تطبیق قرار دهد. این اقدام می‌تواند ارزیابی اجمالی از نوع برنامه‌ها و اقدام‌ها حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور به دست داده و در صورت نیاز نقاط مداخله و تغییر را مشخص کند. این کشورها به دلیل تنوع رویکردهایشان در مواجهه با اعتیاد، از سیاست‌های سخت‌گیرانه تا استراتژی‌های کاهش آسیب، انتخاب شده‌اند تا با بررسی نقاط قوت و چالش‌های این کشورها، درس‌آموخته‌هایی متناسب با شرایط ایران ارائه شود.

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)



۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز

جدول ۱. مطالعات حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد [۳، ۴، ۵، ۶]				
ردیف	عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	سازمان
۱	ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر: مراکز اقامتی میان‌مدت در مان وابستگی مواد کشور	۱۴۰۴	۲۱۳۲۰	مرکز پژوهش‌های مجلس
۲	ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی	۱۴۰۴	۲۰۸۲۲	مرکز پژوهش‌های مجلس
۳	ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر	۱۴۰۳	۲۰۲۹۸	مرکز پژوهش‌های مجلس
۴	ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد	۱۴۰۱	۱۸۶۷۲	مرکز پژوهش‌های مجلس

بررسی وضعیت آسیب اجتماعی اعتیاد به‌طور عام و مقوله درمان و کاهش آسیب به‌طور خاص، پیش‌تر در دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌ها در دستور کار قرار داشته است؛ از جمله گزارش‌های منتشر شده در این زمینه می‌توان به «ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی» اشاره کرد. این گزارش با هدف شناسایی چالش‌های درمان سرپایی اعتیاد انجام گرفته است. مبتنی بر آیین‌نامه اجرایی تبصره یک ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر، هشت نوع مرکز برای درمان و کاهش آسیب اعتیاد پیش‌بینی شده است؛ مراکز درمان سرپایی اعتیاد و مرکز/بخش درمان با واحد آگونیسیت به‌عنوان دو نوع از هشت مرکز مذکور، با بیش از ۱۱ هزار مرکز بیشترین تعداد و فراوانی را در بین مراکز درمان اعتیاد در کشور دارند. بر همین اساس گزارش مذکور، به ارزیابی وضعیت و عملکرد این مراکز و شناسایی چالش‌های مرتبط با آنها به‌عنوان بخش مهمی از حوزه درمان اعتیاد در کشور پرداخته است. یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که به‌رغم اثربخشی این مراکز در حوزه کاهش آسیب و بیماری‌های واگیردار، مراکز مذکور با چالش‌های مختلفی در زمینه کیفیت سیاست‌گذاری و هماهنگی نهادی دستگاه‌های متولی، وضعیت مجوزدهی و گسترش شتاب‌زده کمی، نظارت بر عملکرد و ارزیابی اثربخشی، تدوین و به‌روزرسانی دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های مورد نیاز، وضعیت تأمین شاخص‌ها و استانداردهای زیرساختی و نیروی انسانی و... مواجه هستند. گزارش «ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر»، یکی از چالش‌برانگیزترین برنامه‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد طی چند سال اخیر در کشور را بررسی کرده است. این گزارش نشان داده است که فرایند جمع‌آوری، غربالگری، نگهداری، بازتوانی و مراقبت‌های پس از خروج افراد دارای تجاهر به اعتیاد در مراکز ماده (۱۶) دارای نواقص و اشکالاتی اساسی بوده که امکان اثربخشی این مراکز را به‌شدت کاهش داده است. مواجهه مقطعی و ناپایدار با افراد دارای تجاهر به اعتیاد و دنبال کردن اهدافی غیر از درمان و بازتوانی، به شکل‌گیری چرخه‌ای معیوب از جمع‌آوری، نگهداری، آزادسازی و جمع‌آوری مجدد منجر شده است. به‌نحوی که در بهترین حالت، این مراکز صرفاً به دور شدن این افراد از فضاها و دید عمومی، پاک‌سازی مبلمان شهری و کاهش برخی از جرائم خرد منجر شده است. گزارش «ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد» نیز ضمن ارزیابی اقدام‌ها انجام شده در چهار حوزه «پیشگیری از اعتیاد»، «درمان و کاهش آسیب»، «توانمندسازی و صیانت اجتماعی» و «کاهش عرضه مواد مخدر» نشان داده که به‌رغم پیشرفت‌های حاصل شده، عمده تلاش‌های دستگاه‌های متولی همچنان در راستای کاهش عرضه مواد مخدر بوده است و در حوزه‌های دیگر مانند پیشگیری از اعتیاد و توانمندسازی و صیانت اجتماعی نیاز به بازنگری برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها وجود دارد. این گزارش، همچنین

ضمن ارزیابی اجمالی وضعیت درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور، تمرکز بیش از حد بر درمان اجباری و غفلت از رویکردهای کاهش آسیب و درمان‌های داوطلبانه مبتنی بر مراکز ماده (۱۵) قانون را نقد می‌کند.

۲-۲. سوابق تقنینی

در جدول ۲ مبانی حقوقی مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران درج شده است. این مواد اصلی‌ترین احکام پیش‌بینی شده برای انجام اقدام‌ها، پیگیری برنامه‌ها و راه‌اندازی مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران بوده و نظامات و رویه‌های موجود براساس آن ایجاد شده است.

جدول ۲. پیشینه تقنینی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد

عنوان قانون/آیین‌نامه	حکم
قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹) [۷]	<p>ماده (۱۵) - معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تظاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد نمایند، مجرمند.</p> <p>تبصره «۱» - مراکز مجاز موضوع این ماده، براساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد، تعیین می‌شود.</p> <p>تبصره «۲» - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن تحت پوشش درمان و کاهش آسیب قراردادن معتادان بی‌بضاعت، تمام هزینه‌های ترک اعتیاد را مشمول بیمه‌های پایه و بستری قرار دهد. دولت مکلف است هم‌ساله در لویای بودجه، اعتبارات لازم را پیش‌بینی و تأمین نماید.</p> <p>ماده (۱۶) - معتادان به مواد مخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده (۴) و (۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.</p> <p>تبصره «۱» - با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می‌باشند که بنابر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذیربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه می‌رسد.</p> <p>تبصره «۲» - مقام قضایی می‌تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماهه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.</p> <p>تبصره «۳» - متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره «۲» این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش‌ماه محکوم می‌شود.</p>
آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره «یک» ماده (۱۵) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر [۸]	<p>این آیین‌نامه اصلی‌ترین مبنای قانونی در زمینه تعیین الگوهای درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور است و در آن هشت نوع مرکز با هدف کاهش آسیب و درمان اعتیاد پیش‌بینی شده است.</p>
آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر با اصلاحات و الحاقات بعدی [۹]	<p>این آیین‌نامه ضمن تعریف اصطلاحاتی مانند تظاهر به اعتیاد، غربالگری، مراقبت بعد از خروج و... ترتیبات قانونی مربوط به چگونگی صدور مجوز پروانه بهره‌برداری از مراکز مربوطه، ضوابط راه‌اندازی و مدیریت این مراکز، سازوکارهای نظارت بر آنها و غیره را مشخص کرده است.</p>



همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد، موضوع درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران، ذیل قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹) و در قالب دو ماده (۱۵ و ۱۶) مورد توجه و اشاره قرار گرفته است؛ در واقع شاکله اصلی ساختارها و مراکز حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران بر پایه محتوای این مواد ایجاد شده است. ماده (۱۵) ضمن جرم‌انگاری هرگونه اعتیاد به مواد مخدر، افراد دارای اعتیاد را مکلف به پیگیری درمان و دریافت گواهی کرده است؛ براساس آیین‌نامه اجرایی تبصره یک این ماده نیز، با هدف کاهش آسیب و درمان اعتیاد هشت نوع مرکز پیش‌بینی شده است. هشت نوع مرکز پیش‌بینی شده ذیل آیین‌نامه اجرایی تبصره «یک» ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر شامل مراکز درمان سرپایی وابستگی به مواد، مرکز اقامتی میان‌مدت درمان وابستگی به مواد، مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا، مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان‌مدار، مرکز کاهش آسیب، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست و مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد است. این ماده در واقع سازوکارها و برنامه‌هایی داوطلبانه برای مراجعه افراد درگیر با اعتیاد تدارک دیده است؛ ملاحظه انواع مراکز پیش‌بینی شده در تبصره «یک» ماده (۱۵) گویای آن است که حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران دارای تنوع قابل توجهی از الگوها و مراکز است که هر یک از آنها مخاطب و متقاضی خاص خود را خواهد داشت. ماده (۱۶) قانون مذکور نیز، درمان افراد متجاهر به اعتیاد را در دستور کار داشته و سازوکاری قضایی برای این فرایند تعیین کرده است.

۳. روش پژوهش



برای دستیابی به هدف این پژوهش در راستای توصیف و تشریح وضعیت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سایر کشورها، روش مورد پژوهشی چندگانه مورد استفاده قرار گرفته و شاخص‌هایی برای شناسایی و بررسی موردها تعیین شد و براساس آنها به گزینش کشورهای منتخب اقدام شد. از جمله این شاخص‌ها می‌توان به نوع نظام رفاهی، سطح توسعه، منطقه جغرافیایی، میزان دسترسی به داده و... اشاره داشت. مبنای اصلی انتخاب شاخص‌های مزبور بر این فرض بنیادی روش‌شناختی استوار است که انتخاب مواردی با تفاوت در نظام‌های رفاهی (دولتی، لیبرال یا اقتدارگرا)، سطوح توسعه اقتصادی و زمینه‌های فرهنگی-جغرافیایی، امکان مقایسه دقیق‌تر در جهت شناسایی الگوها و چگونگی کاربست آن در کشور را فراهم می‌کند. بر این اساس، تمرکز پژوهش حاضر بر سه کشور پرتغال، ایالات متحده آمریکا و چین قرار گرفته است؛ چرا که هر یک نماینده الگوی متفاوتی از حکمرانی، سطح توسعه و سیاستگذاری در حوزه اعتیاد هستند. این تنوع به پژوهش امکان می‌دهد تا با رویکردی مقایسه‌ای، به استخراج درس‌آموخته‌هایی بپردازد که با توجه به تفاوت‌های ساختاری، قابلیت انطباق و بهره‌برداری در زمینه سیاستگذاری داخلی را داشته باشند.

جدول ۳. شاخص‌های انتخاب کشورهای منتخب

ردیف	کشور	نظام رفاهی	سطح توسعه‌یافتگی	منطقه جغرافیایی	دسترسی به داده و منبع
۱	پرتغال	سوسیال دموکراسی	توسعه‌یافته	اروپا	بالا (EMCDDA, WHO)
۲	آمریکا	لیبرال	توسعه‌یافته	آمریکای شمالی	بالا (NIDA, CDC, SAMHSA)
۳	چین	سوسیالیسم	در حال توسعه	آسیا	متوسط (UNODC)

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

بررسی اثربخش کشورهای منتخب در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، علاوه بر داشتن شاخص در انتخاب موارد مطالعه، نیازمند شاخص هایی برای تعیین محورهای مورد بررسی در این کشورهاست؛ جدول ذیل محورهای تعیین شده برای بررسی و رصد حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشورهای منتخب، اهداف و شاخص های مربوط به آن محورها را نشان می دهد.

جدول ۴. محورهای اصلی تشریح شده در کشورهای منتخب

ردیف	کشورهای منتخب	محورهای اصلی	هدف	زیر شاخص
۱	پرتغال، آمریکا و چین	مرور زمینه ای وضعیت هر کشور	درک بافت اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی	جمعیت جغرافیای
۲		وضعیت اعتیاد و تاریخچه آن	تحلیل بستر تاریخی و نوع مواد رایج و ارائه تصویر کلی از وضعیت اعتیاد	تاریخچه مواد مخدر نرخ مرگومیر مرتبط با مواد مخدر تغییرات شیوع مواد مخدر طی دهه ها نوع مواد پرمصرف
۳		ساختار حوزه درمان و کاهش آسیب	تشریح ظرفیت خدمات و مداخلات درمانی	نوع مراکز درمانی برنامه های کاهش آسیب برنامه های نوآورانه

مأخذ: همان.

۴. بررسی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشورهای منتخب

در این بخش ابتدا مروری مختصر بر برنامه ها و فعالیت های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران انجام گرفته، سپس وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در کشورهای منتخب بررسی شده و ساختار حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در این کشورها توصیف و اهم برنامه های آنها در این حوزه تشریح شده است.

۴-۱. ایران

۴-۱-۱. مروری بر سیمای اعتیاد

تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر در ایران به دوران میانه تاریخ اسلام بازمی گردد؛ هم اکنون نیز موقعیت جغرافیایی ایران به عنوان یکی از اصلی ترین مسیرهای ترانزیت مواد مخدر از افغانستان به اروپا، کشور را با چالش های جدی در حوزه سوء مصرف مواد مواجه کرده است. در همین راستا، آمارها نشان می دهد که تعداد افراد مبتلا به اختلالات مصرف الکل یا مواد مخدر در ایران از ۴۳۴ هزار مورد در سال ۱۹۹۰ به ۹۵۵ هزار مورد در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته است [۱۰]. همچنین، نرخ مرگومیر منتسب به اختلالات مصرف مواد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در ایران، افزایشی ۰/۰۶ درصدی داشته است [۱۱]. افزون بر این، آمارهای سال ۲۰۱۸ نشان می دهد که در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا ۴۳۷ هزار نفر مصرف کننده تزریقی مواد وجود دارد [۱۲]. پژوهشی انجام شده از سوی اداره پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برنامه بین المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد (۱۹۹۸-۱۹۹۹) نیز نشان می دهد که محبوبیت بیشتر مصرف تزریقی در کشور در پی افزایش قیمت مواد، انطباق بدن به نوع مصرف و ارزان تر بودن هر وین تزریقی رخ می دهد و فضاهای



عمومی و مناطق حاشیه‌ای شهری از کانون‌های اصلی مصرف به شمار می‌روند [۱۳].

در این میان، پیمایش ملی سلامت روان (۱۴۰۱) با حجم نمونه ۷۰۱۷ نفر در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال نشان داد که تریاک (یا سوخته آن) و شیره تریاک به ترتیب با ۴.۵ و ۳.۴ درصد شایع‌ترین مواد هستند. داروهای حاوی کدئین بدون تجویز پزشک یا بیش از حد مجاز تجویز با ۳۵.۸ درصد محبوبیت بالایی دارد [۱۴]؛ هر چند که تغییر الگوی تولید از مواد سنتی به صنعتی، به‌ویژه رشد بازار متامفتامین، تهدیدی نوین برای ایران محسوب می‌شود. براساس گزارش پلیس مبارزه با مواد مخدر ایران، میزان کشفیات متامفتامین در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال پیش از آن، حدود ۲۰ درصد افزایش داشته است [۱۵].

۲-۱-۴. برنامه‌ها و اقدام‌های حوزه درمان

در ایران، سیاست‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد عمدتاً ذیل قانون مبارزه با مواد مخدر صورت‌بندی شده که تاکنون دو مرتبه در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۹ توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام و یک مرتبه در سال ۱۳۹۶ توسط مجلس شورای اسلامی، مورد اصلاح و بازنگری قرار گرفته است. طبق مفاد ماده (۱۵) قانون مزبور، روندی داوطلبانه برای مراجعه افراد دارای اختلال مصرف مواد، پیش‌بینی شده است. در مقابل ماده (۱۶) ساز و کار قضایی برای مواجهه با معتادان متجاهر را تشریح کرده است. این دو ماده، شاکله اصلی نظام درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران را تشکیل می‌دهند [۷، ۹]. در همین راستا، براساس آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره «یک» ماده (۱۵) اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، هشت نوع مرکز مجاز برای درمان و کاهش آسیب اعتیاد تعریف شده است که شامل موارد زیر هستند.

- مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد: امکان ارائه خدمات درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یاروان‌گردان؛
 - مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد: امکان ارائه خدمات درمان سم‌زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمان‌های غیردارویی به‌صورت بستری برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر یا روان‌گردان؛
 - مرکز اقامتی میان‌مدت درمان وابستگی به مواد: به‌صورت اقامتی داوطلبانه و میان‌مدت (یک تا سه ماه) با امکان ارائه سم‌زدایی (بازگیری) به همراه درمان‌های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یاروان‌گردان؛
 - مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا: امکان اقامت داوطلبانه مددجویان به مدت یک تا سه ماه. رویکرد اصلی این مرکز بر مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار (معتادان بهبودیافته) برای پیشگیری از عود در افرادی است که مراحل سم‌زدایی (بازگیری) را گذرانده‌اند؛
 - مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC): مرکزی شبانه‌روزی (دوره‌های سه تا شش ماهه) برای ادامه درمان و بازتوانی به افراد وابسته به مواد مخدر و یاروان‌گردان، مبتنی بر تغییر رفتاری و شناختی شامل برنامه‌های خدمات روان‌شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه‌های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص؛
 - مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست: مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این ماده که در آن براساس پروتکل‌های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده (۴۱) قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیسست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر است؛
 - مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری: ارائه خدمات مشاوره، آموزش، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، ایدز و سایر بیماری‌های قابل انتقال به افراد داوطلب و افراد مبتلا به بیماری‌های آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی (HIV+)، معتادان تزریقی، معتادان بی‌خانمان و خانواده‌های آنان زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی؛
 - مرکز کاهش آسیب: کنترل و کاهش آسیب‌های معتادانی که قادر و یا حاضر به ترک دائم نیستند [۸].
- سالنامه آماری ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۴۰۲) نشان از روند افزایش نسبی پذیرش معتادان در مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب طی

سال‌های متعددی دارد. طبق گزارش مزبور، تعداد افراد پذیرش شده در سال ۱۴۰۲ در بخش دولتی ۱۳۲ هزار نفر و در بخش غیردولتی یک میلیون و ۵۳۹ هزار نفر بوده است. همچنین در دوره زمانی فوق، تعداد افراد دارای تجاهر به اعتیاد پذیرش شده در مراکز موضوع ماده (۱۶) برابر با ۱۴۸ هزار نفر محاسبه شده است [۱۶].

۳-۱-۴. برنامه‌ها و مداخلات حوزه کاهش آسیب

کاهش آسیب یکی از بنیادی‌ترین راهکارهای سلامت عمومی است که هدف اولیه آن، کاهش عواقب و عوارض بهداشتی ناگوار ناشی از مصرف مواد است. در این راستا ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به راه‌اندازی مراکز ارائه خدمات کاهش آسیب اقدام کرده است که در ادامه به آنها اشاره می‌شود:

- **مراکز گذری کاهش آسیب:** مراکز گذری کاهش آسیب برای تمام مصرف‌کنندگان مواد به‌ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی و خانواده‌های آنان و گروه‌های محروم از جمله زندانیان، افراد بی‌خانمان، پناهندگان و مهاجران، امکاناتی فراهم می‌کنند که از ابتلا به بیماری‌های عفونی نظیر HIV و هپاتیت جلوگیری شود. این مراکز خدمات مختلفی در اختیار مراجعان قرار می‌دهند؛ از جمله ارائه سرنگ و سوزن و وسایل تزریق استریل، آموزش رفتارهای ایمن، آزمایش‌های سریع HIV، واکسیناسیون، مشاوره و ارجاع به خدمات درمانی و حمایتی، خدمات بهداشتی اولیه مانند پانسمان زخم و حمایت‌های اولیه اجتماعی و تغذیه‌ای. همچنین برای کسانی که تمایل یا امکان حضور فیزیکی در مرکز را ندارند، تیم‌های امداد رسان سیار وابسته به این مراکز در محل‌های تجمع مصرف‌کنندگان رفتارهای پرخطر حضور یافته و خدمات آموزشی و بهداشتی را به‌صورت مستقیم ارائه می‌دهند.
- **مراکز سیار:** مراکزی هستند که با استقرار در یک وسیله نقلیه مناسب و مبتنی بر تقویم زمانی مشخصی، در اماکن معین به ارائه خدمات مختلفی چون توزیع سرنگ، سرسوزن و سایر وسایل تزریق، آموزش‌های کاهش آسیب، پانسمان زخم، غربال‌گری علامتی بیماری‌های عفونی و توزیع و ترغیب وسایل بهداشت جنسی می‌پردازند.
- **امداد رسانی سیار:** این نوع امداد رسانی به‌طور ویژه برای ارتباط با آن دسته از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد پیش‌بینی شده که به مراکز کاهش آسیب مراجعه نکرده و باید با روش‌های دیگر، دامنه رفتارهای پرخطر را در بین آنها کاهش داد.
- **ایستگاه‌های کاهش آسیب:** به واحدهایی اطلاق می‌گردند که هر چند کاهش آسیب جزء اهداف اولیه آنها محسوب نمی‌شود، لیکن با ارائه امکاناتی نظیر سرپناه و نوانخانه شبانه در کنار سایر مراکز خدمات‌رسان مستقر می‌شوند. این ایستگاه‌ها باید از صبح فعالیت خود را آغاز کنند و در طول هفته برای حداقل ۳۰ نفر خدمات ارائه دهند. ۶۰ درصد دریافت‌کنندگان خدمات باید امکان بهره‌مندی مستمر از خدمات را داشته باشند [۱۷، ۱۸].

۲-۴. پرتغال

۱-۲-۴. مروری بر سیمای اعتیاد

پرتغال کشوری توسعه‌یافته در جنوب غربی اروپا با مساحت ۹۲۲۱۲ کیلومتر مربع و جمعیت ۱۱ میلیون نفر است [۱۹]. با سقوط دیکتاتوری سالازار^۴ پس از انقلاب ۱۹۷۴ و بازگشت گسترده مهاجران و سربازان از مستعمرات پیشین، جامعه پرتغال با ترکیبی از انزوای طولانی‌مدت، ناآگاهی عمومی و نبود زیرساخت‌های حمایتی مواجه شد. در چنین فضایی، مصرف مواد مخدر به سرعت به یکی از مهم‌ترین معضلات اجتماعی

1. Drop-in Center- DIC
2. Mobile Centers
3. Outreaches
4. Salazar Dictatorship



این کشور بدل شد [۲۰]. شواهد نشان می‌دهد که تا دهه ۱۹۹۰ حدود یک درصد از جمعیت پرتغال، از طبقات فرودست گرفته تا نخبگان، به مصرف هروئین معتاد بودند [۲۱].

آثار این بحران به تدریج در تمامی سطوح جامعه نمایان شد. در نمونه‌ای شاخص، محله کارگری «کازال ونتوزو»^۱ در غرب لیسبون، در اوج بحران روزانه میزبان بیش از پنج هزار خریدار مواد بود و به بزرگ‌ترین بازار روباز مواد مخدر^۲ در اروپا تبدیل شد. در آن زمان، شیوه‌های غیربهداشتی برای پاک‌سازی سرنگ‌ها، مانند استفاده از کاسه‌های مشترک آب لیمو یا لیموترش، به شیوع گسترده بیماری‌های خونی انجامید. به طوری که تا پایان دهه ۱۹۹۰، نرخ ابتلا به بیماری‌های خونی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی به سطحی فاجعه‌بار رسیده بود و پرتغال با ۵۹۰ نفر مبتلا به بیماری ایدز، بالاترین نرخ این بیماری در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در اتحادیه اروپا را به خود اختصاص داد. افزون بر این، میزان ابتلا به سل در میان افرادی که در کازال ونتوزو رفت‌وآمد داشتند تا ۱۴ درصد افزایش یافت. آمارها همچنین نشان می‌داد که ۲.۵ درصد از نوجوانان ۱۶ تا ۱۸ ساله پرتغالی دست کم یک بار هروئین مصرف کرده‌اند، در حالی که حدود ۹۰ درصد از مصرف‌کنندگان هرگز به خدمات درمانی و بازتوانی دسترسی نداشتند [۲۱، ۲۲].

یکی از عواملی که به تداوم و تشدید این بحران در سال‌های بعد انجامید، موقعیت جغرافیایی پرتغال به‌عنوان دروازه قاچاق انواع مواد مخدر غیرقانونی و حتی مسیر ترانزیت مقادیر قابل توجهی از رزین کانابیس^۳ از مراکش و کوکائین از آمریکای لاتین به سایر کشورهای اروپایی بوده است. طبق شواهد، نزدیک به ۷۷ درصد از مواد مخدری که در پرتغال کشف می‌شوند، به بازار خارجی (سایر کشورهای اروپایی) صادر می‌شوند. هر چند در سال‌های اخیر برخی مزارع کوچک مقیاس تولید مواد مخدر در این کشور شناسایی و تخریب شده‌اند؛ مسیرهای جدیدی برای قاچاق اکستازی^۴ از هلند به برزیل از طریق پرتغال کشف شده است و هروئین توقیف شده در این کشور عمدتاً منشأی از هلند، بلژیک و اسپانیا دارد. با این حال و با وجود افزایش توقیف‌ها در سال‌های اخیر، کانابیس همچنان پرمصرف‌ترین ماده غیرقانونی در پرتغال است [۲۲]. مصرف این ماده بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، به‌ویژه در میان افراد ۲۵ تا ۴۴ ساله، رشد قابل توجهی داشته است [۲۳]؛ هر چند در سال‌های اخیر، مصرف این ماده رو به کاهش گذاشته یا حداقل ثابت مانده است (از ۵/۱ درصد در سال ۲۰۱۷ به ۲ درصد در سال ۲۰۲۵)؛ اما الگوی ثابتی در میان تمام مناطق پرتغال و حتی گروه‌های جمعیتی ندارد. در این راستا، مؤسسه رفتارهای اعتیادآور و وابستگی‌ها (ICAD)^۵ در سال ۲۰۲۵ گزارش داده است که با وجود تعداد بالاتر مصرف‌کنندگان در مناطق شمالی کشور، مصرف مواد در مناطق غربی و جنوبی مانند لیسبون و آنتیژو با شدت بیشتری رواج دارد؛ مناطقی که در سال ۲۰۲۲ تنها ۶ درصد به مراکز مجاز بهداشت عمومی و درمانی، دسترسی داشتند. ضمن آن که هر چند مصرف مکرر و مسئله‌دار در میان جوانان با اتخاذ سیاست‌های مناسب تا حدودی مدیریت شده؛ اما برای آن دسته که در زندان‌ها یا مراکز بازپروری، نگهداری می‌شوند رویکردی جدی‌تر مورد نیاز است [۲۴].

۲-۲-۴. برنامه‌ها و اقدام‌ها حوزه درمان

برنامه ملی کاهش رفتارها و وابستگی‌های اعتیادآور (۲۰۲۰-۲۰۱۳) در پرتغال تأکید دارد که مداخله‌های درمانی باید بر پایه ارزیابی جامع از نیازهای پزشکی، روانی و اجتماعی هر فرد استوار باشند. این خدمات باید در دسترس، انعطاف‌پذیر، مبتنی بر شواهد علمی، کارآمد و با کیفیت بوده و مطابق با دستورالعمل‌ها و استانداردهای ملی ارائه شوند. مراقبت از مصرف‌کنندگان مواد از طریق شبکه ارجاع رفتارها و وابستگی‌های اعتیادآور^۶ انجام می‌گیرد. این شبکه شامل خدمات عمومی و تخصصی زیر نظر وزارت بهداشت، سازمان‌های غیردولتی و سایر نهادهای درمانی عمومی یا

1. Casal Ventoso

2. Open-air Drug Market

3. Cannabis Resin

4. Methylene Dioxymethamphetamine

5. The Institute for Addictive Behaviors and Dependencies (ICAD)

6. Referral Network for Addictive Behaviours and Dependencies

خصوصی است. خدمات عمومی رایگان بوده و برای همه متقاضیان درمان در دسترس است. این شبکه سه سطح مراقبتی را در بر می گیرد؛ شامل:

- مراقبت‌های اولیه سلامت،^۱
- مراقبت‌های تخصصی سرپایی،^۲
- مراقبت‌های متمایز یا سطح سوم،^۳ شامل درمان بستری، سم‌زدایی، جوامع درمانی، مراکز روزانه و خدمات روان‌پزشکی یا جسمی ویژه. همچنین مراکز پاسخ یکپارچه^۴ با ۷۲ تیم تخصصی، نخستین نقطه تماس مراجعه‌کنندگان با نظام درمانی محسوب می‌شوند. در صورت نیاز، بیماران از این مراکز به واحدهای سم‌زدایی یا جوامع درمانی ارجاع داده می‌شوند. این مراکز، خدمات روانی-اجتماعی و درمان جایگزین با مواد افیونی^۵ را نیز ارائه می‌کنند. ضمن آنکه درمان نگهدارنده با متادون^۶ در مراکز درمانی آغاز می‌شود و درمان با بوپرنورفین^۷ توسط پزشکان عمومی یا متخصص انجام می‌گیرد. درمان با متادون رایگان است و داروهای حاوی بوپرنورفین با یارانه ۴۰ درصدی نظام سلامت ملی^۸ عرضه می‌شوند. علاوه بر این، درمان بستری در سطح سوم مراقبت انجام می‌شود و معمولاً شامل دوره‌های ۷ تا ۱۰ روزه سم‌زدایی در هشت واحد عمومی و خصوصی است. همچنین، ۵۹ جامعه درمانی^۹ در سراسر کشور فعالیت دارند که برنامه‌های اقامتی سه تا دوازده ماهه و گاه تا سه ساله ارائه می‌کنند. این جوامع عمدتاً خصوصی‌اند اما از حمایت مالی دولت برخوردارند. برنامه‌های ویژه‌ای نیز برای درمان وابستگی به کانابیس و کوکائین طراحی شده است [۲۵]. در این راستا، داده‌های سازمان مؤسسه مواد مخدر و وابستگی به مواد^{۱۰} نشان می‌دهد که همکاری میان بخش‌های عمومی و خصوصی در سال‌های اخیر تقویت شده و نظام مراقبت به گونه‌ای طراحی شده است که به نیازهای چندبعدی مصرف‌کنندگان پاسخ دهد. همچنین اجرای «سیستم اطلاعات چندرشته‌ای»^{۱۱} از سال ۲۰۱۰ موجب بهبود پایگاه داده‌های درمانی و حذف شمارش‌های تکراری شده است [۲۶].

شواهد مرکز پایش مواد و اعتیاد اروپا نیز نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۷ حدود ۲۷ هزار نفر تحت درمان قرار گرفته‌اند که بیشتر آنها از خدمات درمان سرپایی استفاده کرده‌اند. البته تعداد افرادی که پیش‌تر سابقه درمان داشتند از سال ۲۰۱۲ رو به کاهش بوده، در حالی که شمار مراجعان تازه‌وارد در این مدت نسبتاً ثابت مانده است [۲۵]. از طرفی درمان جایگزین^{۱۲} (به‌ویژه با متادون) بیشترین میزان مراجعه را داشته است. اکثریت بیماران درمان سرپایی را مردان ۲۵ تا ۴۴ سال تشکیل می‌دهند [۲۶].

در مجموع می‌توان گفت کشور پرتغال بر پایه ارزیابی جامع از نیازهای پزشکی، اجتماعی و روانی هر فرد، سطوح مختلف مراقبتی را از مراقبت‌های اولیه سلامت تا مراقبت‌های تخصصی‌تر در مراکز سرپایی برای درمان افراد مبتلا به آسیب اعتیاد فراهم می‌کند. همچنین حمایت مالی دولت از خدمات درمانی عمومی و جوامع درمانی، در کنار استفاده از نظام‌های اطلاعاتی یکپارچه، به افزایش کارایی، هماهنگی نهادی و پایش دقیق‌تر روند درمان کمک کرده است. این الگوها نشان از ضرورت توجه به مراقبت و درمان به جای مجازات کیفری در درمان اعتیاد دارد؛ هر چند برخی چالش‌های اساسی مانند تفاوت‌های بنیادی تخصصی درمان در میان مناطق مختلف، نیازمند توجهی اساسی است.

1. Primary Healthcare Services
2. Specialised Care
3. Differentiated Care
4. Integrated Response Centers
5. Opioid Substitution Therapy
6. Methadone Maintenance Treatment (MMT)
7. Buprenorphine Treatment
8. National Health System
9. Therapeutic Communities
10. Institute of Drugs and Substance Dependence
11. Multidisciplinary Information System (SIM)
12. Substitution Programmes



۳-۲-۴. برنامه‌ها و مداخلات حوزه کاهش آسیب

رویکرد کاهش آسیب در کشور پرتغال در چارچوب سیاست جرم‌زدایی سال ۲۰۰۱ و تغییر جهت‌گیری از رویکرد کیفری به سلامت عمومی بر حفظ کرامت انسانی مصرف‌کنندگان و ادغام آنان در جامعه مراقبتی استوار است که شامل برنامه‌های دسترسی به سرنگ، نالوکسان خانگی، درمان جایگزین اپیوئیدی، اتاق‌های مصرف نظارت‌شده، خدمات پایش مواد و تیم‌های خیابانی می‌شود [۲۵، ۲۷]. این برنامه‌ها عمدتاً تحت هماهنگی اداره کل مداخله در رفتارهای اعتیادآور و وابستگی‌ها^۱ اجرا می‌شوند و اغلب با مشارکت سازمان‌های غیردولتی (NGOها)، انجمن‌های حرفه‌ای و مراکز بهداشتی محلی همراه هستند. در ادامه به برخی از مهم‌ترین این برنامه‌ها به‌طور مختصر اشاره می‌شود:

● **برنامه ملی تبادل سوزن و سرنگ:**^۲ توسط کمیسیون ملی مبارزه با ایدز^۳ و با همکاری انجمن ملی داروسازان، مراکز بهداشت اولیه و سازمان‌های غیردولتی، تحت عنوان «نه به سرنگ استفاده‌شده»^۴ ارائه می‌گردد. این طرح همچنین از چندین واحد سیار توزیع و جمع‌آوری سرنگ بهره می‌گیرد. از آغاز اجرای این برنامه در سال ۱۹۹۳ تا پایان ۲۰۱۷، بیش از ۵۷ میلیون سرنگ میان مصرف‌کنندگان توزیع شده است. در کنار این اقدام‌ها، درمان بیماری‌های HIV/AIDS و هیپاتیت B و C به‌عنوان بخشی از خدمات نظام سلامت ملی پرتغال، به‌صورت رایگان در دسترس همه شهروندان قرار دارد [۲۷]. مطالعات علمی نشان داده‌اند که برنامه‌های تبادل سرنگ در پرتغال، به‌ویژه زمانی که با مشارکت داروخانه‌های جامعه اجرا شده‌اند، نتایج مثبتی برای سلامت دارند. برای مثال، پژوهشی که تأثیر مشارکت داروخانه‌های پرتغال در برنامه تبادل سرنگ را بررسی کرده، نشان داده است که در دوره ۵ ساله این برنامه، تعداد موارد ابتلا به HIV حدود ۶٫۵ درصد و موارد ابتلا به HCV (هیپاتیت C) حدود ۶٫۸ درصد کاهش یافته است. همچنین این برنامه با صرفه‌جویی خالص بیش از ۲ میلیون یورو برای نظام سلامت همراه بوده است [۲۸].

● **خدمات پایش مواد:**^۵ این خدمات به مصرف‌کنندگان مواد امکان ارسال نمونه مواد خود برای تحلیل شیمیایی آنها را فراهم می‌کنند تا با اطلاع از ترکیب دقیق آنها (از جمله مواد فعال و ناخالصی‌ها)، تصمیم‌گیری آگاهانه‌تری در مصرف اتخاذ کنند. علاوه بر این، خدمات مزبور معمولاً مشاوره شخصی‌سازی شده کاهش آسیب نیز به مراجعین ارائه می‌دهند. این خدمات در سراسر جهان، مدل‌های متنوعی داشته و از خدمات سیار در رویدادها و فستیوال‌ها، خدمات ثابت با امکان تحویل نمونه حضوری یا پستی تا توزیع کیت‌های شخصی برای تحلیل خانگی را دربرمی‌گیرند [۲۹]. در کشور پرتغال، خدمات مزبور عمدتاً توسط دو سازمان غیردولتی کلیدی ارائه می‌شود: Kosmicare^۶ و CHECK!N^۷. این خدمات ناشناس، رایگان و بدون شرط ترک مصرف بوده و تحت مجوز اداره کل مداخله در رفتارهای اعتیادآور و وابستگی‌ها فعالیت می‌کنند [۳۰، ۳۱، ۳۲].

● **«اتاق‌های مصرف مواد» یا «مراکز مصرف نظارت‌شده»:**^۸ یکی دیگر از مداخلات نوین کاهش آسیب در پرتغال آنست که در پاسخ به پیامدهای بهداشتی و اجتماعی مصرف علنی مواد در فضاهای شهری شکل گرفته‌اند. این مراکز عمدتاً در مناطقی مستقر می‌شوند که مصرف خیابانی به مسئله‌ای حاد بدل شده و خدمات خود را به گروه‌های حاشیه‌ای مانند افراد بی‌خانمان یا ساکنان مسکن ناایمن ارائه می‌کنند؛

1. General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD)

2. Needle and Syringe Program (NSP)

3. The National Commission for the Fight Against AIDS

4. Say No to a Used Syringe

5. Drug Checking Services (DCSs)

۶. سازمان Kosmicare سازمان غیردولتی حمایت از هم‌تایان مبتنی بر کاهش آسیب است که در سال ۲۰۱۶ تأسیس شد. این سازمان پیش از آن که به یک سازمان مردم‌نهاد تبدیل شود، از سال ۲۰۰۸ به‌عنوان یکی از خدمات فستیوال بوم (Boom Festival) فعالیت می‌کرد؛ جایی که حدود ۴۰ هزار نفر گرد هم می‌آیند تا جشن بگیرند و برقصند و اغلب با مصرف مواد روان‌گردان، حالت‌های تغییر یافته را تجربه می‌کنند.

۷. سازمان CHECK!N با هدف ارتقای سلامت و ایمنی شرکت‌کنندگان در مهمانی‌ها، به‌ویژه مصرف‌کنندگان مواد روان‌گردان، از سال ۲۰۰۶ تأسیس شده است. این سازمان در مهمانی‌ها، غرفه‌های اطلاع‌رسانی برپا می‌کند؛ جایی که شرکت‌کنندگان می‌توانند درباره مواد روان‌گردان و رفتارهای جنسی اطلاعات دریافت کنند و به وسایل بهداشتی دسترسی یابند. برای ادامه فعالیت‌های میدانی، این سازمان با شرکای مختلف اجتماعی (دانشگاه‌ها، مدارس، انجمن‌های جوانان، شهرداری‌ها، شوراهای محلی و غیره) نیز همکاری می‌کند. این تیم فعالیت خود را در منطقه کلان‌شهری پورتو آغاز کرد، اما سپس دامنه مداخله خود را به ویژنو، لیسبون و چندین جشنواره تابستانی در پرتغال گسترش داد.

8. Drug Consumption Rooms (DCRs)

هر چند شواهد نشان می‌دهد برخی مصرف‌کنندگان با ثبات اجتماعی نسبی نیز برای پرهیز از تعارضات خانوادگی یا انگ اجتماعی از این خدمات بهره می‌برند [۳۳]. نمونه شاخص این سیاست، «اتاق سیار مصرف مواد»^۱ در لیسبون است که در سال ۲۰۱۹ به‌عنوان نخستین تجربه رسمی کشور راه‌اندازی شد. این واحد در قالب یک ون تجهیز شده و در چارچوب برنامه‌ای شامل سه مرکز (دو ثابت و یک سیار) فعالیت می‌کند. به دلیل محدودیت‌های فنی، در واحد سیار صرفاً مصرف تزریقی امکان‌پذیر است. این مرکز بر مدل مراقبتی تلفیقی استوار است و علاوه بر فراهم کردن محیطی ایمن‌تر برای تزریق، خدماتی چون مراقبت‌های اولیه سلامت، حمایت روانی-اجتماعی، آموزش همتایان و ارجاع به نظام سلامت و رفاه اجتماعی ارائه می‌دهد. شایان ذکر است که پیش از اجرای برنامه، ساکنان محلی، نیروهای پلیس و صاحبان کسب و کار، وضعیت اجتماعی منطقه و میزان پذیرش اجتماعی طرح را به دقت مورد بررسی قرار می‌دهند؛ ضمن آن که «همتایان»^۲ (کارکنان آموزش دیده با تجربه زیسته مصرف مواد) و انجمن مصرف‌کنندگان مواد^۳، در طراحی و اجرای این رویکرد، نقش فعالی دارند. با وجود دستاوردهای گزارش شده این مراکز در کاهش تزریق عجلولانه، کاهش اشتراک گذاری سرنگ و کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با انتقال HIV، مراکز سیار با محدودیت‌هایی نیز مواجه‌اند؛ از جمله ظرفیت محدود، ساعات فعالیت مشخص، وابستگی به شرایط جوی و محدود بودن نوع مصرف قابل ارائه. این ملاحظات نشان می‌دهد که چنین مداخلاتی نیازمند تکمیل با سایر خدمات حمایتی و درمانی و نیز مدیریت ارتباطی مؤثر با جامعه محلی هستند [۳۴].

- **تیم‌های خیابانی و خدمات میدانی:**^۴ در مناطق مصرف شدید مواد (مانند لیسبون و پورتو) فعال‌اند. این تیم‌ها شامل واحدهای سیار، پناهگاه‌ها، مراکز کم‌آستانه^۵ و تماس مستقیم با مصرف‌کنندگان حاشیه‌ای می‌شوند. خدمات شامل توزیع سرنگ، کیت‌های مصرف ایمن‌تر، مشاوره همتا، تست سریع هپاتیت C و ویروس ایدز، آموزش پیشگیری از بیش مصرفی و ارجاع به درمان/رفاه اجتماعی است. از نمونه‌های مزبور، انجمن Crescer است که از سال ۲۰۰۱ با هدف جذب افراد آسیب‌پذیر و حاشیه‌ای در اجتماع گسترده‌تر فعالیت می‌کند [۳۵].

با این حال کشور پرتغال در برخی زمینه‌ها، مانند اجرای برنامه نالوکسان خانگی، یا تبادل سرنگ در زندان‌ها، از سایر کشورهای اروپایی عقب‌تر است. طبق گزارش آژانس اتحادیه مواد مخدر اروپا (۲۰۲۵)، هر چند که برنامه نالوکسان خانگی در این کشور به صورت اسپری بینی با دوز ۱.۸ میلی‌گرم در ۰.۱ میلی‌لیتر عرضه می‌شود؛ نسبت به سایر کشورهای اروپایی مانند اسپانیا و فرانسه گستره بسیار محدودتری دارد؛ چرا که کشورهای مزبور، برنامه‌های ملی یا منطقه‌ای گسترده‌تری با توزیع بیشتر کیت و آموزش دارند [۳۶]. همچنین هر چند اقدام‌ها آگاهی‌بخشی و آموزشی در زندان‌ها تحت مسئولیت وزارت دادگستری و با همکاری نظام سلامت ملی مدیریت می‌شود، اما بسیاری از برنامه‌ها را شامل نمی‌شود. نمونه بارز آن، برنامه تبادل سوزن و سرنگ است که به صورت آزمایشی در سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۷ در زندان‌های لیسبون و Paços de Ferreira اجرا شد، اما به دلیل عدم پذیرش از سوی زندانیان به خاطر ترس از انگ اجتماعی، تبعیض، عواقب منفی قضایی و مشکلات حفظ محرمانگی متوقف گردید و تاکنون احیا نگردیده است [۳۷].

۳-۴. آمریکا

۳-۴-۱. مروری بر سیمای اعتیاد

جمعیت کشور آمریکا در سال ۲۰۲۴ بالغ بر ۳۴۰ میلیون نفر بوده است [۳۸]؛ از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۳ نزدیک به ۸۰۶ هزار نفر بر اثر مصرف بیش از حد مواد افیونی در این کشور جان خود را از دست داده‌اند. روند افزایشی مرگ‌ومیر ناشی از بیش مصرفی مواد مخدر در آمریکا را می‌توان

1. Mobile Drug Consumption Room (MDCR)

2. Peers

3. Consumidores Associados Sobrevivem Organizados (CASO)

4. Outreach/Field Services

5. Drop-in



در سه موج مختلف از هم متمایز کرد؛ موج نخست در دهه ۱۹۹۰ که با مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از حد داروهای افیونی تجویزی^۱ (از جمله اپیوئیدهای طبیعی، نیمه‌مصنوعی و متادون) همراه بود که به‌ویژه در سال ۱۹۹۹ افزایش چشمگیری یافت؛ موج دوم در دهه ۲۰۱۰ که با اوج‌گیری مرگ‌ومیر ناشی از مصرف هروئین^۲ مشخص می‌شود و موج سوم از سال ۲۰۱۳ که به افزایش گسترده مرگ‌ومیر بر اثر اپیوئیدهای مصنوعی،^۳ به‌ویژه فنتانیل‌های غیرقانونی^۴ و آنالوگ‌های آن مرتبط است. این مواد به‌سرعت به بازار غیرقانونی مواد مخدر راه یافتند و اغلب به شکل پودر، قرص‌های تقلبی یا در ترکیب با سایر مواد عرضه شدند. با این حال، آمارها نشان می‌دهد که بین سال‌های ۲۰۲۲ تا ۲۰۲۳، مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از حد اپیوئیدهای مصنوعی حدود ۲ درصد کاهش یافته است [۳۹].

در این راستا، پیمایش ملی مصرف مواد و سلامت روان^۵ در سال ۲۰۲۲ نشان داده است که ۲۴/۹ درصد جمعیت بالای ۱۲ سال، حداقل یک بار طی یک سال گذشته، مواد غیرقانونی مصرف کرده‌اند. منظور از مواد غیرقانونی، آن دسته از موادی است که تولید، توزیع یا مصرف آنها طبق قوانین ایالات متحده ممنوع بوده و عموماً خارج از چارچوب نسخه پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ مانند هروئین، کوکائین، متامفتامین، ماری‌جوانا، اکستازی و سایر روان‌گردان‌ها. براساس این پیمایش، در میان تمام مواد مصرف شده، الکل با ۶۲/۸ درصد و نیکوتین با ۲۷/۸ درصد، بیشترین مصرف را داشته‌اند. پس از آن، ماری‌جوانا (۲۲ درصد)، مواد توهم‌زا^۶ (۳ درصد)، کوکائین (۱/۹ درصد)، متامفتامین (۱ درصد)، مواد استنشاقی^۷ شامل حلال‌های فرّار، آئروسول‌ها، گازها و نیتريت‌ها (۰/۸ درصد) و هروئین (۰/۴ درصد) در رده‌های بعدی مصرف قرار دارند [۴۰]. با این وجود، داده‌های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۸ (CDC) نشان از کاهش ۲۶ درصدی مرگ‌ومیر ناشی از بیش‌مصرفی^۹ مواد مخدر در سال ۲۰۲۴ نسبت به سال پیش از آن دارد. این کاهش به‌دلیل گسترش توزیع نالوکسان، دسترسی بیشتر به درمان‌های مبتنی بر شواهد و تغییرات در عرضه غیرقانونی مواد است. با این حال، بیش‌مصرفی همچنان علت اصلی مرگ‌ومیر در گروه سنی ۱۸ تا ۴۴ سال به‌شمار می‌رود [۴۱].

در ایالات متحده، سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌های درمان اختلال مصرف مواد و کاهش آسیب عمدتاً توسط آژانس‌های فدرال کلیدی هدایت می‌شود؛ از جمله اداره خدمات سوءمصرف مواد و سلامت روانی^{۱۰} مؤسسه ملی سوءمصرف مواد^{۱۱} و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^{۱۲}. این سیاست‌ها بر پایه چارچوب جامع زیستی-روانی و اجتماعی و مبتنی بر شواهد علمی قوی طراحی شده‌اند. با این حال، در سال ۲۰۲۵، دولت ترامپ پیشنهاد ادغام اداره خدمات سوءمصرف مواد و سلامت روانی و برخی برنامه‌های مرتبط را در قالب نهاد جدیدی به نام «اداره سلامت آمریکا»^{۱۳} مطرح کرد [۴۲]. این پیشنهاد با کاهش بودجه قابل توجه برنامه‌های فدرال پیشگیری و درمان همراه بود که منتقدان آن را تهدیدی برای دسترسی به خدمات می‌دانند. این تغییرها در حالی رخ می‌دهد که نرخ بیش‌مصرفی مواد در آمریکا همچنان بالاست.

۲-۳-۴. برنامه‌ها و اقدام‌های حوزه درمان

ریشه تلاش‌های ملی درمان اعتیاد در ایالات متحده به بیمارستان‌های فدرال خدمات بهداشت عمومی آمریکا در لکسینگتون (کنتاکی)^{۱۴}

1. Prescription Opioid Pills
2. Heroin
3. Synthetic Opioids
4. Illicitly Manufactured Fentanyl (IMFs)
5. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)
6. Hallucinogens
7. Inhalants
8. Centers for Disease Control and Prevention
9. Overdose
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA)
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
13. Administration for a Healthy America (AHA)
14. Lexington, Kentucky

و فورت وورث (تگزاس)^۱ بازمی گردد. این مراکز که به‌ویژه بین سال‌های ۱۹۴۸ تا ۱۹۶۰ نقشی محوری داشتند، بر بستری داوطلبانه، ارائه خدمات حرفه‌ای و آموزش متخصصان، متمرکز بوده و زمینه‌ساز گذار به مدل زیستی-روانی و اجتماعی شدند؛ مدلی که امروزه زیربنای اکثر برنامه‌های درمانی معتبر در آمریکا و بسیاری از کشورهای دیگر است [۴۳]. در عین حال از دهه ۱۹۷۰، دولت فدرال نقش محوری در توسعه، نظارت و تأمین مالی سیاست‌های درمانی ایفا کرد. برای نمونه، در سال مالی ۲۰۱۴، بیش از ۱۰٫۱ میلیارد دلار بودجه ملی برای پیشگیری و درمان اعتیاد اختصاص یافت که شامل خدمات درمانی تحت برنامه‌های مدیکر^۲ و مدیکید^۳، درمان سوءمصرف مواد برای کهنه‌سربازان و نیروهای نظامی (و خانواده‌های آنان) و همچنین برنامه‌های بازپیوست زندانیان به جامعه بود. در کنار این برنامه‌ها، حمایت از نهادهای کلیدی نیز ادامه یافت، مانند مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۴، سازمان خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد^۵ و مؤسسات زیرمجموعه مرکز ملی سلامت مانند «مؤسسه ملی سوءمصرف مواد»^۶، «مؤسسه ملی الکلیسم و الکلیسم»^۷ و «مؤسسه ملی سلامت روان»^۸ [۴۳، ۴۴]. در سال ۲۰۲۵ نیز بودجه خدمات درمان و کاهش آسیب، افزایش چشمگیری یافتند: حدود ۴۵۹ میلیون دلار برای خدمات پیشگیری، ۲۱٫۸ میلیارد دلار جهت گسترش درمان و پیشگیری از بیش‌مصرفی، ۴٫۱ میلیارد دلار برای دسترسی درمان در زندان‌ها، ۲٫۹ میلیارد دلار برای برنامه‌های پیشگیرانه، ۱٫۸ میلیارد دلار برای خدمات بازتوانی و ۳٫۳ میلیارد دلار جهت مقابله با قاچاق مواد مخدر. در این راستا، در ایالات متحده آمریکا رویکردهای درمانی متنوعی برای مدیریت اختلالات مصرف مواد طراحی شده‌اند. این برنامه‌ها که اغلب توسط تیم‌های چندرشته‌ای ارائه می‌شوند، براساس شدت اختلال، نیازهای پزشکی و روان‌شناختی بیمار و میزان حمایت اجتماعی موجود، عمدتاً در چهار سطح مراقبتی، تعریف و ارائه می‌شوند که شامل [۴۵]:

بستری در بیمارستان:^۹ این سطح مراقبت شبانه‌روزی را با حضور تیم‌های چندرشته‌ای در مدت‌زمانی کوتاه ارائه می‌دهد. مواردی چون بیش‌مصرفی حاد، سندرم‌های ترک پیچیده، بیماری‌های همراه خطرناک یا وابستگی شدید و مقاوم به درمان‌های سبک‌تر، نیازمند این سطح از مراقبت هستند.

درمان اقامتی:^{۱۰} این سطح شامل اقامت در مراکز با نظارت ۲۴ ساعته بوده و برای بیمارانی مناسب است که مشکلات مصرف مواد آنها شدید است، اما فاقد معیارهای لازم برای بستری در بیمارستان هستند. این مراکز طیفی از برنامه‌های طولانی‌مدت (مانند جامعه‌درمانی) تا خانه‌های نیمه‌نظارتی را پوشش می‌دهند. افزون‌بر این، برنامه‌های تخصصی تری نیز برای گروه‌های خاص مانند نوجوانان، زنان باردار یا افراد تحت نظارت قضایی، ارائه می‌دهند.

درمان سرپایی فشرده:^{۱۱} این برنامه حداقل ۹ ساعت مداخله درمانی در هفته را ایجاب می‌کند که معمولاً طی ۵ تا ۷ روز و به‌صورت چند ساعته در هر جلسه ارائه می‌شود. این برنامه برای مراحل اولیه درمان یا به‌عنوان مرحله انتقالی پس از بستری توصیه می‌شود. این سطح، ساختار بیشتری نسبت به درمان سرپایی استاندارد فراهم می‌کند، بدون آن که نیاز به اقامت شبانه‌روزی باشد. شدت و مدت جلسات با پیشرفت بیمار تعدیل می‌شود.

1. Fort Worth, Texas

2. Medicare

برنامه ملی بیمه اجتماعی است که توسط دولت فدرال ایالات متحده آمریکا از ۱۹۶۵ مدیریت می‌شود و دسترسی بیمه درمانی را برای آمریکاییان ۶۵ سال و بالاتر فراهم می‌کند.

3. Medicaid

مدیکید برنامه‌ای دولتی در ایالات متحده برای تأمین بیمه درمانی افراد کم‌درآمد است که به‌صورت مشترک توسط دولت فدرال و ایالت‌ها تأمین مالی می‌شود؛ مدیریت آن عمدتاً بر عهده ایالت‌هاست، اما چارچوب‌های کلی را دولت فدرال تعیین می‌کند.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

6. National Institute on Drug Abuse (NIDA)

7. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)

8. National Institute on Mental Health (NIMH)

9. Hospital Inpatient

10. Residential Treatment

11. Intensive Outpatient (IOP)



درمان سرپایی: این درمان، جزء کمترین سطح مراقبت با حضور کمتر از ۹ ساعت در هفته، شامل جلسات فردی، گروهی یا خانوادگی است. برنامه‌های سرپایی طیف گسترده‌ای از مداخلات، از نگهدارنده با متادون تا رویکردهای بدون دارو را در برمی‌گیرد. بیماران در این سطح نیازمند حمایت اجتماعی کافی، شرایط زندگی پایدار و انگیزه بالا برای مشارکت مستمر هستند. این سطح برای مداخلات اولیه، پیگیری پس از درمان‌های شدیدتر و مدیریت طولانی مدت اختلالات مصرف مواد، توسط نهادهای دولتی و خصوصی به کار گرفته می‌شود. بر این اساس، هر یک از مدل‌های درمانی که شرح آنها در ادامه می‌آید، ترکیبی از سطوح مراقبتی گفته شده را برای مدیریت سوء مصرف مواد و کاهش پیامدهای منفی آن در جامعه، طراحی و ارائه کرده‌اند:

● **درمان وابستگی به مواد یا مدل مینه‌سوتا:**^۱ این مدل با تأکید بر اصل «پرهیز کامل» از مصرف مواد در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ توسعه یافت. مدل مزبور، برنامه دوازده‌گانه قدمی انجمن الکلی‌های گمنام را با مداخلات پزشکی و روان‌شناختی یکپارچه می‌کند. در حالی که در ابتدا، مدل درمانی مزبور اغلب به صورت بستری یک ماهه ارائه می‌شد، لیکن با گذشت زمان و با توجه به ملاحظات اقتصادی، امروزه عمدتاً به شکل سرپایی فشرده یا مراقبت‌های ادامه‌دار طولانی مدت اجرا می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اثربخشی مدل مزبور در درمان وابستگی به الکل نسبت به مواد مخدر غیرقانونی بالاتر است و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده موفقیت، تداوم مشارکت در گروه‌های خودیاری (مانند گروه الکلی‌های گمنام یا گروه‌های مشابه)، پس از پایان درمان رسمی است.

● **درمان سرپایی بدون دارو:**^۲ این روش بر مشاوره فردی و گروهی، خدمات مددکاری اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی و مشارکت در جلسات دوازده‌گانه قدمی، استوار است و تنها در موارد ضروری از داروهای روان‌گردان استفاده می‌کند. کیفیت این برنامه‌ها به شدت متغیر بوده، اما شواهد نشان می‌دهند که تداوم درمان بیش از ۹۰ روز، عامل کلیدی در کاهش قابل توجه مصرف مواد و بهبود عملکرد اجتماعی است.

● **درمان نگهدارنده با متادون:**^۳ این نوع درمان که به‌عنوان استاندارد طلایی درمان اختلال مصرف مواد افیونی شناخته می‌شود، با کاهش ولع مصرف و علائم ترک، خطر بازگشت به مصرف و مرگ ناشی از بیش مصرفی را به‌طور چشمگیری کاهش داده و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد. با این حال، مقررات پیچیده ایالتی (همچون محدودیت‌های منطقه‌بندی، مشاوره اجباری، آزمایش‌های مکرر ادرار و محدودیت‌های دوز خانگی) اجرای همه‌جانبه این برنامه را محدود و دشوار می‌نماید.

● **برنامه‌های اقامتی مبتنی بر جامعه درمانی:**^۴ به‌طور ویژه برای افراد با اختلالات مصرف مواد همراه با مشکلات پیچیده روانی-اجتماعی طراحی شده و بر اصلاح الگوهای ناکارآمد رفتاری و شناختی، جلسات گروهی مواجهه‌ای، ساختار سلسله‌مراتبی مسئولیت‌ها و آموزش مهارت‌های زندگی تأکید دارند. این برنامه‌ها معمولاً بین سه تا نه ماه به طول می‌انجامند و تکمیل حداقل یک‌سوم تانیمی از دوره درمانی با بهبود چشمگیر در کاهش مصرف مواد، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی همراه است، هر چند نرخ ترک درمان، بالا باقی مانده است؛ به‌گونه‌ای که بیش از سه‌چهارم شرکت‌کنندگان دوره را به پایان نمی‌رسانند.

● **سم‌زدایی:**^۵ این مدل برخلاف سایر روش‌ها، درمانی جامع و مستقل برای اختلال مصرف مواد محسوب نشده و هدف عمده آن، مدیریت کوتاه‌مدت علائم ترک و کاهش ناراحتی‌های جسمانی از طریق نظارت پزشکی دقیق و در صورت ضرورت، تجویز داروهای کمکی برای کنترل عوارض شدید مانند تشنج، افسردگی حاد یا ولع است. مدت زمان و نوع داروهای مورد استفاده بسته به ماده مصرفی متفاوت است؛ برای مثال در وابستگی به اپیوئیدها، داروهای نظیر متادون، کلونیدین یا بوپرنورفین به‌طور رایج به کار گرفته می‌شوند. سم‌زدایی به‌تنهایی فاقد آثار پایدار بلندمدت در پیشگیری از عود بوده، اما فرصتی ارزشمند برای جذب و انگیزش بیمار برای ورود به برنامه‌های درمانی بعدی فراهم می‌آورد.

1. Outpatient Treatment
2. Chemical Dependency Treatment (The Minnesota Model)
3. Outpatient Nonmethadone Treatment
4. Methadone Maintenance
5. The Residential Therapeutic Community
6. Detoxification

موفقیت این فرایند عمدتاً به پایبندی بیمار به پروتکل‌های دارویی و اجتناب کامل از مصرف مجدد وابسته است. تحقیقات علمی گسترده نشان داده‌اند که سم‌زدایی به‌عنوان یک مداخله مستقل، اثربخشی محدودی دارد. در یک مطالعه کنترل شده، کمتر از نیمی از افرادی که در برنامه‌های سم‌زدایی ساختارمند شرکت کردند، درمان را کامل کردند؛ به‌گونه‌ای که تنها ۸ تا ۱۱ نفر از ۶۸ شرکت‌کننده به‌طور کامل بدون مصرف دوباره اوبیوئید در یک تا شش ماه باقی مانده بودند... این پژوهش تأکید می‌کند که سم‌زدایی به‌تنهایی درمان مؤثر و وابستگی اوبیوئید نیست و باید همراه با حمایت‌های درمانی دیگر اجرا شود [۴۳].

مطالعات کیفی نیز حاکی از این هستند که بسیاری از بیماران پس از اتمام سم‌زدایی در مسیر درمان قرار نمی‌گیرند یا دسترسی به خدمات درمانی مؤثر (مثل MOUD یا روان‌درمانی) ندارند. این خلأ در ادامه مراقبت^۱ باعث می‌شود که سم‌زدایی به‌عنوان نقطه‌ای مستقل عمل کند و فرد در مسیر بازگشت به مصرف، ناهوشیار و تنها بماند. افزایش دسترسی پس از خروج و هماهنگی با درمان‌های دیگر می‌تواند وضعیت را بهبود دهد [۴۴].

● **برنامه‌های درمانی اصلاحی کیفری:** برنامه‌های درمانی اصلاحی در محیط زندان، با هدف کاهش بازگشت به جرم و وابستگی به مواد مخدر طراحی شده‌اند، اما شواهد کلی نشان‌دهنده اثربخشی متغیر و اغلب محدود این برنامه‌هاست. موفقیت این مداخلات به عوامل کلیدی نظیر وجود کادر درمانی حرفه‌ای و آموزش دیده، حمایت اداری قوی، جداسازی شرکت‌کنندگان از جمعیت عمومی زندان، ارائه درمان جامع (شامل مداخلات روان‌شناختی، آموزشی و حمایتی) و تداوم مراقبت پس از آزادی وابسته است. در همین راستا، مطالعات ارزیابی برنامه‌های کلاسیکی مانند «بیرون بمان»^۲ (نیویورک)، «کورنرستون»^۳ (اورگن) و برنامه‌های مبتنی بر جامعه درمانی مانند «برنامه مدنی معتادان کالیفرنیا»^۴، نشان داده‌اند که مشارکت طولانی‌تر شرکت‌کنندگان (بین ۹ تا ۱۲ ماه)، با نرخ پایین‌تری در بازگشت به جرم و مصرف مواد همراه بوده است [۴۵].

از مجموع آنچه تا بدین جا مطرح شد، با رجوع به الگوی زیستی-روانی و اجتماعی که در ابتدا تبیین شد، می‌توان پیوند سه‌گانه عناصر مذکور را در قالب رویکردهای متنوع درمانی به‌روشنی ردیابی کرد. مراقبت‌های پزشکی، پرهیز کامل، تجویز داروهای کمکی و مدیریت ولع مصرف در سطح زیستی؛ مداخلات روان‌درمانی از جمله مشاوره‌های فردی و گروهی در سطح روانی و در نهایت، آموزش مهارت‌های زندگی، بازتوانی اجتماعی و مشارکت در شبکه‌های حمایتی در سطح اجتماعی، همگی نمونه‌هایی از تلفیق و هم‌افزایی این سه بعد محسوب می‌شوند. این پیوند حاکی از آن است که تقلیل مسئله اعتیاد به مداخلات صرفاً پزشکی و درمانی، نه تنها ناکافی بلکه در بسیاری از موارد گمراه‌کننده است. اعتیاد پدیده‌ای چندبعدی و درهم‌تنیده است که ریشه‌های آن در تعامل پیچیده عوامل زیستی، تجارب روانی فرد و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد. از این رو، هرگونه مداخله مؤثر مستلزم اتخاذ رویکردی جامع، یکپارچه و بین‌بخشی است که بتواند به‌طور هم‌زمان این سطوح مختلف را پوشش دهد. با این حال، چالش‌های بزرگی مانند مقررات سختگیرانه ایالتی، نابرابری دسترسی در مناطق مختلف روستایی و کم‌درآمد و نرخ بالای ترک درمان همچنان پابرجاست.

۳-۴. برنامه‌ها و مداخلات حوزه کاهش آسیب

مداخلات کاهش آسیب در آمریکا عمدتاً بر کاهش پیامدهای منفی مصرف مواد، مانند بیش مصرفی، عفونت‌های جدی ناشی از تزریق، مشکلات شغلی و تعارضات بین فردی تمرکز دارند. این برنامه‌ها شواهد قوی در کاهش مرگ‌ومیر و انتقال بیماری‌ها دارند، با این حال، کارشناسان معتقدند که محدودیت‌های قانونی و نابرابری‌های ایالتی مانع گسترش عادلانه آنها شده است. در ادامه به بخشی از مهم‌ترین این برنامه‌ها در ایالات متحده اشاره می‌شود:

1 Continuity of Care
2 Correctional Treatment Programs
3. Stay'n Out
4. Cornerstone
5. The California Civil Addict Program



● **داروهای اختلال مصرف مواد:**^۱ استفاده از داروهای درمان اختلال مصرف مواد افیونی، شامل متادون، بوپرنورفین^۲ و نالتروکسان، اثربخش‌ترین مداخله پزشکی برای کاهش مرگ‌ومیر، کاهش میزان بازگشت به مصرف و کاهش پیامدهای عفونی ناشی از مصرف تزریقی محسوب می‌شوند. از منظر اقتصادی نیز استفاده از این داروها رویکردی مقرون به صرفه است؛ زیرا نسبت به عدم درمان، صرفه جویی قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های مادام‌العمر فرد و نظام سلامت ایجاد می‌کند. با این حال، ساختار سیاستی ایالات متحده ملاحظات خاصی در اجرای این اقدام‌ها دارد؛ از جمله، محدودیت‌های نسخه‌نویسی بوپرنورفین، انحصار تجویز متادون در مراکز تخصصی، الزامات مشاوره‌ای و آزمایش‌های اضافی، مقررات سخت‌گیرانه صدور مجوز مراکز و محدودیت‌های مدیکید.^۳

● **آزمایش مواد مخدر:**^۴ این برنامه یکی دیگر از برنامه‌های مؤثر بوده که نقش مهمی در پیشگیری از بیش‌مصرفی و کاهش آسیب ایفا می‌کند. پژوهش‌های تجربی نشان از تأثیر مثبت نوارهای تست فنتانیل و زیلازین^۵ در کاهش رفتارهای پرخطر دارد، بدین معنا که به محض آگاهی مصرف‌کنندگان از وجود فنتانیل در نمونه‌های مواد با کمک این ابزارها، به رفتارهای کم‌خطرتری مانند «مصرف با شخص دیگر، مصرف کمتر یا کندتر و نگه‌داشتن نالوکسان همراه» گرایش می‌یابند. با این حال، برخی ایالت‌ها (مانند ایندیانا، آیووا، تگزاس و داکوتای شمالی)، همچنان توزیع این نوارها را جرم‌انگاری کرده یا محدود می‌کنند که دسترسی به آن در مناطق پرخطر را مختل می‌سازد. پژوهش‌های حوزه علوم کاهش آسیب در آمریکا نیز ضمن تأکید بر مزایای خدمات آزمایش مواد مخدر آنها را به‌طور ویژه ابزاری مؤثر برای افزایش توانمندسازی مصرف‌کنندگان و تقویت نظارت بر بازار مواد می‌دانند [۴۶]. نهادهای رسمی مانند مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) نیز از نوارهای تست فنتانیل به‌عنوان ابزار کاهش بیش‌مصرفی یاد می‌کنند و استفاده از آنها را در کنار دیگر اقدام‌های سلامت‌محور توصیه می‌کنند، اگرچه تأکید می‌شود که این تست‌ها محدودیت‌هایی (مانند عدم تشخیص میزان دقیق یا برخی آنالوگ‌ها) دارند و نباید تنها ابزار تکیه‌گاه باشند [۴۷].

● **توزیع نالوکسان:**^۶ نالوکسان که به‌صورت اسپری بینی یا تزریقی عرضه می‌شود، از سال ۲۰۲۳ بدون نیاز به نسخه در دسترس عموم قرار گرفته و تمامی ایالت‌های آمریکا آن را از طریق داروسازان و سازمان‌های جامعه‌محور، توزیع می‌کنند. در یک مرور نظام‌مند مبتنی بر بررسی مطالعات منتشره طی سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۲، محققان به این نتیجه دست یافتند که در دسترس بودن نالوکسان در بیش از ۹۸ درصد موارد، جان فرد دچار بیش‌مصرفی مواد را نجات داده است. با این حال، کمبود موجودی در مناطق روستایی و کم‌درآمد و کاهش بودجه فدرال، چالش‌های قابل توجهی در این زمینه ایجاد کرده است.

● **مراکز پیشگیری از بیش‌مصرفی (یا سایت‌های مصرف ایمن):**^۷ این مراکز با مصرف مواد تحت نظارت پزشکی، خطر بیش‌مصرفی و انتقال بیماری‌های عفونی را کاهش می‌دهند، هرچند برخی قوانین فدرال و ایالتی، مانع گسترش همه‌جانبه آنها می‌شوند، برای مثال، قانون جامع پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد مخدر^۸ سال ۱۹۷۰ (قانون عمومی ۹۱-۵۱۳) معروف به قانون مواد کنترل شده،^۹ مدیریت یا کنترل هر مکان با هدف استفاده از مواد کنترل شده را غیرقانونی می‌داند. بررسی‌ها حاکی از آن است که در محله‌هایی که این مراکز راه‌اندازی شده‌اند، مصرف در اماکن عمومی، دفعات ریختن سرنگ در خیابان و زباله‌های مربوط به مصرف، کاهش یافته است [۴۶]. نهادهای علمی و پژوهشی

1. Medications for Opioid use Disorder (MOUD)

2. Buprenorphine

۳. این محدودیت‌ها عمدتاً شامل تأییدیه شرکت بیمه برای پزشک و بیمار یا مناسب نبودن سایر مداخلات درمانی است که دسترسی افراد به داروهای اختلال مصرف مواد را با دشواری روبه‌رو می‌سازد. ضمن آن که دسترسی به این بیمه در بسیاری از ایالت‌های آمریکا همچنان در دسترس نیست. پریدجین و همکاران با توجه به نتایج مثبت این برنامه در کاهش تبعات سوءمصرف مواد، پوشش گسترده آن به‌خصوص برای محروم‌ترین اعضای جامعه و اصلاح قوانین آن برای مصرف مواد در مراکز اقامتی را پیشنهاد کرده‌اند تا زمینه پوشش گسترده برای تمام اقشار جامعه فراهم شود.

4. Drug Checking

5. Fentanyl and Xylazine Test Strips

6. Naloxone

7. Overdose Prevention Centers (OPCs) (Supervised Injection Sites or Safe Injection Facilities)

8. The Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act

9. Controlled Substances Act

بزرگ، از جمله مؤسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر،^۱ نیز این مراکز را به عنوان یکی از استراتژی‌های کاهش آسیب در بحران بیش مصرفی مطرح می‌کنند [۴۸].

● **برنامه‌های خدمات سرنگ:**^۲ دسترسی به سرنگ‌های استریل، دفع ایمن زباله‌های پزشکی، آموزش مصرف ایمن و ارجاع به درمان را فراهم می‌کنند. اثربخشی این برنامه‌ها در کاهش انتقال HIV و هپاتیت C و افزایش ورود به درمان ثابت شده است.

● **پیشگیری پیش‌دستانه:**^۳ شامل داروهای خوراکی و تزریقی است که مصرف روزانه آن می‌تواند موجب کاهش ۷۵ تا ۸۶ درصدی ابتلا به HIV در گروه‌های پرخطر شود، هر چند دسترسی به آن همچنان محدود باقی مانده است. گسترش صلاحیت ارائه‌دهندگان و ایجاد برنامه‌های حمایتی ایالتی می‌تواند استفاده از آن را افزایش دهد.

● **گسترش برنامه مدیکید:** پوشش بیمه‌ای درمان اختلالات مصرف مواد و داروها، کاهش بستری‌های مرتبط با اپیوئیدها را در پی داشته و مرگ و میر را بهبود بخشیده است، اما محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای درمان بستری (از جمله در ۱۰ ایالت)، همچنان مانع دسترسی همگانی است [۴۶].

۴-۴. چین

۱-۴-۴. مروری بر سیمای اعتیاد

کشور چین به عنوان یکی از قدیمی‌ترین تمدن‌های بشری، دومین جمعیت انسانی را با بیش از یک میلیارد و چهارصد میلیون نفر در خود جای داده است [۴۹]. گسترش مصرف مواد مخدر در چین از دهه ۱۷۶۰ با قاچاق تریاک از هند توسط شرکت هند شرقی بریتانیا آغاز شده است. این تجارت همراه با کشت محلی خشخاش، به سرعت به یک بحران اجتماعی و بهداشتی در چین تبدیل شد. اعتیاد به تریاک، سلامت میلیون‌ها نفر را تهدید و مشکلات گسترده‌ای مانند افزایش جرائم، کاهش نیروی کار و فروپاشی ساختارهای اجتماعی به دنبال داشت و به گذار چین از جامعه فئودالی به نیمه‌فئودالی و نیمه‌استعماری در قرن نوزدهم منجر شد. هر چند پس از تأسیس جمهوری خلق چین در ۱۹۴۹، دولت با اجرای کمپین‌های سخت‌گیرانه ضد مواد مخدر، مانند مجازات شدید قاچاقچیان و برنامه‌های بازپروری تا سال ۱۹۵۲، موفق به کنترل کامل مصرف و قاچاق مواد مخدر در کشور شد؛ با این حال، اجرای سیاست‌های «درهای باز»^۴ در دهه ۱۹۸۰ و افزایش تعاملات جهانی، به ویژه از طریق مسیر «مثلث طلایی»^۵ (میانمار و کشورهای اطراف)، موجب ورود مجدد مواد مخدر و افزایش نرخ مصرف در میان افراد چینی شد [۵۰]. به طوری که طبق گزارش‌های آماری، تعداد مصرف‌کنندگان ثبت‌شده از ۷۰ هزار نفر در سال ۱۹۹۰ به بیش از ۱/۱۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۵ رسید و تخمین زده می‌شود تعداد واقعی حدود ۳/۵ میلیون نفر بوده باشد [۵۱].

مواد مخدر پرمصرف در چین، شامل تریاک و هروئین هستند که اغلب از طریق تزریق وریدی یا استنشاق بخار^۶ مصرف می‌شوند. علاوه بر این، در سال‌های اخیر ظهور مواد جدید و غیرکنترل‌شده مانند اتومیدیت، ترکیبات ترامادول، دکسترومتورفان و گاز خنده (نیتروس اکسید)، به ویژه در میان جوانان زیر ۳۵ سال، به چالشی نوظهور در چین تبدیل شده است. در این میان، اتومیدیت^۷ شایع‌ترین ماده بوده و ۵/۳۸ درصد کل موارد سوء مصرف شده را شامل می‌شود [۵۲]. این الگوهای مصرف پیامدهای بهداشتی شدیدی به دنبال داشته‌اند؛ به طوری که گزارش شده تا سال ۲۰۱۱ حدود ۷۸۰ هزار نفر با بیماری ایدز زندگی می‌کردند که نزدیک

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA)

2. Syringe Service Programs (SSPs)

3. Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)

4. Open-Door Policy

5. Golden Triangle Region

6. Chasing the Dragon

7. Etomidate



به یک سوم آنها مصرف‌کننده تریقی مواد بوده‌اند. در برخی مناطق، هم‌زمانی این بیماری‌ها به صورت «همه‌گیری سه‌گانه»^۱ یعنی شیوع هم‌زمان بیماری‌های عفونی سل، ایدز و هپاتیت C مشاهده شده و بار سنگینی بر نظام سلامت عمومی تحمیل کرده است [۵۱].

۲-۴-۴. برنامه‌ها و اقدام‌ها حوزه درمان

در کشور چین، وابستگی به مواد مخدر به‌عنوان یک شر اجتماعی تلقی می‌شود، چرا که در قرن هجدهم، این پدیده کشور را با بحرانی ملی مواجه ساخت. این دیدگاه ریشه در دوران انقلاب کمونیستی و ایدئولوژی مائو دارد، زمانی که اعتیاد و سایر انحرافات اجتماعی بیشتر به‌عنوان مشکلات اخلاقی یا سیاسی و نه بیماری فردی تلقی می‌شدند. با باز شدن درهای چین به تجارت جهانی در دهه ۱۹۸۰، مصرف غیرقانونی مواد دوباره ظاهر شد و دولت اختیارات گسترده‌ای برای بازداشت مصرف‌کنندگان در مراکز کار اجباری و سم‌زدایی اجباری ایجاد کرد. در همان زمان، نظام مراقبت روانی پیچیده و چندوزارتی، دسترسی به درمان روانی را به‌ویژه در مناطق روستایی محدود می‌کرد و حدود ۹۲ درصد افراد مبتلا به اختلالات روانی بدون مراقبت باقی می‌ماندند [۵۳]. بر همین اساس، درمان و بازتوانی افراد وابسته به مواد همواره اولویت اساسی سیاست‌های اجتماعی و سلامت عمومی چین بوده است. نظام اولیه بازتوانی در این کشور، بر سه الگوی اصلی استوار بود:

● **درمان داوطلبانه:**^۲ در این الگوی درمانی، مصرف‌کنندگان کم‌خطر با شرکت در برنامه‌های بازتوانی داوطلبانه از تعقیب قضایی معاف می‌شدند، اما همچنان در فهرست رسمی معتادان ثبت می‌ماندند و تحت نظارت شدید پلیس قرار داشتند. این نظارت شامل علامت‌گذاری کارت شناسایی الکترونیکی، محدودیت سفرها و آزمایش‌های اجباری ادرار بود. در صورت تخلف یا عود، فرد به برنامه‌های اجباری یا اجتماع‌محور ارجاع می‌یافت.

● **درمان اجباری:**^۳ مراکز ایزوله برای سال‌ها شکل غالب درمان اعتیاد در چین بود و در سال ۲۰۰۹ بیش از ۶۰ درصد معتادان بازداشت شده را پوشش می‌داد. با اجرای تدریجی برنامه‌های اجتماع‌محور، سهم این الگو کاهش یافت و تا سال ۲۰۲۰ به حدود ۳۵ درصد رسید.

● **درمان اجتماع‌محور:**^۴ با مشارکت دولت‌های محلی، پلیس و شهروندان برای بازتوانی و بازگشت معتادان به جامعه اجرا می‌شود. این رویکرد به دلیل اعطای آزادی بیشتر به افراد، پذیرش بالاتری در میان آنها داشته و در عین حال، ابزاری کارآمد برای نظارت اجتماعی و حفظ نظم عمومی از سوی دولت محسوب می‌شود [۵۴].

با این حال، سه الگوی مزبور در گذر زمان کاستی‌های متعددی را آشکار ساختند؛ الگوی درمان داوطلبانه به دلیل ضعف نظارت و انگیزه‌های سودجویانه مراکز درمانی ناکارآمد بود و الگوهای اجباری و اجتماع‌محور نیز به‌رغم اهداف اصلاحی و آموزشی، در عمل ماهیتی تنبیهی داشتند، آزادی‌های فردی را نقض می‌کردند و نرخ عود بسیار بالایی (بیش از ۹۰ درصد) به همراه داشتند. این برنامه‌ها از منظر علمی فاقد درمان‌های مؤثر دارویی و روان‌شناختی بودند و از نظر حقوقی نیز با قوانین داخلی چین در تعارض قرار داشتند [۵۵]. به دنبال این ناکارآمدی‌ها و افزایش مصرف مواد در دهه‌های اخیر، قانون کنترل مواد مخدر^۵ (۲۰۰۸) چارچوب اصلاح‌شده‌ای را ایجاد کرد. این چارچوب شامل چهار مدل بازتوانی متناسب با شدت اختلال مصرف مواد است؛ شامل: توان‌بخشی داوطلبانه،^۶ توان‌بخشی اجتماع‌محور،^۷ توان‌بخشی اجباری در مراکز ایزوله^۸ و بازبانی اجتماع‌محور.^۹ در توان‌بخشی داوطلبانه، افراد با شرکت در برنامه‌ها از مجازات اداری معاف می‌شوند؛

1. Triple Epidemics
2. Voluntary Drug Addiction Treatment
3. Compulsory Isolated Drug Treatment
4. Community-Based Drug Addiction Treatment
5. The Drug Control Law
6. Voluntary Drug Rehabilitation
7. Community-Based Drug Rehabilitation
8. Isolated Compulsory Drug Rehabilitation
9. Community-Based Recovery

توان بخشی اجتماع محور با الهام از مدل های غربی و همسو با ایدئولوژی «خط توده‌ای»^۱ چین، از شبکه‌های اجتماعی و منابع محلی برای بازتوانی بدون قطع ارتباط فرد با جامعه بهره می‌برد. در چارچوب این مدل، شرکت کنندگان باید توافق نامه‌ای با سازمان‌های محلی امضا کنند تا متعهد شوند طی دوره‌ای سه‌ساله در برنامه‌های ترک و آزمایش‌های منظم مواد مخدر شرکت کنند. توان بخشی اجباری در مراکز ایزوله برای افرادی است که پس از درمان اجتماع محور دچار عود می‌شوند و در دوره‌ای دو ساله، تحت نظارت پلیس و نهادهای قضایی قرار می‌گیرند. نمونه‌ای برجسته از این مدل، الگوی «۳-۳-۶» مؤسسه بازتوانی قضایی گوانگدونگ^۲ است که با رویکرد میان‌رشته‌ای (جامعه‌شناسی، داروشناسی و روان‌شناسی)، طراحی شده و به کاهش تخلفات انضباطی، کاهش نیاز به خدمات پزشکی و بهبود سلامت روان کمک می‌کند. در نهایت بازبانی اجتماع محور سه‌ساله به‌عنوان مرحله پیگیری پس از توان بخشی اجباری، طراحی شده و هدف آن مدیریت بازگشت بلندمدت فرد به جامعه از طریق ترکیبی از حمایت اجتماعی و نظارت نهادی است. این رویکرد می‌کوشد با ایجاد پیوند میان درمان پزشکی، کنترل اجتماعی و خدمات حمایتی محلی، فرایند بازتوانی را در محیط واقعی زندگی فرد تسهیل کند. در این چارچوب، راهبردهای مداخله‌ای حول سه محور اصلی سازماندهی شده‌اند: نخست درمان^۳ که بر سم‌زدایی کوتاه‌مدت و کنترل علائم ترک تمرکز دارد و با استفاده از داروهایی مانند متادون، بوپرنورفین، کلونیدین و برخی داروهای سنتی چینی، همراه با حمایت و مشاوره روان‌شناختی برای کاهش فشارهای جسمی و روانی ترک است؛ دوم، بازبانی^۴ که بر حمایت‌های اجتماعی غیرپزشکی برای بازسازی سبک زندگی بدون مواد تأکید می‌کند و اقدام‌هایی مانند حمایت خانوادگی و محلی، یارانه‌های معیشتی، حمایت شغلی و بهره‌گیری از ابزارهای دیجیتال نظیر اپلیکیشن‌های تلفن همراه را دربرمی‌گیرد؛ و سوم، بازتوانی^۵ که به‌عنوان یک چارچوب تلفیقی، درمان پزشکی، مداخلات روان‌شناختی و مدیریت اجتماعی را برای هماهنگی میان سم‌زدایی، بازبانی روانی و ادغام مجدد در جامعه یکپارچه می‌سازد.

با وجود این پیشرفت‌ها، اثربخشی توان بخشی اجباری در مراکز ایزوله همچنان محل تردید است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که نرخ عود مصرف در چین حدود ۷۷ درصد در یک سال و ۵۲ درصد در سه سال گزارش شده است؛ ارقامی که با نرخ بازگشت مصرف در ایالات متحده (حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد) قابل مقایسه‌اند. افزون بر این، تمرکز پررنگ نظام سیاستی چین بر بازداشت و کنترل اجتماعی، در بسیاری موارد حقوق افراد مصرف‌کننده مواد را نادیده می‌گیرد و فرایند ادغام اجتماعی آنها را تضعیف می‌کند. انگ اجتماعی، تبعیض ساختاری، فشار روانی و ترس از پیامدهای قانونی می‌تواند دسترسی به خدمات کاهش آسیب و بازتوانی رسمی را محدود سازد و مصرف مواد را به حوزه‌های زیرزمینی سوق دهد؛ امری که در نهایت خطرهای بهداشتی و اجتماعی را تشدید می‌کند [۵۵].

۳-۴-۴. برنامه‌ها و مداخلات حوزه کاهش آسیب

با شیوع گسترده اپیدمی HIV در چین، دولت این کشور از اوایل دهه ۲۰۰۰ رویکرد خود را از سیاست‌های صرف کیفری به استراتژی‌های مبتنی بر شواهد تغییر داد. این تغییر شامل همکاری گسترده با سازمان‌های مردم‌نهاد و تقویت نظام تأمین اجتماعی بود. به‌رغم اجرای برنامه‌های جامع، مانند آیین‌نامه پیشگیری و درمان ایدز (۲۰۰۶) و برنامه پنج‌ساله اقدام برای کنترل ایدز (۲۰۱۰-۲۰۰۶)، افزایش موارد ابتلا در میان سالمندان، به‌ویژه افراد بالای ۶۰ سال، به‌دلیل باورهای اجتماعی نادرست، کمبود آموزش جنسی و موانع دسترسی به خدمات

1. "Mass Line" Ideology

«خط توده‌ای» در چین، یک روش و ایدئولوژی بنیادین رهبری در حزب کمونیست چین است که توسط مائو تسه‌توئنگ توسعه یافت و به‌صورت خلاصه با عبارت «از توده‌ها، به‌سوی توده‌ها» بیان می‌شود. این ایدئولوژی بر این ایده استوار است که قدرت و مشروعیت حزب کمونیست چین یا نابودی آن در گرو توانایی آن در ارتباط با توده‌هاست. از این رو، این ایدئولوژی نقشی اساسی در آموزش، بسیج و جلب حمایت توده‌ها از سیاست‌های دولت ایفا می‌کند [۵۶].

2. The Guangdong Judicial Administrative Drug Rehabilitation Institution

اعداد در این مدل به مراحل، دسته‌بندی‌ها و روش‌ها اشاره دارند. «سه مرحله» فرایند سم‌زدایی را براساس وضعیت جسمی و روانی شرکت‌کنندگان و روند درمان به سه بخش تقسیم می‌کند. «سه دسته‌بندی» نظام مدیریت، درمان و پاسخ‌دهی را بر پایه نیازهای روزمره افراد سامان می‌دهد. «شش روش» شامل شش رویکرد درمانی است که عبارت‌اند از: درمان پزشکی، اصلاح رفتاری، توان بخشی فیزیولوژیک، تعدیل روانی، آموزش بازادغام اجتماعی و حمایت‌های گسترده پس از درمان که در مجموع، اعتیاد را به‌صورت جامع مورد رسیدگی قرار می‌دهند.

3. Treatment

4. Recovery

5. Rehabilitation



طی دهه گذشته به چالشی جدی تبدیل شده است [۵۷]. بنابراین، تمرکز بر مداخلات کاهش آسیب با توجه ویژه به این گروه سنی، از اهمیت بالایی برخوردار است.

در این راستا، مرور برنامه‌های کاهش آسیب در چین نشان از اولویت دو مداخله کلیدی دارد: **برنامه درمان نگهدارنده با متادون و برنامه تبادل سوزن و سرنگ**. برنامه درمان نگهدارنده با متادون به شبکه‌ای ملی از کلینیک‌ها اطلاق می‌شود که دوزهای روزانه متادون خوراکی را برای کاهش ولع مصرف مواد و کنترل علائم ترک اپیوئیدها تجویز می‌کنند. هر چند این برنامه تا پیش از سال ۲۰۰۳ در چین وجود نداشت، اما با ابتکار مرکز ملی پیشگیری و کنترل ایدز و بیماری‌های مقاربتی^۱ به صورت آزمایشی آغاز شد و به سرعت حمایت گسترده سیاسی، بودجه دولتی و توجه بین‌المللی را جلب کرد. در مقابل، برنامه‌های تبادل سوزن و سرنگ ابتدا توسط سازمان‌های غیردولتی و با حمایت نهادهای بین‌المللی مانند بنیاد فورد و صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا راه‌اندازی شدند. نگرانی دولت از احتمال مشروعیت‌بخشی به مصرف غیرقانونی مواد باعث شد این برنامه‌ها ابتدا تحت عنوان «بازاریابی اجتماعی تبادل سرنگ»^۲ معرفی شوند تا بر آموزش تزریق ایمن و افزایش دسترسی تجاری به سرنگ، بدون توزیع مستقیم و رایگان آن تمرکز کنند. اولین برنامه‌های تبادل سوزن و سرنگ دولتی در سال ۱۹۹۹ در استان‌های گوانگشی و یونان آغاز شد و به تدریج گسترش یافت. تا سال ۲۰۰۶، تعداد مراکز تبادل سرنگ به ۷۹۰ مرکز رسید که ۳۹۲ مورد آنها با تأمین مالی دولت، فعالیت می‌کردند. این برنامه‌ها بعدها در برنامه پنج‌ساله دوم کنترل ایدز (۲۰۱۰-۲۰۰۶) گنجانده شدند و هدف گذاری شد تا پایان دوره، حداقل ۵۰ درصد مصرف‌کنندگان تزریقی، تحت پوشش قرار گیرند [۵۸].

شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی بالای هر دو برنامه در کاهش رفتارهای پرخطر است. مطالعات مربوط به درمان نگهدارنده با متادون نشان می‌دهند که این مداخله با کاهش قابل توجه تزریق مواد، کاهش فعالیت‌های مجرمانه مرتبط با مصرف و بهبود ثبات اجتماعی مصرف‌کنندگان همراه بوده است. همچنین، ارزیابی‌های انجام‌شده درباره برنامه‌های تبادل سرنگ بیانگر کاهش چشمگیر استفاده مشترک از سرنگ، کاهش انتقال HIV و هپاتیت C و افزایش تماس مصرف‌کنندگان با خدمات سلامت و درمان است؛ به گونه‌ای که این برنامه‌ها نه تنها به عنوان ابزار کاهش آسیب، بلکه به عنوان دروازه‌ای برای ورود به درمان‌های داوطلبانه و مراقبت‌های بهداشتی پایدار عمل کرده‌اند [۵۹]. با این حال، این برنامه‌ها تغییری گسترده در رویکرد دولت چین به اعتیاد ایجاد نکرده و همچنان «سم‌زدایی و درمان اجباری در مراکز بازداشت»، الگوی رایج درمان این آسیب اجتماعی در کشور چین است. پژوهشگران معتقدند با بازسازی بوروکراتیک فرایند سم‌زدایی و باز توانی، نبود هماهنگی میان اهداف متضاد وزارت بهداشت، وزارت امنیت عمومی و سازمان فدرال مواد مخدر چین در تعریف مسئله سوء مصرف مواد به عنوان مسئله‌ای بهداشتی یا امنیتی، همچنان پابرجاست [۵۳].

به موازات این دو برنامه، رویکردهای دیگری نیز هر چند با شدت و حدت کمتری در چین برای کاهش آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد اجرا می‌شوند. یکی از این برنامه‌ها، «**خدمات میدانی**»^۳ است که به ویژه برای حمایت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که عمدتاً از اقشار روستایی و حاشیه‌نشین جامعه هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است. این خدمات عمدتاً شامل توزیع سرنگ‌های استریل، آموزش در زمینه پیشگیری از ایدز و ترویج رفتارهای سالم می‌شود. با این حال، برخلاف کشورهای غربی که خدمات میدانی توسط سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO) مستقل ارائه می‌شود، در چین فضای فعالیت این سازمان‌ها به شدت محدود است. طی فرایندی پیچیده، بسیاری از سازمان‌های مزبور با حمایت مالی دولت عمل می‌کنند یا برای ثبت قانونی نیازمند حامی دولتی هستند. در نتیجه، شمار زیادی از آنها بدون ثبت رسمی فعالیت می‌کنند، با مشکلات مالی مواجه‌اند و در معرض تعطیلی قرار دارند. این محدودیت‌ها باعث شده تنها تعداد محدودی NGO چینی در حوزه کاهش آسیب فعال باشند [۵۸]. از جمله رویکردهای مکمل دیگر، می‌توان به **مرکز «سان لایت»**^۴ اشاره کرد؛ نخستین جامعه درمانی سرپایی مسکونی در چین که بر درمان

1. The National Centre for AIDS/STD Control & Prevention (NCAIDS)

2. Social Marketing of Needle Exchange

3. Outreach Programs

4. Sunlight

روان‌شناختی به جای مجازات کیفری تمرکز دارد. این مرکز با بهره‌گیری از مدل‌های درمان مقابله‌ای^۱ و روان‌شناسی رفتاری، ترکیبی منحصربه‌فرد از ارزش‌های مراقبتی لیبرال غربی و اصول مدیریت اخلاقی چینی را به کار می‌گیرد تا اعتیاد را از چارچوب جرم‌انگاری خارج کرده و نگرشی همدلانه به مصرف‌کنندگان مواد ارائه دهد. ساکنان سان‌لایت که از گروه‌های قومی و پیشینه‌های اجتماعی و اقتصادی متنوعی هستند و اغلب تجربه زندان یا مراکز بازتوانی اجباری را داشته‌اند، در برنامه‌هایی شامل جلسات گروهی مقابله‌ای، مشاوره روان‌شناختی، آموزش پیشگیری از عود، تبادل سرنگ و فعالیت‌های اجتماعی، مشارکت می‌کنند. برنامه‌های روزانه مرکز نیز بر تقویت خودکنترلی، بازسازی هویت فردی و حمایت گروهی برای عبور از چالش‌های شخصی متمرکز است. این مرکز با تلفیق آموزش مهارت‌های عملی و تشویق مشارکت اجتماعی، تلاش می‌کند افراد را به زندگی مسئولانه و آگاهانه در جامعه بازگرداند. به‌عنوان مثال، هر صبح ساکنان موظف به مرتب کردن تخت خود هستند و در صورت رعایت نکردن، کل اتاق مشمول جریمه می‌شود. این روش‌ها به پرورش حس مسئولیت‌پذیری، نظم و درک ارزش فردی در جامعه کمک می‌کند؛ گرچه چالش‌هایی مانند تعارض میان انتظارات بومی (ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی چین) و تکنیک‌های درمانی غربی نیز در تجربه‌های روزمره وجود داشته است [۵۵، ۶۰]. در ادامه، نمونه‌ای از برنامه روزانه ساکنان این جامعه درمانی ارائه شده است:

جدول ۵. نمونه برنامه روزانه ساکنان جامعه درمانی سان‌لایت [۵۵]

ساعت	وظیفه	ساعت	وظیفه	ساعت	وظیفه
۷:۳۰	برخاستن از خواب	۱۴:۰۰	برخاستن	۲۰:۰۰	فعالیت گروهی شبانه
۷:۴۵	بازدید از اتاق	۱۴:۱۵	بازدید از اتاق	۲۰:۳۰	جلسه درمانی گروهی
۸:۱۵	صبحانه	۱۴:۳۰	جلسه درمانی گروهی کوچک	۲۲:۱۵	میان‌وعده
۹:۰۰	شعار گروهی و ارائه انتقادات	۱۵:۰۰	فعالیت گروهی، مثل هنر، موسیقی، ...	۲۲:۲۰	آمادگی برای جلسه صبحگاهی
۱۰:۳۰	معرفی اعضای جدید	۱۵:۳۰	زمان کاری	۲۲:۳۰	جلسه پایانی گروه
۱۰:۴۰	زمان کاری	۱۷:۳۰-۱۸:۰۰	شام	۲۳:۰۰	جلسات نقد شبانه
۱۲:۰۰	ناهار	۱۸:۰۰	ورزش یا بازی	۲۳:۳۰-۲۴:۰۰	وقت خواب
۱۲:۳۰	استراحت	۱۹:۱۵	بیان احساسات گروهی	-	-



۵. جمع‌بندی و پیشنهادها



گزارش حاضر به بررسی وضعیت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشورهای پر تغال، آمریکا و چین پرداخت. این بررسی نشان‌دهنده آن است که هر کشور مبتنی بر شرایط تاریخی-اجتماعی مربوط به خود و میزان و نوع مواد مخدر پرخطر رویکردها، سیاست‌ها و برنامه‌های متناسبی را انتخاب کرده و در پیش گرفته است. این موضوع به میزان قابل توجهی به نظام‌های هنجاری و ارزش‌های بنیادی رایج در این کشورها و خطمشی سیاسی-فرهنگی دولت‌ها نیز وابسته است. در این زمینه، پر تغال به‌عنوان عضوی از اتحادیه اروپا در رویکردی نسبتاً هماهنگ با برنامه‌ریزی‌های این اتحادیه و سایر کشورهای همجوار، سیاست جرم‌زدایی از مصرف مواد را در پیش گرفته و مبتنی بر آن، رویکرد کاهش آسیب را نیز تقویت کرده است. اگرچه بنا بر بررسی‌های صورت گرفته این نوع رویکرد به کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیش‌مصرفی مواد، کاهش بیماری‌های واگیردار و کاهش برخی جرائم خرد منجر شده است؛ اما پیامدها و آثار این نوع سیاست‌گذاری در زمینه شیوع و بروز مصرف مواد در این کشور ضد و نقیض بوده و هنوز به‌صورت دقیق و نظام‌مند مورد ارزیابی قرار نگرفته است. کشور آمریکا که با انواع دیگری از مواد مخدر پر مصرف مانند ماری‌جوانا و کوکائین مواجه است و کم و کیف سوءمصرف مواد مخدر در آن تاریخچه متفاوتی نسبت به کشورهای اتحادیه اروپا دارد، سیاستی ترکیبی برای مواجهه با سوءمصرف مواد در پیش گرفته است؛ در غالب ایالت‌های این کشور، مصرف مواد مخدر جرم‌انگاری شده است، اما در کنار آن سیاست کاهش آسیب نیز به‌صورت جدی در دستور کار قرار دارد. کشور چین در مقایسه با دو کشور پر تغال و آمریکا، سیاست سخت‌گیرانه‌تری در مواجهه با سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد دارد؛ رویکرد غالب در این کشور جرم‌انگاری هرگونه مصرف مواد مخدر و استفاده از روش‌های اجباری برای درمان و بازتوانی افراد معتاد است. این نوع سیاست، منطقی‌متناسب با نظام سیاسی حاکم و رویکردهای اجتماعی مورد نظر آن تعیین شده و با قطعیت و شدت هم اجرا شده است.

برایند مقایسه الگوی درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سه کشور منتخب نشان می‌دهد که ایران در موقعیتی میانی، ناپایدار و مبهم قرار گرفته است. ایران از دهه ۱۳۸۰ به این سو، به‌ویژه در واکنش به بحران HIV در میان مصرف‌کنندگان تزریقی، ظرفیت‌های قابل توجهی در حوزه کاهش آسیب و درمان اعتیاد ایجاد کرده است. گسترش درمان نگهدارنده، راه‌اندازی مراکز مختلف از جمله مراکز سرپایی درمان، مراکز درمانی اجتماع‌محور (تی‌سی)، مراکز درمان بستری محور، تخت‌های روان‌پزشکی و مراکز گذری کاهش آسیب (DIC)، اجرای برنامه‌های تبادل سرنگ و سوزن، ادغام نسبی خدمات اعتیاد در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، نقش‌آفرینی سازمان‌های مردم‌نهاد، نشان‌دهنده آن است که نظام سیاستی ایران، برخلاف برخی نظام‌های کاملاً کنترل‌محور، به‌طور کامل از مداخلات سلامت‌محور بی‌بهره نیست. این اقدام‌ها در اسناد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش‌های مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و همچنین برنامه‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان دستاوردهای ملی ثبت شده‌اند و حتی در گزارش‌های بین‌المللی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد نیز مورد اشاره قرار گرفته‌اند. از منظر درس‌آموخته‌های سیاستی، قاعدتاً تجربه هیچ‌یک از سه کشور مورد بررسی به‌طور کامل قابل تعمیم به ایران نیست؛ چراکه، هر کشور مبتنی بر اقتضائات خاص فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و... پیگیری سیاست‌ها و رویکردهایی متناسب را در دستور کار خود قرار داده است. با این حال، می‌توان وضعیت کلی این کشورها را در حوزه درمان و کاهش آسیب واکاوی کرده و ابعاد فنی، ساختار اجرا و... را به‌عنوان نمونه‌های عملی مورد بازاندیشی قرار داد. در این چارچوب، مهم‌ترین درس‌آموخته از مرور تجربه کشورهای منتخب، این است که کشور ایران از نظر فنی و عملیاتی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد کمبود چندانی در سبدهای خود نداشته و عدم موفقیت‌های کنونی بیشتر ناشی از ناپایداری اقدام‌ها و برنامه‌ها، ضعف‌های اجرایی، کمبود نظارت، ضعف در تنظیم‌گری و هماهنگی بوده است. در این زمینه، مشابه با کشورهای مورد مطالعه، برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران نیز در حال اجرا بوده و بیش از تغییر مسیر، نیازمند اصلاح نواقص عملکردی و بهبود در اجراست.

اگرچه در ایران، متناسب با ارزش‌های نظام فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و نظامات سیاسی، اعتیاد به مواد مخدر جرم‌انگاری شده است؛ لکن، تطبیق حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران با وضعیت کشورهای منتخب مورد مطالعه گویای آن است که عمده‌ترین شیوه‌ها و الگوهای رایج درمان در آن کشورها در ایران نیز مورد استفاده و کاربرد قرار داشته و دارد. در این زمینه، تجربه ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که گسترش ظرفیت‌های درمانی بدون رفع موانع ساختاری، از جمله نابرابری دسترسی و چندپارگی نهادی، نه تنها به حل بحران منجر نمی‌شود، بلکه می‌تواند شکاف میان دانش علمی و عمل سیاستی را تعمیق کند. برای ایران، این تجربه نشان می‌دهد که توسعه صرف مراکز درمانی یا افزایش داروهای نگهدارنده، بدون تضمین دسترسی عادلانه، تقویت نظارت، پیوست اجتماعی برنامه‌ها و حمایت‌های پسادرمان، اثرگذاری محدودی خواهد داشت. همچنین، تجربه چین می‌تواند نشان دهد که اتکای غالب بر کنترل و اجبار، حتی اگر با برخی مداخلات کاهش آسیب همراه شود، در غیاب توجه به حقوق فردی، مشارکت جامعه مدنی و سیاست‌های ادغام اجتماعی، به درمان پایدار منتهی نمی‌شود. این تجربه برای ایران می‌تواند بیشتر حائز اهمیت تلقی شود، زیرا شباهت‌هایی در منطق حکمرانی، تمرکز نهادی و نقش پررنگ دستگاه‌های انتظامی در هر دو کشور قابل مشاهده است.

در مجموع چالش اصلی ایران نه فقدان ابزارهای فنی، بلکه ضعف انسجام نهادی در برنامه‌ریزی، پیگیری سیاست‌ها و اجرای دقیق برنامه‌های تعیین شده است. کاهش آسیب در کشور غالباً به صورت سیاستی «موقت» یا «ابزاری برای کنترل بحران» اجرا شده و نه به عنوان بخشی پایدار از نظام سلامت و رفاه اجتماعی. کم‌توجهی مقطعی به مراکز کاهش آسیب، وابستگی رویکردها و سیاست‌ها به تغییرات مدیریتی و ابهام در سازوکارهای فعالیت اثربخش سازمان‌های مردم‌نهاد، موجب شده است که این مداخلات به ادغام اجتماعی پایدار و کاهش چرخه بازگشت به مصرف منجر نشود. شواهد موجود، نشان می‌دهد که نرخ عود، بی‌ثباتی درمان و پیوند ضعیف میان خدمات اعتیاد با سیاست‌های مسکن، اشتغال و حمایت اجتماعی، همچنان از چالش‌های اساسی نظام مدیریت اعتیاد در ایران است. همچنین در ایران، مانند چین، عدم هماهنگی و تعامل مؤثر میان سیاست‌ها و اقدام‌های اجرایی در حوزه‌های کلیدی سلامت، امنیت و نظام قضایی مشاهده می‌شود. این عدم انسجام، به‌طور خاص، بر وضعیت افراد معتاد، به‌ویژه افراد بی‌خانمان، تأثیر مضاعف گذاشته و موجب نوسان و بی‌ثباتی در رویکردهای حمایتی و تنبیهی نسبت به آنان شده است. بر همین اساس برای تقویت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران می‌توان پیشنهادهای سیاستی ذیل را مطرح کرد:

- با هدف تثبیت و ارتقای اقدام‌ها و برنامه‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، لازم است که ارزیابی عملکرد و اثربخشی انواع مختلف این مراکز و شناسایی چالش‌های موجود به صورتی نظام‌مند و در بازه‌های زمانی از پیش تعیین شده در دستور کار قرار گیرد. به عبارت دیگر، پایش و اعتباربخشی مراکز به عنوان یکی از تکالیف اصلی حوزه درمان و کاهش آسیب برای دستگاه‌های متولی تعریف شود؛ در این راستا اعتبارسنجی مراکز جهت ارزیابی و رتبه‌بندی آنها و انتشار گزارش‌های عمومی و شفاف در نظام سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی می‌تواند راهگشا باشد.
- تقویت یا تعدیل روش‌ها و برنامه‌های موجود در حوزه درمان و کاهش آسیب موجود مبتنی بر برنامه‌ای کلان، با چشم‌اندازی بلندمدت و براساس واقعیت‌های میدانی اعتیاد و نیازمندی آن در دستور کار قرار گیرد. در این راستا، می‌توان بر طراحی و استقرار نظام جامع ارزیابی اثربخشی مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد تأکید کرد؛ این نظام می‌تواند شامل شاخص‌های اثربخشی ساختاری، فرایندی و پیامدی، نرخ ماندگاری در درمان، میزان رضایت مراجعه‌کنندگان، کاهش رفتارهای پرخطر، بازتوانی اجتماعی و کاهش عود باشد.
- پایدارسازی برنامه‌های کاهش آسیب و تلاش برای استمرار و تقویت آن در طول زمان امری بسیار حائز اهمیت است؛ در این زمینه لازم است که نهاد تنظیم‌گر مربوطه رویکردی متعادل و متوازن نسبت به این نوع برنامه‌ها داشته و از طریق شناسایی فعال پاتوق‌ها و نقاط بحران، توجه به پویایی پدیده اعتیاد و مصادیق مواد مخدر نوظهور، تأمین مناسب و به موقع اعتبارات و... به تثبیت و ارتقای آن کمک کند.
- ایجاد سامانه ملی رصد و هشدار برخط درمان برای تجمیع داده‌ها و هشدار زودهنگام، ایجاد پنل هوشمند نظارت لحظه‌ای، استفاده از چت‌بات‌های بالینی برای پیگیری درمان، آموزش و پایش بازگشت به مصرف، الگوریتم‌های پیش‌بینی عود با استفاده از یادگیری ماشین و... می‌تواند هوشمندسازی حوزه درمان و کاهش آسیب و افزایش اثربخشی آن منجر شود.



- تقویت رویکرد اجتماعی در درمان و کاهش آسیب اعتیاد امری ضروری است که باید توسط همه دستگاه‌های ذی‌ربط بیش از پیش در دستور کار قرار گیرد؛ در این زمینه می‌توان از لزوم تدوین سیاست‌هایی الزام‌آور برای مداخله روانی-اجتماعی جامع در کنار درمان دارویی و نیز توسعه الگوی درمان مشارکتی اجتماع‌محور با مشارکت بهبودیافتگان، خانواده‌ها و نهادهای محلی و مردم‌نهاد در مراکز سخن گفت.

منابع و مأخذ



[1] U. N. Office, "World Drug Report 2025," (2025). [Online]. Available:

<https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>.

- [۲] قانون تحدید تریاک. تصویب (۱۳۸۹). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- [۳] درویشی فرد، علی اصغر. محمدی، فاطمه. (۱۴۰۴). ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر: مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد کشور. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. شماره مسلسل: ۲۱۳۲۰.
- [۴] گنجی، مرتضی. (۱۴۰۴). ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی اعتیاد. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. شماره مسلسل: ۲۰۸۲۲.
- [۵] گنجی، مرتضی. (۱۴۰۳). ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. شماره مسلسل: ۲۰۲۹۸.
- [۶] باحشمت جویباری، شهاب. (۱۴۰۱). ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. شماره مسلسل: ۱۸۶۷۲.
- [۷] قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مصوب (۱۳۶۷/۸/۳) مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- [۸] آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره یک ماده (۱۵) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر. مصوب (۱۳۹۱/۰۲/۱۷).
- [۹] آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر با اصلاحات و الحاقات بعدی. مصوب (۱۳۸۹/۰۵/۰۹) مجمع تشخیص مصلحت نظام. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- [10] Global Burden of Disease. Our World in Data. (2024). p. 3 Number of people with alcohol or drug use disorders. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-people-with-alcohol-or-drug-use-disorders>.
- [11] Ritchie H, Arriagada P, Roser M. Our World in Data. (2022). p. 2 Opioids, Cocaine, Cannabis, and Other Illicit Drugs. Available from: <https://ourworldindata.org/illicit-drug-use>.
- [12] UNAIDS. UNAIDS. (2019). p. 1 aidsinfo. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- [13] E. Razzaghi, A. Rahimi, M. Hosseni, & S. Madani. Rapid Situation Assessment (RSA) of Drug Abuse in Iran (1998-1999). United Nations Office on Drugs & Crime. <https://www.unodc.org/documents/islamicrepublicofiran/publications/RSA2000SUMMARY.pdf>.
- [۱۴] پیمایش ملی سلامت روان. (۱۴۰۴). مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- [15] Jomehpour H, Niroumand Sarvandani M, Rafeaie R. (2025). Reflection of New Drug Policy: Changing Drug Consumption Patterns and its Challenges. Iran J Public Health. 54(8):1803-1804.

[۱۶] سالنامه آماری ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۴۰۲).

[۱۷] دواساز ایرانی، رضا. حسین پور، شیما. خردمند، هاجر. (۱۳۹۹). آشنایی با برنامه‌های کاهش آسیب در مراکز گذری. فصلنامه بهروز. سال ۳۱، شماره ۱۰۶.

[۱۸] رادفر، سیدرامین و همکاران. (۱۳۹۷). راهنمای عمل نحوه استقرار و ارائه خدمات مراقبت و کاهش آسیب مصرف مواد، تشخیص اچ‌آی‌وی، ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

[19] World Bank. (2024). Portugal. <https://data.worldbank.org/country/portugal>.

[20] T. S. Cabral, "The 15th anniversary of the Portuguese drug policy: Its history, its success and its future," Drug Science, Policy and Law, vol. 3, p. 2050324516683640, (2017), doi: 10.1177/2050324516683640.

[21] icwa.org. "The origins of Portugal's drug crisis" <https://www.icwa.org/portugal-drug-crisis-origins/> (accessed December 27, 2024).

[22] C. Hughes and A. Stevens, "What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?," British Journal of Criminology - BRIT J CRIMINOL, vol. 50, 10/22 2010, doi: 10.1093/bjc/azq038.

[23] euda.europa.eu, "Portugal, Country Drug Report 2019," (06.06.2019). [Online]. Available: https://www.euda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/portugal_en.

[24] Ludmila Carapinha. (2025). Consumo Problemático de Canábis. ICAD. Summarized from: <https://cannareporter.eu/en/2026/01/30/portugal-relatorio-oficial-do-icad-revela-queda-no-consumo-de-canabis/#:~:text=%22Cannabis%20is%20the%20most%20consumed,and%20Research%20Unit%20of%20ICAD.>

[25] euda.europa.eu, "Portugal, Country Drug Report 2019," (06.06.2019). [Online]. Available: https://www.euda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/portugal_en

[26] "PORTUGAL" New Developments, Trends. 2014. Reitox National Focal Point. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.

[27] D. P. Alliance, "Drug Decriminalization in Portugal: Learning from a Health and Human-Centered Approach," (February 20, 2019). [Online]. Available:

<https://drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-in-portugal-learning-from-a-health-and-human-centered-approach/>.

[28] Borges M, Gouveia M, Fiorentino F, Jesus G, Cary M, Guerreiro JP, Costa S, Carneiro AV.

Costs and consequences of the Portuguese needle-exchange program in community pharmacies. Can Pharm J (Ott). (2020 May 12);153(3):170-178. doi: 10.1177/1715163520915744. PMID: 32528601; PMCID: PMC7265586.

[29] Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D., & Scheim, A. I. (2022). Drug checking services for people who use drugs: a systematic review. Addiction (Abingdon, England), 117(3), 532–544. <https://doi.org/10.1111/add.15734>.

[30] Valente, H., Martins, D., Carvalho, H., Pires, C. V., Carvalho, M. C., Pinto, M., & Barratt, M. J. (2019). Evaluation of a drug checking service at a large scale electronic music festival in Portugal. *The International*

- journal on drug policy*, 73, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.007>.
- [31] <https://www.kosmicare.org/>.
- [32] CHECK!N. <https://apdes.pt/en/portfolio/checkn-en/>.
- [33] Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs). European Drugs Agency. https://www.euda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en.
- [34] Taylor, H., Curado, A., Tavares, J., Oliveira, M., Gautier, D., & Maria, J. S. (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm reduction journal*, 16(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0319-1>.
- [35] <https://crescer.org/en/the-association-3/>.
- [36] Harm reduction – the current situation in Europe (European Drug Report 2025). https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/harm-reduction_en.
- [37] Concerns of the Prison Needle Exchange Program (PNEP). https://sencanada.ca/content/sen/committee/421/RIDR/Briefs/UCCO_Brief2_e.pdf.
- [38] World Bank. The United States. <https://data.worldbank.org/country/united-states>.
- [39] CDC. “Understanding the Opioid Overdose Epidemic.” <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/understanding-the-opioid-overdose-epidemic.html>.
- [40] N. S. o. D. U. a. Health, “Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health,” 2022. [Online]. Available: <https://www.getsmartaboutdrugs.gov/sites/default/files/2023-11/2022%20NSDUH.pdf>.
- [41] CDC. “CDC Reports Nearly 24% Decline in U.S. Drug Overdose Deaths.” <https://www.cdc.gov/media/releases/2025/2025-cdc-reports-decline-in-us-drug-overdose-deaths.html>.
- [42] N. Panchal, H Saunders. (2025). Tracking Key Mental Health and Substance Use Policy Actions Under the Trump Administration. KFF. <https://www.kff.org/mental-health/tracking-key-mental-health-and-substance-use-policy-actions-under-the-trump-administration/>.
- [43] “Ideas Governing Drug Policy,” in *Treating Drug Problems: Volume 1: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*, H. H. Gerstein DR Ed.: Washington (DC): National Academies Press (US), 1990.
- [44] David, A. R., Sian, C. R., Gebel, C. M., Linas, B. P., Samet, J. H., Sprague Martinez, L. S., Muroff, J., Bernstein, J. A., & Assoumou, S. A. (2022). Barriers to accessing treatment for substance use after inpatient managed withdrawal (Detox): A qualitative study. *Journal of substance abuse treatment*, 142, 108870. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108870>.
- [45] The Effectiveness of Treatment,” in *Treating Drug Problems: Volume 1: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems.*, H. H. Gerstein DR Ed., (1990).
- [46] B. E. Pridgen *et al.*, “U.S. substance use harm reduction efforts:

- a review of the current state of policy, policy barriers, and recommendations,” (in eng), *Harm Reduct J*, vol. 22, no. 1, p. 101, Jun 8 2025, doi: 10.1186/s12954-025-01238-4.
- [47] What You Can Do to Test for Fentanyl. (2024). <https://www.cdc.gov/stop-overdose/safety/index.html>.
- [48] Overdose Prevention Centers. National Institute on Drug Abuse (NIDA).
<https://nida.nih.gov/research-topics/overdose-prevention-centers>.
- [49] World Bank. China. <https://data.worldbank.org/country/china>.
- [50] J. Yang and M. J. Giummarra, “Compulsory and voluntary drug treatment models in China: A need for improved evidence-based policy and practice to reduce the loaded burden of substance use disorders,” *International Journal of Drug Policy*, vol. 92, p. 103063, ,doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103063>.
- [51] L. Lu, Y. Fang, and X. Wang, “Drug abuse in China: past, present and future,” (in eng), *Cell Mol Neurobiol*, vol. 28, no. 4, pp. 479-90, Jun 2008, doi: 10.1007/s10571-007-9225-2.
- [52] mps.gov.cn. “China Drug Situation in 2024.” <https://www.mps.gov.cn/n2255079/n6865805/n7355748/n7355818/c10114681/content.html> (accessed June 2025).
- [53] S. T. Hyde, “Beyond China’s drug century: Yunnan’s first therapeutic community and narratives of drug treatment and mental health care,” *Transcultural Psychiatry*, vol. 56, no. 3, pp. 471-490, 2019, doi: 10.1177/1363461518764488.
- [54] T.-H. Liu, D. Li, and R. Xiong, “The Drug Addiction Treatment System in China: Promises and Controversies,” vol. 1, p. 12, (02/05 2023).
- [55] Y. Wang, J. Liu, and H. Zhou, “Describing the evolution of three features of China’s drug policy: Regulation, crime and punishment, and rehabilitation,” *International Journal of Drug Policy*, vol. 140, p. 104827, (2025/06/01/), doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104827>.
- [56] Newman, E., & Zhang, C. (2021). The Mass Line approach to countering violent extremism in China: the road from propaganda to hearts and minds. *Asian Security*, 17(2), 262–278. <https://doi.org/10.1080/14799855.2020.1825379>
- [57] H. Li, R. Gao, and C. Zhang, “Evolution of HIV/AIDS Prevention and Control Policies in China: A Grounded Theory Approach,” (in eng), *China CDC Wkly*, vol. 6, no. 1, pp. 12-22, (Jan 5 2024), doi: 10.46234/ccdcw2024.003.
- [58] K. Smith, N. Bartlett, and N. Wang, “A harm reduction paradox: comparing China’s policies on needle and syringe exchange and methadone maintenance,” (in eng), *Int J Drug Policy*, vol. 23, no. 4, pp. 327-32, (Jul 2012), doi: 10.1016/j.drugpo.2011.09.010.
- [59] S. G. Sullivan and Z. Wu, “Rapid scale up of harm reduction in China,” *International Journal of Drug Policy*, vol. 18, no. 2, pp. 118-128, (2007/03/01), doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.014>.
- [60] Hyde S. T. (2010). Global flows in drug treatment: heroin addiction and therapeutic community approaches in China. *Asia-Pacific journal of public health*, 22(3 Suppl), 197S–202S.
<https://doi.org/10.1177/1010539510373006>.

گزیده سیاستی

تنوع مراکز درمان و کاهش آسیب اعتبار در ایران مناسب و مشابه با وضعیت دیگر کشورهای جهان است؛ اما افزایش اثربخشی این مراکز نیازمند ارتقای تنظیم‌گری نهادی، اصلاح فرایند و اجرا، افزایش نظارت و... است.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

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

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

وبسایت: rc.majles.ir