

بررسی عملکرد نهادهی ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱): تحلیل و ارزیابی طرح مدیریت مصرف مواد مخدر





مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل:

۲۱۸۰۴

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: بررسی عملکرد نهادهای ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱): تحلیل و ارزیابی طرح مدیریت مصرف مواد مخدر

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

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه مسائل و آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین: مرتضی گنجی

مدیر مطالعه: صابر جعفری کافی‌آباد

ناظران علمی: ریحانه رحمانی‌پور، کمیل قیدرلو

ناظر علمی خارج از مرکز: محسن روشن‌پژوه (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

اظهار نظر کنندگان: فرشید خضری (دفتر مطالعات اجتماعی)، خیرالله خیری اصل (دفتر مطالعات سیاسی)،

سیدمجتبی شهرآیینی (دفتر مطالعات مدیریت)

اظهار نظر کننده خارج از مرکز: محمدعلی اسدی (دبیر سابق شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان تهران)

صفحه آرا: سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی: زهره عطاردی

واژه‌های کلیدی:

۱. اعتیاد

۲. مدیریت مصرف

۳. توزیع قانونی مواد مخدر

۴. اتاق مصرف

۵. ستاد مبارزه با مواد مخدر



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۶/۳

نماینده در پایگاه مرکز اطلاعاتی علمی جهاد دانشگاهی (SID)، پایگاه مجلات تخصصی نور (Noor Mags)

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	خلاصه مدیریتی
۴.....	۱. مقدمه
۵.....	۲. پیشینه
۵.....	۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز
۶.....	۲-۲. سوابق تقنینی به همراه آسیب شناسی
۸.....	۳. چارچوب نظری/ مفهومی
۱۱.....	۴. مدیریت مصرف چیست؟
۱۵.....	۵. نقد و بررسی ایده و طرح مدیریت مصرف مواد مخدر در ایران
۱۵.....	۵-۱. نقدها و ابهامات ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر در ایران
۲۰.....	۵-۲. نقدها و ابهامات توزیع قانونی مواد مخدر با عنوان مدیریت مصرف
۲۵.....	۵-۳. نقدها و ابهامات به فرایند طرح و پیگیری ایده مدیریت مصرف
۲۶.....	۶. جمع بندی و نتیجه گیری
۲۷.....	۶-۱. دو سناریو اصلی مورد نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر
۲۷.....	۶-۲. مدیریت مصرف به معنای ایجاد اتاق مصرف
۲۸.....	۶-۳. مدیریت مصرف به معنای توزیع قانونی مواد مخدر
۳۰.....	منابع و مأخذ

فهرست جداول

۵.....	جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی
۶.....	جدول ۲. تحلیل پیشینه تقنینی
۱۱.....	جدول ۳. تعریف و تشریح مدیریت مصرف در بیان مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر
۲۰.....	جدول ۴. برخی از مهم ترین چالش های مدیریت مصرف براساس کارت سهمیه
۳۰.....	جدول ۵. پیشنهاد توصیه سیاستی ویژه گزارش های راهبردی/ نظارتی

فهرست شکل ها

۱۴.....	شکل ۱. معنای مدیریت مصرف از نظر مسئولان ستاد
۱۶.....	شکل ۲. چالش های ایجاد اتاق مصرف در ایران



بررسی عملکرد نهادهای ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱): تحلیل و ارزیابی طرح مدیریت مصرف مواد مخدر

Doi: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21804>

چکیده

دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در دولت چهاردهم در راستای تغییر رویه‌های پیشین و با هدف افزایش اثربخشی برنامه‌های حوزه کنترل و کاهش اعتیاد، پیگیری جهت تدوین و اجرای طرح‌های تحولی چندگانه‌ای را در دستور کار قرار داده است؛ یکی از مهم‌ترین این طرح‌ها، «طرح تحول درمان» نام‌گذاری شده و در آن بر مقوله «مدیریت مصرف مواد مخدر» تمرکز شده است. باتوجه به اینکه ایده مدیریت مصرف بسیار بنیادین و اساسی بوده و تمامی ارکان، ساختارها و برنامه‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور را تحت‌تأثیر و تغییر قرار خواهد داد؛ گزارش حاضر به بررسی چابستی این موضوع و آثار و پیامدهای آن پرداخته است. بررسی‌های این گزارش نشان می‌دهد که دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، تاکنون تعریف صریح و مشخصی از مدیریت مصرف مواد مخدر ارائه نداده است؛ اما سخنان مدیران و مسئولان این دبیرخانه در رسانه‌ها در این زمینه، مستقیم و غیرمستقیم به دو سناریو اشاره داشته است: «ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر» و «توزیع قانونی مواد مخدر». گزارش پیش رو، هریک از این سناریوها را بررسی و تحلیل کرده است. جمع‌بندی نهایی گزارش حاکی از آن است که این دو سناریو در ایران به‌دلایلی ازجمله عدم ابتدا بر نظرات تخصصی، تعارض با سیاست‌های کلی و قانون موضوعه، ناهمخوانی با مبانی دینی و فرهنگی، نبود ابزارها و شرایط اجرا و نظارت، عدم تناسب با نظام مسائل حوزه اعتیاد و ... امکان اجرایی شدن نداشته و به‌نظر می‌رسد که اصرار بر اجرای آنها منجر به گسترش اعتیاد و بحران‌های اجتماعی خواهد شد.

خلاصه مدیریتی

بیان / شرح مسئله

طی سال‌های پس از انقلاب اسلامی تلاش‌های بسیار گسترده‌ای به منظور کنترل و کاهش مسئله اعتیاد در ایران صورت گرفته است. از جمله مهم‌ترین این تلاش‌ها، تصویب قانون مبارزه با مواد مخدر توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۶۷ بوده است. ماده (۳۳) این قانون به تشکیل ستادی به ریاست رئیس‌جمهور به منظور پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با قاچاق مواد مخدر اشاره دارد. این ستاد که با عنوان «ستاد مبارزه با مواد مخدر» شناخته می‌شود، محل تمرکز و پیگیری کلیه عملیات اجرایی و قضایی و برنامه‌های پیشگیری و آموزش و تبلیغ علیه مواد مخدر است. دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در دولت چهاردهم، پیگیری جهت تدوین و اجرای طرح‌های تحولی مختلفی را در پیش گرفته است. یکی از مهم‌ترین این طرح‌ها که متمرکز بر تغییر و اصلاح وضعیت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد طراحی شده، «طرح تحول درمان اعتیاد» است. ایده محوری و مرکزی طرح مذکور تحت عنوان «مدیریت مصرف مواد مخدر»، طی سلسله‌جلسات و سخنرانی‌های مختلفی توسط رئیس، دبیر و مدیران ستاد طرح و پیگیری شده است. باتوجه‌به اینکه چنین ایده‌ای بسیار زیربنایی و اساسی بوده و تمامی اجزا و عناصر حوزه کنترل و کاهش اعتیاد را با تغییر مواجه خواهد کرد، لذا گزارش حاضر از طریق استناد به تعاریف موجود در منابع علمی بین‌المللی، مصاحبه با متخصصان و اساتید حوزه اعتیاد، برگزاری جلسات کارشناسی و ... به بررسی و تحلیل این ایده پرداخته است.

نقطه‌نظرات / یافته‌های کلیدی

به‌رغم اینکه طی یک سال گذشته کلیدواژه «مدیریت مصرف مواد مخدر» بارها توسط مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر تکرار شده، اما تاکنون تعریف مشخص و دقیقی از آن ارائه نشده است. در این زمینه سخنان مدیران و مسئولان این ستاد در رسانه‌ها درباره مقوله مدیریت مصرف، مستقیم و غیرمستقیم به دو سناریو اشاره داشته است: «ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر» و «توزیع قانونی مواد مخدر». اگرچه تحلیل محتوای دیدگاه‌ها و نظرات مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر حاکی از آن است که ظاهراً، سناریوی اصلی موردنظر ایشان، توزیع قانونی مواد مخدر است؛ اما گزارش پیش رو، ضمن تشریح و توصیف این برداشت‌ها، هریک از این دو سناریو را بررسی و تحلیل کرده است.

به‌نظر می‌رسد، منظور ستاد مبارزه با مواد مخدر از مدیریت مصرف در معنای ایجاد «اتاق مصرف»، راه‌اندازی مکانی برای مصرف تحت نظارت هر نوع ماده مخدر و چیزی بیش از اتاق تزریق است؛ درحالی‌که منابع علمی و تجارب جهانی، تاکنون اتاق مصرف را بیشتر معطوف به مقوله تزریق پیش‌بینی و اجرا کرده است. در این زمینه اگرچه ایجاد اتاق تزریق به‌عنوان بخشی از سیاست کاهش آسیب، ممکن است در شرایطی بسیار خاص و در صورت رعایت پیش‌نیازهای مربوطه و فراهم‌شدن امکان اجرا و نظارت دقیق، لازم تشخیص داده شود؛ اما باید توجه کرد که این مداخله به‌دلیل برخی ملاحظات پیچیده اجرایی، فرهنگی، اجتماعی و ... تاکنون فقط در ۱۷ کشور جهان انجام شده و اثربخشی آن نیز همچنان در حال ارزیابی است. این وضعیت به‌معنای آن است که اولاً، ایجاد اتاق مصرف در معنای فضایی برای مصرف تحت نظارت همه انواع مواد مخدر، از نظر فنی امری غیرقابل اجرا و نظارت مؤثر و مخالف با سیاست‌ها و قوانین بالادستی است. ثانیاً، قابلیت اجرا و اثربخشی



ایجاد اتاق تزریق نیز نیازمند ارزیابی بومی، امکان‌سنجی حقوقی و اجرایی و بررسی تناسب آن با الگوی مصرف، بار آسیب و ظرفیت نظام سلامت کشور است.

سناریوی دومی که ستاد مبارزه با مواد مخدر از مقوله «مدیریت مصرف مواد مخدر» دنبال می‌کند، «توزیع قانونی مواد مخدر» از طریق تخصیص کارت شناسایی یا سهمیه به افراد درگیر با اعتیاد است. در این رابطه نیز نخست باید اشاره کرد که توزیع قانونی مواد مخدر با سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر و قانون مبارزه با مواد مخدر در تعارض است؛ دوم، توزیع و مصرف مواد مخدر به دلیل اضرار به نفس، از نظر فقهی و شرعی دارای اشکال است؛ سوم، چنین طرحی با این گستردگی مخاطب و وسعت و تنوع ارائه مواد مخدر در هیچ‌یک از کشورهای جهان تاکنون اجرا نشده است؛ چهارم، تجربه اجرای طرح «توزیع قانونی تریاک» در سال‌های پیش از انقلاب با شکست مواجه شده و منجر به افزایش ۶ برابری شیوع اعتیاد گردیده است؛ لذا جمع‌بندی گزارش حاضر آن است که هیچ‌یک از این دو سناریو در کشور شرایط لازم جهت اجرای اثربخش و امکان نظارت نداشته و اصرار بر اجرای آنها و تعجیل در تغییر فرایندهای جاری، منجر به گسترش اعتیاد و بحران‌های اجتماعی خواهد شد.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

- نظام مسائل حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران پیش‌تر در قالب انواع پژوهش‌های علمی، اسناد ملی و گزارش‌های کارشناسی گردآوری شده است؛ لذا تلاش واقعی و اثربخش در راستای ارتقای حکمرانی اعتیاد توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر مستلزم توجه و استناد به یافته‌های این پژوهش‌ها و اسناد باهدف بهبود مسیر گذشته است نه شروع مجدد از نقطه صفر.

- لازم است که دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ضمن تلاش برای بهینه‌سازی برنامه‌های جاری، توجه و اهتمام بیشتری به حضور کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه اعتیاد در فرایند ایده‌پردازی، تدوین اسناد و نگارش آیین‌نامه‌ها به خرج داده و از همه ظرفیت‌های علمی و تخصصی موجود بهره‌گیری نماید. تدوین اسناد و آیین‌نامه‌ها در فرایندی غیرشفاف، پشت درب‌های بسته و بدون درگیرکردن واقعی و مؤثر صاحب‌نظران و ذی‌نفعان، حتی اگر به تصویب آیین‌نامه یا دستورالعمل منجر گردد، در نهایت موفقیت‌آمیز نخواهد بود.

- ایده مدیریت مصرف مواد مخدر، در قالب راه‌اندازی اتاق مصرف برای همه انواع مواد مخدر و یا توزیع قانونی مواد مخدر بر اساس کارت شناسایی و سهمیه‌بندی، نه تنها با مبانی ارزشی و فرهنگی جامعه ایران تناسب و هماهنگی ندارد؛ بلکه به اذعان اکثریت قاطع کارشناسان و صاحب‌نظران، نمی‌تواند منجر به بهبود در وضعیت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد شود؛ لذا بهترین اقدام در راستای بهینه‌سازی حکمرانی اعتیاد در کشور، تلاش برای ارزیابی فرایند و اثربخشی برنامه‌های جاری و بازنگری در اسناد و آیین‌نامه‌ها و برنامه‌ها مبتنی‌تر نتایج چنین ارزیابی‌هایی است.

- در زمینه درمان و کاهش آسیب اعتیاد تجربه هیچ‌یک از کشورهای جهان، از جمله سوئیس، به دلیل تفاوت‌های تاریخی، اپیدمیولوژیک، حقوقی و اجتماعی قابلیت انتقال مستقیم به ایران ندارد؛ باین حال می‌تواند یکی از منابع طراحی و بومی‌سازی یک مدل متناسب با شرایط ایران محسوب شود.

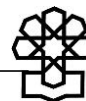
۱. مقدمه

دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در دولت چهاردهم، درصدد ایجاد تحول در حوزه مبارزه با مواد مخدر و کنترل و کاهش اعتیاد برآمده است. در این زمینه، مبتنی‌تر گزارش‌های ارائه شده توسط دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر، ازجمله در مراسم روز جهانی مبارزه با مواد مخدر،^۱ محورها و طرح‌های تحولی پیگیری شده توسط این دبیرخانه شامل «طرح ملی مبارزه با مواد مخدر»، «طرح تحول درمان»، «طرح مراکز امید و زندگی»، «طرح تحول پیشگیری از اعتیاد»، «ساماندهی مشارکت‌های مردمی»، «تأمین نیازهای دارویی کشور»، «بازطراحی شاخص‌های ارزیابی اجرای سیاست‌های کلی نظام»، «طرح جامع پیشگیری و مقابله با کشت غیرمجاز مواد مخدر»، «آیین‌نامه اجرایی پیشگیری و مقابله با کشت غیرمجاز گیاهان مخدرپایه»، «دستورالعمل جامع موضوع ماده (۸) آیین‌نامه اجرایی پیشگیری و مقابله با کشت غیرمجاز گیاهان مخدرپایه»، «دستورالعمل کشت شقایق الی‌فرا» هستند. اگرچه ضرورت تغییر در رویکردها، برنامه‌ها و اقدامات اجرایی در امر مبارزه با مواد مخدر و کنترل و کاهش اعتیاد، براساس وضعیت واقعی میدان سیاستگذاری اعتیاد در ایران ایجاد شده و مورد نظر و خواست کارشناسان این حوزه نیز بوده است؛ لکن غالب طرح‌های تحولی مذکور از جنبه‌های مختلف ابهام داشته و مورد نقد کارشناسان و متخصصان حوزه اعتیاد قرار گرفته است.

هریک از طرح‌های فوق‌الذکر از نظر فرم و محتوا، قابل بررسی و ارزیابی بوده و امکان نگارش گزارشی مستقل درباره آنها وجود دارد؛ در این میان، با توجه به اهمیت و گستردگی حوزه درمان اعتیاد در کشور و فراگیری تعداد افراد خدمت‌گیرنده از یک‌سو، و چالش‌های احصا شده در این حوزه ازسوی دیگر، گزارش حاضر متمرکز بر بررسی «طرح تحول درمان» خواهد بود. اصلی‌ترین ایده مطرح و پیگیری شده در این طرح، مقوله «مدیریت مصرف مواد مخدر» است؛ درواقع این طرح، مبتنی‌بر تجربه کشورهایی مانند سوئیس، مدعی آن است که از طریق در دست گرفتن عرضه و تقاضا، بازار قاچاق مواد مخدر را حذف کند. از آنجاکه چنین طرحی، بسیار بنیادی و اساسی بوده و تقریباً تمامی ساختارهای موجود در حوزه پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا گزارش حاضر معطوف به بررسی جوانب و آثار این ایده انجام و صورت‌بندی شده است. در این زمینه دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس مبتنی‌بر تکالیف قانونی این مرکز، ازجمله ماده (۲) [قانون شرح وظایف مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی](#)، بررسی ابعاد و پیامدهای طرح مدیریت مصرف را در دستور کار قرار داده و طی مکاتبه‌ای رسمی از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر^۲ درخواست کرده است که اسناد پشتیبان مربوط به این طرح را در اختیار این مرکز قرار دهد. به‌رغم همه پیگیری‌های رسمی و غیررسمی انجام شده، دبیرخانه مذکور پاسخی به مکاتبه انجام گرفته نداده است. مبتنی‌بر این وضعیت و با توجه به در دسترس قرار نگرفتن اسناد پشتیبان احتمالی تدوین شده توسط دبیرخانه ستاد، در گزارش حاضر به‌منظور صورت‌بندی تعریف مقوله «مدیریت مصرف» به اخبار رسمی منتشر شده از سخنرانی‌ها و مصاحبه‌های مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر با خبرگزاری‌ها استناد شده است.

1. <https://dolat.ir/detail/483996>.

۲. نامه به شماره ۱۲۵۸۳/۱۱۰۰۰/۸۲-۰۹/۰۹/۱۴۰۴ و شماره ۲۹۹۹/۱۱۰۰۰/۸۲-۰۴/۰۶/۱۴۰۵.



۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی

عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	نام دفتر/سازمان/انهاد	توضیحات
توزیع قانونی مواد مخدر: چالش‌ها و فرصت‌ها [۱]	۱۳۹۶	۱۵۷۹۸	مطالعات اجتماعی	گزارش حاضر به ارزیابی ابعاد مختلف موضوع قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر در کشور پرداخته است. این گزارش اشاره می‌کند که تبعات منفی و جبران‌ناپذیر توزیع قانونی مواد مخدر در ابعاد مختلف به میزانی است که تصویب و اجرای آن را غیرقابل توجیه می‌سازد. به‌عنوان نمونه در بُعد اجتماعی مهم‌ترین تهدید راهبرد مذکور، تضعیف هنجارهای اجتماعی مقابله با مصرف مواد مخدر و ریختن قبح اجتماعی آن است که شیوع و بروز اعتیاد را دامن می‌زند.
بررسی و ارزیابی موضوع قانونی‌سازی کشت خشخاش در ایران [۲]	۱۴۰۴	۲۱۱۵۲	مطالعات اجتماعی	این گزارش به تحلیل و ارزیابی موضوع قانونی‌سازی کشت خشخاش در کشور پرداخته و اشاره کرده است که این کار چه با هدف تأمین نیازهای دارویی انجام شود و چه با هدف آزادسازی کشت برای تأمین تریاک جهت توزیع دولتی؛ دارای پیامدهای بسیار ویرانگر و غیرقابل کنترلی ازجمله گسترش شیوع و بروز اعتیاد، تغییر الگوی کشت و وابستگی در تأمین کالاهای اساسی، وابستگی کشور به اقتصاد تریاک و ... خواهد شد.
بررسی تطبیقی نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (۲): مطالعه موردی سوئد [۳]	۱۴۰۵	۲۱۴۵۷	مطالعات اجتماعی	در بخشی از این گزارش به تجربه سوئد در زمینه توزیع قانونی مواد مخدر اشاره شده است. این بررسی نشان داده است که مداخله مذکور به‌دلیل نشت مواد مخدر و افزایش نرخ شیوع و افزایش مرگ‌ومیر خیلی زود کنار گذاشته شده است. همچنین در این گزارش به این نکته اشاره شده است که در بسیاری از کشورها مانند سوئد، مجازات‌های قانونی بسیار سخت‌گیرانه‌ای در ارتباط با حمل، توزیع و مصرف مواد مخدر انجام می‌گیرد.

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

بررسی ادبیات پژوهشی مربوط به مسئله گزارش نشان‌دهنده آن است که اگرچه پیشتر گزارشی با عنوان یا مسئله مشابه با گزارش حاضر انجام نگرفته است؛ اما ذیل چند عنوان از گزارش‌های انجام شده مستقیم یا غیرمستقیم به مقوله مدیریت مصرف مواد مخدر پرداخته شده است. گزارش انجام شده با عنوان «توزیع قانونی مواد مخدر: چالش‌ها و فرصت‌ها» با مرور تجربه کشورهای آمریکا، هلند و پرتغال نشان داده است که توزیع قانونی و البته محدود مواد مخدر در این کشورها منجر به گسترش شیوع و بروز اعتیاد شده است؛ ارزیابی نهایی گزارش مذکور آن است که به‌دلایل مختلف، قانونی‌سازی توزیع تریاک در ایران نسبتی با نظام مسائل حوزه حکمرانی اعتیاد نداشته و راهکاری قابل اجرا، واقعی و اثربخش محسوب نمی‌شود.

یافته‌های گزارش «بررسی و ارزیابی موضوع قانونی‌سازی کشت خشخاش در ایران» نیز نشان می‌دهد که یکی از سناریوهای

مطرح شده به‌منظور توجیه ضرورت قانونی‌سازی کشت خشخاش در کشور، ایده قانونی‌سازی کشت با هدف به دست گرفتن زنجیره تولید تا توزیع مواد مخدر توسط دولت بوده است. گزارش مذکور اشاره می‌کند که مبتنی بر کنوانسیون‌های بین‌المللی و نیز شرایط اجتماعی- فرهنگی جامعه ایران، این ایده اساساً امکان اجرایی شدن نداشته و کارایی و اثربخشی آن از پیش مورد تردید است. در صورت اجرایی شدن نیز، این سیاست پیامدها و آثار منفی بسیار گسترده‌ای در حوزه‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، امنیتی و ... در پی خواهد داشت؛ چراکه قانونی‌سازی کشت خشخاش پیش‌زمینه قانونی‌سازی توزیع و عادی‌سازی مصرف تریاک است، کشت و توزیع قانونی خشخاش عامل افزایش شیوع و بروز اعتیاد خواهد بود، ایده قانونی‌سازی کشت خشخاش در دوران پیش از انقلاب تجربه‌ای شکست خورده است، قانونی‌سازی کشت با هدف مدیریت عرضه و تقاضای همه انواع مواد مخدر تجربه موفقیت‌آمیز جهانی ندارد.

۲-۲. سوابق تقنینی به‌همراه آسیب‌شناسی

در جدول زیر برخی از عناوین قانونی مربوطه که در آنها به ترتیبات حقوقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد اشاره شده، ارائه می‌گردد.

جدول ۲. تحلیل پیشینه تقنینی

عنوان قانون	فحوا
<u>قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷ با اصلاحات و الحاقات بعدی [۴]</u>	ماده (۳۳)- این قانون به تشکیل ستادی به ریاست رئیس‌جمهور به‌منظور پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با قاچاق مواد مخدر و دیگر موارد ذکر شده در قانون اشاره دارد. این ستاد که با عنوان «ستاد مبارزه با مواد مخدر» شناخته می‌شود، محل تمرکز و پیگیری کلیه عملیات اجرایی و قضایی و برنامه‌های پیشگیری و آموزش عمومی و تبلیغ علیه مواد مخدر است. اعضای این ستاد متشکل است از رئیس‌جمهور، دادستان کل کشور، وزیر کشور، وزیر آموزش و پرورش، رئیس سازمان صدا و سیما، فرمانده نیروی انتظامی، سرپرست دادگاه انقلاب اسلامی، سرپرست سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، فرمانده نیروی مقاومت بسیج، وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی.
<u>آیین‌نامه پیشگیری از اعتیاد، درمان معتادان به مواد مخدر و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد مصوب ۱۳۷۷/۱۱/۲۰ [۵]</u>	در اجرای مواد (۳۳ و ۳۴) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن (مصوب ۱۳۷۶/۷/۱۸) مجمع تشخیص مصلحت نظام، این آیین‌نامه با هدف برخورد جدی با علل ریشه‌ای سوءاستفاده از مواد مخدر و با درک اهمیت همکاری کلیه ارگان‌های دولتی و غیردولتی در این زمینه، در قالب چهارده ماده و چهار تبصره به‌منظور: ۱. پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، ۲. درمان و بازپروری معتادان، ۳. تمهیدات لازم پس از آزادی، ۴. اتخاذ تدابیر مناسب به‌منظور مصون‌سازی افراد در معرض خطر و انجام اقدامات فرهنگی، ارشادی، تبلیغی و معاضدتی جهت کاهش تقاضای مواد مخدر، شرح وظایف اعضای ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و غیردولتی مشخص شده و به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده است.
<u>سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر، ابلاغی ۱۳۸۵/۰۷/۱۰ [۶]</u>	در چند بند از این سیاست‌ها که جزء مترقی‌ترین عناصر نظام حقوقی حوزه اعتیاد محسوب می‌شوند، به مقوله درمان و کاهش آسیب اشاره شده و رویکردهای اصلی تعیین شده است:



عنوان قانون	فحوا
	۵. جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آنها جزء در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه‌های مصوب درمان و کاهش آسیب. ۶. ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف: ۱. درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان، ۲. کاهش آسیب‌ها، ۳. جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به مواد پرخطر.
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 (۱۳۸۹)، مصوب ۱۳۹۱/۰۲/۱۷ [۷]	این آیین‌نامه به تعیین و تعریف انواع مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور، متولی اعطای مجوز برای انواع مراکز مذکور، سازوکار نظارت بر حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، شیوه تأمین اعتبارات مالی، شرایط و وظایف ارکان مراکز درمان و کاهش آسیب و ... پرداخته است. ازجمله مهم‌ترین نکات این آیین‌نامه، اشاره به سازوکار تهیه و ابلاغ دستورالعمل مربوط به هرکدام از مراکز و مرجع تصویب‌کننده پروتکل‌های درمانی بوده است.
دستورالعمل تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری مراکز موضوع بندهای «۱» و «۶» ماده (۱) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۱» ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد (SUD))، مصوب اردیبهشت ۱۴۰۳ [۸]	بنابر آنچه در ابتدای این سند ذکر شده است؛ این دستورالعمل با هدف افزایش شفافیت روند صدور پروانه بهره‌برداری مراکز سرپایی درمان اختلال مصرف مواد، رفع چالش‌های موجود مراکز فعال، تسهیل ورود متقاضیان در فرایند تأسیس، یکپارچه‌سازی ضوابط و حذف مقررات زائد، ارتقای کیفیت ارائه خدمات به بیماران و سهولت امکان نظارت توسط وزارت بهداشت/ دانشگاه/ دانشکده تدوین شده است.

مأخذ: همان.

مرور وضعیت تغییر و تکمیل ادبیات حقوقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران، نشان‌دهنده آن است که این روند به صورتی بسیار آهسته و مقطعی انجام گرفته است. به‌صورتی که درخواست برای تغییر و به‌روزرسانی آیین‌نامه مراکز ماده (۱۵) مبتنی بر تغییرات ایجاد شده در میدان اعتیاد در کشور، از سال‌ها پیش مطرح بوده و تلاش‌هایی نیز برای آن صورت گرفته است؛ با این شرایط، درنهایت در سال ۱۴۰۳ صرفاً بخشی از محتوای آیین‌نامه اجرایی مذکور مورد بازنگری و تکمیل قرار گرفته است. لذا کارشناسان و متخصصان امر، درباره ضرورت به‌روزرسانی و تقویت آیین‌نامه‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد دارای نوعی توافق نظر هستند، اما تحقق این موضوع مستلزم آن است که دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان نهاد سیاستگذار و هماهنگ‌کننده، پیش‌نیازهای آن را فراهم کرده و زمینه حضور و مشارکت مؤثر ذی‌نفعان را ایجاد نماید.

۳. چارچوب نظری / مفهومی

ادبیات علمی و تخصصی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد قدمتی بالغ بر حدود چند دهه دارد؛ در این بستر، مفاهیم اصلی این حوزه تعیین و تعریف شده و مورد اجماع متخصصان امر قرار گرفته و طی سالیان طولانی تثبیت شده است. در چنین بستری، در کشورهایی مانند سوئیس در حوزه کنترل و کاهش اعتیاد از چهار راهبرد یا ستون اصلی پیشگیری^۱، درمان^۲، اجرای قانون^۳ و کاهش آسیب^۴ یاد شده است [۹]. درواقع این مقولات جزء اصلی‌ترین مفاهیمی هستند که تاکنون در این زمینه مورد استفاده قرار گرفته است. لذا در این قسمت، اجمالاً تعاریف این مفاهیم بنیادی مورد بررسی و اشاره قرار می‌گیرد؛ اشاره به این محورها و تعاریف با این هدف انجام می‌شود که در بخش‌های بعد، بتوان نسبت مقوله مدیریت مصرف را با ادبیات علمی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد بررسی و ارزیابی کرد.

• پیشگیری

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوءمصرف و وابستگی است. به عبارت دیگر، پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکرده‌اند به کسانی که گرایش به مصرف دارند، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان آزمایشی، و نیز از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان گاهگاهی و از تبدیل این افراد به سوءمصرف‌کنندگان و از تبدیل این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد، جلوگیری شود [۱۰].

• درمان

یکی از اهداف اصلی تعیین شده برای برنامه‌ها و اقدام‌هایی که در زمینه کنترل و کاهش اعتیاد انجام می‌گیرد، تلاش برای درمان افراد وابسته به مواد مخدر (دچار سوءمصرف یا دارای اعتیاد) است. درمان وابستگی به مواد^۵ عبارت است از مجموعه مداخلات طبی، روان‌شناختی و اجتماعی برای تغییر رفتار، بهبود عملکرد و بازگشت فرد وابسته به مواد به اجتماع، به طوری که هدف نهایی درمان دستیابی به زندگی بدون مصرف مواد باشد [۱۱].^۶

درمان اعتیاد به مواد مخدر با هدف کمک به افراد معتاد برای ترک اعتیاد به مواد مخدر و مصرف اجباری آن انجام می‌شود. این درمان می‌تواند در محیط‌های مختلفی انجام شود، اشکال مختلفی داشته باشد و برای مدت زمان‌های مختلفی ادامه یابد. از آنجاکه اعتیاد به مواد مخدر معمولاً یک اختلال مزمن است که با عودهای گاه‌به‌گاه مشخص می‌شود، یک درمان کوتاه‌مدت و یک‌بارمصرف معمولاً کافی نیست. برای بسیاری، درمان یک فرایند طولانی‌مدت است که شامل مداخلات متعدد و نظارت منظم است. همچنین، رویکردهای مبتنی بر شواهد متنوعی برای درمان اعتیاد وجود دارد. درمان دارویی می‌تواند شامل رفتاردرمانی (مانند درمان شناختی-رفتاری یا مدیریت وابستگی)، به کارگیری داروها یا ترکیبی از آنها باشد. نوع خاص درمان یا ترکیبی از درمان‌ها بسته به نیازهای فردی بیمار و اغلب به نوع

1. Prevention
2. Treatment
3. Enforcement
4. Harm Reduction
5. Substance Dependency Treatment

۶. سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور، مصوب یکصد و بیست‌و‌هشتمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ص ۳۴.



داروهایی که استفاده می‌کند، متفاوت خواهد بود [۱۲].

• اجرای قانون

اجرای قانون شامل طیف گسترده‌ای از فعالیت‌هایی است که توسط سازمان‌های نظارتی، مقامات صدور مجوز، پلیس، دادگاه‌ها و سایر بخش‌های سیستم عدالت کیفری انجام می‌شود. اجرای هماهنگ، ستون کلیدی در هر استراتژی درمان و کاهش آسیب مواد مخدر است. پلیس نقش دشوار و حیاتی در به حداقل رساندن آسیب‌های ناشی از سوءمصرف مواد مخدر دارد. به عبارت دیگر، به منظور حفظ امنیت عمومی و ایجاد فضایی از مسئولیت اجتماعی، قوانین علیه فروش مواد غیرقانونی، جرائم مرتبط و سوءمصرف باید اجرا شوند. این چارچوب اقدام، تلاش می‌کند بیان کند که بی‌نظمی عمومی، از جمله صحنه‌های بازمصرف مواد مخدر، باید متوقف شود. به طور خلاصه، اعتیاد نیاز به درمان و رفتار مجرمانه نیاز به ضوابط قانونی دارد و اگر قرار است اجرا مؤثر باشد، باید با افراد و مشاغلی که در تجارت غیرقانونی مواد مخدر یا تسهیل سوءمصرف الکل دخیل هستند، به سرعت برخورد شود. پلیس همچنین نقش مهمی در کمک به جوامع برای به حداقل رساندن تأثیرات منفی خرید و فروش و سوءمصرف مواد مخدر با همکاری سازمان‌های اجتماعی و گروه‌های پیشگیری از جرم موجود برای رسیدگی به سلامت و ایمنی جامعه دارد. پلیس و سایر سازمان‌های اجرایی نمی‌توانند جلوی قاچاق مواد مخدر را بگیرند، اما می‌توانند آن را به میزان قابل توجهی محدود کنند. در بسیاری از موارد، تلاش‌های اجرایی منجر به بهبود شرایط در محله‌ها و افزایش توانایی هماهنگی تلاش‌ها با سایر رشته‌ها، حوزه‌های قضایی و اعضای جامعه می‌شود [۹].

• کاهش آسیب

کاهش آسیب اعتیاد به مجموعه سیاست‌ها، راهبردها یا برنامه‌هایی اطلاق می‌شود که بدون نیاز به قطع فوری مصرف مواد در معتادان، عوارض اختلال مصرف مواد را کاهش می‌دهد و به طور کلی شامل فعالیت‌هایی است که برای کاهش عوارض رفتارهای خطرناک اختلال مصرف مواد طراحی و اجرا می‌شود. فعالیت‌های زیانکاهی متناسب با نیاز در جایگاه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد قابل ارائه است [۱۱].

مبتنی بر سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور، خدمات کاهش آسیب عبارت‌اند از:

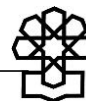
- برقراری ارتباط درمانی با مصرف‌کنندگان مواد مخدر و روان‌گردان‌ها،
- آموزش، اطلاع‌رسانی و مشاوره با افراد دارای رفتار پرخطر،
- آموزش، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی آحاد جامعه و کارکنان مشاغل مرتبط با افراد مصرف‌کننده مواد مخدر و روان‌گردان‌ها،
- مشاوره و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش (HIV) و سایر عفونت‌های منتقله از طریق تزریق و رفتار جنسی محافظت نشده تحت ضوابط بهداشتی و ارجاع به مراکز بالاتر،
- در دسترس قرار دادن سرنگ، سرسوزن و وسایل تزریق استریل،
- توزیع مواد ضدعفونی‌کننده و ارائه خدمات بهداشتی اولیه شامل پانسمان و ...،
- ارائه آموزش‌های مربوط به رفتار جنسی سالم، تشویق به استفاده از کاندوم، توزیع کاندوم،
- افزایش دسترسی به مصرف‌کنندگان سخت‌دسترس با تشکیل تیم‌های سیار،
- تشکیل گروه‌های همیار برای آموزش و اجرای برنامه‌های کاهش آسیب،
- ارائه خدمات اولیه حمایتی شامل: تغذیه، پوشاک و استحمام،

- ارجاع به مراکز مجاز درمان اعتیاد در مواردی که تمایل به درمان وجود دارد،

- ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها در مواردی که نیاز به مداخلات پزشکی وجود دارد.

سیاست کاهش آسیب شامل طیفی از مداخلات از جمله ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر^۱ است. اتاق‌های مصرف مواد بخشی از سیاست کاهش آسیب محسوب می‌شوند؛ سیاستی که می‌پذیرد برخی افراد در کوتاه‌مدت قادر یا مایل به ترک مصرف مواد مخدر نیستند، بنابراین باید آسیب‌های فردی و اجتماعی ناشی از مصرف آنان تا حد امکان کاهش یابد. این مراکز معمولاً در کنار برنامه‌هایی مانند توزیع سرنگ استریل، درمان نگهدارنده با متادون و خدمات اجتماعی فعالیت می‌کنند و فضاهایی بهداشتی و تحت نظارت هستند که افراد می‌توانند در آنها مواد مخدر غیرقانونی را تزریق کنند (و در برخی موارد استنشاق نمایند). این مراکز جایگزینی برای «تزریق در اماکن عمومی» محسوب می‌شوند؛ رفتاری که می‌تواند خطرات ناشی از مصرف تزریقی مواد، از جمله عفونت‌های باکتریایی، تزریق نادرست^۲ و آوردن را افزایش دهد. همچنین، این مراکز با هدف کاهش پیامدهای منفی برای جامعه، مانند رها شدن سرنگ‌ها و تجهیزات تزریق در معابر عمومی، ایجاد شده‌اند. هدف این مراکز آن است که تجربه مصرف مواد غیرقانونی را تا حد امکان ایمن‌تر کنند. به عبارت دیگر، هدف این مراکز کاهش آسیب است، نه تشویق یا تسهیل مصرف مواد مخدر [۱۳]. خدماتی که معمولاً در این مراکز ارائه می‌شود عبارت‌اند از:

- نظارت کارکنان آموزش‌دیده بر فرایند مصرف مواد،
 - ارائه تجهیزات استریل برای تزریق،
 - کمک‌های اولیه و مداخله فوری در صورت بروز آوردن،
 - ارائه توصیه‌های اختصاصی کاهش آسیب براساس مشاهده مستقیم نحوه مصرف، نه صرفاً توصیه‌های کلی.
- اتاق‌های مصرف مواد عمدتاً برای گروهی بسیار آسیب‌پذیر و محروم از نظر ساختاری طراحی شده‌اند؛ از جمله:
- افراد وابسته به مواد مخدر،
 - کسانی که در اماکن عمومی تزریق می‌کنند،
 - افرادی که به دلیل بی‌خانمانی یا فقر، مکان امن دیگری برای مصرف ندارند.
- این مراکز احتمالاً تأثیر گسترده‌ای بر کل جمعیت مصرف‌کنندگان مواد نخواهند داشت، اما می‌توانند وضعیت گروه کوچکی از افراد پرخطر را که بیشتر در معرض مرگ ناشی از آوردن یا ابتلا به بیماری‌های منتقله از طریق خون هستند، به طور قابل توجهی بهبود بخشند [۱۴]. همچنین این مراکز چهار هدف عمده را دنبال می‌کنند:
- کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آوردن،
 - کاهش انتقال بیماری‌هایی مانند HIV و هپاتیت از طریق تزریق غیربهداشتی،
 - کاهش مصرف مواد در اماکن عمومی و مشکلات ناشی از آن (مانند سرنگ‌های رها شده)،
 - ایجاد ارتباط میان مصرف‌کنندگان پرخطر و خدمات درمانی و حمایت‌های اجتماعی.



پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۲۲ حدود ۱۰۰ اتاق مصرف مواد مخدر در ۶۶ شهر در ۱۰ کشور، از جمله مکان‌هایی در اروپا، آمریکای شمالی و استرالیا فعالیت داشته‌اند [۱۵]. همچنین تا سال ۲۰۲۴ فقط تعداد ۱۰۱ اتاق مصرف مواد مخدر با مدل‌های مختلف در ۱۳ کشور اتحادیه اروپا ایجاد شده است [۱۶]. این وضعیت نشان‌دهنده آن است که، هنوز هم نسبت به توسعه و ترویج این برنامه ابهاماتی در بین سیاستگذاران و متخصصان در کشورهای مختلف وجود دارد. در این زمینه، تحقیقات نیز طیف وسیعی از چالش‌ها را در این مراکز در مناطقی که پیشنهاد شده‌اند، شناسایی کرده است. این چالش‌ها شامل رهبری سیاسی ناکافی؛ نگرانی‌های جامعه در مورد تأثیرات محلی؛ تردید عمومی در مورد ارزش آنها؛ تأثیر زبان و نام‌گذاری و موانع قانونی بالقوه است [۱۵].

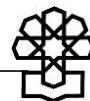
۴. مدیریت مصرف چیست؟

با توجه به اینکه دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، به‌رغم نامه‌نگاری و ارائه درخواست رسمی، از در اختیار قرار دادن سند پشتیبان طرح تحول درمان و نسخه نهایی «آیین‌نامه اجرایی درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و مدیریت مصرف» امتناع داشته است؛ لذا برای تشریح برداشت این دبیرخانه از مقوله «مدیریت مصرف» ناگزیر باید به مصاحبه و سخنرانی مسئولان و مدیران دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و برخی از اسناد اولیه تولید شده توسط این دبیرخانه استناد کرد. بر همین اساس، در ادامه تلاش می‌شود تا مستند به برخی از اظهارنظرهای صورت گرفته در جلسات رسمی یا گفتگوهای انجام شده توسط مسئولان ذی‌ربط با رسانه‌ها و خبرگزاری‌ها، برداشت مورد نظر دبیرخانه ستاد از مقوله مدیریت مصرف توصیف و تشریح گردد.

جدول ۳. تعریف و تشریح مدیریت مصرف در بیان مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر

تاریخ	مقام مسئول / اظهارکننده	تعریف / تشریح مدیریت مصرف
۳۰ تیر ۱۴۰۴	معاون پیشگیری و درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر	جلسه امکان‌سنجی «مدیریت عرضه و تقاضای مواد مخدر تحت کنترل در کشور» در این تاریخ با حضور اساتید و اندیشمندان و نمایندگانی از سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در زمینه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در مجموعه فرهنگی شقایق برگزار شده است. در جلسه مذکور الزامات و چالش‌های مدیریت عرضه و تقاضای مواد مخدر تحت کنترل در کشور مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته است [۱۷].
۹ مرداد ۱۴۰۴	رئیس ستاد مبارزه با مواد مخدر	رئیس ستاد مبارزه با مواد مخدر با بیان اینکه براساس طرح مدیریت سوءمصرف مواد مخدر با رویکرد مدیریت و کاهش آسیب‌های اجتماعی، افراد مبتلا، در پوشش یک چرخه امن قرار می‌گیرند و این مسئله در وهله اول باعث می‌شود که آنها از محیط اجتماعی طرد نشوند. در ادامه اشاره کرده است که این طرح تقاضا را تحت مدیریت درمی‌آورد و سپس عرضه کنترل و با موارد خلاف قانون برخورد قانونی شدید خواهد شد [۱۸].
۱۴ مرداد ۱۴۰۴	دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر	«در طرح مدیریت مصرف، بحث در دست گرفتن عرضه و تقاضا با هدف کاهش

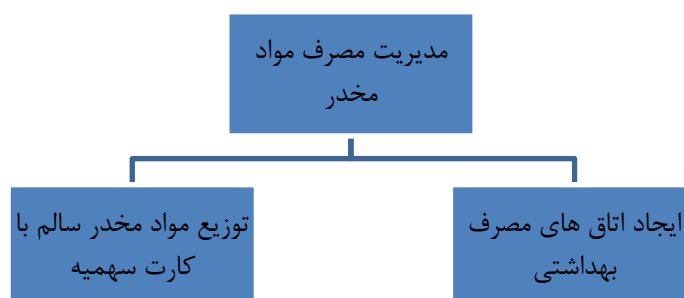
تاریخ	مقام مسئول / اظهارکننده	تعریف / تشریح مدیریت مصرف
		هزینه‌ها، کاهش آسیب، حرکت به سمت درمان و حرکت از مواد پرخطر به سمت کم‌خطر مطرح شده است. «عده‌ای از افراد، یا به‌دلیل شدت اعتیاد یا سن و سال، توان ترک اعتیاد را به‌صورت قطعی ندارند. مقرر شده درباره این افراد دسته‌بندی و به‌نوعی، مانند ایام بیماری کرونا، رنگ‌بندی صورت گیرد و برای هر بخش مداخلات مناسب لحاظ شود. بررسی‌ها درباره نوع تأمین مواد، چگونگی مصرف در مراکز و مصرف زیر نظر متخصص صورت گرفته و کار ادامه دارد» [۱۹].
۱۲ شهریور ۱۴۰۴	مدیرکل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر	در طرح مدیریت مصرف باید مراکز تخصصی مانند اتاق مصرف، اتاق ایمن و اتاق تزریق برای ارائه خدمات و با نظارت پزشک صورت گیرد. در این طرح الزامات اجرایی نیز باید لحاظ شود، باید مشخص شود که تأمین دارو باید به چه نحوی باشد همچنین خلوص مواد تهیه شده باید بالا باشد. این طرح این‌گونه نیست که به فرد مواد ارائه و گفته شود در مکان دیگری اقدام به مصرف کند؛ بلکه طبق چارچوب و در مکان‌های تعیین شده و تحت نظارت پزشک و کادر درمانی خواهد بود. هدف در درجه نخست نه درمان این افراد بلکه کاهش آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی است. شاخص‌هایی همچون تعداد افراد جذب شده به مراکز، کاهش مصرف خیابانی، کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آوردوز، افزایش رضایت‌مندی بیماران از خدمات درمانی، کاهش انتقال بیماری‌های واگیر و ... می‌تواند ازجمله شاخص‌ها در راستای ارزیابی موفقیت در این طرح باشد [۲۰].
۵ مهر ۱۴۰۴	دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر	هدف از اجرای طرح مدیریت مصرف این است که مصرف مواد مخدر از داخل جامعه و محیط‌های عمومی جمع‌آوری شود. ارزیابی این است که در این طرح ۲ تا ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر تحت پوشش قرار گیرند. بسیاری معتقدند کشور قادر به انجام اقدامات تحولی نیست؛ اما تا زمانی که ذهن ما در گذشته باشد، موانع بسیار زیادی انجام می‌شود و تحولی در کار نخواهد بود، البته دنیا نیز این طرح [مدیریت مصرف] را دنبال می‌کنند؛ اما روش و جزئیات اجرای این طرح در سایر کشورها متفاوت است. پایه اصلی این طرح سطح‌بندی معتادان و تعیین نوع مواد مصرفی برای هر سطح است [۲۱].
۱۹ مهر ۱۴۰۴	مدیرکل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر	این طرح با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی و جسمی، کاهش جرائم، کاهش آمار مرگ‌ومیر در معتادان، برای گروه خاصی از مصرف‌کنندگان مزمن مواد مخدر که امکان ترک مصرف مواد مخدر را ندارند، تدوین شده است. این پیشنهاد از طرف رئیس‌جمهور طی سفرهای گذشته‌شان به سوئیس به‌عنوان کشور موفق در این زمینه مطرح شده و دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز در این زمینه تأکید دارند که این طرح به‌نحو احسن بررسی شود. هدف از اجرای این طرح این است که به‌جای اینکه افراد در خانه یا در خیابان مواد مخدر مصرف کنند، در مرکز تخصصی و به‌صورت کاملاً کنترل شده، تحت



تاریخ	مقام مسئول / اظهارکننده	تعریف / تشریح مدیریت مصرف
		نظارت پزشک و پرستار خدمات دریافت کرده و با کنترل دوز مصرفی مواد بیمار معتاد مدیریت می‌شود. با اجرای طرح مدیریت سوء مصرف مواد مخدر، زنجیره عرضه و تقاضای غیرقانونی قطع می‌شود و به عبارتی، با این روش، بازار آزاد مصرف قاچاقچیان به طور چشمگیری کاهش می‌یابد، زیرا مواد مورد نیاز فرد، تحت نظارت دولت به او داده می‌شود [۲۲].
۲۳ مهر ۱۴۰۴	دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر	در سومین جلسه «شورای راهبردی طرح مدیریت مصرف مواد با رویکرد درمان و کاهش آسیب» اشاره شده است که تقسیم کار دقیق تر و پاسخ‌گویی از جمله اهداف طرح مدیریت مصرف است؛ همچنین از دیگر اهداف این طرح این است که فرد مصرف‌کننده مواد مخدر از مواد پرخطر به کم‌خطر سوق پیدا کند و به تدریج از درجه اعتیاد وی کاسته شود. دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر با تأکید بر اینکه بخش حقوقی ستاد نیز باید الزامات قانونی این طرح را بسنجد، گفت: به سرانجام رسیدن این طرح و نهایی کردن آن نیازمند هماهنگی و ساختار جمعی است و بخش‌های مختلف باید کار را دنبال کنند که طرح تحول مدنظر ریاست‌جمهور به نتیجه برسد [۲۳].
۲ تیر ۱۴۰۵	دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر	در طرح تحول درمان، افراد دارای اعتیاد در چهار سطح خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید طبقه‌بندی شده‌اند. افراد دارای اعتیاد خفیف و متوسط باید در مسیر درمان کامل قرار گیرند و مراکز درمانی موظف هستند با استفاده از خدمات دارویی، مشاوره‌ای و روان‌شناختی، زمینه ترک پایدار آنان را فراهم کنند. در مورد افراد دارای اعتیاد شدید، رویکرد مدیریت مصرف در نظر گرفته شده است تا مصرف مواد پرخطر به تدریج کاهش یافته و زمینه حرکت به سمت ترک فراهم شود [۲۴].
۹ تیر ۱۴۰۵	دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر	«برای نخستین بار در کشور، افراد مبتلا به اعتیاد در چهار گروه اصلی دسته‌بندی شدند؛ دو گروه در مسیر درمان قطعی قرار می‌گیرند، یک گروه با رویکرد مدیریت مصرف و گروه دیگر با رویکرد مدیریت مصرف همراه با کاهش آسیب‌های ساماندهی می‌شوند. متناسب با این تقسیم‌بندی نیز ساختار مراکز درمانی، شیوه ارائه خدمات و پروتکل‌های درمانی مورد بازنگری قرار گرفته است» [۲۵].

مأخذ: همان.

همچنان که پیش‌تر اشاره شد، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان متولی اصلی پیگیری ایده و طرح مدیریت مصرف مواد مخدر در کشور، تاکنون سند پشتیبان علمی و تعریف دقیق و مشخصی از این مقوله ارائه نداده است. بر همین اساس، به‌منظور فهم برداشت مورد نظر از ایده مدیریت مصرف، به سخنان و دیدگاه‌های مسئولان این دبیرخانه اشاره و استناد شده است. در این زمینه، مبتنی بر اصلی‌ترین اظهارنظرهای صورت گرفته درباره مقوله مدیریت مصرف، می‌توان این موارد را در دو سناریو اصلی صورت‌بندی کرد:



شکل ۱. معنای مدیریت مصرف از نظر مسئولان ستاد

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

– مدیریت مصرف به‌معنای ایجاد اتاق مصرف

مبتنی بر برخی از اظهارنظرهای ذکر شده در جدول ۳، به‌نظر می‌رسد که منظور دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر از مدیریت مصرف، ایجاد اتاق مصرف برای فراهم شدن امکان مصرف ایمن و بهداشتی انواع مواد مخدر برای معتادان بوده است. به‌عنوان نمونه، مدیرکل درمان دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در تاریخ ۱۲ شهریور ۱۴۰۴ بیان کرده است که: «در طرح مدیریت مصرف باید مراکز تخصصی مانند اتاق مصرف، اتاق ایمن و اتاق تزریق برای ارائه خدمات و با نظارت پزشک صورت گیرد. در این طرح الزامات اجرایی نیز باید لحاظ شود، باید مشخص شود که تأمین دارو باید به چه نحوی باشد؛ همچنین خلوص مواد تهیه شده باید بالا باشد. این طرح این‌گونه نیست که به فرد مواد ارائه و گفته شود در مکان دیگری اقدام به مصرف کند؛ بلکه طبق چارچوب و در مکان‌های تعیین شده و تحت نظارت پزشک و کادر درمانی خواهد بود. هدف در درجه نخست نه درمان این افراد بلکه کاهش آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی است» [۲۰]. اگرچه ممکن است براساس شواهد ذکر شده، منظور دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر از طرح مدیریت مصرف، ایجاد اتاق مصرف برای مصرف بهداشتی و تحت نظارت یک یا چند نوع از مواد مخدر بوده باشد. اما، غالب اظهارنظرهای صورت گرفته توسط مسئولان ستاد و همچنین مطالب مطرح شده در برخی از جلسات رسمی برگزار شده، حاکی از آن است که سناریو اصلی، توزیع قانونی مواد مخدر براساس کارت شناسایی و سهمیه‌بندی است. در ادامه به این سناریو اشاره می‌شود.

– مدیریت مصرف به‌معنای توزیع مواد مخدر با کارت سهمیه

مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر با شدت بسیاری بر مقوله عرضه کنترل شده مواد مخدر و حذف بازار قاچاق تأکید داشته و یکی از اهداف اصلی طرح مدیریت مصرف را همین موضوع اعلام کرده‌اند. به‌عنوان نمونه، رئیس ستاد مبارزه



با مواد مخدر اظهار داشته است که:

«براساس طرح مدیریت سوءمصرف مواد مخدر با رویکرد مدیریت و کاهش آسیب‌های اجتماعی، افراد مبتلا، در پوشش یک چرخه امن قرار می‌گیرند و این مسئله در وهله اول باعث می‌شود که آنها از محیط اجتماعی طرد نشوند. این طرح تقاضا را تحت مدیریت درمی‌آورد و سپس عرضه کنترل و با موارد خلاف قانون برخورد قانونی شدید خواهد شد» [۱۸]. در این زمینه دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز اشاره کرده‌اند که:

«در طرح مدیریت مصرف، بحث در دست گرفتن عرضه و تقاضا با هدف کاهش هزینه‌ها، کاهش آسیب، حرکت به سمت درمان و حرکت از مواد پرخطر به سمت کم‌خطر مطرح شده است» [۱۹]. «هدف از اجرای طرح مدیریت مصرف این است که مصرف مواد مخدر از داخل جامعه و محیط‌های عمومی جمع‌آوری شود. ارزیابی این است که در این طرح ۲ تا ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر تحت پوشش قرار گیرند» [۲۱].

با استناد به اظهارات فوق‌الذکر، به‌نظر می‌رسد که سناریو اصلی که مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر درباره ایده مدیریت مصرف دنبال می‌کنند، در نظر گرفتن این مراکز به‌منظور توزیع قانونی انواع مواد مخدر ازجمله تریاک است. به این صورت که افراد معتاد به مراکز دارای مجوز مدیریت مصرف مراجعه کرده و سهمیه هفتگی یا ماهانه مواد مخدر خود را براساس کارت سهمیه یا کارت شناسایی دریافت می‌کنند و در محل مورد نظر خود مصرف می‌نمایند.

۵. نقد و بررسی ایده و طرح مدیریت مصرف مواد مخدر در ایران

در این بخش تلاش می‌شود تا مبتنی بر ادبیات نظری و تخصصی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، رجوع به محتوای اسناد مترقی حوزه اعتیاد در کشور، مصاحبه با اساتید دانشگاه و متخصصان درمان اعتیاد و.. به نقد، بررسی و ارزیابی برداشت‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر از مقوله مدیریت مصرف پرداخته شده و ابعاد و آثار آن تحلیل گردد. بر همین اساس، در ادامه ابتدا نکات مربوط به سناریو «ایجاد اتاق مصرف» ارائه شده و پس از آن به تحلیل سناریو دومی که مدیریت مصرف را در معنای «توزیع قانونی مواد مخدر» به کار می‌گیرد، اشاره می‌گردد. همچنین، برخی از چالش‌های مربوط به فرایند طرح و پیگیری ایده مدیریت مصرف توسط دبیرخانه ستاد نیز تشریح می‌شود.

۵-۱. نقدها و ابهامات ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر در ایران

در این قسمت برخی از مهم‌ترین چالش‌ها و ابهامات مربوط به ایده راه‌اندازی اتاق مصرف در ایران بررسی می‌شود.



شکل ۲. چالش‌های ایجاد اتاق مصرف در ایران

مأخذ: همان.

– **ضعف در شواهد اثربخشی اتاق مصرف در جهان:** ظاهراً یکی از سناریوهای ستاد مبارزه با مواد مخدر ایجاد اتاق مصرف برای نظارت بر سوء مصرف مواد توسط افراد دارای اعتیاد است؛ این در شرایطی است که پژوهش‌های علمی بیان می‌کنند که ارزیابی آثار و پیامدهای این طرح چالش‌برانگیز است. تعداد مطالعات در این حوزه اندک بوده و جمع‌بندی ارزیابی‌ها در این زمینه به دلیل تعاریف مختلف استفاده شده توسط بررسی‌ها، یا تفاوت در سؤالات تحقیقاتی مورد بررسی و همچنین ناهمگونی معیارهای اتخاذ شده دشوار است [۲۶]. به عبارت دیگر، شواهد اثربخشی اتاق‌های مصرف همچنان محدود و عمدتاً کم‌کیفیت است و درباره اندازه اثر و قابلیت تعمیم آن عدم قطعیت وجود دارد؛ با این حال، برخی شواهد موجود در جهت کاهش برخی پیامدهای پرخطر و بهبود دسترسی گروه‌های پرخطر به خدمات سلامت است. این وضعیت مانع از تجمیع نتایج حاصل از مطالعات اصلی می‌شود و مانع از آن است که بررسی‌های سیستماتیک، شواهد قوی درباره این طرح ارائه دهند. این وضعیت نشان می‌دهد که طرح اتاق مصرف مواد مخدر هنوز به اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته است؛ همچنین درجه بالایی از عدم قطعیت در تفسیر نتایج مطالعات با شواهد سطح پایین و خطر بالای سوگیری وجود دارد. به رغم دشواری‌های انجام تحقیق در این زمینه، مطالعات بیشتری برای بهبود شواهد مربوط به اثربخشی اتاق‌های مصرف مواد مخدر در کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی و همچنین در بهبود پیامدهای مرتبط با روش‌های تزریقی و غیرتزریقی تجویز مواد مخدر و موارد مرتبط با مزاحمت عمومی یا هزینه‌های پزشکی مورد نیاز است [۲۷]. البته باید توجه داشت که کمبود شواهد و پژوهش‌ها لزوماً به معنای فقدان اثربخشی این نوع مداخله



نیست، بلکه این هشدار را می‌دهد که سیاستگذاران باید به تناسب این مداخله با شرایط فرهنگی- اجتماعی، سایر مداخلات حوزه اعتیاد و نظام فنی و اجرایی موجود در جامعه میزبان بیش‌ازپیش توجه و دقت کنند.

- **اتاق مصرف به صورت بسیار محدود اجرا شده است:** طبق پژوهش‌های انجام شده، تاکنون فقط ۱۷ کشور در جهان طرح ایجاد اتاق مصرف را پیاده‌سازی کرده و حدود ۱۰۰ مرکز با این عنوان راه‌اندازی شده است [۲۸]. با توجه به اینکه هیچ نظام بین‌المللی واحدی برای ثبت و تجمیع داده‌های مربوط به اتاق مصرف در همه کشورها وجود ندارد و هر کشور، نظام ثبت اطلاعات خاص خود را داشته و شاخص‌های متفاوتی (تعداد مراجعان منحصربه‌فرد، تعداد مراجعات، تعداد دفعات مصرف تحت نظارت و ...) را گزارش می‌کند، آمار جهانی دقیقی از تعداد افرادی که از اتاق‌های مصرف مواد استفاده کرده‌اند، وجود ندارد. با این شرایط، چنانچه مخاطبان و خدمت‌گیرندگان این مراکز را به صورت مجموع در نظر بگیریم، تعداد آنها به عدد چندان قابل توجهی نخواهد رسید. در این زمینه، برآوردها حاکی از آن است که تعداد کل افراد خدمت‌گیرنده از این مراکز از ابتدا تاکنون حدود یک میلیون نفر بوده است [۲۹]. این درحالی است که طبق اظهار نظر دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر [۲۱] مخاطب طرح مدیریت مصرف مواد مخدر در کشور جمعیتی بالغ بر ۲ میلیون و پانصد هزار نفر پیش‌بینی شده است. فارغ از سایر ملاحظات، توجه به همین اعداد گویای آن است که ایده ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر در ایران از نظر فنی چندان قابل اجرا، نظارت و کنترل نیست.

- **نسخه سوئیس مستقیماً قابل تعمیم به ایران نیست:** یکی از استدلال‌هایی که مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر برای توجیه ضرورت و کارآمدی طرح مدیریت مصرف مواد مخدر مکرراً به آن اشاره کرده‌اند، ارجاع به تجربه کشور سوئیس به عنوان نمادی از کشورهای توسعه یافته است. این درحالی است که طبق آمارهای موجود، این کشور تا سال ۲۰۲۵ صرفاً تعداد ۱۳ مرکز فعال با این عنوان راه‌اندازی کرده است [۱۶]. همچنین، اگرچه سوئیس اولین کشوری بوده که اقدام به ایجاد اتاق مصرف کرده است، اما این اقدام ناشی از این بوده است که در دهه ۱۹۸۰، سوئیس با بحران شدید مصرف تزریقی هروئین روبه‌رو بوده و این بحران با مواردی مانند افزایش چشمگیر مرگ ناشی از اوردوز؛ شیوع HIV و هپاتیت در میان مصرف‌کنندگان تزریقی و مصرف آشکار مواد در فضاهای عمومی روبه‌رو بوده است. در پاسخ به چنین وضعیتی، نخستین اتاق مصرف تحت نظارت در سال ۱۹۸۶ در شهر برن راه‌اندازی شده و سپس این الگو به شهرهای دیگر گسترش یافته است. اما باید توجه داشت که اتاق‌های مصرف مواد در سوئیس یکی از اجزای ستون کاهش آسیب هستند و نه درمان؛ و در کنار خدماتی مانند تبادل سرنگ، درمان نگهدارنده با متادون و تجویز پزشکی هروئین برای گروه‌های خاص فعالیت می‌کنند. از طرفی پژوهشگران تأکید می‌کنند که در سوئیس این مراکز همچنان با چالش‌هایی مانند هزینه‌های راه‌اندازی و بهره‌برداری؛ مخالفت بخشی از افکار عمومی یا برخی جریان‌های سیاسی؛ لزوم هماهنگی میان خدمات درمانی، اجتماعی و انتظامی؛ ضرورت تطبیق خدمات با تغییر الگوهای مصرف مواد و ... دست‌وپنجه نرم می‌کنند [۳۰].

تمرکز بر تجربه سوئیس نشان می‌دهد که اولاً، طرح ایجاد اتاق مصرف معطوف به شرایط بسیار خاص موجود در این کشور شکل گرفته و به صورت کاملاً محدود و کنترل شده ادامه یافته است؛ ثانیاً، برداشت مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر که مقوله مدیریت مصرف را به عنوان بخشی از فرایند درمان مطرح می‌کنند، با اسناد سیاستی مربوط به کشور

سوئیس و سایر کشورهایی که این برنامه را اجرا کرده‌اند و نیز مبانی علمی و تخصصی حوزه اعتیاد همخوانی و تطابق ندارد. از سوی دیگر، یکی از اصول اولیه و بدیهی علم جامعه‌شناسی این است که «تجربه رخ داده در هر کشور، از جمله سوئیس، وابسته به زمینه و مسیر طی شده بوده و به دلیل تفاوت‌های تاریخی، اپیدمیولوژیک، حقوقی و اجتماعی قابلیت انتقال مستقیم به ایران ندارد؛ با این حال می‌تواند یکی از منابع طراحی و بومی‌سازی یک مدل متناسب با شرایط ایران باشد». به عبارت دیگر، همان‌طور که اشاره شد، راه‌اندازی اتاق مصرف در سوئیس ناشی از بحران‌های خاص آن جامعه بوده و اجرای آن نیز مبتنی بر ظرفیت‌های قانونی و سیاسی امکان‌پذیر شده است. این استدلال که چون سوئیس انجام داده است، پس ما هم باید در ایران همان طرح را انجام دهیم، چندان قابل دفاع و منطقی نیست.

– **تعارض آشکار اتاق مصرف با بندهای «۵» و «۶» سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر:** از دیگر استدلال‌های مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر برای پیشبرد ایده و طرح مدیریت مصرف مواد مخدر، استناد به بندهای «۵» و «۶» سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر است. بند «۵» این سیاست‌ها بیان می‌کند که در کشور باید هرگونه مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آنها به‌جز در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه‌های مصوب درمان و کاهش آسیب جرم‌انگاری شود.

در شرایطی که منظور و هدف بند فوق کاملاً مشخص و واضح است، مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر تلاش دارند تا با طرح مفاهیمی مانند «مدیریت مصرف مواد مخدر پزشکی»، پشتوانه‌ای برای رسمیت بخشیدن به توزیع انواع مواد مخدر در اتاق‌های مصرف تهیه کرده و طرح مورد نظر خود را پیگیری کنند. این درحالی است که بند فوق در ضرورت جرم‌انگاری هرگونه مصرف مواد مخدر صراحت تام داشته و منظور از مصارف علمی، پزشکی و صنعتی نیز در آن مشخص است. از سوی دیگر، برنامه‌های مصوب درمان و کاهش آسیب در کشور نیز دارای اسناد و دستورالعمل علمی و دقیق بوده و مبتنی بر آنها، ارائه برخی داروهای مخدر پایه مانند متادون و شربت تریاک در راستای درمان و کاهش آسیب پیش‌بینی شده و تاکنون نیز تاحدامکان عملیاتی شده است. بر همین اساس، به نظر می‌رسد که هیچ‌گونه زمینه و مجرای برای اینکه بتوان «توزیع و مصرف رسمی و قانونی مواد مخدر» را در قالب اتاق‌های مصرف و تحت عنوان استثنای پزشکی یا برنامه درمان و کاهش آسیب توجیه کرد، وجود ندارد.

در بند «۶» از سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر نیز به «ضرورت ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف کاهش آسیب‌های اعتیاد و جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به مواد پرخطر» اشاره شده است. در این مورد نیز، مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر تلاش دارند تا به رسمیت شناختن توزیع و مصرف مواد مخدر را تحت عنوان مدیریت مصرف و در قالب اتاق‌های مصرف، به‌عنوان یکی از مصادیق جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر قلمداد کنند. حال آنکه، چنین برداشتی از بند فوق به‌وضوح نادرست و خلاف مبانی علمی و تخصصی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اصلی‌ترین سازوکارهای لازم برای جلوگیری از تغییر مصرف مواد کم‌خطر به پرخطر، توزیع و ترویج انواع مواد مخدر کم‌خطر نیست؛ بلکه شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر، انجام مداخلات کوتاه و مشاوره انگیزشی، آموزش و کاهش آسیب، تقویت عوامل محافظت‌کننده و ... است. در ادبیات



علمی، این موضوع با مفاهیمی مانند پیشگیری انتخابی،^۱ پیشگیری موردی^۲ و مداخله زودهنگام^۳ بررسی می‌شود؛ و اصل اساسی در این رابطه این است که الگوی مصرف بیش از نوع ماده مصرف شده تعیین‌کننده میزان خطر است [۳۱].

- **مدیریت مصرف مواد مخدر پزشکی، اصطلاحی تخصصی نیست:** همچنان که در بخش چارچوب مفهومی نشان داده شد، ادبیات علمی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در جهان مشخص بوده و مورد وفاق متخصصان نیز قرار گرفته است؛ در این ادبیات، تعبیری با عنوان «مدیریت مصرف مواد مخدر» و یا «مواد مخدر پزشکی شده» به کارگیری نشده و رایج نیست؛ درواقع، نزدیک‌ترین اصطلاح تخصصی به موارد ذکر شده عبارت است از «اتاق مصرف مواد مخدر». این برنامه معطوف به تمهید و تجهیز مراکزی مشخص برای تعداد بسیار محدودی از افراد دارای سوءمصرف مواد مخدر است که دارای الگوهای پرخطر مصرف، به‌ویژه افراد حاشیه‌ای و سخت‌دسترس که دسترسی محدودی به خدمات سلامت دارند، طراحی شده است و یکی از اهداف آن ایجاد پیوند با خدمات درمانی و اجتماعی است. درنظر گرفتن این برنامه به عنوان یک مداخله درمانی، امری بلاوجه و خلاف اصول تخصصی حوزه درمان اعتیاد است. ازسوی دیگر، تقلیل کل حوزه کاهش آسیب و انواع اقدامات قابل انجام به ایجاد «اتاق مصرف مواد مخدر» نیز، نه‌تنها منجر به محدود شدن برنامه‌های حوزه اعتیاد می‌شود، بلکه تنوع اقدامات را نیز سرکوب می‌کند.

براساس بررسی‌های این گزارش، تعبیر «مدیریت مصرف» یا «مدیریت مصرف مواد مخدر» در استانداردهای سازمان جهانی بهداشت و دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرایم سازمان ملل^۴ عنوانی استاندارد با تعریف عملیاتی مشخص محسوب نمی‌شود و لازم است پیش از ارزیابی، نسبت آن با مفاهیمی مانند درمان اختلال مصرف مواد، کاهش آسیب، مصرف تحت نظارت و عرضه کنترل‌شده دارویی به‌طور دقیق مشخص شود. آنچه در این زمینه مطرح بوده و به‌صورت محدود در برخی از کشورها در حال پیگیری یا اجراست، سیاست‌هایی مانند جرم‌زدایی از مصرف برخی مواد مخدر، قانونی‌سازی توزیع و مصرف محدود مواد مخدر و یا ایجاد اتاق مصرف است. البته در تعداد محدودی از کشورها ماده‌ای با عنوان هروئین دارویی^۵ فقط برای افراد دارای وابستگی شدید به هروئین و در قالب یک برنامه درمانی تخصصی استفاده می‌شود. این ماده با هروئین غیرقانونی یکسان نبوده و صرفاً دارویی استاندارد شده و تحت نظارت است که به‌شدت کنترل شده و همراه با مراقبت پزشکی و روانی- اجتماعی ارائه می‌شود. برای مثال، در سوئیس در سال ۲۰۲۴، فقط حدود ۱۸۰۰ نفر در ۲۲ مرکز تخصصی سرپایی این درمان را دریافت کرده‌اند [۳۲].

- **اغراق و بزرگ‌نمایی درباره نرخ مرگ‌ومیر ناشی از مواد مخدر:** گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت نشان‌دهنده این است که میانگین نرخ جهانی مرگ‌ومیر ناشی از مواد مخدر حدود ۷ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال است. عدد مربوط به این شاخص در کشورهای مختلف متفاوت است، مثلاً در اسکاتلند این عدد برابر با ۳۰.۸ در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است. آمارها نشان‌دهنده آن است که نرخ مرگ‌ومیر ناشی از سوءمصرف مواد مخدر در ایران در بالاترین حالت در سال ۱۴۰۳ حدود ۷ هزار نفر بوده است. چنانچه این عدد را مبتنی بر شاخص جمعیتی ۱۰۰ هزار نفر محاسبه

1. Selective Prevention

2. Indicated Prevention

3. Early Intervention

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

5. Pharmaceutical Diamorphine

کنیم، به عددی حدود ۸ خواهیم رسید. به بیان دیگر، نرخ مرگ‌ومیر ناشی از سوءمصرف مواد مخدر در ایران تقریباً مشابه با میانگین جهانی و سایر کشورهاست. لذا استناد به گزاره‌ای که تعداد مرگ‌ومیر ناشی از مواد مخدر در کشور را در راستای توجیه ضرورت ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر، بحرانی جلوه می‌دهد چندان منطقی و مستند محسوب نمی‌شود. درواقع، بزرگنمایی صورت گرفته در این زمینه، با واقعیت‌های میدان اعتیاد و مستندات علمی سازگاری ندارد؛ این به معنای آن است که این شاخص به تنهایی نمی‌تواند مبنای رد یا تأیید ضرورت یک مداخله کاهش آسیب قرار گیرد.

– **اتاق مصرف ذیل سیاست کاهش آسیب است نه درمان:** برخلاف آنچه در سخنان مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر مشهود است، اتاق مصرف جزئی از برنامه درمان اعتیاد محسوب نمی‌شود؛ بلکه ذیل سیاست کاهش آسیب قرار دارد. سیاست کاهش آسیب نیز اساساً تأکید و اصرار ویژه‌ای برای وارد کردن افراد در فرایند درمان ندارد، هرچند در این راستا تلاش می‌کند. لذا، استدلال برخی از افراد پیگیری‌کننده این طرح که از ایده مدیریت مصرف به عنوان فرایندی برای درمان اعتیاد یاد می‌کنند، اساساً با مبانی علمی و تجربی درمان و کاهش آسیب اعتیاد همخوانی نداشته و بیانی غیرکارشناسی محسوب می‌شود.

۲-۵. نقدها و ابهامات توزیع قانونی مواد مخدر با عنوان مدیریت مصرف

همان‌طور که در بخش پیش نشان داده شد، به نظر می‌رسد که سناریو اصلی که مدافعان ایده مدیریت مصرف مورد نظر دارند، همان مقوله توزیع قانونی مواد مخدر براساس کارت شناسایی و تعیین سهمیه است. این سناریو بیش از سناریو ایجاد اتاق مصرف با ابهام و نقد مواجه است و پیامدها و آثار اجرای احتمالی آن نیز ویرانگر و غیرقابل کنترل خواهد بود؛ در ادامه به برخی از نقدها و ابهام‌های که توسط متخصصان و صاحب‌نظران حوزه اعتیاد به فرایند و محتوای چنین سناریویی وارد شده است، اشاره می‌گردد.

جدول ۴. برخی از مهم‌ترین چالش‌های مدیریت مصرف براساس کارت سهمیه

چالش‌های مرتبط با سیاست کنترل مواد مخدر	چالش‌های مرتبط با نظام پیشگیری و درمان	چالش‌های حقوقی و سیاسی	چالش‌های فرهنگی، دینی و اجتماعی
ناتوانی در کنترل مؤثر عرضه مواد مخدر و استمرار تقاضا برای مواد غیرقانونی	کاهش کارآمدی و تضعیف جایگاه برنامه‌های پیشگیری	تعارض با اسناد بالادستی، سیاست‌های کلی و قوانین ملی	تعارض با برخی مبانی فقه اسلامی و دیدگاه‌های شرعی
احتمال افزایش شیوع و بروز اختلال مصرف مواد در جامعه	احتمال تضعیف یا تغییر کارکرد مراکز درمان اعتیاد موجود	ابهام در امکان کنترل و مدیریت عرضه مواد مخدر توسط دولت در چارچوب چنین سیاست‌هایی	تعارض با برخی اصول قانون اساسی و ارزش‌های انقلاب اسلامی
نهادینه شدن اقتصاد غیرقانونی مواد مخدر و تقویت بازارهای زیرزمینی	کاهش انگیزه معتادان برای ورود به برنامه‌های درمانی و ترک اعتیاد	استناد ناکافی یا غیرموجه به هزینه‌های بالای سیاست‌های مقابله با مواد مخدر به عنوان مبنای تغییر رویکرد	ناسازگاری این سیاست با نگرش و خواست بخش قابل توجهی از افکار عمومی

مأخذ: همان.



- **ناتوانی در کنترل عرضه و تداوم تقاضای مواد مخدر غیرقانونی:** توزیع قانونی مواد مخدر با عنوان مدیریت مصرف، قاعداً و در گام نخست مستلزم توجه به ویژگی‌های جامعه هدف و شرایط و تمایلات مصرف‌کنندگان مواد مخدر در کشور است. برخی از طرفداران این ایده به صورتی ساده‌اندیشانه و خوش‌بینانه تصور می‌کنند که از طریق توزیع دولتی می‌توان غالب مصرف‌کنندگان مواد را جذب کرده و برای ایشان شناسنامه مصرف صادر کرد. این درحالی است که بنابر گزارش‌های ارائه شده توسط درمانگران حوزه اعتیاد، بخشی از مراجعه‌کنندگان مراکز درمانی ذیل ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر، به‌ویژه مراکز درمان سرپایی اعتیاد، افرادی هستند که به‌دلیل ملاحظات خانوادگی، شغلی، اجتماعی یا شخصیتی هیچ‌گونه تمایلی برای افشای هویت رسمی خود و ثبت و ضبط آن توسط نهادهای رسمی ندارند. این گونه افراد که به مرور زمان و طی بیش از بیست سال فعالیت این مراکز درمانی، اعتماد و تمایل‌شان برای قرار گرفتن تحت برنامه‌های درمان و کاهش آسیب جلب شده است، قاعداً با قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر نیز گرایش و تمایلی برای حضور در برنامه‌های رسمی توزیع دولتی نداشته و به بازار غیررسمی رجوع خواهند داشت.

- **امکان افزایش شیوع و بروز اعتیاد:** مطالعات و بررسی‌ها گویای آن است که سوءمصرف تریاک و اعتیاد به آن در جامعه ایران دارای تاریخچه‌ای نسبتاً طولانی است [۳۳] و قدمتی حداقل چند صدساله دارد؛ این وضعیت، در کنار سایر ویژگی‌ها و مختصات خاص فرهنگی- اجتماعی جامعه ایران، باعث می‌شود که امکان هرگونه مقایسه و تطبیق با سایر جوامع و کشورهایی از جمله سوئیس، در زمینه چپستی و چگونگی تعیین سیاست‌ها و قوانین حوزه اعتیاد فراهم نباشد. به‌عبارت‌دیگر، این شرایط تاریخی- اجتماعی باعث تأثیرگذاری بر هرگونه سیاستگذاری و تصمیم‌گیری در حوزه مبارزه با مواد مخدر و کاهش اعتیاد است. به‌عنوان مثال، ممکن است قانونی‌سازی یا حتی آزادسازی عرضه مواد مخدر در کشوری مانند سوئیس، با توجه به زمینه تاریخی مصرف مواد و ظرفیت‌های کنترل و نظارت قانونی، نسبت مستقیمی با افزایش سوءمصرف و اعتیاد نداشته باشد؛ اما در جامعه ایران، این پیشینه تاریخی باعث می‌شود که هرگونه به رسمیت شناختن و توزیع قانونی مواد مخدر با سابقه تاریخی حوزه مصرف درهم ترکیب شده و به گسترش شیوع و بروز اعتیاد منجر شود. ضمن آنکه، قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر از طریق افزایش امکان دسترسی به مواد مخدر و از بین بردن قبح اجتماعی مصرف آن، احتمالاً شیوع و بروز اعتیاد را بیشتر خواهد کرد. همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، گسترش شیوع و بروز اعتیاد، در تجربه‌های قانونی‌سازی کشت خشخاش و توزیع دولتی تریاک پیش از انقلاب اسلامی نیز چندمراتبه به وقوع پیوسته است [۳۴]. مشابه با این یافته، در کشورهای دیگری نظیر سوئد نیز تکرار شده است؛ به‌نحوی که برنامه توزیع مواد مخدر به شیوع و بروز بیشتر این پدیده منجر گردیده و ناگزیر بعد از چند سال کنار گذاشته شده است. به‌طوری‌که در ادبیات تخصصی حوزه اعتیاد در کشور سوئد، از این برنامه با عنوان یک «شکست سیاسی» یاد می‌شود [۳].

- **نهادینه شدن اقتصاد مواد مخدر در اقتصاد کلان:** همچنان که تجربه کشت و توزیع قانونی مواد مخدر طی چند مقطع زمانی در دوره پیش از انقلاب اسلامی نشان می‌دهد، دولتی کردن توزیع مواد مخدر می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد انواعی از درآمدها برای دولت شده و زنجیره اقتصادی خود را شکل دهد. چنین شرایطی به وابستگی بخشی از اقتصاد کلان کشور به این موضوع منجر شده و هرگونه امکان تغییر رویکرد را بیش‌ازپیش دشوار خواهد کرد. به‌عنوان نمونه،

کشور افغانستان هم‌اینک به‌شدت با این چالش دست‌به‌گریبان است و به‌دنبال راهکارهایی برای جایگزینی اقتصاد خشکاش در تولید ناخالص ملی است.

بی‌معنا و بی‌کارکرد شدن مقوله پیشگیری: در شرایطی که بندهای «۴، ۹، ۱۰» از سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر بر امر پیشگیری از اعتیاد تأکید دارند، توزیع قانونی مواد مخدر با عنوان یا هدف مدیریت مصرف، در تعارض با تصریح صورت گرفته بر امر پیشگیری قرار دارد. درواقع، این نوع سیاست نه‌تنها به بلاموضوع شدن مقوله پیشگیری در امر مبارزه با مواد مخدر منجر می‌شود؛ بلکه نوعی تناقض هویتی - گفتمانی در رابطه با چیستی و کارکرد دولت ایجاد می‌کند. به‌عبارت دیگر، مخاطب می‌تواند سؤال کند که دولت چطور هم‌زمان می‌تواند هم دعوت به پیشگیری کند و هم مواد مخدر باکیفیت و ارزان در اختیار افراد دچار اعتیاد قرار دهد؟

تهدید و تضعیف رویکردها و مراکز درمانی موجود: بحث از توزیع قانونی مواد مخدر با هدف مدیریت مصرف در کشور در شرایطی انجام می‌شود که بیش از دو دهه از عمر مراکز درمان سرپایی اعتیاد که با تعدادی حدود ۱۰ هزار مرکز بیشترین تعداد و فراوانی را در بین مراکز درمان اعتیاد در کشور دارند، گذشته است. این مراکز که با هدف درمان (و کاهش آسیب) اعتیاد راه‌اندازی شده‌اند، مبتنی بر روندهایی قانونی و تحت نظر تیم درمان اقدام به تجویز داروهای آگونستی مانند متادون و شربت تریاک می‌کنند و بنابر گزارش‌های رسمی موجود بالغ بر یک میلیون و چهارصد هزار نفر بیمار را تحت پیگیری دارند [۳۵]. نکته قابل توجه این است که با سیاست قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر، این مراکز که اثربخشی و کارکردهای خود را در سطح ملی و جهانی نشان داده‌اند؛ اساساً از موضوعیت خارج شده و تضعیف خواهند شد.

تضاد با اسناد و سیاست‌های بالادستی: با توجه به اینکه مبتنی بر بند «۱» از اصل (۳) قانون اساسی، دولت جمهوری اسلامی موظف به «ایجاد محیط مساعد برای رشد فضایل اخلاقی براساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی» است؛ اساساً به رسمیت شناختن هرگونه توزیع دولتی مواد مخدر به افراد دچار اعتیاد در تعارض با متن صریح قانون اساسی است. ازسوی دیگر، بند «۱» از سیاست‌های کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر (ابلاغی ۱۳۸۴)، بر «مبارزه فراگیر و قاطع علیه کلیه فعالیت‌ها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آنها از قبیل کشت، تولید، ورود، صدور، نگهداری و عرضه مواد» تأکید دارد؛ بر همین اساس، سیاست قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر و به دست گرفتن عرضه با سیاست‌های کلی نظام نیز همخوانی نداشته، مخالف آن است.

تعارض با مبانی فقهی شریعت اسلام: فارغ از همه آثار و پیامدهای مطرح شده در حوزه‌های مختلف، بحث از قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر در ایران در شرایطی صورت می‌گیرد که به‌نظر می‌رسد ابعاد و پیامدهای شرعی و فقهی این موضوع به‌قدر کافی مورد توجه و ملاحظه قرار نگرفته است؛ این درحالی است که مبتنی بر اصل (۴) قانون اساسی، «کلیه قوانین و مقررات مدنی، جزایی، مالی، اقتصادی، اداری، فرهنگی، نظامی، سیاسی و غیر اینها باید براساس موازین اسلامی باشد». بر همین اساس، توجه به رویکرد دینی و نظر مراجع تقلید در حوزه مواد مخدر و توزیع قانونی آن امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

در این زمینه، طی دهه‌های گذشته فقها و مراجع عظام تقلید به‌دلیل زبان‌های جسمی، عقلی، اجتماعی و خانوادگی



فراوان مواد مخدر، آن را تحریم کرده و فتاویٰ روشنگرانه‌ای درباره تولید، توزیع و مصرف آن صادر کرده‌اند. به عنوان نمونه، آیات عظام فاضل لنکرانی، بهجت، سبحانی، بروجردی، مکارم شیرازی، صافی گلپایگانی و امام خمینی (ره) هریک به نحوی مصرف تریاک و اعتیاد به آن را شرعاً جایز ندانسته و یا مطلقاً حرام اعلام کرده‌اند. در این میان برخی از این مراجع بزرگوار مانند آیت الله مکارم شیرازی و صافی گلپایگانی هرگونه کشت و خرید و فروش تریاک را نیز جزو محرمات دانسته‌اند [۳۶]. از جمله دلایل حرمت مواد مخدر و تریاک که در منابع و کتب دینی به آن استناد شده است، می‌توان به مواردی مانند جلوگیری از بروز فساد اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد و اعتیاد، حرمت شرعی اسراف و تبذیر در عمر و مال، حرمت اضرار به نفس و ... اشاره کرد؛ نکته قابل توجه این است که در صورت قانونی سازی توزیع مواد مخدر، قاعداً این پیامدها در زمینه سوء مصرف مواد مخدر به وقوع خواهند پیوست. چراکه استعمال مواد مخدر و صرف مال و اموال در این راه، از مصادیق روشن القای نفس در تهلکه است و حرمتی مضاعف دارد. وانگهی، گذشته از اضرار به نفس و تبذیر مال، باعث اذیت و آزار بستگان نیز می‌شود. بی تردید، اذیت کردن پدر و مادر به این شکل، از محرمات بزرگ الهی و عاق والدین محسوب می‌شود [۳۷]. مسئله وجوب جلوگیری از ضرر در فقه شیعه و اهل سنت به حدی اهمیت دارد که فقها در مواردی مثل روزه با احتمال ضرر، وجوب آن را منتفی دانسته و حتی به حرمت آن فتوا داده‌اند؛ از این رو، در مورد مواد مخدر در جایی که ضرر آن قطعی است به یقین استعمال آن حرام خواهد بود [۳۶].

- تضاد با خواست و نظر اکثریت مردم: اصرار برخی از افراد و گروه‌ها بر قانونی سازی توزیع مواد مخدر در قالب مدیریت مصرف، در شرایطی اتفاق می‌افتد که بنا بر پیمایش‌ها و پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه [۳۸]، مسئله اعتیاد همچنان از نظر عموم مردم یکی از اولویت‌دارترین آسیب‌های اجتماعی جامعه ایران است که نظام حکمرانی باید در مورد آن مداخله و اقدام کند. درواقع، در این حوزه هنوز هم مردم اعتیاد را امری ناپسند تلقی می‌کنند و هرگونه اقدام برای کاشت، تولید و توزیع مواد مخدر را قبیح می‌شمارند. در این شرایط، مشخص نیست که دغدغه افرادی که حامی ایده قانونی سازی توزیع مواد مخدر هستند، اساساً از کدام واقعیت بیرونی نشئت می‌گیرد؟ چراکه در مورد مقوله اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر، بدنه جامعه همچنان به صورت مشترک و هماهنگ قائل به ضرورت مقابله با اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر است؛ لذا به نظر می‌رسد که اصرار برای قانونی سازی توزیع مواد مخدر برگرفته از نوعی خطای تحلیل است. چراکه جامعه در مورد مواد مخدر همچنان نظرش بر ممنوعیت و زشتی آن است و در چنین شرایطی برخی از افراد حاضر در نظام تصمیم‌گیری می‌خواهند به صورت پیش‌دستانه این وضعیت مذموم را به رسمیت شناخته و قانونی کنند؛ درحالی‌که مفسده و تالی فاسد مقوله توزیع مواد مخدر قطعی و عینی است. درواقع در موضوع قانونی سازی توزیع مواد مخدر، سیاستگذار به جای آنکه پیرو خواست و اراده عموم مردم باشد، به صورت پیش‌دستانه و ناموجه، به دنبال تغییر روال‌های موجود و نظر و دیدگاه ایشان است. همچنین با توجه به بافت مذهبی جامعه ایران، به احتمال زیاد ایده ایجاد اتاق‌های مصرف و یا توزیع قانونی مواد مخدر با واکنش‌هایی در جامعه مواجه خواهد شد و زمینه نارضایتی و اعتراضات اجتماعی را فراهم خواهد کرد.

- تعارض با اصول قانون اساسی و ارزش‌های انقلاب اسلامی: بسیاری از بزرگان و صاحب‌نظران، انقلاب اسلامی را اساساً انقلابی فرهنگی و معنایی می‌دانند؛ درواقع بازگشت به ارزش‌های اصیل انسانی و دینی جزو اهداف اصلی انقلاب

اسلامی و آرمان‌های انقلابیون بوده است. از جمله این ارزش‌ها، زندگی بر مدار هنجارهای دینی و ملی و دوری از هرگونه فساد و تباهی فردی و اجتماعی است و در شرایطی که اعتیاد و سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مصادیق بارز و برجسته فساد فردی و اجتماعی تلقی می‌شود، چگونه می‌توان آن را به این صورت عریان به رسمیت شناخته و از توزیع قانونی مواد مخدر سخن گفت؟ به بیان دیگر، بخشی از هویت و ماهیت انقلاب اسلامی ایران که مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی و دینی است، مقابله و مبارزه با مصادیق فسق و فجور و فساد مانند اعتیاد به مواد مخدر است. به نحوی که این موضوع در بند «۱» از اصل (۳) قانون اساسی نیز ذکر شده، و دولت مکلف به «ایجاد محیط مساعد برای رشد فضایل اخلاقی براساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی» شده است. حال چگونه می‌توان در قالب و چارچوب نظامی با این ارزش‌ها و اصول، از توزیع مواد مخدر با هدف مدیریت مصرف سخن گفت؟ در واقع، توزیع قانونی مواد مخدر با هر عنوانی که انجام شود، به معنای تغییر پارادایمی بنیادین در رویکردهای نظام حکمرانی به مسئله اعتیاد است؛ و در این زمینه برخی از دغدغه‌مندان به درستی استدلال می‌کنند که این رویکرد با اصول اولیه و اساسی انقلاب اسلامی و نظام جمهوری اسلامی همخوانی و تناسب ندارد. اتخاذ این رویکرد برای جامعه حاوی این پیام است که گویی نظام حکمرانی در حال پشت پا زدن به آرمان‌های خود و استحاله یا افول است.

- عدم امکان کنترل و مدیریت عرضه مواد مخدر توسط دولت: یکی از اصلی‌ترین توجیهات و دلایل پیگیری ایده مدیریت مصرف مواد مخدر توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، تلاش برای کنترل بازار عرضه و تقاضا و حذف قاچاقچیان عنوان شده است. این رویکرد عمدتاً با استناد به گزاره‌هایی مانند «اگر ما خودمان مواد مخدر با کیفیت به دست مصرف‌کنندگان برسانیم، دیگر نیازی به مراجعه به قاچاقچیان ندارند و بازار قاچاق ریشه‌کن می‌شود» و ... صورت می‌گیرد. این در حالی است که سوء مصرف مواد مخدر معضلی بین‌المللی بوده و غالب کشورهای جهان به‌انحای مختلف با آن دست‌به‌گریبان هستند؛ به طوری که براساس آخرین گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل^۱ در سال ۲۰۲۴، بیش از ۳۳۱ میلیون نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان (معادل ۶.۲ درصد جمعیت این گروه سنی) مواد اعتیادآور مصرف کرده‌اند و ۶۳ میلیون نفر، معتاد به مصرف انواع مواد بوده‌اند. کشور ایران نیز در موقعیت خاصی در جهان قرار گرفته و مسیر ترانزیت مواد مخدر از شرق به غرب محسوب می‌شود و خواه‌ناخواه با موضوع قاچاق مواد مخدر مواجه خواهد شد. بر همین اساس تصور اینکه، از طریق توزیع دولتی مواد مخدر یا ایجاد اتاق مصرف، بازار قاچاق مواد مخدر به‌طور کل یا به‌صورت قابل توجهی کاهش یابد، با واقعیت‌های میدان اعتیاد در ایران و منطقه غرب آسیا همخوانی ندارد.

- استناد نابجا به هزینه‌های رویکرد مبارزه با مواد مخدر: یکی دیگر از استدلال‌هایی که موافقان ایده مدیریت مصرف مطرح می‌کنند، این است که جمهوری اسلامی طی چند دهه اخیر در راه مبارزه با مواد مخدر هزینه‌های مادی و معنوی خیلی زیادی پرداخته است. مثلاً در این زمینه به تعداد حدود ۴ هزار شهید و ۱۲ هزار جانباز مسیر مبارزه با مواد مخدر اشاره می‌شود و این طور القا می‌شود که با تغییر رویکرد و توزیع مواد مخدر توسط دولت، دیگر هیچ‌گونه عمل خلاف قانون و جرمی در این حوزه اتفاق نخواهد افتاد. این در حالی است که مبتنی بر اصول اولیه و بدیهیات حوزه

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



جرم‌شناسی و جامعه‌شناسی جرم، چنین برداشتی اساساً غیرواقع‌بینانه و اشتباه است. چراکه، اولاً همان‌طور که پیشتر اشاره شد، بازار عرضه و تقاضای مواد مخدر بین‌المللی است و با فرض اینکه دولت خودش متولی توزیع مواد مخدر شود، به‌هرحال وضعیت تولید در کشورهایی مانند افغانستان و کشش بازار در کشورهای همسایه ایران یا کشورهای اروپایی که مسیر ترانزیت مواد به آنها از ایران می‌گذرد، تغییری نخواهد داشت. لذا، اولاً بخش قابل توجهی از افراد دارای اعتیاد، به‌دلیل ملاحظات خانوادگی، اجتماعی، شغلی و ... اساساً مخاطب مراکز توزیع دولتی مواد مخدر نشده و کماکان مواد مورد نیاز خود را از بازار غیرقانونی تهیه خواهند کرد. همچنان که، هم‌اکنون نیز در مورد توزیع شربت اپیوم یا متادون، بخش بسیار زیادی از افراد، این داروهای مخدر را از عطاری‌ها و مبادی غیرمجاز تهیه می‌کنند. ثانیاً، به‌هرحال وضعیت جدید ایجاد شده نیز خود یک وضعیت حقوقی است و حدود و ثغوری برای آن تعیین شده است که عدول از آن تخلف یا جرم محسوب شده و نیازمند مواجهه انتظامی و سخت است. همچنین به‌نظر می‌رسد که استناد به تعداد شهدا و جانبازان برای توجیه قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر، دلیل درست و قانع‌کننده‌ای برای این طرح نمی‌باشد. چراکه در موضوعات دیگری از قبیل مبارزه با شرارت یا سرقت یا سایر مصادیق تأمین امنیت جامعه نیز تعداد شهدا و جانبازان قابل توجه بوده است.

۳-۵. نقدها و ابهامات به فرایند طرح و پیگیری ایده مدیریت مصرف

- **ناهماهنگی در نظرات و دیدگاه‌های مسئولان دبیرخانه ستاد:** در بخش قبل به مهم‌ترین نظرات و دیدگاه‌های مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر درباره ایده و طرح مدیریت مصرف اشاره شده است؛ همچنان که مشخص است، تعریف و برداشت مشخص و دقیقی از مقوله مدیریت مصرف در این بیانات ارائه نشده و گاهی ناهماهنگی‌های اساسی در این زمینه ابراز شده است. به‌عنوان مثال، مدیرکل درمان ستاد در تاریخ ۱۲ شهریور ۱۴۰۴ به الزاماتی در زمینه اجرای طرح مدیریت مصرف اشاره کرده‌اند که براساس آن جمعیت مشمول آن را تعداد محدود و مشخصی از افراد با شاخص‌های خاص تعیین می‌کند. اما دبیر ستاد در تاریخ ۵ مهر ۱۴۰۴ از مخاطب ۲ میلیون و پانصد هزار نفری برای این طرح سخن گفته است. درچنین شرایطی واقعاً برای مخاطبان و حتی دستگاه‌های ذی‌ربط حاضر در جلسات مرتبط با طرح مذکور، مشخص نشده است که برداشت مورد نظر از مدیریت مصرف چیست؟ آیا توزیع کارت سهمیه (کوپن) دریافت مواد مورد نظر است؟ آیا منظور ایجاد اتاق مصرف است؟ برای چه نوع مواد مخدری؟ در چه مکانی؟ و ...

- **نامشخص بودن طراحان ایده مدیریت مصرف و نگارندگان اسناد:** یکی از نقدهای مهم وارد بر روند پیگیری طرح تحول درمان و ایده مدیریت مصرف توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، عدم شفافیت در فرایند طرح این موضوعات، نامشخص بودن طراحان اصلی ایده و تولیدکنندگان اسناد مربوطه است. این در شرایطی است که یکی از اصلی‌ترین معیارهای قضاوت و داوری درباره اعتبار یک سند یا متن، بررسی سوابق تخصصی و تجربی نگارندگان آن است؛ اینکه سند پشتیبان یا آیین‌نامه‌ای در حوزه مدیریت مصرف مواد مخدر تدوین شده و نویسندگان اصلی آن مشخص نباشند، منجر به‌نوعی بی‌اعتمادی برای مخاطبان و ذی‌نفعان خواهد شد. ضمن آنکه، درچنین حالتی عملاً هیچ‌کس محتوای سند مذکور را برعهده نگرفته و بعداً امکان نقد فرایند طی شده و بهبود و اصلاح وضعیت، بیش‌ازپیش دشوار خواهد شد.

- در حاشیه قرار گرفتن نظر متخصصان و دستگاه‌های تخصصی: طی جلسات برگزار شده درباره آیین‌نامه تدوین شده با عنوان «آیین‌نامه اجرایی مراکز درمان، کاهش آسیب و مدیریت مصرف مواد مخدر» تقریباً همه کارشناسان حاضر از دستگاه‌های تخصصی حوزه مبارزه با مواد مخدر، با ایده مدیریت مصرف مواد مخدر و نوع صورت‌بندی ارائه شده از آن مخالف بوده و آن را امری غیرقابل اجرا و نامطلوب می‌دانستند. این وضعیت درباره جلسات برگزار شده با برخی صاحب‌نظران اصلی حوزه اعتیاد در کشور نیز عیناً تکرار شده است؛ به‌طوری‌که به‌رغم مخالفت صریح و هشدارهای این افراد درباره ناممکن و نامطلوب بودن پیگیری ایده مدیریت مصرف در کشور، همچنان این موضوع در دستور کار قرار داشته و بر اجرای آن اصرار شده است.

- سرعت و شتاب‌زدگی در اقدامات تحولی: اگرچه در پیش گرفتن رویکرد تحولی اقدامی لازم و مثبت تلقی می‌شود، اما این اقدام باید مبتنی بر ارزیابی دقیق عملکرد و اثربخشی وضعیت پیشین انجام شده و درصدد رفع نقاط ضعف و کاستی‌های آن برآید. همچنین این تلاش باید در بازه زمانی مناسب و به‌دوراز هرگونه تعجیل و شتاب‌زدگی رقم بخورد؛ تصور اینکه می‌توان طی یک یا دو سال، تمامی حوزه‌های مرتبط با مواد مخدر را دچار تحول کرد، با واقعیت‌های میدان اعتیاد در ایران به‌هیچ‌عنوان سازگار نیست. ایجاد تغییر امری بطئی و تدریجی است و در صورت وقوع دفعی و یک‌باره منجر به ایجاد تنش در برنامه‌های جاری شده و پیامدهای منفی به‌دنبال خواهد داشت. ازسوی دیگر، اجرای تغییرات اساسی بدون طی مراحل کارشناسی، اجرای آزمایشی،^۱ ارزیابی پیامدها و اجماع ذی‌نفعان، احتمال بروز خطا و کاهش اثربخشی را افزایش می‌دهد.

- عدم ابتدای طرح تحول درمان بر نظام مسائل حوزه اعتیاد: بدیهی است که هرگونه تغییر در سیاست، برنامه یا اقدام باید مبتنی بر بررسی دقیق و علمی برنامه‌ها و اقدامات جاری و پیشین بوده و در راستای بهینه‌سازی و رفع نواقص و چالش‌های آن برآید. بی‌توجهی به ارزیابی تجارب پیشین به‌منزله شروع برنامه‌ریزی و اقدام از نقطه صفر و آزمون و خطای چندباره خواهد بود. در این زمینه، نظام مسائل حوزه اعتیاد در کشور طی سال‌های گذشته به‌صورت دقیق در قالب برخی اسناد بالادستی [۱۱] و گزارش‌های کارشناسی [۳۹ و ۴۰] صورت‌بندی و مطرح شده است. ازجمله این چالش‌ها می‌توان به ضعف در تولی‌گری و هماهنگی، عدم توازن در پیگیری سیاست‌ها، ناتوانی در نظارت بر برنامه‌ها و اقدامات و ... اشاره کرد. توجه به تمرکز به این مسائل اصلی و واقعی حوزه کنترل و کاهش اعتیاد، نشان می‌دهد که ایده مدیریت مصرف، هیچ‌گونه نسبت و تناسبی با ادبیات تخصصی و کارشناسی این حوزه نداشته و به صورتی دفعی و بی‌پشتوانه مطرح شده است.

۶. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

از چند دهه قبل تاکنون اعتیاد همچنان یکی از اولویت‌دارترین و فراگیرترین آسیب‌های اجتماعی در جامعه ایران است؛ بر همین اساس، تلاش‌های قابل توجهی در راستای کنترل و کاهش این معضل خانمان‌برانداز توسط متخصصان، نهادها،



سازمان‌ها، دستگاه‌های تخصصی، سمن‌ها و ... انجام گرفته است. به‌رغم همه این فعالیت‌ها، آمارها و شواهد میدانی حاکی از آن است که روند شیوع و بروز این پدیده نه‌تنها متوقف نشده، بلکه رو به افزایش بوده است. درچنین بستری، نهادها و دستگاه‌های مربوطه همواره به‌دنبال ایجاد اقداماتی در راستای افزایش اثربخشی سیاست‌ها و برنامه‌های کنترل و کاهش اعتیاد برآمده‌اند. در این زمینه، ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان متولی سیاستگذاری، هماهنگی و نظارت بر اقدامات و فعالیت‌های حوزه اعتیاد، در دولت چهاردهم به‌دنبال ایجاد مجموعه‌ای از اقدامات تحولی در این حوزه برآمده و طرح‌های تحولی مختلفی را در دستور کار پیگیری قرار داده است. ازجمله مهم‌ترین این برنامه‌های تحولی، طرح تحول درمان نام دارد؛ این طرح با تمرکز بر ایده «مدیریت مصرف مواد مخدر» در پی تغییر رویه‌های حوزه مبارزه با مواد مخدر در ایران برآمده است. با توجه به اینکه، ایده مدیریت مصرف بسیار زیربنایی و بنیادی بوده و اجرای آن عملاً به‌معنای تغییر رویکرد و پارادایم حاکم بر سیاستگذاری حوزه مبارزه با مواد مخدر در کشور است، گزارش حاضر برخی از چالش‌های مربوط به آن و پیامدهای ناشی از آن را تحلیل و بررسی کرده است.

بررسی‌های این گزارش نشان می‌دهد، به‌رغم آنکه ستاد مبارزه با مواد مخدر طی یک سال گذشته به‌صورت مکرر به طرح و ایده مدیریت مصرف اشاره کرده و از تمرکز بر آن خبر داده است، اما تاکنون تعریف مشخص و شفاف از آن ارائه نداده و سازوکار اجرای آن را نیز بیان نکرده است. مبتنی بر این وضعیت و با توجه به در دسترس قرار نگرفتن اسناد پشتیبان احتمالی تدوین شده توسط دبیرخانه ستاد، در گزارش حاضر به‌منظور صورت‌بندی تعریف مقوله «مدیریت مصرف» به اخبار رسمی منتشر شده از سخنرانی‌ها و مصاحبه‌های مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر با خبرگزاری‌ها استناد شده است.

۱-۶. دو سناریو اصلی مورد نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر

تحلیل و بررسی دیدگاه‌های مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر حاکی از آن است که گویا همچنان تعریف و چگونگی پیگیری و اجرای مقوله مدیریت مصرف برای ایشان نیز تصریح نشده و منقح نیست. به‌طوری‌که مسئولان مختلف، هریک به برداشت متفاوتی از این مفهوم اشاره داشته‌اند. باین‌حال، درمجموع براساس تحلیل محتوای مطالب ارائه شده توسط این مسئولان، دو سناریو یا برداشت اصلی از این مقوله قابل صورت‌بندی است؛ «مدیریت مصرف به‌معنای ایجاد اتاق مصرف» و «مدیریت مصرف به‌معنای توزیع مواد مخدر براساس کارت شناسایی و سهمیه‌بندی». اگرچه شواهدی ازجمله تأکید بسیار مسئولان ستاد بر لزوم حذف بازار قاچاق مواد مخدر و به دست گرفتن زنجیره توزیع و مصرف مواد حاکی از آن است که معنای اصلی مورد نظر این ستاد از ایده مدیریت مصرف، توزیع قانونی مواد مخدر سالم براساس کارت شناسایی و سهمیه‌بندی است؛ اما در این گزارش، ابعاد و جوانب هر دو سناریوی فوق‌الذکر بررسی گردیده است.

۲-۶. مدیریت مصرف به‌معنای ایجاد اتاق مصرف

همان‌طور که اشاره شد ظاهراً یکی از سناریوهایی که ستاد مبارزه با مواد مخدر در طرح مدیریت مصرف به‌دنبال اجرای آن است، ایجاد اتاق مصرف مواد مخدر است. در این زمینه، تحلیل محتوای نظرات مسئولان ستاد حاکی از آن است که ایجاد اتاق مصرف از نظر ایشان، متفاوت از اتاق تزریقی است که هم‌اکنون در برخی از کشورهای جهان در حال اجرا

است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد که منظور ستاد از اتاق مصرف، ایجاد فضایی ایمن و تحت نظارت برای سوء مصرف همه انواع مواد مخدر رایج در جامعه و چیزی بیش از اتاق تزریق است؛ در حالی که منابع علمی و تجارب جهانی، تاکنون اتاق مصرف را بیشتر معطوف به مقوله تزریق پیش‌بینی و اجرا کرده است. در این زمینه باید توجه داشت که اگرچه ایجاد اتاق تزریق به عنوان بخشی از سیاست کاهش آسیب، ممکن است در شرایطی بسیار خاص و در صورت رعایت پیش‌نیازهای مربوطه و فراهم شدن امکان اجرا و نظارت دقیق، لازم تشخیص داده شده و به صورت محدود و پایلوت آزمایش شود؛ اما ایجاد اتاق مصرف در معنای راه‌اندازی فضایی برای مصرف تحت نظارت همه انواع مواد مخدر، امری غیرقابل اجرا و مخالف با سیاست‌ها و قوانین بالادستی است.

پیگیری ایجاد اتاق تزریق در ایران نیز که به اذعان مسئولان ستاد برگرفته از تجربه کشور سوئیس در این زمینه است، با ابهامات و چالش‌هایی نسبتاً اساسی مواجه خواهد شد. اصلی‌ترین دلیل این مدعا این است که شکل‌گیری این ایده و سازوکار طرح و پیگیری آن در کشور به صورتی خودجوش و درون‌زا نبوده و برآمده از نظام مسائل واقعی حوزه کنترل و کاهش اعتیاد نمی‌باشد. اصلی‌ترین توجیهی که هم‌اکنون برای پیگیری این ایده توسط مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر مطرح می‌شود این است که چون در سوئیس اجرا شده و سوئیس هم کشور پیشرفته‌ای است، پس طرح خوبی است و قاعدتاً در کشور ما هم قابل اجرا خواهد بود. حال آنکه، به این موضوع اشاره نمی‌شود که اولاً، شکل‌گیری این طرح در سوئیس معطوف به شرایط بحرانی و خاص آن کشور بوده و ادامه‌اش نیز متکی به ظرفیت‌های نظارت و کنترل قانونی شدید است. نه شرایط فعلی کشور ایران مانند سوئیس دهه ۸۰ میلادی است و نه ظرفیت‌های نظارت و اجرای قانون در دو کشور مشابه است. ثانیاً، تاکنون فقط حدود ۱۷ کشور در جهان که عمدتاً اروپایی هستند، به صورت بسیار محدود و کنترل شده این طرح را به اجرا درآورده‌اند؛ به طوری که هم‌اکنون حدود ۱۰۰ مرکز یا اتاق مصرف قانونی در جهان در حال فعالیت هستند. به عبارت دیگر، ایده و طرح اتاق مصرف همچنان طرحی نیمه‌تمام بوده و اثربخشی و آثار و پیامدهای آن به صورت علمی و دقیق به اثبات نرسیده است. ثالثاً، مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر، ایده مدیریت مصرف را به عنوان یکی از شیوه‌های درمان اعتیاد معرفی می‌کنند؛ حال آنکه، منابع علمی و اسناد سیاستی کشور سوئیس و سایر کشورهای اجراکننده به درستی این موضوع را بخشی از سیاست کاهش آسیب می‌دانند.

۳-۶. مدیریت مصرف به معنای توزیع قانونی مواد مخدر

چنانچه منظور ستاد مبارزه با مواد مخدر از مقوله مدیریت مصرف، صادر کردن کارت شناسایی برای افراد معتاد و توزیع قانونی مواد مخدر به صورت سهمیه هفتگی یا ماهانه باشد که ظاهراً چنین است؛ پیگیری طرح مدیریت مصرف، به مثابه تغییر پارادایمی اساسی در رویکردها و سیاست‌های مواجهه با مواد مخدر و اعتیاد در کشور محسوب می‌شود. بنابر مصاحبه صورت گرفته با متخصصان و صاحب‌نظران اعتیاد در کشور در این گزارش، اکثریت نزدیک به اتفاق این افراد با چنین تغییری مخالف بوده و پیامدهای ویرانگری را برای آن پیش‌بینی کرده‌اند. چراکه اولاً تجربه قانونی‌سازی توزیع مواد مخدر و ارائه کوپن تریاک در دهه ۵۰ اجرا شده و منجر به افزایش ۶ برابری شیوع و بروز اعتیاد شده است؛ ثانیاً، چنین سیاستی برخلاف نظر و دیدگاه اکثریت قاطع مردم است. طبق پیمایش‌های علمی و افکارسنجی‌های انجام شده، غالب مردم جامعه



همچنان مصرف هرگونه مواد مخدر را امری مذموم دانسته و خواهان اقدام جدی دولت در راستای مقابله و مبارزه با آن هستند. بر همین اساس، تلاش برای تغییر سیاست از مقابله و مبارزه به کنترل قانونی مواد مخدر، مداخله‌ای غیراجتماعی، آمرانه، از بالا و غیرتوسعه‌ای محسوب می‌شود. توزیع قانونی مواد مخدر سالم و خالص براساس کارت سهمیه، با این تنوع از مواد مخدر که در کشور وجود دارد و در مقیاس و میزانی که اکنون مورد نظر است، تاکنون در هیچ کشوری از جهان پیگیری نشده و برخلاف اصول مصرح سازمان جهانی بهداشت و همه نهادهای علمی و تخصصی است.

درمجموع بررسی این گزارش نشان می‌دهد که ایده مدیریت مصرف تاکنون به صورت دقیق و شفاف صورت‌بندی و ارائه نشده و ابعاد اجرایی و پیامدهای احتمالی ناشی از آن مورد توجه قرار نگرفته است. با این حال، پیگیری جهت تصویب آیین‌نامه مربوط به آن در جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر به صورتی شتاب‌زده و بدون بررسی‌های دقیق کارشناسی با حضور متخصصان و صاحب‌نظران، در دستور کار قرار دارد. در شرایطی که، با توجه به محدودیت شواهد اثربخشی، تفاوت زمینه‌های اجتماعی و اپیدمیولوژیک، الزامات حقوقی و اجرایی و فقدان تعریف عملیاتی و پروتکل مصوب از «مدیریت مصرف» در کشور، اجرای گسترده و ملی این رویکرد بدون انجام ارزیابی بومی، امکان‌سنجی حقوقی و اجرایی و طراحی نظام مستقل پایش و ارزیابی، در شرایط فعلی از پشتوانه علمی کافی برخوردار نیست. لذا براساس مفاد صریح منابع علمی و اسناد بین‌المللی و نظرات اخذ شده از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه اعتیاد، به نظر می‌رسد ادامه روند کنونی در رابطه با پیگیری طرح مدیریت مصرف منجر به پیچیده‌تر شدن وضعیت حکمرانی اعتیاد خواهد شد. بر همین اساس، گزارش حاضر پیگیری پیشنهادهای سیاستی و راهبردی ذیل را توصیه می‌کند:

- نظام مسائل حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران پیشتر در قالب انواع پژوهش‌های علمی، اسناد و گزارش‌های کارشناسی احصا و گردآوری شده است؛ بر همین اساس، تلاش واقعی و اثربخش در راستای ارتقای حکمرانی اعتیاد توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ناگزیر باید معطوف به یافته‌های چنین پژوهش‌ها و اسنادی صورت‌بندی و پیگیری شود. هر طرح تحولی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد که انباشت دانش و تجربه کارشناسی در این زمینه را نادیده بگیرد، معطوف به شکست خواهد بود.

- لازم است که دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ضمن تلاش برای پیگیری رویکرد تحولی در پیش گرفته، توجه و اهتمام بیشتری به حضور کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه اعتیاد در فرایند ایده‌پردازی، تدوین اسناد و نگارش آیین‌نامه‌ها به خرج داده و از همه ظرفیت‌های علمی و تخصصی موجود بهره‌گیری نماید. تدوین اسناد و آیین‌نامه‌ها در فرایندی غیرشفاف، پشت درب‌های بسته و بدون درگیر کردن واقعی و مؤثر صاحب‌نظران و ذی‌نفعان، حتی اگر به تصویب آیین‌نامه یا دستورالعمل منجر گردد، درنهایت موفقیت‌آمیز نخواهد بود.

- ایده مدیریت مصرف مواد مخدر، در قالب راه‌اندازی اتاق مصرف برای همه انواع مواد مخدر و یا توزیع قانونی مواد مخدر براساس کارت شناسایی و سهمیه‌بندی، نه تنها با مبانی ارزشی و فرهنگی جامعه ایران تناسب و هماهنگی ندارد؛ بلکه به اذعان اکثریت قاطع کارشناسان و صاحب‌نظران، نمی‌تواند منجر به بهبود در وضعیت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد شود؛ لذا بهترین اقدام در راستای بهینه‌سازی حکمرانی اعتیاد در کشور، تلاش برای ارزیابی فرایند و اثربخشی برنامه‌های جاری و بازنگری در اسناد و آیین‌نامه‌ها و برنامه‌ها مبتنی بر نتایج چنین ارزیابی‌هایی است.

- در زمینه درمان و کاهش آسیب اعتیاد تجربه هیچ‌یک از کشورهای جهان، از جمله سوئیس، اگرچه می‌تواند آموزنده

و حاوی درس‌آموخته‌هایی باشد، اما به دلیل تفاوت‌های تاریخی، اپیدمیولوژیک، حقوقی و اجتماعی مستقیماً قابل انتقال به ایران نیست؛ با این حال می‌تواند یکی از منابع طراحی و بومی‌سازی یک مدل متناسب با شرایط ایران محسوب شود. بر همین اساس لازم است که دبیرخانه ستاد، مبتنی بر وضعیت تاریخی- اجتماعی جامعه ایران به تدوین برنامه‌های تحولی اقدام نماید.

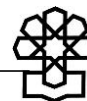
جدول ۵. پیشنهاد توصیه سیاستی ویژه گزارش‌های راهبردی/نظارتی

ردیف	نوع توصیه		توصیه سیاستی	الزامات و قیود اجرایی	دستگاه متولی	دستگاه معین	زمان‌بندی اجرا (کوتاه‌مدت، میان‌مدت، بلندمدت)	ملاحظات
	تداوم*	اصلاح**						
۱		*	عدم طرح و تصویب «آیین‌نامه اجرایی درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و مدیریت مصرف»، در جلسه آتی ستاد مبارزه با مواد مخدر	-	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر	-	کوتاه‌مدت	با توجه به اهمیت این آیین‌نامه و ابهامات موجود، ضروری است که از تعجیل برای تصویب آن خودداری گردد.

مأخذ: همان

منابع و مأخذ

- [۱] کرمانی، محسن (۱۳۹۶)، توزیع قانونی مواد مخدر: چالش‌ها و فرصت‌ها، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مسلسل: ۱۵۷۹۸.
- [۲] گنجی، مرتضی (۱۴۰۴)، بررسی و ارزیابی موضوع قانونی‌سازی کشت خشخاش در ایران، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مسلسل: ۲۱۱۵۲.
- [۳] خضری، فرشید (۱۴۰۵)، بررسی تطبیقی نظام کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی (۲): مطالعه موردی سوئد، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مسلسل: ۲۱۴۵۷.
- [۴] قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷ با اصلاحات و الحاقات بعدی.
- [۵] آیین‌نامه پیشگیری از اعتیاد، درمان معتادان به مواد مخدر و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد، مصوب ۱۳۷۷/۱۱/۲۰.
- [۶] سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر، ابلاغی ۱۳۸۵/۰۷/۱۰.
- [۷] آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها؛ موضوع تبصره «۱» ماده (۱۵) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹)، مصوب ۱۳۹۱/۰۲/۱۷.
- [۸] دستورالعمل تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری مراکز موضوع بندهای «۱» و «۶» ماده (۱) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۱» ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (مراکز سرپایی درمان اختلالات مصرف مواد (SUD))، اردیبهشت ۱۴۰۳.



- [9] Skirrow J. A review of a framework for action: a four pillar approach to drug problems in Vancouver. Can HIV AIDS Policy Law Rev. 2001;6(1-2):89-91. English, French. PMID: 11837045.
- [۱۰] مفاهیم پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد (۱۳۹۱)، گزارش مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد.
- [۱۱] روشن‌پژوه، محسن (۱۳۹۳)، سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد کشور، تهران: معاصر.
- [12] Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide: Third Edition. 2018.
- [13] PERSPECTIVES ON DRUGS Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence.
- [14] <https://www.addiction-ssa.org/features/topic-guide/what-are-drug-consumption-rooms>.
- [15] Nicholls J, Livingston W, Perkins A, Cairns B, Foster R, Trayner KMA, Sumnall HR, Price T, Cairney P, Dumbrell J, Parkes T. Drug Consumption Rooms and Public Health Policy: Perspectives of Scottish Strategic Decision-Makers. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 27;19(11):6575. doi: 10.3390/ijerph19116575. PMID: 35682161; PMCID: PMC9180147.
- [16] EUDA . Harm reduction: the current situation in Europe (European Drug Report 2024). EUDA; 2024, p. 16. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/harm-reduction_en.
- [17] <https://news.dchq.ir/3/?p=112739>.
- [18] <https://news.dchq.ir/3/?p=113134>.
- [19] <https://news.dchq.ir/3/?p=113475>.
- [20] <https://irna.ir/xjVqst>.
- [20] <https://irna.ir/xjVzYS>.
- [22] <https://news.dchq.ir/3/?p=116478>.
- [23] <https://irna.ir/xjVJHF>.
- [24] <https://news.dchq.ir/3/?p=126983>.
- [25] <https://news.dchq.ir/3/?p=127584>.
- [26] EMCDDA and C-EHRN (2023), Drug consumption rooms, Joint report by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and Correlation – European Harm Reduction Network (C-EHRN), Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- [27] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024), Health and social responses: drug consumption rooms, <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/health-and-socia....>
- [28] Colledge-Frisby S, Ottaviano S, Webb P, Grebely J, Wheeler A, Cunningham EB, Hajarizadeh B, Leung J, Peacock A, Vickerman P, Farrell M, Dore GJ, Hickman M, Degenhardt L. Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review. Lancet Glob Health. 2023 May;11(5).
- [29] https://health-infobase.canada.ca/supervised-consumption-sites/?utm_source=chatgpt.com.
- [30] Federal Office of Public Health. (2025). The Swiss four-pillar policy on addiction. Bern, Switzerland.
- [31] World Health Organization & UNODC (2020). International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.
- [32] <https://www.bag.admin.ch/de/substitutionsgestuetzte-behandlung-mit-diacetylmorphin->

heroin?utm_source=chatgpt.com.

- [۳۳] تابش، یعقوب و همکاران (۱۳۹۶)، پیدایی و شیوع اعتیاد به افیون در عصر صفوی، تاریخ ایران، شماره ۲۱.
- [۳۴] مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۹)، جامعه‌شناسی اعتیاد، تهران: ثالث.
- [۳۵] گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۴۰۴.
- [۳۶] افشار، اسدالله (۱۳۹۵)، مواد مخدر، اعتیاد جامعه انسانی (با نگاهی به تاریخچه، ریشه‌ها، بسترهای فرهنگی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، حقوقی، فقهی و امنیتی)، تهران: سفیر اردهال.
- [۳۷] شریعتی سبزواری، محمدباقر (۱۳۸۵)، نگرشی بر احکام اسلام و مواد مخدر، مجله معارف اسلامی، شماره ۶۵.
- [۳۸] مرکز پژوهش‌های مجلس (۱۴۰۲)، افکارسنجی درباره نگرش مردم به آسیب‌های اجتماعی در کشور، مسلسل: ۱۸۹۱۴.
- [۳۹] گنجی، مرتضی (۱۴۰۳)، ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مسلسل: ۲۰۲۹۸.
- [۴۰] گنجی، مرتضی (۱۴۰۴)، ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی اعتیاد، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مسلسل: ۲۰۸۲۲.

گزیده سیاستی

ایده و طرح مدیریت مصرف مواد مخدر، چه در قالب ایجاد اتاق مصرف باشد و چه به صورت توزیع قانونی مواد مخدر براساس کارت سهمیه، چالش‌های اجرایی و پیامدهای اجتماعی و فرهنگی گسترده‌ای در پی خواهد داشت؛ به‌نحوی که پیگیری و اجرای آن را غیرقابل توجیه می‌سازد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

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

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

وبسایت: rc.majles.ir