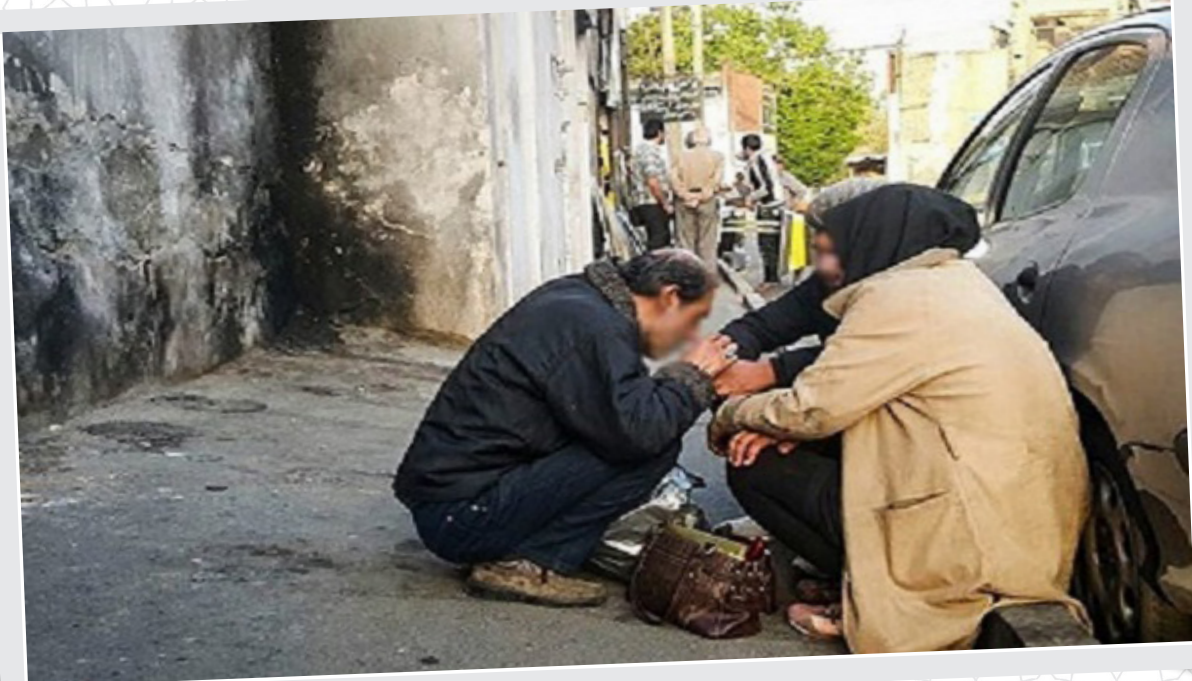




# ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خدای بزرگبخشایش همیشه بخوانید

بِسْمِ

شماره مسلسل: ۱۸۶۷۲  
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های  
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:  
۱۴۰۱/۱۰/۲۴

عنوان گزارش:

ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد

نام دفتر:

معاونت پژوهش‌های اجتماعی و فرهنگی - دفتر مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کننده:

شهاب باحشمت جویباری

مدیر مطالعه:

محسن کرمانی

همکاران:

سعید قاسمیان، مرتضی حیدری، فاطمه محمدی

اظهار نظر کنندگان:

سید میثم عظیمی، تهمینه باهری اسلامی

ناظر علمی:

محمد رضا مالکی

ویراستار:

شیوا امین اسکندری

صفحه آرا:

فاطمه سرتیپی

واژه‌های کلیدی:

۱. مواد مخدر
۲. اعتیاد
۳. کاهش عرضه
۴. کاهش تقاضا



## فهرست مطالب

۶

چکیده

۷

خلاصه مدیریتی

۸

مقدمه

۱۰

ارزیابی عملکرد احکام مرتبط با آسیب‌های اجتماعی  
اولویت‌دار

۱۱

اقدام‌های صورت گرفته در حوزه اعتیاد

۱۷

ارزیابی اقدام‌های صورت گرفته در حوزه اعتیاد

۲۳

جمع‌بندی

۲۵

راهکارهای سیاستی

۲۶

منابع و مأخذ

## فهرست جدول‌ها

جدول ۱. اقدام‌های انجام شده در حوزه پیشگیری و کاهش تقاضای مصرف مواد اعتیادآور..... ۱۱

جدول ۲. اقدام‌های انجام شده در حوزه درمان و کاهش آسیب..... ۱۲

جدول ۳. بررسی عملکرد سازمان بهزیستی در حوزه توانمندسازی و صیانت اجتماعی..... ۱۳

جدول ۴. اقدام‌های انجام شده در حوزه کاهش عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها..... ۱۵

### فهرست شکل‌ها

شکل ۱. خلاصه احکام برنامه ششم توسعه به تفکیک سازمان‌ها، برنامه‌ها و اهداف..... ۱۰

### فهرست نمودارها

نمودار ۱. پیش‌بینی ستاد مبارزه با مواد مخدر از روند افزایش جمعیت معتادان در کشور..... ۲۱



## ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد

### چکیده

همچون «پیشگیری از اعتیاد» و «توانمندسازی و صیانت اجتماعی»، نیاز به بازنگری برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در قانون برنامه هفتم توسعه وجود دارد. اگرچه در احکام برنامه ششم توسعه بر رویکرد اجتماعی در اجرای قوانین و برنامه‌های اعتیاد کشور به صراحت تأکید شده است؛ اما نشانه‌های خوبی از حمایت‌های اجتماعی در شرایط کنونی جامعه به چشم نمی‌خورد. با توجه به ارزیابی‌های انجام شده، افزایش پوشش و جامعیت برنامه‌های پیشگیری و توسعه مراکز جامع توانمندسازی با رویکرد اجتماع‌محور به همراه توسعه خدمات مراکز کاهش آسیب جامعه‌محور پیشنهاد می‌گردد. لازمه این امر، پیش‌بینی اعتبارات لازم در بودجه سالیانه دستگاه‌های متولی و بهره‌گیری از تجربیات کشورهای موفق در حوزه پیشگیری، درمان، کاهش آسیب و حمایت‌های اجتماعی از بهبودیافتگان و متناسب‌سازی آن با ظرفیت‌های کشورمان است.

هدف از تدوین این گزارش، ارزیابی عملکرد دستگاه‌های متولی در زمینه کنترل و کاهش آسیب‌های اعتیاد متناسب با احکام برنامه ششم توسعه است. به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز، مستندات و گزارش‌های سازمانی و همچنین، نشریات علمی داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به مستندات موجود، پس از ارائه اقدامات انجام شده توسط سازمان‌ها و نهادها در چهار حوزه «پیشگیری از اعتیاد»، «درمان و کاهش آسیب»، «توانمندسازی و صیانت اجتماعی» و «کاهش عرضه مواد مخدر» در دوره پنج ساله برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶-۱۴۰۰)، به نقد و ارزیابی عملکرد دستگاه‌های متولی پرداخته شد. ارزیابی اقدامات انجام شده در چهار حوزه یاد شده مبین آن است علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل شده، عمده تلاش‌های دستگاه‌های متولی و نیروهای مسلح، در زمینه «کاهش عرضه مواد مخدر» بوده است و در حوزه‌های دیگری

## [ خلاصه مدیریتی ]

پیشگیری مستمر توسط دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری را با تأکید بر برنامه‌های جایگزین و خانواده‌محور بر جسته می‌کند.

توانمندسازی، بخش ضروری یک درمان موفق است و در احکام برنامه ششم توسعه، سازمان بهزیستی کشور نسبت به بهره‌برداری «مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر و بی‌خانمان» و راه‌اندازی «مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی» مکلف شده است. با این حال، گزارش سازمان بهزیستی کشور نشان می‌دهد در مجموع ۲۵ مرکز توانمندسازی و صیانت اجتماعی بهبودیافتگان در کشور به بهره‌برداری رسیده است که تقریباً نیمی از استان‌ها را پوشش می‌دهد. افزون بر این، در کل کشور، ۶ مرکز سرپایی دولتی ایجاد شده است که با حد مطلوب پیش‌بینی شده در احکام برنامه ششم توسعه فاصله دارد.

در اجرای برنامه‌های حوزه درمان و کاهش آسیب، ضعف‌هایی همچون بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد به علت ناکارآمدی پروتکل‌های درمانی و ضعف در بازتوانی و صیانت اجتماعی از بهبودیافتگان پس از خروج معتادان از درمان مشاهده می‌شود. تعدد سازمان‌های متولی و فقدان انسجام بین سازمانی یکی از مشکلات و آسیب‌های جدی سیاست کاهش تقاضا در سال‌های اخیر بوده است. در حوزه اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، قوه قضائیه، ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیروی انتظامی نقش کلیدی دارند؛ اما ضعف در هماهنگی و هم‌افزایی اقدام‌های این دستگاه‌ها مانع از اثربخشی منابع و امکانات هزینه شده در این زمینه شده است.

یکی از تهدیدهای جدی حوزه درمان و کاهش آسیب، توسعه مراکز نگهداری اجباری به جای توسعه درمان‌های داوطلبانه، فردی، گروهی و اجتماع‌محور است؛ زیرا کمپ‌های اجباری موجب دوره‌های ترک کوتاه‌مدت می‌شود و نمی‌تواند درمان مؤثری برای اعتیاد باشد. مضاف بر این، جداسازی معتادان نه تنها با انگ اجتماعی همراه بوده و موجب فاصله گرفتن فرد از اجتماع می‌شود؛ بلکه موجب افزایش خانواده‌های بی‌سرپرست نیز می‌شود. در نتیجه، به دلیل کوتاه بودن مدت زمان لازم برای نگهداری معتادان متجاهر و پیدایش چرخه تکراری دستگیری و درمان ناقص معتادان و همچنین بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد به علت عدم جامعیت و ناکارآمدی پروتکل‌های درمانی و نیز ضعف در پوشش بیمه‌های پایه و بستری برای درمان اعتیاد پیشنهاد می‌شود مراکز جامع توانمندسازی با رویکرد اجتماع‌محور به منظور بازتوانی، حرفه آموزشی و اشتغال بهبودیافتگان و تسهیل فرایند بازگشت فرد به اجتماع به همراه توسعه خدمات مراکز کاهش آسیب جامعه‌محور تقویت شود. لازمه این امر بهره‌گیری از تجربیات کشورهای موفق در حوزه درمان، کاهش آسیب و حمایت‌های اجتماعی از بهبودیافتگان و متناسب‌سازی آن با ظرفیت‌های کشورمان است.

این گزارش به ارزیابی عملکرد دستگاه‌های متولی در زمینه کنترل و کاهش اعتیاد متناسب با احکام برنامه ششم توسعه در این حوزه پرداخته است. در این باره شواهد کلی نشان می‌دهد که به موازات افزایش اقدام‌های مقابله‌ای برای کاهش عرضه مواد مخدر، متأسفانه جمعیت مصرف‌کننده مواد مخدر در کشور افزایش یافته است. برحسب مدل‌های اقتصادی، عرضه در پاسخ به نیاز و تقاضا شکل می‌گیرد؛ در نتیجه، افزایش اقدام‌های مقابله‌ای برای کاهش عرضه، به صورت غیرمستقیم منعکس‌کننده این واقعیت است که تقاضا برای مصرف مواد در جامعه افزایش یافته است. از این رو، رشد آمارهای مقابله با عرضه زنگ خطری است که نمایانگر افزایش میزان تقاضای مواد مخدر در کشور است. بنابراین، باید با رصد دقیق تقاضا و شناخت علمی از جمعیت معتادان، سیاست‌گذاری‌ها در زمینه مواد مخدر از تمرکز بر کاهش عرضه به سمت کاهش تقاضا هدایت شود؛ زیرا کاهش عرضه راهبردی کوتاه‌مدت بوده و چنانچه میزان تقاضا در جامعه کنترل نشود (فرایندی که نیاز به برنامه‌ریزی‌های بلندمدت دارد)، سیاست کاهش عرضه سودمند نخواهد بود.

در حوزه کاهش عرضه، ساختار برخی از دستگاه‌های اجرایی متناسب با مأموریت محوله نیست و در نتیجه، برخی دستگاه‌ها نیروی متخصص و امکانات لازم برای اجرای سهم خود در راستای سیاست‌های کلی نظام را ندارند. از سوی دیگر، با توجه به گستردگی قلمرو مرزی کشور (به خصوص در پهنه شرقی کشور)، نیاز به منابع مالی و حمایت‌های فرابخشی و فراسازمانی برای انسداد و کنترل محورهای ورودی و مواصلاتی است؛ اما در واقع، منابع مالی مورد نیاز و هماهنگی بین سازمانی کافی برای این امر وجود ندارد.

در احکام برنامه ششم توسعه به صراحت ذکر شده است که قوانین با اولویت پیشگیری، درمان، بازتوانی و کاهش آسیب اجرا شود؛ اما ارزیابی کمی اقدام‌های انجام شده نشان می‌دهد عمده تلاش‌های دستگاه‌های اجرایی و نیروهای مسلح، در زمینه کنترل و کاهش عرضه بوده است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد برنامه‌های پیشگیری غالباً متمرکز بر جوانان، جوانان و محیط‌های آموزشی بوده؛ حال آنکه ارائه برنامه‌های پیشگیرانه در محیط‌های کاری و کارگری نیز لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

در حوزه پیشگیری لازم است در گروه‌های در معرض خطر اعتیاد، قبل از ارائه پیام‌های پیشگیری، توجه به نیازهای اولیه افراد (خوراک، مسکن، امنیت و شغل) و همراه کردن برنامه‌های پیشگیری با نهادهای خدماتی مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اینکه اعتیاد در اغلب موارد در پاسخ به ناکامی‌ها شکل می‌گیرد، لازمه یک برنامه پیشگیرانه موفق و مؤثر در امر اعتیاد، پشتیبانی سایر نهادها برای برطرف کردن مشکلات و نیازهای اولیه جوانان است. در محیط‌های آسیب‌پذیر و کم‌برخوردار، برخی از جوانان و جوانان ممکن است به برنامه‌های پیشگیری موجود در مدارس و دانشگاه‌ها دسترسی نداشته باشند و این مسئله، لزوم تدوین برنامه‌های



## [ مقدمه ]

اعتیاد و اختلال مصرف مواد اعتیادآور، یک معضل بهداشتی جهانیست که به‌طور کلی در سراسر جهان و فارغ از بافت فرهنگی و جغرافیایی، آسیب‌هایی را در ابعاد «فردی»، «خانوادگی» و «اجتماعی» ایجاد کرده است. در حوزه «فردی»، اعتیاد با مشکلات سلامت روان، ابتلا به بیماری‌های عفونی (ایدز، هپاتیت B، هپاتیت C و ...)، تهاجر و بی‌خانمانی، ارتکاب جرم، خودکشی و مرگ‌ومیر همراه است.<sup>۱</sup> در حوزه «خانوادگی»، شواهد علمی مبین آن است که اعتیاد عامل اصلی طلاق، همسرآزاری، کودک‌آزاری، مشکلات فرزندپروری، تعمیم اعتیاد به سایر اعضای خانواده و گسترش فقر و فحشا در خانواده است.<sup>۲،۳</sup> افزون بر این، در حوزه «اجتماعی» اعتیاد مشکلاتی را در زمینه بیکاری، تکدیگری، حاشیه‌نشینی، سرقت، امنیت، جرم و جنایت به دنبال دارد.<sup>۴،۵</sup>

علاوه بر آسیب‌های یادشده، هر ساله بخش زیادی از بودجه کشورها صرف پیشگیری، مقابله با عرضه مواد اعتیادآور، کاهش تقاضا و درمان اعتیاد می‌شود. برای مثال، نظام سلامت در ایالت متحده آمریکا به‌طور سالیانه ۳۵ میلیارد دلار در حوزه اختلال مصرف مواد هزینه می‌کند؛ اما هزینه‌های اقتصادی - اجتماعی غیرمستقیم مرتبط با اختلال مصرف مواد به مراتب بیشتر از این مقدار گزارش شده است؛ تا جایی که برآورد می‌شود دولت آمریکا ۴۰۰ میلیارد دلار در سال برای پیشگیری و درمان اختلال مصرف مواد اعتیادآور اختصاص می‌دهد.<sup>۶</sup> در جمهوری اسلامی ایران نیز برای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و مقابله با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در سال ۱۴۰۱، مبلغ ۱،۴۹۲ میلیارد تومان اعتبار در نظر گرفته شده است.

باین حال، ارزیابی‌های نظری حکایت از آن دارد که صرف نظر از میزان توسعه‌یافتگی و توانمندی نظام بهداشتی کشورها، هیچ‌گاه مصرف مواد به‌طور کامل ریشه کن نمی‌شود و اعتیاد همواره یک آسیب اجتماعی پایدار باقی خواهد ماند.<sup>۷</sup> دلیل این امر، پویایی اعتیاد

1. Degenhardt, L., et al. (2018). The Global Burden of Disease Attributable to Alcohol and Drug Use in 195 Countries and Territories, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.
2. Baheshmat, S., et al. (2021). Spouse and Child Abuse Associated With Illicit Drug Use in Iran: a Systematic Review and Meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838021998655.
3. Godleski, S., & Leonard, K. E. (2019). Substance Use and Substance Problems in Families: How Families Impact and are Impacted by Substance use. in *APA Handbook of Contemporary Family Psychology: Applications and Broad Impact of Family Psychology*, 2, PP: 587-602.
4. Felson, R. B., et al. (2019). Life in the Fast Lane: drugs, Hedonistic Lifestyles, and Economic Crime. *Crime & Delinquency*, 65(9), PP: 1292-1318.
5. Silverman, K., et al. (2019). The Utility of Operant Conditioning to Address Poverty and Drug Addiction. *Perspectives on Behavior Science*, 42(3), PP: 525-546.
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *Health Care Systems and Substance Use Disorders. Facing addiction in America: the Surgeon General's Report On Alcohol, Drugs, and Health.*
7. Shafiee, S. A., et al. (2019). Multi-level Approach to Theories of Addiction: A Critical Review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(2), PP: 1-13.





به عنوان یک آسیب اجتماعی است؛ زیرا هر ساله دولت‌ها با تغییرات گسترده‌ای در نوع مواد اعتیادآور مصرفی، روند و الگوهای مصرف مواد اعتیادآور و تغییرات اجتماعی - جمعیت‌شناختی مصرف‌کنندگان مواجه‌اند<sup>1</sup> از این رو، ضروری است دولت‌ها از طریق سیاستگذاری‌های تقنینی و بهداشتی، گامی مؤثر در جهت کنترل این آسیب اجتماعی بردارند.

در ایران سیاستگذاری‌ها در زمینه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد برحسب نیاز شاهد تحولات گسترده‌ای بوده است. قانون مبارزه با مواد مخدر را اولین بار در سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام تصویب کرد. پس از آن در نوبت‌های مختلف و برحسب نیاز اصلاح شد که آخرین اصلاحیه آن مربوط به سال ۱۳۹۶ است. سیر تحولات قوانین کیفری در زمینه مواد مخدر پس از انقلاب، با توجه به شدت واکنش‌ها و مجازات‌ها به سه دوره **واکنش‌های عمدتاً کیفری** (از سال ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷: در این دوره ضمن ممنوعیت کامل کشت خشخاش و جرم‌انگاری آن، با تعیین مجازات‌های شدید)، **واکنش‌های پیشگیرانه به موازات واکنش‌های کیفری** (از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۹: در این دوره ضمن تعدیل نسبی مجازات‌ها و توجه بیشتر به مقوله پیشگیری و بازپروری معتادان، قاچاق مواد مخدر به عنوان جرمی سازمان‌یافته شناخته شد) و **دوره تعدیل کیفر اعدام** (با اصلاحات صورت گرفته در قانون در سال ۱۳۹۶) قابل تقسیم است.

همگام با تحولات تقنینی، در راستای دستیابی به اهداف مطرح شده در سیاست‌های کلی نظام و اجرای قوانین حوزه مبارزه با مواد مخدر، اسناد متعددی تهیه شده است که از جمله مهم‌ترین این اسناد می‌توان به موارد «سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد»، «سند جامع درمان و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور»، «سند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر» و «سند جامع راهبردی مقابله با عرضه مواد مخدر» اشاره کرد. علاوه بر این، مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد در برنامه‌های توسعه‌ای پنج‌ساله نیز مورد توجه بوده است و ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد می‌تواند نقشه راهی برای تدوین احکام برنامه هفتم باشد. از این رو، باید به صورت ادواری، اقدام‌های انجام شده و عملکرد دستگاه‌ها برای کنترل مصرف مواد اعتیادآور ارزیابی و احکام و راهبردهای پیش‌بینی شده بازنگری شوند. این گزارش با هدف ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد ارائه شده است.



1. FGsD, C. (2012). National Strategy on Drug and Addiction Policy. Berlin: Federal Ministry of Health.



## [ ارزیابی عملکرد احکام مرتبط با آسیب‌های اجتماعی اولویت‌دار ]

مصلحت نظام گذارده شده است. متناظر با این بند، در مواد (۸۰) و (۱۰۶) قانون برنامه ششم توسعه احکامی در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد پیش‌بینی شده است. مهم‌ترین احکام مرتبط با مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد در برنامه ششم توسعه شامل موارد زیر است:

در بند «۵۷» سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه بر «مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در چارچوب سیاست‌های کلی ابلاغی و مدیریت مصرف با هدف کاهش ۲۵ درصدی اعتیاد تا پایان برنامه» تأکید شده و ارزیابی آن بر عهده دبیرخانه مجمع تشخیص

ماده (۸۰) - بند «ث»: مقابله با اعتیاد با حمایت قوه قضائیه:

۱. توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر جهت کشف و شناسایی اموال منقول و غیرمنقول و سرمایه‌های قاچاقچیان و شبکه‌های تولید، توزیع و انتقال (ترانزیت) مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازهای مرتبط (به‌ویژه سرباندها و سرشکه‌ها) در داخل و خارج از کشور و ضبط این اموال با همکاری دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط اقدام نماید.  
۲. از طریق دستگاه‌های اجرایی و نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران با اذن فرماندهی کل قوا در راستای اجرایی کردن سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر و سیاست‌های کلی برنامه ششم، ضمن اجرای دقیق قوانین مربوطه در مورد روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها با رویکرد اجتماعی و با اولویت پیشگیری از اعتیاد، درمان، بازتوانی و کاهش آسیب، صیانت و حمایت اجتماعی، مقابله با عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها و بازنگری در عناوین مجرمانه و مجازات‌های مرتبط اقدام قانونی لازم‌را به عمل آورند.

۳. از طریق وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) با همکاری شهرداری‌ها نسبت به بهره‌برداری و تکمیل مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر و بی‌خانمان و راه‌اندازی مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی برای معتادان بهبود یافته در استان‌ها با رعایت احکام ماده (۷۰) این قانون اقدام نماید. اداره این مراکز به عهده سازمان بهزیستی کشور یا شهرداری‌ها حسب مورد با بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش غیردولتی خواهد بود. نیروی انتظامی موظف است پس از اخذ دستور قضایی نسبت به جمع‌آوری این معتادان و تحویل آنها به این مراکز اقدام نماید. ترخیص این افراد از مراکز مورد نظر با تأیید سازمان بهزیستی و با هماهنگی نیروی انتظامی و مقام قضایی خواهد بود. آیین‌نامه اجرایی این جزء توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر تهیه و به تصویب شورای اجتماعی کشور می‌رسد.

ماده (۱۰۶) - بند «ت»

«۳. برنامه‌ریزی برای مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و مدیریت مصرف آنها با هدف کاهش ۲۵ درصدی اعتیاد توسط دستگاه‌های مربوطه در طول اجرای قانون برنامه».

مسلح، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) و شهرداری‌ها با حمایت قوه قضائیه محول شده است.

همان‌طور که در احکام فوق ملاحظه می‌شود، در حیطه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد وظایف و مسئولیت‌هایی به برخی سازمان‌ها و نهادها همچون ستاد مبارزه با مواد مخدر، دستگاه‌های اجرایی و نیروهای

### شکل ۱. خلاصه احکام برنامه ششم توسعه به تفکیک سازمان‌ها، برنامه‌ها و اهداف

سازمان / نهاد	اقدامات	هدف
ستاد مبارزه با مواد مخدر	<ul style="list-style-type: none"> <li>کشف و ضبط اموال منقول و غیرمنقول قاچاقچیان</li> <li>کشف شبکه‌های تولید، توزیع و انتقال مواد مخدر</li> </ul>	کاهش عرضه مواد مخدر
دستگاه‌های اجرایی عضو و مرتبط ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیروهای مسلح	<ul style="list-style-type: none"> <li>اجرایی کردن سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر و برنامه ششم</li> <li>اجرایی دقیق قوانین با اولویت پیشگیری، درمان، بازتوانی و کاهش آسیب</li> <li>مقابله با عرضه مواد</li> <li>بازنگری در عناوین مجرمانه و مجازات‌های مرتبط</li> </ul>	کاهش تقاضا و پیشگیری درمان و کاهش آسیب اعتیاد
سازمان بهزیستی و شهرداری‌ها به عنوان دستگاه‌های مرتبط با ستاد مبارزه با مواد مخدر	<ul style="list-style-type: none"> <li>ایجاد مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان</li> </ul>	درمان و کاهش آسیب اعتیاد
سازمان بهزیستی و شهرداری‌ها به عنوان دستگاه‌های مرتبط با ستاد مبارزه با مواد مخدر	<ul style="list-style-type: none"> <li>راه‌اندازی مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی</li> </ul>	توانمندسازی و بازتوانی

برنامه ششم توسعه، چهار هدف «کاهش عرضه مواد مخدر»، «کاهش تقاضا و پیشگیری»، «درمان و کاهش آسیب اعتیاد» و «توانمندسازی و بازتوانی» مدنظر است که در زیر، اقدام‌های انجام شده در راستای این اهداف مطرح می‌شود.

تأکیدهای صورت گرفته در اسناد و قوانین فوق الذکر، اغلب صاحب‌نظران معتقدند در پروژه‌های مقابله با عرضه و کاهش تقاضای مواد، سهم برنامه‌های پیشگیری بسیار کمتر از دیگر پروژه‌ها بوده و بنابراین موفقیت چندانی در این زمینه حاصل نشده است؛ در حالی که تجربیات متعدد نشان می‌دهد بدون اقدام‌های پیشگیرانه در حوزه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی، این مشکل قابل کنترل نخواهد بود. عملکرد دستگاه‌های مرتبط در حوزه پیشگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در شکل ۱ مشخص شده است، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان‌ها و نهادهای مختلفی به‌عنوان دستگاه‌های مرتبط با ستاد مبارزه با مواد مخدر مسئول اجرای احکام برنامه ششم توسعه در زمینه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد هستند. اقدام‌های پیش‌بینی شده در احکام

## [ اقدام‌های صورت گرفته در حوزه اعتیاد ]

طبق احکام برنامه ششم توسعه، هدف از اقدام‌های پیش‌بینی شده برای سازمان‌ها و نهادهای مختلف را می‌توان در چهار حوزه با اولویت «پیشگیری از اعتیاد»، «درمان و کاهش آسیب اعتیاد»، «توانمندسازی و بازتوانی» و «کاهش عرضه مواد مخدر» دسته‌بندی کرد.

### ۱. اقدام‌های انجام شده در حوزه پیشگیری از اعتیاد

همان‌طور که در حکم بند «ث» ماده (۸۰) قانون برنامه ششم تصریح شده، اولویت برنامه در حوزه مقابله با اعتیاد، پیشگیری است. به‌رغم

جدول ۱. اقدام‌های انجام شده در حوزه پیشگیری و کاهش تقاضای مصرف مواد اعتیادآور

سازمان مجری	طرح / اقدام	سال	توضیحات
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	برگزاری دوره تربیت کادر متخصص پیشگیری از اعتیاد	۱۳۹۹	برگزاری در چهار استان آذربایجان غربی، خراسان شمالی، کردستان و سیستان و بلوچستان و با حضور ۲۸۲ نفر
وزارت آموزش و پرورش	اجرای طرح کانون یاریگران زندگی	۱۳۹۸-۱۳۹۹	حضور حدود ۳ میلیون دانش‌آموز مقطع دوم متوسطه در قالب ۲۰ هزار مدرسه
وزارت آموزش و پرورش	طرح نماد (نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان)	۱۳۹۷-۱۳۹۸	پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد در ۶۵۸۷ مدرسه با مشارکت ستاد مبارزه با مواد مخدر
سازمان بهزیستی کشور	برنامه پیشگیری اجتماع‌محور اعتیاد	۱۳۹۵-۱۴۰۰	تحت پوشش قرار دادن ۵،۱۵۷ تیم و ۶،۶۴۵ محیط در برنامه پیشگیری اجتماع‌محور اعتیاد
سازمان بهزیستی کشور	خط ملی مشاوره اعتیاد	۱۳۸۸-۱۴۰۰	با هدف پیشگیری از وابستگی به مواد و منابع و مراکز مرتبط برای درمان و سایر حمایت‌های روانی و اجتماعی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ادغام برنامه پیشگیری و درمان سو-مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه	۱۳۹۸-۱۴۰۰	جذب ۱۵۵۰ روان‌شناس در مراکز بهداشتی و درمانی کشور با هدف پیشگیری، تشخیص و مراقبت از اختلال مصرف مواد
صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران	تولید محتوا در قالب برنامه‌های تلویزیونی مستند، سریال و گفتگو با کارشناسان	-	متأسفانه گزارش طبقه‌بندی شده پیرامون حجم و میزان تولید محتوا در دسترس نیست. در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴، شبکه‌های صدا و سیما ۱۳۶۸ ساعت برنامه با موضوع مبارزه با مواد مخدر پخش کردند. <sup>۱</sup>
وزارت ورزش و جوانان	راه‌اندازی خانه‌های ورزش روستایی	۱۳۹۹-۱۴۰۰	-

۱. روزنامه جام‌جم، کارنامه ۱۳۰۰ ساعتی رسانه ملی در مبارزه با مواد مخدر. یکشنبه ۲۵ بهمن‌ماه ۱۳۹۴، شماره ۴۴۷۹.



## ۲. اقدام‌های انجام شده در حوزه درمان و کاهش آسیب

در سال‌های گذشته برنامه‌های متعدد و متنوعی به منظور درمان معتادان از جمله:

- ۱) نگهداری و بازپروری معتادان در سال‌های آغازین پس از انقلاب؛
- ۲) تصویب برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد در سال ۱۳۷۳؛
- ۳) آغاز به کار واحدهای پذیرش، پیگیری و درمان معتادان خودمعرف در سازمان بهزیستی کشور؛
- ۴) اجرای برنامه طرح آزمایشی درمان نگهدارنده با متادون توسط وزارت بهداشت و دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل در سال ۱۳۸۲؛
- ۵) تدوین و ابلاغ آیین‌نامه درمان در مراکز خصوصی از قبیل مراکز سرپایی، اقامتی، اجتماع درمان‌مدار، زبان‌کاهی، کلینیک‌های مثلثی و توسعه آن طی سال‌های ۱۳۸۰؛
- ۶) تدوین و ابلاغ آیین‌نامه اجرایی و دستورالعمل‌های تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۵) قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹) مجمع تشخیص مصلحت تدوین و به اجرا درآمده است.

دستگاه‌های اجرایی مختلفی از جمله سازمان بهزیستی کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم تحقیقات و فناوری، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، وزارت ورزش و جوانان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیشترین نقش را در اجرای برنامه‌های پیشگیری و کاهش تقاضا ایفا می‌کنند. برنامه‌های وزارت علوم عمدتاً معطوف به تربیت متخصصان پیشگیری بوده و در این زمینه افراد داوطلب آموزش‌هایی را در زمینه مشاوره و پیشگیری از اعتیاد دریافت کرده‌اند. کانون یاریگران زندگی برنامه‌ای است که با مشارکت وزارت آموزش و پرورش و ستاد مبارزه با مواد مخدر برای اولین بار در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در ۲۰ هزار مدرسه کشور با هدف جلب مشارکت همسالان و نیز خانواده‌ها و ذی‌نفعان محلی و مدرسه‌ای برای پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد تشکیل شد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۸۳ برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد و پیشگیری از ویروس نقص ایمنی انسان را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام کرده است و هدف آن دسترسی بیشتر به خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد برای عموم جامعه است.

### جدول ۲. اقدام‌های انجام شده در حوزه درمان و کاهش آسیب

توضیحات	طرح / اقدام	سازمان مجری
این الگو براساس مدل ترکیبی علاوه بر ارائه مداخلات سم‌زدایی و پرهیزمدار به رفع چالش‌های خانوادگی و اجتماعی بیمار، مداومت بر مراقبت بیمار، مداخلات روانی - اجتماعی و توانمندسازی شغلی می‌پردازد.	مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر (ماده ۱۶)	سازمان بهزیستی کشور
طی سال ۱۴۰۰ تعداد ۹۳۲۰ مرکز درمان و کاهش آسیب معتادان ذیل سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح کشور فعالیت می‌کنند.	مراکز درمان و کاهش آسیب	سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۹ مرکز ماده (۱۶) جهت درمان و نگهداری معتادان متجاهر و بی‌خانمان ایجاد شده است.	مراکز ماده (۱۶)	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری و نهادهای نظامی
۸۳۱۶۲ نفر - براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر	پذیرش معتادان متجاهر در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب در سطح کشور - سال ۱۳۹۶	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری و نهادهای نظامی
۱۰۸۲۹۷ نفر - براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر	پذیرش معتادان متجاهر در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب در سطح کشور - سال ۱۳۹۷	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری و نهادهای نظامی
۹۱۳۶۷ نفر - براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر	پذیرش معتادان متجاهر در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب در سطح کشور - سال ۱۳۹۸	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری و نهادهای نظامی
۵۹۸۴۳ نفر - براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر	پذیرش معتادان متجاهر در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب در سطح کشور - سال ۱۳۹۹	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری و نهادهای نظامی
۱۰۵۸۷۸ نفر - براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر	پذیرش معتادان متجاهر در مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب در سطح کشور - سال ۱۴۰۰	سازمان بهزیستی کشور، شهرداری و نهادهای نظامی

شکل خود اجرایی شود، اما توانمندسازی و جامعه پذیری مغفول بماند نه تنها مکرر و نابجا اعتباراتی صرف می شود، بلکه در بیشتر مواقع فرد گرفتار لغزش و شروع مجدد بیماری می شود و در نهایت با کارتن خوابی و آوارگی، این آسیب عریان تر در سطح جامعه نمایان می شود. در زمینه توانمندسازی و باز توانی همان طور که در اجزای «۲» و «۳» بند «ث» ماده (۸۰) برنامه ششم توسعه آمده است، راه اندازی مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی برای معتادان بهبود یافته به سازمان بهزیستی کشور واگذار شده است.

مراکز توانمندسازی و صیانت اجتماعی مراکزی است برای استفاده افرادی که برنامه درمان مواد اعتیاد آور را به اتمام رسانده اند و به مکانی نیاز دارند که به صورت شبانه روزی در آنجا اقامت داشته باشند و از خدمات مرکز استفاده کنند. این افراد بهبود یافته حداکثر ۶ ماه فرصت دارند شغل و محل زندگی دائمی برای خود فراهم کنند. هدف این مراکز، آموزش مهارت های شغلی جهت یافتن فرصت های درآمدزایی، آماده ساختن خانواده جهت پذیرش فرد بهبود یافته، ایجاد یا تقویت شبکه اجتماعی افراد بهبود یافته، افزایش دسترسی به خدمات حمایتی پس از درمان است.

بررسی های آماری نشان می دهد طی سال ۱۴۰۰ تعداد ۹۳۲۰ مرکز درمان و کاهش آسیب معتادان ذیل سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کشور فعالیت می کنند. جمعیت افراد متقاضی تحت درمان در مراکز درمانی فوق ۱,۴۱۵,۰۰۰ نفر است که در مقایسه با سال ۱۳۹۵ (آخرین سال برنامه پنجم توسعه) بالغ بر ۷۰ درصد افزایش یافته است. در واقع نیمی از جمعیت معتادان کشور تحت پوشش برنامه های درمان و کاهش آسیب قرار دارند. همچنین ۴۹ مرکز ماده (۱۶) جهت درمان و نگهداری معتادان متجاهر و بی خانمان از سوی سازمان بهزیستی کشور (۳۵ مرکز)، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی (۸ مرکز)، سازمان زندان ها (۲ مرکز)، شهرداری تهران (۳ مرکز) و نیروی انتظامی (۱ مرکز) راه اندازی شده است.

### ۳. اقدام های انجام شده در حوزه توانمندسازی و صیانت اجتماعی

توانمندسازی افراد بهبود یافته از اعتیاد، یکی از رسالت های دستگاه های متولی برای جلوگیری از بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد است. اگر برنامه های جمع آوری معتادان متجاهر به درست ترین

جدول ۳. بررسی عملکرد سازمان بهزیستی در حوزه توانمندسازی و صیانت اجتماعی

تعداد افراد تحت پوشش	تعداد مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی	استان	تعداد افراد تحت پوشش	تعداد مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی	استان
۹۹	۱	فارس	۴۷	۱	آذربایجان شرقی
۵۴	۲	قزوین	۲۹	۱	آذربایجان غربی
۰	۰	قم	۰	۰	اردبیل
۰	۰	کردستان	۱۲۴	۲	اصفهان
۶۸	۲	کرمان	۱۳۸	۲	البرز
۶۷	۱	کرمانشاه	۰	۰	ایلام
۰	۰	کهگیلویه و بویر احمد	۱۲	۱	بوشهر
۴۵	۱	گلستان	۶۹۰	۴	تهران
۰	۰	گیلان	۰	۰	چهارمحال و بختیاری
۱۰	۱	لرستان	۰	۰	خراسان جنوبی
۶۲	۱	مازندران	۵۰	۱	خراسان رضوی
۰	۰	مرکزی	۲۰	۱	خراسان شمالی
۸۹	۱	هرمزگان	۰	۰	خوزستان
۰	۰	همدان	۰	۰	زنجان
۸	۱	یزد	۰	۰	سمنان
۱۷۲۲	۲۵	جمع کل	۱۱۰	۱	سیستان و بلوچستان



کنترل مواد مخدر و روان گردان‌ها؛ موضوع کنترل هدفمند مرز؛ موضوع مقابله با مظاهر علنی عرضه و مصرف مواد مخدر، روان گردان‌ها؛ موضوع زیرساخت‌های انسانی و سازمانی؛ و موضوع دیپلماسی و تعاملات منطقه‌ای و بین‌المللی می‌شود.<sup>۱</sup> در زمینه کاهش عرضه مواد اعتیادآور، نیروهای مقابله‌ای اعم از بخش‌های انتظامی، اطلاعاتی، نظامی و قضایی کشور دخیل هستند و اقدام‌های انجام شده را می‌توان در پنج حوزه دسته‌بندی کرد:

- الف) اشراف اطلاعاتی،
  - ب) کشف مواد اعتیادآور،
  - ج) دستگیری و اعدام قاچاقچیان،
  - د) عملیات و درگیری مسلحانه،
  - هـ) کنترل محورهای مواصلاتی.
- جدول ۴ اهم اقدام‌های انجام شده در حوزه کاهش عرضه مواد مخدر، روان گردان‌ها و پیش‌سازها را به تصویر کشیده است.

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، در مجموع ۲۵ مرکز توانمندسازی و صیانت اجتماعی معتادان بهبودیافته در کشور به بهره‌برداری رسیده است که بیش از ۵۰ درصد استان‌ها را پوشش می‌دهد. گزارش سازمان بهزیستی نشان می‌دهد تا سال ۱۳۹۹ در کل کشور تعداد ۱۷۲۲ نفر تحت پوشش برنامه‌های توانمندسازی و صیانت اجتماعی قرار گرفته‌اند.

#### ۴. اقدام‌های انجام شده در حوزه کاهش عرضه مواد مخدر، روان گردان‌ها و پیش‌سازها

منظور از کاهش عرضه؛ تسلط، اشراف اطلاعاتی و عملیاتی با هدف کنترل مؤثر بر جریان بازی گران و کنشگران عرضه تولید، توزیع، ترانزیت و مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها؛ جریان مواد مخدر، روان گردان‌ها و پیش‌سازها و جریان منابع مالی حاصل از تجارت مواد مخدر است. موضوع‌های راهبردی مقابله با عرضه شامل اشراف اطلاعاتی؛ موضوع کنترل مواد شیمیایی و پیش‌سازها؛ بازدارندگی مقابله‌ای؛ موضوع

۱. حسینی‌خواه، نورا... و دیگران، مواد مخدر و شیوه‌های مبارزه با آن، تهران، دانشگاه علوم انتظامی امین، ۹۹۳۱..

#### جدول ۴. اقدام‌های انجام شده در حوزه کاهش عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها

حوزه	سازمان مجری	اقدام	سال	واحد	مقدار	توضیحات
اشراف اطلاعاتی	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام باند قاچاق مواد مخدر	۱۳۹۸	تعداد	۱۱۴۰	تشکیل ۳۱۴۹۷۵ پرونده قضایی
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام باند قاچاق مواد مخدر	۱۳۹۹	تعداد	۱۲۸۰	تشکیل ۲۴۳۶۵۸ پرونده قضایی
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	جمع‌آوری اخبار و اطلاعات	۱۳۹۹	تعداد	۲۹۸۱۶۲	با کمک مخبرین و گزارش‌های مردمی
عملیات و درگیری مسلحانه	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری با قاچاقچیان	۱۳۹۶	فقره	۱۵۶۷	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری با قاچاقچیان	۱۳۹۷	فقره	۲۱۹۰	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری با قاچاقچیان	۱۳۹۸	فقره	۲۳۸۵	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری با قاچاقچیان	۱۳۹۹	فقره	۳۰۵۲	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری با قاچاقچیان	۱۴۰۰	فقره	۴۸۰۶	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری برای مقابله با عرضه	۱۳۸۸ ۱۳۹۱	تعداد	۶,۵۸۸	-
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	عملیات و درگیری برای مقابله با عرضه	۱۳۹۲ ۱۳۹۵	تعداد	۸,۸۸۰	۳۵ درصد افزایش
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام باندهای تهیه و توزیع مواد	۱۳۸۸ ۱۳۹۱	تعداد	۹,۸۹۵	-
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام باندهای تهیه و توزیع مواد	۱۳۹۲ ۱۳۹۵	تعداد	۱۱,۲۴۸	۱۴ درصد افزایش
	پیشگیری و مجازات	نیروی انتظامی و قوه قضائیه	زندانی کردن افراد مرتکب جرائم مواد مخدر	۱۳۸۰ ۱۳۸۴	نفر	۱,۲۱۲,۴۰۴
نیروی انتظامی و قوه قضائیه		زندانی کردن افراد مرتکب جرائم مواد مخدر	۱۳۸۵ ۱۳۸۹	نفر	۸۳۸,۲۲۴	مجموع نفرات در بازه پنج‌ساله
نیروی انتظامی و قوه قضائیه		زندانی کردن افراد مرتکب جرائم مواد مخدر	۱۳۹۰ ۱۳۹۴	نفر	۷۱۰,۸۴۵	مجموع نفرات در بازه پنج‌ساله
نیروی انتظامی و قوه قضائیه		زندانی کردن افراد مرتکب جرائم مواد مخدر	۱۳۹۵ ۱۳۹۹	نفر	۴۹۱,۵۸۳	مجموع نفرات در بازه پنج‌ساله
پلیس مبارزه با مواد مخدر		حذف و دستگیری عناصر اصلی قاچاق	۱۳۹۹	نفر	۱۳۷	-
نیروی انتظامی		دستگیری به‌دلیل حمل، توزیع یا مصرف مواد	۱۳۹۸	نفر	۳۳۵,۳۶۲	متجهرین، قاچاقچیان و افراد توزیع‌کننده
نیروی انتظامی		دستگیری به‌دلیل حمل، توزیع یا مصرف مواد	۱۳۹۹	نفر	۲۶۴,۷۱۵	متجهرین، قاچاقچیان و افراد توزیع‌کننده
پلیس مبارزه با مواد مخدر		پاکسازی محیط پیرامونی مراکز آموزشی	۱۳۹۶	تعداد	۲,۶۶۴	دستگیری ۱۹,۰۸۵ نفر
پلیس مبارزه با مواد مخدر		پاکسازی محیط پیرامونی مراکز آموزشی	۱۳۹۷	تعداد	۵,۷۱۴	دستگیری ۱۹,۶۵۳ نفر
پلیس مبارزه با مواد مخدر		پاکسازی محیط پیرامونی مراکز آموزشی	۱۳۹۸	تعداد	۸,۲۱۲	دستگیری ۲۶,۸۲۹ نفر
پلیس مبارزه با مواد مخدر		پاکسازی محیط پیرامونی مراکز آموزشی	۱۳۹۹	تعداد	۳,۹۶۲	دستگیری ۱۰,۵۰۷ نفر



حوزه	سازمان مجری	اقدام	سال	واحد	مقدار	توضیحات
کشفیات مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات انواع مواد مخدر	۱۳۹۶	تن	۸۰۹	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات انواع مواد مخدر	۱۳۹۷	تن	۷۹۰	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات انواع مواد مخدر	۱۳۹۸	تن	۹۵۰	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات انواع مواد مخدر	۱۳۹۹	تن	۱۱۷۷	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات انواع مواد مخدر	۱۴۰۰	تن	۱۰۰۸	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	امحا زمینهای زیر کشت خشخاش و شاهدهانه	۱۳۹۶	هکتار	۱۰۸	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	امحا زمینهای زیر کشت خشخاش و شاهدهانه	۱۳۹۷	هکتار	۲۷۸	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	امحا زمینهای زیر کشت خشخاش و شاهدهانه	۱۳۹۸	هکتار	۷۰۶	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	امحا زمینهای زیر کشت خشخاش و شاهدهانه	۱۳۹۹	هکتار	۹۵۶	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	امحا زمینهای زیر کشت خشخاش و شاهدهانه	۱۴۰۰	هکتار	۱۳۸۵	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام کارگاه‌های تولید ماده محرک شیشه	۱۳۹۶	باب	۱۳۵	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام کارگاه‌های تولید ماده محرک شیشه	۱۳۹۷	باب	۱۴۱	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام کارگاه‌های تولید ماده محرک شیشه	۱۳۹۸	باب	۱۰۲	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام کارگاه‌های تولید ماده محرک شیشه	۱۳۹۹	باب	۱۱۶	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	انهدام کارگاه‌های تولید ماده محرک شیشه	۱۴۰۰	باب	۱۲۰	گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات شرق کشور	۱۳۹۸	کیلوگرم	۲۸۹,۱۴۲	-
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات حاشیه شرق کشور	۱۳۹۸	کیلوگرم	۱۵۷,۹۷۰	-
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات سایر استان‌ها	۱۳۹۸	کیلوگرم	۱۷۸,۴۶۳	-
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات شرق کشور	۱۳۹۹	کیلوگرم	۳۸۸,۵۵۳	۳۴ درصد رشد نسبت به سال ۱۳۹۸
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات حاشیه شرق کشور	۱۳۹۹	کیلوگرم	۲۱۵,۲۳۲	۳۶ درصد رشد نسبت به سال ۱۳۹۸
پلیس مبارزه با مواد مخدر	کشفیات سایر استان‌ها	۱۳۹۹	کیلوگرم	۱۹۶,۰۵۳	۱۰ درصد رشد نسبت به سال ۱۳۹۸	
نیروی انتظامی و وزارت اطلاعات	ضربه به بنیان‌های اقتصادی قاچاقچیان	۱۳۹۹	میلیارد تومان	۱۹۵	بیش از ۲ برابر افزایش نسبت به سال ۱۳۹۵	
نیروی انتظامی و وزارت اطلاعات	انهدام کارگاه‌های تولید شیشه	۱۳۹۹	باب	۵۳	۲۰۰ درصد کاهش نسبت به سال ۱۳۹۵	
نیروی انتظامی و وزارت اطلاعات	انهدام زمین‌های زیر کشت خشخاش و شاهدهانه	۱۳۹۹	هکتار	۹۳۳	افزایش ۸ برابری نسبت به سال ۱۳۹۵	
کنترل محورهای مواصلاتی	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کنترل محورها - ردیابی قاچاق و انتقال مواد	۱۳۹۸	طرح	۱۱,۷۲۱	دستگیری ۲۳,۰۰۱ نفر
	پلیس مبارزه با مواد مخدر	کنترل محورها - ردیابی قاچاق و انتقال مواد	۱۳۹۹	طرح	۱۰,۱۸۱	دستگیری ۱۸,۲۱۹ نفر

مأخذ: پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا، آخرین تغییرات مفهومی و کارکردی در محیط آسیب مورد نظر متناسب با شرایط اجتماعی، ۱۳۹۹.

خانواده او و جامعه، عدم بازدارندگی مناسب، هزینه‌های بالای زندان، حرفه‌ای‌تر شدن زندانیان با آموزش‌های زندانیان دیگر و ... مورد انتقاد بسیاری قرار گرفته است. در همین رابطه، در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۹ تعداد ۸۰,۷۶۵ نفر خرده‌فروش مواد دستگیر شدند که اکثر آنان سابقه قبلی دارند که نسبت به سال گذشته به دلایل زیر به میزان ۲ درصد کاهش داشته است. با تمرکز بر شناسایی، دستگیری و حذف عناصر اصلی قاچاق مواد مخدر در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۹، تعداد ۱۳۷ نفر از عناصر اصلی دستگیر یا حذف شده‌اند. از سال ۱۳۹۶، نیروی انتظامی طرح پاکسازی محیط پیرامونی مراکز آموزشی از عناصر توزیع‌کننده مواد مخدر و روان‌گردان را اجرا می‌کند. اجرای این طرح از زمان اجرا (۱۳۹۶) تا ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۹ به کشف ۱۲,۴۰۱ کیلوگرم مواد و دستگیری تعداد ۷۶,۰۷۴ نفر توزیع‌کننده منجر شده است. مقایسه روندها براساس سال اجرای طرح مبین آن است که میزان کشفیات و دستگیری از زمان اجرا (۱۳۹۶) تا سال ۱۳۹۸ صعودی بوده است و افزایش قابل‌ملاحظه‌ای در این زمینه مشاهده می‌شود. این روند صعودی از یک‌سوی می‌تواند بیانگر افزایش تقاضا در جمعیت دانش‌آموزی - دانشجویی کشور برای مصرف مواد باشد و از سوی دیگر، آسیب‌پذیر شدن مراکز آموزشی کشور نسبت به پدیده مصرف مواد را نشان می‌دهد. روند صعودی در سال ۱۳۹۹ کاهش یافته است که دلیل اصلی آن، تعطیلی مراکز آموزشی به دلیل شیوع بیماری کروناس<sup>۴</sup> است.

در حوزه کنترل محورهای مواصلاتی، در ۹ ماهه سال ۱۳۹۹ به منظور کیفی‌سازی نسبت به مدت مشابه سال قبل، ۱۳ درصد کاهش داشته است. کشفیات ناشی از کنترل محورهای مواصلاتی در ۹ ماهه سال ۱۳۹۹ نسبت به مدت مشابه سال قبل، ۳ درصد کاهش داشته است. دستگیری ناشی از کنترل محورهای مواصلاتی در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۹ نسبت به مدت مشابه سال قبل، ۲۱ درصد کاهش داشته است.

اشراف اطلاعاتی، پیش‌نیاز اجرای عملیات موفق برای انهدام باندها و شبکه‌های قاچاق و عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و دستگیری قاچاقچیان و همچنین کشف انواع مواد اعتیادآور است. گزارش پلیس مبارزه با مواد مخدر حاکی از آن است که اطلاعاتی در سال ۱۳۹۹ از طریق گزارش‌های مردمی و مخبرین در اختیار پلیس مبارزه با مواد مخدر قرار گرفته است که منجر به کشف ۱۴۰,۱۵۴ کیلوگرم انواع مواد اعتیادآور و دستگیری ۵۳,۳۶۶ نفر شده است. افزون بر اطلاعات جدول ۴ در حوزه کشف مواد اعتیادآور، گزارش پلیس مواد مخدر مبین آن است که بیشترین ماده کشف شده تریاک، حشیش، مرفین و گراس است که مقدار آن در سال ۱۳۹۸ به ترتیب ۴۹۷,۲۷۲، ۵۴,۵۶۸، ۱۷,۴۹۳ و ۱۶,۸۶۸ کیلوگرم و در سال ۱۳۹۹ به ترتیب ۳۳۲,۳۳۲، ۶۷,۹۷۵، ۱۸,۷۳۶ و ۱۹,۰۵۰ کیلوگرم گزارش شده است. میزان کشفیات در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۹ در مقایسه با سال ۱۳۹۸ برای همه مواد افزایش داشته است که این افزایش به دو صورت قابل تفسیر است: نخست به نوعی بیانگر بهبود عملکرد نیروهای مقابله‌کننده است بدین معنی که با افزایش تعداد عملیات‌ها و استفاده از ابزار و فنون کارآمدتر میزان کشفیات افزایش یافته است و در حالت دوم احتمالاً ناشی از افزایش میزان تولید و قاچاق مواد مخدر در کشور افغانستان است.<sup>۱</sup>

در حوزه دستگیری و اعدام قاچاقچیان، ورودی زندانیان جرائم مواد مخدر از سال ۱۳۸۰ لغایت ۱۳۹۹ در یک روند نزولی، بیش از ۶۲ درصد کاهش داشته است که این تغییر در ورودی زندانیان جرائم مواد مخدر طی دو دهه گذشته، به دلیل تغییر رویکرد سیاستگذاران از جرم‌انگاری اعتیاد به بیماری اعتیاد است.<sup>۲</sup> کاهش ورودی و موجودی زندانیان جرائم مخدر بیانگر اجرای سیاست‌های حبس‌زدایی به‌ویژه در خصوص جرائم خرد این حوزه است. در همین ارتباط شایان ذکر است که مجازات حبس در سال‌های اخیر به دلایلی مانند داشتن آثار زیان‌بار برای مرتکب جرم،

## [ ارزیابی اقدام‌های صورت گرفته در حوزه اعتیاد ]

طبق طبقه‌بندی صورت گرفته در بخش قبل، ارزیابی اقدام‌های انجام شده نیز در چهار حوزه «پیشگیری از اعتیاد»، «درمان و کاهش آسیب»، «توانمندسازی و بازتوانی» و «کاهش عرضه» ارائه می‌شود.

### ۱. ارزیابی اقدام‌ها در حوزه پیشگیری از اعتیاد

اطلاعات مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد «وزارت علوم، تحقیقات و فناوری»، «وزارت آموزش و پرورش»، «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، «سازمان بهزیستی کشور» و «صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران» در امر پیشگیری و کاهش تقاضا مصرف مواد

اعتیادآور دارای برنامه و عملکرد هستند. باین حال، گزارشی از عملکرد دستگاه‌های مهم دیگری از جمله وزارت ورزش و جوانان که در این زمینه دارای وظیفه هستند؛ در دسترس نیست. ارزیابی کلی عملکرد دستگاه‌ها حاکی از آن است که برنامه‌های پیشگیری غالباً متمرکز بر نوجوانان و جوانان و محیط‌های آموزشی بوده؛ حال آنکه ارائه برنامه‌های پیشگیرانه در محیط‌های کاری و کارگری لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اهمیت رسانه، بهره‌گیری گسترده از ظرفیت‌های رسانه‌ای، فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی در اجرای برنامه‌های کاهش تقاضا و توسعه مشارکت‌های مردمی بسیار سودمند خواهد بود.

۱. دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، سند جامع راهبردی مقابله عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مواد شیمیایی پیش‌ساز، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۸۹۳۱.

۲. سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، گزارش سالانه موجودی زندانیان کشور، ۱۳۹۹.

۳. سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، گزارش زندان‌های سراسر کشور، ۱۴۰۰.

۴. پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا، آخرین تغییرات مفهومی و کارکردی در محیط آسیب‌مورد نظر متناسب با شرایط اجتماعی، ۱۳۹۹.



بررسی پیشینه تجربی داخل کشور حکایت از این واقعیت دارد که در مقیاس خرد، مطالعات زیادی در جمعیت محدود بررسی شده است که عمدتاً ترجمه و برگردان برنامه‌های پیشگیری انجام شده در کشورهای غربی هستند. در سیاستگذاری و تدوین برنامه‌های پیشگیری باید در نظر داشت که قبول و پذیرش کامل این برنامه‌ها از سوی گروه هدف، امری ضروری است و باید تناسب راهبردها و مدل‌های پیشگیری با جامعه هدف مورد توجه قرار گیرد. موفقیت یک برنامه پیشگیری در بافت فرهنگی و جغرافیایی خاص، قابل تسری و تعمیم به سایر جوامع نخواهد بود و باید برنامه پیشگیری متناسب با فرهنگ کشورمان و نیازهای جوانان طراحی و تدوین شود. برای انتخاب و به کارگیری مناسب راهبردها، شناخت نیازها، مشکلات، ظرفیت‌ها و توانایی‌های آن اجتماع ضروری است.

اجرای هر برنامه پیشگیری باید بر اساس شناخت دقیق منطقه و بررسی کامل و مؤثر آن انجام شود. برای مثال، باید شایع‌ترین نوع ماده اعتیادآور و گروه سنی افراد در معرض خطر، موقعیت‌ها و محل‌های مصرف، باورهای نادرست و عوامل مخاطره‌آمیز، امکانات، منابع موجود و عوامل محافظت‌کننده مناسب را شناخت و بر اساس آن مدل فعالیت‌های پیشگیری فرهنگ یا خرده‌فرهنگ مورد نظر را تعیین کرد. توجه بیش از حد به سیاست مقابله با عرضه، نباید باعث غفلت از سیاست مهم‌تر یعنی سیاست کاهش تقاضای مصرف مواد شود. جلب مشارکت مردمی در کاهش تقاضا از یک سو و اصلاح نظام‌ها و عواملی که موجب گرایش به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و یا شیوع آن (همچون فروش بدون نسخه داروهای اعتیادآور و مصرف خودسرانه دارو) در جامعه می‌شود، مهم‌ترین راهکارهای سیاستی حل معضل اعتیاد به مواد مخدر در کشور به شمار می‌روند.<sup>۳</sup>

بررسی و مرور «طرح ملی مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر، روان‌گردان‌ها، پیش‌سازها با رویکرد اجتماعی در برنامه ششم توسعه»<sup>۴</sup> نشان می‌دهد ارگان‌های مختلفی از جمله وزارت رفاه، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت ورزش و جوانان، شهرداری‌ها، هلال احمر، سازمان تبلیغات اسلامی و حوزه‌های علمیه، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور، دانشگاه آزاد اسلامی و سمن‌ها مسئول و متولی برنامه‌های مرتبط با جمعیت تحت پوشش خود در زمینه پیشگیری از اعتیاد شده‌اند؛ با این حال، گزارش مشخصی درباره عملکرد این دستگاه‌ها در دسترس نیست و بعضاً اقدام‌های انجام شده از سطح امضای تفاهمنامه با ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور فراتر نرفته است. ضروری است نسبت به ارائه گزارش ارزیابی عملکرد طرح ملی از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر اقدام شود و در برنامه هفتم توسعه، مسئولیت

هر ساله برنامه پیشگیری از اعتیاد در خوابگاه‌ها و محیط‌های دانشجویی و آموزشی اجرا می‌شود و جمعیت چشمگیری از دانشجویان در این برنامه‌ها شرکت داده می‌شوند. با این حال، آمارهای حاصل از مطالعات همه‌گیری‌شناسی مبین آن است که مصرف مواد در زمینه اعتیاد تداوم دارد و همچنان شیوع مصرف مواد در دانشجویان بسیار است. در نتیجه، به نظر می‌رسد برنامه‌های اجرا شده کارایی لازم را ندارند.<sup>۱</sup> واکاوی و مرور تجربه کشورهای موفق در امر پیشگیری نشانگر آن است که در جوامع در معرض خطر، قبل از ارائه پیام‌های پیشگیری، توجه به نیازهای اولیه افراد (خوراک، مسکن، امنیت و شغل) و همراه کردن برنامه‌های پیشگیری با نهادهای خدماتی که به نیازهای افراد توجه دارد، مورد بررسی قرار می‌گیرد.<sup>۲</sup> با توجه به اینکه اعتیاد در اغلب موارد در پاسخ به ناکامی‌ها شکل می‌گیرد، لازمه یک برنامه پیشگیرانه موفق در امر اعتیاد، پشتیبانی سایر نهادها برای برطرف کردن مشکلات و نیازهای اولیه جوانان است؛ زیرا مشکلات مختلفی که جوانان در معرض خطر با آن روبه‌رو هستند، با هم ارتباط دارند. برنامه‌های پیشگیرانه باید به گونه‌ای طراحی شوند که افراد در معرض خطر بتوانند به سهولت به برنامه‌ها و خدمات پیش‌بینی شده دسترسی یابند و ساختار برنامه‌ها، طبق نیاز افراد و به طریقی انعطاف‌پذیر طرح‌ریزی شوند؛ اما ارزیابی برنامه‌های موجود نشان می‌دهد اکثر اقدام‌های انجام شده، موقتی و مقطعی بوده و برای همیشه در دسترس افراد در معرض خطر قرار ندارد.

همچنین، برخی از نوجوانان و جوانان در محیط‌های آسیب‌پذیر و کم‌برخوردار ممکن است به برنامه‌های پیشگیری موجود در مدارس و دانشگاه‌ها دسترسی نداشته باشند و این مسئله، لزوم تدوین برنامه‌های مستمر در محیط‌های آسیب‌پذیر را برجسته می‌کند. این نقصان، نقش مهم وزارت ورزش و جوانان در حوزه پیشگیری از اعتیاد را به عنوان متولی اصلی وضعیت سلامت و بهزیستی جوانان برجسته می‌سازد؛ زیرا مسئولیت گروهی از جوانان که به آموزش‌های پیشگیرانه مدرسه و دانشگاه دسترسی ندارند، با این وزارتخانه است. در این راستا، یکی از راهبردها در زمینه پیشگیری از اعتیاد، استفاده از برنامه‌های جایگزین با هدف پر کردن اوقات فراغت، فراهم ساختن مهارت‌ها و ایجاد کفایت است که به نظر می‌رسد رویکردی مفید در محیط‌های آسیب‌پذیر و مناطق کمتر برخوردار است. به رغم اهمیت بسیار زیاد خانواده، سهم رویکردهای خانواده‌محور در برنامه‌های فعلی پیشگیری کشور، بسیار کم‌رنگ است و باید برنامه‌های اختصاصی با هدف آگاه‌سازی والدین به مسئله اعتیاد و آموزش مهارت‌هایی که بر ارتقای روابط و پیوند مثبت والد-فرزند تمرکز دارند، در دستور کار قرار گیرد.

اگرچه برنامه‌های جامع و ملی کمی در حوزه پیشگیری وجود دارد؛ اما

۱. قرارگاه مردمی تحول اجتماعی شهید اسداللهی، بررسی جامعه‌شناختی اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۸.

۲. بابایی، نعمت‌اله. بررسی تجارب کشورهای منتخب و در حال توسعه در پیشگیری از اعتیاد. ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران، ۱۳۹۵.

۳. توصیه سیاستی در مورد طرح مجلس دهم برای کاهش مجازات اعدام در جرائم مواد مخدر.

۴. سعید قاسمیان، مرتضی حیدری و شقایق ابوالکارم، طرح ملی مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها با رویکرد اجتماعی در برنامه ششم توسعه (۱۴۰۰-۱۳۹۶)، تهران، انتشارات دنیای درون، ۱۳۹۷.

مردم نهاد اداره می‌کنند. این الگو بر اساس مدل ترکیبی اکثر رویکردهای درمان و مداخله اعتیاد و تجارب متعدد حاصل از آنها طراحی شده است که به‌طور هم‌زمان علاوه بر ارائه مداخلات سم‌زدایی و پرهیزمدار به رفع چالش‌های خانوادگی و اجتماعی بیمار، مداومت بر مراقبت بیمار، مداخلات روانی - اجتماعی و توانمندسازی شغلی پرداخته و همه این خدمات در قالب طرح درمان به‌صورت موردی برای هر فرد طی برنامه مدیریت مورد حین درمان و پس از ترخیص ارائه می‌شود.

در اجرای این تسهیلات درمانی ضعف‌هایی مشاهده می‌شود که بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد به‌علت ناکارآمدی پروتکل‌های درمانی، بازتوانی و صیانت پس از خروج معتادان، گواهی بر این مدعاست. تعدد سازمان‌های متولی و فقدان انسجام بین سازمانی یکی از مشکلات و آسیب‌های جدی سیاست درمان و کاهش آسیب در سال‌های اخیر بوده است. در حوزه اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، قوه قضائیه و نیروی انتظامی به‌عنوان دستگاه‌های عضو مرتبط ستاد مبارزه با مواد مخدر نقش کلیدی دارند، اما گاهی دیده می‌شود هم‌افزایی و تعامل‌های سازمانی میان این دستگاه‌ها در سطح مطلوب نبوده و بعضاً در تعارض با یکدیگر است.

اگرچه امکانات عمومی تشخیص، درمان و بازتوانی در سطح کشور مهیا شده است؛ با این حال، این امکانات جامعیت ندارند و در سطح گسترده فراگیر نیستند. همان‌طور که در گزارش بهزیستی آمده است (جدول ۳)، برخی از استان‌ها فاقد مراکز بازتوانی و کاهش آسیب برای اعتیاد هستند و این مسئله می‌تواند در فرایند بهبودی، اختلال ایجاد کند. از سوی دیگر، امکانات فعلی تشخیص، درمان و بازتوانی پراکنده‌گی مناسبی در کشور ندارند؛ به‌طوری‌که در استان‌های کمتر برخوردار و محروم که مشکلات مرتبط با اعتیاد شایع‌تر است، امکانات تشخیص، درمان و بازتوانی به‌خوبی فراهم نشده است یا در دسترس همگان قرار ندارد.

در شرایط فعلی به سلسله‌مراتب و پیوستار اهداف درمان و بازتوانی اعتیاد توجه کافی نشده است و رویکرد کاهش آسیب نیز در برنامه‌های درمان جایگاه مناسبی پیدا نکرده است. همچنین، به تغییر الگوی مصرف در جامعه توجه نشده است که یکی از دلایل آن، فقدان بهره‌مندی از سیستم هشدار و واکنش سریع در کشور است. ناآگاهی از الگوی مصرف فعلی در جامعه با توجه به مسائل و مشکلات اقتصادی در سطح کشور و تحولات بین‌المللی در منطقه (از جمله محدودیت‌های طالبان در کشت خشخاش) می‌تواند موجب تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر (مصرف تریاک) به الگوی پرخطر (مصرف تریقی مواد یا گرایش به مصرف مواد محرکی چون شیشه) شود.

اصل و عنصر اساسی در درمان موفق و پایدار اعتیاد، وجود حمایت‌های اجتماعی مناسب از افراد وابسته به مواد پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان‌گردان است. در شرایط فعلی، وجود سوء پیشینه در زمینه مصرف مواد موجب عدم برخورداری افراد وابسته به مواد از اشتغال مناسب می‌شود که همین مسئله زمینه را برای عود مصرف مواد فراهم

هر یک از دستگاه‌های حاکمیتی، تقنینی و اجرایی در زمینه اعتیاد و پیشگیری از آن مشخص و ضمانت اجرایی لازم برای آن تعریف شود. آسیب‌شناسی عملکرد دستگاه‌های یادشده در زمینه پیشگیری از اعتیاد، به دو مسئله اساسی منتهی می‌شود: مسئله اول، عدم پیش‌بینی اعتبارات لازم برای اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در بودجه سالیانه دستگاه‌های حاکمیتی، تقنینی و اجرایی است؛ به‌طوری‌که بسیاری از مسئولیت‌های محوله به سازمان‌ها عمدتاً بدون در نظر گرفتن اعتبار لازم برای اجرای آن تعریف شده است. مسئله دوم، ضعف ساختاری دستگاه‌ها و فقدان متولی اختصاصی برای مقابله با اعتیاد است. برای مثال، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان اصلی‌ترین نهاد سلامت کشور، اعتیاد ساختار مجزایی نداشته و در معاونت بهداشت و معاونت درمان این وزارتخانه، اعتیاد ذیل مسئولیت‌های دفتر سلامت روانی تعریف شده است. با توجه به اینکه اعتیاد مهم‌ترین آسیب اجتماعی کشور است، انتظار می‌رود ساختار مجزایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به‌تبع آن، دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور برای اعتیاد تعریف شود. از سال ۱۳۸۸ در آموزش علوم پزشکی، رشته تحصیلی «مطالعات اعتیاد» در مقطع دکتری تخصصی ایجاد شده است که فارغ‌التحصیلان آن در حوزه سیاستگذاری اعتیاد و مدیریت کلان اعتیاد کشور آموزش دیده‌اند؛ در نتیجه، پتانسیل خوبی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تعریف ساختار مجزا وجود دارد که برای بالفعل شدن، نیاز به اختصاص ردیف شغلی از سوی سازمان اداری و استخدامی کشور و سازمان برنامه و بودجه کشور است. علاوه بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در برخی دستگاه‌های حاکمیتی و اجرایی همچون وزارت کشور، وزارت ورزش و جوانان، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی این ضعف ساختاری بر جسته است. در احکام برنامه ششم توسعه به‌صراحت ذکر شده است که قوانین با اولویت پیشگیری، درمان، بازتوانی و کاهش آسیب اجرا شود؛ اما ارزیابی کمی اقدام‌های انجام شده نشان می‌دهد عمده تلاش‌های دستگاه‌های اجرایی و نیروهای مسلح، در زمینه کنترل و کاهش عرضه بوده است. از این رو، لازم است تدابیر سازنده‌ای به‌منظور تمرکززدایی برنامه‌های حوزه اعتیاد انجام شود و برنامه‌های کاهش تقاضا مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

## ۲. ارزیابی اقدام‌ها در حوزه درمان و کاهش آسیب

گسستگی و پراکنده‌گی ارائه خدمات در مراکز و واحدهای درمان اعتیاد و همچنین، غفلت از شرایط خانوادگی و حمایتی آنها یکی از حلقه‌های مفقوده در زمینه درمان و بازتوانی معتادان بود. با توجه به بندهای «۶» و «۷» سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر مبنی بر ایجاد و گسترش مراکز درمان، الگویی تحت عنوان «الگوی جامع درمان و بازتوانی اعتیاد مبتنی بر تداوم درمان» در سازمان بهزیستی کشور تهیه و تدوین شد. در حال حاضر ۳۰ مرکز جامع درمان و بازتوانی معتادان در کشور فعال هستند. این ۳۰ مرکز جامع را بخش غیردولتی، خیریه‌ها و سازمان‌های



می‌سازد. از سوی دیگر، بسیاری از خانواده‌ها با ماهیت برگشت پذیر اعتیاد آشنا نیستند و انتظار و توقعات آنها از فردی که به تازگی بهبود یافته خارج از توانمندی این افراد است. در نتیجه، باید خدمات مشاوره‌ای مناسب و بهینه علاوه بر فرد بهبود یافته در اختیار و دسترس خانواده این افراد نیز باشد تا زمینه مجدد مصرف را برای افرادی که به تازگی بهبود یافته‌اند، ایجاد نکنند.

در حال حاضر، خدمات مشاوره‌ای هزینه سنگینی برای افراد تحت درمان وابستگی به مواد دارد و بسیاری از این افراد به پرداخت این هزینه‌ها قادر نیستند. از این رو، تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات مشاوره‌ای و پزشکی اعتیاد می‌تواند نقش مهمی در تداوم بهبود افراد تحت درمان داشته باشد. در شرایط فعلی بسیاری از افراد تحت درمان به دلیل فقدان پوشش بیمه‌ای امکان پرداخت هزینه‌های مربوط به خدمات پزشکی و مشاوره‌ای را ندارند. حمایت قانونی از افراد متقاضی درمان اعتیاد محدود است و به تازگی به صورت پایلوت در چند استان اقدام‌های محدودی همچون دادگاه درمان مدار شکل گرفته است. لازم است مرخصی‌های قانونی برای افراد وابسته به مصرف مواد در نظر گرفته شود و شرایط برای حفظ اشتغال افراد متقاضی درمان نیز فراهم شود.

آموزش‌های رسانه‌ای حوزه کاهش تقاضای مواد به ویژه برنامه‌های کاهش آسیب در رسانه ملی کاهش یافته یا حذف شده‌اند، در صورتی که موفقیت رسانه در برنامه‌های کاهش آسیب همچون جلوگیری از شیوع مصرف کراک به خوبی ثابت شده است. محدودیت‌های ساختاری به دلیل عدم اختصاص ردیف شغلی مستقل در سازمان‌ها برای جذب و استخدام متخصصان حوزه اعتیاد و کاهش آسیب همچون دانش‌آموختگان رشته‌های «مطالعات اعتیاد» و «مددکاری اجتماعی» موجب شده است که محدودیت‌های جدی در تأمین نیروی انسانی برای درمان و کاهش آسیب اعتیاد وجود داشته باشد. به طور خلاصه؛ نیاز به تغییر رویکرد کلی مواجهه با پدیده اعتیاد داریم (تا حد پارادایم) و وضع موجود نیازمند ساماندهی است. افزون بر این، نظام خدمات درمان، باز توانی و کاهش آسیب به الگویی جامع و توسعه کیفی نیاز دارد و باید به کم‌پوشانی‌ها توجه کرد.

اگرچه ناکارآمدی سیاست درمان اجباری اعتیاد در جوامع توسعه یافته و کشورهای موفق در کنترل از اعتیاد به وضوح اثبات شده است؛ اما همچنان در کشور، مراکز نگهداری اجباری تحت عنوان مراکز درمانی مواد (۱۵) و (۱۶)، مملو از معتادانی است که در طرح‌های ضربتی نیروی انتظامی جمع‌آوری می‌شوند. بسیاری از این معتادان بلافاصله پس از بازگشت، دوباره مواد مصرف می‌کنند که این امر اثر درمانی این کمپ‌های اجباری را بسیار ناچیز می‌کند. با توجه به اینکه نگهداری از معتادان در مراکز اجباری هزینه‌های زیادی بر دوش دولت می‌گذارد و زیرساخت‌های مناسبی (با توجه به جمعیت معتادان متجاهر) در کشور پیش‌بینی نشده است، به نظر می‌رسد منطقی باشد به دلیل عدم اثربخشی این مراکز، در سیاست کیفر گذاری و درمان اجباری معتادان

بازنگری شود.

بنابراین، یکی از تهدیدهای جدی حوزه درمان و کاهش آسیب، توسعه مراکز نگهداری اجباری به جای توسعه درمان‌های داوطلبانه و توسعه خدمات کاهش آسیب فردی، گروهی و اجتماع محور است؛ زیرا کمپ‌های اجباری موجب دوره‌های ترک کوتاه مدت می‌شود و نمی‌تواند درمان مؤثری برای اعتیاد باشد. علاوه بر این، جداسازی معتادان نه تنها با انگ اجتماعی همراه بوده و موجب فاصله گرفتن فرد از اجتماع می‌شود؛ بلکه موجب افزایش خانواده‌های بی سرپرست می‌شود. برآوردهای همه‌گیرشناسی حکایت از آن دارد که تقریباً نیمی از معتادان کشور متأهل و سرپرست خانواده هستند و جداسازی آنها از اجتماع و درمان اجباری در مراکز ماده (۱۶)، مشکلات جدی برای خانواده این معتادان فراهم می‌کند و آنها را در معرض فقر و فحشا قرار می‌دهد.

در نتیجه، به دلیل کوتاه بودن مدت زمان لازم برای نگهداری معتادان متجاهر و پیدایش چرخه تکراری دستگیری و درمان ناقص معتادان و همچنین، بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد به علت عدم جامعیت و ناکارآمدی پروتکل‌های درمانی پیشنهاد می‌شود با توسعه و گسترش مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی بهبود یافتگان با رویکرد اجتماع محور به منظور باز توانی، حرفه آموزی و اشتغال بهبود یافتگان و تسهیل فرایند جامعه پذیری و بازگشت فرد به اجتماع به همراه توسعه خدمات مراکز کاهش آسیب جامعه محور تقویت و تسهیل شود. لازمه این امر، الگوگیری از تجربیات کشورهای موفق در حوزه کاهش آسیب و متناسب سازی آن با ظرفیت‌های کشورمان است.

### ۳. ارزیابی اقدام‌ها در حوزه توانمندسازی و صیانت اجتماعی

گزارش عملکرد سازمان بهزیستی نشان می‌دهد در استان‌های اردبیل، ایلام، چهارمحال بختیاری، خراسان جنوبی، خوزستان، زنجان، سمنان، قزوین، کردستان، کهگیلویه بویراحمد، گیلان، مرکزی و همدان (در مجموع ۱۳ استان کشور) مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی برای معتادان بهبود یافته ایجاد نشده است؛ در حالی که جمعیت معتادان تحت درمان برخی از استان‌ها چشمگیر است. افزون بر این، در کل کشور تعداد ۱،۷۲۲ نفر تحت پوشش برنامه‌های توانمندسازی قرار گرفته‌اند که نسبت به تعداد افراد تحت پوشش، مراکز ماده (۱۶)، بسیار ناچیز است. با توجه به اهمیتی که توانمندسازی و باز توانی در پیشگیری از عود و بازگشت معتادان به اجتماع دارد، در گام نخست ریشه‌یابی عقب ماندگی از برنامه ضروری به نظر می‌رسد تا هر چه سریع‌تر، مراکز توانمندسازی و صیانت اجتماعی در کشور توسعه یابد. ضمناً عملکرد شهرداری‌ها در این زمینه به بررسی و ارائه گزارش عملکرد از سوی نهادهای متولی از جمله وزارت کشور نیاز دارد. با توجه به وضعیت موجود، پیشنهاد می‌شود خدمات حمایت‌های

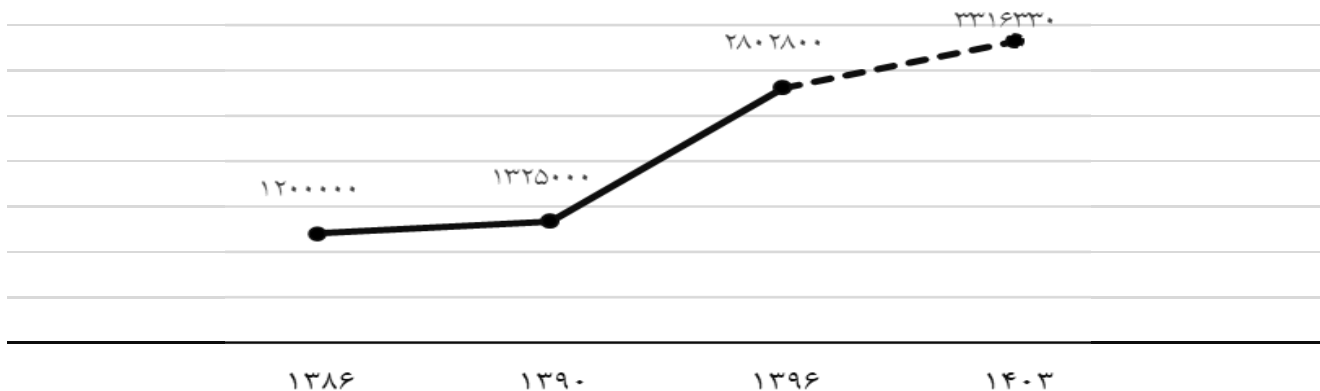
روان گردان‌ها و پیش‌سازها، ضربه‌زنی به بنیان‌های اقتصادی قاچاقچیان، انهدام زمین‌های زیر کشت خشخاش و شاهدانه، دستگیری قاچاقچیان، انهدام باندهای تهیه و توزیع مواد و ردیابی قاچاق و ترانزیت مواد مخدر و روان‌گردان‌هاست. با این حال، به موازات این روند صعودی اقدام‌های مقابله‌ای برای کاهش عرضه، متأسفانه جمعیت افراد مصرف‌کننده مواد اعتیادآور نیز افزایشی بوده است. آخرین آمار رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر از تعداد معتادان و مصرف‌کنندگان مستمر مواد مخدر در کشور مربوط به سال ۱۳۹۶ با ۲,۸۰۲,۸۰۰ فرد معتاد است. این آمار در مقایسه با آمار رسمی سال ۱۳۹۰ به تعداد ۱,۳۲۵,۰۰۰ فرد معتاد حدود ۱۱۱ درصد رشد داشته است.<sup>۱</sup> همچنین، ستاد مبارزه با مواد مخدر در تداوم سیر صعودی جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر در کشور پیش‌بینی کرده است این جمعیت در سال ۱۴۰۴ به رقم ۳۳۱۶۳۳۰ نفر افزایش خواهد یافت.<sup>۲</sup>

اجتماعی، توانمندسازی و بازتوانی، توسعه متوازی در کشور داشته باشد تا خدمات ارائه شده در این مراکز به‌طور بهینه ارتقا یابند. لازم است مراکز موجود نیز با اولویت مناطق محروم از نظر خدمات اجتماعی ساماندهی شوند و شرایط بازگشت به اجتماع از طریق مهارت‌آموزی و ایجاد اشتغال تسهیل شود. در این زمینه، لازم است دستگاه‌های اجرایی (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) و نهادهای آموزشی (سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور) و شهرداری‌ها در تعامل با یکدیگر، همکاری فرابخشی را برای ایجاد زمینه اشتغال معتادان گسترش دهند.

#### ۴. ارزیابی اقدام‌ها در حوزه کاهش عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها

ارزیابی اقدام‌های انجام شده در زمینه کاهش عرضه که به‌طور اجمالی در جدول ۴ ارائه شده است، حاکی از رشد و پیشرفت اقدام‌های پلیس مبارزه با مواد مخدر، قوه قضائیه و وزارت اطلاعات در کشف و امحای مواد مخدر،

نمودار ۱. پیش‌بینی ستاد مبارزه با مواد مخدر از روند افزایش جمعیت معتادان در کشور



افزایش قیمت مواد مخدر و روان‌گردان‌ها همراه خواهد شد. شاید در نگاه اول چنین به‌نظر برسد که افزایش قیمت خود عامل بازدارنده‌ای برای کنترل تقاضا خواهد بود؛ اما در واقعیت، جهش معتادان به روش‌های پرخطر مصرف و افزایش بیماری‌های واگیردار در این گروه از افراد را به‌دنبال خواهد داشت. بنابراین، به‌نظر می‌رسد اقدام‌های انجام شده در کاهش عرضه چندان مثمر نبوده است؛ زیرا واقعیت‌های موجود مبین افزایش تقاضا در جامعه است. از این‌رو، باید اقدام‌ها و مقابله‌ها برای کاهش عرضه با رصد دقیق تقاضا و شناخت علمی از جمعیت معتادان انجام شود و سیاست‌گذاری‌ها در زمینه مواد مخدر به‌طور متوازن بر کاهش عرضه و کاهش تقاضا متمرکز شود؛ زیرا کاهش عرضه راهبردی

در تبیین این ناهمخوانی با اتکا به مدل‌های اقتصادی می‌توان اظهار داشت عرضه در پاسخ به نیاز و تقاضا شکل می‌گیرد؛ در نتیجه، افزایش اقدام‌ها و مقابله‌ها برای کاهش عرضه، به‌صورت غیرمستقیم منعکس‌کننده این واقعیت است که تقاضا نیز در جامعه برای مصرف افزایش یافته است. از این‌رو، رشد آمارهای مقابله با عرضه زنگ خطری است که نشان می‌دهد میزان تقاضا در کشور افزایش یافته است. بنابراین، شاید لازم باشد سیاستگذاران توجه بیشتری به کنترل تقاضای مصرف مواد اعتیادآور داشته باشند؛ زیرا چنانچه روند تقاضا در کشور صعودی باشد (طبق برآورد ستاد مبارزه با مواد مخدر)، اقدام‌های مقابله‌ای برای کاهش عرضه با پیامدهایی همچون

۱. براساس مطالعات شیوع‌شناسی ستاد مبارزه با مواد مخدر نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در کشور از میزان ۲/۶ در سال ۰۹۳۱ به میزان ۴/۹ در سال ۶۹۳۱ افزایش یافته است که این موضوع نیاز به بررسی علمی و بهره‌گیری از روش استاندارد و راهنمای عمل شیوع‌شناسی از سوی مراکز تخصصی و متخصصان اپیدمیولوژی و آماری جهت مطالعات آتی در این زمینه برای ارائه آمار و برآوردهای دقیق‌تر است.  
۲. سیمای اعتیاد در ایران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۸.



مالی و حمایت‌های فرابخشی و فراسازمانی برای انسداد و کنترل مبادی ورودی و محورهای مواصلاتی است؛ اما در واقعیت، منابع مالی مورد نیاز و هماهنگی بین سازمانی کافی برای این امر وجود ندارد و این امر می‌تواند در کنترل کامل مبادی ورودی و محورهای مواصلاتی تأثیر گذار باشد. هماهنگی فرامرزی نیز برای اجرای سیاست کلی مقابله با عرضه لازم و ضروری به نظر می‌رسد؛ اما ناآرامی‌های منطقه از یک سو و ضعف در اجرای طرح‌های اطلاعاتی و عملیاتی در خاک افغانستان به دلیل فقدان ساختار و اعتبار لازم از سوی دیگر، اجرای برنامه‌های مقابله با عرضه را با چالش مواجه ساخته است. از این رو، الزام کشورهای، مجامع و سازمان‌های بین‌المللی در راستای اجرای سهم خود در امر مبارزه با مواد مخدر و در اجرای اصل مسئولیت مشترک جامعه جهانی در قبال تهدید جهانشمول تولید و قاچاق مواد مخدر و روان‌گردان‌ها سازنده و راهگشا خواهد بود. در حوزه حقوقی و قضایی نیز، ضعف در شناسایی و ضربه‌زنی و مصادره اموال و دارایی‌های قاچاقچیان اصلی مواد مخدر نیز از دیگر ضعف‌های سیاست مقابله با عرضه است؛ زیرا در صورتی که حمایت‌های قانونی برای این نوع مصادره‌ها ایجاد شود، می‌تواند اعتبار لازم برای پیشبرد برخی از سیاست‌های مقابله با عرضه را فراهم کند. در نتیجه، ناامن‌سازی مبادلات مالی و اقتصادی عوامل اصلی قاچاق و جلوگیری از پولشویی درآمدهای غیرقانونی حاصل از قاچاق مواد مخدر با هدف ضربه‌زنی به بنیان‌های مالی بسیار سودمند خواهد بود.

افزون بر این، ناکارآمدی سیاست‌های قضایی در برخورد با عرضه‌کنندگان خرد مواد مخدر موجب عدم بازدارندگی قوانین شده و برخی از این افراد، پس از اتمام دوره‌های کوتاه‌مدت حبس، مجدداً به عرضه و توزیع مواد اقدام می‌کنند. همچنین، در استان‌های مختلف کشور برای مجازات محکومان مرتبط با مواد مخدر، روان‌گردان و پیش‌سازها و حدت‌نظر وجود ندارد که این برخوردهای سلیقه‌ای می‌تواند عزم نظام قضایی کشور برای برخورد قاطع و مجازات بازدارنده مرتکبان جرائم مواد مخدر را زیر سؤال ببرد. از دلایل برخورد‌های سلیقه‌ای برای مجازات محکومان جرائم مواد مخدر و روان‌گردان می‌توان به نبود ساختار تخصصی قضایی در حوزه بازپرسی، تحقیق و تعقیب (دادسرای تخصصی مبارزه با مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها) اشاره کرد.<sup>۱</sup> با توجه به اینکه در حوزه کاهش عرضه لازم است حداکثر هماهنگی بین مراجع مختلف وجود داشته باشد؛ اما در واقعیت ناهماهنگی بین سیاستگذار و مجری مشهود است. به نظر می‌رسد تعامل سازنده‌ای بین سیاستگذار و مجری وجود ندارد و سیاستگذاران بازخورد مناسبی نسبت به پیامد سیاست‌ها در حوزه کاهش عرضه دریافت نمی‌کنند که بخشی از آن ناشی از فقدان گفت‌وگو و هماهنگی میان سیاستگذاران و مجریان است. در نهادهای متولی مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان، ساختارها ایستا و مکانیکی بوده و

کوتاه‌مدت بوده و چنانچه میزان تقاضا در جامعه کنترل نشود (فرایندی که نیاز به برنامه‌ریزی‌های بلندمدت دارد)، سیاست کاهش عرضه سودمند نخواهد بود.

برخی مطالعات در زمینه آسیب‌شناسی مقابله با عرضه حکایت از آن دارد که نهادهای مقابله‌ای در استفاده بهینه از سیستم‌های اطلاعات جمعیت در کنترل مستمر عاملان توزیع مواد مخدر و کاهش این جرم کارایی لازم را ندارند. افزون بر این، به‌رغم پیشرفت فناوری‌های اطلاعاتی، از تجهیزات الکترونیکی مدرن در جهت افزایش کارآمدی مقابله با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها بهره‌گیری نمی‌شود که یکی از مهم‌ترین دلایل آن، وجود تحریم‌های ظالمانه غرب و آمریکا علیه کشور است؛ لذا باید سرمایه‌گذاری بیشتری در این زمینه انجام شود. همچنین، سطح تعاملات اطلاعاتی بین سازمان‌ها و دستگاه‌های مرتبط ضعیف است و لازم است تعاملات میان‌بخشی در زمینه اشراف اطلاعاتی افزایش یابد.<sup>۱</sup> علاوه بر این، برخی صاحب‌نظران ضعف‌ها و کاستی‌های حوزه کاهش عرضه را ناشی از شرایط بین‌المللی می‌دانند و بر این باورند شرایط محیط بین‌المللی برای کنترل و کاهش عرضه مساعد نیست؛ چراکه برنامه‌های مبارزه در کشور افغانستان به دلیل اینکه اقدام‌های اولیه آنها توفیقی را در پی نداشت، از سوی دولت محلی کنار گذاشته شد و مسئولان جمهوری اسلامی ایران نیز از ظرفیت‌های کشور و همچنین، قدرت و نفوذ سیاسی ایران در افغانستان به‌طور شایسته استفاده نکرده‌اند.<sup>۲</sup> در ارزیابی اقدام‌های صورت گرفته در عرصه مقابله با عرضه مواد مخدر باید به افزایش میزان تولید مواد مخدر در افغانستان نیز توجه کنیم؛ زیرا هم‌زمان با افزایش کشفیات مواد مخدر در کشور ما، میزان تولید تریاک در افغانستان نیز از رقم ۴,۸۰۰ تن در سال ۱۳۹۵ به ۶,۸۰۰ تن در سال ۱۴۰۰ معادل ۴۱ درصد افزایش یافته است. مضاف بر این، به اعتقاد کارشناسان حدود ۳۵ درصد از تولید مواد مخدر افغانستان از مسیر ایران قاچاق و ترانزیت می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد میان افزایش کشفیات مواد مخدر در ایران و افزایش تولید مواد مخدر در افغانستان نوعی ارتباط مستقیم برقرار است.

در مجموع ارزیابی اقدام‌های انجام شده در حوزه کاهش عرضه مبین آن است که در اجرای کامل و دقیق برخی از سیاست‌های کلی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام، شورای عالی امنیت ملی و ستاد مبارزه با مواد مخدر ضعف‌هایی وجود دارد که اهداف «برنامه ششم توسعه» را پوشش نمی‌دهد. یکی از دلایل این کاستی‌ها این است که ساختار برخی از دستگاه‌های اجرایی متناسب با مأموریت محوله نیست و در نتیجه، برخی از دستگاه‌ها نیروی متخصص و امکانات لازم برای اجرای سیاست‌های کلی نظام را ندارند. از سوی دیگر، با توجه به گستردگی قلمرو مرزی کشور (به‌خصوص در پهنه شرقی کشور)، نیاز به منابع

۱. محمد رضا آمویی و یوسف چراغ‌آبادی، بررسی میزان کارآمدی عملکرد حوزه مقابله با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها با تأکید بر اشراف اطلاعاتی بر شبکه‌ها، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران، ۱۳۹۹.

۲. سلمان زالی، محمد رضا عطار و حسن دانایی‌فرد، واکاوی الگوی موانع اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در ایران، مجله راهبرد، ۲۷(۳)، ۱۳۹۷، صص ۲۱۵-۱۸۵.

۳. دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، سند جامع راهبردی مقابله با عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مواد شیمیایی پیش‌ساز، تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۸.

و تعامل اطلاعاتی، دسترسی نسبتاً آسان مصرف‌کنندگان به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، لزوم افزایش کیفیت مقابله با عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها به دلیل تنوع بالای روان‌گردان‌ها و دسترسی آسان به اطلاعات، فرمول‌ها و مواد اولیه شیمیایی لازمه برای تولید، تجارت غیرقانونی مواد مخدر و روان‌گردان‌ها به‌ویژه در فضای مجازی، نبود زیرساخت‌های کافی و منسجم و یکپارچه برای مبارزه مؤثر با درآمدهای غیرقانونی به‌دست آمده از جرائم مواد مخدر و پولشویی صورت پذیرفته در این بازار، آلودگی مناطق و محلات شهری به مظاهر علنی مصرف و تولید مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و بازدارنده نبودن مجازات‌های مرتبط با جرائم مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها را می‌توان از جمله دلایل ضعف در کاهش عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها برشمرد.

اطلاعات جمعیت در کنترل مستمر عاملان توزیع مواد مخدر و کاهش این جرم کارایی لازم را ندارند. با وجود پیشرفت فناوری‌های اطلاعاتی، از تجهیزات الکترونیکی مدرن در جهت افزایش کارآمدی عملیات‌های مقابله با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها بهره‌گیری نمی‌شود و لازم است سرمایه‌گذاری بیشتری در این زمینه انجام شود که پیش‌نیاز آن، پیش‌بینی اعتبار لازم در بودجه سالیانه کل کشور است. برخی دیگر از کاستی‌ها در حوزه مقابله با عرضه ناشی از عدم کنترل بر کشت، ترانزیت و انتقال مواد در کشورهای همسایه است که تحکیم هماهنگی‌های بین‌المللی و برنامه‌ریزی بلندمدت در این زمینه، اجتناب‌ناپذیر است. علاوه بر این، بخش عمده‌ای از ناکارآمدی اقدام‌ها در کاهش عرضه، به دلیل مشکلاتی است که در مرزها وجود دارد. با تدوین طرح جامع امنیت پایدار مرزی از طریق تأمین معیشت و رفاه مرزنشینان و جلب حمایت کشورهای اروپایی مصرف‌کننده مواد مخدر برای اختصاص اعتبار جهت کنترل مواد مخدر در کشور خود و انجام عملیات کشت جایگزین در افغانستان، می‌توان میزان عرضه مواد مخدر را در کشور به مقدار زیادی کنترل کرد. همچنین می‌توان با فعالیت و استقرار بازارچه‌ها در مناطق مرزی در بسیاری از متغیرهای رفاهی از قبیل ایجاد اشتغال، تحرک شغلی مرزنشینان، افزایش درآمد، تأمین مایحتاج نیازهای ساکنان مرزنشین، تغذیه، بهداشت، مسکن و محیط زیست بهبود نسبی ایجاد کرد. این امر باعث کاسته شدن اقتصاد غیررسمی در مناطق مرزی و قاچاق مواد مخدر و روان‌گردان‌ها برای تأمین معاش می‌شود. ارزیابی اقدام‌های گذشته در حوزه مقابله با عرضه نشان می‌دهد اقدام‌های مقابله با عرضه مواد مخدر، کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد را به‌دنبال نداشته است. در واقع، اقدام‌هایی نظیر متوقف ساختن ورود، قاچاق و توزیع مواد که ماهیت انتظامی و اطلاعاتی دارد، موجب کاهش آسیب اعتیاد

به دلیل تعدد نهادهای درگیر، همسویی اهداف بین‌سازمان‌ها دیده نمی‌شود. به همین دلیل، هر یک از این سازمان‌ها هدف‌های متنوعی را دنبال می‌کنند که در یک راستا قرار نگرفته است.<sup>۱</sup>

در یک جمع‌بندی، ناکافی بودن همکاری و تعامل بین دستگاه‌های مجری و همکار در امر مقابله با عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، ضعف در فرایند و سازوکارهای هماهنگ‌سازی بین دستگاهی و بین‌بخشی، ضعف در آموزش‌ها و اقدام‌های تخصصی دستگاه‌های مقابله‌ای، عدم کفایت برخی اختیارات قانونی در دستگاه‌های مقابله‌ای، تعارضات و ضعف در اجرای قانون مبارزه با مواد مخدر، فقدان ساختارها و اعتبارات متناسب با حجم تهدیدها ناشی از پدیده مواد مخدر در دستگاه‌های مقابله‌ای، فقدان سخت‌افزار متناسب و روزآمد مبارزه در دستگاه‌های مقابله‌ای، نبود یکپارچگی اطلاعاتی و همکاری کافی و وافی بین‌المللی

## [ جمع‌بندی ]

با وجود اقدام‌های انجام‌شده در حوزه مبارزه و مقابله با عرضه، میزان افراد مصرف‌کننده مواد در کشور افزایش داشته است. با توجه به اینکه عرضه در پاسخ به نیاز و تقاضا شکل می‌گیرد، افزایش اقدام‌های مقابله‌ای برای کاهش عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، به‌صورت غیرمستقیم منعکس‌کننده این واقعیت است که تقاضا نیز در جامعه برای مصرف افزایش یافته است. بنابراین، باید سیاستگذاری در حوزه مقابله با اعتیاد به‌صورت متوازن بر کاهش عرضه و تقاضا متمرکز شود؛ زیرا کاهش عرضه راهبردی کوتاه‌مدت بوده و چنانچه میزان تقاضا در جامعه کنترل نشود (فرایندی که نیاز به برنامه‌ریزی‌های بلندمدت دارد)، سیاست کاهش عرضه سودمند نخواهد بود.

با این حال، تلاش‌هایی که در حوزه مقابله با عرضه انجام می‌شود، به دلیل برخی محدودیت‌ها و همچنین نواقص تقنینی، نتیجه‌مورد انتظار حاصل نمی‌شود. برای مثال، مصرف مواد و پیش‌سازها جرم است؛ اما دسترسی به مواد و داروهای قابل سوءمصرف آسان است. علاوه بر این، به‌رغم اینکه موارد علمی - پزشکی مصرف مواد روشن است؛ با این حال، نظارت کافی بر نحوه استفاده وجود ندارد. همچنین در ماده (۱۲) قانون مبارزه با مواد مخدر، برای کسانی که مواد مخدر را به داخل زندان یا بازداشتگاه یا اردوگاه بازپروری و نگهداری معتادان وارد کنند، اشد مجازات در نظر گرفته شده و در مورد مأموران دولت، انفصال دائم از مشاغل دولتی هم بدان افزوده شده است؛ این در حالی است که این قبیل جرائم بیشتر از سوی سربازان انجام می‌گیرد و انفصال نسبت به آنها معنا ندارد و ضروری است قانونگذار مجازات دیگری مثل اضافه خدمت و ... را تصریح کند. راه‌حل کنونی معرفی این افراد به دادگاه نظامی است.<sup>۲</sup>

افزون بر این، برخی مطالعات در زمینه آسیب‌شناسی مقابله با عرضه، حکایت از آن دارد که نهادهای مقابله‌ای در استفاده بهینه از سیستم‌های

۱. شهاب باحشمت جویباری و محسن کرمانی. سیمای اعتیاد در ایران: سیاست‌ها، قوانین، عملکرد و نتایج. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران، ۱۴۰۱.

۲. مسعودی. مشکلات قوانین اعتیاد در ایران، بی‌تا.



و آسیب‌پذیر ممکن است به برنامه‌های پیشگیری موجود در مدارس و دانشگاه‌ها دسترسی نداشته باشند و این مسئله، لزوم تدوین برنامه‌های مستمر در محیط‌های آسیب‌پذیر را برجسته می‌سازد.

بنابراین، یکی از تهدیدهای جدی حوزه درمان و کاهش آسیب، توسعه مراکز نگهداری اجباری به جای توسعه درمان‌های داوطلبانه، فردی، گروهی و اجتماع‌محور است؛ زیرا کمپ‌های اجباری موجب دوره‌های ترک کوتاه‌مدت می‌شود و نمی‌تواند درمان مؤثری برای اعتیاد باشد. مضاف بر این، جداسازی معتادان نه تنها با انگ اجتماعی همراه بوده و موجب فاصله گرفتن فرد از اجتماع می‌شود؛ بلکه موجب افزایش خانواده‌های بی‌سرپرست می‌شود. برآوردهای همه‌گیرشناسی حکایت از آن دارد که تقریباً نیمی از معتادان کشور متأهل و سرپرست خانواده هستند و جداسازی آنها از اجتماع و درمان اجباری در مراکز ماده (۱۶)، مشکلات جدی برای خانواده این معتادان فراهم می‌کند و آنها را در معرض فقر و فحشا و انواع آسیب‌های اجتماعی قرار می‌دهد.

یکی از نقاط ضعف برنامه‌ریزی در حوزه اعتیاد این است که هماهنگی و مشارکت بین‌بخشی کافی در برنامه‌های موجود در مان، باز توانی، زیان‌کاهی و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور وجود ندارد. به همین دلیل، ارتباط تعریف شده و نظام‌مند در برنامه‌های درمان، باز توانی و زیان‌کاهی اعتیاد با سایر نظام‌های حمایت اجتماعی دیده نمی‌شود. تعامل سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مجریان و حتی درمانگران در الگوهای مختلف درمان کشور ضعیف است. برخی یا حتی بسیاری از برنامه‌های فعلی و اقدام‌های انجام شده در حوزه اعتیاد بر مبنای مستندات علمی، بهترین تجربیات، ارزشیابی‌های بالینی و برنامه‌ای و مبتنی بر شواهد نیست؛ زیرا در تدوین پروتکل‌ها از توان حداکثری تخصصی کشور و نظرات کارشناسان استفاده نشده است. پروتکل‌های موجود در زمینه درمان اعتیاد به‌نحو غیر لازمی سختگیرانه‌اند و تنها به نظریه‌ها و رویکردهای خاصی توجه شده است. علاوه بر این، پروتکل‌ها مبتنی بر شواهد علمی و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی کشور تدوین نشده‌اند.

اگرچه در احکام برنامه ششم توسعه بر رویکرد اجتماعی در اجرای قوانین و برنامه‌های اعتیاد کشور به‌صراحت تأکید شده است؛ اما نشانه‌های خوبی از حمایت‌های اجتماعی در شرایط کنونی جامعه به چشم نمی‌خورد. احساس بی‌پناهی، بی‌اعتمادی و تنهایی در سطح جامعه رو به گسترش است. یکی از دلایل آن این است که تحقیقات پایه و تحقیقات بومی در حوزه درمان، باز توانی و زیان‌کاهی اعتیاد کم است. علاوه بر این، نه تنها یارانه‌های اختصاص داده شده به درمان اعتیاد محدود است؛ بلکه یارانه با شاخص‌های مناسبی توزیع نمی‌شوند. فرایند مستندسازی و ثبت آمار دچار مشکلات عمده‌ای است؛ به‌طوری‌که آمار و اطلاعات موجود در زمینه‌های مختلف از جمله پوشش خدمات و اثربخشی مداخلات تعارض دارند.

نشده است؛ زیرا هرچه شدت اقدام‌های انتظامی مانند انسداد مرزها، افزایش نیروهای عملیاتی گشت و کمین در منطقه، توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی و ... برای جلوگیری از عرضه مواد مخدر افزایش یابد، سهولت دسترسی به مواد مخدر کاهش می‌یابد و در نتیجه قیمت مواد مخدر افزایش می‌یابد و این افزایش قیمت بر سود عرضه‌کنندگان تأثیر مستقیم دارد تا به سمت قاچاق مواد مخدر ترغیب شوند. در نتیجه آسیب‌های ناشی از اعتیاد به مواد مخدر اعم از آسیب‌های اجتماعی و خانواده و ... کاهش نمی‌یابد.

آسیب‌شناسی عملکرد دستگاه‌های یادشده در زمینه پیشگیری از اعتیاد، به دو مسئله اساسی منتهی می‌شود: مسئله اول، عدم پیش‌بینی اعتبارات لازم و کافی برای اجرای برنامه‌های راهبردی به‌ویژه پیشگیری از اعتیاد در بودجه سالیانه ستاد مبارزه با مواد مخدر برای اختصاص به دستگاه‌های حاکمیتی، تقنینی و اجرایی است؛ به‌طوری‌که بسیاری از مسئولیت‌های محوله به سازمان‌ها عمدتاً بدون در نظر گرفتن اعتبار لازم برای اجرای آن تعریف شده است. مسئله دوم، ضعف ساختاری دستگاه‌ها و فقدان متولی اختصاصی برای مقابله با مواد مخدر و اعتیاد است. برای مثال، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان اصلی‌ترین نهاد سلامت کشور، اعتیاد ساختار مجزایی نداشته و در معاونت بهداشت و معاونت درمان این وزارتخانه، اعتیاد ذیل مسئولیت‌های دفتر سلامت روانی تعریف شده است. با توجه به اینکه اعتیاد مهم‌ترین و اولویت‌دارترین آسیب اجتماعی کشور است، انتظار می‌رود ساختار مجزایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به تبع آن، دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور برای اعتیاد تعریف شود. علاوه بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در برخی دستگاه‌های حاکمیتی و اجرایی همچون وزارت آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی این ضعف ساختاری برجسته است.

علاوه بر این، گزارش مشخصی از پیامد و نتیجه برنامه‌ها و طرح‌های پیشگیری جاری وجود ندارد و نهاد‌های متولی در گزارش‌های عملکرد صرفاً به تعداد افراد تحت پوشش این برنامه‌ها اکتفا می‌کنند و میزان کارایی و اثربخشی این برنامه‌ها مشخص نیست. از آنجاکه مشکلات مختلفی که جوانان در معرض خطر با آن روبه‌رو هستند، با هم ارتباط دارند، قبل از ارائه پیام‌های پیشگیری، باید نیازهای اولیه جوانان (خوراک، مسکن، امنیت و شغل) و همراه کردن برنامه‌های پیشگیری با نهاد‌های حمایتی و خدماتی بررسی شود. برنامه‌های پیشگیرانه باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که افراد در معرض خطر بتوانند به سهولت به برنامه‌ها و خدمات پیش‌بینی شده دسترسی یابند و ساختار برنامه‌ها، طبق نیاز افراد و به طریقی انعطاف‌پذیر طرح‌ریزی شوند؛ اما ارزیابی برنامه‌های موجود نشان می‌دهد اکثر اقدام‌های انجام شده، موقتی و مقطعی بوده و برای همیشه در دسترس افراد در معرض خطر قرار ندارد. همچنین، برخی از نوجوانان و جوانان در محیط‌های آلوده، کم‌برخوردار

## [ راهکارهای سیاستی ]

تشویق و ایجاد امید و انگیزه به منظور تداوم فعالیت.

- ۲ در حوزه کاهش عرضه مواد مخدر، روان گردان‌ها و پیش‌سازها  
■ اجتناب از رویکردهای سنتی و بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق  
در راستای افزایش اثربخشی مبارزه و کاهش نرخ ورود و نرخ دسترسی  
به مواد مخدر در جامعه؛  
■ انجام اقدام‌های لازم برای ارتقای توانمندی‌های علمی، حرفه‌ای و  
عملیاتی نیروهای مقابله‌ای در عرصه مبارزه با مواد مخدر، روان گردان‌ها  
و پیش‌سازها؛  
■ ناامن‌سازی مبادلات مالی و اقتصادی عوامل اصلی قاچاق و جلوگیری  
از پولشویی درآمدهای غیرقانونی حاصل از قاچاق مواد مخدر با هدف  
ضربه‌زنی به بنیان‌های مالی و به تعبیر مقام معظم رهبری (مدظله  
العالی) شکستن کمر اقتصادی قاچاقچیان؛  
■ اتخاذ اولویت رویکرد اطلاعاتی در امر مبارزه با مواد مخدر با توجه  
به سازمان یافته بودن جرائم مواد مخدر به‌ویژه قاچاق و ترانزیت مواد  
مخدر و پیوند آن با سایر جرائم سازمان یافته مانند ترور، بسم، فساد و  
جریان‌های مالی غیرقانونی؛  
■ الزام کشورها، مجامع و سازمان‌های بین‌المللی در راستای اجرای  
سهم خود در امر مبارزه با مواد مخدر و در اجرای اصل مسئولیت  
مشترک جامعه جهانی در قبال تهدید جهانشمول تولید و قاچاق مواد  
مخدر و روان گردان‌ها؛  
■ تسریع در اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر.

- ۳ در حوزه فرابخشی، ستادی و مدیریتی  
■ تأمین اعتبارات مورد نیاز مبارزه با مواد مخدر متناسب با حجم و  
شدت تهدید اعتیاد و مواد مخدر در کشور؛  
■ بازبینی، اصلاح و ارتقای ساختار مدیریتی و اجرایی مبارزه با مواد  
مخدر در کشور (ستادی - دستگاهی - استانی)؛  
■ اجرای منظم پژوهش‌ها و مطالعات راهبردی مورد نیاز عرصه‌های  
مختلف مبارزه با مواد مخدر با هدف رصد آخرین وضعیت بروز و شیوع  
اعتیاد کشور و تولید دانش لازم؛  
■ تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد به تفکیک حوزه‌های  
تخصصی مبارزه با مواد مخدر و استخدام و به‌کارگیری فارغ‌التحصیلان  
دانشگاهی مرتبط همچون دانش‌آموختگان دکتری تخصصی مطالعات  
اعتیاد به منظور آغاز تحولی نوین و انجام مبارزه علمی و حرفه‌ای در  
کشور.

راهکارهای سیاستی پیشنهادی با توجه به اسناد قانونی و همچنین  
اصلاح الگوی مبارزه با مواد مخدر با تقویت نگرش علمی و بهره‌گیری  
گسترده از ظرفیت‌های اجتماعی در دو حوزه کاهش عرضه و کاهش  
تقاضای مواد مخدر به شرح زیر ارائه می‌شود:

- ۱ در حوزه کاهش تقاضای مواد مخدر و روان گردان‌ها  
■ اجتناب از رویکردهای سنتی و بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق  
در راستای افزایش اثربخشی مبارزه و کاهش نرخ بروز و شیوع اعتیاد؛  
■ انجام اقدام‌های لازم برای تولید پشتوانه‌های علمی و دانش کاربردی  
در عرصه‌های پیشگیری و درمان و کاهش آسیب اعتیاد با ارتقای  
توانمندی‌های علمی، فنی و تجهیزاتی و بهره‌برداری عملی از آنها؛  
■ استمرار و توسعه طرح یاریگران زندگی در راستای پیشبرد اهداف  
پیشگیرانه در محیط‌ها و کانون‌های هدف و تعمیم و گسترش آن به  
عرصه‌های دیگر حوزه کاهش تقاضا به‌ویژه درمان و کاهش آسیب و  
صیانت اجتماعی و مشارکت‌های مردمی؛  
■ استمرار و ارتقای کمی و کیفی طرح راهبردی ساماندهی معتادان  
متجاهر در کشور با توجه به دستاوردهای به‌دست آمده حاصل از اجرای  
مؤثر طرح مورد نظر؛  
■ اجرایی شدن بیمه درمان معتادان در کشور با همکاری سازمان‌های  
بیمه‌ای و همچنین کمک به تأمین بخشی از حق بیمه بهبودیافتگان در  
راستای حمایت اجتماعی؛  
■ راه‌اندازی و توسعه مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی  
متناسب با جمعیت هدف به منظور کاهش عود اعتیاد و افزایش مانایی  
بهبودیافتگان در درمان؛  
■ کاهش مخاطرات بهداشتی ناشی از اعتیاد در جمعیت هدف با  
توسعه و تکمیل برنامه‌های متنوع و خدمات کاهش آسیب براساس  
استانداردهای جهانی و بومی‌سازی اقدام‌های منطبق با فرهنگ جامعه؛  
■ توسعه و گسترش مراکز و امکانات درمانی و مراکز توانمندسازی و  
صیانت اجتماعی در سراسر کشور با هدف افزایش و سهولت دسترسی  
به درمان؛  
■ بهره‌گیری گسترده از ظرفیت‌های رسانه‌ای، فضای مجازی و  
شبکه‌های اجتماعی در اجرای برنامه‌های کاهش تقاضا و توسعه  
مشارکت‌های مردمی؛  
■ تکمیل چرخه بازتوانی و توانمندسازی بهبودیافتگان با توسعه  
حرفه‌آموزی و ایجاد اشتغال پایدار و تأمین فضای کسب‌وکار و  
درآمدزایی مناسب برای آنان و انجام حمایت‌های اجتماعی لازم جهت



## [ منابع و مأخذ ]

مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و پیش‌سازها با رویکرد اجتماعی در برنامه ششم توسعه (۱۴۰۰-۱۳۹۶)، تهران، انتشارات دنیای درون، ۱۳۹۷.

18. Baheshmat, S., et al. (2021). Spouse and Child Abuse Associated with Illicit Drug Use in Iran: a Systematic Review and Meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838021998655.

19. Degenhardt, L., et al. (2018). The Global Burden of Disease Attributable to Alcohol and Drug Use in 195 Countries And Territories, 1990–2016: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5 (12).

20. Felson, R. B., et al. (2019). Life in the Fast Lane: Drugs, Hedonistic Lifestyles, and Economic Crime. *Crime & Delinquency*, 65 (9).

21. FGsD, C. (2012). National Strategy on Drug and Addiction Policy. Berlin: Federal Ministry of Health.

22. Godleski, S., & Leonard, K. E. (2019). Substance Use and Substance Problems in Families: How Families Impact and are Impacted by Substance Use. in *APA Handbook of Contemporary Family Psychology: Applications and Broad Impact of Family Psychology*, 2.

23. Shafiee, S. A., et al. (2019). Multi-level Approach to Theories of Addiction: A Critical Review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13 (2).

24. Silverman, K., et al. (2019). The Utility of Operant Conditioning to Address Poverty and Drug Addiction. *Perspectives on Behavior Science*, 42 (3).

25. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2016). *Health Care Systems and Substance Use Disorders. Facing Addiction in America: the Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*.

26. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2016). *Health Care Systems and Substance Use Disorders. Facing Addiction in America: the Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*.

۱. آمویی، محمد رضا و یوسف، چراغ‌آبادی. بررسی میزان کارآمدی عملکرد حوزه مقابله با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها با تأکید بر اشراف اطلاعاتی بر شبکه‌ها، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران، ۱۳۹۹.

۲. بابایی، نعمت‌اله. بررسی تجارب کشورهای منتخب و در حال توسعه در پیشگیری از اعتیاد، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران، ۱۳۹۵.

۳. شهاب، باحشمت جویباری و محسن، کرمانی. سیمای اعتیاد در ایران: سیاست‌ها، قوانین، عملکرد و نتایج، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران، ۱۴۰۱.

۴. پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا، آخرین تغییرات مفهومی و کارکردی در محیط آسیب‌مورد نظر متناسب با شرایط اجتماعی، ۱۳۹۹.

۵. توصیه سیاستی در مورد طرح مجلس دهم برای کاهش مجازات اعدام در جرائم مواد مخدر.

۶. سند جامع راهبردی مقابله عرضه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و مواد شیمیایی پیش‌ساز، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۸.

۷. روزنامه جام‌جم، کارنامه ۱۳۰۰ ساعتی رسانه ملی در مبارزه با مواد مخدر، یکشنبه ۲۵ بهمن‌ماه ۱۳۹۴، شماره ۴۴۷۹.

۸. روشن‌پژوه، محسن. مروری بر تاریخچه مبارزه با مواد مخدر در ایران، پس از پیروزی انقلاب اسلامی، ۱۳۹۹.

۹. زالی، سلمان و محمد رضا، عطار و حسن، دانایی‌فرد. واکاوی الگوی موانع اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در ایران، مجله راهبرد، ۲۷ (۳)، ۱۳۹۷.

۱۰. سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، گزارش سالیانه موجودی زندانیان کشور، ۱۳۹۹.

۱۱. سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، گزارش زندان‌های سراسر کشور، ۱۴۰۰.

۱۲. ستاد مبارزه با مواد مخدر، سیمای اعتیاد در ایران، تهران، ایران، ۱۳۹۸.

۱۳. قرارگاه مردمی تحول اجتماعی شهید اسداللهی، بررسی جامعه‌شناختی اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۸.

۱۴. کرمانی، محسن و احسان، آزمون‌نیا و سامان، یوسف‌وند. بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور ۴۹، وضعیت اعتبارات حوزه آسیب‌های اجتماعی، دوره ۱۱، سال دوم، معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی، دفتر مطالعات اجتماعی، ۱۳۹۹.

۱۵. مسعودی. مشکلات قوانین اعتیاد در ایران، بی‌تا.

۱۶. قاسمیان سعید و دیگران. الگوی مبارزه با مواد مخدر با رویکرد اجتماعی در برنامه هفتم توسعه، ۱ (۲)، ۱۴۰۰.

۱۷. قاسمیان، سعید و مرتضی، حیدری و شقایق، ابوالمکارم. طرح ملی





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](mailto:mrc@majles.ir)

وبسایت: [rc@majles.ir](http://rc@majles.ir)