

برنامه‌ها و اقدامات کاهش تقاضای سوء مصرف مواد در کشورهای مختلف دنیا

محمدباقر صابری زفرقندی^۱

محمد مهدی شمسایی^۲

محسن روشن پژوه^۳

رکسانا میرکاظمی^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲

پژوهش حاضر به منظور دستیابی به وضعیت برنامه‌ها و اقدامات کاهش تقاضای سوء مصرف مواد در کشورهای مختلف دنیا صورت گرفته است.

پژوهش کیفی حاضر با روش اسنادی و کتابخانه‌ای صورت گرفته و از نوع توصیفی-تحلیلی است.

مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در کشورهای مورد بررسی عبارت‌اند از: آگاه‌سازی افراد درباره خطرات و مضرات مواد، افزایش مهارت‌های زندگی، تقویت فعالیت‌های جایگزین به جای مواد برای ارضای نیازهای روانی-اجتماعی، مشاوره و مداخله حین بحران‌های مختلف در طول زندگی، ارتقای فرهنگی و مذهبی، تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد و درمان معتادان برای جلوگیری از سرایت اعتیاد. این راهبردها در قالب فعالیت‌های متمرکز بر فرد، آموزش و آگاه‌سازی والدین، معلمان و مدرسه، استفاده از رسانه‌ها، محل‌های کار و مکان‌های تجمع، استفاده از شبکه مراقبت‌های سلامتی اولیه و وضع و اجرای قوانین و مقررات، مورد بحث قرار می‌گیرند.

کشورهای مورد مطالعه و منابع بین‌المللی در رویارویی با مصرف مواد مخدر یک رویکرد متوازن، چندجانبه و متمرکز در حوزه جرائم مرتبط با مواد دارند. به طور کلی، رسیدگی مناسب به مشکلات جسمی و ارضای مطلوب نیازهای روانی، اجتماعی و معنوی افراد جامعه به عنوان "ابعاد چهارگانه سلامت" - که همسو با تحولات و مقتضیات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور باشد- گام‌های اساسی در نقشه راه پیشگیری و کاهش تقاضای سوء مصرف مواد است.

واژگان کلیدی: برنامه، اقدامات، کاهش تقاضا و سوء مصرف مواد

۱- عضو هیئت علمی انستیتو روان پزشکی تهران (مرکز تحقیقات سلامت روان)، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز، گروه روان‌شناسی، استان گلستان (نویسنده مسئول) E-mail: shamsaei@bandargaziau.ir

۳- روان‌پزشک و کارشناس ارشد کاهش تقاضای مواد سازمان بهزیستی کشور

۴- متخصص سلامت عمومی و پژوهشگر

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر و روان گردان، یکی از مهم ترین مشکلات جوامع انسانی و تهدیدی جدی برای ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سلامتی به ویژه در قشر جوانان است. به همین لحاظ، سوء مصرف و وابستگی به مواد روان گردان، بسیاری از منابع و سرمایه های انسانی ارزشمند، امکانات و فرصت های اقتصادی و اجتماعی را از بین می برد. نیمی از مرگ و میر گروه سنی ۱۵-۶۴ سال، ناشی از سوء مصرف مواد است که معادل ۱۰۴ هزار تا ۲۶۳ هزار مرگ در سال می باشد. (دفتر مبارزه با مواد و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۲) از بین بردن یا کاهش قابل ملاحظه سوء مصرف مواد تا سال ۲۰۰۸ که در جلسه عمومی سازمان ملل متحد (۱۹۹۸) مطرح شد، با افزایش شیوع سوء مصرف مواد در آن دهه، تبدیل به شعاری محقق نشده و شکستی دردناک شد. (همان)

برخلاف اقدامات کاهش عرضه مواد که بر میزان دسترسی و سهولت تهیه مواد توجه و تاکید دارد، اقدامات کاهش تقاضا بیشتر به نوجوانان و جوانان در معرض خطر مانند دانش آموزان، سربازان، زندانیان، دختران فراری و کودکان خیابانی یا دچار سوء مصرف و نیز تمام اقشار جامعه می پردازد. به دلیل توجه این رویکرد بر عوامل تأثیرگذار بر تقاضای سوء مصرف مواد، توجه ویژه همزمان به گستردگی پدیده هایی مانند فقر، بیکاری، همسر آزاری و کودک آزاری و نیز کیفیت خدمات کاهش تقاضای مواد ضروری است.

میزان شیوع سوء مصرف مواد در کشورهای که فعالیتهای پیشگیرانه را از طریق کاهش تقاضا با جدیت پیگیری می نمایند، کاهش قابل ملاحظه ای یافته است. مداخلات پیشگیرانه باهدف کاهش تقاضا، ایجاد نوعی مصونیت ذهنی، روانی و ایمن سازی درونی شخص در برابر مواد روان گردان است. مطالعات، گویای بهبود مهارت های والدین، ارتباطات خانوادگی و کاهش رفتارهای انحرافی جوانان - که همراه با سوء مصرف مواد و جنایتهای مرتبط با آن است- در اثر مداخلات پیشگیرانه است. (طهرانی، ۱۳۸۲) مقصود از پیشگیری اولیه، پیشگیری قبل از ایجاد بیماری از طریق کنترل علل و عوامل خطر است. (عزیزی، حاتمی و جان قربانی، ۱۳۷۹) افزایش حمایت در پنج سال اول زندگی هر فرد می تواند در کاهش بروز سطح وسیعی از مشکلات موثر باشد. (راهبرد کاهش تقاضا، ۲۰۱۰) پیشگیری ثانویه، تشخیص اولیه و به موقع بیماری و مداخله موثر و قاطع برای بهبود وضع سلامت فردی و اجتماعی است. (عزیزی، حاتمی و جان قربانی، ۱۳۷۹) پیشگیری ثالث نیز به کارگیری همه تدابیر موجود به منظور کاهش یا محدود کردن نقص عضو و ناتوانی های حاصل از بیماری و به حداقل رساندن رنج و آسیب ناشی از انحراف از سلامت کامل و همچنین ارتقای قدرت تطابق بیمار است. فقط از طریق ایجاد این تغییر دائمی در افراد است که ارتکاب جرمشان کمتر می شود و ضرر رساندن به خود و جامعه خاتمه می یابد و می توانند به طور موثری به جامعه شان خدمت می کنند. (راهبرد کاهش تقاضا، ۲۰۱۰)

مطالعه برنامه‌های مبارزه با سوءمصرف مواد در کشورهای مختلف جهان به خصوص در سال‌های اخیر، موجب توجه خاصی به ارزیابی علمی از کارایی اجرایی برنامه‌های پیشگیری شده است. پیامد این ارزیابی‌ها با پایه‌های علمی، راهنمایی برای پایه‌ریزی، تدوین و تعبیرات احتمالی در برنامه‌های آتی پیشگیری از سوءمصرف مواد و همچنین، راهگشای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران عرصه‌های مختلف سلامت به ویژه در حوزه جوانان خواهد شد. مهم‌تر این که، شکست احتمالی و نقایص در برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد می‌تواند سلامت روانی و جسمانی جامعه را به طور جدی در معرض خطر قرار دهد. (جزایری، ۱۳۸۲) پس، دستیابی به برنامه‌ها و اقدامات کاهش تقاضای مواد سایر کشورها، گامی مهم برای استفاده از تجارب جهانی و استفاده از خرد جمعی در بازبینی و به‌روزرسانی برنامه‌ها و اقدامات حوزه کاهش تقاضای مواد در کشور، به ویژه در حوزه جوانان به عنوان ارزشمندترین سرمایه مادی و معنوی جامعه است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف دستیابی به محورهای اصلی برنامه‌ها و اقدامات طراحی و اجرا شده در حوزه پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث در کشورهای مختلف دنیا صورت گرفته است و سؤالات پژوهش عبارت‌اند از:

۱. برنامه‌ها و اقدامات طراحی و اجرا شده حوزه پیشگیری اولیه در کشورهای مورد بررسی دارای چه محورهای اصلی است؟
۲. برنامه‌ها و اقدامات طراحی و اجرا شده حوزه پیشگیری ثانویه در کشورهای مورد بررسی دارای چه محورهای اصلی است؟
۳. برنامه‌ها و اقدامات طراحی و اجرا شده حوزه پیشگیری ثالث در کشورهای مورد بررسی دارای چه محورهای اصلی است؟

روش پژوهش

شیوه پاسخگویی به سؤالات پژوهش کیفی حاضر، روش اسنادی و کتابخانه‌ای، از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش، اسناد، مدارک و برنامه‌های معتبر کاهش تقاضای مواد در پایگاه‌های اطلاعاتی رسمی کشورهای دارای برنامه‌های کاهش تقاضای مواد، طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱ است. با توجه به ضرورت جامعیت برنامه‌های مورد بررسی، برای انتخاب نمونه آماری، شش ویژگی شامل میزان سرانه درآمد، باورهای دینی (اسلامی و غیر اسلامی)، منطقه جغرافیایی (منطقه‌ای و بین‌المللی)، تنوع فرهنگی، تنوع جغرافیایی و تنوع زبانی (حداقل یک کشور اروپایی غیر انگلیسی زبان)، مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، کشورهای کانادا، نروژ، استرالیا، برزیل، کرواسی، آمریکا، هندوستان، انگلیس و مالزی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند.

یافته‌های پژوهش

برای پاسخگویی دقیق به سؤالات پژوهش، فعالیت‌ها و اقدامات کاهش تقاضای سوءمصرف مواد در کشورهای مورد بررسی، در چهار حوزه اصلی پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه (درمان)، پیشگیری ثالث (توان‌بخشی و حمایت‌های اجتماعی) ارائه شده‌اند.

۱. پیشگیری اولیه

ارائه اطلاعات مورد نیاز به والدین، جوانان، معلمان، مقامات مجری قانون و جامعه که از سوءمصرف مواد بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ها و خدمات پیشگیری مبتنی بر جامعه برای جوانان؛ توسعه رویکردهای پیشگیری برای دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و متوسطه؛ ایجاد پویش جدید آگاه‌سازی عمومی و ملی؛ ارائه کمک مالی برای پروژه‌های محلی به منظور مقابله با رشد سوءمصرف مواد جوانان، از برنامه‌ها و اقدامات محوری کشور کانادا در حوزه پیشگیری اولیه است. (دفتر سلامت بریتیش کلمبیا، ۲۰۰۵) در آمریکا جامعه باید خود در اقدامات کاهش تقاضا احساس مسئولیت و تصمیم‌گیری نماید و حکومت‌های ایالتی و محلی را برای حمایت از برنامه‌های خود قانع کند. برخی اولویت‌ها و اقدامات پیشگیری اولیه آمریکا عبارت‌اند از: توسعه نظام ملی پیشگیری مبتنی بر جامعه با تمرکز بر جوانان؛ ارائه اطلاعات مناسب خطر مصرف مواد برای جوانان و خانواده‌ها از طریق پویش ضد مواد در محل‌های کار، مدارس، مراکز دینی و سازمان‌های مدنی؛ تداوم برنامه جوامع عاری از مواد^۱ (برنامه‌ای که همه ذینفعان جامعه، جنبه‌های مختلف پیشگیری از سوءمصرف در جوانان را بررسی می‌کنند)؛ گسترش پژوهش در حوزه سوءمصرف مواد در جوانان و تلاش ملی برای آموزش جامعه در مورد خطر رانندگی تحت تأثیر مواد (راهبرد ملی کنترل مواد در آمریکا). افزایش مکان‌های درمان سوءمصرف مواد در مجتمع درمانی‌های تخصصی؛ اطمینان از ارائه برنامه درمانی منحصربه‌فرد برای هر فرد؛ تأمین مشاوران و متخصصین وابستگی به مواد در شهرستان‌ها؛ بالا بردن کیفیت خدمات با معرفی شاخص‌های کیفیت، ابزار تحلیل فنی اطلاعات، راهنما و دستورالعمل‌های حرفه‌ای؛ افزایش دانش و تدوین دستورالعمل‌های ارائه خدمات به کودکان والدین با مشکلات روانی و وابسته به مواد و توسعه رویکردی برای مداخله زودرس؛ تعیین نیازهای برآورده نشده در شهرداری‌ها و خدمات سلامتی تخصصی و تعیین جایزه برای پروژه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد توسط جوانان برخی از راهبردها و اقدامات حوزه پیشگیری اولیه در کشور نروژ است. (برنامه عمل ملی نروژ در داروها و الکل، ۲۰۱۰) برخی اقدامات حوزه پیشگیری اولیه در کشور استرالیا عبارت‌اند از: ترویج شیوه زندگی سالم؛ شکستن الگوهای انتقال بین نسلی سوءمصرف مواد؛ تداوم اجرا و حمایت از پویش‌های اجتماعی؛ استفاده از اینترنت و دیگر رسانه‌ها؛ افزایش دسترسی به طیف وسیع خدمات فرهنگی؛ در دسترس

بودن و متناسب بودن خدمات مشاوره‌ای تلفنی و اینترنتی و اجرای برنامه‌های حمایتی پیشگیرانه به افرادی که در مراحل گذار زندگی قرار دارند. (راهبرد ملی دارو، ۲۰۱۰-۲۰۱۵) در کشور برزیل، اقدامات پیشگیرانه باید برنامه‌ریزی شده، روشن، به‌روز، مبتنی بر اطلاعات علمی موثق، توجه به ویژگی‌های گروه هدف، استوار بر اصول اخلاقی با احترام به جنسیت، نژاد و تکثر فرهنگی باشد و به سمت ترویج ارزش‌های سلامت جسمی و روانی فرد، جامعه و به طور کلی رفاه، یکپارچگی اجتماعی و اقتصادی و ستایش روابط خانوادگی پیش رود. برخی اقدامات برای تحقق این اهداف عبارت‌اند از: اعمال اصلاحاتی توسط شهرداری‌ها به تناسب محل‌های آسیب‌پذیر؛ ظرفیت‌سازی مداوم در پیشگیری از سوء‌مصرف برای والدین، نمایندگان سازمان‌های دولتی و بخش خصوصی، معلمان، مقامات مذهبی، دانشجویان، رهبران جامعه، دولت و شهرداری‌ها و دیگر قشرهای درگیر اجتماعی باهدف جلب حمایت از فعالیت‌های پیشگیرانه بر اساس مسئولیت مشترک؛ ترویج و حمایت مداوم ظرفیت‌سازی میان‌رشته‌ای با مشارکت همه اқشار درگیر در این فرایند باهدف گسترش، شکل‌دهی و تقویت شبکه‌های اجتماعی به منظور توسعه پیشگیری یکپارچه و برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی؛ ارزیابی دائمی اقدامات پیشگیرانه: گنجاندن موضوع پیشگیری در مواد درسی مقطع ابتدایی و بالاتر، تقویت تحقیقات پایه، پژوهش‌های کیفی و نوآوری‌های فناوری در عوامل تعیین‌کننده خطر، پیشگیری، درمان، کاهش آسیب، ادغام مجدد اجتماعی توسط دولت و سازمان‌های غیردولتی و اطمینان از انتشار گسترده نتایج. (رویکردهای جدید سیاست مقابله با مواد برزیل، ۲۰۱۰) قانونمندی، مبتنی بودن بر قانون اساسی، حفظ حقوق بشر، جامع بودن و تداوم رسیدگی به مشکل مواد، همکاری جهانی، پراکندگی غیرمتمرکز، تضمین امنیت شهروندان، کاهش عرضه و تقاضا - به خصوص در کودکان و جوانان - و داشتن رویکرد متوازن و چندجانبه؛ اصولی است که رویکرد کنترل مواد کرواسی بر آن استوار است و استانداردهایی مانند کیفیت، یکسانی، شفافیت و تمامیت در آن مد نظر است. مداخلات باید تلاش‌های نظام‌مندی باشد که کرامت انسانی، اخلاق حرفه‌ای و حقوق اساسی هر فرد را رعایت نماید و بر رفتار و نظام ارزشی افراد اثر گذارد. برنامه‌های پیشگیری باید ادغام‌کننده نظام آموزش و پرورش، باشگاه جوانان، سلامت و درمان و نهادهای تأمین اجتماعی، سازمان‌های غیردولتی، انجمن‌های مذهبی و رسانه‌ها باشد. مهم‌ترین رویکرد مد نظر، آموزش نظام‌مند مسئولان پیشگیری است. نظام آموزش و پرورش، بیش‌ترین مسئولیت را در اجرای برنامه‌های پیشگیری از مواد دارد و می‌تواند بر والدین، خانواده‌ها و مؤسسات اجتماعی درگیر در محافظت از جوانان، تأثیرگذار باشد. برخی اقدامات حوزه پیشگیری اولیه عبارت‌اند از: آموزش منظم والدین در سوء‌مصرف مواد و چگونگی شناسایی علائم آن؛ آموزش پیشگیری خانواده با سرفصل‌های والدگری موفق، آموزش والدین مسئول، مهارت‌های اجتماعی و احساس مسئولیت و تعلق به خانواده؛ حمایت‌های قانونی از خانواده‌ها و تأمین اجتماعی کودکان و جوانان در معرض خطر؛ مسئول بودن مراکز تأمین اجتماعی محلی؛ توجه به شرایط اجتماعی و خانوادگی و فرهنگ‌های خطرزا؛

تشویق شهروندان به مشارکت فعال و ارائه ابتکار و نیز پیشگیری از سوءمصرف در محل کار به خصوص کارهای با خطرات بالای سوءمصرف مواد در نظر گرفته شود. (برنامه ملی کنترل دارو در کرواسی، ۲۰۰۶-۲۰۱۲) طی سال‌های گذشته، دولت هند متوجه شد که سوءمصرف مواد نه تنها ناشی از در دسترس بودن مواد است، بلکه تا حد زیادی، متأثر از شرایط اجتماعی مانند از بین رفتن وابستگی‌های سنتی و تابوهای اجتماعی موثر، کم‌رنگ شدن تاکید بر خویشن‌داری و نظم و انضباط خانواده و جامعه است. به این لحاظ، رویکرد هندوستان به سوءمصرف مواد، متوجه ضعفی اجتماعی است که باید همه حوزه‌های فعالیت انسانی را هدف قرار دهد. لذا دولت رویکردی یکپارچه، همه‌جانبه با همگرایی و حمایت، پیشگیری و توان‌بخشی در برنامه و فعالیت‌های تمام دستگاه‌های دولتی و غیردولتی مرتبط اتخاذ کرده است. در افزایش آگاهی عمومی باید به مسائل فرهنگی توجه داشت و رویکردهای متفاوتی در آموزش عموم مردم و گروه‌های در معرض خطر در نظر داشت. برخی برنامه و اقدامات پیشگیری اولیه هند عبارت‌اند از: ایجاد آگاهی و آموزش مردم توسط مراکز داوطلبانه و استفاده از رسانه‌های نوشتاری، سمعی و بصری توسط وزارت عدالت اجتماعی؛ تأسیس مرکز ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد؛ حساس کردن معلمان، والدین و گروه هم‌سالان در محیط مدرسه؛ همکاری رسانه‌ها و سازمان‌های جوانان برای انتشار اطلاعات؛ همکاری با سازمان بین‌المللی؛ ظرفیت‌سازی ارائه‌دهندگان خدمات؛ توسعه زیرساخت‌ها به منظور تمرکززدایی؛ توسعه شبکه و ارتباط سازمان‌های دولتی و غیردولتی ذی‌ربط و سازمان ملل متحد و اطمینان از بومی شدن آموزش. (سیاست و راهبرد کنترل داروی هند و گزارش سالانه ۲۰۰۹) به طور کلی، شکستن زنجیره مصرف مواد از نسلی به نسل دیگر با حمایت از خانواده‌های آسیب‌پذیر؛ آموزش مطلوب و توصیه‌های مفید به جوانان و والدینشان برای مقاومت فعال در مقابل سوءمصرف؛ تشویق افراد به قبول مسئولیت سلامت خود؛ وضع و اجرای منظم مقررات برخورد با مواد؛ کمک به بازپروری افراد؛ برخورد مبتنی بر شواهد و تجربیات علمی، اقدامات محوری حوزه کاهش تقاضا در انگلیس است. محورهای اصلی ارائه خدمات پیشگیری اولیه در انگلیس عبارت‌اند از: بهترین شروع ممکن (برنامه کودک سالم، همکاری مشارکتی پرستار کودک و خانواده و حمایت‌های فشرده و ساختار یافته از زمان حاملگی تا پنج سالگی است که به نیازهای سلامت و تکامل کودک در پنج سال اول زندگی توجه دارد)؛ آموزش و اطلاعات برای همه (همه جوانان، نیازمند دریافت آموزش و آگاهی کامل از مضرات مواد، مهارت و اعتمادبه‌نفس کافی برای عدم استفاده از مواد هستند)؛ و مداخله به موقع و حمایت ویژه از افراد جوان در معرض خطر (ترک تحصیل کرده، دارای فرزند، مجرم، در معرض جرم و رفتارهای ضد اجتماعی، سلامت روانی پایین، دارای والدین مصرف‌کننده). دولت با در اختیار قرار دادن شواهد، تجربیات و توصیه‌های موفق از سایر مناطق، آن‌ها را حمایت خواهد کرد. (راهبرد کاهش تقاضای مواد، ۲۰۱۰). از لحاظ تاریخی، سیاست‌های مواد مخدر در مالزی با اقدامات خشن تنبیهی، زندان و اعدام برای جرائم قاچاق همراه بوده است. از سال ۲۰۰۵، هر چند دستگیری، زندانی کردن،

تنبیه بدنی و مجازات مرگ همچنان ادامه دارد، اما برنامه ادغام کاهش آسیب‌ها در نظام‌های سلامت مالزی، تأثیر مهمی در درک اساسی از وابستگی به مواد و بخش سلامت عمومی گذاشته و منجر به تغییرات مهم در مدیریت تنظیم حضانت (در زندان و بازداشتگاه) و حضور و تعامل با جامعه مدنی گشته است. (پاسکال، ۲۰۱۱) در زمینه برنامه‌های پیشگیرانه، واحد متحرک پیشگیری از سوءمصرف از سال ۱۹۹۰ در سراسر مالزی حرکت کردند و در رابطه با مشکلات مواد و راهبردهای دولت در مقابل آن، اطلاع‌رسانی کردند؛ سیاستمداران، رهبران ملی و مذهبی، مدیران و کارشناسان مرتبط در رسانه‌ها به بحث در مورد تهدید مواد مخدر برای ملت و نقش جامعه در مبارزه با آن پرداختند. از سال ۲۰۰۷ طرح «حمله رعدآسا جامعه در برابر مواد مخدر» باهدف بسیج کردن منابع و سازمان‌ها در سطوح محلی برای مقابله با سوءمصرف و کمک به بخش حساس جامعه، در نه گفتن به مواد و تبدیل جوانان به گوش‌ها و چشم‌های جامعه در مقابله با مواد و انواع جرائم مرتبط با مواد، ارائه شد. به موجب این طرح، فعالیت‌های زندگی سالم، ساختارمند و اجرا شد. رسانه‌ها نیز از طریق ارائه پوشش اطلاعاتی ملی و بین‌المللی اجلاس‌ها، به راه اندازی پویش‌های تلویزیونی و رادیویی پرداختند. سازمان‌های غیردولتی هم تشویق شدند، در سازمان‌دهی فعالیت‌های زیر نظر «حمله رعدآسا جامعه در برابر مواد مخدر» شرکت کنند. (ویکناسینگام، ۲۰۱۱)

۲. پیشگیری ثانویه

در حوزه پیشگیری ثانویه، کشور کانادا به پشتیبانی از روش‌های ابتکاری و موثر، به درمان افرادی که خطری جدی برای خود و جامعه دارند، پرداخته و همکاری دولت و سازمان‌های حمایت‌کننده باهدف افزایش دسترسی به خدمات درمان صورت می‌گیرد. برخی از اقدامات حوزه پیشگیری ثانویه در کانادا عبارت‌اند از: حمایت از سلامت و درمان بومیان؛ ارائه برنامه‌های درمانی مجرمین جوان دچار سوءمصرف مواد؛ توانمندسازی پلیس ویژه کانادا برای ارجاع جوانان دچار سوءمصرف مواد به برنامه‌های درمان و پشتیبانی از ارزیابی نمونه‌های جدید درمان. (دفتر سلامت بریتیش کلمبیا، ۲۰۰۵) افزایش ظرفیت درمان میان‌رشته‌ای تخصصی سوءمصرف مواد برای ارائه درمان جامع، منسجم، هدفمند و متنوع با در نظر گرفتن نیازهای فرد، مشارکت بیشتر دریافت‌کنندگان در طراحی و ارائه خدمات باهدف بهبود کیفیت، موارد مدنظر کشور نروژ در پیشگیری ثانویه است. (برنامه عمل ملی نروژ در داروها و الکل، ۲۰۱۰) بهبود دسترسی به غربالگری و مداخلات هدفمند برای گروه‌های در معرض خطر؛ افزایش درک جامعه از مداخلات موثر دارویی؛ ارائه نمونه‌های درمانی مبتنی بر نیازها؛ توسعه کیفیت خدمات درمانی؛ ایجاد انگیزه شروع درمان و توسعه استانداردهای بالینی بومی برای خدمات سوءمصرف مواد؛ نکات مدنظر کشور نروژ در پیشگیری ثانویه است. (راهبرد ملی دارو، ۲۰۱۰-۲۰۱۵) برخی اقدامات مطرح در حوزه پیشگیری ثانویه در برزیل عبارت‌اند

از: بهبود و بازگشت به اجتماع و شغل در فرایندی مداوم، در دسترس، دارای صلاحیت و تضمین شده در ارائه خدمت؛ تاکید بر بازگشت به خانواده، جامعه و شغل در فاز بهبود؛ تقویت کنترل و مسئولیت اجتماعی مشترک بین دولت و جامعه؛ ترویج و حصول اطمینان از ادغام شبکه ملی مداخلات برای درمان، بهبود، کاهش آسیب اجتماعی و بازگشت به شغل با نظام سلامت و درمان و نظام واحد کار اجتماعی با تخصیص غیرمتمرکز و نظارت بر توزیع منابع فنی و مالی عمل می‌کند؛ تعریف استانداردهای اولیه برای تنظیم کار مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات؛ تدوین رویه‌های ارزیابی فرایندها بر اساس پارامترهای مشترک و واقعیت‌های منطقه‌ای به منظور امکان مقایسه نتایج در مؤسسات؛ اطمینان از نحوه هزینه کرد وجوه دریافتی صندوق ملی مبارزه با مواد مخدر در درمان، بهبود، بازگشت به جامعه و اشتغال؛ همکاری با دانشگاه‌ها و تنظیم خدمات سلامتی اختلالات روانی و سوءمصرف مواد به منظور حصول اطمینان از درمان مناسب بر مبنای سیاست‌های ملی سلامت. (پالو و سیاست ملی مواد برزیل، ۲۰۱۰) در کشور کرواسی درمان باید در فرایندی منسجم در نظام مراقبت‌های سلامتی درمانی انجام و اقدامات خاص درمانی و توان بخشی می‌تواند در خارج از نظام سلامت و درمان انجام شود. با توجه به مزمن بودن بیماری، اساس درمان در کرواسی سرپایی و مستلزم همکاری و فعالیت‌های مشترک تعداد زیادی از بیمارستان‌ها، نظام خدمات سلامتی درمانی ملی و شهرستانی است. این نمونه، در دسترس بودن گستره‌ای از خدمات درمانی که توسط متخصصان هدایت می‌شود را امکان‌پذیر می‌سازد. این مراکز، محل ارائه مراقبت‌های اولیه، تخصصی، درمانی و روانی-اجتماعی به افراد مبتلا است. این مراکز در سازمان‌دهی آموزش به مشاغل و داوطلبان، برگزاری پویش‌های مبارزه با مواد با رسانه‌ها و ارائه کمک‌های حرفه‌ای برای توسعه شبکه باشگاه‌های افراد بازپروری شده، همکاری می‌نمایند. درمان با توجه به نیازهای فرد، برنامه‌ریزی، اجرا و در صورت نیاز تغییر می‌یابد. فلسفه درمان ایجاب می‌کند که از متادون، برای جذب مبتلایان به هروئین و پیوستن به برنامه درمان، استفاده شود. همراهی و کمک‌های افراد هم‌سال باید جزئی از برنامه پیشگیری ثانویه جوانانی باشد که به تازگی مصرف را شروع کرده‌اند. درمان اجباری فقط در مواردی که ایمنی، سلامتی و جان فرد یا دیگران در خطر جدی باشد، اجرا خواهد شد. برخی اقدامات حوزه پیشگیری ثانویه عبارت‌اند از: ارائه مشاوره تلفنی شبانه‌روزی به والدین مصرف‌کنندگان؛ درمان اجباری با حکم دادگاه؛ ارائه روش‌های هدایت دانش‌آموزان ترک تحصیل کرده یا اخراج شده به نظام سلامت و درمان، توسط مراقبین سلامت مدارس. (سیاست ملی کنترل مواد جمهوری کرواسی، ۲۰۱۲-۲۰۰۶) حمایت از تولید داروهای جدید و اجرای طرح پروتکل‌های درمانی به کمک داروی جایگزین؛ بهبود کیفیت و شواهد تجربی درمان (حتی شواهد درمان در خانه)؛ و اعلام استاندارد تالار ملی گفتگو (خدمتی اجتماعی، داوطلبانه و مشارکتی بخش خصوصی و دولتی سلامت و درمان برای ایجاد نگرشی مشترک در ارتقای کیفی ارائه خدمات)؛ برخی اولویت‌ها و اقدامات پیشگیری ثانویه در کشور آمریکا هستند. (سیاست ملی کنترل مواد، ۲۰۱۰) پیشگیری ثانویه در هند، طیف

گسترده‌ای از شیوه‌های درمانی علمی روز و سازگار با آداب و رسوم، سنت‌ها و فرهنگ را در برمی‌گیرد. ارائه یکنواخت خدمات در سراسر کشور با حداقل استانداردهای اولیه، یک چالش بزرگ برنامه‌پیشگیری از مواد است. ارائه مصاحبه‌انگیزی، درمان، پیگیری و ادغام مجدد اجتماعی مبتلایان بهبودیافته؛ استفاده از حداکثر حمایت خانواده‌ها و جامعه؛ انتشار کتابچه راهنمای حداقل استانداردهای خدمات با انعطاف‌پذیری و سازگاری کافی با نیازهای منطقه‌ای؛ ایجاد آموزش حرفه‌ای به ارائه‌دهندگان خدمات؛ تسهیل شبکه سازمان‌های غیردولتی برای استفاده از تجربه یکدیگر و اطمینان از پیاده‌سازی حداقل استاندارد خدمات برخی از اقدامات این حوزه است. (سیاست و راهبرد کنترل مواد هند؛ گزارش سالانه ۲۰۰۹) برخی از اولویت‌ها و اقدامات پیشگیری ثانویه در انگلیس عبارت‌اند از: جوانان مبتلا باید به سرعت به متخصص معرفی شوند؛ چارچوب محکومیت‌های سوءمصرف باید غیر از زندان باشد تا فرد محکوم بتواند به حل سوءمصرف خود پردازد؛ عملکرد و ارتباط نظام قضایی با مجرمین مبتلا به سوءمصرف به نحوی باشد که در اولین برخورد، تشویق به درمان و بازپروری شوند؛ توسعه و بررسی گزینه‌های درمان در متن جامعه؛ جداسازی جوانان آسیب‌پذیر در نظام عدالت اجتماعی به نحو مطلوب و پاسخ موثر همه قسمت‌های درگیر مشکل مواد به تغییرات الگوی مصرف. (سیاست کاهش تقاضای مواد، ۲۰۱۰) قانون درمان و بازپروری (۱۹۸۳) مالزی، فرصت درمان اجباری دو ساله در یک مرکز بازپروری، با دو سال نظارت برای درمان در جامعه را به افراد دستگیرشده، می‌دهد. مراکز درمانی اجباری، تحت نظارت وزارت کشور و توسط آژانس ملی ضد مواد مدیریت می‌شوند. پس از بازداشت، اگر مثبت بودن آزمایش ادراری که توسط مأموران گرفته می‌شود، با آزمایش مسئولین سلامت در بیمارستان تأیید شود؛ مظنون به دادگاه فرستاده خواهد شد. اگر سوءسابقه وجود نداشت، فرد تحت نظارت و مراقبت افسر آژانس ملی مبارزه با مواد، به مدت دو سال در جامعه قرار خواهد گرفت. طی این مدت، فرد باید ماهیانه آزمایش ادرار بدهد. با یک یا دو آزمایش مثبت، افسر مسئول، از مداخلاتی مانند: مشاوره، پشتیبانی گروه همسالان و غیره استفاده خواهد کرد. پس از آزمایش مثبت سوم، فرد ملزم به شروع دارودرمانی اجباری شده یا در موارد نادر به زندان فرستاده خواهد شد. اگر فرد، سوءسابقه مربوط به مواد داشته باشد، دادگاه وی را به مراکز درمان اجباری خواهد فرستاد. در صورت داشتن تمایلات خشونت‌آمیز یا رفتارهای تهاجمی در مرکز، ممکن است به زندان منتقل شود. خدمات درمانی در درمانگاه‌های درمان و مراقبت به طور داوطلبانه، در دسترس، محرمانه، داوطلبانه، رایگان، بدون شرط اتمام دوره درمان و عاری از پیامدهای قانونی ارائه می‌شود. یک راه حل و رویکرد قطعی برای همه وجود ندارد و مصرف‌کنندگان، یک گروه منحصر به فرد تلقی می‌شوند که نیاز به درمان از طریق مفاهیم، رویکردها و روش‌های مختلف دارند. گسترش ساختار عدالت اجتماعی شامل نظارت جامعه نیز مد نظر است. (پاسکال، ۲۰۱۱ و ویکناسینگام، ۲۰۱۱)

۳. پیشگیری ثالث

الف: توان بخشی

افزایش تحقیق و توسعه در سازمانها و مهارت‌های حرفه‌ای در خدمات اجتماعی؛ بهبود مشارکت محکومین در نیروی کار؛ بهبود وضعیت زندگی فرد برای توان بخشی، سلامت و کرامت مانند: طرح «راهی به یک خانه دائمی»؛ اطمینان از انتقال افراد از سکونت‌گاه‌های موقت به دائم؛ فراهم آوردن امکانات زندگی در اقامت‌های شبانه، مراقبت و پیگیری بلندمدت مبتلایان؛ بهبود همکاری خدمات مختلف؛ کمک به کودکان افراد مبتلا با اقداماتی مانند: ارزیابی نیاز به تنظیم قانون برای حفاظت از نیازهای کودکان بیماران روانی و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد؛ تعیین تعداد کودکان و جوانانی که یک یا چند نفر از اعضای خانواده آنها دچار مشکلات روانی و سوء مصرف مواد هستند؛ ایجاد شبکه‌های واجد صلاحیت برای پیشگیری و درمان مشکلات این فرزندان؛ اشتراک گذاشتن تجربیات کار با این فرزندان؛ افزایش دانش و ارزیابی اقدامات برای زنان باردار مبتلا به سوء مصرف مواد و زنانی که در زمان دارودرمانی، باردار شده‌اند؛ بهبود دسترسی به خدمات برای زندانیان و محکومین سوء مصرف مواد با اقداماتی از قبیل: بهبود همکاری بین خدمات سلامتی شهری، متخصص خدمات سلامتی، خدمات اجتماعی شهرداری و خدمات تأدیبی، بهبود خدمات برای زندانیان در زمان آزادی، برخی از برنامه‌های کشور نروژ در حوزه پیشگیری ثالث است. (برنامه عمل ملی الکل و داروی نروژ) برنامه‌های پیشگیری ثالث در سه سطح جامعه، خانواده و فرد از طریق کاهش عواقب سوء مصرف مواد بر سلامت، اجتماع و اقتصاد در استرالیا حاصل می‌شود. ایجاد امنیت بیشتر در جوامع محلی و مکان‌های عمومی؛ توسعه و تکمیل قوانین باهدف شفاف‌سازی قوانین سوء مصرف مواد؛ حمایت‌های جدید برای افراد خط مقدم (مثل پلیس، خدمات اورژانس پزشکی، امدادگران، کارکنان بخش اورژانس و خدمات رفاه) به منظور مدیریت برخورد با افراد سوء مصرف کننده و آگاهی بخشیدن جامعه در مورد خطرات ناشی از لابراتوارهای زیرزمینی، از جمله اقدامات برای تأمین امنیت و آرامش جامعه است. اقدامات حوزه خانواده عبارت‌اند از: توجه به عملکردهای درمانی مواد که نسبت به خانواده‌ها و اطفال حساس است؛ ایجاد رویکرد ادغام خدمات رفاهی جامعه، به خانواده و کودکان؛ پوشش‌های اطلاع‌رسانی و مشاوره به والدین در مورد تأثیرات الکل بر سلامت و آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن. اقدامات حوزه فردی عبارت‌اند از: بهبود کیفیت درمان و خدمات مربوطه، به ویژه برای افراد محروم؛ تداوم برنامه‌های موفق مبارزه با مواد؛ حمایت از رویکردهای مبتنی بر استفاده از گروه همسالان برای کاهش مضرات مصرف مواد در افراد و تداوم برنامه‌های تشویق روش‌های تزریقی ایمن. (راهبرد ملی دارو، ۲۰۱۵-۲۰۱۰) برخی اقدامات مطرح در رویکرد کاهش آسیب که توسط بند ۱۹۶ قانون اساسی برزیل حمایت می‌شود، عبارت‌اند از: اطمینان از حمایت در تضمین فنی، سیاسی، مالی، اجرا، گسترش و پیگیری طرح‌های کاهش آسیب سازمان‌های دولتی و غیردولتی در انطباق با سیاست‌های سلامت عمومی؛ ظرفیت‌سازی و نظارت فنی بر

متخصصان فعال در کاهش آسیب؛ آموزش و ازدیاد آژانس‌های فعال در کاهش آسیب برای دستیابی به مشارکت بیشتر جامعه؛ اضافه نمودن کاهش آسیب در رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری در آموزش و پرورش؛ پشتیبانی و اطلاع‌رسانی نتایج پژوهش‌های کاهش آسیب به منظور اصلاح سیاست‌ها؛ ترویج مشارکت و ارائه کمک‌های فنی برای تغییر قانون بر اساس یافته‌های پژوهشی کاهش آسیب و تعهد دولت به تأمین بودجه، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه‌های کاهش آسیب. (پاول و سیاست ملی داروی برزیل) در کرواسی مبتلایان به سوءمصرف باید به عنوان همکار فعالیتهای پیشگیری ثالث، در نظر گرفته شوند. برخی اقدامات این حوزه در کرواسی عبارت‌اند از: تأسیس گروه‌های خود یار؛ درمان زندانیان مبتلا بر اساس رأی دادگاه؛ ارائه اطلاعات مربوط به سوءمصرف مواد به گروه‌های ویژه مانند: زنان خودفروش، مادران مبتلا به سوءمصرف و باردار. (راهبرد ملی کنترل مواد جمهوری کرواسی، ۲۰۰۶-۲۰۱۲) برخی اولویت‌ها و اقدامات پیشگیری ثالث در آمریکا عبارت‌اند از: تحت پوشش بیمه و خدمات حمایت درمانی قرار دادن افراد مبتلای فقیر؛ ارائه برنامه پیشگیری از سرنگ مشترک همراه با خدمات درمانی مانند: تست HIV، هپاتیت B و C؛ استفاده توأم داروی ضد ویروسی هارت^۱ و سوءمصرف مواد؛ افراد مبتلا و خانواده‌هایشان باید مراقبت‌های سلامتی درمانی با کمیت و کیفیت بالا دریافت کنند؛ درمان خانواده نه تنها استفاده از مواد، بلکه خشونت خانوادگی، آزار جنسی و سایر آسیب‌های دیگر را هم پوشش دهد؛ توسعه برنامه بازپروری در مدارس، برنامه‌های هدایت‌شده با گروه همسالان، گروه‌های کمک دوجانبه و مراکز حمایت از بازپروری؛ ارائه کارت اعتباری برای افراد مبتلا تا به طور مجانی خدمات بالینی درمانی، خدمات بازپروری شامل: مسکن موقت، مراقبت از اطفال آن‌ها، حمل‌ونقل به محل کار یا جلسات ملاقات در مرحله بازپروری، مشاوره با گروه هم‌سالان دریافت دارند؛ بازنگری قوانینی که مانع از بازپروری می‌شود؛ مسئولیت دادن به سازمان‌های محلی دینی یا اجتماعی برای پیشگیری از ارتکاب جرم؛ تشویق مشارکت بین تنفیذ قانون و سازمان‌های مدنی برای افزایش همکاری و تفاهم؛ تشویق و حمایت از روش‌های جایگزین زندان؛ کم کردن مصرف مواد تحت نظر نظام عدالت کیفری و کم نمودن مجازات سنگین و اعطای عفو مشروط؛ اجباری کردن درمان و نظارت دادگاه‌ها بر افرادی که مدت طولانی مرتکب جرائم مربوط به مواد شده‌اند؛ حمایت از تلاش‌های جلوگیری از زندانی شدن مجدد مانند: کمک به یافتن شغل، تسهیل دسترسی به مناطق مسکونی دارای ممنوعیت وجود مواد و توسعه و انتشار بیشتر نمونه‌های موثر، برای مقابله با سوءمصرف مواد در جوانان در نظام عدالت کیفری. (راهبرد ملی کنترل داروی آمریکا، ۲۰۱۰) تمام برنامه‌های پیشگیری ثالث در هند باید، مشاوره روانی فرد و خانواده؛ استفاده از گروه هم‌سالان؛ آموزش حرفه‌ای؛ بازسازی و برنامه جامع مراقبت پس از درمان و پیگیری را در نظر بگیرند. بنابراین، رویکردی چند رشته‌ای مبتنی بر نیازهای هر فرد باید به‌کاربرده شود. برگزاری دوره‌های سه ماه مشاوره ترک و توان‌بخشی

برای پرورش متخصصین توان‌بخشی؛ حمایت، سمینار، اجلاس و دوره‌های آموزشی در سراسر کشور با همکاری دولت و سازمان‌های غیردولتی، برخی از اقدامات این حوزه است. (سیاست و راهبرد کنترل داروی هند و گزارش سالانه ۲۰۰۹) در انگلیس پیشگیری ثالث بر سه اصل تندرستی، شهروندی و رهایی از مصرف مبتنی است. محورهای اصلی ارائه خدمات پیشگیری ثالث عبارت‌اند از: تمرکز بر فرد (طراحی تعداد زیادی از خدمات در سطح محلی و اختصاصی برای درمان و حمایت از فرد؛ کمک به مصرف‌کنندگان داروهای جایگزین برای آغاز بازپروری)؛ تمرکز بر سرمایه‌های فرد (سرمایه‌های اجتماعی: حمایت‌های دریافتی و مسئولیت‌ها در قبال دیگران؛ سرمایه‌های فیزیکی: پول، مسکن و غیره؛ سرمایه‌های انسانی: مهارت‌ها، سلامت روانی و جسمی، شغل و غیره؛ سرمایه‌های فرهنگی: ارزش‌ها، اعتقادات و نگرش‌ها)؛ تمرکز بر نظام‌های محلی؛ تمرکز بر نتایج مطلوب (رهایی، جلوگیری از مرگ ناشی از سوءمصرف و بیماری‌های منتقل شونده با خون، کم شدن جرائم و تکرار جرم، اشتغال پایدار، توانایی داشتن و حفظ مسکن، وضعیت روانی و جسمی مطلوب، ارتباط مطلوب با دیگران، رفتارهای والدینی موثر)؛ تمرکز بر جامعیت بازپروری (فراهم آوردن امکان تحصیل، اشتغال، مسکن، حمایت خانواده، خدمات سلامتی درمانی یا برخوردهای قضایی و به طور کلی پاسخگویی به همه نیازهای فرد)؛ تمرکز بر انگیزه ارائه‌دهنده خدمات (القای اطمینان به موفقیت و اعتقاد به امکان بازپروری مبتلایان)؛ تمرکز بر حمایت شبکه‌های بازپروری (ایجاد گروه‌های خود یار، اجرای طرح قهرمانان بازپروری برای تقدیر از کمک به بازپروری مبتلایان و تشویق افرادی که خود بازپروری را با موفقیت گذرانده و اکنون حمایت‌گر دیگران هستند)؛ حفاظت از فرزندان و بازسازی خانواده (حفظ امنیت و حمایت اطفالی که مورد آزار قرار گرفته یا در معرض خطر می‌باشند)؛ تمرکز بر بازگشت به جامعه (بازپروری فقط از بین رفتن علائم ابتلا نیست، بلکه بازگشت موفق فرد به جامعه، برخورداری از مسکن و توانایی برقراری ارتباط سازنده با جامعه است)؛ تمرکز بر نیاز مسکن (برخورداری از مسکن، موجب افزایش امکان پیگیری مداوا، بهبود وضعیت کلی سلامت و روابط اجتماعی، برخورداری از شغل پایدار و کاهش جرم می‌گردد)؛ تمرکز بر یافتن اشتغال دائم (بخش دولتی باید در استخدام و عقد قرارداد کاری با این افراد نقش ایفا کند)؛ تمرکز بر سرمایه‌گذاری‌های اثربخش (هدایت بودجه دهی به نظام‌های محلی به سمتی که پیامد آن رسیدن به بازپروری کامل باشد؛ کاهش کاغذبازی تا حد امکان؛ خودداری از مطالعات و پروژه‌های تکراری و مشابه؛ وجود یک نظام واحد بررسی در همه مراکز برای ارائه مقرون به صرفه‌ترین خدمات با بیش‌ترین بهره‌وری). (راهبرد کاهش تقاضای داروی انگلیس، ۲۰۱۰) تعهد مالی دولت مالزی در پیشگیری ثالث، سبب ارائه خدمات نوآورانه شد؛ به عنوان مثال، تبدیل مسجد عبدالرحمان به مرکز نگهداری خدمات درمان متادون از آوریل ۲۰۰۹ باعث شد این مسجد، اولین مسجد در جهان برای ارائه خدمات پیشگیری ثالث شود. برنامه‌های عدالت اجتماعی به جای زندان، خروج از نظام عدالت کیفری برای درمان را تشویق می‌کند. وزارت سلامت و

درمان برای پیاده‌سازی خدمات کاهش آسیب، به همکاری دانشگاهیان، مؤسسات تحقیقاتی، آژانس ملی ضد مواد، اداره زندان، نیروی پلیس سلطنتی و از همه مهم‌تر بر شورای ملی ایدز تکیه دارد. (پاسکال، ۲۰۱۱ و ویکناسینگام، ۲۰۱۱)

ب: حمایت‌های اجتماعی

بالا بردن کیفیت خدمات سازمان‌های داوطلبانه با اقداماتی از قبیل: کمک‌های مالی به سازمان‌های داوطلبانه با تمرکز بر هدف مشخص؛ پیگیری نظارت و مقررات کنترل داخلی مؤسسات خصوصی درمانی؛ انتشار تجارب سازمان‌های داوطلبانه؛ بهبود همکاری سازمان‌های ذینفع عمومی و داوطلبانه در چارچوب نمونه‌های همکاری، از جمله اقدامات کشور نروژ در این حوزه است. (برنامه عمل ملی الکل و داروی نروژ) در استرالیا تشویق اعضای خانواده برای دسترسی و استفاده از خدمات پشتیبانی برای کمک به مبتلایان؛ ایجاد و تقویت ظرفیت‌های والدین، خانواده و جامعه برای حمایت از توسعه مثبت کودکان؛ تداوم آموزش مهارت‌های مقابله با شرایط دشوار و حمایت از مشارکت افراد در معرض خطر در فعالیت‌های اجتماعی، برخی از اقدامات حوزه حمایت اجتماعی استرالیا است. (راهبرد ملی دارو، ۲۰۱۵-۲۰۱۰) برخی از اقدامات حوزه حمایت‌های اجتماعی در کرواسی عبارت‌اند از: آموزش رفتارهای والدینی موفق، مهارت‌های اجتماعی، ایجاد احساس مسئولیت و تعلق به خانواده؛ مشارکت گسترده‌تر جامعه مدنی در تمام مراحل بسط، اتخاذ و اجرای اسناد حقوقی و راهبردی در ارتباط با مواد؛ اجرای برنامه‌های ترک، به ویژه در افراد زیر سن قانونی؛ مراقبت‌های پس از درمان برای افراد زیر سن قانونی و بزرگسالان آزادشده از زندان و دارالتأدیب؛ آموزش درمان سرپایی به مددکاران اجتماعی؛ پیدا کردن روش‌هایی برای اشتغال افراد ترک کرده؛ ایجاد جوامع درمانی و بازپروری؛ ایجاد امکان اقامت دو یا سه ساله در جامعه درمانی برای مبتلایانی که انگیزه داشتن زندگی عاری از مواد دارند؛ کمک به افراد درمان شده، برای به پایان رساندن تحصیلات ابتدایی، متوسطه یا بازآموزی؛ تشویق طرح‌های اشتغال برای مبتلایانی که برنامه‌های بازسازی در جوامع درمانی را تکمیل نموده‌اند؛ توجه خاص به بازگشت به جامعه، برای افرادی که در گذشته در سایر برنامه‌های ترک شرکت کرده‌اند؛ همچنین برنامه‌های بازگشت به جامعه باید شامل افرادی که نمی‌خواهند یا قادر به ترک نیستند هم بشود. (راهبرد ملی کنترل مواد جمهوری کرواسی، ۲۰۱۲-۲۰۰۶) استفاده از زیرساخت‌ها و خدمات دولتی و غیردولتی برای مقابله با مشکلات سلامتی مرتبط؛ تلاش برای ارائه دانش مرتبط با توان‌بخشی و درمان به پزشکان و متخصصین حرفه پزشکی؛ ارائه آموزش حرفه‌ای به سازمان‌های غیردولتی برای ارائه خدمات موثرتر، از جمله اقدامات حوزه حمایت اجتماعی در هندوستان است. (سیاست و راهبرد کنترل داروی هند و گزارش سالانه ۲۰۰۹) در برنامه‌های حمایتی انگلیس، اطلاعاتی متناسب و مخصوص وضعیت هر فرد (تک دوزی شده) در اختیار والدین یا اطرافیان شرکت‌کننده گذاشته

می‌شود تا بتوانند، در پیشگیری یا ترک مواد به وی کمک کنند. (راهبرد کاهش تقاضای داروی انگلیس، ۲۰۱۰) تعدادی از سازمان‌های مدنی مالزی در حوزه سوء مصرف مواد، کار می‌کنند که مهم‌ترین آن‌ها، شورای ملی ایدز به عنوان کانال سرمایه‌گذاری وزارت سلامت برای جامعه با مسئولیت نظارت بر طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها در سراسر مالزی تلقی می‌شود. شورای ملی ایدز، شریک سازمان ملی «جامعه برای اقدام اجتماعی برای پروژه کاهش آسیب» و در حال بررسی ایجاد همکاری با شبکه ملی از وکلا به منظور تسهیل دسترسی به کمک‌های حقوقی به افراد با جرائم مربوط به مواد است. (پاسکال، ۲۰۱۱ و ویکناسینگام، ۲۰۱۱)

بحث و نتیجه‌گیری

رویکرد کلی کاهش تقاضا در کنار کاهش عرضه، بر این مهم تاکید دارد که سوء مصرف مواد تنها ناشی از وجود و دسترسی به مواد نیست؛ لذا می‌بایست بر عوامل تأثیرگذار بر تقاضای سوء مصرف مواد نیز توجه ویژه نمود. طبق درس‌های آموخته‌شده از بررسی برنامه کشورهای مورد مطالعه و منابع بین‌المللی در مواجهه با سوء مصرف مواد یک رویکرد متوازن، چندجانبه و متمرکز، در حوزه جرائم مرتبط با مواد، کاهش تقاضای مواد در سه حوزه پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث اجتناب‌ناپذیر است که نیازها و توانایی‌های افراد استفاده‌کننده از خدمات، باید نقطه شروع خدمات باشد. (برنامه عمل ملی الکل و داروی نروژ) مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در جهان عبارت‌اند از: آگاه‌سازی افراد در مورد خطرات و مضرات مواد، افزایش مهارت‌های زندگی، تقویت فعالیت‌های جایگزین به جای مواد برای ارضای نیازهای روانی اجتماعی، مشاوره و مداخله حین بحران‌های مختلف در طول زندگی، ارتقای فرهنگی و مذهبی، تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد و درمان معتادان برای جلوگیری از سرایت اعتیاد. این راهبردهای در قالب فعالیت‌های متمرکز بر فرد، متمرکز بر آموزش و آگاه‌سازی والدین، متمرکز بر معلمان و مدرسه، استفاده از رسانه‌ها، محل‌های کار و مکان‌های تجمع، استفاده از شبکه مراقبت‌های سلامتی اولیه و وضع و اجرای قوانین و مقررات، مورد بحث قرار می‌گیرند.

یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در تداوم بازپروری و درمان، میزان سرمایه‌هایی است که در هر فرد وجود دارد؛ سرمایه‌های فرد از قبیل: سرمایه‌های اجتماعی؛ حمایت‌های دریافتی و مسئولیت‌هایی که در قبال افراد دارد، سرمایه‌های فیزیکی و سرمایه‌های انسانی مانند: مهارت‌ها، سلامت روانی و جسمی، شغل و غیره، سرمایه‌های فرهنگی؛ ارزش‌ها، اعتقادات و نگرش افراد، به فرد در شروع درمان و ادامه بازپروری کمک می‌کند. به طور کلی، رسیدگی مناسب به مشکلات جسمی و ارضای مطلوب نیازهای روانی، اجتماعی و معنوی افراد جامعه به عنوان ابعاد چهارگانه سلامت که همسو با تحولات و مقتضیات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور باشد؛ گام‌های اساسی در نقشه راه پیشگیری و کاهش تقاضای سوء مصرف مواد است.

تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصله از چارچوب‌ها و ماتریس‌های متصل به هم از بدنه‌های انفرادی هر یک از برنامه‌های پیشگیرانه، در کلیت تصویر روشنی از رسیدن به اهداف فوق را به متخصصین و محققین و برنامه‌ریزان می‌دهد. برای دستیابی به اهداف تعیین‌شده در برنامه‌ریزی‌ها، می‌بایست ارزیابی‌هایی در زمینه‌های امکان‌پذیری، کارایی‌های بالقوه، تحلیل داده‌های موجود، تقویت برنامه‌های فعلی و ارزیابی اولویت‌های آینده صورت گیرند. همچنین، دستورالعمل‌ها و چارچوب‌های مرتبط با مؤثر بودن^۱، راهکارها^۲ و سازمانی^۳ باید به شکل دقیق تدوین شود.

1 . Effectiveness
2 . Strategies
3 . Organization

منابع

- جزایری، علیرضا (۱۳۸۲) «پیشگیری از اعتیاد؛ نوین‌ترین راهنمایی‌ها در برنامه‌ریزی مؤثر». سخنرانی ماهانه انجمن روانشناسی ایران.
- جزایری، علیرضا، رفیعی، حسین و نظری، محمدعلی (۱۳۸۲) «نگرش دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران درباره اعتیاد». فصلنامه رفاه اجتماعی. ۲(۷):صص:۲۱۷-۲۳۰.
- طهرانی، عاتکه (۱۳۸۲) «پیشگیری اولیه از اعتیاد مبتنی بر خانواده». مجله رفاه اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. ۲(۸): صص:۲۶۵-۲۹۰.
- عزیزی، فریدون و حاتمی، حسین وجانقربانی، محسن (۱۳۷۹) اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران

- Annual Report(2009) «**Narcotic Control Bureau**». Ministry of Home Affairs. Government of India.
- «**Drug Control Strategy & Policy**». India. Available from:narcoticsindia.nic.in/Drugcontrolstra.htm.
- DRUG STRATEGY (2010) «**Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery:Supporting People to Live a Drug Free Life**».
- HEALTH OFFICERS COUNCIL OF BRITISH COLUMBIA(2005) «**A Public Health Approach To Drug Control in Canada**». Discussion Paper.
- «**National Drug Control Strategy in the Republic Of Croatia**»(2006 – 2012). Available; from:www.Coe.Int/T/Dg3/.../Croatidrugsstrategy2006-2012_En.Pdf.
- «**National Drug Control Strategy**»(2010) USA. Available from: www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy.../ndcs2010.pdf.
- «**National DrugStrategy**»(2010–2015). <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/co nsult>.
- «**National Policy on Drugs inBrazil**». www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/.../326981.pdf.
- «**Network drug-related emergency room visits and CDC data on HIV infections attributable to drug use (2b); National Survey on Drug Use and Health and National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) roadside survey (2c)**»
- «**Norwegian National Action Plan on Alcohol and Drugs, National Action Plan**». Norwegian Ministry of Health and Care Services. Available from: www.regjeringen.no/upload/HOD/.../TiltaksplanRusf08engweb.pdf.

- Pascal Tanguay (2011) «**IDPC Briefing Paper Policy responses to drug issues in Malaysia**». Available from:
www.idpc.net/.../policy-responses-to-drug-issues-in-malaysia.
- Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa .« **Brazilian Drug Policy New Approaches to Public Security and Drug Policy**». Available from
www.citizenship.icosgroup.net/documents/New.../08_EN_Uchoa.pdf.
- Vicknasingam ,B and Mahmud Mazlan M« **Malaysian Drug Treatment Policy: An Evolution from Total Abstinence to Harm Reduction**». Jurnal Antidadah Malaysia.pp:107-121.
- World Drug Report (2010) «**United Nations Office for Drug and Crime (UNODC)**.
- World Drug Report (2011) «**United Nations Office for Drug and Crime (UNODC)**».

A Review Study on Programs and Activities of Some of Countries in Decreasing Drug Abuse Demand

Mohammad Bagher Saberi zafarghandi

Ph.D. Assistant professor of psychiatry, Department of Psychiatry, Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences

Mohammad Mahdi Shamsaee

Ph.D. Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandargaz Branch, Golestan, Iran

Mohsen Roshanpajouh

M.D. Expert in treatment of Drug dependency, Well-being organization

Roxana Mirkazemi

Ph.D. Expert in treatment of Drug dependency, Well-being organization

Received: 26 Nov. 2013

Accepted: 12 Jan. 2014

Present study designed to review and investigate Programs, plans and activities in reduction of drug abuse demand among some of countries.

This qualitative, analytic-descriptive study applied an archival method to recruit data. Main policies of most countries in decreasing demands to drug abuse consist of: Increasing awareness of community about risks and costs of drug abuse or consumption, life skills training, educating and substitution of adaptive behaviors in satisfying psycho-social needs, preparing counseling interventions while confronting life crisis, considering cultural and religious factors and principles, strengthening counter drugs' laws and regulations, suggesting strategies to treatment and prevention of drug abuse. The strategies mostly focused on individual-oriented, training-oriented, school/teacher based, mass media, job environment, laws regulation and applying preliminary health care networks programs.

Documents and evidences indicate countries which investigated in the present study established integrated, comprehensive multidimensional programs on drug abuse prevention and crime preventive laws. It seems that considering quad dimension of human's health along with satisfying social, economic and cultural issues in Iran, could act as an appropriate path map to prevent and reducing drug consumption.

Keywords: Programs, Activities, Plans, Demand's reduction and Drug Abuse