

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سندجام پیشگیری اولیة از اعتیاد



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور

سرشناسه گروه مؤلفین

عنوان و نام پدیدآورنده سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، گروه مؤلفین

مشخصات نشر تهران، طراحان ایماژ، ۱۳۹۰

مشخصات ظاهری ۱۴۴ ص

شابک 987-600-7558-04-3

موضوع اعتیاد

رده بندی کنگره ۱۳۹۰ ن ۹ الف / ۹۹ MK

رده بندی دیویی ۶۸۱/۶۳۴۰۹۷۸۲۲۵۵

شماره کتابشناسی ملی ۱۳۱۵۷۵۹

سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد

نوسیندگان: گروه مؤلفین

چاپ اول: ۱۳۹۰

تیراژ: ۳۰۰۰ نسخه

حق چاپ محفوظ است

استفاده از مطالب کتاب، به شرط ذکر منبع، مجاز است.

شابک: ۹۸۷-۶۰۰-۷۵۵۸-۰۴-۳

حمید صرامی (دبیر کمیته)
دکتر آفرین رحیمی موقر، دکتر حسن رفیعی، دکتر سعید مدنی، دکتر مروّنه وامقی

اعضای کمیته تدوین سند

دکتر مهرداد احترامی، دکتر علی محمد احمدوند، دکتر ایرج اسماعیلی،
دکتر فرهاد اقطار، دکتر حبیب جبّاری، دکتر فیروزه جعفری، دکتر سعید جهانشاهی،
دکتر بهزاد دماري، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر یدالله زرگر، دکتر حسن ضیاءالدینی،
دکتر فرهاد طارمیان، حمید طاهری نخست، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی،
ناصر علیزاده، دکتر محمد فرجی‌ها، دکتر سعید قاسمیان، دکتر محمدعلی محمدی،
دکتر گلاره مستشاری، دکتر حبیب الله مسعودی فرید، دکتر سعید ممتازی،
دکتر محمد نفریه، دکتر روشنک وامقی، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر امیرحسین یآوری

همکاران تدوین طرح

(به ترتیب حروف الفبا)

مجتبی بیات، نازنین هوشیار

سایر همکاران

سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد

عنوان کتاب

ریاست جمهوری، ستاد مبارزه با مواد مخدر
اداره کل فرهنگی و پیشگیری

تهیه و تنظیم

مرکز مشاوره دانشگاه تهران

ناشر

۳۰۰۰ جلد

تیراژ

امیرحسینی

طراحی گرافیک

اول بهمن ماه ۱۳۹۰

نوبت چاپ

تهران، خیابان شهید وحید دستگردی، خیابان نفت شمالی،
نش خیابان دوازدهم، پلاک ۲۶، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

نشانی

۲۲۹۰۱۲۱۶ - ۲۲۹۰۱۲۳۶

تلفن

اختصالت

CBI	Community Based Intervention
DALY	Disability Adjusted Life Years
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NCBI	National Center for Biotechnology Information
SDH	Social Determinants of Health
WHO	World Health Organization
UNODC	United Nations Office of Drug and Crime
APA	American Psychiatric Association
MPH	Master in Public Health
RSA	Rapid Situation Assessment
CBO	Community Based Organization
KTE	Knowledge Transfer and Exchange
IEC	Information , Education , Communication
EAP	Employee Assistance Programs

فہرست مطالب

۱	پیشگفتار
۹	بخش اول: مقدمه
۱۳	بخش دوم: تعاریف
۱۹	بخش سوم: تاریخچه پیشگیری
۲۹	بخش چهارم: وضعیت موجود
۳۰	۴-۱- توصیف وضعیت
۳۸	۴-۲- تحلیل وضعیت
۴۳	بخش پنجم: سیاست‌ها، اصول و موازین
۴۷	بخش ششم: اهداف
۵۱	بخش هفتم: راهبردها
۵۵	بخش هشتم: برنامه‌ها، پروژه‌ها و تقسیم کار ملی
۵۶	۸-۱- برنامه‌های ملی و پروژه‌ها
۶۲	۸-۲- تقسیم کار ملی
۸۱	بخش نهم: منابع و بودجه
۹۵	بخش دهم: نظام اجرایی طرح
۱۰۱	بخش یازدهم: دوره زمانی و مراحل اجرای سالیانه
۱۰۵	بخش دوازدهم: شاخص‌ها
۱۱۵	منابع

فہرست جداول

۶۲	جدول شماره ۱: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی اول
۶۳	جدول شماره ۲: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی دوم
۶۴	جدول شماره ۳: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی سوم
۶۶	جدول شماره ۴: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی چهارم
۶۷	جدول شماره ۵: پروژه های برنامه ملی پنجم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی
۶۸	جدول شماره ۶: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی پنجم
۶۹	جدول شماره ۷: پروژه های برنامه ملی ششم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی
۷۰	جدول شماره ۸: تقسیم کار پروژه های برنامه ملی ششم
۷۳	جدول شماره ۹: پروژه های برنامه ملی هفتم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی
۷۴	جدول شماره ۱۰: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی هفتم
۷۵	جدول شماره ۱۱: پروژه های برنامه ملی هشتم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی
۷۶	جدول شماره ۱۲: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی هشتم
۷۷	جدول شماره ۱۳: پروژه های برنامه ملی نهم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی
۷۸	جدول شماره ۱۴: تقسیم کار ملی پروژه های برنامه ملی نهم
۸۳	جدول شماره ۱۵: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی اول
۸۴	جدول شماره ۱۶: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی دوم
۸۵	جدول شماره ۱۷: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی سوم
۸۶	جدول شماره ۱۸: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی چهارم
۸۷	جدول شماره ۱۹: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی پنجم
۸۸	جدول شماره ۲۰: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی ششم
۹۰	جدول شماره ۲۱: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی هفتم
۹۱	جدول شماره ۲۲: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی هشتم
۹۲	جدول شماره ۲۳: روش محاسبه و برآورد بودجه برنامه ملی نهم
۹۳	جدول شماره ۲۴: مجموع و توزیع درصدی بودجه برنامه ها



ستاد مبارزه با مواد مخدر

دیگر



جمهوری اسلامی ایران

ریاست جمهوری

تاریخ: ۱۳۹۰/۰۲/۱۳

شماره:

۱۰/۹۱۰۱۲۴

پیوست:

۰/

امروز اگر مسئولین نظام جمهوری اسلامی ایران با مواد مخدر به سختی مبارزه می کنند، این یک جهاد بزرگ، یک حرکت بسیار عمیق در راه پیشرفت ملت ایران است. «مقام معظم رهبری مدظله العالی»

حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای محسنی اژه ای دادستان محترم کل کشور
 حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای مصلحی وزیر محترم اطلاعات
 سردار سرتیپ پاسدار دکتر اسماعیل احمدی مقدم فرمانده محترم نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران
 سردار سرتیپ پاسدار بسجی محمدرضا نقدی رئیس محترم سازمان بسیج مستضعفین
 جناب آقای مهندس ضرفامی ریاست محترم سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
 جناب آقای اسماعیلی رئیس محترم سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور
 جناب آقای دکتر کامران دانشجو وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری
 جناب آقای دکتر سید محمد حسینی وزیر محترم فرهنگ و ارشاد اسلامی
 سرکار خانم دکتر مرضیه وحید دستجردی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 وزارت محترم کشور
 جناب آقای حاجی بابایی وزیر محترم آموزش و پرورش
 جناب آقای لطفی رئیس محترم دادگاههای انقلاب اسلامی تهران
 جناب آقای دکتر صالحی وزیر محترم امور خارجه
 جناب آقای بختیاری وزیر محترم دادگستری
 جناب آقای محصولی وزیر محترم رفاه و تأمین اجتماعی
 جناب آقای دکتر سعیدلو معاون محترم رئیس جمهور و رئیس سازمان تربیت بدنی
 جناب آقای دکتر عزیزی معاون محترم برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
 جناب آقای دکتر اسفندیاری رئیس محترم سازمان بهزیستی کشور
 جناب آقای دکتر معمارنژاد رئیس محترم گمرک جمهوری اسلامی ایران
 جناب آقای دکتر عبدالرسول پور عباس رئیس محترم سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور
 جناب آقای انواری سرپرست محترم کمیته امداد امام خمینی (ره)
 سرتیپ دوم پاسدار جناب آقای حسین آبادی رئیس محترم پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا

سلام علیکم

بالاحترام، به استناد بند ۱۵ مصوبه یکصد و بیست و چهارمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر مورخ ۱۳۸۸/۸/۳،

بند یک مصوبه یکصد و بیست و پنجمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر مورخ ۱۳۸۹/۴/۳ و در اجرای بند ۶ مصوبات

یکصد و بیست و ششمین جلسه ستاد مورخ ۸۹/۱۲/۷ به شرح ذیل:

نسخه نهایی سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد مطرح و به تصویب رسید و مقرر شد از سوی وزیر کشور و دبیر کل ستاد به دستگاههای اجرایی عضو و مرتبط ستاد جهت اجرا ابلاغ گردد.

بدینوسیله پیوست سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد که در اجرای مصوبه فوق به تصویب اعضای ستاد رسیده است، جهت استحضار و اقدام لازم به منظور تحقق مفاد مندرج در سند، ابلاغ می‌گردد.

مصطفی محمد نجار
وزیر کشور و دبیر کل ستاد

رونوشت:

- ✓ جناب آقای مهندس اسفندیار رحیم مشایی، مشاور محترم و رئیس دفتر رئیس جمهور پیوست یک نسخه از سند فوق‌الذکر جهت استحضار.
- ✓ استانداران و روسای محترم شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها به پیوست یک نسخه از سند فوق‌الذکر جهت آگاهی و اقدام لازم.
- ✓ مدیران کل محترم ادارات کل و دفاتر تابعه دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر جهت آگاهی.
- ✓ معاونین و دبیران محترم شوراهای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌های سراسر کشور جهت آگاهی و اقدام لازم.
- ✓ جناب آقای حمید صرامی، مدیر کل محترم امور فرهنگی و پیشگیری ستاد و دبیر کمیته تدوین سند جامع، ضمن تشکر از کلیه اعضای کمیته مزبور جهت آگاهی و اقدام لازم.

پیش گفتار

پیش‌گفتار

سند حاضر حاصل تلاش بسیار و مستمر ۳۰ نفر از اساتید، متخصصان و صاحب‌نظران در زمینه‌ی اعتیاد و پیشگیری اولیه از آن است. بنابراین می‌توان این سند را ماحصل توان و ظرفیت‌های علمی کنونی کشور در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد قلمداد کرد. در تدوین سند تلاش شد تا حداکثر مشارکت دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول فرهنگی و پیشگیری در سطوح ملی و استانی جلب شود. از این رو می‌توان آن را برآیند نظرات و دیدگاه‌های متنوع کارشناسی در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد دانست.

برای تدوین سند از آغاز، چارچوب و روش تدوین اسناد فرابخشی در برنامه چهارم توسعه در نظر گرفته شد تا به این ترتیب هماهنگی بین این سند و دیگر اسناد ملی مرتبط لحاظ شود. اسناد ملی توسعه ویژه (فرابخشی) در اجرای مفاد بندهای الف و ج ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم توسعه با اتکا به سند چشم‌انداز بلند مدت (بیست ساله) تدوین شده‌اند. براین اساس در اسناد فرابخشی ضمن ارائه‌ی تفصیلی توصیف وضع موجود، پس از تحلیل وضعیت و تعیین مشکلات و تنگناها، فرصت‌ها و چالش‌ها و هدف‌گذاری‌های مشخص، سیاست‌ها و اقدامات اجرایی تدوین می‌شوند^۱. بر این اساس یکی از وجوه متمایز این سند در مقایسه با دیگر اسناد پیشین در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد، رویکرد جامع آن در کادر نظام برنامه‌ریزی ملی است.

در این سند همچنان که در متن آن لحاظ شده، پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوء مصرف و وابستگی است. لازم به توضیح است که دیگر راه‌کارهای امر مبارزه شامل کاهش عرضه، درمان و زیان‌کاهی به رغم اهمیت (با توجه به بند ۱۵ مصوبه جلسه ۱۲۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر)^۲ در این سند به آنها پرداخته نشده است.

۱ مصوبه شماره ۲۸-۲۹/ت/۲۴۸-هـ مورخ ۱۳۸۴/۵/۱۱ هیئت وزیران

۲ به منظور کاهش ورودی جدید به چرخه اعتیاد و کاهش نرخ بروز اعتیاد طی دوره‌ی برنامه پنجم توسعه مقرر گردید کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر با بهره‌گیری از ظرفیت‌های علمی و اجرایی کلیه متخصصان و صاحب‌نظران نسبت به تهیه «طرح جامع فرهنگی و پیشگیری» با مشخص کردن سهم هر یک از دستگاه‌های اجرایی برای برنامه پنجم توسعه اقدام نماید و در جلسه ویژه ستاد با حضور ریاست محترم جمهور مطرح و پس از تصویب ابلاغ گردد.

تعیین اهداف طرح

در متن سند، هدف کلان پیش بینی شده کاهش میزان بروز اعتیاد^۳ به مواد در کشور است. به علاوه هدف کمی سند نیز قراردادن حداقل ۴۰ درصد^۴ از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه‌های استاندارد^۵ پیشگیری در سال‌های (۱۳۹۴-۱۳۹۰) می‌باشد. در عین حال از بدو آغاز تدوین سند اهداف اختصاصی زیر مورد نظر بوده است:

- تقویت رویکرد و مداخلات فرابخشی پیشگیری از اعتیاد (به جای نگرش بخشی و دستگاهی)
- تقویت هماهنگی و همکاری‌های بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد
- تسهیل اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، رفع موانع اداری و تقویت ضمانت‌های اجرایی لازم برای این برنامه
- کاهش و رفع موانع موجود برای اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد
- تقویت رویکرد علمی در فرآیند تولید دانش فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد
- تعیین سهم دستگاه‌ها و تبیین وظایف و حدود انتظارات از آنها
- تقویت مشارکت در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در قالب سازمان‌های مردم نهاد به ویژه از نوع جماعت محور و شوراهای اسلامی شهر و روستا
- تقویت پژوهش در زمینه پیشگیری از اعتیاد
- تقویت ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد
- ارتقای دانش پیشگیری و آموزش و ارتقای نیروی انسانی فعال در حوزه پیشگیری
- تقویت و تشویق تدوین و اجرای برنامه‌های غیرمتمرکز پیشگیری در استان‌ها با رویکرد جماعت محور
- استاندارد سازی اقدامات به جای برنامه‌های توده‌ای و ناهمگون
- عدم تمرکز در اجرا و توجه به نقش شوراهای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استانها

۳ منظور تمام فرایند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوء مصرف، و وابستگی (اعتیاد) است.

۴ به استناد بند ۲ مصوبه جلسه ۱۲۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور (تمرکز بر پیشگیری و مصونیت بخشی از گرایش به مواد مخدر و روان‌گردان از طریق افزایش مشارکت مردم در امر مبارزه، با هدف افزایش سقف پوشش اقدامات پیشگیرانه برای حداقل ۴۰ درصد از جمعیت هدف در پایان برنامه پنجم و کاهش نرخ بروز اعتیاد در جمعیت ۱۵۶۴ سال، به دو دهم (۰/۲) درصد در سال آخر برنامه پنجم توسعه).

۵ برنامه‌ای است که در مرحله طراحی در جامعه‌ی علمی از جهت کفایت شواهد علمی پشتیبان پذیرفته شده و به تصویب کار گروه راهبردی- تخصصی ملی و استانی رسیده باشد و اجرای استاندارد آن نیز به ویژه از جهت مؤثر بودن حجم آن برای خدمت‌گیرنده‌ی نهایی، با پایش و ارزشیابی مداوم تضمین شود. منظور از جامعه‌ی علمی، کلیه‌ی شخصیت‌های حقیقی و حقوقی دارای سابقه مطالعه و تحقیق در پیشگیری از اعتیاد است.

روش و مراحل تدوین:

سند در چهار مرحله به شرح زیر تدوین شد:

مرحله اول تشکیل کمیته تدوین سند و تدوین پیش نویس (ویرایش اول) سند

تا پیش از شروع تدوین این سند، قوانین، مقررات و برنامه‌هایی برای پیشگیری از اعتیاد تدوین و تصویب شده که متأسفانه به دلیل موانع موجود یا کاستی‌های آن اسناد کمتر به اجرا در آمده‌اند. بر این اساس کمیته تدوین سند در وهله‌ی اول اسناد مذکور را گردآوری و پس از بازبینی و تحلیل محتوای آنها اولین نسخه سند را تدوین کرد. برخی از مهمترین این اسناد عبارت بودند از:

- ۱- قانون اساسی
- ۲- سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی)
- ۳- کنوانسیون‌ها و اسناد بین‌المللی
- ۴- قانون برنامه چهارم توسعه
- ۵- قانون مبارزه با موادمخدر (مصوب ۱۳۷۶)
- ۶- قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
- ۷- قانون تشکیل نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، و دیگر دستگاه‌های ذیربط
- ۸- اسناد پیشینی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد از جمله: طرح مبارزه با اعتیاد (مصوب ۱۳۵۳)، آیین‌نامه‌ی پیشگیری از اعتیاد (مصوبه جلسه ۶۳ ستاد مورخ ۱۳۷۷/۱۱/۶) و
- ۹- طرح جامع کنترل و کاهش مشکلات اجتماعی: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

مرحله دوم جمع‌آوری دیدگاه صاحب نظران درباره نسخه اول سند

در این مرحله ویرایش اول توسط کمیته تدوین سند برای جمعی از افراد صاحب‌نظر ارسال شد. این افراد همگی دارای سابقه اجرایی و علمی در زمینه پیشگیری از اعتیاد بودند و در چهار گروه تخصصی قرار داشتند:

- ۱- روانشناسی و روانپزشکی
- ۲- جامعه‌شناسی
- ۳- حقوق و جرم‌شناسی
- ۴- مدیریت پیشگیری^۶

۶ اسامی همکاران طرح در شناسنامه آمده است.

از افراد مذکور درخواست شد در موعد مقرر نظرات مکتوب خود را در خصوص سند (ویرایش اول) اعلام کنند. علاوه بر این فرصتی برای اعلام نظرات به صورت حضوری نیز در اختیار افراد قرار داده شد. در نهایت پس از جمع‌بندی همه نظرات، ویرایش دوم سند تدوین شد.

مرحله سوم برگزاری کارگاه مشورتی و تدوین ویرایش سوم سند

در این مرحله ویرایش دوم سند در کارگاه مشورتی یک روزه با حضور همکاران تدوین سند مورد بحث و بررسی قرار گرفت. با اعمال نتایج حاصل از این کارگاه ویرایش سوم سند تدوین شد.

مرحله چهارم جمع‌آوری دیدگاه صاحب‌نظران درباره نسخه سوم سند

در این مرحله از همه‌ی دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد [شامل: وزارت آموزش و پرورش - وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - وزارت ورزش و جوانان - نیروی انتظامی - نیروی مقاومت بسیج - سازمان صدا و سیما - سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی - سازمان بهزیستی کشور - سازمان تبلیغات اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی - کمیته امداد امام خمینی(ره) - وزارت کشور (معاون امور اجتماعی) - نماینده ستاد کل نیروهای مسلح ج.ا.ایران - وزارت کار (بعنوان مدعو) - شهرداری (بعنوان مدعو) و اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد (دبیر کمیته)]، برخی شوراهای هماهنگی استان‌ها و افراد صاحب‌نظر مشارکت‌کننده در مراحل اول تا سوم دعوت شد تا دیدگاه‌های خود را درباره ویرایش سوم سند به طور مکتوب ارائه دهند. نتایج حاصل از اجرای این مرحله به تدوین ویرایش چهارم سند انجامید.

پس از تدوین ویرایش چهارم، سند مذکور مجدداً در جلسه مورخ ۱۷ فروردین سال ۱۳۸۹ کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد ارائه شد تا اعضا نظر نهایی خود را درباره آن اعلام کنند. سپس سند مورد اشاره در جلسه مورخ ۳۰ فروردین ۱۳۸۹ شورای راهبردی ستاد با حضور مشاور محترم رئیس جمهور و دبیر کل وقت ستاد بررسی و نظرات اعضای این شورا نیز اخذ شد. در این فاصله نیز مجدداً نظرات مکتوب دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد دریافت شد.

به دنبال آن مفاد سند در جلسه ۱۲۵ ستاد مبارزه با مواد مخدر (مورخ ۸۹/۴/۲) با حضور ریاست محترم جمهور و اعضا ستاد و نیز در جلسه کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد (مورخ ۸۹/۷/۲۷) و همچنین جلسه ۱۲۶ ستاد مورخ ۸۹/۱۲/۷ با حضور اعضای ستاد توسط دبیر کمیته تدوین سند مطرح و به تصویب رسید.^۷

۷ بند یک مصوبه جلسه ۱۲۵ ستاد: در اجرای بند ۱۵ مصوبه یکصد و بیست و چهارمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر مورخ ۱۳۸۸/۸/۳ سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد شامل ۱۲ بخش، ۱۳ سیاست؛ ۵ راهبرد و ۹ برنامه ملی ارائه گردید و مقرر شد از سوی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر این سند به دستگاه‌های اجرایی ذیربط ارسال شود. دستگاه‌های اجرایی ذیربط موظفند نظرات اصلاحی و تکمیلی خود را حداکثر ظرف مدت یک ماه برای دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ارسال نمایند. پس از اعمال نظرات و تصویب از سوی کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد، سند نهایی جهت ابلاغ به دفتر رئیس‌جمهور ارسال شود.

بند ۶ مصوبه جلسه ۱۲۶ ستاد: نسخه نهایی سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد مطرح و به تصویب رسید و مقرر شد از سوی وزیر کشور و دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر به دستگاه‌های اجرایی عضو و مرتبط ستاد برای اجرا ابلاغ شود که مراتب در مورخ ۹۰/۲/۱۳ به کلیه دستگاه‌های ذیربط ابلاغ شده است.

نسخه حاضر بعنوان نسخه نهایی بوده که در آن کلیه پیشنهادهای و اصلاحات مورد نظر دستگاهها و صاحب نظران پس از بررسی در کمیته تدوین سند اعمال شده است.

در فرایند تدوین سند بسیاری از همکاران ضمن تایید مضمون و محتوای آن، مهمترین مانع پیش روی تصویب و اجرای آن را بار مالی حاصل از آن می دانستند و برخی پیشنهاد می کردند با تعدیل برنامهها و حذف برخی از پروژهها سقف منابع پیش بینی شده برای اجرای سند تا یک دهم برآورد فعلی کاهش یابد.

از سوی دیگر گروهی از همکاران نیز اصرار داشتند با توجه به روند فزاینده بروز و شیوع اعتیاد در کشور و ضرورت انجام اقدامات با سطح پوشش بسیار گسترده تر، جامع تر و موثرتر از گذشته، راهی جز تخصیص بودجه کافی برای اجرای سند پیش رو نمانده، زیرا در غیر این صورت شاهد ناکامی در تحقق اهداف پیش بینی شده خواهیم بود. مطالعات مکرراً نشان داده اند تخصیص بودجه در زمینه پیشگیری اولیه بسیار پر بازده و سودمند بوده و در مقایسه با بار مالی حاصل از اعتیاد و هزینه های تحمیلی برنامه های کاهش عرضه بسیار کمتر است.

همچنین با توجه به تبدیل شدن موادمخدر و اعتیاد به ابزار جنگ نرم و تهدید علیه امنیت ملی از یک سو و منابع قابل توجه کشور خصوصاً در حوزه های فرهنگی^۸ از سوی دیگر، در صورت پذیرش اصل اقدامات پیش گیرانه بعنوان مهمترین رویکرد در مصون سازی آحاد جامعه، چاره ای جز تخصیص بودجه در این زمینه نیست. بر این اساس در جمع بندی نهایی تدوین کنندگان سند، نظر دوم را برگزیدند و امیدوارند با اتکا به مشیت الهی و خواست و اراده مسئولان امر در چارچوب این سند گام های جدی به سوی تقویت و گسترش برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد برداشته شود.

در پایان وظیفه خود می دانم از حمایت های وزیر محترم کشور و دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، پشتیبانی های قائم مقام ارجمند دبیر کل ستاد، اعضای محترم کمیته تدوین سند، اعضای محترم کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد، اعضای شورای راهبردی ستاد و بلاخص اعضای محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور که در تصویب سند، همراهی نمودند تقدیر و تشکر نمایم.

حمید صرامی

دبیر کمیته تدوین سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد
و مدیرکل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با موادمخدر کشور

۸ در این زمینه پیشنهاد گردید بخشی از ۱۵۰۰ میلیارد تومان بودجه تخصیص یافته به هزینه های فرهنگی سفرهای استانی دولت محترم به اجرای این طرح در استان ها اختصاص داده شود تا تاکید ریاست محترم جمهور مبنی بر اهتمام به امر پیشگیری اولیه از اعتیاد برای مصون سازی آحاد سالم جامعه محقق شود.
بند ۷ مصوبه جلسه ۱۲۶ ستاد مبارزه با موادمخدر مورخ ۸۹/۱۲/۷: استانداران و رؤسای شورای هماهنگی مبارزه با موادمخدر استان ها موظفند برای اجرای سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، اعتبار لازم را پس از تأیید رئیس جمهور محترم و رئیس ستاد مبارزه با موادمخدر از محل اعتبارات سالیانه ردیف ارتقا شاخص های فرهنگی مندرج در قوانین بودجه سنواتی تامین و پرداخت نمایند.



مقدم

بخش اول | مقدمه

سال‌هاست شاهد پیامدها و آثار نامطلوب اعتیاد به مواد در کشور هستیم. از دیدگاه بسیاری صاحب نظران، اعتیاد زمینه ساز بسیاری دیگر از مشکلات و مسایل اجتماعی بوده و می‌تواند نقش مهمی در کم توسعه یافتگی داشته باشد. به همین دلیل در قوانین جاری کشور اشارات مستقیم و غیر مستقیم فراوانی به ضرورت انجام اقدامات پیشگیرانه در حوزه های مختلف از جمله اعتیاد شده است. در قانون اساسی توجه به عوامل کلان در پیشگیری را در اصول سوم، هشتم، دهم، اصول مندرج در فصل سوم (حقوق ملت)، بیست و نهم، سی‌ام و سی و یکم که نظام را مکلف به تامین حداقل نیازهای اساسی کرده و یا تصویری از يك دولت رفاهی داده می‌توان یافت. به علاوه در بند ۵ اصل ۱۵۶ قوه قضاییه به صراحت مکلف به انجام اقدامات مناسب برای پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح مجرمین شده است.

در اسناد بین المللی پذیرفته شده از سوی ایران از جمله ماده ۳۸ کنوانسیون مواد مخدر (۱۹۶۱) و اصلاحیه آن در ماده ۱۵ (۱۹۷۲)، ماده ۲۰ کنوانسیون مواد روانگردان (۱۹۷۱)، بند ۴ ماده ۱۴ کنوانسیون (۱۹۸۸) و بالاخره بیانیه سیاسی اصول راهنمای کاهش تقاضا (پیشگیری) و سایر مصوبات بیستمین اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد (۱۹۹۸)، دولت‌ها ملزم به بکارگیری همه ابزارهای علمی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان و کاهش تقاضای آن شده‌اند.

در اسناد و قوانین داخلی نیز به طور مکرر ضرورت تدوین و اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد تصریح شده است. ماده ۳۳ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و آئین نامه مصوب ۷۷/۱۱/۶ ستاد مبارزه با مواد مخدر و مصوبه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی مورخ ۸۰/۳/۱۶ به پیشگیری به عنوان یکی از وظایف ستاد مبارزه با مواد مخدر اشاره کرده است. تبصره ۲ ماده ۱، بند ب ماده ۴، بند ج ماده ۶ و ماده ۸ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۸۳) نیز بر بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی مهم سلامت (مثل سیاست ها و برنامه های اقتصادی و اجتماعی) برای ارتقای رفاه و سلامت فردی و اجتماعی افراد، خانوارها و اجتماعات محلی از جمله پیشگیری از بروز اعتیاد در همه ابعاد زندگی مردم تاکید کرده است.

با تصویب برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴) سند بالادستی دیگری که بر پیشگیری تاکید دارد بر اسناد قبلی افزوده شد. در این برنامه فارغ از اشارات متعدد به برنامه های مداخله در اعتیاد، بند ز ماده ۹۷ دولت را به تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان ها مکلف کرده که در آن به صراحت بر پیشگیری از اعتیاد تاکید شده است. با توجه به تکلیف مندرج در برنامه چهارم توسعه، سند فرابخشی (۱۳۸۴) با ۲۵ عنوان طرح و پروژه پیشگیری و تعیین ۱۴ دستگاه فرهنگی و پیشگیری به عنوان دستگاه های مسوول اجرای طرح ها تدوین و ابلاغ شده است.

تصویب و ابلاغ سیاست های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر در مهرماه ۱۳۸۵ از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) گام مثبت دیگری بود که در زمینه تدوین اسناد قانونی به منظور پیشگیری از اعتیاد برداشته شد. در بندهای ۴، ۹ و ۱۰ این سند ضرورت اقدامات پیشگیرانه تصریح شده است.

به رغم تلاش های مورد اشاره، اغلب صاحب نظران معتقدند در پروژه های کاهش عرضه و تقاضای مواد سهم برنامه های پیشگیری بسیار کمتر از دیگر پروژه ها بوده و بنابراین موفقیت چندانی در این زمینه حاصل نشده است، در حالی که تجربیات متعدد نشان می دهد بدون اقدامات پیشگیرانه در حوزه های فردی، خانوادگی و اجتماعی، این مشکل قابل کنترل نخواهد بود.

بر این اساس با توجه به الزامات قانونی مورد اشاره و ارزیابی های موجود مبنی بر روند رو به افزایش شدت اعتیاد در کشور، در جلسه ۱۲۴ ستاد در تاریخ ۳ آبان ۱۳۸۸، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر موظف شد با بهره گیری از ظرفیت های علمی و اجرایی کلیه متخصصان و صاحب نظران نسبت به تهیه طرح جامع فرهنگی و پیشگیری [با مشخص کردن سهم هر يك از دستگاه های اجرایی با هدف افزایش سقف پوشش اقدامات پیشگیرانه برای حداقل ۴۰ درصد جمعیت هدف در پایان برنامه پنجم توسعه و کاهش نرخ بروز اعتیاد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال به دو دهم درصد در سال آخر برنامه پنجم توسعه] تا پایان سال ۱۳۸۸ اقدام کند. این سند در چارچوب سند چشم انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، بر پایه ضرورت های مورد اشاره و در اجرای مصوبه ستاد مبارزه با مواد مخدر تدوین شده است.

٢
مختصر تعاريف

بخش دوم | تعاریف

۱. ماده^۱

هر چیزی است که وقتی مصرف می‌شود، بر فرایندهای روانی مثل شناخت یا حالت عاطفی اثر می‌گذارد. این اصطلاح هم ارز ماده روانگردان^۲ یا روانگرا^۳ است (WHO).

۲. اعتیاد، وابستگی، و سوءمصرف

در سال ۱۹۵۷ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد^۴ ارائه داد:

اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک یا چند ماده‌ی روانگردان به حدی که مصرف‌کننده یا معتاد دچار مسمومیت دوره‌ای یا مزمن ناشی از آن شود، اجبار برای مصرف ماده داشته باشد، قطع یا کاهش ارادی آن برایش بسیار دشوار باشد و عزم بارز برای کسب ماده تقریباً به هر وسیله‌ی ممکن نشان دهد (WHO).

در سال ۱۹۶۴ سازمان جهانی بهداشت با اذعان به ابهام تعریف مزبور استفاده از اصطلاح «وابستگی به ماده» را پیشنهاد می‌کند، بی‌آنکه تعریف واضحی از آن ارائه کند. سرانجام با پیدایش طبقه‌بندی «انجمن روانپزشکی آمریکا»، با توجه به حقارت‌آمیز بودن اصطلاح اعتیاد و نیز ابهام آن، اصطلاح وابستگی به جای اعتیاد پذیرفته و برای وابستگی و سوءمصرف تعاریف زیر ارائه می‌شود (American Psychiatric Association, 2000):

وابستگی به مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دوره‌ی دوازده ماهه دست‌کم سه تا از تظاهرات زیر دیده شود: تحمل (کاهش اثر

- 1 Substance or drug
- 2 Psychoactive
- 3 Psychotropic
- 4 Drug addiction

ماده)، علائم قطع مصرف، مصرف ماده به مقادیر یا مدتی بیش از آنچه قصد شده بود، تمایل مداوم به قطع مصرف ماده یا تلاش ناموفق برای آن، صرف وقت زیاد برای تهیه ماده یا بهبود از اثرات آن، کاهش یا قطع فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی، ادامه‌ی مصرف مواد علی‌رغم علم به مشکلات مداوم یا مکرر آن.

سوءمصرف مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دوره دوازده ماهه دست‌کم یکی از تظاهرات زیر دیده شود: ناتوانی از انجام تعهدات شغلی، تحصیلی، یا خانوادگی، مصرف مکرر مواد در موقعیت‌های دارای خطر جسمی (مثل رانندگی)، دچار شدن مکرر به مشکلات قانونی، ادامه‌ی مصرف علی‌رغم تداوم و تکرار مشکلات.

با این حال اصطلاح اعتیاد در بسیاری منابع معتبر همچنان به کار رفت تا اینکه در ۲۰۰۱ «جامعه‌ی طب اعتیاد آمریکا» به اتفاق دو انجمن دیگر تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه می‌کنند. (American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, and American Society of Addiction Medicine, 2001)

اعتیاد یک بیماری اولیه و مزمن عصبی-زیستی (نوروبیولوژیک) است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی-اجتماعی، و محیطی قرار دارد و مشخصه‌ی آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبارگونه، ادامه‌ی مصرف علی‌رغم زیانهای آن، و ولع برای مصرف آن.

منظور از اعتیاد در این سند، تمام «فرآیند منجر به اعتیاد» شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه‌گاهی، سوء مصرف و وابستگی است.

۳. پیشگیری

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرآیند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه‌گاهی، سوء مصرف و وابستگی است.^۵ به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکرده‌اند به کسانی که گرایش به مصرف دارند، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان آزمایشی، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان گاه‌گاهی، و از تبدیل این افراد به سوء مصرف‌کنندگان، و از تبدیل این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد جلوگیری شود. بقیه این فرآیند از وابستگی به بعد، شامل الگوهای پرخطر (مثل تزریق)، تشدید افت کارکردهای اجتماعی، خانوادگی (بی‌خامانی) و مرگ، موضوع این طرح نیست.

در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه، و ثالثیه تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حدی مغشوش و گیج‌کننده بود، از این رو از ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدتری مطرح شد که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم کرد: «همگانی»،

۵ صرف نظر از اینکه چه تعریفی برای اعتیاد قایل باشیم، وقتی هدف، پیشگیری از اعتیاد است، فرآیند پیدایش، شکل‌گیری و پیشرفت اعتیاد اهمیت ویژه می‌یابد. روشن است که هیچ‌کس یک شبه معتاد نمی‌شود. به نظر می‌رسد این مراحل را می‌توان برای اعتیاد برشمرد (از جمله، رجوع کنید به Butler): عدم مصرف، گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی (اولین مصرف)، مصرف گاه‌گاهی (تکرار مصرف بدون مشکل)، سوء مصرف (ادامه مصرف علی‌رغم مشکل)، وابستگی، الگوهای پرخطر (مثل تزریق)، تشدید افت کارکردهای اجتماعی و خانوادگی (بی‌خامانی)، و سرانجام مرگ.

«انتخابی»^۷ و «موردی»^۸ (Robertson, 2006; NIDA, 1997)

پیشگیری همگانی، جمعیت عمومی- مثلاً همه‌ی مردم یک کشور یا محله یا همه‌ی دانش‌آموزان یا همه‌ی نوجوانان- را بدون هیچ گونه غربالگری دربرمی‌گیرد و اطلاعات و مهارت‌های لازم را به همه‌ی آنها ارائه می‌کند. پیشگیری انتخابی صرفاً در گروه‌های پرخطر مثلاً دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی یا شبکه‌ی دوستان ناباب دارند، اجرا می‌شود. پیشگیری انتخابی کل یک زیرگروه پرخطر را هدف می‌گیرد و به درجه‌ی خطر متفاوت هر یک از اعضای آن زیر گروه کاری ندارد و آن را به طور خاص و بیش از صرف عضویت فرد در آن زیرگروه نمی‌سنجد: یکی از اعضا ممکن است صرف نظر از عضویت در آن زیرگروه از جهت سایر عوامل خطر به هیچ وجه در معرض خطر نباشد و دیگری ممکن است حتی دچار سوءمصرف مواد هم شده باشد.

پیشگیری موردی، بر آن دسته افرادی متمرکز است که گرچه هنوز ملاک‌های تشخیص اعتیاد در آنها وجود ندارد، ولی اولین نشانه‌های نگران‌کننده‌ی آن مثل افت نمره‌ها و مصرف سیگار و الکل و سایر مواد دروازه‌ای و ارتکاب سایر رفتارهای مشکل‌زای مرتبط با اعتیاد در آنها رخ داده است. این مداخلات بر عوامل خطر فردی، نه محیطی، مثل اختلال سلوک و فاصله گرفتن از والدین و مدرسه و همتایان مثبت متمرکزند. (Galanter & Kleber, 1999; NIDA, 1997)

۴. عامل خطر^۹

هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده‌ی آن را بیشتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (NCBI).

۵. عامل محافظ^{۱۰}

هر جنبه‌ای از رفتار یا سبک زندگی، عامل محیطی، یا ویژگی مادرزاد یا ارثی است که احتمال مصرف مواد در فرد یا گروه دارنده‌ی آن را کمتر از فرد یا گروه فاقد آن سازد (NCBI).

۶. فرایند تاب‌آوری^{۱۱}

فرایند پویایی است که افراد برخوردار از تطابق رفتاری مثبت هنگام مواجهه با شرایط ناگوار، ضربه روانی (تروما)، تهدید، یا فشار روانی، از خود نشان می‌دهند. به عبارت دیگر تاب‌آوری فرایندی است که طی آن فرد

7 Selective

8 Indicated

9 Risk factor

10 Protective factor

11 Resiliency

علی‌رغم مواجهه با عامل خطر، نه تنها دچار عوارض آن نمی‌شود، بلکه حتی پیامدی بهتر از افراد ناموجه پیدا می‌کند.^{۱۲}

۷. تعیین‌کنندگی اجتماعی سلامت

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^{۱۳} (SDH) می‌توانند به عنوان شرایط اجتماعی جایی که مردم در آن کار و زندگی می‌کنند شناخته شوند، به نظر تارلوف "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت عبارت است از ویژگی‌های اجتماعی جایی که زندگی در آن جریان دارد". (Tarlov, 1996)

۸. جماعت^{۱۴}

گروهی از اشخاص که معمولاً در يك جا سکونت داشته، برخورد و رابطه چهره به چهره و منافع مشترك و ملموس دارند (گولد، ۱۳۷۶).

۹. مداخله‌ی جماعت محور^{۱۵} (CBI)

مداخله‌ی جماعت‌محور، عبارت است از مشارکت اعضای جماعت در جمع‌آوری اطلاعات مربوط به جماعت، تعیین اولویت مشکلات جماعت، شناسایی منابع جماعت و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات جماعت. این مداخلات، با افرادی شروع می‌شود که در جماعت زندگی می‌کنند و به جماعت مسوولیت اولیه را برای تعیین کانون فعالیت‌ها در هر سطحی، و ایجاد راهبردها برای مواجهه با این مشکلات اعطا می‌کنند (Rosenberg, 2002).

۱۰. برنامه استاندارد

برنامه‌ای است که در مرحله‌ی طراحی در جامعه‌ی علمی از جهت کفایت شواهد علمی پشتیبان، پذیرفته شده و به تصویب کارگروه‌های راهبردی- تخصصی ملی و استانی رسیده باشد و اجرای استاندارد آن نیز به ویژه از جهت مؤثر بودن حجم آن برای خدمت‌گیرنده‌ی نهایی، با پایش و ارزشیابی مداوم تضمین شود. منظور از جامعه‌ی علمی، کلیه‌ی شخصیت‌های حقیقی و حقوقی دارای سابقه‌ی مطالعه و تحقیق در پیشگیری از اعتیاد است.

۱۲ میان فرایندهای تاب‌آوری و عوامل محافظ تفاوت ظریفی وجود دارد: فرایندهای تاب‌آوری در افراد مواجه با عوامل خطر مطرح‌اند و در آنها تعریف می‌شوند و لذا شناسایی آنها نیز مستلزم مقایسه‌ی دو دسته افراد مواجه با عامل خطر است: آنها که معتاد شده‌اند و آنها که سالم مانده‌اند، در حالی که عوامل محافظ مثل عوامل خطر از مقایسه‌ی افراد معتاد و غیرمعتاد در جمعیت عمومی شناسایی می‌شوند.

13 Social Determinant of Health

14 Community

15 Community-Based Initiative



بخش سوم | تاریخچه پیشگیری

مدیریت مبارزه با اعتیاد در سال‌های آغازین پس از پیروزی انقلاب تصور روشن و مشخصی از پیشگیری خصوصاً به مفهوم علمی و امروزی آن نداشت. اگرچه تمایل طبیعی همه‌ی دست‌اندرکاران، کاهش تمایل مردم به مصرف مواد بود، اما در این زمینه برنامه‌ی مشخص وجود نداشت. رهبر فقید انقلاب به دفعات در سخنرانی‌های خود در مورد مضرات فردی و اجتماعی اعتیاد هشدار داد و مردم به ویژه جوانان را از افتادن در دام اعتیاد برحذر داشت. (محمدی، ۱۳۸۲: ۴۷) در کنار این برخوردها تلاش در جهت تحریم شرعی استعمال مواد مخدر نیز جریان داشت.

در سال ۱۳۵۹، هیئت وزیران تشکیل ستاد هماهنگی مبارزه با اعتیاد را تصویب کرد. بر اساس ماده‌ی یک این مصوبه، پیشگیری از اعتیاد بر عهده‌ی ستاد مرکزی هماهنگی مبارزه با اعتیاد قرار گرفت، اما این ستاد در طول کمتر از دو سال فعالیت خود، هیچ‌گونه اقدام عملی در این زمینه انجام نداد (رحمدل، ۱۳۷۹: ۵).

در دهه ۱۳۶۰، دست‌اندرکاران و مدیران مبارزه با اعتیاد تصور می‌کردند تنها آگاهی افراد از مضرات اعتیاد آنها را از مصرف باز می‌دارد، همین استنباط ساده‌انگارانه موجب شد تا نگرش‌های دیگر، نسبت به پیشگیری از اعتیاد همچنان کم‌رنگ و مغفول بماند. در مقطع مورد اشاره‌ی مدیریت اعتیاد، هرگز به این اصل که پیشگیری امری تخصصی و مبتنی بر اصول و موازین مشخص است توجه نداشت و تصور می‌کرد افراد بدون آموزش لازم می‌توانند روند جاری را کنترل کنند (روزنامه اطلاعات، ۱۳۶۳/۵/۹).

در سال ۱۳۶۵، به تدریج علی‌رغم محدودیت‌ها موجی از انتقادات نسبت به مدیریت مبارزه با اعتیاد شکل گرفت، این مسئله عمدتاً ناشی از احساس نگرانی وسیع افکار عمومی در مورد بروز و شیوع فزاینده سوءمصرف مواد و اعتیاد بود (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۵/۱۰/۱۴).

در سال ۱۳۶۷، رئیس وقت ستاد مبارزه با مواد مخدر، بر ضرورت تبلیغات در خصوص مبارزه با اعتیاد تاکید کرد و در پی آن مدیرعامل صدا و سیما، به عنوان مسوول تبلیغات ستاد مبارزه با مواد مخدر تعیین شد و مقرر گردید کلیه پروژه‌ها و اقدامات تبلیغاتی رسانه‌های گروهی در زمینه مواد مخدر با هماهنگی ایشان باشد (روزنامه اطلاعات، ۱۳۶۷/۱۰/۱۸).

در سال ۱۳۷۰ و چند سال پس از شروع پروژه‌ها در زمینه پیشگیری از اعتیاد، هنوز اقدامات در این زمینه بسیار پراکنده و فاقد انسجام و طرح مشخص علمی بود. اما به هر حال، بر ضرورت اقدامات پیش‌گیرانه به شدت تاکید می‌شد. در این سال (۱۳۷۰) در آستانه‌ی روز جهانی مبارزه با مواد مخدر، اعضای ستاد مبارزه با مواد مخدر موظف شدند تا برنامه‌ی پنج ساله‌ی مبارزه با مواد مخدر را تنظیم کنند. ابلاغ این وظیفه از منظر پروژه‌های پیش‌گیرانه قابل توجه بود، ولی این برنامه در دوره‌ی مدیریت وقت ستاد تدوین نشد (دفتر مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۰).

از اوایل سال ۱۳۷۲، مدیریت سازمان بهزیستی کشور خصوصاً در حوزه اعتیاد نسبت به ضرورت تجدید نظرهای اساسی در رویکرد نسبت به برنامه‌های مبارزه با اعتیاد هشدار داد و خود نیز اقداماتی را از طریق اصلاح در برنامه‌های مراکز بازپروری معتادان و از آن مهمتر تدوین اولین برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد (۱۳۷۳) به عمل آورد. در طرح ملی پیشگیری، سه جنبه‌ی اصلی «زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی» در زمینه اعتیاد مورد توجه قرار داشت. چهار محور عملیاتی پیش‌نویس برنامه‌ی ملی پیشگیری، درمان و بازپروری اعتیاد، عبارت بودند از:

۱- برنامه‌های آگاه‌سازی و هشداردهنده

۲- برنامه‌های آموزشی و تربیتی به منظور توانمندسازی

۳- برنامه‌های جایگزین

۴- برنامه‌های مداخله‌گر

این برنامه محور فعالیت‌های بعدی پیش‌گیرانه قرار گرفت.

از سال ۱۳۷۴، مجموعه اقداماتی در جراید داخلی و خارجی، رادیو و تلویزیون، سینما و همین‌طور در سطح شهرها از طریق نصب تابلو و پوسترهای رنگی توسط ستاد انجام شد. در همین سال و به دنبال آن در سال ۱۳۷۵، صدا و سیما به پخش مجموعه‌ها، میزگردها و گزارش‌هایی در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد، اقدام کرد. علی‌رغم اجرای این پروژه‌ها، برخی مطالعات حاکی از فقدان کارآمدی و اثربخشی اقدامات انجام شده بود. به عنوان مثال، در نظرسنجی از تعدادی از مددجویان مراجعه‌کننده به مراکز بازپروری، در رابطه با تبلیغات ستاد مبارزه با مواد مخدر، تنها ۶ درصد پاسخ‌دهندگان قبل از اعتیاد، تبلیغات ستاد مبارزه با مواد مخدر را دیده بودند (اسماعیل‌زاده، ۱۳۷۸).

در سال ۱۳۷۴، کمیسیون بررسی مسائل و مشکلات مبارزه با مواد مخدر، در گزارش خود ضمن تاکید بر ضرورت گسترش برنامه‌های پیشگیری، بهداشت و درمان اعتیاد و پیشنهاد اجرای طرح آزمایشی برنامه‌ی ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد، استفاده از امکانات خانه‌های بهداشت در امر مبارزه با مواد مخدر و حداکثر استفاده مطلوب از امکانات فرهنگی کشور جهت آگاه‌سازی عمومی و پیش‌گیری از گرایش به اعتیاد را مطرح کرد. همچنین، در جلسه پنجاه و یکم ستاد مبارزه با مواد مخدر (مورخ ۷۴/۹/۲)، مصوب شد وزارت خانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان صدا و سیما، طرح‌های خود را در زمینه پیش‌گیری ارائه نمایند و طرح جامع تبلیغات و پیش‌نویس طرح پیش‌گیری نیز تدوین گردد (مدنی قهفرخی، ۱۳۸۴).

تحول در بنیان‌های نظری و روش‌های عملی مدیریت اعتیاد موجب شد از اواسط دهه ۱۳۷۰ اقدامات در زمینه مبارزه با مواد مخدر به سمت تاکید بیشتر بر رویکرد کاهش تقاضا میل کند. این تغییر جهت ناگهانی نبود، بلکه حدود یک سال و نیم طول کشید تا شکل قابل توجه و مشخصی پیدا کند. در این مدت دانشگاهیان، نویسندگان، مطبوعات و دیگر صاحب‌نظران نقش مهمی در تغییر فضای اندیشه مسئولان داشتند. ناکامی‌های مبارزات و طرح‌های گذشته و آمادگی ذهنی مسئولان و مدیران اعتیاد نیز زمینه پذیرش رویکردها و تحولات جدید را فراهم کرد. به علاوه از اواسط دهه ۱۳۷۰ و با شروع فعالیت دبیرکل جدید ستاد مبارزه با مواد مخدر زمینه‌های مناسبی برای گسترش پروژه‌های پیش‌گیرانه فراهم شد و تدریجا نگرش مدیریت کلان کشور را تحت تاثیر قرار داد. از جمله بودجه اختصاص داده شده به برنامه‌های پیشگیری به میزان قابل توجهی افزایش یافت و در سال ۱۳۷۶ به مبلغ ۱۴ میلیارد ریال رسید، که ۳۰۰ درصد بیش از سال گذشته بود (روزنامه اطلاعات، ۱۳۷۶/۴/۱۴). در این دوره در مقایسه با پیش از آن، رویکرد کاهش تقاضا، بخصوص برنامه‌های پیشگیری، بطور جدی‌تری در دستور کار مدیریت مبارزه با اعتیاد قرار گرفت و انتظار می‌رفت برنامه‌های پیشگیری با قدرت بیشتری مورد توجه قرار گیرند. اما در عمل اجرای بسیاری از برنامه‌ها همچنان با مشکل مواجه بود. در واقع، علیرغم تمایل جدی مدیریت مبارزه با اعتیاد به اجرای برنامه‌های پیشگیری، باز هم شواهدی دال بر کم توجهی به پیشگیری ملاحظه می‌شد. مثلا برخی مصوبات منجر به کاهش بودجه پیشگیری به سود دیگر برنامه‌ها شد. از جمله در جلسه هشتاد و هشتم ستاد (۱۳۷۸/۱۲/۳) مقرر شد مبلغ یک میلیارد ریال از محل بودجه سال ۱۳۷۸ کاهش تقاضا، به استانداری تهران اختصاص یابد تا بدهی‌های آن بابت اجرای طرح‌های قبلی پرداخت شود، یا در جلسه هشتاد و نهم ستاد (۱۳۷۸/۱۲/۱۰) مقرر شد از سر فصل اعتبارات پیشگیری سازمان زندان‌ها مبلغ ۳۵۰ میلیون تومان به ردیف اعتبارات عمرانی آن سازمان منتقل شود. نتیجه آن که در بررسی و آسیب‌شناسی امر مبارزه فرهنگی و پیشگیری با پدیده سوء مصرف مواد طی ۱۷ سال (۶۷ تا ۸۴) مشخص شد که کمتر از ۱۰ درصد مصوبات ستاد به مباحث کاهش تقاضا با رویکرد پیشگیری اولیه اختصاص داشته، و در سه برنامه‌ی توسعه ملی به موضوع پیشگیری کاملا بی‌توجهی شده است (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

به موازات اقدامات مورد اشاره اصلاح قوانین نیز مورد توجه قرار گرفت. در سال ۱۳۷۵ و با هشدار دبیرکل وقت ستاد و ابراز نارضایتی رئیس وقت سازمان بهزیستی کشور از حجم پایین بودن فعالیت‌های پیشگیری، در اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، که به عنوان لایحه‌ی جدیدی تسلیم مجمع تشخیص مصلحت نظام شده بود، به پیشگیری و آگاه‌سازی جامعه از خطرات اعتیاد توجه شده بود (مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). سرانجام در شهریور ۱۳۷۷، اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر که در سال ۱۳۷۶ در مجمع تشخیص مصلحت به تصویب رسیده بود، برای اجرا به دولت ابلاغ شد. اما قانون مذکور به رغم اصلاحات به عمل آمده، هیچ تناسبی با انتظارات و تمایل مدیریت وقت مبارزه با اعتیاد و کارشناسان و دانشگاهیان نداشت (مکتب‌داری، ۱۳۷۸). این قانون، به جز در دو ماده در زمینه کاهش تقاضا سکوت کرده بود و هیچ اشاره‌ای به مسیرهای قانونی و تعریف شده کاهش تقاضا نداشت و بیشترین حجم آن به کاهش عرضه و تشریح مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر اختصاص یافته بود.

البته قانون جدید مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۷۶، در مقایسه با قانون سال ۱۳۶۷، در زمینه‌ی پیشگیری از مزیت‌های نسبی برخوردار بود. از جمله در ماده ۳۳ «پیشگیری از اعتیاد» و «مبارزه با قاچاق مواد مخدر» را به عنوان دو وظیفه‌ی اصلی ستاد مبارزه با مواد مخدر ذکر کرده بود. همچنین در اصلاح این ماده، تعداد اعضای ستاد به ۱۲ نفر افزایش یافت^۱، که در نتیجه نسبت مدیرانی که در پروژه‌های کاهش تقاضا نقش داشتند، افزایش یافت. تبصره ۲ این ماده نیز دولت را مکلف ساخته بود که هر سال بودجه‌ای به پیشگیری اختصاص دهد. (مهریار، ۱۳۷۷) در اجرای مواد ۳۳ و ۳۴ قانون جدید، در جلسه ۶۳ ستاد مبارزه با موادمخدر، «آئین‌نامه پیشگیری از اعتیاد، درمان معتادان به موادمخدر، و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد» بررسی و در تاریخ ۱۳۷۷/۱۱/۶ به تصویب رسید.

به رغم کاستی‌های مورد اشاره، تحت شرایط جدید در سال ۱۳۷۵، شاهد اقداماتی در زمینه پیشگیری در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و وزارت آموزش و پرورش بوده که به تفکیک مورد بحث قرار می‌گیرد.

۳-۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تا سال ۱۳۷۶، وزارت بهداشت و درمان، علی‌رغم فشارها و اصرارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر برای آغاز پروژه در زمینه پیشگیری و درمان معتادان، همچنان با تکیه بر قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت از هرگونه اقدامی خودداری می‌کرد. در سال ۱۳۷۴، کمیسیون «پیشگیری و درمان» توسط ستاد مبارزه با موادمخدر تشکیل شد و از آنجا که موضوع پیشگیری و درمان جز شرح وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود، کمیسیون جدیدالتاسیس نیاز به همکاری آن وزارتخانه و سازمان‌های زیر مجموعه‌اش (به ویژه سازمان بهزیستی) داشت. اما در وزارت بهداشت، رویکرد مثبتی نسبت به مداخله در امر اعتیاد وجود نداشت. به عنوان مثال در حالی که بر اساس «برنامه‌ی ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد» اصرار بر این بود که برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در برنامه‌های شبکه بهداشتی - درمانی کشور ادغام شود، اما وزارت بهداشت با این اقدام مخالف بود و در برابر آن مقاومت می‌کرد (مدنی قهفرخی، ۱۳۸۳).

سرانجام در سال ۱۳۷۷، به دنبال فشار افکار عمومی برای تحرك جدی‌تر وزارت بهداشت و درمان، با تصویب شورای معاونین وزارت مذکور، «شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد» در این وزارتخانه تشکیل شد. در سال ۱۳۷۹، اولین برنامه‌ی پنج ساله (۸۳-۱۳۷۹) کاهش تقاضای مصرف مواد در شورای مورد اشاره تدوین شد. اهداف چهارگانه این برنامه پنج ساله در زمینه پیشگیری بدین شرح بودند:

۱ اعضای ستاد عبارت‌اند از: رئیس‌جمهور، دادستان کل کشور، وزیر کشور، وزیر اطلاعات، وزیر بهداشت و درمان، وزیر آموزش و پرورش، رئیس سازمان صدا و سیما، فرمانده نیروی انتظامی، سرپرست دادگاه انقلاب اسلامی تهران، سرپرست سازمان زندان‌ها، فرمانده نیروی مقاومت بسیج، و وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی

- ۱- کاهش مقبولیت اجتماعی مصرف مواد از طریق آموزش به جامعه؛
- ۲- اعتلای سطح فرهنگ و تمهید دستیابی آحاد جامعه به مهارت‌های محافظت‌کننده؛
- ۳- اقدامات مداخله‌ای، مشاوره‌ای و حمایتی زودرس برای افراد در معرض خطر؛
- ۴- جلوگیری از مصرف غیرقانونی مواد و داروها.

اگرچه این برنامه از برخی کاستی‌ها مثل بی‌توجهی به سوء مصرف و وابستگی به الکل و نیز همکاری با دستگاه‌های مرتبط با دخانیات در کشور برخوردار بود اما در عین حال حتی همه اقدامات پیش‌بینی شده در آن نیز در دستور کار وزارت بهداشت قرار نگرفت؛ به عنوان مثال در حالی که معاونت بهداشتی وزارتخانه موظف به ادغام برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در نظام بهداشتی و درمانی کشور شد و بسته آموزشی و وظایف سطوح مختلف شبکه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز توسط سازمان بهزیستی تدوین شد، ولی این پروژه هرگز در سطح ملی به اجرا در نیامد و تنها از سال ۱۳۸۳ اجرای برنامه به صورت پایلوت در چند استان آغاز شد که در آن اقدامات پیش‌گیرانه کم‌رنگ‌تر از شناسایی معتادان و درمان آنان بود. با تغییر مدل ارائه خدمات از سال ۱۳۸۵ در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و مبتنی شدن آن بر پزشک خانواده، خدمات پیشگیری و درمان اعتیاد در بسته خدمتی مذکور ادغام شد. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در چند سال اخیر، طراحی دوره‌های تکمیلی تخصصی^۲ به منظور کاهش تقاضا (از جمله دوره عالی بهداشت عمومی (MPH)) را در دستور کار خود قرار داده و در این برنامه‌ها توجهی نسبتاً بیشتری را معطوف به پیشگیری کرده است.

۳-۲ سازمان بهزیستی کشور

در سال ۱۳۷۴ با هدف سامان‌دهی مسائل مرتبط با اعتیاد و مراکز بازپروری، مدیریت وقت سازمان بهزیستی کشور امور و وظایف مرتبط با اعتیاد و مراکز بازپروری معتادان را برای مدت یک سال به طور آزمایشی به معاونت امور فرهنگی و پیشگیری این سازمان محول کرد. به این ترتیب، کلیه وظایف مرتبط با اعتیاد و سوء مصرف مواد در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور متمرکز شد. در این دوره در حوزه پیشگیری از اعتیاد، اقداماتی به شرح زیر انجام شد:

- ۱- تدوین و اجرای برنامه‌ی جامع پیشگیری از اعتیاد؛
- ۲- تدوین و اجرای برنامه آگاه‌سازی جامعه؛
- ۳- تدوین جزوات آموزشی؛
- ۴- تهیه فیلم‌های کوتاه آموزشی؛
- ۵- تدوین و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی؛
- ۶- اجرای طرح‌های پژوهشی.

تحت تاثیر شرایط جدید و پس از بی‌نتیجه ماندن برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری اعتیاد، در سال ۱۳۷۵ نخستین برنامه جامع کشور در زمینه پیشگیری از اعتیاد توسط سازمان بهزیستی کشور تدوین و به مورد اجرا گذاشته شد. این برنامه با توجه به ضرورت اجرای اقدامات پیش‌گیرانه برای گروه‌های مختلف هدف و در جهت کاهش تقاضای مصرف مواد، با بهره‌گیری از روش‌های تجربه شده و موفق سازمان بهداشت جهانی در برنامه‌ریزی و مشارکت منطقه‌ای، و بر پایه‌ی رعایت ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی مناطق مختلف کشور و با مشارکت عملی گروه‌های ذی‌نفع ابتدا در استان کرمانشاه و سپس در دیگر استان‌ها، به اجرا درآمد. پس از ارزیابی اجرای آزمایشی برنامه جامع در استان کرمانشاه در سال ۱۳۷۶ بود که طرح آگاه‌سازی به عنوان مرحله اول این برنامه تهیه و در سال ۱۳۷۷ اجرا شد. البته، در سال ۱۳۷۹ نیز این امکان فراهم آمد تا برنامه‌ی جامع پیشگیری از اعتیاد از دو منظر فرآیند و برآمد^۳ و از دو جنبه‌ی کمی و کیفی مورد ارزیابی قرار گیرد. این برنامه سپس در ۱۵ استان دیگر کشور اجرا شد.

در سال ۱۳۷۷ و با افزایش برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، دفتری تحت عنوان اداره کل پیشگیری از اعتیاد در این معاونت تشکیل شد تا امکان رشد و ارتقای سریعتر برنامه‌ها را فراهم نماید.

از نوآوری‌های سازمان بهزیستی در زمینه پیشگیری می‌توان به طراحی و اجرای برنامه‌های اجتماع محور از سال ۱۳۸۱ اشاره کرد. در این برنامه‌ها سه حوزه اصلی محله‌های شهری و روستایی، مراکز آموزشی و محیط‌های کار به عنوان اجتماعات کوچک طبقه‌بندی و با دیدگاه ارتقای سلامت و کنترل عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ، از طریق مشارکت ذی‌نفعان در تمامی مراحل برنامه به اجرا درآمدند. علاوه بر این، سازمان بهزیستی کشور طی سال‌های اخیر به منظور تربیت نیروی انسانی در زمینه پیشگیری دوره‌های تسهیل‌گری را در دانشگاه جامع علمی- کاربردی طراحی کرده که پذیرش اولیه آن اخذ شده است. از دیگر ابتکارات این سازمان می‌توان به صدور دستور العمل اعطای مجوز به مراکز خصوصی و غیردولتی برای پیشگیری از اعتیاد اشاره کرد که امکان قانونی مشارکت بخش غیردولتی را در این امر فراهم کرده است.

۳-۳ وزارت آموزش و پرورش

اگرچه به دلایل متعدد از جمله ضرورت آغاز برنامه‌های پیشگیری از دوران نوجوانی و همچنین رسیدن گزارش‌هایی مبنی بر وجود مواردی از سوءمصرف مواد در بین دانش‌آموزان از اواسط دهه ۱۳۷۰، ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر دستگاه‌های مرتبط اصرار داشتند اقدامات و برنامه‌هایی را در حوزه آموزش و پرورش اجرا کنند اما از ابتدا مدیریت وزارت آموزش و پرورش تمایلی به شروع این پروژه‌ها نشان نمی‌داد و در برابر هر پیشنهاد در این زمینه مقاومت می‌کرد.

این کشمکش تا حدود سال ۱۳۷۷ ادامه داشت، تا اینکه در این سال به تدریج مطالعات بیشتری در خصوص وضعیت اعتیاد در مدارس انجام شد که نشان می‌داد برخلاف تصور مدیریت آموزش و پرورش شیوع اعتیاد در مدارس رو به افزایش است. در سال ۱۳۷۶، پژوهش ملی درباره وضعیت اعتیاد در کشور، از دیدگاه دانش‌آموزان ۷ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان انجام شد. هدف اساسی این تحقیق بررسی کیفیت و کمیت وضعیت اعتیاد در کشور و عوامل موثر در بروز اعتیاد از دیدگاه دانش‌آموزان بود تا بر مبنای داده‌های پژوهش شناخت بیشتری درباره‌ی وضعیت اعتیاد در مدارس حاصل گردد. از دیگر پژوهش‌هایی که به منظور شناخت وضعیت اعتیاد در مدارس انجام شد، «مطالعه زمینه‌یابی و سنجش دانش و نگرش دانش‌آموزان، معلمان و مدیران و عوامل اجرایی مدارس کشور نسبت به موادمخدر» بود (موسوی، ۱۳۷۸). نتایج به دست آمده از این پژوهش‌ها و دیگر موارد مشابه نشان داد؛ آموزش پیشگیری از سوءمصرف مواد باید یکی از وظایف اصلی نظام آموزش و پرورش کشور محسوب شود. بر این اساس، در وهله‌ی نخست باید به آموزش معلمان و مشاوران مربوطه همت گماشت و سپس دانش‌آموزان را با استفاده از شیوه‌ها و راهبردهای مناسب تحت آموزش قرار داد. این پژوهش‌ها و تحقیقات مشابه دیگر نشان داد، تعداد دانش‌آموزان متمایل به سوءمصرف مواد و سیگار رو به افزایش است. بر این اساس و در پی ارائه‌ی گزارش‌های مکرر مبنی بر شیوع اعتیاد در مدارس، سرانجام مدیریت وزارت آموزش و پرورش متقاعد شد تا طرح‌هایی در این وزارتخانه در زمینه‌ی پیشگیری از سوءمصرف مواد به اجرا درآید.

از دیگر موضوعاتی که به شدت از سوی دبیرکل وقت ستاد مبارزه با موادمخدر و سازمان بهزیستی پیگیری می‌شد، ضرورت گنجانیدن محتوای مناسب در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد و سوءمصرف مواد در کتاب‌های درسی بود (اقدامی که تاکنون محقق نشده است).

در سال ۱۳۷۷، با هدف پیشگیری از گسترش اعتیاد در مدارس، دفتر پیشگیری از سوءمصرف مواد در وزارت آموزش و پرورش تشکیل شد. گرچه، بعضی از مدیران اصرار داشتند شروع مباحث مرتبط با اعتیاد در آموزش و پرورش نه نشانه‌ی گسترش اعتیاد، بلکه اقدامی برای پیشگیری از خطرات احتمالی است ولی آمارها حاکی از گسترش اعتیاد در بین دانش‌آموزان بود با این حال در سال ۱۳۷۷، مقدمات تدوین برنامه ملی آموزش و پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در وزارت آموزش و پرورش فراهم شد. در طرح مبارزه با اعتیاد در مدارس، کارگاه‌های آموزشی ویژه‌ای برای مربیان، مدیران و مسئولان سطوح مختلف آموزش و پرورش پیش‌بینی شده بود. برای اولیای دانش‌آموزان نیز آموزش‌های خاصی در نظر گرفته شده بود و مشاوران مدارس نیز در گردهمایی‌های ویژه تحت آموزش قرار می‌گرفتند (مدنی قهفرخی، ۱۳۸۳).

سرانجام به دنبال تدوین برنامه‌ی ملی آموزش و پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در سال ۱۳۷۸ و تصمیم به اجرای آن در دوره زمانی ۸۳-۱۳۷۹ وزارت آموزش و پرورش نیز به تدوین برنامه ملی ۵ ساله آموزش و پیشگیری از اعتیاد پرداخت که هدف از آن مداخله‌ی پیشگیرانه در جهت کاهش میزان شیوع و بروز سوءمصرف مواد و وابستگی به آنها در میان دانش‌آموزان عنوان شد. اقدامات واحد آموزش و پیشگیری از سوءمصرف مواد در وزارت آموزش و پرورش، متکی بر بخش‌های آموزشی (حضور و غیرحضور)، پژوهشی، خدماتی، و مهارت‌های زندگی بود.

قابل ذکر است در تاریخ ۸۸/۱۲/۱۰ بر اساس توافق نامه منعقدہ بین ستاد و وزارت آموزش و پرورش که برای دوره پنج سالہ ۱۳۸۹-۱۳۹۳ مبادلہ گردید اقدامات مناسبی جهت رفع مشکلات و دست یابی به وضعیت مطلوب پیشگیری در مدارس پیش بینی شد.

۴
مختر و صنعت موجود

بخش چهارم | وضعیت موجود

۴-۱ توصیف وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در ایران

کشور ایران سابقه چند صد ساله‌ی تولید و مصرف مواد افیونی دارد که این سابقه باعث شده به لحاظ تاریخی و فرهنگی، استعداد گسترش این پدیده در کشور وجود داشته باشد. علاوه بر آن، در دهه‌های اخیر تغییرات شتابان اقتصادی اجتماعی، عوامل آسیب‌پذیری متعددی را به همراه داشته است. پیدایش اقتصاد متکی به نفت، عوارض به جا مانده از هشت سال دفاع مقدس، رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش تکنولوژی ارتباطات جهانی و افزایش سطح انتظارات نسل جوان، سیر توسعه‌ی صنعتی و مشکلات ناشی از آن شامل مهاجرت، افزایش قابل توجه جمعیت شهری به ویژه حاشیه‌نشینی و بیکاری از جمله عوامل آسیب‌پذیری به مشکلات اجتماعی مانند اعتیاد هستند. به علاوه، علی‌رغم ریشه‌کن شدن کشت خشخاش در داخل کشور بعد از انقلاب اسلامی، دسترسی به تریاک و هروئین به دلیل افزایش چشمگیر کشت این مواد در همسایه‌های شرقی کشورمان کاهش نیافته است و تولید مواد محرک و دسترسی به آنها نیز افزایش یافته است. از سویی دیگر، با توجه به نقش انسجام خانواده در تربیت فرزندان و بنیان‌های مذهبی و اخلاقی، الگوی مصرف مواد و اعتیاد در ایران شرایط خاصی دارد که آن را از سایر کشورها متفاوت کرده است.

۴-۱-۱ وضعیت عرضه‌ی مواد در ایران

افغانستان، همسایه‌ی شرقی ایران بزرگترین تولیدکننده‌ی تریاک غیرمجاز در جهان است و در سال ۲۰۰۷ میلادی به تنهایی ۸۸۷۰ تن تریاک یعنی ۹۲ درصد تریاک دنیا را تولید کرده است. هم‌چنین، این کشور پس از مراکش، بزرگترین تولیدکننده حشیش (رزین‌کانابیس) جهان بوده و مساحت زیر کشت حشیش در این کشور بیش از یک سوم مساحت زیر کشت خشخاش آن است. پاکستان نیز در رتبه چهارم جهان از این حیث قرار دارد (UNODC, 2008).

در جهان، کشفیات مواد و دستگیری‌های مرتبط با مواد به عنوان شاخص‌های مهم وضعیت عرضه مواد شناخته می‌شوند. در کشور ما روند کشفیات مواد در دهه‌ی گذشته با تغییرات چشمگیری روبه‌رو بوده است.

پس از دوره‌ای از کاهش کشفیات تریاک و هروئین که ناشی از کاهش تولید در افغانستان بوده است، از سال ۱۳۸۲ روند روبه رشد قابل توجهی داشته است. بر اساس داده‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۸)، کشفیات حشیش که سال‌ها با رشد شدیدی روبه‌رو بوده است، از سال ۱۳۸۲ به سطحی ثابت رسیده است. تعداد دستگیری‌های مرتبط با جرائم مواد مخدر تا سال ۱۳۸۳ رشد چشمگیری داشته، پس از آن، بعد از سه سال ثبات نسبی، از سال ۱۳۸۶ روند نزولی داشته است. روند افزایشی قیمت مواد از سال ۱۳۸۰ شتاب بیشتری گرفت تا سال ۱۳۸۱ که از شتاب آن کاسته شده و از سال ۱۳۸۳ ثبات یافته است.

علاوه بر این، طی سال‌های گذشته با پیدایش مواد دیگری مانند هروئین فشرده (کراک افغانی)، اکستازی و نورجیزک^۱ روبه‌رو بودیم که عرضه‌ی آنها به‌طور ناگهانی شروع و افزایش یافته ولی خوشبختانه پس از مدتی کاهش یافت. در هر صورت، مجموعه‌ی شواهد دال بر افزایش عرضه‌ی مواد و پیدایش تنوع بیشتری از انواع مواد در کشور است.

۴-۱-۲ شیوع، بروز و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد در ایران

تخمین شیوع مصرف مواد و اعتیاد با دشواری‌ها و محدودیت‌های زیادی همراه است. با وجود این در مقاطع زمانی گوناگون تلاش شده است که با استفاده از شواهد در دسترس و یا انجام پژوهش‌های با تورش‌های کمتر، تخمینی از تعداد معتادان کشور ارائه شود.

برآوردهای ارائه شده در مورد شیوع مصرف مواد و اعتیاد از قبل از انقلاب بسیار متنوع است، لیکن در هر صورت در سال ۱۳۵۴ حدود صدوهفتاد هزار معتاد ثبت نام کرده در کشور وجود داشت. تعداد معتادان غیر رسمی که مجاز به استفاده از سهمیه تریاک دولتی نبوده و نیاز خود را از بازار آزاد یا قاچاق تامین می‌کردند بین دویست تا پانصد هزار نفر تخمین زده می‌شد (به نقل از مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۶). در حال حاضر تخمین تعداد افراد وابسته به مواد بر اساس نتایج حاصل از آخرین مطالعه یک میلیون و دویست هزار نفر تخمین زده می‌شود. (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶) البته با توجه به کاستی‌های مطالعه‌ی مذکور باید با احتیاط نتایج آن مورد نظر قرار داده شود.

علاوه بر این، مطالعات گوناگونی که در سال‌های گذشته با بررسی نظرات مردم و افراد کلیدی در شهرها، محله‌ها و محیط‌های کار گوناگون انجام شده است، نشان از نقطه نظرات آنها مبنی بر جدی بودن مشکل اعتیاد در محیط و نگرانی عمیق آنان بوده است. (از جمله رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷)

در محاسبه بار بیماری‌های کشور برای سال ۱۳۸۲ که شاخص‌های مرتبط با شیوع و شدت بیماری‌ها را در بر می‌گیرد، در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد و به‌طور کلی ۶/۷ درصد از بار (DALY^۲) بیماری‌ها را در مردان تشکیل می‌دهد. مقدار بار اعتیاد در زنان، یک‌دهم مردان گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶).

1 Norgestic

2 Disability Adjusted life years

مطالعات مروری بر وضعیت مصرف مواد در دانش‌آموزان و دانشجویان، تخمینی را از شیوع مصرف مواد در این گروه‌ها ارائه داده‌اند. در دانش‌آموزان، شایع‌ترین مواد مورد مصرف، الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانش‌آموزان معتاد را شش تا ده هزار نفر تخمین زده است (رحیمی موقر و ایزدیان، ۱۳۸۴). مطالعه مروری دیگری در جمعیت دانشجویی نیز شایع‌ترین مواد مورد مصرف را الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش کرده است. این مطالعه مروری تعداد دانشجویانی را که به یکی از مواد غیرقانونی وابسته هستند، بیش از ۵۰ هزار نفر و تعداد کسانی را که در طول یک ماه حداقل یک بار مواد اپیوئیدی مصرف کرده‌اند را ۱۵۰ هزار نفر در کشور تخمین زده است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۵). در دو مطالعه جدیدتر در تهران شیوع مصرف مواد در دانشجویان کمتر گزارش شده است (طارمیان و همکاران، ۱۳۸۶؛ رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۸). مطالعه رحیمی موقر و همکاران (۱۳۸۸) در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، میزان مصرف یک ماه گذشته هر گونه ماده اعتیادآور غیرقانونی به غیر از الکل را در پسران ۱/۹ درصد و در دختران ۰/۳ درصد گزارش کرده است.

در مورد الگوی مصرف مواد توسط معتادان، مطالعه ارزیابی سریع مواد (RSA) سال ۱۳۸۶ آخرین اطلاعات کشوری را ارائه می‌کند. بر این اساس، شایع‌ترین ماده مصرفی را تریاک (مصرف در یک ماه گذشته ۴۴ درصد) تشکیل می‌دهد. پس از آن، کراک افغانی (هروئین فشرده) (۲۸ درصد) و هروئین (۲۰/۳ درصد) قرار دارند. در مقایسه این الگو با مطالعات RSA سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ می‌توان دریافت که نسبت مصرف تریاک به شدت کاهش یافته است (مصرف یک ماه گذشته به ترتیب ۷۳/۴ درصد و ۶۸/۵ درصد). مصرف هروئین نیز با کاهش نسبی روبه رو بوده است (۴۰ و ۲۴/۶ درصد). در حالی که هیچ موردی از مصرف کراک افغانی در دو مطالعه قبلی یافت نشده بود، در طی فاصله کوتاهی شیوع ۲۸ درصدی کراک افغانی گزارش شد. علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶ با بروز مصرف شیشه (مصرف ماه گذشته ۵/۲ درصد) و نورجیزک (۴/۷ درصد) روبه‌رو بوده‌ایم که در سال‌های گذشته گزارش نشده بود (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

بر اساس مطالعه ارزیابی سریع مواد (RSA) سال ۱۳۸۶، روش مصرف مواد به طور غالب تدخینی و پس از آن خوراکی است. لیکن مصرف تزریقی نیز ۱۸/۷ درصد موارد را تشکیل می‌دهد که این رقم نسبت به سال‌های قبل روند افزایشی قابل ملاحظه‌ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته نیز در سال ۱۳۸۶ برابر با ۲۲/۶ درصد گزارش شده است. (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

با درنظر گرفتن رقم خوش بینانه یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور و شیوع ۲۲/۶ درصدی سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف کنندگان تزریقی را می‌توان حداقل ۲۷۱,۰۰۰ نفر برآورد کرد.

بررسی میانگین سنی معتادان در سه مطالعه ارزیابی سریع مواد (RSA) حاکی از میانگین سنی حدود ۳۳ سال و ثبات سنی (از ۳۲/۴ تا ۳۳/۶) و ثبات انحراف معیار (حدود ۱۰ سال) است. تنها ۳/۲ درصد از معتادان کمتر از ۲۰ سال سن داشتند. اطلاعات موجود از ۱۰ سال گذشته، حاکی از آن است که نسبت زنان به کل

جمعیت معتادان از ۲ درصد تا ۶/۹ درصد در مطالعات و گزارش‌های گوناگون متفاوت بوده است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴). حدود نیمی از معتادان، متاهل و دارای فرزند و حدود دو سوم دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان هستند. بخش عمده‌ای از معتادان (۸۷/۷ درصد) با خانواده خود زندگی می‌کنند. کمتر از ۱۰ درصد بی‌خانمان بوده یا تنها زندگی می‌کنند و درآمدی ندارند (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶). حدود ۲۰ درصد بیکار و نیمی دارای مشاغل کارگری یا رانندگی هستند، نیمی وضعیت اجتماعی اقتصادی خود را متوسط می‌دانند (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴). دو سوم از معتادان، کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تامین می‌کنند. نزدیک به ۴۰ درصد به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند. حدود یک چهارم از طرق غیرقانونی کسب درآمد می‌کنند که عمدتاً مرتبط با مواد است. حدود ۴۰ درصد سابقه دستگیری داشته که در اغلب موارد بیش از یک بار و بیشتر مربوط به جرائم مرتبط با مواد است. این الگوها در ده سال گذشته کم و بیش ثابت بوده است (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶).

مطالعه‌ی نوری و همکاران (۱۳۸۶) نیز حاکی از آن است که الگوی مصرف از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴ تشدید شده (افزایش نسبت‌های دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و نیز روند تشدید بی‌هنجاری (آنومی) در کشور (افزایش طلاق، جرم، شهری شدن، و جهانی شدن) رابطه‌ی پر قدرتی داشته است.

۴-۱-۳ تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد در ایران

ارتباط میان عوامل اجتماعی و سلامت در دو دهه‌ی اخیر به نحو فزاینده‌ای مورد توجه دست‌اندرکاران سلامت در جهان قرار گرفته و مطالعات فراوانی در سطح جهانی حکایت از نقش موثر این عوامل بر ارتقا سلامت افراد دارد. امروزه شواهد حاصل از مطالعات نشان می‌دهند که هرچه فرد در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری قرار داشته باشد، وضعیت سلامت نامطلوب‌تری خواهد داشت. در واقع یک شیب اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و به طور کلی هر طبقه از طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (معاونت سلامت وزارت بهداشت، ۱۳۸۷). در همه جای دنیا تفاوت‌هایی در میزان‌های ابتلا به بیماری در گروه‌های محروم در مقایسه با سایر گروه‌ها نیز به چشم می‌خورد. گروه‌های محروم علاوه بر این که بیشتر به بیماری مبتلا می‌شوند، بیماری‌های مزمن و میزان معلولیت در سنین پایین‌تر نیز در آنها بیشتر است. به عنوان مثال در فنلاند ۴۲٪ مردمی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند در گروه‌های درآمدی پایین‌تر قرار دارند، در حالیکه ۱۸٪ گروه‌های با درآمد بالاتر با این قبیل بیماری‌ها دست به گریبانند. مثال‌هایی از وجود اختلافات روان‌شناختی، بیماری‌های قلبی عروقی، میزان دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است (معاونت سلامت وزارت بهداشت، ۱۳۸۷).

در ایران نیز بر اساس شواهد حاصل از مطالعات، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد با وضعیت عوامل اجتماعی مرتبط است (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸). وضعیت درآمد و فقر، برخورداری از سواد و آموزش، نقش‌های مرتبط با جنسیت، شرایط محل زندگی، دسترسی به اشتغال و شرایط شغلی، برخورداری از حمایت اجتماعی و چگونگی رشد و تکامل دوران کودکی از جمله عوامل اجتماعی موثر بر سلامت‌اند.

سوء مصرف مواد و اعتیاد امروزه به عنوان يك مشکل عمده‌ی سلامتی شناخته شده است و شواهد مبتنی بر مطالعات نشان دهنده‌ی تاثیر عوامل اجتماعی بر بروز اعتیاد در جوامع است. عوامل اجتماعی و اقتصادی، رفتارهای پرخطر و وضعیت سلامت مصرف‌کنندگان مواد را نیز شکل می‌دهند. این عوامل با تاثیر بر رفتارهای فردی مصرف‌کنندگان به صورت غیرمستقیم و با تاثیرگذاری بر فراهم بودن منابع، دسترسی به نظام‌های رفاه اجتماعی، در حاشیه قرار گرفتن و پذیرش درمان به شکل مستقیم بر سلامت افراد تاثیر گذارند (Galia and Velahof, 2002).

مرور برخی از مطالعات ایرانی نیز ارتباط میان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند وضعیت اقتصادی، اشتغال و آموزش و شرایط محیط زندگی را با اعتیاد در مناطق مختلف کشور را نشان می‌دهد.

مطالعه‌ی نصیری (۱۳۸۲) در فاصله سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ رابطه پراکندگی گروه‌های شغلی و اعتیاد در محله‌های شهر بابل و مقایسه‌ی دو نقشه پراکندگی درصد اعتیاد و نقشه پراکندگی مشاغل عالی در این شهر را نشان می‌دهد. این مطالعه نشان داد که میزان اعتیاد در سطح محله‌ها یکسان پراکنده نشده و ساختار شغلی نقش اساسی در کاهش یا افزایش اعتیاد دارد. به طوری که با افزایش مشاغل علمی- تخصصی در سطح محله‌ها از درصد معتادان کاسته می‌شود و با افزایش مشاغل ابتدایی در محله‌های جنوبی و پیرامونی شهر به درصد معتادان افزوده می‌شود. همچنین نشان داده شد که با تراکم جغرافیایی و فقر مسکن، میزان اعتیاد در جنوب و حاشیه شهر بابل افزایش می‌یابد (نصیری، ۱۳۸۵).

نتایج به دست آمده از مطالعه ستاری و همکاران (۱۳۸۲) در کلیه روستاها و شهرهای استان اردبیل نشان می‌دهد که میزان گرایش به اعتیاد در روستاهای استان بیش از مناطق شهری است. در میان گروه‌های مختلف شغلی نیز افراد بیکار دارای بالاترین گرایش به اعتیاد بودند.

میمندی و همکارانش (۱۳۸۷) در مطالعه کیفی بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمان، نشان داده‌اند که اغلب دانش‌آموزان مسائل اقتصادی را یکی از مهمترین عوامل رشد اعتیاد می‌دانند. در این مطالعه دانش‌آموزان سه دسته عوامل را در رشد اعتیاد مؤثر دانستند که عبارتند از: فقر که با عبارات کمبود درآمد، سرشکستگی مالی، احساس فقر و نداشتن عقل معاش مشخص شده بود، پول توجیبی بالای جوانان در خانواده‌های پردرآمد و سوم درآمد بالای فروش مواد و اوقات فراغت زیاد آن.

در مورد نوع ماده مصرفی مطالعه سراج زاده (۱۳۸۶) بر روی دانشجویان ۲۱ دانشگاه دولتی در سراسر کشور نشان داده است که تجربه مصرف تریاک در دانشجویان دارای پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین‌تر و مصرف الکل در دانشجویان با پایگاه اجتماعی اقتصادی بالاتر بیشتر است. همچنین تفاوت‌های قومیتی از نظر نوع ماده مصرفی وجود دارد، به طوری که نسبت مصرف تریاک در دانشجویان کرد و لر دو برابر فارس‌ها، شمالی‌ها و ترک‌ها است، اما مصرف حداقل يك بار الکل در دانشجویان کرد و شمالی بیشتر از بقیه است.

مطالعه علی وردی‌نیا (۱۳۸۵) در بررسی نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد با استفاده از آمارهای رسمی اعتیاد در کشور طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۶۰ نشان داد که مدل مطالعه ۲۹٪ تغییرات جرایم مواد مخدری را تبیین می‌کند و از میان ۵ متغیر این مدل (صنعتی شدن، وضعیت آنومیك، فرد گرایی، دسترسی به مواد مخدر و بیکاری)،

متغیر وضعیت آنومیک اهمیت بیشتری داشته و متغیرهای صنعتی شدن و فردگرایی در رده دوم، متغیر در دسترس بودن مواد در درجه سوم قرار داشته و بیکاری کمترین ضریب مسیر را در میان متغیرهای یاد شده داشته است.

بررسی وضعیت شاخص‌های اجتماعی مناطق حاشیه‌ای و اسکان غیررسمی و اعتیاد نیز ارتباط پاره‌ای از تعیین‌کننده‌های اجتماعی و وضعیت اعتیاد در این مناطق را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران ۴ میلیون نفر در سکونت‌گاه‌های غیررسمی ساکن هستند (به نقل از افتخاری‌راد، ۱۳۸۲). بافت‌های اسکان غیررسمی به لحاظ کالبدی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مدیریتی دارای ویژگی‌های خاص خود می‌باشند. بر اساس جمع‌آوری داده‌های ۱۷ مطالعه در مناطق حاشیه‌نشین کشور برخی از شباهت‌های این مناطق عبارتند از تراکم بالای جمعیت، سطح پایین سواد، درآمد پایین ساکنان، رواج مشاغل غیررسمی، دسترسی اندک به خدمات شهری و زیرساخت‌های نامناسب و محدود. میانگین سواد در این محدوده‌ها از کل شهر پایین‌تر است، به ویژه در گروه‌های سنی بیش از ۴۰ سال و زنان این نسبت به شدت کاهش می‌یابد. در تحقیقات مختلف تراکم فقر در این محدوده‌ها مشاهده شده است. به طوری که در برخی از محله‌های حاشیه‌نشین در شهرهای زاهدان، اهواز، کرمانشاه، بندرعباس و مشهد در حدود ۴۰٪ از ساکنان زیر خط فقر مطلق قرار دارند. هم‌چنین نشان داده شده است که آسیب‌هایی مانند وجود مسیر ترانزیت یا بارانداز کالاهای قاچاق به ویژه مواد مخدر در این محدوده‌ها وجود دارد. هم‌چنین آسیب‌های ناشی از فقر اقتصادی مانند دزدی یکی از آسیب‌های مشترک این محدوده است (افتخاری‌راد، ۱۳۸۲).

بررسی آسیب‌های اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین، نشان می‌دهد که به اعتراف ساکنان این محلات، فقر و بیکاری، اعتیاد و فروش مواد مخدر، ولگردی، دعوا و درگیری بسیار زیاد است (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵).

مطالعات انجام شده در مناطق اسکان غیر رسمی شهرها از جمله همدان (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵) محله غربت تهران (خراتپا، ۱۳۸۳ به نقل از برغمندی، ۱۳۸۷) و محله کریم آباد زاهدان (ابراهیم زاده و دیگران، ۱۳۸۳) نشان می‌دهد در شرایطی که این مناطق از نظر شاخص‌های اجتماعی اقتصادی وضعیت نامطلوبی دارند، اعتیاد و فروش مواد مخدر در کنار سایر آسیب‌های اجتماعی یکی از مشکلات اجتماعی جدی و مهم در این مناطق است.

به طور کلی، مرور نتایج مطالعات نشان دهنده رابطه میان عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی بر وضعیت اعتیاد در مناطق مختلف کشور است. بی‌شک برای شناخت بهتر رابطه میان این عوامل، جهت این رابطه و چگونگی تاثیر آن دو مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

۴-۱-۴ عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد

ضعف شدید دانش در مورد عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد در کشور وجود دارد. ادبیات پژوهش اعتیاد کشور فاقد مطالعات مورد شاهی، طولی و یا حتی مقطعی (در یک جمعیت عمومی) برای بررسی این عوامل است. بیشترین اطلاعات از نظرات خود معتادان در مورد علت گرایش آنها به مصرف مواد به دست آمده است که در زیر به آنها پرداخته می‌شود:

چند مطالعه به بررسی سن شروع مصرف مواد پرداخته‌اند. مطالعه رحیمی موقر و همکاران (۱۳۸۱) نشان داد که سن شروع مصرف مواد در طول ۲۰ سال (۱۳۵۷ تا ۱۳۷۷) تغییر معنی داری نداشته است. مقایسه میانگین سن شروع مصرف مواد در سه بررسی سریع وضعیت مواد در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ نیز حاکی از عدم تغییر معنی دار آن (حدود ۲۲ سالگی) بوده است. میانگین سن شروع مصرف سیگار نیز در مصرف کنندگان مواد روند ثابتی (حدود ۱۸ سالگی) داشته است (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹). به طور کلی، سن شروع الکل و حشیش پایین‌تر، سپس سن شروع تریاک، و پس از آن سن شروع هروئین، شیشه و کراک قرار دارد (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶).

نزدیک به نیمی از معتادان، مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان (اغلب دوستان خارج از مدرسه) شروع کرده‌اند. شایع‌ترین مکان اولین مصرف مواد نیز "منزل دوستان" گزارش می‌شود. مطالعات متعدد بر معتادان حاکی از این موضوع بوده است که دوستان در تداوم مصرف، مقدار مصرف، شیوه مصرف و نوع ماده مصرفی آنها، نقش به‌سزایی داشته‌اند. حدود ۲۰ درصد موارد نیز فرد پیشنهاد دهنده یکی از افراد خانواده بوده است. حدود نیمی از معتادان سابقه مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده خود ذکر می‌کنند که در اغلب مواقع برادر و یا پدر می‌باشد. همکاران و محیط کار نیز در رده بعد اهمیت قرار دارد (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۴؛ رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

در خصوص مهم‌ترین دلیل شروع مصرف مواد، معتادان به ترتیب به کنجکاوی، لذت و فشار دوستان (۴۸/۳ درصد)، مشکلات زندگی (۲۶ درصد) و دردهای جسمی (۱۱ درصد) اشاره داشته‌اند (رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹). بررسی این علل برحسب زمان شروع مصرف مواد نشان داد که در همه‌ی دوره‌های زمانی بیشترین علت مهم شروع مصرف مواد از نظر معتادان لذت و فشار دوستان بوده است. اگرچه بعد از سال ۱۳۶۲ به تدریج از شیوع این عوامل به عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد از نظر معتادان کاسته شده است. مشکلات زندگی که در سال‌های دورتر کمتر به عنوان علت مصرف مواد قید شده‌اند، با گذشت زمان اهمیت بیشتری پیدا کرده‌اند. به طوری که در سال‌های بعد از ۱۳۷۲ بیش از ۳۰ درصد معتادان مشکلات زندگی را به عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد قید کرده‌اند. تغییرات در شیوع دردهای جسمی و سایر علل تغییر معنی داری در طول زمان نداشته است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۱). در زنان سن شروع مصرف مواد بالاتر و در قریب اتفاق موارد از طریق همسر و در درجه بعدی پدر بوده است (رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹؛ نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶).

۴-۱-۵ عوارض بهداشتی ناشی از مصرف مواد و اعتیاد

مهم‌ترین عارضه مصرف مواد، اعتیاد است. لیکن رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد (مانند رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریقی) عوارض عفونی مانند ایدز و هپاتیت را می‌تواند به همراه داشته باشد. مسمومیت‌های^۳ مکرر نیز در معتادان شایع بوده، میزان مرگ و میر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد سالانه ۲ تا ۳ درصد گزارش می‌شود (دفتر مواد و جرائم سازمان ملل).

ایدز به عنوان یک پدیده جهانی، تهدیدی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. در کشور ما مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مهمترین گروه در معرض خطر برای ابتلا به ایدز را تشکیل می‌دهند به طوری که ۶۹/۶ درصد از موارد ابتلا در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). مرور سیستماتیک بر شیوع عفونت با HIV در معتادان کشور نشان داد که در دهه‌ی گذشته، میانگین ترکیبی شیوع در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از ۱۱ تا ۱۵ درصد (رحیمی موقر و همکاران، در دست چاپ) و در مصرف‌کنندگان غیر تزریقی از یک تا ۴ درصد (امین اسماعیلی و همکاران، در دست چاپ) بوده است.

هپاتیت C بیماری عفونی خطرناک دیگری است و در دو دهه اخیر مرگ و میر ناشی از آن در جهان ۲ تا ۳ برابر شده و به دلیل ایجاد سیروز کبدی در صدر دلایل پیوند کبد قرار گرفته است. هپاتیت C احتمالاً شایعترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی معتادان در ایران، شیوع هپاتیت C در معتادان تزریقی و در مناطق مختلف در محدوده وسیعی از ۱۱/۲٪ تا ۸۹/۵٪ گزارش شده است (رحیمی موقر و همکاران، ۲۰۱۰) مطالعات متعدد نشان داده‌اند که شایعترین عامل مسمومیت بزرگسالان در کشور، مسمومیت با مواد می‌باشد (رحیمی موقر و رزاقی، ۱۳۸۵). در شهر تهران، در مطالعه‌ای کیفی بر معتادان تزریقی، تقریباً همه افراد، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان‌شان بوده‌اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت را داشته‌اند که اکثراً دو یا سه بار بوده است (رحیمی موقر و رزاقی، ۱۳۸۵). تعداد مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد، سالانه توسط سازمان پزشکی قانونی کشور ارائه می‌شود. در سال ۱۳۸۴ این رقم ۴۸۴۱ نفر بوده است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۷). بررسی روند نیز حاکی از افزایش سالانه این رقم در ده سال گذشته می‌باشد.

۴-۱-۶ جمع بندی

بنابر مجموعه این اطلاعات، در حالی که ایران با وجود شیوع بالای مصرف‌کنندگان تریاک در کشور در مقایسه با سایر کشورها، به ویژه کشورهای توسعه یافته سال‌ها دارای الگوی کم خطری بوده است؛ اکنون با افزایش ورود مواد در کشور و تنوع یافتن مواد در دسترس، در سال‌های اخیر وضعیت اعتیاد تشدید یافته و عوارض جدی بهداشتی و اجتماعی را با خود داشته است. بر این اساس، در حال حاضر اعتیاد یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی کشور شناخته می‌شود.

۴-۲ تحلیل وضعیت

با توجه به توصیف وضعیت کنونی اعتیاد و سوء مصرف مواد و با عنایت به سیر فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد از گذشته تاکنون، وضعیت موجود نظام پیشگیری از اعتیاد در کشور را به قرار زیر می‌توان تحلیل کرد:

۴-۲-۱ قوت‌ها

۱. درک ضرورت هماهنگ نمودن فعالیت‌های سازمان‌های ذی‌ربط در زمینه پیشگیری
۲. وجود فتاوی مبنی بر تحریم مصرف مواد
۳. توجه مسئولان کشوری به ضرورت تدوین برنامه‌ای ملی در حوزه کاهش تقاضا خصوصاً پیشگیری
۴. توجه متولیان به ضرورت رویکرد بین رشته‌ای در فعالیت‌های پیشگیری با حضور پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران و جامعه‌شناسان
۵. مطرح شدن «پیشگیری» به عنوان «سیاست برتر» برای مبارزه با موادمخدر، در اسناد رسمی از جمله لایحه اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر
۶. تدوین و تصویب اسناد بخشی و فرابخشی در زمینه اعتیاد که بر پیشگیری تأکید داشته‌اند
۷. تدوین و اجرای طرح‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه از جمله طرح مباحث پیشگیری در مدارس و سایر کانون‌های هدف
۸. تخصیص بودجه و ردیف اعتباری مستقل به برنامه‌های کاهش تقاضا خصوصاً پیشگیری
۹. تلاش برای تولید دانش و اندیشه در زمینه پیشگیری از طریق اقداماتی مثل برگزاری گردهمایی‌های پیشگیری از اعتیاد و انتشار منابع

۴-۲-۲ ضعف‌ها

۱. فقدان وجود ساختار مناسب پیشگیری در سطح دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری کشور (ستادی و استانی)
۲. تعدد دستگاه‌های مسئول و ضعف هماهنگی این دستگاه‌ها
۳. ضعف نظام رصد^۴ وضعیت مصرف مواد و عوامل آن در سطح کشوری و استانی و در دسترس نبودن اطلاعات مورد نیاز و روزآمد
۴. کمبود نیروی انسانی متخصص و نبود ثبات شغلی در دستگاه‌های ستادی و استانی

۵. وجود موانع در برابر تأسیس، فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری
۶. ناهماهنگی سازمان‌های دولتی و غیردولتی فعال در حوزه پیشگیری
۷. ضعف و نارسایی در تخصیص بودجه و اعتبارات پیشگیری به دستگاه‌ها و استان‌ها
۸. عدم نظارت تخصصی بر نحوه هزینه کرد اعتبارات پیشگیری اختصاصی دستگاه‌ها
۹. بهره‌گیری ناکافی از دانش روز و تجارب بین‌المللی در زمینه‌ی پیشگیری
۱۰. توجه ناکافی به نقش عوامل کلان اقتصادی- اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد
۱۱. دشواری و دیر بازده بودن مداخلات پیشگیرانه
۱۲. عدم وجود برنامه‌های منسجم کشور برای پیشگیری از اعتیاد
۱۳. ضعف توجه به تغییر مداوم الگوی مصرف مواد از جمله افزایش شیوع مصرف مواد جدید و کاهش سن اعتیاد
۱۴. کمبود بودجه و ضعف در تخصیص، هزینه‌کرد و نظارت بر بودجه پیشگیری در ستاد و استان‌ها
۱۵. در اولویت نبودن پیشگیری در برنامه‌های اجرایی و تخصیص اعتبارات و نیروی انسانی
۱۶. عدم تعمیق و تداوم فعالیت‌های پیشگیرانه، در سازمان‌های کلیدی به خصوص در صداوسیما، وزارت ارشاد اسلامی، آموزش و پرورش، وزارت علوم تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت
۱۷. ضعف دانش پیشگیری و فهم ساده‌اندیشانه از روش‌های اجرای برنامه‌های پیشگیری مثل استفاده بیشتر از روش‌های آموزش مستقیم و اکتفا به توصیه‌های اخلاقی
۱۸. کمبود مهارت و دانش برای برنامه‌ریزی در مداخلات جماعت محور
۱۹. ضعف پیوند در درون و بین برنامه‌های پیشگیری و سایر راهبردهای کاهش تقاضا
۲۰. ضعف پژوهش در امر پیشگیری از اعتیاد در کشور
۲۱. ضعف مداخله مراکز علمی و دانشگاهی در برنامه‌ریزی پیشگیری
۲۲. ضعف مداخله متخصصان علوم اجتماعی در برنامه‌های پیشگیری
۲۳. نبود رشته‌ی پیشگیری در دانشگاه‌ها و مراکز علمی به عنوان یک حوزه بین رشته‌ای علمی
۲۴. کاهش توجه مسئولان کشور به مشارکت عمومی و اهمیت نقش سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری
۲۵. تمرکز گرایی و ضعف مشارکت استان‌ها در برنامه‌ریزی و سیاست گذاری برنامه‌ها
۲۶. عدم تمایل بخش خصوصی در سرمایه‌گذاری در امر پیشگیری از اعتیاد

۴-۲-۳- فرصت‌ها

۱. امکان بهره‌گیری از تجارب بین‌المللی در زمینه پیشگیری از طریق همکاری و مشارکت با دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل و سایر سازمان‌های بین‌المللی
۲. فعالیت برخی سازمان‌ها و نهادهای عمومی و غیردولتی مرتبط با اعتیاد و مشکلات اجتماعی
۳. افزایش روز افزون نقش و تاثیر فضای مجازی
۴. توجه نسبی به نقش عوامل کلان در شیوع و بروز مشکلات اجتماعی از جمله اعتیاد
۵. رویکرد ارتقایی قانون اساسی به جامعه و اصول تقویت‌کننده‌ی پیشگیری
۶. توجه روز افزون به مشکلات اجتماعی و لزوم مداخله برای پیشگیری و کنترل آنها
۷. فرهنگ و هویت غنی دینی و ملی
۸. وجود دانش پیشرفته‌ی پیشگیری در سطح جهانی و سازمان‌های بین‌المللی مرتبط با اعتیاد و پیشگیری
۹. بسیج مردمی و فعال شدن نهضت فراگیر اجتماعی (جوانان، زنان، ...)
۱۰. حساسیت بالای مدیریت کشور نسبت به مصرف مواد و اعتیاد
۱۱. حساسیت بالای خانواده‌ها و افکار عمومی نسبت به مصرف مواد و اعتیاد
۱۲. توجه‌ی تدریجی مجریان و قانون‌گذاران، از جمله مجمع تشخیص مصلحت و مجلس شورای اسلامی به امر پیشگیری
۱۳. وجود گروه‌های مرجع و تاثیر گذار
۱۴. روند فزاینده سهم اعتبارات امور اجتماعی در کشور
۱۵. تصویب قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی

۴-۲-۴- تهدیدها

۱. افزایش موانع فعالیت سازمان‌های غیردولتی
۲. ابهام در سیاست‌های اجتماعی
۳. سیاسی تلقی شدن مسائل اجتماعی از جمله اعتیاد و ایجاد محدودیت در پژوهش و مداخله در این زمینه
۴. افزایش ارتباطات جهانی و فراهم شدن امکان تاثیر سوء فرهنگ‌های تشویق‌کننده مصرف مواد
۵. وضعیت نامناسب اقتصادی، از جمله افزایش فقر و نابرابری، تورم و بیکاری

۶. کمبود حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبود یافته
۷. توسعه مناطق اسکان غیر رسمی
۸. افزایش روز افزون مشکلات اجتماعی از جمله: فقر و نابرابری، خشونت و بیکاری
۹. افزایش بروز و شیوع انواع مشکلات و اختلالات روانی
۱۰. افزایش طلاق و نابسامانی در خانواده‌های زوجین جوان



مختصر سیاست بین‌اصول و موازنین

بخش پنجم | سیاست‌ها، اصول و موازین^۱

سیاست اول

مدیریت پیشگیری از اعتیاد باید به کلیه رویدادها و تصمیمات خارج از حیطه‌ی اختیارات خود از حیث اثر آنها بر بروز اعتیاد حساس باشد و با آنها در جهت کاهش بروز اعتیاد، تعامل فعال کند.

سیاست دوم

مدیریت مبارزه با اعتیاد باید راهبرد پیشگیری را بر سایر راهبردهای مبارزه با اعتیاد در برنامه و بودجه اولویت دهد.

سیاست سوم

هر سه نوع مداخلات پیشگیری همگانی، انتخابی، و موردی باید به نحو متوازن اجرا شوند.

سیاست چهارم

مداخلات پیشگیرانه باید بر بالاترین سطح شواهد موجود متکی باشند^۲.

سیاست پنجم

در کلیه مداخلات پیشگیرانه باید سازوکارهای پایش و ارزشیابی مداوم آنها پیش‌بینی و اعمال شود.

سیاست ششم

مداخلات پیشگیرانه باید با مشارکت حداکثری ظرفیت‌های بسیج مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و به ویژه سازمان‌های جماعت‌محور^۳ در همه‌ی مراحل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی، انجام پذیرد. از قابلیت‌های بخش خصوصی نیز باید حداکثر استفاده در اجرای برنامه‌ها به عمل آید.

۱ ترتیب ارائه سیاست‌ها به هیچ وجه به معنای اولویت‌گذاری آنها نیست.

۲ شواهد علمی تولید شده، بر اساس نوع مطالعه و از نظر قدرت و قوت مطالعه درجه بندی می‌شوند. برنامه‌هایی که بر سطح شواهد بالاتر متکی هستند، باید در اولویت قرار بگیرند.

3 CBOs – Community Based Organizations

سیاست هفتم

مداخلات پیشگیرانه باید با مشارکت سازمان‌ها در سطوح ملی، استانی و محلی در همه‌ی مراحل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی انجام شوند.

سیاست هشتم

در مداخلات پیشگیرانه باید به تفاوت‌های فرهنگی، دینی و مذهبی، اجتماعی، اقتصادی و جنسیتی، توجه شود و به ویژه از ظرفیت‌های موجود در نهادهای دینی و فرهنگ مذهبی در چارچوب فریضه امر به معروف و نهی از منکر بهره برداری مطلوب صورت پذیرد.

سیاست نهم

مداخلات انتخابی و موردی در هر گروه هدف باید بر اساس مهم‌ترین عوامل خطر و محافظ و مهم‌ترین فرایندهای تاب‌آوری در آن گروه طراحی شوند.

سیاست دهم

استفاده از همکاری‌های بین‌المللی و تجارب دیگر کشورها در مداخلات باید مورد توجه قرار گیرد.

سیاست یازدهم

مداخلات پیشگیری باید مستمر و پایدار باشند.

سیاست دوازدهم

پیشگیری از اعتیاد در مصرف مواد باید به عنوان رسالت و فرهنگ عموم حاکم بر کلیه دستگاه‌ها تلقی گردیده ضمن آن‌که در مداخلات پیشگیرانه باید به همکاری بین‌بخشی و مشارکت موثر همه سازمان‌های تاثیرگذار دولتی توجه شود.

سیاست سیزدهم

باید با در نظر گرفتن شیوع مصرف مواد گوناگون، عوارض آنها و تغییرات بروز مداخلات پیشگیرانه متناسب در کانون‌های هدف مورد توجه واقع شود.

مجلس اہل سنت
اہل سنت

بخش ششم | اهداف

هدف غایی

کاهش میزان بروز اعتیاد^۱ به مواد در کشور

هدف کمی

قرار دادن حداقل ۴۰ درصد^۲ از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه‌های استاندارد^۳ پیشگیری در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۰.

۱ - منظور تمام فرایند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوءمصرف و وابستگی (اعتیاد) است.

۲ - به استناد مصوبه جلسه ۱۲۴ ستاد مبارزه با موادمخدر.

۳ - برنامه‌ای است که در مرحله‌ی طراحی در جامعه‌ی علمی از جهت کفایت شواهد علمی پشتیبان پذیرفته شده و به تصویب شورای راهبردی- تخصصی ملی و استانی رسیده باشد و اجرای استاندارد آن نیز به ویژه از جهت موثر بودن حجم آن برای خدمت‌گیرنده‌ی نهایی، با پایش و ارزشیابی مداوم تضمین شود. منظور از جامعه‌ی علمی، کلیه‌ی شخصیت‌های حقیقی و حقوقی دارای سابقه‌ی مطالعه و تحقیق در پیشگیری از اعتیاد است.



بخش هفتم | راهبردها

راهبرد اول

رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مرتبط با اعتیاد) در جهت مسئول‌سازی و همراه‌سازی دستگاه‌های دخیل^۱.

هدف راهبردی

توجه دادن متولیان مربوطه در خصوص کاهش اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی افزایش‌دهنده اعتیاد و افزایش اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی کاهش‌دهنده اعتیاد.

راهبرد دوم

اصلاح و چابک‌سازی ساختار و نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد^۲

هدف راهبردی

متناسب‌سازی ساختار و بازمهندسی فرآیندهای پیشگیری از اعتیاد در جهت نهادینه‌سازی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در سازمان‌های اجرایی، تمرکززدایی، تسهیل در اجرا، تقویت منابع و ایجاد ضمانت‌های اجرایی برنامه‌ها بر اساس پایش و ارزشیابی.

۱. متناظر با سیاست‌های اول و دوازدهم امر مبارزه با موادمخدر

۲. متناظر با سیاست‌های دوم، ششم، هفتم، دهم، یازدهم و دوازدهم

راهبرد سوم

توسعه‌ی دانش و فناوری و تولید منابع علمی پیشگیری از اعتیاد^۳ جهت برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد.

هدف راهبردی

ارتقای کیفی برنامه‌های پیشگیری بر اساس دانش و شرایط بومی جهت تضمین اثربخشی آنها بر گروه‌های هدف

راهبرد چهارم

توسعه‌ی مشارکت‌های مردمی با بهره‌گیری از ظرفیت‌های بسیج، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت محور در امر پیشگیری از اعتیاد^۴.

هدف راهبردی

مشارکت اجتماعی فراگیر پیشگیری از اعتیاد.

راهبرد پنجم

توسعه‌ی خدمات پیشگیری از اعتیاد در خانواده‌ها، محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار، جماعت‌ها و جامعه^۵

هدف راهبردی

کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در کانون‌های هدف شامل خانواده‌ها، محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار، جماعت‌ها، و جامعه.

۳ متناظر با سیاست‌های چهارم، پنجم، نهم، دهم و سیزدهم

۴ متناظر با سیاست‌های ششم، هفتم، هشتم و سیزدهم

۵ متناظر با سیاست‌های سوم، نهم، یازدهم و سیزدهم

تقسیم کاری
برنامه پروژہ ماویم کاری
مختص

بخش هشتم | برنامه‌ها، پروژه‌ها و تقسیم کار ملی

در این بخش، بر اساس پنج راهبرد مندرج در بخش قبل، پنج برنامه ملی پیش بینی شده است که زیر هر برنامه ملی، پروژه‌های مرتبط با آن آورده شده است.

۸-۱ برنامه‌های ملی و پروژه‌ها

راهبرد اول: رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مرتبط با اعتیاد) در جهت مسئول سازی و همراه سازی دستگاه‌های دخیل

۸-۱-۱ برنامه ملی اول

برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد

پروژه‌های برنامه ملی اول

- طراحی و تدوین نظام رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و ارائه گزارش سالیانه
- تدوین سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و حمایت یابی^۱ برای تحقق آن
- مطالعات اولویت‌بندی شده در زمینه‌ی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد.
- پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد
- مطالعه ابعاد جرم شناختی قوانین مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد

راهبرد دوم: اصلاح و چابک‌سازی ساختار و نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

۸-۱-۲ برنامه‌ی ملی دوم

برنامه‌ی ملی اصلاح ساختار و چابک‌سازی نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

پروژه‌های برنامه‌ی ملی دوم :

- آسیب‌شناسی نظام مدیریت (درون سازمانی و بین سازمانی) پیشگیری از اعتیاد
- ایجاد ساختار پیشگیری در سازمان‌های عضو و مرتبط یا ارتقا و توسعه ساختار کنونی در سطوح ستادی و استانی
- پیاده‌سازی نظام اجرایی "سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد" در سطوح ستادی و استانی
- ظرفیت‌سازی در دستگاه‌های دولتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد
- طراحی نظام بودجه‌ریزی و تخصیص اعتبار و مبتنی کردن بودجه‌های ستادی و استانی بر اساس ارائه برنامه‌های استاندارد و پایش و ارزشیابی برنامه‌ها
- متناسب‌سازی نظام بودجه‌ریزی و اعتبارات پیشگیری از اعتیاد با اقتضائات این سند.

راهبرد سوم: توسعه‌ی دانش و فناوری و تولید منابع علمی پیشگیری از اعتیاد

۸-۱-۳ برنامه‌ی ملی سوم

برنامه‌ی ملی توسعه‌ی علم پیشگیری از اعتیاد

پروژه‌های برنامه‌ی ملی سوم :

- انجام پژوهش‌های پیشگیری از اعتیاد در حوزه‌های مطالعات سبب‌شناسی، مطالعات اثر بخشی مداخلات، نیاز سنجی، امکان سنجی و آینده پژوهی.
- رصد وضعیت اعتیاد در کشور
- پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد

- طراحی و پیاده سازی نظام مدیریت دانش، ترجمان، عملی سازی و مبادله‌ی دانش^۲ پیشگیری از اعتیاد
- تولید و چاپ منابع علمی - آموزشی
- تشکیل بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد
- تربیت نیروی انسانی متخصص پیشگیری از اعتیاد
- ارتقا دانش تخصصی و سطح آموزشی نیروهای انسانی فعال در پیشگیری از اعتیاد با ایجاد مناطق آموزش پیشگیری از اعتیاد در سطح کشور
- حمایت از تشکیل مراکز و موسسات علمی آموزشی- پژوهشی خصوصی و دولتی برای پیشگیری از اعتیاد

راهبرد چهارم: توسعه مشارکت‌های مردمی با بهره‌گیری از ظرفیت‌های بسیج در امر پیشگیری از اعتیاد

۸-۱-۴ برنامه‌ی ملی چهارم

برنامه‌ی ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

پروژه‌های برنامه‌ی ملی چهارم :

- بسترسازی و تسهیل در راه‌اندازی و فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور از جمله تشکل‌های کارگری، دانشجویی، دانش‌آموزی و ایجاد هسته‌های کوچک و شبکه‌های بزرگ.
- توانمندسازی^۳ و ظرفیت‌افزایی^۴ و ارتقا سطح مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی
- حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی^۵ در پیشگیری از اعتیاد
- بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه‌های سازمان‌های غیر دولتی فعال و موسسات توانمندسازی در پیشگیری
- بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه‌های سازمان‌های جماعت‌محور فعال در پیشگیری

2 Knowledge Transfer and Exchange (KTE)

3 Empowerment

4 Capacity Building

5 Public Sphere

راهبرد پنجم: توسعه‌ی خدمات پیشگیری از اعتیاد در خانواده‌ها، محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار، جماعت‌ها و جامعه

۸-۱-۵ برنامه‌ی ملی پنجم

برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده‌ها

پروژه‌های برنامه‌ی ملی پنجم :

- برنامه اطلاع‌رسانی، آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباط موثر^۷ در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد به خانواده‌ها
- آموزش به خانواده‌ها شامل فرزندپروری و آموزش سبک و مدل زندگی خانوادگی
- شناسایی خانواده‌ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش، حمایت، مددکاری و ...
- آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل

۸-۱-۶ برنامه‌ی ملی ششم

برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های آموزشی

پروژه‌های برنامه‌ی ملی ششم :

- راه‌اندازی گروه تخصصی آموزش‌گر^۷، مشاور و ناظر بر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه (با وظایف آموزش مشاوران مدارس، نظارت بر فعالیتهای آنان، بازخورد و پاسخگویی سوالات، برنامه‌ریزی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس)
- آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس.
- اجرای برنامه‌های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و آموزش مهارت‌های زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و نیز ارتقای برنامه‌های جایگزین

6 Information – Education – Communication (IEC)

^۷ گروه‌های تخصصی پیشگیری از اعتیاد مدارس و مشاوران ویژه دانشگاه‌ها، باید یکی از دوره‌های دانشگاهی پیشگیری از اعتیاد را گذرانده باشند و یا دارای مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی ارشد در رشته‌های مرتبط با پیشگیری از اعتیاد بوده و کارگاه‌های آموزشی در مورد آموزش مهارت‌های زندگی برای مدرسان، پیشگیری از اعتیاد و مشاوره و درمان اعتیاد را گذرانده باشند.

- اجرای برنامه مدارس رها از اعتیاد با تاکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد
- شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و نقص توجه و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان
- گنجاندن مطالب مناسب درباره مواد و راه‌های پیشگیری در کتب درسی
- آموزش درباره مواد^۸ و پیامدهای اجتماعی آن به والدین، کارکنان و معلمان
- آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان^۹ به والدین دانش آموزان
- پیشگیری انتخابی مدارس پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد همراه با برنامه‌های سازنده اوقات فراغت، آموزش هم‌سالان، ادغام برنامه ویژه مدارس در برنامه محله و حمایت از راه‌اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد
- شناسایی افراد در معرض خطر و مشاوره تخصصی با دانش آموز و والدین
- اختصاص يك واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش درباره مواد، برای کلیه رشته‌های دانشگاهی و مراکز تربیت معلم
- پیش‌بینی مشاوران ویژه دانشگاه‌ها و پیشگیری انتخابی در محیط‌های دانشگاهی پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد و حمایت از راه‌اندازی نهضت پیشگیری از مصرف مواد با اولویت در دانشکده‌های هنر، خانه‌های دانشجویی و خوابگاه‌های دانشجویی
- شناسایی دانشجویان مصرف کننده مواد و مشاوره تخصصی به آنان

۸-۶-۷ برنامه‌ی ملی هفتم

برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های کار

پروژه‌های برنامه‌ی ملی هفتم :

- تهیه بسته‌های برنامه‌های پیشگیری همگانی، انتخابی و موردی با مشارکت کارکنان و بر اساس نیاز سنجی
- راه‌اندازی و اجرای برنامه‌های یاری کارکنان^{۱۰} (EAP) و خانواده‌ها در قالب بسته‌های طراحی شده شامل ایجاد ساختار، اطلاع رسانی و حساس‌سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن، شناسایی و کنترل عوامل خطر

8 Drug education

9 Parenting skills

۱۰ منظور از برنامه‌های یاری کارکنان (Employee Assistance Programs) برنامه‌هایی در جهت رفاه کارکنان است که توسط کارفرما و تحت پوشش بیمه‌های درمانی به منظور کمک به حل مشکلات فردی که می‌تواند اثر نامطلوبی بر عملکرد شغلی، سلامت و بهروزی کارکنان داشته باشد، اجرا می‌شود. این برنامه‌ها عمدتاً ارزیابی، مشاوره کوتاه مدت و ارجاع برای کارکنان و خانواده‌های آنها را شامل می‌شود.

و محافظ محیطی، خدمات مشاوره ای برای کارکنان و خانواده‌ها، معاینات دوره‌ای سلامت روان، آزمایش تصادفی و بی‌نام اعتیاد، درمان و ارجاع اختلالات و بیماری‌های همراه، برنامه‌های سالم‌سازی محیط‌های کار از جمله صنعتی، اداری، نظامی، کارگری، خدماتی، تغییر محیط و خدمات حمایتی و مددکاری.

۸-۱-۸ برنامه ملی هشتم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت‌ها

پروژه‌های برنامه ملی هشتم :

- پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد
- اجرای برنامه‌ی «محل‌های رها از اعتیاد»
- ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی

۸-۱-۹ برنامه ملی نهم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

پروژه‌های برنامه ملی نهم :

- کارزار رسانه‌ای^{۱۱} ترویج هنجارهای ضد اعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد
- آموزش ارزش‌های اخلاقی^{۱۲} و هنجارهای اجتماعی^{۱۳} در جهت پیشگیری از اعتیاد
- ایجاد و گسترش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت‌ها و وبلاگ‌های فعال در این زمینه
- قانون آزمایش مواد^{۱۴} به صورت تصادفی برای افراد در حال رانندگی و در تصادفات رانندگی و ارائه آموزش‌های لازم به رانندگان دارای آزمایش مثبت
- قانون آزمایش مواد در نزاع‌ها و حوادث و ارائه‌ی آموزش‌های لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیده‌ی آزمایش-مثبت
- آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان و پرستاران، کارکنان نیروی انتظامی و داروسازان.

11 Media campaign

12 Value education

13 Social norms

14 Drug testing

۸-۲ تقسیم کار ملی

۸-۲-۱ برنامه ملی اول

برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده‌های اجتماعی اعتیاد

جدول شماره ۱ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه ملی اول

ردیف	پروژه های راهبرد اول	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه		
		مسئول	مشارکت کننده	دستگاه های دولتی		
				نام	سهم (درصد)	
سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	
۴۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	کلیه های دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد	دبیرخانه ی ستاد مبارزه با مواد مخدر	طراحی و تدوین نظام رصد تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد و ارائه گزارش سالیانه
۴۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	کلیه های دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد	دبیرخانه ی ستاد مبارزه با مواد مخدر	تدوین سند راهبردی تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد و حمایت یابی برای تحقق آن
۴۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	کلیه های دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد	دبیرخانه ی ستاد مبارزه با مواد مخدر	پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی سند راهبردی تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد
۴۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۵۰	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	کلیه های دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد	دبیرخانه ی ستاد مبارزه با مواد مخدر	انجام مطالعات اولویت بندی شده در زمینه ی تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد
۴۰	انجمن های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۶۰	دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی	کلیه های دستگاه های عضو و مرتبط با ستاد	دبیرخانه ی ستاد مبارزه با مواد مخدر	مطالعه ابعاد جرم شناختی قوانین مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد

۸-۲-۲ برنامه ملی دوم

برنامه ملی اصلاح ساختار و چابک‌سازی نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۲ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه ملی دوم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
۱	آسیب‌شناسی نظام مدیریت (درون سازمانی و بین سازمانی) پیشگیری از اعتیاد	کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری	سازمان‌های عضو و مرتبط عضو کمیته فرهنگی پیشگیری ستاد، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی، انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم‌نهاد	انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت محور	۴۰
۲	ایجاد ساختار پیشگیری در سازمان‌های مسئول یا ارتقا و توسعه ساختار کنونی در سطوح ستادی و استانی	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری، دستگاه‌های عضو و مرتبط عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	مبارزه با مواد مخدر، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری	۱۰۰
۳	پیاده‌سازی نظام اجرایی سند جامع پیشگیری در سطوح ستادی و استانی	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان‌های عضو کمیته فرهنگی پیشگیری، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها	۱۰۰
۴	ظرفیت‌سازی در دستگاه‌های دولتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری ستاد	سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری	۱۰۰
۵	طراحی نظام بودجه ریزی و تخصیص اعتبار و مبتنی کردن بودجه‌های ستادی و استانی بر ارائه برنامه‌های استاندارد و پایش و ارزشیابی برنامه‌ها	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی ستاد	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، دستگاه‌های عضو و مرتبط با ستاد، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان	۱۰۰
۶	متناسب‌سازی نظام بودجه ریزی و اعتبارات پیشگیری از اعتیاد با اقتضائات این سند	اداره کل فرهنگی و پیشگیری	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری	دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی پیشگیری، معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری	۱۰۰

۸-۲-۳ برنامه ملی سوم

برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۳ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه ملی سوم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
۱	انجام پژوهش‌های پیشگیری از اعتیاد (در حوزه‌های مطالعات سبب‌شناسی، مطالعات اثر بخشی مداخلات، نیازسنجی و امکان‌سنجی و آینده پژوهی)	کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری	مرکز مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی ستاد	دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی	۵۰
۲	رصد وضعیت اعتیاد در کشور	کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری	وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضائیه (سازمان زندانها و پزشکی قانونی)، شهرداری‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری و اداره کل مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، نیروی انتظامی، قوه قضائیه، شهرداری‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی	۶۰
۳	پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد	کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری	دانشگاه‌ها و موسسات پژوهشی، سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، مرکز مطالعات و پژوهش‌های ستاد، شهرداری‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران	دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	۳۰
۴	طراحی و پیاده‌سازی نظام مدیریت، ترجمان، عملی‌سازی و مبادله دانش پیشگیری از اعتیاد	کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری و وزارت بهداشت	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و پژوهشی، دفاتر مرتبط سازمان ملل	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۵۰

ادامه جدول شماره ۳ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی سوم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
۵	تولید و چاپ منابع علمی - آموزشی	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن‌های علمی، متخصصان	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، شهرداری‌ها	۳۰
۶	تشکیل بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	دستگاه‌های عضو و مرتبط با ستاد، دانشگاه‌ها، انجمن‌های علمی و پژوهشگران	دانشگاه‌ها، انجمن‌های علمی و پژوهشگران	۵۰
۷	تربیت نیروی انسانی متخصص پیشگیری از اعتیاد	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت	وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، انجمن‌های علمی و پژوهشگران	دانشگاه‌های مرتبط با تاسیس دوره‌های تکمیلی لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری	۸۰
۸	ارتقای دانش تخصصی و سطح آموزشی نیروهای انسانی فعال در پیشگیری از اعتیاد	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت	سازمان‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد و انجمن‌های علمی و پژوهشگران مخدر	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۵۰
۹	حمایت از تشکیل مراکز و موسسات علمی آموزشی-پژوهشی خصوصی ^{۱۵} و دولتی برای پیشگیری از اعتیاد	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت	وزارت علوم، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، پژوهشگران	دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی	۵۰

۸-۲-۴ برنامه ملی چهارم

برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۴ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه ملی چهارم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
۱	بسترسازی و تسهیل در راه اندازی و فعالیت سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور	سازمان بهزیستی کشور سازمان بسیج مستضعفین	وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان ملی جوانان، شهرداری، ستاد، سه سازمان غیردولتی مرتبط، صدا و سیما و دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی سازمان معاونت برنامه‌ریزی ریاست جمهوری	تمامی دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	۵۰
۲	توانمند سازی و ظرفیت افزایی و ارتقا سطح مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور در سیاستگذاری و برنامه ریزی	سازمان بهزیستی کشور	انجمن‌های علمی مرتبط، سه سازمان غیر دولتی مرتبط، مرکز امور زنان و خانواده، بهزیستی، سازمان ملی جوانان، وزارت کشور، شهرداری و دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشگاه‌ها و مراکز علمی	سازمان بهزیستی، موسسه تعاون، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان ملی جوانان	۵۰
۳	حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی در پیشگیری از اعتیاد	سازمان بهزیستی کشور سازمان بسیج مستضعفین	صدا و سیما، حوزه‌های علمیه، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر ستاد، دفتر برنامه ریزی اجتماعی معاونت برنامه ریزی راهبردی ریاست جمهوری	صدا و سیما، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت	۷۰
۴	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه‌های سازمان‌های غیر دولتی فعال و موسسات توانمندسازی در پیشگیری	سازمان بهزیستی کشور	وزارت کشور، سازمان ملی جوانان، نیروی انتظامی، سازمان غیردولتی فعال، دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی، معاونت برنامه‌ریزی راهبردی ریاست جمهوری	سازمان بهزیستی، سازمان ملی جوانان، وزارت کشور	۹۰
۵	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه‌های سازمان‌های جماعت محور فعال در پیشگیری	سازمان بهزیستی کشور سازمان بسیج مستضعفین	وزارت کشور، شبکه سازمان‌های جماعت محور، شهرداری و دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی، معاونت برنامه‌ریزی راهبردی ریاست جمهوری	وزارت بهداشت، سازمان دانش آموزی، سازمان بهزیستی	۹۰
۵۰	سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور انجمن‌های علمی				سهم (درصد)
					نام

۸-۲-۵ برنامه ملی پنجم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده‌ها

جدول شماره ۵ پروژه‌های برنامه‌ی ملی پنجم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی

برنامه همگانی	
گروه هدف	پروژه
عموم خانواده‌ها شامل: ۱ - زوجین در آستانه ازدواج ۲ - خانواده‌های زوجین جوان پس از ازدواج	۱- برنامه‌ی اطلاع رسانی، آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباط موثر ^{۱۴} در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد
	۲- آموزش به خانواده‌ها شامل فرزند پروری و آموزش زندگی خانوادگی
برنامه های انتخابی	
گروه هدف	پروژه
۱- خانواده‌هایی که يك عضو مصرف کننده دارند ۲- خانواده‌های طلاق ۳- خانواده‌های سکونت‌گاه‌های غیررسمی ۴- خانواده‌هایی با يك و یا چند عضو با سابقه بزهکاری	۱- شناسایی خانواده‌ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش، حمایت، مددکاری و ...
	۲- برنامه اطلاع رسانی، آموزش و نحوه ارتباط موثر در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد
برنامه های موردی	
گروه هدف	پروژه
۱- فرزندان بازمانده از تحصیل در خانواده‌ها ۲- کودکان و نوجوانانی که مصرف سیگار را شروع کرده اند	۱ - آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل
	۲- برنامه اطلاع‌رسانی، آموزش مهارت‌های زندگی و نحوه ارتباط موثر در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد

جدول شماره ۶ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی پنجم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام
۱	برنامه اطلاع‌رسانی، آموزش مهارت‌ها و ارتباط موثر در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد به خانواده‌ها	وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت	دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	۶۰	انجمن اولیا و مربیان و سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت محور
۲	آموزش به خانواده‌ها شامل فرزند پروری و آموزش زندگی خانوادگی	وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی	دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	۷۰	انجمن اولیا و مربیان، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت محور
۳	شناسایی خانواده‌ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش، حمایت، مددکاری و ...	سازمان بهزیستی کشور	دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	۷۰	انجمن اولیا و مربیان، سازمان‌های مردم‌نهاد و مراکز جماعت محور و مراکز خصوصی مشاوره و خدمات روانشناختی، مطب‌های خصوصی روانشناختی
۴	آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل	وزارت آموزش و پرورش	دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	۷۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت محور

۸-۲-۶ برنامه ملی ششم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های آموزشی

جدول شماره ۷ پروژه‌های برنامه ملی ششم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی

برنامه همگانی	
گروه هدف	پروژه
دانش آموزان	۱- اجرای برنامه‌های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و مهارت زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه مهارت زندگی و نیز ارتقای برنامه‌های جایگزین
	۲- اجرای برنامه‌های مدارس رها از اعتیاد با تاکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد
	۳- شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان
	۴- گنجاندن مطالب مناسب درباره مواد و راه‌های پیشگیری در کتب درسی
والدین، کارکنان و معلمان	۵- آموزش درباره‌ی مواد ^{۱۷}
والدین دانش آموزان	۶- آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان ^{۱۸}
دانشجویان	۷- اختصاص يك واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش درباره‌ی مواد، برای کلیه رشته‌ها
مشاوران و کادر مدارس	۸- پیش بینی گروه تخصصی آموزش‌گر، مشاور و ناظر بر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه (با وظایف آموزش مشاوران مدارس، نظارت بر فعالیت‌های آنان، بازخورد و پاسخگویی سوالات، برنامه‌ریزی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس)
	۹- آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران مدارس به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس

برنامه های انتخابی	
گروه هدف	پروژه
بازماندگان از تحصیل، مدارس در محله‌های پرخطر	آموزش عمیق و مکرر مواد همراه با برنامه‌های سازنده اوقات فراغت، آموزش هم سالان، ادغام برنامه ویژه مدارس در برنامه محله، حمایت از راه‌اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد
دانشکده‌های هنر، خانه‌های دانشجویی و دانشجویان خوابگاهی	آموزش عمیق و مکرر مواد و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد
دانشجویان	پیش‌بینی مشاورین ویژه برای دانشگاه‌ها برای مدیریت برنامه ای پیشگیری از اعتیاد

17 Drug Education

18 parenting skills

ادامه جدول شماره ۷ پروژه‌های برنامه‌ی ملی ششم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی

برنامه‌های موردی	
گروه هدف	پروژه
دانش آموزان مصرف کننده مواد، دانش‌آموزان دبیرستانی که یکی از والدین آن‌ها مصرف کننده مواد هستند	مشاوره حرفه‌ای با دانش‌آموز و والدین
دانشجویان مصرف کننده مواد	مشاوره حرفه‌ای با دانشجو

جدول شماره ۸ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی ششم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه			
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی			
				نام	سهم (درصد)		
سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام		
۱	راه اندازی گروه تخصصی آموزش‌گر، مشاور و ناظر بر برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه (با وظایف آموزش مشاوران مدارس، نظارت بر فعالیت‌های آنان، بازخورد و پاسخگویی سوالات، برنامه‌ریزی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس)	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، کمیته امداد امام، ناجا	۵۰	وزارت آموزش و پرورش	انجمن‌های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، مراکز آموزشی و خدمات روانشناختی و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی	۵۰
۲	آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز و آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، کمیته امداد امام	--	-----	گروه تخصصی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مدارس در هر منطقه	۱۰۰
۳	اجرای برنامه‌های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و آموزش مهارت‌های زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و ارتقای برنامه‌های جایگزین	وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان بهزیستی کشور	۱۰۰	وزارت آموزش و پرورش	-----	--

ادامه جدول شماره ۸ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی ششم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
				نهادهای مدنی و خصوصی	
				نام	سهم (درصد)
				نام	سهم (درصد)
۴	اجرای برنامه مدارس رها از اعتیاد با تاکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی کشور، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی کشور	۲۰
۵	شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، وزارت بهداشت (اداره آموزش بهداشت و اداره اعتیاد)	وزارت آموزش و پرورش	۵۰
۶	گنجانیدن مطالب مناسب درباره مواد و راههای پیشگیری	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	وزارت آموزش و پرورش	۸۰
۷	آموزش درباره مواد به والدین، کارکنان و معلمان	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان بهزیستی کشور	وزارت آموزش و پرورش، نیروی انتظامی	۶۰
۸	آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان به والدین دانش آموزان	وزارت آموزش و پرورش	وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه‌ها، انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، کمیته امداد امام	انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	۴۰

ادامه جدول شماره ۸ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی ششم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
۹	پیشگیری انتخابی مدارس پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد همراه با برنامه‌های سازنده اوقات فراغت، آموزش هم سالان، ادغام برنامه ویژه مدارس در برنامه محله و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد	وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران	۷۰	سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور، دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن‌های علمی، مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی و پژوهشگران
۱۰	شناسایی افراد در معرض خطر و مشاوره تخصصی با دانش آموز و والدین	وزارت آموزش و پرورش	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، انجمن اولیا و مربیان، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، قوه قضائیه و ناجا	۷۰	سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، انجمن‌های علمی، مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی و پژوهشگران
۱۱	اختصاص يك واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش درباره مواد، برای کلیه رشته‌های دانشگاهی و مراکز تربیت معلم	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی، انجمن‌های علمی، پژوهشگران و وزارت آموزش و پرورش	۵۰	دانشگاه‌ها
۱۲	پیش بینی مشاوران ویژه دانشگاه‌ها و پیشگیری انتخابی محیط‌های دانشگاهی پرخطر: آموزش عمیق و مکرر پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد و حمایت از راه اندازی جنبش پیشگیری از مصرف مواد در دانشکده‌های هنر، خانه‌های دانشجویی و خوابگاه‌های دانشجویی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی، سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور، انجمن‌های علمی و پژوهشگران، نیروی انتظامی	۵۰	دانشگاه‌ها، سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور، انجمن‌های علمی
۱۳	شناسایی دانشجویان مصرف کننده مواد و مشاوره تخصصی به آنان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و تحقیقاتی، مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره، مطب‌های روانپزشکی و پژوهشگران	۵۰	مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره دانشگاه‌ها

۸-۲-۷ برنامه ملی هفتم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های کار

جدول شماره ۹ پروژه‌های برنامه ملی هفتم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی

برنامه همگانی	
گروه هدف	پروژه
کلیه محیط‌های کار	۱- تهیه بسته‌های برنامه‌های آموزش همگانی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی
همه کارکنان، سرپرستان، مدیران و خانواده‌های ایشان	۲- راه اندازی برنامه یاری کارکنان (EAP) و خانواده‌ها شامل: - ایجاد ساختار - اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن - شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی - خدمات مشاوره‌ای، معاینات دوره‌ای سلامت روان و آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد - خدمات حمایتی و مددکاری برای کارکنان

برنامه های انتخابی	
گروه هدف	پروژه
۱- محیط‌های کاری پر خطر از نظر دسترسی به مواد ۲- محیط‌های کاری دارای شرایط آب و هوایی نامساعد ۳- محیط‌های کاری بالای ۵۰۰ نفر ۴- محیط‌های کاری دور از خانواده ۵- محیط‌های کاری پر استرس ۶- محیط‌های کاری دارای ساعات کاری بالا مانند سه شیفت کاری و شیفت شب	۱- تهیه بسته‌های برنامه‌های انتخابی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی ۲- راه اندازی برنامه یاری کارکنان (EAP) و خانواده‌ها شامل: - ایجاد ساختار - اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن - خدمات مشاوره‌ای، معاینات دوره‌ای سلامت روان، ارجاع و آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد - تغییر محیط و خدمات حمایتی و مددکاری

برنامه های موردی	
گروه هدف	پروژه
کارکنان و کارگران مصرف کننده مواد و خانواده‌های آنها	۱- تهیه بسته‌های برنامه‌های موردی با مشارکت کارکنان بر اساس نیاز سنجی ۲- راه اندازی برنامه یاری کارکنان (EAP) و خانواده‌ها شامل: - اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن - خدمات مشاوره‌ای، معاینات دوره‌ای سلامت روان، درمان و ارجاع اختلالات و بیماری همراه - برنامه‌های مشاوره‌ای و درمانی برای خانواده

جدول شماره ۱۰ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی هفتم

اجرای برنامه		تدوین برنامه		پروژه‌ها	ردیف	
نهادهای مدنی و خصوصی		دستگاه‌های دولتی				
سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	مشارکت‌کننده	مسئول	
۴۰	اتحادیه‌های صنفی و کارگری، و جماعت محور، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و انجمن‌های علمی	۶۰	وزارت کار، دفتر پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی	وزارت بهداشت (اداره محیط کار) وزارت کار و امور اجتماعی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری، اتحادیه‌های صنفی، و جماعت محور، مراکز تحقیقاتی و انجمن‌های علمی، دانشگاه‌ها	سازمان بهزیستی	تهیه بسته‌های برنامه‌های همگانی، انتخابی و موردی با مشارکت کارکنان بر اساس نیازسنجی
۴۰	اتحادیه‌های صنفی و کارگری، و جماعت محور، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و انجمن‌های علمی	۶۰	وزارت کار، دفتر پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی (پلیس پیشگیری) یگان‌های نیروهای مسلح	وزارت بهداشت (اداره بهداشت محیط کار) وزارت کار و امور اجتماعی، اداره کل فرهنگی و پیشگیری، اتحادیه‌های صنفی، و جماعت محور، مراکز تحقیقاتی و انجمن‌های علمی، دانشگاه‌ها، نیروی انتظامی، سازمان بسیج مستضعفین	سازمان بهزیستی	راه‌اندازی و اجرای برنامه‌های یاری کارکنان (EAP) و خانواده‌ها در قالب بسته‌های طراحی شده شامل ایجاد ساختار، اطلاع‌رسانی و حساس‌سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن، شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی، خدمات مشاوره‌ای برای کارکنان و خانواده‌ها، معاینات دوره‌ای سلامت روان، آزمایش تصادفی و بی‌نام اعتیاد، درمان و ارجاع اختلالات و بیماری‌های همراه

۸-۲-۸ برنامه ملی هشتم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت‌ها

جدول شماره ۱۱ پروژه‌های برنامه ملی هشتم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی

مداخلات همگانی	
گروه هدف	پروژه
شهرها	۱- پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد
شهرها	۲- «محلله‌های رها از اعتیاد»
روستاها و شهرهای کوچک	۳- ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی (آموزش جامعه)

مداخلات انتخابی	
گروه هدف	پروژه
محلله‌های پرخطر در شهرها	پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد

مداخلات موردی	
گروه هدف	پروژه
کودکان و نوجوانان دارای عضو مصرف‌کننده در خانواده در محلله‌های پرخطر در شهرها	پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد
افراد در معرض خطر	شناسایی افراد در معرض خطر و مداخله از طریق نظام بهداشتی درمانی اولیه

جدول شماره ۱۲ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی هشتم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه		
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی		
				نام	سهم (درصد)	
سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	
۱	پیشگیری جماعت‌محور از اعتیاد	سازمان بهزیستی کشور	شهرداری‌ها، سازمان بسیج مستضعفین، دانشگاه‌ها	۲۰	سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور	۸۰
۲	«محل‌های رها از اعتیاد»	سازمان بهزیستی کشور	شهرداری‌ها، سازمان بسیج مستضعفین، ناجا، دانشگاه‌ها	۵۰	انجمن‌های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران	۵۰
۳	ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی (آموزش جامعه و شناسایی و مداخله افراد در معرض خطر)	وزارت بهداشت	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۷۰	سازمان‌های مردم‌نهاد	۳۰

۸-۲-۹ برنامه ملی نهم

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

جدول شماره ۱۳ پروژه‌های برنامه ملی نهم به تفکیک همگانی، انتخابی و موردی

مداخلات همگانی	
گروه هدف	پروژه
کودکان و نوجوانان	۱- کارزار رسانه‌ای ترویج هنجارهای ضداعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد
کودکان و نوجوانان	۲- آموزش ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد
کاربران فضای مجازی	۳- ایجاد و گسترش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت‌ها و وبلاگ‌های فعال در این زمینه

مداخلات انتخابی	
گروه هدف	پروژه
شهرهای مرکز استان	۱- قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی در رانندگان و در تصادفات رانندگی و ارائه آموزش‌های لازم به رانندگان آزمایش مثبت
	۲- قانون آزمایش مواد در نزاع‌ها و حوادث و ارائه آموزش‌های لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیده‌ی آزمایش مثبت

مداخلات موردی	
گروه هدف	پروژه
شهرهای مرکز استان	۱- آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان و پرستاران، نیروی انتظامی و داروسازان

جدول شماره ۱۴ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی نهم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
		نام	سهم (درصد)	نهاد‌های مدنی و خصوصی	
		نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)
۱	کارزار رسانه‌ای ترویج هنجارهای ضداعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	سازمان صدا و سیما، وزارت ارشاد، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان بسیج مستضعفین	سازمان صدا و سیما، وزارت ارشاد، سازمان بسیج مستضعفین	۵۰
۲	آموزش ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد	وزارت آموزش و پرورش	سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی، متخصصان علوم رفتاری، سازمان بسیج مستضعفین، ائمه جمعه و جماعات و حوزه‌های علمیه	وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت	۲۰
۳	ایجاد و گسترش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت‌ها و وبلاگ‌های فعال در این زمینه	کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری	دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد	۲۰
۴	قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد در حال رانندگی و در تصادفات رانندگی و ارائه‌ی آموزش‌های لازم به رانندگان دارای آزمایش مثبت	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	مجلس شورای اسلامی، راهور ناجا، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی، متخصصان علوم رفتاری، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور	راهور ناجا	۳۰
۵۰	موسسات رسانه‌ای، انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران				
۸۰	انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران				
۸۰	موسسات ارائه دهنده خدمات فضای مجازی، انجمن‌های علمی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور				
۷۰	انجمن‌های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور				

ادامه جدول شماره ۱۴ تقسیم کار ملی پروژه‌های برنامه‌ی ملی نهم

ردیف	پروژه	مدیریت تدوین پروژه		اجرای پروژه	
		مسئول	مشارکت‌کننده	دستگاه‌های دولتی	
				نام	سهم (درصد)
				نهادهای مدنی و خصوصی	
سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام	سهم (درصد)	نام
۷۰	قانون آزمایش مواد در نزاع‌ها و حوادث و ارائه‌ی آموزش‌های لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیده‌ی آزمایش مثبت	اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر	مجلس شورای اسلامی، ناجا، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی، مراکز علمی و دانشگاه‌ها، متخصصان علوم رفتاری، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور	۳۰	انجمن‌های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران، سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور
۸۰	آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان، داروسازان، پرستاران و کلیه ضابطین قضایی	وزارت بهداشت	سازمان بهزیستی کشور، انجمن‌های علمی و متخصصان علوم رفتاری، مراکز علمی و دانشگاه‌ها، سازمان بسیج مستضعفین	۲۰	انجمن‌های علمی، مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران

مکتبہ
منابع و بودجہ

بخش نهم | منابع و بودجه

- ۱- کلیه دستگاه‌های موضوع این طرح موظفند برنامه و بودجه سالیانه پیشگیری خود را مطابق این طرح تهیه و تدوین کنند.
- ۲- برآوردهای مندرج در جداول بودجه برای یکسال پیش‌بینی شده‌اند. در سال‌های بعد متناسب با روند پیشرفت کار و ارزیابی هر برنامه ملی و پروژه‌های مرتبط با آن برآوردها قابل اصلاح می‌باشند.
- ۳- معاونت راهبردی ریاست جمهوری موظف است در بودجه سالیانه حداکثر ۸۰ درصد از برآوردهای مندرج در جداول بودجه پروژه‌ها را به صورت مستقیم به دستگاه‌های مربوطه پرداخت کند و در موافقت‌نامه بودجه، هزینه اعتبارات مذکور را توسط دستگاه‌ها موقوف به تایید پروژه آنها توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر نماید و حداقل ۲۰ درصد از برآورد هزینه اجرای طرح در ردیف مستقل اعتبارات ستاد به بودجه پیشگیری اختصاص داده شود.
- ۴- استانداری‌ها موظف اند ۱۰ درصد از اعتبارات بودجه فرهنگی استان را به اجرای این طرح در استان اختصاص دهند.
- ۵- در صورت تعدیل ارقام بودجه مندرج در جداول، در اهداف کمی برنامه، در تعداد جمعیت تحت پوشش برنامه‌ها تجدید نظر شده، به نسبت کسری بودجه از تعداد آنها کاسته خواهد شد.

۹-۱ برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده‌های اجتماعی اعتیاد

جدول شماره ۱۵ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی اول

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	طراحی و تدوین نظام رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و ارائه‌ی گزارش سالیانه	کل جمعیت	طراحی	۱۰۰	۵۰۰
			اجرا	۳۰۰	
			ارائه‌گزارش سالیانه	۱۰۰	
۲	تدوین سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و حمایت‌یابی برای تحقق آن	کل جمعیت	تدوین سند	۱۰۰	۱۰۰
۳	پایش و ارزشیابی برنامه عملیاتی سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد	کل جمعیت	پایش و ارزشیابی	۲۰۰	۲۰۰
۴	انجام مطالعات اولویت‌بندی‌شده در زمینه‌ی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد	کل جمعیت	مطالعه	۲۰ مطالعه $\times ۱۰۰ = ۲۰۰۰$	۲۰۰۰
۵	مطالعه ابعاد جرم شناختی قوانین مرتبط با مصرف مواد و اعتیاد	کل جمعیت			۲۰۰
	جمع				۳۰۰۰

۹-۲ برنامه‌ی ملی اصلاح نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۱۶ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی دوم

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	آسیب شناسی نظام مدیریت (درون سازمانی و بین سازمانی) پیشگیری از اعتیاد	-	ارزیابی مشکلات	۲۰۰	۲۰۰
			ارزیابی هر سازمان ۱۰ میلیون و ارزیابی بین سازمانی ۱۰ میلیون ریال		
۲	ایجاد ساختار پیشگیری در سازمان‌های مسئول یا ارتقا و توسعه آنها در سطوح ستادی و استانی	-	ایجاد ساختار	۸۰۰۰۰	۸۰۰۰۰
			سرانه راه اندازی یا ارتقا وضعیت در هر سازمان با در نظر گرفتن متوسط ۳ کارشناس در هر دفتر ۲۵۰ میلیون ریال برای هر دفتر ۱۰× سازمان ۳۲× استان		
۳	پایه سازی نظام اجرایی سند جامع پیشگیری در سطوح ستادی و استانی	-	تحقق نظام اجرایی	۹۰۰۰	۹۰۰۰
			با در نظر گرفتن ۵ نفر در هر استان و ۵۰ ساعت فعالیت در ماه هر ساعت ۱۰۰ هزار ریال ۱۲× ماه ۳۰× استان		
۴	ظرفیت سازی دستگاه‌های دولتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد	-	افزایش ظرفیت و توانمندی نیروی انسانی	۳ هزینه‌های آن در بند ۷ همین برنامه و بند ۳ برنامه ملی سوم در نظر گرفته شده است.	-
۵	طراحی نظام بودجه ریزی و تخصیص اعتبار و مبتنی کردن بودجه‌های ستادی و استانی بر اساس ارائه برنامه‌های استاندارد و پایش و ارزشیابی برنامه‌ها	-	اصلاح نظام بودجه ریزی	-	-
۶	متناسب سازی نظام بودجه‌ریزی و اعتبارات پیشگیری از اعتیاد با اقتضات این سند	-	افزایش اعتبارات	-	-
جمع					۸۹۲۰۰

۹-۳ برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۱۷ روش محاسبه و برآورد بودجهی برنامه ملی سوم

ردیف	پروژه ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	انجام پژوهش‌های پیشگیری از اعتیاد در حوزه‌های مطالعات سبب شناسی، مطالعات اثر بخشی مداخلات، نیازسنجی، امکان‌سنجی و آینده پژوهی	-	اولویت بندی مبتنی بر شواهد	۲۰۰	۲۰۲۰۰
			سالانه ۱۰۰ پژوهش X میانگین ۲۰۰	۲۰۰۰۰	
۲	رصد وضعیت اعتیاد در کشور	-	تعیین شاخص‌ها و روش‌های اجرایی: بودجه قبلا تخصیص یافته است. ۲۰ شاخص X میانگین ۴۰۰	۸۰۰۰	۸۰۰۰
۳	پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد	-	۵۰ برنامه در سال X میانگین ۲۰۰	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۴	طراحی و پیاده سازی نظام مدیریت، ترجمان، عملی سازی و مبادله دانش پیشگیری از اعتیاد	-	اولویت بندی مبتنی بر نیازسنجی: ۱۵۰ (هزینه شامل نیازسنجی و اولویت بندی پروژه‌های ۵ و ۶ و ۸ نیز هست)	۱۵۰	۱۱۵۰
			تدوین ۵ راهنما در سال X میانگین ۲۰۰	۱۰۰۰	
۵	تولید و چاپ منابع علمی - آموزشی	-	(هزینه نیازسنجی و اولویت بندی در پروژه ۴ آورده شده است)	-	۴۰۰
			تالیف/ترجمه و چاپ ۲۰۰۰ صفحه کتاب در ۱۰۰۰ نسخه در سال X میانگین هر صفحه ۲۰۰ ریال	۴۰۰	
۶	تشکیل بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد	-	(هزینه نیازسنجی و اولویت بندی در پروژه ۴ آورده شده است)	-	۵۶۰
			بانک اطلاعاتی ^۱ (دارای ۷ جزء) X میانگین ۸۰ میلیون ریال به ازای هر جزء در سال	۵۶۰	
۷	تربیت نیروی انسانی متخصص پیشگیری از اعتیاد	-	طراحی ۳ دوره X میانگین ۱۰۰	۳۰۰	۱۰۳۰۰
			سالانه ۱۰۰ نفر فارغ التحصیل (به طور متوسط دوره‌های دو ساله) X میانگین ۱۰۰	۱۰۰۰۰	
۸	ارتقا دانش تخصصی و سطح آموزشی نیروهای انسانی فعال در پیشگیری از اعتیاد	آموزش نیروهای انسانی فعال در پیشگیری	(هزینه‌ی نیازسنجی و اولویت بندی در پروژه‌ی ۴ آورده شده است)	-	۸۰۰
			سالانه ۴۰۰ نفر/ دوره تکمیلی (به طور متوسط دوره های ۵ روزه) X میانگین ۲	۸۰۰	
۹	حمایت از تشکیل مراکز و موسسات علمی آموزشی پژوهشی خصوصی و دولتی برای پیشگیری از اعتیاد		بودجه آن در برنامه ملی چهارم آورده شده است.		
جمع				۵۱۴۱۰	۵۱۴۱۰

۹-۴ برنامه‌ی ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

جدول شماره ۱۸ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی چهارم

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	بسترسازی و تسهیل در راه اندازی و فعالیت سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور	سازمان‌های مردم نهاد	تعداد سازمان‌های مردم نهاد ^۲ سرانه سالیانه هر سازمان (۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)	۵۵۰۰/	۵۵۰۰/
۲	توانمند سازی و ظرفیت افزایی و ارتقا سطح مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و جماعت محور در سیاستگذاری و برنامه ریزی	سازمان‌های مردم نهاد	تعداد سازمان‌های مردم نهاد سرانه سالیانه هر سازمان (۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)	۵۵۰۰/	۵۵۰۰/
۳	حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی در پیشگیری از اعتیاد	سازمان‌های مردم نهاد	تعداد خانوارهای تحت پوشش ^۳ سرانه سالیانه هر خانوار ^۴ (۲۵۰/۰۰۰ ریال)	هزینه‌های اجرای این برنامه در برنامه ملی پنجم و نهم پیش بینی شده است	
۴	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه‌های سازمان‌های غیردولتی فعال در پیشگیری	سازمان‌های مردم نهاد	تعداد سازمان‌های مردم نهاد سرانه سالیانه هر سازمان (۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال) تعداد سازمان‌های توانمند ساز ^۵ سرانه سالیانه هر سازمان (۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)	۲۱/۵۰۰/	۲۱/۵۰۰/
۵	بسترسازی و تسهیل ایجاد شبکه‌های سازمان‌های جماعت محور فعال در پیشگیری	سازمان‌های جماعت محور	تعداد سازمان‌های جماعت محور فعال در پیشگیری ^۶ سرانه سالیانه هر جماعت (۱۰۰۰/۰۰۰ ریال)	۶/۴۰۰/	۶/۴۰۰/
جمع				۳۸/۹۰۰/	

۲ در حال حاضر تعداد سازمان‌های مردم نهاد معادل ۵۰۹ سازمان است.

۳ بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ تعداد خانوارهای کشور معادل ۱۷/۵۰۰/۰۰۰ است که با احتساب متوسط پوشش سالیانه ۸ درصد در ۵ سال برنامه پنجم تعداد ۱/۴۰۰/۰۰۰ خانوار تحت پوشش خواهند بود.

۴ برای هر خانوار سالیانه ۱۰ بسته آموزشی چاپی ۳ سی دی و روزانه یک ساعت برنامه از صدا و سیما در نظر گرفته شده است.

۵ برای هر استان سالیانه تعداد ۱۰ سازمان جماعت محور پیش‌بینی شده است که جمعا شامل ۳۲۰ جماعت در سال می‌شود.

۶ برای هر استان سالیانه تعداد ۲۰۰ سازمان جماعت محور پیش‌بینی شده است که جمعا شامل ۶/۴۰۰ جماعت در سال می‌شود.

۹-۵ برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده‌ها

جدول شماره ۱۹ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه ملی پنجم

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	برنامه اطلاع رسانی، آموزش و ارتباطی ^۷ در مورد پیشگیری از گرایش به مواد و اعتیاد به خانواده‌ها	خانوارها	تعداد خانوارهای تحت پوشش سرانه سالیانه هر خانوار (۲۰/۰۰۰/ریال)	۱۶۸/۰۰۰/	۹ ۱۶۸/۰۰۰/
۲	آموزش به خانواده‌ها شامل فرزند پروری و آموزش زندگی خانوادگی	خانوارها	تعداد خانوارهای تحت پوشش سرانه سالیانه هر خانوار (۱۰۰/۰۰۰/ریال)	۱۶۸/۰۰۰/	
۳	شناسایی خانواده‌ها و کودکان در معرض خطر، مداخله در بحران، حمایت اجتماعی، مشاوره، آموزش، حمایت، مددکاری و ...	خانوارهای در معرض خطر	مطالعه مراکز استانها + مطالعه ۳۲ شهر با جمعیت متوسط مطالعه روستاهای نمونه	۴۸/۰۰۰/	۴۸/۰۰۰/
			تعداد خانوارهای تحت پوشش ^{۱۰} سرانه سالیانه هر خانوار (۱۰۰/۰۰۰/ریال)	۱۴/۰۰۰/	۱۴/۰۰۰/
			تعداد خانوارهای تحت پوشش ^{۱۱} سرانه سالیانه هر خانوار (۱۰۰/۰۰۰/ریال)	۷/۰۰۰/	۷/۰۰۰/
۴	آموزش عمومی کودکان بازمانده از تحصیل	کودکان بازمانده از تحصیل	تعداد کودکان بازمانده از تحصیل ^{۱۲} سرانه سالیانه هر کودک (۲۵۰/۰۰۰/ریال)	۱۶۰/۰۰۰/	۱۶۰/۰۰۰/
جمع				۳۹۷/۰۰۰	

7 Information – Education – Communication (IEC)

- ۸ شامل جمع هزینه‌های ۶ برنامه اول با پیش فرض پوشش ۱/۴۰۰/۰۰۰/ خانوار
- ۹ شامل جمع هزینه‌های ۶ برنامه اول با پیش فرض پوشش ۱/۴۰۰/۰۰۰/ خانوار
- ۱۰ با پیش فرض شیوع ۱۰ درصدی خانواده‌های بحرانی
- ۱۱ با پیش فرض شیوع ۵ درصدی خانواده‌های در معرض خطر
- ۱۲ بر اساس برآوردهای انجام شده بر مبنای سرشماری سال ۱۳۸۵ تعداد کودکان بازمانده از تحصیل حدود ۳/۲۰۰/۰۰۰ نفر برآورد می‌شود. با پیش فرض پوشش سالیانه ۲۰ درصد آنها.

۹-۶ برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های آموزشی

جدول شماره ۲۰ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی ششم^{۱۳}

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	روش برآورد	بودجه (میلیون ریال)
۱	راه اندازی گروه تخصصی آموزش‌گر، مشاور و ناظر بر فعالیت‌های مدارس در هر منطقه	-	به ازای هر ۳۰ مدرسه، یک گروه دو نفره کارشناس ارشد آموزش دیده تمام وقت، جمعاً ۳۳۰ گروه × سالانه ۹۶ میلیون ریال (بودجه بخش بزرگی از وظایف آنان در ردیف ۲ دیده شده است).	۳۱,۶۸۰
۲	آموزش پیشگیری از اعتیاد به مشاوران به عنوان بازوهای اصلی اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس	مشاوران مدارس	آموزش ۵ روزه مدرسین و مشاوران، به ازای هر مدرسه دو نفر: سالانه ۲۰,۰۰۰ نفر × میانگین یک میلیون ریال	۲۰,۰۰۰
۳	اجرای برنامه‌های جاری مانند مدارس مروج سلامت، مدرسه محور و مهارت زندگی و ادغام آموزش درباره مواد با توجه به مراحل رشد در برنامه مهارت زندگی و نیز ارتقای برنامه‌های جایگزین	دانش آموزان	بودجه آموزش مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید جزئی از وظایف جاری مشاوران مدارس باشد. به ازای هر مدرسه یک میلیون ریال برای تقویت برنامه‌های جاری در نظر گرفته می شود.	۱۰,۰۰۰

۱۳ جمعیت تحت پوشش در مدارس:

بر اساس تعداد ۱۳ میلیون دانش آموز و پوشش ۴۰ درصد از آنها تا ۵ سال، سالانه یک میلیون دانش آموز (یا به طور میانگین ۱۰,۰۰۰ مدرسه) در برنامه‌های همگانی باید تحت پوشش قرار گیرد.

بر اساس محاسبه جمعیت ۷۰ درصدی شهری که یک دهم آن را محله‌های پرخطر تشکیل دهند و پوشش صد درصدی برای این گروه، سالانه ۲۰۰ هزار دانش آموز (یا به طور میانگین ۲۰۰۰ مدرسه) باید تحت پوشش برنامه‌های انتخابی قرار گیرند.

بر اساس تخمین شیوع ۳ درصدی مصرف طول عمر هر ماده غیرقانونی در کل دانش آموزان دبیرستانی، تعداد دانش آموزان مصرف کننده ۹۰ هزار نفر خواهد بود. بر اساس تعداد یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد که ۴۰ درصد آنها با فرزندانشان زندگی می‌کنند و فرض اینکه یک چهارم از این افراد یک فرزند دبیرستانی دارند، ۱۲۰ هزار دانش آموز دارای یک والد معتاد است. اگر این دو رقم افراد در معرض خطر در ۵۰ درصد هم پوشانی داشته باشد و با فرض ضرورت پوشش ۱۰۰ درصدی این افراد در برنامه‌های موردی، سالانه ۳۳ هزار دانش آموز دبیرستانی باید زیر پوشش بروند.

جمعیت تحت پوشش در دانشگاه‌ها:

بر اساس تعداد ۴ میلیون دانشجوی و پوشش ۴۰ درصد از آنها تا ۵ سال، سالانه ۳۲۰ هزار دانشجو (یا به طور میانگین ۸۰۰ دانشکده) در برنامه‌های همگانی باید تحت پوشش قرار گیرد.

یک چهارم از دانشجویان در محیط‌های پرخطر تلقی شده و با احتساب پوشش ۴۰ درصد سالانه ۸۰ هزار دانشجو باید تحت پوشش برنامه‌های انتخابی قرار گیرند.

بر اساس تخمین شیوع ۱۰ درصدی مصرف طول عمر هر ماده غیرقانونی در کل دانشجویان، و با فرض ضرورت پوشش ۱۰۰ درصدی این افراد، سالانه ۸۰ هزار دانشجو باید زیر پوشش برنامه‌های موردی قرار گیرند.

ادامه جدول شماره ۲۰ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی ششم

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	روش برآورد	بودجه (میلیون ریال)
۴	اجرای برنامه مدارس رها از اعتیاد با تاکید بر آموزش مستمر متناسب با مراحل رشد	دانش آموزان	تدوین ملاک‌های برخورداری از عنوان «مدرسه‌ی رها از اعتیاد»	۱۰۰
			ارزیابی هر مدرسه‌ی متقاضی ۵ میلیون ریال × ۱۰۰۰ مدرسه	۵,۰۰۰
			اعطای نشان «مدرسه رها از اعتیاد» و ارائه مشوق ۳۰۰ مدرسه × ۱۲ میلیون ریال	۳۶,۰۰۰
۵	شناسایی موارد اختلالات یادگیری و رفتاری، به ویژه اختلال بیش فعالی و اختلالات سلوک و ارجاع موارد شناسایی شده برای تشخیص و درمان	دانش آموزان	بودجه آموزش مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید جزئی از وظایف جاری مشاوران مدارس باشد.	
۶	گنجاندن مطالب مناسب در باره مواد و راه‌های پیشگیری	دانش آموزان	۵۰ کتاب درسی، هر درس میانگین یک عنوان × میانگین ۲۰ میلیون ریال	۱۰۰۰
۷	آموزش درباره مواد به والدین، کارکنان و معلمان	والدین، کارکنان و معلمان	آموزش مدرسین و مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید به مجموعه وظایف جاری مشاوران مدارس اضافه شود.	
۸	آموزش بهبود روابط والدین با فرزندان (Parenting Skills)	والدین	آموزش مدرسین و مشاوران در ردیف ۲ دیده شده است. این وظیفه باید به مجموعه وظایف جاری مشاوران مدارس اضافه شود.	
۹	برنامه‌های انتخابی و موردی مدارس (پروژه‌های ۹ و ۱۰)	دانش آموزان پرخطر	بودجه برنامه‌های اوقات فراغت مفید و کارزارهای پیشگیری از اعتیاد در ۵۶۰ مدرسه × سالانه هر مدرسه ۲۰ میلیون ریال	۴۰,۰۰۰
۱۰	اختصاص يك واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش درباره مواد، برای کلیه رشته‌های دانشگاهی و مراکز تربیت معلم	دانشجویان	تدوین طرح درس و فهرست منابع: ۱۰۰ میلیون ریال حق التدریس یک نفر استاد، به ازای هر دو دانشکده استاد × ۸۰۰ دانشکده × سالانه ۱۸۰ میلیون ریال	۷۲,۱۰۰
۱۱	پیش‌بینی مشاورین ویژه دانشگاه‌ها و برنامه‌های انتخابی و موردی دانشگاه‌ها (پروژه‌های ۱۲ و ۱۳)	دانشجویان پرخطر	هر دو دانشکده یک مشاور ویژه × ۸۰۰ دانشکده × سالانه ۷۲ میلیون ریال بودجه کارزارهای پیشگیری از اعتیاد در ۸۰۰ دانشکده × سالانه هر دانشکده ۱۰ میلیون ریال	۱۸,۴۰۰
		جمع		۲۵۲,۶۸۰

۹-۷ برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های کار

جدول شماره ۲۱ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی هفتم

ردیف	پروژه	جمعیت هدف	عملیات	روش برآورد	مبلغ (میلیون ریال)
۱	تهیه بسته‌های برنامه‌های همگانی، انتخابی و موردی با مشارکت کارکنان	کارکنان محیط‌های کاری	نیازسنجی	تدوین هر بسته برنامه (همگانی، انتخابی، موردی) ۱۵۰ میلیون ریال × ۳ + آموزش آموزشگران (۱۰ آموزش‌گر × هر آموزش‌گر ۱۰ کارگاه برای ۷ محیط کار در سال × هر کارگاه ۲۰ میلیون ریال) + تعیین محیط‌های پرخطر ۵۰ میلیون ریال + پایش و ارزشیابی هر برنامه ۱۰۰ میلیون ریال × ۳	۲۸۰۰
			طبقه بندی محیط‌های کاری بر اساس میزان خطر مصرف مواد		
			تدوین برنامه		
			پایش و ارزشیابی		
۲	راه اندازی و اجرای برنامه‌های یاری کارکنان (EAP) و خانواده‌ها	کارکنان محیط‌های کاری	ایجاد ساختار	در سال اول در ۷۰۰ واحد شغلی ایجاد ساختار (با متوسط سه نفر پرسنل در هر واحد شامل مددکار، روانشناس و منشی) در هر واحد ماهیانه ۱۵۰ میلیون ریال × ۱۲ + متخصص ۲۰ ساعت در ماه هر ساعت ۲۰۰۰۰۰ ریال × ۱۲ + سایر خدمات ۱۰ میلیون ریال × ۱۲ × ۷۰۰ + آزمایش تصادفی ۱۰ هزار ریال برای هر نفر × هر ماه ۵۰ نفر در هر محیط کار (۱۰٪ از متوسط ۵۰۰ نفر) × ۱۲ × ماه ۷۰۰ ×	۱۷۲۲۰۰
			اطلاع رسانی و حساس سازی نسبت به اعتیاد و پیشگیری از آن		
			خدمات مشاوره‌ای برای کارکنان و خانواده‌ها		
			معاینات دوره ای سلامت روان		
			آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد		
			درمان و ارجاع اختلالات و بیماری‌های همراه		
			خدمات حمایتی و مددکاری برای کارکنان		
جمع					۱۷۵۰۰۰

۹-۸ برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت‌ها

جدول شماره ۲۲ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی هشتم

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	پیشگیری جماعت محور از اعتیاد	اعضای جماعت‌های شهری	فعالیت‌های ستادی د س م م و بخش‌های ستادی و استانی سازمان‌های عضو برای حمایت‌یابی	۱۰۰	۷۳۸۲۰
			برگزاری ۳۵ کارگاه آموزشی	۲۱۰۰	
			کمک به تشکیل ۶۰۰۰ سازمان جماعت محور	۶۰۰۰	
			کمک به تشکیل ۲۰۰ ائتلاف و شبکه‌ی اجتماعی میان سازمان‌های جماعت محور تشکیل شده	۲۰۰	
			برگزاری یک همایش کشوری	۲۰۰	
			برگزاری ۳۰ همایش استانی برای تبادل تجارب	۱۵۰۰	
			پایش فعالیت ۱۲ سازمان عضو ستاد	۱۲۰	
			پایش فعالیت بخش‌های استانی سازمان‌های عضو ستاد	۳۶۰۰	
			فعالیت ۶۰۰۰ سازمان جماعت محور در محلات (اجرای مداخلات پیشگیری همگانی، انتخابی و موردی)	۶۰۰۰۰	
۲	«محلله‌های رها از اعتیاد»	ساکنان محلله‌های شهری	تدوین ملاک‌های برخورداری از عنوان «محلله‌ی رها از اعتیاد»	۱۰۰	۶۶۱۰۰
			ارزیابی هر محلله‌ی متقاضی ۵ میلیون ریال × ۶۰۰۰ محلله	۳۰۰۰۰	
			اعطای نشان «محلله‌ی رها از اعتیاد» و ارائه مشوق ۱۲ میلیون ریال × ۳۰۰۰	۳۶۰۰۰	
۳	ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی	روستاهای شهرهای کوچک	برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان خانواده و سایر کارکنان بهداشتی درمانی ۳۰ میلیون ریال × ۱۰ کارگاه کوچک برای ۸۰ نفر	۳۰۰	۹۶۰۰
			پایش و ارزشیابی برنامه	۳۰۰	
			کمک به اجرای برنامه از طریق کمک به تامین منابع برای به کارگیری کارشناس بهداشت روان	۹۰۰۰	
جمع				۱۴۹۵۲۰	

۹-۹ برنامه‌ی ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

جدول شماره ۲۳ روش محاسبه و برآورد بودجه‌ی برنامه‌ی ملی نهم

ردیف	پروژه‌ها	جمعیت تحت پوشش	عملیات	برآورد (میلیون ریال)	برآورد کل بودجه (میلیون ریال)
۱	کارزار رسانه‌ای ترویج هنجارهای ضداعتیاد و سبک زندگی سالم و عاری از اعتیاد	کل جمعیت	طراحی کل کارزار	۲۳۰۰	۲۵۳۰۰
			ساخت و پخش سریال هفتگی	۲۰۰۰۰	
			رسانه‌های یادآور	۳۰۰۰	
۲	آموزش ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد	دانش آموزان	تدوین ۶ بسته آموزشی (سنتی/متجدد × دبستان/راهنمایی/دبیرستان) × ۵۰ میلیون ریال	۳۰۰	۴۵۵۰۰
			آموزش ۱۰۰ تا ۱۵۰ آموزشگر استانی (۱۰ کارگاه سه‌روزه ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۲۰ میلیون ریال)	۲۰۰	
			آموزش ۳۰ تا ۴۵ هزار نفر در کشور (۲ کارگاه سه‌روزه ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۵۰ هفته × ۳۰ استان × ۱۵ میلیون ریال)	۴۵۰۰۰	
۳	ایجاد و گسترش برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در فضای مجازی از طریق کمک به ایجاد سایت‌ها و وبلاگ‌های فعال در این زمینه	کاربران فضای مجازی	خرید فضای مجازی مورد نیاز	۶۰	۲۷۱۰
			طراحی سایت‌ها و تدوین نرم‌افزارهای مورد نیاز	۵۰۰	
			تدوین دستورالعمل‌ها و منشور استفاده از فضای مجازی پیشگیری	۵۰	
			تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی	۱۵۰۰	
			پایش و نظارت بر فضای مجازی پیشگیری	۶۰۰	
۴	قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی و ارائه‌ی آموزش‌های لازم به رانندگان دارای آزمایش مثبت	رانندگان	تدوین قانون	۱۰۰	۳۱۲۰۰
			حمایت‌یابی از ۵ کمیسیون مرتبط	۱۰۰	
			انجام آزمایش (۱۰۰۰ نفر × ۳۰ شهر مرکز استان × ۱۰۰۰۰ ریال)	۳۰۰۰۰	
			انجام آموزش (۱۰۰۰ کارگاه دوساعته × ۱ میلیون ریال)	۱۰۰۰	
۵	قانون آزمایش مواد در نزاع‌ها و حوادث و ارائه‌ی آموزش‌های لازم به افراد نزاع‌کننده یا حادثه‌دیده‌ی آزمایش مثبت	افراد درگیر در نزاع‌ها و حوادث	تدوین قانون	۱۰۰	۳۱۲۰۰
			حمایت‌یابی از ۵ کمیسیون مرتبط	۱۰۰	
			انجام آزمایش (۱۰۰۰۰ نفر × ۳۰ شهر مرکز استان × ۱۰۰۰۰ ریال)	۳۰۰۰۰	
			انجام آموزش (۱۰۰۰ کارگاه دوساعته × ۱ میلیون ریال)	۱۰۰۰	
۶	آموزش پیشگیری از اعتیاد به پزشکان و پرستاران	پزشکان و پرستاران	آموزش ۱۰۰ تا ۱۵۰ آموزشگر استانی (۱۰ کارگاه سه‌روزه ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۲۰ میلیون ریال)	۲۰۰	۴۵۲۰۰
			آموزش ۳۰ تا ۴۵ هزار نفر در کشور (۲ کارگاه سه‌روزه ۱۰ تا ۱۵ نفره × ۵۰ هفته × ۳۰ استان × ۱۵ میلیون ریال)	۴۵۰۰۰	
۱۸۱۱۱۰	جمع				

۹-۱۰ هزینه کل يك سال

جدول شماره ۲۴

ردیف	برنامه ملی	برآورد (میلیون ریال)	سهم از کل بودجه سالانه (درصد)
۱	برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین کننده‌های اجتماعی اعتیاد	۳/۰۰۰/	۰/۲
۲	برنامه ملی اصلاح نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد	۸۹/۲۰۰/	۶/۷
۳	برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد	۵۱/۴۱۰/	۳/۸
۴	برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد	۳۸/۹۰۰/	۲/۹
۵	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده‌ها	۳۹۷/۰۰۰/	۲۹/۷
۶	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های آموزشی	۲۵۲/۶۸۰/	۱۸/۹
۷	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به محیط‌های کار	۱۷۵/۰۰۰/	۱۳/۲
۸	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت‌ها	۱۴۹/۵۲۰/	۱۱/۲
۹	برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه	۱۸۱/۱۱۰/	۱۳/۴
۱۰۰	جمع کل	۱/۳۳۷/۸۲۰/	

نظام اجرایی طرح

بخش دهم | نظام اجرایی طرح

نظام اجرایی سند جامع پیشگیری در چارچوب سازمان موجود دستگاه‌های مرتبط طراحی شده است و از این رو نیازمند ایجاد ساختار جدید نیست. بر این اساس دستگاه‌های عضو و مرتبط موظف‌اند نظام اجرایی طرح را به قرار زیر تا حداکثر سه ماه پس از تصویب طرح عملیاتی کنند:

اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان نهاد مسوول هماهنگ کننده و نظارت بر اجرای این سند وظایف زیر را عهده دار است:

الف- تشکیل کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری مرکب از نمایندگان تام‌الاختیار دستگاه‌های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد که در یکی از رشته‌های مربوطه از جمله پزشکی، پزشکی اجتماعی، روانپزشکی، روانشناسی، جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی، اقتصاد، هنر و ارتباطات و حقوق از تخصص کافی برخوردار باشند، مدیران پنج سازمان مردم نهاد و جماعت‌محور فعال در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد و پنج نفر صاحب نظر در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد - ترجیحاً عضو اتاق فکر پیشگیری - در یکی از تخصص‌های مورد اشاره .

تبصره ۱: دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد عبارت‌اند از: وزارت‌خانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت کشور، وزارت کار و امور اجتماعی (به عنوان مدعو) و سازمان‌های بهزیستی، صدا و سیما، زندان‌ها، تبلیغات اسلامی، بسیج مستضعفین، تربیت بدنی، ملی جوانان، ناجا، ستاد کل نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره)، شهرداری (به عنوان مدعو)، دانشگاه آزاد اسلامی و اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد (دبیر کمیته).

تبصره ۲: پنج مدیر سازمان‌های مردم‌نهاد و جماعت‌محور و پنج نفر صاحب نظر به پیشنهاد مدیر کل فرهنگی و پیشگیری ستاد و حکم جانشین ستاد برای مدت دو سال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع است.

تبصره ۳: اداره کل فرهنگی و پیشگیری موظف است حداکثر یک ماه پس از تصویب سند جامع، آئین‌نامه تشکیل کارگروه راهبردی- تخصصی پیشگیری را تدوین و به تصویب نهایی کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد برساند.

ب- بررسی و تصویب نهایی کلیه پروژه ها در برنامه های ملی و ابلاغ کلیه مصوبات به دستگاه های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد

ج- نظارت بر حسن اجرای سند جامع پیشگیری و ارزشیابی و پایش پروژه دستگاه های اجرایی از نظر رعایت سیاست ها، اصول و فنون پیشگیری و ارائه گزارش سالیانه پیشرفت سند و نیز گزارش های موردی به ستاد در موارد مقتضی جهت اتخاذ تصمیمات لازم.

د- توزیع منابع تخصیص یافته به پیشگیری بر اساس مفاد این طرح و نتایج ارزشیابی و پایش فعالیت دستگاه های موضوع بند "د"

تبصره: اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر برای اجرای وظایف خود در این طرح موظف است، نیروی انسانی و امکانات لازم را در سقف سازمانی مصوب پیش بینی کند.

۲ وظایف کارگروه راهبردی- تخصصی پیشگیری به قرار زیر است:

الف- تدوین پیش نویس دستورالعمل ها و آئین نامه ها و بررسی تخصصی موارد مرتبط با سند جامع

ب- بررسی طرح ارزشیابی و پایش کلیه پروژه ها در برنامه های ملی

ج- اولویت بندی پروژه ها در صورت تعدیل اعتبارات پیش بینی شده و کمبود منابع اختصاص یافته

۳ به منظور اجرای سند جامع در هر استان دبیر کمیته فرهنگی و پیشگیری شورای هماهنگی استان دبیر اجرایی طرح در استان است. وظایف دبیر اجرایی استان عبارت است از :

الف- تشکیل کار گروه راهبردی - تخصصی پیشگیری مرکب از نمایندگان تام الاختیار دستگاه های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری استان که در یکی از زمینه های مربوطه از جمله پزشکی، پزشکی اجتماعی، روانپزشکی، روانشناسی، جامعه شناسی، مددکاری اجتماعی، اقتصاد، هنر و ارتباطات و حقوق از تخصص کافی برخوردار باشند، مدیران سه سازمان مردم نهاد فعال و جماعت محور در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد و سه نفر صاحب نظر در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد در یکی از تخصص های مورد اشاره.

تبصره ۱: سه نفر مدیر سازمان مردم نهاد فعال و جماعت محور و سه نفر صاحب نظر به پیشنهاد دبیر شورای هماهنگی استان و حکم رییس شورای هماهنگی استان برای مدت دو سال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع است.

تبصره ۲: اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد موظف است حداکثر یک ماه پس از تصویب سند جامع، آئین نامه ی تشکیل کار گروه راهبردی- تخصصی پیشگیری استان ها را تدوین و پس از تصویب نهایی کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد به شوراهای هماهنگی استان ها ابلاغ کند.

ب- بررسی و تصویب نهایی کلیه پروژه‌های استان و ابلاغ کلیه مصوبات به دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری استان

ج- نظارت بر حسن اجرای سند جامع پیشگیری و ارزشیابی و پایش پروژه‌های دستگاه‌های اجرایی از نظر رعایت سیاست‌ها، اصول و فنون پیشگیری و ارائه گزارش سالیانه و موردی به اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد در موارد مقتضی جهت اتخاذ تصمیمات لازم.

۴ وظایف کارگروه راهبردی- تخصصی پیشگیری استان به قرار زیر است:

الف- تدوین پیش نویس دستورالعمل‌ها و آئین نامه‌های اجرایی مرتبط با سند جامع

ب- بررسی طرح ارزشیابی و پایش کلیه پروژه‌های استانی

۵ کلیه وزارت خانه‌ها و دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد موظف‌اند نسبت به تشکیل "کار گروه پیشگیری از اعتیاد" زیر نظر بالاترین مقام مدیریت دستگاه متبوع یا نماینده تام الاختیار وی اقدام کنند.

تبصره: آئین نامه تشکیل کار گروه فرهنگی و پیشگیری و دفاتر پیشگیری شامل شرح وظایف و ساختار و ترکیب اعضا به پیشنهاد اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد و پس از تصویب کمیته فرهنگی و پیشگیری برای کلیه دستگاه‌های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد لازم‌الاجرا خواهد بود.

۶ کلیه دستگاه‌های مسئول و مرتبط موظف‌اند تا حد ممکن در اجرای طرح از نیروی انسانی با وضعیت استخدامی رسمی خود استفاده کرده یا نسبت به تثبیت وضعیت استخدامی نیروهای درگیر طرح اقدام کنند.



مختصر دورہ زمانی مہرل اجرای سالیانہ

بخش یازدهم | دوره‌ی زمانی و مراحل اجرای سالیانه

این برنامه در دوره‌ی زمانی پنج ساله (۱۳۸۹-۱۳۹۳) براساس مراحل زیر در پنج دوره‌ی یک ساله به اجرا در خواهد آمد:

۱. تعیین و تصویب پروژه‌های سالیانه‌ی سند جامع توسط کارگروه ملی و استانی راهبردی-تخصصی پیش‌گیری، و کمیته‌ی فرهنگی و پیش‌گیری ستاد با مشارکت دستگاه‌های مربوطه مطابق جدول تقسیم کار ملی (پیوست طرح)
۲. تعیین و تصویب سازمان‌های مسئول تدوین هر پروژه توسط کارگروه‌های ملی و استانی راهبردی-تخصصی پیش‌گیری و کمیته‌ی فرهنگی و پیش‌گیری ابلاغ آن به سازمان‌های مربوطه
۳. ارائه‌ی طرح پروژه‌ها توسط سازمان‌های مسئول تدوین مطابق دستورالعمل‌های مصوب کارگروه ملی راهبردی-تخصصی و کمیته‌ی فرهنگی و پیش‌گیری ستاد و حداکثر تا پایان نیمه‌ی اول هر سال برای سال آینده
۴. بررسی پروژه‌ها و اصلاح و تصویب نهایی آنها توسط کارگروه ملی و استانی راهبردی-تخصصی و کمیته‌ی فرهنگی و پیش‌گیری
- تبصره - بررسی و تصویب پروژه‌های ملی کمیته‌ی فرهنگی و پیش‌گیری ستاد و پروژه‌های استانی در صلاحیت کمیته‌های فرهنگی و پیش‌گیری استان‌ها می‌باشد.
۵. ابلاغ پروژه‌ها و تخصیص بودجه‌ی آنها توسط اداره‌ی کل فرهنگی و پیش‌گیری ستاد
۶. تدوین برنامه‌ی ارزشیابی پروژه‌ها و بررسی و تصویب آن توسط کارگروه ملی و استانی راهبردی-تخصصی و کمیته‌ی فرهنگی و پیش‌گیری
- تبصره - بررسی و تصویب برنامه‌ی ارزشیابی پروژه‌های ملی در صلاحیت کارگروه ملی و کمیته‌ی فرهنگی

برنامه‌ی ارزشیابی پروژه‌های استانی در صلاحیت کارگروه راهبردی و کمیته‌ی فرهنگی می‌باشد.

۷. اجرای طرح ارزشیابی پروژه‌ها و ارائه‌ی گزارش آن به کارگروه‌های راهبردی- تخصصی ملی و استانی تبصره- از سال دوم برنامه، تصمیمات کارگروه‌های راهبردی- تخصصی ملی و استانی در همه‌ی مراحل بر اساس نتایج ارزیابی سال قبل پروژه‌ها اتخاذ خواهد شد.

اداره‌ی کل فرهنگی و پیشگیری ستاد موظف است مقدمات آغاز مراحل مندرج در بند ۱ را از ابتدای نیمه‌ی دوم هر سال فراهم کند به نحوی که تا حداکثر اول اسفند همان سال طرح پروژه‌ها و حداکثر تا ۱۵ اردیبهشت سال بعد، بودجه‌ی تخصیص یافته ابلاغ و پروژه‌ها از ابتدای سال بعد به اجرا درآید.

تبصره: سال اول اجرای طرح از زمان‌بندی مورد اشاره در بند ۲ مستثنی بوده و اداره‌ی کل فرهنگی و پیشگیری ستاد متناسب با زمان آغاز طرح، تصمیم‌گیری خواهد کرد.

۲۴
شخص
مختار

بخش دوازدهم | شاخص‌ها

۱- شاخص‌های کل سند

۱-۱ شاخص‌های فرایند

- ۱-۱-۱ نسبت استان‌هایی که کارگروه راهبردی - تخصصی پیشگیری را تشکیل داده‌اند از کل استان‌ها.
- ۱-۱-۲ نسبت دستگاه‌های دولتی عضو و مرتبط کمیته‌ی فرهنگی و پیشگیری مشارکت‌کننده در برنامه‌های ملی از کل دستگاه‌ها
- ۱-۱-۳ تعداد سازمان‌های غیر دولتی مشارکت‌کننده در برنامه‌های ملی
- ۱-۱-۴ تعداد انجمن‌ها و مراکز علمی مشارکت‌کننده در برنامه‌های ملی
- ۱-۱-۵ نسبت پروژه‌هایی که سازمان‌های غیردولتی در آن مشارکت دارند از کل پروژه‌ها.
- ۱-۱-۶ نسبت بودجه‌ی تخصیص داده شده به سازمان‌های غیردولتی از کل بودجه
- ۱-۱-۷ نسبت پروژه‌ها و طرح‌های مصوب کارگروه‌های راهبردی- تخصصی پیشگیری از کل پروژه‌های ارائه شده
- ۱-۱-۸ هزینه‌ی سرانه‌ی اجرای سند
- ۱-۱-۹ وجود گزارش جامع از اجرای سند، به تفکیک برنامه‌ها و فعالیت‌ها و براساس شاخص‌های تعیین‌شده، و تحلیلی از نقاط قوت و ضعف و موانع احتمالی در هر سال

۱-۲ شاخص‌های برابند

- ۱-۲-۱ نسبت جمعیت تحت پوشش کل برنامه از کل جمعیت کشور
- ۱-۲-۲ میزان بروز مصرف مواد از سال دوم برنامه بر پایه‌ی نتایج سنجش میزان بروز در سال اول برنامه

۲- شاخص‌های برنامه‌ی ملی اول

۲-۱- شاخص‌های فرایند

- ۲-۱-۱ وجود نظام رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد
- ۲-۱-۲ وجود سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد

۲-۲- شاخص‌های برآیند

- ۲-۲-۱ نسبت تعداد گزارش‌های سالانه به تعداد سال‌های برنامه
- ۲-۲-۲ نسبت تعداد مطالعات اولویت‌دار انجام‌شده به ۲۰ (تعداد مطالعه‌ی پیش‌بینی شده)
- ۲-۲-۳ نسبت پروژه‌های اجرا شده‌ی سند راهبردی تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد به کل پروژه‌های آن

۳- شاخص‌های برنامه‌ی ملی دوم

۳-۱ شاخص‌های فرایند

- ۳-۱-۱ وجود برنامه‌ی ارزشیابی نظام مدیریتی درون‌سازمانی
- ۳-۱-۲ وجود برنامه‌ی ارزشیابی نظام مدیریتی برون‌سازمانی
- ۳-۱-۳ تعداد جلسات ارزشیابی مشترک ستاد با سازمان‌های مرتبط
- ۳-۱-۴ تعداد مکاتبات صورت گرفته برای تخصیص ردیف مستقل
- ۳-۱-۵ تعداد نیروی انسانی جدید به کارگرفته‌شده در بخش پیشگیری
- ۳-۱-۶ نسبت برنامه‌های پیشگیری ارزشیابی‌شده به کل برنامه‌ها

۳-۲ شاخص‌های برآیند

- ۳-۲-۱ تعداد فعالیت‌های ارزشیابی مشکلات انجام‌شده منطبق با برنامه‌ی ارزشیابی
- ۳-۲-۲ تعداد ردیف‌های بودجه‌مستقل پیشگیری ایجادشده در سازمان‌های مرتبط
- ۳-۲-۳ تعداد دفاتر پیشگیری از اعتیاد راه‌اندازی‌شده در سازمان‌های مرتبط
- ۳-۲-۴ تعداد نیروهای انسانی جدید به کار گرفته‌شده در ساختار پیشگیری
- ۳-۲-۵ نسبت بودجه‌ی تخصیص‌داده‌شده براساس ارزشیابی فعالیت‌ها به کل بودجه
- ۳-۲-۶ مقدار افزایش بودجه‌ی پیشگیری نسبت به سال مبدا برنامه

۴- شاخص‌های برنامه‌ی ملی سوم

۴-۱- شاخص‌های فرایند

- ۴-۱-۱- تعداد پژوهش‌های حمایت شده مرتبط با پیشگیری از اعتیاد به تفکیک مطالعات مشاهده‌ای و مداخله‌ای در سال
- ۴-۱-۲- تعداد نظام رصد راه‌اندازی شده و یا ارتقایافته در مورد اعتیاد در هر سازمان در هر سال
- ۴-۱-۳- تعداد طرح‌های پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد حمایت‌شده در سال
- ۴-۱-۴- تعداد اجزای بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد راه‌اندازی شده
- ۴-۱-۵- تعداد دوره‌های رسمی بلندمدت موجود برای آموزش نیروی انسانی متخصص در مورد پیشگیری از اعتیاد در هر سال
- ۴-۱-۶- تعداد کارگاه‌های آموزشی کوتاه‌مدت برگزارشده برای نیروی انسانی موجود در سازمان‌های دولتی و غیردولتی در سال
- ۴-۱-۷- تعداد مراکز علمی فعال در امر پیشگیری از اعتیاد در هر سال

۴-۲- شاخص‌های برآیند

- ۴-۲-۱- تعداد مقالات پژوهشی چاپ‌شده مرتبط با پیشگیری از اعتیاد در سال و میزان رشد سالانه‌ی آن به تفکیک مطالعات مشاهده‌ای و مداخله‌ای
- ۴-۲-۲- وجود گزارش جامع سالانه از رصد وضعیت اعتیاد در کشور
- ۴-۲-۳- تعداد مقالات چاپ‌شده از رصد وضعیت اعتیاد در کشور در سال
- ۴-۲-۴- تعداد مقالات چاپ‌شده از پایش و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد کشور در سال
- ۴-۲-۵- تعداد راهنماهای تولیدشده با روش علمی برای پیشگیری از اعتیاد در سال
- ۴-۲-۶- تعداد بسته‌های آموزشی تولیدشده در مورد پیشگیری از اعتیاد برای آموزشگران و کارشناسان (Training for the trainers) در سال
- ۴-۲-۷- تعداد رکوردهای کامل موجود در بانک اطلاعاتی پیشگیری از اعتیاد مرتبط با پیشگیری در پایان هر سال و میزان رشد سالانه
- ۴-۲-۸- تعداد استفاده‌کنندگان از بانک اطلاعات پیشگیری از اعتیاد در سال
- ۴-۲-۹- تعداد افراد فارغ‌التحصیل شده از دوره‌های بلندمدت پیشگیری از اعتیاد کشور
- ۴-۲-۱۰- کیفیت مناسب دوره‌های بلندمدت پیشگیری از اعتیاد براساس نتایج پایش و ارزشیابی
- ۴-۲-۱۱- تعداد نفر-ساعت آموزش کوتاه‌مدت برای نیروی انسانی موجود در سازمان‌های دولتی و غیردولتی در سال

۵- شاخص‌های برنامه‌ی ملی چهارم

برنامه‌ی ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

۵-۱- شاخص‌های فرایند

۵-۱-۱ نسبت سازمان‌های مردم‌نهاد تحت پوشش برنامه‌های مقتدرسازی از کل سازمان‌های مردم‌نهاد مشارکت‌کننده در پروژه‌ها

۵-۱-۲ تعداد موارد تقاضای تاسیس سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد

۵-۱-۳ نسبت صدور مجوز جدید فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد از کل تقاضاها

۵-۱-۴ تعداد جماعت‌های تحت پوشش برنامه‌ها

۵-۱-۵ تعداد سازمان‌های جماعت‌محور جدید فعال در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد در هر سال

۵-۲- شاخص‌های برآیند

۵-۲-۱ نسبت جمعیت مطلع از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد بر پایه‌ی نتایج سنجش نسبت این جمعیت در سال اول برنامه

۵-۲-۲ نسبت جمعیت علاقه‌مند به مشارکت در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد بر پایه‌ی نتایج سنجش نسبت این جمعیت در سال اول برنامه

۵-۲-۳ تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد (کارگری، دانشجویی، دانش‌آموزی) مشارکت‌کننده در پروژه‌ها

۵-۲-۴ تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد جدید فعال در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد

۵-۲-۵ نسبت سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در پیشگیری از اعتیاد عضو شبکه‌های سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در پیشگیری، از کل این سازمان‌ها

۵-۲-۶ تعداد سازمان‌ها و موسسات جدید توانمندساز جامعه‌ی مدنی در زمینه‌ی پیشگیری از اعتیاد

۵-۲-۷ نسبت پروژه‌های اجراشده با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد از کل پروژه‌ها

۵-۲-۸ نسبت پروژه‌های اجرا شده با مشارکت سازمان‌های جماعت‌محور از کل پروژه‌ها

۶- شاخص‌های برنامه‌ی ملی پنجم

برنامه‌ی ملی ارائه‌ی خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده‌ها

۶-۱- شاخص‌های فرایند

۶-۱-۱ نسبت خانواده‌های تحت پوشش پروژه‌ها از کل خانوارهای کشور

۶-۲- شاخص‌های برابند

۶-۲-۱ میزان بروز مصرف مواد در خانواده‌های کشور از سال دوم برنامه، برپایه‌ی نتایج سنجش میزان بروز در سال اول برنامه

۷- شاخص‌های برنامه‌ی ملی ششم**۷-۱- شاخص‌های فرایند**

۷-۱-۱ تعداد گروه‌های تخصصی آموزش‌گر موجود برای مدارس در کشور در هر سال

۷-۱-۲ تعداد مدارس تحت پوشش گروه‌های تخصصی آموزش‌گر در کشور در هر سال

۷-۱-۳ کیفیت مناسب عملکرد گروه‌های تخصصی آموزش‌گر مدارس براساس نتایج پایش و ارزش‌یابی

۷-۱-۴ تعداد مشاوران آموزش‌دیده در مدارس توسط گروه‌های تخصصی آموزش‌گر

۷-۱-۵ تعداد مشاوران آموزش‌دیده که به‌طور منظم ساعاتی در هفته به فعالیت‌های پیش‌گیری از اعتیاد پیش‌بینی‌شده در برنامه‌ی ششم سند اشتغال دارند.

۷-۱-۶ تعداد دانشگاه‌هایی که یک واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش درباره‌ی مواد راه‌اندازی کرده‌اند.

۷-۱-۷ تعداد مشاوران ویژه‌ی دانشگاه‌ها در امر پیش‌گیری از اعتیاد در هر سال

۷-۲- شاخص‌های برابند

۷-۲-۱ کیفیت مناسب اجرای برنامه‌های مدارس مروج سلامت، مدرسه‌محور، آموزش مهارت‌های زندگی، مدارس رها از اعتیاد براساس نتایج پایش و ارزش‌یابی

- ۷-۲-۲ کیفیت مناسب اجرای برنامه پیش‌گیری انتخابی مدارس پرخطر براساس نتایج پایش و ارزش‌یابی
- ۷-۲-۳ تعداد دانش‌آموزان تحت پوشش برنامه‌ی استاندارد پیش‌گیری از اعتیاد در هر سال براساس شاخص‌هایی که توسط کارگروه راهبردی - تخصصی پیش‌گیری تعیین می‌شود.
- ۷-۲-۴ تعداد مباحث درسی مرتبط با اعتیاد وارد شده به کتب درسی رسمی دانش‌آموزان در سال
- ۷-۲-۵ تعداد والدین، کارکنان و معلمان که آموزش استاندارد پیش‌گیری از اعتیاد را دیده‌اند در سال، بر اساس شاخص‌هایی که توسط کارگروه راهبردی - تخصصی پیش‌گیری تعیین می‌شود.
- ۷-۲-۶ تعداد دانشجویانی که هر سال یک واحد درسی با موضوع مهارت‌های زندگی و آموزش درباره‌ی مواد را می‌گذرانند.
- ۷-۲-۷ کیفیت مناسب اجرای برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد در دانشگاه‌ها براساس نتایج پایش و ارزش‌یابی
- ۷-۲-۸ تعداد دانشجویان تحت پوشش برنامه‌ی استاندارد پیش‌گیری از اعتیاد در هر سال براساس شاخص‌هایی که توسط کارگروه راهبردی - تخصصی پیش‌گیری تعیین می‌شود.

۸- شاخص‌های برنامه‌ی ملی هفتم

۸-۱- شاخص‌های فرایند

- ۸-۱-۱ وجود بسته‌ی خدمات همگانی
- ۸-۱-۲ وجود بسته‌ی خدمات انتخابی
- ۸-۱-۳ وجود بسته‌ی خدمات موردی
- ۸-۱-۴ تعداد برنامه‌های یاری‌کارکنان راه‌اندازی شده

۸-۲- شاخص‌های برآیند

- ۸-۲-۱ تعداد کارکنان و خانواده‌های تحت پوشش برنامه‌ی یاری‌کارکنان

۹- شاخص‌های برنامه‌ی ملی هشتم

۹-۱- شاخص‌های فرایند

- ۹-۱-۱ نسبت تعداد کارگاه‌های آموزشی برگزارشده به ۳۵ (تعداد کارگاه پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۱-۲ نسبت تعداد همایش‌های کشوری و استانی برگزارشده به ۳۱ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۱-۳ نسبت تعداد سازمان‌های پایش‌شده به ۱۲ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۱-۴ وجود ملاک‌های «محل‌ی رها از اعتیاد»
- ۹-۱-۵ نسبت تعداد محل‌های ارزیابی‌شده از حیث برخورداری از عنوان «محل‌ی رها از اعتیاد» به ۶۰۰۰ (تعداد محلات پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۱-۶ نسبت تعداد محل‌های ارزیابی‌شده از حیث برخورداری از عنوان «محل‌ی رها از اعتیاد» به تعداد محلات متقاضی
- ۹-۱-۷ تعداد کارگاه‌های آموزشی برگزارشده برای ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی به ۱۰ (تعداد کارگاه پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۱-۸ وجود نظام پایش و ارزشیابی برنامه

۹-۲- شاخص‌های برآیند

- ۹-۲-۱ نسبت تعداد سازمان‌های جماعت‌محور تشکیل‌شده به ۶۰۰۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۲-۲ نسبت تعداد ائتلاف‌ها و شبکه‌های تشکیل‌شده به ۲۰۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۲-۳ میانگین تعداد مداخلات پیشگیرانه‌ی سازمان‌های جماعت‌محور (به تفکیک مداخلات همگانی، انتخابی و موردی)
- ۹-۲-۴ نسبت تعداد محل‌هایی که نشان «محل‌ی رها از اعتیاد» را دریافت کرده‌اند به ۳۰۰۰ (تعداد محلات پیش‌بینی‌شده)
- ۹-۲-۵ نسبت تعداد محل‌هایی که نشان «محل‌ی رها از اعتیاد» را دریافت کرده‌اند به تعداد محل‌هایی که در ارزیابی شایسته‌ی عنوان مزبور بوده‌اند.
- ۹-۲-۶ نسبت تعداد استان‌هایی که ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام بهداشتی - درمانی اولیه در آنها پایش و ارزشیابی شده، به تعداد کل استان‌هایی که برنامه در آنها اجرا شده.
- ۹-۲-۷ نسبت تعداد استان‌های واجد کارشناس بهداشت روان در برنامه‌ی ادغام پیشگیری از اعتیاد در نظام شبکه‌های بهداشتی در سال پایانی برنامه به این تعداد در سال نخست برنامه.

۱۰- شاخص‌های برنامه‌ی ملی نهم

۱۰-۱- شاخص‌های فرایند

- ۱۰-۱-۱ وجود کارزار رسانه‌ای
- ۱۰-۱-۲ نسبتی از جمعیت هدف کارزار که با پیام کارزار مواجه شده‌اند.
- ۱۰-۱-۳ نسبت تعداد بسته‌های آموزشی تدوین‌شده به ۶ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۱-۴ نسبت تعداد آموزش‌گران استانی آموزش‌دیده به ۱۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۱-۵ وجود قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی
- ۱۰-۱-۶ وجود قانون آزمایش مواد در نزاع‌ها و حوادث
- ۱۰-۱-۷ نسبت آموزش‌گران استانی آموزش‌دیده به ۱۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)

۱۰-۲- شاخص‌های برآیند

- ۱۰-۲-۱ نسبتی از جمعیت هدف کارزار که پس از مواجهه با پیام کارزار تغییر رفتار یا نگرش در جهت آن پیدا کرده‌اند.
- ۱۰-۲-۲ نسبت تعداد دانش‌آموزان آموزش‌دیده به ۳۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۳ نسبت تعداد آزمایش‌های انجام‌شده در اجرای قانون آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی به ۱۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۴ نسبت تعداد استان‌های تحت پوشش برنامه‌ی آزمایش مواد به صورت تصادفی برای افراد درحال رانندگی و در تصادفات رانندگی به ۳۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۵ نسبت تعداد کارگاه‌های برگزارشده برای رانندگان آزمایش‌مثبت به ۱۰۰۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۶ نسبت تعداد آزمایش‌های انجام‌شده در اجرای قانون آزمایش مواد نزاع‌ها و حوادث به ۱۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۷ نسبت تعداد استان‌های تحت پوشش برنامه‌ی آزمایش مواد نزاع‌ها و حوادث به ۳۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۸ نسبت تعداد کارگاه‌های برگزارشده برای نزاع‌کنندگان یا حادثه‌دیدگان آزمایش‌مثبت به ۱۰۰۰ (تعداد پیش‌بینی‌شده)
- ۱۰-۲-۹ نسبت تعداد پزشکان و پرستاران آموزش‌دیده به ۳۰,۰۰۰ (حداقل تعداد پیش‌بینی‌شده)

منابع

- آقایی، کمال (بی‌تا)، گزارشی از بیست سال مبارزه با مواد مخدر در ایران، ماهنامه‌ی پیام امروز، شماره ۴۲.
- ابراهیم‌زاده، عیسی، بریمانی، فرامرز، نصیری، یوسف (۱۳۸۳)، حاشیه‌نشینی، ناهنجاری‌های شهری و راه‌کارهای تعدیل آن موردشناسی کریم‌آباد زاهدان. مجله‌ی جغرافیا و توسعه.
- اجتهادی، مصطفی (۱۳۷۹)، تلخیص پژوهش‌های انجام یافته در دفتر پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر، گردآوری: حامد برماس (تحقیق متمرکز در دفتر پیشگیری).
- احسان منش، مجتبی، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۸)، نگاهی به تاریخ‌چه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، فصل‌نامه اندیشه و رفتار، شماره ۱۹.
- احمدوند، علی‌محمد (۱۳۸۶)، طراحی برنامه استراتژیک ستاد مبارزه با مواد مخدر (گزارش پژوهش).
- اداره کل مطالعات و پژوهش ریاست جمهوری (۱۳۷۵)، گزارش دومین سمینار دبیران شورای هماهنگی مبارزه با موادمخدر، دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر.
- اسماعیل‌زاده، عذرا (۱۳۷۹)، نقد و بررسی آثار گرافیکی در زمینه اعتیاد، پایان‌نامه کارشناسی در رشته ارتباط تصویری (گرافیک)، دانشگاه آزاد اسلامی (واحد تهران مرکزی)، دانشکده هنر و معماری.
- افتخاری‌راد، زهرا (۱۳۸۲)، چهره‌نمایی بافت‌های اسکان غیررسمی و عوامل موثر بر شکل‌گیری آن: مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- باری، مجتبی (۱۳۸۱)، سیاست جنایی جمهوری اسلامی ایران راجع به موادمخدر، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته حقوق جزایی و جرم‌شناسی، دانشگاه تهران، دانشکده حقوق و علوم سیاسی.
- برماس، حامد (۱۳۷۹)، تلخیص پژوهش‌های انجام شده در دفتر پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر، پژوهشکده جامع پژوهش و برنامه‌ریزی المیزان.
- (بینا)، گزارشی از اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد، انتشارات امیرکبیر، (۱۳۶۵).
- (بینا)، نقش سازمان‌های غیردولتی "NGOs" در تقویت مشارکت اجتماعی شهروندان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی، (۱۳۸۲).
- تکین، حبیب (۱۳۷۹)، بررسی تحولات حقوق شکلی موادمخدر، پایان‌نامه درجه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، مرکز تکمیلی حقوق و علوم سیاسی.
- جاهد، کریم (۱۳۷۶)، سیاست جمهوری اسلامی ایران در مبارزه با موادمخدر، پایان‌نامه‌ی کارشناسی روابط سیاسی، گروه علوم و روابط سیاسی.
- خراط‌ها، سعید (۱۳۸۳)، حاشیه‌نشینی در محله‌های ناهنجار شهر تهران (مورد محله ی غربت): در مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۸۰)، بررسی روند وضعیت سوء مصرف مواد در دهه‌های اخیر در ایران، تهران.
- دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۸)، کتاب سال ۱۳۸۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- رحمدل، منصور (۱۳۷۹)، حقوق کیفری مواد مخدر، مجموعه همایش‌های بین‌المللی علمی - کاربردی جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، جلد ۴، قوه قضائیه.
- رحیمی موقر، آفرین، رزاقی، عمران محمد (۱۳۸۵)، مطالعه کیفی مسمومیت حاد اپیوئیدی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در تهران. مجله دانشکده پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۴: صفحات ۴۳-۵۳.
- رحیمی موقر، آفرین، سهیمی ایزدیان، الهه، یونسین، مسعود (۱۳۸۵)، مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور. پایش، فصل‌نامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دوره ۵، شماره ۲: صفحات ۱۰۴-۸۳.
- رحیمی موقر، آفرین، سهیمی ایزدیان، الهه (۱۳۸۳)، وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان کشور. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، سال ۵، شماره ۱۹، صفحات ۳۰-۹.
- رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۳)، شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران، فصل‌نامه‌ی رفاه اجتماعی، شماره ۱۲: صفحات ۲۲۶-۲۰۳.
- رحیمی موقر، آفرین، رزاقی، عمران محمد. حق دوست، علی اکبر، صابری زفرقندی، محمدباقر، باشتی، شهناز، میرزازاده، علی و همکاران (۱۳۸۷)، توزیع جغرافیایی اختلالات روانی اجتماعی و اعتیاد، امکانات و خدمات موجود در ایران در سال ۱۳۸۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- رحیمی موقر، آفرین، محمد، کاظم، رزاقی، عمران محمد (۱۳۸۱)، روند ۳۰ ساله‌ی وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، مجله‌ی حکیم، دوره‌ی پنجم، صفحات ۱۸۱-۱۷۱.
- رحیمی موقر، آفرین، یونسین، مسعود. سهیمی ایزدیان، الهه (۱۳۸۸)، گزارش مطالعه روند شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- رزاقی، عمران محمد، رحیمی موقر، آفرین، حسینی، مهدی، مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۲)، ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، جلد اول، برنامه کنترل مواد ملل متحد، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، تهران.
- روزنامه اطلاعات ۱۳۸۰-۱۳۵۸.
- روزنامه ایران ۱۳۸۰-۱۳۷۴.
- روزنامه جمهوری اسلامی ۱۳۸۰-۱۳۵۸.
- روزنامه سلام ۱۳۷۸-۱۳۷۶.

- روزنامه کیهان ۱۳۸۰-۱۳۵۸.
- روزنامه همبستگی ۱۳۸۰-۱۳۷۹.
- روزنامه همشهری ۱۳۸۰-۱۳۷۴.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۶۸)، بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان، دفتر آموزش و پژوهش، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۲)، برنامه پنج ساله دوم «۷۳-۷۷» سازمان بهزیستی، معاونت طرح و برنامه، دفتر برنامه و بودجه و آمار.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۳)، برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۷)، اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۷)، برنامه‌ی پیشگیری از اعتیاد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۷)، برنامه‌ی درمان و بازپروری معتادان، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۸)، برنامه‌ی آگاه‌سازی جامعه در مورد اعتیاد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۸)، برنامه‌ی جامع پیشگیری از اعتیاد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۸)، خلاصه‌ای از فعالیت‌های معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۸، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۹)، اولین برنامه ۵ ساله متمرکز بر کاهش آسیب‌های بهداشتی ناشی از سوءمصرف مواد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۹)، اهم اقدامات و فعالیت‌های سازمان بهزیستی در زمینه کاهش تقاضا، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۹)، برنامه‌ی جامع پیشگیری از اعتیاد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.

- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۸۰)، اهم اقدامات سازمان بهزیستی در زمینه‌ی پیشگیری و درمان اعتیاد در سال ۲۰۰۱، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۸۱)، برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (بی‌تا)، برنامه پیشگیری از اعتیاد کارخانه ایران تایر، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (۱۳۸۳)، لایحه برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.
- ستاد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی (۱۳۷۹)، اهداف کلی و استراتژی‌ها و راهکارهای اجرایی سازمان بهزیستی کشور، سازمان بهزیستی کشور، تهران.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۷۰)، گزارش جلسات هیئت علمی تحقیقات و برنامه‌ریزی دفتر مطالعات و پژوهش‌ها، دفتر مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با موادمخدر، ریاست جمهوری.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۷۲)، گزارش جلسات هیئت علمی تحقیقات و برنامه‌ریزی دفتر مطالعات و پژوهش‌ها از جلسه چهل و پنج تا جلسه شصت و پنج، دفتر مطالعات و پژوهش‌ها ستاد مبارزه با موادمخدر، ریاست جمهوری.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۷۴)، پیش‌نویس طرح عملیاتی برنامه ملی پیشگیری و درمان و بازپروری سوءمصرف مواد، معاونت امور بهداشتی.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۸۰)، مصوبات جلسه‌های ستاد مبارزه با موادمخدر (اولین جلسه تا یکصد و سومین جلسه)، ستاد مبارزه با موادمخدر.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۷۷)، برنامه‌ی کنترل پیشگیری، درمان، مبارزه با قاچاق و سوءمصرف موادمخدر، ستاد مبارزه با موادمخدر، ریاست جمهوری.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۷۷)، پیش‌نویس منشور ملی مبارزه با موادمخدر در افق ۲۵ ساله ایران عاری از معتاد در سال ۱۴۰۰، ستاد مبارزه با موادمخدر، اداره کل مطالعات و پژوهش‌ها، ریاست جمهوری.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۸۰)، سالنامه‌ی آماری ۱۳۷۹، دفتر برنامه‌ریزی ستاد مبارزه با موادمخدر، تهران.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (۱۳۸۰)، مصوبات جلسات کمیته (از اولین جلسه تا چهل و سومین جلسه)، کمیته‌ی کاهش تقاضا.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (بی‌تا)، آئین‌نامه‌ی پیشگیری از اعتیاد، درمان معتادان به موادمخدر و حمایت از افراد در معرض خطر اعتیاد، اداره کل امور حقوقی و قضایی، ستاد مبارزه با موادمخدر.

- ستاد مبارزه با موادمخدر (بی‌تا)، برنامه‌ی ملی مبارزه با موادمخدر جمهوری اسلامی ایران.
- ستاد مبارزه با موادمخدر (بی‌تا)، پیش‌نویس طرح در زمینه‌ی کاهش تقاضا و عرضه مواد اعتیادآور، دفتر روابط بین‌الملل، ستاد مبارزه با موادمخدر.
- ستاری، بهزاد؛ اعظم، احد؛ محمدی، محمدعلی (۱۳۸۲)، بررسی علل گرایش به اعتیاد در سنین بالای ۱۰ سال در سال ۱۳۸۱ (استان اردبیل). فصل‌نامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۹.
- سجادی، حمیرا؛ مدنی قهفرخی، سعید؛ وامقی، مروثه (۱۳۸۸)، مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی». دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سراج زاده، حسن و فیضی، ایرج (۱۳۸۶)، مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۵.
- شورای عالی پیشگیری و درمان اعتیاد (۱۳۷۳)، پیش‌نویس و برنامه‌ی ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوءمصرف مواد، سازمان بهزیستی کشور.
- شیخ‌الاسلام، ربابه (بی‌تا)، نگرشی اپیدمیولوژیک بر مسئله اعتیاد در ایران، پایان‌نامه‌ی دکترای تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت.
- صرامی، حمید (۱۳۸۲)، گزارش عملکرد اداره کل فرهنگی - پیشگیری، دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر و دستگاه‌های فرهنگی، روابط عمومی دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر.
- طارمیان، فرهاد (۱۳۸۰)، بررسی مقدماتی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در دانش‌آموزان سال اول راهنمایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- طارمیان، فرهاد. بواله‌ری، جعفر؛ پیروی، حمید؛ قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۶)، شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. دوره ۱۳، شماره ۴: صفحات ۳۳۵-۳۴۲.
- علی وردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۵)، مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، سال پنجم شماره ۲۰.
- کیا، علاء‌الدین (۱۳۷۸)، بررسی وضعیت تحصیلی، رفاهی و رفتاری دانش‌آموزان وابسته به والدین فاقد صلاحیت (معتاد) مشمول طرح جداسازی، مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش، ستاد مبارزه با موادمخدر.
- گولد، جولیس. کولب، ویلیام ل (۱۳۷۶)، فرهنگ علوم اجتماعی، ویراستار: محمدجواد زاهدی مازندرانی، انتشارات مازیار، تهران
- محمدی، سعید (۱۳۸۲)، پرتوی از افق اندیشه امام، پژوهشکده ملی مطالعات مواد مخدر در ایران، تهران.

- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۳)، ارزیابی تجارب مدیریت کاهش تقاضای مواد طی دو دهه اخیر (۱۳۸۵-۱۳۸۰)، دفتر برنامه مواد سازمان ملل متحد در تهران، موسسه داریوش.
- مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳)، آمار عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران.
- مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری (۱۳۸۳)، اعتیاد، رهیافت‌ها و راهبردهای نوین، دفتر ریاست جمهوری.
- مصوبه‌های شورای انقلاب.
- مصوبه‌های هیئت وزیران ۱۳۵۹-۱۳۵۸.
- معاونت سلامت وزارت بهداشت (۱۳۸۷)، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده‌ی آن. دبیرخانه‌ی عوامل اجتماعی تعیین کننده‌ی سلامت و ترویج عدالت در سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت.
- مکتب‌داری، فردین (۱۳۷۹)، نوآوری‌های قانون مبارزه با موادمخدر مصوب آبان ۷۶، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه (۱۳۷۶)، طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با موادمخدر، مروری بر سیاست و نظام مبارزه با موادمخدر ایران و پیشنهادی برای اصلاح آن.
- مؤسسه عالی پژوهشی در برنامه‌ریزی و توسعه (۱۳۷۶)، طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با موادمخدر، گزارش شماره ۷.
- موسوی، احمد (بی‌تا)، نگرشی بر قانون اصلاح قانون مبارزه با موادمخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۶۷/۸/۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام، ماهنامه دادرسی.
- مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۷۷)، پیش‌نویس برنامه ملی مبارزه با تولید قاچاق و مصرف موادمخدر در جمهوری اسلامی ایران، گزارش ۱۱، موسسه عالی پژوهش عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه.
- میمندی، منظومه شمسی، ضیاء الدینی، حسن، شریفی یزدی، علیرضا (۱۳۸۷)، عوامل موثر در گرایش به مواد مخدر از دیدگاه دانش‌آموزان دبیرستانی کرمان ۱۳۸۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال دوازدهم شماره ۴.
- نارنجی‌ها، هومان، رفیعی، حسن، باغستانی، احمدرضا، نوری، رؤیا، شیرین بیان، پیمان، فرهادی، محمدحسن و همکاران (۱۳۸۴)، ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)، گزارش تحقیق، موسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد، تهران.

- نارنجی‌ها، هومان، رفیعی، حسن، باغستانی، احمدرضا، نوری، رؤیا، شیرین‌بیان، پیمان، فرهادی، محمدحسن و همکاران (۱۳۸۶)، ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (سال ۱۳۸۶)، گزارش تحقیق، موسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد، تهران.
- نصیری، معصومه (۱۳۸۵)، توزیع جغرافیایی مسکن گروه‌های کم‌درآمد شهری و رابطه آن با اعتیاد: با تاکید بر شهر بابل. مجله مطالعات اجتماعی ایران. سال دوم، شماره ۱.
- نصیری، معصومه (۱۳۸۲)، اعتیاد و رابطه‌ی آن با مشاغل شهری. فصل‌نامه‌ی تحقیقات جغرافیایی. سال هجدهم، شماره ۳.
- نقدی، اسدالله، صادقی، رسول (۱۳۸۵)، حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تاکید بر شهر همدان). فصل‌نامه‌ی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰.
- نوری، رویا، رفیعی، حسن، نارنجی‌ها، هومان، صرامی، حمیدرضا، باغستانی، احمدرضا، صدیقان، آمنه (۱۳۸۶) تحلیل روند پدیده‌های مرتبط با شدت اعتیاد در سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۴، تهران، مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد و وابستگان به مواد.
- وزارت آموزش و پرورش (۱۳۷۸)، برنامه‌ی ملی آموزش و پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر، معاونت پرورشی و تربیت بدنی.
- وزارت آموزش و پرورش (بی‌تا)، پژوهش ملی در باره وضعیت اعتیاد در کشور از دیدگاه دانش‌آموزان، معاونت پژوهشی، دفتر اجرایی پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت (۱۳۸۶)، مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زندگی توأم با سلامت در جمهوری اسلامی ایران.
- وزیران، محسن (۱۳۸۲)، مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعه و راهبردی کشور، فصل‌نامه رفاه اجتماعی، شماره ۹، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- یاسمی، محمدتقی، شاه‌محمدی، داود، نقوی، محسن، باقری یزدی، سید عباس، زجاجی، علی، رحیمی‌موقر، آفرین و همکاران (۱۳۸۱)، گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری‌شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران.

- Addiction Medicine. (2001), "Definitons Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain", American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine.
- American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Review, Washington DC, American Psychiatric Association, cited in Sadock BJ and Sadock VA, 2007, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Amin-Esmaeili M., Rahimi-Movaghar A., Haghdoost AA, Mohraz M. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction*, In Print.
- Butler, AJ. http://EzineArticles.com/?expert=Alan_J_Butler, Connected at Feb 2010.
- Galea, S. & VElahov, D. (2004) Social Determinants and Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness and Incarceration. *Public Health Reports*, vol. 117, supplement 1.
- National Institute on Drug Abuse. (1997) "Drug Abuse Prevention: What Works", National Institute of Drug Abuse, p. 10-15, cited in <https://casat.unr.edu/bestpractices/bptype.htm>, Connected at Feb 2010.
- NCBI, (2010), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>, Connected at Feb 2010.
- Rahimi-Movaghar, A. Amin-Esmaeili, M. Haghdoost AA, Mohraz M. »HIV prevalence among injecting drug users in Iran«, a systematic review of studies conducted from 1998 to 2007. *International Journal of Drug Policy*, In Print.
- Rahimi-Movaghar, A. Razaghi, EM. Sahimi-Izadian, E. Amin-Esmaeili, M. »HIV, hepatitis C virus and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran«. *International Journal of Infectious Diseases*, (2010), in print.
- Robertson, EB. David, SL, and Rao, SA.(2006), »Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders«, Maryland, National Institute on Drug Abuse.

- Rosenberg, Daniel C.(2002) North Carolina Community Health Assessment Process.
- Tarlov, A. (1996) »Social determinants of health: the sociobiological translation«. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London: Routledge.71-93.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (1999). »Global Illicit Drug Trends.
- UNODC (2008) »World Drug Report«. Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- World Health Organization, Lexicon of alcohol and drug terms. (2010) http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ Connected at Feb 2010