

## بررسی برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد گزارش علمی سفر به پاکستان و تایلند دکتر مهدی نصر اصفهانی<sup>(۱)</sup>

### مقدمه

در تاریخ یکم بهمن ماه ۱۳۷۹ برابر با بیستم ژانویه ۲۰۰۱ یک گروه نه نفری از کارشناسان ایرانی در رشته‌های مختلف به ویژه روانشناس و روانپزشک از دو کشور پاکستان و تایلند بازدید نمودند. اعضای گروه از سازمانهای مختلف چون سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، سازمان زندانها و دانشگاههای علوم پزشکی انتخاب شده بودند. سرپرست گروه سرکار خانم فریبا سلطانی یکی از کارشناسان UNDCP در ایران بود. مأموریت گروه دو هفته به طول انجامید که هفته اول به بازدید از پاکستان و هفته دوم به بازدید از تایلند اختصاص یافت.

هدف گروه اعزامی بر پایه توضیحات مسؤلان محترم ایرانی آشنایی با سیاستها، برنامه‌ها و فعالیت‌های مراکز مختلف درمان معتادین بود تا از تجارب آنها در برنامه‌ریزیها و تدوین راهکارهای درمان در ایران بهره گرفته شود.

آشنایی گروه با برنامه‌ها و راهکارها و اقدامات دو کشور از طریق چهار فعالیت عمده زیر انجام گردید:

- ۱- ملاقات با نمایندگان UNDCP و شنیدن گزارش آنها و پرسش و پاسخ.
- ۲- ملاقات با مسؤلان اصلی ستاد کنترل مواد در دو کشور و شنیدن گزارش آنها و پرسش و پاسخ.
- ۳- بازدید از مراکز مختلف بستری درمان و توانبخشی و شیوه فعالیت آنها.
- ۴- بازدید از مراکز سرپایی و مشاهده برنامه‌ها و فعالیت‌های آنها.

بطور خلاصه می‌توان گفت که طی این مسافرت در پاکستان گروه دو ملاقات با نمایندگان UNDCP پاکستان و

افغانستان (نماینده UNDCP افغانستان، مستقر در پاکستان) و یک ملاقات رسمی با مقامات بلند پایه پاکستان داشت. در تایلند نیز با نماینده منطقه‌ای UNDCP و با مسؤلان بلند پایه تایلند ملاقات شد. افزون بر دیدارهای رسمی در کشور پاکستان در شهرهای پیشاور و لاهور و در کشور تایلند در شهرهای بانکوک، پاتانی و یالا از مراکز مختلف درمان و بازپروری معتادان بازدید به عمل آمد و از نزدیک فعالیت‌ها و اقدامات درمانی آنها مشاهده گردید.

### بازدید از پاکستان

در پاکستان گروه زیر پوشش و حفاظت نیروهای امنیتی دولت، ملاقات‌ها و بازدیدهای خود را انجام داد ولی فضای برخورد با گروه در بازدیدها صمیمانه و گرم بود. با توجه به اینکه در گزارشهای آورده شده به تفسیر جزئیات توضیح داده شده، اینجانب بیشتر به برداشت فردی خود از کل سفر پرداخته و از بیان تفضیلی آنها خودداری می‌کنم. بطور کلی در پاکستان در بعدکلان موارد زیر به چشم می‌خورد:

۱- وجود یک مرکز قدرتمند تصمیم‌گیری و سیاستگذاری برای مقابله با اعتیاد. به نظر می‌رسد که قدرت اصلی در دست نظامیان و نقش وزارت بهداشت در امر درمان و توانبخشی معتادین مشهود نبود و یا حداقل ما در این سفر با آنها روبرو نشدیم.

۲- جذب گسترده حمایت‌های مالی و انسانی و تکنیکی از مجامع بین‌المللی به ویژه UNFDAC

(United Nation Fund for Drug Abuse Control)، UNDCP و ILO. برای نمونه در سال ۱۹۸۲ UNFDAC در تأسیس بیش از ۳۲ مرکز درمانی که بیشتر آنها در مراکز آموزشی - درمانی قرار دارند کمکهای نقدی و غیر نقدی

۱- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران

داشته است (اعم از پرداخت حقوق به کارکنان و یا وسیله نقلیه برای انتقال مراجعین و یا تجهیزات آزمایشگاهی و یا آموزش پزشکان برای درمان).

۳- ایجاد و گسترش سازمانهای غیر دولتی (NGOs) و حمایت و پشتیبانی از آنها.

در بازدیدی که از مراکز درمانی در شهرهای پیشاور و لاهور به عمل آمد نکات قابل توجهی جلب نظر می‌کرد که لازم است از جنبه‌های گوناگون به آن پرداخته شود.

۱- فضای فیزیکی: ساختمانهای مورد استفاده اغلب کوچک بوده و در آنها اتاقهای با فضای بسیار محدود ایجاد شده بود. این ساختمانها بجز یکی از آنها کمترین امکانات را داشتند. در پیشاور حتی مرکز درمان و توانبخشی نیز بیشتر به یک خانه قدیمی شبیه بود که با تغییراتی آنرا تبدیل به مرکز درمان و توانبخشی کرده بودند. البته در همین مرکز خدمات خصوصی هم در یک اتاق با کیفیت بهتر ارائه می‌گردید. بیشترین فضای بستری اختصاص به بیماران روانی داشت و تخت‌های کمی (حدود ۶ تخت) برای درمان معتادین در نظر گرفته شده بود. فضای بیرونی نیز بسیار محدود و غیر قابل استفاده بسرای بیماران بود. در پیشاور یک مرکز T.C. (Therapeutic Community) که متعلق به یک NGO بود وجود داشت. این مرکز از نظر فضای فیزیکی و امکانات و تجهیزات قابل توجه بود و امکانات رفاهی و درمانی مناسبی برای بیماران در آن فراهم شده بود. مراکز سرپایی بیشتر در جاهایی قرار داشتند که از نظر جغرافیایی در دسترس افراد معتاد باشند. در لاهور هم از نظر شرایط ساختمانی نکته متفاوتی دیده نشد.

۲- نیروی انسانی: بیشتر کارکنان شاغل در مراکز مورد بازدید بجز شمار کمی، تحصیلات تخصصی نداشتند و پزشک عمومی و نیروهای تربیت شده مسئولیت و اداره مراکز را بر عهده داشتند. البته در کل بازدید، ما تنها با یک روانپزشک که بصورت پاره وقت در یکی از مراکز NGO فعالیت داشت روبرو شدیم.

۳- در پاکستان کلیه مراکزی که مورد بازدید قرار گرفت یا تحت نظارت مستقیم UNDCP بودند (عمدتاً در مورد پناهندگان افغانی چنین بود) و یا توسط NGOها اداره می‌شدند، هیچ مرکز دولتی معرفی نگردید بنابراین در زمینه چگونگی وجود و یا کارآیی مراکز دولتی هیچ تجربه‌ای بدست نیامد! برای تأمین اعتبارهای مالی NGOها افزون بر حمایت مردمی از حمایت مالی UNDCP نیز برخوردار بود.

۴- ارائه خدمات: به نظر اینجانب علی‌رغم محدودیتهای ساختمانی و نیروی انسانی خدماتی که در مراکز مورد بازدید اعم از سرپایی و یا بستری و یا TCها ارائه می‌گردید قابل توجه بود.

الف- ارائه خدمات مبتنی بر دیدگاه جامعه نگر بود، به بیان دیگر خدمات در بطن جامعه، در خیابان و در محیط زندگی معتادان ارائه می‌گردید.

ب- طیف گسترده‌ای از انواع خدمات برای معتادین در نظر گرفته شده بود. این خدمات از دادن چای و قهوه و روزنامه و در اختیار گذاشتن دستشویی و توالت بدون هیچ گونه چشم‌داشتی آغاز می‌شد و در مراحل سم زدایی، توانبخشی و پیگیری پایان می‌یافت.

ج- ارائه خدمات بصورت فعال بود. به بیان دیگر افراد درمانگر به سراغ معتادین می‌رفتند و آنها را بر می‌انگیختند که این گونه خدمات را بدون چشم‌داشت برای ترک مواد به کار برند.

د- استراتژی کاهش خطر بطور برجسته‌ای غالب بود. به همین دلیل در ضمن گردآمدن معتادین برای دریافت خدمات، پیشنهاد می‌شد که اگر کسی سرنگ به کار می‌برد، می‌تواند بطور رایگان سرنگ و پنبه الکل بهداشتی دریافت نماید. البته توزیع سرنگ بطور روزانه انجام می‌گرفت و تحویل سرنگ مجدد منوط به بازپس گرفتن سرنگ روز قبلی بود.

ه- درمان در دوره سم‌زدایی بطور کلی متکی بر درمان علامتی بود و از هیچ یک از داروهای کلاسیک که برای

دوره سم زدایی توصیه می‌گردد استفاده نمی‌شد. بطور کلی می‌توان به این نکته اشاره کرد که فرد معتاد در نظام ارائه خدمات مراکز سرپایی و بستری مورد پذیرش قرار گرفته و کارکنان مراکز درمانی و توانبخشی از اینکه فردی مراحل درمان را تکمیل نکرده رها کند واکنش نشان نداده و مجدداً با آغوش باز، پذیرای ارائه خدمت به آنان می‌باشند.

### گزارش تایلند

در تایلند با توجه به اینکه مشکل اعتیاد منحصر به تریاک نبوده و افزون بر آن مواد دیگری از جمله آمفتامین و کانابیس هم با شیوع بسیار بالاتری وجود داشت به نظر می‌رسید که برنامه‌ها جامع‌تر و فراگیرتر بود. با آنکه مشکل عمده مصرف آمفتامین بود ولی اقدامات درمانی آنها برای پوشش دادن بیشتر مواد اختصاص داده شده بود. تایلند ظاهراً سابقه حدود ۵۰ سال تجربه درگیری با اعتیاد را دارد و برنامه‌ریزان و مسئولان آن به گونه‌ای عمل کرده‌اند که سازمانهایی چون UNDCP را نیز در دل خود گرفته‌اند. در بانکوک در دیدار بسا نماینده منطقه‌ای UNDCP سیاستهای کلی منطقه تشریح گردید. ملاقات دوم با مسئولان ستاد کنترل مواد بود که طی آن گزارش جامعی از سیاستها و راهبردهای مختلف ارائه گردید. استنباط شخصی این جانب از شنیدن این گزارشها به شرح زیر بود:

- ۱- قدرت متمرکز دولتی برای کاهش تقاضا.
- ۲- گرفتن کلیه امکانات مالی از سازمانهای جهانی به ویژه UNDCP.
- ۳- برنامه‌ریزی براساس بررسیهای منطقه‌ای.
- ۴- داشتن سیاستها و استراتژیهای مشخص و همه‌جانبه. در طول مدت اقامت در تایلند از چند مرکز توانبخشی بستری و سرپایی در شهرهای بانکوک، پاتانی و یالا بازدید به عمل آمد که به طور کلی نکات قابل توجه آن ذکر می‌گردد.

۱- یک مرکز توانبخشی بسیار بزرگ (Thankyarak Hospital) با گنجایش نزدیک به ۶۷۰ تخت مورد بازدید قرار گرفت. این مرکز سابقه ۴۴ ساله داشت و نخستین مرکز درمان معتادین و یکی از شش مرکز عمومی درمان اعتیاد در کشور تایلند بود. این مرکز در حاشیه شهر بانکوک قرار داشته، وسعت بسیار زیادی را به خود اختصاص داده و دارای امکانات و تجهیزات قابل توجه برای تشخیص و درمان بود. نیروی انسانی مرکز حدود ۴۶۰ نفر بود که شامل ۱ نفر روانپزشک، ۱۲ نفر پزشک عمومی، ۳ نفر دندانپزشک، ۴ نفر مددکار، ۳ نفر روانشناس و حدود ۲۵۰ نفر پرستار همراه با نیروهای خدماتی دیگر. از نظر امکانات این مرکز دارای سالنهای گردهمایی، واحدهای خوابگاهی، چندین کارگاه برای توانبخشی و امکانات تفریحی بسیاری که مورد استفاده مراجعین قرار می‌گرفت. آزمایشگاه مرکز مجهز به دستگاههای گوناگون اندازه‌گیری مواد در خون و ادرار بود. در این مرکز به کلیه افراد مراجعه‌کننده با مصرف هر نوع ماده‌ای خدمات ارائه می‌شد. البته ارائه خدمات همراه با پرداخت مبالغی از سوی گیرندگان خدمات بوده و این بیمارستان به عنوان یک مرکز ارجاع تلقی شده و از تمام کشور پذیرش بیمار داشت.

۲- از نظر نیروی انسانی در مراکز مختلف تایلند نیز نیروهای تخصصی به ویژه روانپزشکان و روانشناسان با مدرک کارشناسی ارشد درگیری چندانی نداشتند و حتی بزرگترین مرکز توانبخشی آن تنها یک نفر روانپزشک داشت. در سایر مراکز بیشتر پزشکان عمومی و پرستاران و حتی کادر با تحصیلات کمتر حضور داشتند که البته آموزش لازم را دیده بودند.

۳- ارائه خدمات در مراکز مختلف درمانی بسته به فرهنگ و موقعیت منطقه متفاوت بوده و کلیه شیوه‌های ممکن اعم از علمی، سنتی و طب سوزنی به کار برده می‌شد. گرچه در زمینه اثر بخشی برخی از این شیوه‌ها نیز تردید وجود داشت ولی چون افراد معتاد علاقه نشان می‌دادند از آنها

استفاده می‌گردید. برای نمونه در یکی از مراکز سرپایی از Puls Therapy به عنوان طب سوزنی استفاده می‌شد که در جهت کاهش درد افراد معتاد به کار می‌رفت. شیوه کار هم نصب یک الکتروود به منطقه دردناک و وصل آن به یک جریان خفیف الکتریکی بود که باعث انقباضات مداوم عضلانی می‌گردید. فرد مراجع حدود نیم ساعت تحت درمان قرار می‌گرفت و ظاهراً چند جلسه هم این درمان ادامه می‌یافت.

درمان در دوره سم زدایی نسبت به پاکستان کلاسیک بوده و برای کسانی که هروئین مصرف می‌کردند متادون استفاده می‌گردید. در دوره توانبخشی بیماران از همه گونه شیوه درمانی لازم بهره‌مند می‌شدند حتی از امکانات محلی و نیروهای مذهبی نیز برای کمک به بیماران استفاده می‌شد. در بعضی از مراکز درمان نگهدارنده با متادون هم در دستور کار بود و شیوه کار به گونه‌ای بود که بیمار باید هر روز جهت دریافت متادون مراجعه می‌کرد و در حضور درمانگر دارو را مصرف می‌نمود. پذیرش بیمار در این مراکز نسبت به پاکستان غیر فعال بود و جذب فعال دیده نشد.

۴- برخلاف پاکستان در تایلند مراکز عمده درمانی زیر نظر وزارت بهداشت اداره می‌شد. البته ANGOها هم در اداره مراکز کوچکتر نقش داشتند که نقش آنها کم‌رنگ بود.

### تجارب سفر

بطور کلی سفر دو هفته‌ای به دو کشور پاکستان و تایلند برای اینجانب دستاوردهای مهمی به همراه داشت و باعث تغییراتی در نگرش نسبت به پدیده اعتیاد و فرد معتاد شد. امید که با توجه به تجربیات بدست آمده بتوانم از کمترین امکانات بیشترین بهره‌گیری را داشته باشم:

۱- یکی از نکات بسیار جالب توجه، برخورد کادر درمانی به اصطلاح غیر متخصص با افراد معتاد در پاکستان بود. معتاد مورد پذیرش بی قید و شرط درمانگران بود و نگرش درمانگران بطور کلی از موضع حمایت‌گراانه بوده و به نظر

می‌رسید که علی‌رغم شکستهای درمانی به دلیل شناخت پدیده اعتیاد و انتظار عودهای پی در پی تغییری در روند ارائه خدمات ایجاد نمی‌کرد. برای آنها طبیعی بود که فردی در میانه راه درمان را ترک کند و پس از مدتی مجدداً مراجعه نماید و این پدیده بارها تکرار شود. برخوردها با فردی که برای اولین بار و یا چندمین بار مراجعه کرده بود تفاوتی نداشت. بنظر می‌رسد که هدف آنها حذف پدیده اعتیاد نبوده بلکه پذیرش آن و کنار آمدن با آن پدیده است که توأم با اقدامات درمانی و پیشگیری بود.

۲- فرآیند درمان معتادین علی‌رغم پیچیدگیهای پدیده اعتیاد بسیار ساده و ابتدایی شده بود. به بیان دیگر در کشور ما هنگامی که از اعتیاد و معتاد در مراکز علمی صحبت می‌شود بی‌درنگ به گرفتاریها و مشکلات آن پرداخته می‌شود به گونه‌ای که اندیشه افراد نمی‌تواند در راستای کمک رسانی حرکت کند. بحث درباره اختلالات همراه با اعتیاد، اختلالات شخصیت و یا سایر اختلالات آن چنان موضوع را پیچیده می‌کند که با حضور اساتید و یا صاحب‌نظران بزرگ و با تجربه نیز مشکل قابل حل نیست چه رسد که صاحب‌نظر و یا استاد با تجربه هم در این زمینه کم وجود داشته باشد. هم در پاکستان و هم در تایلند علیرغم آگاهی بر پیچیدگیهای اعتیاد، روند درمان و فرآیندهای وابسته به آن ساده شده بود و در پاسخ به پرسش ما گفته می‌شد که هدف ما کمک به معتاد و جامعه است. اگر مشکل شخصیتی داشته باشند و یا مشکل اختلال روانی در کار باشد برای بررسی بیشتر به مراکز روانپزشکی ارجاع می‌شوند. ظاهراً به نظر می‌رسید که درمانگران در فرآیند کمک به مراجعین، خود را درگیر مسائل پیچیده‌تر نمی‌کردند و به همین دلیل اساساً هم تحصیلات بالایی نداشتند و این قبیل مشکلات را به خدمات روانپزشکی واگذار کرده بودند. این موضوع برای اینجانب قابل توجه بود که گاهی ما در ایران موردی را آن قدر از جوانب مختلف ارزیابی می‌کنیم که عملاً ارائه حداقل خدمات درمانی هم با مشکل روبرو می‌شود.

۳- بنظر می‌رسد که هم در تایلند و هم در پاکستان مراکز دانشگاهی نقش چندان فعالی در ارائه این قبیل خدمات ندارند. این نکته از این جهت قابل توجه است که اشتغال ذهنی و ماهیت کار اساتید در دانشگاهها به گونه‌ای است که عملاً آنها را از درگیر شدن در فرآیند اجرایی باز می‌دارد. به بیان دیگر ارائه خدمات نیاز به وقت‌گذاری مناسب دارد که این نیاز توسط گروههای آموزشی برآورده نمی‌شود.

۴- در مراکز دانشگاهی به ویژه در ایران فعالیت بیشتر بر آموزش در موارد بستری آن هم بر درمان دارویی متمرکز است که اساساً با روح توانبخشی سازگاری ندارد. در محافل علمی تأکید بر آخرین روشهای ترک و پیشگیری مثلاً سم‌زدایی بسیار سریع و یا تجویز نالترکسان است که با دید جامعه‌نگر نسبت به پدیده اعتیاد و معتاد همخوانی ندارد. در پاکستان و حتی در تایلند سم‌زدایی قسمت کم توجه و کم اهمیت فرآیند درمان بود و حتی در پاکستان نگرش نسبت به استفاده علمی از داروها چندان مثبت نبود و درمان در طول سم‌زدایی با تجویز داروهای غیر اختصاصی و بیشتر بصورت درمان علامتی بود. برعکس تمرکز آنها در راستای پیشگیری و توانبخشی چشمگیر بود و از کمترین امکانات بهره‌گیری لازم می‌شد.

### پیشنهادها

۱- تداوم این بازدیدها و آشنایی با مراکز دیگر در سایر کشورها دارای اهمیت بسیار است. افراد با حضور در این مراکز ضمن آشنایی با تجارب آنها درمی‌یابند که می‌توانند با بهره‌گیری از توانمندیهای خود در ارائه خدمات به هموطنان خود بسیار موفق باشند. اینجانب در این بازدیدها بخوبی احساس کردم که کشور ما از نظر نیروی انسانی متخصص در امر اعتیاد اساساً با دو کشور مذکور قابل مقایسه نیست و از نظر داشتن دانش و فن‌آوری به مراتب قوی‌تر است و به خوبی می‌تواند با استفاده از تجارب دیگر کشورها برنامه ریزی دقیق‌تری داشته باشد

از این رو تکرار این بازدیدها برای دست‌اندرکاران درمان و برنامه ریزان بسیار ضروری است.

۲- نکته جالب توجه در گروه انتخاب شده تنوع نسبی گرایشهای افراد شرکت‌کننده بود که باعث گردید در بازدیدها جنبه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد و تنها یک گرایش فکری درگیر موضوع نشود. البته برای ارزیابی جنبه‌های مختلف اعتیاد این امر بسیار ضروری است بنابراین پیشنهاد می‌گردد برای این قبیل بازدیدها انتخاب افراد مختلف مد نظر قرار گیرد.

۳- وجود پایگاههای گردآوری داده‌ها و روزآمد کردن اطلاعات از جمله مواردی بود که به ویژه در تایلند به چشم می‌خورد. این مهم مسئولان و برنامه ریزان را وادار می‌کند که بر پایه یافته‌ها و پژوهشهای جدید استراتژیهای خود را تدوین کنند. برای نمونه روند تغییر کاربرد مواد افیونی به سوی آمفتامین و تغییر برنامه‌های مداخله‌ای در تایلند از آن جمله است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که اولاً وجود پایگاههای اطلاعاتی در مراکز مختلف به منظور روزآمد کردن اطلاعات و پردازش آنها به منظور افزایش آگاهی برنامه ریزان و سیاست‌گذاران برای استفاده در تدوین استراتژیهای گوناگون اهمیت ویژه‌ای دارد. بطور کلی ثبت اطلاعات و پردازش آنها در کشور ما هنوز جایگاه واقعی خود را نیافته است.

۴- در این سفر به ویژه در تایلند احساس کردم که سیاستگذاران و مسئولان کشوری نسبت به پدیده اعتیاد آگاهی و وقوف زیادی دارند و آنرا به عنوان یک معضل اجتماعی که باید به آن پرداخته شود بخوبی می‌شناسند. جالب است که در بازدید یکی از مراکز، فرماندار آن شهر نیز حضور داشت که خودگویای درگیر شدن مسئولین یک نظام در رویارویی با اعتیاد است به همین دلیل الگویی را که برای پرداختن به امر اعتیاد در ایران به نظرم رسید به شکل دیگری بیان می‌کنم.

الف) مرحله برانگیختن: بنظر می‌رسد که با توجه به اینکه پس از سالها وقفه در امر درمان اعتیاد، حرکت‌های جدیدی

در ایران پدید آمده است، لازم است اقداماتی برانگیزاننده برای مسئولان و تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان کلان کشور تدارک دیده شود. باید افزون بر تکیه بر آموزش عموم مردم راهبردهایی نیز برای دست اندرکاران اصلی جامعه تدارک دیده شود. ناگفته پیداست تاهنگامی که آستانه افراد برای پذیرش واقعیت تحریک نشود پدیده اعتیاد و جبهه ملی پیدا نمی‌کند. باید همه بدانند که امر اعتیاد تنها وابسته به یک یا دو سازمان درگیر نیست و نیاز به یک عزم ملی دارد که در آن همه مسئولان رده‌های مختلف مملکت باید درگیر شوند.

ب) پس از این مرحله باید برای افراد دارای انگیزه در نظام پیشگیری و درمان، موضوع تبیین شود یعنی آنچه که در ذهن آنان به غلط جای گرفته است پاک شود و باورهای نادرست در مورد پدیده اعتیاد و معتاد پاک گردد.

ج) پس از پاک شدن ذهن باید موضوعات مختلف مرتبط با پدیده اعتیاد اعم از مسائل اجتماعی، اقتصادی، قانونی، فرهنگی، قضایی، درمانی، شغلی و حتی سیاسی و تأثیر متقابل آنها بر یکدیگر در اندیشه مسئولان کشوری جایگزین شود (توانبخشی). دست کم شماری از مسئولان کشور احساس کنند که پدیده اعتیاد یک مقوله چند وجهی است و حداقل از جنبه نیروی انسانی آن به همه ارکان نظام وابسته است. گرچه وجوه قضایی، اقتصادی، شغلی و خانوادگی آن به گونه‌ای است که هیچ فردی را در جامعه مصون از پیامدهای آن نخواهد گذاشت.

د) و بالاخره پیگیریهای مستمر سازمانها و ارگانهای مسئول کشور در امر اعتیاد در راستای حفظ و تداوم نگرش جدید در مسئولان و دست اندرکاران نظام به منظور درگیری پیگیر آنان در پیشگیری و درمان این بلای قرن بیستم امری حیاتی است (پیگیری).

ه) برنامه‌ریزی و اجرای یک برنامه ملی پیشگیری و درمان اعتیاد با استراتژی ادغام در سایر برنامه‌های بهداشتی، بهداشت روانی و تأمین و رفاه اجتماعی.

گفتنی است مادامی که اندیشه مسئولان یک نظام

نسبت به یک پدیده مهم تحریک نشود حرکت روبه پایین علیرغم تأثیر بخشی، نتیجه قابل توجهی را در دراز مدت بار نخواهد آورد. باید نگاه مسئولان از حذف پدیده اعتیاد به کنار آمدن با آن و کاهش حداقل عوارض آن به هر شکل که ممکن است سوق داده شود. با این حساب قوانین کار، قوانین حقوقی، حقوق اجتماعی، حقوق فردی، و خانوادگی باید تحت تأثیر قرار گیرد و ملازمه آن درگیر شدن افراد مسئول ذریبط است. بنابراین افزون بر حرکت بطرف پایین یعنی برنامه‌ریزی ملی در راستای پیشگیری و درمان اعتیاد باید حرکت رو به بالا نیز در راستای تغییر نگرش‌ها و انجام اقدامات اساسی توسط دیگر مسئولان کشوری بوجود آید. گفتنی است که سخن اینجانب به معنی عدم انجام مطلق اقدامات پراکنده جاری نبوده بلکه بر اهمیت بیشتر نقش دیگر مسئولین کشوری در امر اعتیاد تأکید دارد.

### سخن آخر

این سفر افزون بر تغییر نگرش نسبت به اعتیاد، اینجانب را بر آن داشت که اقدام شخصی نیز در خصوص موارد زیر انجام دهم.

۱- برنامه ریزی برای بازدید از مراکز داخل کشور به ویژه مراکز توانبخشی برای آموزش دستیاران روانپزشکی.

۲- آموزش جنبه‌هایی از اعتیاد که کمتر مورد توجه بوده به ویژه درمانهای توانبخشی.

۳- ایجاد نگرش جامعه نگر در دانشجویان و دستیاران نسبت به پدیده اعتیاد.

۴- تلاش در راستای قرار دادن مبحث اعتیاد در آموزش پزشکی.

۵- با توجه به نیاز دانشگاهها تلاش در راستای راه اندازی دوره تحصیلات تکمیلی در مورد اعتیاد با کمک سایر سازمانهای مسئول.