

سیاست کاهش آسیب در قبال مصرف مواد مخدر «مطالعه تطبیقی در نظام عدالت کیفری ایران، پرتغال و کانادا»

ایمان رحیمی پور^۱، دکتر محمد جعفر حبیب زاده^{۲*}، سیدمصطفی محقق داماد^۳،
محمدفرجیها^۴

۱. دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. استاد حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. استاد حقوق خصوصی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۰۹

دریافت: ۹۴/۱۱/۱۰

چکیده

نظام عدالت کیفری ایران بعد از انقلاب اسلامی، در راه مقابله با سوء مصرف مواد مخدر به کنش‌ها و واکنش‌های متعددی متوسل شده، اما هیچکدام منتهی به کاهش میزان مصرف نگردیده است. از این رو در سال‌های اخیر دولت بر استفاده از رویکرد کاهش آسیب‌های سوء مصرف متمرکز شده تا حداقل بتواند از آسیب‌هایی که به مصرف‌کننده و جامعه وارد می‌شود، جلوگیری نماید. لکن با مرور مقررات ایران، در این زمینه، برنامه جامعی مشاهده نمی‌شود. این پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی و با استفاده از تجربه کشورهای پرتغال و کانادا به عنوان نمونه‌هایی مشابه با وضعیت فعلی ایران (از جهت میزان مصرف‌کننده و در خطر بودن جامعه)

Email: habibzam@gmail.com

*نویسنده مسؤول مقاله:



نوجوانان)، و البته موفق، پیشنهاد می‌کند «لایحه جرم زدایی از قانون مواد مخدر و درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر» و اصلاح آن در دستور کار قرار گیرد تا بدین وسیله اولاً استفاده از برخی مواد مخدر کم خطر، جرم زدایی شود تا مسئولین مربوطه با آزادی عمل، سیاست کاهش آسیب را اجرا نمایند و ثانیاً از رفتار کلیه مصرف کنندگان مواد مخدر، قضا زدایی صورت بگیرد تا دسترسی به این افراد تسهیل گردد. ثالثاً به دلیل کاهش سن مصرف، نوجوانان نیز در برنامه‌های کاهش آسیب، مدنظر سیاست گذاران قرار گیرند.

واژگان کلیدی: کاهش آسیب، جرم زدایی، قضا زدایی، نوجوان.

۱. مقدمه

در ایران امروز، حقوق کیفری به نوشدارویی فوری برای درمان تمام مشکلات اجتماعی تبدیل شده است. نگاهی به قوانین کیفری ایران نشان می‌دهد که روند رو به رشد جرم انگاری در قبال جرایم مواد مخدر، پس از انقلاب اسلامی شتاب بیشتری گرفته است [۱]. اگرچه در سال‌های اخیر و به علت پیامدهای سوء مصرف مواد مخدر؛ قوانین و مقررات در کنار پیشینه کیفری، جنبه حمایتی نیز پیدا کرده‌اند، لکن این تغییر نگرش، تأثیری در کاهش میزان مصرف مواد مخدر نداشته است. بر این اساس، به دلیل عدم توفیق ضمانت اجرای کیفری و برنامه‌های حمایتی، سیاست جدیدی به نام «رویکرد کاهش آسیب» در دهه اخیر شکل گرفته و بیانگر آن است که واکنش به سوء مصرف مواد مخدر منجر به پیش گیری یا کنترل مصرف نشده و تجربیات موجود، حاکی از برتری رویکرد کاهش آثار و پیامدهای آن، به جای تمرکز بر ترک مصرف می‌باشد. لازم به ذکر است هر چند ترک مطلق اعتیاد، برای معتادانی که میزان مصرف روزانه کم و انگیزه بالایی دارند، رویکرد مناسبی به نظر می‌رسد، با این حال نتایج پژوهش‌های یک دهه اخیر نمایانگر مواردی چند است:

اولاً به کارگیری برنامه‌های ترک اعتیاد، برای بخش عمده‌ای از مصرف کنندگان، اثر بخش نبوده است [۲؛ ۳].

ثانیاً گزارش‌های ارائه شده دولت‌ها نشان می‌دهد که ترک اعتیاد در کوتاه‌مدت، احتمال بازگشت به سمت مصرف را افزایش می‌دهد [۴، ص ۱۵؛ ۵، ص ۱۴؛ ۶، ص ۳۰۵؛ ۷، ص ۸؛ ۸، ص ۵۰؛ ۹؛ ۱۰، ص ۳۱].

از این رو در رویکرد کاهش آسیب، قطع مصرف مواد مخدر، جزء ضروری درمان محسوب نمی‌شود و هدف آن کاهش یا از میان بردن پیامدهای مصرف مواد است. بیش از یک دهه از ظهور سیاست کاهش آسیب در ایران گذشته است. جلوه‌های محدودی از این رویکرد در مقررات ایران لحاظ شده و تحقیقات متعددی، میزان تاثیر سیاست‌های مذکور را بررسی کرده‌اند.^۱ لکن تاکنون هیچ تحقیقی، مقررات ایران را در این زمینه مورد ارزیابی قرار نداده است. از این رو پژوهش حاضر در صدد پاسخ به دو سؤال است: اول این‌که مقررات فعلی تا چه میزان با مؤلفه‌های سیاست کاهش آسیب همسو می‌باشد.

دوم این‌که تا چه اندازه می‌توان از تجارب کشورهای پرتغال و کانادا (نمونه‌های موفق در اجرای سیاست کاهش آسیب)، در جهت اصلاح و تکمیل مقررات ایران استفاده نمود.

توضیح این نکته ضروری است که کشورهای متعددی در زمینه مقابله با اعتیاد، سیاست کاهش آسیب را در دستور کار خویش قرار داده‌اند و برخی از آنان نیز موفق بوده‌اند لکن دلیل انتخاب دو کشور پرتغال و کانادا، مشابهت‌های میان وضعیت فعلی ایران با زمان اتخاذ سیاست کاهش آسیب، توسط آن کشورها در یک دهه گذشته است. توضیح این‌که اولاً از حیث میزان مصرف کنندگان میان ایران و پرتغال دهه گذشته، شباهت وجود دارد ثانیاً در حال حاضر در رابطه با مقابله با مصرف مواد مخدر سه

۱. مراجعه به پایگاه‌های علمی نشان می‌دهد که پژوهش‌های موجود در زمینه کاهش آسیب، اغلب در رشته‌های پزشکی و روانشناسی صورت گرفته و بیشترین تمرکز آنها به ارزیابی مصادیق اجرایی این رویکرد (همچون ارزیابی میزان اثربخشی متادون درمانی) بوده است. برای مثال رک: (۱۱، ۱۳۸۹؛ ۱۲، ۱۳۸۹؛ ۱۳، ۱۳۸۳).



دیدگاه وجود دارد. اول؛ توسل به رویکردهای سزاگرایانه صرف. دوم؛ جرم زدایی از مصرف مواد مخدر و اجرایی کردن سیاست کاهش آسیب. سوم؛ اتخاذ سیاست کاهش آسیب در کنار سایر سیاست‌های مورد پذیرش جامعه.

بررسی نظام عدالت کیفری ایران نشان می‌دهد که رویکرد نخست در نیم قرن اخیر به توفیقات چندانی دست پیدا ننموده است.^۱ سیاست دوم نیز که در کشورهایی همچون سوئیس، سوئد و دانمارک اتخاذ شده است،^۲ با جرم زدایی از مصرف و تأمین رایگان مواد مخدر در صدد کاهش آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر است. در حال حاضر، انتقال این سیاست به نظام عدالت کیفری ایران نیز، از آن جهت که بسترهای فرهنگی و قانونی آن فراهم نمی‌باشد، منطقی به نظر نمی‌رسد. لکن رویکرد سوم، سیاست میانه‌ای است که با قضا‌زدایی از رفتار مواد مخدر، مداخله‌های کاهش آسیب را عملیاتی نموده است. این رویکرد توسط کشورهای همچون پرتغال اتخاذ شده است که قابلیت

۱. برای مثال تا ابتدای قرن ۲۱ ایالات متحده آمریکا چنین سیاستی را اتخاذ نموده بود. زمانی که بیل کلینتون رئیس جمهوری آمریکا بود، مسئول بهداشت این کشور اعلام کرد که اگرچه موفقیت برنامه توزیع سرنگ در کاهش انتشار آلودگی‌های ویروسی از نظر علمی صددرصد اثبات شده اما دولت آمریکا از نظر اخلاقی و سیاسی نمی‌تواند از این برنامه حمایت کند. دولت فدرال آمریکا نیز اعلام کرده بود که مصرف مواد مخدر و هرگونه شیوه‌ای که منجر به تشویق معتادان به مصرف مواد مخدر بشود ممنوع است. دولت فدرال آمریکا معتقد بود که توزیع سرنگ، تشویق معتادان به مصرف مواد مخدر و اعتراف به شکست است. در آن زمان همراه داشتن یک سرنگ بدون مدرک پزشکی، معادل یک سال زندان بود و به دلیل همین فشارهای قانونی، اشتراک در مصرف سرنگ بین معتادان تزریقی رایج بود چون آنها خطر زندان را به مراتب جدی‌تر از یک بیماری مرموز به نام ایدز تلقی می‌کردند [۱۴]. با این وجود سال‌ها بعد کلینتون در کنفرانس بین‌المللی ایدز عذرخواهی کرد و گفت که یکی از بزرگترین اشتباهات وی در دوران ریاست جمهوری‌اش، حمایت نکردن از برنامه کاهش آسیب اعتیاد و توزیع سرنگ و برنامه‌های مقابله با ایدز بوده است (روزنامه شرق، ۲۵ بهمن، ۱۳۸۴).

۲. معتادان در سوییس در مکان‌های خاصی که برای آنها در نظر گرفته شده مواد خود را تهیه و استفاده می‌کنند. کشور سوئیس معتقد است انجام این کار می‌تواند به کاهش جرم در این کشور منجر شده و از طرفی تعداد افرادی که با ارتکاب جرم ناشی از اعتیاد در زندان‌ها هستند کم می‌شود [۱۵].

سازگاری بیشتری با بستر اجتماعی ایران دارد.

ثالثاً یکی دیگر از مسائل مهمی که نظام عدالت کیفری ایران در زمینه اتخاذ سیاست کاهش آسیب، با آن مواجه است، مقاومت نهادهایی همچون مدارس است که به دلیل فشار افکار عمومی، آموزش مداخله‌های کاهش آسیب را در دستور کار خویش قرار نداده است. این در حالی است که کشور کانادا علیرغم فشار افکار عمومی مشابه در مناطق بومی، سیاست کاهش آسیب را با توجه به نیاز جامعه در سطح مدارس اعمال نموده است.^۱

بنابراین در این پژوهش ابتدا اهداف و خصایص سیاست کاهش آسیب، تبیین می‌گردد، سپس جایگاه این سیاست در نظام تقنینی ایران بیان می‌شود و در انتها با توجه به مؤلفه‌های گفته شده و تجربیات کشورهای کانادا و پرتغال، مقررات ایران در این زمینه مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد.

۲. تبیین سیاست کاهش آسیب

در این مبحث ابتدا در جهت تبیین اهداف اولیه و ثانویه در امر کاهش آسیب، مفهوم، مؤلفه‌ها و ویژگی‌های این رویکرد بیان و سپس سیاست کاهش آسیب در نظام عدالت کیفری ایران تشریح می‌شود.

۲-۱. مفهوم شناسی

اصطلاح کاهش آسیب یا زیان‌کاهی برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ به سیاست‌ها و برنامه‌هایی اطلاق شد که هدف اولیه آن‌ها کاهش عوارض ناگوار بهداشتی در مصرف

۱. برخلاف اظهارات مسئولین آموزش و پرورش که مسأله مصرف مواد مخدر در میان مدارس را رد می‌نمایند، پژوهش‌های متعددی اثبات کرده‌اند که مصرف مواد در میان نوجوانان به یک مسأله تبدیل شده است. ر.ک: [۱۶، ۱۳۸۹].

2. Harm Reduction.

مواد مخدر بود. برای رویکرد کاهش آسیب که دستاورد علم پزشکی است، این تعریف مطرح شده است:

«سیاستی که جایگزین نوینی برای جلوگیری از آسیب‌های بالقوه در رفتارهای پرخطر افراد جامعه است»

هدف اصلی در رویکرد کاهش آسیب، حمایت از افرادی است که عادات رفتاری مانند مصرف مواد مخدر یا آمیزش جنسی کنترل نشده دارند، به گونه‌ای که از لحاظ سلامت، در معرض رفتارهای پرخطر باشند [۱۷، ص ۱].

امروزه آثار اجرای سیاست کاهش آسیب منحصر به علم پزشکی نیست، بلکه به رویکردی میان رشته‌ای تبدیل شده و مورد توجه علوم تربیتی، روانشناسی، جامعه‌شناسی و جرم‌شناسی قرار گرفته است.

بنابراین برای توجه به تمام جوانب کاهش آسیب، تعریف زیر، جامع به نظر می‌رسد: «کاهش آسیب، به‌عنوان یک خط مشی بدون نگاه ضد ارزشی به مصرف‌کننده مواد، در پی حمایت از وی در مقابل پیامدهای این عمل بوده و هدف اولیه آن، بهبود وضعیت سلامت فرد و جامعه است. همچنین اهداف ثانویه آن، انطباق هرچه بیشتر با جامعه (جامعه‌پذیری)، بازگشت مصرف‌کننده به تعادل روانی، کاهش جرایم مرتبط (مانند ارتکاب سرقت برای تأمین هزینه خرید مواد) و در نهایت کاهش میزان مصرف می‌باشد».

با توجه به تعریف فوق، علم پزشکی با توسل به این سیاست به دنبال کاهش بیماری‌های واگیردار، همچون ایدز و هپاتیت در جهت ارتقای سلامت عمومی است (هدف اولیه)، لکن اجتماعی شدن، بهبود تعادل روانی مصرف‌کننده و کاهش جرم، بخشی از اهداف ثانویه اجرای چنین رویکردی است که بسته به روش اجرای سیاست، خود را نمایان می‌سازد.

۱. منظور از مصرف‌کننده مواد در این مقاله، شخصی است که به مواد وابستگی پیدا کرده، به گونه‌ای که تمایل یا توان ترک آن را ندارد.

۲-۲. مولفه‌های^۱ کاهش آسیب

نویسندگان و صاحب نظران حوزه کاهش آسیب، مؤلفه‌هایی را برای سیاست کاهش آسیب بیان کرده‌اند که اهمّ ویژگی‌های این رویکرد به شرح ذیل است:

۲-۲-۱. عمل‌گرایی^۲

افراد اغلب به دلیل لذات فیزیکی مواد و بدون توجه به خطرات احتمالی، اقدام به مصرف می‌نمایند. از این رو رویکرد کاهش آسیب، برای رسیدن به اهداف مهم‌تر، ارتکاب برخی از جرایم را اجتناب‌ناپذیر می‌داند و همیشه مصرف میزانی مشخص از مواد مخدر را امری طبیعی می‌داند. این سیاست به جای اهداف مبهم و ایده‌آل‌گرایانه و دور از دسترس (ترک اعتیاد)، اهداف قابل دست‌یابی در جهت کاهش خطرات سوء مصرف را مورد توجه قرار می‌دهد. بنابراین ابتدا با توجه به میزان وابستگی شخص به مواد، سطح خطرانی که وی درگیر آن است، مشخص شده و سپس موثرترین و نزدیک‌ترین راه‌های کاهش خطرات مرتبط با مصرف، پیشنهاد می‌شود [۱۸، ص ۱۱]. بنابراین در رویکرد کاهش آسیب، موفقیت زمانی حاصل می‌شود که در عمل، آسیب‌های سوء مصرف مواد به حداقل برسند.

۲-۲-۲. رعایت کرامت انسانی^۳

در این رویکرد، عمل «انتخاب» از جانب مصرف‌کننده مواد مخدر، نه به‌عنوان یک مسأله اخلاقی، که به‌عنوان یک واقعیت پذیرفته می‌شود و صرف نظر از میزان و روش مصرف، هیچ نوع قضاوت اخلاقی (مثبت یا منفی) درباره مصرف‌کننده صورت نگرفته

-
1. Features
 2. Pragmatism
 3. Humanistic values



و فقط انتخاب و تصمیم وی مورد احترام قرار می‌گیرد [۱۹، ص ۱]. توضیح آنکه، شخص وقتی مصرف مواد را ترک نماید، رفتارهای پرخطرانه از خود بروز می‌دهد از این رو سیاست ترک اعتیاد، کرامت انسانی شخص معتاد را تهدید می‌کند و ادامه و کنترل مصرف از آسیب‌های روانی که به دلیل عدم مصرف، ایجاد می‌شود جلوگیری خواهد کرد.

۳-۲-۲. تمرکز بر آسیب‌ها^۱

در این رویکرد، تمرکز اصلی بر کاهش آسیب‌های بهداشتی، اجتماعی، روانی و دیگر عواملی است که فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این سیاست از همان ابتدا احتمال ترک مصرف را نه رد و نه تأیید می‌کند، بلکه با بررسی هر مورد به طور جداگانه، اظهار نظر می‌نماید. بنابراین اگرچه کاهش پیامدهای سوء مصرف مواد در برخی از افراد با ترک تدریجی محقق می‌شود، اما در برخی دیگر، تنها تغییر الگوی مصرف از تزریق به تدخین، موجب کاهش آسیب و تحقق اهداف این سیاست است [۱۸، ص ۱۲].

۴-۲-۲. اولویت‌بندی اهداف^۲

یکی دیگر از ویژگی‌های کاهش آسیب، اولویت‌بندی اهداف است، به این معنی که میان اهداف قابل دسترس، تقدم با آن مواردی است که از اهمیت بیشتری برخوردار باشند. بنابراین در دسترس‌ترین و معقول‌ترین اهداف به‌عنوان اولویت در دستور کار قرار می‌گیرند. برای مثال در رابطه با مصرف مواد مخدر، اولویت و هدف اول، اقدامات درمانی یا سم زدایی نیست، بلکه ارائه راهکارهای عملی برای کاهش خطراتی است که مصرف‌کننده و اجتماع با آن درگیر هستند [۱۹، ص ۱].

1. Focus on Harms
2. Hierarchy of Goals

۲-۲-۵. توازن هزینه و فایده^۱

اگرچه سیاست کاهش آسیب، در مقایسه با سایر سیاست‌ها از قبیل سزاگرایی و ترک مصرف، از لحاظ نظری، نیازمند ارزیابی است و به دلیل فراوانی متغیرهای تحت بررسی، ارزیابی این مسأله پیچیده و مشکل است؛ با این وجود، ارزیابی مصادیق دو دهه اجرای رویکرد کاهش آسیب در مقایسه با سایر سیاست‌ها، نمایانگر اثربخشی بیشتر و هزینه کم‌تر است [۶، ص ۷۴]. بنابراین در این رویکرد اولویت با توجه به منافع فرد و اجتماع مشخص می‌شود.

۲-۲-۶. انعطاف‌پذیری

از آن‌جا که رویکرد کاهش آسیب، برنامه‌های متعدد و متنوعی دارد، لذا در مرحله اجرا از انعطاف‌پذیری زیادی برخوردار است. به‌عنوان مثال، این رویکرد، بنا بر شرایط و تمایل فرد تزریق‌کننده مواد، با وجود این که تلاش می‌کند در مرحله اول، تدخین مواد را جایگزین تزریق آن نماید، لکن در صورت عدم تمایل تزریق‌کننده، توزیع سرنگ استریل برای تزریق امن را در دستور کار قرار می‌دهد تا حداقل شخص و اجتماع از خطرات تزریق در امان باشند.

۲-۲-۷. حق انتخاب مصرف‌کننده

اگرچه بنا بر نظر برخی از نویسندگان، استقلال بیمار به‌عنوان یکی از خصیصه‌های رویکرد کاهش آسیب مطرح شده است [۲۰، ص ۵]، با این حال مطابق تعریف مذکور، این سیاست، اهداف اولیه و ثانویه‌ای دارد و به نظر می‌رسد در راستای تحقق اهداف اولیه، یعنی ارتقای سلامت عمومی، به این دلیل که فرد و اجتماع به صورت توأمان مخاطب این برنامه هستند، دولت باید به نام حمایت از جامعه و حتی بدون خواست مصرف‌کننده، برخی از شقوق این سیاست را اجرایی نماید. همچنان که اگر مصرف

1. Balancing Costs and Benefits



کنندگان تزریقی، تمایلی به استفاده از سرنگ استریل نداشته باشند دولت موظف است به روش‌های مختلف استفاده از سرنگ استریل را در میان آنان نهادینه نماید. با این وجود «حق انتخاب» در رابطه با تحقق اهداف ثانویه (مانند متادون درمانی) از ویژگی‌های سیاست کاهش آسیب است که بدون اختیار فرد، اهداف ثانویه مد نظر محقق قرار نمی‌گیرد.

۲-۳. سیاست تقنینی ایران در قبال رویکرد کاهش آسیب

در سیاست تقنینی و اجرایی ایران، ممکن است اعمال سیاست کاهش آسیب مخالف موازین شرعی دانسته شود، لکن بحث از تطابق سیاست کاهش آسیب با موازین شرعی در این پژوهش جایی نداشته و تبیین این مسأله باید در تحقیقی مجزا انجام گیرد. بنابراین صرف نظر از مباحث اصولی و فقهی مسأله، جلوه‌هایی از این رویکرد که در سیاست تقنینی ایران پذیرفته شده، بیان و سپس در مبحث بعد به نقد و بررسی آن پرداخته می‌شود.

دولت ایران در چند سال اخیر، سیاست کاهش آسیب را در دستور کار قرار داده و در مقررات ایران تا سال ۸۰، جلوه‌ای از این سیاست وجود نداشته، به گونه‌ای که در قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷ و در اصلاح این قانون که در سال ۱۳۷۶ صورت گرفت، جلوه‌ای از موارد مربوط به کاهش آسیب مشاهده نمی‌گردد.

ظهور سیاست کاهش آسیب در مقررات ایران را باید سال ۸۱ دانست، زمانی که سازمان بهزیستی با توجه به بند ۱۲ ماده ۲۶ «قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۰/۲۷» که وظیفه تأسیس مراکز درمانی و بازتوانی معتادان را به عهده این سازمان گذاشته بود، اقدام به تدوین آیین‌نامه‌ای نمود با عنوان «ضوابط تأسیس، انحلال و مدیریت مراکز درمانی و بازتوانی سوء مصرف کنندگان مواد». اگرچه در این آیین‌نامه اشاره‌ای به سیاست کاهش آسیب نشده است، با این حال با بررسی مواد آن، رد پای این برنامه مشاهده می‌گردد. به‌عنوان نمونه، بند ۵ مورد ج

ماده ۷ این آیین نامه که دلالت ضمنی بر درمان با متادون دارد. همچنین در تبصره همین ماده، به تدوین آیین نامه سایر مراکز اقامتی و غیر اقامتی اشاره نموده که خدمات کاهش آسیب ارائه می‌کنند.

در تیرماه سال ۱۳۸۳ براساس قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی؛ سازمان بهزیستی کشور از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منفک و به مجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملحق گردید. این تغییر باعث شد که در این زمینه اختیار صدور آیین نامه‌های تأسیس مراکز درمان سوء مصرف مواد از سوی در اختیار وزارت بهداشت قرار گرفته، از سوی دیگر از حدود اختیارات سازمان بهزیستی خارج نشده و هر دو نهاد به طور موازی اقدام به تدوین و تصویب آیین نامه در این زمینه نمایند.^۱

در همین راستا وزارت بهداشت به استناد ماده ۹ قانون تشکیل وزارت، آئین نامه تأسیس مرکز خدمات کاهش آسیب وابستگی به مواد را در ۱۳/۹/۱۳۸۵ تصویب و به طور رسمی این سیاست را اتخاذ نمود. در خرداد ۱۳۸۸ نیز وزیر بهداشت وقت، با آیین نامه‌ای برخی از شقوق سیاست کاهش آسیب را در آیین نامه «راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد» ابلاغ نمود. و نهایتاً این که در اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر

۱. این تغییر ساختار با توجه به مقایسه آیین نامه‌های صادره از این دو نهاد، منجر به تغییر در نگرش رویکرد کاهش آسیب گردید و این سیاست را بیشتر از حالت ارائه خدمات اجتماعی، به ارائه خدمات پزشکی تبدیل نمود. سازمان بهزیستی در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۹۱ اقدام به صدور دستورالعمل‌هایی نمود که شرایط صدور مجوز برای برخی مراکز خدمات کاهش آسیب را ارائه می‌نمایند و در حال حاضر حدود اختیارات سازمان بهزیستی، و وزارت بهداشت نامشخص است. توضیح آنکه مراکز ترک اعتیاد برای تأسیس نیازمند کسب مجوز از هر دو نهاد هستند، لیکن در رابطه با مراکز گذری (مکانی که خدمات کاهش آسیب ارائه می‌کند)، هر یک به تنهایی اختیار صدور مجوز را بر اساس دستورالعمل خویش دارند.



مصوب ۱۳۸۹ در مواد ۱۵ و ۱۶^۲ برای اولین بار، فراتر از آیین نامه به این مسأله پرداخته شد، با این وجود در همین دو ماده نیز نحوه تأسیس و نظارت بر مراکز کاهش آسیب به تصویب آیین نامه‌های مربوطه واگذار گشته که متعاقب آن در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ آیین نامه‌های مربوطه ابلاغ گردید. همچنین بیان این نکته لازم است که لایحه‌ای با عنوان «جرم زدایی از قانون مواد مخدر و درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر» از خرداد سال ۱۳۸۴ به پیشنهاد قوه قضائیه و پس از تصویب هیأت وزیران در دستور کار مجلس بوده که در سال ۱۳۹۱ با تصمیم مرکز پژوهش‌های مجلس، این لایحه از دستور کار خارج شده، با این استدلال که مصوبات جدید مجمع تشخیص مصلحت نظام (مواد ۱۵ و ۱۶)، جامع بوده و مقررات مندرج در لایحه را در بر می‌گیرد. تمام اسناد فوق، سیاست تقنینی ایران در زمینه کاهش آسیب را شکل می‌دهد.

۳. بررسی تطبیقی سیاست کاهش آسیب

اهداف عمده مراکز کاهش آسیب؛ تقلیل عوارض بهداشتی ناشی از سوء مصرف مواد در معتادان پر خطر، ارتقای کیفیت زندگی مصرف کنندگان، ایجاد زمینه برای بازگشت به خانواده و جامعه حتی حین مصرف، شکستن چرخه اعتیاد و فقر، افزایش آگاهی معتادان تزریقی و پرخطر در مورد راه‌های انتقال بیماری ایدز و هپاتیت، کاهش بروز و شیوع رفتارهای پرخطر در مصرف کنندگان مواد و تقلیل موارد بروز و شیوع بیماری‌های عفونی منقول از راه خون مانند ایدز و هپاتیت و کاهش بروز و شیوع رفتارهای مجرمانه توسط مصرف کنندگان مواد می‌باشد، با این وجود سیاست کاهش

۱. «معتادان به مواد مخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده (۴) و (۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز یاد شده و بنا بر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان، وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.»

آسیب در ایران به دلیل عدم درک درست و فقدان بومی سازی به صورت مطلوب تدوین و اجرا نشده است. در ذیل با توجه به تجربیات کشورهای پرتغال و کانادا، راهکار مناسب برای تحقق اهداف سیاست کاهش آسیب بیان می‌گردد.

۳-۱. سیاست پرتغال در قبال اعتیاد

در سال ۲۰۰۰ میلادی، ۱٪ جمعیت کشور پرتغال (حدود ۱۰۰ هزار نفر) اعتیاد به مواد غیر قانونی داشتند. از این رو دولت این کشور با تصویب قانون، ضمن حفظ غیر قانونی بودن مصرف مواد مخدر، از آن قضا زدایی نمود. به این معنی که مصرف مواد مخدر همچنان غیرقانونی است؛ لکن مصرف کنندگان به جای محاکمه در دادگاه جنایی و تحمل مجازات زندان، به مراکز مشاوره و درمانی فرستاده می‌شوند. هدف قانونگذاران از این تغییر، ارتقای سلامت عمومی و تسهیل دسترسی به مصرف کنندگان بود. این قانون باعث شد افراد بیشتری مواد مخدر را امتحان نموده، اما تعداد کمتری به سمت اعتیاد کشیده شوند. ارزیابی این سیاست بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ نشان داد؛ اگر چه مصرف مواد غیرقانونی در میان بزرگسالان افزایش اندکی داشت، اما تعداد مصرف‌کنندگان نوجوان (همانند معتادان تزریقی) و همچنین میزان انتقال ایدز به دلیل تزریق مشترک، ۷۵ درصد کاهش یافت. همچنین از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۸، مراجعه افراد برای درمان سوء مصرف مواد، بیست درصد افزایش یافت. علاوه بر این اگرچه در ابتدا تصور می‌شد که با اجرای این سیاست، هزینه‌ها افزایش یابند لکن افزایشی در هزینه‌ها صورت نگرفت و بودجه مورد نیاز، از دستگاه قضایی به خدمات بهداشتی منتقل شد [۲۱، ص ۱۶].

دولت پرتغال اگرچه در سطح جامعه و در میان مصرف کنندگان، جلوه‌هایی از کاهش آسیب، مانند توزیع سرنگ استریل، مواد ضدعفونی‌کننده و کاندوم را اجرایی کرده است، با این حال، هر مصرف کننده‌ای با هر میزان مواد مخدر، در صورت



دستگیری، برای مشاوره به مکانی به نام «کمیته انصراف»^۱ اعزام می‌شود که متشکل از مشاوران حقوقی، روانشناسان و مددکاران اجتماعی است. عدم حضور در این کمیته‌ها به پرداخت جریمه، درمان اجباری یا سایر محرومیت‌ها منجر می‌شود [۲۲، ص ۶].

سیاست اتخاذ شده پرتغال، اگرچه مورد پذیرش اکثر حقوقدانان و سیاستمداران قرار گرفته، اما با برخی از مخالفت‌ها نیز مواجه شده است. آنتونیو مارتینز،^۲ رئیس کمیسیون بررسی پیش‌نویس قانون قضازدایی، یکی از دو نفری بود که مخالف جرم‌زدایی از مصرف مواد مخدر رأی داد. وی اگر چه پذیرفت قانون جدید، دستاوردهایی را به همراه داشته، در عین حال معتقد بود رویکرد مذکور نسبت به مصرف‌کنندگان بسیار سهل‌انگارانه است. فرانسیسکو چاوز،^۳ مسؤول یک مرکز درمانی نیز معتقد است: «تا زمانی که فرد اجبار نداشته باشد، علاقه‌ای به تغییر کردن نشان نمی‌دهد» [۲۳، ص ۳]. برخی دیگر حتی نگاه بدبینانه‌تری نسبت به این مسأله داشتند. مانوئل کوئلیو اعتقاد دارد در اثربخشی جرم‌زدایی از مصرف مواد در پرتغال، بزرگ‌نمایی شده است. او می‌گوید: «اگر این رویکرد فراگیر بشود، ما جهان را تبدیل به بیمارستانی کرده ایم که هرکس پرستار دیگری خواهد بود». این در حالی است که گزارش آماری ده سال اخیر در پرتغال، حاکی از عدم کاهش میزان مصرف‌کنندگان و افزایش میزان فوت حاصل از سوء مصرف مواد مخدر بوده است [۴، ص ۱۷]. با این وجود به نظر می‌رسد عدم کاهش میزان مصرف به دلیل افزایش مصرف در سراسر جهان بوده و ارتباطی با اجرای سیاست قضازدایی ندارد. ضمن آنکه پیشرفت و گسترش تحقیقات کالبدشناسی منجر به کشف تعداد بالای مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر شده است [۵، ص ۱۰۱۴]. همان‌طور که در اغلب کشورهای اتحادیه اروپا، بدون اجرای سیاست جرم‌زدایی، آمار نمایانگر افزایش میزان مصرف است [۶،

1. Dissuasion Commission
2. Antonio Martinez
3. Francisco Chavez.

ص ۳۰۵]. علاوه بر آن، نباید این مسأله را فقط از منظر کاهش یا افزایش میزان مصرف مواد و بدون توجه به آمار کاهش پیامدهای اعتیاد مورد ارزیابی قرار داد. چرا که اهداف اولیه سیاست‌های این چینی کاهش خطرات احتمالی سوء مصرف مواد و نه کاهش میزان مصرف است.

به همین منظور کارشناسان امر بهداشت بر این باورند که تصمیم پرتغال در ده سال پیش برای جرم‌زدایی از اعتیاد و کاهش آسیب سوء مصرف مواد به جای مجازات، تجربه‌ای موفق بوده است. البته این موفقیت تنها به دلیل جرم‌زدایی از اعتیاد نیست، بلکه سیاست‌های درمانی و کاهش آسیب نیز در این تحول موثر بوده‌اند [۲۱، ص ۱۸].

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش‌های فوق، قضا زدایی از رفتار مصرف‌کنندگان مواد مخدر در پرتغال، از سویی باعث افزایش میزان مصرف نگردیده و از سوی دیگر دسترسی به افراد مبتلا به را برای اجرای کردن برنامه‌های سیاست کاهش آسیب میسر نموده است.

با توجه به موارد فوق‌الذکر، سیاست ایران در تطبیق با تجربه پرتغال، در سه مورد قابل توجه است:

۳-۱-۱. تمرکز بر ترک اعتیاد

درمانی که هدف آن ترک مصرف است اگرچه در مراحل ابتدایی از جمله سم‌زدایی موفق است، اما به موفقیت چندانی دست پیدا نمی‌کند و غالباً شخص پس از مدت کوتاهی مجدداً روی به مصرف مواد می‌آورد. در عین حال، درمانهایی که نقش نگهدارنده داشته و در آن‌ها ماده‌ای مخدر به طور کنترل شده جایگزین مصرف مواد مخدر غیر مجاز می‌شوند، از درجه موفقیت بالایی در کاهش پیامدهای سوء مصرف مواد برخوردارند. اجماع میان دو برنامه درمانی فوق، دشوار است. این نقطه تفاوت اندیشه‌ی رویکرد کاهش آسیب در ایران و نمونه‌های موفق آن در جهان است.



در کشورهای همچون پرتغال، به‌عنوان مثال، درمان با متادون یا استفاده از مواد کم‌خطر نه به‌عنوان مقدمه‌ای بر ترک مواد، بلکه به‌عنوان راهکاری به جای سوء مصرف مواد مخدر استفاده می‌گردد و ترک مصرف به طور کامل، در اولویت بعدی قرار دارد [۲۴، ص ۲۰]. با این وجود، مصرف کنترل شده مواد، به میزان قابل توجهی عوارض جسمی، میزان جرایم و نابسامانی‌های اجتماعی و خانوادگی شخص مصرف‌کننده را کاهش داده است. برای مثال سیاست درمان با متادون، یک خط مشی است که فرد معتاد به مدت چند سال و گاه تا آخر عمر تحت درمان با متادون قرار می‌گیرد و عملاً مصرف ماده مخدر (به شکل متادون) قطع نمی‌شود و تنها از شکل غیر قانونی (مانند مصرف هروئین و تریاک) به شکل قانونی در می‌آید [۲۵، ص ۳۲۵]. افراد تجویز کننده متادون گر چه ترک آن را نیز در بلند مدت جزء اهداف خود می‌دانند، اما هیچگاه در اهداف سازمانی خود لحاظ نمی‌کنند، حال آنکه در ایران موسسات گوناگون از متادون به‌عنوان وسیله‌ای برای ترک اعتیاد استفاده می‌کنند. بنابراین اگرچه سیاست بیان شده در زندان و مراکز گذری، درمان با متادون است، اما همچنان تکیه بر پرهیز است. این مسأله در نظام عدالت کیفری از درجه اهمیت قابل توجهی برخوردار است، زیرا تا وقتی در ساختار یک مجموعه همچنان دیدگاه پرهیز از مصرف حاکم باشد، افراد کمتری برای کاهش آسیب به این مراکز مراجعه می‌نمایند. ضمن آنکه با شروع اقداماتی همچون سم زدایی و ترک کامل اعتیاد، احتمال وقوع رفتارهای مجرمانه (از جمله خشونت‌های خانوادگی) افزایش می‌یابد. چنین دیدگاهی به دلیل نوع نگاه قانونگذار است که به شیوه درمان با متادون، نه به‌عنوان نتیجه درمان (به این معنی که فرد مصرف‌کننده به جای آنکه مواد مصرف کند، صرفاً متادون مصرف نماید) بلکه به‌عنوان وسیله‌ای برای ترک اعتیاد نگاه می‌کند (صدر ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹).

افراد معتاد قابل دسته‌بندی به گروه‌های نسبتاً مجزا هستند و از نظر پیش‌آگهی و نوع پاسخ به درمان‌های مختلف نیز با یکدیگر تفاوت دارند، چه بسا یک نوع درمان در مورد گروهی بسیار موثر و در گروهی دیگر مخرب یا بی‌اثر باشد [۲۶، ص ۱۳۲].
بنابراین سیاست کاهش آسیب به دو علت باید در ایران بومی سازی شود:
اول این‌که رویکرد مذکور باید با توجه به هر طبقه از مصرف‌کنندگان به طرق مختلف اعمال گردد.

دوم این‌که همانند نمونه پرتغال باید نسبت به برخی از مواد مخدر سبک، جرم زدایی صورت گرفته تا برای درمان و کاهش آسیب برخی از معتادین تزریقی و استفاده‌کنندگان مواد مخدر پرخطر، از این مواد مخدر استفاده شود. اگرچه اغلب دولت‌ها صرفاً از برنامه‌هایی همچون مواد نگهدارنده (مانند متادون یا بوپرونورفین) استفاده می‌کنند لکن دولت ایران (همچون پرتغال) از این جهت که تعداد قابل توجهی مصرف‌کننده از گونه‌های متفاوت دارد، نمی‌تواند تنها به همین اقدامات اکتفا نماید. بنابراین در شرایط فعلی، الگوی ایران را می‌توان مشابه با وضعیت ۱۵ سال پیش در کشور پرتغال دانست که با جرم زدایی از مواد کم‌خطر و اجرای سیاست کاهش آسیب توانست به نتایج چشم‌گیری دست پیدا کند [۲۷].

۳-۱-۳. ارزش‌گذاری میان مصرف‌کنندگان

یکی از دلایل موفقیت سیاست کاهش آسیب در کشور پرتغال، پذیرش «انتخاب» مصرف‌کننده، صرف نظر از تأیید یا رد اخلاقی این انتخاب است [۲۸]. لکن این ویژگی مهم به طور مکرر در ایران، توسط قانون و آیین‌نامه‌های مربوطه نقض گردیده است. توضیح آنکه در قانون صرفاً مصرف‌کنندگانی که برای درمان اقدام نموده باشند و گواهی تحت درمان دریافت کرده باشند، مجرم محسوب نشده و روند درمانی خود را ادامه می‌دهند (ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹) اما افرادی که اقدام به درمان و ترک اعتیاد نکرده باشند، از این امتیاز برخوردار نبوده و تحت درمان اجباری قرار



می‌گیرند (ماده ۱۶).

همچنین دولت ایران اگر چه می‌تواند در مقابله با افرادی که تمایل به درمان ندارند، به منظور حفظ سلامت عمومی و کاهش خطرات سوء مصرف، آنان را به اجبار، تحت نظر نهادی مانند «کمیته انصراف» پرتغال قرار دهد، با این وجود برای اثربخشی اهداف ثانویه کاهش آسیب، استقلال مصرف‌کننده جزء لاینفک سیاست کاهش آسیب است. از سوی دیگر، زمان درمان این افراد توسط قانون و آیین نامه محدود شده است (بند و ماده ۴ آیین نامه ماده ۱۶) در حالی که سیاست کاهش آسیب هنگامی اثربخش است که کاهش آسیب‌ها در کوتاه‌ترین زمان صورت بگیرد، نه آنکه ترک اعتیاد در کوتاه‌ترین زمان محقق گردد.

۲-۳. سیاست کانادا در قبال کاهش آسیب در میان نوجوانان

در کانادا تزریق مواد مخدر در حال افزایش و مهم‌ترین دلیل انتقال ویروس ایدز است. میزان جمعیت تزریق‌کننده مواد در کانادا بین ۷۵ تا ۱۲۵ هزار نفر تخمین زده می‌شود که تقریباً ۲۵ هزار نفر از آنان را جوانان کانادایی تشکیل می‌دهند [۲۹، ص ۳۵]. آنچه باعث می‌شود کانادا به‌عنوان کشوری موفق در اجرایی کردن سیاست کاهش آسیب، شناخته شود، برداشتن موانع فرهنگی و اجتماعی فراوان است که پیش روی این کشور در اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در سطح نوجوانان قرار داشت. توضیح آنکه در رابطه با جوانانی که به سن قانونی نرسیده‌اند، اعمال سیاست کاهش آسیب به دلیل دغدغه‌های جدی اخلاقی قابل تأمل است. نوجوانی مرحله‌ای از زندگی است که شخص از لحاظ احساسی، اجتماعی و فکری در حال رشد و تغییر است و در طول این زمان، صلاحیت تصمیم‌گیری نوجوانان، محل تردید است.

از سویی این مسأله منجر به طرح این سؤال می‌شود که به طور میانگین در چه سنی می‌توان سیاست کاهش آسیب را در مدارس آموزش داد، به گونه‌ای که نوجوانان صلاحیت تصمیم‌گیری در این رابطه را داشته باشند و آموزش این سیاست منتج به

افزایش مصرف نوجوانان نشود. از سویی دیگر کاهش آسیب، زمانی ارزشمند و کارآمد است که قبل از تجربه اولین مصرف، افراد تحت آموزشهای لازم قرار گرفته باشند. قبل از اجرای یک سیاست، باید ابتدا مزایا و مضرات احتمالی آن مورد ارزیابی قرار گرفته و بررسی شود که در چه سنی انتظار می‌رود یک نوجوان مزایای رویکرد کاهش آسیب را درک نموده و فراتر از خطرهای احتمالی (همچون تشویق شدن به مصرف مواد) تصمیم درست را اتخاذ نماید. از این رو درجه‌ای از سن و سال باید لحاظ شود که در آن نسبت قابل توجهی از گروه هدف (نوجوانان زیر سن قانونی) توانایی اتخاذ گزینه‌های منطقی را داشته باشند [۱۷، ص ۴].

یکی از موانع اجرای سیاست کاهش آسیب در سطح مدارس آن است که مدیران به دنبال برنامه‌هایی با رویکرد پرهیز از استعمال مواد بوده و تمایلی برای آموزش راهکارهای کاهش آسیب به نوجوانان ندارند، به این دلیل که ممکن است با موانع و مشکلات قانونی برای خودشان یا مدارس مواجه شوند. همچنین نوع نگاه مدیر و والدین، در پذیرش آموزش سیاست کاهش آسیب در سطح مدرسه تأثیر گذار است [۳۰، ص ۴۱۴].

مانع مهم دیگری که از اجرای این سیاست در سطح مدارس جلوگیری نموده، فقدان مقررات کافی در این زمینه است. به این ترتیب، توقع تدوین مقررات رسمی، جهت حمایت از طرح کاهش آسیب در مدارس؛ دور از ذهن بوده و علاوه بر این مدیر مدرسه، مسئول یک گروه آموزشی است که باید تمام قوانین و مقررات موجود را رعایت نماید. با این حال، دانشمندان در کانادا از ظرفیت مقررات موجود در اجرای سیاست کاهش آسیب در سطح مدارس استفاده نموده‌اند.

قوانین کانادا مصرف سه ماده پر کاربرد «الکل، حشیش و تنباکو» توسط نوجوانان را غیر قانونی می‌دانند. این در حالی است که قانون نظارت بر مواد مخدر مصوب ۱۹۹۶، تنها مصرف حشیش را بدون توجه به سن مصرف کننده، جرم دانسته، اما در باب الکل و تنباکو، مصرف آن‌ها را توسط افراد کم سن و سال ممنوع می‌داند [۳۱،



ص ۷].

با این وجود، درخصوص جایگاه سیاست کاهش آسیب در سطح نوجوانان، قوانین مبارزه با مواد مخدر در کانادا (۱۹۸۷، ۱۹۹۲، ۱۹۹۸، ۲۰۰۳) مبهم بوده و باید تفسیر گردد. به عنوان مثال، هدف قانون مصوب ۲۰۰۳ کاهش تعداد مصرف کنندگان جوانی است که حشیش مصرف می کنند. همچنین در سند دیگری به نام «سند ملی کاهش آسیب های مرتبط با الکل و سایر مواد مخدر»، مصوب سال ۲۰۰۵، بخشی را به کودکان و جوانان در رابطه با مسائلی همچون؛ به تأخیر انداختن اولین مصرف و کاهش آسیب های بالقوه اختصاص داده است [۳۲، ص ۵۱].

علاوه بر اسناد فوق، کنوانسیون ۱۹۸۹ سازمان ملل متحد که در مورد حقوق کودکان در سال ۱۹۹۰ توسط کانادا تصویب شده است، به شناسایی حقوق سیاسی-اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی کودکان می پردازد. ماده ۳۳ این کنوانسیون به وضوح آموزش در جهت پرهیز از مصرف مواد را به منظور حفاظت و حمایت از کودکان از مواد روان گردان به رسمیت می شناسد.^۱ مواد قانونی ۵، ۱۲ و ۱۳ نیز بر حق تصمیم گیری و انتخاب کودکان مطابق با سن، رشد و تکامل صلاحیت آن ها در جامعه تأکید می ورزد. در نتیجه با استناد به این مقررات، مدیران مدارس توانسته اند در راستای سیاست کاهش آسیب، در سطح نوجوانان اقدام نمایند [۳۰، ص ۷].

اگرچه کاهش آسیب به عنوان یک پاسخ عملی به خطرات سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار می گیرد و تحقیقات و ارزیابی این سیاست، نشان دهنده کارآمدی رویکردهای کاهش آسیب در بین جوانان است، با این وجود خطرات ناشی از مصرف

۱. «حکومت ها تمامی اقدامات مناسب را از طریق استفاده از امکانات قانونی، اداری، اجتماعی و آموزشی بعمل می آورند تا کودکان را علیه موادی که مطابق اسناد بین المللی بعنوان مواد اعتیادآور و مخدر شناخته شده اند، حمایت نموده و از به کار گیری غیرمجاز کودکان در تولید یا توزیع این مواد جلوگیری می کنند.»

۲. «از سوی حکومت های امضاکننده این پیمان نامه، حق کودکی که توان ابراز نظر خود را دارد، به رسمیت شناخته می شود...».

مواد در گروه‌های سنی نوجوان و همچنین اثربخشی برنامه‌های کاهش آسیب باید به اندازه‌ای باشد که اتخاذ این سیاست نسبت به رویکرد اجتناب از مصرف مواد برتری داشته باشد.

در نظام عدالت کیفری ایران برای ایجاد نگرش منفی به مواد مخدر در میان دانش‌آموزان، بسته‌های معرفی مواد مخدر در اختیار دانش‌آموزان قرار می‌گیرد که در آن، مضرات انواع مواد مخدر جدید و صنعتی معرفی شده تا از این طریق، افزون بر معرفی آن‌ها به دانش‌آموزان، نسبت به آگاه‌سازی مدیران، معلمان، کارکنان مدارس و اطلاع‌رسانی به خانواده‌ها اقدام شود.

با این وجود مسئولین مربوطه اذعان می‌نمایند که با کاهش سن اعتیاد، مصرف مواد به دوران نوجوانی رسیده^۱ و از سوی دیگر مدتی است که بودجه قابل توجهی برای پیشگیری از اعتیاد به آموزش و پرورش اختصاص داده شده است.^۲ با این حال همچنان روند رو به رشد تعداد مصرف‌کنندگان در میان کودکان و نوجوانان ادامه دارد.^۳ بنابراین ضرورت آموزش سیاست کاهش آسیب در مدارس به شدت احساس می‌شود. با این وجود در سرفصل‌های آموزشی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس، به ندرت جلوه سیاست کاهش آسیب مشاهده می‌شود.

در بادی امر شاید بعید به نظر برسد که بتوان در موارد اینچنینی از تجربیات کشورهای همچون کانادا به دلیل تفاوت‌های فرهنگی میان دو کشور بهره برد، لکن با دقت در مسائلی که کشور کانادا در رابطه با بومیان خود پشت سر گذاشته، نشان می‌دهد که این کشور با موانعی شبیه شرایط فعلی ایران مواجه بوده است. در بعد سیاسی با وجود این‌که مسئولین به دنبال اجرای این سیاست بودند، اما جامعه بومیان و مدیران مدارس کانادا به شدت در مقابل چنین آموزش‌هایی در مدارس واکنش نشان دادند. هر چند با فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و اعتماد سازی که بیش از یک دهه

1. www.asriran.com/fa/news/409885.
2. www.taraznews.com/content/110174.
3. www.adna.ir/news/300/125.

صورت گرفت، این دولت توانست، آموزش سیاست کاهش آسیب در مدارس را به سرانجام برساند [۳۳، ص ۱۷].

بنابراین با توجه به مسأله بودن مصرف مواد مخدر در سطح نوجوانان در ایران نمی‌توان تنها به سیاست‌های پیشگیرانه متوسل شد و ناگزیر باید در این حوزه با احتیاط از سیاست کاهش آسیب استفاده نمود.

۴. نتیجه گیری

در راستای تحقق اهداف کاهش آسیب، به نظر می‌رسد بهترین راه حل، در دستور کار قرار دادن «لایحه جرم زدایی از قانون مواد مخدر و درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر» باشد. بنابراین باید ابتدا همانند سیاست اتخاذ شده توسط کشور پرتغال از رفتار مصرف کنندگان قضازدایی صورت گرفته تا از این طریق اعتماد سازی در میان مخاطبان آن شکل بگیرد و دسترسی به آنان ممکن شود. در نتیجه برخلاف نظر کارشناسان مرکز پژوهشی مجلس (که معتقدند مفاد این لایحه در اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹ درج گردیده و نیازی به تصویب یک قانون موازی نیست)، تدوین یک قانون مستقل و جامع در حوزه سوء مصرف مواد مخدر به‌عنوان تعدیل کننده رویکرد سزاگرا و درمان مدار در قانون مبارزه با مواد مخدر، ضروری است.

نکته قابل تأمل دیگر، جایگاه فعلی سیاست کاهش آسیب در میان مقررات مبارزه با مواد مخدر است. بعد از انقلاب اسلامی، مجمع تشخیص مصلحت نظام به‌عنوان مرجع تصمیم گیری درباره مجازات مصرف کنندگان مواد شناخته می‌شد، با این وجود، در سال‌های اخیر هیچ یک از مراجع قانونگذاری در رابطه با برنامه‌های سیاست کاهش آسیب و درمان مصوبه‌ای را تدوین ننموده و تنظیم مقررات در این زمینه به وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها واگذار شده است. امری که نشان می‌دهد نه تنها در محیط اجتماعی، بلکه در بستر سیاسی نیز سیاست مذکور مورد توجه قرار نگرفته و همچنان دیدگاه حاکم بر مصرف کنندگان مواد، سزاگرایی و تأکید بر ترک اعتیاد است. آنچه که

از مطالعات تطبیقی به دست می‌آید، نمایانگر این مسأله است که یک دولت، هنگامی در عملی کردن سیاست کاهش آسیب موفق است که آن را در رأس اقدامات خویش قرار دهد.

بنابراین با تجویز صدور آیین‌نامه، یا درمان با مواد نگهدارنده‌ای همچون متادون یا موارد مشابه نمی‌توان کمک‌چندانی به مصرف‌کنندگان تزریقی نمود و قانونگذار ابتدا باید از برخی مواد مخدر سبک، جرم زدایی کند تا کنشگران این عرصه نیز با آزادی عمل بیشتری اقدام به اجرای سیاست کاهش آسیب نمایند.

البته مفاد فعلی لایحه نیز با ایرادات فراوانی روبرو است. اول این‌که لایحه برخلاف عنوان، از مصرف مواد مخدر جرم زدایی ننموده و صرفاً همانند سایر قوانین، مصرف‌کننده‌ای را که برای درمان اقدام نماید، فاقد مجازات دانسته و تنها تحول این قانون آن است که در ماده (۳): «تجویز مواد مخدر و داروهای روان‌گردان را به منظور درمان و کاهش آسیب اعتیاد، مجاز و عملی غیر مجرمانه اعلام کرده است.» دوم این‌که در ماده (۱) لایحه، وظیفه کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان به وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه محول شده که به نظر می‌رسد تحویل مسؤلیت امر واحد به وزارتخانه‌های متعدد، در عمل موجب عدم تشخیص وظایف هر کدام خواهد شد. بنابراین از آن‌جا که وزارت بهداشت، در حال حاضر به استناد مواد ۱۵ و ۴۱ قانون مبارزه با مواد مخدر در این زمینه تشکیلات سازمان یافته‌ای دارد، بهتر است وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با ترسیم حدود اختیارات، ملزم به همکاری گردد. نتیجه آنکه با بازنگری و اصلاح لایحه، امکان تدوین سیاست تقنینی مناسب، با استفاده از تجربیات کشورهای موفق و بومی‌سازی این رویکرد، وجود دارد.

ضمن آنکه در مقررات موجود، هیچ‌گونه سیاست‌گذاری در زمینه کاهش آسیب در سطح مدارس صورت نگرفته است. همانطور که بیان شد کشور کانادا با وجود تمامی موانع، این سیاست را با استناد به اسناد و مقررات بین‌المللی و داخلی در سطح مدارس، عملی نموده است. بنابراین مسؤولین مربوطه نیز می‌توانند تا زمان وضع و تدوین

مقررات جامع در این زمینه، از مقررات فعلی داخلی و بین‌المللی استفاده نموده و این سیاست را در سطح نوجوانان با توجه به پایین آمدن سن اعتیاد، اجرا نمایند.

۵. منابع

- [۱] مدنی قهفرخی، سعید، *اعتیاد در ایران*، تهران، انتشارات ثالث، ۱۳۹۰.
- [۲] منادی، مرتضی، «چگونگی دگرگونی در رفتارهای اجتماعی مطالعه موردی ترک اعتیاد معتادان به مواد مخدر»، فصلنامه علمی-پژوهشی اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره ۸، شماره ۱، بهار ۹۱.
- [۳] صفری حاجت آقایی، سعیده و سایرین، «فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی موثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر (ایران: ۱۳۹۱ - ۱۳۸۳)»، فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال هشتم، شماره سی‌ام، ۱۳۹۳.
- [4] Coelho, Manuel Pinto, *Drugs: The Portuguese Fallacy and the Absurd Medicalization of Europe*, Motricidade 0055, vol. 11, n. 2, 0000.
- [5] Hughes, Caitlin Elizabeth; Stevens, Alex, *What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?*, Published: Oxford University Press on behalf of the Centre for Crime and Justice Studies (ISTD), 2010.
- [6] European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, 2010.
- [7] Haemmig R. B. and Tschacher W., *Effects of high-dose heroin versus morphine in intravenous drug users: a randomised double-blind crossover study*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(2), 2001.
- [8] Monti, P. M., Colyy, S. M., and O Leary, .. A, *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens through Brief Interventions*, New York: Guilford Press, 2001.

- [9] Slatvickis A, Drug and AIDS Prevention Group, Int Conf AIDS 2000 Jul 9-14.
- [10] Kahan, D. M. The progressive appropriation of disgust, In S. A. Bandes (ed.), the passions of law. New York University Press, 1999.
- [۱۱] لشکری پور، کبری و سایرین، بررسی کیفیت زندگی معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون، مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی، پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۸۹.
- [۱۲] داداشی، ارسلان و سایرین، بررسی دموگرافیک ۷۴۹ پرونده تشکیل شده در مرکز کاهش آسیب شهرستان رشت، مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی، پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۸۹.
- [۱۳] فرهودی، بهنام، اعتیاد تزریقی؛ کاهش آسیب و HIV/AIDS بحث ویژه: اپیدمی برنامه‌های سرنگ و سوزن، فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال اول، شماره سوم، ۱۳۸۲.
- [14] Office of National Drug Control Policy, The National Drug Control Strategy: 1998, A Ten Year Plan, 2008.
- [15] Somaini, Bertino; Grob, Peter, Commentary: How and why AIDS changed drug policy in Switzerland, Journal of Public Health Policy, Vol. 33, No. 3, 2012.
- [۱۶] ستاد مبارزه با مواد مخدر، پیشگیری اولیه از اعتیاد، مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی، ۱۳۸۹.
- [17] Poulin, Christiane, Harm reduction policies and programs for youth, Canadian Center on Substance Abuse, 2006.
- [18] Riley, D; Sawka, E; Conley. P; Hewitt, D; Mitic, W; Poulin, C; Room, R; Single, E; Topp, J., Harm reduction: concepts and practice, A policy discussion paper, Canadian Centre on Substance Abuse National Policy Working Group, 1999.



- [19] Gerald Thomas, Harm reduction policies and programs for persons involved in the criminal justice system, Canadian Centre on Substance Abuse, 2005.
- [۲۰] اسماعیلی، ایرج؛ راهرو خواجه؛ علی اصغر، کاهش آسیب در زندان، مجله اصلاح و تربیت، بهمن و اسفند، شماره ۸۲، ۱۳۸۷.
- [21] Greenwald, Glenn, "Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies", Washington: Cato Institute, 2009.
- [22] Hughes, Caitlin; Stevens, Alex, the Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal, the Beckley Foundation Drug Policy Programme, Published Online, 2007. (<http://www.beckleyfoundation.org/bib/doc/bf/2007>).
- [] The Guardian Britain looks at Portugal's success story over decriminalizing personal drug use, September 5th. 110.
- [24] Banys, P, Low (40mg) versus high 80mg dose methadone in a 180-day heroin detoxification programs, Journal of Substance Abuse Treatment, 1994.
- [25] Doweiko HE, Concepts of Chemical Dependency, Pacific Grove CA: Brooks/cole Publishing Company, 1999. [26] Washton, AM, Naltrexone in addicted business executives and physicians, Journal of Clinical Psychiatry, 1984.
- [27] Domsolawski, Artur, Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use, Open Society Foundations, 2011.
- [28] Laqueur, Hannah, "Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal," Law & Social Inquiry, 2015.
- [۲۹] روحی، افسر؛ سلیمانی، اکبر، برنامه‌های کاهش آسیب در کشور کانادا، مجله اصلاح و تربیت، شماره ۹۵، ۱۳۸۹.

- [30] Poulin, C; Wilbur, B., Nova Scotia Student Drug Use 2002: Technical Report. Dalhousie University, Community Health and Epidemiology & Nova Scotia Department of Health, Addiction Services. Halifax, Nova Scotia, Canada, 2002.
- [31] Somers, J. M., Harm reduction and the prevention of alcohol problems among secondary school students, University Microfilms International, 1995.
- [32] Canadian Centre on Substance Abuse, National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and other Drugs and Substances in Canada, Published Online, 2005.
- [33] Dell, Colleen Anne & Lyons, Tara, Harm reduction policies and programs for persons of Aboriginal descent, Canadian Centre on Substance Abuse National Policy Working Group, 2007.

