

ارزیابی سیاست‌های کاهش آسیب بر معتادان خیابانی و مراکز ترک اعتیاد شهر تربت حیدریه

احمد محمدی

دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، ایران.

نام نویسنده مسئول:

احمد محمدی

چکیده

زمینه و هدف: امروزه سیاست‌ها کنترلی مواد مخدر در راستای کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر بوده و ترک اعتیاد به عنوان هدف تبعی مدنظر قرار گرفته است. این سیاست‌ها در کشور ما نیز از سال ۱۳۸۰ به بعد تجلی پیدا کرده است. هدف از این مطالعه، بررسی میزان تأثیر سیاست‌های کاهش آسیب در چهار مورد آموزشی، بهداشتی، حمایتی و کاهش رفتارهای پرخطر و مجرمانه بر معتادان شهر تربت حیدریه می‌باشد.

روش کار: این مطالعه به شیوه تحلیل محتوی کیفی انجام شد. ۱۰ مشارکت‌کننده به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با روش مصاحبه فردی و به صورت نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شد و سپس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در تحلیل اطلاعات بدست آمده از تبیین تجارب افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، ۴ درون مایه اصلی و ۱۵ درون مایه فرعی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه میزان تأثیر اجرای سیاست‌های کاهش آسیب در شهر تربت حیدریه را مشخص نمود. افزایش بازارهای غیرقانونی مواد مخدر، مصرف منجر به مرگ، افزایش ارتکاب جرم به ویژه سرقت و تکدی‌گری، عدم تمایل به حضور در مراکز ترک اعتیاد به دلیل بار مالی همه‌نشانگر عدم اجرای مناسب سیاست‌های کاهش آسیب می‌تواند باشد. بدین منظور راهکارهایی جهت کاهش پیامدهای ناشی از مصرف مواد مخدر با توجه به فرهنگ حاکم در این مناطق از قبیل: آموزش، در اختیار قرار دادن ملزومات پزشکی، پاک‌سازی معابر، ایجاد اماکن ورزشی، ایجاد مشاغل خانگی، ایجاد کارگروه ویژه بررسی مسائل بهداشتی به دلیل اورژانسی بودن و ... پیشنهاد گردید.

واژگان کلیدی: مواد مخدر، سیاست‌های کاهش آسیب، مصرف‌کنندگان مواد.

مقدمه

کشورها امروزه از آسیب‌های ناشی از مواد مخدر در آمان نیستند بدین منظور به دنبال پیشگیری و یافتن راهکار جهت کاهش آسیب‌های ناشی از آن می‌باشند «اگر بخواهیم برای استراتژی مبارزه با مواد مخدر و آسیب‌های ناشی از آن، یک شکل هندسی ترسیم کنیم، این شکل هندسی، در یک قالب کلی، به صورت مثلثی متساوی‌الاضلاع خواهد بود که اضلاع آن را کاهش عرضه^۱، کاهش تقاضا^۲ و کاهش آسیب^۳ تشکیل خواهد داد.» (اسعدی، ۱۳۸۲: ۱۳) در این راستا کشورهای آمریکا، استرالیا و برخی کشورهای اروپایی با اجرای برنامه‌های ارزیابی شده‌ی مبارزه با مواد مخدر توانسته‌اند با تغییر نگرش خود از سیاست تک بعدی به سیاست چند وجهی با توجه به کاهش آسیب به موازات کاهش عرضه و تقاضا موفقیت‌هایی داشته و مشکل مواد مخدر را مهار نمایند.

فرایند سیاست عمومی داخلی این کشورها در حوزه‌ی کاهش آسیب فراتر از مرز دولت‌ها به یک اقدام جهانی تبدیل شده است به نحوی که در دستور کار و برنامه‌های دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۴ قرار گرفته است. سیاست کاهش آسیب «بر این پایه قرار دارد که می‌توان از عوارض نامطلوب یک عمل مضر (در این مورد استفاده از مواد مخدر) کاست، بدون آنکه ضرورتاً با کاهش آن عمل همراه باشد. کاهش آسیب قبول دارد که خودداری یک هدف ایده‌آل است، ولی پذیرای روش‌های جایگزینی است که به کاهش آسیب‌های ناشی از یک رفتار پرخطر منجر می‌شود.» (فرهودی، ۱۳۸۲: ۱۷۶)

کاستن از شدت آسیب، تمام تغییرات رفتاری، رابطه‌ی جنسی، مقدار و نوع ماده‌ی مخدر را شامل می‌شود و عبارت است از هر اقدامی که زیان‌های آسیب اعتیاد به مواد مخدر را برای فردی که نمی‌تواند و یا نمی‌خواهد رفتار خطرناک خود را ترک کند، کاهش دهد. بنابراین سیاست‌های کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر در چارچوب سیاست‌های اجتماعی (امنیت اجتماعی)، بهداشتی (ابتلاء به بیماری‌های واگیردار، اغماء، تشنج و حتی مرگ)، اقتصادی (هزینه‌ای اقتصادی به خانواده و جامعه به دلیل ناکارآمدی و هزینه مصرف)، اخلاقی و مذهبی می‌باشد.

اجرای سیاست‌های کاهش آسیب در خصوص مصرف کنندگان مواد مخدر در کشورهای توسعه یافته با موفقیت‌های چشمگیری روبرو بوده است. از جمله در انگلستان برنامه‌های کاهش آسیب از اواخر دهه‌ی هشتاد در برخی نواحی آن شروع شد و به علت موفقیت آن در نواحی دیگر نیز گسترش یافت. در طی این برنامه‌ها، انواع وسیعی از خدمات نظیر تعویض سرنگ، آموزش، تجویز داروهایی همچون متادون، هروئین و کوکائین، مشاوره، کارایی و خانه‌یایی ارایه می‌شود. به عبارت دیگر، ابتدا به کلیه‌ی مراجعه کنندگان «درمان اعتیاد» ارائه می‌شود اگر وی درمان را رد کند، آن وقت امکان‌های دیگر در اختیار وی قرار می‌گیرد تا آسیب کمتری به خود و جامعه بزند. در هلند نیز در سال ۱۹۸۰، سیاست‌های کاهش آسیب با استفاده از نظرات خود معتادان بسته شد و متعاقب آن گسترش یافت. این برنامه‌ها شامل مواردی چون توزیع مواد مخدر کم خطرتر به طور کنترل شده تا توزیع سرنگ و سوزن یک بار مصرف بوده که این برنامه‌ها برخلاف آنچه در ابتدا باعث نگرانی می‌شد با گسترش اعتیاد همراه نبوده است. موفقیت برنامه‌های کاهش آسیب در این کشور منجر به تغییراتی در سیاست‌های مربوط به مواد مخدر، در هلند شد که با عنوان «عادی‌سازی»^۵ خوانده می‌شود. «عادی‌سازی»، در درجه‌ی اول معطوف به نیازهای معتادان و به حداقل رساندن همه‌ی آسیب‌هایی که در اثر رفتارهای قابل کنترل، ایجاد می‌شود، می‌گردد. (همان؛ ۱۷۶)

بررسی سیر تحول سیاست‌ها در خصوص مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران را می‌توان به دو دوره قبل از سال ۱۳۸۰ شمسی و بعد از آن تقسیم نمود. در دوران قاجاریه مصرف مواد مخدر مساله اجتماعی تلقی نمی‌شد و مصرف کنندگان نیز مجرم و متخلف تلقی نمی‌شدند به طور کلی در «مجموع طی سالهای ۱۲۸۹ تا ۱۳۴۷ هجری شمسی تعداد ۵۲ قانون و نظام نامه توسط دولت‌های وقت در خصوص مبارزه با مواد مخدر به تصویب رسید.» (غنچی، ۱۳۸۶: ۳۰) که بیشتر استراتژی‌ها با رویکرد اقتصادی، ممنوعیت کشت و... می‌باشد در بعد از انقلاب از سال ۱۳۵۷ تا سال ۱۳۸۰ بیشتر سیاست‌ها به سمت سیاست‌های مقابله با عرضه، قاچاق می‌باشد. در مورد مصرف کنندگان مواد مخدر نیز ابتدا در ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷/۰۸/۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام مقرر می‌دارد: «از تاریخ لازم الاجرا شدن این قانون: الف- کلیه‌ی معتادان به مواد مخدر مذکور در ماده ۸ موظفند ظرف شش ماه اقدام به ترک اعتیاد نمایند و ستاد موظف است از همین تاریخ مطابق برنامه و با رعایت اولویت‌ها معتادان مذکور را به مراکز ترک اعتیاد معرفی کند و...» و در ماده ۱۶ نیز بعد از ترک برای فرد معتاد مجازات تعیین می‌نماید. در قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۱۳۷۶/۰۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز همچنان سیاست کیفری مجازات محور با فرض ترک در خصوص مصرف کنندگان مواد مخدر در ماده ۱۵ مقرر می‌دارد: «اعتیاد جرم است ولی به کلیه‌ی معتادان اجازه داده می‌شود، به مراکز مجازی که از طرف وزارت

1-Supply Reduction

2- Demand Reduction

3- Harm Reduction

4- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

1- Normalization

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌گردد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند. تبصره ۱- معتادان مذکور در طول مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف می‌باشند و...» ماده ۱۶ نیز تعیین مجازات می‌نماید. در سیاست‌های قبل از سال ۱۳۸۰ رویکرد قانونگذار مبتنی بر ترک اعتیاد و مجازات می‌باشد و به علت عدم توجه به مقوله ی سیاست‌های کاهش آسیب، آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر رشد چشمگیری دارد اما از سال ۱۳۸۰ بدلیل شیوع مصرف مواد تزریقی گرایش به سمت الگوبرداری از سیاست‌های کاهش آسیب از کشورهای موفق منجر به آن شد که در ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۰/۲۷ سازمان بهزیستی کشور موظف به تاسیس مراکز درمانی و بازتوانی معتادین گردد بعد از آن در قانون برنامه چهارم توسعه ی کشور در ماده ۹۷ مقوله پیشگیری و مقابله با آسیب‌های اجتماعی با تاکید بر کاهش اعتیاد به مواد مخدر پیش بینی شد. (حسینی، ۱۳۸۹؛ ۱۲۴-۱۱۹) تا اینکه در سال ۱۳۸۹ با اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ در ماده ۱۵ مقرر می‌دارد: «معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تظاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند.» در تبصره ۲ ماده مذکور وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف می‌شود ضمن تحت پوشش درمان و کاهش آسیب قرار دادن معتادان بی‌بضاعت، تمام هزینه‌های ترک اعتیاد را مشمول بیمه‌های پایه و بستری قرار دهد. در ماده ۱۶ نیز برای معتادان به مواد مخدر و روان‌گردان که شرایط ماده ۱۵ را رعایت نمی‌کنند نگهداری در مراکز درمان و کاهش آسیب را تعیین می‌نماید. همچنین در بند ۸ ماده ۱ آیین نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۹۱/۰۳/۲۳ مرکز کاهش آسیب «مرکزی است که در مورد معتادانی که قادر و یا حاضر به ترک دائم نیستند و به دلیل رفتارهای پرخطری که از خود بروز می‌دهند به منظور کنترل و کاهش آسیب‌های آنان به جامعه و سایر افراد و در راستای ترغیب آنها برای درمان و تاسیس اداره می‌شوند.» در بند ۲ دستورالعمل اجرایی آیین نامه فوق مصوب ۱۳۹۱/۰۵/۰۴ در تعریف کاهش آسیب مقرر می‌دارد: «مجموعه سیاست‌ها یا برنامه‌هایی است که در جهت کاهش عوارض بهداشتی، و عواقب منفی اجتماعی و اقتصادی ناشی از مصرف و وابستگی به مواد مخدر و روان گردان اعمال می‌شود.»

این بررسی نشانگر آن است که از سال ۱۳۸۰ به دنبال سیر افزایشی آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر چون افزایش ناامنی‌های اجتماعی و افزایش جرایم مصرف کنندگان مواد مخدر، لطامات سنگین اقتصادی خانواده‌های افراد مصرف کننده، ناکارآمدی معتادان برای جامعه و هزینه سنگین دولت‌ها برای بیماری‌های واگیردار چون ایدز و هپاتیت و بیماری‌های پوستی، و مرگ و میر معتادان، تشنج و اغما ضرورت برنامه ریزی برنامه‌های متمرکز بر کاهش آسیب‌های اجتماعی، بهداشتی، امنیتی، اقتصادی، اخلاقی و مذهبی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر حس گردید که با الگو برداری از سیاست‌های کاهش آسیب از کشورهای موفق سیاست‌های خود را از تک محوری «جنگ علیه مواد مخدر» به چند محوری و توجه به سیاست‌های کاهش آسیب تغییر داد.

هدف از این مطالعه آن است تا میزان تأثیر سیاست‌های کاهش آسیب در چهار مورد سیاست‌های آموزشی، بهداشتی در قالب توزیع ملزومات بهداشتی، حمایتی و سیاستهای کاهش رفتارهای پرخطر و مجرمانه را بر معتادان شهر تربت حیدریه بررسی نماییم.

روش کار

این پژوهش، با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی انجام شد. تحلیل محتوای کیفی، شیوه‌ای تخصصی در پردازش داده‌های علمی است که به منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن مورد استفاده قرار می‌گیرد تا داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر شود. نمونه‌گیری در این مطالعه، به صورت مبتنی بر هدف^۱ انجام گردید. در مطالعات کیفی، نمونه‌گیری بر خلاف مطالعات کمی که با روش‌های مختلف و حجم آن با توجه به تکنیک‌های آماری مشخص می‌گردد، هدفمند است. پژوهشگر ممکن است که نمونه‌های شاخص، استثنایی (افراد متفاوت) و نمونه‌های کلیدی که بیشترین اطلاعات را در ارتباط با موضوع مورد نظر می‌دهد و یا نمونه‌های گوناگون دیگر انتخاب کند. مطالعه در شهر تربت حیدریه انجام شد، برای انتخاب افراد از ۲ مرکز ترک اعتیاد و ۴ محله از شهر که معتادان در آن مکان جمع می‌شوند استفاده شد؛ (معتادان خیابانی) مراکز ترک اعتیاد از نظر توزیع جغرافیایی در خروجی شهر به سمت مشهد که دارای ۴۰ فرد تحت درمان (مرکز ۱) در ورودی شهر از گناباد که دارای ۳۵ فرد تحت درمان (مرکز ۲) می‌باشند.

محل های تجمع معتادان (معتادان خیابانی) نیز در ۴ محله مورد شناسایی قرار گرفت که مهمترین آنها محله کوی بازرگان (محله ۱) بود سایر محله ها نیز محله های معروف به سنگتروسی و کوی امام (محله ۲)، تپه ننه حبی (محله ۳)، تپه قربت ها (محله ۴) می باشد. معتادان مراکز ترک اعتیاد به این دلیل انتخاب شده اند که ممکن است برخی از آنها در اثر اجرای برنامه های کاهش آسیب به این مراکز راهنمایی شده باشند. در مصاحبه از معتادین مراکز ترک اعتیاد افرادی انتخاب شدند که از حضور آنها بیش از ۵ روز در مرکز نمی گذشت. و همه افراد انتخاب شده تجربه کارتن خوابی و اعتیاد خیابانی را داشته اند.

مصاحبه به صورت فردی و از روش نیمه ساختاریافته استفاده شد که روشی معتبر برای کسب اطلاعات از مشارکت کنندگان است. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پیش از شروع مصاحبه، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت در تحقیق شرکت کردند. از آنها برای ثبت اطلاعات اجازه گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده، فقط در جهت اهداف تحقیق به کار گرفته می شوند و در گزارش تحقیق هویت آنها محرمانه خواهد ماند. همچنین مشخصات هویتی مصاحبه کنندگان جهت جلب اعتماد گرفته نشده است. نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها ادامه پیدا کرد و مصاحبه ها در مصاحبه نفر دهم متوقف شد. تمامی ۱۰ نفر مورد مطالعه مرد بودند به این دلیل که چند نفر زن مورد شناسایی قرار گرفت ولی دسترسی به آنها جهت انجام مصاحبه پیدا نکردید.

علت ادامه ندادن مصاحبه با تعداد بیشتری از افراد، اشباع اطلاعاتی در مرحله جمع آوری داده ها بود و از آنجایی که نتایج مصاحبه ها بسیار به هم نزدیک بود و تا حدودی اکثر مفاهیمی که در قسمت نتایج آورده شده است، توسط بیش از یک نفر بیان شد (اضافه نشدن مطالب جدید به مطالب دسته بندی قبلی)، به نظر می رسید که پاسخ های دریافتی به حد تقریبی به اشباع رسیده و حجم نمونه کافی بوده است.

در مصاحبه علاوه بر ۱۵ سؤال اصلی پژوهش از مصاحبه شوندگان خواسته شد که اگر اطلاعات بیشتری در این زمینه دارند نیز بدهند. مصاحبه در نزد تک تک افراد و به صورت انفرادی صورت گرفت. برای هر مصاحبه تقریباً بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان به کار برده شد. تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها صورت گرفت. در همان زمان مصاحبه کلمات به روی کاغذ منتقل می شد در مرحله بعد کدبندی داده ها بود. منظور از کدبندی دادن برچسب یا نام قطعاتی از داده ها بود. در این مرحله کدهای اولیه استخراج شد که کد اولیه به دست آمد. پس از کدبندی، با توجه به معنایی که از کدها حاصل می شد، درون مایه ها یا الگوهای اصلی توسط محقق استخراج شد. در نهایت، محقق با استفاده از مقایسه دایم کدها، شباهت ها و تفاوت های موجود در مفاهیم استخراج شد و یک نوع ادغام در موضوعات مشابه ایجاد گردید. بدین طریق درون مایه ها استخراج گردید و در نهایت با مرور مجدد کدها و درون مایه ها موضوعات اصلی مطالعه به دست آمد.

نتایج

از ۱۰ نفر انتخاب شده ۵ نفر از مراکز ترک اعتیاد و ۵ نفر نیز از محله های مذکور مورد شناسایی قرار گرفته اند. محدوده سنی افراد معتاد مورد مطالعه بین ۲۸ تا ۴۴ سال قرار داشتند که از بین آنها ۲ نفر مجرد، ۵ نفر متأهل و ۳ نفر طلاق گرفته بودند مدت اعتیاد در بین این افراد کم ترین ۱۰ سال و بیشترین ۲۰ سال می باشد. (جدول ۱)

محل مصاحبه	جنسیت	سن (سال)	وضعیت تأهل	مدت اعتیاد (سال)
مرکز ۱	مرد	۴۰	متأهل	۱۳
مرکز ۱	مرد	۴۱	متأهل	۲۰
مرکز ۱	مرد	۴۴	متأهل	۱۷
مرکز ۲	مرد	۲۸	مجرد	۱۰
مرکز ۲	مرد	۳۵	متأهل	۱۰
محله ۱	مرد	۳۳	مجرد	۱۵
محله ۱	مرد	۳۶	همسر طلاق گرفته	۱۳
محله ۲	مرد	۳۲	همسر طلاق گرفته	۱۰
محله ۳	مرد	۳۴	همسر طلاق گرفته	۱۵
محله ۴	مرد	۴۱	متأهل	۲۰

در اطلاعات بدست آمده از تبیین تجارب افراد شرکت کننده در این پژوهش، ۴ درون مایه اصلی و ۱۵ درون مایه فرعی استخراج شد که درون مایه اصلی شامل سیاست های آموزشی (با ۴ درون مایه فرعی؛ آگاهی از اقدامات مراکز ترک اعتیاد، آگاهی از انتقال بیماریهایی

واگیردار از طریق تزریق با سرنگ آلوده، آگاهی از شیوه ی استریل نمودن سرنگ آلوده و استفاده از کاندوم و آگاهی از عوارض استعمال مواد مخدر سمی و ناخالص)، سیاست های بهداشتی در قالب توزیع ملزومات بهداشتی (با سه درون مایه ی فرعی؛ توزیع سرنگ استریل، توزیع مواد ضدعفونی کننده و توزیع کاندوم) و اقدامات حمایتی (با ۵ درون مایه ی؛ پیشنهاد مراجعه به مراکز ترک، توزیع مواد مخدر خالص و غیرسمی، تأمین مکان خواب و تأمین غذای گرم و اعزام به بیمارستان) و بروز و شیوع رفتارهای پرخطر مجرمانه (با ۳ درون مایه ی فرعی؛ سرقت، تکدی گری، خرده فروشی مواد) (جدول ۲)

مفاهیم اصلی	درون مایه های فرعی
سیاست های آموزشی	آگاهی از اقدامات مراکز ترک اعتیاد
	آگاهی از انتقال بیماریهای واگیردار از طریق تزریق با سرنگ آلوده
	آگاهی از شیوه ی استریل نمودن سرنگ آلوده و استفاده از کاندوم
	آگاهی از عوارض استعمال مواد مخدر سمی و ناخالص
سیاست های بهداشتی در قالب توزیع ملزومات بهداشتی	توزیع سرنگ استریل
	توزیع مواد ضدعفونی کننده
	توزیع کاندوم
	پیشنهاد مراجعه به مراکز ترک و علت عدم مراجعه
اقدامات حمایتی	توزیع مواد مخدر خالص و غیرسمی
	تأمین مکان خواب
	تأمین غذای گرم
	اعزام به بیمارستان
	سرقت
بروز و شیوع رفتارهای پرخطر مجرمانه	تکدی گری
	خرده فروشی مواد

در خصوص درون مایه ی اصلی آموزش همه مصاحبه شوندگان اعلام نمودند که از انتقال بیماری های واگیردار از طریق تزریق با سرنگ آلوده آگاهی دارند ولی وقتی سوالات در این خصوص عمیق تر می شد که چه بیماری هایی و اینکه این آگاهی را از کجا بدست آوردید نشانگر آن بود که آگاهی آنها سطحی است در بین آنها افرادی که سابقه ی زندان داشتند اعلام نمودند که در زندان دوره ی آموزشی در این خصوص دیده اند و سایرین هم اطلاعات خود را در این خصوص از طریق رسانه های جمعی بدست آورده اند. در پاسخ به این سوال که آیا از نحوه استریل نمودن سرنگ آلوده برای جلوگیری از انتقال بیماری های واگیردار آگاهی دارید و یا از کاندوم در روابط جنسی برای جلوگیری از انتقال بیماریهای واگیردار استفاده نموده اید. همه شرکت کنندگان در خصوص نحوه استریل نمودن سرنگ هیچ اطلاعاتی نداشتند و پاسخ همه ی آنها این بود که با آب می شوریم و در لحظه ی مصرف به این موضوع اصلاً فکر نمی کنیم پاسخ یکی از مصاحبه شوندگان «حتی اگر در لحظه مصرف سرنگ آلوده خون بسته باشد فندک زیر آن می گیریم تا خون بسته شده رها شود و بعد استفاده می کنیم» در خصوص کاندوم نیز استفاده آنها به دلیل جلوگیری از بارداری در رابطه ی جنسی بوده و نه آگاهی آنها از انتقال بیماریهای واگیردار. پاسخ آنها به درون مایه ی فرعی دوم سطحی بودن آگاهی آنها از سرنگ آلوده و انتقال بیماری از این طریق را آشکارتر می سازد. همه شرکت کنندگان از عوارض مواد مخدر سمی آگاهی داشتند و ۵ نفر از آنها مرگ اطرافیان خود را در اثر ماده سمی مشاهده نموده بودند در این مرگ و میرها به دوره ای اشاره می کنند که مواد سمی وارد منطقه شده است. آگاهی آنها از عوارض مواد مخدر سمی از مشاهدات خودشان و تجربه عوارض ناشی از استعمال مواد مخدر سمی می باشد. همه مصاحبه کنندگان از اقدامات مراکز ترک اعتیاد آگاهی دارند که تجربه مراجعه به مراکز یا از طریق برگه هایی که در محله های پاتوق معتادان خیابانی پخش شده و یا همونوعان خود آگاهی یافته اند.

در خصوص درون مایه ی اصلی سیاست های بهداشتی در قالب توزیع ملزومات رایگان سوزن استریل، مواد ضدعفونی کننده و کاندوم تمامی مصاحبه کنندگان اعلام نمودند که به صورت رایگان پخش نشده حتی در مواردی که به داروخانه ها مراجعه نمودیم با سماجت

توانسته ایم بخریم به جز دو نفر از آنها که در شهر مشهد سابقه کارتن خوابی (معتاد خیابانی) داشته اند اعلام نمودند که در سوپرمارکت محل، سرنگ استریل و آب مقطر به صورت رایگان در اختیار قرار داده شده است.

در خصوص درون مایه‌ی سیاست‌های حمایتی پیشنهاد مراجعه به مراکز ترک اعتیاد به همه‌ی افراد شده است که این پیشنهاد در ۱۰ نفر از طریق خانواده و دوستانشان و یکی نفر از مصاحبه شوندگان مرکز ۱ نیز اعلام نموده که این پیشنهاد علاوه بر دوستان و خانواده توسط نیروی انتظامی نیز به او شده است. همه مصاحبه شوندگان اعلام نمودند که توزیع مواد مخدر غیررسمی را مشاهده ننموده اند فقط شربت بوده که آن هم پولی است و تهیه‌ی آن از تهیه مواد سخت تر است. همه‌ی مصاحبه شوندگان در شرایطی که معتاد خیابانی بودند مکان خواب خود را در کوی بازرگان، زیرپل‌ها تامین نموده اند که در فصل سرما مرگ و میر اطرافیان خود را نیز مشاهده نمودند البته معتادان خیابانی محله ۱، ۲، ۳ و ۴ و یک نفر از معتادان مرکز ۱ اعلام نمودند که در این چند ماه اخیر محلی برای گذران شب در پارک شهید ثامن پیش بینی شده است که شب خودمان را معرفی و صبح از آنجا خارج شویم. که دو نفر از آنها اعلام نمودند به صورت اجباری توسط نیروی انتظامی به محل راهنمایی شده اند ولی به دلیل دور بودن از شهر و اینکه در آن مکان اجازه استعمال مواد نمی‌دهند دیگر به آنجا مراجعه نکرده اند.

در خصوص در اختیار قرار داده شدن غذا به صورت رایگان همه اعلام نمودند که چلو کباب معتادان کیک و کلوچه است محل تأمین غذا توسط معتادان خیابانی از سطل زباله‌ها، و از محل فروش ضایعات می‌باشد. معتادان خیابانی ۴ محله اعلام نمودند که در ایام محرم و در فصل زمستان افرادی غذای گرم برای آنها در شب آورده اند. در خصوص اعزام به بیمارستان و اقدامات حمایتی بیمارستان‌های سطح شهر اعلام نمودند که در اکثر موارد اورژانس به این محله‌ها مراجعه نمی‌کند و در مواردی که مراجعه می‌کند آمپولی می‌زند و می‌رود. یکی از مصاحبه شوندگان خیابانی (محله ۱) اعلام نمود «در مواردی که توسط خانواده، دوستان به بیمارستان منتقل می‌شویم اهمیتی به ما نمی‌دهند و می‌گویند معتاد است خودش خوب می‌شود باز دوباره آوردنش».

در خصوص درون مایه‌ی بروز و شیوع رفتارهای پرخطر مجرمانه همه‌ی معتادین اعم از خیابانی و مراکز ترک سابقه‌ی سرقت، تکی‌گری و خرده فروشی مواد را داشته اند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه در این مطالعه ۲ مرکز ترک با سابقه درمان بیش از ۶ سال و معتادانی که دارای تجربه خیابانی می‌باشند و ۴ محله در نقاط مختلف شهر تربت حیدریه به ویژه محله‌ی کوی بازرگان که قدمت بیشتری نسبت به سایر محله‌ها دارد و شهرت به بازرگانی مرگ و زخم چرکین شهر تربت حیدریه یافته و چندین مرتبه با اجرای طرح‌های امنیت اجتماعی مورد پاکسازی قرار گرفته ولی از اجرای آن نتیجه‌ای حاصل نشده است.^۱ انتخاب گردیده می‌توان تصور کرد که اطلاعات کیفی بدست آمده نسبتاً مناسبی را از وضعیت اجرای سیاست‌های کاهش آسیب در شهر تربت حیدریه به دست می‌دهد.

هدف عمده و اولیه از اجرای برنامه‌های کاهش آسیب با رویکرد آموزشی، بهداشتی و حمایتی کاستن از آسیب ناشی از مصرف است و ترک اعتیاد در آن هدف اصلی نیست بررسی مؤلفه‌های آموزشی فوق بیانگر آن است که سیاست‌های آموزشی در این خصوص به خوبی اجرا نشده است. در واقع سطح آگاهی مصرف کنندگان از اقداماتی که با انجام آن می‌توانند از انتقال بیماری‌های واگیردار، مرگ و میر و عوارض جسمی به خود یا دیگران جلوگیری نمایند مناسب نیست. و باید نهادهای رسمی مستقیم و یا با جلب همکاری مردم و سازمانهای مردم نهاد سطح آگاهی عمومی را در این خصوص افزایش و دامنه‌ی آموزش را به کوچه‌ها و محله‌های آلوده و تمام معتادان تزریقی گسترش دهند. این اقدام با برگزاری دوره‌های آموزشی در زندان موثر بوده است ولی نقش آن در خانواده‌ها، مراکز ترک و محله‌های تجمع معتادان کم رنگ است. در این خصوص برنامه‌های آموزشی از طریق دانشگاه علوم پزشکی و ایجاد سازمانهای مردم نهاد با رویکرد آموزشی توصیه می‌شود.

در رویکرد بهداشتی در مؤلفه‌های فوق (توزیع سرنگ، مواد ضدعفونی کننده و کاندوم) در واقع با توجه به اینکه خطر اپیدمی اچ آی وی/ایدز و سایر بیماری‌های واگیردار جدی است و می‌تواند اثرات نامطلوب اقتصادی، اجتماعی و سیاسی گسترده‌ای داشته باشد مداخله فوری در گروه‌های پرخطر، به ویژه معتادان تزریقی ضروری است. و آموزشهای مربوط به رفتارهای جنسی، بهداشتی و تزریق و استفاده از کاندوم به تنهایی بدون دسترسی معتادان به سرنگ استریل، مواد ضدعفونی کننده و کاندوم کافی نیست. یافته‌ها نیز این امر را به خوبی تایید می‌نمود (با وجود آگاهی سطحی از انتقال بیماری‌های واگیردار از طریق سرنگ آلوده در لحظه مصرف توجهی به این موضوع ندارند). ادامه‌ی این اوضاع منجر به انتقال آلودگی‌ها و بیماری‌های خطرناکی همچون هپاتیت، ایدز، بیماری‌های پوستی و واگیردار و ... می‌شود که اگر

توجهی نشود با معضل روبرو خواهند شد. یافته ها بیانگر آن است که در محله های مورد بحث سرنگ و سوزن و مواد ضد عفونی کننده و کاندوم به صورت رایگان در دسترس نبوده است. در این خصوص توزیع رایگان ملزومات به ویژه در محله های آلوده توصیه می شود. همچنین باید زباله ها جمع آوری و معابر پاکسازی شود. ایجاد کارگروه ویژه بررسی مشکلات بهداشتی این مناطق به ویژه کوی بازرگان به دلیل اورژانسی بودن آن ضروری است و در بلند مدت نیز ایجاد یک مرکز بهداشت می تواند کمک بسیاری به حل مشکل در این منطقه نماید.

پاسخ مشارکت کنندگان به خوبی نشان می دهد که چنانچه سیاست های حمایتی در جهت تقویت مراکز ترک اعتیاد (کمک مالی به مراکز ترک بویژه برای معتادانی که قصد ترک دارند ولی بدلیل هزینه های مالی مراجعه نمی کنند)، توزیع مواد غیرسمی، فراهم شدن مکان خواب و تامین غذا علاوه بر اینکه در میزان مرگ و میر معتادان و مسائل بهداشتی موثر است می تواند تأثیر چشمگیری در کاهش رفتارهای مجرمانه مصرف کنندگان داشته باشد. در خصوص مکان خواب مکان موقت پیش بینی شده در شهر تربت حیدریه توسط شهرداری از سوی معتادان مورد استقبال واقع نشده. طبق بررسی های به عمل آمده علت این امر آن است که شهرداری این مکان را برای کارتن خوابها در نظر گرفته اند و محلی برای نگهداری و خواب معتادین نیست و اکثر معتادین به دلیل ترس از تحویل به نیروی انتظامی و عدم امکان استعمال مواد در این مکان از مراجعه به آن خودداری می نمایند. در این راستا ایجاد مرکز اقامتی توصیه می شود. همچنین جهت کاهش رفتارهای مجرمانه مصرف کنندگان مواد مخدر به ویژه سرقت باید دستور العمل ها و اقدامات دستگاهها در راستای ایجاد شغل و درآمد برای مصرف کنندگان باشد. نمونه ای که با آن مواجه شدیم آن است که یکی از فعالیتهای روزانه معتادین جمع آوری ضایعات می باشد که پس از جمع آوری با فروش آن هزینه ی مصرف یا غذای خود را فراهم می نمایند. ممانعت شهرداری از جمع آوری ضایعات امکان افزایش رفتارهای پرخطر مجرمانه را توسط معتادین فراهم می سازد.

مطالعات قبلی بیانگر آن است که گرچه برخورد قانونی با مصرف مواد احتمالاً تأثیر مثبتی در کنترل رشد فزاینده آن داشته است لیکن همین امر ساماندهی و دسترسی خدمات بهداشتی، حمایتی و آموزشی را با این گروه با مشکلات روبرو کرده است. (رزاقی و همکاران، ۱۳۸۲؛ ۷) اما انطباق مفاهیم کاهش آسیب با فرهنگ آن مناطق می تواند تأثیر بسزایی در کاهش تجمع مصرف کنندگان جهت خرید و مصرف مواد گردد. بررسی رویکرد تداومی مناطق آلوده بویژه منطقه ی کوی بازرگان نمایانگر آن است که مواد مخدر ریشه در فرهنگ این منطقه دارد. و برخوردهای سرکوبگرانه طی اقدامات نمایی و نمادین توسط دست اندرکاران نظام عدالت کیفری در قالب طرح های جمع آوری پاسخگو نبوده است و به طور موقتی و برای زمان کوتاهی بازار فروش و مصرف را به سایر نقاط شهر کشانده ولی مجدد به حالت اولیه ی خود برگشته است. به ویژه در زمینه ی خرده فروشی ها ایجاد مشاغل خانگی برای کسب درآمد ساکنین به دلیل اینکه اکثر آنها فاقد شغل بوده و یا سرپرست خانوار زندانی است در ترمیم این مناطق اقدامی حیاتی است.

با اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ و پیش بینی صریح مراکز کاهش آسیب در ماده ۱۵ قانون مذکور همچنان مشکل حل نگردیده است. درواقع ماده ۱۵ فوق الذکر همچنان معتاد را مجرم معرفی می نماید نه یک بیمار. به نظر این نگرش به معتادین در بین مسئولین و کارکنان بیمارستانها و شهر حاکم است که تأثیر زیادی در عدم اجرای سیاست های کاهش آسیب داشته است. یافته ها بیانگر آن است که سیاست های کاهش آسیب پیش بینی شده در ماده فوق الذکر در شهر تربت حیدریه به خوبی اجرا نشده است و به نظر می رسد ایجاد مرکز کاهش آسیب موضوع تبصره ۱ و حمایت های پیش بینی شده در تبصره ۲ ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر ماده مذکور در کنار اقدامات لازم توسط دستگاه های مربوطه چون بهزیستی، دانشگاه علوم پزشکی، کمیته امداد باید در اولویت قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر محمد فرجیها استاد بزرگوارم که اینجانب را در انجام تحقیق راهنمایی و مشوق اینجانب بودند و همچنین مسئولین محترم مراکز بهبودی اقامتی رهایی ظلمت و راه بهتر زیستن که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند قدردانی می شود.

منابع و مراجع

- [۱] اسعدی، سید حسن، پژوهشی بنیادی درباره ی مواد مخدر، تهران: ۱۳۸۲.
- [۲] اصلاحیه ی اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- [۳] آیین نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۹۱/۰۳/۲۳
- [۴] حسینی، سید حسین، «مقایسه تطبیقی برنامه های مبارزه با مواد مخدر در چند کشور»، فصلنامه مطالعات بین المللی پلیس، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۹ ش
- [۵] چمپون، دین جان، «روش تحقیق در عدالت کیفری و جرم شناسی» ترجمه ی علی شایان، جلد نخست، چاپ سوم، نشر دادگستر، اسفند ۱۳۸۷ ش.
- [۶] دستورالعمل موضوع تبصره یک ماده ۳ آیین نامه ی اجرایی موضوع تبصره ۱ ماده ۱۵ قانون اصلاحیه ی قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) تاسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان.
- [۷] رازقی، عمران محمد، رحیمی موقر، آفرین، محمد، کاظم و حسینی، مهدی، «مطالعه کیفی رفتارهای جنسی پرخطر معتادان تزریقی در تهران»، مجله ی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۲ ش.
- [۸] غنچی، علی، کلیات مواد مخدر، انتشارات معاونت آموزشی ناجا. ۱۳۸۶ ش.
- [۹] فرهودی، بهنام، «بحث ویژه: اپیدمی HIV/AIDS و اعتیاد تزریقی؛ کاهش آسیب و برنامه های سرنگ و سوزن»، مجله ی اعتیاد پژوهی، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۲ ش.
- [۱۰] قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷/۰۸/۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام
- [۱۱] قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۱۳۷۶/۰۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام.