

بررسی تاثیر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و درمان (وکاهش آسیب) اعتیاد

ایوب شیخی^۱، سنجر سلاجقه^۲، ندا سادات صانعی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۶

چکیده

هدف: اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر که در میان مردم به بلای خانمان سوز شهرت یافته، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. هدف از انجام تحقیق، بررسی تاثیر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و درمان (وکاهش آسیب) می‌باشد. **روش:** روش تحقیق، کاربردی و از نوع پیمایشی-تحلیلی بود. داده‌های مورد نظر از بین اعضای مرتبط با حوزه مبارزه با مواد مخدر کرمان اعم از مدیران، معاونین، کارکنان، کارشناسان، پزشکان، پرستاران و رزیدنت‌های این حوزه جمع‌آوری شد. ابزار پرسش‌نامه‌ای بود که روایی و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است. در مرحله اول به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی برای هر مرکز و در مرحله دوم به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده، نمونه‌گیری انجام شد. در نهایت داده‌های ۲۸۷ پرسش‌نامه با نرم‌افزار آموس و اس پی اس اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر با کاهش آسیب اعتیاد رابطه وجود ندارد. از طرف دیگر اقدامات درمان بر کاهش آسیب اعتیاد تاثیر مثبت دارد. همچنین، اثر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و اقدامات درمان نیز مورد تأیید قرار گرفت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها می‌تواند برای سیاست-گذاری مقابله با عرضه مواد مخدر مورد نظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، مواد مخدر، درمان، آسیب اجتماعی

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه آمار، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران، پست الکترونیکی: sheikhy.a@uk.ac.ir

۲. استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران

۳. مربی گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی ترین مسئله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد. کشور ایران به دلیل شرایط خاص و هم‌جواری با مراکز عمده تولیدکننده مواد مخدر و قرار گرفتن در بهترین و کوتاه‌ترین مسیر ترانزیت، در چند دهه اخیر گذرگاه انتقال مواد مخدر از افغانستان به اروپا بوده است. وجود زمینه‌های رشد و گسترش مواد مخدر در ایران و قاچاق آن که هم‌اکنون به یک تجارت زیرزمینی تبدیل شده است، پیچیدگی اوضاع فعلی را فراهم ساخته و می‌رود تا به یک بحران اساسی در جامعه تبدیل شود. در عرصه ملی، کشور ایران به جهت ساختار جمعیتی، موقعیت ژئوپولیتیکی و فقدان استراتژی و طرح جامع ملی مبارزه با عرضه، کاهش، تقاضا و درمان معتادان، به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین کشورهای جهان در مقابل مسئله مواد مخدر است (رحیم نظری، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر، یکی از مهمترین مسائل نظام‌های آموزشی و بهداشتی، مسئله کاهش عرضه مواد مخدر، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد است. دو رویکرد اساسی در برابر مواد اعتیادآور، یکی اقدامات کاهش عرضه است که متوقف ساختن تولید و توزیع غیرقانونی و قاچاق مواد را نشانه می‌گیرد و طبیعتاً ماهیتی انتظامی قضایی دارد؛ و دیگری رویکرد کاهش تقاضا است. عرضه مواد مخدر در کشورمان ایران به دلیل همسایگی با افغانستان به عنوان مهمترین تولیدکننده مواد افیونی و در مسیر عبور و ترانزیت واقع شدن بسیار آسان بوده و تلاش‌های دولت در مبارزه و کنترل عرضه نیز ناشی از همین عامل بوده که هزینه‌های انسانی و مادی هنگفتی نیز هر ساله بر عهده دولت قرار می‌دهد. به دلیل جلب و جذب تعداد زیادی از جوانان و نوجوانان به مصرف انواع مواد مخدر و گسترش پدیده اعتیاد، ضرورت بازنگری در سیاست‌های کنترل مواد مخدر و استفاده از استراتژی‌های مؤثر پیشگیری و درمان در کنار استراتژی‌های مبارزه و کنترل عرضه را مطرح نموده است (باقری‌نژاد بسابی، ۱۳۹۰). چرا که هر ساله لطمات و صدمات اقتصادی-اجتماعی، سیاسی-امنیتی جبران‌ناپذیری بر پیکر جامعه و خانواده وارد می‌آورد. با توجه به این که بیش از سه دهه مبارزه در مقابل ورود و عرضه مواد مخدر به

کشور نتوانسته رشد صعودی سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر را متوقف سازد، در حالی که شعار اصلی رویکرد کنترل عرضه، ریشه کنی مواد مخدر می باشد (رضایی، ۱۳۸۵). در حقیقت مسئله اساسی در تحقیق حاضر کاهش آسیب اعتیاد است.

کاهش آسیب نیز مشتمل بر فعالیت های جدیدتری در امر مبارزه با اعتیاد است که ناشی از رویکرد عدم امکان ریشه کنی معضل اعتیاد یا قطع مصرف آن در جامعه می باشد. بنابراین بر ارائه خدماتی به منظور جلوگیری از خطرات و آسیب های پرخاطر فردی، اجتماعی، اقتصادی و ... ناشی از سوء مصرف مواد تأکید می نماید. این در حالی است که عملکرد گذشته در مبارزه با مواد مخدر، حاکی از تلاش های گسترده در جهت کنترل مرزها، جلوگیری از عرضه و به طور کلی غلبه دیدگاه کاهش عرضه و نقش حاشیه ای کاهش آسیب بوده و صرفاً در ده سال اخیر به تدریج در کشور ضرورت و اهمیت توجه به کاهش آسیب گسترش یافته است (زارعی، ۱۳۹۳). با وجود این تغییر رویکرد، همچنان در مدیریت مبارزه با مواد مخدر با کمبودهایی چه از بعد فضای قانونی، برنامه های راهبردی و ساختارهای اداری و چه از بعد بررسی های همه گیر شناختی و فعالیت های مؤثر پیشگیرانه، درمان، کاهش آسیب و بازتوانی مواجه هستیم. واقعیت مصرف و مقدار آن در مقایسه با خطر آسیب هایی که مصرف به دنبال دارد در درجه دوم اهمیت است. آسیب های مورد نظر مربوط به مسائل بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و دیگر عواملی است که فرد، جامعه و به طور کلی اجتماع را تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین اولویت نخست کاهش پیامدهای منفی مصرف مواد مخدر روی مصرف کننده و دیگران است، به طوری که با تمرکز بر کاهش خود مصرف ماده مخالفت می شود. کاهش آسیب درمان بلندمدت به منظور ترک را نه رد می کند و نه لازم می داند. در برخی موارد، کاهش میزان مصرف ممکن است، یکی از مؤثرترین اشکال کاهش آسیب باشد. در موارد دیگر تغییر روش مصرف ممکن است مؤثرتر باشد (برنامه بین المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۲۰۱۴).

بنابراین ضروریست مسئله کاهش آسیب اعتیاد از ابعاد و جوانب مختلف به ویژه انجام مطالعات و تحقیقات در حوزه های مختلف سبب شناسی، ترک اعتیاد، پیشگیری و

بازتوانی مورد توجه بیشتر صاحب نظران و مسئولان کشور قرار گیرد، تا بتوان با اتکاء به آن از شیوه‌های مؤثرتر و کارآمدتری استفاده نمود و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر را در جامعه به طور محسوس کاهش داد. از طرف دیگر باید خاطر نشان کرد هر ساله نیروهای ارزشمندی از پرسنل خدمت‌گذار انتظامی و امنیتی کشور در جریان مبارزه و کنترل قاچاق مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند، ولی همچنان معضل به نحو دامن‌گستری تداوم یافته است. دوماً اعتیاد، آسیب‌های وسیعی را در جامعه بر جای نهاده و به شکل یک مسئله‌ی اجتماعی بحران‌ساز درآمده است که بیشترین آسیب را به نهاد خانواده وارد می‌سازد و مانع از تحقق ضرورت‌ها می‌شود. همچنین اعتیاد زمینه‌ساز بسیاری دیگر از آسیب‌ها و انحرافات و جرائم اجتماعی سازمان یافته می‌باشد که از جمله مهمترین آن‌ها می‌توان به روسپیگری، دزدی، تکدی، آدم ربایی، قتل، جرائم و مفسد اقتصادی مانند پول شویی، قاچاق، ارتشاء و ... اشاره نمود. علی‌رغم انجام مطالعات بسیار زیاد در زمینه‌ی اعتیاد به مواد مخدر در ایران و جهان و همچنین کسب تجارب اجرایی و درمانی بسیار ارزشمند در کشورهای مختلف دنیا که برخی از آن‌ها نیز در کشور ما اجرا شده یا در حال اجراست. همچنان شاهد این هستیم که اعتیاد به عنوان مسئله‌ی اجتماعی لطمات جبران‌ناپذیری را بر منابع ارزشمند انسانی و اجتماعی کشور وارد ساخته و هزینه‌های سنگینی را بر اقتصاد جامعه تحمیل کرده است.

براساس یافته‌ها و شواهد آماری مربوط به کاهش سن اعتیاد و شیوع آن و آسیب‌ها و تهدیدات فردی، اجتماعی همچون شیوع ایدز و جرائم ناشی از مواد مخدر و ... ظاهراً استراتژی مقابله با عرضه - اگر چه کشور ایران در این عرصه رتبه‌های موفق بین‌المللی را نصیب خود نموده است - نتوانسته، موفقیت‌آمیز باشد. شواهد آماری در دنیا نشان می‌دهد که کشورهای پیشرفته در مبارزه با مواد مخدر توانسته‌اند رشد صعودی دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی را متوقف یا منفی سازند و موفقیت خود را مدیون و مرهون استراتژی‌های کاهش آسیب اعتیاد می‌دانند (معصومی‌راد، ۱۳۸۹). از این رو انجام مطالعه‌ی جامعی که بتواند کلیه تجارب مفید و مؤثر را در زمینه‌ی کاهش آسیب اعتیاد و تاثیر متقابل مقابله با عرضه مواد مخدر و درمان بر آن طبقه‌بندی نماید و با توجه به زمینه‌های فرهنگی-

اجتماعی کشور ایران نتایج مفید را در این زمینه ارائه کند، از دغدغه‌های اصلی پژوهشگران می‌باشد. سوال اساسی تحقیق این است که آیا بین اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر و اقدامات درمان با کاهش آسیب اعتیاد و همچنین تاثیر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و درمان در جهت کاهش آسیب اعتیاد رابطه وجود دارد؟

اعتیاد پیش از آنکه پدیده‌ای روانی و شخصیتی باشد، یک پدیده اجتماعی است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵). در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: «اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌آور است (برنامه بین‌المللی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۲۰۱۴). طبق نظر سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹)، مسئله مواد مخدر اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست و فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی می‌باشد که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. در کشور ما نیز مصرف مواد مخدر افزایش داشته و زمینه‌های بروز آسیب‌های اجتماعی متعددی را فراهم نموده است (دالاس، دیوید و جولی^۱، ۲۰۱۰). تاکنون جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و به طور کلی محققان و متخصصان، براساس دیدگاه‌های مختلف، علل و عوامل متعددی را برای اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر برشمرده و براساس معیارهای قضاوت در قالب نظریات قرار داده‌اند. سه نوع رایج از این طبقه‌بندی‌ها عبارتند از: ۱. طبقه‌بندی براساس سطح تأثیر مواد که عوامل اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر را در ۳ سطح خرد، میانه و کلان تقسیم کرده‌اند؛ ۲. طبقه‌بندی براساس تأکید بر علل جسمانی، روانی و اجتماعی به سه سطح نظریات زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناسی؛ ۳. طبقه‌بندی براساس نوع رابطه شخص به چهار گروه: الف) نظریه‌های رابطه شخص با خود؛ ب) نظریه‌های رابطه شخص با دیگران؛ ج) نظریه‌های رابطه شخص با جامعه؛ د) نظریه‌های رابطه شخص با

محیط. بیشتر این نظریه‌ها بر مواد روان‌گردان (مانند الکل، کوکائین، هروئین و حشیش) تأکید دارند. نظریه‌هایی که به تبیین علل سوء مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند به دخالت عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی یا جامعه‌شناختی در سوء مصرف مواد توسط افراد اشاره کرده‌اند (صفاتیان، ۱۳۸۹). در مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر یک "راهبرد چهارستونی" وجود دارد که شامل کاهش عرضه، پیشگیری، درمان و بازتوانی و همچنین کاهش آسیب است. بنابراین علاوه بر برنامه‌هایی که با هدف تأمین بهداشت معتاد تدوین و اجرا می‌شود باید برنامه‌هایی در جهت محفوظ نگه داشتن ارزش‌های اجتماعی، دینی، اخلاقی و کاستن از زیان‌های اقتصادی ناشی از مواد مخدر، نیز تدوین شده و به اجرا درآید (مهری، اکبری، یزدخواستی و پناهی، ۱۳۹۳). تمرکز روی کاهش پیامدهای خطرناک مصرف مواد مخدر است تا کاهش تعداد مصرف‌کنندگان به عنوان مثال توزیع سرنگ و تشویق روش‌های مصرف سالم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. در این رهیافت با تعدیل مصرف مواد مخدر در صورت امکان به سوی ترک سوق می‌یابد (مویدی، ۱۳۹۴).

منظور از کاهش عرضه اقداماتی نظیر متوقف ساختن تولید، قاچاق و توزیع مواد است که دارای ماهیتی انتظامی، قضایی می‌باشد. طبق نظریه هادی‌نژاد (۱۳۹۳)، جهت مقابله با عرضه مواد مخدر، اقداماتی نظیر انسداد مزرعا، توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در خلیج فارس، دریا‌های عمان و خزر، توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی، ارتقا سطح کیفی توان یگان‌های اطلاعاتی و عملیاتی، افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه، تربیت کادر متخصص و شبکه‌بندی مبادلات بین دستگاه‌های مقابله‌ای، تقویت بازارچه‌های مرزی و تعاونی‌های مرزنشینان، تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در مناطق مرزی، تهیه و تدوین طرح جامع امنیت پایدار مناطق مرزی از طریق تامین معیشت و رفاه مرزنشینان و جلب حمایت کشورهای اروپایی مصرف‌کننده مواد مخدر برای اختصاص اعتبار جهت کنترل مواد مخدر در کشور خود و انجام عملیات کشت جایگزین در افغانستان باید صورت پذیرد تا بتوان میزان عرضه مواد مخدر در کشور را به مقدار زیادی کنترل کرد و کاهش داد (هادی‌نژاد، ۱۳۹۳).

از طرف دیگر، درمان به طور کلی عبارت است از حذف رفتار مرضی و نابهنجار و جایگزینی رفتارهای بهنجار. همچنین عبارت است از کلیه راهبردهایی که از بازگشت مجدد مرض، پس از درمان جلوگیری می‌کند و درمان به عنوان استراتژی کاهش تقاضا به فعالیت‌ها و پروسه‌هایی اطلاق می‌شود که با هدف کمک به افرادی که مشکلات مربوط به مواد مخدر دارند، انجام می‌گیرد (معصومی‌راد، ۱۳۸۹). باید بدانیم هدف اصلی درمان، پاکی کامل یا کاهش آسیب است. روش‌های درمان اعتیاد به سه دسته درمان‌های سرپایی، اقامتی و خودیار تقسیم می‌شود (صفاتیان، ۱۳۸۹). بر طبق نظر استدلر (۲۰۱۰) درمان اعتیاد، به دلیل تنوع مواد مورد استفاده، تنوع انگیزه‌ها، اختلاف در شدت، میزان و مدت مصرف، تنوع اقشار و گروه‌های مصرف‌کننده به لحاظ سنی، جنسیتی، قومی، شغلی، فرهنگی و ... که استراتژی‌های درمانی ناهمگونی را می‌طلبد از تنوع بسیار زیادی برخوردار است. به کارگیری روش‌های درمانی بستگی به میزان تحمل‌پذیری فرد معتاد و میزان تحمل‌پذیری بستگی به نوع، مقدار، دفعات مصرف و احتمالاً برخی عوامل فیزیکی دارد. با این حال می‌توان به طور کلی استراتژی‌ها و الگوهای درمانی را در چهار دسته کلی طبقه‌بندی نمود: ۱. دارو درمانی؛ ۲. روان درمانی؛ ۳. اجتماع درمانی؛ و ۴. خود درمانی (رحیم نظری، ۱۳۹۰).

حیدری (۱۳۹۳)، پژوهشی جهت مطالعه میزان اثر بخشی فرآیند کاهش عرضه مواد مخدر و ارزیابی واقع‌گرایانه عملکرد و اقدامات نیروهای مقابله‌ای از حوزه‌های انتظامی، اطلاعاتی، عملیاتی و قضایی کشور در دروه شش ساله انجام داد. یافته‌ها موید پیدایش تغییرات کیفی در دو حوزه رویکردی و عملکردی در زمینه کاهش عرضه مواد مخدر در کشور است. فرآیند کاهش عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها با گذر از مبارزات سنتی و پرهیز از اقدامات کلیشه‌ای و نیز حرکت به سوی علمی و حرفه‌ای شدن از کارآمدی و اثربخشی لازم در کاهش تهدیدات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و کاهش مخاطرات بهداشتی و امنیتی ناشی از تولید، قاچاق و سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها برخوردار بوده است. حامدی، شهیدی و خاتمی (۱۳۹۲) تحقیقی با هدف تعیین الگوی اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد

مخدر پرداختند. یافته‌ها نشان داد هر دو روش ذهن‌آگاهی و مشاوره رفتاری کاهش آسیب‌ایدهز و مصرف مواد در جلوگیری از عود سوءمصرف مواد اثربخشی داشت. لاونیرامای، لائوس، سومرونکتونگ، ونگچالی و سیتی آمورن^۱ (۲۰۱۲)، تحقیقی درباره استفاده از مواد مخدر در میان جوانان بانکوک انجام دادند. نتایج نشان داد در میان افراد نمونه‌گیری شده ۷٪ قبلاً دارو مصرف کرده بودند. ۴٪ هرگز دارو مصرف نکرده بودند، اما ۲۰٪ دوستانی داشتند که حداقل چند بار مواد مصرف کرده بودند. ۱۱٪ دوستانی داشتند که هنوز مواد مصرف می‌کردند. مواد مخدر اصلی مورد استفاده شیشه بود. در کل افراد شرکت‌کننده در پژوهش آگاهی کمی درباره سوءاستفاده از دارو، به خصوص علائم آن، عواقب جانبی و مجازات‌های ناشی از آن داشتند. بیشتر افراد می‌دانستند که مصرف مواد مخدر خطرناک است. عواملی که بر مصرف دارو تأثیر می‌گذاشتند عبارت بودند از: عوامل شخصی مانند درآمد و مستمری ماهیانه و مهارت‌های زندگی؛ فضای خانوادگی، مانند وجود افراد معتاد در خانواده؛ و محیط اجتماعی مانند وجود افراد معتاد در میان دوستان. در هنگام مطالعه مهارت‌های زندگی افراد، که به عنوان عامل مسئول تأثیرگذار بر تجربه با مواد مطالعه می‌شد، پژوهشگران متوجه شدند که صرف وقت با اعضای دیگر خانواده و اعضای خانواده که تجربه استفاده از مواد مخدر داشته‌اند، عامل مهم در پیشگیری از مصرف مواد مخدر است. اجازه دادن به کودکان برای کسب تجربه مستقیم کمک می‌کند تا مهارت‌های آن‌ها در زندگی افزایش پیدا کند. تقویت رابطه میان جوانان و اعضای دیگر خانواده می‌تواند از اعتیاد جلوگیری کند. جوترسونک، موگاه و رادگرز^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای درباره‌ی دسته‌های جنایتکار، خشونت شهری و دخالت نیروهای امنیتی در کشورهای امریکای لاتین نشان دادند بر خلاف تصور کلی استفاده از ابزار سرکوب منجر به افزایش تر شدن این باندها و بهره‌گیری از امکانات سازمانی پیچیده‌تر شده است. دوترا^۳ و همکاران (۲۰۱۰)، با فراتحلیل مداخله روانی-اجتماعی در خصوص پیشگیری از عود و اختلالات ناشی از مصرف مواد نشان دادند

1. Laoniramai, Laosee, Somrongthong, Wongchalee, & Sitthi-Amorn

2. Jütersonke, Muggah, & Rodgers

3. Dutra

مداخلات روانی-اجتماعی موثر بوده و اندازه تاثیر آن‌ها متوسط است. این مداخلات در پیشگیری از عود مصرف کنندگان حشیش اثر بخش‌تر بوده و برای درمان‌جویانی که مجموعه‌ای از مواد را مصرف می‌کنند، اثر بخشی کمتری داشته است.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری اطلاعات، توصیفی و از نوع پیمایشی بود. برای سنجش متغیرهای تحقیق از پرسش‌نامه استفاده شد. جامعه آماری تحقیق، شامل اعضای مرتبط با حوزه مبارزه با مواد مخدر کرمان اعم از مدیران، معاونین، کارکنان، کارشناسان، پزشکان، پرستاران و رزیدنت‌های این حوزه به تعداد ۹۹۷ نفر می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این تحقیق در مرحله اول به صورت خوشه‌ای تصادفی برای هر مرکز و در مرحله دوم به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده صورت گرفت. بنابراین، حجم نمونه مورد نظر مطابق فرمول کوکران با جامعه آماری محدود ۲۸۷ نفر می‌باشد و در نهایت، همین تعداد پرسش‌نامه‌ی واجد شرایط در فرآیند تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار

۱- پرسش‌نامه انسداد مرزها: برای سنجش متغیر انسداد مرزها از پرسش‌نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و روایی محتوایی تایید شده توسط محققین در قالب ۴ گویه استفاده شد.

۲- پرسش‌نامه افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه: برای سنجش متغیر افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه از پرسش‌نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۳- پرسش‌نامه توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی: برای سنجش متغیر توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی از پرسش‌نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۴- پرسش نامه ارتقا سطح کیفی توان یگان های اطلاعاتی و عملیاتی: برای سنجش متغیر ارتقا سطح کیفی توان یگان های اطلاعاتی و عملیاتی از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۵- پرسش نامه تقویت فرصت های سرمایه گذاری در مناطق مرزی: برای سنجش متغیر تقویت فرصت های سرمایه گذاری در مناطق مرزی از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۶- پرسش نامه توسعه یگان های کنترل ساحلی در مرزهای آبی: برای سنجش متغیر توسعه یگان های کنترل ساحلی در مرزهای آبی کشور از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۷- پرسش نامه درمان های سرپایی: برای سنجش متغیر درمان های سرپایی از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۸- پرسش نامه درمان های اقامتی: برای سنجش متغیر درمان های اقامتی از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۳ گویه استفاده شد.

۹- پرسش نامه درمان های خودیار: برای سنجش متغیر درمان های خودیار از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۴ گویه استفاده شد.

۱۰- پرسش نامه کاهش آسیب اعتیاد: برای سنجش متغیر کاهش آسیب اعتیاد از پرسش نامه محقق ساخته با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و روایی محتوایی تایید شده در قالب ۵ گویه استفاده شد.

ضمن اینکه روایی سازه های پرسش نامه و ابعاد هریک از آن ها نیز با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی اکتشافی مورد ارزیابی قرار گرفت و معناداری بارهای عاملی هریک از ابعاد و گویه های مربوطه به سازه ها، مورد تأیید قرار گرفت. تمامی گویه ها با استفاده از طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات نشان داد ۵۰/۳ درصد پاسخ‌دهندگان زن و ۴۷/۱ درصد مرد و ۲/۶ درصد بدون پاسخ بودند. پاسخ‌دهندگان از نظر سنی در ۴ بازه پراکنده شدند که بیشترین آن مربوط به بازه ۲۶ تا ۳۵ سال است که ۴۷/۴ درصد است. پاسخ‌دهندگان در ۵ بازه سابقه کار دسته‌بندی شدند که بیشترین آن مربوط به ۶ تا ۱۰ سال می‌باشد که ۴۳/۵ درصد است. از نظر تاهل، ۶۴/۶ درصد متاهل و مابقی مجرد بودند. میزان تحصیلات نیز به ۴ گروه، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری دسته‌بندی شدند که بیشترین درصد مربوط به تحصیلات لیسانس (۴۱/۶٪) بودند.

نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی شاخص‌های اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر که به روش مؤلفه‌های اصلی و با چرخش واریماکس انجام شد، حاکی از آن بود که یک ساختار شش عاملی، روش مناسبی برای توصیف گویه‌های مربوطه است. این شش عامل بر روی هم ۵۴/۱۵ درصد از واریانس مقیاس را تبیین کردند. در ضمن برای بررسی کفایت نمونه‌گیری محتوایی از آزمون کایزر-مایر-اولکین^۱ استفاده شد که برابر با ۰/۷۹ و مقدار آزمون بارتلت^۲ برای معناداری ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. با توجه به این که در این پژوهش اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر بر اساس شش مؤلفه‌ی، انسداد مرزها، افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه، توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی، ارتقاء سطح کیفی توان یگان‌های اطلاعاتی و عملیاتی، تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در مناطق مرزی و توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در مرزهای آبی کشور، مورد بررسی است. برای شناسایی و تبیین شاخص‌های این شش مؤلفه، تحلیل عامل اکتشافی با شش مؤلفه، انجام شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

2. Bartlett's test

جدول ۱: بارهای عاملی مؤلفه‌های متغیر اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر

مؤلفه	سوالات	درصد اشتراکات	۱	۲	۳	۴	۵	۶
انسداد مرزها	۲	۰/۵۳	۰/۴۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۱۶
	۳	۰/۴۳	۰/۳۸	۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۰۴	۰/۰۳
	۴	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۱۸
افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه	۵	۰/۵۴	۰/۲۱	۰/۳۴	۰/۲۱	۰/۱۴	۰/۲۱	۰/۲۸
	۶	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۴۱	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۰۹
	۷	۰/۳۶	۰/۱۶	۰/۳۷	۰/۱۱	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۲۱
توسعه قرارگاه‌های عملیاتی	۹	۰/۶۸	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۵۰	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۰۴
	۱۰	۰/۲۵	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۳۰	۰/۱۶	۰/۱۸	۰/۲۱
	۱۱	۰/۴۹	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۱۵	۰/۰۱
ارتقا سطح کیفی توان یگان-	۱۳	۰/۵۵	۰/۲۱	۰/۱۷	۰/۱۱	۰/۳۱	۰/۱۱	۰/۱۵
	۱۴	۰/۴۷	۰/۲۳	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۱۵	۰/۴۸	۰/۲۰
	۱۵	۰/۴۵	۰/۲۱	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۴۸	۰/۲۴
تقویت فرصت‌های سرمایه-گذاری در مناطق مرزی	۱۶	۰/۴۰	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۲۱	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۰۸
	۱۷	۰/۴۷	۰/۰۵	۰/۲۵	۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۴۳
	۱۸	۰/۵۶	۰/۲۲	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۴۱
ساحلی در مرزهای آبی کشور	۱۹	۰/۳۷	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۳۷

نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی شاخص‌های اقدامات درمان که به روش مؤلفه‌های اصلی و با چرخش واریماکس انجام گردید، حاکی از آن بود که یک ساختار سه عاملی، روش مناسبی برای توصیف گویه‌های مربوطه است. این سه عامل بر روی هم ۶۸/۲۸ درصد از واریانس مقیاس را تبیین می‌کردند. در ضمن برای بررسی کفایت نمونه‌گیری محتوایی از آزمون کایزر-مایر-اولکین استفاده شد که برابر با ۰/۸۰ و مقدار آزمون بارتلت برای معناداری ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. جدول ۳ نتایج حاصل از این تحلیل‌ها را نشان می‌دهد.

با توجه به این که در این پژوهش اقدامات درمان بر اساس سه مؤلفه‌ی، درمان‌های سرپایی، درمان‌های اقامتی و درمان‌های خودیار، مورد بررسی است. برای شناسایی و

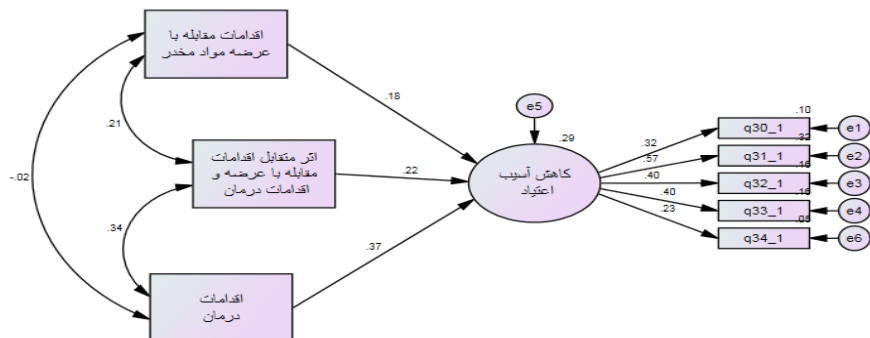
تبیین شاخص‌های این سه مؤلفه، تحلیل عاملی اکتشافی یعنی شناسایی رابطه و بار عاملی بین شاخص‌ها (۹ شاخص) با سه مؤلفه، انجام شد که نتایج آن در جدول ۲ نمایش داده شده است:

جدول ۲: بار عاملی مؤلفه‌های متغیر اقدامات درمان

مؤلفه‌ها	سوالات	درصد اشتراکات	۱	۲	۳
درمان‌های سرپایی	۲۱	۰/۷۰	۰/۷۶	-۰/۱۲	۰/۲۱
	۲۲	۰/۶۷	۰/۷۲	۰/۲۳	۰/۲۵
	۲۳	۰/۵۳	۰/۲۱	۰/۶۱	-۰/۰۹
درمان‌های اقامتی	۲۴	۰/۵۹	۰/۲۶	۰/۶۲	۰/۲۱
	۲۵	۰/۵۹	۰/۰۳	۰/۶۲	۰/۲۴
	۲۶	۰/۵۸	-۰/۰۵	-۰/۲۱	۰/۴۷
درمان‌های خودیار	۲۷	۰/۵۶	۰/۲۱	۰/۲۳	۰/۶۰
	۲۸	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۵۳
	۲۹	۰/۴۰	-۰/۰۹	۰/۱۹	۰/۵۱



شکل ۱: مدل برازش شده جهت تعیین میزان تاثیر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و درمان و کاهش آسیب اعتیاد



شکل ۲: مدل برازش شده جهت تعیین میزان تاثیر متقابل اقدامات مقابله با عرضه و درمان و کاهش آسیب اعتیاد

شاخص‌های برازندگی مدل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی برای مدل برازش شده (شکل ۲)

شاخص‌ها	χ^2	df	χ^2/df	NPAR	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
الگوی برازش شده	۱۰۰/۷۴	۹۵	۱/۰۶	۴۱	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۳	۰/۰۱
مقادیر مطلوب	-	-	< ۳	-	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۸

همانگونه که مشاهده می‌شود مدل تحلیلی دارای برازش مناسب است. به عبارت دیگر می‌توان از این مدل برای تعیین مؤلفه‌های اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر استفاده کرد.

جدول ۴: الگوی ساختاری مسیرها و ضرایب استاندارد

مؤلفه‌ها	سوالات	ضرایب مسیر		معناداری
		پارامتر استاندارد شده	پارامتر استاندارد نشده	
انسداد مرزها	۲	۰/۳۹	۱/۰۰	۰/۰۰۱
	۳	۰/۴۵	۰/۷۱	Nov-۵ ۰/۰۰۱
	۴	۰/۵۰	۰/۹۴	۵/۴۳ ۰/۰۰۱
افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه	۵	۰/۳۳	۱/۰۰	Sep-۵ ۰/۰۰۱
	۶	۰/۴۲	۰/۸۵	- ۴/۲۳ ۰/۰۰۱
	۷	۰/۳۸	Mar-۱	۴/۸۸ ۰/۰۰۱
افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه	۸	Jul-۱	۰/۸۵	Sep-۵ ۰/۰۰۱
	۹	۰/۴۳	۱/۰۰	- ۰/۰۰۱

مؤلفه‌ها	سوالات	ضرایب مسیر		معناداری
		پارامتر استاندارد شده	پارامتر استاندارد نشده	
توسعه قرارگاه‌های عملیاتی	۱۰	۰/۳۱	۱/۲۳	۰/۰۰۱
تخصصی در مناطق مرزی				
توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی		۰/۸۰	۰/۴۸	۰/۰۰۱
ارتقا سطح کیفی توان یگان‌های	۱۱	۰/۳۴	۱/۰۰	۰/۰۰۱
اطلاعاتی و عملیاتی	۱۳	۰/۳۳	۰/۹۶	۰/۰۰۱
ارتقا سطح کیفی توان یگان‌های اطلاعاتی و عملیاتی		۱/۲۹	۰/۹۴	۰/۰۰۱
تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در	۱۴	۰/۴۷	۱/۰۰	۰/۰۰۱
مناطق مرزی	۱۵	۰/۴۹	Jul-۱	۰/۰۰۱
تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در مناطق مرزی	۱۶	۰/۴۴	۰/۹۳	۰/۰۰۱
توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در	۱۷	۰/۳۹	۱/۰۰	۰/۰۰۱
مرزهای آبی کشور	۱۸	۰/۴۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در مرزهای آبی کشور	۱۹	۰/۳۸	Feb-۱	۰/۰۰۱
درمان‌های سرپایی	۲۱	۰/۷۱	۱/۰۰	۰/۰۰۱
درمان‌های سرپایی	۲۲	۰/۸۰	May-۱	۰/۰۰۱
درمان‌های سرپایی	۲۳	۰/۵۹	۰/۹۹	۰/۰۰۱
درمان‌های اقامتی	۲۴	۰/۶۰	۰/۸۰	۰/۰۰۱
درمان‌های اقامتی	۲۵	۰/۶۱	۰/۸۷	۰/۰۰۱
درمان‌های اقامتی	۲۶	۰/۴۷	۱/۰۰	۰/۰۰۱
درمان‌های خودیار	۲۷	۰/۵۹	Dec-۱	۰/۰۰۱
درمان‌های خودیار	۲۸	۰/۵۴	May-۱	۰/۰۰۱
درمان‌های خودیار	۲۹	۰/۵۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر	۰/۱۹	۰/۱۴	۱/۷۴	Aug-00
اقدامات درمان	۰/۴۵	۰/۲۲	۲/۹۵	۰/۰۰۳
اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر	۰/۱۵	Mar-00	Jan-۲	Apr-00

در این میان از بین ۶ مؤلفه، «ارتقاء سطح کیفی توان یگان‌های اطلاعاتی و عملیاتی» با بیشترین ضریب مسیر (۱/۲۹) و مؤلفه «توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی» با کمترین ضریب مسیر (۰/۸۰) و از بین ۱۶ شاخص، گویه ۴، «افزایش بودجه برای مسدود کردن مرزها در کاهش ورود مواد مخدر به کشور تاثیر گذار بوده است»، با بیشترین ضریب مسیر (۰/۵۰) و گویه ۱۰، «جهت توانمندسازی پایگاه‌های نظامی و جلوگیری از ورود مواد مخدر، اقدامات مهندسی و الکترونیکی انجام شده است»، با کمترین ضریب مسیر (۰/۳۱) تبیین کننده مدل می‌باشند. همچنین در این میان از بین ۳ مؤلفه، «درمان‌های اقامتی» با بیشترین ضریب مسیر (۱/۳۰) و مؤلفه «درمان‌های خودیار» با کمترین ضریب مسیر (۰/۶۰) و از بین ۹ شاخص، گویه ۲۲، «شرایط طبیعی محیط زندگی برای بیماران در درمان‌های بدون نیاز به بستری حفظ شده است»، با بیشترین ضریب مسیر (۰/۸۰) و گویه ۲۶، «خود درمانی باعث کاهش استرس بیماران در طول دوره درمانی شده است»، با کمترین ضریب مسیر (۰/۴۷) تبیین کننده مدل می‌باشند. همچنین با توجه به جدول ۴، تأثیر متغیر اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر بر کاهش آسیب اعتیاد ($P < 0/05$)، $t = 1/74$, $\beta = 0/19$ معنادار نیست. تأثیر متغیر اقدامات درمان بر کاهش آسیب اعتیاد ($P < 0/05$)، $t = 2/95$, $\beta = 0/45$ مثبت و معنادار است. تأثیر دوطرفه‌ی بین متغیر اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر و اقدامات درمان ($P < 0/05$)، $t = 2/01$, $\beta = 0/15$ نیز مثبت و معنادار است. بر اساس نتایج به دست آمده از معادلات ساختاری چنانچه مقدار قدرمطلق t از عدد ۱/۹۶ بیشتر باشد و ضریب مسیر عددی مثبت باشد، فرضیه مورد نظر با اطمینان ۹۵ درصد معنادار است (هومن، ۱۳۸۷). بنابراین نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه‌های پژوهش به شرح جدول ۵ می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه/رابطه	ضریب استاندارد	آماره t	معناداری	نتیجه
اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر (کاهش آسیب اعتیاد)	۰/۱۹	۱/۷۴	۰/۰۸	رد فرضیه اصلی
اقدامات درمان و کاهش آسیب اعتیاد	۰/۴۵	۲/۹۵	۰/۰۰۳	تایید فرضیه اصلی
اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر (اقدامات درمان)	۰/۲۲	۲/۱۳	۰/۰۳	تایید فرضیه اصلی
انسداد مرزها و کاهش آسیب اعتیاد	-۰/۰۳	-۰/۰۴	۰/۹۷	رد فرضیه فرعی
افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه و کاهش آسیب اعتیاد	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۹۶	رد فرضیه فرعی
توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی و کاهش آسیب اعتیاد	-۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۹۹	رد فرضیه فرعی
ارتقاء سطح کیفی توان یگان‌های اطلاعاتی و عملیاتی و کاهش آسیب اعتیاد	۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۸۷	رد فرضیه فرعی
تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در مناطق مرزی و کاهش آسیب اعتیاد	۰/۳۲	۰/۳۱	۰/۷۶	رد فرضیه فرعی
توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در مرزهای آبی و کاهش آسیب اعتیاد	-۰/۱۸	-۰/۱۲	۰/۹۱	رد فرضیه فرعی
درمان‌های سرپایی و کاهش آسیب اعتیاد	۰/۶۳	-۰/۰۴	۰/۸۹	رد فرضیه فرعی
درمان‌های اقامتی و کاهش آسیب اعتیاد	-۰/۸۶	-۰/۱۰	۰/۹۲	رد فرضیه فرعی
درمان‌های خودیار و کاهش آسیب اعتیاد	۱/۰۱	۰/۱۸	۰/۸۶	رد فرضیه فرعی

بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق با استفاده از تکنیک مدل‌سازی معادلات ساختاری روابط متقابل بین اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر و اقدامات درمان با کاهش آسیب اعتیاد بررسی و کشف شد. همچنین معناداری هریک از این روابط مشخص شد. مشخص شد که به هر میزان اقدامات درمان افراد معتاد افزایش یابد، آسیب‌های ناشی از اعتیاد آنان بیشتر کاهش می‌یابد. در حقیقت، درمان به عنوان استراتژی کاهش تقاضا با هدف کمک به افرادی که

مشکلات مربوط به مواد مخدر دارند، انجام می‌شود که زیان‌های آسیب اعتیاد را کاهش دهد. می‌توان گفت اقداماتی که برای درمان معتادان صورت می‌گیرد علاوه بر کمک به افراد برای کاهش مصرف مواد مخدر، بهبود وضعیت بهداشتی، کاهش جرم و جنایت؛ سوء مصرف مواد مخدر را در اقبال مهم جامعه که عمدتاً مصرف‌کننده هروئین یا کوکائین هستند، باعث کاهش می‌دهد. نتایج حاصل از بررسی این فرضیه با نتایج تحقیق محققانی مانند ایجایی، کریملو، رهگذر، و توکلی (۱۳۹۲)، جوترسونک و همکاران (۲۰۱۰)، کلی (۲۰۱۰)، دوترا و همکاران (۲۰۱۰) مطابقت دارد. از طرف دیگر، می‌توان گفت اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر، کاهش آسیب اعتیاد آنان را پیش‌بینی نمی‌کند. در واقع با اقداماتی نظیر متوقف ساختن ورود، قاچاق و توزیع مواد که دارای ماهیت انتظامی و اطلاعاتی است، نمی‌توان باعث کاهش آسیب اعتیاد شد. چرا که هرچه شدت اقدامات انتظامی مانند انسداد مرزها، افزایش نیروهای عملیاتی گشت و کمین در منطقه، توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی و ... برای جلوگیری از عرضه مواد مخدر افزایش یابد، سهولت دسترسی به مواد مخدر کاهش می‌یابد و در نتیجه قیمت مواد مخدر افزایش می‌یابد و این افزایش قیمت بر روی سود عرضه‌کنندگان تاثیر مستقیم دارد تا به سمت قاچاق مواد مخدر ترغیب شوند. در نتیجه آسیب‌های ناشی از اعتیاد به مواد مخدر اعم از آسیب‌های اجتماعی و خانواده و ... کاهش نمی‌یابد. این نتایج با مطالعات حیدری (۱۳۹۳)، حامدی و همکاران (۱۳۹۲)، جوترسونک و همکاران (۲۰۱۰)، دوترا و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر می‌تواند موجب موثر واقع شدن اقدامات درمان شود و روند آن را تسریع بخشد. این بدان معناست که اگر ما بتوانیم با انسداد مرزها، توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در خلیج فارس، دریا‌های عمان و خزر، توسعه قرارگاه‌های عملیاتی تخصصی در مناطق مرزی، ارتقا سطح کیفی توان یگان‌های اطلاعاتی و عملیاتی، افزایش نیروهای عملیاتی و گشت و کمین در منطقه، تربیت کادر متخصص و شبکه‌بندی مبادلات بین دستگاه‌های مقابله‌ای، تقویت بازارچه‌های مرزی و تعاونی‌های مرزنشینان، تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در مناطق مرزی، تهیه و تدوین طرح جامع امنیت پایدار مناطق مرزی از

طریق تامین معیشت و رفاه مرزنشینان و جلب حمایت کشورهای اروپائی مصرف کننده مواد مخدر برای اختصاص اعتبار جهت کنترل مواد مخدر در کشور خود و انجام عملیات کشت جایگزین در افغانستان میزان عرضه مواد مخدر در کشور را به مقدار زیادی کنترل کرده و کاهش دهیم، می توانیم از تمام اقداماتی که بر روی جسم فرد معتاد انجام می دهیم تا وابستگی جسمانی فرد به مواد مخدر از بین برود، نتیجه خوبی بگیریم. این نتیجه با نظریات و تحقیقات ایجایی و همکاران (۱۳۹۲)، روشن پژوه، صابری زفرقندی، میر کاظمی، شفیع، جمعه پور (۱۳۹۲)، جوترسونک و همکاران (۲۰۱۰) منطبق است. همچنین یافته های نشان داد اقدامات درمان بر کاهش آسیب اعتیاد تاثیر دارد. این تایید بدان معنی است که کاهش مرگ و میر ناشی از اعتیاد و نیز کاهش ابتلا به عفونت های اچ. آی. وی که از مهمترین اهداف مرکز پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر است می تواند تا حد زیادی موجب کاهش آسیب اعتیاد (آسیب های اجتماعی مانند کاهش طلاق، کودک آزاری، همسر آزاری، اقدام به خودکشی، فرار از منزل، انحرافات اخلاقی، اختلالات هویت جنسی و غیره) شود. این یافته با نظریات و تحقیقات ایجایی و همکاران (۱۳۹۲)، چائوونستلر (۲۰۱۱) و جوترسونک و همکاران (۲۰۱۰) همسو می باشد.

با توجه به تایید فرضیه تاثیر اقدامات درمان بر کاهش آسیب اعتیاد پیشنهاد می شود با برنامه هایی نظیر دولتی کردن، یا محدود و حتی حذف کردن مراکز خصوصی و کمپ های گروه همتا یا برعکس جایگزینی این مراکز به جای مراکز دولتی و خرید خدمت از بخش غیردولتی، ایجاد ساختارهای اداری یکپارچه و بزرگ (مثلا در قالب یک سازمان واحد)، افزایش ردیف بودجه درمان اعتیاد برای مراکز دولتی، تسهیل مقررات و پروتکل ها، باعث کاهش آسیب اعتیاد شد. زیرا ناتوانی افراد در پرداخت هزینه های درمان، موجب مراجعه آنان به بازار غیرقانونی برای خرید داروهایی نظیر متادون شده که از یکسو به اقتصاد مراکز مجاز درمان آسیب وارد می کند و از سوی دیگر این خود درمانی نتیجه بخش نیست، و عوارض مهمی را (مثلا به دلیل مصرف داروی تقلبی) برای بیمار ایجاد می کند. این مشکلات به طور مشابه برای مراجعان مراکز درمان اقامتی غیراستاندارد (کمپ های غیرمجاز) هم وجود دارد و این خود نه تنها باعث کاهش آسیب اعتیاد نشده بلکه باعث

آسیب به بیماران می‌شود. با توجه به تایید فرضیه تاثیر اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر بر اقدامات درمان پیشنهاد می‌شود جهت انسداد مرزها از تکنولوژی‌های جدید مانند تجهیزات روز همانند رادارهای ثابت و متحرک و دوربین‌های دید در شب، کنترل الکتریکی مرز استفاده شود تا از این طریق بتوان به بهبود و درمان معتادان کمک قابل توجهی کرد و این روند را تسریع نمود. همچنین می‌توان با فعالیت و استقرار بازارچه‌ها در مناطق مرزی در بسیاری از متغیرهای رفاهی از قبیل ایجاد اشتغال، تحرک شغلی مرزنشینان، افزایش درآمد، تامین مایحتاج نیازهای ساکنین مرزنشین، تغذیه، بهداشت، مسکن و محیط زیست بهبود نسبی ایجاد نمود. این امر باعث کاسته شدن اقتصاد غیررسمی در مناطق مرزی و قاچاق مواد می‌شود. این خود گامی موثر جهت درمان بیماران معتاد به مواد مخدر است. با توجه به تایید فرضیه تقویت فرصت‌های سرمایه‌گذاری در مناطق مرزی بر درمان اعتیاد پیشنهاد می‌شود استراتژی‌های مناسب جهت ایجاد و فعال‌سازی بخش صنعت در مناطق مرزی ایجاد شود. می‌توان با اقداماتی مانند اعطای زمین به علاقه‌مندان جهت ایجاد صنایع، راه‌اندازی و خرید ماشین‌آلات با اقساط طویل‌المدت و کم بهره، معافیت‌های مالیاتی در منطقه، تعهد دولت جهت خرید محصولات صنایع، تشویق دولت جهت گسترش فعالیت‌های تولیدی کوچک و ایجاد امنیت کامل در منطقه جهت تشویق سرمایه‌گذاران بخش خصوصی در صنایع مانع کسب درآمد مرزنشینان از طریق قاچاق مواد مخدر شد. این خود در درمان بیماران معتاد موثر است. با توجه به تایید فرضیه توسعه یگان‌های کنترل ساحلی در مرزهای آبی کشور بر اقدامات درمان پیشنهاد می‌شود از مرزهای آبی حراست شود تا از ورود و خروج غیرمجاز مسافران جلوگیری به عمل آید و از هرگونه تجاوزات مرزی و استیفای حقوق مرزنشینان در زمینه برقراری ثبات نظم و امنیت جلوگیری شود.

منابع

لیجلی، ابراهیم؛ کریملو، مسعود؛ رهگذر، مهدی و توکلی، محمود (۱۳۹۲). ارزیابی و اولویت‌بندی روش‌های درمان اعتیاد با استفاده از تکنیک تاپسیس. *ویژه‌نامه مطالعات اعتیاد*,

باقری نژاد بسابی، سعید (۱۳۹۰). آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و راهبردهای کاهش آسیب.

بازیابی شده از: <http://socialpathology90.blogfa.com/tag>

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن‌آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۰۸-۹۲.

حیدری، مرتضی (۱۳۹۳). بررسی میزان اثر بخشی فرآیند کاهش عرضه مواد مخدر در دوره شش ساله ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۳)، ۸۵-۱۰۸.
رحیم نظری، فرزین (۱۳۹۰). درمان اعتیاد یک راهبرد برای چند هدف. *ماهنامه فرهنگی-اجتماعی ایران پاک*، ۴، ۱۳-۱.

رضایی، محمد (۱۳۸۵). *درآمدی بر استراتژی کاهش تقاضا «بعد نظری و تجربی»*. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.

روشن پژوه، محسن؛ صابری زفرقندی، محمد باقر؛ میر کاظمی، رکسانا؛ شفیع، علی و جمعه‌پور، حمید (۱۳۹۲). ارزیابی خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد با تمرکز بر عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی به پناه جویان افغانی در ایران از منظر ارائه دهندگان این خدمات. *نشریه توانبخشی ویژه مطالعات اعتیاد*، ۱۴(۵)، ۳۴-۴۲.

زارعی، حمید (۱۳۹۳). *مواد مخدر و امنیت بین‌المللی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، رشته روابط بین‌الملل.

صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۵). *آسیب شناسی اجتماعی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
صفاتیان، سعید (۱۳۸۹). درمان اعتیاد با دو رویکرد پرهیز کامل و کاهش آسیب. *ماهنامه ایران پاک خانواده*، ۳۵، ۱۴-۱۲.

معصومی‌راد، رضا (۱۳۸۹). الگوی کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران (با تاکید بر پیشگیری و درمان). *نشریه جامعه و فرهنگ*، ۲۰، ۱۳-۹.

مویدی، علی (۱۳۹۴). اجرای الگوی انتظامی مقابله با فروش مواد مخدر. *فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، ۷(۲۴)، ۳۷-۴۵.

مهری، کریم؛ اکبری، فاطمه؛ یزدخواستی، بهجت و پناهی، محمدحسین (۱۳۹۳). فراتحلیل پژوهش‌های انجام شده در حوزه کاهش آسیب و درمان اعتیاد. *نشریه توانبخشی*، ۱۵(۲)، ۴۷-۳۸.

هادی نژاد، اسدالله (۱۳۹۳). *اقدامات مقابله با عرضه مواد مخدر*. روابط عمومی دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر فارس، خبرگزاری کار ایران. بازیابی شده از: www.ilna.ir
هومن، حیدر علی (۱۳۸۷). *مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار آموس*. سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، تهران.

References

- Dallas, T. X., David, W. & Julie, K. (2010). Staley Behavioral Neuroscience of Drug Addiction. *Biosocieties*, 39, 22-26.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M., Otto, M. W. (2010). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851.
- Jütersonke, O., Muggah, R., & Rodgers, D. (2009). "Gangs, Urban Violence, and Security Interventions in Central America". *Security Dialogue*, 40, 373-397.
- Laoniramai, P., Laosee, O. C., Somrongsong, R., Wongchalee, S., & Sitthi-Amorn, C. (2012). "Factors affecting the experiences of drug use by adolescents in a Bangkok slum". *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 36, 1014-1019.
- World Drug Report (2014). *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*. No. E.12. XI.1.