

**معیشت پایدار:
چشم‌اندازی جامع‌تر**

حمایت و ادغام اجتماعی به‌منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر غیرمجاز، اچ‌آی‌وی/ایدز و جرم

مقاله‌ای برای بحث

امتیاز عکس: جان سوچور

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد
وین

معیشت پایدار:
چشم‌اندازی جامع‌تر
حمایت و ادغام اجتماعی به‌منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر غیرمجاز، اچ‌آی‌وی/ایدز و جرم

مقاله‌ای برای بحث



سازمان ملل متحد
نیویورک، 2011

©سازمان ملل متحد، مارس 2011. تمام حقوق محفوظ است

عناوین مورداستفاده و بیان مطالب در این مقاله به‌هیچ‌وجه بر ابراز عقیده از جانب دبیرخانه سازمان ملل متحد در مورد وضعیت حقوقی هیچ کشور، قلمرو، شهر یا منطقه یا مقامات آن، و یا تحدید حدودوثغور یا مرزهای آن دلالت ندارد.
ناشر: انتشارات دفتر سازمان ملل متحد در وین، بخش انتشارات و کتابخانه، واحد زبان انگلیسی

**فهرست مطالب**

[1. مقدمه 1](#_Toc61288853)

[**تعهدات مرتبط** 1](#_Toc61288854)

[**2. کاربرد مفهوم معیشت پایدار در مطالعات توسعه** 2](#_Toc61288855)

[**3. آسیب‌پذیری در برابر جرم، اچ‌آی‌وی/ ایدز و وابستگی به مواد مخدر** 3](#_Toc61288856)

[**آسیب‌پذیری مضاعف** 3](#_Toc61288857)

[**مصرف مواد مخدر غیرمجاز و وابستگی به مواد مخدر** 4](#_Toc61288858)

[**رفتار مجرمانه** 5](#_Toc61288859)

[**اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر مشکلات سلامتی** 6](#_Toc61288860)

[**4. مداخلات معیشت پایدار** 7](#_Toc61288861)

[**پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر** 7](#_Toc61288862)

[**درمان وابستگی به مواد مخدر** 8](#_Toc61288863)

[**مداخلات مربوط به جمعیت زندانیان و زندانیان آزادشده** 9](#_Toc61288864)

[**بهداشت و اچ‌آی‌وی/ ایدز** 10](#_Toc61288865)

[**استراتژی و راهکار** 10](#_Toc61288866)

[**5. نتیجه‌گیری** 11](#_Toc61288867)

# 1. مقدمه

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC) و جامعه بین‌المللی از مفهوم معیشت پایدار به‌عنوان مبنای فعالیت خود درزمینه توسعه جایگزین به‌دفعات استفاده کرده‌اند. تا به امروز، هدف اصلی مداخلات در این حوزه، تأمین معیشت پایدار جایگزین برای خانواده‌های کشاورز بوده است تا از وابستگی آن‌ها به کشت محصولات غیرقانونی پیشگیری شود. نتیجه مطلوب و مهم این روش، پایان دادن به کشت مواد مخدر غیرقانونی از طریق ایجاد درآمد جایگزین است.

به نظر می‌رسد مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر غیرمجاز، وابستگی به مواد مخدر، بیماری‌های مرتبط با مواد مخدر مانند اچ‌آی‌وی/ ایدز و جرائم مربوط به مواد مخدر نه‌تنها از طریق تولید و قاچاق عمده مواد مخدر، بلکه در نتیجه شرایط سخت اجتماعی-اقتصادی در شهرها تشدید می‌شود و پایدار می‌ماند. به‌ویژه، فقر شدید در حومۀ شهرها، نابرابری، طرد اجتماعی، محرومیت به دلیل مهاجرت و جابجایی داخلی، نداشتن تحصیلات و آینده شغلی و قرار گرفتن در معرض خشونت و سوءاستفاده منجر به افزایش نسبت جمعیت در معرض خطر قربانی شدن در سازمان‌های جنایی، سوءمصرف مواد مخدر و سایر خطرات بهداشتی یا درگیر شدن در معاملات مواد مخدر و دیگر انواع رفتارهای غیرقانونی و ضداجتماعی می‌شود.

با توجه به اینکه تقریباً نیمی از جمعیت جهان[[1]](#footnote-1) اکنون، به دلیل مهاجرت شهری در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط، در شهرها زندگی می‌کنند، مقاله حاضر به مفهوم و مداخلات معیشت پایداری می‌پردازد که خطرات بهداشتی درزمینهٔ مواد مخدر و جرائم در مناطق شهری را هدف قرار می‌دهد. این مقاله چنین استدلال می‌کند که مداخلات مربوط به مواد مخدر، اچ‌آی‌وی/ ایدز و جرائم می‌توانند دارای تأثیر بیشتر و پایدارتری باشند، و درصورتی‌که به آن‌ها ارجحیت داده شود و دائماً با مداخلات معیشت پایداری همراه باشند که عوامل زمینه‌ای را آماده می‌سازند، کسب منفعت کامل گروه‌های هدف را مقدور ‌سازند. در این رابطه، خدمات معیشت پایدار همه‌جانبه در موفقیت مداخلاتی که جمعیت‌های حاشیه‌نشین آسیب‌پذیر در برابر مواد مخدر، اچ‌آی‌وی / ایدز و جرم را هدف قرار می‌دهند، نقشی مهم بازی می‌کند. برنامه‌های پیشگیری یا درمان آتی باید دربردارنده مؤلفه معیشت پایداری باشند که در سراسر روند بهبودی کامل، ادغام مجدد و پیشرفت انسانی و اجتماعی حفظ شود.

# **تعهدات مرتبط**

هیئت بین‌المللی کنترل مواد مخدر، در تلاشی به‌منظور رفع نواقص مربوط به پیشگیری و درمان مواد مخدر، خواستار انجام مداخلات معیشت پایدار در حوزه آسیب‌پذیری در برابر سوءمصرف مواد مخدر شد. این هیئت در گزارش سال 2005 خود، بر اهمیت معیشت پایدار برای جمعیت آسیب‌پذیر در چارچوب کلی پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر و درمان و بازپروری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر تأکید کرد و به‌ویژه اشاره نمود که «مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیرمجاز غالباً در حاشیه قرار می‌گیرند، و تحت شرایطی دشوار در محله‌های زاغه‌نشین شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند، و ممکن است به‌منظور غلبه بر مشکلات خود به تلاش‌های ویژه توسعه نیاز داشته باشد. اعضای جوامع حاشیه‌نشین در مناطق شهری نیز ممکن است توسط باندهای خشن مجبور به خریدوفروش مواد مخدر در سطح خیابان شوند. موادفروشان خیابانی اغلب خود معتاد هستند و نیازمند به دسترسی به برنامه‌های پیشگیری، آموزش و درمان هستند. در چنین شرایطی، تقریباً هیچ فرصتی برای کسب درآمد مشروع وجود ندارد. در این موارد، به سیاست‌هایی کاملاً مشخص - ازجمله نهاده‌هایی از جانب گروه‌های آسیب‌دیده - نیاز است تا به کاهش مشکلات مواد مخدر، ازجمله جرائم مرتبط با مواد مخدر کمک کند».[[2]](#footnote-2)

اخیراً، کمیسیون مواد مخدر در پنجاه و دومین جلسه خود، در سال 2009، بیانیه‌ای سیاسی و برنامه‌ای اجرایی همکاری بین‌المللی در راستای راهبردی ی یکپارچه و متعادل به‌منظور مقابله با مشکل جهانی مواد مخدر تصویب کرد.[[3]](#footnote-3) در بند 21 این بیانیه سیاسی، کشورهای عضو، ازجمله، تعهد خود به برنامه‌های کاهش تقاضای مواد مخدر را بر اساس شواهد علمی و پوشش مجموعه‌ای از اقدامات، ازجمله بازپیوند اجتماعی و خدمات پشتیبانی مرتبط، را تکرار کرده و خود را متعهد به اعطای منابع بیشتر نمودند تا از دسترسی به این مداخلات اطمینان حاصل شود... با توجه به این موضوع که در طراحی این مداخلات همچنین باید آسیب‌پذیری‌هایی، مانند فقر و محرومیت اجتماعی را، که موجب تضعیف رشد انسانی می‌شوند ، در نظر گرفت. این مسئله در بخش اول برنامه اجرایی برای کاهش تقاضا و اقدامات مرتبط تکرار می‌شود. در این بخش گفته شده است که کشورهای عضو باید «اطمینان حاصل نمایند که تلاش‌های کاهش تقاضای مواد مخدر، به آسیب‌پذیری‌هایی مانند فقر و حاشیه‌نشینی می‌پردازد که پیشرفت انسان را تضعیف می‌کند». (بند 4 (ه)).

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد همچنین یکی از حامیان برنامه مشترک سازمان ملل در مورد اچ‌آی‌وی/ ایدز است که اخیراً «افزایش حمایت اجتماعی از افراد مبتلابه اچ‌آی‌وی» را به‌عنوان یکی از نه حوزه دارای اولویت اقدام در بودجه واحد و برنامه کاری 2010-2011 معرفی کرده، و خاطرنشان می‌کند که «فقدان معیشت پایدار بسیاری از مردم را به حاشیه جامعه سوق می‌دهد، و آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهد. تلاش‌هایی ویژه‌ لازم است تا پذیرش اجتماعی ارتقا یابد و اطمینان حاصل شود که افرادی که با ویروس اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند یا نسبت به آن آسیب‌پذیر هستند، از کار و تحصیلات اصلی دور نخواهند شد».[[4]](#footnote-4)

دستورالعمل‌های پیشگیری از جرم (قطعنامه شورای اقتصادی و اجتماعی 13/2002، ضمیمه) تأکید می‌کند که پیشگیری از جرم، طیف وسیعی از رویکردها را در برمی‌گیرد، ازجمله رویکردهایی که، با تأکید ویژه بر کودکان و جوانان، سلامت و تندرستی مردم را بهبود می‌بخشند و از طریق اقدامات اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و آموزشی، رفتارهای جامعه پسند را ترغیب می‌کنند و بر عوامل خطرساز و حمایتی مرتبط با جرم و بزه دیدگی متمرکزند.

# **2. کاربرد مفهوم معیشت پایدار در مطالعات توسعه**

با توجه به اینکه مفهوم معیشت پایدار در شناخت معیشت افراد نقش دارد و عمدتاً برای کاهش فقر استفاده شده است، این مفهوم می‌تواند در مطالعات توسعه مفید واقع شود. مطابق با این مفهوم، فقر را باید ازنظر محدودیت در توانایی‌ها درک کرد. مفاهیم معیشتی، به دلیل دارا بودن حوزه خاص و مبتنی بر سطح توسعه کشور یا منطقه موردنظر، پویا و بسیار متفاوت هستند و بررسی کلی‌تر فقر را مقدور می‌سازند.

وضعیت جمعیت‌هایی که عموماً به‌عنوان «محروم»، «حاشیه‌نشین» یا «فقیر شهری» شناخته می‌شوند را می‌توان با نمونه‌های زیر مشخص کرد:

«همه، در مفهومی غم‌انگیز، نه‌تنها ازنظر اقتصادی بلکه ازنظر جامعه‌شناختی نیز به حاشیه رانده شده‌اند. این افراد در قامت کارگر، درازای ساعات طولانی کار، اغلب در مشاغل موقت، کارهای سخت، کثیف و خطرناک، دستمزد کمی دریافت می‌کنند که آنان را مستحق دریافت مزایای ناچیز تأمین اجتماعی هم نمی‌کند. ازنظر محل سکونت، این گروه‌ها در انواع مسکن‌های نامناسب؛ محله‌های زاغه‌نشین قدیمی، املاک استیجاری جدید، حلبی‌آبادها و غیره زندگی می‌کنند. ازلحاظ توان خرید، این افراد فاقد قدرت خرید کالا و خدماتی هستند که مابقی جامعه از آن بهره‌مند می‌شوند. ازنظر اجتماعی، وضعیت آنان «تحقیرشده و آسیب‌دیده» است. ازنظر فرهنگی، آنان فاقد آموزش رسمی هستند، و حتی گاهی توانایی صحبت به زبان ملی را ندارند».[[5]](#footnote-5)

به‌منظور دستیابی به وضعیت معیشت پایدار، گروه هدف باید از حمایت‌هایی برخوردار شود که موجب افزایش درآمد و رفاه گردد، که نمونه‌های بارز آن، حق‌الزحمه معقول و عادلانه، مسکن مناسب، امنیت غذایی بالاتر، استفاده پایدار از پایگاه منابع طبیعی و کاهش آسیب‌پذیری در برابر تغییرات یا شوک‌های ناگهانی است.[[6]](#footnote-6) دستاوردها در هر یک از کشورها باید در برابر پیشینه سیاست و چارچوب نهادی آن ارزیابی شود. مداخلات نیز باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که در یک زمینه خاص به نیازها پاسخ دهند. برای نمونه، برای شخصی که در یک شهر زندگی می‌کند، اهمیت سرمایه طبیعی کمتر از اهمیت این موضوع برای فردی است که در مناطق روستایی زندگی و از طریق کشاورزی امرارمعاش می‌کند.

چارچوب‌های رویکردهای معیشت پایدار توسط سازمان‌های مختلف دخیل در توسعه بین‌المللی تهیه شده است، که از آن میان می‌توان به بانک جهانی، صندوق بین‌المللی توسعه کشاورزی، سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد و وزارت توسعه بین‌المللی پادشاهی متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی اشاره کرد.

# **3. آسیب‌پذیری در برابر جرم، اچ‌آی‌وی/ ایدز و وابستگی به مواد مخدر**

# **آسیب‌پذیری مضاعف**

افرادی که در فقر زندگی می‌کنند و بیشتر در معرض سوءمصرف مواد مخدر قرار می‌گیرند، بزهکار می‌شوند و از ضعف جسمی رنج می‌برند. محرومیت عوامل خطرساز را افزایش می‌دهد و عوامل حمایتی مانند پیوندهای منسجم خانوادگی و اجتماعی، عزت‌نفس مثبت، تحصیلات، اشتغال و درآمد مکفی را تضعیف می‌کند.[[7]](#footnote-7)

جوامع شهری بی‌بضاعت معمولاً دچار جرم، وابستگی به مواد مخدر و شرایط ناسالم زندگی می‌شوند، که این عوامل موجب فقدان کسب‌وکار قانونی می‌شود. افراد دارای وضعیت نامناسب اقتصادی-اجتماعی معمولاً ازنظر درآمد، تحصیلات، امنیت غذایی و بهداشت از کمبودهای شدیدی رنج می‌برند. آن‌ها به دلیل بی‌کفایت نظام‌های عدالت اجتماعی در معرض جرم و خشونت قرارگرفته و ازنظر اجتماعی به حاشیه رانده‌شده‌اند، به‌گونه‌ای که هیچ ساختاری برای کمک به آنان وجود ندارد. آن‌ها با فرصتی اندک برای دستیابی به رفاه، در رسانه‌ها با تصاویر افرادی روبرو می‌شوند که در تجملات زندگی می‌کنند.

انگیزه جرم و اعتیاد به مواد مخدر ریشه‌های روان‌شناختی دارد: افراد عزت‌نفس پایینی دارند و احساس می‌کنند از جامعه طردشده‌اند. شانس آنان برای کسب درآمد از طریق اشتغال مناسب در اقتصاد رسمی، کم است و فاقد مهارت برای خوداشتغالی موفق هستند. افراد محروم غالباً فقط در مقاطع پایین تحصیلی آموزش می‌بینند و یا اصلاً به مدرسه نمی‌روند و فرصت‌های خود برای یافتن شیوه‌های پایدار، مناسب و رضایت‌بخش امرارمعاش را محدود می‌کنند. ازآنجایی‌که در بسیاری از کشورها انحراف درآمد اغلب بالاست و عدالت اجتماعی و خدمات اجتماعی با یارانه‌های دولت وجود ندارد، افراد حاشیه‌نشین هرروزه با ناامیدی و استیصال روبرو می‌شوند.

والدینی که از فشار اقتصادی رنج می‌برند، در تأثیرگذاری مثبت بر فرزندان خود با مشکلات بیشتری روبرو هستند، زیرا فشار عصبی بر توانایی فرزند پروری آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد.[[8]](#footnote-8) فشار اقتصادی اغلب بر روابط بین والدین تأثیر می‌گذارد و موجب تضعیف روحیه می‌شود، و این امر نیز منجر به تعارضات زناشویی و طلاق می‌گردد که خود اغلب موجب ضرر اقتصادی بیشتری می‌شود. به‌ویژه زنان غالباً با فرزندان خود و بدون هیچ درآمد و کمک مالی تنها می‌مانند. در خانواده‌های محروم و تحت‌فشار اقتصادی و روانی شدید، احتمال خشونت خانگی بیشتر است.[[9]](#footnote-9) علاوه بر این، تجارب آسیب‌زای پیشین و فعلی والدین، فشار عصبی آن‌ها را افزایش می‌دهد و همچنین بر توانایی‌های فرزند پروری آن‌ها تأثیر منفی بر جای می‌گذارد. درنهایت، کودکان این خانواده‌ها غالباً بی‌توجهی و حتی خشونت را تجربه می‌کنند. این تجربیات منفی اولیه بر رشد مغز و ویژگی‌های شخصیتی تأثیر می‌گذارد و حتی باعث می‌شود که چنین کودکانی بیشتر در معرض مصرف مواد مخدر، رفتار ضداجتماعی و بسیاری از پیامدهای منفی در مراحل بعدی زندگی قرار بگیرند.

این شرایط باعث می‌شود تا کودکان به امید فرار از خشونت و درماندگی، خانه‌های خود را ترک کنند و درنهایت با همسالان خود در خیابان زندگی کنند. آنان همچنان در فقر شدید به زندگی خود ادامه می‌دهند و در برابر جرم، وابستگی به مواد مخدر و خطرات سلامت به‌شدت آسیب‌پذیر هستند.[[10]](#footnote-10) یتیمان در معرض خطر جدی قرار گرفتن در شرایط وخیم انسانی هستند. در بسیاری از مناطق جهان، که در آن‌ها برای چنین گروه‌هایی خدمات عمومی در نظر گرفته نشده است، کودکان و نوجوانان کم سن و سال به‌تنهایی در خیابان‌ها هستند و اغلب برای حمایت اجتماعی به گروه‌های خلاف‌کار متوسل می‌شوند و از راه تکدی‌گری، جرائم کوچک یا تن‌فروشی زنده می‌مانند. جوانان ازنظر اجتماعی به حاشیه رانده‌شده‌اند و به دلیل بی‌کفایتی نظام رفاه اجتماعی نمی‌توانند برای کمک به‌جایی متوسل شوند.

جوانانی که از تحصیل محروم شده‌اند، اغلب شناخت اندکی از اعتیاد و انتقال بیماری‌ها دارند و بنابراین قادر به تشخیص موقعیت‌های خطرناک، و نتیجتاً محافظت از خود، نیستند. علاوه بر این، آنان در مقایسه با افراد دارای درآمد مناسب و در محیط مصون، بیشتر در معرض خطر ارتکاب جرم و زندانی شدن قرار دارند. «بااین‌حال تمام محاسبات نشان می‌دهد که میزان جرائم رسمی میان فقرا تقریباً همیشه بالاتر است و احتمال بیشتری وجود دارد که افراد فقیر به دلیل طیف گسترده‌ای از جرائم دستگیر و محکوم می‌شوند».[[11]](#footnote-11) با سابقه کیفری، دسترسی به شغل محدود می‌شود و به دلیل گذراندن دوره حبس، زمان باارزش زندگی از دست می‌رود، و این امر شانس داشتن یک زندگی پایدار را بیشتر کاهش می‌دهد.

# **مصرف مواد مخدر غیرمجاز و وابستگی به مواد مخدر**

شرایط افراد محروم ممکن است آنان را هرچه بیشتر مستعد مصرف مواد اعتیادآور سازد. مشکلات اولیه در خانواده، مدرسه یا روابط منفی با همسالان - که نشانه جوامع محروم است - احساساتی منفی ایجاد می‌کند که مصرف مواد مخدر غیرمجاز، تنها راه فرار موجود از آن‌هاست.[[12]](#footnote-12) احساس قدرت و شادی کوتاه‌مدت ناشی از استشمام چسب، مصرف آمفتامین و حشیش، تزریق هروئین و یا استنشاق دود تریاک ممکن است به‌ویژه برای شخصی وسوسه‌انگیز باشد که زندگی بدون لذت و خوشی دارند.

افرادی که از سوءمصرف مواد مخدر و وابستگی به آن رنج می‌برند در یک چرخه خطرناک گرفتارشده‌اند که سرمایه اجتماعی-اقتصادی و همچنین سلامتی آنان را بیشتر تضعیف می‌کند، و بنابراین فقر، محرومیت و طرد اجتماعی خود و خانواده‌هایشان را تداوم می‌بخشد. به‌عبارت‌دیگر، مصرف مواد مخدر غیرمجاز و وابستگی به مواد مخدر «تأثیرات مخرب و طولانی‌مدتی بر وضعیت اجتماعی-اقتصادی جامعه و نتایج سلامت» دارد.[[13]](#footnote-13) مصرف مواد مخدر غیرمجاز و وابستگی به مواد مخدر، سلامت جسمی و روانی فرد را از بین می‌برد. علاوه بر این، اثرات جسمی مصرف مواد مخدر غیرمجاز ممکن است موجب شود مصرف‌کننده نتواند وظایف مهمی، مانند کار، نظافت و بهداشت روزانه، نظافت منزل یا معاشرت با دوستان و خانواده را در زندگی انجام دهد. برای نمونه، دشواری در ادامه کار منظم به‌عنوان یک مصرف‌کننده مواد مخدر غیرمجاز، سطح فقر را افزایش می‌دهد.[[14]](#footnote-14)

این وضعیت مشکل‌ساز زمانی وخیم‌تر می‌شود که افراد وابسته به مواد مخدر، اغلب مورد انگ اجتماعی و تبعیض قرار می‌گیرند. این امر بدان معناست که حمایت اقتصادی-اجتماعی و خدمات بهداشتی و اجتماعی که این گروه به‌شدت به آن نیاز دارند، به‌راحتی در دسترس نیست.[[15]](#footnote-15) برای نمونه، خدمات درمانی و مراقبتی مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیرمجاز، از‌جمله خدمات مرتبط با که اچ‌آی‌وی و ایدز ، به‌ندرت معادل خدمات موجود برای افرادی است که از سایر اختلالات سلامت رنج می‌برند، بنابراین این امر موجب تخریب بیشتر سلامت و سایر دارایی‌های باارزش انسانی می‌شود. علاوه بر این، در جوامع فقیر، چنین پشتیبانی و خدماتی ممکن است اصلاً وجود نداشته باشد. در چنین شرایطی، افراد وابسته به مواد مخدر با سرعت بیشتری به حاشیه رانده می‌شوند و در یک وضعیت ناامیدی و درماندگی دائمی به دام می‌افتند.

# **رفتار مجرمانه**

فقدان معیشت پایدار موجب آسیب‌پذیری در برابر رفتار مجرمانه می‌شود. در کشورها یا مناطقی که درآمد به‌طور نامتوازن توزیع‌شده است و عدالت اجتماعی نامساعد است، میزان جرم و جنایت بالاتر و میزان خشونت آن بیشتر است . برای نمونه، در محیط‌های شلوغ و مناطق حومه شهرهای بزرگ که اغلب جمعیتی زاغه‌نشین دارند.

شاغل مجرمانه معمولاً از سنین جوانی آغاز می‌شود. جوانانی که از راه‌های مجرمانه امرارمعاش می‌کنند معمولاً درآمد زیادی از فعالیت‌های غیرقانونی خود مانند فروش مواد مخدر، سرقت و دستبرد کسب نمی‌کنند و در شغلی دارای حقوق کم که به شایستگی خاصی نیاز ندارد نیز تقریباً همان درآمد را خواهند داشت.[[16]](#footnote-16) افراد فقیری که به خدمات حمایتی دسترسی ندارند و حس می‌کنند آتیه پایداری نخواهند داشت «در صورت مسدود بودن سیستم فرصت‌های قانونی برای آن‌ها، به‌عنوان یک ابزار جایگزین در جهت دستیابی به موقعیت اجتماعی و موفقیت» مرتکب جرم می‌شوند.[[17]](#footnote-17) طبیعتاً، آنان به دنبال رضایت از زندگی هستند اما تجربیات اولیه آن‌ها باعث شده است باور کنند که هرچقدر تلاش کنند پاداشی دریافت نخواهند کرد. بنابراین، «رضایتی» مردم "نسبتاً محروم" در مدل‌های جامعه‌شناسی که به دنبال آن هستند، می‌تواند منجر به ابراز خشونت محض و تملک غیرقانونی کالاهای مادی شود».[[18]](#footnote-18)

همانطورکه در مورد مصرف مواد مخدر غیرمجاز گفته شد، عوامل اساسی خشونت و رفتار مجرمانه اغلب روانی\_ اجتماعی هستند. تجارب نامطلوب دوران کودکی، زمینه رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی اولیه را فراهم می‌کند و رشد ویژگی‌های شخصیتی مانند جستجوی تازگی، تکانش‌گری و اضطراب زیاد را افزایش می‌دهد، که این به‌نوبه خود کودکان را مستعد برقراری روابط با همسالانی می‌کند که در وضعیت مشابهی قرار دارند. نادیده گرفتن دوران کودکی همچنین بر رشد مهارت‌های شناختی مانند توانایی به تأخیر انداختن پاداش و قضاوت در مورد خطرات تأثیر می‌گذارد.[[19]](#footnote-19) زندگی در محیطی که مشخصه آن بی‌توجهی به دوران کودکی و تجارب اولیه آسیب‌زا است، مهارت‌های مقابله‌ای (coping skills) مؤثری را برای جوانان فراهم نمی‌کند.

# **اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر مشکلات سلامتی**

فقر و طرد اجتماعی نه‌تنها آسیب‌پذیری در برابر وابستگی به مواد مخدر و رفتار مجرمانه را افزایش می‌دهند، بلکه همچنین خطرات ابتلا به اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر بیماری‌های منتقله از طریق خون را نیز زیاد می‌کند. افرادی که از وابستگی به مواد مخدر رنج می‌برند به‌طور خاص آسیب‌پذیر هستند زیرا اغلب از سرنگ مشترک استفاده می‌کنند و یافته‌ها نشان می‌دهد که در برابر رفتارهای جنسی پرخطر آسیب‌پذیرتر هستند.[[20]](#footnote-20) ظرفیت فردی که برای امرارمعاش خود به مواد مخدر وابسته است ممکن است تحت تأثیر تلاش وی برای کسب درآمد برای خرید مواد مخدر قرار گیرد، که به‌نوبه خود می‌تواند انگیزه وی برای مراقبت از سلامت فردی را کاهش دهد.

با توجه به شرایط غیربهداشتی، ازدحام بیش‌ازحد و خشونت و تجاوز جنسی که معمولاً در زندان‌ها رواج دارد، زندان نه‌تنها در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط، بلکه در کشورهای بسیار صنعتی نیز احتمالاً خطر بیشتری برای سلامت افراد به دنبال خواهد داشت.

زندانیان معمولاً حتی پیش از گذراندن دوره حبس خود، دچار ضعف سلامتی هستند، زیرا امکان زندانی شدن افرادی دارای مشکلات روانی و وابستگی به مواد مخدر بیشتر است. در یک مطالعه اخیر مشخص‌شده است که افرادی که «محکوم ‌به حبس شده‌اند، برای نمونه، تقریباً سه برابر بیشتر از افرادی که به زندان نرفته‌اند، دچار اضطراب همراه و اختلال عاطفی می‌شوند».[[21]](#footnote-21) همین مطالعه همچنین نشان داده که جوانان محکوم ‌به حبس، میزان بالاتری از سوءمصرف مواد و اختلال‌های رفتار ایذائی را نشان می‌دهند. مطالعه‌ای دیگری نشان داده که 10 درصد از افسردگی عمده رنج می‌برند، 4 درصد به اختلالات روان‌پزشکی مبتلا هستند و 65 درصد از آن‌ها دارای اختلال شخصیت هستند.[[22]](#footnote-22)

 پیش از حبس، این گروه‌ها بیشتر در معرض خطر بیماری‌ها مانند وابستگی به مواد مخدر، سل یا اچ‌آی‌وی قرار دارند.[[23]](#footnote-23) مطالعات مختلف برآورد می‌کنند که درصد خود اظهاری سوءمصرف مواد مشکل‌زا در زندان بیشتر است تا در جامعه. مطالعات مختلف اثبات کرده‌اند که درصد افرادی که در زندان مشکل مواد مخدر دارند بین 40 تا 80 درصد است.[[24]](#footnote-24) در میان جمعیت زندان‌ها، میزان مصرف مواد مخدر، اچ‌آی‌وی و بیماری هپاتیت در زنان بیشتر از مردان است.[[25]](#footnote-25) این زنان اغلب در محیط محروم زندگی می‌کنند و مشکلات مربوط به اختلالات سلامت روان، وابستگی به الکل و مواد مخدر، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های باروری و سابقه آزار جسمی و جنسی را تجربه می‌کنند.[[26]](#footnote-26)

تا زمانی که افراد آلوده به اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر بیماری‌های منتقله از طریق خون در شرایطی زندگی کنند که فرصتی برای تأمین معیشت پایدار وجود نداشته باشد، مهار شیوع این بیماری‌ها دشوار خواهد بود. با توجه به ارتباط قوی بین وابستگی به مواد مخدر، جرم و جنایت و بیماری مسری اچ‌آی‌وی/ایدز و مشکلات مرتبط، زاغه‌نشینان شهرها در معرض خطر ابتلای هم‌زمان به دو یا چند مورد از این مشکلات هستند

# **4. مداخلات معیشت پایدار**

# **پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر**

مداخلات پیشگیری که تا امروز به‌عنوان بخشی از برنامه کاهش تقاضای مواد مخدر و کاهش آسیب توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد انجام‌شده است، شامل خدماتی است که افراد را به خودباوری بیشتری می‌رساند و زندگی آن‌ها را پایدارتر می‌کند. مداخلات معیشت پایدار باید همراه با این مداخلات پیشگیرانه سنتی صورت بگیرد، و راه را برای فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای باز کند که عوامل حمایتی را تقویت نماید و عوامل خطرساز را در طیف وسیعی از زمینه‌ها، ازجمله خانواده، مدرسه، محل کار و اجتماع تضعیف کند، و همچنین اطلاعات، مهارت‌ها و فرصت‌های توسعه سالم را در اختیار جوانان قرار دهد.

در سطح اولیه مداخله، کمک اجتماعی-اقتصادی سریع، مشارکت گروه‌های هدف محروم در فعالیت‌های پیشگیری را تسهیل می‌نماید. برای نمونه، برنامه‌های آموزش مهارت‌های خانواده باید فراتر از پرداخت هزینه حمل‌ونقل و برنامه‌ریزی مراقبت از کودکان باشد. ارائه مشوق‌هایی از قبیل وعده‌های غذایی رایگان و کوپن کالاهای مصرفی در پایان این برنامه، مشارکت والدین و خانواده‌ها را بسیار افزایش می‌دهد[[27]](#footnote-27) و بنا بر گزارش‌ها، بخشی مؤثر از برنامه‌ها محسوب می‌شود. دسترسی به خدماتی که سرپناه، خوراک و پوشاک و همچنین مراقبت از کودکان و فرصت‌های شغلی را فراهم می‌کنند نیز باید به‌عنوان بخشی از خدمات بازدید خانواده‌ای ارائه شود که مهارت‌های اساسی فرزند پروری را آموزش می‌دهد.[[28]](#footnote-28) این امر اساساً وضعیت اقتصادی و اجتماعی یک خانواده را بهبود می‌بخشد، فشار عصبی والدین را کاهش می‌دهد، به کاهش بی‌توجهی در اوایل کودکی و بهبود سبک‌های فرزند پروری والدین کمک می‌کند.

در جوامع محروم، مشوق‌های والدین برای فرستادن فرزندان خود به مدرسه، برای نمونه، توزیع کوپن‌های خرید از سوپرمارکت‌ در میان دانش آموزان، برای کودکان و والدین سودمند است. افزایش حضور در مدرسه به‌خودی‌خود یک عامل حمایتی منسجم در برابر طیف وسیعی از رفتارهای پرخطر یا مشکل‌ساز محسوب می‌شود.[[29]](#footnote-29) همین مداخلات ممکن است در صورت لزوم در بازپیوند کودکان خیابانی و جوانان بیجاشده با خانواده‌هایشان مؤثر باشد.

کودکان خیابانی و جوانان بیجاشده که نمی‌توانند خود مجدداً در کنار خانواده باشند، به یک بسته مداخله پیچیده ازجمله کمک‌های اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی و همچنین فعالیت‌های ورزشی و تفریحی نیاز دارند. کودکان خیابانی که مدت‌هاست به مدرسه نرفته‌اند و نمی‌توانند بلافاصله به‌نظام رسمی مدرسه وارد شوند، باید در نظام‌های یادگیری جایگزین شرکت کنند. با استفاده از مداخلات طولانی‌مدت، می‌توان تلاش‌ کرد تا آن‌ها را در نظام رسمی مدارس، اعم از علمی یا حرفه‌ای، وارد کرد تا قادر به ادامه انجام وظایف تحصیلی خود و یا کارهایی با درآمد کافی باشند.[[30]](#footnote-30)

برنامه‌های آموزش مهارت‌های حرفه‌ای برای نوجوانان، ازجمله برنامه‌های کارآموزی و فرصت‌های آموزشی که جوانان را به بازار کار مرتبط می‌کند و یا مهارت‌هایی را به آن‌ها آموزش می‌دهد تا آن‌ها قادر به خوداشتغالی باشند، در ایجاد چشم‌اندازهای طولانی‌مدت و به‌نوبه خود در کاهش آسیب‌پذیری در مورد مصرف مواد مخدر ضروری است.

# **درمان وابستگی به مواد مخدر**

حمایت اجتماعی اضطراری و تأمین بی‌قیدوشرط نیازهای اولیه از قبیل خوراک، سرپناه، بهداشت و پوشاک به فعالیت بیشتری نیاز دارد. حمایت اجتماعی اولیه، کرامت انسانی را احیاء می‌کند، سرپناه مناسبی را فراهم می‌سازد، فقر را برطرف می‌کند و یک مداخله مکمل اساسی به شمار می‌آید که ارتباط با افراد معتاد را تسهیل می‌بخشد و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا به برنامه‌های درمانی ملحق شوند و از سلامتی خود مراقبت کنند.

در صورت برقراری ارتباط اولیه بین مصرف‌کننده مواد مخدر غیرمجاز و واحد خدمات‌رسانی، به کمک سریع نیاز است. این خدمات به ایجاد رابطه بین برنامه و مصرف‌کننده مواد مخدر غیرمجاز کمک می‌کند و حتی ممکن است تعهد به یک برنامه درمان و بهبودی را تسهیل کند و زمینه‌ای برای یک اتحاد درمانی ایجاد نماید. حمایت اجتماعی سریع و اضطراری، مزایای دیگری در کاهش سایر خطرات سلامت و اجتماعی مانند خشونت، زندگی در خیابان، خطرات بهداشتی، کار جنسی و حبس دارد.

این‌گونه کمک سریع می‌تواند حدوداً برای مدت یک ماه ارائه شود. اگر فرد وابسته به مواد مخدر خانواده داشته باشد، باید در تمام طول مدت فرایند درمان، حمایت شود، زیرا مسئولیت‌های خانواده اغلب زنان را از پیگیری درمان وابستگی به مواد مخدر بازمی‌دارد. این‌گونه از کمک و مداخلات خانواده همچنین می‌تواند به‌عنوان یک مداخله پیشگیرانه قوی برای کودکان معتاد به مواد مخدر عمل کند.

معیشت پایدار در میان‌مدت اهمیت پیدا می‌کند. می‌توان با تأمین هزینه‌های مسکن ثابت و همچنین اشتغال موقت حفاظت‌شده، محیط بسیار باثبات‌تر ایجاد کرد. تحقق این امر با تقاضای مشارکت بخش خصوصی امکان‌پذیر است، که بسته به وضعیت اقتصادی، ممکن است شرکت‌های هر دو بخش رسمی و غیررسمی را شامل شود. این شرکت‌ها باید مایل به انجام مسئولیت شرکتی خود از طریق با فراهم کردن اشتغال در یک چارچوب حفاظت‌شده باشند، و ایجاد محیط کاری را تضمین کنند که در آن نسبت به کارمندانی که در حال گذراندن دوره بازپروری هستند، تحمل و بردباری نشان داده می‌شود.

مداخلات معیشتی باید پس از بهبودی نیز ادامه پیدا کند، زیرا «احتمال گذر موفقیت‌آمیز از این مرحله کاملاً به امکان دور ماندن مصرف‌کننده مواد مخدر از زندگی مواد مخدر محور و شروع ایجاد برنامه‌های روزمره و الگوهای جایگزین بستگی دارد».[[31]](#footnote-31) دور ماندن فرد وابسته به مواد مخدر از «محیط مواد مخدر» نیازمند مداخلات معیشتی پایدار است. به‌طورکلی، بیمار در سراسر این مرحله میان‌مدت به کمک و حمایت روان‌شناختی مداوم نیاز خواهد داشت.

در مرحله نهایی و طولانی‌تر مساعدت، کار آغازشده در مرحله میان‌مدت باهدف دستیابی به بهبودی و پیوستن مجدد به جامعه، ازجمله تکفل مخارج خود از طریق اشتغال در بازار آزاد، ادامه خواهد یافت. در این زمینه، علاوه بر خدمات کاریابی فوق‌الذکر، ممکن است به مداخلات معیشت پایدار بیشتری نیاز باشد، مانند ارائه مهارت‌های شغلی یا آموزش جایگزین، دسترسی به درآمدزایی، اعتبار دهی خرد و مشاوره شغلی. به‌منظور غلبه بر شرایط پرتنش و حمایت از شریک زندگی و فرزندان در این مرحلۀ پیشرفته همچنان به مداخله یک مددکار اجتماعی به‌عنوان استراتژی پیشگیری از عود نیاز است.

یک برنامه بازپروری موفق، هر فرد را به‌طور جداگانه هدف قرار می‌دهد، و اطمینان حاصل می‌نماید که آنان می‌توانند دارایی‌هایی را به دست آورند که به کسب معیشت کمک کند. به‌منظور غلبه موفقیت‌آمیز بر سوءمصرف شدید مواد مخدر و رفع مشکلاتی که مصرف‌کنندگان معمولاً با آن روبرو می‌شوند، به یک چشم‌انداز بلندمدت نیاز است.[[32]](#footnote-32) نمونه‌ای از دارایی که منافع طولانی‌مدت ایجاد می‌کند، وضعیت کاری ثابت برای یک فرد در حال بهبود است چراکه فرد را قادر می‌سازد تا از طریق کسب دانش شغلی و زندگی روزمره ساختارمندتر، سرمایه مالی و انسانی به دست آورد. تأمین هزینه‌های خانواده و برقراری ارتباط مداوم با همکاران، همسایگان و فضای اجتماعی گسترده‌تر نیز سرمایه‌ای اجتماعی ایجاد می‌کند.

# **مداخلات مربوط به جمعیت زندانیان و زندانیان آزادشده**

نسخه‌های مناسب مداخلات مربوط به افراد وابسته به مواد مخدر نیز می‌تواند برای درمان جمعیت زندانیان نیز به کار برده شود.. هدف اصلی همه مداخلات این است که منتفع بالقوه بتواند زندگی موقر و سالمی داشته باشد، کسب درآمد کند و خود را عضو محترم جامعه احساس کند.

گروه‌های هدف چنین مداخلاتی زندانیان، زندانیان آزادشده و مجرمان سابقه‌دار و همچنین افرادی هستند که به‌ویژه در مقابل ارتکاب جرم و دریافت مجازات حبس آسیب‌پذیر شناخته‌شده‌اند.

کمک به کسب معیشت پایدار جوانان، اعضای باندهای نوجوان و جمعیت زندانیان، شرط مهمی برای موفقیت راهبردهای کاهش جرم محسوب می‌شود. اکثر اعضای باندهای جوانان و افراد در معرض خطر ، و علاقه‌مند به کسب درآمد قانونی،برای دستیابی به این هدف به کمک نیاز دارند.[[33]](#footnote-33) مداخلاتی که این نیاز را برآورده می‌کند می‌تواند همکاری با بخش خصوصی و شرکت‌های کوچک و اجرای برنامه‌های کارآموزی و کاریابی، ادامه تحصیل، درآمدزایی و اعتبار دهی خرد را در برگیرد. آنچه این امر را بسیار حائز اهمیت می‌سازد این است که «روش‌های شواهدمبنای مورداستفاده برای جوانان خشن و به‌شدت بزهکار مقرون به‌صرفه‌تر هستند و در مقایسه با اقدامات تنبیهی سنتی، منافع بیشتری دارند».[[34]](#footnote-34) چنین مداخلات پیشگیرانه‌ای، نقطه شروع پیشگیری‌کننده‌ای برای جوانانی محسوب می‌شود که مرتکب جرمی نشده‌اند.

به‌منظور ایجاد فرصت کسب معیشت پایدار مستمر برای زندانیان پس از آزادی، آن‌ها باید مشاوره روان‌شناختی و تعلیم و آموزش شغلی را پشت سر بگذارند تا مهارت‌های مفیدی را در اختیار آن‌ها قرار دهد. به‌منظور جلوگیری از شرایطی که در آن زندانیان آزادشده خود را در خیابان، بدون سرپناه، پول، دوست، خانواده یا شغل بیابند و در معرض خطر تکرار فوری جنایات قرار داشته باشند، باید مساعدت اولیه اجتماعی و سرپناه در اختیار آن‌ها قرار بگیرند.

همان‌طور که در بالا نیز گفتیم، مراقبت‌های مستمر برای زندانیان آزادشده و افراد تحت درمان وابستگی به مواد مخدر به یک اندازه حائز اهمیت است. برای زندانیان که به‌صورت موقت یا دائم آزاد می‌شوند،، راهبردی منسجم لازم است تا اطمینان حاصل شود که آن‌ها از نزدیک همراهی می‌شوند. این روش از مزیت بالایی برخوردار است زیرا حبس مکرر در مقایسه با یک برنامه پیشگیری موفق پرهزینه‌تر است.[[35]](#footnote-35)

# **بهداشت و اچ‌آی‌وی/ ایدز**

هم‌راستا با مداخلات مربوط به افراد وابسته به مواد مخدر،، مداخلات معیشت پایدار نیز در پیشگیری از شیوع اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر بیماری‌های منتقله از طریق خون مفید هستند و ارزش همه مداخلات را بیشتر می‌کنند. فردی که از سلامتی خوبی برخوردار باشد دارای قابلیت‌های مهمی است که می‌توان با پشتیبانی کافی از آن استفاده کرد.

نجام مداخلات معیشت پایدار توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد درزمینهٔ بهداشت و اچ‌آی‌وی/ ایدز ارزش مداخلات انجام‌شده در چارچوب فعالیت‌های بهداشتی این دفتر را افزایش می‌دهد. در صورت کسب معیشت پایدار، می‌توان از شیوع اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر بیماری‌های منتقله از طریق خون پیشگیری کرد زیرا افراد نسبت به سرایت بیماری کمتر آسیب‌پذیر خواهند بود. هنگامی‌که افراد مبتلا، از درآمد قانونی، کرامت و حس عضو محترم جامعه بودن و همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی ارزان‌قیمت و باکیفیت برخوردار باشند، احتمال سرایت بیماری آن‌ها به دیگران کمتر خواهد بود.

حمایت اجتماعی جامع به‌ویژه در مورد آن دسته از زنان سوءمصرف کننده مواد مخدر بسیار مهم است که معمولاً جوان‌تر و دارای تحصیلات کمترند و در مقایسه با همتایان مرد خود، درآمد کمتر و شغل ثابت کمتری دارند و همچنین احتمال داشتن فرزندان وابسته و شریک زندگی مبتلابه سوءمصرف مواد در میان آنان بیشتر است. اهمیت کمک به ایجاد خودکفایی اقتصادی، مسکن ایمن و نظام حمایت اجتماعی، به‌ویژه ارائه خدمات حداقل سرپناه و امکانات بهداشتی به اثبات رسیده است و می‌تواند ماندگاری و نتایج درمان و مراقبت از زنان سوءمصرف کننده مواد مخدر را بهبود ببخشد. درنهایت، زندانیان باید از حمایت اجتماعی جامعی برخوردار شوند و این مسئله برای زندانیان آزادشده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به حدی که می‌تواند در کاهش تکرار جرم دخیل باشد و درنتیجه به پیشگیری از ازدحام جمعیتی کمک می‌کرده و درنتیجه خطر شیوع اچ‌آی‌وی در زندان‌ها را کاهش دهد.

# **استراتژی و راهکار**

همان‌طور که در مقاله اخیر *مجله بین‌المللی سیاست مواد مخدر* بیان شده، «مفهوم طرد اجتماعی، نیاز به سیاست‌ها و روش‌هایی را در اولویت قرار می‌دهد، سیاست‌هایی که بجای تغییر رفتارهای فردی، به دنبال تغییر نابرابری‌های ساختاری است. در جامع‌ترین سطح، این امر به معنای بررسی مشکلات اساسی اجتماعی (مانند فقر، بیکاری، فقدان مسکن مناسب و مقرون‌به‌صرفه، فروپاشی کارکردهای جامعه و محله، فرصت‌های محدود آموزش و تحصیل) است که مکرراً، در کنار عوامل دیگر، باعث ایجاد و تشدید مشکلاتی مانند مصرف مواد مخدر، بیجاشدگی و بیماری می‌گردد».[[36]](#footnote-36)

به‌منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر و جرم و برخورد با مصرف‌کنندگان مواد مخدر، افراد دارای رفتار مجرمانه و جمعیت زندانیان، تا حد زیادی باید به مقابله با عوامل مشترک خطر و حمایتی مرتبط با این معضلات پرداخت. توجه داشت. به‌منظور ایجاد شرایطی که آن مداخلات هدفمند مثمر ثمر واقع شود، ابتدا باید به مشکلات اساسی اجتماعی پرداخت. در ارتباط با این موضوع، راهکار زیر توصیه می‌شود:

(الف) *گنجاندن مساعدت فوری اجتماعی و ایجاد معیشت پایدار طولانی‌مدت در برنامه‌های درمان وابستگی به مواد مخدر و همچنین برنامه‌های واکنش در مقابل بیماری‌های مسری اچ‌آی‌وی و ایدز در جامعه و محیط زندان.*

*(ب) ایجاد مشارکت منسجم با سازمان‌های مربوطه*: درحالی‌که بسیاری از سازمان‌ها درزمینۀ توسعه اجتماعی - اقتصادی فعالیت می‌کنند، هیچ سازمانی به‌جز دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد اختیار رسیدگی به سوءمصرف‌‌کنندگان مواد مخدر، افراد وابسته به مواد مخدر و زندانیان را ندارد. همکاری با سایر سازمان‌ها باید تقویت شود و به‌طور ویژه بر تحصیل و رشد انسانی و اجتماعی متمرکز باشد. بنابراین، مشارکت با صندوق کودکان ملل‌ متحد و برنامه توسعه سازمان ملل در نظر گرفته‌شده است. مشارکت با صندوق کودکان ملل متحد می‌تواند به ارزش مؤلفه‌های تعلیم و آموزش حرفه‌ای، به‌ویژه برای جوانان، بیفزاید. از طریق مشارکت با برنامه توسعه سازمان ملل نیز می‌توان به مفهوم معیشت پایدار و گنجاندن آن در طرح‌های توسعه مشتمل بر پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر پرداخت.

*ج) توسعه مشارکت‌ منسجم در سطح ملی*: علاوه بر این، مشارکت باید با کشورهای شریک، ازجمله با جامعه مدنی و با بخش خصوصی این کشورها انجام گیرد. در کشورهای شریک باید در سطوح دولت، نهادها و عموم مردم به سراغ ذی‌نفعان رفت:

1. اولاً، هدف اصلی باید افزایش آگاهی در نهادهای دولتی، به‌ویژه در میان نهادهای تصمیم‌گیرنده باشد، تا به اهمیت گنجاندن رویکردهای معیشت پایدار در مساعدت‌های اجتماعی برای افراد وابسته به مواد مخدر و اهمیت این رویکردها در داشتن سیاستی پایدار و مبتنی بر حقوق بشر برای کنترل مواد مخدر - به‌عنوان ارکان اساسی سیاست‌های ملی خود – پی ببرند. شهرداری‌های محلی باید در رویکردی جامعه‌محور به برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌ها مشارکت داده شوند، زیرا به‌منظور دستیابی به این موفقیت مهم، تمرکز منطقه‌ای نمی‌تواند به‌تنهایی توسط دولت حاصل شود.
2. دوماً، به‌منظور افزایش آگاهی، همکاری با سازمان‌های غیردولتی، بخش خصوصی و سایر ذینفعان اصلی مانند افراد رابط در مدارس، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و مؤسسات خصوصی و دولتی باید همواره تقویت شود، به‌گونه‌ای که بتوانند در رویکردهای معیشت پایدار برنامه‌های موجود مشارکت کنند؛
3. سوماً، گروه هدف در سطح عموم مردم، مانند افراد وابسته به مواد مخدر، مبتلایان به اچ‌آی‌وی/ ایدز، زنان و جوانان باید در برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌ها مشارکت داده شوند، و به حمایت از ظرفیت‌سازی و مالکیت محلی کمک کنند.

# **5. نتیجه‌گیری**

همان‌طور که دیدیم، در تلاش برای پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر، اچ‌آی‌وی / ایدز و جرم، اتخاذ رویکردهای معیشتی پایدار می‌تواند سهم مهمی در موفقیت طولانی‌مدت مداخلات پیشگیری، درمان و بازتوانی داشته باشد. گفتنی است که تجزیه‌وتحلیل معیشت در ارزیابی ارزش برنامه‌هایی کارآمد است که برای جوامع برنامه‌ریزی‌شده‌اند.

گسترش مناطق شهری مملو از ساختارهای مجرمانه تا حدی که سازمان‌های توسعه دیگر قادر به انجام مداخلات نباشند، یک چالش عمده محسوب می‌شود.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد به‌خوبی آگاه است که تلاش‌هایش نمی‌تواند به‌تنهایی نظم را به شهرها بازگرداند، اما می‌تواند در کنار تلاش‌های دولت‌ها، شهرداری‌ها و سازمان‌های توسعه سهم مهمی در این کار داشته باشد.



UNODC

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد

اتریش، وین، ای-1400، صندوق پستی 500، مرکز بین‌المللی وین

شماره تماس 0-26060 (1-43+) دورنگار: 5866-26060 (1-43+) www.unodc.org

انتشارات سازمان ملل متحد

چاپ‌شده در استرالیا



1. گزارش 2008 اهداف توسعه هزاره (انتشارات سازمان ملل متحد، شماره فروش E.08.I.18). دسترسی در: [www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf). [↑](#footnote-ref-1)
2. گزارش 2005 هیئت بین‌المللی کنترل مواد مخدر (انتشارات سازمان ملل متحد، شماره فروش، E.06.XI.2)، بند 44. [↑](#footnote-ref-2)
3. A/64/92-E/2009/98, sect. II.A. [↑](#footnote-ref-3)
4. برنامه مشترک سازمان ملل متحد در مورد اچ‌آی‌وی/ ایدز، «بودجه واحد و برنامه کاری 2010 – 2011 ایدز سازمان ملل متحد»، سند UNAIDS/PCB(24)/09.3، بند 47. [↑](#footnote-ref-4)
5. پیتر ورسلی، سه جهان: فرهنگ و پیشرفت جهان (شیکاگو، انتشارات دانشگاه شیکاگو، 1984)، ص. 206. [↑](#footnote-ref-5)
6. پادشاهی متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی، وزارت توسعه بین‌المللی، برگه‌های راهنمای معیشت پایدار (فروشگاه اسناد الدیس، 1999-2001). دسترسی در: [www.eldis.org/go/topics/dossiers/livelihoods-connect/what-are-livelihoods-approaches/training-and-learning-materials](http://www.eldis.org/go/topics/dossiers/livelihoods-connect/what-are-livelihoods-approaches/training-and-learning-materials). [↑](#footnote-ref-6)
7. جنت فوستر، «محرومیت اجتماعی، جرم و مواد مخدر»، مواد مخدر: آموزش، پیشگیری و سیاست، جلد 7، شماره 4 (2000)، صص 317-330؛ رابین روم، «انگ اجتماع، نابرابری اجتماعی و مصرف الکل و مواد مخدر»، بررسی اجمالی مواد مخدر و الکل، جلد 24، شماره 2 (2005)، صص 143-155؛ و سودیرمان نصیر و دورین روزنتال، «زمینه اجتماعی آغاز تزریق مواد مخدر در مناطق زاغه‌نشین ماکاسار، اندونزی»، مجله بین‌المللی سیاست مواد مخدر، جلد 20، شماره 3 (2009)، صص 237-243. [↑](#footnote-ref-7)
8. پاتریشیا وای. هاشیما و پائول آر آماتو، «فقر، حمایت اجتماعی و رفتار والدین»، رشد کودک، جلد 65، شماره 2 (1994)، صص 394-409. [↑](#footnote-ref-8)
9. راند دی کونگر و سایرین، «فشار اقتصادی، روند سرکوبگرانه خانواده و مشکلات رشد نوجوانان»، رشد کودک، جلد. 65، شماره 2 (1994)، ص 541-561. [↑](#footnote-ref-9)
10. کاترین پانتر-بریک، «کودکان خیابانی، حقوق بشر و بهداشت عمومی. یک انتقاد و دستورالعمل‌های بیشتر»، بررسی سالانه انسان‌شناسی، جلد 31، 2002، صص 147-171. [↑](#footnote-ref-10)
11. ریچارد ای. برک، کناس جی. لینهان و پیتر اچ. راسی، «جرم و فقر: برخی از شواهد تجربی برگرفته‌شده از مجرمان سابق»، بررسی جامعه‌شناسی آمریکایی، جلد 45، شماره 5 (1980)، صص 766-786. [↑](#footnote-ref-11)
12. ای. آر اوتینگ و آر. اس. لینچ، «همسالان و پیشگیری از مصرف مواد مخدر در نوجوانان»، در دست نامه پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر: نظریه، علم و عمل، زیلا اسلوبودا و ویلیام جی. بوکوسکی، ویراستاران، (نیویورک، اسپرینگر، 2006)، ص 116. [↑](#footnote-ref-12)
13. ریکی ان. بلوتنتال و سایرین، «برخورد سختگیرانه پلیس، هزینه‌های اجتماعی و نیاز به رویکردهای جایگزین»، مجله بین‌المللی سیاست مواد مخدر، جلد 16، شماره 3 (2005)، صص 137-138. [↑](#footnote-ref-13)
14. آندریاس سبولا و سایرین، مصرف مواد مخدر و الکل به‌عنوان موانعی برای اشتغال - گزارش نهایی، CRSP 470S (لافبورو، دانشگاه لافبورو، مرکز تحقیقات سیاست‌های اجتماعی، 2004). [↑](#footnote-ref-14)
15. جولیان بوکان، «پیوندهای گمشده؟ مشکل مصرف مواد مخدر و طرد اجتماعی»، مجله عفو مشروط، جلد 51، شماره 4 (2004)، صص 387-397. [↑](#footnote-ref-15)
16. «او فقط چند ساعت در روز مواد مخدر می‌فروشد، و با حدود 50 دلار سود به خانه می‌رود، که از درآمد وی از کار در مک دونالد اندکی کمتر است» (اندرو دبلیو پاپاچریستوس، «دنیای دسته‌های جنایتکاران»، سیاست خارجی، مارس 2005). [↑](#footnote-ref-16)
17. اچ، فیشر، پی مونتگومری و اف گاردنر، «پیش‌بینی فرصت‌هایی برای پیشگیری جوانان از مشارکت در دسته جنایتکاران برای کودکان و جوانان (7-16)»، بانک اطلاعات کوکران از بررسی‌های سامانمند، شماره 2، 2008. [↑](#footnote-ref-17)
18. پابلو فجنزیلبر، دانیل لدرمن و نورمن لوایزا، «نابرابری و جرم خشونت‌آمیز»، مجله حقوق و اقتصاد، جلد 45، شماره 1 (2002)، صص 1-40. [↑](#footnote-ref-18)
19. جنت دی. کارتر و سایرین، «نقش تندمزاجی، نادیده گرفتن دوران کودکی و سوءاستفاده در ایجاد اختلال عملکرد شخصیت: مقایسه سه مدل»، مجله اختلالات شخصیت، جلد 15، شماره 2 (2001)، صص 123-135. [↑](#footnote-ref-19)
20. بنیاد خانواده هنری جی. کایسر، «مصرف مواد مخدر و رفتارهای جنسی پرخطر: نگرش‌ها و عملکردها در بین نوجوانان و جوانان»، Survey Snapshot، فوریه 2002. موجود در [www.kff.org/youthhivstds/upload/KFF-CASASurveySnapshot.pdf](http://www.kff.org/youthhivstds/upload/KFF-CASASurveySnapshot.pdf). [↑](#footnote-ref-20)
21. ایو بندر، «جوانان محکوم‌به زندان‌های بزرگ‌سالان دارای نرخ بیماری‌های روانی بالایی هستند»، اخبار روان‌پزشکی، جلد 43، شماره 18 (2008)، ص. 16 [↑](#footnote-ref-21)
22. سینا فاضل و جان دانش، «اختلال روانی جدی در 23000 زندانی: مرور نظام‌مند 62 نظرسنجی»، لنست، جلد 359، شماره 9306 (2002)، صص 545-550. [↑](#footnote-ref-22)
23. دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد، «بررسی آسیب‌پذیری‌های سلامت و رشد انسانی در زمینه مواد مخدر و جرم: برنامه موضوعی»، نسخه خطی منتشرنشده، وین، 2009. [↑](#footnote-ref-23)
24. کیت دولان و سایرین، «زندان‌ها و مواد مخدر: بررسی جهانی در مورد حبس، مصرف مواد مخدر و درمان مواد مخدر»، برنامه سیاست مواد مخدر بنیاد بکلی، گزارش 12، 2007؛ و درمان وابستگی به مواد مخدر: مداخلات برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زندان‌ها (دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، 2008)، موجود در [www.unodc.org/docs/treatment/111\_PRISON.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf). [↑](#footnote-ref-24)
25. دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل، «زنان و اچ‌آی‌وی در زندان»، 2008؛ رالف یورگنس، اثربخشی مداخلات در پرداختن به اچ‌آی‌وی در زندان‌ها، شواهد مقالات فنی عملی (ژنو، سازمان جهانی بهداشت، 2007)؛ دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل، «پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ ایدز و مراقبت از زنان معتاد تزریقی»، 2006. [↑](#footnote-ref-25)
26. «پرداختن به‌سلامت و پیشرفت انسانی»؛ «زنان و اچ‌آی‌وی در محیط زندان»؛ هجالمار جی. سی. وان مارل، «مراقبت‌های بهداشت روان در زندان: چگونه مراقبت خود را مدیریت کنیم»، مجله بین‌المللی بهداشت زندانیان، جلد. 3، شماره 2 (2007)؛ لارس مولر و سایرین، ویراستاران، بهداشت در زندان‌ها: راهنمای سازمان جهانی بهداشت در موارد ضروری بهداشت زندان (کپنهاگ، سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه‌ای اروپا، 2007). [↑](#footnote-ref-26)
27. راهنمای اجرای برنامه‌های آموزش مهارت‌های خانوادگی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر (نشریه سازمان ملل، فروش شماره E.09.XI.8). [↑](#footnote-ref-27)
28. براندون سی ولز و دیوید پی فارینگتون، «اثربخشی برنامه‌های خانواده محور به‌منظور جلوگیری از بزهکاری و جرم بعدی"، Psicothema، جلد 18، شماره 3 (2006)، صص 598-602. [↑](#footnote-ref-28)
29. وندی کانینگام و سایرین، حمایت از جوانان در معرض خطر. مجموعه سیاست‌گذاری برای کشورهای با درآمد متوسط (واشنگتن دی سی، بانک جهانی، 2008)، ص. 18 [↑](#footnote-ref-29)
30. مدارس: آموزش مدارس مدرسه محور پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر (نشریه سازمان ملل، شماره فروش E.04.XI.21). [↑](#footnote-ref-30)
31. جولیان بوکانان، «مقابله با مسئله مصرف مواد مخدر: یک چارچوب مفهومی جدید»، تحقیقات آنلاین دانشگاه گلیندور، 2004، ص 12، موجود در http://epubs.glyndwr.ac.uk/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=siru. [↑](#footnote-ref-31)
32. کریستین ای. گرلا، یه اینگ و شیه چائو هسیه، «پیش‌بینی کننده‌های بازگشت به درمان مواد مخدر به دنبال بازگشت مصرف کوکائین در داتوس»، مجله درمان سوءمصرف مواد مخدر، جلد 25، شماره 3 (2003)، ص 145-154. [↑](#footnote-ref-32)
33. «تعداد قابل‌توجهی از آن‌ها گفتند که اگر بتوانند در طول هفته به مقدار کافی کار کنند، دستمزد بسیار پایین‌تری را قبول خواهند کرد - نه بیشتر ازآنچه که در حال حاضر در رستوران‌های غذای فوری پرداخت می‌شود» (سی. رونالد هاف، «مقایسه رفتار مجرمانه باندهای جوانان و جوانان در معرض خطر»، "، NIJ Research in Brief، واشنگتن دی سی، وزارت دادگستری ایالات‌متحده آمریکا، 1998). [↑](#footnote-ref-33)
34. ایالات‌متحده آمریکا، کمیته مشورتی رئیس عدالت کیفری برای نوجوانان، «پیشگیری و مداخله باند جامعه‌محور»، خلاصه سیاست گزارش عدالت کیفری برای نوجوانان، 2008. [↑](#footnote-ref-34)
35. داگ مک کی، وینسنت شیرالدی و جیسون زیدنبرگ، «درمان یا حبس؟ یافته‌های ملی و ایالتی در مورد اثربخشی و صرفه‌جویی در هزینه‌های درمان مواد مخدر در مقابل زندان»، واشنگتن دی سی، موسسه سیاست عدالت، 2004. موجود در [www.justicepolicy.org/images/upload/04-01\_REP\_MDTreatmentorIncarceration\_AC-DP.pdf](http://www.justicepolicy.org/images/upload/04-01_REP_MDTreatmentorIncarceration_AC-DP.pdf). [↑](#footnote-ref-35)
36. جوان نیل، «بیجاشدگی، مصرف مواد مخدر و هپاتیت C: یک مسئله پیچیده در زمینه طرد اجتماعی»، مجله بین‌المللی سیاست مواد مخدر، جلد 19، شماره 6 (2008)، صص 429-435. [↑](#footnote-ref-36)