

سلام آقای رئیس جمهور!

Greetings to Iran's New President

بسمه تعالی

سلام آقای رئیس جمهور،

بسیار خرسندیم که هم‌میهنان نفیم ما، در حماسه‌ای شگوه‌مند، کلید ساختن پاستور را به دست کسی سپردند که کلیدی از تدبیر و اختیار داشته که با آن می‌توان امید را در دل همه‌ی مردم زنده نگه داشت؛ اگر نگوییم که دوباره زنده کرد!

آرزوی کنیم که بجزده‌های امیدبخش و ممت درازی شایم چنان بر لب‌هایمان باقی بماند و ما هم مشتاق و امیدوار و البته با صبر و حوصله، منتظر می‌مانیم تاراه پر فراز و فرود پیش رو را تا رسیدن به افق‌های روشن تر در کنار یکدیگر پیمایم و آینده‌ای زیباتر را ترسیم کنیم.

امروز که کاینده و هم‌ایمانان شایسته‌ی شخص شده اند و سکان اجرا را عملاً به دست گرفته‌اید، می‌دانیم که سخت مشغول رسیدگی به وعده‌ها و برنامه‌های خود هستید و نیک می‌دانیم که اوضاع اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی ما به تحولات جدی نیاز دارد تا ایران زمین و ساکنین آن به آن چه لایق آن هستند، دست پیدا کنند.



دکتر رضا دانشمند

سردبیر

daneshmand74@yahoo.com

رئیس جمهور عزیز،

در تمام برنامه‌هایی که پیش از انتخابات ارائه دادید، گشتیم و کم‌تر به گفته‌هایی در مورد یکی از بزرگ‌ترین معضلات اجتماعی کشور یعنی مشکل سوء مصرف مواد و اعتیاد، برخوردیم و امروز که هنگام عمل فرا رسیده است، مایلیم گوشه‌ای از این معضل بزرگ را که زندگی بسیاری را تحت تأثیر قرار داده است، برای شما بازگو کنیم. نامه‌ی پیش رو به اختصار به توصیف وضعیت موجود و نیز به جایگاه فعالان این حوزه و دغدغه‌های آنان می‌پردازد، اما باقی با شما و هم‌ایمانان در دولت، تا تدبیری به صلاح بیندیشید.

متأسفانه مشکل اعتیاد در سال‌های اخیر ابعاد گسترده و پیچیده‌تری، نه تنها در ایران که در سراسر دنیا پیدا کرده است. داستان اعتیاد از تریاک‌های محفلی و ترکیبات معمول دهه‌های پیش از آن بسیار فراتر رفته و در نوع مواد غیرقانونی مصرفی و طیف مصرف‌کنندگان آن تنوع زیادی ایجاد شده است.

در حال حاضر در سراسر دنیا بیش از ۲۳۰ میلیون نفر مصرف‌کننده‌ی مواد وجود دارند که چیزی حدود ۵ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال

(۱) نامه‌ی زیر از طرف فصلنامه و با بهره‌گیری از نظرات همکاران تحریریه، توسط سردبیر تدوین و در آغازین روزهای شروع به کار دولت یازدهم، تحویل دفتر جناب آقای دکتر روحانی گردید و به رؤیت ایشان رسید.

دنیا را شامل می‌شد. تولید تریاک در سال ۲۰۱۱ به بیش از ۷,۰۰۰ تن رسیده است که بیشترین میزان آن در درون خاک همسایه‌ی دیوار به دیوارمان افغانستان تولید می‌شود و طبیعتاً برای صادرات آن راهی به جز ایران و پاکستان وجود ندارد. زحمات عزیزان نیروی انتظامی و کشف بیش از ۴۰۰ تن ترکیبات تریاک در سال ۲۰۱۰ که بیش از ۸۰ درصد کشفیات این ماده در سراسر جهان بوده است، از یک سو بسیار قابل تقدیر است و از دیگر سو هشدار جدی به شمار می‌آید، زیرا که ما هم‌چنان و علی‌رغم این حجم از مبارزات، در معرض گذر و آسیب هستیم.

شرم و حیای شرقی و ایرانی، همیشه مانع از صحبت کردن صریح ما در مورد اعداد و ارقام است، چه آن‌گاه که در مورد مسایل مالی و شخصی خود با دیگران صحبت می‌کنیم و چه آن هنگام که قصد ارائه‌ی آمار برخی مشکلات و بیماری‌ها در سطح کلان را داریم. ولی با وجود این شرم و حیا، گزارش‌های رسمی، بر وجود بیش از یک میلیون و سیصد هزار نفر مصرف‌کننده‌ی مشکل‌دار مواد در کشور و آمارهای غیر رسمی به دو تا سه برابر این میزان دلالت دارد، که این میزان یعنی حداقل حدود ۲ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی کشور. البته تفکیک سنی جمعیت این گروه نشان می‌دهد که بیش از ۴۵ درصد این بیماران، زیر ۳۰ سال و بیش از ۷۵ درصد آنان، زیر ۴۰ سال سن دارند و این یعنی بیشترین میزان اعتیاد در بین مولدترین گروه سنی کشور دیده می‌شود. از سوی دیگر، اگر بپذیریم که آسیب بیمار مصرف‌کننده‌ی مواد، تنها به شخص خود او معطوف نمی‌شود و حداقل خانواده‌ی نزدیک او را نیز درگیر می‌کند، با توجه به بعد خانواده در ایران که ۳,۵۵ است، بیش از چهار میلیون و ششصد هزار نفر (بیش از ۶ درصد جمعیت کشور) به صورت جدی درگیر این داستان هستند و از آن رنج می‌برند. حتماً موافقید که

در این میان، ما به عنوان رسانه‌ای که بیشتر با درمانگران مختلف در ارتباط است، قصد داریم که برخی چالش‌های موجود بر سر راه را بیان کنیم، آن‌چه که معتقدیم با مختصری تعامل و با تدابیری ساده و عملی و در کوتاه‌ترین زمان می‌تواند مسیر را برای خدمت‌رسانی هموارتر نماید.

جناب آقای دکتر روحانی،

شاید ا عراق نباشد که اگر ادعا کنیم که بخش درمان اعتیاد در سال‌های گذشته، یکی از فعال‌ترین حوزه‌های خدمات سلامت بوده و با تنوع کافی و برپایه‌ی یافته‌های علمی، اثر قابل قبولی در این ماجرا داشته است.

فعالیت مراکز مختلف درمان اعتیاد به شکل خصوصی و یا دولتی، از سال‌ها پیش در کشور انجام می‌شده است. اما از اواخر دهه‌ی ۷۰، با ورود رویکردهای نوین درمانی و تفویض بیشتر اختیارات درمان به بخش خصوصی، تحولی چشمگیر در زمینه‌ی درمان اعتیاد در کشور صورت پذیرفت، به نحوی که برنامه‌های درمان اعتیاد در ایران، در بسیاری از کشورهای دیگر الگو قرار گرفته و به عنوان نمونه‌ای موفق از آن یاد شده است.

در حوزه‌ی درمان، امروز بیماران به خدمات مختلف دارویی، غیر دارویی، بستری، سرپایی و اقامتی دسترسی دارند.

در حال حاضر، در کشور بیش از ۲۵۰۰ مرکز سرپایی درمان اعتیاد با حضور پزشکان آموزش‌دیده و با تجربه و روان‌شناسان و مددکاران توانمند و با بهره‌گیری از توان علمی و تجربی خود، در حال ارائه‌ی خدمت می‌باشند. روش غالب درمان در این مراکز، استفاده از رویکردهای دارویی مورد مطالعه و تایید شده و بهره‌گیری از داروهایی هم‌چون متادون، بوپرنورفین و شربت تریاک می‌باشد.

با توجه به قوانین موجود، این مراکز ظرفیت پذیرش حداکثر ۲۵۰,۰۰۰ نفر از بیماران را دارند که البته با وجود شرایط فعلی، بیشتر این مراکز با حداکثر ظرفیت خود فعالیت نمی‌کنند و به نظر می‌رسد که چیزی حدود ۱۵۰,۰۰۰ نفر، تحت پوشش این مراکز هستند.

از سوی دیگر، یکی از وسیع‌ترین شیوه‌های متداول درمان،

هیچ پدیده‌ای در کشور نمی‌تواند چنین بعد وسیعی و فراگیری داشته باشد.

از نظر اقتصادی، در دنیا حدود ۰,۳ تا ۰,۴ درصد تولید ناخالص ملی کشورها به صورت مستقیم برای درمان عوارض اعتیاد هزینه می‌شود. برآوردها نشان می‌دهند که به همین میزان نیز از تولید ناخالص ملی کشورها، به دلیل کاهش بهره‌وری بیماران، کاهش می‌یابد و لابد قابل پیش‌بینی است که این مقدار در کشورهایی که شیوع مصرف مواد در آن‌ها بیشتر باشد، به تناسب بالاتر خواهد بود.

علاوه بر مشکلات فردی، زیستی و روانی که زمینه‌ساز بروز اعتیاد هستند، مشکلات اجتماعی و اقتصادی نیز نقش پررنگی در این فزونی دارند. برای نمونه، بی‌ثباتی اقتصادی در بعد فردی، عامل بسیار مهمی به شمار می‌رود. به طور مثال کسب درآمدهای بالا ولی مقطعی، همراه بی‌کاری و عدم اشتغال پایدار، یکی از مهم‌ترین دلایل گرایش به سمت مصرف مواد است.

در کنار تمام این اعداد و ارقام، آن‌چه در سال‌های اخیر بیشتر به چشم می‌خورد، تغییر در برخی رویه‌های معمول اعتیاد است. در سال‌های اخیر، در سراسر دنیا و البته در ایران، سن شروع اعتیاد کاهش یافته است. فاصله‌ی جنسیتی مصرف‌کنندگان کاسته شده است و دختران و زنان بیشتری به مصرف مواد روی می‌آورند. شیوع استفاده از ترکیبات صنعتی و محرک مانند شیشه و کوکائین نیز افزایش چشمگیری داشته است. آمار کشفیات ترکیبات محرک و شیشه در سه سال اخیر در ایران بیش از ۶۷۶ درصد افزایش داشته است و این از گستردگی بیشتر مصرف این دسته از مواد موضوع می‌یابد. علاوه بر این میزان مصرف الکل در کشور به حدی افزایش یافته است که مسئولان تصمیم‌گیر در یکی دو سال اخیر نسبت به آن هشدارهای جدی داده‌اند.

جناب آقای رئیس‌جمهور،

همه‌ی ما که در گوشه‌ای از این خاک به نوعی با این معضل دست و پنجه نرم می‌کنیم، دغدغه‌ای یکسان داریم و آرزوی ایرانی پاک و عاری از مواد را در ذهن خود می‌پرورانیم و همگی چه در حوزه‌ی درمان، چه در بخش سیاست‌گذاری و چه در مراجع انتظامی که به حق زحمات فراوانی را می‌کشند، بیش از هر زمان دیگری باید با یکدیگر همراه شویم و با سیاست‌گذاری‌های علمی و به هنگام که مبتنی بر شناخت و مداخلات علمی و میان‌رشته‌ای از مساله سوء مصرف مواد باشد، این مسیر دشوار را تا دستیابی به ایران پاک طی نماییم.



ناکارآمد بر مراکز دارای مجوزهای قانونی و عدم نظارت کافی بر مراکز و داروها و تبلیغات غیرمجاز، ایجاد کرده بودند که ماحصل آن خروج بسیاری از بیماران از چرخه‌ی درمان و اقبال اندک درمانگران به ارتقای کیفی سطح خدمات خود بوده است و مهم است که بسیاری از این تصمیم‌گیری‌ها با حضور کارشناسان منصف و باتجربه مجدداً مورد ارزیابی و بازبینی قرار گیرند.

۲ کاستی‌های ادغام خدمات درمان اعتیاد و طرح پزشک خانواده: زمزمه‌هایی از ادغام طرح پزشک خانواده با درمان اعتیاد در ماه‌های گذشته به گوش می‌رسید و از همان زمان نیز شایعات و شبهاتی مطرح شده بود که این پیشنهاد برای جذاب‌تر کردن طرح پزشک خانواده و تشویق پزشکان برای حضور در این طرح است، و گرنه اجرای این طرح نه تنها سودی در درمان اعتیاد ندارد، که می‌تواند متضمن برخی مخاطرات و مشکلات در درمان اعتیاد شود.

محروم کردن بیماران از بسیاری از خدمات غیردارویی و مشاوره و افزایش خطر نشت داروهای درمان اعتیاد در بازار سیاه از جمله خطراتی است که می‌تواند در پی اجرای این طرح رخ بدهد. ضمن این که اجرای چنین طرح‌هایی می‌تواند باعث ایجاد فاصله بین دستگاه‌های تصمیم‌گیر مانند ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت بهداشت گردد، که چنین اتفاقی به هیچ‌وجه به صلاح نخواهد بود. یقیناً مطرح کردن و اجرای این گونه برنامه‌ها نیاز به بررسی و کارشناسی دقیق‌تر علمی دارد و نباید سریع و بدون پیش‌بینی مخاطرات به سمت و سوی آن‌ها حرکت کرد، چه آن که حوزه‌ی اعتیاد، مجال آزمون و خطا ندارد.

۳ فراهم آوردن خدمات بستری درمان اعتیاد: در سبب درمان اعتیاد کشور، جایگاه خدمات بستری پزشکی به شدت مغفول مانده است. در حال حاضر تنها مرجع قابل دسترس برای بیماران مصرف‌کننده‌ای که نیاز به بستری دارند، بخش‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی است که آن‌ها نیز ظرفیت پذیرش بیماران معمول خود را نیز ندارند. از این رو این مراکز نمی‌توانند پاسخگوی نیازهای بیماران مصرف‌کننده هم باشند و به همین دلیل تا جایی که امکان داشته باشد، از زیر بار پذیرش این بیماران شانه خالی می‌کنند. در این کمبود، برخی بیمارستان‌های خصوصی هم که دستی بر آتش این تنور دارند، با مشکل میزان هزینه روبه‌رو هستند، چرا که خدمات بستری خصوصی، بسیار گران است و هیچ بیمه‌ای نیز خدمات بستری اعتیاد را پوشش نمی‌دهد. لازم است که با تعریف بخش‌های تخصصی درمان اعتیاد در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دولتی و نیز تأمین پوشش بیمه‌ای مناسب برای بیماران، گام‌هایی مؤثر برای بهبود اوضاع برداشته شود.

۴ لزوم حمایت بیشتر از پژوهش‌های علمی در اعتیاد: گستره‌ی اعتیاد در ایران و توان علمی کارشناسان این حوزه، در طی این سال‌ها فرصتی را فراهم ساخت تا گام‌های شایسته‌ای در پژوهش در این زمینه برداشته شود. اعتیاد پدیده‌ای است که پایه‌های زیستی، روانی و اجتماعی متنوعی دارد و بنابراین دانش درمان و پیشگیری آن نمی‌تواند صرفاً متکی بر دانش وارداتی باشد و به پژوهش‌های بومی و منطقه‌ای نیاز دارد. خوشبختانه در ایران

مراکز اقامتی درمان اعتیاد و کمپ‌ها می‌باشند. طبق آخرین گزارش‌ها، در حال حاضر حدود ۶۵۰ کمپ با مجوز رسمی وجود دارد که سالیانه به حدود ۲۰۰,۰۰۰ نفر خدمت‌رسانی می‌کنند.

گروه دیگری که در امر درمان بیماران فعالیت می‌کنند، کنگره‌ی ۶۰ است که به عنوان یک مجموعه‌ی مردم‌نهاد و خودیار با همکاری نزدیک با پزشکان به امر درمان ۱۰,۰۰۰ نفر از بیماران مشغول می‌باشند.

البته گروه‌های خودیار دیگری نیز به صورت سازمان‌نیافته در این زمینه فعالیت می‌کنند که با توجه به فعالیت خودجوش و بدون مجوز آن‌ها، هیچ آمار دقیقی از میزان پوشش آن‌ها در دسترس نیست و برآورد می‌شود که سالانه حدود ۱۵۰,۰۰۰ نفر نیز تخت پوشش این گروه‌ها قرار داشته باشند. مجموع این اعداد بیانگر این است که در سال کم‌تر از ۵۰۰,۰۰۰ نفر از خدمات درمانی بهره می‌برند و این تنها شامل حدود از یک سوم بیماران است و با پوشش مطلوب فاصله دارد.

آقای رئیس‌جمهور،

نود درصد خدمات درمان اعتیاد در کشور، توسط بخش خصوصی و گروه‌های مردم‌نهاد به انجام می‌رسد، حال آن که در سیاست‌گذاری‌ها و اختصاص بودجه، ۹۰ درصد بودجه‌ی درمان اعتیاد، در اختیار بخش دولتی قرار می‌گیرد. در واقع دولت به راحتی و بدون استخدام افراد متخصص و تحصیل کرده، شامل روان‌پزشک، پزشک، روان‌شناس، مددکار، پرستار و ... و پرداخت هزینه‌ای برای آن‌ها، فرصت خدمت‌رسانی در سطح جامعه را فراهم می‌آورد. این در حالی است که وجود برخی قوانین دست‌وپاگیر و غیرضرور، نه تنها کمکی به این مراکز پرهزینه نمی‌نمایند، بلکه ادامه‌ی فعالیت را نیز مشکل‌تر کرده‌اند. در ادامه پیشنهادهایی را برای ارتقای سطح مداخله در درمان و مبارزه با اعتیاد را مطرح خواهیم کرد:

۱ مشارکت دادن فعالان بخش خصوصی درمان اعتیاد در تصمیم‌گیری‌ها: مراکز خصوصی ۹۰ درصد از بار درمان اعتیاد را به دوش می‌کشند، ولی در هیچ‌یک از تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان، اعم از تصمیمات علمی و مرتبط با محتوای درمان و یا تصمیمات مرتبط با ساختار اداری مراکز و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های آن دخالت داده نمی‌شوند. با وجود این که امروز انجمن‌های صنفی و علمی مرتبط با درمان اعتیاد، فعال هستند؛ حداقل انتظار این است که در شوراها و جلساتی که به منظور به تصمیم‌گیری‌های کلان در این حوزه برگزار می‌شوند، نمایندگان از فعالان خصوصی و صنف درمان اعتیاد نیز حضور داشته باشند تا تجارب خود را در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهند و شاهد آن نباشیم که مدیری که در اجرای درمان و فعالیت در مراکز درمانی سابقه‌ی بالینی ندارد، به تنهایی و بدون بهره از تجربه‌ی چندین ساله‌ی درمانگران، به تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری بپردازد.

در یکی دو سال گذشته تصمیم‌گیری‌های هیجانی و کم‌تر کارشناسی شده، محدودیت‌ها و معضلاتی را برای مراکز خصوصی درمان در زمینه‌ی ظرفیت پذیرش، تأمین داروهای مورد استفاده و کاستن از تنوع اشکال مختلف دارویی، مطرح کردن تعرفه‌های غیر منطقی و غیر کارشناسی و البته غیرقابل اجرا و نیز نظارت‌های

استفاده از فرصت دیپلماسی علمی: امروزه در جهان، از هر اهرمی برای توسعه‌ی روابط دیپلماتیک بین کشورها استفاده می‌شود. دولتی که در رأس آن یک دیپلمات خبره و کارکشته بر مسند نشسته است، حتماً به استفاده از فرصت‌های مختلف برای توسعه‌ی روابط بین‌المللی توجه ویژه‌ای خواهد داشت. یکی از ابزارهای تقویت روابط سیاسی و بین‌المللی، استفاده از همکاری‌های علمی و فن‌آوری بین دانشمندان و اندیشمندان کشورها می‌باشد. چنین روابطی علاوه بر کارکرد اولیه‌ی آن در ارتقای سطح دانش، به بستگی و تعامل بیشتر فرهنگی و سیاسی کشورها منتج خواهد شد. با توجه به پیشرفت دانش اعتیاد در ایران و حضور کارشناسان و خبرگانی که در سطوح بین‌المللی صاحب‌نظر هستند، اجرای برنامه‌های علمی آموزشی و پژوهشی اعتیاد در سطح منطقه و حتی فراتر از آن، فرصتی مناسب برای برقراری دیپلماسی علمی هدف‌مند خواهد بود که نمی‌توان و نباید به سادگی از آن چشم پوشید.

تقویت برنامه‌های کاهش آسیب: از اواسط دهه‌ی ۷۰ که درمان اعتیاد در چارچوب برنامه‌های مدون و علمی گنجانده شد، از عمده‌ترین اهداف این برنامه‌ها، اتخاذ رویکردهای کاهش آسیب برای کاستن از میزان رفتارهای پرخطر فردی و اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت بیماران بوده است. خوشبختانه اجرای این برنامه‌ها با موفقیت‌های قابل توجهی نیز همراه بود، به‌گونه‌ای که امروز مصرف تزریقی مواد و نیز بیماری‌های منتقله از این طریق مانند ایدز نسبت به گذشته کاهش نشان می‌دهند. اما در سال‌های اخیر با مطرح شدن انواع رویکردهای دیگر درمانی، به‌ویژه آن بخشی که به درمان‌های کوتاه‌مدت و چند هفته‌ای و چند ماهه معتقدند، از اقبال نسبت به رویکردهای کاهش آسیب و درمان‌های طولانی‌مدت از سوی مردم و حمایت‌های لازم در این خصوص، از سوی مسئولین کاسته شده است و به‌نظر می‌رسد که تقویت مجدد این رویکردها و ایجاد پوشش طولانی‌مدت درمان برای بیماران از اهم واجبات در حوزه‌ی درمان و مبارزه با اعتیاد به‌شمار می‌رود.

امکانات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری مناسبی برای پژوهش در اعتیاد فراهم است. به‌نظر می‌رسد تنها حلقه‌ای که این زنجیره را ناقص می‌کند، فقدان حمایت کافی و منابع مالی لازم می‌باشد. در روزگاری که ارتقای دانش شاخصه‌ی اصلی پیشرفت محسوب می‌شود و ایجاد دانش بومی و کاربردی در تمام زمینه‌ها مورد توجه است، حمایت بیشتر از فعالیت‌های پژوهشی در این زمینه ضرورتی انکارناپذیر است و بی‌تردید دولتی که از نیروهای علمی و متخصص بهره می‌برد، اهمیت این موضوع را نیک درک می‌کند.

اجرای برنامه‌های پیشگیرانه: همواره گفته شده که پیشگیری مقدم بر درمان است. لذا پرداختن به حوزه‌ی درمان، تنها امری پسینی است و جا دارد که سیاست‌گذاران کنترل این آسیب، به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی مقوم ایجاد آن نیز توجه نمایند و با به‌کارگیری مطالعات اجتماعی به رصد دائم زمینه‌های مولد آن اهتمام ورزند. از همین رو برخی از عناصر و الگوهای سبک‌های زندگی مبتنی بر خرده فرهنگ‌های جوانان و اقوام و همچنین پدیده‌های اجتماعی هم‌چون فقر، بیکاری، ناامیدی و...، به مثابه بسترهای شکل‌گیری بیماری اعتیاد، نیازمند ارزیابی و مداخله مداوم می‌باشند. به همین دلیل، پیشنهاد می‌گردد که در کنار نگاه‌های امنیتی و درمانی موجود، رویکرد اجتماعی و فرهنگی در بررسی و سیاست‌گذاری کنترل سوء مصرف مواد به کار گرفته شود تا بجای هرس گران و دائمی محصول، بسترهای مولد آن اصلاح گردند. در این میان، خوشبختانه در سال‌های اخیر با تلاش کارشناسان خبره در این موضوع، برنامه‌های کاربردی و علمی دقیق در حوزه‌ی پیشگیری از اعتیاد تدوین و آماده اجرا شده است. البته متأسفانه، اجرای این برنامه‌ها نیز در پیچ مشکلات مالی جاری متوقف مانده‌اند. با مروری بر هزینه‌ها و باری که بیماری اعتیاد مستقیم و غیرمستقیم بر دوش ملت و دولت تحمیل می‌کند، هرگونه هزینه برای اجرای برنامه‌های پیشگیرانه، سرمایه‌گذاری برای ارتقای سلامت و بهره‌وری نیروی کارای جامعه خواهد بود. حتی باید به این اندیشید که می‌توان با سازوکارهایی ساده مراکز خصوصی درمان اعتیاد را نیز به ورود به حوزه‌ی پیشگیری و اجرای برخی برنامه‌های پیشگیری ترغیب نمود.

آقای دکتر روحانی،

دغدغه‌های حوزه‌ی اعتیاد، دغدغه‌ی فردی ما نیست، بلکه نگرانی از وضعیتی است که جوانان قابل تائیس این سرزمین کهن را، زمین گیر و اسیر نموده و مجال شگوفایی را از آنان دریغ کرده است.

مانیزمانند همه‌ی کسانی که این دغدغه را دارند، همراه خواهیم شد به امید آن که تدابیر شما کارساز باشد و کفید شما این قفل‌های بسته را نیز بکشاید.

والسلام