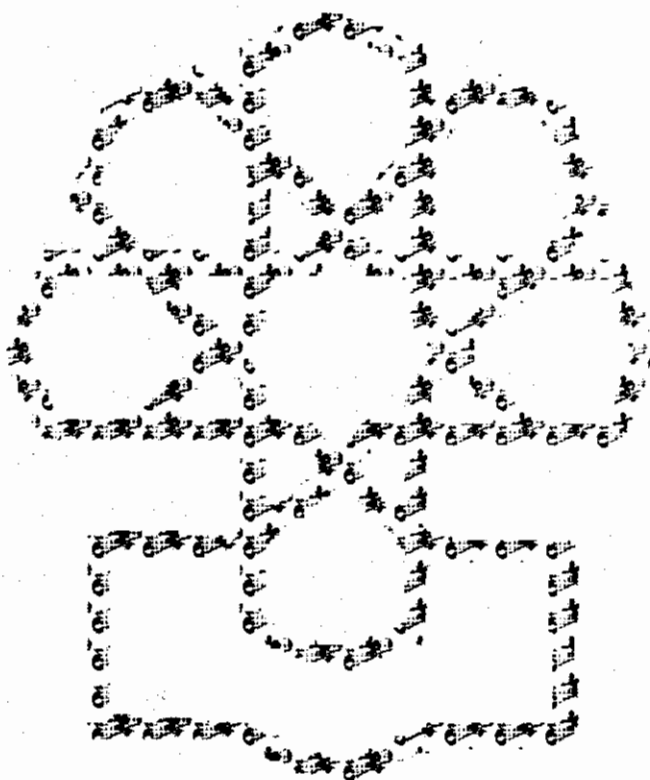


فصلی در باب اعتیاد در ایران

چکیده گزارش



معاونت پژوهشی

فروردین ۱۳۷۷

کار: گروه دفتر خدمات پژوهشی

کد گزارش: ۴۱۰۳۱۸۷

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
کتابخانه و واحد اسناد و اطلاع‌رسانی فارابی
شماره: ۸۶۶
تاریخ: ۱۹/۲/۷۷

فصلی در باب اعتیاد در ایران چکیده گزارش

مقدمه

گزارش حاضر تشخیصی است از گزارش اصلی «اعتیاد در آینه تحقیقات» که در حقیقت پژوهشی است به منظور بررسی مطالعات انجام گرفته در زمینه اعتیاد. هدف از این کار تنها جمع‌بندی مطالعات انجام گرفته به منظور بررسی برخی ریشه‌ها و راه‌حل‌ها و اجتناب از کارهای تکراری در مرحله بعدی بوده است. بنابراین در گزارش حاضر آنچه از سوی محققان علوم انسانی، علوم پزشکی و... مطرح شده گردآوری شده است و به علت ضرورت ارائه سریع گزارش با عجله تدوین شده است که ناگزیر از اشکالات مختلف خالی نیست. در یک کلام عوامل بسیار گسترده‌ای به عنوان زمینه‌های اعتیاد شمارش شده و برای مقابله با آن رعایت موارد بسیار و تغییر وسیع در رفتارها و باورهای فرد و جامعه پیشنهاد شده است. آنچه جایگاه روشنی ندارد نقش دین در برخورد با این پدیده است که تنها در بخش بسیار جزئی و در عرض برخی از نهادهای اجتماعی دیده شده است.

آیا از نظر دینی طرحی برای علاج این معضل بزرگ وجود ندارد؟ آیا وجوه تشابه یا تفاوت بین خمر و مواد مخدر وجود دارد؟ آیا در نهایت مواد مخدر نوعی خمر نیست؟ برخورد دین برای ریشه کن کردن خمر و مراحل انجام آن به چه صورت است؟ آیا صرف نهی کردن کافی است یا می‌توان جایگزینی قابل قبول را نیز در نظر گرفت.

به نظر می‌رسد ضمن بررسی طرح جامع برخورد با اعتیاد و مواد مخدر و روشن ساختن مواردی که مطالعه نشده است می‌باید از این نظر نیز به موضوع نگریست. متن فعلی در ۷ عنوان به طور خلاصه اشاره نموده است.

الف - سطح کلان

۱- ساختار جغرافیایی

تأثیر ساختار جغرافیایی بر اعتیاد در جامعه ایران از دو جهت مورد بررسی قرار گرفت: یکی از حیث مسیر حمل و نقل و دوم از جهت شرایط حاکم بر همسایه‌های ایران. ایران با توجه به موقعیت جغرافیایی خود یکی از بهترین مسیرهای حمل مواد مخدر از هلال طلایی و حتی مثلث طلایی به اروپا محسوب می‌گردد و با توجه به این که همسایه‌های ایران (پاکستان و افغانستان) از تولیدکننده‌های عمده تریاک محسوب می‌گردند حجم مواد مخدر در ایران به جهت انتقال به اروپا یا توزیع در بازارهای مصرف ایران بالا می‌باشد. طی آخرین گزارشی که دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر به طور رسمی اعلام نموده است، در سال ۱۳۷۶ بالغ بر ۱۹۵ تن مواد مخدر کشف شده است که حکایت از حجم بالای مواد مخدر در حال گذر از ایران یا موجود در بازارهای مصرف می‌کند.

مسائل و مشکلات موجود در افغانستان و پاکستان نظیر فقر گسترده و نابسامانی سیاسی حاکم از یک

تبدیل گردند به ضوری که در دومین سمینار شوراهای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر مجموعه تولید تریاک دو کشور افغانستان و پاکستان را به ۳۰۰۰ تن تخمین زده اند که قریب به ۵۰۰ یا ۶۰۰ تن آن وارد ایران می گردد.

۲- ساختار اجتماعی

در این مبحث زمینه های مختلفی مورد توجه قرار گرفت که هر کدام سهمی در زمینه سازی برای گسترش اعتیاد داشته اند که عبارتند از:

۱- روند تحول تمدن جهانی: پدیده اعتیاد خاص جامعه ما و حتی جوامع جهان سوم نیست بلکه با یک دید نسبتاً وسیع تر به همراه پدیده هایی همانند عدم سازگاری، خشونت، خودکشی در سطح جهانی که در حال گسترش می باشد اعتیاد نیز افزایش می یابد. در نتیجه یکی از ریشه های اعتیاد در ساختار جهان و تمدن امروز است و رقم معتادان (البته از همه انواع آن) قریب به یک میلیارد نفر اعلام شده است.

۲- تغییرات سریع فرهنگی: شتاب تغییرات فرهنگی و درونی شدن ارزش های جدید موجب ایجاد فرهنگ های معارض می گردد و احساس تنهایی، غربت، دلهره و افسردگی را تشدید می کند و انطباق پذیری جامعه دچار اختلال می گردد. این شرایط زمینه ساز انحرافات اجتماعی می گردد.

مقایسه میزان اعتیاد قبل و بعد از انقلاب مطابق برخی گزارش های تحقیقاتی افزایش میزان اعتیاد را نشان می دهد. به طوری که در استان تهران ۷/۳۷ درصد اعتیاد وجود داشته که این درصد به ۱۰/۱۷ در بعد از انقلاب رسیده است یا استان خراسان از ۱۹/۷۶ درصد به ۲۳/۳۲ و چهارمحال و بختیاری از ۷/۳۷ درصد به ۱۰/۱۷ درصد رسیده است. البته استان هایی هم وجود دارند که کاهش در اعتیاد را نشان می دهند. مثل استان گیلان که از ۱۵/۶۸ درصد به ۵/۳۴ درصد کاهش یافته است.

۳- مهاجرت: مهاجران معمولاً در پی یافتن شغل و مسکن مناسب و همچنین نیازهای معنوی دیگر بیشتر دچار تشویش و اضطراب (در مراحل اولیه مهاجرت) می باشند و به طور طبیعی در معرض آسیب ها قرار می گیرند و در صورت اعتیاد بیش از سایر مهاجران دست به جرایم دیگر می زنند. به طوری که حدود ۱۷/۳ درصد مهاجران معتاد بیش از معتادان بومی در گسترش اعتیاد نقش داشته اند.

۴- شهرنشینی: اعتیاد در شهرها گسترش بیشتری دارد. نتایج تحقیقات مختلف در این زمینه نشان می دهد اکثر معتادان در شهرها زندگی می کنند. معتادان به طور متوسط ۸۵/۲۶ درصد در شهرها زندگی می کنند. در واقع کاهش کنترل اجتماعی در شهرها و ناشناختگی افراد زمینه بیشتری را برای اعتیاد و قاچاق مواد مخدر در شهرها آماده می سازد. به خصوص وجود حاشیه نشینی و محلات فقیر به این مسئله دامن می زند (۸۰ درصد معتادان حاشیه نشین بوده اند).

۵- بیسوادی و کم سوادی: هر چند دانش به طور مستقیم یا غیر مستقیم در رشد شخصیت نقش اساسی دارد ولی میزان دانش لازم و کیفیت دانش لازم برای رویارویی با مسائل باید متناسب با شرایط اجتماعی هر جامعه ای متفاوت باشد و صرف افزایش سواد عمومی جامعه کافی نیست. تحقیقات مختلف نیز نشان می دهد تقریباً متناسب با نسبت های جمعیتی مقاطع مختلف تحصیلی اعتیاد وجود دارد و تفاوت های آشکار و معناداری وجود ندارد. هر چند درصد معتادان در گروه متوسطه کمی بیشتر از گروه های دیگر می باشد (۳۳ درصد) ولی از آنجا که نسبت های جمعیتی هر یک دقیقاً در دست نبوده نمی توان نتیجه گیری نمود. به هر حال اعتیاد در همه مقاطع تحصیلی کم و بیش مشاهده می گردد.

۶- آشفته‌گی ایدئولوژیکی: یکی از عواملی که برخی از محققان در سطح جهانی و برخی در سطح ایران به عنوان زمینه‌ساز اعتیاد به آن اشاره کرده‌اند وجود کشاکش و برداشت‌های گوناگون در مسائل اجتماعی، مدیریت و اقتصاد می‌باشد و فقدان یابی ثباتی در یک ایدئولوژی مدون برای راهیابی به اهداف، مانع برنامه‌ریزی می‌شود.

۷- ساختار جمعیتی: جامعه‌ای که بیشترین جمعیت خود را در گروه جوانان و نوجوانان دارد بیشتر مواجه با ناهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی می‌گردد. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که ۵۴.۳۲ درصد معتادان در سنین زیر ۳۰ سال قرار دارند و ۱۱.۷۲ درصد زیر ۲۰ سال می‌باشند و در واقع بیش از نیمی از معتادان در فعال‌ترین دوره‌های سنی خود قرار دارند.

۸- بی‌اعتمادی به نهادهای اجتماعی و سنت‌ها: عموم افراد جامعه باید بدون احساس فشار از سنت‌ها و قوانین اجتماعی تبعیت نمایند. در صورت سلب اعتماد از کارایی سنت‌ها و صحت قوانین جامعه به ویژه جوانان از گردن نهادن بر آنها سر باز خواهند زد. عدم مشارکت، شکستن قوانین، ناهنجاری در رفتارها و حتی اقدام به انحرافات اجتماعی به منزله نوعی اعتراض جلوه‌گر خواهد شد. گروهی از جوانان به اعتیاد روی می‌آورند تا از این طریق مخالفت خود را با خانواده، جامعه و هنجارها نشان دهند.

۹- مطالعات تاریخی نشان می‌دهد که در گسترش اعتیاد و نهادینه کردن آن در فرهنگ ما، نقش خوانین، اشراف سلاطین معتاد بی‌تأثیر نبوده است. به خصوص در فرایند الگوپذیری نقش هنرمندان اعم از شاعران نقاشان و هنرپیشه‌گان معتاد را نباید از نظر دور داشت.

۳- ساختار اقتصادی

سود حاصله از قاچاق مواد مخدر تا ۵۰۰ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. محوریت سود در اقتصاد سرمایه‌داری از سوی موجب تجارت گسترده مواد مخدر در سطح جهانی شده و از سوی دیگر موجب بروز مشاغل کاذب و غیرمولد و سودآور شده است که خود زمینه مساعدی برای بحران‌ها و انحرافات اجتماعی از جمله اعتیاد است.

همسایگی ایران با بزرگ‌ترین کشورهای تولیدکننده تریاک و مسیز ترانزیت بودن آن، در کنار سایر عوامل داخلی و خارجی در جامعه ما سبب وفور و ارزانی مواد گشته است. بنابر تحقیقات انجام شده اکثریت قریب به اتفاق معتادان (به طور متوسط ۸۵ درصد) دسترسی به مواد مخدر، به ویژه هروئین را آسان ارزیابی کرده‌اند.

رشد علم و صنعت و ماشینی شدن زندگی انسانی سبب افزایش وقوع بیماری‌های روانی و جسمانی و در نهایت استفاده از قرص‌های آرام‌بخش و روانگردان شده که خود زمینه مناسبی برای پیدایش و گسترش اعتیاد است.

عدم توزیع عادلانه درآمد به همراه رشد علم و صنعت موجب سپری شدن ساعات طولانی از عمر انسان در کنار ماشین‌ها و بروز از خود بیگانگی و در نهایت گرایش بیشتر به مواد مخدر برای تسکین دردهای جسمانی و ناراحتی‌های روانی شده است.

در شرایطی که توسعه منطبق با نیازهای درونی جامعه نباشد و در راستای نیازهای بخش معدودی از جامعه یا نیاز بازارهای بین‌المللی و تصمیم‌گیری نظام‌های سیاسی باشد. تحمیل هزینه‌های توسعه بر

توده‌های مردم، به حاشیه راندن آنها و در نهایت بروز یأس و بدبینی در آنان را در پی دارد و چنین شرایطی احتمال وقوع آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد را افزایش می‌دهد.

بی‌نظمی و هرج و مرج اقتصادی و ضعف و نابسامانی در اجرای قوانین موجب حاکمیت نوعی بی‌سازمانی بر درآمد و هزینه‌هاست. وجود چنین شرایطی سبب توسعه فقر و بیکاری، از بین رفتن ارزش واقعی کار در جامعه، کاهش انگیزه کسب دانش و تخصص و مهارت و در نهایت بروز اضطراب و نگرانی در نسل نوجوان و جوان را به همراه دارد. در چنین شرایطی بدبینی نسبت به نهادهای سیاسی و استرس‌های ناشی از شرایط اقتصادی جامعه زمینه وقوع آسیب‌های اجتماعی را هموارتر می‌نماید.

بیکاری و فقر اقتصادی از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد است. فقر فرهنگی و تعلیم و تربیت ناصحیح از جمله شرایطی است که بیکاران و فقیران را بیشتر آماده پذیرش ارتکاب آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد می‌گرداند و خود تا حد زیادی زاینده عوامل اقتصادی است.

بنابر تحقیقات انجام شده در استان‌هایی که فقر بیشتری دارند و با بیکاری در سطح وسیعی دست‌به‌گریبانند، زمینه برای گسترش اعتیاد و قاچاق مواد مخدر بیشتر فراهم بوده است.

بر اساس مطالعات انجام شده درباره شغل، میزان درآمد، منطقه محل سکونت، وضع و منطقه محل سکونت روی هم رفته نشان می‌دهد معنادان از وضع اقتصادی پایینی برخوردار بوده و درصد قابل توجهی از آنان به طور متوسط ۳۰/۳ درصد بیکار بوده‌اند به علاوه آن‌که دارندگان مشاغل آزاد و بدنی و فنی بیشترین درصد معنادان را داشته‌اند.

۴- ساختار سیاسی

استعمار از اعتیاد به عنوان ابزار مناسبی در جهت تخدیر توده‌ها و سلب انگیزه‌های آزادیخواهی و استقلال‌طلبی در کشورهای جهان سوم استفاده کرده است و از سود سرشار آن بهره برده است. سازمان سیا از طریق شبکه‌های جاسوسی و امنیتی خود شبکه‌های بین‌المللی توزیع مواد مخدر را تحت حمایت و کنترل دارد.

استبداد

وجود حکومت‌های استبدادی در طول تاریخ آثار خود را بر سایر ساختارهای فرهنگی - تربیتی جامعه گذارده است و موجب نهادینه شدن شیوه‌های استبدادی در نظام آموزشی و تربیتی جامعه و در نهایت شکل‌گیری شخصیت‌های منفعل گردیده است.

فقدان تخصص لازم در مدیران

عدم ثبات و تعویض پی در پی آنان و فقدان دسترسی آنان به آمار و اطلاعات دقیق و منسجم پیرامون پدیده اعتیاد و مواد مخدر و سایر پدیده‌های اجتماعی و عدم انجام تحقیقات کارشناسانه قبل از تدوین و اجرای طرح‌ها، امکان برنامه‌ریزی مفید و مؤثر و پیگیری آنها را از مدیران امور اجتماعی سلب نموده است.

چنانکه فقدان دوراندیشی‌های لازم دولت در اداره استان سیستان و بلوچستان بعد از انقلاب اسلامی، برخورد نامناسب با افراد صاحب نفوذ محلی و بلوچ و بازگذاشتن مرزها و عدم نظارت دقیق بر تردد مهاجر افغانی و اسکان آنان از جمله عواملی است که موجب توسعه و گسترش قاچاق مواد مخدر و اعتیاد در این منطقه گردیده است.

بنابر یکی از تحقیقات انجام شده در زاهدان ۹۴ درصد از پاسخگویان غیر معتاد و ۸۹ درصد از مددجویان بازپروری زاهدان نقش افغانی‌ها را در توزیع مواد و گسترش آن بسیار مؤثر دانسته‌اند. عدم تدارک امکانات لازم و کافی برای اجرای قوانین و برنامه‌های تدوین شده، برخوردهای گذرا و مقطعی با پدیده اعتیاد و مواد مخدر، عدم توجه به آثار طرح‌های نیمه تمام از جمله سایر نارسایی‌هایی است که می‌توان در بخش مدیریت جامعه به آن اشاره نمود.

سلب اعتماد از نهادهای سیاسی جامعه موجب مخفی نمودن جرایم و نیز عدم همکاری و مشارکت مؤثر و همه جانبه مردم در برخورد با پدیده اعتیاد است. برخوردهای مقطعی و نیمه تمام برنامه‌ریزان و مدیران جامعه با پدیده اعتیاد و مواد مخدر سبب کاهش اعتماد مردم نسبت به دولت و کاهش مشارکت آنان در مبارزه و ریشه‌کنی این پدیده است.

ب- سطح میانه

عواملی که در این سطح زمینه‌ساز اعتیاد می‌باشند عبارتند از:

۱- خانواده

در تأثیر خانواده، در خلق کجروی‌ها تردیدی نیست و خانواده‌ها از طرق مختلف تأثیرگذاری دارند که این راه‌ها عبارتند از:

۱- بی‌اطلاعی یا کم‌اطلاعی والدین از اصول صحیح تربیت: به طوری که تحقیقات نشان می‌دهد اکثر والدین معتادان (۵۴/۳ درصد) بی‌سواد و ۲۹ درصد سطح تحصیلات بسیار پایینی داشته‌اند که تا حدودی نمایانگر سطح اطلاعات از اصول تربیتی می‌باشد. نتیجه کم‌اطلاعی والدین موجب فقدان کنترل صحیح نوجوانان می‌گردد که آمار یکی از تحقیقات نشان می‌دهد که (۵۸ درصد) معتادان از سطح کنترل مناسبی از ناحیه والدین خود برخوردار نبوده‌اند یا در پژوهشی دیگر ۹۰ درصد جوانان بزهارکار از خانواده‌هایی هستند که نوع رفتار آنها با نوجوانان ضعیف ارزیابی شده است.

۲- از هم گسیختگی خانواده موجب می‌گردد گذشته از اختلال در الگوسازی و فرایند همانندسازی در کودکان و کمبود محبت، فشارهای اجتماعی، اقتصادی نیز بر کودکان و نوجوانان تحمیل گردد و آسیب‌پذیری آنها را افزایش دهد.

۳- اعتیاد والدین به طرق مختلف فرزندان را به دامن اعتیاد و سایر جرایم می‌کشاند. تحقیقات نشان می‌دهد که حدود ۳۶/۳۴ درصد معتادان صاحب خانواده‌هایی بوده‌اند که به نوعی، اعتیاد درگیر بوده‌اند. به خصوص در مورد زنان معتاد بیش از ۹۶ درصد آنها خانواده‌های معتاد داشته‌اند. اعتیاد والدین به خصوص پدر، نقش پدر بودن و وظایف آن را از او ساقط می‌کند. به طوری که در اثر عدم انجام وظایف نقش پدری فرزندان روابط عاطفی معمول با آنها ندارند. ۷۲ درصد فرزندان معتادان در مقابل پدر احساس شرم اصلاً ندارند. ۹۳ درصد اتکایی به او ندارند و ۹۱ درصد در مقابل پدر احساس راحتی کم دارند یا اصلاً احساس راحتی ندارند و ۸۰ درصد فرزندان معتادان از پدر تبعیت نمی‌کنند و ۸۷ درصد احترامی کم برای او قائل هستند.

۲- مدرسه

- مدرسه نیز با ایجاد فضایی ناسالم و غیرسازنده زمینه‌های بروز ناهنجاری را فراهم می‌نماید.
- ۱- فقدان ارتباط صحیح بین اولیای مدرسه و دانش‌آموزان در اثر جمعیت دانش‌آموزان، کمبود امکانات و غیره؛
 - ۲- ضعف ارتباط خانه و مدرسه در اثر عدم آگاهی خانواده به ضرورت این ارتباط و برخوردهای ناقص مسئولان مدارس؛
 - ۳- افت تحصیلی و گریز از مدرسه در اثر کاهش انگیزه برای تحصیل و شرایط غیرجذاب مدارس و شیوه‌های آموزشی؛
 - ۴- استرس‌زا بودن شرایط مدرسه در اثر فشارهای کاذب و برخوردهای متناقض و موارد دیگر؛
 - ۵- دوستان مدرسه از طریق انتقال تجربیات و تحریک حس کنجکاوی یکدیگر زمینه‌آشنایی با برخی ناهنجاری‌ها خصوصاً آلودگی به اعتیاد را فراهم می‌سازند. به طوری که اغلب نوجوانان اولین تجربیات سیگار کشیدن خود را در مسیر مدرسه ذکر کرده‌اند.
- تحقیقات مختلف نشان می‌دهد اقدام به ترک تحصیل غالباً در اثر فقدان امکانات مالی بوده است (۳۹/۳۳ درصد). ولی بعد از عامل فقدان مالی عامل عدم علاقه به تحصیل نیز درصد قابل ملاحظه‌ای را تشکیل می‌دهد (۲۵/۹۳ درصد) که می‌توان تا حدودی عدم علاقه را به مجموعه شرایطی که در مدارس وجود دارد نسبت داد که نمی‌تواند جاذبه کافی را برای ادامه تحصیل ایجاد نماید.

۳- مشاغل

- مشاغل مختلف درصد متفاوتی از معتادان را دارا می‌باشند برخی مشاغل بنا به ماهیت یا شرایط خاصی که بر آن حاکم است برای اعتیاد مستعدتر می‌باشد.
- تحقیقات مختلفی که صورت گرفته است نشان می‌دهد که در مقایسه مشاغل بدنی و فکری، مشاغل بدنی به مراتب بیشتر درگیر اعتیاد هستند (۹۴/۴ درصد بدنی - ۵/۶ درصد فکری) و در مقایسه مشاغل آزاد و دولتی ۸۵ درصد مشاغل آزاد و ۱۵ درصد مشاغل دولتی داشته‌اند و در مقایسه مشاغل خدماتی و تولیدی ۳۰ درصد خدماتی و ۳۸/۲ درصد تولیدی می‌باشد.
- ولی از بین مشاغلی که آمارهای به نسبت قابل توجهی از معتادان در آنها بود کسبه و پیشه‌ور ۱۷/۳ درصد و کارگران فنی ۲۲/۴۶ درصد می‌باشد.

۴- گروه همالان و تملقات گروهی

- برخی تحقیقات قریب به ۷۹ درصد موارد اعتیاد را متأثر از گروه‌های دوستی ذکر کرده‌اند. البته متأسفانه تحقیقات به تفاوت‌های گروه‌های دوستی کمتر توجه کرده‌اند. ولی محققان مختلفی که در این زمینه به مطالعه پرداخته به وضوح نقش دوستان را بیش از عوامل دیگر در گرایش به اعتیاد نتیجه گرفته‌اند. مثلاً ۶۸/۳۵ درصد معتادان نحوه آشنایی خود را با مواد مخدر از طریق دوستان ذکر کرده‌اند یا ۳۳/۴۵ درصد معتادان محل استفاده مواد را منزل دوستان ذکر کرده‌اند.

۵- چگونگی گذران اوقات فراغت

تفکر کسب لذت نهایی از اوقات فراغت، برخی از انواع گذران اوقات فراغت زمینه‌ساز انحرافات می‌باشد. در سال‌های اخیر ورود برخی از انواع مواد مخدر در اجتماعات و گردهمایی‌های جوانان برای رسیدن به لذت نهایی از مراحل اولیه اعتیاد محسوب می‌گردد. تحقیقات نشان می‌دهد چگونگی گذران اوقات فراغت و خوشگذرانی و تفریح در اعتیاد مؤثر بوده است و ۲۵/۸ درصد از معتادان تأثیر آن را اظهار کرده‌اند.

۶- محله‌ها

برخی محله‌ها نیز شرایط اعتیاد را بیش از سایر محله‌ها دارند. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته نشان می‌دهد به‌خصوص در سطح تهران محله‌های حاشیه‌ای بیشتر درگیر اعتیاد بودند. به عنوان نمونه جنوب تهران حدود ۴۵ درصد معتادان و در شرق تهران ۳۴ درصد از معتادان را داشته است. گذشته از آن ۹/۱۳ درصد معتادان به تأثیر همسایه‌گان و هم محله‌ای‌ها در اعتیاد آنها اشاره کرده‌اند.

۷- وسایل ارتباط جمعی

نحوه پیام‌رسانی و برخورد ساده‌انگارانه در ارتباط با اعتیاد می‌تواند تأثیر سویی را در گسترش اعتیاد داشته باشد.

ج- سطح خرد

صاحب‌نظران و پژوهشگران به موارد بسیاری تحت عنوان علل فردی روانی اعتیاد اشاره داشته‌اند که مهم‌ترین آنها عبارتند از: افسردگی، بیماری‌های روانی (پسیکوپات و ...) اختلال و وابستگی شخصیت، تنفر و عناد نسبت به خود، استرس‌های شدید، ناکامی‌های شغلی، تحصیلی، کنجکاوی، ساده‌تصور کردن ترک، در مان دردهای جسمانی، افزایش انرژی و توان جسمانی، جستجوی ارزش‌های معنوی جدید از قبیل احساس استقلال طلبی و افزایش خلاقیت‌های هنری.

بنابر تحقیقات انجام شده معتادان نسبت به افراد سالم بیشتر دچار بیماری‌های روانی از قبیل اسکیزوفرنی، هیستری و افسردگی هستند.

در بیشتر بررسی‌های انجام شده به تسکین دردها و ناراحتی همان جسمانی به عنوان علل فردی اعتیاد اشاره شده است (۲۰ درصد) و سپس کنجکاوی به طور متوسط خوشگذرانی و تفریح و ناراحتی‌های روانی از سایر عواملی است که در نیمی از تحقیقات به آن اشاره شده است.

د- تیپولوژی

در این مبحث معتادان با توجه به معیارهای مختلف طبقه‌بندی می‌گردند:

- بر اساس شدت اعتیاد گروه آزمایش کنندگان که با قصد تجربه به همراه دوستان به مصرف مواد می‌پردازند و بایک آموزش غیر مستقیم قابل درمان است.

گروه مصرف کنندگان اجتماعی، که با قصد لذت به صورت کنترل شده مبادرت به مصرف مواد کرده و سعی می‌نمایند که تبدیل به معتاد حرفه‌ای نگردند.

گروه سوم مصرف کنندگان مشروط، که با هدف‌های خاصی مانند افزایش قدرت، دقت، خلاقیت ... مواد را مصرف می‌کنند و غالباً منجر به اعتیاد می‌گردد و باید گذشته از آموزش به مشاوره نیز پرداخت.

گروه چهارم مصرف کنندگان شدید، که با هدف دستیابی به معنای جدیدی از زندگی به مصرف مواد می‌پردازند و تمامی مراحل درمان در مورد آنان لازم است.

گروه پنجم، مصرف کنندگان ناچار هستند که بدون مواد ادامه زندگی برایشان میسر نیست و در مورد آنان گذشته از تمامی مراحل درمان اقدامات دیگری همانند شغل جدید و حرفه آموزشی ... نیز لازم است.

- گاهی معتادان بر حسب نوع بیماری که موجب اعتیاد گشته طبقه‌بندی می‌شوند که به دو گروه تقسیم می‌شوند. معتادانی که به علت اختلالات روانی، افسردگی و غیره معتاد گشته‌اند و معتادانی که به علت بیماری‌های سخت جسمانی به مصرف مواد مخدر پرداخته و در نهایت معتاد گشته‌اند.

- گروه‌بندی دیگر بر اساس منشأ فردی یا اجتماعی اعتیاد است، که در گروه اول اعتیاد به عنوان یک اقدام فردی محسوب شده و در گروه دوم اعتیاد یک عمل اجتماعی همانند جامعه‌پذیری یا همانندسازی می‌باشد.

گذشته از گروه‌بندی‌های ذکر شده معتادان ویژگی‌هایی نیز به لحاظ ذهنی، جسمی، روانی و رفتاری دارند.

در ساختار ذهنی، معتادان خود را فهیم با افکار فلسفی خاص، بی‌نقص می‌دانند ولی در واقع قادر به درک واقعیت‌های بیرون و کنترل احساسات خود نیستند.

- از جهت ساختار روانی شخصیتی خود کیفرانه، خود مهاجمانه، خوشبینی و بدبینی مفرط، ضد اجتماع و بی‌مسئولیت نسبت به اطرافیان، افسرده می‌باشند که احساس ناکامی در آرزوهای خود می‌کنند. گذشته از آن معتادان گاهی به شدت بیرون‌گرا و گاهی به شدت درون‌گرا (معمولاً قبل و بعد مصرف مواد مخدر) می‌گردند.

- از نظر رفتاری نیز معتادان پس از اعتیاد تغییراتی می‌کنند. ساعات خواب آنها تغییر می‌کند، تمایل به خانواده کم شده و به دوستان تمایل بیشتری نشان می‌دهند. پرگویی و دروغ‌گویی دارند و بی‌رغبت به کارهای سخت و ورزش هستند.

- از نظر جسمانی نیز در اثر اعتیاد تغییراتی حاصل می‌شود. تغییر رنگ چهره، کاهش وزن، خمیدگی ستون فقرات و مهم‌تر از همه ظهور بیماری‌های کلیوی، مقاربتی، احتمال ایدز و هپاتیت، از مواردی است که در بین معتادان شیوع دارد.

۸- پیشگیری

اقداماتی که جهت پیشگیری اعتیاد در سطح جامعه ضروری به نظر می‌رسد و باید صورت گیرد سطوح

مختلفی را در بر می گیرد:

۱- تحقیقات مستمر و یافتن شبکه علیت: تحقیق در پدیده اعتیاد با توجه به پیچیدگی و چند وجهی بودن آن اقتضا می کند به صورتی منظم و برنامه ریزی شده صورت پذیرد تا شبکه علیت واقعی پدیده، شناخته گردد. در این راستا گردآوری اطلاعات صحیح و دقیق بسیار مهم است و ایجاد بانک های اطلاعاتی که نوسان اعتیاد و اطلاعات جانبی آن را ثبت نماید و در اختیار محققان قرار دهد بسیار مثمر ثمر خواهد بود.

۲- توجه به نحوه آموزش: در زمینه آموزش شیوه های متکی بر افزایش صرفاً اطلاعات یا ترساندن باید به شیوه هایی که در آن رشد شخصیت فرد مورد توجه است تغییر یابد. در این شیوه باید شخصیت به گونه ای شکل گیرد که بتواند در هر شرایطی بهترین تصمیم را برای خود بگیرد و فرد آموزش گیرنده با تمرین های عملی خود را در نقش ها و شرایط متضاد قرار دهند و بهترین تصمیم گیری را داشته باشد.

- آموزش ها باید برای گروه های مختلف با روش ها و هدف ها و حتی محتواهای مختلفی صورت گیرد و در کنار آموزش ها به خصوص برای جوانان با تشکیل کانون ها و مراکز مختلف زمینه فعالیت های مورد نیاز تکمیلی خود را که در خانواده یا مدرسه امکان نیست فراهم نمود.

رسانه ها باید به طور هنرمندانه سعی نمایند که آموزش های لازم را به طور غیر مستقیم به جامعه انتقال دهند به خصوص در زمینه ضد ارزش کردن اعتیاد باید تلاش زیادی صورت گیرد.

گذشته از آموزش هایی که در سطح جوانان یا کل جامعه صورت می گیرد باید آموزش هایی در خانواده جهت:

۱- آموزش هایی که آموزش پذیری و نو کردن اطلاعات در خانواده را افزایش دهد.

۲- آموزش هایی که رفتار زوجین با یکدیگر را اصلاح نماید.

۳- آموزش هایی که به والدین امکان برقراری روابط سازنده تری با نوجوانان خود دهد.

۴- آموزش هایی که والدین را نسبت به مواد مخدر و علانم و عوارض آن آشنا نماید.

۵- آموزش هایی که شناخت علمی تر از شرایط عمومی جامعه به والدین ارائه دهد.

- مدارس نیز باید به نقش خود به عنوان بستر اجتماعی کردن و جامعه پذیری کودکان و نوجوانان توجه بیشتری داشته باشند و از روش هایی که منجر به پیدایش جامعه ستیزی یا جامعه ستیزی یا جامعه گریزی می گردد اجتناب نمایند. جهت رسیدن به این هدف مشارکت دانش آموزان در فرایند فعالیت های مدرسه لازم است تا احساس تعلق و علاقه دانش آموزان را تقویت نماید و از القا یاس و بدبینی و ناامیدی نسبت به آینده احساس ضعف با جدیت باید پرهیز گردد.

۳- از اقدامات لازم دیگر در زمینه پیشگیری پرهیز از پیدایش نیاز به مواد سحرگونه می باشد. جامعه پزشکی ما ارتباط پزشک و بسیار باید به گونه ای که جامعه تصور غلط و دور از واقعیت نسبت به دارو ها نداشته باشد در مان هرگونه درد، نا آرامی به وسیله دارو وابستگی نشان دادن به آنها، یک نوع آموزش غیر مستقیم و منفی برای کودکان است که تأثیر سویی دارد و آنها را به این باور راهنمایی می کند که همه مسائل باید یا می تواند از طریق برخی از انواع دارو برطرف گردد.

۴- تصور جامعه نسبت به مجرم بودن معتاد باید تغییر نماید. تجربه نشان داده نه تنها این تلقی کمکی به وضعیت اعتیاد در جامعه مانکرده است بلکه در غالب مواقع موجب شده برده پوشی و کتمان این پدیده

و معضل اجتماعی اعتیاد را پیچیده‌تر نماید. معتاد بیمار است. ریشه‌های اعتیاد او باید شناخته شود و تحت درمان قرار گیرد. به خصوص بیماری است که بخش مهمی از زمینه‌های بیماری او را جامعه فراهم کرده است.

۵- پیگیری از اعتیاد بدون حل مشکلات ساختاری جامعه امکان‌پذیر نیست. توزیع عادلانه فرصت‌ها، افزایش مشارکت مردم در فرایند تصمیم‌گیری، اجرای کنترل و نظارت که موجب افزایش احساس مسئولیت در سطح جامعه می‌گردد، رفع بیکاری و تولید شغل و اشتغال کامل به خصوص در مورد جوانان و اعتلای سطح فرهنگ و تقویت باورهای دینی هر کدام اهمیت زیادی دارد که باید به‌طور هماهنگ و متناسب با نیازهای فکری و روحی و اجتماعی نوین جامعه تحقق یابند.

۶- گذشته از موارد ذکر شده توجه به زنان و موقعیت حساس آنان در تربیت و روابط اجتماعی بسیار مهم است. اعتیاد زنان معمولاً پنهان‌تر از مردان است. هر چند کمتر از مردان درگیر اعتیاد می‌باشند ولی به جهت نقش آنان در خانواده باید دقت‌های بیشتری در بازپروری آنان صورت گیرد.

۷- گسترش ورزش و برقراری رقابت‌های سالم ورزشی در سطح مختلف سنی - جنسی طراوت و سلامتی جامعه را ایجاد می‌کند و گذشته از آن تسهیل در امر ازدواج و به وجود آوردن شرایطی ساده برای ازدواج و مسئولیت‌های پس از ازدواج به طوری که بتوانند جوانان در کنار ازدواج به راحتی به درس و تحصیل و برخی فعالیت‌های مثبت اجتماعی، بپردازند نیز در جامعه ضروری است.

۸- از اقدامات بسیار اساسی و مهم دیگر توجه به کودکان معتادان است. وابستگی عاطفی، مشکلات متعدد والدینی که معتادند و عوامل دیگر این گروه را بیش از سایر گروه در معرض خطر اعتیاد قرار می‌دهد. دولت باید از طریق سازمان‌ها رسماً مسئولیت رسیدگی به کودکان معتادان را بر عهده گیرد و با برنامه‌های نظارتی، تأمین اجتماعی، آموزش آنها را تحت پوشش خود قرار دهد و حتی در صورت لزوم باید از محیط آلوده خانواده دورنگه داشته شوند تا به بازسازی شخصیت آنها پرداخته گردد. اما در این راستا از هرگونه برچسب و پیش‌داوری نسبت کودکان و خانواده‌های آنها اجتناب گردد.

و- درمان

- یکی از عوامل مهم و مؤثر در درمان معتاد، انگیزه درمانی اوست. ایجاد آمادگی در فرد معتاد برای تصمیم قطعی او به درمان مسئله است که قبل از درمان می‌باید مورد نظر مراکز درمانی و بازپروری معتادان قرار گیرد.

- معتادان اهداف گوناگونی را در ترک مواد مخدر تعقیب می‌کنند. این اهداف عبارتند از: کاهش میزان مصرف و رسیدن به نشنگی روزهای اول اعتیاد با همان مقدار مصرف قبلی، بهبود و فعالیت جسمانی و اقتصادی برای روی‌آوری مجدد به اعتیاد....

- بازپروری به معنای از بین بردن وابستگی جسمانی - روانی معتاد به ماده مخدر و عوامل زمینه‌ساز اعتیاد و مشکلات بعد از اعتیاد فرد معتاد است.

از بین بردن وابستگی جسمانی معتاد با نظارت و مراقبت از وی در طی دوره‌ای کوتاه ۲ الی ۴ ماه امکان‌پذیر است.

از بین بردن وابستگی روانی بیمار به ماده مخدر نیاز به زمانی حدود ۲ الی ۵ سال دارد. در طول این مدت تدارک امکانات درمانی، مددکاری و مشاوره در حد کافی و مناسب، رسیدگی به خانواده‌های معتادان، حرفه آموزشی یا امکان بازگشت به شغل قبلی برای مددجویان، بازسازی شخصیت مددجویان، فراهم آوری شرایط جذب مددجو در خانواده و اجتماع و ... از جمله مواردی است که می‌باید مورد نظر قرار گیرد. البته توجه به پیشینه شخصیتی، روانی، اجتماعی معتاد قبل از اعتیاد و مشکلات او بعد از اعتیاد، نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای در درمان او دارد. علاوه بر آن برای معتادان می‌باید به نوع ماده مصرفی، میزان مصرف، انگیزه و فضای مصرف وی توجه داشت زیرا این عوامل روی هم رفته در درجه وابستگی فرد به ماده مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.

روش‌های درمانی مختلفی برای درمان وابستگی معتادان به ماده مخدر وجود دارد از قبیل: روش آزاد، درمان جمعی از طریق کار، دتیب (درمان بدون درمانگر) روش تلفنی و ... روش‌های درمان پویا برای بازپروری معتادان مؤثرتر از روش‌های ایستا است زیرا در روش‌های پویا بیمار از حالت منفعلانه به حالت فعال درآمده و در درمان خودش سهیم می‌گردد. بنابر تحقیقات انجام شده درصد قابل توجهی از معتادان (۴۳/۹ درصد) عملکرد مراکز بازپروری را در درمان معتادان بی‌تأثیر دانسته‌اند.

ز- سازمان‌های ذی‌ربط

عواملی چون عدم بودجه کافی و کمبود امکانات، تراکم بیش از حد مددجویان، فقدان یا کمبود کادر متخصص و مجرب، عدم برنامه‌ریزی دقیق و نیز شیوه‌های نامناسب برخورد با معتادان و ضعف مدیریت از مواردی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در ناکارآمد بودن این مراکز داشته است.

ناکارآمد بودن مراکز بازپروری موجب آثار نامطلوب روانی - اجتماعی بر فرد معتاد و جامعه دارد. مانند بروز فقدان یا ضعف اعتماد به نفس و قدرت در فرد در ترک اعتیاد، از بین رفتن حیا و حرمت درمان، سلب اطمینان خانواده از مراکز بازپروری در درمان معتادان و ...

در سال ۱۳۵۹ لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی برای درمان و اشتغال به کار معتادان به تصویب رسید. بعد از انقلاب با آن که اغلب باندهای قاچاق متلاشی شد اما به موازات این حرکت، به دلایل مختلف طرح درمان و اشتغال معتادان اجرا نگردید. بنابر این فقدان برنامه‌ریزی برای درمان معتادان از سویی و فشارهای سیاسی - تبلیغاتی از سوی دیگر موجب شکست طرح گردید.

بنابر تحقیقات انجام شده در زاهدان اجرای قانون تشدید مبارزه با مواد مخدر نیز به دلایلی از قبیل عدم تدارک برنامه‌ها و امکانات لازم و کافی برای درمان و بازپروری معتادان (موجب تراکم بیش از حد آنان در مراکز بازپروری و در نهایت رهایی آنان بعد از مدتی گردید و در نتیجه اثر چندانی در درمان معتادان نداشت.

نارسایی‌ها در عملکرد قوه قضاییه

- قوانین مصوبه در زمینه اعتیاد مواد مخدر رویکردی دوگانه نسبت به معتادان دارد. از طرفی معتاد را مجرم می‌داند و مستحق مجازات و از سوی دیگر او را بیمار تلقی می‌کند و اقدامات تأمینی و درمانی برای او در

نظر می‌گیرد. به نظر می‌رسد این رویکرد دوگانه برخورد های قانونی و درمانی با معتادان را با مشکلاتی مواجه نموده است.

- نقص قوانین بیشتر برخوردهای قانونی متوجه فروشندگان در سطح میانه بوده است و قانون برای برخورد با فروشندگان خود تدابیری نیندیشیده است و فروشندگان بین‌المللی نیز به ندرت گرفتار می‌شوند.

- عنوان سابقه‌دارها، بنا به نظر دست‌اندرکاران مسئله مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد، عفو سابقه‌دارها، برخوردهای قضایی با پدیده مواد مخدر را لوث می‌کند.

- ظرفیت محدود مراکز بازپروری و عدم تناسب حجم آن با آمار معتادان، فقدان یا کاهش سطح کیفی و کمی امکانات لازم برای بازپروری معتادان. شیوه ترک غیر داوطلبانه و اجباری، ضعف مدیریت و شیوه‌های نامناسب برخورد با معتادان و عدم تفکیک سابقه‌دارها از مواردی است که موجب عدم موفقیت مراکز بازپروری گشته است.

بنابر تحقیقات انجام شده ۴۵/۵ درصد از مددجویان کیفیت امکانات بازپروری را بد ارزیابی کرده‌اند و ۴۳/۹ درصد از آنان فعالیت بازپروری را در درمان مددجویان بی‌تأثیر دانسته‌اند.

- بنابر تحقیقات انجام شده نیروهای انتظامی در برخورد با معضل مواد مخدر و اعتیاد با کمبودها و تنگناهایی مواجه بوده‌اند. در مجموع استان‌های کشور ۱۲۴۵ نیروی انسانی، ۲۵۱ ماشین ۵۱ موتور برای ۲۳۰۰ شهر و روستا و بخش وجود دارد.