

بررسی وضعیت معتادان در ایران

دکتر علیرضا محسنی تبریزی

۱. طرح مسئله

هر پدیده‌ای در جهان معلول سلسله‌ای از علل و عوامل و حوادثی است که بتدریج در بستر زمان شکل می‌گیرد، و با طی فراز و نشیب‌ها و مراحل معین، پدیده جدیدی به صحنه می‌آورد یا باعث سقوط و انهدام پدیده‌ای دیگر می‌شود. مسئله اعتیاد به مواد مخدر نیز، که امروزه به عنوان یک پدیده ناهنجار اجتماعی شناخته می‌شود، مراحل مختلفی را پشت سر نهاده و به همراه خود سبب سقوط و انهدام بسیاری از ارزشهای انسانی و اجتماعی شده است. متأسفانه، در مسیر حرکت و رشد این پدیده خطرناک، انسان، به عنوان منشأ تمامی جریانات سیاسی و اقتصادی و اجتماعی، تنها عنصری بوده است که طی قرون و اعصار به سوی قربانگاه سوق داده شده است. در قرن اخیر نیز اثرات مخرب اعتیاد بر جوامع بشری نمایان بوده است. آمارها هم حکایت از ابعاد این فاجعه جهانی دارند. برابر گزارش‌های موجود، طی ۲۰ سال (۱۹۵۵ تا ۱۹۷۵)، افزایش وابستگی به مواد اعتیادآور خاصه هروئین بی سابقه بوده است.

بر اساس یک گزارش، تعداد معتادان در کشورهای آسیایی به شرح زیر اعلام شده است: افغانستان یک میلیون و ۵۰۰ هزار نفر، پاکستان دو میلیون و ۸۰۰ هزار نفر، هندوستان ۳ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر، ایران دو میلیون و ۴۰۰ هزار نفر، بنگلادش ۸۰۰,۰۰۰ نفر، برمه ۹۰۰ هزار نفر، تایلند یک میلیون و ۳۰۰ هزار نفر، مالزی ۸۰ هزار نفر، و ژاپن ۴۵,۰۰۰ نفر^۱.

همانگونه که ملاحظه می‌شود، مشکل مواد مخدر در جهان امروز مربوط به یک ملت خاص نیست و همه سرزمینها و کشورها را در بر گرفته است؛ به قول لودینگ لوی^۲ سم‌شناس معروف: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملتها شده باشد.»

در مورد کشور ما ایران نیز وضعیت مشابهی وجود دارد. نگاهی به برخی آمارهای پراکنده در این زمینه، به درک بهتر این مسئله یاری می‌رساند:

روزنامه کیهان در تاریخ ۱۳۶۴/۰۸/۱۶ مدعی شد که برابر آمارهای بین‌المللی منتشر شده، در سال ۱۳۵۸، ایران به نسبت جمعیت خود دارای بیشترین جمعیت معتاد در سراسر جهان است. وزارت بهداشتی و بهزیستی، در آخرین روزهای سال ۱۳۶۳، تعداد معتادان را ۸۰۰ هزار نفر اعلام کرد.

در سال ۱۳۶۵، به طور غیر رسمی، از رقم ۳ میلیون نفر سخن به میان آمد. در سال ۱۳۶۸ گفته شد که در حال حاضر یک میلیون نفر در کشور به هروئین معتاد هستند. طبق یک برآورد رسمی، تعداد معتادان را در اواخر سال ۱۳۷۸ حدود چهار میلیون و سیصد و پنجاه هزار نفر تخمین زده‌اند.

چنانکه مشاهده می‌شود، ارقام متفاوت و گوناگون است، اما همه حکایت از جدی بودن مسئله دارد. اگر تخمین معتادان ایرانی برای سال ۱۳۶۸ را حدود یک میلیون نفر بپذیریم، و آن را با رقم یک میلیون و هفتصد و پنجاه هزار معتاد که محققان امریکایی برای سال ۱۹۹۳ میلادی (۱۳۷۲ هجری شمسی) اعلام نمودند مقایسه کنیم، ملاحظه خواهیم کرد که، ظرف مدت ۵ سال، تعداد معتادان افزایشی معادل ۱۵۰ درصد داشته است. این امر ابعاد فاجعه‌آمیز مسئله را در

1. Davies, J. B., *Drug Addiction, A Myth or a Reality*, Harwood Academic Publishers, Glasgow, 1997.

2. L. Levin

جامعه ما بیان می‌کند. اما بُعد اسفناک‌تر این جریان، افزایش روزافزون تعداد زنان معتاد است. گرچه محاسبه دقیق رقم معتادان در ایران به سهولت ممکن نیست، و اصولاً چنین رقمی در حال حاضر وجود ندارد، برخی تخمین‌ها بر درست بودن این مسئله صحه می‌گذارد. بر اساس تحقیقات انجام شده در مورد مسئله اعتیاد در کشورمان، حدود ده درصد از افرادی را که در ارتباط با مصرف مواد مخدر در زندانها به سر می‌برند زنان تشکیل می‌دهند.

با مروری بر سیاستهایی که در اکثر کشورهای جهان به منظور مقابله با اعتیاد اتخاذ گردیده و به مورد اجرا درآمده است، مشخص می‌شود که بجز در چند کشور پیشرفته این سیاستها عمدتاً به مبارزه با توزیع و مصرف مواد مخدر محدود شده و در زمینه پیشگیری و از بین بردن عوامل مؤثر در گرایش به توزیع و مصرف این مواد، اصلاح شیوه رفتار، و بازپروری و نوتوانی معتادان گامهای مؤثری برداشته نشده است.

در ایران نیز سیاستهایی که در چند دهه اخیر به منظور مقابله با اعتیاد اتخاذ و اجرا شده است، عمدتاً به مبارزه با تولید، توزیع، و قاچاق مواد مخدر اختصاص داشته است، و علی‌رغم مبارزات گسترده‌ای که در سالهای اخیر در جهت مقابله با عوامل و دست‌اندرکاران تولید و توزیع مواد مخدر انجام گرفته است، میزان مواد مخدر کشف شده و افزایش تعداد افراد معتاد طی سالهای اخیر سیر صعودی بی‌رویه‌ای پیموده است. از سوی دیگر، علی‌رغم آنکه بر اساس لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبان جرائم مواد مخدر مصوب ۱۳۵۹/۰۳/۱۹، استعمال مواد مخدر جرم محسوب می‌شود، و تلاشهایی در جهت اعتیادزدایی و نوتوانی معتادان به عمل آمده است، لکن، از آنجایی که استراتژی و برنامه‌های بازپروری معتادان منحصر به جداسازی آنان از جامعه، ترک اعتیاد و بازپروری، و بازگرداندن آنها به جامعه بوده است، به ابعاد دیگر مسئله، بویژه وابستگی روانی معتادان و زمینه‌های آسیب‌پذیری و عواملی که در گرایش مجدد به اعتیاد مؤثر است، از جمله تهیه آسان مواد مخدر، برخورد نامطلوب جامعه با معتادان بازپروری شده، و نظایر آن توجه کافی مبذول نگردیده است.

اکثر مطالعات در خصوص اعتیاد و راههای مبارزه با آن روشن کرده‌اند که درمان معتادان نمی‌تواند خود را منحصرأ به بازپروری و بازتوانی آنان محدود سازد، چه مبارزه با اعتیاد باید همه جانبه و در ابعاد شخصیتی و روانی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی، و سیاسی و اقتصادی

صورت پذیرد. این امر با کار فرهنگی و با سود بردن از ابزارهایی چون وسایل ارتباط جمعی و بسیج عمومی تحقق می‌پذیرد. سپس، با تنظیم برنامه‌های جامع و کارآ، باید بازتوانی و بازپروری را کامل کرد. ارزیابی نتایج این برنامه‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است، چه یکی از هدفهای عمده مطالعات مربوط به ارزیابی برنامه‌های اجتماعی این است که ببینیم چه برنامه‌ای موفق یا ناموفق بوده است. بدیهی است مراکز بازپروری نیز خود ملزم به ارزیابی برنامه‌ها و نتایج حاصله از خدمات ارائه شده به معتادان هستند و بدین منظور باید:

۱. به ویژگیها و ماهیت آن برنامه‌های بازپروری که این مراکز را در نیل به اهدافشان موفق یا ناموفق می‌کند واقف باشند.
 ۲. به ویژگیهای آزمودنی‌ها و جامعه‌ای که در معرض این برنامه‌ها قرار دارند شناخت داشته باشند.
 ۳. و بالاخره به بستر، زمینه، و موقعیت فرهنگی خاصی که تحت آن چنین برنامه‌هایی اجرا می‌گردد آگاه باشند.
- بازپروری و نوتوانی معتادان به یکباره و سریع صورت نمی‌گیرد و بر مراحلی که از انتظام و جامعیت و یکپارچگی خاصی برخوردارند شمول دارد و، در نتیجه، امری همه جانبه به شمار می‌رود و بنابراین به برنامه‌های یکی دو ماهه نمی‌تواند ختم شود.
- مراحل اساسی بازگشت معتاد به زندگی عادی، پس از ترخیص از زندان یا مرکز بازپروری آغاز می‌شود که در صورت عدم پذیرش از سوی خانواده و جامعه، مجدداً راه برای بازگشت وی به اعتیاد هموار می‌شود.

۲. تعاریف

۲-۱. اعتیاد

اعتیاد عبارتست از پدیده‌ای زیستی که به ارگانیسم انسان امکان می‌دهد خود را بتدریج با پاره‌ای مواد سمی سازش دهد و مصرف روزمره مقادیری از مواد را که برای ارگانیسم بکر کشنده است تحمل کند. بدین ترتیب، پاره‌ای از معتادان به مرفین و هروئین می‌توانند دویست تا سیصد برابر مقداری که برای انسان کشنده است مصرف کنند. فیزیولوژیست‌ها در تعریف اعتیاد می‌گویند: اعتیاد عبارت از حالتی است که استعمال متوالی یا متناوب ماده مخدر در فرد ایجاد می‌کند. با

استعمال مواد مخدر، تحریک‌پذیری سلولهای عصبی و دستگاه عصبی افزوده شده و در نتیجه مواد بیشتری لازم است که آن را به حالت تعادل برگرداند.

کاملترین تعریفی که از اعتیاد وجود دارد و مورد قبول جهانیان است، در سال ۱۹۵۰ به وسیله کمیته کارشناسان تشخیص مواد اعتیادآور، وابسته به سازمان بهداشت جهانی، به شرح زیر ارائه شده است:

اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مژمنی است که ناشی از مصرف مواد طبیعی یا صنعتی بوده و مضر به حال شخص و اجتماع به شمار می‌رود. خصوصیات این حالت عبارت است از اول: وجود تمنا و احتیاج به ادامه استعمال مواد و به دست آوردن آن به هر طریق که ممکن باشد. دوم: وجود علاقه شدید یا گرایش به ازدیاد میزان مصرف مواد که به فزون‌طلبی مشهور است. سوم: وابستگی روانی یا جسمانی به آثار مواد اعتیادآور، بدین نحو که وقتی ماده به معتاد نرسد، اثرات روانی و جسمانی موسوم به آثار قطع مواد در وی ظاهر می‌شود.

از نظر سازمان بهداشت جهانی، اعتیاد چنین تعریف شده است: حالتی مزمن بر اثر تکرار مصرف مواد مخدر که دارای مشخصات چهارگانه زیر است:

۱. بر اثر مصرف مکرر مواد، عادت روحی ایجاد شده و این عادت فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف رو به افزایش می‌بَرَد.
۲. مقدار مصرفی مرتباً افزوده می‌شود.
۳. بر اثر قطع دارو، سیندرم محرومیت در معتاد ایجاد می‌شود.
۴. برای فرد و جامعه زیان‌آور است.

به این ترتیب، اعتیاد عبارت است از مسمومیتی مزمن که برای فرد و جامعه مضر است و آن را باید به عنوان مسئله‌ای اجتماعی، که از شرایط نامساعد اقتصادی و محیطی ناشی می‌شود، مورد توجه قرار داد. حالتی از مسمومیت متناوب و تدریجی است که مبتلایان به آن ناچار هستند بتدریج بر مصرف روزانه خود بیفزایند، تا حدی که بدن معتاد با مواد مخدر خو می‌گیرد. به عبارت دیگر، اعتیاد^۱ حالتی است که بر اثر آن شخص به طور کامل نسبت به یک دارو یا هر

1. addiction

ماده اعتیادآور دیگر معتاد می‌شود. مواد مخدر اصلی عبارتند از: کوکائین، تریاک، و هروئین که در اصل برای تسکین درد مصرف می‌شوند ولی استعمال مداوم آنها سبب اعتیاد می‌گردد. شخص معتاد قادر نیست ماده مخدر را ترک کند و هر بار احساس می‌کند که نیاز دارد مقدار بیشتری مصرف کند.

اعتیاد عبارتست از وابستگی به عوامل یا موادی که تکرار مصرف آنها با کم و کیف مشخص و در زمان معین از دیدگاه معتاد ضروری می‌نماید. اعتیاد نوعی مکانیسم دفاعی است که برخی افراد جهت فرار از عذاب و موقعیت رنج‌آور خود به آن توسل می‌جویند. همان‌طور که گفته شد، خصوصیات بارز اعتیاد از این قرار است: میل و نیاز به مواد مخدر و تهیه آن به هر عنوان و به هر شکل؛ گرایش به مصرف هر چه بیشتر؛ انقیاد روانی و جسمانی به مصرف مواد مخدر.

۲-۲. وابستگی جسمی

استفاده از هر ماده‌ای که، پس از مدتی استعمال، ترک یا قطع آن موجب بروز علائم جسمی شود، وابستگی جسمی نامیده می‌شود. به عبارت دیگر، وقتی جسم معتاد بر اثر محرومیت از مواد مخدر ناراحت و متشنج می‌شود، برای تعادل جسمی احتیاج به ماده مخدر دارد. به چنین نیازی وابستگی جسمی گفته می‌شود.

۲-۳. وابستگی روانی

کسی که برای احساس عوالم روانی خاص احتیاج به تکرار استعمال مواد داشته و اقدام به تکرار و سوء استعمال آن نماید، وابسته روانی است. به عبارت دیگر، چون شخص مواد مخدر را وسیله‌ای برای کسب لذت یا فرار از مشکلات قرار داده و ماده مخدر برای شخص معتاد در حکم یک پناهگاه است، لذا به او وابسته روانی می‌گویند.

۲-۴. سیندرم محرومیت (آثار قطع دارو)

سیندرم محرومیت عبارتست از تظاهرات ناشی از قطع مواد مخدر. به عبارت دیگر، سیندرم محرومیت در فرد معتاد عبارتست از عوارض و تظاهرات روانی و جسمانی که در موقع نرسیدن مواد مخدر به بدن فرد معتاد یا در موقع ترک اعتیاد در او ظاهر می‌شود.

۲-۵. معناد

فردی که از طریق خوردن، تزریق، کشیدن، و تنفس یک یا چند ماده آرام‌بخش را به‌طور مداوم مصرف کند، و در صورت قطع این عمل، با مشکلات جسمانی، روانی، و رفتاری - به تنهایی یا با هم - روبه‌رو شود، معناد خوانده می‌شود.

به علاوه، معناد، با تداوم مصرف، از نظر ظاهری و رفتاری به تعریف صوری معناد در جامعه شبیه می‌شود و آرام‌آرام هنجارهای جامعه معنادان و خرده فرهنگ متعلق به ایشان را می‌پذیرد و در نتیجه مصداق برجستگی می‌شود که "معناد" نام دارد.

بنابراین، معناد به سبب دارا بودن مشخصات ظاهری روانی، رفتاری، و اجتماعی متمایز از دیگران، از سوی جامعه و افراد آن در شمار گروهی خاص قرار می‌گیرد. بدین ترتیب، معناد، از یک سو، محصول کنش و واکنش مداوم و مرتب بین ارگانیسم انسان و مواد طبیعی و شیمیایی یادشده و، از سوی دیگر، محصول یک وفاق جمعی است.

۲-۶. بازپروری

بازپروری، در معنای کلی، عبارت از فعالیتهای تربیتی، آموزشی، پزشکی، و مددکاری اجتماعی است که در جهت اعتیادزدایی و بازگرداندن فرد معناد به شرایط طبیعی زندگی صورت می‌گیرد. به کمک بازپروری، می‌توان شخصیت و منش و رفتار فرد معناد را بازسازی کرده و او را آماده زندگی و کار و پذیرش مسئولیتهای فردی و اجتماعی ساخت.

بازپروری فعالیت است علمی و تخصصی که از طریق آن، به مدد شیوه‌ها، فنون، و تکنولوژی، و با بهره‌گیری از دانشهای جدید انسانی و رفتاری، فرد را از بندهای اعتیاد نجات می‌دهد و شرایط و امکانات سازگاری با محیط اجتماعی را برای او فراهم آورد.

۲-۷. برنامه خدمات حمایتی

الف. از نظر ادبیات بهزیستی ایران

برنامه خدمات حمایتی، مجموعه‌ای از تدابیر و فعالیتهای غیر بیمه‌ای است که به منظور کمک به تأمین حداقل نیازهای اساسی گروهها و قشرهای کم درآمد، محروم، مستضعف، نیازمند، و سایر کسانی که به نحوی از انحا دچار محرومیت شده‌اند انجام می‌شود.

ب. از نظر ادبیات بهزیستی جهان (کشورهای پیشرفته صنعتی) بازپروری از این نقطه نظر به مجموعه‌ای از فعالیتهای حمایتی اعم از پیشگیری، درمان، و بازسازی اطلاق می‌شود که از طریق نظام جامع تأمین اجتماعی، اقدام اجتماعی (رفاه اجتماعی)، دفاع اجتماعی، امنیت اجتماعی، و بیمه اجتماعی به منظور حمایت از انسانها از جمیع جهات انجام می‌شود.

اساس منابع مالی نظام خدمات اجتماعی یادشده، انتقالات "اجتماعی" است که به طور منظم و بر اساس ضوابط و قوانین خاص از منابع مختلف به طرق گوناگون (مالیاتها، عوارض، و غیره...) صورت می‌گیرد. و جوهی که به این طریق جابه جا می‌شود، از طریق مکانیسمهای مالی در سرمایه‌گذاری اجتماعی یا عرضه خدمات اجتماعی به مصرف می‌رسد.

۳. مبانی نظری

۳-۱. نظریه‌های جامعه‌شناسی اعتیاد

تئوری‌های جامعه‌شناسی، انحرافات اجتماعی از جمله اعتیاد به مواد مخدر را عکس‌العملی در برابر فشارها و واکنشی در قبال کمبودها و ناسازگاریهای اجتماعی تلقی می‌کند. فرد معتاد، از نظر جامعه‌شناسان، قربانی نظام اجتماعی خویش است و اعتیاد وی رفتاری ناخواسته است که از سوی محیط اجتماعی بر او تحمیل شده است. از نظر آسیب‌شناسی اجتماعی^۱، شرایط و موقعیتهایی نظیر اعتیاد، فقر، خودکشی، فحشا، روان‌پریشی، و نظایر آن به عنوان رفتارهای کجرو یا منحرف به شمار می‌روند، زیرا مغایر با رفتار طبیعی یا در تضاد با رفتارهای بهنجار و مورد قبول اجتماعی هستند.

آسیب‌شناسان اجتماعی از دو زاویه به مسئله انحرافات اجتماعی نگاه می‌کنند: نخست، عوارض و بیماریهایی معین در هر جامعه‌ای وجود دارد که باید در سطح اجتماعی (کلان) مورد بررسی قرار گیرند. ثانیاً، در هر جامعه‌ای افراد مشخصی بیمار و ناسازگار محسوب می‌شوند که باید در سطح فردی (خرد) بررسی شوند.

جامعه‌شناسان معتقد به نظریه‌ی نظم اجتماعی - نظیر زنانیکي، توماس، و کولی - نابهنجاری و کجروی اجتماعی نظیر اعتیاد را محصول توسعه اجتماعی نابرابر و نیز تغییرات و تحولات و

1. social pathology

تضادهای شدید و حاد اجتماعی می‌دانند که بر رفتار افراد جامعه تأثیر می‌گذارد. به اعتقاد نظریه‌پردازان این حوزه، نظم اجتماعی وقتی حاصل می‌شود که افراد یک جامعه به اجماع و توافقی در ارزشها، هنجارها، و اصول معین و در عین حال بنیادی و اساسی نایل آیند. چنین پیوستگی و جامعیتی "منوط به اجماع در اصول، ارزشها، هنجارها، و رفتارهای فرهنگی" است. بی‌نظمی اجتماعی، معلول از بین رفتن و فقدان چنین اجماعی در هنجارها و ارزشهاست.

دیدگاه دیگری که در جامعه‌شناسی پیرامون انحرافات و آسیبهای اجتماعی مطرح است، تئوری آنومی اجتماعی^۱ است. این دیدگاه، که بر نظریات مرتون جامعه‌شناس معاصر امریکایی استوار است، بر مبنای این است که رفتاری نابهنجار چون اعتیاد به مواد مخدر، به وسیله صور خاصی از ساخت اجتماعی ساخته و تولید می‌شود. مرتون انحراف و نابهنجاری اجتماعی را نه یک مسئله آسیب روانی و نه یک مسئله خاص فرد بلکه به عنوان یک مسئله اجتماعی و برخاسته از ساخت جامعه در نظر می‌گیرد. وی، با اشاره به مفهوم آنومی اجتماعی، آن را جدایی، گسستگی، و عدم ارتباط بین فرد و ساخت اجتماعی تعریف کرده است، و دو جنبه از نظام اجتماعی- فرهنگی را مشخص می‌کند: (۱) اهداف، آرزوها، انتظارات، و ارزشهای فرهنگی؛ (۲) شیوه‌ها و وسایل نیل به این اهداف.

مرتون هر انحراف و کجروی اجتماعی از جمله اعتیاد را ناشی از گسستگی و عدم ارتباط فعال - بین آنچه فرهنگ جامعه به‌عنوان، هدف، آرزو، خواسته، و ارزش تبلیغ می‌کند و آنچه جامعه به عنوان راهها و وسایل و اسباب مشروع جهت نیل به این اهداف مهیا و آماده می‌کند - می‌داند. بالاخره، یکی دیگر از دیدگاههای رایج و با نفوذ در زمینه انحرافات اجتماعی و رفتارهای نابهنجار، نظیر اعتیاد، تئوری جامعه‌پذیری یا اجتماعی‌شدن^۲ است. از دیدگاه این تئوری، انحرافات یا کجرفتاری به معنای نقض هنجارهای اجتماعی و زیرپا گذاشتن اصول و ارزشهای فرهنگی است، و پدیده‌ای ناشی از یادگیری محسوب می‌شود. عمده‌ترین تئوریسین این دیدگاه، ادوین ساترلند است.

وی معتقد است که رفتار کجرو یا منحرف، ناشی از یادگیری، و در ضمن ناشی از تعامل با افراد و گروههای اجتماعی است و در یک جریان ارتباطی صورت می‌گیرد. همچنین، نقش

1. Social Anomie

2. socialization theory

برخی از وسایل ارتباط جمعی در یادگیری رفتار نابهنجار، نظیر اعتیاد به مواد مخدر، بارز و پر اهمیت است.

۲-۳. نظریه‌های روانشناسی و پزشکی اعتیاد

تئوریهای روانشناسی انحرافات، هرگونه کجرفتاری و نابهنجاری نظیر اعتیاد به مواد مخدر و سایر آسیبها را پدیده‌ای رشدیابنده در طبیعت پنداشته و ریشه‌های علی آن را در ضایعات و آسیبهای روانی و عاطفی فرد جستجو می‌کند. از این رو، اعتیاد یا هر رفتار نابهنجار، امری خود - خواسته و خود - انتخابی است تا فرد بتواند برای گریز از روابط شخصی دردآلوده به دنبال پناهگاهی بگردد.

از مجموعه تئوریهای روانشناسی انحرافات به تئوریهای روانپزشکی و روانکاوی می‌پردازیم:

این نظریه‌ها، هر انحراف و کجرفتاری را ناشی از تجارب نخستین ایام کودکی و الگوهای ارتباطات خانوادگی می‌داند. چنین رفتاری عمدتاً از درون و روان فرد برمی‌خیزد و نقش تجارب فردی در تکوین و بروز چنین رفتاری بارز و پر اهمیت است.

رئوس نظریه‌ها و تئوریهای روانپزشکی و روانکاوی بر اصول زیر استوار است:

(۱) هر رفتار نابهنجار و منحرف محصولی از درون و روان فرد است. کجروها و منحرفان افرادی هستند که از نظر روانی و درمانی بیمار به شمار می‌روند. فرهنگ اجتماعی نقش چندانی در این روند ندارد و فقط زمینه‌ای است که چنین رفتاری در آن بروز می‌کند.

(۲) همه انسانها از بدو تولد دارای نیازهایی اصلی و اولیه چون نیاز به امنیت روحی و عاطفی هستند.

(۳) محرومیت فرد از ارضای چنین نیازهایی، خصوصاً در دوران کودکی، وی را به ساختن و تشکیل الگوی شخصیت خاصی هدایت می‌کند. تجارب ایام کودکی، نظیر تضادها و کشمکشهای روحی و عاطفی، عمدتاً ساختار شخصیتی فرد را تعیین می‌نماید و مشخصاً الگوی رفتاری او را برای دوره‌های بعد طرح‌ریزی می‌کند. از این رو، میزان تضاد، اختلال، بی‌نظمی، عقب‌ماندگی، و آسیب شخصیتی با توجه به میزان محرومیت فرد متفاوت است.

(۴) تجارب نخستین کودک در محیط خانواده نه تنها ساختار شخصیتی او را می‌سازد بلکه عمدتاً الگوی رفتاری وی را نیز در سالهای بعدی زندگی شکل می‌دهد.

۵) میزان بالایی از خصوصیات خاص شخصیتی - نظیر ناامنی، تزلزل روحی، عدم بلاغت، احساس عدم کفایت، ناتوانی در ابراز احساسات و عواطف، پرخاشگری، و نظایر آن - از ویژگیهای افراد منحرفی است که محصول بارز تجارب نخستین آنها در ایام کودکی و در محیط خانوادگی است. از این رو، کجرفتاری و بی‌هنجاری برخاسته از شخصیت بیماری است که، هم به واسطه ضایعات و آسیبهای جسمانی و هم به علت صدمات و آسیبهای اجتماعی، نتوانسته است. تطابق و وفات لازم را بین خود و محیط اجتماعی برقرار سازد. به عنوان مثال، فردی که دچار ناامنی و تزلزل روحی است ممکن است به مواد مخدر یا الکل پناه برد و مرتکب رفتاری خلاف معیارها و هنجار جامعه گردد. از این رو، روانپزشکان و روانکاوان معتقدند که اختلافات و تفاوت‌های کیفی شخصیتی بین منحرفین و غیرمنحرفین و رفتارهای طبیعی و غیرطبیعی وجود دارد.

۴. تاریخچهٔ اعتیاد

۴-۱. در جهان

علی‌رغم استعمال دیرینه و بسیار قدیمی مواد مخدر، نمی‌توان به درستی زمان آشنایی انسان را با این مواد تعیین کرد. با وجود این، به نظر می‌رسد که بشر از اولین دوره‌های زندگی اجتماعی خود، به علل و مناسبت‌های گوناگون، به تجربه و شناختی از مواد مخدر^۱ دست یافته و از آنها در درمان بیماریها، کاهش آلام و دردها، کنترل اشتها و رفتار غذایی، تسکین و کاهش دلتنگی و اضطراب، رهایی از فشارها، ارضای کنجکاوایها، گشودن افقهای جدید به طرق ذهنی، ایجاد ارتباطات دوستانه، افزایش فعالیتهای جنسی، و حتی دادن معنا و مفهوم به هستی و زندگی و نظایر آن استفاده کرده است. لئند اسمیت و گاگون^۲ اشاره کرده‌اند که تریاک به عنوان دارویی شفابخش برای بسیاری از امراض و بیماریها، در جوامع انسانی سابقه‌ای دو هزار ساله دارد. سومریان و سپس آشوریان کهن‌ترین اقوامی هستند که از افیون سخن گفته‌اند پزشکان آشوری، در سده هفتم قبل از میلاد، آن را به عنوان مُسکِن به کار می‌بردند. ساکنان سرزمین هند در شمار نخستین آشنایان به گیاهان مخدر بوده‌اند و در آثار تاریخی آنها به افیون و موارد استعمال آن اشاره شده است و آن را غالباً جهت تسکین و درمان دردها به کار می‌برده‌اند.

1. Narcotics

2. Lind Smith & Gagnon

یونانیان زمان سقراط نیز به آثار درمانی تریاک پی برده و برای تسکین و آرامش آلام خود این ماده را به کار می‌برده‌اند. اروپای قرون وسطی نیز تا حدودی با افیون آشنا بوده و پاراسلس، طبیب سوسی، آن را به‌عنوان دارو به کار می‌برد و خوراکی آن را به نام "تریاکا" یا "توریاک" مصرف می‌کرد.

در کشور چین، تریاک از قرن هیجدهم متداول بوده، و تا قبل از سال ۱۹۰۳ میلادی، تریاک و کوکائین به صورت خام و اصلی مورد استعمال قرار می‌گرفته است؛ معمولاً تریاک را می‌کشیدند یا به صورت "تنطور"^۱ می‌خوردند.

طی قرون چهارده و پانزده میلادی، اروپاییان به سازماندهی و نیرومند نمودن خود پرداختند. رقابت کشورهای چین، بریتانیا، فرانسه، اسپانیا، پرتغال، و سپس هلند موجب شد تا جهت پیشبرد اهداف سیاسی و اقتصادی و استعماری خود از هر گونه آلات و ابزاری استفاده کنند. کشورهای استعمارگر در اواخر قرن ۱۶ میلادی بذرافشانی گیاه تریاک را در مستعمرات خود آغاز کرده و برای به بند کشیدن مردم، تریاک را به طور رایگان یا قیمت نازل به مردم می‌فروختند، و سپس سوخته آن را با قیمت بالاتر از معتادان خریداری می‌کردند.

با برپایی نظام اجتماعی-اقتصادی سرمایه‌داری در پاره‌ای از کشورهای جهان در اوایل قرن نوزدهم میلادی، و رشد آن به مرحله امپریالیستی، تجارت تریاک، که تا قبل از آن اهمیت چندانی نداشت مورد توجه کشورهای غربی قرار گرفت و در زمره کالاهای مهم تجاری درآمد از رونقی بی‌حد برخوردار شد. دولت بریتانیا در سالهای ۱۸۲۰ تا ۱۸۳۰ میلادی، برای نفوذ در سرزمین پهناور چین، تجارت تریاک را در دستور کار خود قرار داد و توانست تحت پوشش تجارت تریاک از منابع سرشار چین استفاده کند. پس از آن آمریکا، در سراسر جنگ بریتانیا و چین که در خلال سالهای ۱۸۳۹ تا ۱۸۴۳ اتفاق افتاد، نقش همدست و شریک جرم بریتانیا را بازی کرد.

کشورهای دیگر نظیر فرانسه، پرتغال، بلژیک، سوئد، و نروژ نیز به تبع این دو غول سرمایه‌داری جهت کسب سود بیشتر تجارت تریاک را در بسیاری از کشورهای جهان رواج دادند

1. lodanan

و از این طریق میلیون‌ها انسان سالم و مولد در کارخانه‌ها، مزارع، و سایر مراکز تولیدی و تجاری و فرهنگی را علیل و ناتوان ساختند.

امروزه مشکل مواد مخدر و استفاده از آن از محدوده کشورهای آسیایی فراتر رفته و در سطحی گسترده به جوامع اروپایی، امریکایی، و افریقایی نیز سرایت کرده است. کشورهای استعماری و پیشرفته غرب، که تا دیر زمانی به حادبودن مسئله اعتیاد و گسترش روزافزون آن در جهان و به ویژه کشورهای جهان سوم توجهی نشان نمی‌دادند، بلکه از آن به عنوان اهمی برای بسط و توسعه نفوذ خود سود می‌جستند، اکنون که خود در سطحی دلخراش و گسترده با این مسئله روبه‌رو شده‌اند به تکاپو افتاده‌اند و مجامع بین‌المللی را به چاره‌اندیشی جهانی فرا می‌خوانند و خود نیز به حمایت از این مجامع برخاسته‌اند.

۲-۴. در ایران

در مورد چگونگی ورود تریاک به ایران نظریات گوناگونی وجود دارد. گروهی از تاریخ‌دانان ورود تریاک به ایران را از زمان اعراب دانسته و گفته‌اند که افیون یا کونکار، که از دوران قدیم به خشخاش معروف بود و اکنون آن را "تریاک" می‌نامند، با حمله اعراب، از مصر و عربستان به ایران آمد و از همان دوران خوردن آن به عنوان عامل تسکین‌دهنده دردها، نیروبخش جسم، و علاج بی‌خوابی رواج یافت. عده دیگری از مورخان، لشگریان مغول را عامل گسترش این چنین موادی در ایران پنداشته‌اند. آنچه بدیهی است، ایرانیان خیلی پیش‌تر از حمله چنگیز با افیون و موارد استعمال آن آشنایی داشته‌اند؛ چنانکه دو پزشک ایرانی، بوعلی سینا و رازی، از نخستین دانشمندانی هستند که مصرف مواد افیونی را در طب گسترش دادند.

آغاز رواج و استعمال گسترده تریاک را در ایران، عده‌ای از زمان ناصرالدین شاه قاجار می‌دانند. استعمارگران خارجی با ایادی داخلی خود، در آن دوره، خصوصاً از ۱۸۵۱ به بعد، عملاً در ترویج و اشاعه مواد افیونی و مخدر کوشیدند. در آن دوره، استعمارگران عده‌ای را به عنوان "درویش هندی" و "رهنوردان طریقت" در خراسان و کرمان پراکنده کرده و به آموزش (کشیدن تریاک یا خوردن آن به عنوان دارو) مردم پرداختند. حتی در ماهان کرمان مقدمات کشت تریاک را برای خود فراهم کردند، و از محاسن افیون سخنها به میان آوردند و بین مردم پخش

کردند. در این دوره، همچنین، پزشکان انگلیسی در جنوب ایران به تبلیغ تریاک به عنوان دارو پرداختند و آن را با بهای نسبتاً ارزان در اختیار مردم قرار می‌دادند و سپس سوخته تریاک را به قیمت گرانتری از مردم خریداری می‌کردند. بر اثر چنین سیاستی، پس از مدتی کوتاه، تعداد قابل ملاحظه‌ای از توده مردم در نواحی مختلف کشور بویژه جنوب و شرق به تریاک معتاد شدند.

در سالهای بعد از ۱۳۲۰ (هجری شمسی) نیز که نظام سرمایه‌داری غرب نسبت به زمانهای پیشین به شکلی محسوس‌تر در شهرها و دهات، در ساختار اجتماعی جامعه، در زندگی و تفکر، و در سیاستهای داخلی و خارجی کشور نفوذ پیدا کرده بود، از رواج مواد مخدر در میان طبقات مختلف مردم، بویژه توده مستضعف، بهره‌برداری مادی و معنوی می‌کرد تا آنجا که ایران به یکی از مهمترین مراکز تولید و مصرف تریاک در جهان تبدیل شد.

پس از رونق کشت تریاک در ایران که با کمک استعمار از ماهان کرمان آغاز شد، دولت در سال ۱۳۲۹ هجری قمری نخستین قانون انحصار کشت خشخاش را به نام "انحصار و تحدید کشت تریاک" به تصویب رساند. انحصار کشت تریاک، از سوی دیگر، تشویق معتادان را در برداشت که با دادن شیره تریاک به دولت به قیمت مناسب سودی عاید خود می‌کردند. این امر باعث شد تا تریاک‌کشی ایرانیان، که تا آن زمان پنهانی و با شرمندگی انجام می‌گرفت، عمومیت و رسمیت یابد. نه تنها شیره‌کشی از سوی دولت مجاز اعلام شد بلکه حتی وسایل آن نیز فراهم گردید، به طوری که در سال ۱۳۱۱ هجری شمسی، اداره انحصارات در نقاط مختلف تهران، از جمله محله باغ فردوس، رسماً شیره‌کش‌خانه داشت و آنها را "دارالعلاج" یا "شفاخانه" می‌نامید. آمار غیر رسمی حاکی است که در حدود سالهای ۱۳۲۰ تا ۱۳۳۰، در تهران دو هزار شیره‌کش‌خانه و دو هزار و هفتصد قهوه‌خانه وجود داشت که از میهمانان خود که از اقبال گوناگون بودند با تریاک پذیرایی می‌کردند.

کشت خشخاش تا سال ۱۳۳۴ هجری شمسی ادامه داشت و از آن سال به بعد ممنوع شد و اداره نظارت بر مواد مخدر به وجود آمد که وظایف زیر را انجام می‌داد: جلوگیری از کشت خشخاش؛ بستن اماکن استعمال افیون؛ مبارزه با قاچاقچیان مواد مخدر؛ و مداوای معتادان به مواد مخدر. در عین حال، این وضعیت موجب شد که قاچاقچیان مواد مخدر را به بهایی‌گزارف به فروش رسانند و از این راه سود سرشاری به دست آورند. به طوری که حتی برخی از مقامات

کشور هم دست‌اندرکار قاچاق مواد مخدر شدند و با استفاده از مصونیت گمرکی به حمل و نقل مواد مخدر به ممالک مختلف و داخل کشور پرداختند. قاچاق مواد مخدر در سطحی گسترش یافت که حتی ولگردان، افراد بیکار، و حتی روسپیان نیز به خاطر درآمد هنگفت به این امر مبادرت ورزیدند.

هروئین، که تا ۱۳۳۹ در ایران بازار گسترده‌ای نداشت، درست یک سال پس از منع کشت خشخاش، توسط یک داروساز ایرانی از آلمان به ایران وارد شد. ورود این ماده و گسترش مصرف آن، نظیر سایر نقاط جهان، مشکلات زیادی در کشور به وجود آورد. در واقع، منع کشت خشخاش نه تنها اعتیاد را از جامعه دور نساخت بلکه موجب شد تا استعمال مواد مخدر بسیار خطرناکتر و مهلک‌تری در کشور ما معمول گردد.

پدیده اعتیاد به مواد مخدر، بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، به دلیل فراهم آمدن شرایط نامساعد اجتماعی - از جمله جنگ تحمیلی از سوی عراق، تحریم اقتصادی، افزایش بیکاری، گرانی، تورم و... - به اوجی دیگر رسید و آمار معتادان به طرز سرسام‌آوری رو به فزونی نهاد.

۵. روشهای ترک اعتیاد

در حال حاضر کشور ما، به‌منظور ترک اعتیاد، چندین روش رواج دارد که مهمترین آنها از این قرارند:

در روش نخست، معتاد به مواد مخدر (هروئین) که روزانه بین ۲ تا ۴ واحد مصرف می‌کند، در درمانگاه خصوصی به‌طور غیر رسمی و پنهانی بستری می‌شود و سه شبانه‌روز فرآورده‌های دارویی مانند متادون مصرف می‌کند، و تا دوازده روز پس از ترخیص از درمانگاه تحت نظر پزشک قرار دارد.

روش دوم نیز به دارو درمانی منحصر بوده و ترک اعتیاد به‌وسیله مراکز مشاوره معتادان، روانپزشکان، روانشناسان، و مددکاران، به صورت گروه درمانی و با همکاری و حضور یکی از اعضای خانواده مددجو در گروه انجام می‌گیرد. در این روش، هزینه‌های ترک اعتیاد بسیار کمتر از شیوه نخست است.

در شیوه سوم، که به وسیله پزشکان و روانپزشکان انجام می‌گیرد، برای ترک اعتیاد داروهای

آرام‌بخش تجویز شده و معتاد به مدت ۳۰ تا ۴۵ روز از این داروها مصرف می‌کند. این روش در حال حاضر مورد استفاده اکثر معتادان به مواد مخدر قرار دارد. در شیوه چهارم، که به روش خشک معروف است، معتاد دارو مصرف نمی‌کند، و ترک اعتیاد با کمک و مراقبت اعضای خانواده انجام می‌گیرد. در مراکز بازپروری نیز از این روش استفاده می‌شود و در روند ترک اعتیاد و بازپروری از روش دارو درمانی استفاده نمی‌شود. در این شیوه، احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر بسیار بالاست، و اکثریت قریب به اتفاق معتادانی که با استفاده از روش خشک (بدون مصرف دارو) به ترک اعتیاد پرداخته‌اند، مجدداً به مصرف مواد مخدر روی آورده‌اند.

در روش پنجم، مددجویان به گروه معتادان گمنام می‌پیوندند که یک سازمان غیرانتفاعی بین‌المللی است و از معتادان در حال بهبودی تشکیل یافته است. اعضای این جمعیت از یکدیگر می‌آموزند که چگونه بدون مواد مخدر زندگی کنند. در این روش، درمان بر اساس "کمک معتاد به یک معتاد دیگر" استوار است و اعضای گروه، با در میان گذاشتن تجربیات و چگونگی بهبودی خود از اعتیاد، فعالانه در جلسات شرکت می‌کنند.

۶. راهبردهای حمایتی، رفاهی، تأمینی، و بهزیستی

یکی از مهمترین اقدامات در جهت حصول به موفقیت در امر درمان، جلوگیری از بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد، از یکسو، و کاستن از آسیب‌پذیری وابستگان و اعضای خانواده فرد معتاد در دوره بیماری و درمان، و تدوین یک برنامه منظم و عقلایی و کارآمد و مؤثر حمایتی-تأمینی-رفاهی-بهزیستی برای فرد معتاد و خانواده او، از سوی دیگر، است.

از آنجایی که طبق اطلاعات موجود قریب به ۴۰ درصد از کسانی که اقدام به ترک اعتیاد کرده‌اند، محیط خانه را به عنوان محیطی که در آن ترک اعتیاد صورت گرفته است ذکر کرده‌اند، توجه به این محیط خصوصاً از جهات بهزیستی، رفاه اجتماعی، و سلامتی روانی حائز اهمیت است. بر اساس تجارب جهانی و نتایج تحقیقات انجام شده، در مورد بسیاری از خانواده‌هایی که دارای سرپرست معتاد بوده‌اند، به‌طوری که اعتیاد سرپرست منجر به قطع حمایت مالی، اقتصادی، و عاطفی وی گردیده است، از طریق برنامه‌های آموزشی، خود اشتغالی، و فعالیت

اقتصادی، به بازتوانی، توانمندسازی، و تقویت قابلیت‌ها و ظرفیت‌های مقابله با بحرانهای اقتصادی و عاطفی در آنان پرداخته شده است.

در برخی از جوامع، نظیر ایالات متحده آمریکا، انگلستان، فرانسه، آلمان، هلند، و سوئد، تحت شرایطی خاص، نظام تأمین اجتماعی و بیمه اجتماعی، معتادان و خانواده‌های آنان را در پوشش حمایتی خود قرار می‌دهد. در عین حال، این اقدامات پس از انفصال کامل فرد معتاد از کار خود و آغاز مرحله درمان و بازپروری صورت می‌گیرد و در هیچ یک از این جوامع معتادان در مرحله اعتیاد و پیش از اقدام به ترک حمایت نمی‌شوند.

در کشورهای نظیر آمریکا، به محض احراز اعتیاد، کارمند معتاد از کار برکنار می‌شود. در عین حال، چنانچه مورد موافقت و پذیرش کارمند باشد، کارفرما با استفاده از تسهیلات پوشش بیمه درمانی و اجتماعی اقدام به درمان و ترک اعتیاد او می‌کند. در اغلب این کشورها، شرایط ارائه خدمات رفاهی، حمایتی، درمانی، و پرداخت مستمری و نظایر آن به معتاد در حال ترک و خانواده او، نظیر دوره بیماری و ازکارافتادگی، موقت است.^۱

۷. وضع موجود

● از آنجاکه تاکنون آمارگیری دقیقی به شکل سرشماری^۲ از جمعیت معتادان صورت نگرفته است و آمار دقیقی از تعداد واقعی آنان در کشور در دست نیست، ویژگیهای جمعیتی آنان معمولاً با رجوع به خصوصیات نمونه‌های آماری^۳ قابل توضیح است.

به منظور ارائه تصویری بالنسبه جامع از ویژگیهای جمعیتی، نوع ماده مصرفی، سابقه اعتیاد، شرایط اجتماعی-اقتصادی، منشأ جغرافیایی، دفعات بازپروری، وضعیت فعالیت، نوع شغل، میزان درآمد، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، توزیع سنی، توزیع جنسی، نوع مذهب، مناسبات خانوادگی، عوامل مؤثر در اعتیاد، و سایر خصوصیات معتادان، با مرور و بررسی بالغ

۱. برای اطلاع تفصیلی از سابقه مواد مخدر در دنیا، توزیع و تجارت آن، مبارزات گروههای پارلمانی و غیر پارلمانی علیه اعتیاد، و کمیسیونهای مهمی که برای بررسی موضوع تشکیل شده است، نگاه کنید به: هرمز همایون‌پور، "مواد مخدر، آیا راهی برای مبارزه با این بلای خانمانسوز وجود دارد؟"، نگاه نو، دوره جدید، شماره ۳، بهار ۱۳۸۰.

2. sensuse 3. samples

بر ۳۳ گزارش تحقیقاتی، پایان‌نامه، و رساله دانشجویی، که اغلب در قالب مطالعات موردی^۱ و پیمایش^۲ هدایت شده بوده است، تلاش گردید تا با لحاظ نمودن خصوصیات جامعه‌های نمونه در جامعه کل^۳، ویژگی جامعه معتادان کشور را بر اساس مشاهدات تجربی و اطلاعات جمع‌آوری شده نمایش دهیم. جهت تعیین تعداد جامعه کل (جمعیت معتادان در کشور)، از روش متوسط تخمین‌ها استفاده شد.^۴ بدین معنا که میانگین همه برآوردها و تخمین‌های رسمی و غیر رسمی از جمعیت معتادان در پنج سال گذشته محاسبه و به عنوان جمعیت معتادان کشور لحاظ گردید. این رقم، با توجه به تخمین‌های بالا (حدود پنج میلیون و دویست هزار نفر)، متوسط (حدود دو میلیون و یکصد هزار نفر)، و کم (حدود هشتصد هزار نفر)، سه میلیون و نیم برآورد شده است. با در نظر گرفتن میزان آمار فعلی می‌توان گفت که جمعیت معتادان کشور طی سه دهه اخیر سیر صعودی شتاب‌آلودی طی نموده و از ۴۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۱۳۴۷ به ۳,۵۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۸ افزایش یافته است، و شاخص آن از ۱۰۰ در سال پایه (۱۳۴۷) به ۸۷۵ در سال ۱۳۷۸ بالغ شده و طی یک دوره سی ساله، روی هم رفته، از رشدی معادل ۷۷۵ درصد و سالانه به‌طور متوسط ۲۵/۸ درصد برخوردار بوده است.

● در ترکیب جنسی معتادان مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز بازپروری کشور، در سال ۱۳۷۸، نسبت مردان بر زنان غلبه کامل داشته و بالغ بر ۸۶ درصد معتادان را مردان و فقط ۱۴ درصد را زنان تشکیل داده‌اند. در جمعیت معتادان کشور، نسبت جنسی ۱۰۰-۶۱۴ بوده است، یعنی در مقابل هر ۱۰۰ نفر زن معتاد، بالغ بر ۶۱۴ نفر مرد معتاد وجود دارد.

● در ترکیب سنی جمعیت معتاد به مواد مخدر کشور، بالاترین نسبت به گروه سنی ۳۰-۳۴ سال با ۲۳ درصد، و پایین‌ترین آن به گروه سنی ۵۵ سال و بیشتر با ۲/۵ درصد اختصاص دارد.

● نرخ بیسوادی در بین معتادان به مواد مخدر، در سال ۱۳۷۸ بالغ بر ۱۵/۱ درصد بوده است. میزان تحصیل ۷/۲ درصد جمعیت معتاد کشور، در حدود خواندن و نوشتن، ۳۸/۵ درصد ابتدایی، ۱۳/۷ درصد راهنمایی، ۱۹ درصد دارای دیپلم متوسطه، ۳/۹ درصد فوق‌دیپلم، و ۲/۶ درصد لیسانس و بالاتر است.

1. case studies 2. survey 3. universe

۴. روش متوسط تخمین‌ها (average of estimate) به عنوان روشی متداول در برآوردهای آماری به کار می‌رود. در این زمینه رجوع شود به:

Bozarth, M. *Drug Addiction as a Psychological Process*, London, Harwood, 1990.

Cohen, P. *Cocaine use in Non-Deviant Subcultures*, Amsterdam, 1989.

● در ترکیب شغلی معتادان به مواد مخدر کشور، قبل از دستگیری یا مراجعه به مراکز بازپروری، بالاترین نسبت به صاحبان حرف خدماتی با ۲۵/۲ درصد اختصاص دارد. ۱۷/۵ درصد معتادان کشور، قبل از دستگیری یا مراجعه به مراکز بازپروری، به کارگری ماهر، ۱۲/۶ درصد به کارگری نیمه ماهر و ساده، ۱۱/۹ درصد به عمده فروشی و خرده فروشی، ۵/۷ درصد به کار تولیدی و ۴/۹ درصد به کشاورزی اشتغال داشته‌اند. ۶/۴۴ درصد بقیه دارای مشاغل چون ویزیتوری، بنگاه معاملاتی و... بوده‌اند.

● اغلب معتادان به مواد مخدر که دستگیر شده یا به مراکز بازپروری کشور مراجعه کرده‌اند، متأهل بوده‌اند. در سال ۱۳۷۸، بالغ بر ۶۴/۷ درصد معتادان کشور، دارای همسر بوده، ۲۳/۵ درصد مجرد، ۱۰/۵ درصد از همسر خود جدا شده، ۱/۳ درصد همسر خود را بر اثر فوت از دست داده‌اند.

● بالغ بر ۶۰/۸ درصد معتادان دستگیر شده یا مراجعه کننده به مراکز بازپروری کشور، از طریق دوستان دوره تحصیل یا مواد مخدر آشنا شده‌اند. نحوه آشنایی ۱۱/۱ درصد معتادان به مواد مخدر، از طریق آشنایان و ۸/۵ درصد از طریق خانواده و خویشاوندان، ۷/۹ درصد به دلیل درد جسمی و پیشنهاد دوست برای مصرف مواد مخدر، ۶/۵ درصد توسط معتادان به مواد مخدر، ۲/۵ درصد از طریق کارفرما و استادکار و ۳/۲ درصد بقیه به پیشنهاد افراد ناشناس در رستورانهای بین شهری و... بوده است.

● بالغ بر ۷۳/۲ درصد معتادان، قبل از دستگیری یا مراجعه به مراکز بازپروری، اعتیاد خود را ترک کرده و سپس به اعتیاد مجدد روی آورده‌اند. ۲۵/۳ درصد معتادان برای نخستین بار به مراکز بازپروری مراجعه نموده‌اند. وضعیت مراجعه ۱/۵ درصد معتادان از نظر اینکه قبلاً ترک اعتیاد نموده یا برای نخستین بار مراجعه کرده‌اند نامشخص بوده است.

● ۴۳/۲ درصد معتادان، قبل از مراجعه به مراکز بازپروری، به علت فشار و تشویق خانواده اعتیاد خود را ترک کرده‌اند. دلزدگی و خستگی از مواد مخدر، دومین علت ترک اعتیاد ۱۳/۸ درصد معتادان بوده است. سایر علتهای ترک اعتیاد عبارت بوده است از کسب شخصیت اجتماعی (۱۱/۷ درصد) تمایل به ترک اعتیاد (۸/۷ درصد) فقر (۵ درصد)، ترس از مجازات (۳/۸) عدم دسترسی به مواد مخدر (۳/۸ درصد) ضعف جسمی و روانی (۳ درصد)، ایجاد تحول در زندگی (۳ درصد) و ۴ درصد بقیه آگاهی از عواقب اعتیاد، ضرورت حفظ شغل و شروع زندگی مشترک را به عنوان ترک اعتیاد عنوان نموده‌اند.

● اعتیاد به مواد مخدر، مانند سایر کجرفتاریهای اجتماعی، محصول یادگیری است، و سابقه

اعتیاد در میان اقوام و دوستان بستر مناسبی به منظور روی آوری به اعتیاد به شمار می‌رود. اعتیاد به مواد مخدر در میان اقوام و دوستان، در مورد ۵۷/۷ درصد معتادان دستگیر شده یا مراجعه کننده به مراکز بازپروری در سال ۱۳۷۸، علت اعتیاد بوده است. سابقه اعتیاد در میان اقوام و دوستان ۴۲/۳ درصد از معتادان وجود نداشته است.

● در بین مواد مخدر مصرفی در کشور، تریاک غلبه کامل داشته و بالغ بر ۶۲ درصد معتادان دستگیر شده یا مراجعه کننده به مراکز بازپروری به تریاک اعتیاد داشته‌اند. حشیش دومین ماده مخدر مصرفی در کشور بوده و ۸/۵ درصد معتادان به آن اعتیاد دارند. سومین ماده مخدر مصرفی هروئین است که ۷/۸ درصد معتادان دستگیر شده یا مراجعه کننده به مراکز بازپروری کشور به آن اعتیاد داشته‌اند. سایر مواد مخدر مصرفی به ترتیب داروهای آرامبخش، تریاک و حشیش، تریاک و مورفین، تریاک و هروئین، تریاک و قرص، ماری جوانا، تریاک، حشیش و هروئین بوده که ۲۱/۷ درصد از معتادان به آن مبتلا بوده‌اند.

● در بُعد پیشگیری از اعتیاد، مهمترین استراتژی اتخاذ شده از سوی سازمان بهزیستی کشور در سالهای اخیر، ارائه خدمات مشاوره‌ای از طریق "صدای مشاور" و "مشاور حضوری" بوده است. ● در شش ماهه اول سال ۱۳۷۸، در کل کشور، تعداد ۱۳۲ واحد مشاوره‌ای در زمینه پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر به فعالیت اشتغال داشته‌اند، که از این تعداد، ۵۶ واحد از طریق "صدای مشاور" به مشاوره غیر حضوری، و ۷۶ واحد به صورت مشاوره حضوری به خدمت‌رسانی در عرصه مشاوره در زمینه پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر اشتغال داشته‌اند.

● تعداد واحدهای مشاوره‌ای در استانهای مختلف کشور از ۱ تا ۱۳ واحد نوسان داشته است. در شش ماهه اول سال ۱۳۷۸، در استان چهارمحال و بختیاری تنها یک واحد، و در استان گیلان ۱۳ واحد مشاوره‌ای به ارائه خدمات مشاوره‌ای در زمینه پیشگیری و مقابله با اعتیاد به مواد مخدر اشتغال داشته‌اند. در بُعد درمان اعتیاد، مراکز بازپروری مهمترین سازمان حمایتی در کشور به شمار می‌رود و در شش ماهه اول سال ۱۳۷۸ تعداد ۵۵ مرکز بازپروری در مجموع استانهای مختلف به فعالیت اشتغال داشته‌اند.

● تعداد مراکز بازپروری موجود در هر یک از استانهای کشور از ۱ تا ۷ مرکز نوسان داشته است. در شش ماهه اول سال ۱۳۷۸، درهریک از استانهای آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، اصفهان، ایلام، چهارمحال و بختیاری، زنجان، فارس، قزوین، قم، کرمانشاه، گلستان،

مازندران، و همدان یک مرکز بازپروری و در استان لرستان هفت مرکز بازپروری به فعالیت اشتغال داشته‌اند.

● بر اساس اطلاعات موجود، در شش ماهه اول سال ۱۳۷۸، در کل کشور تعداد ۱۶۲۷۴ نفر معتاد به مواد مخدر به منظور ترک اعتیاد به مراکز بازپروری مراجعه کرده‌اند، که از این تعداد، ۱۴۳۶۸ نفر (معادل ۸۸/۲ درصد) به منظور ترک اعتیاد به مراکز بازپروری مراجعه کرده‌اند و ۱۹۰۶ نفر (معادل ۱۱/۸ درصد جمعیت تحت پوشش مراکز بازپروری) پس از دستگیری به منظور ترک اعتیاد به مراکز بازپروری اعزام شده‌اند.

● تعداد مددجویان مراجعه‌کننده به مراکز بازپروری (خود معرف) در استانهای مختلف کشور، در شش‌ماهه اول سال ۱۳۷۸ از ۳۱ تا ۲۶۱۰ نفر نوسان داشته است. بیشترین تعداد مددجوی مراجعه‌کننده به مراکز بازپروری، در استان تهران (۱۸/۲ درصد)، و کمترین آنها در استان زنجان (۰/۲ درصد) بوده است.

● تعداد مددجویان اعزام‌شده به مراکز بازپروری در استانهای مختلف، از ۷۳ تا ۷۲۴ نفر متغیر بوده است. بیشترین تعداد مددجویان اعزام‌شده به مراکز بازپروری به استان لرستان (۳۸ درصد)، و کمترین آن به استان یزد (۳/۸ درصد) تعلق داشته است.

۸. روندها و گرایشها

بر اساس محاسبات انجام‌شده، جمعیت معتاد به مواد مخدر کشور طی ده سال آینده از ۳،۵۰۰،۰۰۰ نفر به ۴،۵۵۰،۷۲۸ نفر افزایش می‌یابد^۱ و طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۸، رویهمرفته، از رشدی معادل ۳۰ درصد و سالانه به طور متوسط ۳ درصد برخوردار خواهد شد.

۹. نیازها

● در هیچ یک از کشورها و جوامع و سازمانها و مراکز تأمین اجتماعی، خدمات اجتماعی، بهزیستی، و رفاه اجتماعی، پیش از اقدام به ترک و آغاز مرحله درمان و بازپروری، معتادان را به عنوان یک گروه اجتماعی نیازمند دریافت کمکها و خدمات درمانی، پزشکی، رفاهی، مالی، و

۱. پیش‌بینی جمعیت بر اساس ۳ درصد نرخ رشد سالانه برای گروه سنی ۲۴-۲۵ سال و طبق سرشماری ۱۳۷۵ مرکز آمار ایران برای سال ۱۳۸۸ صورت گرفته است.

نظایر آن نمی‌نگرند. از این رو، در هیچ یک از این جوامع، خصوصاً جوامع صنعتی پیشرفته، معتاد مستمري یا مقرري از سازمانهای حمایتی دریافت نمی‌دارد. در این گونه جوامع، اعتیاد امری شخصی است و چنانچه فرد معتادی که شاغل به کاری است بر اثر اعتیاد کار خود را از دست دهد، اگر تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی و تأمین اجتماعی باشد، می‌تواند جهت ترک اعتیاد و مداوا از مزایای برنامه بهره‌مند گردد. در این مدت، خانواده (همسر و فرزندان) وی تحت حمایت بیمه تأمین اجتماعی بوده و در دوران ترک و درمان از مقرري حمایت خانواده استفاده می‌کنند.

● موضوع اعتیاد به مواد مخدر یکی از معضلات بهداشتی- درمانی و اجتماعی جهان امروز است که متأسفانه سهمی از این مشکل نصیب کشور ما نیز شده است. ریشه‌های این مشکل گسترده، عمیق، متعدد، پیچیده، متغیر، و بعضاً ناشناس بوده و در جوامع مختلف دارای تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای است.

● دخالت مسائل سیاسی- اجتماعی- اقتصادی- فرهنگی در موضوع اعتیاد امری بدیهی است. شواهد قانع‌کننده‌ای وجود دارد که اعتیاد به مواد مخدر حربه‌ای سیاسی است که، به عنوان عامل سلطه‌پذیری و عامل ممانعت‌کننده رشد، به جوامعی از قبیل جامعه ما تحمیل شده است.

● موضوع اعتیاد به مواد مخدر را می‌توان از زوایای مختلفی مورد بررسی قرار داد: از زاویه کشت و تهیه مواد مخدر، از زاویه حمل و نقل و پخش و قاچاق مواد مخدر، و از زاویه سوابق تاریخی و عادات و رسوم و سنت‌های اجتماعی و غیره.

● همراه با ملاحظات فوق، اعتیاد جنبه‌ای بهداشتی- درمانی و رفاه-بهبودی نیز دارد. مسئولان و کارکنان خدمات بهداشتی- درمانی-بهبودی و تأمین اجتماعی، در مقابله با اعتیاد وظایف و مسئولیتهایی به عهده دارند. متأسفانه تاکنون به این وظایف و خصوصاً بعضی جزئیات آن توجه چندانی نشده است. شاهد این مدعا آنکه، حتی از انواع معتادان هم آماری دقیق در دست نداریم و از افزایش یا کاهش رقم معتادان در چند سال گذشته مطلع نیستیم.

● اعداد و ارقام ارائه‌شده از طرف مقامات مسئول داخلی، کشف مقادیر هنگفت مواد مخدر، و گزارش‌های پزشکی متعدد حاکی از شیوع قابل توجه اعتیاد به مواد مخدر است.

● امروزه شرایط لازم برای یک بسیج همگانی به‌منظور شناخت و جوه مختلف اعتیاد و پیشگیری و مبارزه با آن از نقطه نظر بهداشتی و پزشکی فراهم است.

- وظیفه و قداست جامعه ایجاب می‌کند که به شهروند معتاد توجه خاص داشته و با تمام توان عملی و فنی خویش به کمک او بشتابد. این کمک باید جامع بوده و شامل بیماریابی و پیشگیری و درمان و پیگیری وضع او بعد از درمان باشد. باید توجه داشت که درمان نکردن هزینه‌هایی بسیار بیشتر از درمان کردن بر جامعه تحمیل می‌کند. متأسفانه عواقب معنوی و مادی اعتیاد مورد ارزشیابی و توزین قرار نگرفته و حتی وسعت و حجم تقریبی آن نیز نامشخص است. توجهی ساده به عدد تقریبی معتادان و وارداتی بودن مواد مخدر، مبین گوشه‌ای از مضار مادی اعتیاد است. این که با ارز هدررفته در راه تهیه مواد مخدر چه خدمات اجتماعی می‌توان انجام داد موضوعی بسیار تأمل‌برانگیز است.
- شاید عدم توجه به عرضه خدمات بهداشتی-درمانی کافی به معتادان، در زیاد بودن و کثرت موارد شکست یا بازگشت بیماری مؤثر بوده باشد، ولی همین تجربیات حاصل از شکست درمان یا پیشگیری هستند که می‌توانند راهنمایی ذی‌قیمت برای معتاد و درمانگر باشند. هر چند نکته اخیر به معنای خوش‌بینی مفرط نسبت به خدمات بهداشتی درمانی نیست، متقابلاً، بدبینی مفرط نسبت به این خدمات نیز از خطاهایی گران و شاید نابخشودنی به شمار می‌رود.
- اعتیاد به مواد مخدر یک پاتولوژی خاص است که در آثار مختلف و متعدد پزشکی مورد بحثهای دقیق علمی قرار گرفته است. این آثار شامل مباحث پایه نوروسیکو-بیولوژی و مباحث بالینی است، و موضوع پیشگیری و درمان نیز مانند هر پاتولوژی دیگر، جایی معین در این پاتولوژی به خود اختصاص داده است.
- این نوشته‌ها از این حکایت دارند که توفیق در مقابله با این پاتولوژی کمتر از توفیق در شناخت و درمان سرطان یا مالاریا یا سل یا آرترواسکلروز یا آلزایمر نیست. هر چند در مورد اعتیاد به مواد مخدر مانند پاتولوژی‌های متعدد دیگر هنوز توفیق قطعی حاصل نشده است، نقطه قوت، توفیق نسبی در کاستن از آلام بیماری و از خسارات مادی و معنوی جوامع است.
- از طرف دیگر، افزایش محسوس معتادان در کشور ما، با تعهدی که در شعار بهداشت و سلامتی برای همه در سال ۲۰۰۰ داشته‌ایم مغایرت دارد. همان‌طور که توفیق در اموری از قبیل واکسیناسیون باعث سربلندیهای غرورآفرینی شده است، توفیق در مبارزه با اعتیاد از جنبه پزشکی نیز موجب کسب حیثیت بین‌المللی و جلب احترام به ارزشهای اخلاقی حاکم بر جامعه اسلامی خواهد شد.

- هر چند ذکر این نکته مکرر می‌نماید، واقعیت این است که علی‌رغم داشتن برنامه مدون و موفق در امر مبارزه با قاچاق و توزیع مواد مخدر، هنوز فاقد یک برنامه بهداشتی-درمانی و رفاهی-تأمینی جامع برای کمک به معتادان و خانواده‌های آنان در مبارزه با اعتیاد هستیم.
- یکی از مهمترین اقدامات جهت حصول به موفقیت در امر درمان، جلوگیری از بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد، از یکسو، و کاستن از آسیب‌پذیری وابستگان و اعضای خانواده فرد معتاد در دوره بیماری و درمان، و تدوین یک برنامه منظم و عقلایی و کارآمد و مؤثر حمایتی-امنیتی-رفاهی-بهبودی برای فرد معتاد و خانواده اوست.
- از آنجایی که طبق اطلاعات موجود قریب به ۴۰ درصد از کسانی که اقدام به ترک اعتیاد کرده‌اند، محیط خانه را به عنوان محیطی که در آن ترک اعتیاد صورت گرفته است ذکر کرده‌اند، توجه به این محیط خصوصاً از ابعاد بهبودی، رفاه اجتماعی، و سلامت روانی حائز اهمیت است. همان‌طور که گفته شد، بر اساس تجارب جهانی و نتایج تحقیقات انجام شده، بسیاری از خانواده‌هایی که دارای سرپرست معتاد بوده، و اعتیاد سرپرست منجر به قطع حمایت مالی و اقتصادی و عاطفی گردیده است، از طریق برنامه‌های آموزشی، خود اشتغالی، و فعالیت اقتصادی، به بازتوانی، توانمندسازی، و تقویت قابلیت‌ها و ظرفیتهای مقابله با بحرانهای اقتصادی و عاطفی در آنان هدایت شده‌اند.



- با توجه به ضرورت حمایت از معتادان در دوره ترک و بازپروری و نیز تأمین نیازمندیهای خانواده (وابستگان) آنها، اقدامات زیر به عنوان مبانی اولیه برنامه عمل پیشنهاد می‌شود:
- (۱) بازنگری در نظام خدمات بیمه‌های اجتماعی و تأمین اجتماعی؛
 - (۲) اجرای برنامه‌های آموزشی برای معتادان و خانواده آنان جهت توانمندسازی آنان در تحقق هر چه بیشتر اهداف؛
 - (۳) اجرای برنامه‌های آموزشی برای آحاد جامعه به منظور ارتقای سطح آگاهی‌های اقشار مختلف از جمله مبلغان مذهبی، بسیجیان، رابطان بهداشتی و بهورزان، مربیان تربیتی و آموزشی و فرهنگیان، اعضای انجمنهای اولیا و مربیان، ورزشکاران و هنرمندان، صاحبان صنایع، اصناف، رسانه‌ها، مطبوعات، و... در خصوص اعتیاد و راهکارهای پیشگیری از آن؛
 - (۴) توجه ویژه به برنامه‌های آموزشی به منظور پیشگیری از اعتیاد در اقشار جوان و نوجوان در

گروه‌های پیش‌دستانی، راهنمایی، دبیرستانی، پیش‌دانشگاهی، و دانشجویان، سربازان، و سایر گروه‌های جوان و نوجوان.

۵) اجرای برنامه‌های خاص آموزشی برای معتادان درمان‌شده یا در حال درمان و خانواده‌های آنان با توجه به نیازهای ویژه این گروه؛

۶) اجرای برنامه‌های فرهنگی و ورزشی با هدف آموزش برای پیشگیری از رشد اعتیاد بخصوص در اقشار جوان و نوجوان از طریق مشارکت مستقیم آنان در اجرای برنامه‌ها؛

۷) مطالعه و تحقیق در برنامه‌های آموزشی و تجارب به دست آمده در ایران و جهان؛

۸) کمک به توسعه و تقویت مراکز درمانی در کشور به منظور فراهم‌نمودن زمینه دسترسی آسان به خدمات درمانی برای گروه‌های مختلف درآمدی؛

۹) کمک به رفع مشکلات و موانع درمان اعتیاد در کشور از لحاظ ساختاری، دارو، تجهیزات، و امکانات؛

۱۰) تلاش در راستای ارتقای شیوه‌های درمان با مشارکت جامعه پزشکی و درمانی کشور و بهره‌گیری از تجارب موفق بین‌المللی در این زمینه؛

۱۱) کمک به ایجاد زمینه‌های مستعد فرهنگی در جامعه برای پذیرش بیماران درمان‌شده در مراکز کار و فعالیتهای اجتماعی؛

۱۲) تلاش در جهت ایجاد و توسعه زمینه‌ها و فرصتهای شغلی برای آسیب‌دیدگان از اعتیاد؛

۱۳) گسترش فرهنگ و روحیه مددکاری در جامعه با مشارکت داوطلبان و بهره‌گیری از آنان در مراکز جمعیتی به منظور رسیدگی به وضعیت خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد؛

۱۴) گسترش فرهنگ مشاوره در رفع معضلات خانوادگی و سعی در بهره‌گیری بهینه از مراکز مشاوره موجود و توسعه ظرفیت مشاوره تخصصی در خصوص خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد؛

۱۵) تلاش در جلب مشارکت وسیع و همه‌جانبه سازمانهای حمایتی موجود اعم از دولتی و غیردولتی جهت رفع مشکلات خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد؛

۱۶) تلاش در توانمندسازی زنان و فرزندان آسیب‌دیده در جهت خودکفایی و خوداتکایی اجتماعی؛

۱۷) برنامه جامع حمایت از خانواده معتادان در حین درمان و ترک اعتیاد می‌تواند با الهام از برنامه حمایت از خانواده‌های نیازمند و زنان سرپرست خانواده اقتباس و تدوین گردد.