

حقوق بشر و معتادان

دکتر منصور رحمدل*

درخصوص افرادی که از نظر اجتماعی رفتار آن‌ها نابهنجار جلوه می‌کند یا از دید قانون‌گذار مجرم تلقی می‌شوند، ممکن است این تصور در جامعه یا ذهن قانون‌گذار ایجاد شود که افراد مزبور باید مشمول مقررات محدودکننده سخت‌تری از نظر حقوق بشری قرار گیرند. ولی باید بر این تصور خط بطلان کشید؛ چون درباب افرادی که در معرض این نوع طرز تلقی قرار دارند، هرچند جامعه از یک طرف حق اعمال اقدامات محدودکننده حقوق آن‌ها را داشته باشد، ولی از طرف دیگر تکلیف دارد که آن‌ها را، تا حد امکان، از حقوق بشری محروم نکند. یک دست از این افراد، اشخاصی هستند که جامعه به آن‌ها برجسب اعتیاد می‌زند. این برجسب، صرف نظر از محدودیت‌هایی که قانون‌گذار تحمیل می‌کند، با توجه به نگرش منفی جامعه به این افراد، فی‌نفسه محدودکننده است. و وقتی که تضییقات قانونی بر آن اضافه می‌شود محدودیت‌ها مضاعف می‌شوند. در این مقاله در مقام بررسی این نکته هستیم که آیا قانون‌گذار حق دارد در مقام مقابله با این دسته از افراد جامعه آن‌ها را از حقوق بشریشان محروم کند؟ آیا اساساً قانون‌گذار ایرانی برای این دسته از افراد حقوق بشری قائل است؟ چه مقدار؟ و اگر قائل نیست علت آن چیست؟ و یا این‌که این اقدام قانون‌گذار اساساً مخالفی با مقررات حقوق بشری ندارد؟

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، حقوق بشر، معتاد

* حقوقدان، عضو هیأت علمی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران <m_rahmdel@yahoo.com>

مقدمه

برای انسان، فی‌نفسه و به عنوان بشر حقوقی به رسمیت شناخته شده است. این حقوق صرف‌نظر از ویژگی‌هایی که بر انسان عارض می‌شود و حتی صرف نظر از ویژگی‌های طبیعی که با تولد همراه انسان می‌شود، (مثل نوع رنگ پوست و مو و سایر ویژگی‌های جسمانی) و ویژگی‌های مربوط به روحیات انسان مثل مسائل مربوط به نوع مذهب و عقائد، به لحاظ انسانیت انسان در کانون توجه قرار می‌گیرند.

انسان‌ها در برابر موضوعاتی که در اطراف آن‌ها جریان دارد واکنش‌های یکسانی از خود نشان نمی‌دهند. هر کس متناسب با روحیاتش و شدت و ضعف شخصیتش واکنش نشان می‌دهد. در این میان، موضوعاتی که معمولاً توسط اکثریت افراد جامعه ناپسند و نابهنجار و در حالت فراتر آن مجرمانه تلقی می‌شوند و موضوع بحث اخلاق، جامعه‌شناسی و حقوق کیفری قرار می‌گیرند، بیش‌تر توجه جامعه را جلب می‌کنند و افراد خاطی ترسیم شده از اصول را در معرض واکنش اجتماعی قرار می‌دهند.

واکنش اجتماعی نیز متناسب با درجه اهمیت که جامعه برای عمل مزبور قائل می‌شود و برحسب تلقی جامعه مربوطه از آن عمل متفاوت است. این واکنش درخصوص موضوعات مشمول حقوق کیفری بیش‌تر رنگ و بوی مجازات دارد که از آن، گاه بوی سزادهی و انتقام‌گیری استشمام می‌شود؛ ولی همیشه به این صورت نیست که این جنبه‌ها، غالب باشند. حقوق کیفری در کنار این نوع واکنش‌ها، و براساس توصیه‌های اصلاح‌گرایان، (از جمله مکتب اثباتی و مکتب دفاع اجتماعی، که متأثر از پیام‌های حقوق بشری هستند)، از لزوم اصلاح نیز صحبت می‌کند. و در وجهی قوی‌تر از لزوم درمان و بازپروری سخن به میان می‌آورد.

یکی از مواردی که نوعاً در جوامع معاصر به عنوان عملی ناپسند، نابهنجار و در برخی جوامع مجرمانه قلمداد می‌شود، اعتیاد است. در این که اعتیاد به نظر برخی نه تنها عملی ناپسند، نابهنجار و مجرمانه نیست در مقاله‌ای دیگر بحث کرده‌ایم. ولی این بحث نیز بی‌ارتباط با مباحث مزبور نبوده و نخواهد بود و در واقع می‌توان گفت یکی از مبانی

اساسی بحث حاضر نیز مباحث مطروحه در مقاله مزبور خواهد بود (رحمدل، ۱۳۸۲). در این مقاله برآنیم تا حقوقی را که یک فرد معتاد باید از آن برخوردار باشد بررسی کنیم و روشن کنیم که در حقوق ایران تا چه اندازه مباحث مطروحه در نظر گرفته شده است و در مواردی هم که توجه نشده است از نظر تصمیم‌گیرندگان سیاست جنائی تقنینی چه دلایل یا توجیهاتی برای این کار وجود داشته است. یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که باید به آن توجه کرد حقوق معتاد قبل از ابتلاء به اعتیاد است. به عبارت دیگر باید این نکته بررسی شود که جامعه برای پیش‌گیری از اعتیاد چه اقداماتی انجام می‌دهد. آیا به اندازه کافی و به موقع آموزش‌های لازم برای پیش‌گیری از اعتیاد صورت می‌گیرد؟ آیا در کنترل یا تعدیل وضعیت‌های پیش از اعتیاد به اندازه کافی تلاش صورت می‌گیرد؟ «تردیدی نیست که مصرف مواد مخدر، که می‌تواند زمینه‌ساز بروز رفتارهای آسیب‌زا و حتی مجرمانه در فرد، خانواده و جامعه شود، خود معلول عوامل و شرائطی است که بدون در نظر گرفتن آن‌ها امکان شناخت دقیق و صحیح معضل اعتیاد و یافتن راه‌حل‌هایی برای رویارویی با آن امری عبث می‌نماید.» (رحمتی، ۱۳۸۱).

نکته بحث‌کردنی دیگر نوع برخورد جامعه با معتاد است و نکته دیگر خدماتی است که جامعه پس از اعتیاد برای معتاد فراهم می‌کند تا از اعتیاد خلاصی پیدا کند. ولی قبل از ورود به مباحث مزبور لازم است حقوقی که در کنوانسیون‌های بین‌المللی به عنوان حقوق بشر تحت توجه هستند به گونه‌ای مختصر بررسی شوند تا میزان عنایت نظام حقوقی ایران به حقوق مزبور مشخص شود. ولی قبل از این بحث نیز لازم است درباره مفهوم «اعتیاد» و «معتاد» صحبت شود تا مشخص شود که آیا اعتیاد نوعی بیماری و معتاد نوعی بیمار است. و دیگر این‌که آیا اعتیاد باید جرم شناخته شود یا نه؟ چون اگر اعتیاد بیماری به حساب آید جرم‌انگاری آن اولین شکل نقض حقوق بشری معتاد خواهد بود. و نکته دیگر آن‌که بر فرض صحیح بودن جرم‌انگاری، آیا حقوق وی در فرایند دادرسی و تعیین واکش اجتماعی تحت توجه قرار می‌گیرد یا نه؟

۱) مفهوم اعتیاد و وضعیت حقوقی آن در ایران و کشورهای دیگر

۱-۱) مفهوم اعتیاد

اعتیاد را وابستگی جسمانی و روانی فرد به مواد مخدر، که ترک آن برای فرد مبتلا سخت باشد، تعبیر می‌کنند. توضیح آن‌که، فرد با مصرف مواد مخدر به احساس لذت دست پیدا می‌کند و با توجه به این که بدن فرد در اثر مصرف ماده مخدر مقاوم می‌شود و حساسیت سابق را ندارد برای ایجاد حساسیتی که مقدار سابق برای او ایجاد لذت کند، لازم است فرد گرفتار به مرور زمان بر میزان مصرف بیفزاید. در اثر استمرار مصرف، یک نوع وابستگی جسمی و روحی ایجاد می‌شود، به نحوی که امکان ترک مصرف رفته‌رفته برای فرد، که به حالت اعتیاد رسیده، سخت می‌شود. فردی که به چنین حالتی رسیده باشد معتاد نامیده می‌شود.

در این‌که اعتیاد یک نوع بیماری است یا نه بحث‌های علمی مختلفی صورت گرفته است و عقیده رایج بر آن است که اعتیاد نوعی بیماری است. و گفته می‌شود که «باتوجه به نتایج به دست آمده از مطالعات و تحقیقات، اعتیاد به‌طور کلی و آشکارا در اثر تغییرات ساختاری و کارکردی مغز ایجاد می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت که اعتیاد بطور قطع و یقین یک بیماری مغزی است» (اسماعیلی، ۱۳۸۱: ۱۰۱).

ولی به نظر می‌رسد تعبیر دقیق‌تر آن باشد که معتاد را بیمار بنامیم نه اعتیاد را بیماری. توضیح آنکه فرد به خاطر ناراحتی‌هایی که دارد و برای تسکین آلام جسمی یا روحی خود و به تصور غلط مبنی بر این‌که استعمال مواد مخدر آلام وی را خواهد زدود و یا تصور این‌که مصرف مواد مخدر باعث ایجاد شادی و نشنگی در وی خواهد شد، دست به استعمال مواد مخدر می‌زند. ابتدای مصرف نیز این نیازها برآورده می‌شود ولی بر اثر مرور زمان و با ایجاد وابستگی روحی و جسمی فرد نسبت به مواد مخدر معتاد می‌شود. لذا می‌توان گفت چنین شخصی بیمار است و با استعمال مواد مخدر، اعتیاد بر وی عارض می‌شود. چنین شخصی، که دچار ناتوانی می‌شود، ذهن جامعه را به یکی از عناوین «عمل

ناپسند»، «نابهنجار» و یا «مجرم» جلب می‌کند. با توجه به این‌که در غالب جوامع اعتیاد به عنوان جرم یا عمل نابهنجار تحت بررسی قرار گرفته و تنها در اندک کشورهایی به عنوان عملی عادی بدان نگاه می‌شود لازم است حقوقی را که یک معتاد به عنوان انسان از آن برخوردار است بررسی کنیم. برای این منظور، ابتدا وضعیت حقوقی اعتیاد را در کنوانسیون ۱۹۸۸ سازمان ملل متحد برای مبارزه با قاچاق مواد مخدر و مواد روان‌گردان در ایران و سپس در برخی کشورهای دیگر (به‌منظور بررسی این‌که آیا مقررات مزبور با حقوق بشر مغایرت دارد یا نه) تحت بررسی قرار می‌دهیم.

۱-۲) وضعیت حقوقی اعتیاد در کنوانسیون ۱۹۸۸

در بین کنوانسیون‌های سازمان ملل متحد (و قبل از آن جامعه ملل) کنوانسیون سازمان ملل متحد برای مبارزه با قاچاق مواد مخدر و روان‌گردان مصوب ۱۹۸۸ وین، اولین کنوانسیون است که به حقوق بشری معتاد به طور خاص توجه کرده است. این کنوانسیون ضمن آن‌که با هدف ریشه‌کنی مواد مخدر در جهان به تصویب رسیده است ولی از حقوق انسانی معتادان نیز غافل نمانده است.

بند ۲ ماده ۱۴ کنوانسیون مزبور به صراحت نگرانی خود را درخصوص حقوق انسانی معتاد اعلام کرده و مقرر داشته است: «هر یک از اعضاء اقدامات لازم را برای ممنوعیت کشت غیرقانونی و از بین بردن گیاهان تخدیرکننده و یا مؤثر بر اعصاب (از قبیل خشخاش، بوته کوکا و گیاه شاهدانه) که به نحو غیرقانونی در قلمرو سرزمینی آن‌ها کشت می‌شود، معمول خواهند داشت. اقدامات مزبور حقوق انسانی افراد را محترم داشته و استفاده‌های مشروع سنتی، چنان‌چه مدارک تاریخی در تأیید آن باشد، و نیز حفاظت از محیط زیست، را مطمح نظر قرار خواهد داد».

علاوه بر این، کنوانسیون ۱۹۸۸ اشاره‌ای به لزوم جرم‌انگاری اعتیاد از طرف دول عضو نکرده است و در ماده ۳ (قسمت اخیر بند ۳، قسمت ج) فقط از جرم‌انگاری مصرف غیرقانونی مواد مخدر صحبت کرده است. این امر نشان می‌دهد که در صورتی که با تجویز پزشک برای معتاد به عنوان بیمار، مواد مخدر استفاده شود، این عمل، جرم نخواهد بود.

۱-۳) وضعیت حقوقی اعتیاد در ایران

بررسی سیر قانون‌گذاری در ایران در باب اعتیاد نشان می‌دهد که قانون‌گذار ابتدا به اعتیاد به عنوان معضلی اجتماعی، که مستلزم شدت عمل در مقابل آن باشد، توجه نداشته است. این امر از اولین قانونی که تحت عنوان قانون تحدید تریاک در ۱۲ ربیع‌الاول ۱۳۲۹ قمری تصویب شد، قابل استنباط است؛ چرا که قانون مزبور فرصت ۸ ساله‌ای را برای حل مشکل مصرف شیر به طور کلی و مصرف غیردارویی تریاک در نظر گرفته بود. نظام‌نامه تحدید ساخت و تنظیم توزیع ادویه مخدره مصوب ۱۳۱۳/۴/۲۵، مقرراتی را برای تحدید توزیع مواد مخدر پیش‌بینی کرد و بعد از آن مقررات دیگری در این زمینه به تصویب رسید.

قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک مصوب ۱۳۳۴/۸/۷، به معتادان شش‌ماه مهلت داد تا با معرفی خود به مراکزی که از طرف وزارت بهداشت تعیین می‌شود نسبت به درمان اعتیاد خود اقدام کنند؛ و ماده ۳ قانون مزبور بدون آن که اعتیاد را جرم بشناسد استعمال آن را بعد از شش ماه موصوف ممنوع اعلام کرد. ولی ماده ۳ قانون مزبور استعمال مواد مخدر بدون مجوز طبی را جرم شناخت که شامل معتادان نیز می‌شد، و ماده ۹ لایحه قانونی راجع به اصلاح قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک مصوب ۱۳۳۸/۳/۳۱ نیز استعمال مواد مخدر بدون مجوز طبی را جرم تلقی کرد و ماده ۲۱ نیز اخراج کارمندان معتاد از شغل را پیش‌بینی کرد. همچنین ماده ۲۳ مهلت یک ساله‌ای را پیش‌بینی کرد تا چنانچه معتادان ظرف یک‌سال از تاریخ تصویب قانون مزبور، قبل از تعقیب خود را برای معالجه به وزارت بهداشت معرفی کنند از تعقیب مصون باشند. آیین‌نامه اجرائی ماده ۳ قانون کشت محدود خشخاش و صدور تریاک مصوب ۱۶ و ۲۰ شهریور ۱۳۴۸ نیز بین معتادان زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال تفکیک قائل شد و درخصوص افراد زیر ۶۰ سال مصرف مواد مخدر جز با مجوز طبی را ممنوع اعلام کرد و برای افراد معتاد بالای ۶۰ سال کارت سهمیه پیش‌بینی کرد.

ماده ۲۰ لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادان مصوب ۱۳۵۹/۳/۱۹، به معتادان شش ماه

مهلت ترک اعتیاد داد؛ و ماده ۲۱ کارت‌های سهمیه را ابطال و ماده ۸ استعمال مواد مخدر بدون مجوز طبی را جرم شناخت و ماده ۱۸ به لزوم نگهداری معتادان در مراکز ترک اعتیاد اشاره کرد. ماده ۱۵ مصوبه «مبارزه با مواد مخدر» (مصوب ۱۳۶۷/۸/۳) بین معتادان مواد مخدر از نوع هروئین و مواد در ردیف آن، و تریاک و مواد در ردیف آن، تفصیل قائل شد. درخصوص مواد مخدر دسته اول به معتادان شش ماه مهلت برای ترک اعتیاد داد و درباب مواد دسته دوم نیز معتادان زیر ۶۰ سال را ملزم به ترک اعتیاد کرد؛ ولی معتادان بالای ۶۰ سال چنین تکلیفی نداشتند. مصوبه مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۷۶ اصلاح شد و آخرین متن استنادی و اجرایی در حال حاضر همین مصوبه است. طبق ماده ۱۵ مصوبه اصلاحی، «اعتیاد جرم است. ولی به کلیه معتادان اجازه داده می‌شود به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شود مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام کنند.

تبصره ۱: معتادان مذکور در طی مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد، معاف هستند».

می‌توان حکم این ماده را تکرار حکم ماده ۲۳ لایحه قانونی راجع به اصلاح قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک مصوب ۱۳۳۸/۳/۳۱، دانست، که به معتادان مهلت یک‌ساله‌ای برای ترک اعتیاد داده بود و آن‌ها را که قبل از تعقیب، برای درمان اقدام به معرفی می‌کردند، در مدت درمان از تعقیب معاف دانسته بود.

به نظر می‌رسد مقررات قانونی مربوط به اعتیاد که از بدو قانون‌گذاری تحت بررسی قرار گرفتند همگی دلالت بر پذیرش اعتیاد به عنوان بیماری دارند؛ چرا که قانون‌گذار علی‌رغم اذعان به بیمار بودن معتاد، قائل به مجرم بودن وی می‌شود و در ماده ۱۶ مصوبه برای بیماری که از درمان بیماری خود امتناع ورزد مجازات جزای نقدی و شلاق تعیین می‌کند.

به نظر می‌رسد این قسمت از حکم قانون‌گذار در تعیین مجازات بیمار، با حقوق بشری وی منافات داشته باشد. چون اصولاً بیمار را شلاق نمی‌زنند بلکه فقط نسبت به مداوای

وی اقدام می‌کنند. لذا، اولین و بارزترین شکل نقض حقوق بشری معتاد را می‌توان در ماده ۱۶ مصوبه مبارزه با مواد مخدر ۱۳۶۷، اصلاحی ۱۳۷۶، مشاهده کرد.

۱-۴) وضعیت حقوقی اعتیاد در برخی کشورهای دیگر

در آمریکا، وضعیتی مشابه وضعیت ایران وجود دارد. مطابق قانون حمایت از اشخاص ناتوان (Disabilities Act) مصوب ۱۹۹۰، اشخاص مصرف‌کننده مواد مخدر صراحتاً از حمایت قانون مستثنی شده‌اند. این قانون به بخش عمومی و خصوصی اجازه می‌دهد در استخدام و ارائه خدمات عمومی به مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مقایسه با افراد دیگر تبعیض قائل شوند. هدف کنگره از تصویب این قانون آن بوده است که نهادهای مشمول قانون از ارائه خدمات به مصرف‌کنندگان مواد مخدر خودداری کنند یا احتیاط‌های لازم را در این زمینه به عمل آورند. در آمریکا اعتقاد بر آن است که شخصی که مواد مخدر مصرف می‌کند باید بداند که در صورت مصرف مواد مخدر شغل، خانه و منافع اجتماعی را از دست خواهد داد. (Chichester UK, J Wiley and Sons, 1987) ولی در صورتی که ترک اعتیاد کند دوباره از حقوق اجتماعی بهره‌مند می‌شود (www.nysdhr.com/rules.html). ولی به نظر می‌رسد نمی‌توان مدل آمریکایی را به عنوان مدل قابل قبولی برای حقوق بشر طرف توجه قرار داد؛ چون نظام حقوقی آمریکایی به عنوان یک نظام حقوقی سخت‌گیر شهرت دارد؛ به نحوی که با اعمال قاعده معروف به «درجه تحمل صفر» (Zero Tolerance) باعث شده است در حال حاضر حدود نیم میلیون آمریکایی فقط به‌خاطر جرایم غیر خشونت‌آمیز در زندان‌ها به‌سر ببرند که این تعداد بیش از کل زندانیان کشورهای عضو اتحادیه اروپا است.

(www.soros.org/initiatives/ihrd/articlespublications/articles/sejm-2003/11/17/paliamentenglish.)

طی قرن نوزدهم در انگلستان، هیچ کنترلی بر تولید، فروش، وارد کردن، صادر کردن و در اختیار داشتن مواد مخدر (غیر از قوانین کنترل‌کننده فروش الکل) وجود نداشته است. (Berridge, V. and Edwards, G., 1981) بنابراین، «اعتیاد به مواد مخدر» (Terence, 1968) و

جرم‌انگاری قاچاق مواد مخدر در بریتانیا پدیده نسبتاً تازه‌ای است و فقط در دوران بعد از جنگ جهانی اول، مقررۀ B ۴۰ به تبع «قانون مواد مخدر خطرناک مصوب ۱۹۱۴» و متعاقب هشدارهای موجود در گزارش‌های مربوط به استفاده تفریحی سربازان بریتانیایی از کوکائین در جنگ جهانی اول، در اختیار داشتن کوکائین را برای هر شخصی به غیر از پزشکان و حرفه‌های مشابه جرم شناخته بود (Penny, 1996).

با تصویب «قانون مواد مخدر خطرناک» در ۱۹۲۰ که جایگزین «قانون مواد مخدر خطرناک ۱۹۱۴» شد به پزشکان اجازه داده شد مواد مخدر را برای اهداف درمانی به معتادان تجویز کنند. * (World Drug Report, 2000)، ولی وزیر بهداشت وقت کمیته‌ای معروف به «کمیته رولستون» (Roleston Committee) را برای بررسی دو مسئله تعیین کرد.

الف) اوضاع و احوالی که ممکن است در آن تهیه هروئین و مرفین و مواد متضمن این دو ماده برای معتادان از نظر پزشکی توصیه شود.

ب) احتیاط‌هایی که پزشکان تجویزکننده هروئین و مرفین باید موقع تجویز به عمل بیاورند تا از سوء مصرف جلوگیری شود.

گزارش «کمیته رولستون» در ۱۹۲۶ منتشر شد. دیدگاه غالب در آن، یک دیدگاه پزشکی بود. برخی از نتایج اصلی ارائه شده به وسیله این کمیته، مبنای سیاست بریتانیا در زمینه مواد مخدر و درمان و بازپروری سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر را تا دهه ۱۹۶۰ و

* بنا به تعریف، ماده مخدر خطرناک، ماده مخدری است که مصرف آن لزوماً نیازمند درمان و مراجعه به اورژانس بیمارستان (اغلب به دلیل مصرف بیش از حد) بوده و به بیماری‌های مرتبط با مواد مخدر از جمله ایدز، هپاتیت و غیره، مرگ و میرها و سایر معضلات اجتماعی مربوط به مواد مخدر مانند جرایم و خشونت‌های مرتبط با مواد مخدر منجر می‌شود. اصطلاح ماده مخدر خطرناک به گستردگی جمعیت مصرف‌کننده آن ماده مربوط نمی‌شود. برای مثال، شاهدانه بیش‌ترین مصرف غیرقانونی را در جهان دارد. با این حال ماده مخدر مزبور از لحاظ عواقب بهداشتی و اجتماعی، سوء و خطرناک نیست و اغلب افرادی که حشیش مصرف می‌کنند هرگز به مصرف سایر مواد روی نمی‌آورند اما تقریباً کلیه بررسی‌های به عمل آمده نشان می‌دهد که شواهدی وجود دارد که حشیش به عنوان دروازه ورودی مصرف مواد مخدر ایفاء نقش می‌کند و غالب مصرف‌کنندگان سایر مواد مانند هروئین یا کوکائین، در مراحل اولیه اعتیاد خود حشیش مصرف می‌کرده‌اند.

در برخی جهات تا به امروز تشکیل داد. به‌ویژه «کمیته رولستون» به این نتیجه رسید که اعتیاد به هروئین و مرفین پدیده نادری است که عمدتاً به وسیله افرادی که به دلایل حرفه‌ای به مواد مخدر دسترسی دارند استفاده می‌شود. به نظر این کمیته معتاد باید به عنوان یک بیمار تلقی شود و نه یک فرد شر. از این رو درصدد یافتن شیوه‌های مختلف پزشکی برای درمان وی برآمد. هرچند این کمیته توصیه‌های مثبتی به عمل آورد و برخی شیوه‌های آموزشی را همانند کنار گذاشتن فوری یا تدریجی مواد مخدر توصیه کرد، ولی در همان زمان تصدیق کرد که شیوه‌های آموزشی در همه موارد قابل اعمال نیستند. این کمیته همچنین اصول راهنمای تجویز هروئین و مرفین به وسیله پزشکان را اعلام کرد.

سیاست پیشنهادی «کمیته رولستون» بدون تغییر ماهوی تا تعیین یک کمیته اضافی به سرپرستی «راسل برین» (Russell Brain) برای بررسی توصیه‌های داده شده از طرف «کمیته رولستون» ادامه یافت. «کمیته برین» در سال ۱۹۶۰ گزارش خود را به این صورت ارائه کرد که هرچند از زمان ارائه گزارش رولستون برخی تغییرات در وضعیت ایجاد شده است، ولی نیازی به تغییر اساسی در سیاست‌ها نیست. همچنین این کمیته این نظر را تأیید کرد که معتاد را باید فرد دچار اختلال روانی دانست تا مجرم.

«کمیته برین» در دومین گزارش خود که در ۱۹۶۵ منتشر کرد به این نتیجه رسید که نگرانی عمده جدید، تجویز بیش از اندازه مواد مخدر به وسیله پزشکان است. از این رو پیشنهاد کرد که فقط پزشکان بخصوصی صلاحیت تجویز هروئین و مرفین به معتادان را داشته باشند و مواد مزبور فقط از مراکز خاصی که تسهیلات درمانی خاصی داشته باشند قابل تهیه باشد. این پیشنهادات از طرف حکومت وقت پذیرفته شد و منجر به تأسیس مراکز درمانی خاص در چندین بیمارستان ارائه‌کننده خدمات بهداشتی، تحت نظارت پزشکی روان‌پزشکان مشاور، شد. از این به بعد، هروئین و مرفین فقط به وسیله پزشکانی تجویز می‌شد که از وزارت کشور اجازه گرفته باشند. در عمل نیز اجازه‌نامه‌های مزبور فقط برای پزشکان شاغل در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها و مؤسسات خاص دیگر صادر شد. (Treatment and Rehabilitation, 1982).

با این حال، تا اوائل دهه ۱۹۶۹، مواد مخدر در بریتانیا مشکل مهمی به شمار نمی‌آمد و همان‌گونه که قبلاً نیز گفته شد، مصرف‌کنندگان مواد مخدر به عنوان مریض‌هایی تلقی می‌شدند که نیازمند درمان و مراقبت بودند (Fortson, 2002). ولی از اواخر دهه ۱۹۶۰ به بعد سیاست مواد مخدر انگلستان تحت تأثیر سیاست مواد مخدر آمریکا رنگ کیفی‌تری (Albrecht.H.J. & Kalmthout. A.V., 1989) به خود گرفت. (Bean, 2001): به‌ویژه، جامعه به سبب مرگ‌ومیر اطفال در اثر مصرف بیش از حد مجاز تریاک به عنوان شربتی مسکن که به صورت شایع و معمول به اطفال داده می‌شد، جریحه‌دار شده بود. با این حال، در بریتانیا در حال حاضر پزشکان مجاز می‌توانند برای معتادان، مواد مخدر مورد نیاز را تجویز کنند (Stevenson, 1994).

در سال ۱۹۷۱ «قانون سوء مصرف مواد مخدر» به تصویب رسید. قانون مزبور در واقع جایگزین «قانون پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر مصوب ۱۹۶۴» و «قانون مواد مخدر خطرناک مصوب ۱۹۶۵» و جمع قوانین قبلی است و اساس و پایه حقوق مواد مخدر را در بریتانیا تشکیل می‌دهد (Bruun, K., Pan, L. and Rexed, 1975).

در دانمارک، سبک زندگی مصرف‌کنندگان مواد مخدر به‌طور سنتی، مجرمانه و موضوع اصلی مداخله اجتماعی بوده است. ولی وقتی مصرف مواد مخدر در بین جوانان این کشور از اواسط دهه ۱۹۶۰ تا اوایل دهه ۱۹۷۰ گسترش یافت، دولت کمیته‌ای مشورتی را مرکب از کارشناسان و مأموران دولتی تشکیل داد. این کمیته تحقیقاتی را درباره مشکل مواد مخدر از بعد اجتماعی انجام داد. براساس یافته‌های این کمیته، اعتیاد به مواد مخدر تعامل بین شخص، ماده مخدر و جامعه است که از طریق آن فرد در بستر یک فرهنگ مواد مخدری، اجتماعی می‌شود و برچسب انحراف می‌خورد. مطالعه مباحثات پارلمانی نیز در این مورد نشان می‌دهد که اکثریت اعضای پارلمان معتقد بودند که اعتیاد به مواد مخدر، بیش از آن‌که یک بیماری باشد، یک فرآیند اجتماعی است.

ولی کمیته مشورتی در دومین گزارش خود اعتیاد را یک بیماری تلقی کرد و بر درمان مصرف‌کنندگان و معتادان تأکید کرد. با این حال بر دو جنبه دیگر سیاست مربوط به مواد مخدر،

کنترل، پیشگیری و روابط بین پیشگیری، کنترل و درمان نیز اشاره کرد. در گزارش کمیته، از مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آن به عنوان نشانه تغییر اجتماعی نام برده شد و گفته شد که مؤسسات اجتماعی موجود با این اشخاص به نحو مناسبی برخورد نکرده‌اند و همین امر سبب ایجاد احساس ناامنی و احساس بیگانگی در جامعه و بین جوانان شده است. این امر مخصوصاً خود را از بعد اجتماعی در قالب بی‌بهره‌مندی از مزایای اجتماعی، و از بعد روانی در قالب اشخاص آسیب‌پذیر نشان داده و باعث شده است همین افراد جذب فرهنگ مصرف مواد مخدر شده و در این فرهنگ اجتماعی شوند. در نتیجه کمیته به این نتیجه رسید که معتادان باید «باز اجتماعی» و درمان شوند (www.hum.ku.dk/lov/referater/Esbent070301.htm).

به این ترتیب، به نظر می‌رسد دیدگاه غالب درباره معتادان دیدگاه ناظر به معتاد بودن آنهاست ولی در حقوق ایران این دیدگاه، دو وجهی است که بر محور معتاد بیمار - مجرم استوار است. لذا می‌توان گفت اولین شکل نقض حقوق بشری معتاد به صورت مجرم شناختن وی تجلی می‌شود. در مبحث دوم سعی می‌کنیم مفهوم حقوق بشر را بیش‌تر طرف توجه قرار دهیم و سایر مواردی را که حقوق بشری معتاد در آنها رعایت نمی‌شود بررسی کنیم.

۲) مفهوم حقوق بشر و مصادیق آن در باب معتادان

۲-۱) مفهوم حقوق بشر

در خصوص مفهوم حقوق بشر اختلاف نظر وجود دارد. در مقام توجیه تفاوت‌های حقوق بشر از دیدگاه غربی و حقوق بشر از دیدگاه اسلامی گفته می‌شود که از دیدگاه حقوق اسلامی بشر، حقوقی بیش از آنچه خداوند تعیین کرده است ندارد؛ لذا نمی‌توان آنچه را که از طرف کنوانسیون‌های بین‌المللی به عنوان حقوق بشر قلمداد می‌شود به‌طور مطلق قبول کرد و به عنوان حقوق بشر به رسمیت شناخت. ولی آنچه مسلم است آن است که در باب حقوق بشر تلقی شدن موارد ذیل‌الذکر، که به عنوان مصادیق حقوق بشر بحث و بررسی می‌شوند، اختلافی وجود ندارد. کنوانسیون‌های بین‌المللی مربوط به حقوق بشر،

اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، و میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی*، دولت‌های متعهد را ملزم می‌کند اعمال و رعایت حقوق مذکور در کنوانسیون‌های مزبور را بدون هیچ نوع تبعیض از حیث نژاد، زبان، مذهب، عقیده سیاسی یا هرگونه عقیده دیگر، اصل و منشأ ملی یا اجتماعی، ثروت، نسب یا هر وضعیت دیگر تضمین کنند و هرگونه محدودیت یا انحراف از هر یک از حقوق اساسی بشر را که به موجب قوانین، کنوانسیون‌ها، آئین‌نامه‌ها یا عرف و عادت در هر کشور طرف این میثاق، به رسمیت شناخته شده یا نافذ و جاری، است قابل قبول نمی‌دانند و اجازه نمی‌دهند که مقررات کنوانسیون‌های مزبور به نحوی تفسیر بشود که متضمن ایجاد حقی برای یک دولت یا یک گروه و یا فردی شود که به استناد آن در تضييع هر یک از حقوق و آزادی‌های شناخته شده مبادرت فعالیت و اقدامی به عمل آورند. (مواد ۲ و ۵ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی).

۲-۲) حقوق معتادان

از جمله مصادیق حقوق بشر در کنوانسیون‌های مربوط به حقوق بشر حق انسان به داشتن زندگی آزاد توأم با رعایت حیثیت و کرامت وی، آموزش، آزادی بیان، آزادی عقیده و برخورداری از دادرسی عادلانه است.

صرف نظر از نوع دیدگاه حاکم بر یک نظام حقوقی درخصوص نحوه برخورد با نفس اعتیاد به عنوان حالت عارض بر انسان، و به لحاظ بیمار یا مجرم تلقی شدن فرد گرفتار، که نهایتاً به عنوان معتاد خطاب می‌شود، می‌توان حقوق زیر را به عنوان حقوق بشری وی مطرح کرد.

* این دو میثاق به تاریخ ۱۶/۱۲/۱۹۶۶ میلادی به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد رسید و از طرف نماینده مختار ایران در تاریخ ۴ آوریل ۱۹۶۸ در نیویورک امضا شد و قانون اجازه الحاق دولت ایران به میثاق‌های مزبور به تاریخ ۱۷/۲/۱۳۵۴ به تصویب رسید.

۱-۲-۲) معنادار و حق آموزش

آگاه ساختن مردم از عواقب و عوارض سوء مصرف مواد مخدر از حقوق اجتماعی مردم جامعه و از حقوق بشری افرادی از این جامعه است که بعداً دچار اعتیاد می‌شوند. عبارت معروف «پیشگیری بهتر از درمان است» مبین این امر است که اگر آموزش‌های لازم در زمینه آثار سوء مصرف مواد مخدر که منجر به اعتیاد می‌شود در اختیار افراد جامعه قرار گیرد، درصد اعتیاد پایین می‌آید.

برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد نیز «افزایش آگاهی و اطلاعات اقشار مختلف جامعه در باب خطرهای ناشی از مواد مخدر و ایجاد نگرش منفی در آنان نسبت به مصرف مواد مخدر، آموزش مهارت‌های سازگاری و امتناع در کودکان و نوجوانان، افزایش مهارت‌های تربیتی والدین، ارائه و ایجاد برنامه‌ها و فعالیت‌های سالم برای ارضای نیازهای اجتماعی و روانی نوجوانان و جوانان، شناسایی افراد در معرض خطر و اقدامات مداخله‌ای و مشاوره‌ای لازم، کاهش عوامل استرس‌زای خانوادگی و محیطی در کودکان و نوجوانان و در نهایت شناسایی و درمان و بازپروری معتادان به مواد مخدر» (وزیران، ۱۳۸۲) را از جمله برنامه‌های آموزشی اعلام کرده است که دولت‌ها مکلف به انجام آن‌ها هستند. می‌توان گفت «تعهد دولت‌ها به حمایت از حقوق اقتصادی - اجتماعی» شامل سه جنبه می‌شود:

- الف) تعهد احترام به حقوق افراد از طریق عدم نقض آن با اعمال خود.
- ب) تعهد به حمایت از حقوق افراد از طریق جلوگیری دیگران از نقض آن.
- ج) تعهد به اجرای حقوق افراد از طریق اتخاذ تدابیر ضروری برای تأمین حقوق مزبور.

به نظر می‌رسد برای اجرای این حقوق باید دولت ملزم به اتخاذ تدابیری برای تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه با همه‌لوازم آن، از جمله تدابیر پیشگیری به جای تدابیر درمانی باشد.

(Mann, J.M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., Fineberg, H.V., 1994).

آموزش و آگاهی دادن به مردم درخصوص عوارض سوء مصرف مواد مخدر نیز مانند شمشیر دولبه می‌ماند: از یک طرف اطلاع و آگاهی حق افراد جامعه است؛ زیرا افرادی که با محرومیت از آموزش، دچار اعتیاد شده‌اند اگر آموزش لازم را می‌دیدند دچار اعتیاد نمی‌شدند. از طرف دیگر تالی فاسدی به دنبال دارد و آن این که آموزش خطرات استعمال مواد مخدر در دوره‌های آموزشی پایین‌تر، ممکن است این خطر را به دنبال داشته باشد که برخی افراد که شاید اصلاً به دلیل عدم آگاهی از وجود ماده‌ای به نام مخدر به فکر استعمال آن نباشند با آگاهی از وجود ماده مخدر و برای ارضای حس کنجکاوی خود درصدد استعمال برآیند.

ولی به نظر می‌رسد نباید به عذر بروز و ظهور این تالی فاسد افراد را از آموزش محروم کرد. بدیهی است که هر شیوه پیش‌گیری از یکی سری محدودیت‌هایی برخوردار است و یکی از توالی فاسد شیوه‌های پیش‌گیری، همان آموزش غیرمستقیم به افرادی است که مخاطب برنامه‌های پیش‌گیری قرار می‌گیرند. با این کیفیت می‌توان یکی از حقوق بشری معتاد را برخوردار از آموزش، نه در حین اعتیاد، بلکه قبل از آن برشمرد.

۲-۲-۲) معتاد و حق کار

در حالی که کنوانسیون‌های حقوق بشر یکی از حقوق اساسی انسان را داشتن کار مناسب با آزادی حق انتخاب قلمداد می‌کنند، در برخی قوانین و مصوبات به موارد مخالفی برمی‌خوریم: برای مثال، بند ۱ ماده ۶ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی چنین مقرر می‌دارد: «دولت‌های طرف این میثاق حق کار را که شامل حق هرکس است به صرف این که فرد باید به وسیله کاری که آزادانه انتخاب یا قبول می‌کند معاش خود را تأمین کند، به رسمیت می‌شناسد و اقدامات مقتضی را برای حفظ این حق معمول خواهند داشت.» و ماده ۲۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر مقرر می‌دارد: «هرکس حق دارد کار کند، کار خود را آزادانه انتخاب کند و...» و در حقوق برخی کشورها (برای مثال، استرالیا) اعتقاد بر آن است که «داشتن شغل ثابت، مسکن و فرصت‌های اجتماعی به اشخاص معتاد کمک می‌کند که بر اعتیاد خود فائق آیند» (www.disabilitydiscrimination.info/images/Drug-addict-rights-set-off-rebellion-3- Dec.pdf.)

و «تامین نیازهای زندگی لازمه حیات انسانی تلقی می‌شود» (هاشمی، ۱۳۸۳: ۱۵۲). در حقوق ایران، قانون‌گذار افراد معتاد را از داشتن شغل محروم می‌کند. طبق ماده ۲۳ لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادان مصوب ۱۳۵۹/۳/۱۹، «...استخدام دولتی و غیردولتی، اشتغال کارگران در کارخانجات، اخذ پروانه شغل و کارت بازرگانی،... منوط به ارائه گواهی عدم اعتیاد به مواد مخدر است».

ماده ۱۶ مصوبه مبارزه با مواد مخدر، اصلاحی ۱۳۷۶، در این مورد مقرر می‌دارد؛ در صورتی که مرتکب از کارکنان دولت یا مؤسسات و یا ارگان‌های دولتی یا وابسته به دولت باشد علاوه بر مجازات جریمه نقدی و شلاق، به انفصال دائم از خدمات دولتی محکوم می‌شود. ولی چنانچه ثابت شود که محکوم ترک اعتیاد کرده است مجدداً می‌تواند مراحل استخدامی را طی کرده و مشغول خدمت در دستگاه‌های دولتی شود.

به این ترتیب، حتی مؤسسات خصوصی نیز ملزم به اخذ گواهی عدم اعتیاد از متقاضی استخدام هستند و به‌طور کلی هر کس بخواهد در مؤسسات دولتی یا غیردولتی به کاری اشتغال ورزد ملزم به ارائه گواهی عدم اعتیاد است.

بدیهی است که این نحوه برخورد سیاست جنایی تقنینی ایران با پدیده اعتیاد با لزوم مبارزه منفی با معتادان برای وادار کردن آنان به ترک اعتیاد و عبرت‌آموزی آن برای افرادی که معتاد نشده‌اند توجیه می‌شود، ولی با این قصد پیش‌گیرانه، افرادی از این جامعه از حقوق بشری خود محروم می‌شوند. در مورد افراد متأهل دارای فرزند، این ممنوعیت یا محرومیت توالی فاسد بیش‌تری دارد. چه، اولاً با محرومیت از شغل تمامی افراد خانواده از ممر درآمد محروم می‌شوند و دولت نیز اصولاً از چنین افرادی حمایت مادی نمی‌کند و شاید توان حمایت نیز ندارد؛ ثانیاً مجازاتی اجتماعی بر شخص تحمیل می‌شود که آثار آن مستقیماً متوجه دیگران می‌شود، که این امر نیز به نظر می‌رسد با اصل قانونی بودن مجازات انطباق نداشته باشد؛ علاوه بر این که افراد خانواده از ممر درآمد محروم می‌شوند خود معتاد نیز معمولاً سربار خانواده می‌شود و معلوم است که با این وضعیت چه سرنوشتی در انتظار

چنین خانواده‌ای خواهد بود.

ولی در مقابل می‌توان استدلال کرد که دولت می‌تواند برای استخدام شراطی را پیش‌بینی کند و الزامی کردن دارا بودن این شرایط با معیارهای حقوق بشری منافات ندارد. برای مثال، دولت می‌تواند همچنان‌که برای استخدام شرط سنی و تحصیلی در نظر می‌گیرد، مقرر کند که شرط استخدام عدم اعتیاد است.

توجه به این توالی فاسد محرومیت از شغل به لحاظ اعتیاد باید قانون‌گذار را متوجه این نکته کند که با پدیده‌های اجتماعی نمی‌توان برخورد یکسویه و تک بعدی کرد. پدیده‌های اجتماعی مانند حلقه‌های زنجیر به هم وابسته و پیوسته‌اند. تهدید به انفصال از شغل یا تهدید به محرومیت از آن یک بعد قضیه است که بی‌تردید ممکن است برخی افراد را از اعتیاد بازدارد ولی محروم ساختن معتاد از اشتغال به شغل محرومیتی بزرگ‌تر برای تعدادی بیش‌تر به دنبال دارد که بعد مهم‌تر قضیه است.

۳-۲-۲) معتاد و حق ازدواج

قانون‌گذار ایران در سیاست جنایی تقنینی خود در اقدامی دیگر معتاد را از ازدواج نیز محروم می‌کند. قسمت اول ماده ۲۳ لایحه قانونی فوق‌الاشعار ازدواج را نیز منوط به ارائه گواهی عدم اعتیاد می‌کند. البته، این قانون معتاد را وادار به طلاق همسر خود نمی‌کند یا زن معتاد را وادار به طلاق گرفتن از همسر خود نمی‌کند.

در این‌جا نیز تردیدی نیست که قانون‌گذار با این ایده که یک فرد معتاد نمی‌تواند زندگی خود را اداره کند و با ازدواج علاوه بر خود، زندگی دیگری را نیز تباہ می‌سازد و چنین کانونی، کانون گرم و مناسبی برای تولد و تربیت کودکان نخواهد بود چنین ممنوعیتی را مقرر می‌کند. تحقیقاتی هم که اخیراً در این باره صورت گرفته است این نظر را تأیید می‌کند. برای مثال، نتایج پژوهشی که به بررسی مقایسه‌ای وضعیت روان‌شناختی کودکان دارای پدر معتاد و کودکان با پدر غیرمعتاد پرداخته است حاکی از آن است که «کودکان پدران دچار اعتیاد، اختلالات رفتاری - هیجانی بیش‌تری نسبت به گروه کودکان پدران غیرمعتاد دارند. مقایسه‌ الگوهای شخصیتی بیمارگونه در افراد معتاد و غیرمعتاد نیز

حاکمی از وجود سه الگوی شخصیتی بیمارگونه (ضداجتماعی، خودشیفته، وابسته) در افراد دچار اعتیاد بود. یافته‌های مربوط به بررسی رابطه میان الگوهای شخصیتی پدران و مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان نیز نشان‌دهنده وجود رابطه میان برخی الگوهای شخصیتی در پدران و برخی از مشکلات رفتاری - هیجانی در کودکان آنان بود» (کوهی، ۱۳۸۲).

هرچند قانون‌گذار در قانون همسر معتاد را وادار به طلاق گرفتن نمی‌کند ولی در شروط ضمن عقد که معمولاً در جامعه امروزی به امضای زوجین می‌رسد برای همسر معتاد این حق را قائل می‌شود که در صورت اعتیاد زوج، از دادگاه تقاضای طلاق کند. همچنین برای رعایت تربیت صحیح کودکان طبق ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی اصلاحی ۱۳۷۶/۸/۱۱ حضانت را از پدر یا مادر معتاد سلب می‌کند. به این ترتیب «محرومیت از حق سرپرستی که یک حق مدنی محسوب می‌شود، به عنوان پاسخی به اعتیاد متقاضیان سرپرستی پیش‌بینی شده است، که این خود یک پاسخ پیش‌گیرانه و بازدارنده برای زوج‌هایی است که مایل‌اند سرپرستی طفل یا اطفالی را به عهده بگیرند» (نجفی ابرندآبادی، ۲۱:۱۳۷۹).

به نظر می‌رسد با توجه به این‌که ازدواج عقدی بین زن و شوهر است، مداخله دولت به لحاظ الزامی کردن ارائه گواهی عدم اعتیاد مداخله در اراده خصوصی طرفین عقد باشد. به عبارت دیگر اگر قانون‌گذار مقرر بدارد که احد از زوجین می‌تواند از طرف مقابل درخواست گواهی عدم اعتیاد کند این نوع مداخله قانون‌گذار ایرادی ندارد و مخالف حقوق شهروندی نیست، ولی وقتی دولت مقرر می‌کند هیچ ازدواجی بدون ارائه گواهی عدم اعتیاد قابل ثبت نیست و برای عدم ثبت ازدواج دائم نیز مجازات تعیین می‌کند (ماده ۶۴۵ قانون مجازات اسلامی)، در واقع برخلاف حقوق شهروندی افراد که در قانون اساسی در فصل مربوط به حقوق ملت به آن توجه شده است عمل می‌کند.

۴-۲-۲) معتاد و حق درمان پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
درمان مبرم‌ترین نیاز یک معتاد است. علل گرایش به اعتیاد هرچه باشد و دیدگاه جامعه

نسبت به معتاد هرچه باشد، اعم از این که وی را مجرم تلقی کند یا بیمار منحرف اجتماعی فرض کند، تأثیری در نفس این نیاز ندارد. معتاد، هرچه و هرکه باشد، نیاز به درمان دارد. وی هر توجیهی برای ابتلای خود داشته باشد، از تکلیف جامعه به درمان چیزی کاسته نمی‌شود.

در حقوق ایران، علی‌رغم آنکه دیدگاه قانون‌گذار نسبت به معتاد یک دیدگاه مثبت نبوده است و در واقع به وی به مثابه یک بیمار - مجرم نگریسته است، ولی حداقل در قانون، از جنبه درمان اعتیاد غافل نبوده است. هرچند این دیدگاه از نظر عملی با واقعیت‌ها فاصله‌های زیادی داشته است.

تبصره ۲ ماده ۱۵ مصوبه مبارزه با مواد مخدر اصلاحی ۱۳۷۶ درخصوص درمان معتادان چنین مقرر می‌کند؛ «هزینه‌های تشخیص، درمان، دارو و بازپروری به توسط شخص معتاد براساس تعرفه‌های مصوب به واحدهای ذیربط پرداخت می‌شود و هزینه‌های مربوط به معتادان بی‌بضاعت هر ساله از طرف دولت تأمین خواهد شد». و تبصره ۳ مقرر می‌کند: «دولت مکلف است برای احیاء و ایجاد اردوگاه‌های بازپروری معتادان به مواد مخدر اقدام لازم را به عمل آورد».

قانون‌گذار برای نشان دادن نظر مساعد خود برای کمک به معتادان بی‌بضاعت به تأمین هزینه آنان از طرف دولت اشاره می‌کند. معلوم نیست قسمت اخیر تبصره ۲ چه قدر جنبه عملی به خود گرفته است و چند درصد از معتادان بی‌بضاعت برای هزینه‌ها مبلغی پرداخت نکرده‌اند، ولی به نظر می‌رسد، حکم تبصره ۲ به لحاظ رغبت معتادان به درمان، جنبه بازدارندگی داشته باشد؛ چرا که تبصره مزبور اصل را بر پرداخت هزینه‌های درمان از طرف معتاد قرار داده است و معتادان بی‌بضاعت را به عنوان افراد معدودی تلقی کرده است. در حالی که، هرچند آماری از وضعیت اقتصادی معتادان در دسترس نیست، علی‌الظاهر با ملاحظه وضعیت ظاهری معتادان در مناطق مختلف، چنین استنباط می‌شود که اکثر معتادان دارای وضعیت مالی مناسبی نیستند و از روی بدبختی به سوی اعتیاد روی آورده‌اند. بدیهی است چنین معتادی رغبتی برای درمان از خود نشان نخواهد داد. در نتیجه

می توان گفت حق بشری معتاد به درمان عملاً با مشکل مواجه می شود.

۲-۲-۵) معتاد و حق دادرسی عادلانه

در حقوق ایران، علاوه بر این که حق معتاد در این که به عنوان بیمار نباید مجرم شناخته شود نادیده گرفته می شود، وی از شرایط یک دادرسی عادلانه نیز محروم است. در این مفهوم منظور از دادرسی عادلانه، هم واکنشی است که جامعه در مقابل معتاد از خود نشان می دهد و هم نوع دادرسی معمول در خصوص چنین فردی است.

به لحاظ واکنش اجتماعی، طبق ماده ۱۶ مصوبه مبارزه با مواد مخدر «معتادان به مواد مخدر مذکور در دو ماده ۴ و ۸ به یک میلیون تا پنج میلیون ریال جزای نقدی و تاسی ضربه شلاق محکوم می شوند و در صورت تکرار، در هر مرتبه تا ۷۴ ضربه شلاق محکوم خواهند شد».

اگر قانون گذار صرفاً به مجرم شناختن معتادان و اعمال اقدامات تأمینی در باب آنان بسنده می کرد، شاید با توجه به جو و شرایط فرهنگی و اجتماعی فعلی جامعه ایران ایراد زیادی وارد نبود؛ ولی به نظر می رسد تجویز شلاق برای بیمار مخالف اصول حقوق بشری و مخالف عقل سلیم و منطقی باشد.

به لحاظ دادرسی نیز قانون گذار ایران به معتاد اجازه تجدید نظرخواهی از رأی محکومیت خود نمی دهد. ماده ۳۲ مصوبه مبارزه با مواد مخدر فقط در خصوص مجازات اعدام به طور کلی و در سایر موارد با رعایت شرایط خاصی به دادستان کل کشور یا رئیس دیوان عالی کشور اجازه دخالت در رأی صادره را داده است.

۲-۲-۶) معتاد و تبعید وی

در نظام حقوقی ایران، با هدف نگه داشتن معتادان در جامعه عاری از مواد مخدر که در درمان آنان مؤثر باشد، اقدام به تبعید آنان به مناطق دوردست می کردند. در گذشته، برای درمان معتادان سابقه دار اقدام به تبعید آنان به جزیره فارور می کردند. منظور از معتاد سابقه دار معتادی است که بعد از بازپروری مجدداً به اعتیاد روی آورده است. جزیره فارور با وسعت

تقریبی ۳۰۰۰ هکتار در خلیج فارس قرار دارد و از توابع شهرستان ابوموسی است. این جزیره با توجه به مشخصات جغرافیایی و مناطق کوهستانی و همچنین امکان تحصیل آب آشامیدنی و سدسازی و امکانات اشتغال به کار، از طرف ستاد مبارزه با مواد مخدر برای درمان معتادان مناسب تشخیص داده شده بود و مقرر شده بود تجهیزات درمان‌گاهی، کادر پزشکی، لوازم کارگاهی متناسب با شرایط جوی جزیره به منظور اشتغال به کار معتادان فراهم شود، تا آماده پذیرش حداقل ده‌هزار نفر معتاد شود. از شرایط نگهداری معتادان در این جزیره آن بود که در سه ماهه اول دوران نگهداری ملاقات معتادان با خانواده خود مطلقاً ممنوع شناخته شده بود. (بولتن ویژه مواد مخدر، ۱۳۷۱: ۲۶-۳۲).

در حال حاضر این جزیره تعطیل شده و معتادان به منطقه مزبور تبعید نمی‌شوند. آئین‌نامه اجرایی مصوبه مبارزه با مواد مخدر به منظور تجویز تبعید معتادان، در ماده ۵ خود مقرر داشته بود «درخصوص معتادان مشمول ماده ۱۶ قانون، چنانچه اجرای مجازات منجر به بازداشت نشود، دادگاه می‌تواند برای جلوگیری از تکرار جرم، مفاد ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی و قانون اقدامات تأمینی را اعمال کند»؛ ولی ماده مزبور طبق رای وحدت رویه شماره ۱۳۴/۷۸/۵ مورخ ۱۳۷۹/۷/۱۶ به موجب دادنامه شماره ۱۷۱ هیات عمومی دیوان عدالت اداری نسخ شد.

طبق ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی «دادگاه می‌تواند کسی را که به علت ارتکاب جرم عمدی به تعزیر یا مجازات بازدارنده محکوم کرده است به عنوان تتمیم حکم تعزیری یا بازدارنده مدتی از حقوق اجتماعی محروم سازد و نیز از اقامت در نقطه یا نقاط معین منع کند یا به اقامت در محل معین مجبور سازد». بدیهی است که منظور ماده ۵ از استناد به ماده ۱۹ تجویز تبعید معتادان بود.

بند ۵ ماده ۳ قانون اقدامات تأمینی یکی از انواع اقدامات تأمینی سلب آزادی را، نگهداری مجرمین معتاد به استعمال مواد مخدر تعیین کرده است. ولی این قانون سلب آزادی از معتادی را که مرتکب جرم نشده باشد پیش‌بینی نکرده است، بلکه نظر به مجرمی دارد که معتاد است. در این راستا ماده ۷ قانون مزبور مقرر می‌دارد «هرگاه شخصی مرتکب جنحه یا

جنایت شده و معلوم شود اعتیاد به استعمال مواد الکلی دارد و ارتکاب جرم هم ناشی از این عادت است، دادگاه ضمن حکم مجازات مقرر خواهد داشت قبل از اجرای مجازات، مجرم برای معالجه و رفع اعتیاد در مراکز معالجه معتادان نگهداری شود. دادگاه می‌تواند مقرر کند مدت معالجه محکوم، جزء مدت محکومیت او احتساب شود. به هر حال چنانچه مدت لازم برای معالجه بیش از مدت محکومیت باشد مادام که از مجرم رفع اعتیاد به عمل نیامده، در مراکز معالجه معتادان نگهداری خواهد شد. درخصوص اشخاصی که معتاد به استعمال مواد مخدر بوده و به ترتیب فوق مرتکب جرم می‌شوند هرگاه حکم مجازاتی که درباره مجرم قابل اجراء است مشروط به محکومیت او در استعمال مواد مخدر باشد، طبق ماده ۹ قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک مصوب ۱۳۳۸، عمل خواهد شد و چنانچه حکم مجازات قابل اجرا مربوط به محکومیت او در استعمال مواد مخدر نباشد طبق مقررات این ماده، درباره مجرم حکم معتادان به الکل به اجرا درمی‌آید.»

به نظر می‌رسد تبعید معتادان مواد مخدر چیزی شبیه تئوری‌های مکتب اثباتی باشد. چون طبق عقائد مکتب اثباتی «مجرمان اعتیادی باید از جامعه دور نگاه داشته شوند» (صانعی، ۱۳۷۲) تا جامعه از شر آنها در امان باشد. می‌دانیم که قانون اقدامات تأمینی ایران نیز ملهم از عقائد مکتب اثباتی و یکی از مظاهر نفوذ مکتب مزبور در حقوق ایران، است. با این تفاوت که فلسفه تبعید از نظر مکتب اثباتی در امان نگه داشتن جامعه از شر این‌گونه مجرمان است؛ ولی به نظر می‌رسد فلسفه تبعید از نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر دور نگه داشتن معتادان از مواد مخدر و نگهداری آنان در جامعه‌ای عاری از مواد مخدر بود.

با این حال، به نظر می‌رسد تبعید معتادان و دور نگه داشتن آنان از جامعه امری غیراخلاقی و مخالف کرامت انسانی آنها باشد. کرامت انسانی چیزی است که منشاء حقوقی به نام حقوق بشری می‌شود. یعنی آنچه به عنوان حقوق بشر مورد توجه قرار می‌گیرد بر پایه و اساس کرامت انسانی است و برای تکریم کرامت انسانی است که دولت‌ها مجموعه‌ای را به نام حقوق بشر پذیرفته‌اند. دور نگه داشتن معتاد از جامعه و خانواده باعث می‌شود که فرزندان آنها از محبت پدری

یا مادری محروم شوند. و روشن است که چنین کودکانی از نظر شخصیتی دچار مشکلاتی خواهند شد. خوشبختانه در حال حاضر معتادان، دیگر تبعید نمی‌شوند.

۳) نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد، قانون‌گذار ایران در برخورد با پدیده‌های اجتماعی بیش‌تر تمایل به استفاده از ضمانت اجرایی کیفری، به طور عام، و در برخی موارد استفاده از ضمانت اجرای کیفری شدید، به طور خاص، دارد. در حالی که حقوق کیفری، از آن رو که محدودکننده و سلب‌کننده حقوق فردی است، در مقابل حقوق به معنای عام کلمه یک استثناء به شمار می‌آید. به عبارت دیگر، هنر یک حکومت و یک قانون‌گذار در اداره یک جامعه در درجه اول در توسل به نهادها و واکنش‌های غیرکیفری نمودار می‌شود و حکومت یا قانون‌گذاری که در درجه اول برای مقابله با پدیده‌های اجتماعی موجود در جامعه، به اهرم کیفر متوسل شود، قانون‌گذار موفق‌تری به شمار نمی‌آید. به عبارت دقیق‌تر قانون‌گذار هنرمند آن است که در مرحله آخر و تنها در صورتی که نتواند با ابزارهای غیرکیفری با پدیده‌های اجتماعی مقابله کند به ابزارهای کیفری متوسل شود.

این نقص مدیریتی قانون‌گذار در برخورد با پدیده‌های اجتماعی به لحاظ توسل اولیه و ابتدائی به ابزار کیفر وقتی نمود بیش‌تری پیدا می‌کند که اقدام قانون‌گذار با یافته‌های علمی نه تنها غیرمنطبق باشد بلکه مخالف هم باشد. در حالی که جامعه علمی بدون هیچ‌گونه تردیدی معتاد را بیمار تلقی می‌کند مجرم انگاشتن وی اولین و بارزترین شکل نقض حقوق بشری یک بیمار به شمار می‌آید.

در حالی که بسیاری از اصول قانون اساسی در باب حقوق ملت در ایران جامه عمل به خود نپوشیده است و دولت برای افراد جامعه امکان دست‌یابی به شغلی متناسب با شأن آن‌ها پیدا نکرده است، همچنین بسیاری از جوانان در زمان متناسب با سن خود امکان ازدواج ندارند و به لحاظ تهیه مسکن حتی به صورت اجاره در مضیقه هستند، چگونه می‌توان همه تقصیر را بر گردن معتادان نهاد و پس از ابتلاء به اعتیاد، محرومیتی مضاعف بر آنان تحمیل

کرد. جامعه حق ندارد افرادی را که خود در انحرافشان از مسیر درست نقش داشته از حقوق اولیه بشری محروم کند. این جمله معروف لاکاسانی، جامعه‌شناس مشهور است که «هر جامعه‌ای مستحق بزهکارانی است که خود پرورنده است» و شهرت وی نیز ناشی از همین جمله بوده است. در این جا نیز می‌توان گفت هر جامعه‌ای مستحق معتادانی است که خود پرورنده است. دقیقاً در همین جاست که می‌توان از نقش جامعه در ابتلاء افراد به اعتیاد صحبت کرد.

هدف از این مباحث دفاع از معتاد و تخطئه اقدامات دولت در مقابله با اعتیاد و بازگذاشتن دست سودجویان برای توزیع مواد مخدر نیست؛ هدف آن نیست که به کار معتاد ژست علمی و موجه اجتماعی داد؛ همچنین هدف آن نیست که نقش خود معتاد در اعتیادش را نادیده گرفت و او را برای صرف بیش‌تر مواد مخدر تشویق و تحریص کرد؛ و هدف دفاع از اعتیاد نیست بلکه هدف، دفاع از حقوق افرادی است که به غلط تصور می‌شود که این افراد می‌بایست فقط به خاطر اعتیادشان از جامعه رانده شوند.

می‌توان گفت محروم ساختن معتاد از شغل و ازدواج، یا تبعید وی از جامعه مرادف با مرگ مدنی وی است. چون لازمه ادامه حیات امکان اشتغال و کسب و درآمد است، وقتی کسی امکان اشتغال به کار نداشته باشد در واقع جامعه به جای مرگ کیفری مرگ مدنی را به وی تحمیل کرده است.

مشکل اصلی و اساسی در برخورد با پدیده‌های اجتماعی در جامعه ما آن است که عمدتاً تصور بر آن است که با برخورد شدید می‌توان بر مشکل ظاهر شده غلبه کرد. منشاء این تصور غلط از جهل به لزوم مقابله با علت، به جای مبارزه با معلول، ناشی می‌شود. عقل و منطق حکم می‌کند تا زمانی که علت موجود باشد معلول هم قهراً به وجود خواهد آمد. لذا برای از بین بردن معلول باید به مبارزه با علت برخاست، نه خود معلول. از این طرز تلقی نباید چنین استنباط کرد که هدف توجیه ارتکاب رفتار غلط و مغایر ارزش‌های حاکم بر جامعه از طرف افراد یا تخدیش و تخطئه تلاش نهادهای موجود در مقابله با نابسامانی‌هاست؛ بلکه هدف آن است که معایب برخورد با پدیده‌های نابهنجار اجتماعی گوشزد شود.

خلاصه آن‌که، به نظر می‌رسد برخورد سرکوب‌گرانه قانون‌گذار با اعتیاد و جرایم مواد مخدر نتیجه عملی موفقیت‌آمیزی نداشته است. لذا بهتر است قانون‌گذار به واقعیت اجتماعی توجه بیشتری کند و به جای مبارزه با معلول به مبارزه با علت بپردازد. ارتکاب جرایم مواد مخدر همانند سایر جرایم، گرایش افراد به اعتیاد همانند سایر پدیده‌های اجتماعی، علت دارد و هیچ معلولی بدون علت بوجود نمی‌آید. پس باید با علت مبارزه کرد و نه با معلول.



- ۱- اسماعیلی، نادعلی (۱۳۸۱) وابستگی و عوارض اعتیاد به مواد مخدر. ساری: اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی مازندران.
- ۲- بولتن ویژه مواد مخدر، (۱۳۷۱). شماره ۶.
- ۳- رحمتی، محمدمهدی (۱۳۸۱). عوامل موثر در شروع مصرف مواد مخدر با اشاره به وضعیت معتادان زن. اعتیاد پژوهشی، فصلنامه علمی - پژوهشی سوءمصرف مواد، سال اول، زمستان ۱۳۸۱، صص ۱۳۱-۱۵۰.
- ۴- رحمدل، منصور (۱۳۸۲). اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر در ایران: جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری؟ فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۹، صص ۲۰۳-۲۴۳.
- ۵- صانعی، پرویز (۱۳۷۲). حقوق جزای عمومی، جلد اول، تهران: انتشارات گنج دانش، چاپ پنجم، ص ۶۸.
- ۶- کوهی، لیلا (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای وضعیت روان‌شناختی کودکان دارای پدر معتاد و کودکان با پدر غیرمعتاد. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۹، صص ۲۹۵-۳۰۵.
- ۷- نجفی ابرندآبادی، علی حسین (۱۳۷۹). درآمدی به جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، مجموعه مقالات (سخنرانی‌های داخلی) جلد اول، همایش بین‌المللی علمی - کاربردی جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر. تهران: نشر روزنامه رسمی کشور، صص ۱۱-۳۴.
- ۸- وزیریان، محسن (۱۳۸۲). مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران و توصیه‌هایی برای برنامه‌های توسعه راهبردی کشور. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۹، صص ۱۴۵-۲۰۱.
- ۹- هاشمی، سیدمحمد (۱۳۸۳). حقوق بشر و مفاهیم مساوات، انصاف و عدالت، بررسی مفاهیم عدالت و انصاف از دیدگاه قانون اساسی جمهوری اسلامی. زیر نظر دکتر محمد آشوری. تهران: نشر گرایش، صص ۱۴۱-۲۴۹.
- 10- Albrecht, H.J. & Kalmthout, A.V. (1989). **European Perspectives on Drug Policies**. In: Drug Policies in Western Europe. Freiburg: Eigenverlag Max Planck-Institut: pp.425-443.
- 11- Berridge, V, and Edwards, G. (1981). **opium and the people: Opiate use in nineteenth century**. England. London: Allen Lane. P56.
- 12- Bruun, K., Pan, L. and Rexed, I. (1975). **The Gentlemen's Club**.

- International Control of Drugs and Alcohol.** Chicago: University of Chicago Press. P46.
- 13- Chichester, U.K., J Wiley, J., and Sons (1987). **Living with risk.** The British Medical Association Guide, 1987 p.386.
- 14- Mann, J.M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., Fineberg, H.V. (1994). **Health and Human Rights.** pp 44-45.
- 15- Green, Penny (1996). **Drug Couriers: The Construction of a Public Enemy.** In: Drug Couriers: A new perspective. Penny Green. (ed.). Quarter Books: London. pp3-20.
- 16- Bean, Philip (2001). **American Influence on British Drug Policy.** In: Drug War: American Style. (eds.) Jurge Gerber & Eric L. Jensen. New York & London: Garland Publishing. pp.79-85.
- 17- Stevenson, Richard (1994) **Winning the war on drugs: To Legalize or Not?**, Bournemouth, Dorset. Britain: Bourne Press P 15.
- 18- Fortson, Rudi F. (2002). **Misuse of Drugs and Drug Trafficking Offences.** London: Sweet & Maxwell pp1-10.
- 19- **Treatment and Rehabilitation.** (1982). Report of the Advisory council on the Misuse of Drugs. Crown Copyright. London: Her Majesty's Stationary Office. pp7-10.
- 20- Terence, Jones (1968). **Drugs and the Police.** London: Butterworths p11.
- 21- **World Drug Report** (2000). United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. New York: Oxford University Press p51.
- 22- [www.disabilitydiscrimination.info/images/ Drug-addict-rights-set-off-rebellion - 3- Dec.pdf.](http://www.disabilitydiscrimination.info/images/Drug-addict-rights-set-off-rebellion-3-Dec.pdf)
- 23- [www.hum.ku.dk/lov/referater/Esben070301.htm.](http://www.hum.ku.dk/lov/referater/Esben070301.htm) **Resocialising the alienated young drug addict.**
- 24- [www.nysdhr.com/rules.html.](http://www.nysdhr.com/rules.html) Newyork **State Division of Human Rights.**
- 25- [www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/articles/sejm_2003/11/17/parliament_english.](http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/articles/sejm_2003/11/17/parliament_english)