

بررسی رویکرد نوین پلیس به مصرف کنندگان مواد تحت کنترل (پلیس درمان نگر) (مطالعه موردی مصرف کنندگان در کمپ‌های ترک اعتیاد تهران)^۱

تهمینه شاوردی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۱

چکیده

این مقاله تلاش می‌کند با بررسی نظرات مصرف کنندگان مواد تحت کنترل به بررسی رویکرد نوین پلیس به مصرف کنندگان مواد تحت کنترل (پلیس درمان نگر) پردازد و در نهایت با استناد به یافته‌های طرح به ارایه راهکارهای عملی و مؤثر در راستای کاهش موانع و آسیب‌های طرح پردازد. روش پژوهش در این مقاله پیمایشی بوده و بر این مبنای ۱۵۱ نفر از مصرف کنندگان مواد مخدر که در مراکز بازپروری مصرف کنندگان مواد تحت کنترل در تهران به سر می‌بردند مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات استاندارد - محقق ساخته است. داده‌ها نشان می‌دهد که ۸۳ درصد پاسخ‌گویان هر روز مواد را مصرف می‌کنند. ۵۸ درصد پاسخ‌گویان دلیل اصلی گرایش به موادمخدر و مصرف آن را کسب لذت (۲۴ درصد)، کنجکاوی (۲۳ درصد) و تفریح (۱۳ درصد) عنوان کرده‌اند. ۳۲/۴ درصد پاسخ‌گویان از سال ۱۳۸۸ یعنی پس از شروع طرح پلیس، سابقه دستگیری داشته‌اند. نتایج به‌دست آمده بیانگر این است که رویکرد یادشده با نتایج تجربی متفاوتی از کارآمدی و ناکارآمدی همراه بوده است. نتایج حاکی از این است که بررسی نظرات پاسخ‌گویان در خصوص نحوه برخورد پلیس درمان‌مدار نشان می‌دهد که بیشتر پاسخ‌گویان خواستار رفتار محترمانه و مناسب با معتادان هستند. موافقان این رویکرد بر نگاه پلیس به معتادان به‌عنوان بیمار و نه مجرم تأکید می‌کنند.

واژگان کلیدی: اعتیاد، پلیس درمان‌مدار، جرم، مواد مخدر

مقدمه

تغییر کاربرد مصرف مواد مخدر طی سال‌های اخیر منجر به ایجاد انگیزه‌های جدید در میان مصرف‌کنندگان شده است. مواد مخدر که زمانی تنها به عنوان تفنن مورد استفاده قرار می‌گرفت امروزه در اشکال نوین برای کاربردهای دیگر از جمله کاهش وزن، جلوگیری از فشار روانی و کسب آرامش بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد و این امر روند رو به گسترش مصرف مواد مخدر را در پی داشته است. بر این اساس رویکردهای مختلفی نسبت به مواد تخدیرکننده ایجاد شده و باعث طرح ادبیات جدیدی در این حوزه شده است. به گونه‌ای که در ادبیات جدید «مصرف مواد مخدر» جای خود را به «مصرف مواد تحت کنترل» سپرده است. این تغییر مفهوم در پی تغییر نگرش به مصرف این گونه مواد است. براساس آخرین آمار و اطلاعات منتشرشده از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۱ روند مصرف مواد مخدر با شیب ملایم در حال افزایش است. براساس گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۱۴ دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، شیوع مصرف مواد مخدر در سراسر جهان ثابت مانده است: حدود ۲۴۳ میلیون نفر، یا ۵ درصد از جمعیت ۶۴-۱۵ سال جهان، در سال ۲۰۱۲ مواد مخدر مصرف کرده‌اند. در همین حال، تعداد مصرف‌کنندگان مشکل‌ساز مواد مخدر ۲۷ میلیون، حدود ۶ درصد از جمعیت بزرگسال جهان، یا ۱ نفر در هر ۲۰۰ نفر، بوده است (یو.ان.او.دی.سی، ۲۰۰۴: ۱). در مورد وضعیت مصرف مواد مخدر در ایران، طبق آخرین پژوهش‌های صورت گرفته (۱۳۹۰) تعداد مصرف‌کنندگان یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام شده است و براساس نتایج این پژوهش، نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ۲/۶۵ درصد است (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۳). همچنین با توجه به آمار ارائه‌شده از سوی مسئولان با یک ضرب و تقسیم ساده می‌توان متوجه شد که در کشور، ۷۲۶ هزار نفر مصرف‌کننده تریاک، ۳۴۳ هزار و ۲۰۰ نفر مصرف‌کننده شیشه، ۲۱۱ هزار و ۲۰۰ نفر مصرف‌کننده

کراک، ۱۰۵ هزار و ۶۰۰ نفر مصرف کننده هرئین، ۷۹ هزار و ۲۰۰ نفر مصرف کننده حشیش و ۳۹ هزار و ۶۰۰ نفر مصرف کننده اکستازی هستند. با توجه به این که یک معتاد ممکن است از بیش از یک ماده مصرف کند، جمع کل این افراد از آمار کل معتادان اندکی بیشتر است. از نگاه اقتصادی نیز خرید و فروش سالانه مواد مخدر در روسیه ۱۸ میلیارد دلار، در آمریکا ۸ میلیارد دلار و در چین ۷/۳ میلیارد دلار است (خبرگزاری فارس، ۹۳/۱/۳۱). نتایج طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد نیز نشان می دهد که تریاک، شیشه، کراک و هرئین به ترتیب بیشترین مواد مخدر مصرفی در کشور هستند، همچنین شیوع مصرف مواد روان گردان و محرک های از نوع آفتامین ها و متاآفتامین ها (شیشه) در کشور به سرعت افزایش یافته است.

با توجه به آنچه اشاره شد، طی سال های اخیر روند رشد و توسعه مصرف مواد مخدر رویکردهای سنتی و پیشین را در مواجهه به مصرف کنندگان این مواد دچار چالش مهم و جدی کرده است و باعث طرح نظریات نوین در این خصوص شده است. رویکردهای جدید به دنبال تبیین جایگاه و نقش جامعه در حل این معضل اجتماعی هستند و در این مسیر از پژوهش های مشارکتی مبتنی بر جامعه گرایی یا جامعه محوری استفاده می کنند. این بررسی ها تلاش دارند به نوعی با مشارکت ذینفعان و استفاده از قابلیت ها و توانمندی های مشارکت جمعی به ارایه راه حل هایی برای کاهش این مشکل اجتماعی دست یابند. از جمله این راهکارها می توان از رویکرد پلیس درمان مدار با مفاهیم مختلف از جمله پلیس جامعه مدار، پلیس جامعه محور و... نام برد. طرح «پلیس درمان مدار» عنوان طرحی است که با نام «طرح نجات» از اواسط سال ۸۵ با هدف ساماندهی معتادان خیابانی از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در سطح کشور به مرحله اجرا در آمده است. در این طرح پلیس عامل کنترل مراجعه معتادان به مراکز درمانی است و کار پلیسی انجام نمی دهد مگر برای قشر خاصی که نسبت به درمان اقدام نکرده و کارت درمان نداشته باشند. مرحله اول طرح در مهرماه ۸۵ به صورت تبلیغی، ارشادی و تشویقی آغاز و آن زمان به معتادان اعلام شد تا

برای جلوگیری از دستگیری و جهت درمان به مراکز درمانی مراجعه کرده و شناسنامه دریافت کنند. اما آمار و ارقام مراجعه این گونه افراد نشان داد که این روش در جذب آنان برای درمان مؤثر نبوده است.

بنابراین اجرای مرحله دوم طرح، با محوریت پلیس و رویکرد پلیس درمان‌مدار از اول خردادماه سال ۸۶ آغاز شد. در این مرحله هدف پلیس اعمال فشار بر روی معتادانی بود که به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کردند؛ معتادان تزریقی (پرخطر) و معتادان طردشده از خانواده که به دلیل نداشتن مکانی برای زندگی در معابر عمومی و پارک‌ها رها هستند و چهره شهر را زشت و ناامن می‌کردند.

براساس این طرح، دستگیرشدگان باید به مراکز قرنطینه منتقل و در آنجا توسط پزشکان مستقر، غربالگری شوند. سپس معتادان پرخطر و بی‌مکان به مرکز بازپروری شفق هدایت و کسانی که وضعیت بهتری دارند (معتادان کم‌خطر) به مراکز درمانی دولتی و غیردولتی برای ادامه درمان معرفی شوند. طول درمان در شفق ۳ هفته تا سه ماه است و معتادان با نظر پزشک از اردوگاه شفق ترخیص می‌شوند (خبرگزاری دانشجویان ایران، ۸۶/۵/۹).

به گزارش روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ درباره مراکز «پلیس‌مدار»، تلاش اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد بر این است که شمول معتادان متجاهر^۱ را به حداقل برساند. زمانی که این معتادان مشخص شدند، به صورت سطح‌بندی شده در مراکز ماده ۱۶ تحت درمان قرار می‌گیرند. مراکز درمان «پلیس‌مدار» یکی از سطوح مربوط به ماده ۱۶ است، این نوع مراکز برای معتادانی است که داوطلبانه برای درمان اقدام نمی‌کنند، ولی بی‌کس و کار هم نیستند و در خیابان‌ها زندگی نمی‌کنند، بلکه این افراد به درخواست خانواده‌ها به مراکز «پلیس‌مدار» منتقل می‌شوند. وی درباره هزینه‌های درمان معتادان در این مراکز گفت: هزینه‌ها متفاوت است و طبق قانون، هزینه درمان افراد بی‌بضاعت را دولت تأمین می‌کند و مراکزی که با عنوان ماده ۱۶ فعال هستند، به درمان افرادی می‌پردازند که

بی‌بضاعت هستند، در خیابان‌ها زندگی می‌کنند و هیچ حمایت خانوادگی ندارند، البته تعداد این افراد زیاد نیست و حداکثر در کل کشور ۳۰ هزار نفر هستند که هزینه درمان آنها را دولت تأمین می‌کند (روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۹۲/۹/۲۲).

رویکردهای نظری

عبارتند از:

۱. رویکردهای مرتبط با علل مصرف مواد مخدر

عوامل تأثیرگذار بر مصرف مواد تحت کنترل را به دو قسمت اصلی یعنی عوامل فردی (زیستی، جسمانی، روانی، اختلالات مربوط به شخصیت و منش) و عوامل محیطی (خانواده و اختلالات خانوادگی، محیط‌های نامناسب، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی) تقسیم کرده‌اند. هر یک از عوامل یادشده دارای زمینه‌ای نظری و پژوهشی است که در این خصوص می‌توان از آجزن، بندورا، الیوت، واتر و کایلان به عنوان نظریه‌پردازان قدیمی‌تر نام برد. آجزن با مطرح کردن نظریه رفتار طرح‌ریزی شده، سه سازه مؤثر در رفتار انسانی را نگرش‌ها، هنجارها و کنترل ادراک شده ذکر می‌کند. سازه سوم در نظریه آجزن یعنی کنترل ادراک شده و خودارزش‌بخشی در نظریه بندورا و منبع کنترل در دیدگاه واتر از اهمیت بیشتری برخوردار است. الیوت معتقد است که احساس تعلق و وابستگی نداشتن فرد به جامعه و قوانین و انتظارات موجب بروز رفتارهای انحرافی می‌شود. بخش دوم شامل توجه به کانون کنترل در نظریه یادگیری اجتماعی واتر است که جایگاه موضوع کنترل را در نظریه یادشده تبیین می‌کند. براساس این نظریه ساختار موضوع کنترل تعمیم‌یافته از کنترل درونی یا بیرونی است. در واقع انتظار تعمیم‌یافته کنترل درونی به ادراک وقایع، چه مثبت و چه منفی اطلاق می‌شود و بالقوه در کنترل شخص است و انتظار کنترل تعمیم‌یافته بیرونی به ادراک وقایع، چه مثبت و چه منفی بدون رابطه با رفتار خود شخص اطلاق می‌شود و خارج از کنترل شخصی است (کلدی، ۱۳۸۲).

۲. رویکردهای پیشگیری از مصرف مواد مخدر

محسنی تبری رویکردهای موجود در خصوص آموزش پیشگیری از مصرف مواد مخدر را در پنج گروه رویکرد آگاه‌سازی، رویکرد پرورش عاطفی، رویکرد جایگزین یا بدیل و رویکرد نفوذ اجتماعی و رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی^۵ افزایش توانایی‌ها طبقه‌بندی کرده است (محسنی تبری، ۱۳۸۹).

رویکرد آگاه‌سازی: در رویکرد آگاه‌سازی تمرکز بر اطلاعات مربوط به شناسایی دارو و پیامدهای مضر جانبی مصرف مواد مخدر است. این رویکرد معتقد است که مصرف مواد شاید به دلیل کمبود یا نبود آگاهی کافی در خصوص پیامدها و عواقب زیان‌بار مصرف مواد باشد و چنانچه اطلاعات و آگاهی کافی در باب خطرها و ضررهای مصرف مواد داده شود، این احتمال که نگرش مصرف‌کنندگان نسبت به مصرف مواد تغییر یابد و این تغییر در نگرش منجر به تغییر رفتار یعنی اتخاذ یک رفتار اجتنابی در مقابل مصرف مواد شود زیاد است. برخی از برنامه‌های طراحی شده در چهارچوب این رویکرد از فرضیه اساسی الگوی برانگیختن ترس پیروی کردند. بنا به این فرضیه با برانگیختن ترس در فرد نسبت به پیامدهای خطرناک مصرف مواد، می‌توان رفتارهای اجتماعی مخالف مصرف مواد را در او ایجاد و تقویت کرد.

رویکرد عاطفی: در این رویکرد افراد با ویژگی‌های خاصی بیش از سایر افراد در معرض خطر قرار می‌گیرند. بدین لحاظ باید از شیوه‌های خاصی برای پیشگیری از مصرف مواد توسط آنها کمک گرفت. از جمله رشد عاطفی این افراد می‌تواند در این خصوص مؤثر باشد.

رویکرد جایگزین یا بدیل: رویکرد جایگزین متوجه ایجاد مراکز و ترغیب به انجام فعالیت‌هایی خاص از طریق این مراکز است که چنانچه ایجاد و انجام شوند می‌توانند جایگزین مناسبی برای مصرف مواد باشند. به عنوان مثال ایجاد مراکز و مکان‌های ورزشی، امکانات گردشگری، امکاناتی برای انجام فعالیت‌های علمی و فرهنگی و هنری و سایر

مراکز مشابه. بر این اساس آنها با تجارب دیگران و شیوه‌های دیگر تفریح‌ها آشنا می‌شوند و این امر منجر به کسب تجارب جدیدی به‌خصوص در نوجوانان و جوانان می‌شود. **رویکرد نفوذ اجتماعی:** در رویکرد نفوذ اجتماعی نوعی پیشگیری بر اصول نظریه شناختی^۵ اجتماعی آلبرت باندورا وجود دارد. از این منظر رفتارها اعم از راست‌رفتاری و کج‌رفتاری نتیجه فشارهای اجتماعی است. به‌عنوان مثال مصرف سیگار از سوی نوجوانان نتیجه فشار اجتماعی چون پیام‌های ترغیب‌کننده و تشویق‌کننده از سوی گروه‌های همالان و دوستان است که به آنها پیشنهاد و تعارف به مصرف سیگار می‌کنند.

رویکرد نفوذ اجتماعی - آموزش توانایی‌ها: در این خصوص تأکید بر آموزش نیازهای ضروری برای مقابله با چنین فشارهایی است. به‌عنوان مثال «اگر به‌منظور مبارزه با فشارهای مستقیم و غیرمستقیم همسالان به مصرف مواد مخدر سیگار و یا مشروبات الکلی، مهارت‌های مقابله یاد داده شود این مهارت‌ها به فرد در معرض خطر توانایی گفتن نه را می‌آموزد (به نقل از الیکسون، ۱۹۹۳).

بررسی بنیان‌های نظری در باب پدیده اعتیاد گویای این مهم است که اعتیاد پدیده‌ای چندعاملی است و به‌شدت متأثر از ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه است. این پدیده که زمانی به‌عنوان یک انحراف اجتماعی صرف محسوب می‌شد امروز یک بیماری اجتماعی-روانی محسوب می‌شود که پیشگیری و درمان آن مستلزم همیاری و مشارکت همه نهادهای اجتماعی و فرهنگی است. بر این اساس، تدوین رویکردی جامع‌نگر از عمده‌ترین لوازم برخورد با پدیده یادشده است.

بر مبنای نظرات صاحب‌نظران؛ الگوهای سه‌گانه پیشگیری از جرم می‌تواند (با رویکردهای متفاوتی چون آگاه‌سازی، توانمندسازی، رویکرد عاطفی و...) یک راهبرد جامع در برخورد با این پدیده را طراحی کند. برپایه این راهبرد همه نهادهای اجتماعی و فرهنگی و امنیتی جامعه در جهت پیشگیری از اعتیاد در جامعه ایفای نقش می‌کنند. از آنجا که براساس تجارب به‌دست آمده در سال‌های اخیر در امر مبارزه با مواد مخدر، تمرکز از

رویکرد کاهش عرضه مواد مخدر به رویکرد کاهش تقاضا تغییر یافته است بنابراین رویکرد امنیتی - قضایی پلیس در برخورد با مواد مخدر نیز بر درمان و بازپروری معتادان تمرکز یافته است. بنابراین نهادهای امنیتی جامعه با رویکرد جرم‌زدایی از معتاد و با استفاده از ابتکارات اصلاحی - درمانی از یزهکاری دوباره افراد جلوگیری می‌کنند. از آنجایی که طرح پلیس درمان‌مدار با رویکرد جرم‌زدایی از معتاد به عرصه اجرا پا نهاده است به نظر می‌رسد باید از منظر پیشگیری واکنشی و با رویکرد قانونی خواهان مواد البته با لحاظ مسائل فرهنگی جامعه به این طرح نگرست و آن را مورد بررسی قرار داد (محسنی تبریزی، ۱۳۸۹).

۳. رویکردهای برخورد با مصرف‌کنندگان مواد مخدر

اما از آنجا که مهم‌ترین تأثیر مصرف مواد نه تنها در فرد بلکه در تعامل‌های وی و جامعه است و همچنین عملکرد سیاسی، اجتماعی و فرهنگی سیاست‌گذاران و مجریان جامعه بر فرایند اعتیاد و مسائل آن اثری تعیین‌کننده دارد؛ بنابراین در برخورد، کنترل و مبارزه با پدیده سوء مصرف مواد سه رویکرد عمده اجتماعی وجود دارد:

الف. ممنوع خواهان مواد (رویکرد جرم‌انگارانه): منظور از جرم‌انگاری، جرم تلقی کردن اعتیاد به مواد تحت کنترل است. مصرف مواد تحت کنترل در ابتدا جنبه دارویی و پزشکی داشته و به‌عنوان یک مشکل اجتماعی تلقی نمی‌شد ولی به تدریج محدودیت‌هایی در ارتباط با استفاده از این مواد ایجاد شد (رحمدل، ۱۳۸۹).

والترز از دیگر صاحب‌نظران معتقد است که تلاش برای کاربرد پزشکی و مصرف دارویی دادن به مواد مخدر نه کاری انسان‌دوستانه است و نه کاری مهرآمیز، بلکه نشان‌دهنده یک تلاش برای بهره‌برداری از رنج بیماران به منظور قانونمند کردن مصرف یک ماده خطرناک و اعتیادآور است. مصرف دارو به خانواده و اجتماع ما صدمه می‌زند. همچنین این کار به دشمنان ما پول و نفع مادی می‌رساند. بنابراین باید به پرداخت هزینه‌ای که موجب تخریب

ما و دیگران می‌شود و کاری تروریستی است پایان دهیم (کامکار، ۱۳۸۲).

محدودیت‌هایی که ناشی از پیامدهای کنترل‌نشده و غیرقابل پیشگیری بود. رویکرد مصرف مواد تحت کنترل پیامدهای مختلفی را بر جامعه و فرد تحمیل می‌کند. این تأثیرات دلیل محکمی است مبنی بر این که استفاده از مواد تحت کنترل یک جرم تلقی شود و نه تنها جامعه بلکه نهاد امنیتی جامعه باید با آن مقابله کند. برخی از پیامدهای مذکور عبارتند از: سلامت روانی و تغییر در خلیات فردی.

ب. قانونی خواهان مواد (رویگرد جرم‌زدا یانه): قانونمندی مواد تحت کنترل به معنای آزاد گذاشتن قاچاق مواد تحت کنترل نیست بلکه در قانونمندی، استفاده از مواد تحت کنترل همچنان جرم تلقی می‌شود و فقط قانون‌گذار مصرف برخی مواد تحت کنترل را قانونمند می‌سازد. بنابراین از جهت سایر اعمال ارتكابی (غیر از مصرف قانونمند برخی از مواد تحت کنترل) فرقی بین قانونمندی و نظریه جرم‌انگاری آن وجود ندارد.

۴۷

راهبردهای مختلفی برای قانونمندی ارائه شده است. برخی معتقدند قانونمندی از میان برداشتن همه محدودیت‌های مربوط به تولید و فروش مواد تحت کنترل و مواد روان‌گردان به جز به کودکان است. منظور از قانونمندی در این معنا نظارت دولت در چهارچوب نظام عدالت مدنی (و نه عدالت کیفری) بر تولید و فروش و استعمال مواد تحت کنترل است و استفاده از نظام عدالت کیفری برای کنترل رفتار افراد (همانند کنترل رفتار افراد در مورد مصرف الکل) است. در معنایی دیگر، دولت بسیاری از مواد تحت کنترلی را که اکنون غیرقانونی هستند، به‌طور قانونی برای بزرگ‌سالان قابل دسترس می‌سازد و نظارت شدیدی را بر تولید و فروش عمده مواد مخدر اعمال می‌کند. سیاست‌های کاهش زیان نیز از جمله راهبردهای دیگر این رویکرد است. این گروه همچنین معتقد به قانونی کردن بازار آزاد به شرط:

الف) محدودیت در مورد کودکان و نوجوانان؛ ب) اعمال مالیات سنگین بر مواد غیرقانونی (و در واقع قانونی کردن مواد مخدر هستند) هستند (کامکار، ۱۳۸۲).

دکتر الدرز^۱ توصیه کرده است که دولت احتمال‌های قانونی کردن مواد مورد مصرف را بررسی کند زیرا ممکن است موجب کاهش بروز جنایات و وحشیانه شود (نیویورک تایمز، هفتم دسامبر ۱۹۹۳). او معتقد است قانونی کردن مواد، میزان جنایات را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد. نظرات او در ارتباط با رویکردی است که حذف برخی از قوانین را از جمله مسئله ممنوعیت الکل را از سال ۱۹۲۰ با ۱۹۳۴ مقایسه کرده و معتقدند که حذف قوانین مربوط به مصرف مواد، موجب کاهش انگیزه سودجویی باندها و سوداگران مواد می‌شود (کامکار، ۱۳۸۲).

باید توجه کرد که قانونی‌سازی مواد موجب کاهش تولید آنها در سرزمین‌های دور نشده است. کاهش قیمت مواد موجب افزایش تقاضا و مصرف شده که این امر به نوبه خود باعث افزایش فروش و جبران از دست رفتن منافع اولیه به‌علت سقوط قیمت می‌شود. کشور آمریکا از جمله کشورهایی است که قانونی‌سازی مواد را اجرا کرد ولی این امر کاهش تولید آن را در کشورهای دور در پی نداشت. بنابراین پیشنهاد بازار آزاد احتمالاً منجر به افزایش مواد مخدر می‌شود نه کاهش تولید یا پخش و مصرف این مواد. باید توجه داشت هرچه شیوع مصرف مواد مخدر برای افراد راحت‌تر باشد، احتمالاً مصرف سایر مواد نیز بالاتر می‌رود.

در مورد علل اعتیاد، قریب به اتفاق مصاحبه‌شوندگان به چندعاملی بودن و مداخله عوامل متعدد در شروع مصرف مواد و بروز اعتیاد داشتند که البته وجود این نگرش در سیاست‌گذاران و ارجحیت آن بر تفکر غیرمنعطف گذشته، بسیار ارزنده بود. در مورد مشارکت مردم، گرچه نظر کلی موافق وجود داشت، ولی تأکید بسیار بر مشخص بودن حدود آن بود. خلیتاش در پایان این بررسی نتیجه می‌گیرد که با وجود مقاومت‌های اولیه در برابر شروع برنامه‌های کاهش آسیب، هم‌اکنون نظر مساعد برای گسترش آن از منظر بیشتر سیاست‌گذاران وجود دارد که زمینه را برای همکاری و هماهنگی هرچه بیشتر میان

آنها فراهم می‌کند. نکته‌ای که در این بررسی مکرراً به آن اشاره شده است نبود زیرساخت‌های قانونی و اجرایی در سطح کلان برای این تعامل بود که رفع آن اولویت داشته و زمینه‌ساز مشارکت مردمی محسوب می‌شود.

ترابی (۱۳۸۷) طی مطالعه‌ای در خصوص عملکرد پلیس در اجرای ارتقای امنیت اجتماعی در حوزه مبارزه با مواد مخدر از دیدگاه مردم یزد به نتایج مثبتی در خصوص عملکرد پلیس در اجرای طرح ارتقای امنیت اجتماعی با رویکرد مبارزه با مواد مخدر رسیده است. او طی مصاحبه با نمونه‌ای به حجم ۱۴۱ نفر از مدیران و دبیران دبیرستان‌های پسرانه ناحیه یک آموزش و پرورش یزد به این نتیجه رسیده است که جهت بهبود طرح ارتقای امنیت اجتماعی اجرای این طرح باید تداوم داشته باشد.

امینی (۱۳۷۹) نیز طی مطالعه‌ای در خصوص عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت معتادان به مصرف مواد افیونی دریافته است که ۵۰ تا ۷۵ درصد معتادان پس از ترک اعتیاد و رهایی از زندان یا مراکز بازپروری به مصرف مواد مخدر می‌پردازند.

۴۹

کامکار (۱۳۸۲) در پژوهشی در خصوص آثار و پیامدهای سه رویکرد جرم‌زدایی، جرم‌نگاری و کاهش مراجعه به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان در برنامه‌های اعتیاد، به این نتیجه رسیده است که مهم‌ترین دلیل تأثیر این مواد نه تنها در فرد بلکه در رفتار و روابط وی با خانواده و جامعه و در نهایت اثر بر جامعه بوده است.

برآبادی و دیگران (۱۳۸۹) طی مطالعه‌ای در خصوص خود و بزهکاری با استفاده از پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل غیرتصادفی که یک نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی است به مطالعه نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت مشهد پرداخته‌اند. طی این پژوهش او دریافته است که نتایج مرحله پیش‌آزمون، نشان‌دهنده تأخیر سطح تحول ادراک خود بزهکاران معتاد است. همچنین درمان یکپارچه‌نگر در ارتباط سطح تحول ادراک خود، بهبود خودپنداره و افزایش عزت نفس بزهکاران معتاد نقش دارد. بنابراین او این فرضیه درمان را رد می‌کند و معتقد است که نظام‌های اصلاحی و امنیتی باید کاری

بیش از نگهداری و مجازات بزهکاران انجام دهند و آن توسعه مراکز مشاوره و روان‌درمانی در زندان‌ها و مراکز نگهداری بزهکاران است.

روش شناسی

پژوهش مورد بررسی به‌لحاظ ماهیت تحقیق کمی است و در زمره طرح‌های پیمایشی است. ابزار تحقیق در این پژوهش پرسشنامه محقق‌ساخته است. جامعه آماری شامل مصرف‌کنندگان مواد مخدر است که در زمان جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش در یکی از مراکز بازپروری شهر تهران تحت مداوا قرار گرفته‌اند. تعداد جامعه نمونه شامل ۱۵۱ نفر از افرادی است که در یکی از کمپ‌های ترک اعتیاد تهران به‌سر می‌برند. در این بررسی از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. اعتبار پرسشنامه براساس نظرات پژوهش‌گرانی که در حوزه اعتیادپژوهی دارای سابقه بوده‌اند مورد سنجش قرار گرفته است و روایی آن براساس نظرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش و تأیید قرار گرفته است.

۵۰

یافته‌ها

سیمای جامعه نمونه: در این بررسی ۱۵۱ نفر از مصرف‌کنندگان تهرانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند که به‌لحاظ سنی ۱۶/۸ درصد در گروه سنی ۲۵ سال و کمتر، ۴۷/۷ درصد در گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و ۲۲/۸ درصد در گروه سنی ۴۶ سال و بیشتر قرار داشته‌اند. همچنین ۱۰/۷ درصد پاسخ‌گویان از میان زنان و ۸۹/۳ درصد از میان مردان انتخاب شده‌اند. یافته‌ها بیان‌گر این است که ۹۶/۹ درصد پاسخ‌گویان مسلمان و ۳/۱ درصد غیرمسلمان بوده‌اند. ۸۵/۲ درصد آنها بومی تهران و ۱۴/۸ درصد اهل شهرستان هستند. ۹۳/۸ درصد ساکن مناطق شهری و ۶/۲ درصد روستایی بوده‌اند. همچنین ۷/۳ درصد بیسواد یا سواد ابتدایی و خواندن و نوشتن، ۳۰/۷ درصد راهنمایی، ۳۸/۷ درصد دیپلم و دبیرستان، ۱۲/۷ درصد کاردانی و ۱۰/۷ درصد کارشناسی و بالاتر بوده‌اند. ۳۶/۷ درصد

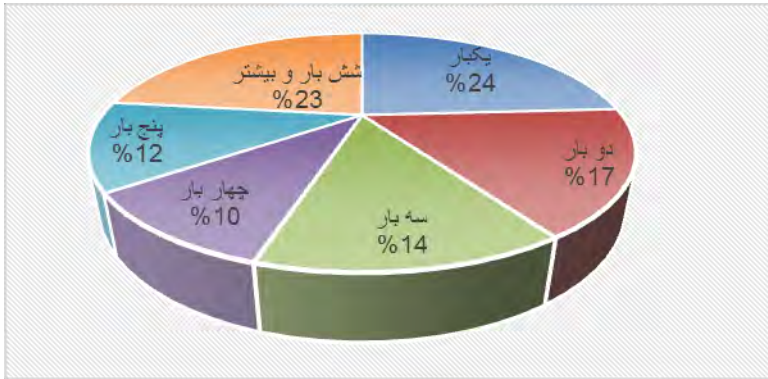
مجرد، ۴۲ درصد متاهل و ۲۱/۴ درصد متار که کرده‌اند. ۷۱ درصد پاسخ‌گویان شاغل و ۲۹ درصد غیرشاغل بوده‌اند. همچنین بیش از یک‌سوم پاسخ‌گویان مشاغل آزاد داشته‌اند. وضعیت سکونتی پاسخ‌گویان بیان‌گر این است که ۶۱/۷ درصد آنان در منزل شخصی یا پدری خود، ۳/۵ درصد در منزل پدر همسر، ۶/۴ درصد در منازل سازمانی و ۲/۱ درصد در منزل دوستان خود سکونت داشته‌اند. ۱۷ درصد به‌تناوب در منزل اقوام، والدین و... سکونت داشته‌اند و ۹/۲ درصد نیز کارتن‌خواب بوده‌اند. ۵۳/۳ درصد با خانواده، ۲۰/۲ درصد با همسر و فرزندان، ۰/۷ درصد با فرزندان، ۲/۱ درصد با دوستان، ۱۰/۱ درصد با پدر یا مادر، ۴/۲ درصد با خواهر یا برادر و ۱۰/۴ درصد تنها زندگی می‌کنند.

۹۵/۴ درصد دارای سابقه مصرف دخانیات و ۴/۶ درصد نیز سابقه‌ای نداشته‌اند. همچنین ۶۳/۶ درصد سابقه استفاده از قلیان داشته‌اند و ۳۶/۴ درصد نیز از قلیان استفاده نکرده‌اند. میزان استفاده از مواد مخدر بیان‌گر این است که ۸۳ درصد پاسخ‌گویان هر روز، ۱۰/۳ درصد سه روز در هفته و ۵/۷ درصد هفته‌ای یک‌بار از مواد مخدر استفاده می‌کنند.

۵۱

۵۴/۷ درصد پاسخ‌گویان یک تا سه بار و ۴۵/۳ درصد نیز چهار بار یا بیشتر اقدام به ترک اعتیاد خود کرده‌اند. حدود یک‌سوم پاسخ‌گویان خودمعرف بوده‌اند و معرفی توسط پدر یا مادر (۱۸/۷ درصد) و همسر (۱۰/۸ درصد) در مراتب بعد قرار دارد.

وضعیت دستگیری معتادان نشان می‌دهد که ۶۱/۴ درصد قبل از این اجرای این طرح سابقه دستگیری داشته‌اند و ۳۸/۶ درصد سابقه دستگیری قبلی نداشته‌اند. همچنین ۸۴/۷ درصد پاسخ‌گویان برخورد پلیس را بد و تاحدودی بد توصیف کرده‌اند. ۸۰/۴ درصد پاسخ‌گویان خودمعرف و ۱۹/۶ درصد توسط پلیس دستگیر شده‌اند. ۴۰ درصد پاسخ‌گویان یک یا دوبار برای ترک اعتیاد اقدام کرده‌اند.



نمودار شماره ۱ میزان اقدام به ترک اعتیاد پاسخ‌گویان

نظر مصرف‌کنندگان نسبت به رویکرد نوین پلیس

نظر پاسخ‌گویان نسبت به تغییر رویکرد جدید پلیس از این منظر که با معتاد به عنوان بیمار و نه مجرم برخورد شود مثبت بوده است. به عبارتی ۹۲/۶ درصد آنها با این تغییر رویکرد موافق و آن را باعث کاهش میزان اعتیاد می‌دانند. درعین حال ۷/۴ درصد با این رویکرد مخالف بوده‌اند و استفاده از ملایمت را برای مقابله با معتادان مؤثر ندانسته‌اند.

بررسی پیشنهادهای ارائه‌شده توسط پاسخ‌گویان جهت کاهش میزان مصرف مواد مخدر در کشور نشان می‌دهد بیشتر آنها خواهان برخورد جدی و قاطع با توزیع‌کنندگان مواد مخدر هستند و جمع‌آوری فروشندگان و توزیع‌کنندگان مواد مخدر و کنترل دقیق مرزهای کشور جهت ممانعت از ورود مواد مخدر به کشور را راهکار اصلی کاهش میزان مصرف مواد مخدر می‌دانند.

مورد دیگری که بسیاری از پاسخ‌گویان آن را پیشنهاد کرده‌اند ارتقاء آگاهی جامعه و خانواده‌ها نسبت به اعتیاد و دادن آموزش‌های لازم به خانواده‌ها درباره مضرات و عواقب اعتیاد است. علاوه بر این پیشنهادهای دیگری چون ایجاد کار و شغل برای افراد بهبودیافته و حمایت از آنها بعد از ترک مواد مخدر، برخورد مناسب با بیماران توسط پلیس، گسترش کمپ‌های اختیاری و حمایت از آنها، ارتقاء آگاهی مأموران پلیس و آموزش

آنها جهت برخورد مناسب با معتادان، استفاده از بیماران بهبود یافته در پلیس و معرفی معتادان به مراکز ترک اعتیاد از پیشنهاد های پاسخ گویان بوده اند که بیشتر پاسخ گویان درباره آنها اتفاق نظر داشته اند.

سایر پیشنهادها به ترتیب بیشترین تأکید عبارت هستند از:

- اصلاح قوانین؛
- افزایش تعداد مراکز و کمپ های درمان؛
- ایجاد فضاهای مناسب برای گذران اوقات فراغت؛
- توجه و در اولویت قرار دادن برنامه های پیشگیری از اعتیاد؛
- استفاده از روان شناس در پلیس و ارائه مشاوره های علمی به معتادان و خانواده های آنها؛

• ریشه یابی علت اعتیاد جوانان؛

• حمایت از خانواده های معتادان؛

• حضور پلیس در مراکز و کمپ های ترک اعتیاد؛

• جدا کردن بیمارانی که تمایل به ترک دارند از معتادانی که تمایل به ترک اعتیاد ندارند؛

• تشکیل پلیس درمان مدار زن؛

• استفاده از مأموران زن در پلیس؛

• ایجاد زمینه برای همکاری مراکز ترک اعتیاد و کمپ ها با انجمن های فعال در این

عرصه؛

نتیجه گیری

بررسی نظرات پاسخ گویان در خصوص نحوه برخورد پلیس درمان مدار نشان می دهد که بیشتر پاسخ گویان خواستار رفتار محترمانه و مناسب با معتادان هستند. برخی خواهان این هستند که پلیس باید به عنوان بیمار به معتادان نگاه کند و به چشم مجرم به آنها ننگرد.

از جمله مواردی که به آنها اشاره شده است می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

- حمایت و راهنمایی معتادان به مراکز درمان؛
- داشتن نگاه انسانی در برخورد با بیمار؛
- تغییر نگرش پلیس به معتادان؛
- برخورد محبت‌آمیز با معتادان؛
- پرهیز از ضرب و شتم و شکنجه؛
- پرهیز از توهین به معتادان توسط پلیس؛
- توجه به شرایط روحی و روانی معتادان.

موارد بالا نظراتی هستند که از سوی پاسخ‌گویان مورد تأکید قرار گرفته‌اند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بیشتر پاسخ‌گویان از برخورد خشن و تند مأموران پلیس به شدت گله‌مند هستند و خواهان اصلاح رفتار پلیس در برخورد با معتادان هستند.

در مجموع بررسی پیشنهادی ارائه‌شده توسط پاسخ‌گویان برای کارایی بیشتر این روش بیان‌گر این است که: بیشتر پاسخ‌گویان خواهان برخورد جدی و قاطع با توزیع‌کنندگان مواد مخدر هستند و جمع‌آوری فروشندگان و توزیع‌کنندگان مواد مخدر و کنترل دقیق مرزهای کشور جهت ممانعت از ورود مواد مخدر به کشور را راهکار اصلی کاهش میزان مصرف مواد مخدر می‌دانند. مورد دیگری که بسیاری از پاسخ‌گویان آن را پیشنهاد کرده‌اند ارتقاء آگاهی جامعه و خانواده‌ها نسبت به اعتیاد و دادن آموزش‌های لازم به خانواده‌ها درباره مضرات و عواقب اعتیاد است.

علاوه بر این پیشنهادی دیگری چون ایجاد کار و شغل برای افراد بهبودیافته و حمایت از آنها بعد از ترک مواد مخدر، برخورد مناسب با بیماران توسط پلیس، گسترش کمپ‌های اختیاری و حمایت از آنها، ارتقاء آگاهی مأموران پلیس و آموزش آنها جهت برخورد مناسب با معتادان، استفاده از بیماران بهبودیافته در پلیس و معرفی معتادان به مراکز ترک اعتیاد، از پیشنهادی پاسخ‌گویان بوده‌اند که بیشتر پاسخ‌گویان درباره آنها اتفاق نظر داشته‌اند.

- امینی، ک. و دیگران (۱۳۷۹). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، زمستان. ۱۱ (۴۵). ۴۷-۴۱.
- آقابخشی، ح (۱۳۸۸). *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده: رویکردی مددکاری اجتماعی به مسایل و آسیب‌های جامعه‌ای*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- باصری، علی‌اکبر (۱۳۸۹). *رابطه اعتیاد و جرم*، معاونت حقوقی قوه قضائیه، به آدرس www.judiciary-de.ir (زمان بازدید: ۹۴/۹/۲۷).
- برآبادی حسین، احمد، یونسی سیدجلال، طالقانی، نرگس (۱۳۸۹). خود و بزهکاری: نقش درمان یکپارچه‌نگر در بهبود ادراک خود در بزهکاران، *رفاه اجتماعی*، پاییز ۱۳۸۹؛ ۹ (۳۴). ۳۴۷-۳۱۹.
- بررسی وضعیت اعتیاد جوانان، پیامدهای فرهنگی و راهکارها (۱۳۸۵). کد موضوعی ۱۸۰، شماره مسلسل ۸۱۳۹، *دفتر مطالعات فرهنگی*.
- ترابی، یوسف و همکاران (۱۳۸۵). عملکرد پلیس در اجرای طرح ارتقای امنیت اجتماعی با رویکرد مواد مخدر از دیدگاه مردم یزد، *فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی*، سال سوم، شماره ۱، ۶۴-۵۳.
- جزایری، علیرضا و همکاران (۱۳۸۲). نگرش دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران درباره اعتیاد، *رفاه اجتماعی*، شماره ۷، ۲۳۰-۲۱۷.
- جهانی، محمدرضا (۱۳۸۶). اعتیاد را نمی‌توان ریشه کن کرد، *روزنامه هم‌میهن*، ۸۶/۴/۵، www.aftabir.com (زمان بازدید: ۸۶/۴/۱۵).
- *خبرگزاری فارس* (۱۳۹۴). آخرین جزئیات مصرف مواد در ایران، کد خبر: ۲۶۷۸۲۵، ۹۴/۱/۳۱.
- *خبرگزاری فارس* (۱۳۹۲). ایجاد ۱۷ اردوگاه نگهداری معتادان/ یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر آمار رسمی اعتیاد در ایران، مصاحبه با آقای طاهری (قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۹۲/۴/۴).
- خلیتاش، آزیتا (۱۳۸۸). نظرسنجی از سیاست‌گذاران در خصوص استفاده از مشارکت مردمی برای برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد، *مجله پژوهشی حکیم*، دوره دوازدهم، شماره دوم، ۶۴-۵۴.
- رحمدل، منصور. (۱۳۸۲). *مطالعه تطبیقی سیاست جنایی ایران، انگلستان و ونز در قبال قاچاق مواد مخدر*، رساله دکتری، دانشگاه تهران.
- روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر (۹۲/۹/۲۲). *آیین‌نامه ادامه درمان معتادان پس از ترک*، در انتظار ابلاغ قوه قضائیه.
- طاهری، محمد علی (۱۳۸۷). *امنیت انسانی و سیاست جنایی پیشگیرانه در برابر مواد مخدر*، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی امنیت انسانی در غرب آسیا، ۴۰۶-۳۹۱.
- عاشوری و دیگران (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۳، پاییز، ۲۸۸-۲۸۱.

- **قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر،** مصوب ۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- کامکار، مهدیس (۱۳۸۲). آثار و پیامدهای سه رویکرد جرم‌زدایی، جرم‌انگاری و کاهش عوارض در برنامه‌های اعتیاد، **فصلنامه رفاه اجتماعی**، ۳ (۹)، ۶۱-۲۷.
- کلدی، علیرضا، مهدوی، رمضان (۱۳۸۲). بررسی منابع کنترل درونی و بیرونی در بازگشت مجدد به اعتیاد در اردوگاه کاردرمانی زنجان، **فصلنامه رفاه اجتماعی**، سال سوم، شماره ۹، ۳۰۷-۳۳۲.
- گروه سیاسی شبکه دری تاریخ مواد مخدر و گسترش اعتیاد در افغانستان (۱۳۸۵). **میزگرد و مصاحبه با عبدالله فهیم مشاور ارشد وزارت صحت عامه و همکاران**. www.dari.irib.ir
- محسنی تهریزی، علیرضا و علیرضا جزایری و نعمت‌الله بابایی (۱۳۸۹). فراتحلیل مطالعات مربوط به مصرف مواد با رویکرد روانی-اجتماعی طی یک دهه و نیم گذشته (۱۳۸۴-۱۳۷۰)، **بررسی مسائل اجتماعی ایران**، سال اول، شماره اول، بهار، ۲۰۰-۱۷۵.
- یزدان‌پناه، بهروز و همکاران (۱۳۸۹). اثر برنامه آموزشی جامعه‌محور پیشگیری از مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر، **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات پزشکی-درمانی شهید صدوقی یزد**، دوره هجدهم، شماره سوم، ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر، ۱۹۸-۱۹۱.
- UNIDO (2014). www.unodc.org/islamicpublicofiran, Jun.
- World Drug Report (2005). **United Nations, Office on Drugs and Crime, Volume 2: Statistics**, United Nations Publication.