



## بررسی کیفری جرم انگاری اعتیاد در حقوق موضوعه ایران

(تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۳/۱۵، تاریخ تصویب ۱۳۹۷/۰۴/۱۵)

میثم رضوانیان

### چکیده

اعتیاد چه جرم باشد و چه بیماری، یک معضل و آسیب اجتماعی است که یا ناشی از آسیبهای اجتماعی دیگر است یا اینکه آسیبهای اجتماعی دیگری را بوجود می آورد. هدف از تحقیق حاضر نیز مخدوش نمودن یا زیر سؤال بردن هیچ یک از دیدگاههای مطرح شده نیست بلکه صرفاً عرضۀ یافته ها و حقایقی در این زمینه است تا امکان تصمیم گیری درست وجود داشته باشد. اعتیاد نیز یک بیماری اجتماعی است، بنابراین برخورد نظام های اجتماعی با آن بر حسب رشد و تکامل دیدگاهها، به یکی از سه شکل مذکور خواهد بود. «نگرش نخست، دیدگاهی جرم شناسانه است که معتاد را مجرم و مستحق مجازات می داند؛ این تفکر مأخوذ از جامعه شناسی قضایی است و نجات معتاد را در گوشه ای از زندان می بیند. نگرش دوم که معمولاً در جامعه پزشکی ریشه دارد، معتاد را بیمار تلقی می کند و در صدد است این بیماری را درمان و مهار کند. نگرش سوم معتادان را نه به چشم مجرم یا حتی بیماران، بلکه به چشم قربانیان می نگرد. در این دیدگاه پزشکان اجتماعی و فراگیرشناسان در خط مقدم مبارزه قرار دارند و می کوشند ابعاد گوناگون اعتیاد را بررسی کنند و کاملترین نظریه را ارائه دهند.

**واژگان کلیدی:** اعتیاد، مواد مخدر، آسیب اجتماعی، اختلالات روانی، بزهکاری،

مجازات، مجرم، محجور، سفیه، معتاد، بیمار



## بخش اول: بررسی ابعاد اجتماعی اعتیاد در جامعه بند اول: شناخت جامعه معتاد

جامعه ای را دچار بیماری اعتیاد می دانیم که بخش مهمی از نیروی فعال آن (حداقل ۱۰ درصد کل جمعیت فعال) به مواد مخدر معتاد باشند و این اعتیاد، سبب، کاهش رشد اقتصادی و اجتماعی آن جامعه شود. بیماری اعتیاد در جامعه نشانه‌هایی قابل تشخیص دارد. این ویژگی تنها نشانه اختصاصی و تشخیصی برای این بیماری است و وجود آن در جامعه‌ای بیمار، کاملاً بدیهی به نظر می‌رسد؛ ولی خصوصیت چنین جوامعی این است که اغلب معتادان آن از جوانان و گروه اجتماعی بالقوه فعال‌اند. در این جوامع، اعتیاد به مدارس و دانشگاهها راه می‌یابد و در کوچه و خیابان بروشنی نمایان است. اگر به طور تصادفی در یکی از ادارات از تمامی کارمندان آزمایش اعتیاد انجام گیرد، پاسخ درصد چشمگیری از کارمندان مثبت خواهد بود.

## بند دوم: رواج فقر و بزهکاری در جامعه

این از ویژگی‌های تمامی جوامعی است که به بیماری اعتیاد دچارند. فحشا و فقر افراد را به اعتیاد می‌کشاند و از سوی دیگر، خود از اعتیاد ناشی می‌شوند؛ زیرا اعتیاد پایه‌های اعتقادی افراد را سست می‌کند و از کراهت فحشا و بزهکاری نزد آنها می‌کاهد. بنابراین بیماری اعتیاد با خود عوارضی را همچون فقر، فحشا، دزدی، کلاهبرداری، جنایت، خودکشی، ارتشا، طلاق و اختلافات خانوادگی خواهد آورد. البته هیچ‌کدام از این ویژگی‌ها برای جوامع معتاد اختصاصی نیستند. اعتیاد به همراه خود، بی‌عاری و تبلی و امرار معاش را از راههای آسان (همچون قاچاق و خرده فروشی مواد مخدر) وارد جامعه می‌کند؛ بنابراین، حمیت و غیرت از جامعه رخت می‌بندد و اهمال، سهل‌انگاری، بی‌بند و باری رواج می‌یابند. این خصوصیات را در مناطق محروم و جوامع کوچکتر که درصد ابتلا به اعتیاد بزرگ‌تر است، با وضوحی بیشتر می‌توان دید باری این‌ها عمده‌ترین ویژگی‌های جامعه بیمار از نظر اعتیاداند. شناسایی این ویژگی‌ها در اجتماع و مقایسه آنها در گذشته و حال می‌تواند به ما در تشخیص این بیماری یاری دهد و نیز از سویی به عنوان ملاک‌هایی برای مهار و درمان بیماری باشد.



## بند سوم : علل گرایش به اعتیاد

در بسیاری از جوامع، اعتیاد به اشکال و علل گوناگون بروز کرده است، عوامل بسیاری که دست به دست یکدیگر می‌دهند و فرد را به سمت اعتیاد می‌کشانند. اگر علت اعتیاد را فقر بدانیم، معتادان متمول را نادیده گرفته‌ایم و اگر بی‌سوادی را مطرح کنیم، معتادان تحصیلکرده را نادیده گرفته‌ایم. پس نمی‌توان یک عامل را علت اعتیاد دانست. در حقیقت، امروزه اعتقاد بر این است که اعتیاد معلول مجموعه‌ای از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی است. اگر همه عوامل بوجود آورنده اعتیاد مهیا باشد، باز هم در نهایت، این خود فرد است که برای مصرف مواد یا عدم مصرف آنها تصمیم می‌گیرد؛ لذا پیش از هر چیز توانایی‌های فردی را باید تقویت کرد تا شخص در موقع خطر بتواند خود را از چنگال اعتیاد دور سازد:

**الف- فشارهای روحی و بیماری‌های روانی:** در حال حاضر پیوند میان اعتیاد و بعضی از بیماری‌های روانی مشخص شده است. به طور مثال فردی که از افسردگی شدید رنج می‌برد یا شخصی که رفتار ضد اجتماعی دارد، در معرض خطر اعتیاد است.<sup>۱</sup>

**ب- سن بحرانی:** ۱۶ تا ۲۴ سالگی، سنین بحرانی شناخته شده اند. والدین در این دوره باید با دقت بسیار از فرزندان خود مراقبت کنند و تصور نکنند که آنها رشد کافی یافته و از همه خطرات مصونند.

**ج- مشاغل سخت:** مشاغل نیازمند تحمل فشار جسمانی زیاد، مانند کارهای شبانه، نگهداری به مدت زمان طولانی و رانندگی بین شهری، بیش از سایر شغلها افراد را در معرض گرایش به مواد مخدر قرار می‌دهند.

**د- شخصیت:** بعد از تربیت خانواده، این شخصیت کودک است که آینده او را می‌سازد. اگر کودک ترسو، خجالتی، سرخورده، یا بدون اعتماد به نفس باشد، احتمال گرایش او به اعتیاد نیز بیشتر خواهد شد. کنجکاو و کسب لذت دو عامل عمده شروع اعتیاد در جوانان

<sup>۱</sup> حسین مجوبی منش، اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده، فصلنامه کتاب زنان، شماره ۲۲، ص ۷۵.



است. تحقیقات نشان داده است که جوانها، برای ارضای حس کنجکاو خود، لذت جویی، تفریح و تفنن، مصرف مواد اعتیاد آور را تجربه می‌کنند.

### بند چهارم: عوامل خانوادگی

**الف- خانواده‌های پر تنش:** آمار افراد معتاد در خانواده های پر تنش که همیشه درگیر بحث و جدالند، بیشتر از سایر خانواده‌هاست. وجود تنش های عاطفی در خانواده به محرومیت عاطفی می‌انجامد و محرومیت عاطفی از علل مهم گرایش فرد به اعتیاد محسوب می‌گردد.

**ب- خانواده های بد سرپرست، بی سرپرست، و تک سرپرست:** در این خانواده ها به سبب فقدان یکی از والدین یا عدم صلاحیت آنان در تربیت فرزندان، احتمال بروز اعتیاد افزایش می‌یابد.

**ج- پیوند کم رنگ عاطفی:** وجود پیوندها و مناسبات عمیق خانوادگی در پیشگیری از اعتیاد، سهم بسزایی دارد و هر قدر این مناسبات به سردی بگرانند، خطر اعتیاد در محیط خانواده نیز افزایش خواهد یافت.

**د- مهارت والدین در ترغیب فرزندان:** اگر والدین به مهارتهای لازم در تربیت فرزندان خود تسلط نداشته باشند، هرگونه ضعف در تربیت، شکل گیری شخصیت آنان را دچار اختلال خواهد کرد و این احتمال وجود دارد که روزی به مواد اعتیاد آور گرایش پیدا کنند.

**و- وجود فرد معتاد در خانواده:** حضور فرد معتاد در خانواده خطر بزرگی به شمار می‌رود که تمام اعضای آن را تهدید می‌کند و لذا وظیفه والدین در این خانواده‌ها بسیار سنگین‌تر از سایر خانواده‌هاست.

**ه- سهل انگاری در توجه به زنگهای خطر:** مصرف سیگار زنگ خطری بزرگ برای مصرف مواد مخدر است که در صورت سهل انگاری و عدم برخورد قاطع، زمینه اعتیاد را فراهم می‌کند.

**ی- عدم گفتگو پیرامون اعتیاد در خانواده:** متأسفانه برخی خانواده‌ها برای جلوگیری از تحریک حس کنجکاو در فرزندان خود، از مطرح کردن بعضی مسائل و ارائه



اطلاعات صحیح به آنها خودداری می کنند. اگر والدین اطلاعات صحیح را به فرزندان خود ندهند، ممکن است آنها اطلاعات غلط را از دوستان خود کسب کنند. برخی والدین شنونده‌های خوبی نیستند. این امر باعث می شود تا فرزندان حرفهای خود را به دیگران بزنند و در نتیجه توصیه‌های آنان را به راهنمایی‌های والدین خود ترجیح دهند.

### بند پنجم: عوامل اجتماعی

**الف- در دسترس بودن مواد:** زندگی کردن نزدیک مکانهای تجمع معتادان یا محل‌های خرید و فروش مواد می تواند، بویژه برای فرزندان، بسیار خطر آفرین باشد.

**ب- فقر و بیکاری:** نداشتن تمکن مالی، منجر به افزایش فشارهای روحی و روانی می شود و در نتیجه خطر اعتیاد را افزایش می دهد. بیکاری نیز یکی از علل گرایش به مواد مخدر است. با نداشتن مشغولیت ذهنی مفید و سازنده، شخص بیشتر به مواد مخدر تمایل پیدا می کند.

**ج- عدم اطلاع رسانی جامع و کامل:** عدم آگاهی جامع جوانان و والدین از عوارض جسمی، روحی و اجتماعی اعتیاد، همچنین نا آشنا بودن با راههای پیشگیری، از عوامل افزایش دهنده آلودگی افراد به مواد مخدر است. والدین وظیفه دارند اطلاعات کاملی را کسب کنند و در اختیار جوانان خود قرار دهند.

**د- باورهای نادرست اجتماعی:** متأسفانه برخی اقوام مصرف مواد مخدر را ناپسند نمی دانند و در نتیجه گرایش به مصرف مواد در میان آنها بیشتر است.

### بخش دوم: پیامدهای اعتیاد

#### بند اول: پیامدهای فردی

**الف- عوارض جسمی:** معتاد دائمی به عوارض جسمی چون ناراحتی های عصبی، اضطراب و بی قراری، عطسه، ریزش مکرر آب از بینی و چشم ها، استفراغ مکرر، سوء هاضمه، سوء تغذیه، اختلالات گوارشی، اختلالات قلبی و عروقی، اختلالات مغزی، تنفسی و ریوی، عفونت های خطرناک، تأثیر بر غدد جنسی و ضعف آنها، تأثیر بر هورمون ها و تغییر آنها، خارش بدن، تیره شدن رنگ چهره و لب ها و... دچار می شود. آسیب های جسمی ناشی از مصرف مواد مخدر و سیگار در صورت استعمال در خانه، می تواند به اطرافیان (زن و



فرزندان) نیز منتقل شود و آنها را جزو قربانیان پنهان این ماجرا کند، که معتادان دست دوم خوانده می‌شوند.

**ب- عوارض روانی:** وابستگی روانی معتاد به مواد مخدر از پیامدهایی است که در استمرار اعتیاد فرد، سهم عمده ای دارد و موجب کشش فرد به مصرف مداوم و مجدد مواد مخدر می‌شود. شخص معتاد تعادل خود را تا رسیدن به دارو از دست می‌دهد و در نهایت دچار ضعف هوشیاری و کاهش تیز بینی، تبلی، بی تفاوتی، بی ارادگی، افسردگی، اضطراب، غم و ناامیدی و... می‌شود.

**ج- اختلالات رفتاری:** فرد معتاد، دچار دگرگونی‌های خلقی و شخصیتی به صورت بروز رفتارهایی نظیر دروغ‌گویی، پرخاشگری، شب نشینی‌های مکرر، حرکات مشکوک، پنهان کاری در منزل و محل کار، گوشه گیری و انزوا، خروج از منزل مخصوصاً بعد از ظهرها، دوستی با افراد مشکوک، سرقت، عدم تمایل به مسافرت‌های دور، قرض گرفتن پول و... می‌گردد. افراد معتاد غالباً دچار کمبود اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب، بی خوابی، پرخاشگری هستند. آنها به دلیل ناتوانی در برقراری پیوند عاطفی، قادر به برقراری مناسبات سالم اجتماعی نیستند و احساس بی کفایتی می‌کنند و در مواجهه با مشکلات روزمره زندگی ناتوانند؛ استعمال مواد مخدر، فرد را از جامعه و انسانیت بیزار و دور می‌کند و سعادت و سلامت فردی آنان را به خطر می‌اندازد و مصرف مواد موجب عزلت و فرار آنان از اجتماع و پیدایش حاشیه نشینی اجتماعی می‌شود که خود از عوامل رفتارهای ضد اجتماعی است.

### بند دوم: پیامدهای خانوادگی

« بر اساس گزارش‌های آماری، بیشتر معتادان مردان متأهل اند که ۸۶ درصد آنها یک تا شش اولاد دارند. مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌ای عادی دارند، به گونه ای که مناسبات زوجین، مناسبات پدر معتاد با فرزندان و مناسبات اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و ... مختل می‌شود»<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> حبیب آقا بخشی، اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده، صص ۹-۷.



**الف- نابسامانی و فروپاشی خانواده:** «شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاقهای کشور ناشی از اعتیاد و مسائل وابسته به مواد مخدر است و ۶۰ درصد علل درخواست طلاق از سوی زنان، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه است، در حالی که در ۲۵ سال گذشته فقط ۲ درصد علل درخواست طلاق اعتیاد بوده است»؛ بنابر این تعداد بسیاری از خانواده ها تحت تأثیر عوارض شوم اعتیادند. طلاق یکی از پیامدهای عمده اعتیاد است که به نوبه خود می‌تواند دلیلی نیز بر شیوع و گسترش اعتیاد باشد. زنان در خانواده هایی با همسر معتاد، به فرض مقاومت، باید بیشترین فشارها را از هر سو تحمل کنند و بتنهایی مسئولیت خانواده نابسامان را بدوش بکشند؛ آنها هم با سرپرستی فرد معتاد و هم با خطر ابتلای خود و فرزندان به اعتیاد مواجهند.

**ب- اختلال در مناسبات عاطفی و جنسی زوجین:** عمده ترین آسیب خانوادگی اعتیاد به مواد مخدر، بر مناسبات عاطفی، جنسی و روانی زن و شوهر در خانواده است. اعتیاد شوهر به انزوا و دوری از همسر، عدم تعلق عاطفی، جر و بحث و نزاع بین زن و شوهر می‌انجامد. این وضع تأثیر نامطلوبی بر شخصیت فرزندان می‌گذارد. از دیگر تبعات اعتیاد مردان، تضعیف قوای جنسی است. اختلال روابط زناشویی، علاوه بر مشکلات جسمی و روانی برای زنان، بسیاری از آنان را به علت بی‌توجهی و بی‌غیرتی همسر به سوی برقراری مراودات نامشروع سوق می‌دهد.

**ج- معتاد نمودن همسر:** معمولاً شوهر معتاد مواد مخدر را در اختیار همسرش می‌گذارد و او را در دو راهی اعتماد و عدم اعتماد به شریک زندگی قرار می‌دهد. او سعی می‌کند به این دلایل همسرش را نیز معتاد کند:

سوء استفاده از همسر برای تهیه مواد مخدر، پوشاندن خصوصیات غیر قابل قبول خود و انتقام جویی و تلافی از همسر، جلوگیری از متارکه و جدایی همسر، جلوگیری از نزاع و سرزنش های همسر، داشتن شریک و همدم برای مواقع استعمال و نشنگی، علاقه به همسر برای رهایی او از دردهایی چون درد زایمان، سرطان و ...



**د- روسپیگری همسر:** اعتیاد یکی از عوامل گرایش زنان به روسپیگری است. « نتایج یک تحقیق پیرامون زنان روسپی نشان می‌دهد که اغلب آنان از خانواده‌های نابسامان بوده‌اند که به علت اعتیاد و بیکاری همسر طلاق گرفته‌اند. همچنین تعداد زیادی از زنان مورد مطالعه، چه قبل از آغاز روسپیگری و چه بعد از آن دارای پدر و همسر معتاد یا قاچاقچی بوده‌اند.» در برخی موارد نیز مردان معتاد همسر خود را مجبور به خودفروشی برای تأمین مواد مخدر می‌کنند.

**هـ خشونت علیه زن:** کارشناسان، بروز خشونت علیه زنان و افزایش آن را علاوه بر فشارهای اقتصادی، مشکلات روحی و روانی ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر می‌دانند. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که بین اعتیاد مردان و خشونت زناشویی تناسب وجود دارد و مواد مخدر به علت تغییراتی که در جهاز عصبی بوجود می‌آورد زمینه انواع خشونت‌ها و تعرضات را فراهم می‌آورد. معتادان در حالت احتیاج و خماری از ارتکاب هیچ عملی حتی خشن خودداری نمی‌کنند. اغلب مردانی که به همسران خود آسیب می‌رسانند، قبل از آسیب رسانی، مواد مخدر مصرف کرده‌اند. همچنین بیشتر مردانی که از کودکان سوء استفاده جنسی می‌کنند دارای سابقه مصرف مواد مخدر بوده‌اند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که وابستگی مثبت بین اعتیاد مردان و خشونت خانگی حدود ۴۴ درصد است.

**و- انتقال ایدز:** « بر اساس برآوردها، حدود ۲۰۶۵۰ مورد ابتلا به ایدز در کشور وجود دارد که حدود ۶۴ درصد این افراد از طریق تزریق مواد مخدر و استفاده از سرنگ‌های آلوده مبتلا شده‌اند. مطابق آمار، مردان معتاد اکثریت مبتلایان به ایدز را تشکیل می‌دهند لذا احتمال انتقال ایدز از سوی مردان به همسر و فرزندان آنها وجود دارد. اغلب مردان معتاد به دلیل داشتن روابط جنسی با روسپیان و افراد هم جنس به بیماری‌های جنسی و ایدز مبتلا هستند.»

**ز- اختلال در کارکردهای اساسی و مناسبات اجتماعی خانواده:** اعتیاد والدین، کلیه کارکردهای اساسی خانواده را درباره فرزندان، آموزش مذهب به کودکان و نوجوانان، حمایت معنوی و عاطفی فرزندان، مناسبات اجتماعی خانواده، نگهداری کودکان، کاریابی و





ایجاد پایگاه اجتماعی فرزندان و ... دچار اختلال می‌کند. فرزندان در چنین خانواده‌هایی با مشکلات مواجهند:

«ارزش‌های اجتماعی را بدرستی پذیرا نمی‌شوند، با همسالان عادی خود سازگاری ندارند، به نظافت و لباس پوشیدن خود توجه کافی ندارند، معمولاً ترک تحصیل یا افت تحصیل دارند، اوقات خود را بیهوده هدر می‌دهند، معمولاً جذب همسالان بزهکار می‌شوند.» در مناسبات اجتماعی اعضای خانواده، به جای مهر و عطوفت، خشونت حاکم می‌شود، اعضای خانواده معتاد، با بستگان و آشنایان مراوده بسیار کمی دارند و در معاشرت‌ها به جای احساس راحتی و غرور، احساس شرم و خجلت می‌کنند.

**ح - نابسامانی اقتصاد خانواده:** سهم پدر در نظام خانواده ایرانی، برجسته و پر اهمیت است. در خانواده‌های پدر معتاد، اختلال در وظایف اقتصادی پدر و برهم خوردن انتظارات متقابل در زمینه حقوق و وظایف اعضای خانواده مشاهده می‌شود. پایگاه شغلی پدر دستخوش اختلال و آشفتگی می‌شود؛ پدر بر اثر خرید مواد مخدر و بیکاری، خانواده را مقروض می‌کند، اموال منزل به دست او به فروش می‌رسد و اعضای خانواده مجبور می‌شوند برای تأمین معاش خانواده کار کنند. پدر از مسئولیت‌های منزل حذف می‌شود و اقتدارش کاهش می‌یابد.

### بند سوم: پیامدهای اجتماعی

**الف - استهلاک سرمایه‌های مادی و اجتماعی:** اعتیاد افزون بر زیانهای جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماریهای عفونی و واگیر دار، عوارض و پیامدهای ناگوار اجتماعی و اقتصادی از جمله افزایش جرایم وابسته به مواد مخدر و هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشور را نیز به دنبال دارد. هزینه‌های مالی، اجتماعی و اتلاف نیروی انسانی ناشی از اعتیاد جرایم، فقط محدود به فرد معتاد نمی‌شود. هزینه‌های اقتصادی که به جامعه تحمیل می‌شود نظیر هزینه‌های بهداشتی، درگیر شدن نیروی انتظامی و قضایی، افزایش نرخ بیمه و تأمین اجتماعی، آزار و اذیت بستگان و... اثرات بسیار منفی بر جای می‌گذارد؛ اعتیاد هم‌چنین موجب استهلاک سرمایه‌های اجتماعی و مادی جامعه می‌شود؛ «خسارت مادی اعتیاد مستقیم و غیر مستقیم، سالانه بین ۳ تا ۷ میلیارد دلار برآورد شده است».



**ب- کاهش امنیت اخلاقی و اجتماعی:** استعمال مواد مخدر را باید تشویقی قوی برای ارتکاب رفتارهای ضد اجتماعی دانست. هم‌چنین میان استعمال مواد و ارتکاب بزه بویژه بزه های خشونت بار وابستگی مستقیم وجود دارد. مصرف مواد میزان مقاومت فرد را در برابر انواع رفتارهای نسنجیده و پرخاشگرانه کاهش می دهد و از این طریق منجر به افزایش رفتارهای ضد اجتماعی می شود. استعمال مواد مخدر، به سبب هزینه‌بری و کجروانه بودن جایگاه اجتماعی آن، عامل شتاب دهنده یا تقویت کننده کجروی بویژه در بزه‌های علیه اموال است. «برحسب آخرین آمار در سال ۸۰ به طور متوسط در هر روز، ۶۷۵ نفر و به عبارتی در هر ۲ دقیقه، ۱ نفر به جرم مواد مخدر روانه زندانهای کشور شده است. البته خرده فروش‌ها بیشترین جمعیت کیفری زندانها را تشکیل می دهند و ۶۱ درصد نیز فاقد سابقه کیفری بوده‌اند. نتایج تحقیقات نشان می دهد که ۶۸ درصد مبتلایان به ایدز، ۱۰ درصد مجرمین جرایم مالی، ۳۰ درصد جرایم منکراتی، ۲۵ درصد قتل‌ها، ۲۷ درصد قاچاق کالاها و هم‌چنین شمار نسبتاً زیادی از سرقت‌ها، فراریان از منزل، اقدام کنندگان به خودکشی، روسپی‌ها و... به شکل مستقیم یا غیر مستقیم به مسأله مواد مخدر خصوصاً اعتیاد مردان برمی گردد».

**ج- استحاله فرهنگی و سیاسی:** اعتیاد می تواند استحاله فرهنگی و سیاسی جامعه را در پی داشته باشد، زیرا جامعه معتاد، در مقابل بیگانگان احساس ضعف، ناتوانی و بی قدرتی می کند و در عرصه سیاسی فاقد اقتدار و تصمیم سازی است و نمی تواند از حیثیت، شرافت و ثروت خود حراست کند. در عرصه فرهنگی نیز دچار از خود بیگانگی، بی هویتی و ضعف انسجام و همبستگی اجتماعی می شود.

### بخش سوم: روش های ترک اعتیاد<sup>۱</sup>

بیماران معتاد از نظر درمان یا ترک اعتیاد معمولاً به سه گروه آسان، دشوار و بسیار دشوار تقسیم می شوند. بیمارانی که اغلب به تدخین تریاک اعتیاد دارند یا قرص کدئین مصرف می کنند در گروه بیماران آسان قرار می گیرند و درمان آنها در ۶۰ یا ۹۰ درصد موارد

<sup>۱</sup> لطفعلی پورکاظمی، ترک اعتیاد، ص ۲۲



با موفقیت همراه است. بیماران دشوار کسانی هستند که مدت طولانی به تریاک معتاد بوده‌اند و شیره یا سوخته مصرف می‌کرده‌اند. میزان موفقیت در این گروه ۳۰ تا ۶۰ درصد تخمین زده می‌شود. گروه بسیار دشوار بیمارانی‌اند که از هرویین یا مرفین استفاده می‌کنند. درمان این بیماران فقط در ۲۰ تا ۴۰ درصد موارد موفق است. درمان اعتیاد به طور کلی به ۶ روش انجام می‌شود:

### بند اول: درمان با مواد افیونی طولانی اثر

در این روش بیمار نسبت به روش‌های دیگر، درد و ناراحتی کمتری متحمل می‌شود و بجز یکی دو روز اول، می‌توان بیمار را به صورت سرپایی درمان کرد؛ این روش برای درمان بیماران پیر و ضعیف، کسانی که به بیماری‌های دیگری نیز مبتلایند، بیماران معتاد به هروئین تزریقی و آنهایی که به سایر روش‌ها پاسخ نداده‌اند، روش ارجح محسوب می‌شود. بیمار، بستری می‌شود و در یکی دو روز اول علایم و شکایت‌های بیمار با تجویز خوراکی یا تزریقی داروی مخدر متادون مهار می‌شود. سپس مقدار نیاز روزانه فرد معتاد به داروی مخدر محاسبه و بیمار با تجویز داروی خوراکی مخدر به اندازه یک روز مرخص می‌شود. بیمار هر روز به پزشک معالج مراجعه و به اندازه یک روز دیگر دارو دریافت می‌کند. پزشک معالج مقدار دارو را بتدریج کاهش می‌دهد. به طوریکه اغلب در مدت ۳ تا ۶ هفته بیمار قادر به ترک کامل ماده مخدر می‌شود. بتازگی داروی طولانی‌اثرتری از متادون به نام LAAM به بازار آمده که فقط سه بار در هفته مصرف می‌شود.

### بند دوم: درمان با آرام‌بخشها و مواد افیونی ضعیف<sup>۱</sup>

متداولترین شیوه درمان اعتیاد است. داروهای اصلی عبارتند از: بنزودیازپین‌ها مانند دیازپام (والیوم) داروهای ضد افسردگی، باکلوفن (شل‌کننده عضلات)، کدئین و دیفنوکیسیلات. در این روش معمولاً از استامینوفن کدئینه و دیفنوکیسیلاک استفاده می‌شود. طول درمان بین ۳ تا ۶ هفته است و نیازی به بستری کردن بیمار نیست.

<sup>۱</sup> حبیب آقا بخشی، اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده، صص ۷-۹.



## بند سوم : درمان با اصول روحانی

معتادان گمنام، انجمنی است مرکب از معتادانی در حال بازیابی که برای پاک شدن، از برخی اصول روحانی کمک می‌گیرند. پایه‌گذاران این انجمن معتقدند اعتیاد معضلی چند جانبه است که جسم و روح فرد را بیمار می‌کند. جنبه جسمی ۵ درصد بیماری و جنبه فکری، عاطفی، احساسی و معنوی ۹۵ درصد بیماری را تشکیل می‌دهد. بنابراین معتادان پس از ترک جسمی، باید به درمان جنبه روحانی بیماری خود پردازند. به اعتقاد این گروه علت اولیه و نهفته اعتیاد، پیدا نکردن پیوند سالم با خدا و درک صحیح از او است. پس در دوران بهبودی، معتادان در ۱۲ مرحله با اصولی روحانی چون تسلیم، صداقت، پذیرش و... آشنا می‌شوند و با بکار بستن آنها پیوند تازه و سالمی را با پروردگار، آغاز می‌کنند. به مرور زمان و با نزدیک و عمیق‌تر شدن این پیوند، احساس تنهایی و پوچی زندگی که مشکل‌ترین و پیچیده‌ترین بعد اعتیاد است، از بین می‌رود و احساس امنیت و اتکا به خالق، معتاد را از خود محوری و وابستگی به هر چیز و هر کس دور می‌کند. موفقیت این روش در گرو ایمان فرد معتاد و اراده شخصی او برای نجات یافتن است. معتادانی که با این روش درمان می‌شوند اغلب پاک می‌مانند و در صدد بازگشتی نسبتاً کمتر از سایر روش‌هاست.

## بند چهارم : شیوه مبارزه قانونگذار ایران با اعتیاد و نقد آن<sup>۱</sup>

ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر که در سال ۱۳۷۶ به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده است، مقرر می‌دارد: «اعتیاد جرم است و...»، و ماده ۱۶ همان قانون برای معتادان یک تا ۵ میلیون ریال جزای نقدی و یک تا سی ضربه شلاق مقرر کرده است که در صورت تکرار، مرتکب هر بار تا ۷۴ ضربه به شلاق و اگر از کارکنان دولت باشد، به انفصال دائم از خدمت دولتی نیز محکوم می‌شود. محتوای این مواد نشان می‌دهد که قانونگذار از نظریه مجرمیت اعتیاد تبعیت می‌کند و اعتقاد دارد که مجازات موجب پیشگیری و درمان معتادان خواهد شد. در ادامه این ادعا را بررسی می‌کنیم.

<sup>۱</sup> حسین محبوبی منش، اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده، فصلنامه کتاب زنان، شماره ۲۲، ص ۷۸.



## بند پنجم: نقاط قوت قوانین مبارزه با مواد مخدر

الف- تشکیل ستادی به عنوان متولی مبارزه با مواد مخدر که در ابعاد مجازات، پیشگیری، اصلاح و بازپروری معتادان فعالیت می‌کند.

ب- توجه این قانون به ایجاد اردوگاهها و مراکز بازپروری معتادان و هم چنین درمان معتادان و پیش‌بینی پرداخت هزینه‌های درمان اعتیاد».

نقاط ضعف قوانین مبارزه با مواد مخدر

الف -بیکاری به عنوان پدیده‌ای اجتماعی، زمینه ساز مساعدی برای انحرافات بویژه اعتیاد است. تحقیقات نشان داده که گرایش شاغلان به مصرف دخانیات و مواد مخدر کمتر است. آنچه جای بررسی دارد این که بعضی از قوانین فعلی درباره جرایم مواد مخدر به معضل بیکاری و پیوند آن با اعتیاد و اهمیت مبارزه با این مشکل توجه کافی نداشته است؛ چنانچه قانون تخلفات اداری کارمندان دولت، کارمندی را که اعتیاد وی ثابت شود، به مجازات انفصال از خدمات دولتی محکوم کرده است.

ب- «آمار حاکی از آن است که هر صد معتادی که مجازات در مورد آنها اعمال می‌شود، ۹۶ درصد مجدداً به سمت اعتیاد باز می‌گردند و مجازات تنها بر روی ۴ درصد آنها تأثیری بازدارنده داشته است. هم چنین در سالهای اخیر الگوی مصرف تریاک به مواد دیگری چون هروئین، حشیش، آمفتامین و قرص‌های روان گردان تغییر یافته و سن مصرف مواد نیز کاهش پیدا کرده است. در نتیجه باید پذیرفت که بسیار بعید است، شخصی که قصد استعمال و گرایش به اعتیاد داشته باشد به این علت که عملش منجر به مجازات می‌شود از مصرف مواد خودداری کند و یا اعمال مجازات درباره فردی که به علت اعتیاد محکوم شده است، موجب پیشگیری از ارتکاب مجدد آن شود».

ج- یکی دیگر از تبعات جرم انگاری اعتیاد، زندانی شدن معتاد و عواقب و پی‌آمدهای منفی بسیاری است که این امر بر خود فرد و خانواده وی می‌گذارد و با ضرباتی که از جهات اقتصادی، مالی، روانی، فرهنگی، و اجتماعی بر فرد و خانواده اش وارد می‌کند خانواده را در معرض فروپاشی قرار می‌دهد و فرزندان خانواده را نیز به سمت بزهکاری سوق می‌دهد.



زندانی‌های معتاد در اثر پیامدهای روانی مواد مخدر و یا در ازای دریافت پول و دارو، گاهی تن به روابط نامشروع جنسی می‌دهند. از سوی دیگر ممنوع بودن استفاده از مواد مخدر و در دسترس نبودن وسیله مناسب تزریق، افراد معتاد را مجبور می‌کند تا به هر راه و شیوه‌ای، مواد مخدر را به بدن خود برسانند. در نتیجه یک معتاد زندانی نه تنها خود در معرض خطر آلودگی به بیماریهای خطرناکی مانند ایدز و هپاتیت قرار دارد، بلکه می‌تواند به عنوان یک ناقل، عوامل عفونی خطرناک را به جامعه انتقال دهد.

### نتیجه گیری

اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر و روان گردان پدیده مصیبت آفرینی است که از جنبه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و بهداشتی جامعه را تهدید می‌کند. در دو دهه اخیر، عمده منابع، امکانات، فرصت‌ها و تلاش‌ها در راستای مبارزه با اعتیاد به کار گرفته شده است. دو دیدگاه اصلی حاکم بر اعتیاد، دیدگاه جرم‌نگر و بیماری‌نگر است. هر کدام از این دیدگاهها، تبعات خاص خود را دارد و هیچ کدام در عمل موفق نبوده‌اند زیرا اعتیاد پدیده‌ای چند جانبه و ناشی از علل گوناگون است و قانون و سیاستی که تک بُعدی به اعتیاد نگاه کند، نمی‌تواند در مبارزه با اعتیاد به نتیجه مطلوب دست یابد. قانونی در اجرا موفق است که نگاهی کل‌گرا به اعتیاد داشته باشد و در سه بُعد پیشگیری، مجازات و درمان و اصلاح معتاد بتواند راهکارهای مناسبی را ارائه دهد. بنابراین بهتر آن است که معتاد را به عنوان ترکیبی از مجرم و بیمار بشناسیم یعنی فردی که در عین بروز علائم بیمارگونه و در جستجوی مواد، مرتکب اعمال مجرمانه می‌شود. چنانچه معتاد را صرفاً مجرم تلقی کنیم باید او را به مجازات عملش برسانیم، یعنی کاری که با توجه به انبوه معتادان عملی نیست و بعلاوه احتمال گسترش اعتیاد در بین افرادی که به علت جرم بودن اعتیاد، سعی در پنهان کردن آن دارند زیاد است. هم چنین بیمار تلقی نمودن معتاد، مستلزم فراهم نمودن امکانات وسیع درمان و بازپروری است. اما در صورتی که اعتیاد، ترکیبی از جرم و بیماری باشد، ضمن الزام به تأمین امکانات لازم برای اصلاح و درمان، با شیوع ناشی از آزاد بودن معتادان مواجه نخواهیم شد.



## پیشنهادات محقق

به نظر می رسد بکارگیری پیشنهادهایی بتواند در عرصه مبارزه با اعتیاد مؤثر باشد:

- ۱- اتخاذ سیاست سه جانبه شامل مقابله با عرصه مواد مخدر، کاهش تقاضای مواد مخدر و درمان و بازپروری معتادان که از به هدر رفتن منابع مالی، اقتصادی، انسانی و... جلوگیری کند.
  - ۲- جرم زدایی اعتیاد که موجب کاهش آمار زندانیان مواد مخدر و هزینه نگهداری معتادان در زندان می شود و در کنار آن زمینه درمان و بازپروری معتادان را فراهم می کند.
  - ۳- توجه به آموزش های همگانی پیرامون اعتیاد در رسانه های جمعی، کتب درسی، نشریه ها و... به منظور آگاه سازی اجتماعی در زمینه اعتیاد و معضله های ناشی از آن.
  - ۴- ایجاد و برقراری حمایت های اجتماعی، خدمات مددکاری و مشاوره ای، روان درمانی و رفتار درمانی برای خانواده های آسیب دیده معتادان و نیز معتادانی که ترک کرده اند به منظور جلوگیری از بازگشت آنها به اعتیاد.
  - ۵- تقویت و توسعه مراکز ترک اعتیاد و درمان و بازپروری معتادان
  - ۶- ایجاد زمینه های اشتغال و فعالیتهای سالم در جامعه و کاهش نرخ بیکاری.
  - ۷- شناسایی عوامل فرهنگی و اجتماعی گرایش به اعتیاد و رفع آنها با برنامه ریزی جامع و منظم
  - ۸- تقویت و گسترش عمومی مبنای مذهبی و معنوی در خانواده و فرد که بویژه در درمان و جلوگیری از اعتیاد مؤثر است.
- امید است که با تصویب قوانین جدید و تجدید نظر در قوانین فعلی، گام مؤثرتری برای کاهش گرایش به اعتیاد، درمان بیماریهای ناشی از اعتیاد و بازپروری معتادان برداشته شود.



## منابع و ماخذ

۱. آقا بخشی (حبیب)، اعتیاد و آسیب شناسی خانواده، انتشارات دانش آفرین، تهران، ۱۳۹۰
۲. اسعدی (سید حسن)، پیشگیری از اعتیاد، انتشارات سازمان انجمن اولیاء و مربیان، تهران، ۱۳۸۹
۳. امامی (حسن)، حقوق مدنی، انتشارات کتابفروشی اسلامیة، جلد ۵، تهران، ۱۳۷۶
۴. پور کاظمی (لطفعلی)، ترک اعتیاد، انتشارات بچه ها سلام، تهران، ۱۳۷۵
۵. تشویقی (فروهر)، تولد دوباره، انتشارات کتاب رشد، تهران، ۱۳۸۱
۶. صفایی (سید حسن)، قاسم زاده (سید مرتضی)، حقوق مدنی اشخاص و محجورین، انتشارات سمت، تهران، ۱۳۸۱
۷. کاتوزیان (ناصر)، قواعد عمومی قراردادها، انتشارات شرکت سهامی انتشار، جلد ۲، تهران، ۱۳۷۹
۸. گلدوزیان (ایرج)، بایسته های حقوق جزای عمومی، نشر میزان، تهران، ۱۳۸۲
۹. منصور (جهانگیر)، قانون مدنی، نشر دیدار، تهران، ۱۳۸۲
۱۰. منصور (جهانگیر)، قانون مجازات اسلامی، نشر دیدار، تهران، ۱۳۸۲
۱۱. جوانفر (عباس)، جرم انگاری اعتیاد و تأثیر آن بر پیشگیری و درمان معتادان، نشریه اصلاح و تربیت، سال دوم، شماره ۱۵، خرداد ۱۳۸۸
۱۲. دانا (فریبرز)، اولین همایش آسیب‌های اجتماعی در ایران، روزنامه همشهری، ۱۲/۳/۸۹
۱۳. دیبانی (امیر)، اعتیاد از دیدگاه پزشکی قانونی، نشریه پزشکی درد، سال سوم، شماره ۲۸، تیر ۱۳۸۹
۱۴. رضایی (فریبا)، علل و عوامل بوجود آورنده اعتیاد، روزنامه اطلاعات، ۱۳۹۰/۶/۶
۱۵. صالح پور (شهاب)، مبارزه با اعتیاد، نشریه پزشکی درد، سال سوم، شماره های ۲۱-۲۲، آذر و دی ۱۳۸۸
۱۶. مرکز تحقیقات و مطالعات جرم شناسی اداره کل زندانهای استان خوزستان، معتاد بیمار روانی یا مجرم، نشریه اصلاح و تربیت، سال هفتم، شماره های ۸۰-۸۲، مهر آبان و آذر ۱۳۸۹