

تبیین آسیب اجتماعی اعتیاد از نگاه قربانیان آن در شهر تهران*

رسول افزلی^۱، حمیدرضا صرامی^۲، احمد ایرانخواه کوخالو^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵

چکیده

هدف: این تحقیق با هدف تبیین آسیب اجتماعی اعتیاد از نگاه قربانیان آن در شهر تهران انجام شد. **روش:** تحقیق با استفاده از روش توصیفی-تحلیلی انجام و شیوهی گردآوری اطلاعات، مصاحبه عمیق با افراد معتاد بود. **یافته‌ها:** اعتیاد به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی در شهر تهران، غالباً در سطح فردی به وقوع می‌پیوندد. علل و سبب‌های اعتیاد نه اجتماعی بلکه بیشتر در سطح فرد، خانواده و حلقه دوستان شکل می‌گیرند. اعتیاد در کلانشهر تهران بیشترین پیامدهای خود را در دو حوزه آسیب‌های رفاهی و جرم‌زابه جای گذاشته و آثار آن کمتر در حوزه آسیب‌های ساختاری ظاهر شده‌اند. در زمینه‌ی نهادی و سازمانی، وضعیت فعالیت سمن‌ها از نهادها و سازمانهای خدمات دهنده‌ی دولتی بهتر بوده و راندمان کاری آن‌ها در همه سطوح پیشگیری و درمان بیشتر و بهتر بوده است. میزان رضایت نسبی استفاده‌کنندگان معتاد از خدمات سمن‌ها در شهر تهران بسیار بیشتر از نهادها و سازمان‌های دولتی بوده است. راهکار فائق آمدن بر آسیب اجتماعی اعتیاد، آموزش و اطلاع‌رسانی بیشتر و دقیق‌تر است. **نتیجه‌گیری:** مسائل اجتماعی مربوط به اعتیاد در کلانشهر تهران، بیشتر با شاخص‌های سه رویکرد نظری آسیب اجتماعی، کج رفتاری اجتماعی، و تضاد اجتماعی منطبق بوده‌اند. با مطالعه مصادیق مطالعاتی این سه رویکرد در تجارب کشورهای جهان، می‌توان راهبردها و راهکارهای علمی مناسبی برای برون رفت از معضلات اجتماعی اعتیاد در کشور و به طور خاص در شهر تهران ارائه کرد.

کلید واژه‌ها: آسیب اجتماعی، اعتیاد، قربانیان اعتیاد، علل اعتیاد، تهران

* این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی در مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران می باشد.

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه جغرافیای سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیکی: rasoulafzali8@gmail.com

۲. مدرس دانشگاه و کارشناس مسائل مواد مخدر، مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد مخاطرات محیطی (گرایش انسانی)، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد ابتلای اسارت‌آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمی و روانی وابسته ساخته رفتار فردی و اجتماعی او را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اعتیاد به عنوان یکی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی، زندگی فرد را مختل می‌سازد (قیایی، ۲۰۱۸). اعتیاد به مواد مخدر مسئله‌ای است که در سال‌های اخیر ابعاد وسیع‌تری یافته و با گسترشی روز افزون، توجه و نگرانی جوامع بشری را به خود جلب کرده است. به نظر می‌رسد پیامدهای مخربی که اعتیاد متوجه فرد و جامعه می‌کند، بیشترین نقش را در افزایش نگرانی‌های عمومی در این باره دارد (دیوانی^۱، ۲۰۱۷). جامعه ایران به خاطر موقعیت جغرافیایی خاص خود که در مسیر ترانزیت مواد مخدر قرار گرفته، آسیب‌های بیشتری را متحمل شده و لذا چاره‌اندیشی برای کنترل و مبارزه با اعتیاد توجه و دقت بیشتری می‌طلبد (دنویر^۲، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی می‌شمرد که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار داده است (مک وی و بیگلی^۳، ۲۰۱۶). اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی‌ترین مسئله اجتماعی ایران، زمینه‌ساز بروز سایر آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی شده است (اعتباری، ۲۰۱۴). بر اساس گزارش سازمان ملل، ایران بالاترین آمار مصرف مواد مخدر در جهان را دارد و تهران نیز یکی از کلان‌شهرهای اعتیاد است (کاکویی و فاریابی، ۱۳۹۴). بررسی مسئله اعتیاد و ویژگی‌های فردی و اجتماعی آن به عنوان یک آسیب اجتماعی از نگاه قربانیان کمتر مورد توجه بوده است (اسچلیفر^۴، ۲۰۱۳). این رویکرد در پیچه جدیدی به بررسی این موضوع است که برخی از وجوه ناشناخته مسئله را مکشوف می‌سازد. بر همین اساس مسئله‌ی اصلی این مقاله تبیین و بررسی آسیب اجتماعی اعتیاد در شهر تهران از نگاه قربانیان است.

آسیب اجتماعی در تمایز با سایر مفاهیم هم عرض که معطوف به پتانسیل‌ها یا ظرفیت‌ها یا معضلات و مشکلات اجتماعی هستند، به آن دسته از مسائلی اطلاق می‌شود که با ایجاد اختلال در نظم معمول اجتماعی باعث ایجاد پیامدهای منفی در حوزه اجتماعی یا سایر حوزه‌های فرهنگی، سیاسی و اقتصادی شده‌اند (کلپام، ۲۰۰۷). بر اساس این تعاریف برای تعیین مولفه‌ها و شاخص‌های هر آسیب اجتماعی مانند اعتیاد می‌توان گفت هر عمل فردی و جمعی که دارای مشخصه‌های بی‌نظمی اجتماعی؛ مغایرت با اصول اخلاقی جامعه؛ مغایرت با قواعد رسمی و غیررسمی جامعه؛ منع قانونی و اجتماعی؛ نابسامانی و اختلال در کارکردهای نظام اجتماعی؛ کج رفتاری اجتماعی؛ ناهنجاری اجتماعی؛ و انحراف اجتماعی باشد، آسیب اجتماعی نامیده می‌شود (الیوت، ۱۳۸۵).

در مقابل برخی از جامعه‌شناسان کاربرد آسیب اجتماعی را برای مصداق‌های مسائل اجتماعی درست نمی‌دانند. از نظر آن‌ها این واژه مربوط به دهه‌های نخستین قرن بیستم است و تنها در یک برهه که جامعه‌شناسان با رویکرد ارگانیستی و با اقتباس از علم پزشکی، مسائل اجتماعی جامعه را آسیب اجتماعی نامیدند، کاربرد داشته و پس از آن واژه‌ی مسئله اجتماعی جایگزین آن شده است. از نظر این گروه، کاربرد واژه مسئله اجتماعی برای مصداق آسیب اجتماعی مناسب‌تر است (جلایی پور و محمدی، ۱۳۸۷).

برای تبیین ماهیت آسیب‌های اجتماعی هفت رویکرد نظری وجود دارد که هر کدام تعریف، علل و سبب‌ها، شرایط پیدایش آسیب، پیامدهای آسیب و راه‌حل‌های غلبه بر آن را در تمایز با یکدیگر تشریح کرده‌اند. این رویکردها عبارتند از رویکرد آسیب اجتماعی، رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی، رویکرد تضاد ارزش‌ها، رویکرد کج رفتاری اجتماعی، رویکرد انگ‌زنی، رویکرد انتقادی، و رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی. جدول ذیل تشریح مختصر این رویکردهای نظری را ارائه کرده است.

جدول ۱: رویکردهای هفت‌گانه آسیب‌های اجتماعی (راینگتن و واینبرگ، ۱۹۹۳)

ردیف	رویکردهای نظری	آسیب‌های اجتماعی	علل آسیب‌ها	شرایط	پیامدها	راه حل‌ها	نظریه پردازان
۱	شناسی اجتماعی رویکرد آسیب	تخلف از انتظارات جامعه	ناکامی در جامعه- پذیری	شرایط وقوع آسیب معطوف به افراد و محیط است.	افزایش هزینه‌های نظم اجتماعی.	جنبش اصلاح نژاد- آموزش اخلاقیات طبقه متوسط- اصلاح نهاد‌های بیمار	هندری، اسمیت، روزنبرگ ^۱ (۱۹۱۱)
۲	رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی و یک‌د	عدم توفیق مقررات اجتماعی	تغییرات اجتماعی	عدم تعادل در بخش‌های نظام اجتماعی	فشار روانی تغییر در نظام اجتماعی - اختلال در نظام اجتماعی فروپاشی	و ایجاد تعادل مجدد- کاهش سرعت تغییرات	توماس، و زانایکی ^۲ (۱۹۲۷)
۳	رویکرد تضاد ارزش‌ها	ناسازگاری با ارزش‌های جامعه	تضاد ارزش‌ها یا منافع	رقابت و برخورد گروه-ها	پرهزینه بودن تضادها- از بین رفتن ارزش‌های مهم	توافق- معامله- زور	فولر، و مایرز ^۳ (۱۹۴۱)
۴	رویکرد کج رفتاری اجتماعی	تخلف از انتظارات بهنجار جامعه و فاصله گرفتن از هنجارها	جامعه پذیری نا متناسب	فرصت‌های محدود یادگیری- فرصت‌های محدود برای دست یابی به اهداف مشروع	پرهزینه بودن پیامدهای اجتماعی و ایجاد اجتماع نامشروع	جامعه پذیری مجدد- افزایش تماس گروه‌های اولیه مهم با الگوهای رفتاری مشروع	سادرلند (نظریه پیوند افتراقی)، مرتون (نظریه آنومی) ^۴ (۱۹۴۹)
۵	رویکرد انگ زنی	وضعیتی که در آن رفتارهایی مسئله دار یا انحرافی تلقی شده‌اند.	توجه مردم یا عوامل کنترل اجتماعی به موضوع	شرایطی که در آن امکان انگ زدن وجود داشته باشد.	انگ زدن خود باعث تولید آسیب‌های اجتماعی می‌شود.	تعریف آسیب تغییر پیدا کند- سود مادی انگ زنان از بین برود.	ادوین لمرت، هاوارد بکر ^۵ (۱۹۵۱)

1. Hendry, Smith, & Rosenberg
2. Thomas, & Znanyky
3. Fuller, & Myers

4. Sutherland, & Merton
5. Edwin Lumbert, & Howard
Becker

جدول ۱: رویکردهای هفت گانه آسیب‌های اجتماعی (رایبگنن و واینبرگ، ۱۹۹۳)

ردیف	رویکردهای نظری	آسیب‌های اجتماعی	علل آسیب‌ها	شرایط	پیامدها	راه حل‌ها	نظریه پردازان
۶	رویکرد دین‌گرایانه	آسیب اجتماعی ناشی از استثمار طبقه کارگر است.	جامعه سرمایه‌داری	شدت و سلطه تضاد طبقاتی، آگاهی طبقه کارگر، تغییر در اوضاع اقتصادی	افزایش نرخ جرم.	فعالیت سیاسی	ریچارد کوئینی، ویلیام چمبیلز ^۱ (۱۹۷۳)
۷	رویکرد فرهنگی	وضعیت‌های که به لحاظ فرهنگی، پر دردسر، قابل تغییر و نیازمند تغییر هستند.	فعالیت‌های تعریف - مسئله توسط مردم	فرایند تعامل بین شاکیان و پاسخ‌گویان	ابهام بیشتر در شناخت آسیب‌های اجتماعی	سکوت در ارائه راه حل	کیتسوز، اسیکتور ^۲ (۱۹۷۳)

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق در این مقاله، تحلیلی - توصیفی است. اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه عمیق با معتادان به دست آمده است. جامعه آماری، همه معتادان شهر تهران بوده‌اند. حجم نمونه با استفاده از روش گلوله برفی تعیین شد و از آنجا که معیار تعیین حجم نمونه در این روش اشباع داده‌ها و اطلاعات است، اطلاعات در حجم نمونه ۲۵ نفر اشباع شد و مصاحبه به پایان رسید. پرسش‌گران مجرب گروه تحقیق، با شناسایی افراد معتاد، آن‌ها را در لیست افراد واجد شرایط وارد کرده و سپس با آن‌ها راجع به تحقیق و اهداف آن، صحبت کرده و در صورت موافقت شخص با قرار حضوری مصاحبه انجام می‌شد. فرم مصاحبه، مجموعه‌ای از پرسش‌های باز در زمینه‌های مختلف مورد مطالعه افراد معتاد بوده است. با توجه به این که نوع تدوین فرم مصاحبه و نحوه تکمیل آن از اهمیت زیادی برخوردار

1. Richard Quinny, & William Chambilles

2. Kytsvz, & Asyktvr

است و نتایج بررسی‌ها به میزان قابل توجهی به خروجی این قسمت اتکاء دارد، از این رو در تدوین فرم مصاحبه سعی شده تا اصول اساسی مربوط به تدوین پرسش‌نامه‌ها، از قبیل رعایت اصول مربوط به چارچوب کلی تحقیق، تقدم و تاخر سوالات، روشن بودن کلمات، کوتاه بودن سوالات، مسائل روانی، زبانی و پرهیز از ایجاد حساسیت در پاسخ‌دهنده رعایت شود. فرم مصاحبه از ۲۳ پرسش تشکیل شده که در تحلیل داده‌ها به ۷ بخش اصلی ۱- مشخصات عمومی؛ ۲- سطح جامعه‌شناختی وقوع آسیب اجتماعی؛ ۳- ارتباط آسیب مورد مطالعه با سایر آسیب‌ها و مسائل اجتماعی؛ ۴- زمینه‌ها و علل آسیب‌های اجتماعی؛ ۵- اقدامات سازمان‌ها و نهادها و نقاط ضعف و قوت خدمات ارائه شده؛ ۶- اقدامات سمن‌ها در خصوص آسیب اجتماعی مورد مطالعه؛ و ۷- الگوهای پیشگیری و راهبردها و راهکارها، تبدیل شد. در ادامه داده‌های به دست آمده از هر یک از این بخش‌ها تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد ۹ نفر (۳۶٪)، از مصاحبه‌شوندگان زن و تعداد ۱۶ نفر (۶۴٪) مرد بودند. تعداد ۵ نفر (۲۰٪) مصاحبه‌شوندگان در بازه‌ی سنی ۲۰-۳۵ سال؛ ۱۶ نفر (۶۴٪) بازه‌ی ۳۵-۵۰ سال؛ ۳ نفر (۱۲٪) ۶۵-۵۰ سال؛ و ۱ نفر (۴٪) بزرگتر از ۶۵ سال بودند. تعداد ۱ نفر (۴٪) کمتر از ۵ سال معتاد بود. تعداد ۷ نفر (۲۸٪) بین ۵ تا ۱۰ سال؛ ۵ نفر (۲۰٪) ۱۰ تا ۱۵ سال؛ ۳ نفر (۱۲٪) ۱۵ تا ۲۰ سال؛ و ۹ نفر (۳۶٪) بیش از ۲۰ سال معتاد بودند. آماره‌های توصیفی نمونه به تفکیک منطقه محل سکونت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی نمونه به تفکیک منطقه محل سکونت

منطقه	۱۲	۱۹	۱۴	۱۵	۲۰	۴	۱۶	۱۸	۷	۲۱	۳	۶	۱۳	۱۷
تعداد	۱	۱	۴	۷	۲	۱	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۳	۱
درصد	۴	۴	۱۵	۲۶	۷	۴	۷	۴	۴	۴	۴	۴	۱۱	۴

یافته‌های تحقیق در قالب ۶ مقوله به شرح ذیل بررسی شدند.

مقوله اول: سطح جامعه‌شناختی وقوع اعتیاد: در ذیل این مقوله این پرسش مطرح شد که به نظر شما اثرات منفی اعتیاد خودش را بیشتر در چه سطحی از جامعه نشان می‌دهد؟

سطح فردی، سطح گروهی (خانواده)، سطح اجتماعی (کل جامعه) چرا؟ یافته‌های مربوط به این مقوله نشان دادند: ۷۲٪ از مصاحبه‌شوندگان سطح جامعه‌شناختی آسیب‌اجتماعی اعتیاد را سطح فردی دانستند، همچنین ۴٪ سطح گروهی، ۸٪ سطح اجتماعی و ۱۶٪ سطح ترکیبی را در پاسخ به این سوال بیان کردند. پاسخ‌های مصاحبه‌شونده‌ها نشان می‌دهد که اغلب مهم‌ترین سطح وقوع اعتیاد را سطح فردی دانسته‌اند. آن‌ها معتقدند اعتیاد یک آسیب فردی است. اعتیاد از سطح فردی شروع می‌شود و ممکن است گروه و جامعه را در برگیرد. سطح وقوع آسیب اعتیاد ابتدا در جامعه یا گروه نیست. اعتیاد به دلیل ویژگی‌های ماهوی نمی‌تواند در سطح گروه و اجتماع آغاز شود. از نظر معتادان، اعتیاد مسئله‌ای فردی است و از سطح فردی شروع می‌شود. بنابراین علل آن را با توجه به سطح وقوع آسیب باید کشف کرد.

مقوله دوم: زمینه‌ها، سبب‌ها و علل اعتیاد: در زیر این مقوله دو پرسش مطرح شد. ۱- چه چیز باعث شد تا شما دچار اعتیاد شوید؟ و در کل چه چیزهایی در جامعه باعث اعتیاد می‌شود؟ ۲- چه چیزهایی لازم است تا افراد دچار اعتیاد نشوند؟ در مورد این مقوله یافته‌ها نشان داد ۵۲٪ سبب وقوع اعتیاد را خود فرد و خانواده بیان کرده‌اند؛ ۲۴٪ گروه و حلقه‌ی دوستان، ۱۶٪ ترکیبی از مسائل اقتصادی- فرهنگی؛ و ۸٪ بیکاری را عامل اصلی اعتیاد دانسته‌اند. می‌توان گفت گروه‌های قربانی اعتیاد در زمینه سبب‌ها و علل و بسترهای ایجاد کننده آسیب اعتیاد بیشتر آن را مسئله‌ای خرد در سطح فرد و خانواده و حلقه دوستان دانسته‌اند. آن‌ها مصرف مواد توسط افراد خانواده مثل پدر، شوهر، برادر بزرگتر یا تمامی اعضای خانواده را علت اصلی اعتیادشان ذکر کرده‌اند. همچنین برخی از آن‌ها اعتیاد را یک امر کاملاً فردی دانسته‌اند و ویژگی‌هایی مانند عدم اعتماد به نفس یا ضعف‌های شخصیتی را عامل آن دانسته‌اند. همانطور که یافته‌های مربوط به این مقوله نشان داد، در زمینه علل به ترتیب فرد و خانواده، حلقه دوستان بیشترین نقش را داشته‌اند. در حوزه زمینه‌ها و شرایط عدم پیدایش آسیب نیز مقوله‌های آموزش و آگاهی به خانواده‌ها و افراد، و مسائل روحی و روانی فرد و خانواده بیشتر تکرار شده است. به طوری که در جواب به این سوال که چه شرایط و زمینه‌هایی لازم است تا افراد دچار اعتیاد نشوند؟ ۶۴٪ آموزش

و آگاهی را پیشنهاد کردند؛ ۲۴٪ حل مسائل روحی روانی؛ ۸٪ برنامه‌ریزی اقتصادی و ۴٪ استفاده از زور و اجبار را کارساز برای جلوگیری از فراهم آمدن زمینه‌های اعتیاد دانستند. مصاحبه‌شونده‌ها آموزش را هم در سطح فردی و هم در سطح خانواده‌ها مطرح کردند. از نظر آن‌ها اگر شرایط روحی و روانی خانواده مناسب شود و بخصوص خلاء محبت به فرزندان رفع شود و از طرفی آگاهی بخشی به خانواده‌ها و افراد در مرکز آموزشی مثل مدارس انجام گیرد، مشکل اعتیاد تا اندازه زیادی برطرف خواهد شد. آن‌ها آسیب اعتیاد را به سطوح یا عوامل کلان مثل دولت، جامعه و ... نسبت ندادند. معتقد بودند آن را می‌توان در مقیاس خرد حل کرد. در هیچ موردی علت، دولت یا جامعه ذکر نشد. در بحث شرایط و زمینه‌ها برنامه‌ریزی‌های کلان یا مسئله زور و اجبار کمتر تکرار شد.

مقوله سوم: ارتباط اعتیاد با سایر آسیب‌ها و مسائل اجتماعی: در ذیل این مقوله از مصاحبه‌شونده‌ها سوال شد که در اثر اعتیاد دچار چه آسیب‌های اجتماعی دیگری شده‌اند؟ میزان ۱۴٪ بی‌اعتمادی اجتماعی، ۱۵٪ بی‌خانمانی، ۱۲٪ حاشیه‌نشینی، ۱۲٪ تکدی‌گری، ۹٪ سرقت و زورگیری، ۸٪ انحرافات جنسی، ۸٪ اقدام به خودکشی، ۶٪ بیکاری، ۴٪ کارتن‌خوابی، ۴٪ مهاجرت، ۳٪ طلاق، ۳٪ قتل و ۲٪ کودکان کار بودن را اعلام کردند. در تحلیل پاسخ‌های مصاحبه‌شونده‌ها می‌توان گفت آسیب‌های اجتماعی مرتبط با اعتیاد بیشتر در حوزه آسیب‌های رفاهی و آسیب‌های جرم‌زا ظاهر می‌شوند. اعتیاد همچنین باعث ایجاد آسیب‌های ساختاری مثل بی‌اعتمادی اجتماعی می‌شود. در بین آسیب‌های اجتماعی مرتبط با اعتیاد به ترتیب بی‌خانمانی، آسیب‌های بی‌اعتمادی اجتماعی حاشیه‌نشینی، تکدی‌گری، انحرافات جنسی، سرقت و زورگیری، اقدام به خودکشی، بیکاری، کارتن‌خوابی و مهاجرت بیشترین ارتباط را با اعتیاد داشته‌اند. به نظر می‌رسد آثار و پیامدهای آسیب اجتماعی اعتیاد بیشتر در حوزه آسیب‌های رفاهی ظاهر شده و پس از آن حوزه‌های جرم‌زا و ساختاری را متأثر کرده‌اند. گروه‌های قربانی اعتیاد اظهار داشته‌اند که فقر و بی‌خانمانی و تکدی‌گری و حاشیه‌نشینی را به وفور تجربه کرده‌اند. آن‌ها به آسیب‌های جرم‌زایی مانند خودکشی، انحرافات جنسی، سرقت و زورگیری و آسیب ساختاری بی‌اعتمادی اجتماعی نیز اشاره کرده‌اند.

مقوله چهارم: اقدامات سازمان‌ها و نهادها و نقاط ضعف و قوت خدمات ارائه شده در زمینه‌ی آسیب اجتماعی اعتیاد: در ذیل این مقوله پنج سوال مطرح شد. آیا تا کنون از طرف نهادها و سازمان‌های متصدی برای شما اقدام یا کمکی انجام شده است؟ نام ببرید. از چه خدماتی در این زمینه تا کنون استفاده کرده‌اید؟ از خدماتی که داده شده تا چه اندازه رضایت دارید؟ تا چه اندازه این اقدامات و خدمات برای شما مفید بوده است؟ این خدمات چه نقاط قوتی داشته‌اند؟ کدام جنبه‌های آن‌ها مثبت و سازنده بوده است؟ اقدامات انجام شده برای از بین بردن اعتیاد چه ضعف‌هایی داشته‌اند؟ نتایج نشان داد ۱۰۰٪ افراد از کمک‌های این سازمان‌ها استفاده کرده‌اند و ۹۲٪ آن‌را خوب، ۴٪ بد و ۴٪ بی‌نظیر دانسته‌اند. بر اساس این یافته‌ها بخش مهمی از گروه‌های قربانی اعتیاد از خدمات سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات استفاده کرده‌اند. بخشی از افرادی نیز که استفاده نکرده‌اند حداقل یک بار در انجمن معتادان گمنام^۱ از خدمات استفاده کرده‌اند. این میزان استفاده نسبت به بقیه گروه‌های قربانی سایر آسیب‌ها مثل طلاق و فقر خیلی خوب است و نشان دهنده استقبال از این مراکز است. البته یکی از دلایل این امر به اجباری بودن مراجعات برخی از آن‌ها نیز بر می‌گردد. تقریباً اکثر مصاحبه‌شونده‌ها از خدمات ارائه شده رضایت نسبی داشته‌اند. با وجود این آن‌ها را کافی ندانسته‌اند. بخش از افراد نیز در مورد خدمات نظری نداشته‌اند. همچنین تحلیل کمی پاسخ‌ها به نقاط ضعف و قوت سازمان‌ها و نهادهای مرتبط نشان می‌دهد ۴۰٪ کمک روحی روانی، ۴۰٪ سالم‌سازی فرد، ۱۶٪ خدمات انجمن‌های گمنام را از نقاط قوت این سازمان‌ها دانسته‌اند و تنها ۴٪ به نداشتن نقاط قوت این نهادها اشاره کرده‌اند. در مقابل ۱۶٪ نداشتن برنامه‌ی آموزشی، ۱۶٪ بی‌برنامه‌گی پس از درمان، ۲۸٪ سودانگاری و پارتی بازی، ۱۶٪ مدیریت غیر اصولی و ۴٪ عدم اشتغال‌زایی را به عنوان نقاط ضعف اعلام کرده‌اند. ۸٪ نیز این سازمان‌ها را بدون نقاط ضعف دانسته‌اند و ۱۲٪ نظری در این مورد بیان نکردند. از نظر آن‌ها خدمات و کمک‌های سازمان‌های متصدی حوزه‌ی اعتیاد بیشتر از نقطه نظر روحی و روانی بوده است. اکثر آن‌ها این کمک‌ها را باعث سالم‌سازی روابط‌شان با جامعه دانسته‌اند. بیشترین نارضایتی‌ها مربوط

به مسائل مالی و رابطه بازی در سازمان‌های خدمات دهنده و نداشتن برنامه مدیریتی و خصوصاً برنامه‌های آموزشی منظم بوده است. مهمترین نقطه ضعف سازمان‌های خدمات دهنده به ترتیب مربوط به پارتی‌بازی و سودانگاری، نداشتن برنامه آموزشی، مدیریت غیر اصولی و بی‌برنامگی پس از درمان بوده است. از نظر آن‌ها مهمترین نقطه قوت این سازمان‌ها به ترتیب عبارت است از: سالم‌سازی فرد، کمک‌های روحی و روانی و خدماتی که در انجمن‌های گمنام داده می‌شود. یکی از مواردی که از سوی اکثر مصاحبه‌شونده‌ها تکرار شده رضایتمندی از فرایند سالم‌سازی و حس خوبی که نسبت به این مسئله داشته‌اند بوده است. آن‌ها اظهار داشته‌اند که پس از ترک به دامن جامعه برگشته‌اند و این بهترین خدماتی بوده که از این سازمان‌ها گرفته‌اند. مصاحبه‌شونده‌ها کمک‌های روحی و روانی سازمان‌های خدمات دهنده را بهتر و مناسب‌تر از سایر کمک‌ها دانسته و نسبت به آن رضایتمندی داشته‌اند.

مقوله پنجم: اقدامات سمن‌ها (سازمان‌های مردم‌نهاد) در خصوص آسیب اجتماعی اعتیاد: در ذیل این مقوله این پرسش مطرح شد که آیا از فعالیت سمن‌هایی که در این زمینه فعال هستند استفاده کرده‌اید؟ نظرتان در خصوص فعالیت‌های آن‌ها در این زمینه است؟ میزان ۱۰۰٪ افراد بیان داشتند که از کمک‌ها و اقدامات سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن) استفاده کرده‌اند، ۹۲٪ فعالیت این سازمان‌ها را خوب، ۴٪ بد ارزیابی کردند و ۴٪ بی‌نظر بودند. یعنی همه افراد از سمن‌ها استفاده کرده‌اند و این میزان استفاده نسبت به استفاده‌ای که افراد از سازمان‌های دولتی می‌کنند قابل مقایسه نیست. میزان استقبال قربانیان اعتیاد از سمن‌ها بسیار خوب بوده و اکثر آن‌ها فعالیت این نهادها را خوب ارزیابی کرده‌اند. از نظر آن‌ها این نهادها از این جهت که به مردم نزدیک‌ترند و دست‌بازتری برای کمک دارند نسبت به سازمان‌ها و نهادهای دولتی مفیدترند. مصاحبه‌شونده‌ها، روند کار در سمن‌ها را خوب ارزیابی کرده‌اند و بیشتر از حس هم‌دردی و نوع دوستی و مسائل روحی و روانی که در آن‌ها وجود دارد اظهار رضایت کرده‌اند. اکثر افراد از انجمن‌های گمنام استفاده کرده‌اند و نظرات‌شان در مورد سمن‌ها تحت تاثیر خدماتی است که در آن‌ها گرفته‌اند. رضایت قربانیان از خدمات سمن‌ها بیشتر معطوف به خدمات مددکاری است. آن‌ها در

مورد برنامه‌های توانمندسازی و بلندمدت سمن‌ها اظهار داشته‌اند که خدماتی دریافت نکرده‌اند. برخی از خدماتی که مصاحبه شونده‌ها از آن‌ها بیشترین میزان رضایت را داشته‌اند عبارت بودند از عدم دریافت هزینه، عدم زورگویی یا اجبار، احترام گذاشتن، درک کردن معتاد، گوش کردن به حرف معتاد، و حس هم دردی.

مقوله ششم: الگوها و راهبردهای پیشگیری: در ذیل این مقوله یک پرسش مطرح شد "برای این که از اعتیاد و مبتلا شدن بیشتر افراد جامعه جلوگیری شود چه کارهایی لازم است انجام شود؟". میزان ۵۷٪ آموزش و اطلاع رسانی، ۲۴٪ برنامه‌های خاص دولت برای جوانان، ۹٪ اشتغال، ۵٪ کمک‌رسانی مالی و ۵٪ راهکارهای جامعه محور را پیشنهاد کردند. در تحلیل پاسخ‌ها می‌توان گفت: بخش عمده‌ی قربانیان اعتیاد راهکار فائق آمدن بر این آسیب را در آموزش و اطلاع‌رسانی دانسته‌اند؛ نکته‌ای که در مدیریت این آسیب کمتر به آن توجه می‌شود. آن‌ها آموزش خانواده‌ها، آگاهی‌رسانی و اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌ها را مهمترین عامل در کاهش اعتیاد دانسته‌اند. قربانیان کمتر به مسائل مالی و فقرزدایی در این زمینه اشاره کرده‌اند و آن را عامل مهمی در این باره ندانسته‌اند. گروه‌های قربانی مدیریت و برنامه‌ریزی خاص برای جوانان را نیز خواستار شده‌اند. آن‌ها اذعان داشته‌اند در حال حاضر برای جوانان معتاد یا در معرض اعتیاد متناسب با سن و نیازها هیچ برنامه مشخصی برای رهایی از این آسیب وجود ندارد و غیر تخصصی برخورد می‌شود. برخی از قربانیان اعتیاد عامل اشتغال را نیز در این زمینه مهم دانسته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

بطور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد از بین رویکردهای نظری هفت‌گانه اشاره شده در بخش نظری، مسئله اعتیاد در کلان‌شهر تهران بیشتر با شاخص‌های سه رویکرد نظری آسیب اجتماعی، کج رفتاری اجتماعی و تضاد اجتماعی انطباق دارد. گروه‌های قربانی اعتیاد در زمینه سبب‌ها و علل و بسترهای ایجادکننده آسیب اعتیاد بیشتر آن را مسئله‌ای خرد در سطح فرد و خانواده و حلقه دوستان دانسته‌اند. آن‌ها در این زمینه مصرف مواد توسط افراد خانواده مثل پدر، شوهر، برادر بزرگتر یا تمامی اعضای خانواده را علت اصلی اعتیادشان ذکر کرده‌اند. همچنین برخی اعتیاد را یک امر کاملاً فردی دانسته‌اند و ویژگی‌هایی مانند

عدم اعتماد به نفس یا ضعف‌های شخصیتی را عامل آن دانسته‌اند. آن‌ها اعتیاد را به سطوح یا عوامل کلان مثل دولت، جامعه و ... نسبت نداده‌اند و معتقدند که آن را می‌توان در مقیاس خرد حل کرد. یافته‌ها نشان داد آسیب‌های اجتماعی مرتبط با اعتیاد بیشتر در حوزه آسیب‌های رفاهی و آسیب‌های جرم‌زا ظاهر می‌شوند. اعتیاد همچنین باعث ایجاد آسیب‌های ساختاری مثل بی‌اعتمادی اجتماعی می‌شود. در بین آسیب‌های اجتماعی مرتبط با اعتیاد به ترتیب بی‌خانمانی، آسیب‌های بی‌اعتمادی اجتماعی حاشیه‌نشینی، تکدی‌گری، انحرافات جنسی، سرقت و زورگیری، اقدام به خودکشی، بیکاری، کارتن‌خوابی و مهاجرت بیشترین ارتباط را با اعتیاد داشته‌اند. پاسخ‌های مصاحبه‌شونده‌ها نشان می‌دهد آن‌ها اغلب مهم‌ترین سطح وقوع اعتیاد را سطح فردی دانسته‌اند. آن‌ها بیان کرده‌اند اعتیاد یک آسیب فردی است و از سطح فردی شروع می‌شود سپس ممکن است گروه و جامعه را در برگیرد. سطح وقوع آسیب اعتیاد ابتدا در جامعه یا گروه نیست. اعتیاد به دلیل ویژگی‌های ماهوی نمی‌تواند در سطح گروه و اجتماع آغاز شود. بر اساس یافته‌ها، استقبال خوب معتادان از خدمات سازمان‌ها و نهادهای خدمات‌دهنده، اقبال بیشتر آن‌ها به انجمن معتادان گمنام بود.

انتقاد از وضعیت رابطه بازی و مسائل مالی و نداشتن برنامه آموزشی و مدیریتی مناسب در سازمان‌ها و نهادهای خدمات‌دهنده، مهم‌ترین مسائلی هستند که در حوزه خدمت‌رسانی دولت به آن‌ها می‌توان اشاره کرد. ترجیح دادن سمن‌ها به سازمان‌ها و نهادهای دولتی برای خدمات‌گیری از جانب معتادان به دلیل ارائه خدمات مناسب‌تر و بهتر مسئله مهم دیگری است که حاصل شد. در واقع معتادان معتقدند با واگذاری امور اعتیاد به سمن‌ها، راندمان خدمات‌دهی و نیز درمان و پیشگیری راحت‌تر انجام می‌شود. بالاخره راهکار مهم فائق آمدن بر آسیب اجتماعی اعتیاد در آموزش و اطلاع‌رسانی دانسته شد. نکته‌ای که در مدیریت این آسیب کمتر به آن توجه شده است. قربانیان اعتیاد کمتر به مسائل مالی و فقرزایی در این زمینه اشاره کرده‌اند و آن را عامل مهمی ندانسته‌اند. از نظر آن‌ها نهادها و سازمان‌های خدمات‌دهنده، آموزش‌های بهینه‌ای را برای شناخت اعتیاد، پیشگیری و

درمان آن ارائه نمی کنند؛ و جامعه و خصوصاً قربانیان آن همچنان از ناآگاهی و بی اطلاعی در این زمینه رنج می‌برند.

در مطالعات مختلف که جهت بررسی دیدگاه‌های معتادان در خصوص آسیب اجتماعی اعتیاد انجام شده عوامل مختلفی مورد اشاره قرار گرفته است. در مطالعه‌ی دین محمدی و همکاران (۲۰۰۷) عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر بر گرایش به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معتادان بررسی شد، که به ترتیب عوامل اجتماعی، شغلی و اقتصادی از بیشترین اهمیت در گرایش به مواد برخوردار بودند. این نتایج به نحوی با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد و مهمترین عوامل مؤثر بر اعتیاد در این مطالعه عوامل فردی است. نتایج مطالعه ترابی و قریشی‌زاده (۱۳۸۱) که عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در مراجعه‌کنندگان به مرکز خودمعرف تبریز را بررسی کرده بودند، نشان داد ناراحتی روانی (۴۵٪) و دوستان ناباب (۲۲٪) به عنوان عوامل مهم در شیوع اعتیاد می‌باشند. داشتن دوستان معتاد یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سبب و علل اعتیاد در این مطالعه است. مطالعه دیگری که توسط امینی و همکاران (۱۳۸۲) در همدان انجام شد، مهمترین عامل اعتیاد را دوستان ناباب، بیکاری و برخورد نامناسب خانواده ذکر کرده بودند. پژوهش شرق و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد شایع‌ترین علل اعتیاد، دسترسی آسان به مواد مخدر و داشتن دوستان معتاد می‌باشد که از عوامل اجتماعی محسوب می‌شوند. نتایج مطالعه صیادی و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد متغیرهای سن، بیکاری، تأهل، نوع ماده مصرفی، روش مصرف، مقدار مصرف در روز، سن شروع اعتیاد، تجربه استفاده از انواع مواد، سابقه تزریق و سابقه ترک در عوامل اعتیاد مؤثرند. در مطالعه حاضر از عوامل اصلی اعتیاد، خود فرد و خانواده‌اش بوده‌اند که نشان می‌دهد با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی ندارد. در مطالعه‌ی آنجلا^۱ و همکاران (۲۰۰۵) در مورد عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد نتایج نشان داد متغیرهای سن و شرکت در برنامه‌های مراقبتی مهمترین عوامل جلوگیری‌کننده از اعتیادند، که با قسمت راهکارها برای پیشگیری از اعتیاد در تحقیق حاضر تقریباً مطابقت ندارد. مطالعه دیگری که توسط سراجی (۲۰۱۰) در مورد عوامل مؤثر بر وابستگی به مواد مخدر

انجام شد نشان داد که مسائل خانوادگی از علل اصلی گرایش به مواد می‌باشد که با نتایج مطالعه حاضر یکسان است. نتایج مطالعه نستیزیایی و همکاران (۱۳۸۹) در زاهدان نشان داد محیط زندگی، دوستان معتاد و ناکارآمدی جلسات روان درمانی از علل اصلی اعتیاد هستند. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. بررسی مطالعات مشابه داخلی و خارجی به‌طور کلی نشان داد وجود عوامل اجتماعی (در دسترس بودن مواد مخدر، دوستان معتاد، خانواده) و عوامل شغلی مانند بیکاری و همچنین عوامل اقتصادی از مهم‌ترین عوامل گرایش به مواد مخدر می‌باشد. در این مطالعه نیز در برخی شاخص‌ها نتایج مشابهی به دست آمد. ولی در برخی مقوله‌ها به نتایج و رهیافت‌های جدیدی دست پیدا شد که می‌تواند در سیاست‌گذاری برای مقابله و پیشگیری از آسیب اجتماعی اعتیاد در سطح شهر تهران بسیار کارآمد باشد.

منابع

ارونسون، الیوت (۱۹۷۳). *روانشناسی اجتماعی*. ترجمه حسین شاکرکن، (۱۳۸۵). تهران: نشر رشد.

امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه و آذر، ماهیار (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۱(۴۵)، ۴۷-۴۱. جلایی‌پور، محمدرضا و محمدی، جلال (۱۳۸۷). *نظریه‌های متاخر در جامعه‌شناسی*، تهران: نشر نی.

رایینگتن، ارل و واینبرگ، مارتین (۱۹۹۳). *رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی*. ترجمه رحمت‌الله صدیق سروستانی (۱۳۸۵). تهران: نشر دانشگاه تهران.

شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه و آلیلو، لیلا (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز. *ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۲(۲)، ۵۰-۴۲. قریشی‌زاده، سید محمدعلی و ترابی، کتابیون (۱۳۸۱). بررسی عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در مراجعه‌کنندگان به مرکز خود معرف تبریز. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۸(۱)، ۵۰-۴۳.

- کاکویی، فاطمه و فاریابی، آذر (۱۳۹۴). تحلیل مکانی وضعیت آسیب‌های اجتماعی منطقه ۱۲. *معاونت رفاهی اجتماعی شهرداری تهران*.
- ناستیزی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه و ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۸(۳)، ۱۷۴-۱۶۹.

References

- Angela, L., Rollins Sheila, J., O'Neill, L., C. Kristin, E., Davis Timothy, S., Devitt. (2005). Substance Abuse Relapse and Factors Associated With Relapse in an Inner-City Sample of Patients With Dual Diagnoses. *Psychiatric Services*, 56(12), 74-81. DOI: 10.1176/appi.ps.56.10.1274.
- Becker, H. (1973). *Outsiders: Studies in sociology of deviance*. Glencoe, free press.
- Clapham, D. (2007). *Homelessness and Social Exclusion*. In D. Abrahams, & J. Christian. *Multidisciplinary handbook of social exclusion research* (pp. 79-94). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Denvir, D. (2015). *The stunning paradox of Iran's war on drugs: How it actually makes America look worse*. Retrieved from: http://www.salon.com/2015/11/20/the_stunning_paradox_of_irans_war_on_drugs_how_a_brutal_regime_makes_america_look_worse.
- Devaney, E. (2017). The emergence of the affected adult family member in drug policy discourse: A Foucauldian perspective. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(4), 359-367. DOI: 10.1080/09687637.2017.1340433.
- Din mohammadi, M. R., Amini, K., & Yazdan Khah, M. R., (2007). Survey of Social and Environmental Factors Related to the Relapse of Addiction in Volunteer Addicted Individuals In Welfare Organization of Zanjan. *Journal of Zanjan University Medical Sceinitse*, 15(59), 85-94.
- Etebari, M. (2014). Out of the Shadows: Iran's Evolving Approach to Drug Addiction, *World Politics Review*. Retrieved from: <http://www.worldpoliticsreview.com/articles/14294/out-of-the-shadows-iran-s-evolving-approach-to-drug-addiction>.
- Fuller, R., & Myers, R. (1941). "Some aspects of a theory of social problems". *American sociological Review*, 6(1), 24-32. DOI: 10.2307/2086338.
- Ghiabi, M. (2018). Maintaining disorder: the micropolitics of drugs policy in Iran, *Third World Quarterly*, 39(2), 277-297.
- Lamert, E. (1951). "Is there a natural history of social problems?" *American Sociological Review*, 16(2), 217-223. DOI: 10.2307/2087697.
- Lamert, E. (1951). *Social Phatology*. New York, McGraw, Hill.

- McVeigh, J., & Begley, E. (2016). Anabolic steroids in the UK: an increasing issue for public health. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(3), 278-285, DOI: 10.1080/09687637.2016.1245713.
- Merton, R. (1938). "Social structure and anomie". *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
- Sayyadi Anari, A. R., Esmaili, A., Nazer, M., Khaleghi, E. (2002). Demographic features of Opium dependent patients with successful withdrawal attempts at RUMS outpatient clinic. *Iranian Journal of Psychiatric Clinical Psychology*, 8(29), 29-38.
- Schleifer, R. (2013). *The Dark Side of Iran's Drug Policy*, Foreign Affairs (12 April 2013) Retrieved from: <https://www.foreignaffairs.com/articles/afghanistan/2013-04-12/dark-side-irans-drug-policy>.
- Seragi, A., Momeni, H., Salehi, A. (2010). Investigation of factors on tendency to narcotic agents and to stability abandon in Narcotics Anonymous in Khomain. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)*, 13(3), 68-75.
- Smith, S. (1911). *Social Pathology*. New York: McMillan.
- Sutherland, E. & Cressey, D. (1949). *White collar crime*. New York: Dryden press.
- Sutherland. (1966). *principles of criminology*, seventh edition. New York: j.b. lippinocct co.
- Thomas, W. I., & zenanieki, F. (1927). *The polish peasant in Europe and America* (volume one). New York: knopf.