

سعید مدنی قهفرخی

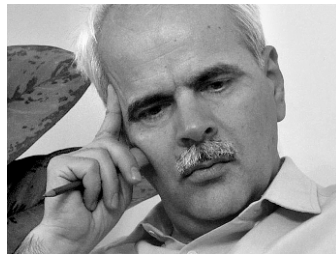
جامعه‌شناسی

اعتیاد

از افیون تا کریستال



بنگاه ترجمه و نشر
کتاب پارسه



سعید مدنی قهفرخی

متولد ۱۳۳۹

او سال‌ها به آموزش و پژوهش در زمینه مسایل اجتماعی (از جمله اعتیاد، خشونت علیه زنان و کودکان، فقر و نابرابری و تن‌فروشی) اشتغال داشته و تاکنون مقالات و کتاب‌های زیادی در این زمینه منتشر کرده است.

از جمله آثار او:

جامعه‌شناسی روسپی‌گری، وضعیت توسعه انسانی در ایران، جامعه مدنی و کرونا

فهرست

مقدمه	۱۱
فصل اول: کلیات	۱۹
۱. تاریخچه	۲۲
۱.۱. مدیریت اعتیاد پیش از پیروزی انقلاب اسلامی (۱۳۵۷-۱۳۸۹)	۲۲
۲.۱. مدیریت اعتیاد پس از پیروزی انقلاب اسلامی (۱۳۸۰-۱۳۵۸)	۴۶
۲. تعریف مفاهیم	۷۶
۱.۲. اعتیاد (Addiction)	۷۶
۲. وابستگی (dependence)	۷۸
۳. سوء مصرف مواد (Drug Abuse)	۷۸
۴. اختلالات مصرف مواد (substance or drug use disorders)	۷۹
۵. کاهش تقاضا	۸۱
۶. پیشگیری (Prevention)	۸۱
۷. درمان و بازپروری	۸۳
۸. کاهش زیان (harm reduction)	۸۶
۹. سایر مفاهیم	۸۷
فصل دوم: اعتیاد در جهان	۹۱
۱. مصرف مواد	۹۲

۲. پیامدهای مصرف ۹۷
۳. عرضهٔ مواد ۱۱۲
۴. سیاست‌های جرم‌زدایانه از مواد یا نرمالیزاسیون سوء مصرف مواد در امریکا ۱۲۶
- ۱.۴. موافقان و مخالفان آزادسازی ماریجوانا ۱۲۸
- ۲.۴. پیشینهٔ آزاد سازی ۱۲۸
- ۳.۴. اثرات آزادسازی ماریجوانا بر مصرف سایر مواد ۱۳۲
- ۴.۴. اثرات آزادسازی مواد بر مصرف ماریجوانا و حشیش ۱۳۹
- ۵.۴. پیامدهای آزادسازی ۱۴۲
۵. زنان و اعتیاد ۱۴۳
- ۱.۵. زنان و مصرف مواد مخدر ۱۴۴
- ۲.۵. سلامت و پیامدهای اجتماعی مصرف مواد در زنان ۱۵۶
- ۳.۵. دسترسی به درمان و مراقبت برای اختلالات مصرف مواد ۱۵۹
- ۴.۵. زنان و عرضهٔ مواد ۱۶۱

فصل سوم: اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران (۱۳۹۵-۱۳۸۰) ۱۷۹

۱. عرضهٔ مواد ۱۷۹
- ۱.۱. تلاش‌های بین‌المللی ۱۸۰
- ۲.۱. مواد در بازار ۱۸۴
- ۳.۱. گردش مالی بازار ۱۸۹
- ۴.۱. مقابله با عرضه ۱۹۲
- ۵.۱. هزینه‌ها و خسارات مواد ۱۹۵
۲. تقاضای مواد ۱۹۸
- ۱.۲. شیوع مصرف مواد ۱۹۸
- ۲.۲. الگوی مصرف مواد ۲۰۷
- ۳.۲. سن معتادان و مصرف‌کنندگان مواد ۲۰۸
- ۴.۲. مواد مصرفی ۲۱۲
- ۵.۲. نگرش به مواد ۲۲۲
- ۶.۲. اعتیاد زنان ۲۲۷
- ۷.۲. اعتیاد و سوء مصرف مواد در مدارس ۲۴۴

۲۵۶	۸.۲. اعتبار و سوء مصرف مواد در دانشگاه‌ها
۲۶۶	۹.۲. اعتبار و سوء مصرف مواد در محیط‌های کار
۲۷۳	فصل چهارم: سازمان، سیاست و برنامه‌های مبارزه با اعتیاد
۲۷۳	۱. ساختار مبارزه با اعتیاد
۲۷۹	۱.۱. ناتوانی در هماهنگی دستگاه‌ها
۲۸۱	۲.۱. ناتوانی در سیاست‌گذاری
۲۸۳	۳.۱. ناتوانی در تأمین اعتبارات و بودجه
۲۸۶	۴.۱. ناکارآمدی ساختارهای دولتی
۲۸۶	۲. سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌ها
۳۱۳	۳. چشم‌انداز
۳۲۳	فصل پنجم: مبارزه با اعتیاد (۱۳۹۵-۱۳۸۰)
۳۲۸	۱. پیشگیری
۳۲۹	۱.۱. برنامه‌های پیشگیری
۳۳۲	۲.۱. چشم‌انداز پیشگیری
۳۳۳	۲. درمان
۳۳۷	۱.۲. برنامه‌های درمان
۳۶۱	۲.۲. مشکلات و مسائل درمان
۳۷۱	۳.۲. چشم‌انداز درمان
۳۷۳	۳. کاهش زیان
۳۷۸	۱.۳. برنامه‌های کاهش زیان
۳۹۱	۲.۳. چشم‌انداز کاهش زیان
۳۹۲	۴. مشارکت
۴۰۰	۱.۴. برنامه‌ها برای مشارکت
۴۱۰	۲.۴. چشم‌انداز مشارکت
۴۱۳	فصل ششم: سیاست اجتماعی و اعتیاد
۴۱۳	۱. سیاست اجتماعی چیست؟

۱۰ ■ جامعه‌شناسی اعتیاد

- ۴۱۶ ۲. دیدگاه‌ها درباره سیاست اجتماعی
- ۴۲۶ ۳. سیاست اجتماعی و سیاست اعتیاد
- ۴۲۶ ۱.۳. سیاست لیبرال
- ۴۲۹ ۲.۳. سیاست محافظه کار اقتدارگرا
- ۴۳۰ ۳.۳. سیاست جماعت‌گرا
- ۴۳۲ ۴. سیاست اجتماعی در ایران
- ۴۳۴ ۱.۴. سیاست اجتماعی در قانون اساسی
- ۴۳۵ ۲.۴. سیاست اجتماعی در برنامه‌های توسعه
- ۴۳۸ ۳.۴. سیاست اجتماعی در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۲)
- ۴۳۹ ۵. سیاست اجتماعی اعتیاد در ایران
- ۴۴۶ ۶. برای آیندگان
- ۴۴۷ ۱.۶. اصلاح رویکرد به آسیب‌های اجتماعی
- ۴۴۸ ۲.۶. تأکید بر سیاست اجتماعی جماعت‌گرا
- ۴۵۳ ۳.۶. آزادسازی یا جرم‌انگاری

- ۴۵۷ **جداول پیوست**
- ۴۹۵ **منابع**
- ۵۳۵ **نمایه**

مقدمه

ایران کشور وسیعی است با سابقه فرهنگی و اجتماعی دیرینه. تحولات چهار دهه اخیر، ایران را در معرض تغییرات بسیار عمیق قرار داده است. این فرآیند گذار در تعامل با ویژگی‌های منحصر به فرد فرهنگی و اجتماعی ایران، منجر به بروز و شیوع مشکلات اجتماعی قابل توجهی شده که سوء مصرف و اعتیاد به مواد از بارزترین آن‌ها است. اعتیاد بر زندگی فرد، خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد (Johnson, 2012) و موجب چالش‌های بزرگ سیاسی، سلامتی و اجتماعی در جهان شده است (Singer, 2008). بر اساس گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر در سال ۲۰۱۷، درصد عمده‌ای از جمعیت عمومی بزرگسال جهان (۱۶ تا ۵۴ ساله) مبتلا به اختلال مصرف مواد هستند. افزون بر آن ۱۲ میلیون نفر مصرف‌کننده تزریقی مواد هم وجود دارند که از هر ۸ نفر، یک نفر (یک میلیون و ششصد هزار) مبتلا به اچ. آی. وی. / ایدز هستند و بیش از نیمی از آن‌ها (شش میلیون و صد هزار نفر) مبتلا به هپاتیت سی می‌باشند (UNODC, 2017). گستردگی مسئله اعتیاد به حدی است که سازمان ملل در سال ۲۰۱۶ موضوع نشست ویژه مجمع عمومی خود را به موضوع مواد مخدر اختصاص داد.

در چنین شرایطی وضعیت اجتماعی مردم ایران به ویژه در زمینه اعتیاد، نامطلوب ارزیابی شده است. شواهد تجربی و پژوهشی در این زمینه بی‌شمار است. برای مثال در یکی از آخرین اظهار نظرهای رسمی، وزیر کشور در گزارشی به نمایندگان مجلس بر روند فزاینده گرایش به

سوء مصرف مواد و اعتیاد اشاره کرده است (خبرگزاری تسنیم، <https://www.tasnimnews.com/fa/news/1394/08/24/916643>). اما پیش از گزارش وزیر کشور نیز بارها گزارش‌هایی از وضعیت نامساعد و شیوع بالای مصرف مواد، منتشر شده بود که مسئولان امر چندان توجهی به آن‌ها نداشتند. روزانه ۲۰۰۰ کیلو از انواع مواد مخدر در کشور ما مصرف می‌شود و سالانه ۱۲۰ تن از این مواد، کشف و ضبط می‌شود. ایران تبدیل به معبری برای مواد مخدر شده، جوانان و نوجوانان بالقوه در معرض اعتیاد به مواد مخدر هستند و شیوع اعتیاد میان دانش‌آموزان و دانشجویان از مسائل و پدیده‌های نسبتاً جدید است. جوانان بسیاری نیز برای کسب درآمد به تجارت مواد مخدر می‌پردازند و باندهای بزرگ سوداگر مرگ درآمدهای هنگفتی از این بازار کسب می‌کنند (مظفر و دیگران، ۱۳۸۸). پس از انقلاب تا کنون بیش از ۳ میلیون نفر در ارتباط با مواد مخدر دستگیر شده‌اند که دستگیری بیش از ۲٫۷ میلیون نفر آن‌ها در دو دهه اخیر بوده است (کریمی و همکاران، ۱۳۸۹). سازمان ملل در گزارش سال ۲۰۰۸ اعلام کرد که ۱۴ تن هروئین و حدود ۴۵۰ تن تریاک تولید شده در افغانستان، در ایران مصرف شده است، به این ترتیب ایران بالاترین آمار مصرف سرانه مواد مخدر را در جهان دارد (الله حاجیان، کریمی و همکاران، ۱۳۹۲). معاون پژوهشی انستیتو تحقیقات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران در گزارشی اعلام کرد: در ایران ۳/۵ میلیون نفر مصرف‌کننده مواد مخدر و بیش از ۱/۵ میلیون نفر معتاد وجود دارد (تلکس خبری: اولین پایگاه خبری پزشکی ایران سلام). در گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد تصریح شد: ایران دارای بیشترین معتاد نسبت به جمعیت، در بین کشورهای جهان است. آمارهای داخلی معتادان از ۲ میلیون تا ۴ میلیون متغیر است (<http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2010/june>). معاون وقت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور با اشاره به اینکه رشد جمعیت معتادان از رشد جمعیت پیشی گرفته است ادعا کرد: رشد اعتیاد در کشور، سالانه حدود ۸ درصد است؛ در حالی که جمعیت کشور سالانه حدود ۲٫۱ درصد رشد می‌کند، بنابراین تعداد معتادان سالانه بیش از ۳ برابر جمعیت رشد می‌کند. معاون وقت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در کشور را بین ۵ تا ۷ میلیون نفر برآورد کرد و آن را زنگ خطری برای جامعه ایران دانست (صرامی، ۱۳۹۲). در یکی از آخرین مطالعات، تحت عنوان شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در بین شهروندان ایرانی، نرخ شیوع برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور و براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ معادل ۲٫۶۵ درصد و برای مناطق

شهری و روستایی به ترتیب ۲,۷۵ و ۲,۴۷ درصد گزارش شده است. مصرف‌کنندگان، محل اولین تجربه مصرف خود را در منزل یکی از دوستان، منزل خود، اماکن مخروبه، پارک، خوابگاه، کوچه و خیابان، محیط آموزشی، محل کار، سربازخانه و زندان ذکر کرده بودند. مرور این فهرست طولانی از محل اولین تجربه مصرف مواد نشان می‌دهد اعتیاد تا چه میزان در ارکان و زوایای جامعه ایران رخنه کرده است و جایی مصون از آن نمانده است. با مطالعه روند اعتیاد در کشور مشاهده می‌شود که میزان معتادان تقریباً هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌شود (قتبری و همکاران، ۱۳۹۰: به نقل از صراهی، ۱۳۹۲).

ستاد مبارزه با مواد مخدر با مقایسه تعداد معتادان در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۹۱ اعلام کرده است، طی این سال‌ها، روزانه ۷۰ نفر بر تعداد معتادان کشور افزوده شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۲). البته آخرین آمار تعداد معتادان کشور که مورد تأیید ستاد مبارزه با مواد مخدر هم قرار گرفته ۲ تا ۲/۲ میلیون نفر است که مصرف روزانه مواد مخدر دارند (صراهی و همکاران، ۱۳۹۲). سالانه حدود ۷۸۰ تن مواد در کشور مصرف می‌شود که ۲۲۰ میلیون دلار بابت خرید آن پرداخت می‌شود (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۷). براساس اطلاعات موجود، روند مصرف مواد و اعتیاد تا کنون افزایشی بوده و تداوم این افزایش نیز قابل پیش‌بینی است. به علاوه، الگوهای مصرف و اعتیاد نیز دگرگون شده و از همین رو انتظار می‌رود همچنان با الگوهای مصرف و اعتیاد با عوارض حادث‌تر روبرو شویم. در بررسی روند تحولات اعتیاد و مصرف مواد پس از انقلاب، علاوه بر شیوع، تغییر الگوی مصرف مواد اعتیادآور از سنتی (تریاک و حشیش) به صنعتی و شیمیایی (هروئین، کراک، مت‌آفتمین، شیشه)، و قرص‌های روان‌گردان نیز بسیار اهمیت دارد. مطالعات نشان می‌دهد مصرف شیشه، جایگزین مصرف تریاک و هروئین شده است، به گونه‌ای که اکنون جزء پرمصرف‌ترین مواد اعتیادآور کشور به شمار می‌رود (صراهی و همکاران، ۱۳۹۲). اگرچه برخی مطالعات نیز، هنوز تریاک را شایع‌ترین ماده مخدر مصرفی در ایران می‌دانند. پایه آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱ و در مقیاس سنی ۱۵ تا ۶۴ سال، مصرف شیشه ۲۶ درصد سهم مواد مخدر را به خود اختصاص می‌دهد و بر این اساس بعد از تریاک و مشتقات آن، شیشه دومین ماده مخدر مورد سوء مصرف در کشور محسوب می‌شود. نکته قابل توجه این است که مصرف شیشه از سال ۱۳۸۶ که ۳ درصد بوده به ۲۶ درصد در سال ۱۳۹۱ افزایش

پیدا کرده و این موضوع نگران‌کننده است. مصرف اخیر مواد محرک در کشور و الگوی جدید غالب، موجب بروز اختلالات شدید روان‌پریشی شده است و تعداد قابل توجهی از تخت‌های بیمارستان‌ها با بیماران مبتلا به روان‌پریشی ناشی از مصرف شیشه اشغال شده‌اند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۰).

سوء مصرف مواد مخدر به سلامتی جسمی افراد ضرر می‌رساند و با تزریق مواد توسط معتادان، خطر انتقال بیماری ایدز را در جامعه بالا می‌برد. سوء مصرف مواد باعث افزایش میزان خودکشی، فحشا، ترک تحصیل، خشونت در خانواده، جرم و جنایت در جامعه می‌شود. علاوه بر این مشکلات، ابتکار و نوآوری در قاچاق و تولید مواد مخدر منجر به افزایش فعالیت‌های مجرمانه، خشونت و ترس عمومی در سطح جامعه شده است (لوو و همکاران^۱، ۱۹۹۶). اعتیاد پس از بیکاری و گرانی از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی در نظر ایرانیان است. مطابق با داده‌های نگرش‌سنجی که از همه افراد بالای ۱۵ سال در ۲۸ استان ایران در سال ۱۳۸۲ انجام شد، اعتیاد پس از بیکاری و گرانی در رده سوم مسائل جامعه ایران قرار دارد (کریمی و اعتمادی‌فر، ۱۳۸۹). وضعیت سوء مصرف مواد و رشد صعودی آن در ایران حکایت از نامناسب بودن سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر دارد. این وضعیت، به‌ویژه زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که به عوارض جسمی، روانی، و اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر توجه کنیم. درمان سوء مصرف مواد نیز پرهزینه، دشوار، و طاقت‌فرسا است. بنابراین، پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند در جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین به نظام سلامت جلوگیری کند (صرامی و همکاران، ۱۳۹۲). علاوه بر این موارد، سیاست‌گذاری نامناسب و اجرای برنامه‌های ناکارآمد در زمینه مقابله با اعتیاد، هزینه‌های سنگین دیگری را به جامعه ایران تحمیل می‌کند. سوانح رانندگی هر ساله جان میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان می‌گیرد و خانواده‌های بسیاری را عزادار، و اعضای خانواده را در مانده یا معلول می‌کند. (WHO, 2004) با وجود کاهش در نرخ مرگ و معلولیت به دلیل حوادث ترافیکی در سال ۲۰۰۶، ایران بالاترین نرخ مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی را در جهان داراست و شواهد بسیار نشانگر اثر منفی مصرف مواد مخدر و روان‌گردان بر ایمنی ترافیک است (برنهافت، ۲۰۰۵؛ ولفو همکاران، ۲۰۱۳).

در زمینه کاهش عرضه، علیرغم بسته شدن مرزها و دستگیری و توقیف قاچاقچیان مواد مخدر و افزایش همه‌ساله آمار کشفیات، همچنان مواد مخدر به راحتی در کشور در دسترس قرار دارد. در سیاست‌های کاهش تقاضا و رویه‌های درمانی گرچه مصرف‌کنندگان اقبال روزافزونی به مراکز درمان و ترک داشته‌اند، اما درصد عود بسیار بالاست و رویه‌های پیشگیرانه نیز عاجزتر از آن بوده است که حتی درصدی از نرخ رشد مصرف مواد مخدر را کاهش دهد. اعتیاد پدیده‌ای دیرپا و ماندگار است که در فرآیند بقا هم چون یک موجود زنده دائماً دستخوش تغییر و تحول شده و از پویایی برخوردار است. شناخت اعتیاد با در نظر گرفتن پیچیدگی روزافزون و مخاطره‌آمیز، پیامدهای ناگوار و در برخی موارد جبران‌ناپذیر آن و گسترش قابل توجه میان اقشار مختلف اجتماعی و گروه‌های گوناگون سنی، قومی و جنسیتی مستلزم پایش و رصد دائمی این پدیده است. در واقع بدون این شناخت امکان هدف‌گذاری مؤثر و برنامه‌ریزی کارآمد برای مقابله با تقاضای مواد میسر نیست. اگر تا دو دهه پیش فهرست موادی که مصرف می‌شدند از ده مورد تجاوز نمی‌کرد اکنون این فهرست بسیار بزرگ‌تر و متنوع‌تر شده است. راه‌های دسترسی به مواد مخدر، مدام در حال تغییر است و با وجود تلاش‌ها برای مقابله با عرضه مواد، دسترسی سهل‌تر و سریع‌تر شده است. این‌ها فقط برخی از جنبه‌های پیچیده اعتیاد هستند که بدون شناخت به‌روزشان، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مداخله‌کنندگان در مبارزه با اعتیاد شانس برای موفقیت نخواهند داشت.

مدت زیادی از جدی شدن بحث مدیریت و نقش آن در کشور ما نمی‌گذرد؛ به این سبب مدیران سازمان‌ها، زمان چندانی نیست که به ماهیت و ارزش دانش سازمانی نهفته در زوایای تجارب خود و تلاش برای ثبت و مستندسازی آن پی برده‌اند. از این رو مستندسازی این تجربه به خصوص در حوزه اعتیاد که همواره از وجوه مخفی، نیمه‌مخفی و علنی برخوردار بوده، بسیار دشوار است. با همه این محدودیت‌ها چاره‌ای جز کندوکاو گذشته برای دستیابی به چراغی فراراه آینده نبوده و نیست. مسئله مهم و اساسی که ذهن بسیاری از پژوهشگران و مجریان فعال در زمینه سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد را به خود مشغول کرده این است که آیا این تکرار چرخه معیوب اعتیاد و ناکامی‌های مکرر در تلاش‌های صورت گرفته برای حل معضل سوء مصرف مواد مخدر را باید به‌عنوان امری مسلم ناشی از شرایط ژئوپلیتیک و دیگر دلایل خارج از اراده مدیریت اعتیاد دانست یا حاصل نقاط ضعف و ناکارآمدی این مدیریت قلمداد کرد. بدون تحلیل ساختار جامعه ایران و پویای تاریخی آن، ویژگی‌های فرهنگ ایرانی، تحلیل

هویت ایرانی - اسلامی، موضع دین و فرق دینی به اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر، ساخت قدرت و نقش آن در تجارت مواد مخدر، خرده فرهنگ‌های ایرانی، موقعیت ژئوپلیتیک ایران در منطقه، ویژگی‌های شخصیتی و روح ایرانی نمی‌توان پدیده اجتماعی پایداری مثل اعتیاد که حضور آن از کوچه و خیابان تا کنج خانه‌ها و اندرونی، قرن هاست گزارش شده را شناخت، و درباره علل ماندگاری آن قضاوت کرد (مدنی قهفرخی ۱۳۹۰).

گزارش حاضر تلاشی است در این زمینه که در شش فصل ارائه شده است. در فصل اول، مروری بر تجارب مدیریت اعتیاد از گذشته تا سال ۱۳۸۰ شده و سپس مفاهیم مهم و اصلی تعریف شده‌اند. در فصل دوم تجارب مدیریت اعتیاد در سطح جهانی بررسی شده است. در این فصل تلاش شده تا حتی الامکان تصویری جامع از وضعیت جهانی اعتیاد ارائه شود. فصل سوم کتاب، گزارش جامعی است از وضعیت اعتیاد و سوء مصرف مواد در فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵. در فصل چهارم سازمان، سیاست‌ها، برنامه‌های مدیریت کاهش تقاضا بررسی و تحلیل شده‌اند. در فصل پنجم تلاش شده تا ارزیابی کیفی از برنامه‌های مبارزه با اعتیاد در حوزه‌های پیشگیری، درمان، کاهش زیان و مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد ارائه شود. و بالاخره در فصل ششم سیاست‌های اجتماعی در زمینه اعتیاد در ایران بررسی شده‌اند، تا از خلال آن بتوانیم به نقد رادیکال وضعیت کنونی بپردازیم و ریشه‌های وضعیت موجود را واکاوی کنیم.

این قلم چندین سال پیش تلاش کرد تا گزارشی حتی الامکان جامع را از اعتیاد و فرآیند مدیریت مبارزه با اعتیاد در ایران تدوین و منتشر کند که حاصل آن کتابی بود با عنوان «اعتیاد در ایران» که در سال ۱۳۹۰ از سوی نشر ثالث منتشر شد. در آن کتاب تجارب مبارزه با اعتیاد در ایران تا سال ۱۳۸۰ مستند و جمع‌بندی شد. طی سال‌های اخیر برخی از محققان و صاحب‌نظران در زمینه اعتیاد توصیه کردند تا در ادامه همان کار تجارب مدیریت اعتیاد پس از سال ۱۳۸۰ تدوین و جمع‌بندی از وضعیت ارائه شود، کتاب حاضر پاسخی است به این توصیه. علاوه بر این با توجه به سرعت حیرت‌انگیز تحولات در مسائل مرتبط با اعتیاد در سطح ملی و جهانی در این کتاب تلاش شده تا دگرگونی‌ها در این زمینه نیز واکاوی شود. انجام این پژوهش بدون کمک و همکاری بسیاری دیگر ممکن نبود. بر این اساس مایلم از خانم‌ها صبا مدنی برای ترجمه بخش مهمی از منابع، بهاره پدرام برای کمک به استخراج بخشی از اخبار و کمک به جستجوی منابع و آقای محمد کریمی برای کمک در تدوین گزارش اولیه

سپاسگزاری کنم. همچنین بدون راهنمایی‌های محقق برجسته و دوست بزرگوار دکتر حسن رفیعی این پژوهش به سرانجام نمی‌رسید، مثل همیشه قدردان راهنمایی‌های ایشان هستم. دکتر احمد میدری یکی از کسانی بودند که مشوق انجام مطالعه‌ای شدند که این کتاب بر مبنای آن تدوین شد، برایشان آرزوی موفقیت و سلامت دارم. در پایان بی‌صبرانه منتظر دریافت نظرات و دیدگاه‌های صاحب نظران و محققان هستم.

سعید مدنی قهفرخی^۱

پاییز ۱۳۹۹

فصل اول

کلیات

بیش از یکصد سال (۱۳۹۵-۱۲۸۵)، از مداخلات رسمی دولتی به منظور کاهش و کنترل مصرف مواد مخدر در ایران می‌گذرد. با وجود آنکه حجم منابع اختصاص داده شده به این فعالیت‌ها بسیار زیاد بوده، اما اثربخشی اقدامات انجام‌شده امروز بیش از هر زمان دیگر زیر سؤال است (وزیر کشور، ۱۳۹۷/۲/۱۷: خبرگزاری مهر). بر این اساس جمع‌بندی تجارب در این زمینه می‌تواند گام مؤثری برای شناخت علل و عوامل ناکامی‌های مدیریت مبارزه با اعتیاد کشور باشد.

شرح فرآیند بیش از یک سده اخیر در مبارزه با اعتیاد در اینجا ممکن نیست، بنابراین مروری گذرا و مختصر بر آنچه در نزدیک به سه دهه اخیر رخ داده نشان می‌دهد که به میزان کافی به انباشت تجارب در مبارزه با مواد مخدر توجه نشده و اغلب این تجارب ناموفق تکرار شده‌اند. برای مثال در سال ۱۳۶۷ با توجه به عدم موفقیت در برنامه‌های مبارزه با اعتیاد پس از انقلاب از یک سو و مطالبه و خواست عمومی برای تشدید این مبارزه پس از جنگ، قانون جدید مبارزه با مواد مخدر به وسیله مجمع تشخیص مصلحت به تصویب رسید. سیاست حاکم بر قانون جدید جرم‌انگاری هر نوع مسئله یا رفتار مرتبط با مواد مخدر بود و در واقع منطق ذهنی حاکم بر آن مقابله با عرضه مواد مخدر را در اولویت قرار می‌داد. به این ترتیب، با قاطعیت می‌توان نتیجه گرفت که قانون جدید به لحاظ استراتژیک تفاوت ماهوی با قوانین پیش از آن نداشت (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰). البته این موضوع به معنای آن نیست که

قانون جدید هیچ مزیتی نسبت به قوانین پیش از خود نداشت. یکی از مهم‌ترین این مزیت‌ها درج مواد ۳۴ و ۳۵ با برخی اصلاحات بعدی بود.

مطابق ماده ۳۳، به منظور پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با قاچاق مواد مخدر از هر نوع، اعم از تولید، توزیع، خرید، فروش، و استعمال آن‌ها و نیز موارد دیگری که در این قانون ذکر شده است، ستادی به ریاست رئیس‌جمهور تشکیل و کلیه عملیات اجرایی و قضایی و برنامه‌های پیشگیری و آموزش عمومی و تبلیغ علیه مواد مخدر در این ستاد متمرکز خواهد بود. اعضای ستاد تشکیل شده بود از رئیس‌جمهور، دادستان کل کشور، وزیر کشور، اطلاعات، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی، رئیس سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، فرمانده نیروی انتظامی، سرپرست دادگاه انقلاب اسلامی ایران، سرپرست سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، و فرمانده نیروی مقاومت بسیج. براساس ماده ۳۴ همین قانون، به ستاد مبارزه با مواد مخدر اجازه داده می‌شد که براساس ضرورت به تهیه و تدوین آئین‌نامه‌های اجرایی مورد نیاز اقدام کنند.

به این ترتیب با وضع مواد مورد اشاره، سعی شد مشکل هم‌پوشانی و تداخل وظایف که تا پیش از آن یکی از مشکلات جدی مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر بود حل شود. خاطرنشان می‌سازد که مدت‌ها پیش از تصویب قانون مورد اشاره در سال ۱۳۵۸ و حدود شش ماه پس از پیروزی انقلاب هیئت وزیران دولت موقت، مصوبه‌ای در این زمینه داشت که براساس آن «ستاد مرکزی هماهنگی مبارزه با اعتیاد» در وزارت بهداشت و بهزیستی تأسیس شد که تعیین خط مشی و سیاست کلی، برنامه‌ریزی و تهیه استانداردها و ضوابط مربوط به مواد مخدر را بر عهده داشت. رویکرد حاکم بر مصوبه مذکور درمانی بود و از این رو اجرای بخش‌هایی از این مصوبه که ناظر بر مسئله مبارزه با عرضه مواد مخدر بود به «شهربانی، ژاندارمری، دادگستری، و کمیته‌ها» واگذار شد. در این ستاد نمایندگانی از تمام سازمان‌هایی که به‌نحوی با مواد مخدر در ارتباط بودند، مانند؛ شهربانی، ژاندارمری، دادگاه انقلاب اسلامی، دادگستری، جهاد سازندگی، سپاه پاسداران، اداره گمرک و وزارت کشاورزی حضور داشتند (روزنامه میزان، ۱۳۵۹/۸/۲۱). متأسفانه و به دنبال اصلاحات بعدی مدیریت مبارزه با مواد مخدر از وزارت بهداشت خارج و به دستگاه‌های قضایی و امنیتی سپرده شد و در عمل برنامه‌های کاهش تقاضا منحل شدند.

با تصویب قانون جدید مبارزه با مواد مخدر (۱۳۶۷) تصور شد ایده ضرورت تشکیل یک

کلیات ■ ۲۱

مرکز قدرتمند برای مدیریت مبارزه با اعتیاد که اقتدار آن مبنای قانونی داشته باشد، محقق شده است. بنابراین مطابق قانون جدید ستاد مبارزه با مواد مخدر به منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، نظارت و ... در تمامی ابعاد تأسیس و وظایف زیر را عهده‌دار شد:

- مقابله با ورود مواد مخدر به داخل کشور؛

- مقابله با عرضه؛

- امور فرهنگی، تبلیغات، آموزش عمومی و کاهش تقاضا؛

- درمان و بازپروری.

از اهداف تأسیس ستاد مبارزه با موارد مخدر رفع هم‌پوشانی میان دستگاه‌های اجرایی و رفع تعارض میان مقررات بود. آیا با تشکیل ستاد این اهداف محقق شد؟ می‌توان با اطمینان ادعا کرد که روند اصلاح و بازسازی ساختار ستاد کمابیش مثبت بود و تا حدی به کاهش تعارض و هم‌پوشانی دستگاه‌ها منجر شد. اما چنان‌که بعدها دبیران ستاد مکرراً اعلام کردند این تغییرات در مجموع مثبت، نتوانست از تعارضات موجود درون مدیریت مبارزه با اعتیاد بکاهد و در ضمن به افزایش بهره‌وری و موفقیت برنامه‌های مبارزه با اعتیاد یاری رساند (هاشمی، ۱۳۸۳)؛ (وزیر کشور، ۱۳۹۷/۲/۱۷: خبرگزاری مهر).

شواهد کنونی نیز نشان می‌دهد روند شیوع سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد در ایران رو به افزایش است (روحانی‌نژاد، ۱۳۹۷). این وضعیت از چند جهت با نظام رفاهی در ایران مرتبط است:

اول: با توجه به روند فزاینده شیوع اعتیاد و تأثیر غیرقابل انکار آن بر سلامت و رفاه جامعه، بی‌تردید کنترل و کاهش اعتیاد به‌عنوان یک مشکل اجتماعی در کنار دیگر مشکلات اجتماعی در دستور کار شورای عالی رفاه به‌طور عام، و وزارت رفاه به‌طور خاص قرار دارد. دوم: مطالعات نشان می‌دهد مصرف مواد مخدر در ۶۵ درصد همسر آزاری‌ها، ۵۵ درصد طلاق‌ها، ۳۰ درصد کودکان آزاری‌ها، ۲۵ درصد قتل‌های عمد، ۲۳ درصد انواع خشونت، ۲۰ درصد جرایم منکراتی و ۱۰ درصد جرایم مالی نقش دارد (صادقی، ۱۳۹۴). همه این مسائل و مشکلات اثرات جبران‌ناپذیری بر وضعیت رفاهی کشور داشته است و به علاوه کنترل و کاهش آن‌ها در حوزه وظایف وزارت رفاه است.

سوم: شواهد نشان می‌دهد شیوع مصرف مواد در میان نیروی کار و در کارگاه‌ها بسیار بالا و قابل توجه است. از جمله، مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۶ انجام شد، ۷ درصد معناتان