



تحلیل جامعه‌شناختی اعتیاد

«با تأکید بر آموزه‌های اسلامی و پژوهش موردی کمپ‌های ترک
اعتیاد استان هرمزگان»

دکتر محمد داوری

دکتر سیدرضا کلوری



پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

پاییز ۱۴۰۳

داوری، محمد، ۱۳۴۲-
 تحلیل جامعه‌شناختی اعتیاد: «با تأکید بر آموزه‌های اسلامی و پژوهش موردی کمپ‌های ترک اعتیاد استان هرمزگان» / محمد داوری،
 سیدرضا کلوری، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۴۰۳.
 یازده، ۲۵۹ ص. (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه: ۷۳۹؛ جامعه‌شناسی: ۵۷)
 بها: ۲۱۷۰۰۰۰ ریال
 فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا.
 کتابنامه: ص. [۲۴۷]-۲۵۹
 ۱. اعتیاد--ایران--نمونه‌پژوهی. ۲. Drug addiction -- Iran -- Case studies. ۳. اعتیاد--جنبه‌های اجتماعی--
 ایران--نمونه‌پژوهی. ۴. Drug addiction -- Social aspects -- Iran -- Case studies. ۵. اعتیاد--درمان--
 جنبه‌های مذهبی--اسلام. ۶. Drug addiction -- Treatment-- Religious aspects -- Islam. ۷. اعتیاد--
 جنبه‌های جامعه‌شناختی. ۸. Drug addiction -- Sociological aspects. ۹. اعتیاد--جنبه‌های مذهبی--اسلام.
 ۱۰. Drug addiction -- Religious aspects -- Islam. ۱۱. فتواهای شیعه -- قرن ۱۴.
 ۱۲. Fatwas, Shiites -- 20th century. الف. کلوری، سیدرضا، ۱۳۵۱. ب. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
 HV۵۸۴۰ ۳۶۲/۲۹۳۰۹۵۵
 شماره کتابشناسی ملی ۹۷۳۹۹۰۶



تحلیل جامعه‌شناختی اعتیاد «با تأکید بر آموزه‌های اسلامی و پژوهش موردی کمپ‌های ترک اعتیاد استان هرمزگان»

مؤلفان: دکتر محمد داوری و دکتر سیدرضا کلوری

ناشر: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

صفحه‌آرایی: تحریر اندیشه

چاپ اول: پاییز ۱۴۰۳

تعداد: ۲۰۰ نسخه

لیتوگرافی: سعیدی

چاپ: قم-سبحان

قیمت: ۲۱۷۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۹۸-۵۱۹-۴

کلیه حقوق برای پژوهشگاه حوزه و دانشگاه محفوظ و نقل مطالب با ذکر مأخذ بلامانع است.
 قم: ابتدای شهرک پردیسان، بلوار دانشگاه، نبش میدان علوم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تلفن: ۰۲۵-۳۲۱۱۱۱۰۰
 (انتشارات ۳۲۱۱۱۳۰۰) نمابر: ۳۲۸۰۳۰۹۰، ص.پ. ۳۷۱۸۵-۳۱۵۱
 تهران: خ انقلاب، بین وصال و قدس، کوی اُسکو، پلاک ۴، تلفن: ۶۶۴۰۲۶۰۰
www.rihu.ac.ir info@rihu.ac.ir
 فروشگاه اینترنتی: <https://shop.rihu.ac.ir>
 مرکز پخش: قم، خیابان معلم، مجتمع ناشران، طبقه همکف، پلاک ۲۷، تلفن: ۰۲۵-۳۷۸۴۲۶۳۵-۶

سخن پژوهشگاه

پژوهش در علوم انسانی به منظور شناخت، برنامه‌ریزی و ضبط و هدایت پدیده‌های انسانی در راستای سعادت واقعی بشر ضرورتی انکارناپذیر است و استفاده از عقل و آموزه‌های وحیانی در کنار داده‌های تجربی و در نظر گرفتن واقعیت‌های عینی، فرهنگ و ارزش‌های اصیل جوامع شرط اساسی پویایی، واقع‌نمایی و کارایی این‌گونه پژوهش‌ها در هر جامعه است.

پژوهش کارآمد در جامعه ایران اسلامی در گرو شناخت واقعیت‌های جامعه از یک‌سو و اسلام به‌عنوان متقن‌ترین آموزه‌های وحیانی و اساسی‌ترین مؤلفه فرهنگ ایرانی از سوی دیگر است؛ از این‌رو، آگاهی دقیق و عمیق از معارف اسلامی و بهره‌گیری از آن در پژوهش، بازنگری و بومی‌سازی مبانی و مسائل علوم انسانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

توجه به این حقیقت راهبردی از سوی امام خمینی علیه السلام، بنیان‌گذار جمهوری اسلامی، زمینه شکل‌گیری «دفتر همکاری حوزه و دانشگاه» را در سال ۱۳۶۱ فراهم کرد و با راهنمایی و عنایت ایشان و همت استادان حوزه و دانشگاه، این نهاد علمی شکل گرفت. تجربه موفق این نهاد، زمینه را برای گسترش فعالیت‌های آن فراهم آورد و با تصویب شورای گسترش آموزش عالی در سال ۱۳۷۷ «پژوهشکده حوزه و دانشگاه» تأسیس شد و در سال ۱۳۸۲ به «مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه» و در سال ۱۳۸۳ به «پژوهشگاه حوزه و دانشگاه» ارتقا یافت.

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تاکنون در ایفای رسالت سنگین خود خدمات فراوانی به جامعه علمی ارائه نموده است که از آن جمله می‌توان به تهیه، تألیف، ترجمه و انتشار بیش از ۷۳۰ عنوان کتاب و ۹ نشریه علمی اشاره کرد.

این کتاب به عنوان متنی تحقیقی و کاربردی برای استفاده دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی و پژوهشگران حوزوی و مبلغان دینی و نیز برای مدیران و دست‌اندرکاران شاغل در سازمان‌های مرتبط با پیشگیری و کنترل اعتیاد فراهم آمده است؛ البته دیگر علاقه‌مندان به این زمینه تحقیقی نیز می‌توانند از آن بهره‌مند شوند.

از استادان و صاحب‌نظران ارجمند تقاضا می‌شود با همکاری، راهنمایی و پیشنهادهای اصلاحی خود، این پژوهشگاه را در جهت اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعه دانشگاهی یاری دهند.

در پایان پژوهشگاه لازم می‌داند از تلاش‌های مؤلفان محترم اثر، حجج اسلام دکتر محمد داوری و دکتر سیدرضا کلوری و نیز از ناظران محترم دکتر منصور اخلاقی‌پور و دکتر عباس پسندیده، که با نظارت دقیق خود سبب غنای بیشتر مباحث این تحقیق شدند، سپاسگزاری کند.

فهرست مطالب

| | |
|----------------------------|---|
| مقدمه..... | ۱ |
| روش تحقیق و پرسش اصلی..... | ۴ |
| پیشینه..... | ۴ |

فصل اول: کلیات و چارچوب مفهومی

| | |
|--|----|
| مصرف و مبارزه با مواد مخدر در جهان..... | ۷ |
| مواد مخدر در ایران..... | ۸ |
| مبارزه با مواد مخدر در ایران پیش از انقلاب اسلامی..... | ۱۰ |
| مبارزه با مواد مخدر در ایران پس از انقلاب اسلامی..... | ۱۱ |
| چارچوب مفهومی..... | ۱۳ |
| اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر..... | ۱۴ |
| معتاد..... | ۱۵ |
| کنترل اجتماعی..... | ۱۶ |
| پیشگیری اجتماعی..... | ۱۶ |
| نیاز..... | ۱۷ |
| انواع نیازهای انسانی..... | ۱۸ |
| نیازهای معنوی..... | ۱۹ |
| تأثیر نیازها بر انتخاب کجروی..... | ۱۹ |
| جامعه‌پذیری..... | ۲۲ |
| انواع مواد مخدر و پیامدهای آن..... | ۲۴ |
| الف) مواد تخدیری..... | ۲۴ |
| ب) مواد توهم‌زا..... | ۲۷ |
| علائم مصرف‌کننده کرک..... | ۳۳ |
| ج) داروهای روانگردان..... | ۳۵ |
| نشانه‌های ترک متادون..... | ۳۹ |

پنج

| | |
|----|---|
| ۴۸ | (د) مایعات تبخیرشونده |
| ۵۰ | استروئیدهای آنابولیک |
| ۵۱ | نیتريت امیل و بوتیل |
| ۵۲ | داروهای خواب‌آور / آرام‌بخش |
| ۵۳ | داروهای بدون نسخه پزشک |
| ۵۳ | مواد هوشمند و اکومواد |
| ۵۵ | شیوه‌های مصرف مواد (چگونه مردم مواد را مصرف می‌کنند؟) همان، ص ۱۰۶-۱۰۷ |
| ۵۶ | دخانیات و اعتیاد به نیکوتین |
| ۵۶ | نکات مهم |
| ۵۸ | جمع‌بندی پیامدهای منفی اعتیاد |
| ۵۹ | عوارض جسمی |
| ۶۰ | عوارض روانی |
| ۶۱ | سوءمصرف داروها و اختلال‌های روان‌پزشکی |
| ۶۳ | آثار منفی اجتماعی و اقتصادی |

فصل دوم: مطالعه موردی کمپ‌های ترک اعتیاد مناطق مختلف استان هرمزگان

| | |
|----|---|
| ۶۵ | مقدمه |
| ۶۹ | تحلیل آماری داده‌های پژوهش |
| ۶۹ | محدوده سنی معتادان در حال ترک |
| ۶۹ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۱ | وضعیت تأهل معتادان در حال ترک |
| ۷۱ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۲ | وضعیت تحصیلات معتادان در حال ترک |
| ۷۳ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۳ | وضعیت شغلی معتادان در حال ترک |
| ۷۴ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۵ | علل گرایش به مواد مخدر |
| ۷۵ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۶ | نوع مواد مصرفی |
| ۷۷ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۷ | ماده مصرفی شروع اعتیاد به مواد مخدر |
| ۷۸ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۸ | همراه در اولین مصرف مواد |
| ۷۹ | تحلیل داده‌ها |
| ۷۹ | اولین ماده مصرفی اعتیاد آور |

شش

| | |
|-----|--|
| ۸۰ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۱ | پیامدهای منفی اعتیاد برای معتادان..... |
| ۸۱ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۲ | سن شروع اعتیاد..... |
| ۸۳ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۴ | تصور از اعتیاد در نخستین مصرف..... |
| ۸۴ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۵ | مدت زمان اعتیاد..... |
| ۸۵ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۷ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۷ | راه‌های ریشه‌کنی اعتیاد..... |
| ۸۸ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۸۹ | امکانات مورد نیاز برای درمان اعتیاد..... |
| ۸۹ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۰ | دفعات اقدام برای ترک..... |
| ۹۰ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۱ | آمادگی برای ترک..... |
| ۹۲ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۲ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۳ | میزان همکاری والدین..... |
| ۹۴ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۴ | رضایت از پدر و مادر..... |
| ۹۵ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۵ | آگاهی از پیامدهای منفی پیش از شروع به اعتیاد..... |
| ۹۶ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۷ | افراد دارای نفوذ برای آماده کردن معتادان برای ترک..... |
| ۹۸ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۹۹ | امکان درمان معتادان در منازل شخصی..... |
| ۱۰۰ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۱۰۰ | افرادی که در موارد اضطراری به معتاد کمک می‌کنند..... |
| ۱۰۱ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۱۰۲ | راه‌های تأمین هزینه زندگی..... |
| ۱۰۳ | تحلیل داده‌ها..... |
| ۱۰۴ | راه‌های تأمین هزینه مواد..... |
| ۱۰۵ | تحلیل داده‌ها..... |

هفت

| | |
|-----|----------------------------------|
| ۱۰۵ | میزان آشنایی با حرفه و شغل |
| ۱۰۶ | تحلیل داده‌ها |
| ۱۰۸ | شغل مورد علاقه |
| ۱۰۹ | تحلیل داده‌ها |
| ۱۱۰ | انتظار معنادار از مسئولان |
| ۱۱۱ | تحلیل داده‌ها |

فصل سوم: تبیین اعتیاد

| | |
|-----|---|
| ۱۱۵ | نظریه اخلاقی |
| ۱۱۹ | الگوی اقتصادی بزم |
| ۱۲۰ | نظریه بیماری |
| ۱۲۲ | نظریه‌های زیست‌شناختی |
| ۱۲۳ | نظریه‌های روان‌شناختی |
| ۱۲۳ | نظریه روانکاوی |
| ۱۲۵ | نظریه رفتاری |
| ۱۲۶ | نظریه شخصیت |
| ۱۲۹ | لذت جویی، نارضایتی، نابردباری، ناسپاسی، زیادخواهی و ناخویشنداری |
| ۱۳۱ | تبیین کجروی و اعتیاد در سطح میانه (تبیین‌های روان‌شناختی اجتماعی) |
| ۱۳۲ | نظریه یادگیری اجتماعی |
| ۱۳۵ | نظریه برچسب |
| ۱۳۷ | نظریه همنشینی افتراقی |
| ۱۴۱ | نظریه خنثی‌سازی |
| ۱۴۲ | نظریه کنترل |
| ۱۴۶ | نظریه تعارض شناختی |
| ۱۴۸ | نظریه‌های سیستمی، تعامل خانوادگی و نظریه در دسترس بودن |
| ۱۴۹ | تبیین کجروی و اعتیاد در سطح کلان |
| ۱۴۹ | ۱. تبیین‌های ساختی |
| ۱۵۰ | ۱-۱. نظریه نابسامانی اجتماعی |
| ۱۵۲ | ۱-۲. نظریه فرصت افتراقی |
| ۱۵۴ | ۲. نظریه خرده‌فرهنگی |
| ۱۵۵ | ۳. نظریه‌های تضاد |
| ۱۵۶ | ۴. نظریه‌های تلفیقی |
| ۱۵۷ | ۴-۱. نظریه زیستی-روانی اجتماعی |
| ۱۵۹ | جمع‌بندی علل اعتیاد |
| ۱۶۱ | چرا مردم مواد مصرف می‌کنند؟ |

هشت

فصل چهارم: راهبردهای و عوامل پیشگیری و کنترل اعتیاد در آموزه‌های اسلامی

| | |
|--|-----|
| تقویت فرایند جامعه پذیری و کنترل اجتماعی غیر رسمی..... | ۱۶۵ |
| ۱. بیان هنجارها و کنترل رفتار..... | ۱۶۶ |
| ۲. ایجاد اجتماع اخلاقی..... | ۱۶۶ |
| ۳. کنترل اجتماعی درونی..... | ۱۶۷ |
| ۳-۱. کنترل ارزشی..... | ۱۷۰ |
| ۳-۲. کنترل عاطفی..... | ۱۷۳ |
| ۳-۳. کنترل مابعدالطبیعی (کنترل‌های معنوی-مذهبی)..... | ۱۷۵ |
| ۳-۴. اعتقاد به نظارت خداوند..... | ۱۸۰ |
| ۳-۵. تشویق به دوری از عادت‌های بد..... | ۱۸۲ |
| ۳-۶. تربیت درست خانوادگی..... | ۱۸۲ |
| ۳-۷. نظارت اجتماعی (امر به معروف و نهی از منکر) و عدم تأیید اجتماعی..... | ۱۸۵ |
| ۴. تقویت عناصر تعلق فرد به جامعه..... | ۱۸۹ |
| ۴-۱. ایجاد همبستگی اجتماعی قوی..... | ۱۹۰ |
| ۴-۲. تحکیم نهاد خانواده..... | ۱۹۳ |
| ۴-۲-۱. خانواده و انتقال ارزش‌ها..... | ۱۹۴ |
| ۴-۳. اهمیت دادن به ارضای نیازهای عاطفی نوجوانان و جوانان..... | ۱۹۵ |
| ۴-۴. نقش خانواده در ارضای نیازهای عاطفی فرزندان..... | ۱۹۵ |
| ۴-۵. نهی از طلاق در متون دینی..... | ۱۹۷ |
| ۴-۶. نقش جامعه در ارضای نیازهای عاطفی..... | ۱۹۸ |
| ۴-۷. صلۀ رحم..... | ۱۹۹ |
| ۴-۸. یتیم‌نوازی..... | ۲۰۰ |
| ۵. معرفی گروه مرجع مناسب..... | ۲۰۱ |
| ۶. انتخاب همنشین مناسب..... | ۲۰۲ |
| لزوم همنشینی با اهل خیر و دوری از اهل شر..... | ۲۰۳ |
| آثار همنشینی با افراد شرور..... | ۲۰۴ |
| ۷. حفظ شخصیت معتادان..... | ۲۰۵ |
| ۸. حمایت‌های اجتماعی..... | ۲۰۸ |
| ۸-۱. برآورده شدن نیازها از راه مشروع..... | ۲۰۸ |
| ۸-۲. برآوردن نیازهای اقتصادی و مقابله با فقر..... | ۲۰۹ |
| ۸-۳. رسیدگی به مشکلات جوانان..... | ۲۱۲ |
| ۸-۴. برنامه ریزی برای اوقات فراغت و مدیریت نشاط اجتماعی..... | ۲۱۳ |
| ۹. کنترل اجتماعی رسمی..... | ۲۱۴ |
| ۹-۱. کنترل سالب آزادی و حیات..... | ۲۱۴ |

| | |
|-----|---|
| ۲۱۶ | ۹-۲. کنترل اقتصادی..... |
| ۲۱۷ | ۱۰. استفاده از نیروهای خبره در امر مبارزه با اعتیاد..... |
| ۲۱۸ | ۱۱. تبلیغ زشتی اعتیاد..... |
| ۲۱۸ | ۱۱-۱. دیدگاه عالمان دینی درباره خرید و فروش و استفاده از مواد مخدر..... |
| ۲۱۸ | امام خمینی <small>رحمته الله علیه</small> |
| ۲۲۰ | آیت الله فاضل لنکرانی..... |
| ۲۲۱ | آیت الله وحید خراسانی..... |
| ۲۲۳ | آیت الله محمدتقی بهجت..... |
| ۲۲۳ | آیت الله ناصر مکارم شیرازی..... |
| ۲۲۴ | ۱. رحم نکردن به قاچاقچیان..... |
| ۲۲۴ | ۲. نجات معتادان..... |
| ۲۲۵ | ۳. انجام کار فرهنگی..... |
| ۲۲۵ | ۴. آموزش عمومی..... |
| ۲۲۵ | ۵. نقش خانواده..... |
| ۲۲۵ | آیت الله علی مشکینی..... |
| ۲۲۶ | فیض کاشانی..... |
| ۲۲۶ | ۱۱-۲. مروری بر فتاوای مراجع تقلید شیعه..... |
| ۲۲۷ | صاحب جواهر..... |
| ۲۲۸ | آیت الله محمدحسن شیرازی..... |
| ۲۲۹ | آیت الله حاج سیدابوالحسن اصفهانی..... |
| ۲۲۹ | آیت الله محمدحسین بروجردی..... |
| ۲۲۹ | آیت الله امام خمینی..... |
| ۲۲۹ | آیت الله سیدمحمدرضا گلپایگانی..... |
| ۲۳۰ | آیت الله میرزا هاشم آملی..... |
| ۲۳۰ | آیت الله محمدعلی اراکی..... |
| ۲۳۱ | آیت الله سیدابوالقاسم خویی..... |
| ۲۳۱ | آیت الله محمد فاضل لنکرانی..... |
| ۲۳۱ | آیت الله محمدتقی بهجت..... |
| ۲۳۲ | آیت الله ناصر مکارم شیرازی..... |
| ۲۳۲ | آیت الله میرزا جواد تبریزی..... |
| ۲۳۳ | آیت الله جعفر سبحانی..... |
| ۲۳۳ | آیت الله سیدعلی خامنه‌ای..... |
| ۲۳۴ | آیت الله سیدعبدالکریم موسوی اردبیلی..... |
| ۲۳۴ | آیت الله سیدعلی سیستانی..... |
| ۲۳۵ | آیت الله سیدموسی شبیری زنجانی..... |

| | | |
|-----|-------|---------------------------------|
| ۲۳۵ | ..... | استفتاء |
| ۲۳۵ | ..... | پاسخ کارشناسان |
| ۲۳۵ | ..... | آیت‌الله عبدالله جوادی آملی |
| ۲۳۵ | ..... | آیت‌الله حسین نوری همدانی |
| ۲۳۶ | ..... | آیت‌الله سیدمحمدعلی علوی گرگانی |

فصل پنجم: پیشنهادها و راهکارها

| | | |
|-----|-------|---|
| ۲۳۹ | ..... | رویکردهای پیشگیرانه و آموزش سلامت‌محور |
| ۲۴۱ | ..... | بسترسازی فرهنگی |
| ۲۴۲ | ..... | اقدام‌های درمانی |
| ۲۴۴ | ..... | قانونگذاری صحیح و متناسب |
| ۲۴۵ | ..... | تمرکزگرایی و همگرایی در مدیریت و نفی موازی‌کاری |
| ۲۴۵ | ..... | مداخلات قضایی و انتظامی |
| ۲۴۷ | ..... | فهرست منابع |
| ۲۵۸ | ..... | منابع مجازی |

مقدمه

گسترش اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق این مواد در دو قرن اخیر به پدید آمدن بحرانی جهانی منجر شده است (صالحی، ۱۳۷۱، ص ۵ و کی نیا، ۱۳۷۳، ص ۱۴۶-۱۴۷). امروزه کمتر کشوری را می‌توان یافت که از گسترش اعتیاد به انواع مواد مخدر و خطرهای ناشی از آن مصون باشد (کریم پور، ۱۳۶۵، ص ۴۲)؛ به گفته لودوینگ لوین سم‌شناس معروف «اگر غذا را مستثنا کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد» (اورنگ، ۱۳۶۷، ص الف). بنابراین یکی از مهم‌ترین برنامه‌های اجتماعی همه کشورهای جهان، مبارزه با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر است (کار، ۱۳۷۵، ص ۶-۸ و کی نیا، ۱۳۷۳، ص ۱۴۷ و اردوبادی، ۱۳۵۱، ص ۲۵-۶۶). این کشورها درصددند به نوعی خود را از این آسیب بزرگ اجتماعی نجات دهند (گزارش جهانی مواد مخدر؛ <https://wdr.unodc.org/>).

اشاعه و ترویج مواد مخدر و اعتیاد اشخاص به این مواد، از دو جهت مورد توجه است: نخست اینکه استعمارگران برای استعمار ملت‌ها از معتاد کردن جوانان کشورهای تحت سلطه به این مواد استفاده کرده‌اند؛ دوم، سودآور بودن تجارت آن در سطح جهان است. سود هنگفت سبب شده است که بدین منظور، گروه‌های مافیایی سازماندهی، تشکیل و به حمل و نقل این مواد در سطح جهان پردازند و در کنار آن، برای ادامه چرخه این تجارت، با برنامه‌های گوناگون به معتاد کردن افراد همت گمارند.

با وجود مبارزه جهانی با این پدیده و تلاش ایران به ریشه‌کنی اعتیاد و شهادت بسیاری در این راه، اما هنوز در مقام عمل، این مواد به راحتی در دسترس مصرف‌کنندگان قرار می‌گیرد.

هرچند روزانه مقادیر زیادی از مواد، توسط مرزداران و مأموران انتظامی کشف و ضبط می‌شود، اما افزایش بی‌سابقه تولید این مواد به‌ویژه تریاک در کشور افغانستان، که پس از حمله آمریکا به این کشور، روی داده است، معمولاً تلاش فراوان این نیروها را در کاهش عرضه با مشکل روبه‌رو کرده است.

همچنین، از زاویه‌ای بسیار حساس، رابطه سوء‌مصرف این مواد با انواع جرایم است؛ پژوهش‌ها اثبات کرده‌اند که مسئله و بحران مصرف مواد مخدر، مسائل و بحران‌های دیگر اجتماعی و در مواردی با درجه اهمیت زیاد را موجب شده است.

با توجه به مطالب پیشین درباره مبارزه با پدیده اعتیاد و حجم فراوان ورود مواد مخدر به کشور، با وجود فعالیت جدی نیروی انتظامی در کنترل مرزهای آبی و خاکی، توجه جدی به مصرف‌کنندگان و افراد در معرض خطر، ضرورت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا اگر بتوان افراد را به‌گونه‌ای تربیت کرد که به طرف مواد مخدر کشیده نشوند و تقاضا برای این مواد کاهش پیدا کند و سودآوری این تجارت کمتر شود، زمینه عرضه و توزیع آن نیز به سبب کاهش تقاضا کمتر می‌شود.

با توجه به یافته‌های آماری سرشماری سال ۱۳۹۵، گرچه با گذار از شرایط سال‌های ۱۳۶۵ و پیش از آن، با تغییر وضعیت جمعیت به جمعیت بسیار جوان روبه‌رو شده‌ایم؛ اما در هرم سنی سال ۱۳۹۵ با افزایش فوق‌العاده جمعیت گروه‌های سنی ۲۰-۲۴ و ۲۵-۲۹ روبه‌رو هستیم که حتی اگر این وضعیت گذرا دانسته شود^۱ این گروه‌های سنی، نشان‌دهنده سهمی بزرگ، قابل توجه و معنادار برای افراد جوان در معرض تهدید آسیب اعتیاد هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مصرف زود هنگام هر نوع ماده مخدر، می‌تواند برای مصرف‌های بعدی و بروز رفتارهای ضد اجتماعی در آینده، یک عامل خطر به شمار آید.

بنابراین طبقه نوجوان و جوان جامعه را باید گروه هدفی در نظر گرفت که به‌عنوان جمعیتی آسیب‌پذیر، نیاز به تمرکز در برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه دارد. از این حیث می‌توان گفت که کارآمدی یک راهبرد پیشگیرانه، هنگامی تحقق‌پذیر است که بیشترین تمرکز خود را بر افراد آسیب‌پذیر و در معرض خطر، یعنی نوجوانان و جوانان، قرار دهد. لازم است پیش از بحرانی

۱. گزارش: هرم‌های سنی ایران براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵؛ مرکز آمار ایران، دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری.

شدن مسئله اعتیادِ جوانان، چاره‌ای اندیشیده شود که براساس آن بتوان برای جوانان مصونیتی نسبی در برابر اعتیاد به مواد مخدر ایجاد کرد. شناخت پدیده اعتیاد متناسب با هر استان و استفاده از دستاوردهای علوم انسانی و اجتماعی در کنار استخراج آموزه‌ها و ارزش‌های اسلامی مربوط به آن، یکی از روش‌های مؤثر در پیشگیری و کنترل این پدیده در جامعه اسلامی است. مسائل طرح شده در باب اعتیاد در این تحقیق، با تکیه بر نگرشی جامعه‌شناختی و همراه با بیان رویکردهای قابل استخراج از گزاره‌های دینی تدوین و عرضه شده است (بی‌گمان در این پژوهش، مراجعه به منابع موجود و استفاده از پژوهش‌ها و داده‌ها به مثابه پیشینه‌های ارزشمند و طرح راهکارهای دینی، با توجه به تحقیقات و ادبیات موجود این موضوع بوده است).

اشاره و تأکید فراوان بر جوانان در این پژوهش، افزون بر اهمیت نقش اجتماعی این گروه، بیش از هر چیز از انطباق با این واقعیت اجتماعی متأثر است که جوانان، بیشترین فراوانی آسیب‌دیدگان این آسیب اجتماعی را در جامعه ایران تشکیل می‌دهند. افزون بر این، کاهش نرخ سن آسیب‌دیدگی در این آسیب اجتماعی (براساس نمونه‌های آماری فصل پنجم در مطالعه موردی کمپهای ترک اعتیاد استان هرمزگان) نشان از هشدارهایی جدی و درستی تأکید بر این گروه از جمعیت آماری است.

درون‌مایه فصل‌های پنج‌گانه این پژوهش را می‌توان با بیان نکات زیر به اختصار توضیح داد: فصل نخست می‌کوشد تا به اختصار تاریخچه اعتیاد، انواع مواد مخدر و عوارض ناشی از آن را بررسی کند و چارچوب مفهومی تحقیق را ارائه کند؛ فصل دوم به مطالعه موردی کمپهای استان هرمزگان می‌پردازد که در آن جمعیت نمونه‌گزینش شده کمپ‌های استان با انجام نظرسنجی در قالب پرسشنامه‌های فردی، اطلاعات آن براساس پرسشنامه محقق ساخته و معطوف به متغیرهایی فراوانی استخراج و تحلیل‌هایی ارائه شده است؛ فصل سوم تبیین اعتیاد و راه‌های پیشگیری و کنترل آن در قالب نظریه‌ها و تبیین‌های متفاوت از دیدگاه علوم اجتماعی و بررسی آن بر اساس پژوهش انجام گرفته، اختصاص دارد؛ در فصل چهارم آموزه‌های اسلام در عرصه‌های مختلف اعتقادی، اخلاقی و اجتماعی مؤثر در پیشگیری و کنترل اعتیاد بررسی و سپس سازوکارها و راهکارهای دینی اسلامی و نیز دیدگاه و فتوای فقیهان شیعه در این باب مطرح شده است. در پایان، این تحقیق با ارائه پیشنهادهایی عملگرا به سرانجام رسیده است.

روش تحقیق و پرسش اصلی

روش تحقیق در این پژوهش بررسی اسنادی است و گردآوری داده‌ها در این تحقیق به‌طور عمده به روش کتابخانه‌ای متکی است و در مقام تحلیل داده‌ها (در بخش آموزه‌های دینی) از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شده است. از این رو، با تحلیل محتوای آیات و روایات منتخب، دیدگاه‌های دینی و راهکارهای آن استخراج شده است. در این پژوهش، با استناد و بهره‌گیری از منابع مختلف حوزه علوم انسانی و دانش اجتماعی، به شکل معادل‌سازی مفاهیم و اکتشاف مسائل و گزاره‌های نظری از منابع دینی، به هدف تحقیق نزدیک می‌شویم. همچنین، در فصل دوم با استفاده از روش پیمایش (با تأکید بر آمارهای توصیفی) با انجام مطالعه موردی و یک نگرش سنجی درباره عوامل اعتیاد از زوایای مختلف چون میزان، نرخ سنی و عوامل و... و با تمرکز بر کمپ‌های ترک اعتیاد استان هرمزگان، اطلاعات و نتایج جدید، بروز و مفیدی برای مدیران استان، مددکاران و پژوهشگران و دیگران به دست آمده است.

پرسش اصلی پژوهش این است «با توجه به مباحث موجود در زمینه اعتیاد، چه سازوکارها و راهکارهایی از مباحث جامعه‌شناسی و آموزه‌های دین اسلام برای پیشگیری و کنترل این پدیده می‌توان برداشت و اکتشاف کرد؟» (در پاسخ به این پرسش، سابقه تاریخی اعتیاد و مبارزه با آن و علل بروز اعتیاد و راهکارهای کنترل آن بررسی شده است. همچنین، در ادامه، عرصه‌های مختلف اعتقادی، اخلاقی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته که آموزه‌های اسلامی در آن عرصه‌ها می‌تواند در پیشگیری و کنترل اعتیاد مؤثر باشد. در این‌باره نیز به راهکارهای پیشگیرانه، دیدگاه‌ها و فتوای فقیهان شیعه در باب اعتیاد اشاره شده است.

پیشینه

در باب مبارزه با مواد مخدر و پیشگیری از آن، در کتاب‌های عمومی جامعه‌شناسی، جرم‌شناسی و سایر رشته‌های علوم اجتماعی نیز مطالبی به‌طور پراکنده وجود دارد. همچنین، پژوهش‌های مستقل در قالب کتاب، مقاله، پایان‌نامه و مجموعه مقالات همایش‌ها در این‌باره انجام شده است. برای ارج نهادن به زحمات پژوهشگران این حوزه سعی شده است که به نوعی از این مطالب در این تحقیق استفاده شود. از مطالعه مجموع این آثار به دست می‌آید که هنوز تحقیقی جامع و با در نظر گرفتن تمام جوانب موضوع، به‌ویژه راهکارهای دینی، انجام نشده

است و تحقیق حاضر نیز چنین ادعایی ندارد. ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز در سه دهه اخیر، با انجام تحقیقات علمی و برگزاری همایش‌های تخصصی در این زمینه گام‌های بلندی برداشته و در خصوص راهکارهای دینی نیز به جمع‌آوری فتاوا و دیدگاه برخی از فقها در باب اعتیاد به مواد مخدر و نیز تنظیم مبانی فقهی حکم اعتیاد به مواد مخدر همت گماشته است؛ این پژوهش‌ها به اصلاح، بازنویسی و بروزرسانی نیاز دارند.

بررسی این پدیده از زاویه منظرهایی متأثر از دین، در حال گسترش است و در این باره در سال‌های اخیر، پژوهش‌های گوناگون در قالب‌های مختلف انتشار یافته است و قابل توجه این است که، انجام این پژوهش‌ها از زاویه حوزه مختلف دانشی و گاه با اتخاذ رویکردهایی میان‌رشته‌ای است. در این باره، گرچه همه پژوهش‌ها الزاماً تأمین اهداف دینی را در نظر نداشته و به عبارتی با رهیافتی دینی به مسئله خود پرداخته‌اند، اما در عین حال، پردازش مسئله و تحلیل حتی با واسطه نیز ارتباط معناداری با مقوله دین داشته و به طریقی، به مسئله نسبت دین با آن پدیده پرداخته‌اند.^۱

پیشینه بحث از مواد مخدر و اعتیاد با نگرش دینی را می‌توان حتی تا زمان قاجار نیز در تاریخ پژوهش‌های این موضوع جستجو کرد که خود نشان از مسئله بودن این پدیده – در ابعاد همان مقطع تاریخی – حتی در آن دوره‌هاست. از ابتدای ورود مواد مخدر به ایران، در خصوص

۱. برای نمونه و مطالعه بیشتر ر.ک: وزیله، «نقش آموزه‌های دینی در پیشگیری از اعتیاد»، مجموعه مقالات نخستین همایش مصرف مواد مخدر، بستر ساز ناامنی، ۱۳۸۹؛ نصرت ناهوکی و دیگران، «رابطه دینداری با میزان اعتیاد و بزهکاری در نوجوانان»، دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت و اقتصاد و علوم انسانی، (humanities and Economics ۱۷ / may / ۲۰۱۵ / استانبول ترکیه)؛ «تأثیر تقید مذهبی و حضور در کلسیا بر استعمال مواد مخدر و بازیابی نقش عوامل نظری و جمعیت‌شناختی اجتماعی»، فیلین کروین و بندا، ترجمه محمد علی معتضدیان، نامه علم و دین، شماره ۵ و ۶، بهار و تابستان ۱۳۸۰؛ خاتون پورمودت و عارفی، «بررسی مقایسه‌ای دینداری و رابطه آن با پرخاشگری در معتادین به مواد مخدر، معتادین در حال ترک و افراد غیر معتاد»، فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت، سال ۲، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲؛ امین بیدختی و شریفی، «تأثیر دینداری و سرمایه اجتماعی در پیشگیری از مصرف مواد مخدر»، فصلنامه پژوهش‌های اطلاعاتی و جنایی، سال ۸، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱؛ صدوری دمیرچی و محمدی، «مقایسه سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه»، پژوهش در دین و سلامت، زمستان ۱۳۹۵، شماره ۹، ص ۵۶-۶۳ (این مقاله هم به صورت انگلیسی و هم عربی ترجمه شده است)؛ محمدی، جعفری، محمدی و رضایی، «بررسی رابطه عمل به باورهای دینی و میزان گرایش به اعتیاد»، فصلنامه علمی-پژوهشی فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال ۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱.

استفاده از ارزش‌های دینی در پیشگیری و کنترل اعتیاد، اقداماتی انجام شده است. برای مثال، در دوران قاجار، ملاعلی گنابادی، کتابی با عنوان ذوالفقار در حرمت کشیدن تریاک نوشته است. اگرچه این کتاب از نظر فقهی استحکام زیادی ندارد، اما از نظر ورود عالمان دینی به حوزه پیشگیری و کنترل اعتیاد و استفاده از ارزش‌های دینی برای مواجهه با این مسئله اجتماعی، ایده مناسبی را به تصویر می‌کشد. در خصوص پیشگیری از اعتیاد با نگرش اسلامی نیز کتاب «درآمدی بر پیشگیری از اعتیاد با نگرش اسلامی» نوشته عباس پسندیده، در سال ۱۳۹۲ از طرف مؤسسه علمی و فرهنگی دارالحدیث چاپ شده است. در این کتاب به شش عامل اعتیاد اشاره شده و راهکارهای اسلامی پیشگیری از این عوامل مطرح شده است. این عوامل عبارت‌اند از: ۱. لذت جویی؛ ۲. نارضایتی؛ ۳. نابدباری؛ ۴. ناسپاسی؛ ۵. زیادخواهی و ۶. ناخویشتنداری.

فصل اول

کلیات و چارچوب مفهومی

مصرف و مبارزه با مواد مخدر در جهان

آشنایی انسان با خواص مواد مخدر و استفاده از آن در تاریخ بشر پیشینه‌ای طولانی دارد. از چند هزار سال پیش، هندی‌ها، چینی‌ها و رومیان نخستین ملت‌هایی بودند که از مواد مخدر استفاده کرده‌اند.^۱ در آغاز، مصرف این مواد فقط جنبه‌ی طبی داشته و برای تسکین دردها از آن استفاده می‌شد (آذرخش، ۱۳۳۴، ص ۳۳۱-۳۳۴).^۲ از ۴۰۰ سال پیش از میلاد مسیح، شاگردان ارسطو و افلاطون، افیون را برای پیشگیری از اسهال توصیه می‌کردند. در ایران در کتاب‌های بزرگانی مانند ابوعلی سینا و زکریای رازی مباحثی درباره استفاده‌های طبی گیاهان مخدر و نیز آثار تسکین‌دهنده گل خشخاش وجود دارد (اسعدی، ۱۳۷۲، ص ۴۳-۴۴ و آخوندی، ۱۳۶۵، ص ۳۳۳).

استفاده از این مواد از اواخر قرن هفده و اوایل قرن هجده میلادی به بعد و هم‌زمان با اوج استعمار ملت‌ها، شکل تازه‌ای به خود گرفت و در سطح وسیعی از کشورها گسترش یافت (آذرخش، ۱۳۳۴، ص ۳۳۵-۳۳۶). می‌توان شروع این مرحله از رواج مواد مخدر را از هندوستان و توسط دولت انگلیس دانست. در این میان، کمپانی هند شرقی انگلیسی، نقشی

۱. برای اطلاع بیشتر از تاریخچه استفاده بشر از مواد مخدر ر.ک: قربان حسینی، پژوهشی نو در مواد مخدر، ص ۱۴۵-۱۴۶ و آذرخش، آفت زندگی، ص ۳۲۸-۳۴۳ و اسعدی، پژوهشنامه‌ای درباره بحران جهانی مواد مخدر، ص ۳۹-۴۳ و رسول، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، ص ۵۵-۷۰.

۲. برای اطلاع بیشتر ر.ک: تقوی، «آثار مخدرها بر دستگاه‌های مختلف بدن انسان»، گزارشی از اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد، ص ۳۶۰ و شیخ آزادی، «مرگ‌های ناشی از استعمال مواد مخدر و داروهای توهم‌زا»، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی علمی-کاربردی، جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، ج ۱، ص ۳۵، ۱۳۷۹.

مهم در مسئله تریاک برعهده داشته و یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد و یا دست‌کم انتشار این مواد در آسیا به‌ویژه از سال ۱۷۷۳ تا ۱۸۷۵ بوده است (همان، ص ۳۳۶). هم‌زمانی پیشرفت استعمار و گسترش اعتیاد در این قرن، ما را به این نتیجه می‌رساند که میان این دو، یک رابطه منطقی وجود دارد (آخوندی، ۱۳۶۵، ص ۵۶). پرتغالی‌ها همراه با انگلیسی‌ها و دیگر کشورهای غربی حتی ایالات متحده آمریکا از ترکیه و هند تریاک تهیه کرده و به تجارت آن در چین می‌پرداختند. مشکل تریاک در چین سرانجام به جنگ‌های تریاک در سال‌های ۱۸۳۹-۱۸۴۲ و ۱۸۵۶-۱۸۶۰ میلادی منجر شد.

در غرب نیز، مردم از آغاز قرن نوزدهم با تریاک و حشیش از خلال خیالات واهی و سراب ادبی سخنان نغز و زیبا و اشعار برخی شاعران آشنا شده‌اند که خود را جستجوگر احساسات نوین می‌نامیدند؛ اما دوره استفاده طبی و روان‌شناختی از این مواد، به سرعت جانشین دوره پژوهش ادبی فوق‌شده و استفاده از این مواد در این کشورها رایج شد (کی‌نیا، ۱۳۷۳، ص ۱۴۵-۱۴۶ و آخوندی، ۱۳۶۵، ص ۶۴)؛ به‌گونه‌ای که امروزه استفاده از این مواد در تمام کشورهای جهان رواج پیدا کرده و سازمان‌های بین‌المللی را به موضع‌گیری سخت در قبال تولید و توزیع این مواد وادار کرده است.^۱

مواد مخدر در ایران

برخی از نویسندگان معتقدند که سربازان لشکر نادرشاه از هندوستان تریاک را به ایران وارد کرده‌اند. به گفته این پژوهشگران، این آفت بزرگ (کشیدن تریاک) تا اواخر قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم میلادی در ایران وجود نداشته است و به گمان قوی برای نخستین بار سربازان نادر آن را از هند آوردند و بعدها بیگانگان در انتشار آن، نهایت کوشش و تدبیر را به‌کار

۱. برای اطلاع بیشتر درخصوص اعتیاد و مواد مخدر در کشورهای جهان ر.ک: اسعدی، همان، ص ۱۸۵-۲۸۸ و قوه قضائیه (۱۳۷۹)، روش مبارزه کشورهای مختلف با اعتیاد و مواد مخدر، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی علمی کاربردی، جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، مجموعه مقالات (سخنرانی‌های خارجی)، ج ۳، تهران: روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران و فره، ژروم، سیاست برخی کشورهای اروپایی در قبال مواد مخدر، ترجمه روح‌الدین کردعلیوند، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی علمی کاربردی، جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، ج ۶، تهران: روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۹.

برده‌اند (آذرخش، ۱۳۳۴، ص ۳۲۴)؛ اما تعداد بسیاری از پژوهشگران، اتفاق نظر دارند که شروع سرسام‌آور گسترش تریاک‌خواری در ایران، در دوره شاهان صفویه بوده است (قربان حسینی، ۱۳۶۸، ص ۱۴۷)، تا آنجا که به نظر آنان بعضی از پادشاهان این سلسله هم معتاد بوده‌اند (اسعدی، ۱۳۷۲، ص ۳۹-۴۳ و آذرخش، ۱۳۳۴، ص ۳۴۷-۳۴۹).

«تارونیه» و «شاردن» که در زمان صفویه از ایران دیدن کرده‌اند، درباره موضوع تریاک در این دوره می‌نویسند: «خوردن تریاک و کوکنار^۱ در ایران رایج است». فریر، طیب و جراح کمپانی انگلیسی هند شرقی که در سال ۱۰۸۷ق از ایران دیدن کرده، در سفرنامه خود می‌نویسد: «ایرانی‌ها هر وقت بخواهند کیفور شوند، تریاک مصرف می‌کنند و اضافه می‌نمایند که معتادان می‌توانند مقدار زیادی از این ماده را مصرف کنند بدون آنکه ناراحتی پیدا نمایند و آنها حالتی شبیه به مستی پیدا می‌کنند» (اسعدی، ۱۳۷۲، ص ۴۶).

انگلیسی‌ها نیز برای گسترش سلطه خود نقش مهمی در ترویج مصرف تریاک در کشورهای مختلف از جمله ایران داشته‌اند (همان، ص ۴۶-۶۷). در قرن هفدهم میلادی کشتی‌های تجاری انگلیس این کالا را از خاور دور به ایران آورده و به درباریان هدیه و بیشتر آنان را معتاد کردند. به تدریج به علت گسترش تعداد معتادان و کمبود تریاک، کشت خشخاش در ایران در حوالی یزد آغاز شد و سپس کشت آن در قسمت مرکزی و جنوبی کشور به اندازه‌ای توسعه یافت که در کشت غلات کمبود ایجاد شد و روستاییان و کشاورزان ناآگاه از پیامدهای ناگوار این آفت، به تریاک معتاد شدند، تا آنجا که تریاک به‌عنوان داروی مسکن حتی به اطفال نوزاد نیز تجویز می‌شد (دانش، ۱۳۷۹، ص ۱۶).

در دوره قاجار نیز کشیدن تریاک از تجملات دربار و خرید و فروش آن در انحصار دولت و یکی از منابع درآمد کشور بود. در این دوران ایادی انگلیس نیز مردم را به کشیدن تریاک تشویق می‌کردند. بنابراین، درآمد سرشار تجارت تریاک، و ناآگاهی و عقب‌ماندگی فرهنگی مردم در دوران «قاجار» نقش مؤثری در گسترش سیاست استعماری اعتیاد به تریاک در ایران داشت.^۲

۱. نوعی مشروب که از خشخاش درست می‌کردند.

۲. این سوداگران انگلیسی بودند که از یک‌سو به‌طور غیرمستقیم سعی در تشویق کشت و تولید بیشتر تریاک نموده و از سوی دیگر تریاک‌کشی را در بیشترین سطح در سراسر ایران گسترش دادند تا بتوانند سلطه خود را در کشورهای تحت استعمار بیشتر کنند» (اسعدی، همان، ص ۴۷-۴۸) و نیز ر.ک: دانش، همان، ص ۱۶-۱۷ و ولیدی، «سیر تحول قوانین مواد مخدر در ایران»، گزارشی از: اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد، ص ۷۳.

در سال‌های بعد و در دوران حکومت ننگین پهلوی اول نیز این سیاست ادامه یافت و کم‌کم قاچاق مواد مخدر و مسئله اعتیاد به تریاک، به صورت یکی از مشکلات اجتماعی ظاهر شد؛ مشکلی که پس از شهریور سال ۱۳۲۰، نیز دولت‌های وقت با تصویب قوانینی به مبارزه با آن برخاستند؛ ولی در این راه توفیقی نیافتند (اسعدی، ۱۳۷۲، ص ۴۷-۴۸). در سال‌های جنگ جهانی دوم و پس از آن نیز قاچاق مواد افیونی و اعتیاد به آن، در ایران رواج بیشتری یافت تا آنکه در سال ۱۳۳۴ قانون منع کشت خشخاش و جلوگیری از مصرف غیرپزشکی آن از تصویب مجلس گذشت.^۱

مبارزه با مواد مخدر در ایران پیش از انقلاب اسلامی

برای نخستین بار در سال ۹۲۹ هجری قمری و در دوران صفویه، شاه طهماسب اول به مبارزه با اعتیاد تریاک اقدام کرد و مقدار زیادی از تریاک‌های دربار سلطنتی را از بین برد؛^۲ و پس از او شاه عباس نیز مبارزه با اعتیاد تریاک را ادامه داد و مردم را از ضررهای آن آگاه کرد و برای معتادانی که ترک نمی‌کردند، مجازاتی تعیین و متخلفان را تنبیه نمود؛ ولی این مبارزه ادامه پیدا نکرد و به همین سبب اثر چندانی بر پیشگیری از اعتیاد نداشت (آذرخش، ۱۳۳۴، ص ۳۵۳-۳۵۵). عالمان اسلامی نیز هم‌زمان با رواج تریاک در ایران، با استناد به آیات قرآن و روایات رسول اکرم صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ و اهل بیت عَلَيْهِمُ السَّلَام به بیان ضررها و حرام بودن استفاده از آن پرداختند.

۱. قابل ذکر این است که در سال ۱۳۱۱ش (زمان سلطنت رضاخان) هشت شیره کش‌خانه به‌طور رسمی در محله باغ فردوس کنونی دایر بود که نام آنها را دارالعالج یا شفاخانه گذاشته بودند!! (همان، ص ۴۸).
۲. شاه طهماسب اول، فرزند شاه اسماعیل، دومین پادشاه صفوی در بیست سالگی که سال نهم سلطنت او بود (۹۳۹ق) از کلیه مناهای توبه کرد. او در شرح حال خود می‌نویسد: «که خواب دیده اگر از مناهای پرهیزد، فتوحات بزرگ خواهد کرد». او نخستین مبارزه با افیون را در چهار قرن پیش با توبه از مناهای و به آب ریختن پانصد تومان آن روز تریاک فاروق شروع کرده است» (آذرخش، آفت زندگی، ص ۳۴۸؛ به نقل از تذکره شاه طهماسب، ص ۳۱، چاپ برلین، ۱۳۴۳ق) اسکندر بیگ ترکمان در این باره می‌نویسد: «... وجوه شرابخانه و قمارخانه و بیت‌اللطف را از دفاتر اخراج کردند ... پانصد تومان تریاک فاروق که در سر کار خاصه شریفه موجود بود به شبهه حرمت، در آب روان حل کردند» (همان، به نقل از تاریخ عالم آرای عباسی، تألیف اسکندر بیگ ترکمان، منشی مخصوص شاه عباس بزرگ، ص ۹۴، چاپ تهران، ۱۳۱۴ق). درباره سابقه و تاریخچه مواد مخدر در ایران همچنین ر.ک: شعبانی و مرادی، اعتیاد و مصرف مواد مخدر در قرون میانه تاریخ ایران، تحقیقات تاریخ اجتماعی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱۳۹۴.

مراجع تقلید نیز در موارد مختلف فتوا به حرمت استفاده از مواد مخدر داده‌اند؛^۱ اما از آنجا که در دوران قاجار، تجارت تریاک در انحصار درباریان بود، آنان برای کسب منافع بیشتر و آلوده کردن نیروی فعال کشور، نه تنها به این قبیل پیشنهادهای دستوره‌های مذهبی اهمیتی قائل نشدند، بلکه با روش‌های مختلف، کشت و مصرف تریاک را در ایران رواج دادند. در سال ۱۹۰۹ میلادی، در اولین کنفرانس بین‌المللی تریاک که در شانگهای تشکیل شد، نماینده کشور ایران به‌عنوان نماینده یکی از سیزده کشور تولیدکننده تریاک، تعهداتی را برای جلوگیری از کشت و گسترش استعمال تریاک پذیرفت؛ هرچند حکومت وقت هیچ‌گاه به این تعهدات عمل نکرد.

در این دوران، درجهان، کنگره‌های بین‌المللی گوناگونی در مورد اعتیاد برپا شد و عهدنامه‌های بسیاری برای محدودیت کشت خشخاش، تجارت و مصرف تریاک، برای کشورهای اسیر در دام اعتیاد به تصویب رسید و مبارزه با مواد مخدر، شکلی بین‌المللی یافت. ایران که در این دوران، یکی از بزرگترین تولیدکنندگان و صادرکنندگان تریاک بود و به جولانگاه قاچاقچیان مواد مخدر تبدیل شده بود، تحت فشارهای بین‌المللی و برای خاموش کردن اعتراض‌های مردمی، در خلال سال‌های ۱۳۳۴ تا ۱۳۴۸ محدودیت‌های قانونی در امر کشت خشخاش و استعمال تریاک تصویب کرد؛^۲ ولی این اقدامات و محدودیت‌های ظاهری نتوانست فعالیت‌های قاچاق و اعتیاد به مواد مخدر را در ایران کنترل و ریشه‌کن کند و این پدیده تا زمان پیروزی انقلاب اسلامی ادامه داشت (ولیدی، ۱۳۶۵، ص ۷۱-۸۶).

مبارزه با مواد مخدر در ایران پس از انقلاب اسلامی

توجه به پیشینه تاریخی و ریشه‌های استعماری گسترش و مصرف مواد مخدر در ایران سبب شد که به فاصله اندکی پس از پیروزی انقلاب اسلامی، مبارزه علیه مواد مخدر در قالب تأسیس

۱. در بحث از فتاوی‌ای مراجع تقلید شیعه به مواردی از آن اشاره خواهد شد.

۲. در این باره برای مطالعه بیشتر ر.ک: فصیحی و فرزی، «مسئله تریاک در جامعه عصر رضاشاه، پدیده اعتیاد، آثار سوء اجتماعی آن و راهکارهای دولت در مقابله با آن»، فصلنامه علمی-پژوهشی تاریخ اسلام و ایران دانشگاه الزهراء، سال ۲۵، دوره جدید، شماره ۲۵، پیاپی ۱۱۵، بهار ۱۳۹۴؛ قلی‌زاده و دیگران، «قاچاق مواد مخدر در میان دولتمردان دوره محمدرضاشاه پهلوی (مطالعه موردی فلیکس آقایان)»، مطالعات تاریخ انتظامی، سال ۲، شماره ۷، زمستان ۱۳۹۴.

«ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر» آغاز شود. برای جلوگیری از قاچاق مواد مخدر و پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، در تاریخ ۱۳۵۹/۳/۱۹ لایحه قانونی «تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین» به تصویب رسید. مطابق این مصوبه، کلیه قوانین و مقررات مربوط به منع کشت خشخاش و استعمال مواد مخدر و مجازات مرتکبین جرایم راجع به مواد مخدر، به استثنای تصویب‌نامه مورخ مردادماه ۱۳۳۸ راجع به فهرست مواد مخدر ملغی شد (دانش، ۱۳۷۹، ص ۲۷-۳۰).

به هر حال به نظر برخی پژوهشگران، علل گوناگونی از جمله فراوانی معتادان سبب شد که این قانون اثربخشی نداشته باشد و در مقام اجرا نیز با اشکال‌های زیادی روبه‌رو شود.^۱ بدین سبب قانون یادشده در پی تصویب قانون «مبارزه با مواد مخدر» در تاریخ ۳ آبان ۱۳۶۷ اصلاح و مجازات‌های سخت‌تری برای این قبیل جرایم در نظر گرفته شد (دانش، همان). در تاریخ ۱۳۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام دوباره قانون یادشده را اصلاح کرد و مجازات‌های شدیدتری را برای توزیع‌کنندگان مواد مخدر و معتادان در نظر گرفت.^۲ قوانین مصوب ۱۳۶۷ پیش‌گفته مجمع تشخیص با الحاقات و اصلاحات بعدی (نظیر ماده ۲۹ به تاریخ ۱۳۸۸/۸/۲۶ و تبصره الحاقی آن ماده به همان تاریخ)، امروزه مبنای اصلی همه فعالیت‌های قانونی مبارزه با مواد مخدر در کشور است.^۳ در هر حال برای پیشگیری از اعتیاد و تحقق محورهای پیش‌بینی شده برای مبارزه با قاچاق مواد مخدر، ستادی به ریاست

۱. برای اطلاع بیشتر درخصوص تحول قوانین در باب مواد مخدر در ایران ر.ک: کوشا، جعفر (۱۳۷۹)، «جرائم و مجازات‌ها و تحولات آن در قوانین کیفری ایران»، مجموعه مقالات همایش بین‌المللی علمی کاربردی، جنبه‌های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، ج ۱، ص ۱۲۳-۱۳۲، و قناد، «بررسی تناسب میان جرم و مجازات در جرایم مواد مخدر در نظام حقوقی ایران»، ص ۱۹۹-۲۴۷.
 ۲. طبق شرایط تعیین شده در این قانون مجازات‌ها بدین قرار است: اعدام، حبس ابد، حبس تا ۱۵ سال، مصادره اموال، جریمه نقدی تا یک میلیارد ریال، شلاق تا ۷۴ ضربه و... (همان، ص ۲۷-۲۹).
 ۳. متن کامل سند قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷/۸/۳ با آخرین اصلاحات و الحاقات، به منظور اطلاع پژوهشگران، خوانندگان و فعالان حوزه اعتیادپژوهی و دیگر فعالان این حوزه در بخش پی‌نوشت قابل مشاهده است (دانلود از سایت رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر <http://www.dchq.ir>)

رئیس جمهور تشکیل و تمامی عملیات اجرایی و قضایی و برنامه‌های پیشگیری و آموزش عمومی و تبلیغ علیه مواد مخدر در این ستاد متمرکز شد.^۱ با وجود تصویب این قوانین و اجرای آنها در کشور، همچنان آمار معتادان رو به افزایش است و نرخ سنی معتادان سیری نزولی را طی می‌کند و تعداد قابل توجهی از نوجوانان و جوانان کشور به انواع مختلف مواد مخدر اعتیاد پیدا کرده‌اند که در فصل مطالعه موردی کمپهای ترک اعتیاد استان هرمزگان در فصل دوم کتاب، داده‌هایی در این باره ارائه می‌شود.

چارچوب مفهومی

موضوع این کتاب، «تحلیل جامعه‌شناختی اعتیاد» با تأکید بر مباحث اسلامی و پیمایش وضعیت اعتیاد در استان هرمزگان است. پس این پژوهش، اکتشافی است؛ از این رو، چارچوب نظری خاص براساس یک نظریه جامعه‌شناسی یا روان‌شناسی اجتماعی و یا روان‌شناسی ندارد؛ بنابراین براساس فرضیه خاصی و اثبات آن نیز تحقیق انجام نشده است؛ هرچند به منظور آشنایی با علل اعتیاد، در مقام تبیین در یک فصل مستقل، نظریه‌های مختلف مرتبط با اعتیاد به طور خاص یا کجروی به طور عام، اشاره شده است. این تحقیق در پی آن است که مباحث جامعه‌شناختی درباره اعتیاد را جمع‌بندی کند و با انجام پژوهش پیمایشی به توصیف وضعیت اعتیاد در استان هرمزگان با استفاده از تحلیل داده‌های به دست آمده از کمپ‌های ماده ۱۵ ترک اعتیاد استان بپردازد. همچنین، می‌کوشد گزاره‌های اسلامی مرتبط با اعتیاد را در قالب مفاهیم جامعه‌شناسی ارائه کند و به جمع‌بندی نهایی با دیدگاهی منتسب به آموزه‌های اسلامی در این باره برسد. بنابراین، از زبان و ذهنیت جامعه‌شناسی بهره می‌برد تا به توضیح مفاهیم اصلی خود بپردازد. مفاهیم اصلی تحقیق، عبارت‌اند از: «اعتیاد و سوء مصرف مواد»، «معتاد»، «کنترل اجتماعی»، «پیشگیری اجتماعی»، «انواع مواد مخدر»، «پیامدهای اعتیاد به انواع مواد مخدر» و «روش‌های مصرف مواد مخدر».

۱. اعضای این ستاد عبارت‌اند از: رئیس جمهور، دادستان کل کشور، وزیر کشور، وزیر اطلاعات، وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزیر آموزش و پرورش، رئیس سازمان صداوسیما، فرمانده نیروی انتظامی، سرپرست دادگاه انقلاب اسلامی تهران، سرپرست سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، وزیر فرهنگ ارشاد اسلامی (ماده ۳۳ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶/۸/۱۸) (دانش، همان، ص ۲۹).

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر

دانشمندان حوزه‌های علوم انسانی با توجه به رشته تخصصی خود، تعریف‌های گوناگونی از اعتیاد ارائه کرده‌اند؛ تعریف‌هایی مانند «نیاز به مصرف یک ماده مخدر که در صورت عدم مصرف آن، حالات خاصی به وجود می‌آید که گاهی برای فرد غیرقابل تحمل است»؛ «افزایش مصرف ماده مخدر برای ایجاد همان حالت و کیفیتی که در اولین بار استعمال مواد مخدر میسر شده است» و نیز «اتکای جسمی و روانی^۱ به مواد مخدر که منجر به تلاش برای تهیه آن می‌شود» (کریم پور، ۱۳۶۵، ص ۴۱-۴۲).^۲

سازمان بهداشت جهانی نیز اعتیاد را چنین تعریف کرده است: «مسمومیت مزمن یا ادواری، مخرب برای فرد و جامعه که به واسطه استعمال مکرر یک داروی طبیعی مثل تریاک یا مصنوعی ایجاد می‌شود و مشخصات آن عبارت‌اند از: احساس خوشی و تعادل کاذب پس از استعمال، حالت احتیاج شدید و غیرقابل مقاومت برای به دست آوردن و استعمال مجدد، تمایل به ازدیاد مقدار استعمال به علت تحمل سلول‌های بدن به مقادیر معمولی (تزیاید)، و سرانجام وابستگی به آثار روانی و گاهی بدنی، زیرا نرسیدن دارو موجب بروز سندرم «محرومیت» می‌شود» (اسعدی، ۱۳۷۲، ص ۱۶۱).^۳

واژه سوء مصرف نیز امروزه به دلیل تغییرات جدی در رویکردها، سیاست‌گذاری‌ها و حتی عملکردها رایج شده است. در برخی منابع معتبر نوشته شده است که ارائه تعریف دقیق نیز از اصطلاحاتی مانند مصرف نابجای مواد مخدر و سوء مصرف مواد مخدر دشوار است؛ گرچه

۱. «وابستگی روانی حالتی است که شخص پس از مصرف ماده مخدر، احساس لذت، آرامش و رضایت خاطر می‌کند. وابستگی جسمی نیز عبارت از حالت انطباقی در بدن فرد می‌باشد که پس از استعمال مکرر مواد مخدر در بدن پدید می‌آید و در واقع بدن فرد نسبت به آن عادت می‌کند و در صورت عدم استعمال، واکنش‌هایی از قبیل دردهای جسمی بروز می‌کند» (دانش، ۱۳۷۹، ص ۱۰۰).

۲. در پزشکی نیز معتاد کسی است که از نظر روانی و جسمی به یک ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند (کریم پور، ۱۳۶۵، ص ۴۱-۴۲).

۳. سندروم قطع دارو، حالاتی است که برای شخص معتاد در صورت مصرف نکردن به موقع ماده مورد مصرف، عارض می‌شود. آن حالات عبارت‌اند از: «ضعف، بی‌قراری، خمیازه کشیدن، افزایش فشار خون، افزایش درجه حرارت بدن، بی‌خوابی، اضطراب، درد شکم، طپش قلب، انزال خودبه‌خود، آبریزش بینی، تعریق، لرزش، گشاده شدن مردمک، عدم تمرکز فکر، گرم و سرد شدن بدن، استفراغ، افزایش تعداد تنفس و دردهای عضلانی (مهدی‌نیا، ۱۳۶۵، ص ۳۷۴-۳۷۵).

کاربرد عملیاتی آنها تا حد زیادی به فرهنگ خاص، سبب‌شناسی، فعالیت بالینی و آثار مصرف دارو بر فرد بستگی دارد. در ایالات متحده، پزشکان ترجیح می‌دهند از اصطلاح «سوء مصرف» برای مشکلات ناشی از مصرف الکل یا دیگر مواد مخدر تغییردهنده خلق استفاده کنند و هنگامی که مشکلات افزایش یافته و به وابستگی تبدیل می‌شود، از واژه «اختلال‌های اعتیاد آور» استفاده می‌کنند. بدین ترتیب اعتیاد را در اشکال شدیدتر و حادث‌تر سوء مصرف به کار می‌برند. در هر حال سازمان جهانی بهداشت، استفاده از اصطلاحات زیر را توصیه می‌کند:

مصرف غیرمجاز: مصرف ماده‌ای که اجتماع آن را تأیید نمی‌کند؛

مصرف پرخطر: مصرف ماده‌ای که باعث آسیب یا بدکارکردی می‌شود؛

مصرف نابهنجار: مصرف ماده‌ای که عملکرد روانی یا اجتماعی را دچار اختلال می‌کند؛

مصرف زیان‌آور: مصرف ماده‌ای که به‌عنوان علت آسیب‌های بافتی یا اختلال‌های روان‌پزشکی شناخته شده‌اند (رسول، ۱۳۹۱، ص ۳۱-۳۲).

همان‌طور که پیداست، در این تعاریف، طیفی از آسیب‌های جسمی، اجتماعی و روان‌شناختی مبنای تعریف است.

معتاد

براساس تعریف اعتیاد، معتاد کسی است که در اثر مصرف مداوم، متکی به مصرف مواد مخدر و یا روانگردان است و ویژگی‌های چهارگانه زیر را دارد:

اول: در اثر مصرف مکرر، نوعی عادت متکی بر نیاز و تمایل روانی در فرد ایجاد می‌شود که او را با شدت، به مصرف مواد مخدر ترغیب می‌نماید؛

دوم: برای حفظ میزان اثر مطلوب مواد مخدر، معتاد باید مقدار مواد مصرفی را پیوسته افزایش دهد؛

سوم: ترک استفاده از مواد مخدر، علائم خاصی را در معتاد ایجاد می‌کند که بسته به نوع ماده مصرفی شکل‌های متفاوتی دارد؛

چهارم: اعتیاد به مواد مخدر یا دارو برای فرد یا جامعه زیان‌آور است (دانش، ۱۳۷۹، ص ۱۰۰-۱۰۱).^۱

۱. برای اطلاع بیشتر ر.ک: قربان حسینی ۱۳۶۸، ص ۱۴۱-۱۴۴ و برزوه ۱۳۶۸، ص ۳ و صالحی ۱۳۷۱، ص ۱۶-۲۰.

کنترل اجتماعی

کنترل اجتماعی مجموعه‌ای از منابع مادی و نمادین است که یک جامعه برای تضمین هم‌نوایی رفتاری اعضای خویش در برابر کجروی، با مجموعه‌ای از قواعد و اصول معین و دارای ضمانت اجرا در اختیار دارد (سلیمی و داوری، ۱۳۹۱، ص ۴۵۲).

پیشگیری اجتماعی

پیشگیری، سیاستی پیشینی و متشکل از مجموعه راهکارهای مستقیم و غیرمستقیمی است که با هدف ایجاد امکانات و موقعیت‌های بازدارنده از وقوع جرم و کجروی طراحی و تدوین می‌شود (العوجی، ۱۹۸۷، ج ۲، ص ۱۴۴). پیشگیری در صورت اجرای درست، سیاستی به مراتب کارآمدتر و مؤثرتر از سیاست‌ها و راه‌حل‌های پسینی مقابله با ارتکاب کجروی و جرم است؛ سیاستی که افزون بر آن، کاهش قابل توجه را هم در نیروها و هم هزینه‌های مورد نیاز کنترل اجتماعی در پی دارد (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰، ص ۶۸۴-۶۸۵)؛ اما در تعاریف و رویکردهای نوین پیشگیری، این مفهوم از سوی جرم‌شناسان چهار ویژگی دارد:

الف) پیشگیری اقدامی است که هدف اصلی آن تضمین رخ ندادن بزهکاری یا انحرافات جرم‌گونه است؛ بنابراین اقدامی مؤثر علیه عوامل یا فرایندهای مولد بزهکاری قلمداد می‌شود؛

ب) پیشگیری جنبه جمعی دارد و مخاطب آن کل جمعیت یا گروه یا بخش معینی از آن است؛

ج) پیشگیری به اقدام‌های لازم و متناسبی اطلاق می‌شود که «قبل از ارتکاب اعمال معین» انجام شوند و نه بعد آن؛

د) پیشگیری شامل اقدام‌های غیرقهرآمیز و غیرسرکوبگر می‌شود؛ چون مسبوق به وقوع عمل معین است (بقایی سرابی، ۱۳۹۷).^۱

۱. برای آشنایی بیشتر با مفهوم پیشگیری می‌توان به منابع جدیدتری اشاره کرد مانند: دهقانی و جزایری، «بررسی توصیفی-تحلیلی رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر» (در این مقاله به انواع رویکردهای پیشگیری اشاره شده است)، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۴، شماره ۱۵، ۱۳۸۳؛ نوری، «بررسی نیازهای دانشجویان به مداخلات پیشگیرانه از اعتیاد»، مجله روان‌شناسی ۷۸، سال ۲۰، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵؛ سوهانی، تقوایی و مرتضایی، «سیاست جنایی در برخورد با اعتیاد: با رویکرد پیشگیری از وقوع جرم»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره ۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳؛ نوری، «مدرسه و پیشگیری از مصرف مواد: نگاهی به رویکردها و اصول پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره ۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳.

برحسب معیار «اهداف و اصول» پیشگیری از مصرف مواد مخدر را می‌توان برخوردار از ویژگی‌های پراهمیت ذیل دانست که توجه به آن در همه مراحل تعیین راهبرد، سیاست‌گذاری و اقدام و عملیات مؤثر است:

۱. شناخت، مداخله و از بین بردن عوامل مصرف مواد مخدر؛
۲. کاهش عوامل مخاطره‌آمیز و پرخطر مصرف مواد؛
۳. آگاه کردن افراد، به‌ویژه افراد در معرض خطر از زیان‌ها و ضررهای مواد؛
۴. افزایش مقاومت فرد در برابر وسوسه‌های مصرف مواد با آموزش مهارت‌های زندگی مانند مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله و ارتباطات اجتماعی؛
۵. تقویت فعالیت‌های جایگزین به‌جای مصرف مواد مخدر به‌منظور ارضای نیازهای روانی-اجتماعی نوجوانان و جوانان و گروه‌های خاص؛
۶. مشاوره و مداخله در دوره‌های رخداد بحران یا بحران‌های مختلف در زندگی گروه‌های هدف؛
۷. ارتقای سطح آگاهی فرهنگی و تقویت باورهای مذهبی و اخلاقی در جامعه؛
۸. تصویب، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و مؤثر در مبارزه با مواد مخدر؛
۹. درمان معتادان به‌منظور جلوگیری از اشاعه و سرایت اعتیاد در جامعه (بقایب سرابی، ۱۳۹۷، ص ۴۸-۴۹).

نیاز

نیاز عبارت است از حالت محرومیت، کمبود و نبود در ارگانیسم مانند کمبود غذا، آب و اکسیژن، یا کمبود هر حالتی که برای استمرار و ادامه حیات یک موجود زنده ضرورت دارد و برای بهزیستی فرد لازم است (شکیباپور، ۱۳۶۳، ص ۱۱۳) به دیگر سخن، «نیازها تنش‌هایی است که عدم تعادل زیستی بین فرد و محیط فیزیو-شیمیایی درون و بیرون از ارگانیسم آنها را به بار می‌آورد» (فیست و گریگوری، ۱۳۸۶، ص ۲۵۵ و سالاری فر و همکاران، سال ۱۳۸۹، ص ۸۶). بنابراین، می‌توان چهار معنای اصلی مفهوم نیاز را به این شرح بیان کرد: «عدم تعادل»، «نقص»، «ضروری بودن» و «منشأ بودن برای رفتار» (صدیق اورعی، ۱۳۹۰، ص ۱۱).

انواع نیازهای انسانی

نیازهای آدمی آنقدر گسترده و متنوع است که با وجود تلاش‌های روان‌شناسان، فهرست کامل تأیید شده توسط بیشتر مؤلفان وجود ندارد. امروزه روان‌شناسان کاملاً پذیرفته‌اند که در انسان دو گونه نیاز دیده می‌شود: ۱. نیازهای زیستی مانند غذا، آب و همسر؛ ۲. نیازهای روانی و عاطفی که براساس شرایط و ضرورت‌های فرد است و کاملاً جنبه روان‌شناختی دارد. مازلو نیازهای اساسی انسان را به صورت سلسله‌مراتبی به پنج دسته تقسیم کرده است:

نیازهای جسمی: در تعریف نیازهای جسمی مازلو به نیاز شخص به غذا، آب، فعالیت و خواب، محافظت از سرما و گرما، تحرک حسی، فعالیت جنسی و مانند آن اشاره می‌کند که در ابتدایی‌ترین سطح نیازهای بشر قرار دارد و فوری و بسیار با اهمیت است؛ به گونه‌ای که اگر ارضا نشوند، فرد را به سرعت تحت سلطه می‌آورند و نیازهای دیگر را پنهان می‌کنند یا جنبه‌ای فرعی بدان‌ها می‌بخشند؛

نیازهای ایمنی: نیاز به امنیت، ثبات، نظم، احتیاج به رها بودن از ترس، نگرانی و آشفتگی، تمایل به داشتن یک حامی، برخوردار بودن از شغلی با ضمانت‌های حرفه‌ای و مالی، یا حتی داشتن حساب پس انداز و بیمه‌های مختلف که به نظر مازلو و در بیانی کلی، فرد را وادار به ترجیح دادن پیش‌بینی‌پذیرها بر ناشناخته‌ها و مخاطرات می‌کند تا از این راه به نوعی به احساس ایمنی و آسایش خاطر دست یابد؛

نیازهای عشق و تعلق: نیاز به عشق، محبت و تعلق به گروه، دوستان، همسر و فرزند، نیاز به برقراری روابط اجتماعی دوستانه با دیگران، تمایل به وابستگی به گروه‌ها و مانند آن و اینکه بدانیم دیگران نیز همین احساس را نسبت به ما دارند؛

نیازهای احترام: نیاز به آنکه هم خودمان، خود را محترم بدانیم و هم این احترام را از دیگران ببینیم؛

نیازهای خودشکوفایی: نیاز به تحقق بخشیدن استعدادها.^۱

۱. درخصوص موارد یادشده ر.ک: مازلو، ۱۳۶۷، ص ۷۰-۱۱۰؛ شولتز و الن شولتز، ۱۳۷۹، ص ۳۴۲-۳۴۷؛ گنجی، ۱۳۹۱، ص ۸۰۵-۸۰۸.