



تأثیر اقتصاد بر ارتقاء سلامت در پرتو پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر

منا راستکار علی مددی

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

(نویسنده مسئول)

rastkarmona4@gmail.com

چکیده

ایران به دلیل قرار گرفتن در کنار افغانستان و پاکستان که بخشی از منطقه حلال طلایی مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و نیز به دلیل قرار گرفتن در مسیر حمل مواد از این دو کشور به اروپا، جهت مبارزه با تولید و توزیع و مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در طی سالین متمادی هزینه‌های مادی و انسانی زیادی را متحمل شده است و لذا لازم است که با پیشرفت‌هایی که در زمینه‌های مختلف تولید و توزیع و قاچاق مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و اقتصاد زیرزمینی صورت می‌گیرد، سیاست‌های مقابله خود را به‌روزرسانی کند؛ لذا نیازمند انجام پژوهش‌ها و تحقیقات گسترده‌ای در این زمینه است. این مقاله با هدف روشن کردن بخشی از مسئله نقش اقتصاد سالم در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها با استفاده از روش توصیفی و تحلیلی نگاشته شده و با شیوه‌نامه‌های و اسنادی به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته و نتایج به دست آمده نشان داده که وجود اقتصاد سالم لازمه مبارزه و پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها است ولی شرط کافی نیست.

کلیدواژه‌ها: اقتصاد سالم، اعتیاد، پیشگیری، درمان، مصرف مواد مخدر، روان‌گردان



مقدمه

امروزه جوامع بشری با مشکل بزرگ سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها مواجه هستند و علی‌رغم کوشش‌های به عمل آمده و هزینه‌های بسیار سنگین مبارزه با آن هنوز راه حل مناسب و قابل قبولی برای چیره شدن به این معضل بزرگ جهانی به دست نیاورده‌اند.

به گفته مدیر اجرایی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل خانم "غادا والی" در سال ۲۰۲۰ بیش از ۲۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان مواد مخدر مصرف کردند، کشف مواد مخدر صنعتی در ۱۰ سال گذشته چند برابر شده است، در حالی که بحران مواد افیونی در آمریکای شمالی هر روز جان افراد بیشتری را می‌گیرد و استفاده غیر پزشکی ترامادول همچنان مردم آفریقا و خاورمیانه را به خطر می‌اندازد. (<https://wdr.unodc.org>)

به نوشته سایت ویکی‌پدیا شیوع مصرف هروئین در شرق آفریقا، افزایش مصرف کوکائین در غرب آفریقا و جنوب آمریکا، رشد و گسترش سریع تولید و سوء مصرف مواد مخدر صنعتی در خاورمیانه و جنوب شرق آسیا از جمله بحران‌های نوظهور به شمار می‌آیند. (<https://fa.m.wikipedia.org>)

ایران نیز به دلیل قرار گرفتن در منطقه‌ای که به هلال طلایی مشهور است و نیز به دلیل اینکه در راه یکی از مسیرهای مهم حمل‌ونقل مواد افیونی قرار دارد و به دلایل دیگر تاریخی و اجتماعی یکی از قربانیان بزرگ سوء مصرف مواد در جهان به شمار می‌رود. با آن که طی سال‌های گذشته قربانیان زیادی برای مبارزه با این مشکل بزرگ داده و بخش عظیمی از سرمایه‌های ملی را صرف پیشگیری و غلبه بر این معضل کرده است به نظر نمی‌رسد که نتایج حاصله برای مردم و مسئولین رضایت‌بخش باشد. برای برخورد با این پدیده ویرانگر نخست سیاست برخورد قانونی و تحدید با تولید، توزیع و مصرف در پیش گرفته شد سپس به عللی همچون تغییر نگرش به جرم و یا بیماری بودن اعتیاد؛ در کنار آن سیاست "کاهش تقاضا" یعنی پیشگیری و درمان هم به آن افزوده شد.

در این میان یکی از مواردی که در رویکرد کاهش تقاضا کمتر به آن توجه شده نقش و جایگاه اقتصاد سالم چه به عنوان علت (از طریق ایجاد ثروت و رفاه زیاد در بین اقشار جامعه و غیره ...) و چه به عنوان معلول (قاچاق مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و اقتصاد خرد قاچاق و اقتصاد زیرزمینی و ناسالم) در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها می‌باشد. شاید در نگاه اول به مسئله اقتصاد سالم و نقش و جایگاه آن در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها این را امری مسلم دانست که هرچقدر اقتصاد سالم‌تر باشد، فقر کمتر و رفاه اجتماعی بیشتر شده و بودجه و اعتبار لازم برای پیشگیری و درمان اعتیاد اختصاص داده شده به آن نیز بیشتر شود؛ ما در پیشگیری و درمان اعتیاد و به عبارت کلی‌تر در مبارزه و مهار اعتیاد، و مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موفق‌تر خواهیم بود؛ در صورتی که تحقیقات؛ نتایج متناقضی با این استدلال نشان می‌دهد. لذا در این مقاله سعی بر داشتن گامی کوچک در جهت شناخت نقش و جایگاه اقتصاد سالم جامعه در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها هستیم.

۱- تعریف اقتصاد

فرهنگ لغت آکسفورد اقتصاد (Economy) را این‌گونه تعریف کرده است اقتصاد ارتباط میان تولید و تجارت و عرضه پول، در یک کشور یا منطقه مشخص می‌باشد. در تعریفی دیگر اقتصاد مجموعه بزرگی از فعالیت‌های به هم پیوسته تولیدی و مصرفی دانسته شده که به تعیین چگونگی تخصیص منابع کمیاب کمک می‌رساند اقتصاد برآیند کلیه فعالیت‌های است که فرهنگ، ارزش، آموزش تکامل تکنولوژیکی، تاریخ، سازمان اجتماعی، ساختار سیاسی، سیستم‌های قانونی، جغرافیا و همین‌طور مواهب طبیعی را در بر می‌گیرد. این عوامل زمینه، محتوا و شرایطی را تعیین می‌کند که یک اقتصاد در آن عمل می‌کند. با استفاده از مفهوم‌های نرخ ارز، تولید ناخالص داخلی، تولید ناخالص ملی، بازار سهام، نرخ بهره، بدهی ملی، نرخ تورم، بیکاری و تراز تجاری می‌توان معیارها و شاخص‌هایی را برای شناخت و اندازه‌گیری اقتصاد به دست آورد. (<https://fa.m.wikipedia.org>)



۱-۱- نقش و جایگاه اقتصاد

علم اقتصاد در سطح خرد به افراد کمک می‌کند تا بتوانند به بهترین نحو ممکن امکانات محدود خود را همانند بودجه یا زمان را به کالا یا خدمات تبدیل کند و به حداکثر مطلوبیت و رضایتمندی برسد و به بنگاه‌ها کمک می‌کند تا به حداکثر سود یا حداکثر بازده تولید دست پیدا نمایند. اقتصاد به هر فرد در هر شغل و حرفه و وضعیت اجتماعی کمک می‌نماید تا به بهترین سطح از بهره‌وری از منابع و امکانات خود نائل شود. (سارا برجانه، ۱۳۹۹)

به طور کلی می‌توان گفت اقتصاد یکی از عمده‌ترین پدیده‌های انسانی است که بر کلیه جوانب زندگی اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، تاریخی، دینی و... انسان تأثیر مستقیم و یا غیر مستقیم گذاشته و از آن تأثیر می‌پذیرد.

۱-۲- اقتصاد غیررسمی

اقتصاد غیررسمی فعالیت‌های اقتصادی را شامل می‌شود که برخلاف اقتصاد رسمی نه مالیاتی می‌پردازد و نه تحت نظارت دولت انجام می‌گیرد؛ از این رو، اقتصاد غیررسمی در محاسبات مربوط به تولید ناخالص ملی نمی‌آید. اگرچه غالباً اقتصاد غیررسمی با مباحث مربوط به کشورهای در حال توسعه پیوند خورده است، تمامی نظام‌های اقتصادی درجاتی از اقتصاد غیررسمی را شامل می‌شوند. (<https://fa.m.wikipedia.org>)

۱-۳- اقتصاد سالم

یکی از شاخصه‌های توسعه یافتگی هر کشور رشد اقتصادی است که این امر نیز به سالم بودن سیستم اقتصادی آن کشور وابسته است. اگر کشوری سیاست‌های مناسب اقتصادی را در اولویت قرار دهد به گونه‌ای که رشد اقتصادی مستمر و کنترل نرخ تورم را در پی داشته باشد، می‌توان گفت آن کشور از اقتصاد سالم برخوردار است. اگر اقتصاد سالم باشد رشد اقتصادی نیز وجود خواهد داشت و بالعکس؛ سلامت اقتصادی قدرت یک اقتصاد را نشان می‌دهد و این امریست که اعتماد افراد و بنگاه‌ها را جلب خواهد کرد از دیگر مؤلفه‌های یک اقتصاد سالم می‌توان به ثبات در اقتصاد، قیمت‌گذاری کالا و خدمات با توجه به عرضه و تقاضا، افزایش تولید، وجود تعادل میان اقتصاد ملی و بین‌المللی، تناسب لازم قوانین بیمه و کار، ثروت، رابطه مستقیم و منطقی میان تولید — تجارت — اشتغال و مهارت‌های بازاریابی، سیاست‌های بانک مرکزی و بازار پولی و سرمایه‌ای کشور در جهت افزایش نرخ رشد اقتصادی، تعادل واقعی بین تولید، عرضه و تقاضا، برخورداری متناسب فرد از منافع فعالیت‌های خود، وجود رابطه معقول و منطقی بین فعالیت و درجه ریسک و برخورداری از منابع آن، زندگی مطلوب، رضایت مندی و اطمینان مردم و سرمایه‌گذاران به نظام اقتصادی کشور، جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی و سایر مؤلفه‌هایی که در نهایت به بالا بردن نرخ رشد اقتصادی بینجامد. (<https://academyayandeh.ir/healthyJeconomy>)

۱-۴- اقتصاد سالم از دیدگاه اسلام

از دیدگاه اسلامی برای ایجاد اقتصاد سالم در ۶ محور تلاش صورت می‌گیرد.

- ۱- مبارزه با فقر شامل: الف — دستگیری از مستمندان و فقیران ب — هم‌دردی و همراهی عملی با فقرا ج — تشویق به کار و تلاش
- ۲- مبارزه با تورم شامل: الف — کنترل قیمت‌ها ب — برخورد با محتکرین ج — حمایت از تجار و صاحبان صنایع و تولیدکنندگان و نظارت بر آنها
- ۳- مبارزه با ربا
- ۴- مبارزه با رشوه



- ۵ - برخورد با اسراف و کارگزاران
- ۶ - مبارزه با اختلاس کارگزاران. (طالبیان، ۱۳۸۵)

۲- معتاد

کسی که دارای وابستگی جسمی و روانی نسبت به یکی از مواد نظیر (تریاک، حشیش، هروئین و...) می‌باشد و ناگزیر است مصرف مقادیر مشخصی از آن را به طور مستمر ادامه دهد. (رعدی، ۱۳۸۲: ۶)

۳- مواد مخدر و روان گردان‌ها

شامل همه ترکیباتی است که باعث تغییر کارکرد مغز به صورت هیجان افسردگی رفتار ناپه‌نچار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور شود. (رعدی، ۱۳۸۲: ۶)

مواد اعتیادآور را می‌توان به طرق گوناگونی دسته‌بندی کرد. برای مثال بر حسب منشاء ساختار شیمیایی، مکانیزم عمل قانونی و غیر قانونی (مثل سیگار و الکل در بسیاری از کشورهای جهان) و غیر قانونی (مثل هروئین و مورفین) و غیره اما هنگامی که می‌خواهیم آن‌ها را بر حسب اثرهایی که بر مصرف کننده می‌گذارند طبقه بندی کنیم دسته‌بندی زیر مناسب به نظر می‌رسد.

۱ - مواد مخدر ضد درد ۲ - کانابیس (حشیش، ماری جوانا، روغن حشیش، بنگ) ۳ - مواد محرک سیستم عصبی ۴ - مواد کند ساز سیستم عصبی ۵ - توهم‌زا ۶ - مواد استنشاقی ۷ - سیگار و نیکوتین. (امینی، کوروش وامینی، داریوش ۱۳۸۱: ۳۱)

۴- شیوه‌های پیشگیری و کاهش تقاضا

کاهش تقاضا برای سوء مصرف مواد مخدر، مختلف خواه مواد مضر قانونی و آزاد (نظیر سیگار و مشروبات الکلی در اغلب کشورهای غیر مسلمان)، خواه مواد دارویی رایج در معالجه انواع بیماری‌های روانی (مثل داروهای محرک اعصاب، ضد اضطراب و غیره) و خواه مواد محرک، مخدر، یا توهم‌زای غیر قانونی (نظیر تریاک، هروئین، ماری جوانا، کوکائین و غیره) اساساً دارای سه بعد یا محور عمده می‌باشد: پیشگیری، درمان، توان بخشی و بازآموزی.

از میان سه بعد بالا، مفهوم پیشگیری دامنه وسیع دارد و معمولاً تحت عناوین فرعی "پیشگیری نخستین"، "پیشگیری دومین" و "پیشگیری سومین" مورد بحث قرار می‌گیرد. از این میان، پیشگیری نخستین با جلوگیری از شروع هر نوع مصرف مواد غیر قانونی به صورت آزمایشی یا تفریحی سر و کار دارد.

۴-۱- پیشگیری اولیه

روی، دور نگه داشتن افراد از مواد قابل سوء مصرف از طرق گوناگون همچون، آموزش اطلاعات اساسی درباره مواد مختلف و خطرات آن‌ها، ایجاد نگرش‌های منفی نسبت به سوء مصرف مواد، تقویت مهارت‌های شناختی لازم برای تشخیص موقعیت‌های خطرناک و احتراز از آن‌ها و یا دادن مهارت‌های اجتماعی ضروری برای مقاومت در برابر فشارهای همگنان برای استفاده از مواد تاکید دارد. که بخش مهمی از اقداماتی که زیر عنوان "تحدید عرضه" انجام می‌گیرد در واقع جزئی از برنامه‌های پیشگیری نخستین به شمار می‌روند. تعیین سن قانونی خاصی برای خرید و مصرف مواد قانونی (سیگار، مشروبات الکلی) غیرقانونی اعلام کردن هر نوع معامله یا تصرف در مواد قابل سوء مصرف و محدود کردن خرید و فروش داروهایی که احتمال سوء مصرف آن‌ها وجود دارد. به ارائه نسخه پزشک از جمله این اقدامات می‌باشد. به همین ترتیب اقدامات کلی توسط سازمان‌های پرورشی غیر مرتبط مربوط به نظام مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد از قبیل ایجاد امکانات سالم برای گذراندن اوقات فراغت و غیره می‌تواند در پیشگیری نخستین از گرایش جوانان به طرف مواد بسیار مفید و مؤثر باشد.



۴-۲- پیشگیری دومین

تا حد زیادی با مفهوم درمان سریع به موقع به یک معنی است. در اینجا گروه هدف مداخله قبلاً با مواد آشنایی پیدا کرده و به سوء مصرف آن پرداخته است. عده‌ای از این گروه ممکن است هنوز فقط در مرحله مصرف تفریحی و گاه به گاه مواد باشند، در حالی که عده‌ای دیگر احتمال دارد به مرحله وابستگی روانی یا جسمی هم رسیده باشند، اگرچه هر دو گروه با احتمال زیاد میزان درگیری خود را با مواد انکار یا صدمات احتمالی ناشی از آن را کوچک‌تر از آنچه هست برآورد خواهند کرد؛ در هر صورت، هدف اصلی پیشگیری دومین کاهش میزان مصرف مواد (خواه از لحاظ مقدار یا دفعات) در گروه اول و کمک به گروه دوم (کسانی که به حد مصرف مکرر و وابستگی رسیده‌اند) برای ترک اعتیاد یا وابستگی خود، و نیز جلوگیری از گسترش سوء مصرف مواد دیگر (مثلاً از تریاک به هروئین) و یاد دادن مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم برای حفظ اعتدال در مصرف مواد که در عین مضر بودن، در اکثر کشورها قانونی و آزاد است (مشروبات الکلی و سیگار) یا علیرغم غیر قانونی و جرم بودن در سطح کل جامعه و فرهنگ خاص فرد بدون احساس ناراحتی یا گناه مصرف می‌شود.

۴-۳- پیشگیری سومین

این نوع پیشگیری از یک طرف با حفظ نتایج به دست آمده در مرحله پیشگیری دومین سر و کار دارد و سعی می‌کند از بازگشت افراد معالجه شده به طرف سوء مصرف مواد جلوگیری کند. (این تمایل به‌عنوان بازگشت یکی از بزرگ‌ترین مشکلات است که همه برنامه‌های درمان وابستگی به مواد با آن روبرو هستند.) و از طرف دیگر ایجاد امکانات اشتغال، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی فرد معتاد، معالجه و برطرف کردن مشکلات جسمی و روانی و خانوادگی حاصل از اعتیاد، فراهم کردن امکانات حمایت اجتماعی برای معتادان درمان شده سر و کار دارد. (مه‌ریار و جزایری، ۱۳۷۷: ۹-۷)

۵- اهداف و مراحل درمان

اهدافی که در درمان اعتیاد مد نظر درمانگر می‌باشد شامل موارد ذیل است:

- ۱- رسیدن به سبک و شیوه زندگی بدون مواد مخدر
 - ۲- کمک به افزایش کارایی و عملکرد فرد در جنبه‌های مختلف زندگی
 - ۳- جلوگیری از پیدایش مجدد اعتیاد.
- به طور کلی درمان اعتیاد از دو مرحله اصلی تشکیل شده است که شامل:

۵-۱- مرحله اول یا مرحله سم زدایی

این مرحله بسته به نوع و مقدار مواد ماده مخدر مصرفی و طول مدت اعتیاد به طور متوسط ۱۰ الی ۱۵ روز طول می‌کشد و با بروز برخی از علائم ناخوشایند و آزاردهنده ترک یا خماری همراه است و اگر چه سخت و ناراحت کننده است ولی خوشبختانه عموماً از نظر مرگ و میر خطری را به دنبال ندارد. در این مرحله برای انجام سم زدایی بسته به نظر تشخیص پزشک معالج از شیوه‌ها و داروهای مختلف و متعددی جهت کاهش و تخفیف این علائم آزار دهنده استفاده می‌شود. در پایان این مرحله بیمار پس از مصرف داروهای تجویز شده پزشک معالج خود، از نظر جسمی بهبود می‌یابد و علائم خماری او برطرف می‌شود. باید توجه داشت در این مرحله اگرچه بیمار از نظر جسمی بهبود یافته است اما هنوز از نظر روحی و روانی بیمار است و لازم است که از این حیث نیز تحت درمان و مراقبت‌های لازم قرار گیرد و چنانچه فرد از حمایت‌های لازم برخوردار نباشد به احتمال قوی مجدداً به سمت اعتیاد بازگشت و بیماری در فرد عود خواهد کرد.

۵-۲- مرحله دوم یا مرحله باز توانی

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۲۱۳۷۲۵۵۸۸۳ - ۰۲۱۳۷۲۵۵۰۰۶-۹ داخلی ۲۳۶ و ۲۳۳



این مرحله مهمترین و حساس ترین زمان برای رسیدن به اهداف درمان است و اگر در اجراء این مرحله سهل انگاری صورت گیرد درمان ناتمام و بی نتیجه خواهد ماند. تمام بیماران پس از اتمام مرحله سم زدایی صرف نظر از اینکه از چه نوع دارویی و یا از کدام روش درمانی "بستری، سرپایی، فوق سریع، طب سوزنی و... استفاده کرده اند تنها سهم کوچکی از درمان را گذرانده اند. پیروزی و موفقیت در ترک اعتیاد منوط به شرکت در فعالیت های مرحله باز توانی است. متأسفانه مردم عموماً به قسمت اول یعنی سم زدایی بیش از اندازه بها داده و درمان را فقط به هم همین مرحله محدود کرده و پس از اتمام این دوره با این تصور که دیگر بهبود یافته اند برنامه درمانی خود را نیمه کاره به پایان می رسانند و همین بی توجهی نسبت به قسمت دوم یا مرحله باز توانی و قطع ارتباط بیمار با درمانگران خود یکی از عمده ترین عوامل شکست درمان و عود مجدد اعتیاد می باشد.

(حشمتی، ۱۳۸۱: ۸-۶)

۶- تاریخچه مواد مخدر و مواد افیونی

مواد افیونی از دیرباز توسط ملل مختلف شناخته شده بود و کشت، تولید، توزیع و مصرف آن ها از زمانهای قدیم رواج داشته است. نوشته های باستانی نشان می دهد که تریاک در تمام دوره های تاریخ بابل، مصر، یونان و روم استعمال می شده است. کشت خشخاش با اینکه در ممالک شرقی از جمله ایران، چین، هند، ترکیه و ممالک اروپایی جنوبی به عمل می آمده ولی اصل آن از مصر بوده است. (رعدی ۱۳۸۲: ۴)

در ایران دو پزشک دانشمند، ابوعلی سینا و حکیم فخر رازی از ترکیبات تریاک برای پیشبرد هدفهای پزشکی در طب استفاده می کردند و به عوارض سوء آن ها آگاه بودند. به طور کلی برخی استعمال تریاک در ایران را ره آورد حمله اعراب یا چنگیز به ایران می دانند، و دستهای معتقدند که سپاه نادرشاه به هنگام اقامت خود در هندوستان تریاک کشی را از هندی ها آموخته و به ایران آوردند. ولی آنچه مسلم است در دوره صفویه، مصرف تریاک توسط درباریان و بزرگان به منظور رفع اضطراب و نگرانی و همچنین تفریح و خوشگذرانی معمول شد. در قرن دهم هجری، شاه طهماسب صفوی به خطر و عوارض مواد افیونی پی می برد و دستور می دهد که تریاک موجود در دربار را معدوم کنند. (امینی، و امینی، ۱۳۸۱: ۴)

تا قبل از قرن نوزدهم تریاک در ایران به طور وسیع کشت نمی شد و تریاک کشی رواج چندانی نداشت از زمان ناصرالدین شاه بود، که تریاک کشی در ایران شروع شد و با توجه به اسناد موجود در دوره امیرکبیر کشت خشخاش به صورت آزمایشی در اطراف تهران انجام گرفت. همراه با رشد استعمار در جامعه های در حال ترقی، کشت خشخاش و اعتیاد به تریاک در روستاهای ایران رایج و خرید و فروش آن معمول شد. چون انگلیسی ها تریاک ایران را به قیمت خوبی می خریدند، کشاورزان ایرانی، به جای زراعت گندم بخش زیادی از اراضی خود را به کشت خشخاش اختصاص دادند. به طوری که تریاک به صورت یکی از مهم ترین اجناس صادرات ایران درآمد، از طرف دیگر خود کشاورزان و کارگران به هنگام گرفتن شیر خشخاش از آن می خوردند و بداند عادت می کردند.

در سال ۱۳۳۴ قانون منع کشت خشخاش و جلوگیری از مصارف غیر پزشکی تریاک به تصویب مجلس رسید و وزارت بهداشتی عهده دار مشکلات معتادان گردید. سپس در سال ۱۳۴۸ دولت قانون ممانعت از کشت خشخاش را لغو و به جای آن کشت محدود خشخاش و سهمیه کپنی را مطرح کرد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران، در خرداد ماه ۱۳۵۹ قانونی تصویب شد که طی آن سهمیه تریاک معتادان لغو و دوره ای به مدت ۶ ماه به عنوان ترک تریاک مقرر گردید. (امینی و امینی، ۱۳۸۱: ۴)

در سالهای نخست دهه ۱۳۷۰ به تدریج در مجامع علمی و دانشگاهی کشور نگرش به "کاهش تقاضا" گسترش یافت. اولین اقدام های اساسی کاهش تقاضا در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در فاصله ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ صورت پذیرفت. همچون تأسیس واحدهای درمانی سرپاییمعتادان از سال ۱۳۷۵ و اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد. این حرکت تأثیر خود را در سیاست گذاران کشور بر جا گذاشت و سرانجام مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۷۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر را تصویب کرد که بر اساس آن اگرچه اعتیاد هم هنوز جرم بوده اما به کلیه معتادان اجازه داده می شد که



به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شد، مراجعه نمایند و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام کنند (وزیربان، ۱۳۸۲: ۶۲)

طبق گزارش موجود در سالنامه آماری ۱۳۹۷ کشور در سال ۱۳۸۰ جمع مواد کشف شده ۱۴۰۱۳۴ کیلو گرم می‌باشد که از این مقدار ۳۶۱۲ کیلو گرم آن هروئین شامل، کراک و کریستال و خود هروئین می‌باشد و مرفین ۷۰۷۸ کیلوگرم، تریاک و شیره ۷۱۲۰۱ کیلوگرم و کانابیس شامل حشیش ۵۱۹۷۰ کیلو گرم گراس صفر کیلو گرم می‌باشد. که این ارقام در سال ۱۳۹۷ به این ارقام تغییر یافته است جمع مواد کشف شده ۷۸۹۴۷۲ کیلو گرم می‌باشد که از این مقدار ۲۳۸۲۶ کیلو گرم آن هروئین شامل کراک و کریستال و خود هروئین می‌باشد و مرفین ۲۳۳۸۷ کیلوگرم، تریاک و شیره ۶۲۱۳۷۸ کیلوگرم و کانابیس شامل حشیش ۸۰۵۳۰ کیلو گرم و گراس به ۱۶۹۲۴ کیلو گرم رسیده است. که این نشانگر افزایش مواد مخدر و روانگردانها در کشور می‌باشد. (سالنامه آماری کشور ۱۳۹۷: ۵۶۱)

(بیانیه مطبوعاتی: طبق گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، وین ۶ تیر (۲۷ ژوئن ۲۰۲۲) بر روندهای مربوط به پس از قانونی کردن کانابیس، تاثیرات زیست محیطی مواد مخدر، و مصرف مواد در میان زنان و جوانان تاکید می‌کند).

قانونی کردن کانابیس در بخش‌هایی از جهان، و مصرف روزانه آن و اثرات آن بر سلامت را تسریع بخشیده است. این گزارش، که امروز معرفی شده است، همچنین جزئیاتی را درباره رکورد بالای تولید کوکائین و گسترش مواد صنعتی به بازارهای تازه ارائه می‌دهد و همچنین به خلاءهای موجود در دسترسی به درمانهای مواد، بخصوص برای زنان، می‌پردازد. طبق این گزارش، حدود ۲۸۴ میلیون نفر بین سنین ۱۵ تا ۶۴ در سال ۲۰۲۰ در سرتاسر جهان مواد مخدر مصرف کرده‌اند، که معادل ۲۶ درصد افزایش در دهه گذشته بوده است. افراد جوان مواد بیشتری مصرف می‌کنند، که سطح مصرف امروزه در بسیاری از کشورها بیشتر از نسل قبل می‌باشد. در آفریقا و آمریکا لاتین، افراد زیر ۳۵ سال اکثریت تحت درمان برای اختلالات مصرف مواد را تشکیل می‌دهند.

طبق تخمین این گزارش، ۱۱/۲ میلیون نفر در سرتاسر جهان مواد تزریق می‌کردند. حدود نیمی از این رقم با هیپاتیت C زندگی می‌کنند، ۱/۱۴ میلیون نفر با اچ آی وی زندگی می‌کنند و ۱/۲ میلیون نفر به هردو عفونت مبتلا هستند.

خانم "غادوالی"، مدیر اجرایی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، در واکنش به این یافته‌ها گفت: "میزان تولید و کشفیات بسیاری از مواد مخدر به بالاترین رکورد رسیده است، حتی در شرایطی که اوضاع اضطراری جهانی، آسیب پذیری‌ها را عمیق‌تر می‌کند. در عین حال درک نادرست از بزرگی مشکل و صدمات ناشی از آن، مردم را از مراقبت و درمان محروم می‌کند و افراد جوان را به سمت رفتارهای زینبار سوق می‌دهد. ما می‌بایست منابع و توجه لازم را برای پرداختن به تمام جوانب مشکل جهانی مواد، از جمله ارائه مراقبت برپایه شواهد به تمام کسانی که به آن نیاز دارند، تخصیص دهیم، و می‌بایست دانش خود را پیرامون ارتباط مواد مخدر با سایر چالشهای فوری همچون مناقشات و تخریب محیط زیست ارتقاء ببخشیم." این گزارش همچنین بر اهمیت تحریک جامعه بین‌المللی، دولت‌ها، جامعه مدنی، و تمام ذینفعان به منظور اقدام عاجل برای حفاظت مردم، از جمله ارتقای پیشگیری و درمان مصرف مواد و مقابله با عرضه مواد مخدر تاکید کرد.

به نظر میرسد قانونی کردن کانابیس در آمریکای شمالی مصرف روزانه کانابیس، به ویژه محصولات قوی کانابیس، را در میان بزرگسالان جوان افزایش داده است که در نتیجه افزایش اختلالات روانشناختی، از جمله خودکشی و بستری شدن در بیمارستان، در افراد گزارش شده است. قانونی شدن کانابیس همچنین باعث افزایش درآمدهای مالیاتی شده است و به طور کلی میزان دستگیری به دلیل نگهداری کانابیس را کاهش داده است.

ادامه افزایش در تولید و قاچاق مواد مخدر: تولید کوکائین در سال ۲۰۲۰ به بالاترین سطح رسید و با ۱۱ درصد افزایش نسبت به سال ۲۰۱۹ به ۱۹۸۲ تن رسید. علیرغم همه گیری کووید ۱۹، کشفیات کوکائین هم افزایش داشت و به رکورد ۱۴۲۴ تن در



سال ۲۰۲۰ رسید. نزدیک به ۹۰ درصد از کوکائین کشف شده در جهان در سال ۲۰۲۱ در کانتینرها و یا / از طریق دریا قاچاق شده بود. داده‌های کشفیات حاکی از آن است که قاچاق کوکائین به سایر نقاط خارج از بازارهای آمریکای شمالی و اروپا و با افزایش قاچاق به آفریقا و آسیا، در حال گسترش است.

قاچاق متامفتامین همچنان بر اساس جغرافیا گسترش دارد، ۱۱۷ کشور کشفیات متامفتامین را در بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۰ گزارش دادند، در حالی که بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۰ این گزارش مربوط به ۸۴ کشور می‌شد. در عین حال، مقدار متامفتامین کشف شده بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ پنج برابر شده است.

تولید تریاک در جهان بین سال‌های ۲۰۲۰ و ۲۰۲۱ هفت درصد افزایش داشته است و به ۷۹۳۰ تن رسیده است که عمدتاً به دلیل افزایش در تولید در افغانستان بوده است. هرچند، مساحت زیر کشت خشخاش در جهان با ۱۶ درصد کاهش به ۲۴۶۸۰۰ هکتار در همان دوره بوده است.

۷- اهمیت ایران در مبارزه و پیشگیری در منطقه و جهان

در تنظیم برنامه‌های پیشگیری و ویژگی‌های جغرافیای و انسانی کشور ایران که به طور مختصر بدانها اشاره می‌گردد، باید در نظر گرفته شود.

از زمان تشکیل کمپانی انگلیسی هند شرق در هندوستان و کشت خشخاش به وسیله این شرکت در هند، از قرن ۱۸ میلادی تا کنون بهترین راه حمل و تریاک و مواد افیونی از کشورهای مجاور شرقی (پاکستان و افغانستان) به اروپا و کشورهای غربی، شناخته شده و حتی در برهه‌ای از زمان، ایران، خود بازاریابی برای تریاک‌های کشورهای هم‌سایه شرقی و غربی ترکیه بوده است. ایران امروز به لحاظ این موقعیت استراتژیکی، حساس‌ترین دوران تاریخ خود را از جهت هجوم قاچاقچیان مواد مخدر می‌گذرانند، زیرا: اولاً در کشور پاکستان و در سال‌های اخیر در کشور افغانستان خشخاش و شاهدانه ماده به حد وفور کشت می‌شود و قاچاقچیان سعی دارند فرآورده‌های این دو گیاه را که قسمت اعظم مواد مخدر و روان‌گردان مصرفی بسیاری از کشورهای جهان از آنها ساخته می‌شود، در اشکال گوناگون تریاک، شیره، مورفین، هروئین، حشیش، بنگ، چرس، گانجا، thc و... از طریق ایران به ترکیه و کشورهای غربی حمل و کنند. ثانیاً بعد از فروپاشی شوروی، ایران از ناحیه بعضی کشورهای جدید التاسیس شمالی نیز کشت گیاهان خشخاش و شاهدانه ماده در آنها گزارش شده و خلیج فارس یکی از بهترین راه‌های قاچاق مواد مخدر به کشورهای جنوبی خلیج فارس خصوصاً بندر آزاد دبی که به بهشت قاچاقچیان معروف است می‌باشد، مورد تهدید جدی قرار گرفته است. ثالثاً مجهز شدن باندهای بزرگ قاچاق بین‌المللی به تمام وسایل پیشرفته حمل‌ونقل ارتباطات و جنگی، برخورداری از نیروی انسانی ماهر و زیر چتر حمایت قدرت‌های غارتگر بودن، کار مبارزه با قاچاق مواد مخدر را بسیار مشکل کرده است. بنابراین وقتی پیشگیری در ایران مطرح می‌شود نخستین موضوعی که به ذهن متبادر می‌گردد، مشکل مهم مبارزه با ورود مواد مخدر به محدوده جغرافیایی کشور، بستن مرزها و مراقبت شدید از ۱۹۲۵ کیلومتر طول مرز ایران با کشورهای شرقی (افغانستان پاکستان) و ۲۶۷۰ کیلومتر طول مرز خاکی و آبی با همسایگان مجاور شمالی و مرزهای غربی و جنوب غربی به شکل نعل اسب است.

دولت جمهوری اسلامی ایران با انعقاد قرارداد با دولت پاکستان، ایجاد موانع، اعلام مناطق ممنوعه، احداث باغ پاسگاه‌ها، ساختن راه آسفالت و شوسه، کندن کانال عمیق عریض (خندق)، کنترل هوایی به وسیله هلیکوپتر و سایر تمهیدات، تدابیری اندیشیده تا از ورود قاچاق مواد مخدر از طرف شرق پیشگیری کند که در این جهت موفق بوده است و بر اساس آنچه از مطالعات، تحقیقات و گزارش‌ها بر می‌آید در مقایسه با سایر کشورها موفق‌ترین کشور جهان در امر مبارزه با قاچاق مواد مخدر است که نه تنها توانسته از دسترس بودن مواد مخدر در داخل کشور به طور چشمگیری پیشگیری کند، بلکه از این طریق خدمات شایان تقدیری به مردم جهان هم کرده است و در قالب طرح "اکو" که با مداخله و نظارت برنامه کنترل بین‌المللی



دارویی سازمان ملل اجرا می‌شود در زمینه کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر، دستگیری مجرمان و بازپروری معتادان و وظایف محوله را انجام می‌دهد. (اسعدی، ۱۳۷۹: ۴۴-۴۳)

۸ - نظریه‌های مختلف درباره علل سوء مصرف مواد مخدر

بیشترین نظریه‌هایی که به تبیین علل سوء مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند به دخالت عوامل زیست شناختی، روانشناختی و یا جامعه شناختی در سوء مصرف مواد توسط افراد، اشاره کرده‌اند، که به اختصار اشاره‌ای به آن صورت می‌گیرد.

۸-۱ - نظریه‌های زیست شناختی

طبق نظریه‌های زیست شناختی علل سوء مصرف مواد مخدر در برخی عوامل زیست شناختی ارثی و نقش ژنتیک در گرایش افراد به سوء مصرف مواد نهفته است. (پیگنز و اسویکیز ۱۹۸۸، به نقل سروسستانی، ۱۳۸۸: ۱۹۸)

بنابراین طبق این نظریه‌ها، برخی افراد از نظر فیزیولوژیک استعدادی دارند که موجب می‌شود (در مقایسه با دیگران) از سوء مصرف مواد لذت بیشتری ببرند و همین استعداد باعث اعتیاد آن‌ها می‌شود. (جارویک، ۱۹۹۰ به نقل سروسستانی، ۱۳۸۸: ۱۹۹)

۸-۲ - نظریه‌های روانشناختی

نظریه‌های روانشناختی مربوط به سوء مصرف مواد مخدر بر گرایش بیشتر برخی انواع شخصیت‌ها به سوء مصرف مواد مخدر تاکید دارند. بر طبق این نظریه‌ها، احتمال مصرف مواد مخدر در افرادی که عزت نفس پایین دارند یا بیشتر مضطرب می‌شوند، به منظور آرامش یافتن، اعتماد به نفس پیدا کردن و رهایی از تنش همیشه بیشتر است. افرادی که شخصیت‌های وابسته دارند نیز با احتمال بیشتری به مواد مخدر آلوده می‌شوند (مونی و دیگران، ۱۹۹۷، به نقل از سروسستانی: ۱۹۹۹)

۸-۳ - نظریه‌های جامعه شناختی

نظریه‌های جامعه شناختی به تبیین نیروهای ساختاری و فرهنگی مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر می‌پردازند و چهار رویکرد را مطرح می‌کند

۸-۳-۱ - رویکرد ساختی - کارکردی

کارکرد گرایان مدعی‌اند که سوء مصرف مواد مخدر واکنشی است به تضعیف هنجارهای اجتماعی و سوء مصرف مواد مخدر واکنشی است به نبود پیوند بین فرد و جامعه و تضعیف شدن وفاق جمعی در مورد هنجارهای مقبول اجتماعی.

۸-۳-۲ - رویکرد تضاد

رویکرد تضاد بر اهمیت تفاوت قدرت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی گروه‌های ذی‌نفع اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر رفتارها و ارزش‌های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر تاکید می‌کند. از این منظر سوء مصرف مواد مخدر واکنشی است به نابرابری موجود در نظام سرمایه داری. افراد یک جامعه بیگانه از کار، دوستان و خانواده و همچنین از جامعه و نهادهای آن به سوء مصرف مواد مخدر به عنوان ابزاری برای فرار از ستم و سرخوردگی ناشی از نابرابری روی می‌آورند.

۸-۳-۳ - رویکرد کنش متقابل نمادین

کنش متقابل نمادین بر اهمیت تعریف و برچسب‌زنی و معانی منتسب به مصرف مواد تاکید می‌کند، اگر تجربه نخستین مصرف مواد "خوب" تلقی و تعریف شود، مصرف مواد تکرار خواهد شد و فرد ممکن است به تدریج برچسب "معتاد" بخورد. اگر این تعریف طوری درونی شود که فرد نیز خود را "معتاد" تلقی کند رفتار مزبور (اعتیاد) استمرار و حتی افزایش خواهد یافت.

۹ - تحقیقات صورت گرفته در ارتباط با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها

(اورنگ ۱۳۶۷) چنین می‌نویسد:

علل اعتیاد معتادان بر اساس تحقیقات انجام شده به ده عامل زیر تقسیم می‌شوند که عبارتند از ۱ - معاشرت با دوستان معتاد و منحرف ۲ - خوشگذرانی و لذت جویی ۳ - در دسترس بودن مواد مخدر ۴ - کنجکاوی ۵ - بیکاری ۶ - مشکلات عاطفی و



خانوادگی ۷ - تسکین دردهای جسمانی ۸ - اختلالات شخصیتی و روانی ۹ - تسکین آلام روحی ۱۰ - ناآگاهی. (امینی، و امینی، ۱۳۸۱ ص ۴۸)

(احمدی ۱۳۷۱) علل اعتیاد را به پنج دسته تقسیم می‌کند ۱ - عوامل دارویی فارما کولوژین ۲ - عوامل روانی ۳ - عوامل خانوادگی ۴ - عوامل اجتماعی ۵ - عوامل سیاسی. (امینی و امینی، ۱۳۸۱: ۴۹)

اعتیاد علل و زمینه‌های بسیار وسیع و متنوع و گاهی متضاد دارد، از طرفی فقر بیش از حد و از سوی دیگر ثروت زیاد و تمایل به لذت جویی هرچه بیشتر، می‌توانند باعث گرایش فرد به اعتیاد شوند هم نداشتن عقیده و تکیه گاه دینی می‌تواند سبب گرایش فرد به سوی اعتیاد می‌شود و هم اصول اعتقادی بعضی از مسلک‌ها و فرقه‌ها به بهانه رسیدن به عالم خلسه و تجسم و احساس قرب به معشوق محرک و مشوق استفاده از بعضی انواع مواد مخدر می‌باشد. برخی از عواملی که درباره علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد آورده شده است می‌تواند خود هم علت وابستگی به مواد باشند و هم معلول مانند طلاق و از هم پاشیدگی خانواده. (امینی و امینی، ۱۳۸۱: ۴۷)

با توجه به تحقیقات مختلف انجام شده اعتیاد پدیده‌های چند بعدی (زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی فرهنگی، است) که این ابعاد با منشاء ماهیت و تغییر یا اصلاح یا اختلال ارتباط دارند. بنابراین بعید به نظر می‌رسد که بتوان این مسئله را در الگوی یک بعدی تبیین نمود، در ضمن اختلالات مربوط به اعتیاد را نمی‌توان با مفهوم یک بیماری ساده به طور کامل توضیح داد بنابراین در حال حاضر برای فهم، تغییر و اصلاح این اختلالات و بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی همراه با آن‌ها شناخت ابعاد گوناگون آن ضروری به نظر می‌رسد. (امینی و امینی، ۱۳۸۱: ۴۹)

اقتصاد مواد مخدر رو بگردی بر مبنای اقتصاد خرد و به عقیده بکر ۱۹۸۸ باید توجه را معطوف به رفتارهای کما بیش عقلانی مصرف‌کنندگان کرد بر سبب های تجربی مکتب بکرین نشان می‌دهد که مصرف‌کنندگان مواد مخدر نسبت به نشانه‌های بازار بی‌تفاوت نیستند، برعکس، مصرف‌کنندگان مذکور یا برنامه مصرف خود را تغییر می‌دهند یا ماده مخدر دیگری را جایگزین می‌کنند و یا درآمدهای قانونی خود را با درآمدهای خلافکارانه ترکیب می‌کنند تا خود را با تغییرات محیط خویش تطبیق دهند به عقیده بکر، افراد مصرف‌کنندگان مواد مخدر جزء عوامل اقتصادی مسئول جامعه به شمار نمی‌روند بلکه افرادی هستند که رفتارهای اقتصادی آن‌ها به علت مصرف مواد مخدر غیر طبیعی شده است. این دیدگاه بر این اساس بنا شده است که اگر یک فرد فقط یک بار مواد مخدر را تجربه کرد، به علت ماده‌ای که در این مواد وجود دارد شخص م صرف‌کننده اختیار و اراده خود را از دست خواهد داد و به مصرف بیشتر تشویق خواهد شد، بر اساس این دیدگاه فرد معتاد دیگر به علایم ناشی از قیمت، عوارض ناشی از مضرات آن واکنش نشان نمی‌دهد. (برومند، ۱۳۸۶: ۱۵)

به نقل از (برومند ۱۳۸۶: ۱۲۶) مطالعه‌ای که توسط کولیکن وآل (۱۹۹۷) صورت گرفته، نشان می‌دهد که یک میلیون دلاری که در آمریکا هزینه درمان و معالجه شده، منجر به کاهش مصرف کوکائین به میزان ۱۰۵ کیلوگرم گردیده؛ یعنی ۸ برابر بیشتر از زمانی که همین مبلغ صرف سرکوب و پیگرد قانونی قاچاقچیان شده است (۱۳ کیلوگرم). نتایج فوق نشان دهنده مفید واقع شدن سیاست‌های معالجه و درمان و همچنین پیش‌فرض‌های واقع بینانه آن است؛ برای مثال درصد افرادی که تا ۱۵ سال بعد از معالجه دیگر بهم مصرف مواد مخدر روی نمی‌آورند، در این تحقیق حدود ۱۳ درصد تخمین زده شده است که کاملاً مطابق با واقعیت است. تأثیر بسیار بارز این سیاست کاهش بسیار شدید جرم و جنایت در نزد افراد تحت معالجه است.

به نقل از (برومند، ۱۳۸۶: ۱۲۹) فقط یک سوم میزان مرگ و میر معتادان ناشی از سوء مصرف مواد مخدر است. بیماری‌ها، خودکشی، رفتارهای منجر به خطر و خشونت، دیگر دلایل مرگ و میر معتادان است. در ۸ سال اول (۲۰۰۳ - ۱۹۹۶) سیاست درمان باعث گردید که بین ۲۳۹۲ تا ۴۷۵۰ زندگی نجات یابد؛ یعنی به طور متوسط ۳۴۸۱ زندگی نجات یافت که هزینه‌ای معادل ۱/۶ میلیارد یورو در بر داشته است، یا اینکه هر زندگی نجات یافته بین ۳۳۶/۰۰۰ یورو ۶۶۸/۰۰۰ یورو هزینه داشته یا اینکه ۱۱۲۰۰۰ یورو تا ۲۲/۲۶۶ یورو در سال هزینه نجات یافتن از زندگی معتادان بوده است که همراه با امید به زندگی ۳۰ سال بعد از درمان بوده است.



دانشگاه آزاد اسلامی مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری محققان پزشکی فرزادی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



در تحقیقی که بعد از سال ۲۰۱۵ تحت عنوان (بررسی تجربیات کشورهای منتخب و در حال توسعه پیشگیری از اعتیاد سط دکتر نعمت الله بابایی، ص ۳) صورت گرفته؛ یافته‌ها نشان می‌دهد در میان حجم بزرگی از سیاست‌ها و برنامه‌های کشورهای در پیشگیری اولیه؛ مهم‌ترین موارد مشترک شامل: آموزش مهارت‌های زندگی، مقاومت اجتماعی، آگاهی از نحوه تعامل با فرزندان و داشتن رابطه صمیمی در عین نظارت و کنترل، آگاهی از اثرات مواد؛ نحوه گذراندن اوقات فراغت و جایگزین‌های مناسب و سرگرمی، برنامه‌های مشارکتی و دوسویه بودند. در عین آنکه در بعضی از کشورها برخی برنامه‌های خاص و متفاوت به صورت ویژه اجرا می‌شدند: نتیجه گیریمی کند که سیاست‌ها و راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در اکثر کشورهای منتخب و توسعه یافته تحقیق محور و دانش بنیان هستند و تجربیات آن‌ها را می‌توان با تعدیل‌های لازم و بومی سازی در پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار داد.

فرجاد و همکاران (۱۳۷۷) بعد از تبیین اعتیاد به عنوان یک مشکل اجتماعی، علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در این زمینه را، وضعیت نامساعد اقتصادی و اجتماعی، بیکاری، تسلط گروه‌های اقلیت نژادی و رشد بیقواره صنعت معرفی می‌کنند. پیرامون (۱۳۶۹) عوامل اجتماعی اعتیاد را به صورت کلی به سه دسته تقسیم می‌کند:

الف - عوامل اجتماعی کلان ب - عوامل اجتماعی خرد ج - عوامل فردی و شخصی

الف - عوامل اجتماعی کلان عاملهایی هستند که در سطح وسیع و کل جامعه عمل می‌کنند و تأثیر آن‌ها به کلیه جمعیت ناظر است. برخی از این عوامل عبارتند از ۱- شهرنشینی و شهرگرایی: شهرنشینی و شهرگرایی مطالعات اجتماعی انجام شده در مورد اعتیاد حاکی از آن است که به طور عام، اعتیاد در مجامع شهری بالاتر از اجتماعات روستایی است. این امر نیز ناشی از نابسامانی‌های نسبی جوامع شهری، سستی روابط و ضعف نظارت اجتماعی و مواردی نظیر اینها است. ۲- محلات شهری: اجتماعات کوچک داخل شهرها و گتوها (جلسات دوستانه و غیر رسمی) شهری با توجه به بافتهای فرعی داخل شهرها زمینه اعتیاد را فراهم می‌کنند. شواهد حاکی از این است که برخی از محلات شهرهای بزرگ محل تجمع افراد معتاد و مرکز پخش مواد مخدر است، از این محلات تحت عنوان محلات "زرد و سرخ" نام می‌برند. ۳- حاشیه نشینی: در علم جامعه شناسی "حاشیه نشین" به فردی اطلاق می‌شود که به دلایل مختلف نتوانسته است خود را در متن اقتصادی و فرهنگ رسمی و مسلط شهری وارد کند و در حاشیه آن قرار گرفته است. به همین دلیل است که در محلات حاشیه‌ای، اقتصاد غیر رسمی و خرده فرهنگ‌های بومی - سنتی حاکم است این امر به نوعی ناسازگاری اجتماعی منجر می‌شود. این وضعیت از یک سو و ضعف نظارت رسمی و غیررسمی اجتماعی از سوی دیگر، زمینه رواج مواد مخدر و کشیده شدن افراد به سوی اعتیاد را فراهم می‌کنند. ۴- قشر بندی و طبقات اجتماعی: مطالعات اجتماعی حاکی از آن است که وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و خرده فرهنگ‌های مختص هر طبقه از افراد جامعه در اعمال و رفتار کلی آنان تأثیر می‌گذارد. کشیده شدن به سوی اعتیاد نیز از این امر مستثنی نیست وقتی مشاهده می‌شود که مصرف مواد مخدر بین برخی از افراد ثروتمند رواج داشته و به عنوان ملاک فخر و مباهات به کار می‌رود و حتی در محافل تعارف آن به عنوان منتهی درجه احترام به مهمان تلقی می‌شود، می‌توان به صحت ادعای فوق پی برد. مصرف هروئین در بین برخی اقشار بورژوازی مالی و تجاری نیز در این رده است. سایر عوامل در حیطه عوامل اجتماعی کلان عبارت است: از سیاست‌های جهانی استکبار، نظام سرمایه‌داری جهانی و موقعیت استراتژیک کشور.

ب - عوامل اجتماعی خرد عاملهایی هستند که برد اجتماعی دارند ولی دامنه و دایره عملکرد آن‌ها مانند دسته فوق گسترده و همگانی نیست، بلکه در سطح گروه و تعداد محدودتری از افراد اثر می‌کنند. نظیر ۱ - گروه هم‌تاها ۲ - رسانه‌های جمعی ۳ - اوقات فراغت: عدم پوشش کامل و متناسب اوقات فراغت افراد مخصوصاً نوجوانان و جوانان، باعث ایجاد انحراف در رفتارهای آنان می‌شود یکی از پیامدهای مذکور رانده شدن جوانان به سوی اعتیاد است. ۴ - فساد و فحشا: آلودگی محیط اجتماعی به طور کلی و محیط فرد به طور ویژه روی رفتارهای فردی و اجتماعی او اثر مخرب دارد. فساد جامعه از لحاظ اخلاقی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی نظیر وجود فحشا الکلیسم و آزادی فعالیت‌های گروه‌های انحرافی در جامعه، محیط را برای گرایش



نوجوانان و جوانان به سوی اعتیاد آماده می‌کند. ج - عوامل فردی و شخصی ۱ - ضعف اعتقادات مذهبی ۲ - فقر علمی و آگاهی اجتماعی: تحقیقات مختلف حاکی از آن است که سواد جمعیت جامعه روی انحرافات آنان و ارتکاب مفاسد اجتماعی تأثیر معنی داری دارد. به بیان دیگر ارتکاب جرم و کشیده شدن به طرف آن در میان اقشار نیمه با سواد بیشتر از قشرهای بیسواد و باسواد می‌باشد. ۳ - گروه‌های سنی ویژه ۴ - فرهنگ و اعتیاد. (امینی، کوروش و امینی، داریوش ۱۳۸۱: ۶۰ الی ۶۴) فریدمن (۱۹۹۶) در رابطه با اثر فرهنگ بر سوء مصرف مواد می‌نویسد: فرهنگ بر چگونگی برداشت، تجربه و توصیف مواد، توسط افراد تأثیر می‌گذارد.

الف - عوامل اقتصادی: ۱ - فقر: این پدیده به عنوان مهمترین عامل به وجود آورنده انحرافات در جامعه شناخته شده است، پدیده فقر که عمدتاً ناشی از عوامل اقتصادی است، به اشکال مختلف مادی و غیرمادی (فرهنگی و آموزشی) پدیدار می‌شود. به طور عینی بروز انحرافات در طبقات ضعیف‌تر جامعه بیشتر است. در زمینه اعتیاد نیز متأسفانه بیشترین معتادان هر جامعه را افراد فقیر تشکیل می‌دهند. دلیل این امر می‌تواند وجود محرومیت‌های ناشی از فقر و توجه تولید کنندگان و قاچاقچیان مواد مخدر به این دسته از افراد به عنوان عاملین توزیع باشد چرا که تعداد آن‌ها نسبت به سایر طبقات اقتصادی - اجتماعی بیشتر است.

اورنگ (۱۳۶۷) در این زمینه می‌نویسد؛ در خانواده‌هایی که از جهت امکانات مالی در مضیقه هستند و برای تأمین زندگی اقتصادی اعضای خود با دشواری‌های متعددی روبرو می‌باشند. زمینه ابتلاع به اعتیاد نسبت به خانواده‌های دیگر بیشتر است. در این خانواده‌ها، تعدادی از جوانان برای تأمین زندگی خود و خانواده، به سوی خرید و فروش مواد مخدر کشیده می‌شوند به همین جهت احتمال افتادن به دام اعتیاد در آن‌ها افزون‌تر می‌شود. این گفته بدان معنی نیست که هر فرد نیازمند ضرورتاً به سوی اعتیاد تمایل دارد. (امینی، کوروش و امینی، داریوش ۱۳۸۱: ۶۵)

احمدوند (۱۳۷۷) در رابطه با اعتیاد و طبقه اجتماعی - اقتصادی می‌نویسد: "اعتیاد در پایین‌ترین و بالاترین طبقات اجتماعی - اقتصادی، شایع‌تر و در طبقات متوسط اجتماعی - اقتصادی کمتر شایع است. (امینی، کوروش و امینی، داریوش ۱۳۸۱: ۶۶) کاپلان (۱۹۹۵) نیز ضمن تأیید مطلب فوق می‌نویسد: وابستگی به مواد افیونی محدود به طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی نیست. هر چند میزان بروز وابستگی در این طبقات اجتماعی - اقتصادی بالاتر است. (امینی، کوروش و امینی، داریوش ۱۳۸۱: ۶۶)

۲ - رفاه زندگی: تعداد چشمگیری از مشتریان مواد مخدر را افراد ثروتمند و پردرآمد جامعه تشکیل می‌دهند چرا که رفاه بیش از حد در شرایطی که تقویت کننده‌های اعتقادی و فرهنگی ضعیف باشند و نظارت‌های اجتماعی توسط خانواده دارای عملکرد مثبت نباشند، تعدادی از جوانان این خانواده‌ها به سوی سرگرمی‌های انحرافی از جمله اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غربی است.

۳ - نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی: اختلافات طبقاتی در هر جامعه به بی‌ایمانی بیشتر افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می‌شود و همین بی‌ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تأثیر بسزایی دارد. وجود فله طبقاتی و اجتماعی، شکاف درآمدی، نابرابری در برخورداری از منابع ثروت اجتماعی، نابسامانی عمیق در امکان دستیابی به قدرت سیاسی، درجات بسیار متفاوتی از فقر و محرومیت اجتماعی و امکانات متفاوت فرصت‌های زندگی در مجموع باعث می‌شود که در فرد احساسی از تبعیض، حرمان و سرخوردگی پیدا شود. یکی از راه‌هایی که در برابر این افراد قرار می‌گیرد و به نظر می‌رسد که دست کم به طور موقت آنان را از رودررویی با مشکلات دور می‌کند، روی آوردن به سوی اعتیاد است.

ب - علل شغلی اعتیاد:

نوع کار و فعالیتی که فرد انجام می‌دهد در گرایش یا عدم گرایش او به مواد مخدر می‌تواند مؤثر باشد. اشخاص معتاد به مواد مخدر را در طبقات مرفه بیشتر موزیسین‌ها، گروه‌های جازو از همه بیشتر برخی از هنرمندان هنرهای مبتذل تشکیل می‌دهد.



یکی دیگر از عوامل شناخته شده در ارتباط با عوامل شغلی مسئله بیکاری است، بیکاری در واقع به عنوان یک پدیده اجتماعی زمینه مناسبی برای انحرافات بویژه اعتیاد می‌باشد. بیکاری و عدم اشتغال نه تنها باعث می‌گردد که خانواده‌ها نتوانند زندگی اقتصادی و رفاه مادی و معنوی خود را تأمین کنند، بلکه استحکام شخصیتی، ثبات اخلاق، مناعت طبع، امید به آینده و اقتدار فرد را نیز از دست او می‌گیرد. پژوهش‌های مختلف نشانگر این واقعیت است که میان بیکاری و ابتلای به اعتیاد همبستگی معناداری وجود دارد، و در میان بیکاران احتمال اعتیاد بیشتر از افراد شاغل می‌باشد.

نصیری در این زمینه (۱۳۷۴) می‌نویسد معتادین افرادی هستند که از نظر جسمی و روانی به مواد مخدر وابسته هستند و عموماً منابع مالی و شغلی خود را از دست داده یا اصلاً فرصت و توان این که شغلی را فرا گیرند نداشته‌اند و از طرفی برخی از معتادان علت گرایش مجدد خود به اعتیاد را نداشتن مهارت شغلی و به تبع آن نداشتن پیشه‌ای که از طریق آن امرار معاش نمایند عنوان می‌کنند.

دول نیز با استفاده از نتایج تحقیقات درازمدت طی سال‌های ۱۹۶۵ - ۱۹۶۹ به این نتیجه رسید که سه پنجم معتادان دستگیر شده در فرانسه بیکار و فاقد حرفه مشخصی بوده‌اند. علل شخصی دیگر مرتبط با اعتیاد شامل: کار و فعالیت بیش از اندازه، یکنواخت بودن موقعیت و محیط کار، خستگی ناشی از کارهای سنگین و رفت و آمد های روزانه از محل سکونت تا محل کار است.. (امینی، کوروش وامینی، داریوش ۱۳۸۱: ۶۸)

۱۰ - در جستجوی یک سیاست مؤثر

دو برنامه اصلی سیاست ضد مواد مخدر عبارتند: از سرکوب قاچاقچیان و مصرف کنندگان و از طرف دیگر، پیشگیری و درمان. بنابر این دولت‌ها باید با تلفیق این دو برنامه بهینه‌ترین نتایج را به دست آورند. نتیجه بهینه زمانی مؤثر می‌شود که بعد از هزینه کردن، بهترین بازدهی حاصل شود.

آنچه مسلم است، ویژگی‌های ترکیب مطلوب از کشوری به کشوری دیگر متغیر است در کشوری که مصرف کنندگان مواد مخدر معتادان قدیمی‌اند، باید بر برنامه درمان تأکید کرد در حالی که در کشوری که در حال گذار از اپیدمی ناگهانی و غیرمنتظره است، باید تأکید را بر سرکوب گذارد. و سرانجام، در کشورهایی که مسئله مواد مخدر وجود ندارد، آن‌ها نیز باید از سیاست‌های پیشگیری که اثرات آن در بلندمدت ظاهر می‌شود، تبعیت کنند به گونه‌ای که از بحران‌های بعدی جلوگیری شود. (برومند، شهرزاد ۱۳۸۶: ۱۳۱)

همه‌ی کشورها با درجه متفاوتی از یکدیگر، سیاست مبارزه با مواد مخدر را دنبال می‌کنند و کم و بیش قسمتی از بودجه خود را به آن اختصاص می‌دهند هزینه‌های عمومی مربوط به مبارزه با مواد مخدر یا به صورت مستقیم در بودجه پیش‌بینی می‌شود و یا به طور غیر مستقیم. برای مثال هنگامی که یک خودرو به وسیله پلیس کنترل می‌شود که منجر به پیگیری یک قاچاقچی مواد مخدر می‌شود، هزینه‌مداخله آن مأمور پلیس در بودجه وزارت کشور پیش‌بینی شده است، نه در بودجه اختصاص یافته به مبارزه با مواد مخدر، در هر کشور در تخمین مخارج عمومی اختصاص یافته برای مبارزه با مواد مخدر این‌گونه مسائل باید مد نظر قرار گیرد.

برای آنکه بتوان مقایسه‌ای بین سطوح مخارج عمومی داشت، باید که جمعیت هدف مشخص شود. که در اینجا منظور تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر است. در اروپا تنها شاخصی که در این رابطه وجود دارد تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر "مشکل‌زا" است که البته این شاخص دارای نواقصی است. مصرف کنندگان "مشکل‌زا" شامل افرادی است که هروئین را از طریق تزریق مصرف می‌کنند به اضافه مصرف کنندگان دائمی کوکائین. افرادی که به صورت تفنی مواد مخدر مصرف می‌کنند و یا افرادی که از کانال بیس استفاده می‌کنند شامل این گروه نمی‌شود. با تقسیم کردن مخارج عمومی تخصیص یافته به سیاست سرکوب و درمان به تعداد مصرف کنندگان "مشکل‌زا" در هر کشور مخارج سرانه به دست می‌آید. ظاهراً انتخاب تمامی



کشورهای عضو اتحادیه اروپا در مورد مخارج عمومی به استثنای سوئد شبیه و نزدیک به یکدیگر است: آن‌ها ۷۰ درصد برابرسرکوب و ۳۰ درصد برای درمان هزینه می‌کنند.

مخارج عمومی جهت سرکوب و درمان برای مصرف کننده مواد مخدر "مشکل زا" در بسیاری از کشورهای اروپایی نشان می‌دهد. که شش کشور اتحادیه اروپا در هزینه کردن بر ضد مواد مخدر مشابه هم عمل می‌کنند. (فرانسه، انگلیستان، اسپانیا، ایرلند، فنلاند و لوکزامبورگ) در این کشورها نه تنها تقسیم درصد تخصیص یافته بر سرکوب و درمان (۷۰ درصد ۳۰ درصد) یکسان است بلکه مخارج سرانه نیز نزدیک به هم است. (برومند، شهرزاد، ۱۳۸۶: ۱۳۳)

۱۱ - فراهم ساختن امکان فعالیت‌های بدیل جانشین

یکی از دلایلی که معمولاً معتادان برای گرایش خود به طرف سوء مصرف مواد ذکر می‌کنند عدم دسترسی به فعالیت‌های جالب و سازنده ایست که بتواند نیازهای آن‌ها را به تحرک، معاشرت و نوجوئی ارضا نماید. بر این اساس بسیاری از برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد فراهم ساختن امکانات لازم برای فعالیت‌های جالب و ارضاء کننده و در عین حال مغایر با سوء مصرف مواد را مورد توجه قرار داده‌اند. که سه رویکرد مختلف در این زمینه قابل تشخیص است: ۱- فراهم ساختن امکانات لازم برای فعالیت‌های سالم و مناسب با نیازهای جوانان، ۲- تشویق و تقویت جوانان به مشارکت در فعالیت‌هایی که قبلاً در جامعه موجود بوده است. ۳- فراهم ساختن فرصت‌های لازم برای جوانان در فعالیت‌های مورد علاقه و ابتکار خود. ارزشیابی برنامه‌های ایجاد فعالیت‌های جانشین در کشورهای پیشرفته به نتایج متناقضی انجامیده است. در حالی که بعضی از این برنامه‌ها به کاهش میزان سوء مصرف توسط گروه‌های هدف کمک کرده‌اند برخی دیگر عملاً به افزایش احتمال سوء مصرف توسط گروه‌های هدف انجامیده‌اند. براساس تجارب فوق فراهم کردن امکان شرکت در فعالیت‌های جانشین یا بدیل همیشه به پیشگیری از سوء مصرف مواد کمک نمی‌کند. بنابراین در طراحی این قبیل برنامه‌ها باید به نیازهای گروه هدف و امکان سوء استفاده عده‌ای از این موقعیت‌ها برای پخش یا تبلیغ سوء مصرف مواد توجه شود. از طرف دیگر، بیشتر موادی که در مطالعات بالا میزان مصرف آن‌ها افزایش یافته موادی هستند که در بیشتر کشورهای غربی معمولاً آزادانه (در مورد آبجو و سیگار) یا به راحتی (در مورد ماری جوانا و داروهای قابل سوء مصرف) در دسترس جوانان قرار دارند و مصرف آن‌ها به عنوان جزئی از خرده فرهنگ جوانان توسط جامعه پذیرفته شده است. بنابراین، تأمین امکان فعالیت‌های جانشین در کشوری مثل ایران که این قبیل مواد زیاد رایج نبوده و به راحتی در دسترس نیست ممکن است با عوارض نامطلوب مذکور همراه نباشد. بعلاوه می‌توان با ایجاد امکانات مورد نظر تحت نظارت مربیان و مشاوران آموزش دیده و قابل اعتماد احتمال سوء استفاده از این قبیل فرصت‌ها را به حداقل ممکن کاهش داد. (مهریار، امیر هوشنگ و جزایری، مجتبی، ۱۳۷۷: ۱۳ و ۱۴)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله با پرداختن به جایگاه اقتصاد سالم در پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و روانگردانها نتایج حاصل حاکی از آن است که با وجود هماهنگی کشورها در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای در جهت مبارزه با مواد مخدر و روانگردانها، با دو رویکرد "تحدید" و "کاهش تقاضا" ولی، همچنان بیشتر کشورها و از جمله خود ایران در امر مقابله و مهار این پدیده با مشکل مواجه هستند و تا رسیدن به مطلوبات باید تلاش‌های زیادی صورت دهد زیرا که نتایج بدست آمده، از گزارش‌های سازمان ملل متحد و نیز آمارهای موجود در سالنامه آماری ایران گویای آن است، که اعتیاد و قاچاق مواد مخدر روانگردانها هر روز در حال گسترش است. زیرا که با پیشرفتهایی که دولتها در زمینه تحدید و کاهش تقاضای مواد مخدر به دست می‌آورند معتادان و قاچاقچیان نیز در زمینه تولید و قاچاق و انتقال پول پیشرفتهایی به دست می‌آورند. در این مقاله با تمرکز بر نقش و جایگاه



اقتصاد سالم بر این پدیده ویرانگر مشخص شد که اقتصاد چه به صورت اعم و اقتصاد سالم چه به صورت اخص پدیده ایی است چند بعدی که نه تنها بر کلیه جوانب وجودی انسان نظیر اجتماع، فرهنگ، تاریخ، دین و غیره و آسیب‌های اجتماعی همچون اعتیاد و قاچاق مواد مخدر و روانگردانها تأثیر می‌گذارد خود نیز از آن متأثر می‌شود یعنی یک تعامل دوسویه بین اقتصاد و پدیده اعتیاد وجود دارد و نباید به دام این تفکر افتاد که کشور، با داشتن اقتصاد سالم و رفاه اجتماعی و ریشه کنی فقر دیگر در مبارزه با اعتیاد و قاچاق نیز موفق خواهد بود. با نگاه به وضعیت کنونی کشورهای که رشد اقتصاد بالایی دارند نظیر کشورهای اتحادیه اروپا متوجه می‌شویم باز هم به نوعی دیگر با این مسئله دست به گریبان هستند. زیرا وجود بعضی از قوانین نظیر آزادی خرید و فروش الکل و سیگار و در بعضی کشورها ماری جوانا؛ این کشورها با نوع دیگری از اعتیاد دست به گریبان هستند. و لذا داشتن اقتصاد سالم می‌تواند، یکی از شرایط لازم برای رسیدن به مبارزه و بر علیه مواد مخدر و روانگردانها باشد، ولی شرط کافی نیست و پیشنهادات این مقاله این است که باید سیاست‌های تحدید و کاهش تقاضا بر اساس ویژگی‌های خاص اجتماعی، فرهنگی و منطقه ایی هر کشور صورت گیرد. و ایران نیز از این امر مستثنا نیست و داشتن اقتصاد سالم باید در کنار سایر عوامل و در هماهنگی با آن‌ها باشد که بتواند در امر مبارزه چه به صورت تحدید و چه به صورت کاهش تقاضا مفید باشد.

منابع

۱. اسعدی، سید حسن (۱۳۷۹) پیشگیری از اعتیاد، انتشارات: سازمان انجمن اولیل و مربیان.
۲. امینی، کوروش و امینی، داریوش (۱۳۸۱) گامی فراسوی روانشناسی سوء مصرف مواد افیونی انتشارات: عابد.
۳. بابایی، نعمت اله و محسنی تبریزی، علی رضا (بدون درج سال) بررسی تجربیات کشورهای منتخب و در حال توسعه در پیشگیری از اعتیاد - ناشر: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۴. برومند، شهرزاد (۱۳۸۶) اقتصاد مواد مخدر با رویکرد بر مبانی اقتصاد خرد، انتشارات: تهران: پژوهشکده امور اقتصادی.
۵. حشمتی، علی رضا (۱۳۸۲) راهنمای حمایت‌های درمانی اعتیاد، (ویژه خانواده) انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کردستان چاپ دوم.
۶. درعدی، منوچهر (۱۳۸۲) راهنمای پیشگیری از اعتیاد "ویژه خانواده" انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کردستان.
۷. سارا برجانه (۱۳۹۹) کاربرد اقتصاد در زندگی روزانه انتشارات: همداد.
۸. سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۷ / ریاست جمهوری، سازمان برنامه و بودجه کشور، مرکز آمار ایران، اردیبهشت ۱۳۹۹، چاپ اول، انتشارات: تهران: مرکز آمار ایران، دفتر ریاست روابط عمومی و همکاری‌های بین الملل، ۱۳۹۹.
۹. سروستانی، رحمت اله، (۱۳۸۸)، آسیب شناسی اجتماعی، انتشارات سمت.
۱۰. عذرا طالبیان (۱۳۸۵) اقتصاد سالم و راههای مبارزه با آفات آن. مجله مطالعات قرآنی نامه جامعه (نامه جامعه) مهر و آبان ۱۳۸۵، شماره ۲۵ و ۲۶.
۱۱. مهریار، امیر هوشنگ و جزایری، مجتبی، (۱۳۷۷) اعتیاد: پیشگیری و درمان انتشارات: نشر روان پویا.

12. (<https://wdr.unodc.org>)
13. (<https://fa.m.wikipedia.org>)
14. (<https://academyayandeh.ir/healthyJeconomy>)



The Effect of Economy on Health Promotion in the Light of Drug Addiction Prevention

Mona Rastkar Alimadadi

M.A Student of Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
rastkarmona4@gmail.com

Abstract

Iran is located next to Afghanistan and Pakistan, which are part of the golden halal zone for drugs, and also because it is on the route of transporting drugs from these two countries to Europe, in order to fight the production, distribution and consumption of narcotics and psychotropic substances. Over many years, it has suffered a lot of material and human costs, and therefore it is necessary to update its countermeasures policies with the developments that take place in the various fields of production and distribution, drug and psychotropic drug trafficking, and the underground economy; Therefore, it is necessary to conduct extensive research in this field. This article was written with the aim of clarifying part of the issue of the role of a healthy economy in the prevention and treatment of drug addiction and psychotropic substances by using a descriptive and analytical method and collected information through a library and document method, and the results showed that there is A healthy economy is necessary to fight and prevent and treat addiction to drugs and psychotropic substances, but it is not a sufficient condition.

Keywords: Healthy Economy, Addiction, Prevention, Treatment, Drug Use, Psychedelic