

اعتیاد به مثابه بیماری؛ نگرش نمونه‌ای از ساکنان شهر تهران نسبت به بیماری‌انگاری اعتیاد

فاطمه جواهری^۱، سید حسین سراج زاده^۲، فریق میرو قشلاق^۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۵/۴ تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۲۸

چکیده

به رغم آن که از چند سال گذشته نگرش بیمارانگاران به اعتیاد مورد توجه اندیشمندان علوم اجتماعی و مدیران اجرایی قرار گرفته اما به نظر می‌رسد بخش قابل توجهی از مردم هنوز اعتیاد را جرم می‌دانند و نه بیماری. مقاله حاضر با تکیه بر نظریه پزشکی شدن انحراف و با هدف شناسایی نگرش مردم در مورد اعتیاد و عوامل مرتبط با آن انجام شده است. گردآوری اطلاعات براساس نظرخواهی از ۳۲۳ نفر از شهروندان تهرانی صورت گرفته است. نتایج نشان می‌دهد فقط ۲۵ درصد از پاسخگویان بطورکامل موافق نگرش درمانی هستند. در مجموع رشد نگرش‌های نوگرایانه، افزایش آگاهی، نگرش مثبت به تشکل‌های مدنی فعال در زمینه درمان و حمایت از معتادان، تحصیلات بالاتر و ارتقاء پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد امکان پذیرش اعتیاد به عنوان بیماری را بیشتر می‌کند.

واژگان کلیدی: اعتیاد، پزشکی شدن انحراف، نگرش درمان محور به اعتیاد، انحرافات اجتماعی، نگرش‌های نوگرایانه.

^۱ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تربیت معلم Javaherm@yahoo.com

^۲ دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تربیت معلم Serajsh@yahoo.com

^۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه تربیت معلم mfarigh@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد از سال‌ها پیش معضل مهم جامعه ایران بوده است. ارتباط اعتیاد با انواع آسیب‌ها و مسائل اجتماعی باعث شده این پدیده از حد یک مساله اجتماعی عادی فراتر رفته و به یک بحران اجتماعی تبدیل شود؛ بطوری که حتی توده مردم نیز در مورد مشکل آفرین بودن آن تردید ندارند. اطلاعات برگرفته از موج اول (۱۳۷۹) و دوم (۱۳۸۸) پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان نشان می‌دهد که مردم بعد از گرانی و بیکاری سومین مشکل بزرگ جامعه ایران را اعتیاد می‌دانند (حاجلی و زکریایی، ۱۳۸۷، صص ۱۲۳-۱۲۲). در واقع حدود ۹۰ درصد ایرانیان، مشکل اعتیاد را در حد بالایی ارزیابی کرده‌اند (دفتر طرح‌های ملی، ۱۳۸۰، ص ۶۵؛ دفتر طرح‌های ملی، ۱۳۸۲، ص ۲۳۹).

جامعه ایران از مدت‌ها پیش درگیر مبارزه جدی با پدیده اعتیاد بوده و در این راستا برنامه‌هایی را اجرا کرده است. مدنی قهفرخی (۱۳۹۰) سیاست‌های مقابله با اعتیاد را به چند مقطع دسته‌بندی کرده است. قبل از انقلاب اسلامی در یک دوره ۲۰ ساله (۵۵-۱۳۳۵) برنامه‌های مقابله با مواد مخدر و اعتیاد اجرا شد. بعد از انقلاب نیز در چهار مقطع مختلف از جمله دوره شکل‌گیری و تحقق انقلاب اسلامی ۵۹-۱۳۵۸، دوره جنگ ۶۷-۱۳۶۰، دوره پس از جنگ ۷۲-۱۳۶۷، دوره سازندگی و اصلاحات ۸۰-۱۳۷۲ خط‌مشی‌ها و سیاست‌های مختلفی اتخاذ شد و اجرا شد. اما به رغم فعالیت‌های مختلفی که تاکنون در این زمینه انجام شده مشکل اعتیاد همچنان پابرجا است. در مورد تعداد معتادان در ایران آمار دقیقی در دست نیست حدود یک دهه است که صاحب‌نظران و مسئولان مبارزه با مواد مخدر، شمار معتادان را حدود ۲ میلیون نفر و گاه بیشتر برآورد کرده‌اند (هاشمی، ۱۳۸۳، ص ۲۰؛ سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۶، ص ۹۴). مطالعه روند اعتیاد در کشور نشان می‌دهد که تقریباً هر ۱۲ سال یک بار تعداد کل معتادان دو برابر شده و سالانه ۸٪ بر جمعیت آنان اضافه شده است (پاشا میثمی، ۱۳۸۵، ص ۳۵). نتایج برخی زمینه‌یابی‌ها نشان داده با آن که میزان مصرف مواد مخدر و اعتیاد در بین دانشجویان کمتر از سایر اقشار است، این پدیده در دانشگاه‌ها هم وارد شده و شمار دانشجویان معتاد ۱ درصد برآورد می‌شود (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۶، ص ۹۶). علاوه بر این طی سال‌های گذشته در ایران میانگین سن شروع اعتیاد کاهش یافته است (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰، ص ۴۵). روند رشد اعتیاد، جامعه زنان را هم تحت تأثیر قرار داده بطوری که در حال حاضر پنج تا شش درصد جمعیت معتادان کل کشور را زنان تشکیل می‌دهند (سایت خبرآنلاین، ۱۳۸۹).

شیوع بیماری‌های مختلف در بین معتادان زندانی، بازگشت مجدد به اعتیاد پس از خروج از زندان، ثابت ماندن تعداد معتادان با وجود افزایش ظرفیت زندان‌ها باعث تردید در کارایی سیاست‌های تنبیهی پیشین شده است. به تدریج این واقعیت آشکار شد که اعتیاد پدیده‌ای پیچیده و چند بعدی است که از یک سو تحت تأثیر الگوهای بین‌المللی تولید، توزیع و مصرف مواد مخدر و از سوی دیگر تحت تأثیر

ساختار اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه است. بنابراین عواملی که جوانان را بسوی معتاد شدن سوق می‌دهد اغلب فراتر از توانایی کنترل آنها هستند. از این رو نمی‌توان کلیت مقابله با اعتیاد را به یک بعد آن یعنی مبارزه انتظامی تقلیل داد در عوض لازم است اقدامات انجام شده به اندازه کافی چند جانبه، مداوم، واقع بینانه و کارشناسانه باشند. ناکارآمدی سیاست‌های انضباطی، خاص جامعه ایران نیست بلکه تجربه مشترک اکثر کشورها حتی کشورهای توسعه یافته است. به این دلیل «برخی از این کشورها از دهه ۷۰ و ۸۰ تمرکز خود را از سیاست‌های مقابله با کاهش عرضه به سیاست‌های مقابله با کاهش تقاضا معطوف کردند» (بورگاتا و مونتگمری، ۲۰۰۱، ص ۷۱۴).

نظام کاهش تقاضا با تکیه بر یک رویکرد مدنی تلاش می‌کند نگرش مثبت مردم و مسئولین را نسبت به درمان اعتیاد جلب کند تا به این ترتیب فرد معتاد از سطح مناسبی از سلامتی برخوردار شود و بتواند زندگی عادی را از سر بگیرد. با وجود این، اکثریت مردم هنوز نمی‌توانند اعتیاد را به عنوان بیماری بپذیرند. آنان تصور می‌کنند ترک اعتیاد با استفاده از برخی روش‌های سم‌زدایی به آسانی انجام پذیر است و انتظار ندارند معتادان دوباره به اعتیاد بازگردند. یافته‌های یک پژوهش ملی که توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۴) انجام شده حاکی از آن است که ۷۵ تا ۹۳ درصد از پاسخگویان اظهار داشته‌اند حاضر نیستند با فرد معتاد ازدواج کنند، یا با او رفت و آمد خانوادگی داشته باشند و نمی‌توانند به عنوان دوست، همکار، همسایه و همکلاس با او ارتباط برقرار کنند. بدیهی است در چنین فضایی امکان اندکی برای تحقق برنامه‌های درمان محور وجود دارد.

این در حالی است که پذیرش عمومی اعتیاد به عنوان یک بیماری از چند جهت حائز اهمیت است. «نتایج برخی مطالعات نشان داده که تأثیر مداخلات پزشکی بر کاهش تکرار جرم حدود ۳۰-۱۰ درصد است. پیام این قبیل مطالعات این است که درمان معتادان، به لحاظ هزینه مقرون به صرفه است، در حالی که بازگشت سرمایه در برنامه‌های تنبیه محور مثل اردوگاه‌های کار اجباری به مراتب ضعیف‌تر است و به ۷۵ سنت به ازاء یک دلار می‌رسد» (اسماعیلی، ۱۳۸۷، ص ۱۰۶).

دیگر آن که قبول نگرش بیمار محور موجب پرهیز از نسبت دادن برچسب‌های منفی یا داغ خواهد شد. در نگرش جدید این واقعیت پذیرفته شده که انسان مبتلا به اعتیاد به اندازه مدتی که معتاد بوده زمان برای ترک لازم دارد. طبیعی است که عدم درک صحیح از شرایط خاصی که فرد معتاد درگیر آن است موجب بی‌اعتمادی و بدرفتاری با او می‌شود. شاید به همین دلیل است که برخی معتادان که دوره ترک را پشت سر گذاشته‌اند طرد اجتماعی را مهمترین دلیل بازگشت خود دانسته‌اند.

با عنایت به این واقعیت که در ایران تعداد قابل ملاحظه‌ای مصرف‌کننده مواد مخدر وجود دارد، اتخاذ روش‌های کارآمدتر برای تعدیل و مهار اعتیاد می‌تواند کیفیت مدیریت بر این آسیب اجتماعی را ارتقاء بخشد و بر بهبود سرنوشت افراد زیادی تأثیر بگذارد. علیرغم دانش قابل ملاحظه‌ای که در چند

- سال گذشته در زمینه اعتیاد در ایران تولید شده اما این پژوهش ها کمتر به بررسی نگرش مردم درباره اعتیاد پرداخته اند. نویسندگان این مقاله به سهم خود کوشیده اند مشخص سازند که
- پاسخگویان این تحقیق تا چه اندازه اعتیاد را بیماری تلقی می کنند؟
 - چه عواملی بر تلقی بیمارانگاران آنان به اعتیاد اثر دارد؟

مبانی مفهومی و نظری

اعتیاد از جنبه های مختلف موضوع مطالعه پزشکان، روانشناسان، جامعه شناسان و مددکاران اجتماعی است. اما تقریباً همه در این مورد اتفاق نظر دارند که اعتیاد^۱ به معنای وابستگی به یک ماده خاص است بطوری که برای مصرف کننده آن تأثیر مخرب و مهلک داشته باشد. این اصطلاح به این واقعیت اشاره دارد که مصرف کنندگان مواد مخدر بدون تحمل آثار ناخوشایند، قادر به ترک آن نیستند (وین کاپ، ۲۰۰۷، ص ۲۰).

اندیشه اعتیاد به عنوان یک بیماری تحت تأثیر گفتمان پزشکی و پزشکی شدن جامعه^۲ شکل گرفته است. ایلچ^۳ (۱۹۷۶) به عنوان مبدع این اندیشه معتقد است پزشکی شدن یک فرایند سیاسی و عقیدتی است که بر اساس آن حرفه و نهاد پزشکی نفوذ فکری و عملی خود را به بیرون از قلمرو پزشکی یعنی به ابعاد مختلف زندگی و جامعه گسترش داده است (کوکرهاام ۲۰۰۸، ص ۸۶). کانراد^۴ (۱۹۹۲، ص ۲۰۹) بر این باور است که پزشکی شدن جامعه ملازم یک نوع تغییر در نظام معنایی است به این ترتیب که پدیده های پیچیده اجتماعی تحت مدیریت مداخلات پزشکی قرار می گیرند. رابرتسون (۱۳۷۲، صص ۳۸۰-۳۷۹) معتقد است پزشکی شدن جامعه دارای ابعاد زیر است:

- رشد نهاد پزشکی از لحاظ ابعاد و اهمیت اجتماعی،
 - پزشکی شدن وقایع عادی زندگی،
 - پذیرش عمومی پزشکی شدن،
 - پزشکی شدن انحراف.
- اسکامبلر و هیگز (۱۹۹۸، ص ۷۵) اظهار داشته اند که فرایند پزشکی شدن جرم یا تعلیل پزشکی انحرافات، رفتارهایی مانند مصرف بیش از حد الکل، استفاده از مواد مخدر، قماربازی و خشونت

¹ -Addiction

² -Medicalisation of Society

³ - Illich

⁴ -Conrad

خانگی را بیماری یا نشانه بیماری می‌داند و بر این باور است که دانش پزشکی می‌تواند به شناخت و درمان آن پردازد.

برساخت‌گرایان اجتماعی^۱، تغییر مفهوم انحراف به بیماری را یک نوع فرایند ادعاسازی می‌دانند. ادعاسازان (پزشکان) تلاش می‌کنند مردم را متقاعد سازند که با یک مسئله اجتماعی مواجه هستند. ادعاها فعالیت‌هایی است که ادعاسازان انجام می‌دهند یا مطالبی است که می‌گویند. ادعاسازی نفس چنین فعالیت‌هایی است و حضار یا مخاطبان مردمی هستند که به این ادعا گوش فرا می‌دهند (لوزیک ۱۳۸۳، ص ۴۶). «پزشکان از طریق فرایند ادعا سازی رفتارهای منحرفانه را که شیوه متعارف مقابله با آنها کارساز نبوده در قلمرو مطالعه خود وارد می‌کنند. پس از آن که اعضاء حرفه پزشکی در مورد زمینه‌ها و علل زیستی- روانی یک رفتار انحرافی به توافق رسیدند، آن پدیده را به عنوان بیماری (ادعاسازی) تعریف می‌کنند. در مرحله بعد مقامات رسمی از طریق قانونگذاری، تعاریف جدید را نهادینه می‌سازند. به این ترتیب پزشکان در نظارت بر جرم و انحراف نقش مهمی ایفاء می‌کنند» (کورتز و چالفنت، ۱۹۹۱، صص ۲۱۳-۲۱۲).

بنابراین فرایند پزشکی شدن در سه سطح به وقوع می‌پیوندد. در سطح مفهومی ابتدا زبان، اصطلاحات و چارچوب مفهومی پزشکی برای درک و تعریف یک مسئله یا رفتار به کارگرفته می‌شود. در سطح نهادی، سازمان‌های مسئول، با اتخاذ یک رویکرد پزشکی به کسب مشروعیت، اصالت و درستی دعاوی خود و مدیریت بر یک مسئله، رفتار یا تجربه می‌پردازند. پزشکی شدن در سطح تعاملی، بر کنش متقابل پزشک - بیمار تأثیر می‌گذارد (رافائل و همکاران ۲۰۰۳، ص ۴۰).

با وصف این پزشکی شدن انحراف فقط به عملکرد پزشکان وابسته نیست بلکه این امر زمانی تحقق کامل پیدا می‌کند که توده مردم و کارگزاران جامعه، مفهوم سازی پزشکی را برای تبیین یک مشکل اجتماعی و مدیریت بر آن به کار گیرند (قاضی طباطبایی و ودادهیر، ۱۳۸۶، ص ۲۵۹). یکی از شرایطی که در متقاعد ساختن مردم به پذیرش اعتیاد به عنوان بیماری اثر دارد، در نظر گرفتن معتاد به عنوان فرد قربانی است. بر اساس این نگرش، فرد قربانی مستحق کمک و همدردی است. معتاد، بیمار است او از روی قصد به کسی آسیب نمی‌رساند از این رو نمی‌توان او را بخاطر زبانی که وارد کرده، نکوهش کرد. در واقع سرزنش متوجه بیماری است و نه فرد (لوزویک، ۱۳۸۳، ص ۱۲۱). در پی طرح این رویکرد، اغلب کشورهای اروپایی از اواخر قرن ۲۰ یکی پس از دیگری موضع خود را نسبت به پدیده اعتیاد تغییر دادند. بر اساس قاعده جدید، افراد معتاد کنشگرانی دارای قدرت تفکر منطقی هستند که می‌توانند در فرایند پیشگیری از اعتیاد، مدیریت بر آثار مخرب آن و سیاست‌های حمایتی مرتبط با

¹ -Social constructionists

آن مشارکت داشته باشند. به این ترتیب، اعتیاد به مواد مخدر در دایره معالجات روان پزشکی قرار گرفت (بورگاتا و مونتگمری، ۲۰۰۰، ص ۷۱۲).

پرسش مهمی که در این راستا قابل طرح است این است که چه زمینه ها و شرایطی بر پذیرش تفسیر پزشکی از انحراف (اعتیاد) تأثیر دارد. در این مورد می توان به عوامل زیر اشاره کرد: نگرش های نوگرایانه (مدرن): مدرن بودن یعنی نو و تازه بودن با در نظر گرفتن مقیاس زمان یعنی هم عصر بودن ولی با آگاهی و تعادل نسبت به زمانه خویش. مدرنیته گاه معادل جنبش روشنگرانه، دوره بندی تاریخی، یک ساختار فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تازه، یا یک نوع جهان بینی و شیوه نگرش به کار برده شده است (آز بون، ۱۳۸۲، صص ۶۰۴-۶۰۳). مدرنیته به عنوان یک شیوه نگرش به هستی با مفاهیمی مانند انقلاب صنعتی و تکنولوژی گرایی، سکولار شدن، دیوانسالاری، علم گرایی، عقل گرایی، فردگرایی و دموکراسی خواهی همراه است (جهاننگلو، ۱۳۸۸، صص ۲۱-۱۸).

برخی اندیشمندان، رشد نگرش های نوگرایانه را زمینه ساز فرایند پزشکی شدن جامعه را از مقتضیات رشد نگرش های نوگرایانه می دانند. میل شدید انسان مدرن به تصرف طبیعت و محیط پیرامون، تلاش برای یافتن راه حل های تخصصی برای اداره امور و رفع مشکلات، محوریت انسان و منافع او در امر برنامه ریزی و تنظیمات اجتماعی در مجموع جایگاه پزشکی را ارتقاء بخشیده است (کانراد، ۱۹۹۲، ص ۲۰۷). از طرف دیگر نوگرایی ملازم فرایند تفکیک و تمایز نهادهای اجتماعی و کاهش نقش اجتماعی دین در جامعه است. نهاد پزشکی نمونه اعلائی تفکیک و تمایز اجتماعی است. در جوامع معاصر نهاد پزشکی از جهت نقشی که در تعریف رفتار انحرافی (بیماری) و نظارت بر آن دارد، تا حدی جایگزین دین شده است (زولا، ۱۹۷۲، ص ۴۸۷).

اعتماد به پزشکی: فرایند تفکیک و تمایز اجتماعی و تقسیم کار فزاینده موجب اتکاء به حرفه های تخصصی شده است. انسان امروز برای کاهش آسیب پذیری خود، در جستجوی راه حل های کارشناسانه است. افزون بر این، آگاهی از مفهوم جامعه خطر، نقش سیاسی حرفه ها و بخصوص حرفه پزشکی را تشدید کرده است. از نظر بک^۱ ما در جامعه ای بسر می بریم که شناخت و آگاهی از خطر پذیری، پروژه مدرنیته را تحت الشعاع قرار داده است. در این شرایط نه تنها مردم عادی برای تفسیر مصادیق خطر و چاره جویی از آن به صاحبان حرفه های تخصصی پناه می برند بلکه در این وضعیت نظام سیاسی هم برای شناسایی مواضع خطر و نظارت بر آن از دستاورد حوزه های مختلف علوم از جمله حرفه پزشکی مدد می جویند (اسکامبلر و هیگز، ۱۹۹۸، صص ۱۸۰-۱۷۷).

^۱ - Risk Society

^۲ - Beck

افزایش آگاهی و شناخت: به موازات فزونی تحصیلات و آگاهی‌های عمومی آمادگی بیشتری برای پذیرش اندیشه‌های جدید فراهم می‌شود. تامین (۱۳۷۹، ص ۱۲۷) در توضیح اثر پژوهش لیپست در آلمان نشان داد که در اکثر موارد با افزایش میزان تحصیلات میزان مدارای اجتماعی بالا رفته است. تحصیلات و استفاده از رسانه‌ها دیگری برای آشنایی با اندیشه‌های نوگرایانه و رویکردهای جدید فکری است. زیرا رسانه‌ها مولد بنیادین شبکه‌های معنا برای انسان معاصر هستند (تامپسون ۱۹۹۵، ص ۱۱). رسانه‌ها با تولید و پخش پیام‌های مربوط به سلامت نقش میانجی را بین شهروندان- مصرف‌کنندگان، دولت و صنعت ایفا می‌کنند. آنها علائق و اطلاعات مربوط به سلامت را به هم پیوند می‌دهند (کامین ۲۰۰۵، ص ۸۱). بنابراین انسان آشنا با تحولات فکری دنیای معاصر در برابر تفسیر پزشکی از اعتیاد و شیوه مدیریت بر آن موضعی انعطاف پذیرتر اتخاذ خواهد کرد.

در کنار عوامل یادشده برخی شرایط خاص نیز وجود دارد که به نوع تعامل مردم با فرد معتاد و به تجربیات آنها در این مورد مربوط است. تامبز (۲۰۰۶، ص ۵) اظهار می‌دارد که افرادی که بطور واقعی تجربه ارتباط با معتادان را داشته و دارند از شرایط روحی و جسمانی آنها مطلع هستند با سهولت بیشتری حاضر می‌شوند که فرد معتاد را به عنوان بیمار بپذیرند. بخشی از این نگرش تحت تأثیر تشکل‌های مدنی حمایت‌گر از معتادان شکل می‌گیرد. اعضاء این گروهها، معتادان را بیمار فرض می‌کنند و بطور داوطلبانه تلاش می‌کنند تا آنها را در امر درمان یاری رسانند (بورگاتا و مونتگمری، ۲۰۰۰، ص ۷۱۵). انتظار می‌رود افرادی که با این قبیل گروهها آشنایی و همکاری دارند با سهولت بیشتری تلقی بیمارانگاران از اعتیاد را بپذیرند.

این احتمال وجود دارد که نوع ماده مصرفی نیز در نگرش افراد به فرد معتاد نقش داشته باشد. مردم نسبت به مصرف مواد مخدری که استفاده از آن در نظام سنتی جامعه شان تاحدی معمول بوده در مقایسه با مواد صنعتی و شیمیایی وارداتی که با بافت فرهنگی جامعه نیز بیگانه است، تساهل و مدارای اجتماعی بیشتری نشان می‌دهند. انتظار می‌رود خصوصیات فردی و اجتماعی افراد با نگرش آنان ارتباط داشته باشد. برای مثال عامل جنسیت ممکن است به دو شکل تأثیرگذار باشد؛ اول آن که گفته می‌شود زنان به دلیل ویژگی‌های جسمانی‌شان و به خاطر زمینه‌های سیاسی و اجتماعی خاصی که در آن قرار دارند، بیش از مردان پزشکی می‌شوند (کیوان آرا، ۱۳۸۶؛ لی، ۲۰۰۳). دیگر آن که به نظر می‌رسد تلقی مردم درباره اعتیاد بر اساس این که فرد معتاد زن یا مرد باشد، تفاوت کند. به این معنا که اعتیاد زنان در مقایسه با اعتیاد مردان مذموم‌تر و ناپسندتر شمرده شود. در نتیجه ممکن است مردم از ناشایست بودن اعتیاد زنان کمتر چشم‌پوشی کنند و حاضر نباشند آن را یک بیماری بدانند.

پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد متغیر تأثیرگذار دیگری است. زیرا افراد متعلق به پایگاه بالا اغلب بخاطر برخورداری از تحصیلات بالاتر، استفاده متنوع‌تر از رسانه‌های ارتباطی، سفرهای خارجی و

تعامل با جوامع دیگر بیشتر پذیرای نگرش‌ها و تفسیرهای جدید هستند و از این رو ممکن است بیشتر مستعد قبول تفسیر پزشکی از اعتیاد باشند. با اتکاء به مطالب یادشده می‌توان فرضیات تحقیق را بصورت زیر مطرح کرد:

- هر چه افراد دارای نگرش‌های نوگرایانه تر باشند، بیشتر اعتیاد را به عنوان یک بیماری می‌پذیرند.
- هرچه افراد به حرفه پزشکی بیشتر اعتماد داشته باشند بیشتر تلقی بیمار محور از اعتیاد را می‌پذیرند.
- هر چه میزان آگاهی افراد بیشتر باشد بیشتر تلقی بیمار محور از اعتیاد را می‌پذیرند.
- هرچه افراد آشنایی بیشتری با گروه‌های خودیار حامی معتادان داشته باشند، بیشتر تلقی بیمار محور از اعتیاد را می‌پذیرند.
- افرادی که بطور واقعی با معتادان آشنا هستند، بیشتر تلقی بیمار محور از اعتیاد را می‌پذیرند.
- هرچه مردم از ناحیه فرد معتاد بیشتر آسیب دیده باشند، کمتر تلقی بیمار محور از اعتیاد را می‌پذیرند.
- در کنار متغیرهای یاد شده تأثیر برخی متغیرهای زمینه ای نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش تحقیق

مطالعه حاضر در سال ۱۳۸۹ با روش پیمایش انجام شده است. جمعیت تحقیق شامل ساکنان ۱۸ سال به بالای مناطق مختلف شهرستان تهران است. از آنجا که به دلیل محدودیت های تحقیق نمونه گیری از کل مناطق میسر نبود، بر اساس روش نمونه گیری چند مرحله ای برخی مناطق که به نظر می رسید بازنمای تفاوت های اقتصادی اجتماعی شهر تهران باشد، انتخاب شدند. به این ترتیب ابتدا شهر تهران به پنج منطقه (مرکز، شرق، غرب، جنوب و شمال) تقسیم شد. در هر منطقه با مراجعه به پارک های اصلی و پر مراجعه با نسبت های زیر ۳۵۴ پرسشنامه گردآوری شد:

پارک لاله در منطقه مرکزی با ۶۸ نفر (۱۹/۲ درصد)، پارک بسیج در منطقه شرق با ۶۹ نفر (۱۹/۵ درصد)، پارک ارم در منطقه غرب با ۶۶ نفر (۱۸/۶ درصد)، پارک بعثت در منطقه جنوب با ۷۵ نفر (۲۱/۲ درصد)، پارک آب و آتش و پارک نیاوران در منطقه شمال با ۷۶ نفر (۲۱/۵ درصد) نمونه تحقیق را تشکیل دادند.

افراد نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. از آنجا که در این مطالعه شناسایی رابطه بین متغیرها - و نه برآورد کمیت متغیرها- مد نظر بود به ناچار از معرف بودن نمونه صرفنظر شد. حجم نمونه براساس فرمول کوکران تعیین شده است. در پیمایش سنجش نگرش ایرانیان (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۲) نسبت افرادی که اعتیاد را به عنوان بیماری در نظر گرفتند به گروه مقابل ۷۰ درصد بوده است. از این رو در فرمول کوکران نسبت ۷۰ به ۳۰ به عنوان مقادیر p و q لحاظ شد و با توجه به تعداد جمعیت بالاتر از ۱۸ سال شهر تهران که حدود ۶ میلیون نفر بود، حجم نمونه ۳۲۳ نفر بدست آمد.

یافته های تحقیق

توصیف متغیرها

به دلیل رعایت اختصار فقط به ارائه اطلاعات مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و ابسته اکتفا می‌شود. نسبت پاسخگویان زن و مرد در نمونه ۳۵۴ نفره تحقیق برابر است. میانگین سنی پاسخگویان ۳۲ سال و میانگین سال های تحصیل ۱۳/۵ سال است. میانگین درآمد ماهیانه ۹۲۴ هزار تومان است. از نظر پایگاه اقتصادی- اجتماعی ۱۰ درصد از پاسخگویان در رده بالا، ۳۷ درصد در سطح پایین، ۵۲ درصد در سطح متوسط قرار دارند.

نگرش بیماری انگارانه به اعتیاد: میانگین این متغیر در دامنه تغییرات ۱-۳ برابر با ۲/۲۲ است که از میانگین نظری بالاتر است. با این وجود فقط ۲۵ درصد از پاسخگویان بطور روشن موافق تلقی درمان محورانه هستند. در عوض بیشتر افراد در میانه دو گروه موافق و مخالف قرار گرفته اند. بر این اساس می‌توان گفت افکار عمومی مردم هنوز آمادگی کافی برای رد نگاه مجرمانه به اعتیاد را ندارد. گواه دیگر آن است که ۵۰ درصد از پاسخگویان در برابر پرسش دیگری اعلام کرده اند که معتادان افرادی گناهکار هستند.

جدول ۱- توزیع فراوانی ابعاد تلقی بیمار انگارانه به اعتیاد (تعداد ۳۵۴)

| میانگین (۳-۱) | طبقات پاسخ % | | | شاخص |
|------------------|--------------|-------|-------|------------------------------------------|
| | مخالف | متوسط | موافق | |
| ۲/۲۳ | ۲/۰ | ۷۴/۵ | ۲۳/۵ | اعتیاد به عنوان بیماری روان تنی (سوال ۷) |
| ۱/۹۷ | ۲۶/۰ | ۵۴/۴ | ۲۲/۶ | قربانی دانستن فرد معتاد (سوال ۴) |
| ۱/۹۲ | ۷/۹ | ۹۲/۱ | - | ضرورت حمایت از معتادان (سوال ۶) |
| ۲/۲۲ | ۲/۰ | ۷۳/۲ | ۲۴/۹ | شاخص کل تلقی بیمار انگارانه به اعتیاد |

- آشنایی با گروههای فعال در زمینه اعتیاد: ۵۷ درصد از پاسخگویان با گروههای حامی درمان معتادان آشنا بودند. ۱۲ درصد از آنها دستاورد این گروهها را در حد ضعیف، ۳۸ درصد در حد متوسط و ۴۹ درصد در حد قوی ارزیابی کرده‌اند.

- تجربه آشنایی با معنادان: ۷۷ درصد از پاسخگویان بیان کرده‌اند حداقل با یک فرد معنادار ارتباط واقعی داشته‌اند. ۴۴ درصد از پاسخگویان در بین خویشاوندان خود یک فرد معنادار دارند، ۳ درصد از پاسخگویان همسرشان و ۱۵ درصد از آنان یکی از اعضای خانواده شان معنادار هستند.
- تجربه آسیب دیدن از سوی معنادان: توزیع ارقام و مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ حاکی از آن است که در مجموع پاسخگویان بیش از بعد جسمانی از جنبه های اقتصادی و مالی از سوی افراد معنادار آسیب دیده‌اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی ابعاد تجربه آسیب دیدگی از سوی معنادان (تعداد ۳۵۴)

| میانگین (۱-۵) | طبقات پاسخ % | | | | | ابعاد تجربه آسیب دیدگی |
|------------------|--------------|------|------|------|------|------------------------------------------|
| | اصلاً | کم | گاهی | اغلب | زیاد | |
| ۱/۸ | ۵۱/۱ | ۲۶/۸ | ۱۵/۳ | ۴/۲ | ۲/۵ | تجربه مواجهه با آسیب جسمی از سوی معنادار |
| ۲/۴ | ۲۴/۳ | ۲۶/۰ | ۳۲/۲ | ۱۲/۷ | ۴/۸ | تجربه مواجهه با آسیب مالی از سوی معنادار |

در بخش بعدی نظر پاسخگویان در مورد بیماری دانستن اعتیاد و قابل درمان دانستن آن بر اساس نوع ماده مخدر مصرفی مورد سوال قرار گرفت. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پاسخگویان همه مواد مخدر را به یک اندازه بیماری زا و قابل درمان نمی‌دانند. مقایسه میانگین‌ها بیانگر آن است که مصرف تریاک کمتر از سایر مواد بیماری زا و بیش از سایر مواد مخدر قابل درمان دانسته شده است. در مقابل مصرف مواد مخدر جدید بیش از مواد مخدر دیگر بیماری زا و کمتر از همه آنها قابل درمان تلقی می‌شود. اعداد مندرج در قسمت اول و دوم جدول که به طور معکوس به شیوه‌ای انباشتی توزیع شده، واقعیت یاد شده را تأیید می‌کند. به نظر می‌رسد در جامعه ایران مدارا و سهل‌گیری نسبت به مصرف تریاک یک مؤلفه فرهنگی است.

جدول ۳- توزیع فراوانی شاخص تلقی بیمار انگارانه به اعتیاد (تعداد ۳۵۴)

| سوال | نوع ماده مخدر | طبقات پاسخ / | | | | میانگین (۷-۱) |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-------|----------------|------------------|---------------|
| | | کاملاً زیاد / زیاد | متوسط | خیلی - کم / کم | اصلاً / نمی‌دانم | |
| مصرف هر یک از این مواد مخدر تا چه اندازه به بیماری منجر می‌شود؟ | تریاک | ۴۱/۸ | ۳۵/۶ | ۱۷/۵ | ۵/۱ | ۵/۲۲ |
| | حشیش | ۶۸/۶ | ۱۹/۲ | ۸/۲ | ۴ | ۵/۷۴ |
| | هروئین | ۸۳/۳ | ۸/۵ | ۳/۹ | ۴/۲ | ۶/۱۱ |
| | مواد مخدر جدید | ۸۳/۷ | ۵/۱ | ۴/۵ | ۶/۸ | ۶/۱۳ |
| اعتیاد به هر یک از مواد مخدر تا چه اندازه قابل درمان است؟ | تریاک | ۷۴/۶ | ۱۵ | ۷/۳ | ۸ | ۵/۹۶ |
| | حشیش | ۴۲/۹ | ۲۹/۴ | ۱۸ | ۴/۵ | ۵/۰۵ |
| | هروئین | ۱۷/۳ | ۲۶ | ۳۸/۷ | ۱۱/۹ | ۴/۰۵ |
| | مواد مخدر جدید | ۱۳ | ۱۴/۷ | ۴۰/۲ | ۱۸/۴ | ۳/۴۷ |

- جنسیت: همانطور که انتظار می‌رفت پاسخگویان به اعتیاد زنان و مردان به شیوه‌ای متفاوت نظر می‌کنند. در برابر این جمله که «اعتیاد زنان در مقایسه با اعتیاد مردان رفتار ناپسندتری است» ۷۳ درصد از افراد اظهار موافقت کردند، ۲۰ درصد از آنان مخالف این نظر بودند، ۷ درصد نیز موضعی بی‌طرف اتخاذ کردند. این تفاوت فاحش در مذموم تلقی کردن اعتیاد زنان و مردان ممکن است به غلبه فرهنگ بی‌عدالتی جنسیتی مربوط باشد. با تکیه بر این واقعیت که روند اعتیاد زنان رو به تزاید است می‌توان انتظار داشت که درمان اعتیاد زنان در مقایسه با مردان با موانع فرهنگی بیشتری مواجه باشد.

آزمون فرضیه‌های تحقیق

- فرضیه اول تحقیق مبنی بر رابطه نگرش‌های نوگرایانه با تلقی بیمار انگارانه به اعتیاد بر اساس محاسبه همبستگی پیرسون ($r=0/273$ ، $Sig=0/01$) تأیید شد.

- فرضیه دوم مبنی بر رابطه میان اعتماد به پزشکی و پذیرش تلقی بیمارانگاران از اعتیاد تأیید نشد. بر این اساس شاید بتوان گفت نهاد پزشکی هنوز نتوانسته تفسیر خود از اعتیاد را به یک تفسیر شایع و غالب تبدیل شود.

- فرضیه سوم پژوهش دال بر رابطه میان آگاهی و تلقی بیمارانگاران از اعتیاد در اکثر اجزایش مورد تأیید قرار گرفت^۱. میانگین نگرش درمان محور از اعتیاد در بین افرادی که بیشتر مطالعه می کنند ۳/۳۰ و در بین آنها که کمتر مطالعه می کنند ۳/۱۴ است و این تفاوت در سطح خطای کمتر از ۱ درصد معنادار است. به همین ترتیب میانگین تلقی بیمارانگاران در بین استفاده کنندگان از اینترنت نسبت به آنها که از این وسیله استفاده نمی کنند، در بین آنها که از ماهواره استفاده می کنند نسبت به گروه مقابل بیشتر است و این تفاوت با خطای کمتر از ۵ درصد معنادار است. استفاده از رادیو و تلویزیون داخلی با نگرش به اعتیاد رابطه ندارد اما بین استفاده از رسانه های فرامرزی شامل ماهواره و اینترنت و تلقی از اعتیاد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که نگرش درمان محور به اعتیاد در رسانه های خارجی بیش از رسانه های داخلی مطرح می شود یا ممکن است به این دلیل باشد که بهره مندی از رسانه های خارجی با آشنایی با اندیشه ها و افکار متنوع و مدرن بیشتر ملازم است. در نهایت باید گفت میزان سفر و همچنین میزان مطالعه با تلقی درمان محور رابطه ای مثبت و معنادار دارد. در مجموع اکثر معرف های آگاهی (غیر از استفاده از رسانه های داخلی) با نگرش بیماری انگار به اعتیاد رابطه دارند، هر چند که با توجه به مقادیر ضریب همبستگی، این رابطه ضعیف ارزیابی می شود.

- فرضیه چهارم دال بر رابطه میان ارزیابی مثبت از عملکرد گروه های فعال در زمینه اعتیاد و تلقی بیمار محور از اعتیاد تأیید شده است. محاسبه آزمون χ^2 نشان داد که میانگین پذیرش اعتیاد به عنوان بیماری در بین افراد آشنا با گروه های همیار (۳/۳۳) بطور معناداری بیش از میانگین (۳/۲۰) آن برای افرادی است که از این گروهها تصویری ندارند.

- فرضیه رابطه میان نگرش به اعتیاد و تجربه آشنایی و ارتباط با فرد معتاد از نظر آماری تأیید نشد.

- رابطه میان تجربه آسیب دیدگی جسمانی و تلقی بیمارانگاران ($r = -0/16$) و همچنین رابطه میان آسیب دیدگی مالی و تلقی بیمار انگاران ($r = -0/206$) با خطای کمتر از ۰/۰۱ تصدیق شده است. بنابراین، افراد آسیب دیده از سوی معتادان کمتر احتمال دارد آنها را به عنوان بیمار بپذیرند.

^۱ از آنجا که معرف های مختلف آگاهی از سطوح سنجش مشابه برخوردار نبودند، تلفیق آنها در یک شاخص واحد امکان پذیر نبود. بنابراین رابطه هر یک از معرف های آگاهی با تلقی نسبت به اعتیاد بطور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است.

در خاتمه ارتباط متغیرهای جمعیتی مانند تحصیلات، پایگاه اقتصادی اجتماعی، درآمد، سن، وضعیت تأهل و منطقه شهری با تلقی بیمارانگارانه مورد بررسی قرار گرفت، اما فقط نقش چند عامل خاص معنادار بود. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که با افزایش تحصیلات احتمال نگرش بیمار محور به اعتیاد ($\text{Sig}=0/05$ ، $r=0/23$) بیشتر می‌شود. در واقع افراد تحصیل کرده تر کمتر معتادان را مجرم یا گناهکار می‌دانند. محاسبه ضریب همبستگی پیرسون ($\text{Sig}=0/05$ ، $r=0/28$) معنادار بودن رابطه میان پایگاه اقتصادی اجتماعی و نگرش به اعتیاد را تأیید می‌کند، به این ترتیب که افراد متعلق به پایگاه اقتصادی اجتماعی بالاتر، تلقی بیمارانگارانه تری به اعتیاد دارند.

نتیجه بررسی رابطه موقعیت منطقه شهری و نوع تلقی از اعتیاد در جدول شماره ۴ منعکس است. اطلاعات تحقیق نشان می‌دهد که بیماری انگاری در مناطق مختلف شهر تهران به طور معناداری متفاوت است و منطقه شمال تهران از این حیث در مرتبه اول قرار دارد.

جدول ۴- تحلیل واریانس تلقی بیمار انگارانه به اعتیاد در ۵ منطقه شهر تهران

| میانگین | تعداد | ابعاد | تلقی بیمارانگارانه به اعتیاد |
|------------------|-------|--------------|---------------------------------|
| ۸۳/۵ | ۷۶ | منطقه شمال ۱ | |
| ۸۰/۲ | ۶۹ | منطقه شرق ۲ | |
| ۷۹/۴ | ۶۸ | منطقه مرکز ۴ | |
| ۷۷/۶ | ۶۶ | منطقه غرب ۳ | |
| ۷۳/۶ | ۷۵ | منطقه جنوب ۵ | |
| F=0/10 Sig=0/000 | | | |

بررسی رابطه همزمان کلیه متغیرها: به منظور بررسی اثر متغیرهای مستقل با کنترل سایر متغیرها و پیش بینی تغییرات متغیر وابسته از رگرسیون چندگانه استفاده شد. از مجموع ۱۸ متغیری^۱ که اثر همزمان آنها بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت، هفت متغیر وارد مدل رگرسیون شد. این متغیرها در مجموع ۰/۲۴ درصد از تغییرات تلقی بیمارانگارانه به اعتیاد را تبیین کرده‌اند. در این میان به ترتیب شاخص نگرش‌های نوگرایانه با اندازه بتای ۰/۲۵ از بیشترین قدرت تبیین‌کنندگی برخوردار است، بعد

^۱ متغیرهای اعتماد به پزشکی، آشنایی با معناد، میزان استفاده رادیو، میزان استفاد از تلویزیون، میزان استفاده از ماهواره، میزان استفاده از اینترنت، میزان سفر، سن، تحصیلات، جنس و پایگاه اقتصادی-اجتماعی به دلیل نازل بودن تأثیر شان در افزایش ضریب تعیین وارد معادله رگرسیون نشدند.

از آن منطقه شهری (۰/۲۱)، نگرش مثبت به گروه‌های همیار در زمینه اعتیاد (۰/۱۶)، تجربه آسیب جسمی (۰/۱۵-)، آسیب مالی (۰/۱۴-) و در نهایت میزان مطالعه (۰/۱۱) بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته داشته‌اند.

جدول ۵- بررسی رگرسیون چند متغیره با روش گام به گام

| سطح معناداری | t | ضریب رگرسیون استاندارد | ضریب رگرسیون استاندارد نشده | نام متغیر |
|---------------------------------------------------------|--------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| | | Beta | B | |
| ۰/۰۰۰ | ۵/۱۵۹ | ۰/۲۵۵ | ۰/۳۰۱ | نگرش های نوگرایانه |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۲۶۶ | ۰/۲۱۸ | ۳/۴۴۴ | منطقه شهری (پارک ها) |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۳۱۱ | ۰/۱۶۵ | ۰/۸۵۹ | ارزیابی از عملکرد گروه های فعال در زمینه اعتیاد |
| ۰/۰۰۷ | ۲/۷۰۷ | -۰/۱۵۶ | -۱/۵۳۴ | تجربه آسیب جسمی |
| ۰/۰۱۳ | -۲/۵۱۱ | -۰/۱۴۴ | -۱/۲۸۲ | تجربه آسیب مالی |
| ۰/۰۲۹ | ۲/۱۹۳ | ۰/۱۱۰ | ۲/۹۶۱ | میزان مطالعه |
| ضریب تعیین تعدیل شده = ۰/۲۴ ضریب همبستگی چندگانه = ۰/۵۰ | | | | |
| F = ۱۸/۱۸ Sig = ۰/۰۰۰ | | | | |

نتیجه گیری

تغییر مفهوم جرم به بیماری و تفاوت در شیوه مدیریت برآن یکی از دگرگونی‌های فرهنگی دنیای معاصر است. بخشی از این امر تحت تأثیر فرایند پزشکی شدن جامعه رخ داده است. اندیشه پزشکی شدن جامعه با انتقادات متعددی مواجه است. برخی بر این باور هستند که فرایند پزشکی شدن باعث وابستگی مردم به نهاد پزشکی شده زیرا بعضی رفتارها که در اصل بیماری نیستند بلکه تجلی تنوعات انسانی هستند، بسادگی به عنوان بیماری در نظر گرفته می‌شود و تحت درمان پزشکی قرار می‌گیرند. وابستگی به پزشکان از میزان نظارت فرد بر سلامتی اش می‌کاهد. از طرف دیگر پزشکی شدن جامعه با منافع اقتصادی گروه‌هایی خاص پیوند دارد. این فرایند بازارهای نوینی را برای درمانگاهها، صنایع پزشکی، شرکت های تولید دارو، کتاب های خودآموز، رژیم های غذایی فراهم آورده و مشاغل پردرآمدی را وارد میدان کرده که اغلب در تصرف سرمایه داران است. درواقع از این منظر باید گفت انگیزه های اقتصادی مشوق پزشکی شدن جامعه است (پوردی، ۲۰۰۱، ص ۲۴۹؛ گیب، ۲۰۰۴، ص ۶۱).

عده‌ای دیگر بر این باور هستند که در فرایند پزشکی شدن نقش عوامل سیاسی، اجتماعی که خود محصول نظام سرمایه‌داری و زمینه ساز بیماری‌های انسان امروز است، مورد بی توجهی قرار گرفته است. اقتصاد سرمایه داری ارائه مراقبت های بهداشتی را همچون یک کالا تابع اصل منفعت می‌داند و علل بیماری را فقط به زمینه های جسمانی آن محدود می‌کند. بنابراین مراقبت‌های پزشکی بیش از آن که به پیشگیری و حفظ تندرستی توجه داشته باشد به استفاده از دارو و تکنولوژی های پزشکی برای درمان نشانه های حاد بیماری گرایش دارد (لپتون، ۲۰۰۳، صص ۱۰-۹).

طرفداران حقوق زنان نحله انتقادی دیگری هستند که معتقدند فرایند پزشکی شدن بسیاری از مشکلات زنان را که ریشه در ساختار معیوب جامعه دارد، در سطح یک بیماری شخصی و فردی تقلیل داده است. این امر به انحراف اذهان عمومی از اهمیت ریشه های اجتماعی فرهنگی مسائل زنان و غفلت از آثار مخرب بی عدالتی جنسیتی منتهی خواهد شد. افزون بر این، پزشکی شدن مسائل زنان باعث می‌شود سلطه پزشکی مردانه بر جهان زیست زنان افزایش یابد (آبوت و والاس، ۱۳۸۰، ص ۱۵۰). برخی دیگر تا آنجا پیش رفته اند که اعتقاد دارند رشد و اشاعه طب جایگزین یک نوع مقاومت در برابر فراگیری سلطه حرفه پزشکی و اشاعه پزشکی شدن است و از آن تحت عنوان نهضت اجتماعی یاد می‌کنند (سیاهپوش، ۱۹۹۸، ص ۶۰؛ اسپنرو، ۱۹۹۶، صص ۶۳۰-۶۲۹).

نویسندگان این نوشتار با آگاهی از پیامدهای قابل انتقاد فرایند پزشکی شدن جامعه بر این باور هستند که بخاطر ناکارآمدی نگرش های جرم محورانه و به دلیل ضرورت مهار جریان رو به تزايد اعتیاد، لازم است درکنار مدیریت انضباطی و تنبیهی، از شیوه های درمان گرانه و اصلاحی نیز بطور مکمل استفاده شود. نگرش درمان محورانه به معنای تبریئه کردن فرد معتاد و نادیده گرفتن مسئولیت وی در معتاد شدن نیست. هر چند نمی‌توان نقش شرایط محیطی و نیروهای ساختاری جامعه را از نظر دور داشت اما در هر صورت اراده و انتخاب شخص در ابتلاء اولیه او تأثیر داشته است. از این رو فرد معتاد باید مسئولیت عمل خود را بپذیرد و مکلف است در درمان خود بکوشد. اما در عین حال توجه به این نکته حائز اهمیت است که وابستگی پایدار به مواد مخدر یک عمل خود خواسته نیست و در اغلب موارد همانطور که یک بیمار بر روند رشد بیماری خود کنترلی ندارد، افراد معتاد نیز کنترل چندانی بر تداوم اعتیاد خود ندارند. تأکید بر نگرش درمان محورانه احتمال طرد شدن معتادان از سوی مردم را کاهش می‌دهد و زمینه مناسب‌تری را برای بازسازی شرایط آنها فراهم می‌آورد.

اطلاعات این تحقیق حاکی از آن است که ۷۰ درصد از پاسخگویان در حد متوسط موافق تلقی درمان محور بوده‌اند. این بدان معنا است که رویکرد رقیب یعنی نگرش جرم محور به اعتیاد هنوز در سطح افکار عمومی فعال است. از آنجا که پذیرش و همکاری همگانی مردم پیشنیاز موفقیت هر

برنامه‌ای است، بنابراین همت گماشتن به تغییر نگرش مردم و فرهنگ سازی صحیح در این مورد ضروری است.

با توجه به این که یافته های این تحقیق تأثیرگذار بودن نگرش های نوگرایانه، افزایش آگاهی و نقش تشکل های خود جوش مردمی را در شکل گیری تلقی مثبت به بیمارانگاری اعتیاد تأیید کرده است می توان گفت رشد عقلانیت و خردورزی و تقویت فضای مدنی جامعه زمینه مناسبی را برای طرح اندیشه های نو، گفتگو و مفاهمه در آن مورد فراهم می آورد. این مسیر می تواند به تغییر نگرش مردم، جلب مشارکت و حمایت آنها منتهی شود.

برای تغییر دیدگاه مردم لازم است این واقعیت مهم مد نظر قرار گیرد که معتاد شدن ملازم یک فرایند اجتماعی شدن است. اعتیاد نگرش انسان معتاد به خود، نگرش دیگران نسبت به او و تعامل معتاد با دیگران را تغییر می دهد. در نتیجه این فرایند، به تدریج هویت، مفهوم و سبک زندگی شخص دگرگون می شود. اعتیاد، جهان زیست و جهان اجتماعی فرد را تغییر می دهد و شخص معتاد را درمیدان نقشی جدیدی قرار می دهد. انسان معتاد، مصرف کننده معمولی یک ماده نیست که هر وقت تمایل داشت بتواند آن را کنار بگذارد یا با تجربه مجازات یا گذراندن یک دوره درمان قابل تحقق باشد. این امر نیازمند بازسازی تدریجی و اساسی در هویت و منش تخریب شده فرد و تغییر شرایط زیست فردی و اجتماعی او است. اعضاء جامعه به پشتوانه درک صحیح از وضعیت پیچیده معتادان، با پرهیز از برجسب زنی و با رواداشتن مدارای اجتماعی می توانند در توانمند سازی معتادان مؤثر واقع باشند. در پایان شایسته است این واقعیت مورد عنایت قرار گیرد که با توجه به تأثیر معنادار متغیرهایی مانند گرایش به ارزش های نوگرایانه، آگاهی، تحصیلات، استفاده از رسانه ها، پایگاه اقتصادی- اجتماعی و با توجه به روند تحولات اجتماعی که گسترش دهنده این عوامل است، می توان پیش بینی کرد که در آینده مقاومت های سنتی نسبت به بیماری انگاری اعتیاد رو به کاهش باشد و این قبیل برنامه ها به تدریج با پذیرش اجتماعی بیشتری مواجه شود.

منابع

۱. آبوت، پاملا و کلو، والاس (۱۳۸۰) جامعه شناسی زنان، ترجمه: منیژه نجم عراقی، تهران: نشرنی.
۲. آزیورن، پیتر (۱۳۸۲) فرهنگ اندیشه انتقادی از روشنگری تا پسامدرنیسم، ویراستارمایکل پین، ترجمه پیام یزدانجو، تهران: نشرمرکز.
۳. اسماعیلی، ایرج (۱۳۸۷) " اقدامات کاهش زیان متادون درمانی در زندان و اثر آن بر بهبود کیفیت زندگی"، اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۸، صص: ۱۲۰-۱۰۵.

۴. پاشا میثمی، علی (۱۳۸۵) "معتادان درخصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می‌اندیشند"، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۵، صص: ۴۳-۳۴.
۵. تامپسون، جان بروکشایر (۱۳۷۹) رسانه‌ها و نوگرایی، ترجمه علی ایثاری کسمایی، تهران: موسسه انتشاراتی روزنامه ایران.
۶. تاملین، ملوین (۱۳۷۹) جامعه‌شناسی و نابرابری‌های اجتماعی نظری و کاربردی، ترجمه: عبدالحسین نیک‌گهر، تهران: توتیا.
۷. جهانبگلو، رامین (۱۳۸۸) موج چهارم، ترجمه منصور گودرزی، تهران: نشر نی.
۸. حاجلی، علی و زکریایی، محمد علی (۱۳۸۷) "مطالعات مواد مخدر و اعتیاد در نظام آموزش و پژوهش ایران"، مجله آموزش عالی ایران، سال اول، شماره ۳، صص: ۱۳۴-۱۱۳.
۹. دفتر طرح‌های ملی (۱۳۸۱) ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح‌های ملی.
۱۰. دفتر طرح‌های ملی (۱۳۸۲) ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح‌های ملی.
۱۱. رابرتسون، یان (۱۳۷۲) درآمدی بر جامعه با تأکید بر نظریه‌های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل نمادی، ترجمه حسین بهروان، تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
۱۲. خیر آنلاین (۱۳۸۸) تناقض در آمارهای رسمی و غیررسمی زنان. <http://www.khabaronline/news9110>
۱۳. ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۶) اعتیاد، تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۴. سراج زاده، سید حسین و فیضی، ایرج (۱۳۸۶) "مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱"، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۵، صص: ۱۱۰-۸۵.
۱۵. قاضی طباطبایی، محمود و ودادهیر ابوعلی (۱۳۸۶) "پزشکی‌شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر بساخت اجتماعی مسائل اجتماعی انسانی"، پژوهشنامه علوم انسانی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی، شماره ۵۳، صص: ۳۲۴-۲۸۹.
۱۶. کیوان آرا، محمود (۱۳۸۶) اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۱۷. گزارش طرح ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۴) نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر: یافته‌های پیمایش در کشور، جلد اول داده‌ها، ویرایش اول، تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
۱۸. لوزویک، دانلیین (۱۳۸۳) نگرشی نو در تحلیل مسائل اجتماعی، ترجمه سعید معید فر، تهران: انتشارات امیر کبیر.
۱۹. مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۰) اعتیاد در ایران، تهران: نشر ثالث.

۲۰. هاشمی، علی (۱۳۸۳) نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

21. Borgatta Edgar F. and Montgomery Rhonda J.V (2000) Encyclopedia of Sociology, Vol 1 , USA: McMillan.
22. Cokerham William C.(2008) Medical Sociology, USA: Blackwell.
23. Conrad Peter (1992) Medicalization and Social Control, Annual Review of Sociology, Vol 18, Pp: 209-232.
24. Gabe Jonathan (2004) Key Concept in Medical Sociology, London: Sage.
25. Kaplan John(1989) Taking Drugs Seriously, Drug and Society Vol. 3, Pp: 32-50.
26. Kurtz Richard A. and Chalfant H. Paul (1991) the Sociology of Medicine and Illness, USA: Allyn and Bacon Inc.
27. Lee Ellie (2003) Abortion, Motherhood, and Mental Health : Medicalizing Reproduction in The United States and Great Britain, USA: Aldine de Gruyter.
28. Lupton Deborah (2003) Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies, London: Sage.
29. Lyon David (2004) Globalizing Surveillance Comparative and Sociological Perspectives, International Sociology, Vol. 19, No. 2, Pp: 135-149.
30. Purdy Laura (2001) Medicalization, Medical Necessity and Feminist Medicine. Bioethics Vol. 15, No. 3,Pp: 248-261.
31. Raphael Dennis, Toba Bryant, and Marcia Rioux(2006) Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care, Toronto:Canadian Scholars' Press Inc.
32. Scambler Graham and Higgs Paul (1998) Modernity, Medicine and Health, Medical Sociology towards 2000, London & New York : Routledge.
33. Schneirov Matthew , Schneirov Geezik and David Jonathan (1996) A Diagnosis For Our Time: Alternative Health's Submerged Networkes and the Transformation of Identities, in Sociological Quarterly, Vol 37, No. 4, Pp:627-644 .
34. Siahpush Mohammad (1998) Postmodern Values, Dissatisfaction with Conventional Medicine and Popularity of Alternative Therapies, Journal of Sociology, Vol. 34, No.1, Pp:58-70 .
35. Thombs Dennis L. (2006) Introduction to Addictive Behaviors, New York: The Guilford Press.
36. Wincup Emma (2007) Addiction and Dependency, The Blackwell Encyclopedia of Sociology, Ed: George Ritzer, Vol 1. Singapore: Blackwell Pub.
37. Zola Irving Kenneth (1972) Medicine as an Institution of Social Control, Sociological Review, Vol. 20, No. 4, Pp: 487-504 .