

روند جهانی سوء مصرف مواد مخدر

حمید رضا طاهری نخست
کارشناس ارشد روان‌شناسی

disease دارند (Doweiko 1996).

برگهای گیاه کوکا نیز مدتها توسط ساکنان پرو و بولیوی مورد استفاده قرار می‌گرفت. بومیان امریکای جنوبی برای آنکه در ارتفاعات بتوانند راحت‌تر فعالیت کنند، به جویدن برگهای کوکا اقدام می‌کردند. فاتحان اسپانیایی متوجه این مسئله شدند و کوکا به اروپا راه یافت. در حوالی ۱۸۸۰ کوکائین به طور خالص از کوکا تهیه گردید و سریعاً توسط عده‌ای هدف سوء مصرف قرار گرفت و حتی در کاکولا از آن برای افزایش اثربخشی این نوشیدنی استفاده شد (Doweiko 1996, Jaffe 1995). حشیش نیز توسط سپاهیان ناپلئون از مصر به اروپا آورده شد ولی در ابتدای امر چندان مورد توجه قرار نگرفت و استفاده آن بیشتر به بعضی محفلهای هنری مانند طرفداران موسیقی جاز در امریکا محدود ماند. مصرف حشیش با تصویب قانون منع مصرف الکل در امریکا مدتی جایگزین الکل گردید، اما با آزادسازی مجدد الکل، استفاده از آن منسوخ گردید (Woody & Mac Fadden 1995).

اما موج فزاینده مصرف تریاک، کوکائین و حشیش در این کشور تا حد قابل توجهی با اقدامات اوایل قرن بیستم مهار گردید. قانون منع واردات تریاک به امریکا (سال ۱۹۰۹) در همبستگی با کمیسیون شانگهای، کنفرانس بین‌المللی تریاک به سال ۱۹۱۱ در لاهه و معاهده ۱۹۱۲ لاهه در زمینه لزوم نظارت دولتهای جهان بر تولید، توزیع، تجارت و مصرف مواد افیونی و کوکائین تا قانون هاریسون (۱۹۱۴) در زمینه نظارت بر استفاده طبی از مواد مخدر تا حدی مصرف مواد مخدر را در نیمه اول قرن مهار کرد. در این دوره تریاک و هروئین مشکل عمده به ویژه در ایالات متحده بودند. سرانه مصرف تریاک در امریکا بیش از سایر کشورهای غربی بود و حتی به اعتقاد کمیسر هامیلتون رایت Wright سرانه مصرف تریاک آن زمان در این کشور از چین نیز بیشتر بوده است! در آن سالها کوکائین به یک مشکل جدی مبدل نشده بود و مصرف آن بیشتر منحصر به سیاهپوستان می‌گردید و حتی آن را نوعی داروی خاص سیاهپوستان Negro به حساب می‌آوردند. حشیش نیز با وجود داشتن طرفداران زیادی در

خلاصه

سابقه مصرف مواد مخدر به حدود ۱۰۰۰۰ سال پیش باز می‌گردد اما به نظر می‌رسد معضل اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر پدیده‌ای است که طی قرن اخیر مسئله ساز شده و مورد توجه قرار گرفته است. در ابتدای قرن جهان شاهد افزایش مصرف ترکیبات افیونی و مشتقات کوکائین بود. بعد از آن حدود ۳۰ سال از سال ۱۹۳۰ تا ۱۹۶۰ کاهش قابل توجه مصرف به وقوع پیوست و بعد از آن به مدت ۲ دهه مصرف مواد مخدر به شدت رواج یافت. اوج مصرف در سالهای ۱۹۸۰، طی دهه اخیر تا حدی تعدیل گردید. برای توضیح نوسانات مصرف مواد مخدر در سطح جهان نظریات کوناگونی ارائه شده است که در این میان فراموشی نسبی، تأثیر مداخلات درمانی و قانونی و تغییر در جهان بینی‌ها و احساس خوشبختی در نسلهای قابل ذکر است.

با آنکه الکل، حشیش، تریاک و کوکا (کوکائین) از چندین قرن پیش به وضوح شناخته شده بودند و تاریخچه استعمال آنها حتی در مورد تریاک به ده هزار سال پیش بازمی‌گردد، به نظر می‌رسد مسئله اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از معضلات و پدیده‌های معاصر بشری است.

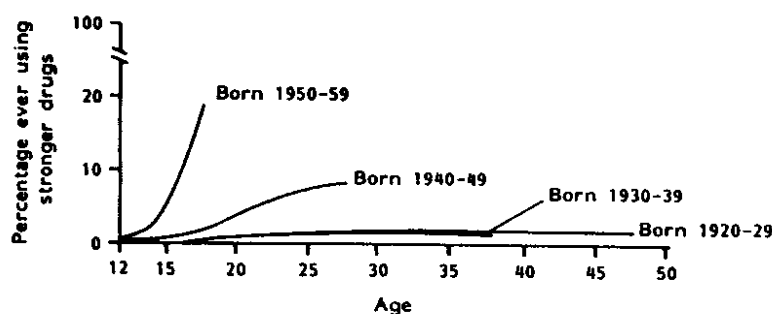
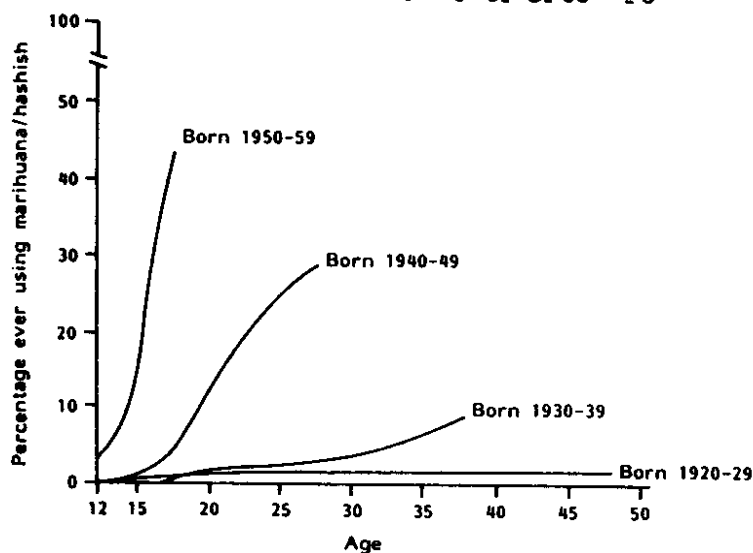
در اواخر قرن نوزدهم، با افزایش جمعیت و صنعتی شدن کشورهای غربی پدیده اعتیاد و بررسی آن نیز به صورت یکی از بحث‌های علمی و آکادمیک درآمد. مورفین در سال ۱۸۰۳ توسط فردریش سرتورنر Sertuner از تریاک جدا گردید و در نیمه دوم قرن در جریان جنگهای انفصال آمریکا، پروس - فرانسه و اطریش - پروس برای درمان درد و اسهال مورد استفاده قرار گرفت. استفاده از مورفین و تریاک در این زمان آزاد و بلامانع بود که به اعتیاد بسیاری از سربازان منجر گردید، چنان که به این اعتیاد نام بیماری سرباز soldier's

خاورمیانه، در غرب چندان رواج نداشت (Musto 1997, Silbereisen et al. 1995).

در دهه ۲۰ میلادی هروئین معضل جامعه سفیدپوست غربی به خصوص آمریکایی درآمد و بسیاری از رفتارهای تبهکارانه در نیویورک و سایر شهرهای پرجمعیت به هروئین نسبت داده شد. دولتمردان نیز با تصویب قوانین خشن و مقتدرانه به مقابله با آن برخاستند، تولید هروئین نیز در سال

۱۹۲۴ ممنوع گردید.

با شروع دهه ۳۰ میلادی جهان وارد سالهای طلایی از نظر اعتیاد شد و تعداد معتادان برای حدود ۳۰ سال در کشورهای صنعتی در حداقل خود ماند. به عنوان مثال در این سالها در انگلستان تعداد معتادان به هروئین حدود ۱۰۰۰ نفر ثابت بوده است (Nadelman et al. 1997).



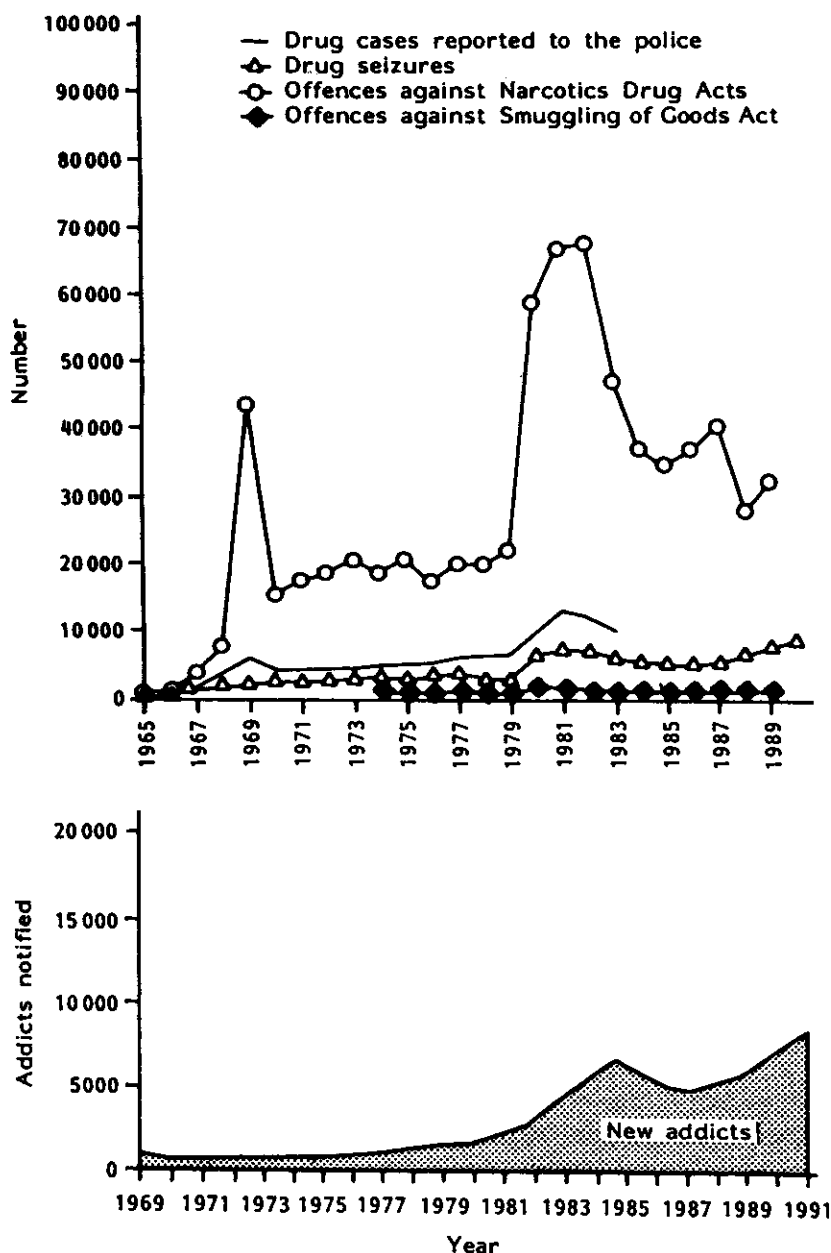
شکل ۱- سابقه مصرف حشیش (شکل بالا) و مواد مخدر سنگین‌تر شامل کوکائین، توم‌زها، هروئین و سایر مواد افیونی در متولدین سالهای مختلف

داشته‌اند، در حالی که در متولدین یک دهه قبل رقم مزبور ۱۰٪ بوده است (Silbereisen et al. 1995). استفاده از حشیش و ماری‌جوانا به قدری در دهه ۷۰ زیاد بود که در سال ۱۹۷۹ در ارزیابی مدارس در آمریکا ۶۰/۴٪ سابقه استفاده از این ماده را اذعان داشتند. در ۱۹۷۵ حدود ۶٪ دانش‌آموزان سالهای آخر دبیرستان مدعی شدند که طی ماه قبل از ارزیابی به طور روزانه مصرف ماری‌جوانا داشته‌اند. این رقم در سال ۱۹۷۹ به رقم ۱۰/۷٪ رسید (Hansel 1999). کشورهای اروپایی نیز

با ورود به دهه ۶۰ میلادی ناگهان جهان صنعتی با افزایش مصرف مواد مخدر مواجه می‌شود. این افزایش تا انتهای دهه ۷۰ با شدت ادامه داشت. به عنوان نمونه مصرف حشیش در متولدین ۱۹۲۹-۱۹۲۰ در آمریکا بسیار کم بوده است. در متولدین دهه ۴۰ سابقه مصرف حشیش به ۳۰٪ و در متولدین دهه ۵۰ به حدود ۵۰٪ می‌رسد (شکل ۱). این مسئله در مورد داروهای سنگین‌تر از حشیش نیز صادق است و ۲۰٪ متولدین دهه ۵۰ در طی عمر خود تجربه استعمال اینگونه ترکیبات را

در آلمان نیز وضعیت تا حدودی به همان شکل بود. در اواخر دهه ۷۰ از هر ۲ نوجوان آلمانی یکی نگرش مسامحه‌آمیز در مورد مواد مخدر داشت و در اوایل دهه ۸۰، ۱۰٪ جوانان بین ۱۲ تا ۲۵ سال مصرف‌کننده مواد غیرمجاز بودند.

طی همین سالها دچار وضعیت مشابهی بودند. موارد دستگیری به خاطر مواد مخدر، موارد خلاف قانون و موارد گزارش شده توسط پلیس طی سالهای آخر دهه ۷۰ و اوایل دهه ۸۰ در کشور سوئد به شدت افزایش داشت (شکل ۲ الف). در انگلستان نیز در اوایل دهه ۸۰ وضعیت مشابهی شکل گرفت (شکل ۲ ب) (Silbereisen et al. 1995)



شکل ۲- موارد دستگیری به خاطر مواد مخدر، موارد خلاف قانون و موارد گزارش شده مرتبط با مواد مخدر در کشور سوئد (الف) و تعداد معتادان شناسایی شده در کشور انگلستان (ب)

مصرف کراک و قیمت بسیار پائین آن مقامات اروپایی و آمریکایی را نگران کرد، به طوری که در سال ۱۹۸۶ در ایالات متحده سریعاً تشدید قوانین صورت گرفت و مقابله با مواد مخدر به صورت یک عمل فراگیر درآمد (Nadelman et al. 1997). گروههای ضربتی ضد مواد مانند TNT: Tactical Narcotic Teams پدید آمد و حالت انزجار افراطی شکل گرفت که به «هیستری فقط به مواد نه بگو» (Just say no to drugs hysteria) معروف شد (Bourgois 1999). میلیاردها دلار در برنامه‌های پیشگیری و درمان تزریق گردید و تلاش مراکز علمی بر دستیابی به درمانهای مؤثرتر تشدید شد.

در کشورهای غربی بعد از یک دوره اوج مصرف در اواخر دهه ۷۰ مصرف مواد کاهش یافت و از تعداد افرادی که مصرف کننده مداوم و یا تفننی مواد بودند کاسته شد. این تغییرات در شکل‌های ۲ مشهود است. در آلمان نیز تعداد مصرف‌کنندگان در اوایل دهه ۹۰ به ۵٪ رسید، یعنی نصف ارقام یک دهه قبل. کاهش مصرف ابتدا در حشیش و مواد مخدر سبک مشاهده شد، ولی مصرف مواد مخدر سنگین مانند کوکائین با همان شدت تا اواسط دهه ۸۰ ادامه یافت. به واقع کراک که از مخلوط نمودن کوکائین با جوش شیرین حاصل می‌شود و قابل تدخین بوده و اثر بسیار نیرومندی دارد، در ۱۹۸۵ به بازار آمد و سریعاً رواج پیدا کرد. عوارض

اعتیاد به هروئین در پاکستان

تنها بیست سال است که هروئین وارد بازار مواد مخدر پاکستان شده است اما در حال حاضر این کشور با حداقل ۱۵ میلیون معتاد به این ماده، بالاترین نرخ سرانه مصرف هروئین در جهان را دارد. تخمین‌های محاطانه حاکیست که ۲/۰۲ درصد از جمعیت شهری و ۱/۲۶ درصد از جمعیت روستایی، مصرف‌کنندگان فعال هروئین هستند. از آنجا که به نظر می‌رسد این کار منحصر به مردان است در یک مطالعه جامع اعتیاد، چنین نتیجه‌گیری شد که از هر ۱۹ مرد پاکستانی یک نفر به طور منظم هروئین مصرف می‌کند. به رغم این آمار تکان دهنده تعداد افرادی که ضمن استفاده به هروئین معتاد می‌شوند مستعراً در حال افزایش است تا بدان جا که مواد افیونی در سطح ملی به عنوان دارویی مطرح گردیده که بیش از همه توسط گروههای مختلف مردم در همه سنین و در موقعیتهای مختلف زمانی و مکانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اعتیاد به هروئین در مناطق شهری شایع تر است زیرا تعداد مصرف‌کنندگان و قاچاقچیان مواد مخدر در این مناطق بیشتر است. طرز مصرف هروئین اشکال مختلف دارد. شروع آن غالباً به شکل سیگار است، سپس با استفاده از وافور و امثال آن استنشاق می‌گردد. به تدریج که افراد وابستگی بیشتری به دارو پیدا می‌کنند روشهای نگران کننده به صورت عادی در می‌آید. برای مثال، پوست خود را خراش داده هروئین را بطور موضعی استعمال می‌نمایند تا سریعاً جذب خون شود. بعضی دیگر پس از تسلط به تزریق زیر جلدی بود هروئین را با آب لیمو مخلوط نموده و سپس به صورت وریدی تزریق می‌کنند.

معتادان حرفه‌ای از سرنگ مشترک با دیگر معتادان استفاده می‌کنند. واضح است که اینکار به افزایش کزاز، اندوکاردیت، هپاتیت، عفونت عروق و HIV می‌انجامد. اعتیاد به مواد مخدر همراه با افزایش جرم و خشونت در جامعه کراچی پیدای می‌کند زیرا در مسیر ترانزیت بین المللی قاچاق مواد مخدر قرار دارد. به طور کلی دولت پاکستان به نظر می‌رسد که دلیل فقدان پیش بینی لازم آمادگی و توان کافی برای برخورد با معضل اعتیاد ندارد. معذک، در شهر کراچی تلاشهایی برای کاهش تقاضای مواد مخدر شکل گرفته است.

شورای محلی را سافاگری یا همکاری دانشگاه آقاخان، برنامه‌ای را با حمایت دولت تدارک دیده که بر کاهش تقاضا نسبت به مواد مخدر تمرکز دارد.

هدف اصلی این برنامه که بر آموزش و آگاه سازی جوانان در مورد خطرات اعتیاد به هروئین تکیه دارد گروه‌های در معرض خطر را در بازیهای سالنی، فعالیتهای نمایشی، ورزشهای گوناگون و جلسات گروه‌های حمایتی مشغول می‌سازد. این برنامه که در سطح وسیع اجرا می‌گردد، بودجه نسبتاً کمی دارد و در ارائه خدمات خود به مردم تکیه می‌کند.

برنامه موفق دیگر که جلوگیری از سوء مصرف مواد مخدر را هدف گرفته «جنبش دسامبر سبز» نام دارد. این نهاد خیریه که به مبارزه علیه مواد مخدر در دو استان پیشاور و مردان (در شمال غربی پاکستان) برخاسته در دسامبر ۱۹۸۲ تأسیس گردیده است. این جنبش متشکل از مردان و زنانی است که در مرکز درمانی و توانبخشی خاص معتادین را به صورت مجانی اداره می‌کنند. مطالب آموزشی که بدین منظور تهیه شده‌اند جهت مشارکت آموزگاران، دانش‌آموزان و جوانان خارج از محیط مدرسه توزیع می‌گردد. رهبران مذهبی در ایجاد حمایت معنوی و روانی - اجتماعی از معتادینی که ترک اعتیاد کرده‌اند

اواخر دهه ۸۰ و اوایل ۹۰ کشورهای غربی شاهد کاهش مصرف حشیش، کوکائین و هروئین بودند. مصرف مستمر حشیش در طی ماه قبل از مصاحبه در دانش‌آموزان آمریکایی که در ۱۹۷۸ حدود ۱۰٪ بود در ۱۹۹۱ با بیش از ۸۰٪ کاهش به تنها ۲٪ رسید. از اوایل دهه ۹۰ کاهش قابل توجه در مصرف تفننی مواد و مصرف سبک هروئین و کوکائین مشاهده شد. البته تعداد مصرف کنندگان سنگین و معتادان شدید نسبتاً ثابت بود. از اواسط دهه ۹۰ نیز مصرف هروئین و کوکائین مجدداً، البته نه به شدت دهه ۷۰ و اوایل ۸۰ شروع به افزایش پیدا کرد (NCADI: 1998 National Control Strategy).

خلاصه‌ای از آنچه در بالا ذکر گردید بدین قرار است

- در اوایل قرن مصرف مواد مخدر در کشورهای صنعتی در حال افزایش نسبتاً شدید بود.
- در دهه‌های اول و دوم و سوم قرن بیستم قوانین خشن علیه مصرف مواد مخدر وضع گردید.
- مصرف مواد از دهه ۳۰ شروع به کاهش کرد و سالهای ۳۰ تا ۶۰ دوران عاری از مواد هستند.
- سالهای ۶۰ تا ۸۰ جهان شاهد افزایش شدید مصرف مواد مخدر سخت hardcore مانند هروئین و کوکائین بود.
- مصرف مواد در دهه ۸۰ ابتدا در مورد حشیش بطور قابل توجه و سپس بطور نسبی در مورد هروئین و پس از آن در

اواخر دهه در مورد کوکائین مهار گردید.

- در دهه نود مصرف تفننی مواد مخدر تا اواسط دهه کاهش چشمگیر داشت، اما بعد از ۱۹۹۵ افزایش اندک مشاهده گردید.
- در طی دهه ۹۰ تعداد معتادان سنگین و مصرف‌کنندگان شدید heavy abuser ثابت بوده است.

اما این حالات نوسانی در سوء مصرف مواد چگونه قابل توجیه هستند؟ یک تحلیل ساده برای توضیح این پدیده این است که اقدامات قانونی و مداخلات درمانی را عوامل نوسان میزان سوء مصرف مواد بدانیم: قوانین اوایل قرن بیستم مصرف اواخر قرن نوزدهم را مهار کرد و اقدامات درمانی بخصوص مبارزات شدید انتهای دهه ۸۰ اپیدمی سالهای ۶۰ تا ۸۰ را کنترل نمود. عده‌ای از صاحب‌نظران معتقدند که اقدامات خشن بعد از ۱۹۸۶ در کاهش مصرف مؤثر بوده است و مداخلات قانونی را در این باره بسیار مؤثر می‌دانند. اما باید بدانیم که مسئله به این راحتی قابل حل نیست. کاهش مصرف موادی چون حشیش و کاهش مصرف تفننی کوکائین ۵ سال قبل از تشدید مجازاتها و اقدامات سالهای بعد از ۱۹۸۵ به بعد ظاهر شد و در واقع قسمت عمده کاهش حشیش و هروئین به سالهای قبل از مداخلات قانونی باز می‌گردد (Hansel 1999). این را نیز

باید بدانیم که قیمت کوکائین و هروئین از ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۶ مرتباً سیر نزولی داشته است و خلوص آن نیز روبه افزایش بوده است (Falco 1997). قیمت یک گرم کوکائین خالص در ۱۹۸۱ معادل ۲۷۵ دلار بود که در ۱۹۹۶ به ۹۴/۵ دلار رسید. قیمت یک گرم هروئین خالص نیز ۳,۲۷۴ دلار در ۱۹۸۱ به ۱,۱۵۸ دلار در ۱۹۹۶ کاهش یافت.

در همین دوره خلوص هروئین از ۶٪ به ۴۱/۵٪ افزایش یافت (NCADI: 1998 National Control Strategy). اگر کاهش مصرف صرفاً ناشی از محدودیتهای قانونی و انتظامی بود می‌بایستی با افزایش و نایابی نسبی مواد مخدر توأم باشد و این کاهش بواسطه کمبود مواد در بازار صورت پذیرفته باشد که چنین نیست. افزایش دستگیری توزیع‌کنندگان نیز حدود ۳-۴ سال بعد از کاهش مصرف تفننی بوقوع پیوست (Rydell et al. 1996).

در مورد موفقیت برنامه‌های پیشگیری نیز تا حدی ابهام وجود دارد. هر چند نتیجه تحقیقات سالهای اخیر مؤثر بودن این روشها را تأیید کرده‌اند (به مقاله پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در همین شماره مراجعه نمایید) اما اینکه تمامی کاهش مصرف مواد یا تغییر الگوی آن را به این مسئله نسبت دهیم جای تردید دارد. بعلاوه کاهش مصرف در سالهای ۱۹۳۰ تا ۱۹۶۰ مسلماً به این عامل قابل انتساب نیست و در این سالها برنامه‌های پیشگیری اصلاً ابداع نشده بودند.

موستو Musto برای تبیین نوسانات سوء مصرف مواد مخدر به تبیین دیدگاهی موسوم به "فراموشی نسلی" generational forgetting روی می‌آورد. به اعتقاد او هنگام شیوع و وفور مواد مخدر در یک نسل و یک دوره زمانی نسل بعدی به علت آنکه شاهد عوارض دردناک اعتیاد، صدمات و اثر مخرب آن بوده‌اند نسبت بدان حساسیت شدیدی پیدا می‌کنند. این حساسیت گاهی به حد انزجار و تنفر کور و افراطی می‌رسد ولی باعث مصون ماندن نسل از اعتیاد می‌شود و مصرف مواد مخدر کاهش می‌یابد. با پیدایش نسل سوم که خاطره تلخی از اعتیاد نداشته و حتی پندارهای نسل قبل را گزافه و اغراق می‌دانند مجدداً مصرف مواد مخدر اوج می‌گیرد. به اعتقاد موسستو وجود افرادی با مصرف سنگین که دچار عوارض ناگوار مصرف شده‌اند هرچند دردناک است اما مصون ساز بعدی خواهد بود و جهان بعد از هر دوره مصرف افراطی دوران پاکی را تجربه خواهد کرد. به اعتقاد او این حالت نوسانی با

کارکرد فوق‌الذکر را می‌توان به زمانهای قبل و شیوع الکلیسم در جوامع نیز نسبت داد (Behrens et al. 1999). اگر دیدگاه فوق را بپذیریم قسمت زیادی از اقدامات مقابله کننده و پیشگیرانه از اعتیاد نه علت بلکه معلول این نوسانات است. هنگام افزایش مواد به تدریج عوارض منفی ظاهر می‌شوند و نگرش و دیدگاههای مردم از حالت مسامحه آمیز به سوی مقابله کننده تغییر می‌کند. این تعبیر نگرش افکار عمومی بر سیاستمداران تأثیر گذاشته و آنها را وادار به موضع‌گیری علیه مواد مخدر می‌نماید و اقدامات انتظامی و پیگیرانه درمانی تشدید می‌شود اما عامل عمده تغییر همان فرایند تغییر نگرش است. با کاهش مصرف مواد مخدر از هوشیاری اجتماع کاسته شده و جو عمومی در مقابل مواد مخدر حالت مسامحه کارانه پیدا می‌کند، قوانین تعدیل شده و مجازاتها تخفیف می‌یابند. همزمان کاهش انزجار از مواد مخدر در جوانترها با افزایش مواد مخدر در سالهای بعدی توأم می‌گردد. بر این اساس بسیاری از موارد کاهش مصرف بعد از حالات بحران صرفاً بدلیل بازگشت به میانگین regression toward mean و خود اصلاحی سیستم بوده است و انتساب آن به مداخلات قانونی، طبی و اجتماعی نوعی احساس کاذب قدرت illusion of control این پدیده اجتماعی است.

طی سالهای اخیر، عده‌ای از پژوهشگران از زاویه‌ای وسیع‌تری به روند سوء مصرف مواد مخدر در جهان نگرسته‌اند. به اعتقاد این گروه سوء مصرف مواد مخدر رابطه تنگاتنگی با احساس خوشبختی well-being و جهان بینی Weltanschauung و نگرشهای اخلاقی مردم دارد. به اعتقاد این دسته میزان رضایت از زندگی، احساس تاهل و تسامح به رفتارهای خارج از عرف، برخورد و نگرش حسابگرانه به زندگی اقتدارگرایی authoritarianism جاه‌طلبی و ارزشمندی رقابت، موفقیت و تلاش طی اعصار ثابت نبوده و در حال نوسان است. یکی از صاحب نظران در این حوزه رونالد اینگل هارت R. Inglehart است. اینگل هارت با الهام از نظریات مازلو Maslow و تعمیم آنها به شرایط اقتصادی - اجتماعی فرضیه خود را جمع بندی می‌نماید: به اعتقاد او مردم در طی اعصار بنا به شرایط اجتماعی و اقتصادی دوره خود به آن دسته از نیازهای هرم مازلو که کمتر دارا هستند بیشتر بها و اولویت می‌دهند. او مدعی است طی سالهای بعد از جنگ جهانی اولویتها مرتباً در حال تغییر بوده‌اند و این تغییرات توسط یافته‌های

روش‌های جمع‌آوری اطلاعات Data Collection Techniques

برای کسب اطلاعات دقیق و مبتنی بر ادله علمی در همه گیرشناسی مواد مخدر لازم است تحقیقات متعددی را که دارای روش‌شناسی متفاوتی هستند و هر کدام از رویکردهای ویژه خود پیروی می‌کنند با یکدیگر منطبق سازیم. در این خصوص هنگامی که با اطلاعات کلی در سطح جهان روبرو هستیم، یافته‌های بدست آمده از تحقیقات و پژوهش‌ها به دلیل استفاده از متدولوژی متفاوت از اعتبار کمتری برخوردارند. جهت رفع این مشکل شبکه‌های بین‌المللی نظیر گروه همه گیرشناسی منطقه‌ای (CEWG) Community Epidemiology Work Group در آمریکا و گروه همه گیرشناسی بین‌المللی International Epidemiology Work Group (IEWG) سعی در همسان‌سازی و یکپارچه کردن تکنیک‌های جمع‌آوری اطلاعات، ارائه گزارش و بازنگری یافته‌های سوء مصرف مواد بر اساس اصول جهانی داشته‌اند. چنین شبکه‌هایی با برخورداری از پشتیبانی قوی و حمایت‌های فعال از جانب آژانس‌ها و سازمان‌های بین‌المللی همراه با به کارگیری و استفاده از همه گیرشناسان و متخصصین می‌توانند به طور کارآمدی روند و الگوی سوء مصرف مواد را در سطح جهان تحت نظارت خود در می‌آورند.

اطلاعات و داده‌های مربوط به همزمانی بیماری با مصرف مواد، مرگ و میر، درمان، بهداشت عمومی، قوم‌نگاری، قوانین مدنی و مطالعات پیمایشی تحت گزارش‌های دقیق همراه با جزئیات کامل توسط این شبکه‌ها جمع‌آوری شده و به صورت گزارشات دقیق به تفکیک مناطق و کشورها ارائه می‌گردد. معرفی و ارائه هر یک از گزارشات منطقه‌ای به منظور مشخص کردن جنبه‌های موقعیتی آنها مانند ارزش اقتصادی مواد در آن منطقه، دسترسی به تسهیلات حمل و نقل نظیر اتوبانهای اصلی، بنادر و فرودگاه‌ها، جمعیتی که به آن منطقه سفر می‌کنند مثل جمعیت توریست، شیوه زندگی و تفریح و سطح زیرکشت گیاهانی که مواد مخدر از آنها گرفته می‌شود، می‌باشد.

به دلیل غیرقانونی بودن مصرف مواد مخدر در بیشتر مناطق دنیا، مطالعات و تحقیقات در این خصوص با موانع و پیچ و خم‌های ظریف و متعددی روبرو هستند. برای مثال در بسیاری از کشورها آمار و اطلاعات مربوط به داروها و موادی که تحت کنترل است ولی قابلیت سوء مصرف دارند و همچنین موادی مثل حلال‌ها که مصرف روزافزونی پیدا کرده‌اند در حیطه این آمارها نمی‌گنجد، از طرفی در بسیاری از نقاط دنیا، این امر در مورد داروهای قابل دسترسی در فروشگاهها over-the-counter نیز صدق می‌کند. داروهای کنترل شده مثل آرام‌بخش‌ها به دلیل این که مصرف آنها غیرقانونی نیست بتدریج در آمارها وارد می‌شوند. ثبت شمار مراجعه کنندگان به درمانگاههای اعتیاد شاخص خوب و مناسبی برای پیردن به روند مصرف، زمان شیوع و بروز مشکلات سوء مصرف کنندگان مواد است، ولی برای مثال ثبت این موارد در کشور انگلستان تنها یک پنجم از کل مصرف کنندگان را شامل شده است. همچنین این گزارشات تحت تأثیر میزان آگاهی، سطح دانش، تجربه، جدان کاری و میزان تمایل به همکاری متخصصان این رشته هستند. آمار مربوط به مرگ و میر ناشی از مصرف مواد نیز شاخص خوبی برای عواقب مصرف مواد مخدر است اما این تحت تأثیر دقت در تشخیص و صداقت در ارائه گزارش قرار می‌گیرد. به علاوه به علت این که بین زمان شروع مصرف مواد تا هنگام مرگ ممکن است فاصله زمانی قابل توجهی وجود داشته باشد این شاخص، معرفی کند بوده که بعد از گذشت زمان طولانی تغییرات را نشان می‌دهد. در این میان یک استثناء وجود دارد و آن مصرف حلال‌ها در کودکان است که بلافاصله بعد از مصرف مواد کبد آنها تحت تأثیر قرار گرفته و فعالیت آن به کلی مختل می‌گردد و در نهایت ممکن است سبب مرگ شود. برای مثال افزایش قابل توجه مصرف کنندگان حلال‌ها در کشور انگلستان (از ۸۳ نفر در سال ۱۹۸۳ به ۱۴۹ نفر در سال ۱۹۹۰) تقریباً منعکس کننده واقعی سوء مصرف آنها (مخصوصاً در نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال) است.

از طرف دیگر دسترسی به افراد در معرض خطر جهت انجام مصاحبه پژوهشی، بسیار مشکل است. این

عمده غالباً خارج از خانه، مدرسه و یا محل کار خود به سر می‌برند. بنابراین در بدست آوردن نمونه‌های تحقیق با مشکل روبرو هستیم. همچنین تعداد افراد دارای مشکلات جدی و شدید مصرف مواد، خیلی کمتر از حدی است که مطالعات پیمایشی بتوانند آنها را با جزئیات کامل مشکلات تحت پوشش قرار دهند. حتی هنگامی که بعضی مشکلات ناشی از مصرف مواد مثل پرخاشگری، و لخرجی، عدم احساس مسئولیت، دزدی... موضوع مطالعه پیمایشی است، مصرف کننده مواد به دلیل اینکه ممکن است مورد سرزنش قرار گیرد از بیان پاسخ صحیح سر باز می‌زند و یا مصرف خود را انکار می‌کند. مسئله انکار در آزمودنی‌ها، یکی از نقص‌ها و موانع اصلی دستیابی به نتایج دقیق و صحیح در بیشتر مطالعات پیمایشی بوده و هست. برای مثال در بررسی روند مصرف هروئین استفاده از مطالعه پیمایشی در جمعیت عادی کمک زیادی نخواهد کرد و حتی استفاده از این روش برای کسب اطلاعات درباره ظهور مواد جدید و یا روشهای جدید مصرف مواد نیز کمکی نخواهد کرد.

استفاده از اطلاعات بدست آمده از بخش های اورژانس و اطافهای اضطراری شاخص معتبری برای شناخت مشکلات مصرف مواد است برای مثال بعد از یک دوره دستیابی آسان به کراک کوکائین رنگ خطر

فوق از اولویت خارج شده و ارزشهایی چون خودشکوفایی، تسلط بر سرنوشت و... در اولویت قرار گیرند به فاصله چندسال شاهد کاهش آسیب‌های گوناگون اجتماعی خواهیم بود به همین دلیل طی سالهای آینده احتمالاً از شیوع اعتیاد در این کشورها کاسته خواهد شد. در مقابل کشورهای در حال توسعه الگوی افزایش و سپس کاهش مصرف مواد مخدر در کشورهای غربی را با فاصله زمانی بسته به میزان توسعه یافتگی خود تکرار خواهند کرد. کشورهای آسیای جنوب شرقی و ژاپن نیز در میانه قرار خواهند گرفت. به اعتقاد این گروه نوسانی بودن مصرف مواد مخدر نه بدلیل تغییر نوسانی نگرش به مواد مخدر بلکه به دلیل تغییر نوسانی نگرش به کل جهان، احساس جمع گرایی و فرد گرایی و نوسانات اخلاقی اعصار است و تغییر شیوع مواد مخدر باید از این نشر مشاهده شود.

در مجموع به نظر می‌رسد که مصرف مواد مخدر در جهان حالات فزاینده و کاهش یابنده داشته و دارد و این تعبیرات بزرگتر و عمده‌تر از آن هستند که صرفاً معلول تعبیر در قوانین و سیاستهای انتظامی یا درمانی باشند. این مسئله برای کشور ما نیز حائز اهمیت است و بایستی از ساده نگری در مورد نوسانات مصرف مواد مخدر و افزایش آن طی سالهای اخیر خودداری نمود.

تجربی از جمله بررسی‌های آماری و نظر سنجی‌ها قابل اثبات است. نسل بعد از جنگ جهانی در کشورهای غربی تأکید عمده بر حفظ امنیت اجتماعی، رفاه، حفظ قیمتها و مقابله با تورم داشته است و اقلام مادی و دنیوی مانند پول، شغل، مقام و تحصیلات رسمی از جمله اولویتهای مردم بوده و با احساس خوشبختی wellbeing همبستگی تنگاتنگی داشته‌اند. این گونه نگرش در یک نسل، نسل بعدی را مستعد افسردگی، خودکشی و اعتیاد نموده است. طی دهه ۷۰ مرتباً از اعتیاد و نقش مؤلفه‌های فوق در احساس خوشبختی کاسته شده است و مؤلفه‌هایی چون آزادی بیان، اساس مشارکت در تصمیم‌گیری، خود شکوفایی self-actualization تسلط بر سرنوشت و داشتن رابطه سالم، دوستانه و غیر رقابت‌آمیز با سایر انسانها به عنوان شاخصهای اصلی احساس خوشبختی خودنمایی نمودند.

جالب اینکه این الگوی تغییر در ژاپن و کشورهای آسیای جنوب شرقی با تأخیر و در کشورهای در حال توسعه با تأخیر بیشتر در حال تکرار است. به اعتقاد اینگل هارت وجود اینگونه نگرشها در یک نسل بر اعتماد به نفس و احساس خوشبختی در نسل بعدی اثر گذاشته و آنها را در مقابل اعتیاد، خودکشی و حالات منفی خلقی مصون می‌نماید (Halpern 1995). به اعتقاد او در کشورهایی که ارزشهای

منابع

Behrens DA, Caulkins JP, Tragler G, Haunschmied JL & Feichtinger G (1999). A dynamic model of drug initiation: Implications for treatment and drug control. *Mathematical Biosciences*. 159: 1-20.

Bourgeois P (1999). *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*. Cambridge: Cambridge University Press.

Doweiko HE (1996). *Concepts of Chemical Dependency*. Pacific Grove CA: Brooks/Cole Publishing Company

Falco M (1997). Drug policy In JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman & JG Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Jaffe JH (1995). Opioid-related disorders. In HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Halpern D (1995). Values, morals and modernity: The values, constraints and norms of european youth. In M Rutter & DJ Smith *Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and Their Causes*. Chichester: John Wiley & Sons.

Hansen WB (1999). Prevention programs: What are the critical

factors that spell success? *National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, Papers and Recommendations*. Retrieved from the World Wide Web <http://165.112.78.61/MeetSum/CODA/Critical.html>.

Musto D (1997). Historical backgrounds. In JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman & JG Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Nadelmann E (1989). Drug Prohibition in the United States: Costs, consequences and alternatives. *Science*. 245: 939-947.

NCADI (1998). *National Control Strategy*. The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information. Retrieved from the World Wide Web. <http://www.health.org/ndcs98/>

Silbereisen RK, Robins L & Rutter M (1995). Secular trends in substance use: Concepts and data on the impact of social change on alcohol and drug abuse. In M Rutter & DJ Smith *Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and Their Causes*. Chichester: John Wiley & Sons.

Woody GE & MacFadden W (1995). Cannabis related disorders. In HI Kaplan & BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Medicine*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.