

اعتیاد

آفرین رحیمی موقر*، مروئه وامقی**

مقدمه

مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از مسائل بغرنج کشور در طول سالیان دراز بوده است. در سال‌های اخیر، ماهیت و روش‌های کنترل این معضل تغییراتی اساسی داشته است. کشور ما دارای سابقه چندصد ساله تولید و مصرف مواد افیونی است. این امر موجب شده است که به لحاظ تاریخی و فرهنگی، ظرفیت گسترش این پدیده در کشور وجود داشته باشد. علاوه بر آن، تغییرات سریع اقتصادی و اجتماعی دهه‌های اخیر به ایجاد عوامل آسیب‌زای متعددی انجامیده است. پیدایش اقتصاد متکی به نفت، عوارض جنگ هشت‌ساله با عراق، رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش ارتباطات جهانی و افزایش انتظارات نسل جوان، سیر توسعه صنعتی و مشکلات ناشی از آن شامل مهاجرت، و افزایش قابل توجه جمعیت شهری و حاشیه‌نشینی و بیکاری ناشی از آن از عوامل بروز مشکلات اجتماعی از جمله اعتیاد هستند. با وجود ریشه‌کن شدن کشت خشخاش در داخل کشور بعد از انقلاب، به دلیل افزایش چشمگیر کشت آن در همسایگی کشورمان، دسترسی به تریاک و هروئین کاهش نیافته و تولید مواد محرک و دسترسی به آنها نیز افزایش یافته است. از سوی دیگر، با توجه به نقش انسجام خانواده در تربیت فرزندان و بنیان‌های مذهبی و اخلاقی، الگوی مصرف مواد

و اعتیاد در ایران شرایط خاصی دارد که آن را از سایر کشورها متمایز ساخته است.

۱. تعاریف

۱.۱. مواد

منظور از مواد، مواد اعتیادآور غیرقانونی است. شایع‌ترین آنها مواد افیونی، مواد محرک، حشیش، و در کشور ما الکل است.

۲.۱. مصرف مواد

منظور هرگونه مصرف مواد به هر دلیلی اعم از تفریحی، تفننی، درمانی، یا اعتیادگونه است.

۳.۱. سوءمصرف مواد

نوعی از مصرف مواد که با بروز عوارض توأم باشد. این عوارض می‌تواند جسمی، روانی، اجتماعی یا قانونی باشد.

۴.۱. اعتیاد

نوعی از مصرف مداوم مواد که وابستگی ایجاد کند و قطع آن با علایم تحمل و محرومیت و عوارض جسمی، روانی یا اجتماعی همراه باشد.

۲. رویکرد نظری: اعتیاد و توسعه

نظریه‌ها و شواهد متعددی درباره ارتباط متقابل توسعه جوامع و مصرف مواد و اعتیاد وجود دارد. این نظریه‌ها در این رویکرد

* دکترای روان‌پزشکی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی تهران

** دکترای روان‌پزشکی

۳. وضعیت دیگر کشورها

برای شناخت وسعت و شدت اعتیاد در هر جامعه شاخص‌های متعددی وجود دارد که هریک بعد متفاوتی از آن را روشن می‌سازد، از جمله:

- شیوع اعتیاد یا وابستگی به مواد مختلف یا هر نوع ماده اعتیادآور غیرقانونی در جمعیت عمومی، مرد و زن، جمعیت‌ها و گروه‌های سنی خاص؛
- بار یا سهم اعتیاد در مجموع بار بیماری‌های کشور؛
- شیوع مصرف مواد مختلف در طول عمر، یک سال گذشته یا یک ماه گذشته در جمعیت عمومی و گروه‌های خاص؛
- شیوع مصرف تزریقی مواد در معتادان و جمعیت عمومی و گروه‌های خاص.

دفتر کنترل مواد و جرایم سازمان ملل متحد تعداد مصرف‌کنندگان مواد غیرقانونی را در سال ۲۰۰۸ بین ۱۵۵ تا ۲۵۰ میلیون نفر یعنی ۳/۵ تا ۵/۷ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان تخمین زده است (UNODC, 2010a). حدود ۸۰ درصد این تعداد مصرف‌کننده حشیش هستند و مصرف مواد محرک آمفتامینی در رده دوم قرار دارد و پس از آن کوکائین و مواد افیونی به ترتیب بیشترین مواد مصرفی را تشکیل می‌دهند. تعداد افرادی که مصرف مشکل‌زا^۵ دارند ۱۶ تا ۳۸ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. این افراد عمدتاً مبتلا به اعتیاد یا مصرف‌کننده تزریقی مواد هستند. باید توجه داشت که مصرف الکل در این آمار لحاظ نشده است.

الگوی مصرف مواد و اعتیاد در همه جای جهان یکسان نیست. در آسیا و اروپا بیشترین میزان اعتیاد به مواد افیونی است، در قاره آمریکا به کوکائین، و در آفریقا به حشیش. در دو دهه گذشته، تغییراتی نیز در این الگو رخ داده است، چنانکه از نسبت معتادان به مواد افیونی کاسته شده و نسبت معتادان به مواد محرک آمفتامینی افزایش یافته است (ibid.).

در کشور آمریکا، براساس مطالعه خانه به خانه در سال ۲۰۰۸، میزان مصرف برخی از مواد در میان جمعیت عمومی بالای ۱۲

مشترک‌اند که به جای جست‌وجوی عوامل اعتیاد در درون افراد، مانند عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی و صفات روان‌شناختی، عوامل اعتیاد را در بیرون و محیط بلافصل یا محیط دورتر افراد دنبال می‌کنند. نظریه‌هایی که ارتباط اعتیاد را با توسعه‌یافتگی مورد بررسی قرار می‌دهند، اغلب مصرف مواد و اعتیاد را نوعی انحراف^۱ تلقی می‌کنند و ریشه‌های آن را با سایر انحرافات و جرایم یکی می‌دانند. این نوع نظریه‌ها از نوع ساختاری-عملکردی^۲ هستند و معروف‌ترین آنها نظریه آنومی است که امیل دورکیم جامعه‌شناس فرانسوی (۱۹۱۷-۱۸۵۸) مطرح کرده است. آنومی وضعیتی غیرطبیعی است که در آن، انسجام اجتماعی با بحران‌هایی از قبیل رکود اقتصادی تضعیف شده است. مرتن^۳ این شرایط را چنین توصیف می‌کند که افراد با تضاد میان اهداف و وسایل دستیابی به آنها مواجه و با جامعه‌ای که آرمان‌های خود را نادیده می‌گیرد بیگانه می‌شوند. در چنین وضعیتی، یکی از انواع پاسخ‌های افراد گوشه‌گیری و انزواطلبی است. آنان از هر فعالیتی در جهت دستیابی به اهداف معمول اجتماعی دوری می‌کنند و طرفدار کج‌روی می‌شوند. پناه بردن به مصرف مواد مخدر به آنان اجازه می‌دهد که وقت و انرژی خود را صرف دستیابی به اهداف قابل حصول کنند (Anderson, 2008).

نظریه تضاد اجتماعی^۴ نیز جامعه را منبع بی‌عدالتی و تضاد توصیف می‌کند. این تضادها ممکن است مادی باشند، مانند فقر در مقابل ثروت، یا از نوع غیرمادی باشند، مانند قدرت، ایدئولوژی و هویت جنسی. روی آوردن به انحرافات و مصرف مواد پاسخی است از طرف افرادی که در این تضاد اجتماعی به حاشیه رانده می‌شوند (ibid.). از سوی دیگر، مصرف مواد و اعتیاد، به طور مستقیم و غیرمستقیم، با خسارت‌های فراوانی در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی توأم است. در سطح اجتماعی، با صرف هزینه‌های گزاف، افزایش سطح فقر، گسترش ایدز، افزایش جرایم سازمان‌یافته و فساد همراه است و می‌تواند بخش عمده‌ای از درآمد ملی را به خود اختصاص دهد.

1. deviance

2. structural-functionalism

3. Merton

4. social-conflict theory

5. problem drug use

مانند مواد محرک در کشورهای امریکای شمالی و غرب اروپا کاهش یافته و بر میزان مصرف آنها در آسیا افزوده می‌شود.

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

از تصویب اولین قوانین رسمی ممنوعیت و محدودیت عرضه و مصرف مواد در کشور حدود ۱۰۰ سال می‌گذرد. پس از آن، بارها قوانین موجود بازبینی و تشدید شد. پس از انقلاب اسلامی که ترویج مصرف مواد توطئه استعمارگران تلقی می‌شد، این روند تقویت گردید. در طول دو دهه، تصور بر این بود که با اتخاذ تدابیر قانونی و کیفری خشن و جدی، می‌توان به سرعت و برای همیشه اعتیاد را در کشور ریشه کن کرد. اما پس از سال‌ها کسب تجربه و به‌کارگیری مجازات‌های سنگین، نگاه ریشه‌کنی و اتخاذ اقدامات ضربتی جای خود را به ضرورت برنامه‌ریزی درازمدت برای مهار مشکل داده و روش‌هایی غیر از تدابیر انتظامی و قضایی نیز مورد توجه قرار گرفته است.

به طور کلی، سه راهکار اصلی برای مهار اعتیاد و مشکلات ناشی از آن در جهان وجود دارد که در طول سالیان به ترتیب به کار گرفته شده و در طی زمان راهکارهای دیگری به آنها اضافه شده است:

- به‌کارگیری روش‌های کاهش عرضه مواد؛
- استفاده از روش‌های کاهش تقاضا شامل درمان و بازپروری معتادان و پیشگیری از مصرف مواد؛
- کاهش زیان‌های ناشی از مصرف مواد.

اگرچه در مورد ضرورت به‌کارگیری هر سه روش برای مهار اعتیاد اتفاق نظر کلی وجود دارد، میزان تمرکز بر به‌کارگیری هریک از این روش‌ها در مقابل روش‌های دیگر در جوامع مختلف یکسان نیست. همچنین، اگرچه محدودیت‌هایی در شواهد مربوط به میزان تأثیر و عوارض هر راهکار وجود دارد، صاحب‌نظران و ذینفعان در نتیجه‌گیری از شواهد موجود اتفاق نظر ندارند و هر گروه بر فواید یک راهکار در مقابل مضرات راهکارهای دیگر تأکید می‌ورزد. کشور ما در حال حاضر تلاش دارد تا تمامی این راهکارها را به کار گیرد. این امر در ساختار مشارکتی و چندبخشی ستاد

سال عبارت بوده است از: حشیش در حدود ۱۲ درصد مردان و ۸ درصد زنان، کوکائین در ۲/۷ درصد مردان و ۱/۶ درصد زنان، مواد محرک در یک درصد مردان و زنان، و هروئین در ۲ در هزار مردان و یک در هزار زنان (SAMHSA, 2009).

مصرف سال ۲۰۰۵ مواد مختلف در ۱۵ کشور اروپایی به شرح زیر گزارش شده است: در کشورهای مختلف، مصرف حشیش در ۰/۸ تا ۱۱/۳ درصد جمعیت بالغین، کوکائین در ۰/۱ تا ۲/۷ درصد، آمفتامین‌ها در ۰/۰ تا ۱/۴ درصد، و مصرف مشکل‌زای اپیوئیدها در ۱ تا ۸ در هزار جمعیت بالغین (EMCDDA, 2006).

در منطقه خاورمیانه، بیشترین مصرف مواد اپیوئیدی در ایران، افغانستان و پاکستان وجود دارد. در افغانستان که بزرگ‌ترین تولیدکننده تریاک جهان است، پس از حشیش، مواد افیونی شایع‌ترین مواد مصرفی هستند. براساس مطالعه کشوری انجام‌شده در افغانستان در سال ۲۰۰۵، حدود ۶ در هزار جمعیت عمومی مواد افیونی مصرف می‌کنند که یک‌سوم آن را هروئین تشکیل می‌دهد (Ministry of Counter Narcotics and UNODC, 2005). در پاکستان، ۷ در هزار جمعیت بالغین مواد افیونی مصرف می‌کنند که ۷۷ درصد آن را هروئین تشکیل می‌دهد (Ministry of Narcotics Control and UNODC, 2007). مواد محرک، به همراه مواد افیونی، ماده غالب مصرفی را در عربستان سعودی و اردن تشکیل می‌دهند (UNODC, 2008).

در مورد مصرف تزریقی مواد، گروه مرجع سازمان ملل متحد تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد را در جهان ۱۵/۹ میلیون نفر (بین ۱۱ تا ۲۱/۲ میلیون نفر) تخمین زده است. همچنین تخمین زده می‌شود که تعداد ۳ میلیون نفر (بین ۰/۸ تا ۶/۶ میلیون نفر) از این تعداد، آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی باشند (Matters et al., 2008). تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در همسایگان شرقی ما، در افغانستان ۱۹ هزار نفر (Ministry of Counter Narcotics and UNODC, 2005) و در پاکستان ۱۲۵ هزار نفر (Ministry of Narcotics Control and UNODC, 2007) تخمین زده شده است. به طور کلی، پدیده مصرف مواد و اعتیاد پدیده‌ای جهانی است که از جامعه‌ای به جامعه دیگر الگوی متفاوتی دارد. با گذشت زمان، موادی که زمانی در برخی کشورها به‌ندرت یافت می‌شد، توزیع بیشتری یافته است. علاوه بر این، با به‌کارگیری روش‌های پیشگیری از مصرف مواد در مدارس و در جامعه، شیوع مصرف برخی از مواد

بعد دیگر گسترش درمان، وسعت یافتن نوع خدمات درمانی بوده است به طوری که هرساله روش‌های جدید درمان به کار گرفته شده است. در حال حاضر، تقریباً تمامی روش‌های درمان دارویی و غیردارویی، به‌ویژه در درمان اعتیاد به مواد افیونی، در کشور وجود دارد. از میان این خدمات، می‌توان به روش‌های مختلف سم‌زدایی با و بدون دارو به شیوه‌های سرپایی، بستری و اقامتی، سم‌زدایی فوق سریع، درمان‌های نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین، استفاده از تنتور اپیوم، اجتماع درمان‌مدار، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان‌های گروهی، و گروه‌های خودیاری شامل گروه معتادان گمنام اشاره کرد. با گذشت زمان، تمرکز بر روش‌های پرهیزمدار جای خود را به استفاده از روش‌های نگهدارنده و کاهش زیان داده است. این روند اگرچه برای مهار رفتارهای پرخطر و صدمات ناشی از اعتیاد و کاهش انگ اعتیاد مثبت ارزیابی می‌شود، کم‌توجهی به ارتقای خدمات درمانی پرهیزمدار نگرانی‌هایی ایجاد کرده است. همچنین، با آنکه توجه مسئولان به رشد کمی خدمات کمک زیادی به گسترش آن و دسترسی آحاد جامعه به این خدمات کرده است، کیفیت ارائه خدمات و نظارت بر مراکز درمانی به همان میزان مورد توجه نبوده است.

در دهه گذشته، با افزایش شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر کشور، سیاست‌های گذشته مورد بازبینی قرار گرفت و راهکار کاهش زیان به مجموعه سیاست‌های کنترل مواد مخدر کشور اضافه شد. این امر موجب شد تا تحمل سیاست‌گذاران در برابر پدیده مصرف مواد افزایش یابد و مراکز متعدد کاهش زیان، که سرنگ و سوزن و کاندوم بین معتادان توزیع می‌کنند، راه‌اندازی شود. اتخاذ این تدابیر در کشوری اسلامی، پدیده‌ای جدید بود و موجب شد ایران در عرصه بین‌المللی و در خاورمیانه کشوری پیش‌تاز در این راه شناخته شود. به طور کلی، براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، در طول سال ۱۳۸۷، بیش از ۶۰۰ هزار نفر برای دریافت خدمات درمان یا کاهش زیان در ۲۰۰۰ مرکز پذیرش شده‌اند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸). ارزیابی ستاد مبارزه با مواد مخدر این بوده است که این رقم حدود نیمی از معتادان کشور را تشکیل می‌دهد.

پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد راهکار دیگری بود که چند دهه در مورد آن صحبت شده بود، ولی اولین اقدامات عملی در خصوص آن از سال ۱۳۷۴ آغاز شد و گسترش یافت. از جمله این

مبارزه با مواد مخدر منعکس شده و در اسناد مهم مانند قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۷۶)، قانون برنامه چهارم توسعه (مصوب ۱۳۸۳)، و سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و ابلاغی از سوی مقام رهبری (در سال ۱۳۸۵) مورد تأکید قرار گرفته است.

در سال‌های گذشته، مبارزه با عرضه مواد بر محورهای زیر استوار بوده است: ایجاد و تقویت استحکامات مرزهای شرقی کشور از طریق احداث خاکریز، حفر کانال، ساخت دیوار بتنی، جاده‌سازی، و نصب سیم خاردار و فنس؛ شناسایی و انهدام باندها و شبکه‌های تهیه و توزیع مواد؛ و تشدید دستگیری و مجازات قاچاقچیان مواد در عوض دستگیری معتادان.

در نتیجه شدت گرفتن مبارزه با عرضه در سال‌های گذشته، براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، هرساله تعداد عملیات و درگیری مسلحانه افزایش یافته و تعداد بیشتری از قاچاقچیان کشته شده‌اند. میزان انهدام باندهای توزیع مواد نیز هرساله افزایش داشته است. همچنین، بر میزان کشفیات مواد نیز افزوده شده به طوری که در سال ۱۳۸۷ مجموعاً بیش از ۷۰۰ تن مواد مختلف کشف شده که بیش از سه برابر این میزان در سال ۱۳۸۲ بوده است. میزان جریمه و مصادره و فروش اموال قاچاقچیان مواد نیز هرساله رشد قابل توجهی داشته است. در عین حال، از تعداد شهدای مبارزه با مواد در کشور کاسته شده و گروگانگیری و آدم‌ربایی کاهش یافته است. به علاوه، تعداد متهمان دستگیرشده در ارتباط با جرایم مواد مخدر که تا سال ۱۳۸۳ هرساله افزایش می‌یافت، با تمرکز بیشتر دستگیری‌ها بر افراد قاچاقچی و کاهش دستگیری معتادان، از این سال کاهش یافته است. در مجموع، نسبت قاچاقچیان دستگیرشده به معتادان افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸).

برنامه‌های درمان معتادان که پس از انقلاب متوقف شده بود، از سال ۱۳۷۵ مجدداً آغاز شد و به سرعت گسترش یافت. یکی از ابعاد این گسترش، رشد کمی بوده است، به این معنا که تعداد مراکز و افراد تحت پوشش خدمات درمانی افزایش یافته است. تعداد مراکز خصوصی و مردم‌نهاد نیز رشد قابل توجهی داشته و در طول زمان سهم بیشتری از ارائه خدمات را به خود اختصاص داده‌اند. این مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند.

دوم و سوم، استفاده از روش تخمین غیرمستقیم^۳ با استفاده از چندبرابری^۴ که با بهره‌گیری از چند منبع با قابلیت اعتماد کم همراه با شاخص‌های به‌دست آمده از مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد (RSA) در سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ محاسبه شد و، به ترتیب، رقم ۱/۵ و ۱/۲ میلیون نفر را برای وابستگان به مواد تخمین زد (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸).

مطالعات گوناگونی هم که در سال‌های گذشته با بررسی نظرات مردم و افراد صاحب‌نظر در شهرها و محله‌ها و محیط‌های کار گوناگون انجام شده است، نشان‌دهنده دیدگاه آنها مبنی بر جدی بودن مشکل اعتیاد در محیط و نگرانی عمیق آنان بوده است. در محاسبه بار بیماری‌های کشور (DALY) برای سال ۱۳۸۲، که شاخص‌های مرتبط با شیوع و شدت بیماری‌ها را دربرمی‌گیرد، در مردان، اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین میزان بار بیماری‌ها را دارد و به طور کلی ۶/۷ درصد آن را تشکیل می‌دهد. میزان بار اعتیاد در زنان یک‌دهم مردان گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶).

در مورد شیوع مصرف مواد در جمعیت عمومی، مطالعه کشوری همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱) جامع‌ترین بررسی است که تعداد مصرف‌کنندگان جاری مواد افیونی را براساس اظهار فردی حدود ۳ میلیون و ۷۶۰ هزار نفر برآورد کرده است که رقم معتادان به این مواد کمتر از یک‌سوم این عدد است. جدول ۱ برگرفته از اطلاعات حاصل از مطالعه مذکور در جمعیت بالاتر از ۱۵ سال کشور است. همچنین، براساس تخمین دفتر کنترل مواد و جرایم سازمان ملل متحد، ۴۲ درصد تریاک و ۵ درصد هروئین تولیدشده در جهان در ایران مصرف می‌شود (UNODC, 2010a).

اقدامات می‌توان به پیشگیری مبتنی بر جامعه، فعالیت‌های آگاه‌ساز و هشداردهنده، تبلیغات، برنامه‌های جایگزین، برنامه‌های آموزشی و تربیتی، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، و پیشگیری جماعت‌محور اشاره کرد که به کوشش سازمان‌های متعدد به اجرا درمی‌آید. هرساله گزارش‌هایی از زیر پوشش قرار گرفتن میلیون‌ها نفر در محیط‌های آموزشی، کاری و اجتماعی در عملیات پیشگیری از اعتیاد منتشر می‌شود. اما اکثر فعالیت‌ها به طور مقطعی انجام می‌شوند، انسجام ندارند، تک‌استراتژی‌اند، و احتمال اثرگذاری آنها زیاد نیست. از جمله دلایل این امر، نگاه ساده‌انگارانه به پیشگیری، فقدان مدیریت منسجم و کارآمد و ساختارهای باثبات با بودجه مشخص، و کمبود نیروی انسانی متبحر در این زمینه بوده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹).

۲.۴. وضعیت مصرف مواد و اعتیاد

تخمین میزان شیوع مصرف مواد و اعتیاد در ایران با دشواری‌ها و محدودیت‌های زیادی توأم است. با وجود این، در مقاطع زمانی گوناگون تلاش شده است، با استفاده از شواهد در دسترس یا پژوهش‌های با تورش^۱ کمتر، تخمینی از تعداد معتادان کشور ارائه شود.

در سال ۱۳۵۴، حدود ۱۷۰ هزار معتاد ثبت‌نام کرده در کشور وجود داشت و تعداد معتادان غیررسمی که مجاز به استفاده از سهمیه تریاک دولتی نبودند و نیاز خود را از بازار آزاد یا قاچاق تأمین می‌کردند بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شد (مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی توسعه، ۱۳۷۶).

در حال حاضر، تخمین تعداد افراد وابسته به مواد به طور عمده بر نتایج حاصل از سه مطالعه استوار است:

اول، مطالعه کشوری همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد که در سال ۱۳۸۰ در اورژانس‌های کشور (با فرض مشابهنه نمونه با جمعیت عمومی کشور) انجام شد و تعداد وابستگان به مواد افیونی را براساس گزارش فردی^۲ ۱/۲ میلیون نفر تخمین زد و پیش‌بینی شد که رقم واقعی بیش از این میزان باشد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱).

3. indirect estimation

4. multiplier method

1. bias

2. self-report

جدول ۱. برآورد نسبت منطبق شده (نسبت در هزار) و تعداد برآورد شده برای مصرف مواد به تفکیک جنس در سال ۱۳۸۰

جنس	نوع ماده	مصرف جاری (در هزار)	مصرف جاری (برآورد تعداد)	اعتیاد (در هزار)	اعتیاد (برآورد تعداد)
مرد	تریاک	۸۸/۹	۲,۹۱۱,۱۱۰	۲۹/۸	۹۷۴,۰۴۳
	هروئین	۸/۱	۲۶۶,۴۲۹	۳/۸	۱۲۵,۸۰۷
	هر ماده افیونی	۹۴/۹	۳,۱۰۵,۱۵۴	۳۲/۰	۱,۰۴۶,۸۶۵
	حشیش	۱۱/۳	۳۷۱,۳۶۶	—	—
	الکل	۵۵/۰	۱,۷۹۹,۷۷۷	۷/۷	۲۵۲,۷۷۸
زن	تریاک	۱۹/۵	۶۱۹,۲۷۳	۳/۳	۱۰۴,۷۵۴
	هروئین	۰/۳	۱۰,۷۸۳	۰/۳	۱۰,۷۸۳
	هر ماده افیونی	۲۰/۷	۶۵۶,۰۶۹	۳/۵	۱۱۰,۷۲۶
	حشیش	۰/۶	۱۹,۷۰۰	—	—
	الکل	۲/۰	۶۲,۸۹۶	۰/۰	—
هر دو جنس	تریاک	۵۴/۸	۳,۵۳۰,۳۸۳	۱۴/۸	۱,۰۷۸,۷۹۷
	هروئین	۴/۳	۲۷۷,۲۱۲	۲/۱	۱۳۶,۵۹۰
	هر ماده افیونی	۵۸/۵	۳,۷۶۱,۲۲۳	۱۸/۰	۱,۱۵۷,۵۹۱
	حشیش	۶/۱	۳۹۱,۰۶۶	—	—
	الکل	۲۹/۰	۱,۸۶۲,۶۷۳	۳/۹	۲۵۲,۷۷۸

منبع: یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱

نتیجه گیری در مورد تغییرات شیوع و بروز مصرف مواد و اعتیاد را دشوار کرده است، به ویژه که هیچ گونه شاهد معتبر و قابل اتکایی از روند تغییرات در ده سال گذشته در دست نیست.

در مورد الگوی مصرف مواد معتادان، مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد سال ۱۳۸۶ آخرین اطلاعات کشوری را ارائه می کند. براساس این بررسی، شایع ترین ماده مصرفی معتادان را تریاک (مصرف در یک ماه منتهی به بررسی ۴۴ درصد) تشکیل می دهد. پس از آن، کراک (۲۸ درصد) و هروئین (۲۰/۳ درصد) قرار دارند. در مقایسه این الگو با مطالعات سریع وضعیت مصرف مواد در سال های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ می توان دریافت که نسبت مصرف تریاک به شدت کاهش یافته است (مصرف یک ماه منتهی به بررسی ها، به ترتیب، ۷۳/۴ و ۶۸/۵ درصد). مصرف هروئین نیز با کاهش نسبی روبه رو بوده است (۴۰ و ۲۴/۶ درصد). در حالی که هیچ موردی از مصرف کراک در دو مطالعه قبلی یافت نشده بود، در طی فاصله کوتاهی، شیوع ۲۸ درصدی مصرف کراک گزارش شد. علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶، با بروز مصرف شیشه (مصرف یک ماه منتهی به بررسی ۵/۲ درصد) و نورجیزک (۴/۷ درصد) مواجه بودیم که در سال های گذشته گزارش نشده بود (نارنجی ها و

در مورد بروز مصرف مواد اطلاعات کمتری موجود است. در سال ۱۳۷۸، با استفاده از داده های خام حاصل از اولین بررسی سریع وضعیت مصرف مواد، تغییرات و روند بروز سوء مصرف مواد و الگوهای آن مورد بررسی قرار گرفت (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۱). تجزیه و تحلیل فراوانی بروز سالانه سوء مصرف مواد نشان داد که گرچه میزان بروز مصرف مواد در سال های متوالی نوسان هایی داشته است، روند کلی آن در طی ۳۰ سال گذشته رو به افزایش بوده است. بیشترین افزایش در سال های ۱۳۵۶-۱۳۵۲ به میزان ۱۶۶ درصد رخ داده است، پس از آن تا سال ۱۳۶۶ به تدریج از شدت افزایش کاسته شده و مجدداً در دوره زمانی ۱۳۷۱-۱۳۶۷ به میزان رشد ۵۹ درصد رسیده است. در دوره بیست ساله ۱۳۷۷-۱۳۵۷، به طور متوسط، میزان رشد سالانه بروز سوء مصرف مواد ۸ درصد بوده است و، به عبارت دیگر، تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده است. با مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت، که در طی ۲۰ سال گذشته به طور متوسط ۲/۶۳ درصد بوده است، درمی یابیم که میزان رشد سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است.

نبود مطالعات طولی و تکرارشونده در گروه های واحد،

میزان مصرف هرگونه ماده اعتیادآور غیرقانونی بجز الکل در یک ماه منتهی به بررسی، در پسران ۱/۹ درصد و در دختران ۰/۳ درصد گزارش شده است.

همچنین، بررسی میانگین سنی معتادان در سه ارزیابی سریع وضعیت مصرف مواد حاکی از میانگین سنی حدود ۳۳ سال و ثبات سنی (از ۳۲/۴ تا ۳۳/۶) و ثبات انحراف معیار (حدود ۱۰ سال) است. تنها ۳/۲ درصد معتادان کمتر از ۲۰ سال سن داشتند.

اطلاعات مربوط به ده سال گذشته حاکی از آن است که نسبت زنان معتاد به کل جمعیت معتادان از ۲ تا ۶/۹ درصد در مطالعات و گزارش‌های گوناگون متغیر بوده است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳؛ نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸). حدود نیمی از معتادان متأهل و دارای فرزند و حدود دوسوم دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان هستند. بخش عمده‌ای از معتادان (۸۷/۷ درصد) با خانواده خود زندگی می‌کنند، و کمتر از ۱۰ درصد آنان بی‌خانمان‌اند یا تنها زندگی می‌کنند (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸). حدود ۲۰ درصد معتادان بیکار و نیمی دارای مشاغل کارگری یا راننده هستند؛ نیمی از آنان وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را متوسط می‌دانند (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴). دوسوم معتادان، کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از درآمد شغلی تأمین می‌کنند؛ نزدیک به ۴۰ درصد به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند؛ حدود یک‌چهارم از طرق غیرقانونی کسب درآمد می‌کنند که عمدتاً مرتبط با مواد است؛ حدود ۴۰ درصد سابقه دستگیری دارند که در اغلب موارد بیش از یک بار و بیشتر به دلیل جرایم مرتبط با مواد است. این الگوها در ده سال گذشته کم و بیش ثابت بوده است (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸).

مطالعه دیگری (نوری و دیگران، ۱۳۸۶) نیز حاکی از آن است که از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴، الگوی مصرف روند صعودی داشته (افزایش نسبت‌های دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و تشدید بی‌هنجاری (آنومی) در کشور (افزایش طلاق و جرم، شهری شدن و جهانی شدن) رابطه پرقدرتی داشته است.

به طور کلی، هرچند به دلیل ضعف اطلاعات، در مورد تغییرات شیوع مصرف مواد در کشور اختلاف نظر وجود دارد، تمامی شواهد حاکی از شدت و تنوع یافتن الگوی مصرف مواد در دهه گذشته است.

دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲). احتمال زیادی می‌رود که تا زمان حاضر (تابستان ۱۳۸۹) نسبت مصرف‌کنندگان کراک و شیشه افزایش بیشتری یافته و از تعداد مصرف‌کنندگان نورجیزک کاسته شده باشد.

مطالعه ملی همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد از طریق مراکز اورژانس نشان داد که در جمعیت عمومی، به ترتیب مصرف طول عمر و همچنین مصرف جاری، تریاک، الکل و حشیش شایع‌ترین مواد مصرفی در کشور هستند (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱).

براساس ارزیابی سریع وضعیت مصرف مواد سال ۱۳۸۶، روش مصرف مواد غالباً تدریجی و پس از آن خوراکی بوده است. مصرف تزریقی در ۱۸/۷ درصد معتادان روش غالب مصرف بوده که نسبت به سال‌های قبل روند افزایشی قابل ملاحظه‌ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال منتهی به بررسی نیز در ۲۲/۶ درصد از معتادان گزارش شد (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲).

با در نظر گرفتن رقم رسمی اعلام‌شده ۱/۲ میلیون نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور، و شیوع ۲۲/۶ درصدی سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی را می‌توان حداقل ۲۷۱ هزار نفر برآورد کرد.

علاوه بر این، در مطالعه‌ای در مورد وضعیت مصرف مواد در میان دانش‌آموزان و دانشجویان، تخمینی از چگونگی شیوع مصرف مواد در این گروه‌ها به دست آمده است. شایع‌ترین مواد مورد مصرف در میان دانش‌آموزان الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانش‌آموزان معتاد را ۶ تا ۱۰ هزار نفر تخمین زده است (رحیمی موقر و سهیمی ایزدیان، ۱۳۸۴). در مطالعه مروری دیگری در مورد جمعیت دانشجویی، شایع‌ترین مواد مورد مصرف الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانشجویانی را که به یکی از مواد غیرقانونی وابسته هستند بیش از ۵۰ هزار نفر و تعداد دانشجویانی را که در طول یک ماه حداقل یک بار مواد اپیوئیدی مصرف کرده‌اند ۱۵۰ هزار نفر تخمین زده است (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۵). در دو مطالعه جدیدتر در تهران، شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان کمتر گزارش شده است (طارمیان و دیگران، ۱۳۸۶؛ رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۸). در مطالعه اخیر (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۸) در مورد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران،

۳.۴. وضعیت عرضه مواد

افغانستان، همسایه شرقی ایران، بزرگ‌ترین تولیدکننده غیرمجاز تریاک در جهان است و در سال ۲۰۰۷ به تنهایی ۸۸۷۰ تن تریاک یعنی ۹۲ درصد تریاک جهان را تولید کرده است (UNODC, 2008). خوشبختانه، از سال ۲۰۰۷ به این سو، میزان تولید تریاک در افغانستان کاهش یافته است (UNODC, 2010a). تولید تریاک افغانستان در سال ۲۰۱۰ به نصف رسیده که ناشی از خشکسالی است (UNODC, 2010b). همچنین، افغانستان پس از مراکش بزرگ‌ترین تولیدکننده حشیش (رزین کانابیس) در جهان است و مساحت زیر کشت حشیش در این کشور بیش از یک سوم مساحت زیر کشت خشخاش است. پاکستان نیز از این حیث در رتبه چهارم جهان قرار دارد (UNODC, 2008). از میزان تولید حشیش در داخل کشور اطلاعی در دست نیست. شواهدی نیز از تولید مواد محرک در کشورهای همسایه و داخل ایران وجود دارد. مجموع یافته‌ها حاکی از آن است که کشور ما به شدت در معرض عرضه مواد است.

در جهان، میزان کشف مواد، دستگیری‌های مرتبط با مواد، و قیمت مواد شاخص‌های مهم در ارزیابی وضعیت عرضه مواد هستند. روند کشف مواد در کشور ما در دهه گذشته تغییرات چشمگیری داشته است. پس از یک دوره کاهش کشفیات تریاک و هروئین ناشی از کاهش تولید در افغانستان، از سال ۱۳۸۲ به بعد، کشف این مواد روند افزایشی قابل توجهی داشته است. کشفیات حشیش که سال‌ها رشد شدیدی داشته، از سال ۱۳۸۲ به سطح ثابتی رسیده است. تعداد دستگیری‌های مرتبط با جرایم مواد مخدر نیز تا سال ۱۳۸۳ رشد قابل توجهی داشته و پس از سه سال ثبات نسبی، از سال ۱۳۸۶، روند نزولی یافته است. روند فزاینده قیمت مواد در سال ۱۳۸۰ شتاب بیشتری گرفت، در سال ۱۳۸۱ از شتاب آن کاسته شد و از سال ۱۳۸۳ ثبات یافت (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸).

علاوه بر این، طی سال‌های گذشته، با پیدایش مواد دیگری مانند اکستازی و نورجیزک روبه‌رو بودیم که عرضه آنها به طور ناگهانی شروع شد و رشد کرد ولی خوشبختانه پس از مدتی کاهش یافت. در هر حال، مجموعه شواهد دال بر افزایش عرضه مواد و پیدایش انواع بیشتری از مواد در کشور است.

۴.۴. تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد

در دو دهه اخیر، ارتباط میان عوامل اجتماعی و سلامت به نحو فزاینده‌ای مورد توجه دست‌اندرکاران سلامت در جهان قرار گرفته و مطالعات فراوانی در سطح جهانی حکایت از نقش مؤثر این عوامل در ارتقای سلامت افراد دارد. امروزه شواهد حاصل از مطالعات نشان می‌دهند که هرچه فرد در جایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری قرار داشته باشد، وضعیت سلامت نامطلوب‌تری خواهد داشت. در واقع، یک گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی-اجتماعی در حرکت است و به طور کلی، هر طبقه نسبت به طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). در همه جای دنیا، تفاوت‌هایی در میزان ابتلای گروه‌های محروم به بیماری در مقایسه با سایر گروه‌ها به چشم می‌خورد. در گروه‌های محروم، علاوه بر میزان ابتلا به بیماری، بیماری‌های مزمن و معلولیت در سنین پایین‌تر نیز بیشتر است. برای مثال، در فنلاند، ۴۲ درصد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در گروه‌های درآمدی پایین‌تر قرار دارند، در حالی که ۱۸ درصد گروه‌های دارای درآمد بالاتر به این قبیل بیماری‌ها دچارند. مثال‌های فراوانی از وجود اختلافات روان‌شناختی، و تفاوت در میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و دسترسی به خدمات بهداشتی و کیفیت آنها در میان گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد (همان).

در ایران نیز، براساس شواهد حاصل از مطالعات، سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد با عوامل اجتماعی مرتبط است (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸). وضعیت درآمد و فقر، برخورداری از سواد و آموزش، نقش‌های مرتبط با جنسیت، شرایط محل زندگی، دسترسی به اشتغال و شرایط شغلی، برخورداری از حمایت اجتماعی، و چگونگی رشد و تکامل در دوران کودکی از جمله عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت‌اند.

امروزه سوءمصرف مواد و اعتیاد یک مشکل عمده در حوزه سلامت شناخته شده است و شواهد مبتنی بر مطالعات نشان‌دهنده تأثیر عوامل اجتماعی بر بروز اعتیاد در جوامع است. عوامل اجتماعی و اقتصادی، و رفتارهای پرخطر بر وضعیت سلامت مصرف‌کنندگان مواد نیز تأثیرگذارند. این عوامل با تأثیر بر رفتارهای فردی مصرف‌کنندگان به صورت غیرمستقیم و با تأثیر بر

فراهم بودن منابع، دسترسی به نظام‌های رفاه اجتماعی، در حاشیه قرار گرفتن، و پذیرش درمان به شکل مستقیم سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Galea and Vlahov, 2002).

مرور برخی از مطالعات انجام گرفته در ایران نیز وجود ارتباط میان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند وضعیت اقتصادی، اشتغال، آموزش، شرایط محیط زندگی و اعتیاد را در مناطق مختلف کشور نشان می‌دهد.

مطالعه نصیری (۱۳۸۲) در فاصله سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۱ رابطه میان پراکندگی گروه‌های شغلی و اعتیاد را در محله‌های شهر بابل نشان می‌دهد و شامل مقایسه نقشه پراکندگی درصد اعتیاد و نقشه پراکندگی مشاغل عالی در این شهر است. این مطالعه نشان داد که پراکندگی میزان اعتیاد در سطح محله‌ها یکسان نیست و ساختار شغلی نقش اساسی در کاهش یا افزایش اعتیاد دارد، به طوری که با افزایش مشاغل علمی-تخصصی در سطح محله‌ها از درصد معتادان کاسته و با افزایش مشاغل ابتدایی در محله‌های جنوبی و پیرامونی شهر بر درصد معتادان افزوده می‌شود. همچنین، مطالعه دیگر نصیری (۱۳۸۵) نشان داد که با افزایش تراکم جغرافیایی و فقر مسکن، میزان اعتیاد در جنوب و حاشیه شهر بابل افزایش می‌یابد.

نتایج به دست آمده از مطالعه دیگری در کلیه روستاها و شهرهای استان اردبیل نشان می‌دهد که میزان گرایش به اعتیاد در روستاهای استان بیش از مناطق شهری است. در میان گروه‌های مختلف شغلی نیز افراد بیکار دارای بالاترین میزان گرایش به اعتیاد هستند (ستاری و دیگران، ۱۳۸۲).

در مطالعه‌ای کیفی درباره دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمان، معلوم شد که اغلب دانش‌آموزان مسائل اقتصادی را یکی از مهم‌ترین عوامل رشد اعتیاد می‌دانند. در این مطالعه، دانش‌آموزان سه گروه از عوامل را در رشد اعتیاد مؤثر دانستند: فقر که با عبارات کمبود درآمد، سرشکستگی مالی، احساس فقر، و نداشتن عقل معاش مشخص شده بود؛ پول توجیبی زیاد جوانان در خانواده‌های پردرآمد؛ و درآمد بالای فروش مواد و اوقات فراغت زیاد آن (میمندی و دیگران، ۱۳۸۷).

در خصوص نوع ماده مصرفی، مطالعه سراج‌زاده (۱۳۸۶) در مورد دانشجویان ۲۱ دانشگاه دولتی در سراسر کشور نشان داده است که تجربه مصرف تریاک در دانشجویان دارای پایگاه

اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر و تجربه مصرف الکل در دانشجویان برخوردار از پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتر بیشتر است. همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن است که تفاوت‌های قومیتی در نوع ماده مصرفی وجود دارد، به طوری که نسبت مصرف تریاک در دانشجویان کرد و لر دو برابر فارس‌ها و شمالی‌ها و ترک‌هاست، اما مصرف حداقل یک بار الکل در دانشجویان کرد و شمالی بیشتر از بقیه است.

مطالعه جامعه‌شناختی علی‌وردی‌نیا (۱۳۸۵) در بررسی نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد با استفاده از آمارهای رسمی اعتیاد در کشور طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۶۰ نشان داد که الگوی مطالعه ۲۹ درصد تغییرات جرایم مواد مخدری را تبیین می‌کند؛ و از میان پنج متغیر این الگو (صنعتی شدن، وضعیت آنومیک، فردگرایی، دسترسی به مواد مخدر، بیکاری)، متغیر وضعیت آنومیک اهمیت بیشتری دارد، متغیرهای صنعتی شدن و فردگرایی در رده دوم، و متغیر در دسترس بودن مواد در رده سوم قرار دارند، و بیکاری کمترین ضریب مسیر را در میان متغیرهای یادشده داشته است.

بررسی وضعیت شاخص‌های اجتماعی در مناطق حاشیه‌ای، و اسکان غیررسمی و اعتیاد نیز ارتباط برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی و وضعیت اعتیاد را در این مناطق نشان می‌دهد. براساس اطلاعات مرکز آمار ایران، ۴ میلیون نفر در سکونتگاه‌های غیررسمی ساکن‌اند (به نقل از افتخاری‌راد، ۱۳۸۲). بافت‌های اسکان غیررسمی به لحاظ کالبدی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مدیریتی دارای ویژگی‌های خاص خود هستند. جمع‌بندی داده‌های ۱۷ مطالعه در مناطق حاشیه‌نشین کشور حاکی از وجود شباهت‌هایی در بین این مناطق است: تراکم بالای جمعیت، سطح پایین سواد، درآمد پایین ساکنان، رواج مشاغل غیررسمی، دسترسی اندک به خدمات شهری، و زیرساخت‌های نامناسب و محدود. میانگین سواد در این محدوده‌ها پایین‌تر از کل شهر است. این نسبت به‌ویژه در گروه‌های سنی بالاتر از ۴۰ سال و زنان به شدت کاهش می‌یابد. در تحقیقات مختلف، تراکم فقر در این مناطق مشاهده شده است، به طوری که در برخی از محله‌های حاشیه‌ای شهرهای زاهدان، اهواز، کرمانشاه، بندرعباس و مشهد در حدود ۴۰ درصد از ساکنان زیر خط فقر مطلق قرار دارند. همچنین نشان داده شده است که در این محدوده‌ها، آسیب‌هایی مانند وجود مسیر ترانزیت یا بارانداز کالاهای قاچاق به‌ویژه مواد مخدر وجود دارد.

در نهضت سوادآموزی، و تنها ۶ درصد دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم بوده‌اند. در این منطقه، در اغلب واحدهای مسکونی، بیش از یک خانوار و به طور متوسط دو خانوار زندگی می‌کنند (ابراهیم‌زاده و دیگران، ۱۳۸۳).

در مجموع، این مطالعات نشان می‌دهند در شرایطی که این مناطق از نظر شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی وضعیت نامطلوبی دارند، اعتیاد و فروش مواد مخدر نیز در کنار سایر آسیب‌های اجتماعی یکی از مشکلات اجتماعی جدی و مهم در این مناطق است. همچنین نتایج مطالعات حاکی از وجود رابطه میان عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی و وضعیت اعتیاد در مناطق مختلف کشور است. بی‌تردید، شناخت بهتر این رابطه، جهت آن، و چگونگی تأثیر متغیرها بر یکدیگر مستلزم مطالعات بیشتر است.

۵.۴. عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد

در مورد عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد در کشور، با ضعف شدید پژوهشی مواجهیم. عرصه پژوهش در زمینه اعتیاد در کشور فاقد مطالعات مورد شاهدهی، طولی یا حتی مقطعی (در یک جمعیت عمومی) برای بررسی این عوامل است. بیشترین اطلاعات از گفته‌های خود معتادان در مورد علت گرایش آنان به مصرف مواد به دست آمده است که در زیر به آنها پرداخته می‌شود.

چند مطالعه به بررسی سن شروع مصرف مواد پرداخته‌اند. مطالعه رحیمی موقر و دیگران (۱۳۸۱) نشان داد که سن شروع مصرف مواد در طی ۲۰ سال (۱۳۷۷-۱۳۵۷) تغییر معنی‌داری نداشته است. مقایسه میانگین سن شروع مصرف مواد در سه بررسی سریع وضعیت مصرف مواد در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ نیز حاکی از ثبات معنی‌دار آن (حدود ۲۲ سالگی) بوده است. میانگین سن شروع مصرف سیگار نیز در میان مصرف‌کنندگان مواد سطح ثابتی (حدود ۱۸ سالگی) داشته است (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲). به طور کلی، سن شروع مصرف الکل و حشیش پایین‌تر است، سپس سن شروع مصرف تریاک، و پس از آن سن شروع مصرف هروئین، شیشه و کراک قرار دارد (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸).

نزدیک به نیمی از معتادان، مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان (اغلب دوستان خارج از مدرسه) شروع کرده‌اند. شایع‌ترین مکان اولین مصرف مواد نیز «منزل دوستان» گزارش می‌شود. مطالعات

آسیب‌های ناشی از فقر اقتصادی مانند دزدی نیز یکی از آسیب‌های مشترک در بین این محدوده‌هاست (همان). بررسی آسیب‌های اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین و اعتراف ساکنان این محلات نشان می‌دهد که میزان فقر و بیکاری، اعتیاد و فروش مواد مخدر، ولگردی، و دعوا و درگیری در این محدوده‌ها بسیار زیاد است. از این رو، می‌توان گفت که حاشیه‌نشینی نمودی از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵). مطالعه مناطق حاشیه‌نشین شهر همدان نشان داد که اعتیاد و فروش مواد مخدر یکی از آسیب‌های اجتماعی وخیم و مهم در مناطق حاشیه‌نشین است. در این مناطق، به زعم ساکنان، الکلیسم، فساد و فحشا (خودفروشی)، دزدی و سرقت نیز وجود دارد (همان).

مطالعه ساختار اجتماعی-فرهنگی محله حاشیه‌نشین غربت واقع در منطقه خاک سفید شهر تهران، که به لحاظ فعالیت‌های مجرمانه به‌ویژه در خصوص توزیع مواد مخدر مشهور بود، پیش از تخریب آن در سال ۱۳۷۹، نکات قابل توجهی را در مورد ویژگی‌های اجتماعی مناطق حاشیه‌نشین روشن ساخته است. می‌توان برخی از ویژگی‌های مکانی، فرهنگی، اجتماعی و جمعیتی این محله را پیش از تخریب چنین برشمرد: دارا بودن نقشه شهری نامنظم، در عین حال که ترکیب کوچه‌ها و خیابان‌ها نظم کارکردی و غیرهندسی به وضعیت انحرافی محله داده بود؛ فقدان تسهیلات مناسب برای زندگی شهری نظیر خیابان‌بندی، جوی آب، روشنایی معابر؛ نامطلوب بودن تردد و عبور و مرور در محله؛ و استفاده غیرمجاز از خدمات شهری همچون آب و برق و گاز (خراطها، ۱۳۸۲).

مطالعه انجام‌شده در مورد محله حاشیه‌نشین کریم‌آباد زاهدان حکایت از وجود ناهنجاری‌های شدید اقتصادی-اجتماعی در این ناحیه و به تبع آن افزایش ناهنجاری‌های اقتصادی در شهر زاهدان دارد به طوری که از مجموع نمونه‌های آماری مورد مطالعه، تنها ۲ درصد در بخش تولیدی و ۸۶ درصد در بخش خدمات، به‌خصوص اقتصاد غیررسمی، به کار اشتغال دارند که از این میزان، ۱۰ درصد به قاچاق بنزین و سوخت و ۱۲ درصد به چتربازی یا همان قاچاق کالا و مواد مخدر مشغول‌اند. یکی از مشکلات و مسائل جدی این محله نرخ بالای بی‌سوادی و سطح پایین تحصیلات است. در بین سرپرستان خانوارهای مورد مطالعه، ۴۴ درصد بی‌سواد، ۳۶ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا آموزش‌دیده

متعدد در مورد معتادان حاکی از این بوده است که دوستان در استمرار مصرف، مقدار مصرف، شیوه مصرف، و نوع ماده مصرفی آنها نقش بسزایی داشته‌اند. در نزدیک به ۲۰ درصد موارد نیز فرد پیشنهاددهنده یکی از افراد خانواده بوده است. حدود نیمی از معتادان وجود سابقه مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده خود ذکر می‌کنند که در اغلب مواقع برادر یا پدر است. همکاران و محیط کار نیز به لحاظ شروع مصرف مواد در رده بعدی اهمیت قرار دارند (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲).

درخصوص مهم‌ترین علت شروع مصرف مواد، معتادان به ترتیب به کنجکاوی، لذت، و فشار دوستان (۴۸/۳ درصد)، مشکلات زندگی (۲۶ درصد)، و دردهای جسمی (۱۱ درصد) اشاره داشته‌اند (رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲). بررسی این علل برحسب زمان شروع مصرف مواد نشان داد که در همه دوره‌های زمانی، از نظر معتادان، بیشترین سهم را در شروع مصرف مواد لذت و فشار دوستان داشته است. اما از سال ۱۳۶۲ به این سو، به تدریج از اهمیت این عوامل در شروع مصرف مواد از نظر معتادان کاسته شده، و مشکلات زندگی که در سال‌های قبل کمتر به عنوان علت شروع مصرف مواد قید می‌شد، با گذشت زمان اهمیت بیشتری پیدا کرده است به طوری که در سال‌های بعد از ۱۳۷۲، بیش از ۳۰ درصد معتادان مشکلات زندگی را مهم‌ترین علت شروع مصرف مواد ذکر کرده‌اند. میزان شیوع دردهای جسمی و سایر علل تغییر معنی‌داری در طول زمان نداشته است (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۱). سن شروع مصرف مواد در زنان بالاتر و در قریب به اتفاق موارد به تشویق همسر و در درجه بعدی پدر بوده است (رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲؛ نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸).

۶.۴. عوارض بهداشتی ناشی از مصرف مواد و اعتیاد

مهم‌ترین عارضه مصرف مواد اعتیاد است که می‌تواند رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد (مانند رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریق) و عوارض عفونی مانند ایدز و هپاتیت را به همراه داشته باشد. مسمومیت مکرر^۱ نیز در میان معتادان شایع است و میزان مرگ و میر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد سالانه ۲ تا ۳ درصد گزارش می‌شود (UNODCCP, 1999).

1. overdose

بیماری ایدز نیز تهدیدی جهانی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. در کشور ما، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مهم‌ترین گروه در معرض خطر ابتلا به ایدز هستند به طوری که ۶/۶۹ درصد از موارد ابتلا به ایدز در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸). مطالعه مروری سیستماتیک در مورد شیوع عفونت با اچ‌آی‌وی در معتادان کشور نشان داد که در دهه گذشته، میانگین ترکیبی شیوع در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ۱۱ تا ۱۵ درصد (Rahimi-Movaghar and Amin-Esmaeili, in print) و در مصرف‌کنندگان غیرتزریقی ۱ تا ۴ درصد (Amin-Esmaeili and Rahimi-Movaghar, in print) بوده است.

هپاتیت سی بیماری عفونی خطرناک دیگری است که در دو دهه اخیر، مرگ و میر ناشی از آن در جهان ۲ تا ۳ برابر شده و به دلیل ایجاد سیروز کبدی، در صدر اندیکاسیون‌های پیوند کبد قرار گرفته است. هپاتیت سی احتمالاً شایع‌ترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در مطالعات همه‌گیری‌شناسی مربوط به معتادان در ایران، شیوع هپاتیت سی در معتادان تزریقی و در مناطق مختلف در محدوده وسیعی از ۱۱/۲ تا ۸۹/۵ درصد گزارش شده است (به نقل از Rahimi-Movaghar et al., 2010).

مطالعات متعدد نشان داده است که شایع‌ترین عامل مسمومیت بزرگسالان در کشور، مسمومیت با مواد است (به نقل از رحیمی موقر و رزاقی، ۱۳۸۵). در مطالعه‌ای کیفی در مورد معتادان تزریقی در شهر تهران، مشخص شد که تقریباً همه افراد شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان‌شان بوده‌اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت داشته‌اند که اکثراً دو یا سه بار بوده است (همان). سازمان پزشکی قانونی کشور سالانه تعداد مرگ و میر ناشی از سوءمصرف مواد را اعلام می‌کند. در سال ۱۳۸۴ این رقم ۴۸۴۱ نفر بوده است (به نقل از رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۷). بررسی روند نیز حاکی از افزایش سالانه این رقم در ده سال گذشته است.

مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد که با افزایش عرضه مواد در کشور و تنوع یافتن مواد در دسترس در سال‌های اخیر، وضعیت اعتیاد تشدید شده که عوارض جدی بهداشتی و اجتماعی به همراه داشته است، این در حالی است که با وجود شیوع بالای مصرف تریاک در کشور، ایران سال‌ها در مقایسه با سایر کشورها به‌ویژه

رحیمی موقر، آفرین و الهه سهیمی ایزدیان. (۱۳۸۴)، «وضعیت مصرف مواد در دانش‌آموزان کشور»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۹، ص ۹۳۰.

رحیمی موقر، آفرین و عمران محمد رزاقی. (۱۳۸۵)، «مطالعه کیفی مسمومیت حاد اپیوئیدی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در تهران»، *مجله دانشکده پزشکی تهران*، دوره ۶۴، ش ۴، ص ۵۳-۴۳.

رحیمی موقر، آفرین، الهه سهیمی ایزدیان و مسعود یونسیان. (۱۳۸۵)، «مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور»، *پایش*، دوره ۵، ش ۲، ص ۸۳-۱۰۴.

رحیمی موقر، آفرین، عمران محمد رزاقی، علی اکبر حق‌دوست، محمدباقر صابری زفرقندی، شهناز باشتی و علی میرزازاده. (۱۳۸۷)، *توزیع جغرافیایی اختلالات روانی-اجتماعی و اعتیاد، امکانات و خدمات موجود در ایران در سال ۱۳۸۴*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

رحیمی موقر، آفرین، مسعود یونسیان و الهه سهیمی ایزدیان. (۱۳۸۸)، *گزارش مطالعه روند شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران*، تهران، دانشگاه علوم پزشکی.

رزاقی، عمران محمد، آفرین رحیمی موقر، مهدی حسینی، کاظم محمد و سعید مدنی. (۱۳۸۲)، *ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران در سال ۱۳۷۸*، تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، برنامه کنترل مواد سازمان ملل متحد.

ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۸)، *کتاب سال ۱۳۸۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر*، تهران.

_____. (۱۳۸۹)، *سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد*، تهران.

ستاری، بهزاد، احد اعظم و محمدعلی محمدی. (۱۳۸۲)، «بررسی علل گرایش به اعتیاد در سنین بالای ۱۰ سال در سال ۱۳۸۱ (استان اردبیل)»، *رفاه اجتماعی*، ش ۹.

سجادی، حمیرا، سعید مدنی قهفرخی و مروثه وامقی. (۱۳۸۸)، *مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سراج‌زاده، حسن و ایرج فیضی. (۱۳۸۶)، «مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱»، *رفاه اجتماعی*، ش ۶، ص ۵.

طارمیان، فرهاد، جعفر بوالهیری، حمید پیروی و محمود قاضی طباطبایی. (۱۳۸۶)، «شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره ۱۳، ش ۴، ص ۳۴۲-۳۳۵.

علی‌وردی‌نیا، اکبر. (۱۳۸۵)، «مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۰.

مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی توسعه. (۱۳۷۶)، *طرح پژوهشی تهیه*

کشورهای توسعه‌یافته دارای الگوی کم‌خطری بوده است. بر این اساس، در حال حاضر اعتیاد یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی کشور شناخته می‌شود.

۵. نتیجه‌گیری

در سال‌های گذشته، الگوهای اعتیاد در کشور تنوع و شدت یافته و عوارض و آسیب‌های فراوان بهداشتی و اجتماعی به همراه داشته است. برای مبارزه و مهار این مشکلات، مسئولان و سیاست‌گذاران انعطاف قابل توجهی در به‌کارگیری دانش روز از خود نشان دادند. این امر موجب اتخاذ سیاست‌های جدید و حتی ابداعاتی در این زمینه شد. موضوع اعتیاد که دو دهه موضوعی امنیتی تلقی می‌شد، به موضوعی اجتماعی بدل گشت، آموزش و پژوهش در پرداختن به آن رونق گرفت، و دسترسی به خدمات افزایش چشمگیر یافت. اما مدیریت و سیاست‌های پیش رو از ثبات کافی برخوردار نبوده و بودجه‌های سالانه نیز نوسانات شدیدی نشان داده است. همچنین ساختارهای زیربنایی در سازمان‌های مسئول ایجاد نشده و تمرکز بیشتر بر گسترش کمی خدمات بوده است. با استفاده از تجربیات گذشته و رفع نواقص کنونی، می‌توان مدیریت مبارزه با مواد را بهبود بخشید و با اعتیاد و زیان‌های جدی ناشی از آن بهتر مقابله کرد.

منابع

ابراهیم‌زاده، عیسی، فرامرز بریمانی و یوسف نصیری. (۱۳۸۳)، «حاشیه‌نشینی، ناهنجاری‌های شهری و راهکارهای تعدیل آن، موردشناسی کریم‌آباد زاهدان»، *جغرافیا و توسعه*، ش ۳، ص ۱۴۳-۱۲۱.

افتخاری‌راد، زهرا. (۱۳۸۲)، «چهره‌نمایی بافت‌های اسکان غیررسمی و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن»، *مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

خراتپا، سعید. (۱۳۸۲)، «حاشیه‌نشینی در محله‌های ناهنجار شهر تهران (مورد محله غربت)»، *مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۸۳)، «شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۲، ص ۲۲۶-۲۰۳.

رحیمی موقر، آفرین، کاظم محمد و عمران محمد رزاقی. (۱۳۸۱)، «روند ۳۰ ساله وضعیت سوءمصرف مواد در ایران»، *حکیم*، دوره ۵، ش ۳، ص ۱۸۱-۱۷۱.

- Amin-Esmaili, M. and A. Rahimi-Movaghar. (in print), "A Systematic Review of HIV Prevalence among Non-injecting Drug Users in 10 Years Period (1998-2007) in Iran".
- Anderson, T. (2008), "Sociological Theories of Drug Abuse", in: L. Harrison, T. Anderson, S. Martin and C. Robbins, eds., *Drug and Alcohol Use in Social Context*, Belmont, CA, Wadsworth Publishing.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2006), *Annual Report 2006: The State of the Drugs Problem in Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Galea, S. and D. Vlahov, (2002), "Social Determinants and Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness and Incarceration", *Public Health Reports* 117, supplement 1, pp. 135-145.
- Matters, B. M., L. Degenhardt, B. Phillips, L. Wiessing, M. Hickman and S. A. Strathdee. (2008), "Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV among People Who Inject Drugs: A Systematic Review", *Lancet* 372: 1733-1745.
- Ministry of Counter Narcotics and UNODC. (2005), *Afghanistan Drug Use Survey*, UNODC, Country Office for Afghanistan.
- Ministry of Narcotics Control, Antinarcotics Force, and UNODC. (2007), *Problem Drug Use in Pakistan*, UNODC, Country Office for Pakistan.
- Rahimi-Movaghar, A., E. M. Razaghi, E. Sahimi-Izadian and M. Amin-Esmaili. (2010), "HIV, Hepatitis C Virus and Hepatitis B Virus Co-infections among Injecting Drug Users in Tehran, Iran", *International Journal of Infectious Diseases* 14:28-33.
- Rahimi-Movaghar, A. and M. Amin-Esmaili. (in print), "HIV Prevalence among Injecting Drug Users in Iran, A Systematic Review of Studies Conducted from 1998 to 2007", *International Journal of Drug Policy*.
- SAMHSA (U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services
- برنامه ملی مبارزه با مواد مخدر، مروری بر سیاست و نظام مبارزه با مواد مخدر ایران و پیشنهادی برای اصلاح آن، تهران.
- میمندی منظومه، شمسی، حسن ضیاءالدینی و علیرضا شریفی یزدی. (۱۳۸۷)، «عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر از دیدگاه دانش آموزان دبیرستانی کرمان ۱۳۸۵»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، س ۱۲، ش ۴.
- نارنجی ها، هومان، حسن رفیعی، احمدرضا باغستانی، رویا نوری، پیمان شیرین بیان، افشین وجدانی روشن، محمدحسن فرهادی و حسین اعتمادی. (۱۳۸۴)، *ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)*، گزارش تحقیق، مؤسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی به مواد، تهران.
- نارنجی ها، هومان، حسن رفیعی، احمدرضا باغستانی، رویا نوری، بهاره غفوری و لیلا سلیمانی نیا. (۱۳۸۸)، *ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران (سال ۱۳۸۶)*، تهران، دانژه.
- نصیری، معصومه. (۱۳۸۲)، «اعتیاد و رابطه آن با مشاغل شهری»، *تحقیقات جغرافیایی*، س ۱۸، ش ۳.
- _____. (۱۳۸۵)، «توزیع جغرافیایی مسکن گروه های کم درآمد شهری و رابطه آن با اعتیاد با تأکید بر شهر بابل»، *مطالعات اجتماعی ایران*، س ۲، ش ۱.
- نقدی، اسدالله و رسول صادقی. (۱۳۸۵)، «حاشیه نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۰.
- نوری، رویا، حسن رفیعی، هومان نارنجی ها، حمیدرضا صرامی، احمدرضا باغستانی و آمنه صدیقیان. (۱۳۸۶)، *تحلیل روند پدیده های مرتبط با شدت اعتیاد در سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶*، تهران، مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد و وابستگان به مواد.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۶)، *مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زندگی توأم با سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، تهران.
- _____. (۱۳۸۷)، *سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن*، تهران.
- _____. (۱۳۸۸)، *آمار عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران*، تهران.
- یاسمی، محمدتقی، داود شاه محمدی، محسن نقوی، سید عباس باقری یزدی، علی زجاجی، آفرین رحیمی موقر، مهدی حسینی و هوشمند لایقی. (۱۳۸۱)، *گزارش پژوهش بررسی همه گیری شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران*، تهران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر.

- Administration, Office of Applied Studies). (2009), National Survey on Drug Use and Health, 2008 [Computer File], ICPSR26701-v1, Research Triangle Park, NC, Research Triangle Institute [producer], Ann Arbor, MI, Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor].
- UNODC. (2008), *World Drug Report 2008*, Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- _____. (2010a), *World Drug Report 2010*, Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- _____. (2010b), *Afghanistan Opium Survey 2010*, Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention). (1999), *Global Illicit Drug Trends*.