

اصول مربوط به

کاهش تقاضا

(اپیدمیولوژی، پیشگیری و درمان)

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

اصول مربوط به کاهش تقاضا

اپیدمیولوژی، پیشگیری و درمان

ریاست جمهوری

ستاد مبارزه با مواد مخدر

پژوهشکده ملی مطالعات موادمخدر ایران



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با موادمخدر

اصول مربوط به کاهش تقاضا • تالیف: برنامه بین‌المللی کنترل موادمخدر سازمان ملل (گزارش جهانی موادمخدر ۲۰۰۰) • ترجمه: اداره کل روابط بین‌الملل دبیرخانه ستاد
• تهیه و تنظیم: پژوهشکده ملی مطالعات موادمخدر ایران • ویراستار: محمد تقی داستانی • مدیر هنری و طرح جلد: گروه هنری نگار • ناشر: دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر • نوبت چاپ: اول ۱۳۸۲ • شمارگان: ۲۰۰۰

همه حقوق برای ناشر محفوظ است.

فهرست مطالب

۷	<u>مقدمه</u>
۱۱	<u>فصل اول - مطالعات اپیدمیولوژیک</u>
۱۱	<u>بیانیه راهنمای اصول کاهش تقاضای موادمخدر (جدول الف)</u>
۱۴	<u>جنبه‌های تعریفی</u>
۱۴	<u>روش‌های نوظهور</u>
۱۵	<u>۱- پیمایش‌ها و سایر روش‌های سنجش شیوع وقوع سوء مصرف</u>
۲۸	<u>۲- منابع اطلاعات مربوط به بیماری‌ها و مرگ و میرها</u>
۴۰	<u>۳- عواقب اجتماعی نامطلوب سوء مصرف موادمخدر</u>
۴۳	<u>مشکلات نظارت بر سوء مصرف موادمخدر و راهی که در پیش روی ما است.</u>
۴۴	<u>حمایت UNDCP از اپیدمیولوژی موادمخدر (جدول ب)</u>
۴۹	<u>فصل دوم - پیشگیری</u>
۴۹	<u>از پیشگیری‌های ابتدایی سوء مصرف موادمخدر تا رویکردهای مدرن</u>
۵۴	<u>اساس برنامه‌های موثر پیشگیری</u>
۵۶	<u>آسیب‌ها و خطرات ناشی از موادمخدر و عوامل حفاظتی</u>
۵۹	<u>اهداف و انواع برنامه‌های پیشگیری</u>
۶۳	<u>محیط اجتماعی / زمینه‌های پیشگیری</u>
۶۳	<u>۱- والدین و خانواده</u>
۶۴	<u>۲- مدارس</u>
۶۶	<u>۳- برنامه‌های خارج از مدارس برای جوانان</u>
۶۷	<u>۴- گروه‌های مذهبی</u>
۶۸	<u>۵- محل کار</u>
۶۹	<u>۶- رسانه‌های جمعی</u>
۷۲	<u>پیشبرد دانش و انتقال آن - نقش ارزیابی</u>

۷۵	فصل سوم - درمان
۷۵	<u>درمان به عنوان استراتژی کاهش تقاضا</u>
۷۶	<u>۱- اثربخشی درمان</u>
۷۷	<u>۲- درآمدهای ناشی از جرایم موادمخدر</u>
۸۴	<u>۳- تاثیر درمان بر تقاضای کلی برای موادمخدر</u>
۸۷	اقدامات درمانی
۸۸	<u>۱- سم زدایی</u>
۹۰	<u>۲- دارو درمانی</u>
۹۰	<u>۳- درمان وابستگی به مواد افیونی</u>
۹۳	<u>۴- درمان اعتیاد به کمک سایر موادمخدر</u>
۹۵	اقدامات غیردارویی
۹۵	<u>۱- اقدامات زیست فیزیکی</u>
۹۵	<u>۲- اقدامات روان شناختی / مشاور</u>
۱۰۰	<u>۳- جوامع و انجمن‌های درمانی</u>
۱۰۱	<u>۴- درمان سنتی</u>
۱۰۲	<u>بازگشت به جامعه و مراقبت‌های پس از درمان</u>
۱۰۳	<u>۱- کمک دوجانبه</u>
۱۰۴	<u>کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی سوء مصرف موادمخدر</u>
۱۰۶	آینده درمان
۱۰۷	پیوست‌ها
۱۰۷	<u>- عمده‌ترین داروهای استفاده شده برای درمان اعتیاد به موادمخدر (جدول ۵)</u>
۱۰۹	<u>- کارآیی خدمات درمانی ناهنجاری‌های اعتیاد به موادمخدر (جدول ۶)</u>

مقدمه

هدف این اثر^۱، تجزیه و تحلیل سه ستون اصلی برنامه‌های کاهش تقاضا یعنی اپیدمیولوژی (روش و بررسی‌های مربوطه)، پیشگیری و درمان است. اغلب بررسی‌هایی که تاکنون در این زمینه به عمل آمده، در کشورهای صنعتی، یعنی کشورهای آمریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا انجام گرفته است. این امر به این دلیل بوده که این کشورها سهم بیشتری نسبت به کشورهای در حال توسعه در رابطه با اعتیاد به موادمخدر و مشکلات مربوط به امراض ناشی از موادمخدر داشته‌اند. بیشترین سرمایه‌گذاری‌هایی که در رابطه با مطالعات سیستماتیک در خصوص درک معضل اعتیاد و برای اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمان در دهه اخیر به عمل آمده، توسط ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است. سرمایه‌گذاری‌های مربوط به برنامه‌های کاهش تقاضا اعم از مطالعات، پیشگیری و درمان در سطح کشور آمریکا از ۰/۹ میلیارد دلار در سال ۱۹۸۵ به ۵/۶ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۹ رسید که این مقدار برابر ۲۰ دلار به ازای هر نفر در این کشور بود که بر اساس استانداردهای جهانی، رقم بسیار بالایی محسوب می‌شود. این رقم برابر یک سوم کلیه هزینه‌هایی است که در زمینه مبارزه با موادمخدر در این کشور صورت می‌گیرد. حتی با در نظر گرفتن

۱- این اثر قبلاً در بخش دوم کتاب گزارش جهانی موادمخدر ۲۰۰۰ در سال ۱۳۸۰ توسط نشر گرایش به چاپ رسیده است. به دلیل اهمیت مطالب مطرح شده مجدداً به صورت یک کتاب مستقل منتشر می‌شود.

میزان تورم، سرمایه‌گذاری‌هایی که در بخش کاهش تقاضا بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۹ صورت گرفته، بیش از چهار برابر افزایش داشته است. به موازات افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در این زمینه، سوء مصرف موادمخدر اعم از شیوع سالانه و نیز مصرف کنونی کلیه موادمخدر آن گونه که در بررسی سالانه خانواده‌ها نشان داده شده، ۴۰ درصد کاهش داشته است. سوء مصرف کوکائین در طول سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۹ تا ۷۰ درصد کاهش داشته است.

تعداد مصرف‌کنندگان کنونی موادمخدر غیر مجاز (حداقل یک بار مصرف در ماه قبل از بررسی) ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۱۹۸۵ به ۱۳/۶ میلیون نفر در سال ۱۹۹۸ کاهش یافت. تعداد کنونی سوء مصرف‌کنندگان کوکائین از ۵/۷ میلیون نفر در سال ۱۹۸۵ به ۱/۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۸ کاهش یافته است.

بررسی ملی خانواده‌ها در سال ۱۹۹۹ نشان داد که ۷ درصد جمعیت ۱۲ سال به بالا، در ماه گذشته موادمخدر مصرف کرده‌اند که نسبت به ۱۲/۱ درصد در سال ۱۹۸۵ کاهش داشته است. نسبت جمعیتی که در ماه پیش از انجام بررسی، کوکائین مصرف کرده بودند از ۳ درصد در سال ۱۹۸۵ به ۰/۸ درصد در سال ۱۹۹۹ کاهش داشته است.

اگر چه تغییر رفتار انسان‌ها به دلیل عوامل گوناگون رخ می‌دهد، لیکن مطالعات عمیقی که در این رابطه صورت گرفته نشان می‌دهد تلاش‌های عظیم به عمل آمده در زمینه کاهش تقاضا، نقش مهمی را در رابطه با جلوگیری از سوء مصرف موادمخدر ایفا نموده است.

از آن جا که الگوی سوء مصرف مواد از یک کشور به کشور دیگر (و در اغلب مواقع در داخل یک کشور) متغیر است، طراحی و اجرای یک برنامه واحد در زمینه پیشگیری و درمان کار ساز نخواهد بود. این امر در خصوص اجرای برنامه‌ای تبیین شده برای کشورهای صنعتی که در کشورهای در حال توسعه اجرا می‌شود، بیشتر عینیت پیدا می‌کند. حتی اگر برنامه‌ای در یک کشور بخصوص موفق عمل کند، برای استفاده در کشوری دیگر، بایستی حتماً با شرایط فرهنگی و اجتماعی آن کشور به دقت جرح و تعدیل گردد. با توجه به معضل روبه رشد سوء مصرف موادمخدر در بسیاری از کشورهای در حال رشد،

هنوز به مطالعه بیشتر در خصوص شناسایی عوامل ویژه تاثیرگذار بر تقاضای موادمخدر نیاز است. با توجه به این امر، UNDCP با همکاری سایر شرکای خود در صدد توسعه تعدادی برنامه‌های نمونه در زمینه پیشگیری و درمان بوده که با توجه به تفاوت‌های منابع و شرایط محلی طراحی شده‌اند.

محمد علی زکریایی

مدیرکل مرکز تحقیقات، آموزش و فن آوری

فصل اول

مطالعات اپیدمیولوژیک

مقدمه

عنصر مهمی را در درک معضل موادمخدر، توسعه راهکارهای صحیح و میزان مناسب بودن آنها بگونه‌ای ارایه می‌کند که مداخلات بتواند با توجه به شرایط متفاوت اصلاح و تغییر داشته باشد. تجزیه و تحلیل سیستماتیک اپیدمیولوژی را می‌توان با عملکرد سیستم حسابداری یک شرکت مقایسه کرد. مدیرانی که بدون داشتن یک سیستم حسابداری کارآمد فعالیت می‌کنند می‌توانند شرکت خود را به جهت غلط هدایت کرده و موقعی به فکر علاج می‌افتند که خیلی دیر شده است. همین موضوع در صورتی که سیستم‌های مناسب اطلاع‌رسانی ایجاد نشوند در مورد سیاست‌گذارانی که درگیر معضلات سوءمصرف موادمخدر هستند نیز صدق خواهد کرد. مطالعات اپیدمیولوژیکی، ابزار اطلاع‌رسانی لازم را در اختیار سیاستگذاران قرار می‌دهد تا به صورت هدفدار، برنامه‌ها را به گونه‌ای طراحی نمایند تا به شکل مکانیزمی مناسب باز خورد لازم را ارایه کند تا مشخص شود که آیا اقداماتی مناسب و مقرون به صرفه صورت می‌گیرند یا خیر؟ از این رو نظارت اپیدمیولوژیکی موادمخدر از اجزای اصلی و بسیار مهم استراتژی ملی موادمخدر به حساب می‌آید.

بیانیه راهنمای اصول کاهش تقاضای موادمخدر (جدول الف)

در بیانیه سیاسی مصوب بیستمین نشست ویژه مجمع عمومی در خصوص معضل جهانی موادمخدر، کشورهای عضو تأیید کردند که بدون کاهش تقاضای موادمخدر قادر به حل معضل موادمخدر نخواهند بود. کشورهای عضو تعهد نمودند:

- ۱- استراتژی و برنامه‌های خود را در زمینه کاهش تقاضای موادمخدر با کمک مسوولان بهداشت و رفاه عمومی و مجریان قانونی تا سال ۲۰۰۳ تبیین نمایند.
- ۲- نتایج قابل ملاحظه و مهمی را تا سال ۲۰۰۸ در زمینه کاهش تقاضا به دست آورند.
- ۳- مفاد بیانیه راهنمای اصول کاهش تقاضای موادمخدر مصوب بیستمین نشست ویژه مجمع عمومی را در استراتژی و برنامه‌های ملی خود بگنجانند.



مجمع عمومی همچنین طرحی را برای اجرای بیانیه راهنمای اصولی کاهش تقاضای موادمخدر به تصویب رسانیده است. طرح عمل، به عنوان یک راهنما برای کشورهای عضو در رابطه با اجرای بیانیه کاهش تقاضا و برآوردن تعهدات بیستمین نشست ویژه مجمع عمومی ارایه گردیده است. این طرح دو راه اصولی

را برای UNDCP و سایر سازمان‌های ذیربط بین‌المللی و منطقه‌ای جهت کمک به تلاش‌های کشورهای عضو پیش‌بینی می‌کند.

اولاً از UNDCP درخواست می‌شود که راهنمایی و کمک‌های درخواستی کشورهای عضو در زمینه توسعه برنامه‌ها و استراتژی‌های کاهش تقاضای ایشان را در ترکیب با اصول بیانیه کاهش تقاضا ارایه نماید، ثانیاً از UNDCP و سایر سازمان‌های ذیربط بین‌المللی و منطقه‌ای خواسته می‌شود تا تبادل اطلاعات مربوط به بهترین روش‌های اجرایی در کلیه حوزه‌های کاهش تقاضا را تسهیل نمایند. بیانیه کاهش تقاضا طرفدار این است که کلیه واکنش‌های مربوط به سوءمصرف موادمخدر براساس ارزیابی منظم معضل موادمخدر صورت گیرد. آنها همچنین بایستی براساس دانش حاصل از مطالعات و نیز آموخته‌های برنامه‌های قبلی (بهترین روش‌ها) اقدام نمایند. سیاستگذاران و اقدام‌کنندگان بایستی در خصوص طراحی، اجرا و ارزیابی استراتژی‌های کاهش تقاضا آموزش دیده و استراتژی‌ها و فعالیت‌ها بایستی به طور کامل مورد ارزیابی قرار گیرند.

برنامه‌های کاهش تقاضا بایستی کلیه حوزه‌های کاهش تقاضا را از ناپسند نشان دادن مصرف اولیه تا کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی سوءمصرف موادمخدر در برگیرد. این برنامه‌ها بایستی با سیاست‌های جامع در خصوص ترغیب بهداشت و رفاه اجتماعی تکمیل شده و روش‌های مشورتی گسترده اجتماعی و مشارکتی تشویق گردند.

این برنامه‌ها بایستی به گونه‌ای طراحی شوند تا نیازهای کلی مردم و نیز نیاز گروه‌های ویژه بخصوص جوانان را مدنظر قرار دهند. در صورت صلاح‌دید، کشورها بایستی خدمات درمانی و باز پروری را به مجرمین معتاد به عنوان جایگزین یا علاوه بر محکومیت و مجازات ارایه نمایند.

بیانیه کاهش تقاضا همچنین براهمیت ارسال پیام صحیح و درست، تاکید دارد. کشورها بایستی سطح هوشیاری عمومی را در زمینه خطرات سوءمصرف موادمخدر افزایش دهند و با تشویق مصرف مواد در فرهنگ‌هایی که مصرف این مواد را ترغیب می‌کنند، مقابله نمایند. بایستی به هر نحو ممکن سعی شود تا

اعتبار این برنامه‌ها تضمین شده و از برخورد احساساتی با امور دوری نموده و اطمینان از تاثیرگذاری پیام‌ها را افزایش دهند.

جنبه‌های تعریفی

در واژه‌نامه وبستر (Webster) واژه اپیدمیولوژی به دو صورت ۱- علمی که به موارد، توزیع و کنترل امراض در مردم مربوط می‌شود و ۲- مجموعه عوامل کنترل کننده وجود یا عدم وجود مرض، تعریف شده است.

ملزومات نظارت اپیدمیولوژیکی شامل شناسایی و اندازه‌گیری سه متغیر از جمله:

الف) الگوهای سوء مصرف موادمخدر

ب) عواقب سوء مصرف موادمخدر

ج) لازمه یا عوامل ارتباط سوء مصرف موادمخدر به وضعیت‌های محتمل الوقوع، می‌باشد. تجزیه و تحلیل الگوهای سوء مصرف موادمخدر با در نظر گرفتن کل جمعیت، موارد وقوع آن (تعداد مصرف‌کنندگان جدید)، کثرت یا شدتی که این رفتار ظاهر می‌شود، روش‌های مصرف (مثلا استنشاقی، تزریقی یا خوردنی) و موقعیت مکانی که مصرف در آن صورت می‌گیرد، به شیوع یا بزرگی این معضل می‌پردازد. عواقب سوء مصرف موادمخدر ممکن است با تاثیرات حاد و مزمن بهداشتی و نیز تاثیرات اجتماعی همراه باشد. از این رو علاوه بر سنجش چگونگی سوء مصرف موادمخدر، اطلاعات دموگرافی مربوط به سوء مصرف موادمخدر مانند، سن جنسیت، درآمد، سطح تحصیلی، شغل، قومیت، وسعت جمعیت، منطقه و نیز سایر عوامل از قبیل چگونگی برخورد با مسایل موادمخدر، انجام فعالیت‌ها یا در معرض بودن نسبت به عوامل ویژه‌ای که موجب افزایش آسیب‌پذیری در برابر معضل سوء مصرف موادمخدر می‌شود، مورد نیاز است.

روش‌های نوظهور

مطالعه رفتارهای کاملاً پنهان، چالش‌های متدولوژیکی جدی را ارایه می‌دهد. این معضلات به دلیل ماهیت متنوع الگوهای مصرف موادمخدر و به دلیل اثرات

متقابل پیچیده بین سوءمصرف موادمخدر و سایر مشکلات بهداشتی و اجتماعی آن است. در غالب مواقع، جدی‌ترین عواقب مصرف موادمخدر در میان حاشیه‌ای‌ترین گروه‌ها پدیدار می‌گردد. مطالعه بر روی این گروه‌ها بسیار مشکل بوده و به شکل ضعیفی در مطالعات خانواده‌ها و سایر پژوهش‌های در حال انجام، خود را نشان می‌دهند. به دلیل مشکلات مربوط به جمع‌آوری اطلاعات در این زمینه، روش‌های چندگانه و چند منبعی، مناسب‌ترین روش برخورد جهت توسعه الگوی درک سوءمصرف موادمخدر است. ضعف و قوت‌های روش‌های گوناگون در زیر شرح داده می‌شود.

۱- پیمایش‌ها و سایر روش‌های سنجش شیوع وقوع سوءمصرف

درک وسعت و کثرت وقوع مصرف غیرقانونی موادمخدر در هر گروه جمعیتی، نقطه شروع مباحث مربوط به سیاستگذاری است. تهیه اطلاعات مربوط به ارزیابی شیوع و وقوع مصرف عمومی یک امر مهم در سیستم اطلاعات موادمخدر است. یک روش عمومی که برای سنجش شیوع و وقوع سوء مصرف موادمخدر مورد استفاده قرار می‌گیرد، بررسی عمومی است. در صورتی که این گونه بررسی‌ها به صورت سیستماتیک و بدون تغییر متدولوژیکی تکرار شوند، ابزار خوبی برای شناسایی روند سوءمصرف در طول زمان هستند. اگرچه این بررسی‌ها دارای نقصان و کسری‌هایی است که در زیر به آن پرداخته می‌شود لکن این کمبودها معمولاً ثابت مانده و تاثیر چندانی بر نتایج روند تجزیه و تحلیل‌ها که در روند سیاستگذاری معقول مورد نیاز است، نخواهد گذاشت.

این بررسی‌ها همچنان می‌توانند اطلاعات پایه را در زمینه دموگرافیک و سایر عوامل خطر مربوط به مصرف موادمخدر ارائه نموده و از این رو به عنوان یک سیستم اعلام خطر به موقع عمل کنند. در کلیه کشورهایی که اطلاعات مربوط به سوءمصرف موادمخدر وجود دارد، این امر در بین گروه‌های زیر بالاتر بوده است:

۱- بیشتر در بین جوانان تا عموم مردم؛

۲- مردان (اگر چه درصد زنان نیز در برخی از کشورها در حال افزایش است)؛

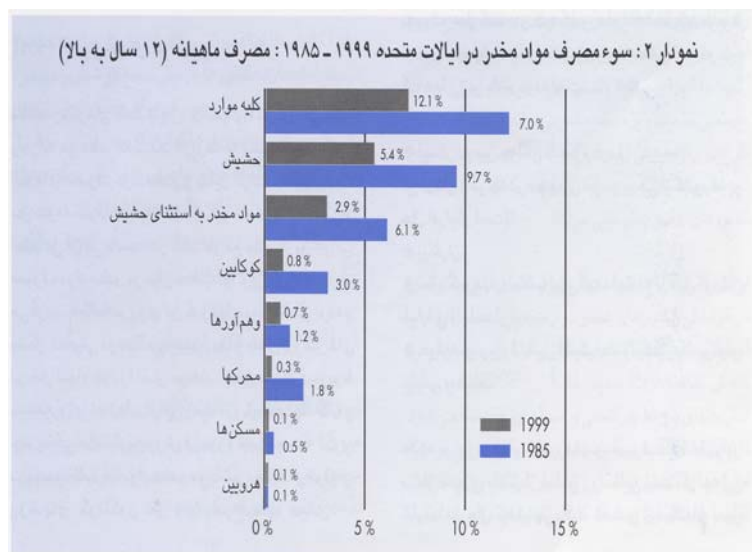
۳- بیکاران؛

۴- سایر گروه‌های حاشیه‌ای و آلوده اجتماع از قبیل کودکان خیابانی و مانند آن؛

۵- حرفه‌های ویژه از قبیل فاحشه‌ها، رانندگان کامیون‌های بیابانی و غیره. علاوه بر این در اغلب کشورها سوء مصرف موادمخدر در مناطق شهری بالاتر از مناطق روستایی است، اگر چه این تفاوت‌ها در حال کاهش‌اند. تعدادی از مطالعات به عمل آمده نشان داده است که سوءمصرف موادمخدر بین جوانان با کثرت بیرون رفتن در شب و شرکت در میهمانی‌ها ارتباط مستقیم دارد. عقاید مذهبی معمولاً عامل بازدارنده سوءمصرف موادمخدر محسوب می‌شوند. اگرچه موارد نقض نیز در این خصوص وجود دارد. در تعدادی از کشورها عامل بازدارنده سوءمصرف موادمخدر درک مضرات آن بوده است. ارتباط سوءمصرف مواد با سطح درآمد و سواد در جهان هنوز کاملاً روشن نیست. در تعدادی از کشورها سوءمصرف موادمخدر به صورت حرفه انگلیسی U است. این امر بدان معنی است که سوءمصرف موادمخدر بین قشر فقیر جامعه بالاتر و در قشر متوسط کمتر و در قشر مرفه جامعه باز هم پایین‌تر است. با این وجود، نتایج مذکور با توجه به موارد مختلف تغییر کرده و در کلیه کشورها یکسان نیست. به هر حال تجزیه و تحلیل عمیق این‌گونه اطلاعات جمعیت‌شناسی و ارتباط آن با رفتارهایی که در مصرف موادمخدر روی می‌دهد را می‌توان با کمک تکمیل داده‌ها، توسعه روش‌های پیش‌بینی و بهبود مداخلات هدفمند انجام داد.

اطلاعات عمده‌ای که در بررسی خانواده‌ها جمع‌آوری شده، اطلاعات مربوط به میزان مصرف در طول عمر یا مصرف حتی یک بار ماده بخصوص؛ میزان سطح کنونی مصرف مثل استفاده یا سوءمصرف در سال گذشته (شیوع یا مصرف سالانه) یا ۳۰ روز گذشته (شیوع ماهیانه) بوده است. برخی از کشورها اطلاعات دیگری نیز به منظور ارزیابی سطح موارد مصرف و تعداد افرادی که در سال گذشته مصرف ماده مخدر خاصی را شروع کرده‌اند، جمع‌آوری می‌کنند. تعدادی اقدامات دیگر نیز، به منظور تمایز بین مصرف‌کنندگان مزمن و آن گروه که مواد را به صورت تفننی مصرف می‌کنند، می‌تواند انجام گیرد. در این‌گونه

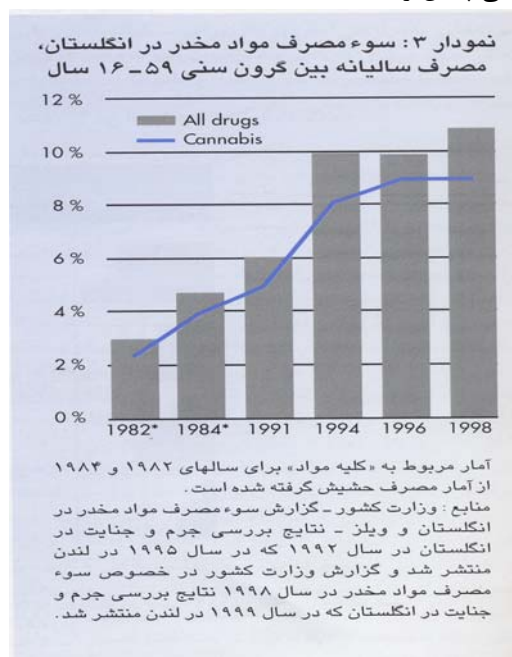
بررسی‌ها بایستی با تغییرات کوتاه مدت (سال به سال) در بررسی خانواده‌ها محتاطانه برخورد کرد زیرا ممکن است تفاوت‌هایی در انتخاب نمونه‌های آماری وجود داشته و یا اینکه از لحاظ آماری دارای اهمیت نباشند. از این‌رو تجزیه و تحلیل تغییرات در یک دوره طولانی، انعکاس خوبی را در خصوص روند موجود در رفتارهای مصرف حداقل تا زمانی که روش‌های برخورد برای رسیدن به نتیجه مکرراً تغییر نمی‌کند، ارایه خواهد نمود. برای مثال اطلاعات موجود در ایالت متحده آمریکا یک روند رو به کاهش را در رفتار مصرف کلی انواع موادمخدر از سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۹ نشان می‌دهد. سوءمصرف کلی موادمخدر ۴۰ درصد کاهش داشته و مصرف مواد به غیر از حشیش ۵۰ درصد کاهش و مصرف کوکائین ۷۰ درصد در این دوره کاهش داشته است (نمودار ۲).



این‌گونه موفقیت‌ها در سایر کشورها مشاهده نمی‌شود. با این وجود بنا به بررسی‌هایی که در اواخر دهه ۹۰ در اروپای غربی به عمل آمده، مصرف موادمخدر در این کشورها نیز به یک ثبات نسبی رسیده است. این امر حتی در

انگلستان که در دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ میلادی بازارهای موادمخدر آن رشد فزاینده‌ای داشت نیز صادق است (نمودار ۳).

بررسی جرم و جنایت که در سال ۱۹۹۸ به عمل آمد در مقایسه با بررسی قبلی که در سال ۱۹۹۶ صورت گرفته نشان داد که مصرف کلی موادمخدر در این کشور بسیار کم بوده است. این مقایسه هیچ‌گونه افزایشی را در خصوص مصرف حشیش، آمفتامین، LSD، اکستسی، کوکائین و هرویین در بین جمعیت کشور نشان نمی‌دهد. مصرف کنونی موادمخدر (مصرف ماه گذشته) در بین ۶ درصد گروه سنی ۱۶-۵۹ سال در طول سال‌های ۹۸-۱۹۹۶ ثابت مانده است که در مقایسه با میزان مصرف در ایالات متحده که در سال ۱۹۹۹، ۷ درصد بوده، کمی پایین‌تر است.

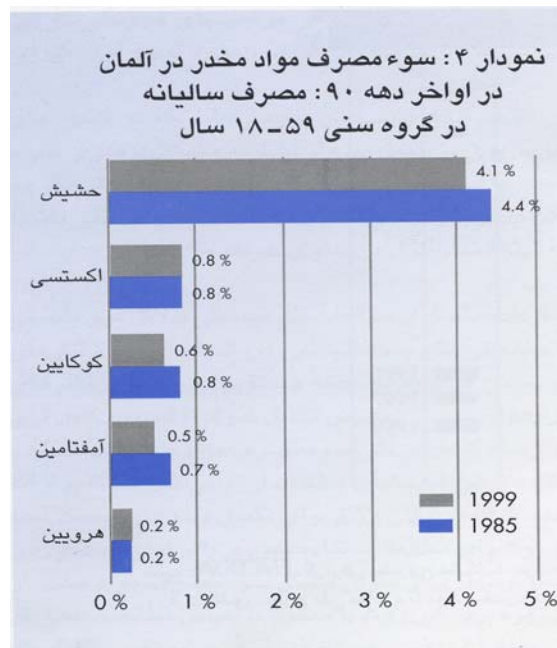


منابع: وزارت کشور - گزارش سوء مصرف موادمخدر در انگلستان و ویلز - نتایج بررسی جرم و جنایت در انگلستان در سال ۱۹۹۲ که در سال ۱۹۹۵ در لندن منتشر شد و گزارش وزارت

کشور در خصوص سوء مصرف موادمخدر در سال ۱۹۹۸ نتایج بررسی جرم و جنایت انگلستان که در سال ۱۹۹۹ در لندن منتشر شد.

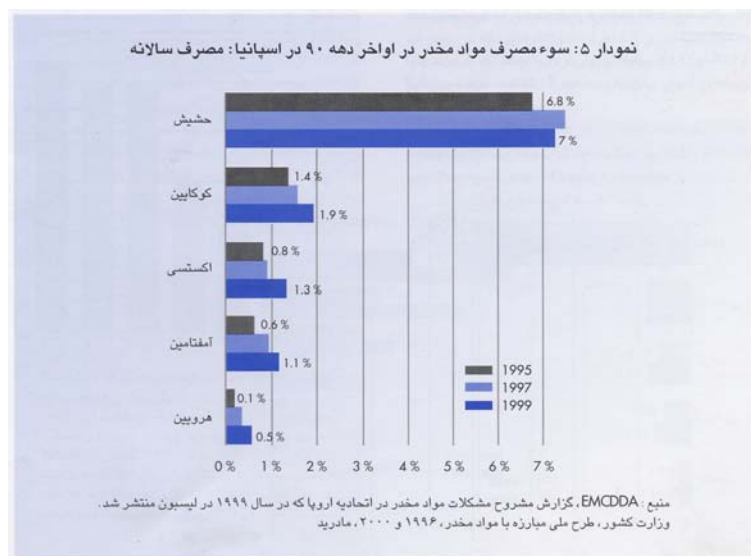
• در آلمان نیز که در بین کشورهای بزرگ جامعه اروپا یکی از پایین ترین میزان سوء مصرف موادمخدر را دارد، روند رو به رشد اوایل سال های ۹۰ ادامه نیافته و حتی مقداری کاهش نیز در این رابطه گزارش شده است (نمودار ۴).

آمار مربوط به " کلیه مواد " برای سال های ۱۹۸۲ و ۱۹۸۴ از آمار مصرف حشیش گرفته شده است.



منابع: وزارت کشور - گزارش سوء مصرف موادمخدر در انگلستان و ولز - نتایج بررسی جرم و جنایت در انگلستان در سال ۱۹۹۲ که در سال ۱۹۹۵ در لندن منتشر شد- گزارش وزارت کشور در خصوص سوء مصرف موادمخدر در سال ۱۹۹۸- نتایج بررسی جرم و جنایت در انگلستان که در سال ۱۹۹۹ در لندن منتشر شد.

بررسی ملی اسپانیا که سرمایه‌گذاری‌های وسیعی در زمینه استراتژی ملی مبارزه با موادمخدر با تمرکز بر کاهش تقاضا نموده نیز نشان می‌دهد که سطح کلی بازار سوءمصرف موادمخدر در سال‌های ۹۹-۱۹۹۵ به ویژه در رابطه با هرویین، کاهش داشته است (نمودار ۵).



به‌طور کلی فعالیت‌های پیشگیری ظاهراً در نگه‌داشتن سوءمصرف موادمخدر در اتحادیه اروپا کمتر از یک سوم آنچه در ایالات متحده گزارش می‌شود، موفق بوده‌اند با این وجود در چند کشور مثل انگلستان، میزان سوءمصرف موادمخدر به سطح آن در ایالات متحده نزدیک می‌شود. شیوع مصرف کوکائین همان‌طور که در بررسی خانواده‌ها نشان داده شده است در اتحادیه اروپا حدود ۶۰ درصد پایین‌تر از ایالات متحده است. در ایالات متحده، شیوع سالیانه مصرف کوکائین در سال ۱۹۹۸، ۱/۷ درصد گروه سنی ۱۵ سال به بالا بوده که این میزان در اتحادیه اروپا ۰/۷ درصد می‌باشد.

سوءمصرف غیر قانونی، غالباً کثرت وقوع کمتری دارد. به همین دلیل نمونه‌های بزرگ برای به دست آوردن موارد مناسب جهت تجزیه و تحلیل موضوع نیاز است. برای مثال در ایالات متحده، بررسی سالانه خانواده‌ها برای سال ۱۹۹۸ پیرامون سوءمصرف موادمخدر براساس اطلاعات و یک نمونه آماری ۲۵۵۰۰ نفره که مصاحبه شده بودند، صورت گرفته است. در کشورهای اروپایی این نمونه آماری به صورت متغیر بوده مثلاً در سوئد ۱۵۰۰ نفر و در شورهای مثل انگلستان و اسپانیا ۱۰۰۰۰ نفر و در هلند ۲۲۰۰۰ نفر در این بررسی مصاحبه شده‌اند.

نمونه‌هایی با فراوانی آماری زیاد، برای دستیابی به ارزیابی منطقی جهت موادی که کمتر مصرف می‌شوند مانند هرویین و نیز برای به دست آوردن میزان شیوع ماهیانه در مقایسه با مصرف سالانه یا در طول زندگی نیاز است. با این وجود، مشکلات متدولوژیکی و عملی مربوط به انجام بررسی‌ها در مناطق آلوده بدان معنی است که اطلاعات به دست آمده از طریق بررسی‌های ملی خانواده نمی‌تواند تصویر جامعی از جمعیت مصرف‌کننده موادمخدر در کشور ارائه نماید. بررسی‌های خانواده نتایج کلی خوبی را در خصوص سطح کلی مصرف موادمخدر و نیز مصرف موادی از قبیل حشیش که به صورت گسترده مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، در بر گرفته و مشکلات خاص موادمخدر که معمولاً در اقصای حاشیه‌ای جامعه متمرکز هستند را کمتر نشان می‌دهد. در بررسی‌های خانواده به عمل مصرف موادمخدر مانند مصرف کراک و کوکابین که یک رفتار ناپسند انگاشته می‌شود، معمولاً کمتر توجه می‌شود. بررسی‌های خانواده تنها نمایانگر ۳۰ درصد (مواد افیونی) و ۶۰ درصد (کوکابین) سوءمصرف‌کنندگان این مواد خطرناک هستند.

جدول ۱ نشان دهنده این آمار در ایالات متحده است. در این جدول اطلاعات مربوط به بررسی خانواده در خصوص مصرف موادمخدر بین جمعیت غیر نهادی با ارزیابی‌های جامع‌تری که توسط دفتر سیاستگذاری ملی مبارزه باموادمخدر (UNDCP) ارائه شده اند، مقایسه شده است.

ارزیابی (UNDCP) الگوهای مصرف موادمخدر بین گروه‌های حاشیه‌ای مانند افراد بی خانمان، زندانی، تحت درمان و غیره را در بر می‌گیرد. اگر چه سطح شمول این الگوها از یک کشور به کشور دیگر تغییر می‌کند، لیکن مطالعات موجود در اغلب کشورهایی که این گونه ارزیابی‌ها در آن صورت گرفته، تایید کننده نتایج به دست آمده در ایالات متحده هستند. مطالعات به عمل آمده در ایالات متحده نشان می‌دهد که بررسی‌های خانواده، سطح بسیار پایین‌تری از مشکلات مربوط به موادمخدر را در مقایسه با ارزیابی‌های جامع‌تر که در آن جمعیت در معرض خطر را مورد هدف قرار می‌دهند، در بر می‌گیرد. مشکلات و دقت مربوط به گزارش‌ها در کشورهایی که مصرف‌کنندگان از سوء استفاده از اطلاعات علیه خودشان هراس دارند، کمتر است. این بدان معنی است که اجرای روش‌های کاملا مشابه در کشورهای مختلف با فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند به نتایج مختلفی بینجامد. علت آن شاید این باشد که در تعدادی از کشورهای آسیایی، بررسی‌های مربوط به سوء استعمال موادمخدر میزان شیوع بسیار پایینی را نشان داده است. با توجه به سایر شاخص‌های موجود در زمینه موادمخدر، این ارقام احتمالا نشانگر واقعیات نخواهد بود لیکن بایستی در شرایط و موقعیت‌های فرهنگی که این بررسی‌ها در آن صورت گرفته، مورد توجه قرار گیرند.

بر خلاف آنچه گذشت در بررسی‌هایی که در کشورهای آمریکای لاتین به عمل آمده از این گونه مشکلات خبری نبوده است. با این وجود بسیاری از این بررسی‌ها حتی اگر در یک مدت زمان کوتاه انجام شده باشند، نتایج مختلفی داشته‌اند که البته اعتبار آن‌ها را زیر سوال خواهد برد.

اطلاعات حاصل از مطالعات کلی جمعیتی به دلایل فوق بایستی با مطالعاتی مثل جامعه شناسی (روش‌های تشریح رفتارهای اجتماعی بر پایه ملاحظه مستقیم) در قبال رفتارهای گروه‌های دور از دسترسی تکمیل شوند تا تصویر کامل‌تری در زمینه گسترش کلی سوء مصرف موادمخدر به دست آید. علاوه بر این، تکنیک‌های مختلفی برای ارزیابی غیر مستقیم ارایه شده‌اند که می‌توان از آن برای تکمیل داده‌های به دست آمده از روش‌های مطالعه استفاده نموده و یا

برای به دست آوردن تصویر بهتری از میزان مشکل سوء مصرف موادمخدر از آن بهره برد. این روش‌ها معمولاً براساس مطالعات عمیق‌تر از جمله:

۱- تعیین ضرایب مناسب برای تعیین تعداد کل مصرف‌کنندگان مواد خطرناک از آمار موجود (از قبیل آمار بازداشت‌ها، درمان‌ها، مرگ و میرها و غیره)

۲- استفاده از روش‌های صید و صید مجدد

۳- محاسبات مجدد براساس آمار بیماران ایدز

۴- روش‌های استفاده از شاخص‌های چند منظوره، استوار هستند.

جدول ۱: تعداد تخمینی مصرف‌کنندگان کوکائین و هرورین در ایالات متحده آمریکا (به هزار نفر) و بر حسب درصد جمعیت ۱۲ سال به بالا

پوشش مصرف کنندگان بر بررسی ملی خانواده	بررسی ملی خانواده (شیوع سالانه)		ONDCP			سال	کوکائین
	مطلق	به درصد	مصرف کنندگان		مصرف کنندگان مصرف‌تفتنی*		
			مطلق	به درصد			
٪۵۹	۴۰۳۳	٪۱/۹	۶۸۳۵	٪۳/۲	۳۴۱۰	۳۴۲۵	۱۹۹۶
٪۶۰	۴۱۶۹	٪۱/۹	۶۹۹۰	٪۲/۲	۳۵۰۳	۳۴۸۷	۱۹۹۷
٪۵۸	۳۸۱۱	٪۱/۷	۶۵۵۹	٪۳	۳۴۴۳	۳۲۱۶	۱۹۹۸
٪۵۹	۴۰۰۴	٪۱/۹	۶۷۹۵	٪۳/۲	۳۴۱۹	۳۳۷۶	متوسط ۹۶-۹۸
٪۳۳	۴۵۵	٪۰/۲	۱۲۷۲	٪۰/۶	۹۱۷	۴۵۵	۱۹۹۶
٪۳۹	۵۹۷	٪۰/۳	۱۵۳۲	٪۰/۷	۹۳۵	۵۹۷	۱۹۹۷
٪۲۱	۲۵۳	٪۰/۱	۱۲۳۳	٪۰/۶	۹۸۰	۲۵۳	۱۹۹۸
٪۳۲	۴۳۵	٪۰/۲	۱۳۷۹	٪۰/۶	۹۴۴	۴۳۵	متوسط ۹۶-۹۸

* افرادی که مواد مخدر را کمتر از یک بار در هفته مصرف می‌کنند

** افرادی که در طول هفته حداقل یک بار مواد مخدر مصرف می کنند .
منبع SHMHS: بررسی ملی خانواده در سال ۱۹۹۸ و دفتر ملی سیاست های مبارزه با موادمخدر (UNDCP) و کتاب آنچه آمریکایی ها برای مواد مخدر هزینه می کنند ، ۱۹۹۸ ، واشنگتن ۱۹۹۸ .

یکی از مشکلات موجود این است که روش های جایگزین، نتایج دقیقی را ارائه نکرده بلکه محدوده وسیعی را ترسیم می کنند که غالباً برای تجزیه و تحلیل روند آن مناسب نیست. با این وجود، این گونه برآوردها برای به دست آوردن وسعت مشکل موادمخدر در یک کشور، اطلاعات مهمی را ارائه می کنند. این امر از آن جا که مصرف کنندگان موادمخدر خطرناک نه تنها بیشترین موادافیونی و کوکائین را مصرف می کنند بلکه عامل بروز اغلب مشکلات اجتماعی عمده مربوط به موادمخدر از جمله جرم، خشونت، بیماری و مرگ و میر هستند، بسیار حیاتی است.

این گونه برآوردها بدون هیچ تردیدی به ویژه اگر برای مقایسه این معضل در کشور بخصوصی صورت گیرد، بایستی با احتیاط کامل انجام شود. با این وجود این برآوردها نتایجی را ارائه می کنند که می تواند برای نشان دادن وسعت و گستره مشکل و کمک به ارزیابی کلی تاثیر بخشی تلاش هایی که در زمینه کاهش تقاضا صورت می گیرند، چاره ساز باشد. محاسبات مربوط به گستردگی معضل مصرف موادمخدر در کشورهای اروپای غربی که توسط مرکز نظارت اروپا برای موادمخدر و معتادین (EMCDDA) و نیز آماری که توسط (UNDCP) درخصوص مصرف هرویین و کوکائین در ایالات متحده آمریکا ارائه شده است، نشان می دهد که علیرغم کاهش قابل توجه مصرف موادمخدر در ایالات متحده در پانزده سال اخیر، مشکلات مربوط به مصرف موادمخدر همچنان به عنوان یک پدیده جدی در ایالات متحده بیش از اروپای غربی مطرح است. در سال ۱۹۹۸، ۲۱ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال در ایالات متحده، کوکائین و هرویین مصرف کرده اند. طبق همین برآوردها تنها ۵/۵ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر مصرف کننده مزمن هرویین بوده که با مشکل کلی سوءمصرف موادمخدر در اروپا برابری می کند. برآوردهای به عمل آمده در اروپای غربی نشان می دهد که مشکل سوءمصرف به طور متوسط ۴/۵ نفر را در هر ۱۰۰۰ نفر بین سنین ۱۵ الی ۶۴ سال (میانگین برآورد در ۱۵ کشور) در بر می گیرد.

این برآوردها محدوده‌ای بین متوسط ۲ الی ۳ نفر در فنلاند و سوئد و چندین کشور دیگر در قاره اروپا از جمله آلمان و اتریش و تا سطح ۴ نفر در فرانسه، ۵ نفر در اسپانیا و ۶ الی ۷ نفر در انگلستان، سوئیس، ایتالیا و لوکزامبورگ را شامل می‌گردد. (جدول ۲)

جدول ۲ : مصرف مواد مخدر خطرناک در هر ۱۰۰۰ نفر در سنین ۱۵-۶۴ سال در اواخر سالهای دهه ۱۹۹۰ در کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی

ایالات متحده f	کشورهای شمال اروپا										محدوده برآوردها موسط برآورد میانگین برآورد b		
	ایتالیا	سوئیس	انگلستان	d بنالوکس	اسپانیا	فرانسه	ایرلند	اتریش	آلمان	نروژ		دانمارک	سوئد
۱۸/۶-۲۴	۴/۳-۸/۳	۶-۶/۲	۲/۳-۸/۹	۲/۳-۷/۷	۳/۱-۶/۶	۲/۲-۴/۶	۱/۹-۵/۷	۲/۹-۲/۴	۱/۴-۳	۲/۲-۴/۶	۲/۹-۴	۲/۵-۳/۵	۵-۴/۲
۲۱/۳	۶/۴	۶/۱	۵/۶	۴/۹	۳/۹	۳/۸	۳/۲	۲/۷	۲/۷	۳/۹	۳/۴	۳	۲/۴
g ۵/۴	۶/۶	۶/۱	۶/۲	۲/۸	۴/۹	۳/۴	۳/۲	۵/۷	۳/۶	۳/۹	۳/۶	۲	۱/۹

منابع : EMCDDA : گزارش سالانه ۲۰۰۰ در خصوص وضعیت مشکل مواد مخدر در اتحادیه اروپا ، لیسبون ۲۰۰۰ ، ONDCP ، استراتژی ملی مبارزه با مواد مخدر - گزارش سالانه ۲۰۰۰ : UNDCP ، آمار پرسشنامه گزارشات سالانه

اگرچه توضیحات و رویکردهای روش شناختی برای محاسبه مشکلات مربوط به مصرف موادمخدر متفاوت است، با این حال کلیه تفاوت‌های بین ایالات متحده و اروپای غربی را تشریح نمی‌کند. طبق تعریف، در ایالات متحده مصرف‌کنندگان مزمن، اشخاصی هستند که هرویین یا کوکائین را حداقل یک بار در هفته مصرف می‌کنند. مصرف‌کننده مزمن طبق تعریف EMCDDA به اشخاصی اطلاق می‌گردد که موادمخدر را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند یا مواد افیونی، کوکائین یا آمفتامین‌ها را به صورت منظم و برای مدت طولانی مصرف کنند. تعریف EMCDDA از مشکل سوء مصرف موادمخدر، مصرف حشیش و مصرف‌کنندگان اکستسی و اشخاصی که به طور منظم، مواد افیونی، کوکائین و آمفتامین مصرف نمی‌کنند را در بر نمی‌گیرد. از این‌رو آنچنان هم تعریف ایالات متحده در این خصوص دور نیست. پایین‌ترین برآوردها برای ایالات متحده (۱۸ معتاد مزمن کوکائین در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بین سنین ۱۵ الی ۶۴ سال) هنوز از دو برابر بالاترین برآوردها در کشورهای اروپایی (۹-۸ نفر در ایتالیا یا انگلیس) بالاتر است.

دقیق‌ترین داده‌ها، آمار مربوط به دانش‌آموزان دبیرستانی در پروژه " نظارت بر آینده " در ایالات متحده است که دانش‌آموزان کلاس‌های هشت، ده و دوازدهم را در سراسر ایالات متحده در ۲۵ سال گذشته تحت پوشش قرارداده است. یکی از بهترین گروه داده‌ها برای تجزیه و تحلیل کشوری در اروپا مربوط به داده‌های بررسی (ESPAD) پروژه مطالعاتی مربوط به الکل و سایر موادمخدر در مدارس اروپا) است که برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ در ۲۶ کشور و سپس چند سال بعد در ۴۰ کشور، مطالعاتی را در زمینه مصرف الکل و موادمخدر بین دانش‌آموزان به عمل آورد. این بررسی‌ها که مطابق روش‌های متدولوژیکی به عمل آمد، امکانات کم سابقه‌ای را برای مقایسه بین کشورهای اروپایی از جمله کشورهای اروپای شرقی با تمرکز در همان گروه سنی در طول چند سال آرایه نموده و تصویر روند مصرف موادمخدر را بین جوانان نشان داد. این نتایج البته

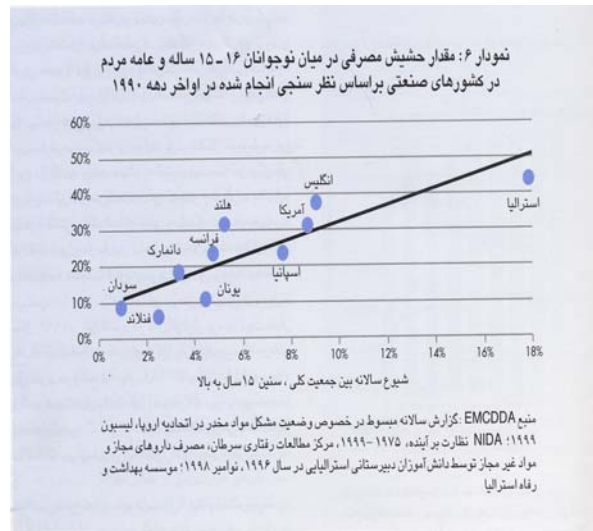
تنها به جوانانی که به صورت منظم به مدرسه می‌روند مربوط می‌شود. این نکته مهمی است زیرا دانش آموزانی که غالباً در مدرسه غایب هستند احتمال کمتری وجود دارد که جزء نمونه آماری قرار گیرند اگرچه احتمال سوءمصرف موادمخدر توسط این گروه بیشتر است. همین امر برای آن گروه از دانش‌آموزان که از مدارس اخراج می‌شوند نیز صادق است.

اگرچه بررسی‌هایی که در مدارس به عمل می‌آید نمی‌تواند جایگزین مناسبی برای بررسی‌های ملی خانواده باشد.

با این وجود برخی از روندهای عمده در این بررسی‌ها نیز منعکس می‌شوند. برای مثال هر دو بررسی افزایش قابل ملاحظه مصرف موادمخدر را در ایالت متحده در دهه ۷۰ میلادی و کاهش آن را در دهه ۹۰ نشان داده است. در اواخر دهه ۹۰ هر دو بررسی ثبات نسبی را در سطوحی پایین‌تر از آنچه در اواسط دهه ۸۰ گزارش شده بود نشان دادند. در انگلستان هر دو بررسی خانواده و مدارس، حاکی از افزایش مصرف موادمخدر تا اواسط دهه ۹۰ بودند لیکن ادامه این روند روبه رشد را گزارش نکرده‌اند. مصرف کنونی موادمخدر در بین کل جمعیت ثابت مانده، اما بررسی ملی مدارس حتی کاهش مصرف موادمخدر در مدارس را در اواخر دهه ۹۰ نشان می‌دهد.

وضعیت نسبی کشورها با توجه به سطح سوءمصرف موادمخدر نیز به خوبی در بررسی مدارس منعکس می‌گردد. کشورهایی که سطح بالای سوءمصرف موادمخدر را بین جوانان خود گزارش کرده‌اند، معمولاً مصرف بالایی را بین جمعیت کلی کشورشان نیز دارند و بالعکس. نمودار ۶ این‌گونه ارتباط را بین مصرف موادمخدر بین دانش‌آموزان گروه سنی ۱۶-۱۵ سال و مصرف حشیش را بین عموم مردم در ده کشور صنعتی نشان می‌دهد ($R = .87$) مصرف غیر قانونی موادمخدر را بین گروه سنی ۱۶-۱۵ سال در کشورهای اروپای غربی و ایالات متحده در بر می‌گیرد، وسعت مصرف حشیش شاخص خوبی برای سطح کلی مصرف موادمخدر از جمله برای موادمخدر غیر حشیش است. تجزیه و تحلیل رفتار مصرف موادمخدر بین گروه سنی ۱۶-۱۵ سال در ۲۱ کشور که اطلاعات مشروحی در این خصوص به ESPAD ارائه داده‌اند، نشان می‌دهد که

ارتباط مستقیمی بین سطح مصرف حشیش در میان گروه سنی ۱۶-۱۵ سال در یک کشور با مصرف سایر موادمخدر غیر قانونی در همین گروه سنی در همان کشور وجود دارد ($R = 0.80$).



منبع: EMCDDA: گزارش سالانه مبسوط در خصوص مشکل موادمخدر در اتحادیه اروپا، لیسبون ۱۹۹۹؛ NIDA: نظارت بر آینده، ۱۹۷۵-۱۹۹۹، مرکز مطالعات رفتاری سرطان، مصرف داروهای مجاز و مواد غیر مجاز توسط دانش آموزان دبیرستانی استرالیایی در سال ۱۹۹۶، نوامبر ۱۹۹۸، موسسه بهداشت و رفاه استرالیا

۲- منابع اطلاعات مربوط به بیماری‌ها و مرگ و میرها

اگرچه بعضی از اطلاعات در خصوص مشکلات مربوط به سوء مصرف موادمخدر ممکن است از این بررسی‌ها به دست آید اما معمولاً از منابع دیگری برای به دست آوردن اطلاعات پایه در خصوص عواقب بهداشتی و اجتماعی استفاده می‌شود. این منابع برای فعالیت‌های مطالعاتی و نظارتی هدفمند که مخصوص جمع‌آوری اطلاعات در زمینه سوء مصرف موادمخدر و به دست آوردن داده‌های مربوط به موادمخدر از سایر منابع- که اطلاعات کلی‌تری را در اختیار دارند- طراحی شده‌اند. عواقب بهداشتی بحرانی و مزمن را می‌توان در برخی

مواقع از طریق سیستم‌های گزارشی مراقبت‌های بهداشتی ملی، تحت نظارت قرارداد. برای مثال اطلاعات مربوط به تشخیص مرگ و میرها و بستری شدن در بیمارستان را می‌توان ثبت و به طور سالانه با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی امراض (ICD) گزارش نمود. در صورتی که این داده‌ها به صورت مشروح و جامع ارایه شوند، اطلاعات مفیدی را به دست خواهند داد.

در بسیاری از کشورها سیستم‌های جداگانه ویژه موادمخدر توسعه یافته‌اند. در بعضی از کشورها، یک مرکز ثبت ویژه درمانی برای آن گروه از بیماران با مشکل موادمخدر که به دنبال کمک هستند یا گروهی که درمان را ترک می‌کنند، تشکیل داده‌اند. این آمار نشانگر نیاز برای درمان و نیز قابلیت دسترسی و جذابیت برنامه‌های درمانی است. از آن جا که مصرف‌کنندگان موادمخدر معمولاً قبل از تقاضای کمک، موادمخدر را برای مدت طولانی مصرف می‌کنند، در زمان درمان بایستی به صورت بیماری که درمان وی به تأخیر افتاده و نیازمند دقت بیشتری است، مورد توجه قرار گیرند. بررسی‌ها نشان می‌دهد مصرف‌کنندگان هرویین در اروپای غربی معمولاً قبل از ورود به هر طرح درمانی بین ۳ تا ۶ سال مصرف خود را ادامه داده‌اند. این امر بدان معنی است که شخص حتی پس از کاهش سطح موادمخدر در بدن، هنوز نیازمند درمان بیشتری است. مشکل مربوط به این امر، بازگشت مجدد معتاد به اعتیاد است که در چگونگی درمان، تأثیر خواهد گذاشت. این موضوع می‌تواند به نتایج بالقوه غلطی بینجامد که حتی وقتی درمان به صورت موفقیت‌آمیزی در جریان است، به نظر برسد که عملکرد لازم را ندارد. اسپانیا نمونه خوبی در این زمینه محسوب می‌شود. با وجودی که تقاضای درمان معتادین هرویین تا سال ۱۹۹۶ در این کشور در حال افزایش بود، جزییات نشان داد، تعداد افرادی که برای اولین بار وارد سیستم درمانی می‌شوند در واقع از سال ۱۹۹۲ تا سال ۱۹۹۸ در حدود ۴۰ درصد کاهش داشته است (نمودار ۷).



جزء به جزء نمودن داده‌ها اگرچه تنها مربوط به سیاستگذاری است، لیکن متأسفانه در بسیاری از کشورهای دیگر وجود ندارد. در کشورهایی که این داده‌ها به صورت منظم منتشر نمی‌شوند، داده‌های درمانی هنوز می‌تواند برای شناسایی روند سوء مصرف استفاده شوند. برای مثال در ایتالیا تعداد کل جمعیت تحت درمان تا سال ۱۹۹۷ در حال افزایش بود. ثبات واقعی در روند سوء مصرف چند سال زودتر شروع شده بود. این امر به صورت غیر مستقیم در تغییرات میزان رشد تقاضا برای درمان آشکار است. با وجود این که تعداد افراد تحت درمان در سال ۱۹۹۱ به بیش از سه برابر به دلیل عواقب اپیدمی هرویین در اواخر سال‌های دهه ۸۰ افزایش یافته بود، لکن این میزان ۱۲ درصد در سال ۱۹۹۲ و ۶ درصد در سال ۱۹۹۷ کاهش یافت تا در سال ۱۹۹۸ به ۰/۴ درصد و ۲- درصد در سال ۱۹۹۹ رسید (نمودار ۸). ثبات کلی کاهش سوء مصرف هرویین از این میزان نیز بیشتر بوده است.

تقاضای درمان برای هرویین بین سال های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ به ۷ درصد کاهش یافت که بیش از دو برابر این کاهش در تقاضای درمان مواد مخدر به طور کلی بوده است .



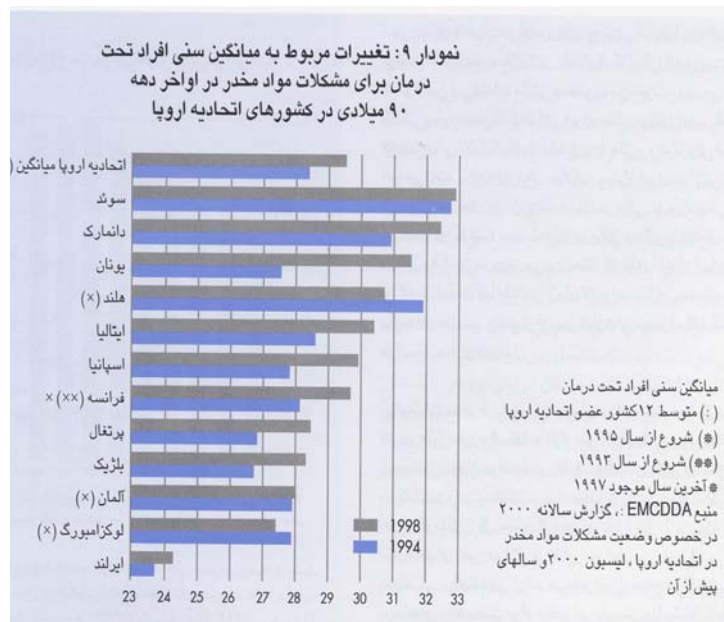
این امر نشانگر روند کاهش دراز مدت تقاضای درمان هرویین در ایتالیا به نسبت تقاضای درمان سایر مواد مخدر (۹۲٪ در سال ۱۹۹۰ و ۸۴ درصد در سال ۱۹۹۹) می باشد . به موازات آن متوسط سنی افراد تحت درمان رو به افزایش بوده است.

در سال های اخیر، پژوهشگران ایتالیایی تحت سرپرستی EMCDDA نمونه های پیچیده تری را توسعه داده اند تا براساس اطلاعات درمانی و سابقه بیماران در مراکز درمانی بتوانند تصویر خوبی در خصوص بهبود موارد مربوط به مواد مخدر در طول زمان ارائه نمایند. کلیه این نمونه ها نشان داده اند که اپیدمی هرویین در ایتالیا در سال های دهه ۱۹۹۰ در سال ۱۹۹۱ به بالاترین

سطح خود رسیده و سپس به شدت رو به کاهش گذاشته تا کم و بیش از سال ۱۹۹۳ در سطوح پایین تری ثابت بماند.

این نمونه‌ها ثابت نموده‌اند که ابزار ارزشمندی برای پیش بینی تقاضاهای درمانی، چند سال قبل از وقوع آن هستند. در حال حاضر تلاش می‌شود تا این نمونه‌ها در موسسات مرتبط و نیز سازمان‌های ذیربط سایر کشورهای اروپایی به کار گرفته شوند.

یکی از شاخص‌های ساده درمانی، میانگین سنی افراد تحت درمان است. اطلاعات موجود از ۱۲ کشور اروپایی نشان داد که به استثنای دو مورد، میانگین سنی افراد تحت درمان در سال‌های دهه ۱۹۹۰ در حال افزایش بوده است. این امر نشان می‌دهد که تعداد مصرف‌کنندگان موادمخدر به ویژه هرویین در حال افزایش است (نمودار ۹). متوسط افزایش میانگین سنی در برنامه‌های درمانی در طول سال‌های ۹۸-۱۹۹۴ یکسان بوده است. افزایش حتی شدیدتری در میانگین سنی این‌گونه افراد در کشورهای یونان، اسپانیا، ایتالیا، پرتغال، فرانسه، بلژیک و دانمارک گزارش شده است.



معمولا این امر نشانه مثبتی محسوب می‌شود. روند رو به کاهش ورود مصرف کنندگان (برای مثال جوانان) به برنامه‌های درمانی نشانگر ثابت ماندن و یا حتی روند نزولی این امر است. البته افزایش میانگین سنی، نیز سوالاتی را در مورد مناسب بودن برنامه‌های درمانی موجود مطرح می‌کند. در گذشته سیستم‌های درمانی در اروپا بیشتر به درمان معتادین هرویین می‌پرداختند که ظاهرا تعداد آنها رو به کاهش است. اما مقداری زمان لازم است تا این سیستم‌ها به گونه‌ای مناسب جهت برآوردن نیازهای مصرف‌کنندگان مواد، بازسازی شوند. گزارشات مربوط به مراکز درمان موادمخدر بیشتر در کشورهایی مورد استفاده قرار می‌گیرند که سرویس‌های تخصصی درمان موادمخدر را قبلا ایجاد نموده‌اند. همان‌طور که کمک در زمینه مشکلات موادمخدر از طریق موسسات و افراد گوناگون از جمله گروه‌های خودیار، پزشکان، سازمان‌های غیردولتی و سایر عوامل در سرویس‌های بهداشتی و اجتماعی ارایه می‌شوند، توسعه مراکز ثبت درمان‌های تخصصی موادمخدر نیز بایستی با احتیاط کامل و نظیر الگوهای مربوطه در سرویس‌های خدماتی و رفتارهای متقاضیان کمک که در آن کشور وجود دارند، طراحی شوند.

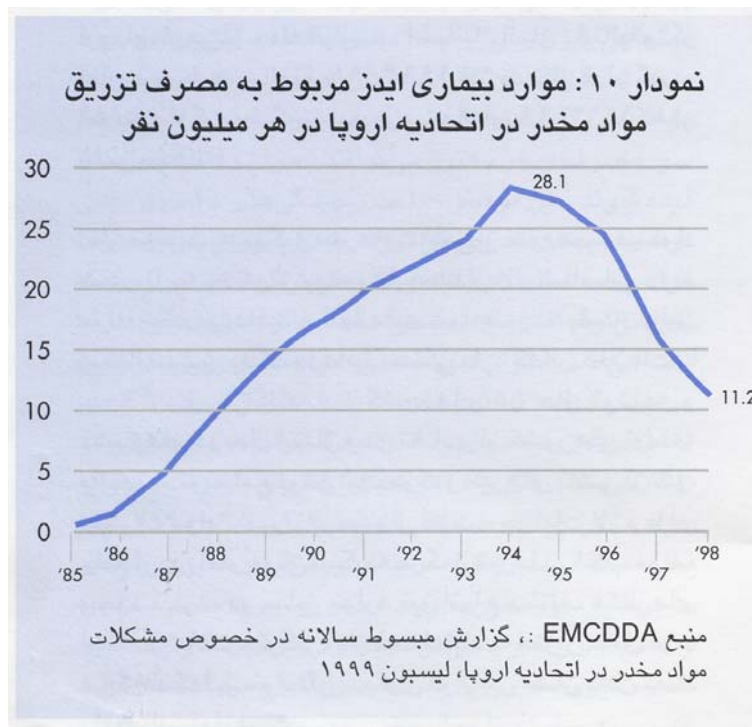
جمع‌آوری سیستماتیک داده‌های درمانی نیز جهت ارایه اطلاعات نسبتا خوب و موثق در خصوص مشکلات موادمخدر در چند کشور در حال توسعه انجام شده است. گروه کار اپیدمیولوژیکی شهری آسیا و CICAD با سیستم (SIDUC) سیستم متحد داده‌های مربوط به مصرف موادمخدر در بین کشورهای آمریکایی) خود فعالیت‌های جدیدی را در سال‌های دهه ۱۹۹۰ انجام داده‌اند که عمدتا به بهبود درک و شفافیت روندهای موجود در کشورهای منطقه کمک می‌کند. این سیستم‌ها تا حدی براساس نمونه گروه کاری اپیدمیولوژی جامعه (CEWG) که چند سال پیش با کمک NIDA در ایالات متحده آمریکا تشکیل شد، طراحی شده‌اند. CEWG توانایی در شناسایی به موقع روند موجود در سطح محلی و نیز ارایه اطلاعات به دست آمده به نمایندگان سایر بخش‌های کشور را به منظور توانایی بخشیدن به ایشان در مقابله با معضلات حتی قبل از وقوع مشکل، به اثبات رسانیده است. یک سیستم مشابه در سطح ملی در

جمهوری آفریقای جنوبی (شبکه اپیدمیولوژی جامعه آفریقای جنوبی) به کار گرفته شد که می‌تواند در کشورهای همسایه آن کشور نیز به کار گرفته شود. علاوه بر به ثبت رسانیدن معتادین موادمخدر که متقاضی درمان هستند، سایر داده‌های اپیدمیولوژی مربوط به عواقب بهداشتی مصرف موادمخدر از طریق نظارت بر مراکز اورژانس بیمارستان‌ها جمع‌آوری شده‌اند. نمونه این گونه سیستم‌های اطلاعاتی (DAMN شبکه هشدار سوء مصرف موادمخدر) در ایالات متحده وجود دارد که در طول سال‌ها به صورت یک سیستم اطلاعات به روز در زمینه روند مشکلات مربوط به مصرف موادمخدر در ایالات متحده آمریکا در آمده است.

یکی از نگرانی‌های عمده در رابطه با عواقب هشدار دهنده سوء مصرف موادمخدر، امراض ویروسی به خصوص ویروس HIV است. تزریق موادمخدر از عوامل عمده خطر ابتلا به ویروس HIV در بسیاری از کشورهای جهان است. معتادین غیر تزریقی نیز ممکن است به دلیل الگوهای سوء مصرف یا رفتارهای جنسی خطرناک در معرض این خطر قرار گیرند. سیستم‌های اپیدمیولوژیکی موادمخدر جهت ثبت میزان ابتلا به ویروس HIV بین معتادین تزریقی و نیز اندازه‌گیری وسعت خطر ابتلا به این بیماری بین مصرف‌کنندگان موادمخدر ایجاد شده‌اند. تزریق موادمخدر می‌تواند به سرعت در مناطقی که این پدیده قبلاً ناشناخته بوده، گسترش یابد. در این مناطق بایستی سیستم‌های اطلاعاتی هر چه سریعتر تشکیل شوند تا شیوع فعالیت‌های مربوط به تزریق مواد را شناسایی کنند.

این گونه فعالیت‌ها از لحاظ متدولوژیکی و عملی جالب است زیرا بسیاری از معتادین تزریقی با سرویس‌های کمکی در ارتباط نیستند و از این رو فعالیت‌های مطالعاتی بایستی در بین اقشار مختلف جامعه صورت گیرد. در عین حال این گونه اطلاعات برای هدف قرار دادن و ارزیابی مداخلات حیاتی است. جمع‌آوری سیستماتیک این اطلاعات در تعدادی از کشورها باعث افزایش سطح آگاهی از وجود مشکل شده که اولین گام برای رفع آن محسوب می‌شود. برای مثال در کشورهای اروپای غربی این امر باعث بهبود سرویس‌های خدماتی و

فعالیت‌های پیشگیری شده و به کاهش قابل توجه موارد ابتلا به ایدز که در نتیجه تزریق مواد مخدر بوده، منجر گردیده است. تعداد بیماران مبتلا به ایدز از ۲۸ نفر در هر میلیون نفر در سال ۱۹۹۴ به ۱۱ نفر در سال ۱۹۹۸ کاهش یافته است (نمودار ۱۰).



در این رابطه کلیه کشورهای عضو اتحادیه اروپا کاهش تعداد بیماران مبتلا به ایدز را گزارش کرده‌اند. بیشترین کاهش این تعداد در طول سال‌های ۹۸-۱۹۹۴ در کشورهای اسپانیا، ایتالیا و فرانسه گزارش شده است. در طول سال‌های ۹۸-۱۹۸۵، ۲۳ درصد موارد ایدز در کشورهای عضو اتحادیه اروپا مربوط به مصرف تزریقی مواد مخدر بوده است (متوسط ۱۵ کشور).

تعداد این موارد در همین مدت در ایالت متحده ۳۶ درصد بوده است. با این وجود تعداد این بیماران در ایالت متحده برابر میانگین تعداد موارد گزارش شده در کشورهای اروپایی (۳/۸ درصد در فنلاند تا ۶۵ درصد در اسپانیا) می باشد. ویروس HIV و شیوع آن همواره از نگرانی‌های عمده سیاستگذاران بوده است اما به بیماری هیپاتیت B، C و سل که همگی باعث مشکلات عمده بهداشتی در بین معتادین تزریقی هستند، توجه چندانی نشده است.

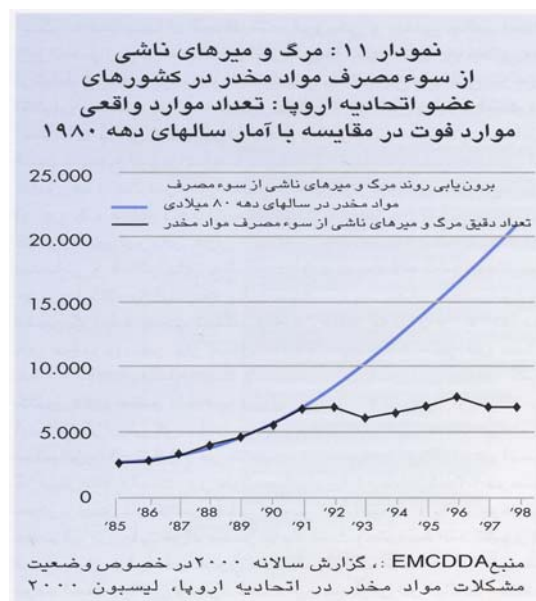
کنترل و کاهش مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر در برخی مواقع به عنوان موفقیت یا شکست نهایی در سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر کشورها تلقی می‌گردد. تاثیربخشی برنامه‌های پیشگیری و درمان، تدریجا در داده‌های مربوط به مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر پدیدار می‌گردد. تاثیر آنی‌تر کاهش مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر را می‌توان معمولا با بهبود قابلیت دسترسی به سرویس‌های درمانی موثر عملی نمود. اگرچه این برنامه‌ها به دلیل عدم تمایل تعدادی از معتادین به درمان و همچنین میزان بالای عود اعتیاد نخواهند توانست از کلیه مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر، جلوگیری کنند، اما حداقل می‌توانند به بالا بردن متوسط سنی مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر کمک نمایند. این امر تنها مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر را به تعویق نمی‌اندازد بلکه به مصرف کنندگان، فرصت دیگری را جهت ترک اعتیاد می‌دهد.

با این وجود پایین آمدن تعداد این مرگ و میرها در درازمدت تنها در صورتی امکان‌پذیر است که فعالیت‌های پیشگیری مثلا باعث پایین آوردن تعداد معتادین جدید گردد. اما حتی اگر این امر محقق گردد، سال‌ها طول خواهد کشید تا در آمار مرگ و میرها خود را نشان دهد.

شیوع مواد مخدر روندی دینامیک دارد که پس از شروع به صورت تصاعدی بالا می‌رود. ممکن است به خودی خود خاتمه یابد اما شاید پانزده سال یا بیشتر طول بکشد و باعث مرگ بسیاری از زنان و مردان جوان گردد. با توجه به این پیشینه هر گونه تثبیت تعداد معتادین در پی سال‌هایی که روند رو به رشد معتادین ملاحظه می‌شود، می‌تواند به عنوان یک موفقیت محسوب گردد.

اطلاعاتی که توسط مرکز نظارت بر موادمخدر و اعتیاد اروپا ارائه گردیده است، نشان می‌دهد که در کشورهای اتحادیه اروپا پس از انجام فعالیت‌های شدید در زمینه کاهش تقاضا در سال‌های دهه ۱۹۹۰ تعداد معتادین به مواد مخدر عملاً تثبیت شده است.

پس از یک افزایش در تعداد مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در سال‌های دهه ۱۹۸۰، این تعداد در دهه ۹۰ میلادی در اتحادیه اروپا ثابت مانده است. در صورتی که روند سال‌های دهه ۱۹۸۰ ادامه می‌یافت که بدون مداخلات مناسب به عمل آمده این‌گونه می‌بود، تعداد مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر که ۷۰۰۰ نفر در اواخر دهه ۱۹۹۰ بوده می‌توانست به راحتی سه برابر این تعداد در این سال‌ها باشد (نمودار ۱۱).



تعداد این مرگ و میرها در اتحادیه اروپا کمتر از نصف این تعداد در ایالات متحده (مطابق طبقه بندی ICD ۹- m، در سال‌های ۱۹۹۷، ۱۶۰۰ نفر) و برحسب سرانه جمعیت نیز کمتر از یک سوم (کمتر از ۲۰ مورد مرگ و میر در

هر میلیون نفر در اتحادیه اروپا در برابر ۵۹ نفر در ایالت متحده) بوده است. آمار مربوط به مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف موادمخدر در اکثر کشورهای اروپای غربی از جمله فرانسه، اسپانیا، آلمان، ایتالیا و آمار مربوط به سالهای ۹۸-۱۹۹۴ در اتریش، لوکزامبورگ و سوئیس در سالهای ۹۸-۱۹۹۲ کاهش نشان می‌دهد.

آمار مربوط به مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف موادمخدر تا چه حد موثق بوده و تا چه اندازه در شناسایی روند موادمخدر و مقایسه آنها مفید خواهد بود؟ پاسخ اولین سوال بیشتر به کشورهایی بستگی دارد که این اطلاعات را جمع‌آوری می‌کنند. در کشورهای در حال توسعه و کشورهای در حال انتقال و در تعدادی از کشورهای توسعه یافته دقت و جامع بودن ثبت مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف موادمخدر زیر سوال است. جزییات لازم برای جمع‌آوری آمار موثق این گونه مرگ و میرها در اغلب مواقع وجود ندارد. در سایر موارد نیز انواع مختلف فشارهای اجتماعی باعث جلوگیری از ثبت اعتیاد به عنوان عامل فوت می‌گردد که این خود دلیل دیگری در پایین نشان دادن تعداد واقعی آمار است.

همه الگوهای سوء مصرف موادمخدر باعث مرگ معتاد نمی‌شوند و تعداد معتادانی که به دلیل سوء مصرف موادی که می‌تواند منجر به مرگ شود، فوت می‌کنند نسبتاً کم است. آمار مرگ و میرها معمولاً با سوء مصرف تعداد محدودی از جمله هرویین و سایر مواد افیونی (در اروپا)، کوکائین و هرویین (در ایالت متحده) یا متامفتامین و هرویین (شرق آسیا) ارتباط دارد. نتیجه این است که آمار مربوط به مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف موادمخدر نشان می‌دهد، الگوی خاصی در مصرف موادمخدر باعث این امر گردیده و به مصرف سایر مواد مربوط نمی‌شود. با توجه به اینکه این نتایج، حاصل بررسی آمار در تعداد کمی از کشورها است ممکن است با بررسی‌های بیشتر در سطح منطقه‌ای و بین منطقه‌ای، نتایج منطقی‌تری به دست بیاید.

مشکلات توصیفی دیگری نیز وجود دارند که مهم‌تر از سایر شاخص‌های سوء مصرف موادمخدر هستند. در حقیقت حتی در کشورهایی که تلاش‌های زیادی

جهت توسعه یک سیستم مناسب برای آمار مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف مواد مخدر به عمل آمده است به ویژه در مواردی که قرار است آمار جهت مقایسه در سطح کشوری استفاده شوند، مشکلات همچنان ادامه دارند. دیدگاه ارتباط بین مصرف موادمخدر و مرگ، بین کشورها متفاوت است. برای مثال در برخی از سیستم‌های طبقه‌بندی، خودکشی‌های مربوط به موادمخدر را با وجود اینکه تشخیص بین تصادفی بودن و سوء مصرف بیش از حدی که از قصد انجام می‌گیرد در اغلب مواقع مشکل است، استثنا می‌شمارند. در برخی از کشورها، بیماری‌های ایدز که به دلیل سهیم شدن در سرنگ شیوع می‌یابد را به منزله مرگ و میر ناشی از موادمخدر محسوب نموده و در برخی آن را این‌گونه نمی‌دانند. در برخی از کشورها مرگ شخصی را که علائم مصرف حشیش در خون او بوده و در یک تصادف رانندگی جان خود را از دست داده باشد، جزء مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر می‌دانند در صورتی که در بعضی از کشورهای دیگر، مرگ فردی که هرویین مصرف کرده و تحت تاثیر آن روی ریل قطار رفته و تصادف کرده را جزء موارد مرگ و میر ناشی از موادمخدر ندانسته و آن را یک حادثه تلقی می‌کنند. در حقیقت در اغلب کشورها نقش سوء مصرف موادمخدر در مرگ و میرهای تصادفی معمولاً گزارش نمی‌شود. مشکل کلی‌تر این است که سوء مصرف موادمخدر تنها یکی از چند عامل بوده یا حتی یک عامل در میان مجموعه عوامل کمک‌کننده در مرگ و میر معتاد می‌باشد. سوء مصرف کنندگان مواد مخدر ممکن است مواد مختلفی را از جمله مقادیر زیاد الکل مصرف کنند که باعث پیچیدگی بیشتر ارتباط بین مرگ با یک ماده بخصوص می‌گردد. این موضوع نیز در کشورهای مختلف به اشکال متفاوت صورت می‌گیرد.

سالهاست که سعی می‌شود شاخص مرگ و میر ناشی از سوء مصرف موادمخدر را به صورت استاندارد درآورند. اما در عمل، این امر حتی در گروه‌های کشوری مانند کشورهای عضو اتحادیه اروپا که در سایر موارد همکاری نزدیکی دارند، به صورت موضوعی پیچیده درآمده است. شاخص‌هایی که در حال حاضر بیشتر برای مقایسه بین کشورها استفاده می‌شوند، ارتباط بین

مصرف موادمخدر و موارد ثبت شده مرگ مانند سوء مصرف بیش از حد که منجر به مرگ گردیده را صریحا نشان می‌دهد.

۳- عواقب اجتماعی نامطلوب سوء مصرف موادمخدر

برای برآورد عواقب اجتماعی نامطلوب به ویژه جرایم مربوط به مواد مخدر و پایین آمدن کارایی به دلیل سوء مصرف موادمخدر روش‌ها و منابع اطلاعاتی مورد نیاز است.

در خصوص ارتباط بین سوء مصرف موادمخدر و جرم، تردیدی نیست. در بسیاری از کشورها سوء مصرف مواد مخدر جرم محسوب شده و دلیل بسیاری از خشونت‌ها و سرقت‌ها به شمار می‌آید. با این وجود، ماهیت این ارتباط چندان روشن نیست. با وجودی که بسیاری از مجرمین، موادمخدر مصرف می‌کنند و بسیاری از معتادین مرتکب جرم می‌شوند، امکان آن وجود دارد که سوء مصرف موادمخدر و جرم، هر دو به یک گروه جمعیت‌شناختی مشابه ارتباط داشته و متغیرهای شخصیتی مانند فقر، مشاغل بدون آینده و درآمدهای ناکافی، خودباوری کم و تلفیق و هماهنگی ضعیف اجتماعی نیز در این رابطه دخیل باشند. این عوامل خود ممکن است باعث ارتکاب جرم و روی آوردن به سوء مصرف موادمخدر گردند. اما حتی اگر این امر حقیقت داشته باشد، سوء مصرف و جرم هنوز می‌توانند به عنوان رفتارهای مکمل دیده شوند. این موضوع باعث پیچیدگی‌های خاص و مهمی در امر سیاست‌گذاری می‌شود. کاهش میزان سوء مصرف موادمخدر احتمالا به کاهش کلی میزان ارتکاب جرایم کمک خواهد کرد. اطلاعات به دست آمده در ایالت متحده این امر را ثابت می‌کند. میزان سوء مصرف مواد مخدر به ویژه کوکائین در اواخر دهه ۱۹۹۰ در مقایسه با دهه قبل از آن کاملا کاهش داشته و هم زمان، سرقت (۲۰ درصد)، جرایم همراه با خشونت (۲۳ درصد)، قتل (۲۸ درصد) و قتل‌های مربوط به جرایم موادمخدر (۵۰ درصد) در طول سال‌های ۱۹۹۰-۹۸ پایین آمده است. در صورتی که هزینه‌های جرایم و سایر هزینه‌های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر به صورت منظم محاسبه و جمع‌آوری شوند، می‌توانند به عنوان ابزاری قدرتمند برای

اندازه‌گیری مقرون به صرفه بدون انواع مختلف مداخلات در زمینه مبارزه با موادمخدر مورد استفاده قرار گیرند.

از این رو آمار مربوط به اجرای قوانین در ارتباط با تعداد جرایم موادمخدر، دزدی‌ها و جرایم همراه با خشونت، برای توسعه ظرفیت نظارتی، بیش از پیش اهمیت خود را نشان می‌دهد. آمار مربوط به نقص قوانین موادمخدر در اغلب سیستم‌های اطلاعاتی موادمخدر گنجانده شده و در برخی از کشورها احتمالاً تنها شاخصی است که به صورت منظم در خصوص سوء مصرف موادمخدر جمع آوری می‌شود. این موضوع نیز البته بدون مشکل نیست. در کشورهایی که موادمخدر در آنها تولید می‌شود یا در مسیر ترانزیت آن قرار دارند، تفاوت گذاردن بین نقش قوانین مواد مخدر و کشفیات موادمخدری که برای مصارف داخلی آن کشورها بوده، مفید خواهد بود. بایستی به خاطر سپرد که این آمار، نشان‌گر تغییرات به عمل آمده در الگوهای مصرف و همچنین اولویت‌ها، قابلیت و توانایی ارگان‌های انتظامی نیز هست. امکان پدیده‌ای که با نام " شدت عمل انحرافی " شناخته می‌شود (که طی آن به دلایل سیاسی یا نگرانی‌های عمومی، فعالیت‌های انتظامی افزایش یافته و در نتیجه تعداد دستگیری‌ها بیشتر می‌شود که خود باعث نگرانی بیشتر عمومی گشته و افزایش فعالیت‌های ارگان‌های ذیربط را طلب خواهد نمود)، نیز وجود دارد. این امر معمولاً تاثیری بر روند درازمدت ندارد، اما تأثیرات مهمی در روند کوتاه مدت خواهد گذاشت.

البته تجزیه و تحلیل بازارهای عرضه موادمخدر و مصرف آن به آمار بازداشت‌های نقص قوانین مبارزه با موادمخدر یا تعداد کشفیات به عمل آمده، محدود نمی‌شود. منابع اطلاعاتی دیگر مانند آمار بررسی سهولت دسترسی به موادمخدر غیر قانونی، گزارشات پلیس یا حداقل اطلاعات شفاهی غیر موثق در خصوص قیمت موادمخدر در سطح خیابان، جمع‌آوری اطلاعات از معتادین یا مطالعات به عمل آمده از ایشان و تحلیل آزمایشگاهی ترکیب و توانش موادمخدر خیابانی نیز قابل بهره‌برداری می‌باشند. موضوع دیگر مربوط به مطالعات اپیدمیولوژیکی، از دست دادن بهره‌وری، به دلیل مشکل سوء مصرف مزمن موادمخدر است. این آمار را می‌توان در حوادث محل کار، غیبت از محل

کار یا مشکلات انضباطی پرسنل شاغل به دست آورد. منابع اطلاعاتی مربوط به سوء مصرف موادمخدر در محل کار عمدتاً از مطالعات ویژه‌ای که ارتباط بین نتایج آزمایشات اعتیاد شاغلین، حوادث، غیبت و نسبت تغییر کارکنان را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد، به دست می‌آید.

کارکنان رده‌های پایین‌تر، افراد جوان، جمعیت ذکور و کارگران، به ویژه کارگران صنعتی، بیشتر مستعد سوء مصرف موادمخدر هستند. عوامل مربوط به محیط کار از قبیل فشارها و هنجارهای سازمانی و همکاران و قابلیت دسترسی آنان بر افزایش سطح مصرف الکل و موادمخدر در محل کار تاثیر می‌گذارند. بین سوء مصرف مواد مخدر و بیکاری، نسبت تغییر کارکنان و غیبت از محل کار، ارتباط وجود دارد، اما وجود ارتباط بین سوء مصرف مواد مخدر و حوادث در محل کار کمتر ملاحظه شده است. با توجه به فقدان اطلاعات دقیق در مورد عواقب نامطلوب سوء مصرف موادمخدر در محل کار، مطالعات مربوط به هزینه‌های اقتصادی برای برآورد افت بهره‌وری به روش‌های غیر مستقیم بستگی دارد. اغلب مطالعات، هزینه‌های افت بهره‌وری را از طریق مقایسه حق‌الزحمه افراد معتاد با سایر کارکنان برآورد نموده و با استفاده از این برآوردها، افت بهره‌وری که به دلیل مصرف موادمخدر حاصل می‌گردد را می‌سنجند. به طور آشکار، این روش دارای مشکلات بسیاری است. این‌گونه برآورد، چنین تلقین می‌کند که افت بهره‌وری تنها در مورد مصرف‌کنندگان موادمخدر وجود دارد که دستمزدهای کمتری قبول می‌کنند و شرکت‌ها هیچ مسوولیتی در این رابطه ندارند. حتی با در نظر گرفتن این امر، میزان هزینه‌های افت بهره‌وری که به دلیل سوء مصرف موادمخدر اتفاق می‌افتد، بسیار زیاد است. در یکی از مطالعات NIDA افت بهره‌وری که به دلیل سوء مصرف موادمخدر (از دست دادن حقوق معتادین به دلیل بیماری و مرگ زودرس) اتفاق افتاده است، برابر ۷۸ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۵ محاسبه شده که برابر ۱/۱ درصد تولیدات ناخالص داخلی است.

مشکلات نظارت بر سوء مصرف موادمخدر

و راهی که در پیش روی ما است

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، هریک از منابع اولیه اطلاعات که برای نظارت اپیدمیولوژیکی مورد نیاز است، موانع و محدودیت‌های خاص خود را دارد. با این وجود، سیستم‌های نظارت اپیدمیولوژیکی برای تحقق پیشرفت مناسب در زمینه کاهش تقاضا حیاتی هستند. بهبود چارچوب‌های اپیدمیولوژیکی کاهش تقاضا در وهله نخست نیازمند شاخص‌ها و روش‌های چندگانه است. هیچ یک از روش‌ها به تنهایی مناسب نیستند. بررسی‌های مختلف، آمار نسبتاً موثق و کلی را در خصوص مصرف موادمخدر ارائه می‌کنند اما گروه‌هایی را که بیشتر در معرض خطر هستند و رفتارهایی همچون تزریق مواد را در بر نمی‌گیرند. آمار مربوط به اجرای قوانین، بینش بهتری را در خصوص وضعیت موادمخدر در کشور ارائه می‌کنند اما تحت تاثیر سایر عوامل نیز قرار دارند. آمار مراقبت‌های بهداشتی در برخی مواقع به پیامدهای بهداشتی شدیدتر سوء مصرف موادمخدر محدود می‌شوند که تنها نشانگر جزء بسیار ناچیزی از مشکل است. به منظور درک مناسب روند این مشکل بایستی از کلیه منابع فوق‌الذکر کمک گرفته و با هدف استفاده از شاخص‌های چندگانه، روش‌ها و منابع اطلاعات مربوط به سوء مصرف موادمخدر، پیامدها و عواقب نامطلوب آن و عوامل مرتبط با خطر را برای حل مشکلات مربوط به هر یک از این شاخص‌ها، مقایسه نمود. در این راستا برای کشورهایی که در صدد ایجاد یا توسعه سیستم‌های اطلاعاتی موادمخدر هستند، لازم است تا از تجربیات کشورهایی که در این زمینه قبلاً فعالیت داشته‌اند، استفاده نمایند.

در هر کجا که فقدان اطلاعات وجود دارد، سیستم‌ها از سرعت کمتری جهت مقابله با روندهای جدید برخوردار هستند. با این وجود، در حال حاضر، دانش استفاده از تعداد موجود اما معدود شاخص‌های عمده کاهش تقاضا برای ایجاد یک اساس قابل اعتماد وجود دارد. اهمیت این تحول مهم برای تنظیم و ارزیابی سیاست‌ها و مداخلات، موثر شناخته و پذیرفته شده است. UNDCP با سایر سازمان‌های بین‌المللی و گروه‌های منطقه‌ای که در زمینه اپیدمیولوژی

موادمخدر فعالیت می‌کنند جهت توافق در خصوص شاخص‌های عمده و اصلی مناسب برای استاندارد نمودن فعالیت‌ها همکاری می‌کند که نهایتاً به بهبود قابلیت مقایسه سیستم‌های نظارت اپیدمیولوژیکی بین کشورها خواهد انجامید. از آن جا که کشورها هنوز توانایی جمع‌آوری اطلاعات را ندارند لذا هنوز زمان ایجاد سیستم‌های دقیق اندازه‌گیری فرا نرسیده است. بهبود روش‌ها و سیستم‌های اپیدمیولوژیکی در کشورهای صنعتی که در آن مدت‌هاست سوء مصرف موادمخدر از نگرانی‌های عمده محسوب می‌شود و منابع کافی برای توسعه و پشتیبانی سیستم‌های نظارتی وجود داشته بیشتر مشهود است. در حال حاضر سوء مصرف موادمخدر مشکل اصلی دولت‌های کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. بسیاری از کشورها که هم اکنون مشکلات جدی موادمخدر را تجربه می‌کنند هنوز اطلاعات اولیه جهت توسعه واکنش‌های مناسب را در اختیار ندارند. امروزه تنها مشکل بهبود سیستم‌های اطلاعاتی موجود، درک و محاسبه هزینه‌های مرتبط با رفتارهای مربوط به سوء مصرف موادمخدر نیست بلکه مشکل، قوت بخشیدن به توانایی جمع‌آوری اطلاعات در قسمت‌هایی از جهان است که در حال حاضر کمبود آن وجود دارد. هدف UNDCP کمک به کشورها در ایجاد سیستم‌های اطلاعات اپیدمیولوژیکی است. برنامه جهانی ارزیابی سوء مصرف موادمخدر (GAP) از ایجاد سیستم‌های ملی اطلاعات موادمخدر و شبکه‌های اپیدمیولوژیکی منطقه‌ای حمایت می‌کند (جدول ب).

جدول ب : حمایت UNDCP از اپیدمیولوژی موادمخدر

دولت‌های ملی و نیز ارگان‌های منطقه‌ای و جهانی همگی تعهد نموده‌اند تا کیفیت و قابلیت مقایسه اطلاعات جمع‌آوری شده خود را در زمینه مصرف موادمخدر غیر قانونی بهبود بخشند. این توافق در بیانیه سیاسی مربوط به اصول راهنمای کاهش تقاضا آمده است که در آن، کشورها متعهد شده‌اند تا برنامه‌های کاهش تقاضای خود را بر اساس ارزیابی‌های منظم که به صورت جامع و سیستماتیک انجام خواهد گرفت، برنامه‌ریزی کنند. این امر در زمینه

وضعیت اپیدمیولوژیکی از این هم فراتر می‌رود. درک لزوم توسعه سیستم‌های اطلاعاتی در زمینه سوء مصرف موادمخدر یک موضوع محلی و ملی نیست بلکه یکی از توجهات جامعه بین‌المللی در کل می‌باشد. در جهان یکپارچه کنونی، اپیدمی‌های سوء مصرف موادمخدر تنها در داخل مرزهای ملی باقی نمی‌مانند.

UNDCP با توجه به این پیشینه، یکی از نقش‌های مهم خود را در توسعه درک بهتر روند جهانی سوء مصرف موادمخدر و نیز حمایت از کشورها در زمینه بهبود منابع اطلاعاتی که یک پیش شرط برای مداخلات موفق در زمینه کاهش تقاضا بوده و برای اطلاع‌رسانی به کشورهای عضو در خصوص روندهای در حال شکل‌گیری مفید است، می‌داند. مکانیزم رسمی که کشورهای عضو مطابق آن در زمینه وضعیت سوء مصرف موادمخدر گزارش می‌کنند از طریق تکمیل فرم پرسش‌نامه گزارشات سالانه (ARQ) است. پرسش‌نامه‌های تکمیل شده همراه با سایر اطلاعات در گزارش سالانه UNDCP به کمیسیون موادمخدر (CND) که ارگان اصلی سیاستگذار سازمان ملل در امور موادمخدر غیر قانونی است، ارائه می‌گردد. اطلاعات مندرج در پرسش‌نامه UNDCP همچنین اساس اغلب اطلاعات ارائه شده در گزارش جهانی موادمخدر فعلی و قبلی آن، برای استفاده در بررسی‌های آماری مستفاد از گزارش روند جهانی موادمخدر غیر قانونی است که به طور سالانه منتشر می‌شود. به دنبال تصمیم کمیسیون موادمخدر، پرسش‌نامه ARQ در حال حاضر به منظور ساده و متمرکز نمودن آن و کاهش دوباره کاری‌ها در دست اصلاح است. پرسش‌نامه اصلاح شده ARQ یک گروه از شاخص‌های مهم مشابه آنچه در حال حاضر مورد استفاده است یا آنچه توسط سازمان‌های منطقه‌ای در دست توسعه است را شامل می‌گردد و باعث ارائه گزارشات قابل مقایسه بهتر شده و به کشورهای عضو در ایجاد سیستم‌های نظارتی مناسب در زمینه مبارزه با موادمخدر کمک خواهد نمود.

البته یکی از پیش شرط‌ها برای عملکرد مناسب سیستم‌ها این است که کشورها بتوانند اطلاعات اپیدمیولوژیکی را جمع‌آوری نمایند. اگرچه روش‌های پیچیده بیشتری در حال حاضر جهت جمع‌آوری این گونه مطالب موجود است و سرمایه‌گذاری‌هایی که کشورهای مختلف در دهه گذشته در این زمینه انجام

داده‌اند شروع به بازده نموده است، لکن اکثر کشورهای در حال توسعه از این پیشرفت‌ها استفاده لازم را نبرده‌اند. در بسیاری از قسمت‌های جهان، مطالعات شفاهی غیر موثق در خصوص وضعیت سوء مصرف موادمخدر، اساس مناسبی برای کمک‌های توسعه‌ای جهت ایجاد برنامه‌های کاهش تقاضا نیستند. فقدان منابع اقتصادی و نیز وجود نیازهای بیشتر، امکان دارد کشورها را از سرمایه‌گذاری در ایجاد سیستم‌های نظارتی باز دارد.

هدف برنامه ارزیابی جهانی UNDCP (GAP) شکستن این حلقه خطرناک و کشنده از طریق کمک فعالانه به کشورها جهت ایجاد سیستم‌های جمع‌آوری اطلاعات و بهبود کیفیت و قابلیت مقایسه اطلاعات جمع‌آوری شده است. مشاورین منطقه‌ای GAP در زمینه اپیدمیولوژی در حال حاضر مشغول کمک به هماهنگی پیشرفت‌ها در زمینه جمع‌آوری اطلاعات در آفریقای مرکزی و جنوبی و آسیای جنوب شرقی و مرکزی هستند. این برنامه همچنین توسعه فعالیت‌ها در زمینه جمع‌آوری اطلاعاتی که تحت عناوین اطلاعات درخواستی پرسش نامه ARQ باشند را تشویق و ترغیب می‌نماید. این اطلاعات شامل ارزیابی وسعت سوء مصرف موادمخدر و عواقب نامطلوب آن از قبیل مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف موادمخدر، درمان و ابتلا به ویروس HIV می‌گردد. ابزار متدولوژیکی GAP (که راهنمای عملی برای برنامه‌ریزی کشورهایی است که تمایل دارند از روش‌های پیشرفته جمع‌آوری اطلاعات با توجه به شرایط خاص کشور خود استفاده نمایند) به زودی ارائه خواهد شد. به موازات آن، UNDCP کمک‌هایی را جهت کشورهای مختلف آمریکای لاتین از جمله کشورهایی که هم‌اکنون نیز از توان پژوهشی بالایی برخوردارند در زمینه انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیکی به گونه‌ای ارائه می‌نماید که نتایج آن در سراسر کشورها قابل مقایسه باشد. از این گذشته UNDCP تعدادی مطالعه ارزیابی سریع در کشورها از جمله کشورهای آفریقایی جهت به دست آوردن اطلاعات پیرامون الگوهای سوء مصرف موادمخدر به عمل آورده است. از این رو اساس لازم را جهت مداخلات در زمینه مبارزه و پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر در دست دارد. علیرغم همه این تلاش‌ها چالش توسعه درک به موقع و جامع

پویایی سوء مصرف جهانی موادمخدر بسیار قابل ملاحظه بوده و تلاش‌های بیشتری باید در این زمینه صورت گیرد. تقاضا برای جهانی شدن و لزوم واکنش براساس شواهد بدان معنی است که درک وضعیت سوء مصرف موادمخدر و توسعه آن امری حیاتی است. این موضوع به صورت روز افزونی مشخص و درک شده است. UNDCP همچنان به عنوان یک همکار فعال و متعهد به اقدامات خود ادامه خواهد داد.

فصل دوم

پیشگیری

از پیشگیری‌های ابتدایی سوء مصرف موادمخدر

تا رویکردهای مدرن

به‌طور کلی هدف از پیشگیری از مصرف موادمخدر، جلوگیری از رویداد سوء مصرف مواد در اجتماع است. زیرا بهتر و مقرون به صرفه‌تر است که با این گونه مشکلات در همان مرحله اول مقابله شود تا در مراحل بعدی. از آن جا که اغلب افراد اولین بار موادمخدر را در سنین دانش‌آموزی تجربه می‌کنند، برنامه‌های پیشگیری نیز بایستی در همان سنین آغاز شود.

هدف عملی‌تر، کاهش یا به تعویق انداختن شروع سوء مصرف مواد در اجتماع است، چرا که آسیب‌پذیری در برابر سوء مصرف مواد معمولاً با بالا رفتن سن، کمتر می‌شود. هرچه بیشتر بتوانیم شروع آن را به تعویق بیندازیم، امکان به دام افتادن افراد کمتر می‌شود. اهداف دیگری که در برخی از کشورها دنبال می‌شود شامل پیشگیری از پیشروی به سوی اعتیاد کامل به موادمخدر است. در صورتی که برنامه‌های پیشگیری در مراحل اولیه آغاز شوند، شانس موفقیت، بیشتر خواهد بود. هرچه این امر به تعویق بیفتد امکان معقولانه برخورد کردن افراد نیز با تغییر شرایط زندگی بیشتر می‌شود. این روند از طریق فعالیت‌های پیشگیری تسهیل خواهد شد.

با هدف قرار دادن گروه‌های مختلف در معرض خطر (مانند رویکرد تقسیم بازار که توسط شرکت‌های تجاری صورت می‌گیرد) سعی می‌شود تا برنامه‌های پیشگیری برای نیازهای ویژه طراحی و اجرا شوند و بدین ترتیب شانس موفقیت افزایش داده شود. با اینکه این امر ضروریست لیکن باید مراقب بود که در جهان

یکپارچه کنونی، پیام‌ها و مداخلاتی که در این زمینه صورت می‌گیرند با یکدیگر مطابقت داشته باشند. حتی اگر گروه‌های در معرض خطر را با موفقیت، هدف قرار دهیم، هنوز محدودیت‌هایی در برابر برنامه‌های پیشگیری قرار دارد. بهترین فعالیت‌هایی که در زمینه عرضه کالا برای خریداران بالقوه صورت می‌گیرد، نخواهد توانست همه آنها را متقاعد به خرید کند. به همین ترتیب انجام بهترین شناسایی گروه‌های در معرض خطر و اجرای برنامه‌های پیشگیری نیز نخواهد توانست کلیه مصرف‌کنندگان موادمخدر را از این عمل وادارد. نهایتاً هر فرد متفاوت بوده و آنچه برای یک نفر متقاعد کننده است برای دیگری این چنین نخواهد بود. پس از اینکه فرد به مواد آلوده شد محدودیت‌هایی نیز برای برنامه‌های پیشگیری به وجود می‌آید. از این رو یک استراتژی موثر کاهش تقاضا نیازمند رویکردی متوازن است که در آن پیشگیری و درمان هر دو پیش‌بینی شده باشد تا در صورتی که پیشگیری شکست خورد، درمان ممکن باشد.

واضح است که بدون استراتژی پیشگیری موفق، کلیه سیاست‌های مبارزه با موادمخدر، نهایتاً شکست خواهند خورد. اگرچه قوانینی که قاچاق و در اختیار داشتن موادمخدر را منع می‌کنند عنصر مهمی در یک استراتژی ملی مبارزه با موادمخدر به حساب می‌آیند و نشانگر معیارهای رفتاری جامعه هستند اما در صورتی که خود مصرف‌کنندگان بالقوه به این نتیجه نرسند که مصرف موادمخدر به نفع ایشان نیست، کارایی لازم را نخواهند داشت. جهانی شدن هنجارهای اجتماعی یکی از کارکردهای اصلی برنامه پیشگیری است. با وجودی که معمولاً برنامه‌های پیشگیری از سایر عناصر موجود در زمینه مبارزه با موادمخدر کمتر ملموس و مشخص است اما کلید راه موفقیت درازمدت محسوب می‌شود.

شکل اولیه برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد بیشتر بر اساس عقیده و نظر بود تا علم. رویکرد اصلی در این رابطه، توزیع اطلاعات با این فرض بود که اگر مردم از عواقب منفی سوء مصرف موادمخدر مطلع باشند، دیگر این مواد را مصرف نخواهند کرد.

ارزیابی‌ها نشان داده‌اند که رویکرد توزیع و پخش اطلاعات، دانش مردم را نسبت به عواقب منفی مصرف موادمخدر افزایش می‌دهد. این روش حتی امکان دارد که نگرش و طرز فکر عمومی را در امر مبارزه با موادمخدر تغییر دهد اما نمونه‌هایی نیز وجود دارند که در تضاد با آن هستند یعنی افرادی که از آگاهی بیشتری برخوردار بوده‌اند، موادمخدر بیشتری مصرف کرده‌اند. همچنین به نظر می‌رسد که این امر به شرایط جغرافیایی و محلی نیز بستگی دارد. با وجودی که هنوز در چندین کشور در حال توسعه نیاز به اطلاعات اولیه وجود دارد، اما این گونه اطلاعات به صورت گسترده در کشورهای توسعه یافته نیز موجود است. از این رو ارزش افزوده اطلاعات مشروح در زمینه مبارزه با موادمخدر محدود است. مطالعات دراز مدت جدی در زمینه تحقیقات مربوط به رویکردهای پیشگیری که تنها با توزیع و پخش اطلاعات انجام می‌گیرند، تاثیری در رفتارهای بعدی افراد ندارد. به ظاهر همه در این موضوع توافق نظر دارند که توزیع و پخش اطلاعات لازم است اما شرط کافی برای یک برنامه پیشگیری موفق نیست.

استفاده از تاکتیک‌های ترساندن افراد که از آغاز قرن بیستم در فعالیت‌های پیشگیری در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته‌اند، بسیار بحث برانگیز بوده است. مطالعات به عمل آمده در کشورهای غربی نشان می‌دهد که اقدامات پیشگیری که در آن عواقب منفی سوء مصرف موادمخدر بیش از حد تاکید و بزرگ‌نمایی شده‌اند، اعتماد جمعیت موردنظر را سلب کرده‌اند. از این رو خردمندانه بودن برنامه‌های پیشگیری سوء مصرف موادمخدر که در آن بر ترساندن افراد بیش از ارایه واقعیت‌ها تمرکز شده، سوال برانگیز است.

اگرچه اکثر مردم همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد، عکس‌العمل نشان داده‌اند با این حال این‌گونه برنامه‌ها جذابیت مصرف موادمخدر و تجربه کردن آن را برای برخی از گروه‌های در معرض خطر بیشتر نموده است. افت اعتماد این گروه‌ها به برنامه‌های پیشگیری، استفاده از سرویس‌های مشورتی را در مراحل بعدی دشوار نمود. به نظر می‌رسد بعضی از کشورها (غیر از آمریکای شمالی و اروپا) با روش ترساندن افراد، موفقیت‌هایی را در این زمینه کسب نموده‌اند. این

امر نیز ممکن است با افزایش جریان ارتباطات بین کشورها تغییر کند. موضوع متفاوت دیگری که وجود دارد، واکنش رسانه‌های جمعی در خصوص رخدادهای ویژه و استفاده از تاکتیک‌های ترساندن برای انتقال پیام است. برای مثال در انگلستان یک برنامه ملی عمده غیر رسمی در رسانه‌های جمعی این کشور به مدت چند ماه در خصوص مرگ زن جوانی که به دلیل مصرف اکستسی فوت کرده بود از دسامبر ۱۹۹۵ پخش شد. فوت این زن جوان به دلیل این که والدین او اجازه داده بودند تا تصاویر وی در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان قبل از مرگ او گرفته و پخش شود، پوشش خبری زیادی را به خود اختصاص داد. برنامه‌های غیر رسمی مبارزه با موادمخدر در رسانه‌های جمعی به نظر می‌رسد که در کوتاه مدت، موفق بوده‌اند. یک بررسی ملی که در مدارس این کشور بین دانش‌آموزان در سال ۱۹۹۷ صورت گرفت نشان داد که ۳ درصد از دانش‌آموزان در طول عمر خود حداقل یک بار اکستسی و ۷/۳ درصد آمفتامین مصرف کرده‌اند. این در صورتی است که بررسی قبلی که دو سال قبل از آن در این مدارس به عمل آمده بود این میزان را به ترتیب ۸ و ۱۳ درصد نشان داده بود. تفاوت‌های رویکردهای متدولوژیکی ممکن است مقادری از این تغییرات را توضیح دهند اما قادر نخواهند بود دلیل کلیه این تغییرات را شرح دهند. در هر صورت وضعیت به وجود آمده ادامه نخواهد یافت. در سال ۱۹۹۸ بررسی جرم و جنایت در انگلستان نشان داد که این تاثیرات به صورت گسترده‌ای کم رنگ‌تر شده‌اند و سوء مصرف موادمخدر از جمله اکستسی به میزان قبل بازگشته است.

نمونه‌ها نشان می‌دهد که این موضوع همچنان پیچیده است و هنوز نیازمند تحقیقات بیشتر می‌باشد. نتایج اولیه نشان می‌دهند که تاکتیک‌های ترساندن افراد با وجود امکان موفقیت‌هایی کوتاه مدت، ممکن است در دراز مدت نتایج معکوس داشته باشد. کارشناسان و متخصصین بین‌المللی که بیانیه اصول راهنمای کاهش تقاضای موادمخدر که در نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل در ژوئن ۱۹۹۸ به تصویب رسید را طراحی نموده‌اند نیز به همین نتیجه رسیده‌اند: "اطلاعات مورد استفاده در برنامه‌های پیشگیری بایستی واضح، از

لحاظ علمی دقیق و قابل اعتماد، از لحاظ فرهنگی قابل قبول، به موقع و در صورت امکان در جمعیت‌های مورد نظر آزمایش شوند. بایستی تلاش شود تا اعتبار آن تضمین گردد، از هر گونه جنجال آفرینی جلوگیری کرده و اعتبار و تاثیر آن، تبلیغ شود."

ضعف دیگری که در بسیاری از برنامه‌های پیشگیری در گذشته وجود داشته تمایل ارگان‌های فعال در امر پیشگیری جهت ایفای نقش به عنوان تعیین و مشخص کننده مشکلات و ارایه دهنده راه‌کارها برای حل آن در جمعیت و گروه مورد نظر بوده است.

اخیرا براساس ارزیابی نتایج، نقش فعال جامعه و گروه مورد نظر در تعیین و مشخص کردن مشکلات و یافتن راه حل آن مورد تاکید قرار گرفته است.

تا به امروز اغلب مطالعاتی که در زمینه اثربخشی برنامه‌های پیشگیری موادمخدر در جهان صنعتی بخصوص در ایالت متحده به عمل آمده نشان داده است که "رویکرد علمی" در برنامه‌های پیشگیری موفق خواهد بود. میزان شیوع سوء مصرف مواد در ایالت متحده به صورت قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. در بسیاری از کشورهای غربی، روند رو به رشد سوء مصرف موادمخدر متوقف و در برخی از کشورها حتی پایین‌تر آمده، برعکس بسیاری از کشورهای در حال توسعه با افزایش سوء مصرف مواد روبرو بوده‌اند.

وسعت به کارگیری و استفاده از تجربیات به دست آمده در کشورهای توسعه یافته در کشورهای در حال توسعه هنوز نیاز به ارزیابی دارد. با این حال واضح است رویکردهایی که براساس شواهد در زمینه پیشگیری انجام می‌گیرند و از روش مطالعه و شناسایی اطلاعات اولیه استراتژی‌های خود را در زمینه پیشگیری طراحی نموده و برنامه‌های خود را به صورت منظم نظارت و ارزیابی کرده و این برنامه‌ها را از هر نظر با شرایط خود سازگار می‌کنند در سراسر جهان عملی هستند. از این رو UNDCP فعالانه مشغول کمک به کشورهای در حال توسعه جهت تنظیم و اجرای برنامه‌های پیشگیری است.

اساس برنامه‌های موثر پیشگیری

ارایه اطلاعات صحیح در خصوص ماهیت و وسعت سوء مصرف موادمخدر از کمک‌های مهم و حیاتی به برنامه‌های پیشگیری محسوب می‌شود. این‌گونه اطلاعات به‌طور کلی از طریق انجام مطالعات طولی و شیوع سوء مصرف موادمخدر به دست می‌آید.

مطالعات مربوط به شیوع سوء مصرف موادمخدر که به‌صورت منظم در مدت زمان‌های مشخص در یک کشور به عمل آید، نه تنها برای برآورد میزان، ماهیت و روند سوء مصرف موادمخدر در آن کشور مفید است بلکه ممکن است به ارتقای سطح آگاهی‌های عمومی در رابطه با این معضل در طول پروسه انجام و نیز پس از ارایه نتایج آن، کمک نماید. مطالعات طولی که در آن رفتارهای یک گروه خاص در طول زمان مشخص مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد می‌تواند بر درک بهتر تاثیر عوامل خطر و برنامه‌های انجام شده در طول چند سال، کمک نماید.

اطلاعات صحیح در خصوص ماهیت مشکلات مربوط به سوء مصرف موادمخدر در یک جامعه برای توسعه اهداف عملی و روشن لازم و ضروری است. مسوولان طراحی برنامه‌های پیشگیری باید جوامع یا گروه‌های مورد نظر را فعال نموده و به آنها اجازه دهند تا در یافتن راه حل مشکلات خود مسوولیت داشته باشند. این بدان معنی است که با نمایندگان معتبر گروه‌های مورد نظر در یافتن مشکلات و تعیین اهداف مناسب همکاری نموده و از آنها حمایت نمایند و به ایشان کمک کنند تا فعالیت‌های پیشگیری را ارزیابی نمایند. ارایه و تحمیل راه‌حل به گروهی که تمایل ندارند یا درگیر امور نیستند به ندرت موثر واقع شده و ممکن است باعث پیامدهای منفی که مورد نظر نبوده‌اند، گردد.

سوء مصرف موادمخدر با تعداد دیگری از مشکلات و رفتارهای اجتماعی به هم آمیخته و ممکن است تحت تاثیر سایر عوامل تعیین کننده باشد. احساس محرومیت اجتماعی یک عامل کمک کننده در روی آوردن به سوء مصرف موادمخدر و نیز سایر مشکلات بهداشتی و اجتماعی است. به همین ترتیب در

برخی از جوامع، فقر نیز به عنوان عامل خطر نه تنها برای بارداری‌های ناخواسته و خشونت میان جوانان، بلکه برای سوء مصرف موادمخدر مطرح بوده است. فعالیت‌های برنامه پیشگیری که عوامل خطر گسترده‌ای را مدنظر قرار می‌دهند می‌توانند با استراتژی‌های دیگری که هدفشان بهبود زندگی مردم و جامعه است، به صورت یکپارچه عمل نمایند. براین اساس یک طرح یا استراتژی پیشگیری سوء مصرف موادمخدر می‌تواند در چارچوب یک طرح جامع‌تر پیشگیری از جرم، سلامت یا بهداشت قرار گیرد. برای معرفی یک اقدام جامع در زمینه پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر، درک هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی حاصل از سوء مصرف مواد قانونی مثل الکل، داروهای مختلف و سیگار نیز بسیار مهم است و بایستی در کنار مواد غیرقانونی مطرح شده و مدنظر قرار گیرند. در طراحی یک سیاست جامع در زمینه پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر، به کارگیری زمینه‌های مختلف علمی مانند روانشناسی، آموزش و پرورش، پزشکی، بهداشت عمومی، اقتصاد، ارتباطات و حقوق کیفری نیاز است. این امر می‌تواند بدان معنا نیز باشد که افرادی را که به شکل سنتی نقش فعالی در برنامه‌های پیشگیری سوء مصرف موادمخدر ایفا نمی‌کردند مانند برنامه ریزان شهری، مسوولان مسکن و سیاستمدارانی که در ایجاد شغل فعالیت دارند، یا متخصصین امور اجتماعی را در این زمینه فعال نمود.

به همین ترتیب در سطح محلی، بسیاری از بخش‌ها شامل مدارس، امور انتظامی، محلات، ارگان‌های اجتماعی و اتحادیه‌های شغلی، مذهبی و هنری لازم است در رابطه با نقش ویژه خود در زمینه پیشگیری آگاه شده و هماهنگی‌های لازم برای فعالیت ایشان فراهم گردد. به‌طور کلی پذیرفته شده که راه‌کارهایی که بخش‌های مختلف اجتماعی را جهت مقابله با عوامل فردی و محیطی به شکل هماهنگ و پایدار به یکدیگر نزدیک و هماهنگ می‌کنند، بهترین شانس تاثیرگذاری را دارند. قطع نظر از سیاست‌های مبارزه با موادمخدر که تا کنون تعقیب شده‌اند، بهترین نتایج در جوامعی به دست آمده که این گونه هماهنگی‌ها بین سرویس‌های مختلف اجتماعی، انتظامی و نمایندگان دولتی ایجاد و حفظ شده است. از این گذشته تجربیات UNDCP نشان داده که

برنامه‌های پیشگیری در صورتی موفق خواهند بود که نتایج حاصل از مطالعات علمی را با تجربیات متصدیان فعال امور پیشگیری ترکیب نمایند. متصدیان فعال در نمونه برنامه‌های آزمایشی میدانی و نمایندگان گروه‌های مورد نظر می‌توانند توصیه‌های عملی مهمی را در خصوص اجرا و حفظ برنامه‌ها، ارائه داده و پژوهشگران می‌توانند اصول و ملاحظات کلی را برای طراحی برنامه‌ها پیشنهاد نمایند.

سیاستمداران و دولتمردان باید رهبری این برنامه‌ها را جهت اجرای موثر آن در دست بگیرند. رهبری به معنی سیاستگذاری حتی‌الامکان بر اساس شواهد تجربی صورت گرفته و منابع لازم را در اختیار مجریان برنامه‌ها قرار داده و استانداردهای مورد نظر را ایجاد می‌نماید. این امر همچنین به معنی ایجاد تعهد درازمدت حتی زمانی که منابع محدود می‌شوند و یا زمانی که سایر بحران‌ها توجه همگان را به خود جلب می‌کنند، می‌باشد. دولتمردان همچنین می‌توانند از طریق هماهنگی بین نمایندگان مشاغل، رسانه‌های جمعی و سازمان‌های غیر دولتی جهت جستجوی راه‌حل‌ها، رهبری کنند.

آسیب‌ها و خطرات ناشی از موادمخدر و عوامل حفاظتی

همانند سایر مشکلات بهداشتی و اجتماعی، سوء مصرف موادمخدر نیز به ندرت به یک دلیل خاص محدود می‌شود. مطالعات به عمل آمده تعدادی از عوامل که خطرات فردی را در زمینه مصرف مواد مخدر (عوامل خطر) افزایش می‌دهند و عواملی که افراد را در برابر این عمل ایمن می‌سازند (عوامل ایمنی یا انعطاف پذیری) برای مثال عواملی که جهت تقویت یا حفاظت افراد، خانواده‌ها، جوامع و اجتماعات به کار گرفته می‌شوند را تعیین نموده‌اند. این عوامل پیچیده، به طور مداوم در سطوح فردی و اجتماعی در حال تغییر هستند. بعضی از این عوامل از جمله کنجاوی، کسل بودن و تنهایی جهانی بوده و بعضی محلی‌ترند و در اشخاص و جوامع مختلف به صورت‌های متفاوت بروز می‌کنند. دلایل فردی مصرف مواد مخدر مطمئناً در تعامل پیچیده با

عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و محیطی و نیز عوامل مربوط به ژنتیک، زیست‌شناختی و شخصیتی است.

قوی‌ترین تاثیرات بر مصرف اولیه موادمخدر در اغلب مواقع ارتباطات بین اشخاص، خانواده و گروه‌ها می‌باشد. عوامل عمده خطر به شرح ذیل تعیین گردیده‌اند:

۱- در خصوص عوامل خطر در خانواده، مطالعات بی‌شماری در زمینه تاثیر ساختار خانوادگی، روش تربیتی والدین، کیفیت ارتباط بین والدین و فرزندان، نظارت والدین، قوت و گستردگی شبکه خانواده در توسعه مصرف موادمخدر به عمل آمده است. از هم پاشیدگی خانواده، ارتباط ضعیف خانوادگی، سوء مصرف موادمخدر و جرم توسط والدین فرزندان و نیز ناهماهنگی در اجرای مقررات و معیارها و نظارت نامناسب، به عنوان عوامل بحرانی که باعث مشکلات بعدی خواهند شد، تعیین شده‌اند.

۲- مطالعات اپیدمیولوژیکی، اهمیت شبکه‌های همسان را در زمینه‌های شروع و تشدید سوء مصرف موادمخدر نشان می‌دهد. مرحله انتقال از خردسالی به جوانی به عنوان مرحله تغییر ارزش‌ها از آنچه والدین به فرد آموخته‌اند به آنچه از گروه‌های هم سن خود می‌آموزند، محسوب می‌شود که نشانگر اهمیت دوستان و هم سالان در به وجود آوردن فرصت‌ها برای مصرف موادمخدر و حمایت از این گونه رفتارها است.

۳- ارتباطات بیشتری بین مصرف موادمخدر و سایر عوامل اجتماعی از قبیل فقر، حضور در مدرسه، عملکرد ضعیف در مدرسه و اخراج از مدرسه مشخص شده است.

۴- تاثیر محیط نیز از عوامل مهم به حساب می‌آید، از جمله قابلیت دسترسی به مواد اعتیادآور، مقررات اجتماعی و هنجارها و معیارها در رابطه با مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر (فقدان پیام‌ها و هنجارهای اجتماعی گسترده علیه موادمخدر) و نیز فقدان برنامه‌های تفریحی برای کودکان و خردسالان پس از مدرسه و در طول ساعات روزهای تعطیل که در بسیاری از کشورها وجود دارد.

۵- نتایج حاصل از بسیاری مطالعات طولی به عمل آمده در خصوص جوانان نشان داده است که کشیدن سیگار و نوشیدن نوشابه‌های الکلی در سنین نوجوانی با تجربه نمودن حشیش و سایر موادمخدر توسط این افراد، ارتباط مستقیم دارد. این بدان معنی نیست که شخصی که از دوران نوجوانی الکل مصرف می‌کند به صورت خودکار، حشیش یا سایر موادمخدر نیز مصرف می‌کند، بلکه نشان می‌دهد در بین سیگاری‌ها یا مصرف‌کنندگان الکل، خطر شیوع مصرف حشیش و سایر موادمخدر بسیار بالاتر از افرادی است که سیگار نمی‌کشند و الکل مصرف نمی‌کنند.

به همین دلیل در بعضی از فعالیت‌های پیشگیری سعی می‌شود تا شروع و به تاخیر انداختن استعمال سیگار و مصرف الکل را به عنوان یکی از اهداف مهم خود پیگیری نمایند. این فرضیه برای اصل استوار است که شروع زود هنگام، یک عامل غیر عمومی برای مصرف مواد بوده و به سایر عوامل وابسته نیست.

۶- تعدادی عوامل وابسته به شخصیت فردی مصرف‌کنندگان موادمخدر نیز از طریق مطالعات، مشخص شده‌اند. این عوامل عبارتند از: خودباوری کم (خجالتی بودن)، خویشن‌داری ضعیف، پرخاشگری، ویژگی‌های شخصیتی از جمله هوسرانی، تجربه ناکافی در زمینه برقراری ارتباطات اجتماعی، احساسات، افسردگی، رویدادهای پرهیجان و پرفشار زندگی.

اگرچه اغلب مطالعات به عمل آمده در سال‌های پیش بر شناسایی عوامل خطر متمرکز بوده‌اند، اما مطالعاتی که در سال‌های اخیر صورت می‌گیرد، بیشتر بر شناسایی عوامل حمایتی متمرکز دارند. این تغییر و تحول به دلیل محدودیت‌های موجود در برنامه‌های پیشگیری که در آن به کاهش عوامل خطر متمرکز شده و غالباً نیز موفق نبوده‌اند، صورت گرفته است. امروزه تقویت عوامل حمایتی به عنوان موضوعی مهم در امر پیشگیری عوامل خطر محسوب می‌شود. بعضی از دست‌آوردهای مهم در زیر می‌آید:

خانواده هنوز نقش مهمی را ایفا می‌کند. ارتباط محکم و مثبت با حداقل یک مددکار یا بزرگ سال خارج از خانواده می‌تواند تاثیر حمایتی خوبی را آن گونه که نظارت کامل و ثابت یک مزیت روشن عامل خطر و حمایت در فعالیت‌های

مردن پیشگیری، آگاهی از این است که بسیاری از مشکلات بهداشتی و اجتماعی دارای ریشه‌های به هم مرتبط هستند. این امر می‌تواند به انجام هرچه بهتر استراتژی‌ها و اقتصادی نمودن استفاده از منابع بینجامد. اگرچه هنوز باید در مورد عوامل خطر و عوامل حمایتی و چگونگی تعامل آنها به ویژه در کشورهای در حال توسعه بیاموزیم، اما برنامه‌های پیشگیری که در آن به این عوامل توجه می‌شود بیشتر امکان رسیدن به ریشه‌های اصلی مشکل و تسهیل راه‌حل‌های آن را دارند تا روش‌های سطحی که در آن تنها نشانه‌های سوء مصرف موادمخدر مورد نظر قرار می‌گیرند.

اهداف و انواع برنامه‌های پیشگیری

پیچیدگی راهی که به مصرف موادمخدر می‌انجامد، به توسعه چندین استراتژی گسترده پیشگیری ختم شده است. در کلیه این استراتژی‌ها سعی می‌شود که راه‌حل‌های مناسب ویژه‌ای برای مشکلات خاص گروه‌های در معرض خطر و گروه‌های مربوط به آنها ارائه گردد. کودکان و نوجوانان همانند والدین و خانواده‌ها، هدف‌های اصلی برنامه‌های پیشگیری هستند. سایر گروه‌هایی که خطرات خاصی را با خود دارند در فعالیت‌های پیشگیری در اولویت قرار می‌گیرند. به عنوان یک قاعده هرچه خطر برای یک گروه بیشتر باشد، شدت تلاش‌ها در برنامه‌های پیشگیری بیشتر نیاز خواهد بود. فعالیت‌های گسترده با شدت کمتر و معمولاً با تمرکز بر جمعیت کلی انجام می‌گیرند. هدف این برنامه‌ها پیشگیری از فعالیت و رفتارهای به اصطلاح خطرناک است و در صورتی که افراد قبلاً به این گونه رفتارها روی آورده باشند، سعی می‌کنند تا این گونه رفتارها را تغییر داده و یا مشکلات ایشان را درک نموده و آنها را جهت ترک رفتارهای نابهنجار در یک برنامه خصوصی و فشرده قرار دهند. از آن جا که بودجه پیشگیری در بسیاری از کشورها محدود است، نیاز است تا مطالعات لازم جهت اتخاذ با صرفه‌ترین استراتژی‌ها به عمل آید. UNDCP و سایر ارگان‌هایی که در این زمینه فعالیت می‌کنند، موفقیت‌های زیادی را در زمینه به کارگیری نیروهای بالقوه مثل معلمان و مددکاران اجتماعی (یا حتی

قبل از آن با هدف قرار دادن موسسات فنی که معلمان و مددکاران اجتماعی را برای آشنایی با فعالیت‌های پیشگیری آموزش می‌دهند) و با تطبیق و وارد نمودن این برنامه‌ها در سمینارهای درسی و آموزشی به دست آورده اند. فعالیت‌های پیشگیری به سه بخش پیشگیری اولیه (پیشگیری از مصرف موادمخدر)، پیشگیری ثانویه (متقاعد نمودن مصرف‌کنندگان موادمخدر در حداقل زمان ممکن برای ترک و یا درمان)، و پیشگیری ثالث (کاهش برخی از خطرات مربوط به مصرف موادمخدر از قبیل سهیم شدن سرنگ بین معتادین تزریقی به منظور کاهش خطر ابتلا به ویروس HIV) تقسیم شده است. با وجودی که کلیه این اهداف پیشگیری، توجیه و مراقبت‌های خاص خود را دارند با این حال باید اطمینان حاصل نمود که موفقیت پیام‌ها و مداخلات در یک بخش باعث به خطر انداختن اقدامات مرتبط در سایر بخش‌ها نشود. تنگناها و دشواری‌هایی که در برابر اجرای سیاست‌ها در این زمینه ظاهر می‌شوند غیر قابل اجتناب‌اند. با این مشکلات در نقاط مختلف جهان به صورت‌های متفاوت برخورد می‌شود. برای مثال در ایالات متحده و چندین کشور آسیایی پیشگیری اولیه اولویت بیشتری دارد و در کشورهای اروپای غربی، کانادا و استرالیا پیشگیری ثانویه و ثالث مورد تاکید بیشتری قرار می‌گیرند.

طبقه‌بندی دیگری در زمینه فعالیت‌های پیشگیری وجود دارد که به صورت "جهانی"، "منتخب" و "مشخص" برای گروه‌های مورد نظر به شرح ذیل به عمل می‌آید.

۱- برنامه‌های پیشگیری گسترده یا "جهانی" به منظور کمک به کل جامعه یا بخش‌های وسیعی از آن جهت ترغیب بهداشت و پیشگیری از شروع سوء مصرف مواد طراحی می‌شوند. هدف برنامه‌های پیشگیری جهانی معمولاً کودکان یا جوانان است. اقدامات و فعالیت‌های مربوط به پیشگیری جهانی شامل برنامه‌هایی است که جهت ارتقای سطح آگاهی در خصوص خطرات سوء مصرف موادمخدر، برنامه‌های آموزش موادمخدر در مدارس، اقدامات چند منظوره در سطح جامعه و الصاق برچسب‌های هشدار دهنده بر روی بسته‌های موادمخدر قانونی پیشنهاد می‌شوند.

۲- برنامه‌های پیشگیری منتخب، گروه‌های در معرض خطر مانند کودکان معتادین، دانش‌آموزانی که در امور درسی خود ضعیف هستند، افرادی که در برقراری ارتباط با دیگران به دلیل ناتوانی‌های شخصیتی مشکل دارند، مشکلات مربوط به فقر، مشکلات اقتصادی و غیره را در بر می‌گیرند. هدف برنامه‌های پیشگیری منتخب به‌طور کلی کاهش تاثیر این عوامل خطر و جلوگیری یا کاهش سوء مصرف موادمخدر از طریق تقویت راهبردهایی چون تحمل و پذیرش و یا سایر مهارت‌های زندگی است. بیشتر کودکانی که در محیط‌های سخت زندگی می‌کنند برای بهره‌مندی از برنامه‌های پیشگیری منتخب به خصوص در سنین پیش‌دبستانی و دبستانی هدف قرار می‌گیرند.

۳- برنامه‌های پیشگیری مشخص و تعیین شده برای افرادی که قبلاً اسیر اعتیاد یا سایر رفتارهای خطرناکی که افراد را مستعد سوء مصرف مزمن موادمخدر می‌کند، طراحی شده‌اند. انواع مختلف راه‌های پیشگیری شامل روش ساختاری با هدف تاثیرگذاری بر محیط، جهت نامساعد نمودن زمینه‌های سوء مصرف موادمخدر و با استفاده از روش‌های ارتباطی فردگرا هستند.

۴- برنامه‌های زیربنایی، برنامه‌هایی هستند که به منظور کاهش مشکلات اجتماعی مربوط به سوء مصرف موادمخدر و ایجاد فعالیت‌های درآمدزا مانند برنامه‌های کسب درآمد، شغل و محل سکونت طراحی شده‌اند. اقداماتی که جایگزین‌های عاری از موادمخدر ارائه می‌کنند مانند مراکز جوانان، مراکز ورزشی و فرهنگی شاید مهم‌تر از هر برنامه دیگری باشند. بسیاری از برنامه‌های UNDCP در کشورهای در حال توسعه شامل بخش زیربنایی نیز هستند. فعالیت‌های انتظامی که برای کاهش قابلیت دسترسی به موادمخدر صورت می‌گیرند نیز می‌توانند به عنوان روش‌های زیر بنایی مورد استفاده قرار گیرند.

۵- روش ارتباطی شامل: (۱) آرایه اطلاعات حقیقی و (۲) قابلیت‌های روانی که به آن آموزش مهارت‌های زندگی می‌گویند، است. جوانان به وسیله منابع مختلف مثل رسانه‌های جمعی، اینترنت، هم سن و سال‌ها، معلمین و غیره در

مورد مواد، آگاهی‌های لازم را به دست می‌آورند. در صورتی که این اطلاعات صحیح نباشند ممکن است جوانب مختلف و یا خطرات مربوطه را بیش از حد بزرگ نشان بدهند. اگرچه توزیع و پخش اطلاعات به تنهایی تاثیر آنی آنچنانی در مورد مصرف مواد در جمعیت مورد نظر نخواهد داشت ولی یکی از بخش‌های حیاتی سایر فعالیت‌های پیشگیری به حساب می‌آید. ممکن است بگویید که تجربه بی فایده بودن اطلاعات حقیقی را نشان داده است. مثلا اطلاعات مربوط به تاثیرات مضر مصرف سیگار بسیار چشمگیر بوده است. عامل اصلی فعالیت‌های پیشگیری مدرن، حول به اصطلاح توسعه مهارت‌های زندگی می‌گردد. این امر شامل تکنیک‌های آموزشی و مهارت‌های شخصیتی و اجتماعی جهت مقابله موثر با تقاضاها و چالش‌های روزمره زندگی می‌شود. نمونه‌های خاص این گونه مهارت‌ها عبارتند از :

- تصمیم‌گیری
- حل مشکلات
- ارتباط موثر
- مهارت‌های اجتماعی
- کنار آمدن با فشارها
- تفکر بحرانی
- بهبود خویشتن‌داری
- مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی

مطالعات به وضوح نشان می‌دهد که تعامل متقابل، عامل اصلی آموزش مهارت‌های زندگی بوده و روش‌های سنتی به تنهایی آموزش‌های مناسب را در زمینه مهارت‌های زندگی ارائه نمی‌دهند. برخی روش‌های ابتکاری به صورت منظم جهت به دست آوردن این گونه مهارت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند. برای مثال نقش توسعه مهارت‌ها در مقابله با فشارهای اجتماعی برای کنار آمدن با فشارهای دوستان و هم کلاسی‌ها موثر بوده است. در تعدادی از کشورها این گونه برنامه‌های پیشگیری در فعالیت‌های فوق برنامه مدارس متوسطه شروع

شده است که حقایق مربوط به خطرات سوء مصرف مواد و راه‌های مقابله با فشارهای دوستان و هم‌کلاسی‌ها را به دانش‌آموزان می‌آموزد. ارزیابی مهمی که در این زمینه به عمل آمد نشان داد که میزان شیوع سوء مصرف در بین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این برنامه به میزان یک سوم کمتر از گروهی که در این برنامه شرکت نکرده بودند، بوده است. یکی از برنامه‌های پیشگیری که توسط UNDCP در بوگوتای کلمبیا صورت گرفت نیز نشانه‌هایی از موفقیت در استفاده از روش‌های ارتباطی در این برنامه را نشان می‌دهد.

محیط اجتماعی / زمینه‌های پیشگیری

یکی دیگر از طبقه‌بندی‌هایی که غالباً در فعالیتهای پیشگیری استفاده می‌شود، طبقه‌بندی بر اساس زمینه اصلی برنامه پیشگیری مورد نظر است. این طبقه‌بندی نقاط قوت و ضعف فعالیتهای کنونی را که در زمینه پیشگیری صورت می‌گیرند، نشان خواهد داد.

۱- والدین و خانواده

پدر یا مادر بودن، مسوولیت سخت و دشواری است لیکن در اغلب کشورها والدین جوان به ندرت برای این نقش مهم آموزش می‌بینند. این امر به ویژه زمانی مهم می‌شود که اغلب مطالعات به عمل آمده، تاثیر مثبت والدین و خانواده‌ها که از عوامل مهم تاثیرگذار بر سوء مصرف موادمخدر و سایر رفتارهای خطرناک جوانان (به ویژه در سال‌های کودکی که تاثیر و نفوذ والدین بیشتر از دوستان و هم‌کلاسی‌هاست) را نشان می‌دهند. برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر از طرف والدین لازم است در مراحل مختلف رشد کودکان به عمل آید:

۱- برنامه‌های آموزشی و حمایتی در زمان نگهداری از کودکان می‌توانند در پیشگیری سوء مصرف موادمخدر و بسیاری از مشکلات دیگر موثر باشند. برنامه‌های پیشگیری که با هدف بهبود فعالیتهای والدین در آموزش و نگهداری فرزندان صورت می‌گیرند حتی زمانی که این مداخلات در رابطه با نوجوانان به عمل می‌آیند، شروع به مصرف موادمخدر را کاهش می‌دهند.

۲- برنامه‌های پیشگیری می‌توانند در طول دوران کودکی و نوجوانی با ارایه اطلاعات در زمینه موادمخدر و دسترسی والدین به مشورت‌های لازم ارتباط و مهارت‌های تربیتی ایشان را بهبود بخشند. شدت انجام فعالیت‌ها به سطح عمومی خطرات مربوط به گروه‌های مورد نظر بستگی داشته و از برگزاری برنامه‌ها جهت ارتقای سطح آگاهی تا برنامه‌های چند جلسه‌ای با هدف توسعه مهارت‌ها و ارایه مشورت، انجام می‌گیرد.

برنامه‌ها بایستی در سطح جوامع محلی و در طول چند سال انجام شوند تا به صورت بخشی از زندگی روزمره جامعه درآمده و به شکل یکباره و بدون تداوم انجام نگیرند. والدین احتمالاً در صورتی که متوجه شوند یک برنامه پیشگیری به صورت مناسب جا افتاده و سابقه خوبی نیز دارد به آن روی خواهند آورد. با توجه به پیچیدگی‌ها و ارتباط مشکلات موادمخدر با سایر مشکلات اجتماعی، گنجاندن فعالیت‌های پیشگیری موادمخدر در برنامه‌هایی که برای سایر مشکلات اجتماعی طراحی شده‌اند نیز مناسب خواهد بود.

۲- مدارس

شروع مصرف موادمخدر برای اغلب مصرف‌کنندگان به سال‌های مدرسه باز می‌گردد. برای مثال در ایالت متحده آمریکا شروع به مصرف دو سوم مصرف‌کنندگان در سال ۱۹۹۸ بین سنین ۱۲ تا ۱۷ رخ داده است. به همین دلیل برنامه‌های پیشگیری موادمخدر با تغییراتی برای استفاده در کلیه سطوح آموزش طراحی شده‌اند. این گونه برنامه‌ها ممکن است به شکل تنها اجرا شده و یا با نمونه برنامه‌های مهارت‌های بهداشتی یا اجتماعی جامع‌تر ترکیب و مورد استفاده قرار گیرند. یک برنامه خاص می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

۱- در سنین دبستانی، از طریق بحث و بررسی در خصوص محصولات خطرناک از جمله حلال‌ها؛

۲- در سنین راهنمایی، برنامه‌های پیشگیری با هدف به تعویق انداختن شروع مصرف الکل و سیگار و مقابله با مصرف موادمخدر؛

۳- در سنین دبیرستانی، برنامه‌های پیشگیری که درخصوص فعالیت‌های خطرناک هشدار می‌دهند مانند افراط در مصرف نوشابه‌های الکلی، رانندگی تحت تاثیر الکل، مصرف ترکیبی موادمخدر و داشتن روابط جنسی ناامن. برنامه‌های پیشگیری که در مدارس انجام می‌گیرند برنامه‌هایی هستند که بیشترین مخاطب را در سراسر جهان دارند. شواهد نشان می‌دهند رویکردهایی که در سراسر طول تحصیل دانش‌آموزان انجام گرفته و ایشان و والدینشان را در این امر درگیر نموده، موفق بوده‌اند. این امر همچنان نشان می‌دهد که موفق‌ترین برنامه‌های پیشگیری سوء مصرف موادمخدر در مدارس، برنامه‌هایی است که یک رویکرد جامع را دنبال نموده و مکمل سیاست‌های آموزشی و بهداشتی موادمخدر در مدارس که بهداشت عمومی را ترویج می‌کنند، باشد. مشارکت فعالانه دانش‌آموزان از همان سال‌های نخستین یک جو مثبت و حمایتی را ایجاد خواهد نمود.

مطالعاتی که در زمینه پیشگیری در مدارس انجام شده است نشان می‌دهد که برنامه‌های پیشگیری برای کودکان و نوجوانان بایستی:

۱- به گونه‌ای طراحی شوند که باعث ارتقای سطح عوامل حمایتی شده و سعی شود تا عوامل شناخته شده خطر را کاهش داده و یا از بین ببرند.

۲- کلیه اشکال سوء مصرف موادمخدر از جمله سیگار، الکل، حشیش و حلال‌ها را هدف قرار دهند.

۳- شامل آموزش مهارت‌هایی جهت مقاومت در برابر موادمخدر زمانی که پیشنهاد یا تعارف می‌شوند، باشند. تعهدات شخصی را در عدم مصرف موادمخدر تقویت نمایند، قابلیت‌های اجتماعی را در برقراری ارتباطات، (ارتباط با دوستان و هم کلاسی‌ها)، خودکفایی و اعتماد به نفس و جسارت افزایش دهند.

۴- زمانی که نوجوانان مدنظر این برنامه هستند، باید فعالیت‌ها شامل روش‌های تعاملی مثل گروه‌های بحث و گفتگو بین هم‌کلاسی‌ها باشد، نه اینکه از تکنیک‌های آموزشی صرف استفاده شود.

- ۵- شامل بخشی برای والدین و مراقبین جهت تقویت آموزش‌های کودکان باشد و فرصت‌هایی را برای بحث و گفتگوی خانواده ارائه نمایند.
- ۶- درازمدت باشند و در سراسر طول تحصیل و مدرسه انجام گرفته و جهت تقویت اهداف اولیه پیشگیری هر از گاه تکرار شوند.
- ۷- معیارهای جلوگیری کننده از مصرف موادمخدر را در کلیه برنامه‌های پیشگیری سوء مصرف موادمخدر (خانواده، مدرسه و اجتماع) تقویت نمایند.
- ۸- به گونه‌ای تنظیم شوند که ماهیت ویژه مشکل سوء مصرف موادمخدر را در جامعه محلی مدنظر قرار دهند.
- ۹- هر چه خطر تجربه کردن سوء مصرف موادمخدر توسط گروه مورد نظر بیشتر است، این برنامه‌ها نیز جدی‌تر و زودتر انجام گیرند.
- ۱۰- برای سنین مشخص، مناسب برای توسعه و با توجه به فرهنگ و جنسیت طراحی شوند.

۳- برنامه‌های خارج از مدارس برای جوانان

برنامه‌های خارج از مدارس برای جوانان و تجربیات آنها با دوستان و هم کلاسی‌هایشان محیط‌های مناسب و مهمی را ایجاد می‌نمایند. این برنامه‌ها عوامل اولیه چون خشونت، بی‌نظمی، خجالتی بودن، عدم دلبستگی به خانواده، مدرسه و غیره که باعث سوء مصرف موادمخدر می‌گردند را کاهش می‌دهند. این برنامه بسیار متفاوت بوده و از گروه‌های تئاتر تا تیم‌های ورزشی، مشاغل پرخطر و گروه‌های خدمات اجتماعی را در بر می‌گیرد. امری که در همه این برنامه‌ها مشترک است، پرکردن اوقات فراغت و احساس متعلق بودن به یک گروه خاص است. برنامه‌هایی که در آن جایگزین‌هایی برای سوء مصرف موادمخدر ارائه می‌گردد فرصت‌هایی را از طریق فعال نمودن جوانان در فعالیت‌های خودیاری و بازشناسی ارائه می‌دهند. مناسب بودن و تاثیر بخشی این گونه برنامه‌ها برای آن گروه از جوانان که بیشتر در معرض آسیب هستند به اثبات رسیده است. مطالعات نشان داده است که ارزش برنامه‌های پیشگیری را می‌توان از طریق تشویق مشارکت و فعال نمودن جوانان در مدیریت این فعالیت‌ها و ایجاد محیط مناسب، حمایت و روشن نمودن انتظارات، ارتقا بخشید. در صورتی که پیام‌های

اولیه آموزش‌های موادمخدر در فعالیتهای روزمره تیم‌های ورزشی و گروه‌های هنری گنجانده شوند، باعث افزایش میزان اعتبار این پیام‌ها برای افراد مورد نظر و سایر افراد می‌گردد. عوامل اصلی عبارتند از: ایجاد برنامه‌های پیشگیری به عنوان یک موضوع با اهمیت، انتخاب رهبران مناسب و حمایت از آنها، ایجاد گروه‌های ویژه با هویت و به دست آوردن حمایت جامعه محلی.

برنامه‌های جایگزین شامل فعالیتهایی که با مقداری خطر همراه هستند مانند صخره‌نوردی، اتومبیل‌رانی و غیره نشان داده است که در رابطه با جوانانی که بیشتر به دنبال تجربه کردن خطر هستند، بهتر جواب می‌دهد. برنامه‌هایی که با کمک دوستان و هم‌کلاسی‌های آموزش دیده با پشتیبانی متخصصین انجام می‌گیرند، می‌تواند روش مناسبی برای دستیابی به این گونه افراد باشد. سرپرستی و ارتقای مهارت‌ها برای مدیریت مشکلات مختلف گروه‌های موردنظر توسط افراد همان گروه‌ها بسیار مهم است. علاوه بر این، همکاری نزدیک سرویس‌های مختلف بهداشتی، اجتماعی، تهیه مسکن و ایجاد شغل در حمایت از جوانان در معرض خطر، بسیار حیاتی است.

۴- گروه‌های مذهبی

باورهای مختلف مذهبی، دیدگاه‌های متفاوتی در رابطه با مصرف الکل و سایر موادمخدر دارند، با این حال وابستگی و ارتباط فعال با مذهب یک عامل حمایتی مثبت در رابطه با سوء مصرف موادمخدر محسوب می‌شود. اعتقادات مذهبی می‌تواند در مقابله با عوامل خطر مربوط به سوء مصرف موادمخدر از جمله احساس انزوا و عدم وابستگی مفید باشد. به دلیل این که مذهب یکی از محدود حوزه‌هایی است که هم کهن‌سالان و هم جوانان را جذب می‌نماید، گروه‌های مذهبی فرصت برقراری ارتباط با این گروه‌ها را بهتر داشته و می‌توانند به آنها خدمات لازم را ارائه کنند. بسیاری از گروه‌های مذهبی به صورت تاریخی در امر رسیدگی به گروه‌های حاشیه‌ای فعال بوده‌اند. فرصت و چالشی که این گروه‌ها در پیش رو دارند، توسعه فعالیت‌ها با تمرکز بر جوانان گروه‌های حاشیه‌ای و جوانان در کل می‌باشد.

۵- محل کار

محل‌های کار بزرگ و کوچک، نقش مهمی را در امر پیشگیری از طریق اعمال سیاست‌های کاری خود ایفا می‌کنند. اهمیت این موضوع به این دلیل است که داشتن شغل و کسب درآمد در زندگی همه افراد امری حیاتی است. محل‌های کار زمانی می‌توانند به امر پیشگیری کمک کنند اگر رویکردی که ارزش سلامت و ایمنی محل کار را تشویق و ترغیب می‌کند، اتخاذ نمایند.

زمانی که کارکنان سلامت باشند، برای سازمان، بهره‌وری بیشتری دارند. سوء مصرف موادمخدر می‌تواند باعث غیبت در محل کار، حوادث، خستگی و کیفیت پایین کار شود. انجام اقدامات مشخص و مداوم علیه مصرف موادمخدر امری ضروری است. برنامه‌ها بایستی علایم روشن و واضحی را برای کارکنان داشته باشند و به آنها نشان دهند که چه ارزش بالایی دارند و اینکه شرکت بر ارتباط سلامت آنها در بهبود امور شرکت واقف است. در یک رویکرد متوازن، سهمین شدن شرکت و کارکنان آن در مسوولیت‌ها و فواید اقدامات مناسب در خصوص سوء مصرف موادمخدر مشخص و روشن است. در این گونه رویکردها همچنین درک می‌شود که محل کار چگونه می‌تواند به ایجاد محیطی که کمتر مساعد سوء مصرف موادمخدر باشد کمک کند.

این امر از طریق ایجاد شرایط کاری مناسب به وجود می‌آید. ثابت شده است سیاستی که برای حل مسایل ویژه مورد توجه شرکت و مطابق فرهنگ آن شرکت اتخاذ گردد و شامل تعدادی اقدامات هماهنگ باشد، بیشترین تاثیر را دارد. این نوع اقدامات جامع معمولاً با دقت در به کارگیری و استخدام کارکنان، آموزش ایشان، آموزش مدیران، ارایه راه‌کارهای مناسب جهت شناسایی مشکلات و دسترسی به کمک همراه بوده و به اقدامات تنبیهی ترجیح داده می‌شوند. اجزای برنامه باید در چارچوب سیاستی که با استفاده از نظرات کارکنان اتخاذ گردیده عمل کنند و کلیه افراد شاغل در سازمان از آن آگاهی داشته باشند. نمونه ایالت متحده نشان می‌دهد که برنامه‌های مبارزه با موادمخدر در بخش خصوصی میزان نتایج مثبت آزمایش اعتیاد را در فاصله زمانی بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۹ دوسوم کاهش داده است. نتایج مثبت

این‌گونه برنامه‌ها در کشورهای در حال توسعه و کشورهای در حال انتقال نیز قابل دستیابی است. یک برنامه نمونه در زمینه پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر و الکل بین کارکنان و خانواده‌های ۳۸ محل کار در کشورهای مصر، مکزیک، نامیبیا، لهستان و سریلانکا اجرا شد. در پایان سال ۱۹۹۷ زمانی که این نمونه برنامه به صورت مستقل مورد ارزیابی قرار گرفت، مشخص شد که پس از انجام برنامه، میزان غیبت از محل کار توسط کارکنان در ۶۶ درصد محل‌های کار کاهش پیدا کرده بود. در ۵۹ درصد این محل‌ها مشکلات انضباطی کمتری مشاهده شده بود. در ۴۷ درصد محل‌ها حوادث و مصدومیت‌ها کمتر و ۵۰ درصد این محل‌ها با کاهش قابل ملاحظه مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد (به ویژه الکل) روبرو بوده‌اند.

۶- رسانه‌های جمعی

رسانه‌های جمعی معمولاً در زمینه پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این رسانه‌ها به ارتقای آگاهی‌های عمومی در این زمینه کمک می‌کنند. با این وجود اگر برنامه‌های مورد استفاده در این رسانه‌ها به دقت برنامه‌ریزی و آزمایش نشوند ممکن است در تغییر نگرش و رفتارها کمتر موثر باشند.

به هر حال ثابت شده است که رسانه‌های جمعی ابزاری قدرتمند برای انجام اهداف پیشگیری‌های اولیه هستند. رسانه‌ها از توانایی بالقوه‌ای در تلفیق نمودن نگرش‌های ضد موادمخدر بین جوانانی که موادمخدر مصرف نمی‌کنند، برخوردارند. در گذشته پیام‌هایی که قرار بود در جوانان ایجاد ترس و وحشت کند، موثر نبوده است. برنامه‌های پیشگیری مدرن رسانه‌ها مانند برنامه کنونی UNDCP که از سال ۱۹۹۷ به مدت پنج سال با بودجه ۲۰۰ میلیون دلاری آغاز شده است از رویکرد پیچیده و هدفمندتری استفاده می‌کند که با مشورت و همکاری نزدیک متخصصین و کارشناسان علوم مختلف رفتاری، پیشگیری موادمخدر، پزشکی و نیز متخصصین تبلیغاتی برای نوجوانان و نمایندگان حرفه‌های مختلف و سازمان‌های محلی و ملی طراحی شده است.

این رویکرد براساس شواهد و قراینی طراحی شده که نشان می‌دهد یک بازاریابی اجتماعی تنها در صورتی موفق است که با حضور کلیه گروه‌های مورد نظر انجام گرفته و منعکس کننده پیام‌های آنها باشد. قبل از شروع این برنامه در سطح ملی، پیام‌ها در بین نمایندگان گروه‌های مختلف مورد نظر به دقت توضیح داده و آزمایش شدند و در فعالیت‌های دیگر برنامه‌های پیشگیری که در حال انجام بودند گنجانده شدند. نتایجی که تاکنون به دست آمده بسیار تحسین برانگیز است. روند شدید رو به رشد مصرف موادمخدر که در بین جوانان آمریکایی در سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۶ مشاهده گردید، به ویژه در میان گروه‌های سنین پایین‌تر، رو به کاهش گذاشت. سیستم نظارت بر مطالعات آتی که به صورت مستقل به جمع‌آوری اطلاعات پیرامون سوء مصرف موادمخدر در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های ایالت متحده می‌پردازد اعلام نموده است که شیوع سالانه مصرف موادمخدر بین دانش‌آموزان کلاس هشتم (چهارده ساله) در ایالت متحده بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹، ۱۲ درصد کاهش داشته و در سال ۱۹۹۹ یک سوم کمتر از آنچه تصور می‌شد، بوده است (شکل ۱۲).



به طور کلی همه قبول دارند که بیشترین ارزش رسانه‌های جمعی زمینه‌سازی برای فعالیت‌های پیشگیری گسترده یعنی ارتقای سطح آگاهی‌های عمومی، ترغیب مشارکت آنها و تقویت پیام‌های برنامه‌های پیشگیری است. به بیان دیگر، تبلیغات رسانه‌های جمعی در صورتی بیشترین تاثیرگذاری را خواهد داشت که در برنامه‌های گسترده‌تر مبارزه با موادمخدر و سایر اقدامات گنجانده شوند.

همچنین تجربه نشان داده است که تبلیغات در رسانه‌های جمعی که جوانان را مورد نظر قرار می‌دهند در صورتی موثر خواهند بود که فرهنگ‌های عامه پسند با باورهای امروزی در زمینه موزیک و مد را مدنظر قرار داده و با استفاده از تکنولوژی جدید صورت گیرند. فرهنگ جوانان از مرزها می‌گذرد و روندهای جدید به سرعت ظاهر می‌شوند، از این رو استفاده از نمایندگان گروه‌های ویژه موردنظر در طراحی و ارائه پیام‌های پیشگیری از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

علاوه بر رسانه‌های جمعی سنتی (مجله، رادیو و تلویزیون)، در سال‌های اخیر ثابت شده است که اینترنت نیز از توان بالقوه بالایی جهت ارتقای سطح آگاهی‌ها در خصوص موضوعات جدید برخوردار است. همین‌طور که مردم بیشتری به اینترنت دسترسی پیدا می‌کنند و از آن برای به دست آوردن اطلاعات استفاده می‌کنند، سایت‌های اینترنتی مربوط به سوء مصرف مواد نیز بینندگان بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند. اینترنت وسیله‌ای برای رسانیدن پیام‌های طرفداران مواد مخدر و تبادل اطلاعات در خصوص قابلیت دسترسی و تولید مواد مخدر غیرقانونی نیز می‌باشد. در نتیجه پیام‌های متناقض در زمینه مصرف موادمخدر و جذابیت آن در اینترنت وجود دارد. با توجه به این امر لازم است اقداماتی جهت تسهیل در ایجاد یک سایت اینترنتی به منظور ارائه اطلاعات دقیق مربوطه به صورتی جذاب برای گروه‌های مورد نظر به عمل آید. یکی از چالش‌های عمده برای برنامه‌های پیشگیری که با استفاده از اینترنت صورت می‌گیرد، طبقه‌بندی صحیح مخاطبان و ارائه پیام‌های مناسب در زمینه سوء مصرف موادمخدر به ایشان است. مطالعات اولیه نشان می‌دهد که

سایت‌های اینترنتی مربوط به پیشگیری مصرف موادمخدر یا تشویق بهداشت زمانی مفید است که همسو با سایر فعالیت‌های پیشگیری محلی مرتبط انجام گیرد.

نیروهای پلیس در بسیاری از جوامع غالباً در اقدامات آموزشی محلی و مدارس مشارکت می‌کنند. نظارت پلیسی رویکردی است که در آن از طریق همکاری بین پلیس و افراد محله و رهبران محلی در امر پیشگیری از جرم و جنایت تأکید می‌گردد که توان بالقوه‌ای نیز در زمینه کاهش سوء مصرف مواد در جامعه دارد.

مامورین انتظامی می‌توانند با متوقف یا بازداشت نمودن سوء مصرف‌کنندگان مواد به ایشان اطلاعات آرایه دهند و یا آنها را به مراکز مربوطه راهنمایی کنند. اگر چه درصد افرادی که به این صورت درصدد استفاده از سرویس‌های کمک برمی‌آیند بسیار پایین است اما اگر منابع انسانی کافی با استفاده از کارکنان پروژه در اختیار باشد و ارتباط لازم با گروهی که دستگیر می‌شوند در کلانتری یا دادگاه برقرار شود، می‌تواند موثر واقع گردد.

رویکرد دیگری که موثر بودن آن در زمینه پیشگیری ثانویه به اثبات رسیده، ایجاد و تشکیل دادگاه‌های ویژه موادمخدر است. تلاش‌هایی که به منظور پیشگیری مصرف آتی موادمخدر و سایر رفتارهای مجرمانه مربوطه به موادمخدر از طریق برنامه‌های جامع درمانی و بازپروری که به دستور دادگاه‌ها صورت می‌گیرند، معمولاً با استفاده از گروه‌های چندمنظوره تخصصی متعهد به این اهداف به عمل می‌آیند. این سیستم براساس ممنوعیت‌های سریع، مشخص و مداوم و نیز پاداش برای انجام و مجازات برای عدم انجام آن استوار است.

پیشبرد دانش و انتقال آن - نقش ارزیابی

عامل اصلی در موفقیت انتقال دانش در زمینه پیشگیری و بهترین شیوه کار برای درک آنچه صلاح است (چه برنامه‌ای جواب می‌دهد و چه برنامه‌ای جواب نخواهد داد) ارزیابی برنامه‌ها و پروژه‌ها است. ارزیابی، کاری تخصصی است و نیازمند دانش طراحی تجربی و آماری است که بسیاری از کارکنان زمینه

پیشگیری ممکن است از آن بی بهره باشند. یک سیاست پیشگیری موفق نمی‌تواند بدون ارزیابی سیستماتیک برنامه‌ها و پروژه‌های موجود موفق باشد. از این رو UNDCP ارزیابی سیستماتیک برنامه‌ها و پروژه‌هایی را که تحت سرپرستی این ارگان در حال اجرا هستند را تشویق می‌نماید. تنها مشکل این است که ارزیابی‌ها معمولاً بسیار پرهزینه هستند. به این دلیل بسیاری از سازمان‌هایی که در زمینه پیشگیری موادمخدر فعالیت می‌کنند تمایلی به این کار نداشته و یا توان پرداخت هزینه‌های آن را ندارند. با این حال بدون یک ارزیابی مناسب، امکان از بین رفتن بیهوده تلاش‌ها و منابع وجود دارد. برنامه‌های موثر را نمی‌توان بدون ارزیابی مستقیم نتایج از برنامه‌های ضعیف تمیز داد.

ارزیابی‌ها همچنان یکی از اصول اصلی مطالعات در زمینه پیشگیری محسوب می‌شوند که برای کلیت بخشیدن به نتایج حاصل و آرایه کمک جهت بهبود استراتژی‌های پیشگیری در آینده استفاده می‌شوند. در حال حاضر اثبات تاثیر بخشی برخی از برنامه‌های پیشگیری در مدارس با عمومیت یافتن انجام ارزیابی‌ها ممکن گردیده است. این گونه تجزیه و تحلیل‌ها بایستی در فعالیت‌های پیشگیری سایر حوزه‌ها و گروه‌های مورد نظر نیز گسترش یابند. همچنین نیاز است که پزشکان و پژوهش‌گران به هم نزدیکتر شده و بین ایشان تبادل اطلاعات و تجربیات صورت گیرد. ارگان‌های کمک‌کننده با نشان دادن فواید برنامه‌هایی که به صورت مستمر بهبود می‌یابند، می‌توانند با آرایه کمک‌های مالی و فنی، اهمیت ارزیابی برنامه‌ها را هر چه بیشتر روشن نمایند. هر چه لیاقت و شایستگی پزشکان و دقت و جدیت پژوهشگران بالاتر می‌رود و هر چه بنیان‌های نظری و دانش ریشه‌ای و استانداردهای آموزشی توسعه می‌یابند، پیشگیری بیشتر به صورت یک زمینه مطالعاتی - عملی تخصصی مطرح می‌شود و ارزیابی بخش سازنده و تشکیل دهنده این پروسه خواهد بود. علیرغم چالش‌ها و محدودیت‌های علمی مربوط به پیشگیری، این امر به صورت بی‌سابقه در حال حاضر نقش عمده‌ای را در این روند ایفا می‌کند. با توجه به این امر، طرفداران پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر نه تنها بایستی برای کم

اهمیت دادن و سرمایه‌گذاری کم در زمینه این امر مهم در بسیاری از کشورها نگران باشند بلکه باید با جمع‌آوری اطلاعات و آمار مربوط به برنامه‌های پیشگیری که قبلاً انجام شده ثابت نمایند که سرمایه‌گذاری در زمینه پیشگیری یک سرمایه‌گذاری ریشه‌ای، منطقی و اجتماعی است.

فصل سوم درمان

درمان به عنوان استراتژی کاهش تقاضا

واژه درمان به فعالیت‌ها و پروسه‌هایی اطلاق می‌گردد که با هدف کمک به افرادی که مشکلات مربوط به موادمخدر دارند، انجام می‌گیرند. واژه درمان توسط کارشناسان سازمان بهداشت جهانی به عنوان فرآیند برخورد مصرف‌کنندگان مواد اعتیادآور با سرویس‌های خدمات بهداشتی یا سایر سرویس‌های عمومی تعریف شده است. درمان ممکن است از طریق توالی مداخلات ویژه تا بالاترین سطح بهداشتی ممکن و رسیدن به بهترین وضعیت ادامه یابد. درمان و بازپروری به عنوان رویکردی جامع جهت شناسایی، کمک، مراقبت بهداشتی و بازگشت مجدد افرادی که مشکلات مربوط به مصرف مواد اعتیادآور دارند مطرح است. کمیته کارشناسی اعلام داشته است که درمان بایستی سه هدف کلی را دنبال نماید:

- کاهش وابستگی به مواد اعتیادآور
 - کاهش بیماری و مرگ و میرهای ناشی از یا مربوط به مصرف مواداعتیادآور
 - تضمین این که مصرف‌کنندگان بتوانند به بالاترین سطح فیزیکی، روانی و اجتماعی ممکن رسیده و قابلیت دسترسی ایشان به خدمات و فرصت‌های اجتماعی وجود داشته و قادر باشند به طور کامل به اجتماع بازگشت کنند.
- درمان به طور کلی به عنوان جزء اصلی یک استراتژی جامع کاهش تقاضا و بیانیه اصول راهنمای کاهش تقاضای موادمخدر تلقی می‌گردد، درمان علاوه بر کمک به افراد برای کاهش مصرف موادمخدر، بهبود وضعیت بهداشتی، کاهش جرم و جنایت عملکرد اجتماعی، سوء مصرف موادمخدر را در قشرهای مهم جامعه هر کشور که مصرف‌کنندگان عمده موادمخدر از قبیل هرویین یا کوکائین هستند، کاهش می‌دهد. برای مثال برآوردهای به عمل آمده در ایالات

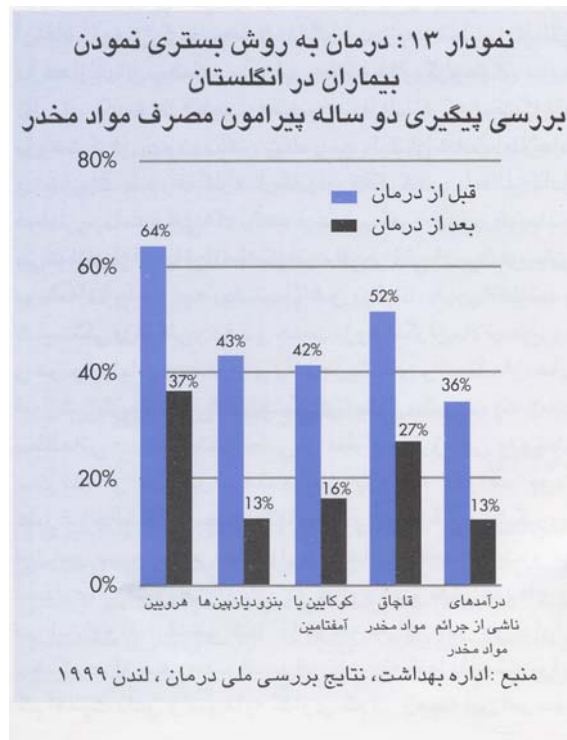
متحدہ نشان می‌دهد که یک چهارم مصرف‌کنندگان کوکائین در این کشور، دوسوم مقدار مصرف شده این ماده را در این کشور مصرف می‌کنند و این مقدار در رابطه با مصرف هرویین بسیار بالاتر است. در صورتی که درمان به سادگی در دسترس قرار داشته باشد و درصد بالایی از معتادین بتوانند آن را دریافت کنند، می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای در رابطه با کاهش کلی تقاضای موادمخدر داشته باشد. هر چه تعداد معتادین درمان نشده در معتاد کردن مصرف‌کنندگان جدید کمتر شود، مطمئناً سوء مصرف مواد نیز کاهش خواهد یافت.

برای این که درمان یک استراتژی موثر بوده و تاثیر کلی بر تقاضا برای موادمخدر داشته باشد، دو شرط بایستی تحقق یابد: (۱) درمان در زمینه کاهش مصرف موادمخدر موثر باشد و (۲) تعداد زیادی از معتادین به برنامه‌های درمانی دسترسی داشته باشند و از آن استفاده نمایند تا تاثیرگذاری آن بر کاهش کلی تقاضا در بازار موادمخدر میسر شود.

۱- اثربخشی درمان

با وجودی که درازمدت بودن فرایند درمان به عنوان عامل عود اعتیاد کاملاً شناخته شده است، شواهد بسیاری نیز وجود دارد که علیرغم این موضوع، درمان، یک استراتژی موثر در کاهش مصرف موادمخدر و معضلات اجتماعی و بهداشتی مربوطه است. این امر همچنین نشانگر این حقیقت است که درمان موادمخدر پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در دو دهه گذشته داشته است. تخصص و مهارت‌های لازم در چندین زمینه درمانی پیشرفت داشته و در کشورهای توسعه یافته، برنامه‌های مخصوص بیشتری جهت کمک به نیازهای ویژه و مقتضیات معتادین در حال حاضر وجود دارد. یک بررسی ملی در خصوص نتایج حاصل از برنامه‌های درمانی در اواخر سال ۱۹۹۰ بین ۱۰۷۵ بیمار در انگلستان به عمل آمد که نشان داد مصرف روزانه هرویین در بین این بیماران دوسال پس از درمان، ۴۳ درصد کمتر شده است، مصرف روزانه کوکائین و آمفتامین در همین زمان ۶۰ درصد و بنزودیازپین ۷۰ درصد کاهش داشته است، به موازات این امر، میزان ترک کامل مصرف مواد افیونی از ۲۴ درصد به

۵۱ درصد و در خصوص کوکابین و آمفتامین‌ها از ۳۰ درصد به ۶۵ درصد افزایش داشته است (نمودار ۱۳).



۲- درآمدهای ناشی از جرایم موادمخدر

حجم کلی درآمدهای ناشی از جرایم موادمخدر توسط معتادین درمان شده بیش از سه چهارم و فعالیت‌های قاچاق بیش از ۸۰ درصد کاهش داشته است. این کاهش از پایین آمدن تعداد افرادی که از قاچاق و سایر فعالیت‌های غیر قانونی دست برداشته‌اند نیز با اهمیت‌تر است. با توجه به کاهش قابل ملاحظه جرایم، محاسبات مربوط به هزینه‌های اقتصادی نشان می‌دهد که هر یک پوند انگلیس که در برنامه‌های درمان هزینه می‌شود عملاً در رابطه با پایین آمدن

سطح هزینه‌های قربانیان جرایم و کاهش تقاضا برای سیستم قضایی این کشور سه پوند پس‌انداز می‌گردد.

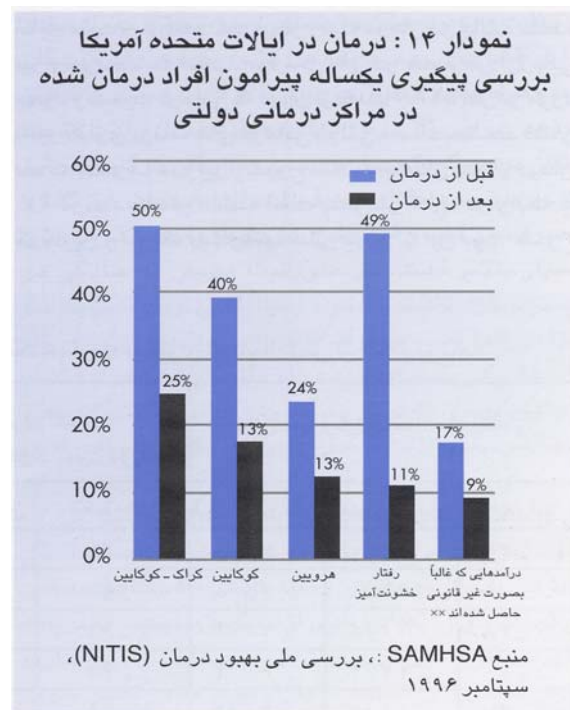
برنامه‌های نگهداری و کاهش اعتیاد توسط داروی متادون نیز موثر واقع شده‌اند. استفاده از این دارو بخصوص در زمینه سوء مصرف هرویین بسیار موفق بوده است. با این حال این برنامه‌ها از برنامه‌های درمانی که به روش بستری نمودن بیماران انجام می‌گیرند در کاهش مصرف روزانه کوکائین و آمفتامین‌ها و کاهش حجم درآمدهای ناشی از جرایم موادمخدر، کمتر موفق بوده‌اند (جدول ۳).

جدول ۳- بررسی ملی نتایج برنامه‌های درمانی در انگلستان و پیگیری دو سال پس از اتمام برنامه

تغییرات	درمان به روش استفاده از متادون		تغییرات		درمان به روش بستری نمودن		تغییرات		تغییرات	اطلاعات برحسب درصد افراد تحت درمان	
	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان		قبل از درمان	بعد از درمان
مصرف منظم هرویین	۴۹٪	۴۰٪	۷۸٪	۷۸٪	۴۳٪	۲۶٪	۶۳٪	۶۳٪	مصرف منظم بنزو دیازپاین‌ها	۴۳٪	۴۳٪
مصرف منظم کوکائین و آمفتامین‌ها	۴۸٪	۱۴٪	۳۵٪	۳۵٪	۷۰٪	۱۵٪	۴۱٪	۴۱٪	مصرف منظم کوکائین و آمفتامین‌ها	۶۲٪	۶۲٪
توزیع مواد	۳۰٪	۴۲٪	۶۰٪	۶۰٪	۴۳٪	۲۶٪	۶۳٪	۶۳٪	سهج شدن در سرزنگ	۲۲٪	۲۲٪
سهمی شدن در سرزنگ	۴۷٪	۱۱٪	۲۱٪	۲۱٪	۵۹٪	۱۳٪	۲۲٪	۲۲٪	ترک کامل هرویین	۲۴٪	۲۴٪
ترک کامل هرویین	۲۷۰٪	۳۷٪	۱۰٪	۱۰٪	۱۱۰٪	۵۱٪	۲۴٪	۲۴٪	ترک کامل بنزو دیازپاین‌ها	۴۰٪	۴۰٪
ترک کامل بنزو دیازپاین‌ها	۴۸٪	۷۲٪	۴۸٪	۴۸٪	۹۱٪	۷۶٪	۴۰٪	۴۰٪	جرم مربوط به درآمدهای حاصل از قاچاق مواد مخدر (بیماران)	۲۹٪	۲۹٪
جرم مربوط به درآمدهای حاصل از قاچاق مواد مخدر (بیماران)	۴۰۵٪	۶۶٪	۴۷٪	۴۷٪	۱۲۰٪	۶۵٪	۵۲٪	۵۲٪	متوسط تعداد جرایم مربوط به درآمدهای حاصل از قاچاق مواد مخدر در هر بیمار	۲۲٪	۲۲٪
متوسط تعداد جرایم مربوط به درآمدهای حاصل از قاچاق مواد مخدر در هر بیمار	۶۳٪	۸٪	۲۳٪	۲۳٪	۷۷٪	۵٪	۲۲٪	۲۲٪	قاچاق مواد مخدر (بیماران)	۳۵٪	۳۵٪
قاچاق مواد مخدر (بیماران)	۶۱٪	۹٪	۲۴٪	۲۴٪	۶۴٪	۱۲٪	۴۸٪	۴۸٪	متوسط تعداد جرایم قروض مواد مخدر در هر بیمار	۴۸٪	۴۸٪
متوسط تعداد جرایم قروض مواد مخدر در هر بیمار	۷۹٪	۵٪	۲۵٪	۲۵٪	۸۳٪	۸٪	۴۸٪	۴۸٪			

* براساس آمار مربوط به ۱۰۷۵ بیمار پذیرفته شده در مراکز درمانی در سال ۱۹۹۵
 منبع: Gossop, M. Marsden, J. Stewart, and Rolfe, A. بررسی ملی نتایج مطالعات درمان: تغییرات مصرف مواد، بهداشت و جرم، بولتن چهارم، اداره بهداشت، لندن، ۱۹۹۹.

نتایج مثبت و موفقیت‌آمیزی در زمینه درمان در ایالت متحده نیز وجود داشته است. بررسی ملی در خصوص ارزیابی بهبود وضعیت درمانی که در آن از تعداد ۵۳۸۸ نفر در مورد تاثیرگذاری برنامه‌های درمانی دولتی مصاحبه شدند نشان داد که مصرف هرویین (شیوع سالانه) یک سال پس از درمان ۴۷ درصد کاهش داشته است (نمودار ۱۴). در رابطه با کوکائین و کراک پیشرفت‌ها حتی بهتر از این بود.



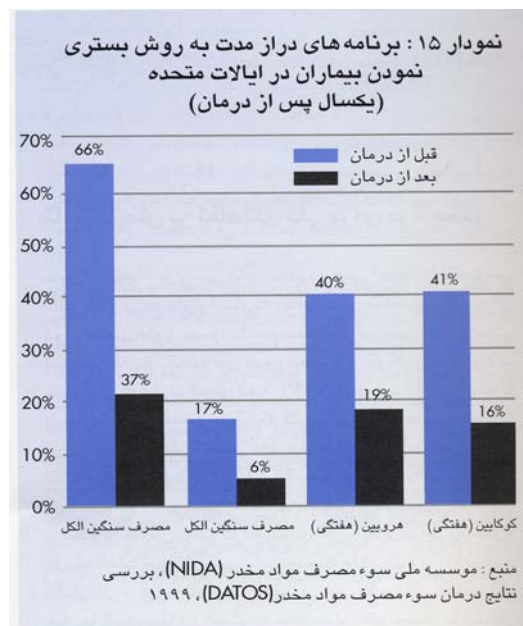
شیوع سالانه مصرف این مواد بیش از یک دوم کاهش داشته است. صحت گزارشات مصاحبه شونده‌گان با انجام آزمایش ادرار مورد تایید قرار گرفت. به موازات آن رفتارهای خشونت‌آمیز سه چهارم کاهش داشته که به صورت غیرمستقیم صحت آن نیز از روی کاهش تعداد بازداشت شدگان به دوسوم، مورد تایید قرار گرفت. وابستگی به درآمدهای حاصل از فعالیت‌های غیرقانونی

به یک دوم کاهش و درآمد حاصل از مشاغل عادی ۶۰ درصد افزایش یافت. بی‌خانمانی ۴۰ درصد کاهش داشته است. رفتارهای به طور کامل خطرناک نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد که مقاربت‌های ناامن بین ناهمجنس‌گراها یک سوم و بین هم‌جنس‌گراها و زنان روسپی ۶۰ درصد کاهش داشته است.

بررسی‌های نتایج درمان سوء مصرف موادمخدر (DATOS) که یکی از گسترده‌ترین تلاش‌ها در زمینه تاثیرگذاری درمان در جهان بوده و در سال ۱۹۹۰ تحت نظارت و سرپرستی موسسه ملی سوء مصرف موادمخدر ایالت متحده (NIDA) به عمل آمد، نتایج مثبت این‌گونه روش‌های درمانی را مورد تایید قرار داد. این بررسی‌ها نتایج درمانی را در ۹۶ برنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و وضعیت ۱۰۰۱۰ بیمار را که تحت درمان سوء مصرف موادمخدر در سراسر ایالت متحده بودند، مورد مطالعه قرار دادند. عمده‌ترین شاخص موفقیت که در این بررسی‌ها مورد استفاده قرار گرفت، کاهش مصرف منظم و ثابت (حداقل یک بار مصرف در هفته) بوده و استفاده از این شاخص، نتایج حاصل از برنامه‌های درمانی را بسیار مثبت نشان می‌دهد. بررسی‌هایی که یک سال پس از خاتمه درمان به عمل آمد، نشان داد که سطح مصرف کوکائین و هرویین، دو سوم و فعالیت در اقدامات غیرقانونی بیش از یک دوم کاهش داشته است. مدت زمان بین شروع به مصرف و درمان آن ۷ سال بوده است.

در مقایسه با ارزیابی ملی نتایج درمان چند نمونه‌ای، بخش مربوط به برنامه گزارشات سوء مصرف موادمخدر (DARP) که وضعیت ۴۴۰۰۰ بیمار پذیرش شده در ۱۳۹ برنامه را بین سال‌های ۱۹۶۹ تا ۱۹۷۲ مورد بررسی قرار داد، نتایج DATOS در سال‌های ۹۰ حاکی از بهبود وضعیت سوء مصرف موادمخدر بخصوص در رابطه با هرویین است. کاهش مصرف در برنامه‌های درازمدت درمان به روش بستری نمودن بیماران که یک سال پس از درمان بررسی شده‌اند از ۶۱ درصد به ۶۵ درصد و در برنامه‌های درمانی سرپایی متادون از ۶۴ درصد به ۶۹ درصد افزایش داشته است. نتایج حاصل از بررسی‌های DARP و DATOS معمولاً بهتر از بیمارانی است که مدت بیشتری را در برنامه درمانی مانده‌اند. در اغلب برنامه‌ها حداقل مدت ضروری برای درمان سه ماه بوده است.

بیمارانی که کمتر از سه ماه تحت درمان قرار می‌گیرند به طور کلی بدتر از گروهی که بیشتر از این مدت تحت درمان قرار می‌گیرند، بوده‌اند. گروهی که برنامه درمانی را ترک کرده‌اند بدتر از آن گروهی که تحت درمان باقی مانده‌اند، از عهده انجام آن برآمدند. درمان به موقع باعث افزایش سطح خویشتن‌داری پس از ترک بوده و برنامه‌های درازمدت درمانی که به روش بستری نمودن انجام می‌گیرند و از ۴ ماه تا دو سال به طول می‌انجامند به نظر می‌رسد که بهترین نتایج را دربر دارند اما بسیار پرهزینه هستند. طبق بررسی DATOS که در سال‌های دهه ۱۹۹۰ به عمل آمد، مصرف کوکابین و هرویین به صورت هفتگی یک سال پس از اتمام موفقیت‌آمیز برنامه کامل درمانی به میزان دو سوم کاهش داشته است. این نتایج حتی بهتر از نتایج به دست آمده از درمان مصرف الکل بوده است (نمودار ۱۵).



تفاوت عمده این برنامه در مقایسه با سایر برنامه‌ها، کاهش فعالیت‌های غیرقانونی بود. کاهش این گونه فعالیت‌ها در برنامه‌های درمان درازمدت به

روش بستری نمودن بیماران ۶۰ درصد بیش از سایر برنامه‌ها بوده است. براساس مصاحبه‌های دقیق به عمل آمده از نمونه بیماران مصرف کننده کوکابین، متوسط هزینه‌های جرایم برای هر بیمار در برنامه درمانی درازمدت به روش بستری نمودن بیماران ۲۰۷۰۰ دلار قبل از ورود به برنامه بوده است.

یک سال پس از خاتمه دوره درمان، این‌گونه هزینه‌ها به طور متوسط به ۴۷۰۰ دلار برای هر بیمار تنزل یافت. هزینه‌های جرایم مربوط به سوء مصرف مواد مخدر ۷۸ درصد (همانند نتایج به دست آمده در انگلستان) کاهش داشته است. با توجه به متوسط هزینه برنامه‌های درمانی درازمدت به روش بستری نمودن بیماران که ۷۲ دلار برای هر روز می باشد، نسبت سود به هزینه‌های درمانی ۱/۹۴ محاسبه شده است. این بدان معنی است که برای هر یک دلاری که برای درمان معتادین هزینه می‌شود در حدود دو دلار سود برای هزینه‌های جرایم مرتبط با آن پس‌انداز می‌گردد.

سایر برنامه‌ها به مراتب ارزان‌تر تمام می‌شود (مثلا در برنامه‌های درمان سرپایی برای هر بیمار ۹ دلار هزینه می‌شود). از آن جا که بیماران شرکت‌کننده در این برنامه‌ها، قبل از ورود به سیستم درمانی، کمتر مرتکب فعالیت‌های مجرمانه می‌شوند، ضرایب سود به هزینه‌های این برنامه اگرچه مثبت اما کمتر است. (۱/۶ دلار کاهش هزینه‌های جرایم برای هر یک دلار که در برنامه‌های درمان سرپایی معتادین هزینه می‌شود، وجود دارد).

برنامه‌های درمان سرپایی معتادین (که بیماران معمولاً قرار است از ۳ الی ۶ ماه آن را ادامه دهند) نیز کاملاً موثر بوده است. علیرغم هزینه‌های بسیار پایین‌تری که برای هر بیمار پرداخت می‌گردد (هزینه‌های روزانه تنها یک هشتم آنچه برای بیماران در برنامه‌های درمانی درازمدت به روش بستری نمودن بیماران صرف می‌شود) مصرف هفتگی کوکابین یک سال پس از درمان هنوز ۶۰ درصد کمتر بود. با این حال شایان ذکر است از آن جا که جمعیت‌های مورد نظر مختلف هستند، برنامه‌ها نیز متفاوت هستند و مقایسه مستقیم مقرون به صرفه بودن آن امری مشکل است (جدول ۴).

جدول ۴- بررسی نتایج درمان سوء مصرف مواد مخدر در ایالات متحده بیکری یکساله *

تغییرات متوسط	۲۰ مرکز درمان سرپایی متادون (۲۹ برنامه) $n=154$		درمان سرپایی (۲۲ برنامه) $n=2574$		درمان کوتاه مدت به روش بستری نمودن بیماران (۲۱ برنامه) برحسب % $n=2774$		کوکابین - هفتگی
	قبل از تغییرات درمان	بعد از تغییرات درمان	قبل از تغییرات درمان	بعد از تغییرات درمان	قبل از تغییرات درمان	بعد از تغییرات درمان	
٪-۶۴**	۴۸	۲۲	۴۲	٪-۵۷	٪۱۸	٪۴۲	۶۶
٪-۶۷	٪-۶۹	۲۸	۸۹	-	-	٪-۶۵	۱۷
٪-۶۴**	-	-	٪-۶۴	٪۹	٪۲۵	-	-
٪-۵۴**	٪۷	۱۶	۱۵	٪-۵۲	٪۱۵	٪۳۰	۴۰
٪-۵۲	٪-۵۲	۱۴	۲۹	٪-۲۶	٪۱۴	٪۲۶	۴۱

* بررسی ها براساس آمار به دست آمده از ۱۰۱۰ بیمار پذیرش شده در طول سال های ۹۳-۱۹۹۱
 ** متوسط تغییرات به استثنای برنامه های درمان سرپایی متادون
 منبع: موسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر (NIDA)، بررسی نتایج درمان سوء مصرف مواد مخدر (DATOS)، واشنگتن ۱۹۹۹.

نتایج خوبی نیز در رابطه با برنامه‌های درمان کوتاه مدت به روش بستری نمودن بیماران که معمولا تا ۳۰ روز به طول می‌انجامد، به دست آمده است. مصرف هفتگی کوکابین یک سال پس از درمان دو سوم کمتر بوده است. با این وجود، افرادی که در این برنامه‌ها پذیرش می‌شوند معمولا با مشکلات شدیدی روبرو نیستند.

مشابه نمونه انگلستان، برنامه‌های درمان سرپایی متادون در ایالات متحده نیز کاهش قابل ملاحظه مصرف هفتگی هرویین را نشان داده که بسیار بالاتر از حد

متوسط آن است. کاهش مصرف کوکائین که معمولاً در این برنامه‌ها رتبه بعدی را دارد نیز اگرچه بالا اما پایین‌تر از حد متوسط (تقریباً یک دوم) بوده است. با این حال این برنامه‌ها هیچ‌گونه تاثیر مثبتی بر مصرف سنگین الکل نداشته‌اند. فعالیت در اقدامات غیرقانونی به یک دوم کاهش یافت اما این کاهش (مانند انگلستان) کمتر از کاهش حاصل از برنامه‌های درمانی درازمدت به روش بستری نمودن بیماران بوده است.

درمان سوء مصرف موادمخدر با همه مشکلات متدولوژیکی موجود در مقایسه با برنامه‌های مختلف درمانی و مظاهر پیچیده خود همچنان به عنوان یک استراتژی کاملاً موثر در زمینه کاهش سوء مصرف موادمخدر مطرح است.

۳- تاثیر درمان بر تقاضای کلی برای موادمخدر

علیرغم تعداد بررسی‌های متعدد به عمل آمده، در خصوص این‌گونه تاثیرات بر تقاضای کلی برای موادمخدر هنوز به صورت سیستماتیک ارزیابی نشده است. تحلیلی که درخصوص سوء مصرف کوکائین در ایالات متحده در اوایل سال‌های دهه ۱۹۹۰ به عمل آمد نشان داد که با درمان ۶۵۰۰ معتاد مزمن کوکائین می‌توان مصرف سالانه این ماده را یک تن کاهش داد.

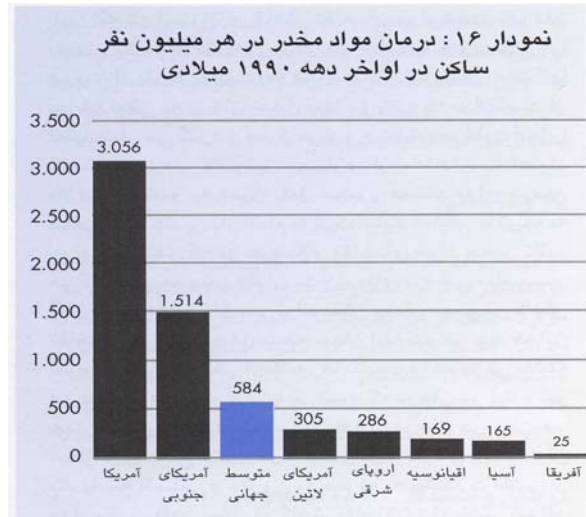
در صورتی که این امر صحت داشته باشد، پذیرش ۱۰۰۰/۲۳۰ بیمار مصرف‌کننده کوکائین در سال ۱۹۹۷ و در سال ۱۹۹۸ به کاهش بالقوه بازار کوکائین به حدود ۳۵ تن کمک کرده است. این مقدار برابر یک سوم کل کشفیات این ماده در ایالات متحده یا در حدود ۱۰ درصد مقدار کل برآورد کوکائین در این کشور است. اگرچه حاشیه خطا در این‌گونه محاسبات کم نیست با این حال نتایج به دست آمده کاملاً نشان می‌دهد که مصرف کلی را می‌توان با درمان به صورت قابل ملاحظه‌ای کاهش داد.

این امر در رابطه با هرویین بخصوص زمانی که کل مصرف‌کنندگان هرویین مقایسه می‌شوند بیشتر حقیقت می‌یابد و نشان می‌دهد درصد قابل ملاحظه‌ای با سیستم درمانی در ارتباط است.

حتی به نظر می‌رسد باید با درصد بالاتری از افراد مصرف‌کننده مواد افیونی که در اروپا با سیستم‌های درمانی ارتباط دارند نیز با احتیاط بیشتری برخورد

شود. مثلا در اروپا طی سال ۱۹۹۷، ۱۲۱۰۰۰ نفر تحت درمان اعتیاد به هرویین قرار گرفتند که معادل ۴۶٪ از کل معتادان موادمخدر در این کشورها است. در فرانسه ۴۹۰۰۳ نفر طی سال ۱۹۹۷ در مراکز تخصصی، تحت درمان اعتیاد به مواد افیونی قرار گرفتند که این رقم معادل یک سوم از کل ۱۵۵۰۰۰ مصرف کننده موادمخدر در این کشور است. اگر درمان جایگزین نیز اضافه شود، تعداد افراد تحت درمان به ۹۴۴۰۰ نفر خواهد رسید که معادل ۶۰٪ از کل مصرف کنندگان موادمخدر خواهد بود. در سوئیس، ۱۹۰۰۰ نفر یعنی دو سوم از مصرف کنندگان موادمخدر در یک یا چند برنامه درمانی شرکت داشته‌اند. در هلند نیز ۱۹۰۰۰ نفر که معادل ۷۰٪ از کل مصرف کنندگان هرویین در این کشور است، تحت درمان قرار گرفته‌اند.

برعکس، در اکثر کشورهای در حال توسعه و کشورهای که در مسیر ترانزیت موادمخدر قرار دارند، تعداد معتادانی که امکان دستیابی به خدمات درمانی را دارند، کاهش یافته است که این امر نشانگر نیاز مبرم به تقویت و توسعه زیرساختارهای درمانی است. در حالی که طی سال ۱۹۹۸ اعلام شد ۸۳۷۰۰۰ نفر در ایالات متحده و ۵۳۰۰۰۰ نفر در اروپای غربی خواهان پذیرش در سیستم درمان اعتیاد بوده‌اند، یعنی به ترتیب ۳۰۰۰ نفر و ۱۵۰۰ نفر در هریک میلیون نفر، این رقم تنها ۳۰۰ نفر در هر میلیون در آمریکای لاتین، کمتر از ۳۰۰ نفر در اروپای شرقی، کمتر از ۲۰۰ نفر در آسیا و حتی کمتر از ۳۰ نفر در آفریقا است (نمودار ۱۶).



تفاوت در سطح اعتیاد به خوبی نشانگر این اختلاف فاحش میان شرایط درمان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. در اکثر کشورهای در حال توسعه، تعداد افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند بین چند نفر تا چند هزار نفر است در حالی که این رقم در کشورهای توسعه یافته از چندین هزار نفر به بالا است. تنها چند کشور انگشت شمار در میان کشورهای در حال توسعه دارای رقم نسبتاً بالای درمان معتادین هستند که عبارتند از هندوستان (۱۹۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۹)، جمهوری اسلامی ایران (۲۳۳۰۰ نفر در سال ۱۹۹۸) و تایلند (۱۷۸۰۰ نفر در سال ۱۹۹۸). در میان کشورهای در حال توسعه همچنین می‌توان به مکزیک (۴۸۵۰۰ نفر در سال ۱۹۹۸) اشاره کرد. نیمی از خدمات درمانی ارائه شده در آفریقا تنها متعلق به یک کشور است یعنی جمهوری آفریقای جنوبی. البته در چند کشور دیگر نیز فعالیت درمانی مهمی انجام می‌شوند اما اطلاعاتی در این زمینه در دسترس نیست. در اکثر کشورهای در حال توسعه، از شیوه‌های "درمان سنتی" استفاده می‌شود.

بخش اعظم معتادان موادمخدر امکان دستیابی به این نوع درمان را دارند هر چند که این امر در آمار درمان رسمی معتادان منعکس نمی‌گردد. البته اگر در استراتژی کاهش تقاضای موادمخدر، درمان به عنوان یک عامل تک بعدی محسوب گردد، محدودیت‌هایی را هم به دنبال خواهد داشت. نه همه معتادان اما بخش اعظم آنها در شرایطی به درمان تمایل پیدا می‌کنند که سالهاست از اعتیادشان می‌گذرد و همین موضوع، شانس موفقیت آنها را کاهش می‌دهد. همچنین بسیاری از معتادان به اعتیاد باز می‌گردند و به همین دلیل مجبور هستند برای درمان قطعی خود چندین بار اقدام به ترک اعتیاد نمایند. با توجه به عوامل مختلفی که بر عرضه و تقاضای موادمخدر تاثیر می‌گذارند و همچنین فقدان یک زیربنای درمانی مناسب در اکثر کشورها، درمان نمی‌تواند نقش چندان مهمی در کاهش تقاضای موادمخدر در سطح جهان ایفا کند، هر چند که این امر به تنهایی در برخی از کشورها نتایجی را هم در پی داشته است. این امر مانع از آن نمی‌شود که درمان در آینده نیز چنین نقشی را ایفا نکند. به هر حال، درمان در بطن هر استراتژی جامع کنترل موادمخدر قرار دارد و باید به عنوان یک پاسخ انسانی و مقرون به صرفه به مشکلات ناشی از موادمخدر، نقش مهمی در کاهش تقاضا داشته باشد. شواهد به دست آمده از چندین کشور، موید این است که درمان می‌تواند پاسخی ویژه و مقرون به صرفه به برخی از الگوهای استعمال موادمخدر باشد.

اقدامات درمانی

درمان سوء استعمال یا اعتیاد به موادمخدر به دلیل فعالیت‌ها و استراتژی‌های مورد استفاده، دارای گوناگونی‌های زیادی است. همچنین اهداف، گروه‌های هدف و مجموعه‌هایی که در آنها خدمات درمانی ارائه می‌شود (درمان سرپایی یا بستری) نیز نوع درمان را تعیین می‌کنند. به طور کلی، پنج روش اصلی درمان عبارتند از :

(۱) جسمانی

(۲) دارویی

(۳) روحی - روانی

(۴) گروه درمانی

(۵) درمان سنتی

گروه‌هایی همچون " انجمن‌های معتادان گمنام " منبعی بسیار مهم برای افرادی هستند که به دنبال غلبه بر مشکلات ناشی از موادمخدر هستند. از آن جا که روش آنها یک روش رسمی درمانی تلقی نمی‌شود، به طور جداگانه به آنها خواهیم پرداخت. هدف از این برنامه‌ها به حداقل رساندن مشکلات بهداشتی و اجتماعی ناشی از مصرف موادمخدر است که اگرچه صرفاً شامل برنامه‌های درمانی نیستند اما معمولاً در راستای برنامه‌های درمانی ارائه می‌گردند و می‌توان از آنها به عنوان پیش درآمد برنامه‌های درمانی استفاده کرد.

در عمل، بسیاری از سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی از دو یا چند روش استفاده می‌کنند و خدمات دیگری همچون بازپروری، پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و مراقبت‌های پس از ترک را ارائه می‌نمایند. برنامه‌های ارائه دهنده خدمات دارویی معمولاً مشاوره یا روان درمانی نیز ارائه می‌نمایند.

از بسیاری از روش‌های روان‌درمانی در گروه‌درمانی یا درمان سنتی نیز استفاده می‌شود. البته شایان ذکر است که تفاوت میان روش‌های درمانی یک نوع خاص حتی در یک کشور بسیار چشمگیر است. مقایسه روش‌های ارائه خدمات درمانی تفاوت‌های بیشتری را آشکار می‌سازد. نمی‌توان فرض کرد که روش‌های ارائه یک نوع درمان خاص، کاملاً یکسان باشد. تفاوت در روش‌های درمانی ارزیابی اثربخشی و کارایی بخش درمان را پیچیده‌تر می‌سازد. معهدنا فهرست روش‌هایی که در ادامه آمده‌اند، نشانگر رویدادهای متفاوت درمانی است.

۱- سم‌زدایی

اگرچه واژه سم‌زدایی به معنای از بین بردن اثرات مسموم کننده موادمخدر از بدن است اما از آن در حوزه وسیع‌تری همچون کنترل امراض عصبی مانند افسردگی (انزواتلبی) و مشکلات روحی و جسمی مرتبط با آن استفاده

می‌شود. به زبان ساده، وقتی که بدن به استفاده از دارویی عادت کرده باشد، قطع آن دارو موجب برهم خوردن توازن ذهنی و جسمانی بدن می‌گردد. این امر می‌تواند عوارض نامطلوبی را در پی داشته باشد و تنها می‌توان از طریق سم زدایی، این عوارض را تحت کنترل درآورد. معمولاً سم‌زدایی یک روش درمانی مجزا محسوب می‌گردد. همچنین می‌توان از آن به عنوان مکمل دیگر روش‌های درمانی استفاده نمود. سم‌زدایی به رفع اثرات انزواطلبی و گوشه‌گیری کمک می‌کند اما مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری مرتبط با سوء استعمال را حل نمی‌کند.

سم‌زدایی کامل، یکی از مهم‌ترین اهداف اکثر برنامه‌های درمانی محسوب می‌شود و می‌توان آن را پیش شرط درمان برخی از مشکلات پزشکی دانست. سم‌زدایی را هم می‌توان با قطع یک باره مواد یا قطع تدریجی آنها آغاز نمود. البته این کار باید با نظارت کامل و با استفاده از روش‌های درمانی مکمل انجام شود زیرا قطع ناگهانی موادی همچون الکل، باربیتورات‌ها و بنزودیازپین‌ها می‌تواند زندگی فرد مصرف‌کننده را به شدت به خطر بیندازد. برخی از روش‌های مکمل عبارتند از فیزیوتراپی، طب سوزنی و چای گیاهی.

طب سوزنی در برنامه سم‌زدایی بسیاری از کشورها استفاده می‌شود. شواهد و مدارکی نیز درباره کارایی آن وجود دارد. اگرچه هنوز به طور کامل مشخص نیست که آیا کارایی این شیوه منشا پزشکی دارد یا خیر، اما بسیاری از متخصصین ادعا می‌کنند که طب سوزنی، بسیاری از دردهای ناشی از مصرف مواد افیونی و در نتیجه اشتیاق به مصرف این گونه مواد را کاهش می‌دهد. البته ممکن است طب سوزنی فقط تاثیر دارویی را القا کند. می‌توان از روش‌های دارودرمانی برای سم‌زدایی استفاده نمود. از این روش به طور عمده برای سم‌زدایی مواد افیونی، بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها استفاده می‌شود. در مورد بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها می‌توان از همان داروهایی که برای وابستگی به موادمخدر در کوتاه مدت استفاده می‌شود، بهره برد.

از متادون، LAAM، بوپرونورفین، کلونیدین و مسکن‌ها عمدتاً برای تسهیل در فرآیند سم‌زدایی هرویین استفاده می‌شود. در این بین عمدتاً از متادون و

بوپرونورفین استفاده می‌گردد. تحقیقات انجام شده نشانگر استفاده درمانی از این داروها در فرآیند سم‌زدایی هرویین است.

در برخی کشورها که البته تعدادشان محدود است از روش‌های درمانی سریع یا حتی فوق سریع استفاده می‌گردد. این روش‌ها دربرگیرنده استفاده از داروهای بیهوشی است که البته خطرات جانبی زیادی دارند و در عین حال بسیار پرهزینه هستند. بنابراین به جز موارد استثنایی، این روش‌ها، متدهایی مناسب محسوب نمی‌شوند. شواهد مستدلی وجود دارند که نشان می‌دهند این نوع سم‌زدایی امکان امساک طولانی مدت از مواد را افزایش می‌دهد.

۲- دارو درمانی

در درمان‌های طولانی مدت و همچنین در طول فرایند ترک موادمخدر از فرآورده‌های دارویی استفاده می‌شود. در برخی موارد، هدف از این کار درمان افسردگی یا سایر مشکلات روانی است که ناشی از سوء استعمال موادمخدر هستند. البته استفاده از دارودرمانی برای تعمیم مشکلات مغزی که به نظر می‌رسد ناشی از سوء استعمال طولانی مدت موادمخدر هستند، گسترش زیادی یافته است.

۳- درمان وابستگی به مواد افیونی

هدف از این نوع برنامه‌ها ثبات وضعیت معتادان در جامعه و کمک به آن‌ها برای امساک از مصرف موادمخدر غیرقانونی و رسیدن به یک زندگی عاری از موادمخدر است. روش درمانی چنین برنامه‌هایی این‌گونه است که معتادان طی مدتی مشخص از دزهای تعیین شده مواد استفاده می‌کنند. شواهد موجود نشانگر آن است که وقتی خدمات جانبی همچون مشاوره، آموزش مهارت‌های اجتماعی و فردی، استفاده از خدمات پزشکی و درمانی، آزمایش HIV و دیگر مشکلات اجتماعی همچون تامین مسکن به بیماران ارائه می‌شوند، نتایج کار موفقیت آمیزتر هستند. برنامه‌های سم‌زدایی باید مستمر و پیوسته باشند و مرتباً از مراجعه‌کنندگان تست ادرار به عمل آید. معمولاً این برنامه‌ها برای معتادان دایمی که بارها در برنامه‌های کاهش اشتیاق به مصرف موادمخدر شکست خورده‌اند، بهترین روش محسوب می‌شود.

استفاده از مشوق‌هایی برای کاهش اشتیاق به مصرف مواد غیرقانونی نشانگر کاهش مصرف این‌گونه مواد در میان مراجعین است. این مشوق‌ها می‌توانند به صورت کوپن یا حواله خرید کالا یا استفاده از خدمات باشند که ارزش آن‌ها با تعداد نمونه‌های آزمایش ادرار که عاری از موادمخدر هستند، افزایش می‌یابد. رایج‌ترین داروهای مورد استفاده برای درمان اعتیاد به مواد افیونی در همین بخش ارائه شده‌اند. در صورتی که از دز مناسب و درمان صحیح استفاده شود، این‌گونه برنامه‌ها در کاهش سوء استعمال مواد افیونی و فعالیت‌های جنایی، افزایش توانایی‌های اجتماعی و بهره‌وری، کاهش انتقال ویروس HIV و افزایش سلامت زنان معتاد در طول دوران بارداری موثر خواهد بود. اگرچه متادون خود بدون مشکل نیست، اما استفاده آن در بلندمدت مفید و مطمئن است و استفاده از آن در درمان، نتایج خوبی را در پی داشته است. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که LAAM می‌تواند در کاهش سوء استعمال موادمخدر در میان افراد به اندازه متادون موثر واقع شود. تحقیقات مختلف پزشکی اثبات کرده است که بوپرونورفین نیز در درمان اعتیاد به موادمخدر از کارایی مشابهی برخوردار است. نالتراکسون نیز یک عامل درمانی تلقی می‌شود اما تمام مطالعات انجام شده نشان می‌دهند بسیاری از افراد در همان ابتدای درمان از مصرف آن امتناع می‌ورزند. البته ممکن است نالتراکسون مزایایی هم در درمان معتادان طولانی مدت داشته باشد. افرادی که قصد دارند از نالتراکسون استفاده نمایند باید حداقل بین ۷ تا ۱۰ روز پیش از درمان هیچ‌گونه مواد افیونی مصرف نکرده باشند تا علائم اعتیاد در آنها برطرف شود.

البته درمان جایگزین نیز بدون مشکل نیست. متادون، LAAM و بوپرونورفین در همه موارد، اثربخش نیستند. برخی معتادان هرویین می‌گویند این داروها اشتیاق آنها به مصرف هرویین را کاهش نداده و اثرات جانبی ناخوشایندی داشته‌اند. البته این موضوع به میزان دز مصرفی هم بستگی دارد. اگرچه مصرف دز بیشتر این داروها می‌تواند مانع از گرایش افراد به مصرف هرویین گردد اما در عین حال می‌تواند اثرات جانبی ناخوشایندی بر درمان جایگزین داشته باشد. پیش نیازهای برخی برنامه‌های درمانی، دسترسی معتادان به آنها را محدود

ساخته است. مشکلی جدی‌تر در این زمینه آن است که برخی داروهای جدید در طول درمان از بازار مصرف سر در می‌آورند و معتادان برای به دست آوردن پول حاصل جهت خرید موادمخدر اقدام به فروش این‌گونه مواد در بازارهای غیرقانونی می‌کنند.

برخی مرگ و میرها به دلیل استفاده از چندین دارو در طول درمان جایگزین بوده است. همین روند در بسیاری از شهرهای اروپا نیز دیده شده است زیرا بسیاری از افرادی که در برنامه‌های درمانی استفاده از متادون شرکت داشته‌اند به سراغ مصرف کراک و کوکایین رفته‌اند زیرا این مواد محرک، احساس شغف به مراتب بیشتری را در آنها باعث می‌شوند. بنابراین معضل همواره رو به تزاید است.

برخی متخصصین از مواد تزریقی همچون تزریق متادون استقبال کرده‌اند. برخی کشورهای اروپایی که البته تعدادشان بسیار اندک است، شروع به تجربه دیاستیل مورفین تزریقی (هرویین) کرده‌اند. تجویز هرویین برای درمان اعتیاد به آن، از مدت‌ها پیش در انگلستان اعمال می‌شده است. البته به دنبال انحراف آن به بازارهای مخفی و نقش مهم یکی از پزشکان آن دوران (دهه ۱۹۶۰) در این انحراف، امروزه تنها چند پزشک انگلیسی مجاز به تجویز هرویین برای مصارف پزشکی هستند که اکثر آنها هم به ندرت چنین کاری می‌نمایند. عمده‌ترین روش مصرف متادون به صورت خوراکی است. متادون تزریقی نیز تجویز می‌شود که البته این کار هم به ندرت انجام می‌شود. در سوئیس پس از تبلیغات و ارزیابی‌های متعدد، تجویز پزشکی هرویین جهت درمان اعتیاد به آن به تصویب رسید. علت اصلی استفاده از این رویه در سوئیس افزایش شدید ابتلای معتادان تزریقی به ویروس ایدز و گسترش روزافزون و عینی موادمخدر در زوریخ و دیگر شهرهای سوئیس بود. " واحد سنجش مرکز ارزیابی تحقیقات علمی پزشکی تجویز موادمخدر به معتادان " پیشرفت‌های خوبی را در زمینه وضعیت بهداشتی و اجتماعی افراد معالجه شده اعلام کرده است اما در این حال به این نتیجه نیز رسیده است که هیچ رابطه مستدلی میان تجویز هرویین و این پیشرفت‌ها وجود ندارد. ارزیابی‌های مشابهی از تجویز هرویین در هلند،

استرالیا، بلژیک، آلمان و اسپانیا انجام شده یا در حال انجام است. روش‌های دیگر تحویل هرویین (همچون سیگارهای حاوی هرویین و اسپری‌های استنشاقی) نیز مورد مطالعه قرار گرفته اند اما این روش‌ها برای همه افراد در دسترس نیستند.

مشکلات ناشی از تجویز هرویین، علاوه بر مشکلات شدید اخلاقی که به همراه دارند، برنامه‌هایی بسیار پرهزینه هستند که نیاز به اتخاذ اقدامات هشداردهنده جهت جلوگیری از انحراف مواد دارند. البته اجرای چنین برنامه‌هایی در کشورهای در حال توسعه، کشورهای محل ترانزیت و برخی کشورهای توسعه یافته که دارای منابع محدود مالی جهت درمان هستند، مناسب نیست. این گونه برنامه‌ها نیازمند پرسنل متخصص و فداکار هستند که هدفشان از شرکت در این برنامه‌ها کسب درآمد بیشتر نیست. جوامعی که در برابر فساد، انعطاف پذیر هستند را نمی‌توان به سادگی در کشورهای پیشرفته یا در حال توسعه یافت. یک مشکل اساسی دیگر این است که مراجع این کشورها مجبورند موادی را تجویز کنند که خطرناک هستند و در بسیاری مواقع حتی به مرگ منجر می‌شوند. زیرا استفاده از این مواد به صورت مخفیانه، خطرات به مراتب بیشتری را به دنبال دارند. این یک معضل اخلاقی است که حل آن، کار ساده‌ای نیست. البته باید به این نکته اشاره کرد که تجویز هرویین حتی در کشورهایی که این موضوع اعمال می‌شود راه حل معضل موادمخدر نیست. این روش می‌تواند در بهترین حالت تنها پاسخی به گروهی کوچک از معتادان دائمی باشد که در آستانه مرگ قرار دارند و قادر نیستند هیچ نوع روش درمانی دیگری را تحمل کنند. البته یک زیرساختار کارآمد درمانی باید از همان مراحل اول مانع از آن شود که اعتیاد به چنین شرایط خطرناکی برسد.

۴- درمان اعتیاد به کمک سایر موادمخدر

برای جلوگیری از اعتیاد افراد به داروهای مسکن یا ضد اضطراب، هیچ گونه روش دارو درمانی وجود ندارد. گاهی اوقات آمفتامین برای درمان اعتیاد به آمفتامین تجویز می‌شود اما استفاده از این روش بسیار محدود و عمدتاً به صورت آزمایشی است. در این زمینه تحقیقات بیشتری در انگلستان در حال

انجام است. هیچ مدرک قوی و مستدلی وجود ندارد که نشانگر کارایی و اثربخشی این روش باشد.

تا به امروز هیچ گونه روش دارو درمانی جهت درمان اعتیاد به کوکائین به اثبات نرسیده است. البته پژوهش‌های اخیر دو نوع دارو یعنی داروهای ضدافسردگی و ترکیبات دوپامینرژیک را معرفی کرده‌اند. مطالعه داروهای ضدافسردگی مبتنی بر گزارش‌های مربوط به افسردگی مختلفی آزمایش شده‌اند اما موفقیت آنها محدود بوده است. استفاده از داروهای دوپامینرژیک مبتنی بر این یافته است که آثار مخدر کوکائین به واسطه استفاده از دوپامین تعدیل می‌شود اما مصرف مزمن کوکائین، اثرات این ماده را نیز مختل می‌کند. از داروهای حاوی دوپامین نیز برای مقابله با کاهش اثرات این ماده استفاده می‌شود. اگر چه در برخی آزمایشات نشان داده شده است که مصرف این ماده اعتیاد و اشتیاق به مصرف کوکائین را کاهش می‌دهد، اما اثرات آن در قبال دیگر موادمخدر اثبات نگردیده است. بسیاری از مواد مورد استفاده در دارودرمانی نیز بررسی شده‌اند که موفقیت‌های بسیار محدودی در پی داشته‌اند. مطالعات اخیر بر روی حیوانات نشانگر موفقیت نسبی واکسن‌های مورد استفاده علیه اثرات رفتاری کوکائین و نیکوتین است. این واکسن‌ها سیستم ایمنی بدن را تحریک می‌کنند تا پادتن‌هایی را بسازند که به مولکول‌های موادمخدر فعال می‌چسبند و خود مولکول‌های بسیار بزرگی را تشکیل می‌دهند که نمی‌توانند از غشای خون و مغز بگذرند. اگر مولکول‌های موادمخدر فعال نتوانند از این غشا عبور کنند نخواهند توانست اثرات مخدر خود را بر بدن تحمیل کنند. مطالعات انجام شده بر روی حیوانات نشانگر کاهش قابل توجه اثرات داروهای است که پس از تزریق واکسن پادتن‌های خاصی را تحریک می‌کنند. البته هیچ تحقیقی پیرامون اثرات این واکسن‌ها بر استعمال موادمخدر در انسان انجام نشده است و این حیطة برای تحقیق و پژوهش بیشتر همچنان مفتوح است.

اقدامات غیردارویی

۱- اقدامات زیست فیزیکی

برای درمان سوء مصرف موادمخدر و جلوگیری از بازگشت به اعتیاد از روش طب سوزنی به ویژه در اروپای شرقی، خاور میانه و خاور دور استفاده می‌گردد. همچنین به طور فزاینده‌ای از این روش در برخی کشورهای اروپای غربی به عنوان مکمل سایر روش‌های درمانی کمک به رفع اثرات ترک مواد در طول دوره سم‌زدایی استفاده می‌شود.

۲- اقدامات روان‌شناختی / مشاوره

فعالیت‌ها و پروسه‌های مختلفی زیر مجموعه این عنوان هستند، هرچند که درباره چگونگی تقسیم‌بندی و طبقه‌بندی آنها توافقی مشخص وجود ندارد. دو طبقه‌بندی گسترده درمان روان‌شناختی عبارتند از: اصول رفتاری و اصول روانی که هر یک از آنها منعکس کننده فرضیاتی مختلف درباره ماهیت سوء استعمال موادمخدر و فرآیند درمان هستند.

درمان رفتاری بدان معناست که اعتیاد نتیجه عدم یادگیری و آموزش صحیح بوده و درمان آن دربرگیرنده آموزش الگوهای رفتاری یادگیری نشده است که در استمرار سوء استعمال موادمخدر نقش دارند. برعکس، درمان روانی مبتنی بر این فرض است که سوء استعمال موادمخدر نشانه تضادهای دوران کودکی بوده و درمان آن نیازمند رفع این‌گونه تضادها است. با توجه به روش‌های مختلف پژوهش‌گران و متخصصان برای تشریح این شرایط، می‌توان طبقه‌بندی‌های دیگری را نیز در همین دو گروه گنجانند. برخی رویکردهای معروف درمانی دارای عناصر گوناگونی هستند. مثلاً "جلوگیری از بازگشت به اعتیاد" را می‌توان به عنوان یک روش درمانی مجزا یا بخشی از "شناخت درمانی" توصیف کرد. جلوگیری از بازگشت به اعتیاد و سایر روش‌های درمانی در گزارش اخیر "موسسه ملی مقابله با سوء استعمال موادمخدر در ایالت متحده" درج شده است که شامل مجموعه‌ای متنوع از روش‌های درمانی است. مثلاً برخی الگوها جلوگیری از بازگشت به اعتیاد، مشاوره و حمایت، خودیاری، آموزش، آزمایش ادرار و گروه‌درمانی را زیر مجموعه‌ای از همین عنوان می‌دانند. یک رویکرد

مفید برای درک اشکال مختلف درمان، تمرکز بر عناصر کلیدی هر یک از آن‌ها و بررسی چگونگی استفاده از آن‌ها برای دستیابی به اهداف ویژه در مراحل مختلف بازپروری پروسه جلوگیری از بازگشت به اعتیاد است. خلاصه‌ای از استراتژی‌های درمانی و کارایی آن‌ها در همین بخش ارائه شده است.

این مطالعات عمدتاً مبتنی بر اصول رفتاری هستند. البته از جمله استثنای این موضوع می‌توان به روش روان‌درمانی اریکسونی اشاره کرد که در تجزیه و تحلیل‌های روانی ریشه دارد و یک شیوه درمان متمرکز است که تحت تاثیر نوشته‌های کارل راجرز است. روش‌های درمانی دیگری هم با استفاده از اصول روانی پیشنهاد شده‌اند اما ارزیابی‌های اندکی درباره آنها انجام شده است و کارایی آنها با شک و تردید توأم است. اکثر این روش‌ها بلندمدت بوده و تنها برای مراجعینی در دسترس هستند که حاضرند دستمزدهای بالایی که متخصصان طلب می‌کنند را بپردازند. برخی از شاخصه‌ها و تعاریف این نوع اقدامات خاص در ادامه ذکر شده‌اند.

استفاده از روش ترغیب مراجعین به امتناع از موادمخدر به شکلی کاملاً رایج مورد استفاده است. برخی رویکردها دربرگیرنده مدارکی مستدل از سوء استعمال و مشکلات مربوط به آن است، در حالی که دیگر روش‌ها دربرگیرنده شواهد و اطلاعات کمتری درباره اثرات موادمخدر هستند. برخی شواهد محدود دربرگیرنده روش‌های موثر مقابله با الکل هستند و البته معتادان موادمخدر نیز سوالات زیادی را درباره کارایی این روش مطرح می‌کنند.

اکثر متخصصان امور درمانی از روش‌های مشاوره‌ای استفاده می‌کنند که انگیزه مراجعین‌کنندگان را بالا می‌برند. کارل راجرز نخستین فردی بود که این روش را ارائه داد و این روش در واقع نوعی خودیاری است. البته این روش را یک روش درمانی کلی نگرانه هم می‌دانند. روش‌های انجام مصاحبه‌های افزایش انگیزه نیز ریشه در کارهای راجرز دارند. این روش دربرگیرنده ارزیابی اولیه و بحث پیرامون استعمال موادمخدر جهت کمک به مراجعین جهت مشخص ساختن علل و اهداف فردی خویش برای دست زدن به تغییرات است. متخصصین امور درمانی به دنبال تقویت انگیزه افراد با استفاده از مصاحبه‌هایی

هستند که متمرکز بر موضوعاتی هستند که از نظر مراجعین بسیار مهم تلقی می‌شوند. هرکجا که مناسب باشد، متخصصین امور درمانی پیشنهادهایی را جهت پرداختن به شرایط دارای خطر بالا ارایه می‌نمایند. در طول دوره درمان، این متخصصان میزان پیشرفت را ارزیابی کرده و به جستجوی خود برای روش‌های دستیابی به اهداف مورد نظر ادامه می‌دهند. گاهی اوقات از مراجعه کنندگان درخواست می‌شود تا دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود را نیز همراه با خود به جلسات درمانی بیاورند.

روش درمانی اریکسونی نیز شبیه هیپنوتیزم است با این تفاوت که متخصصین امور درمانی در این شیوه، شرایط فکری عمیقی را به کار نمی‌برند و با ذکر داستان افراد موفق، مراجعین را ترغیب می‌کنند تا مسایل و راه‌حل‌های مدنظرشان را به راحتی بیان کنند. ذکر چنین داستان‌هایی به مراجعین کمک می‌کنند تا درباره موضوعاتی بحث کنند که اگر بیان نشوند می‌توانند مشکلات انبوهی را به دنبال داشته باشند. هدف این رویکرد، کمک به کاهش مقاومت مراجعه‌کنندگان در برابر تغییر است.

هدف از درمان‌های شناختی (معرفتی) شناخت و اصلاح عقاید و اعتقادات است که در سوء استعمال موادمخدر نقش دارند. این روش درمانی مبتنی بر این فرضیه است که سوء استعمال موادمخدر تا حدی ریشه در شرایط احساسی منفی دارد که باعث می‌شوند فرد به مصرف موادمخدر بیندیشد و به طور کلی احساسی منفی درباره جهان داشته باشد. این روش درمانی مراجعین را ملزم می‌سازد تا بر عقاید خود نظارت داشته باشند و عقاید غیرمنطقی و ناسازگار خود را که موجب افسردگی و تمایل به موادمخدر می‌شوند را بشناسند. سپس متخصصین امور درمانی به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کنند تا شیوه‌های مختلف فکری (مثلاً من سعی می‌کنم بر مشکلاتم فایق آیم) که جایگزین شرایط منفی قبلی می‌شوند (مثلاً من فردی بی‌ارزش هستم) را در خود توسعه دهند. آن دسته از روش‌های درمانی شناختی که بر جلوگیری از عود اعتیاد متمرکز هستند، نتایج خوبی به همراه داشته‌اند.

اندیشه امتناع، یک روش دیگر است. در این روش مراجعه‌کنندگان می‌آموزند تا وقتی عقاید منفی دارند به جای آنکه با عصبانیت با آن برخورد کنند فقط سکوت اختیار کنند و بگویند "توقف". همچنین می‌توان آن‌ها را راهنمایی کرد تا با آرامش درباره چیزی بیندیشند.

اصلی‌ترین روش درمان، درمان رفتاری است که رفتارهای افراد بر اساس توقعات و نتایج مطلوب آن سنجیده می‌شود. فرضیه اصلی این روش آن است که چنین فرآیندهایی نقش مهمی در توسعه و استمرار اعتیاد و سوء استعمال موادمخدر ایفا می‌کنند. این روش درمانی از طریق استراتژی‌هایی که انجام فعالیت‌های عاری از موادمخدر را تقویت می‌کنند به دنبال اهداف خاصی همچون جایگزینی نتایج مثبت به جای توقعات و نتایج حاصل از رفتارهای توأم با موادمخدر می‌باشد. یک نمونه بسیار ساده، فردی است که واکنش او به استرس، استعمال موادمخدر بود یعنی رفتاری که تمایل به جایگزین شدن یک رفتار مثبت است. همان طور که قبلاً ذکر گردید، روش‌های درمانی روانشناسی مشابه روش‌های رفتاری هستند که در درمان اعتیاد به موادمخدر نتایج امیدوار کننده‌ای را به همراه داشته‌اند. در اغلب موارد، درمان رفتاری با رویکردهای معرفتی و شناختی ترکیب می‌شود. مثلاً روش‌های پیشگیری از عود موادمخدر اصول رفتاری و شناختی را با یکدیگر ترکیب می‌کنند. برخی روش‌های درمانی خانوادگی از اصول رفتاری نیز استفاده می‌کنند و اعضای خانواده‌ها آموزش می‌بینند که چگونه روش‌های مناسب در مانی را تقویت کنند و از روش‌هایی که استعمال موادمخدر یا دیگر فعالیت‌های ناهنجار را تقویت و تسهیل می‌کنند، اجتناب ورزند.

تغییرات شرایط محیطی، محور روش درمانی تقویت جامعه است. موفقیت این روش در درمان اعتیاد به الکل به اثبات رسیده و نتایج امیدوار کننده‌ای در برنامه‌های مختلف درمان اعتیاد که اخیراً توسط NIDA منتشر شده، داشته است. در این برنامه‌ها، متخصصین امور درمانی و مراجعین به دنبال دخالت دادن اعضای خانواده‌ها و گاهی اوقات کارفرمایان و دیگر نهادها جهت جلوگیری و امتناع از شرایطی هستند که موجب استعمال موادمخدر توسط افراد می‌گردد

یکی از این شرایط محیطی را می‌توان با ذکر مثال بیان داشت: وقتی در فردی یک تغییر مثبت رفتاری رخ می‌دهد همچون عدم موادمخدر در آزمایش ادرار که در یک مرکز درمانی انجام شده، آنگاه این افراد به طرق مختلفی همچون اهدای کوپن‌های خواروبار تشویق می‌شوند.

بنابراین، کوپن خواروبار یک شرط برای تغییر مثبت رفتار است. مثلا کارفرمایان می‌توانند به صورت اتفاقی برای افرادی که قبلا مشکل مصرف موادمخدر داشته‌اند، امکان "آزمایش ادرار" فراهم آورند و افرادی که آزمایشاتشان مثبت است را تنبیه کنند. می‌توان از خانواده‌ها درخواست کرد که تنبیهات جنایی در قبال برخی اعضایشان که به دلیل جرایم مرتبط با موادمخدر دستگیر شده‌اند را مورد اعتراض قرار ندهند. همچنین می‌توان امکانات لازم را برای استفاده از شرایط مثبت فراهم آورد. مثلا متخصصین امور درمانی از اعضای خانواده‌ها می‌خواهند تا به مراجعین در تلاش برای بازگشت به کار و جامعه کمک کنند. برخی روش‌ها به طور مشخص بر شرایط استعمال موادمخدر متمرکز هستند. این روش‌ها صرفا راهنمایی‌هایی را درباره روش‌های امتناع از آن شرایط ارائه می‌دهند و کمتر بر استفاده از جایگزین‌هایی همچون اوقات فراغت تاکید می‌کنند. دو روش معروف این تکنیک عبارتند از آموزش خویشنداری و آموزش امتناع از موادمخدر. روش نخست دربرگیرنده خودداری از مصرف موادمخدر، تعیین اهدافی برای استعمال موادمخدر (امساک یا مصرف محدود)، تقویت اراده افراد برای دستیابی به این اهداف (همچون استفاده از پول پس‌انداز شده برای خرید مواد) و تجزیه و تحلیل شرایطی است که از ریسک بالایی برخوردارند. روش دوم دربرگیرنده آموزش چگونگی "نه" گفتن به موادمخدر است. در این زمینه از مراجعین خواسته می‌شود که نقش بازی کنند یعنی با برقراری ارتباط از طریق حرکت چشمان خود یا استفاده از اندام بدن خود به عنوان زبان و عبارات، عدم تمایل خود به مصرف موادمخدر را نشان دهند. این روش به آنها کمک می‌کند که در صورت وجود فشار نیز از مواد پرهیز کنند.

"تعیین و تشخیص علایم" نیز روش دیگری است. در این روش به مراجعین کمک می‌شود تا علایم درونی و بیرونی که باعث تمایل آنها به موادمخدر می‌شوند همانند احساسات، افکار، صداها، نگاه‌ها یا رایحه‌ها را بشناسند. مراجعه کنندگان به سلسله مراتبی از این علایم دست می‌یابند که از پایین‌ترین تا بالاترین توانایی برای امتناع از موادمخدر را شامل می‌شود. سپس به آنها آموزش داده می‌شود که به یک وضعیت توأم با آرامش کامل دست یابند و سپس علایمی جهت افزایش قدرتشان در اختیار آنها قرار می‌گیرد. هنگامی که مراجعین بتوانند در صورت وجود علامتی که قبلاً موجب اضطرابشان می‌شود همچنان آرام باقی بمانند، آنگاه متخصصین امور درمانی علایم مربوط به سلسله مراتب بالاتر را معرفی می‌کنند. به تدریج مراجعین می‌آموزند که در صورت وجود تمامی علایم، آرام باقی بمانند و این توانایی‌ها را به زندگی واقعی خود منتقل کنند. بسیاری از عناصر درمانی شامل عناصر تحقیقی هستند، البته شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد تحصیلات، سوء استعمال موادمخدر را در میان افرادی که مدت هاست موادمخدر مصرف می‌کنند، کاهش دهد. نوعی آموزش که " کتاب درمانی " نامیده می‌شود در قبال افرادی که در مراحل نخست آموزش مشکلات ناشی از مصرف الکل بودند، موفقیت خوبی به همراه داشته است. این روش دربرگیرنده استفاده از مطالب کمکی مکتوب است که راهنمایی‌های خوبی را در قبال تغییر مصرف موادمخدر و عادات مرتبط با آن ارائه می‌دهند. گاهی اوقات این روش، مکمل روش درمانی استفاده محض از متخصصین امور درمانی است.

۳- جوامع و انجمن‌های درمانی

امروزه جوامع درمانی در بسیاری از کشورها یافت می‌شوند. سنت‌ها و فرهنگ‌های بومی بر توسعه این جوامع اثر گذارده‌اند. هدف جوامع درمانی تغییر رفتارها و احساسات منفی است که به نظر می‌رسد از جمله عوامل اصلی سوء مصرف موادمخدر هستند. به منظور تحقق این هدف، آنها با افزایش صداقت، اعتماد، خودیاری و جلوگیری از عقاید و رفتارهای منفی، ایجاد محیط‌هایی کاملاً نظام‌مند و سازمان‌یافته را ترغیب می‌کنند. عناصر مشترک اکثر جوامع

درمانی عبارتند از (۱) توقعات و انتظارات مستمر از رفتارهای خاص (۲) افزایش مسوولیت ها و امتیازات حاصل از رفتارهای نامناسب (۳) آموزش اجتماعی و فرآیند الگوسازی از جمله فشار گروه‌های هم‌تا برای مشارکت در رفتارهایی که ارزش‌های مثبتی همچون قبول یک زندگی بدون خشونت و عاری از موادمخدر و افزایش قدرت این جوامع را بیان می‌دارند. جوامع درمانی به مراجعین کمک می‌کنند تا مهارت‌های شغلی و آموزشی آنها را افزایش دهند. جوامع درمانی نیاز به افرادی دارند که در بلندمدت در این جوامع باقی بمانند و گاهی اوقات این افراد به صورت کارکنان جوامع استخدام می‌شوند و یا از آنها خواسته می‌شود تا جوامع جدیدی را بیابند. در حال حاضر جوامع درمانی از این نظر تفاوت‌های زیادی با هم دارند. کار برخی از این جوامع کوتاه‌مدت بوده و عمده کار آنها یک روز است یا درمان افراد سرپایی صورت می‌گیرد. البته تحقیقات نشان می‌دهند که حضور بلندمدت، نتایج بهتری به دنبال دارد. جوامع درمانی شامل برنامه‌های خانواده‌ها و زنان، بزرگ سالان، مبتلایان به ویروس ایدز و دیگر افراد خاص هستند. بسیاری از برنامه‌های اجرا شده در زندان‌ها جزء اصول کار جوامع درمانی به شمار می‌روند.

۴- درمان سنتی

درمان سنتی دربرگیرنده روش‌های غیرپزشکی و مبتنی بر درمان فرهنگی است که خارج از سیستم رسمی مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌شود. این روش اغلب مبتنی بر اعتقادات اسلامی، بودایی، هندو و دیگر مذاهب است و در آفریقا و آسیا رواج گسترده‌ای دارد. البته برنامه‌هایی که این اعتقادات را با روش‌های درمانی ترکیب می‌کنند در آمریکای شمالی و جنوبی، استرالیا و زلاندنو نیز اجرا می‌شوند و نه تنها نشانگر انتقال تخصص شمال به جنوب بلکه نشانگر انتقال سنن و دانش جنوب به شمال و جنوب به جنوب در مورد چگونگی پرداختن به معضلات موادمخدر است. عناصر اصلی این برنامه‌ها عبارتند از:

- مناسک مذهبی و سایر مراسم اجرا شده توسط حکیمان سنتی که از سحر، جادو، احضار ارواح و همچنین اشیا و تصاویر مذهبی استفاده می‌کنند.
- مراسم مذهبی تهذیب‌کننده

• اقرارها، تعهدات، قربانی‌ها و شیوه‌های مختلف تصفیه و پالایش. معتادان، خانواده‌هایشان و دیگر اعضای جوامع، اغلب برای شرکت در مراسم درمانی که هدفشان تقویت اراده معتادان جهت غلبه بر اعتیاد و بازگشت اجتماعی آنها پس از ترک است دعوت می‌شوند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، درمان سنتی تنها کمک موجود به درمان اعتیاد است. در دیگر نقاط، سازمان‌های خدمات بهداشتی سنتی و مدرن در کنار هم وجود دارند و کم و بیش با یکدیگر همکاری می‌کنند. مثلاً در آمریکای شمالی از روش‌های درمان سنتی توام با ارایه مشاوره‌های تخصصی استفاده می‌شود. اکثر برنامه‌های درمان سنتی به درستی ارزیابی نشده‌اند اما شواهد موجود نمایانگر مفید بودن آنها در بسیاری از موارد است. مراکز درمان بودایی در تایلند اثبات کرده‌اند، طول امساک از موادمخدر در مقایسه با موسسات مدرن پزشکی به مراتب بیشتر است. مطالعات تجربی نشان می‌دهند که داروهای گیاهی مورد استفاده برای معتادان در مالزی به میزان قابل توجهی تمایل به مواد افیونی را کاهش داده‌اند. امتیازات اصلی روش‌های درمان سنتی کم هزینه بودن و مقبولیت بسیار بالای آنها است. از دیدگاه برنامه‌ریزی و توسعه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، روش‌های درمان سنتی اغلب پر رمز و راز و تنظیم و تطابق آنها بسیار مشکل است، البته برخی روش‌های مورد استفاده در درمان سنتی اثرات مضرى به همراه دارند. تجربیات نشان می‌دهند که درمان‌کنندگان سنتی و متخصصان حرفه‌ای می‌توانند با هم کار کنند. درمان‌کنندگان سنتی تمایل دارند تا اطلاعات خود را با متخصصان مبادله کنند و از راهنمایی‌های متخصصان که بیانگر عقایدشان است، بهره ببرند. تعاریف برخی روش‌های درمان سنتی در گزارش جهانی سال ۱۹۹۷ آمده است.

بازگشت به جامعه و مراقبت‌های پس از درمان

یکی از مهم‌ترین مراحل موفقیت نهایی درمان، بازگشت به اجتماع است. اغلب معتادان سابق با مشکلات حاد تطابق خود با جامعه به هنگام ترک محیط‌های کاملاً مصنوعی و نظام‌مند جوامع درمانی و بازگشت به زندگی طبیعی

مواجه هستند. در این مرحله خطرات زیادی افراد را تهدید می‌کنند لذا آن‌ها به سراغ دوستان قدیمی و آشنایان خود که موادمخدر مصرف می‌کنند، می‌روند. معتادانی که در فرآیندهای درمانی شرکت می‌کنند نه تنها برای کسب مهارت‌های حرفه‌ای و اجتماعی و آماده شدن هر چه بهتر برای زندگی خارج از محیط‌های درمانی بلکه برای ایجاد رابطه مجدد با جامعه و یافتن شغل و اسکان مناسب نیازمند کمک هستند. مدیران می‌توانند نقش مهمی در این فرآیند ایفا کنند یعنی در صورت امکان می‌توانند به مراجعین برای دستیابی به خدمات رفاهی، اجاره مسکن و آموزش شغلی کمک کنند. بسیاری از برنامه‌ها با دانشگاه‌ها ارتباط دارند که این کار به افراد برای بازگشت به جامعه کمک می‌کند و اعضای خانواده‌ها و دوستان این افراد را نیز به این فرآیند جذب می‌کند.

مراقبت‌های پس از درمان نیز یکی از مراحل درمان است که در واقع پیگیری تکمیل برنامه کوتاه‌مدت درمان است. هدف این مرحله، جلوگیری از عود اعتیاد و توسعه کارآیی روانی - اجتماعی افراد است. در عمل، مراقبت‌های پس از درمان از تماس‌های مقطعی تلفنی با یک متخصص امور درمانی تا ملاقات‌های منظم گروهی و فردی را شامل می‌شود. بسیاری، مراجعین خود را به سراغ گروه‌های کمک دوجانبه مراقبت‌های بهداشتی می‌فرستند. برخی مطالعات اولیه نشانگر رابطه‌ای مثبت میان درمان مستمر و توسعه فعالیت‌های پس از درمان افرادی هستند که نسبت به موادمخدر و الکل درمان شده‌اند.

۱- کمک دوجانبه

مردم در قبال مسایل موادمخدر به دو نوع گروه‌های کمک دوجانبه متمایل می‌شوند. معروف‌ترین گروه، انجمن معتادان گمنام (NA) هستند که اعضایشان به دنبال غلبه بر اعتیادشان از طریق تغییر خود هستند. گروه دیگر شامل شبکه‌ها یا انجمن‌های فعال در زمینه مصرف‌کنندگان موادمخدر است که به این مصرف‌کنندگان در کاهش رفتارهایشان که توأم با مخاطره بالا است، کمک می‌کند. (مثلا از طریق اطلاعات، آموزش و توزیع سرنگ‌های پاک) برخی از شبکه‌ها در این برنامه‌ها شرکت می‌کنند و به دنبال کاهش معضلات اعتیاد

هستند. این گروه‌ها کاملاً در هلند فعال هستند اما فعالیتشان در دیگر کشورها تازه است. انجمن معتادان کوکابین همانند انجمن معتادان گمنام موادمخدر است. این انجمن در ایالت متحده فعالیت می‌کند و هدفش کمک به افراد برای ترک اعتیاد به کوکابین است. هر دو انجمن گروه‌های کمکی برای خانواده‌ها دارند. انجمن معتادان گمنام، اعتقادات خاصی درباره اعتیاد دارند. از نظر آن‌ها اگر افراد ناتوانی خود در کنترل اعتیادشان را بپذیرند و به قدرتی بالاتر اعتقاد داشته باشند، می‌توانند از پیشرفت آن جلوگیری کنند. اعضای NA ترغیب می‌شوند تا یک الگوی اخلاقی ایجاد کنند و اشتباهات خویش را در برابر قدرتی بالاتر یا انسانی دیگر بپذیرند. همچنین از آنها انتظار می‌رود صادقانه تلاش کنند بر اشتباهاتشان فایده آیند و مضراتی که برای خود ایجاد کرده‌اند را اصلاح کنند. در سرتاسر جهان (۵۰ کشور) ۲۵ هزار گروه انجمن‌های معتادان گمنام وجود دارد. به علاوه بسیاری از جلسات این گروه‌ها در مجتمع‌های اصلاح و درمان برگزار می‌شوند.

روابط میان گروه‌های کمکی دوجانبه و متخصصان، متفاوت است. برخی متخصصین فعالانه مراجعین خود را ترغیب می‌کنند تا در جلسات NA شرکت کنند حال آنکه دیگران علاقه کمی به این کار دارند و حتی عده‌ای آن را رد می‌کنند.

امتیازات اصلی گروه‌های کمکی‌های دوجانبه، هزینه پایین و دسترسی آسان به خدمات آنها است. آنها کمکی‌های طولانی مدتی را به اعضای خود ارائه می‌دهند و ریسک عود اعتیاد برای افرادی که همچنان متعهد و پایبند باقی می‌مانند را کاهش می‌دهند. گروه‌های NA کاملاً متنوع هستند و بسیاری از متخصصین بر نیاز به ترغیب معتادان جهت حضور در گروه‌های مختلف جهت یافتن یکی از آنها که از نظرشان مفید و راحت است، تاکید می‌کنند.

کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی سوء مصرف موادمخدر

در برخی کشورها (به ویژه استرالیا، کانادا و اروپای غربی) برخی برنامه‌های انعطاف‌پذیر اجرا می‌شوند تا درصد بیشتری از افراد را جذب کرده و آموزش

دهند. برای جذب افراد جدید یا پذیرش مجدد معتادان سابق، برنامه‌های خاصی طراحی شده‌اند. هدف این برنامه‌ها کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی اعتیاد است ضمن اینکه گاهی اوقات خدمات تجویز دارو، مشاوره، مراقبت‌های اولیه دارویی و ارجاع به خدمات دیگر متخصصان نیز ارائه می‌شوند.

برنامه‌های غیردارویی بسیاری برای کاهش عواقب بهداشتی و اجتماعی اعتیاد پیشنهاد و اجرا شده‌اند. معمولاً هدف این برنامه‌ها افزایش رفاه معتادان، خانواده‌ها و جوامع آنها از طریق کاهش رفتارهای توأم با مخاطره بالا و فراهم آوردن منابع کمکی برای افزایش مراقبت از خود است. ما الزاماً نیازی به برنامه‌هایی که مصرف مواد را متوقف می‌نمایند نداریم بلکه از روش‌هایی همچون تهیه سرنگ‌های پاکیزه برای تزریق موادمخدر و استفاده از روش‌های سالم‌تر همچون مصرف استنشاقی به جای مصرف تزریقی حمایت می‌کنیم.

برخی برنامه‌های جامع عبارتند از فعالیت‌های امدادی، اطلاعات و آموزش گروه‌های هم‌تا، دستیابی به خدمات بهداشتی و اجتماعی، ارجاع به درمان، تهیه سرنگ‌های بهداشتی، توزیع کاندوم و اطلاعاتی در مورد برقراری روابط صحیح و مطمئن‌تر جنسی و دیگر موضوعات مربوط به سبک زندگی.

یکی از انگیزه‌های اصلی اجرای این تلاش‌ها ابتلا به ویروس HIV و خطرات مرتبط با استفاده از سرنگ‌های مشترک است. این حوزه گسترده‌تر شده و شامل خطرات بیشتری در زمینه موادمخدر است. در حال حاضر، اقداماتی همچون تبادل سرنگ و آموزش پیرامون وسایل تزریقی در برخی کشورها به خوبی انجام می‌شوند اما در بسیاری از کشورها این روند انجام نمی‌شود زیرا مقامات مسوول از این هراس دارند که مبادا این برنامه سوء تعبیر شده و افراد تصور کنند که مصرف موادمخدر یک فعالیت بی‌خطر برای پرکردن اوقات فراغت است. البته هنر اصلی، پیشگیری از مضرترین عواقب سوء استعمال موادمخدر و جلوگیری از چنین سوء تعبیرهایی است.

آینده درمان

امروزه شواهد پیش روی ما نشان می‌دهند که اگر درمان برای معتادان در دسترس و در عین حال جذاب باشد، اعتیاد و سوء استعمال موادمخدر قابل درمان است. مسلماً برای تحقق چنین هدفی باید کار زیادی انجام شود. سیستم‌های درمانی باید در بسیاری از نقاط جهان و با در نظر گرفتن نیازهای محلی، شرایط مناسب اجتماعی و دانش موجود، برنامه ریزی و اجرا شوند.

خدمات درمانی در حوزه گسترده‌تری ارایه می‌شوند و باید برای تمامی گروه‌های نیازمند همچون زنان، نوجوانان، معلولان ذهنی، مجرمان و زندانیان در دسترس باشند.

روش‌های درمانی باید متنوع و هماهنگ با دیگر خدمات باشند تا بتوان به نیازها و ویژگی‌های مختلف پاسخ داد. دیدگاه‌ها و تجارب درمانی مراجعین باید به بهترین شکل درک شده و در طراحی سیستم‌های درمانی مدنظر قرار گیرند. برای توسعه دانش مربوط به رویکردهای مناسب و کارآمد در قبال مشکلات مختلف بیماران باید تحقیقات بیشتری انجام شود و روش‌های کارآمد درمانی برای آنان را درک کنیم. تحقیقات نشان می‌دهند که مزایای اقتصادی درمان بیشتر از هزینه‌های آن است. بنابراین هزینه‌های ارایه درمان موثر و کارآمد را باید به لحاظ اقتصادی موجه دانست و هرگز نباید آن را یک فعالیت غیرقابل اجرا و تشریفاتی دانست. هنگامی که عوامل بهداشتی و انسانی به رویه‌های اقتصادی اضافه می‌شوند، توجیهات مربوط به ارایه خدمات درمانی، کفه ترازو را به سود خود سنگین می‌کنند. ارایه خدمات درمان اعتیاد مساوی با برطرف کردن نیازهای مردم است و باید آن را یک هدف الزامی و قابل دسترس در تمامی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه دانست.

پیوست‌ها پیوست شماره ۱

عمده‌ترین داروهای استفاده شده برای درمان اعتیاد به موادمخدر (جدول ۵)

نام دارو : متادون

نوع فعالیت و اثرات اصلی

متادون یک داروی مصنوعی است که همان اثرات داروهای افیونی را دارد. با توجه به اثرات یکسان دارویی متادون، این ماده مانع از عوارض ترک موادافیونی در معتادان می‌گردد. از این ماده برای عوارض ترک اعتیاد و حفظ سلامت معتادان استفاده می‌شود. عمده‌ترین امتیازات متادون عبارتند از اینکه می‌توان آن را به صورت خوراکی مصرف کرد، ضمن اینکه این دارو ۲۴ ساعت اثر دارد.

نام دارو LAAM :

نوع فعالیت و اثرات اصلی

LAAM یک داروی مصنوعی است که می‌توان از آن برای کاهش مصرف موادمخدر استفاده کرد. این ماده به لحاظ شیمیایی وابسته به متادون است و می‌توان آن را به صورت خوراکی مصرف کرد. به عبارت دیگر کارایی این ماده زمانی است که به صورت خوراکی مصرف شود. البته اثر این ماده به مراتب بیشتر است (۲-۳ روز). سرعت اثر این ماده از متادون کندتر و مدت استفاده ثابت از این ماده بیشتر است (۲۰-۸ روز). LAAM را نباید هر روز مصرف کرد زیرا این امر موجب استفاده بیش از دز معمول می‌گردد. از سال ۱۹۹۳ از این ماده برای درمان معتادان استفاده شده است اما هنوز این امکان در تمامی کشورها وجود ندارد.

نام دارو : بوپرونورفین

نوع فعالیت و اثرات اصلی

بوپرونورفین ماده‌ای است که می‌توان آن را با حل کردن در زیر زبان استفاده کرد. این ماده به مراتب مطمئن‌تر از هرویین و مورفین است و عوارض جانبی‌اش کمتر از آن‌ها است. علایم استفاده از این ماده جهت ترک اعتیاد ملایم‌تر از متادون هستند. به منظور کاهش وابستگی به خود بوپرونورفین از ماده‌ای به نام نالاکسون که مانع از اثرات منفی هرویین می‌گردد و این ماده به برخی از قرص‌های بوپرونورفین اضافه می‌گردد.

نام دارو : نالترکستون

نوع فعالیت و اثرات اصلی

نالترکستون مانع از اثرات مواد افیونی می‌گردد اما به خودی خود هیچ تأثیر دارویی ندارد. در فردی که مواد افیونی استفاده نمی‌کند، نالترکستون هیچ تأثیر قابل مشاهده‌ای ندارد. اما اگر این دارو توسط فردی استفاده شود که به لحاظ جسمانی وابسته به موادمخدر است، اثرات ترک ملموس خواهند بود. این ماده اثر موادمخدر دیگری که به طور هم زمان مصرف می‌شوند را نیز از بین می‌برد. آن را باید به صورت خوراکی مصرف کرد ضمن اینکه مدت تأثیر آن هم طولانی است (۱-۲ روز). این امر به امساک از موادمخدر در افرادی که برای مدتی طولانی معتاد بوده‌اند، کمک زیادی می‌کند.

پیوست شماره ۲

کارایی خدمات درمانی ناهنجاری‌های اعتیاد به موادمخدر (جدول ۶)

این جدول مبتنی بر ارزیابی‌های منتخب بوده و شواهد مستدل مربوط به تاثیر سه نوع روش اصلی درمانی یعنی درمان جایگزین، مشاوره روانی - اجتماعی و بازپروری را به طور خلاصه ارائه می‌نماید.

پیشینه

روش رایج ارزیابی نتایج درمانی دربرگیرنده مصاحبه با افرادی است که یک روش درمانی را برگزیده‌اند. در این روش میزان مشکل مراجعین ارزیابی می‌شود که از جمله معیارهای این ارزیابی می‌توان به ماده مصرفی، خطرات بهداشتی، مشکلات جسمی و روانی و شرایط فردی و اجتماعی (مانند مشکلات برقراری ارتباط با دیگران، اشتغال، مسکن و رفتارهای مجرمانه) اشاره کرد. این معیارها در حین و بعد از درمان طی چند مرحله ارزیابی می‌شوند. علاوه بر ارزیابی تغییر در این معیارهای اصلی، ارزیابی کنندگان علاقه‌مندی زیادی دارند تا هزینه درمان و مقرون به صرفه بودن آن‌ها را نیز بسنجند. اگرچه می‌توان اطلاعات مربوط به معیارهای پزشکی و اقتصادی را مستقیماً گردآوری نمود. اما نتایج به دست آمده، همواره چالش آور هستند. معهداً، تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند که درمان صحیح چه در حین درمان و چه پس از آن نتایج مثبتی در پی دارد.

درمان جایگزین

روش درمان جایگزین عمدتاً در قبال اعتیاد به هرویین و دیگر مواد افیونی تجویز می‌شود. به لحاظ بین‌المللی، شواهد مستدلی در زمینه استفاده از متادون خوراکی وجود دارد که به کاهش مصرف هرویین، کاهش میزان ارتکاب به جرم، افزایش فعالیت‌های اجتماعی، مرگ و میر کمتر و کاهش میزان ابتلا به ویروس ایدز منجر می‌شود. در سال ۱۹۹۸، نتایج تحلیلی ۱۱ مورد تحقیق پیرامون متادون و ۸ مورد تحقیق در مورد تاثیر این ماده بر فعالیت‌های جنایی اعلام شد. این تحلیل‌ها به لحاظ آماری، رابطه‌ای مهم را میان درمان و کاهش استعمال مواد افیونی، ابتلا به ویروس بیماری ایدز و فعالیت‌های جنایی، گزارش می‌دهند.

مشاوره روانی - اجتماعی

مشاوره روانی - اجتماعی یک روش درمانی مهم برای افرادی است که دچار مشکلات موادمخدر هستند و همواره بخش مهم و ارزشمندی از برنامه‌های درمانی محسوب می‌شود. می‌توان این نوع روش درمانی را به صورت بستری یا سرپایی ارایه نمود اما از میان انبوه روش‌های مشاوره، تنها چند مورد برای افرادی که با سوء استعمال موادمخدر دست به گریبان هستند، استفاده می‌شود. اهداف کلی مشاوره، کمک به ایجاد تغییر در سوء استعمال موادمخدر و بهبود فعالیت‌های اجتماعی و فردی از جمله روابط خانوادگی و اجتماعی، اشتغال و ارتکاب جرایم است. پژوهش‌های انجام شده نمایان‌گر تاثیر مثبت این برنامه بر چنین فعالیت‌های هستند. مثلاً برنامه‌های مشاوره سرپایی در ایالات متحده بخشی از ارزیابی‌های ملی بوده و نتایج آن نمایان‌گر کاهش استعمال موادمخدر و ارتکاب جرم و همچنین بهبود بهداشت و وضعیت مالی افراد است. بنا بر یافته‌های مراکز درمان معتادین، نتایج به دست آمده برای افرادی که در برنامه‌های ترک اعتیاد شرکت می‌کنند تاثیری مثبت بر استعمال هرویین، کوکابین، حشیش و الکل دارد. در مورد روش‌های درمانی تخصصی، استفاده از متادون خوراکی، موفقیت‌های چشمگیری به همراه داشته است. روان درمانی

نیز که یک روش متمرکز و با محدودیت زمانی است نتایج امیدوار کننده‌ای را در پی داشته است. روش درمانی جلوگیری از بازگشت به اعتیاد و درمان‌های شناختی - رفتاری نیز توجه بسیار زیادی را به خود جلب کرده است. تاکنون ۲۴ آزمایش کنترل شده در مورد این روش در میان مصرف‌کنندگان بزرگ سال تنباکو، الکل، کوکائین، ماریجوانا و مواد افیونی صورت گرفته است. در مقایسه با کنترل‌های غیر درمانی یا روش‌های درمانی جایگزین، شواهد خوبی درباره کارایی این روش برای کسانی که وابستگی شدیدی به موادمخدر دارند به دست آمده است.

برنامه‌های بازپروری

تحقیقات انجام شده در کشورهای مختلف نشان‌گر نتایج مثبت بازپروری است. اکثر مطالعات به ارزیابی برنامه‌های گروه درمانی پرداخته‌اند و نتایج به دست آمده نمایان‌گر موفقیت این روش در کاهش استعمال موادمخدر غیر قانونی است. مثلاً، در تحقیقات انجام شده پیرامون نتایج برنامه‌های درمانی به این موضوع اشاره شده بود که ۳۱٪ مراجعین یک سال قبل از پذیرش در مراکز بازپروری به طور مرتب (هفتگی یا بیش از مصرف معمول) موادمخدر غیر قانونی استعمال می‌کرده‌اند. برای آن دسته از مراجعینی که حداقل ۲۳ ماه دوره درمان را گذرانده بودن این رقم در ۹۰ روز نخست به صفر رسیده بود و سپس به صورت زیر یکنواخت گردید:

۱- سه ماه پس از درمان (۱۱٪)؛

۲- یک سال پس از درمان (۱۱٪)؛

۳- ۳ تا ۵ سال پس از درمان (۱۲٪)؛

نتایج برنامه‌های بلندمدت بازپروری یا برنامه‌های کوتاه مدت بستری نشان‌گر نتایج مثبتی هستند. انگلستان نیز با راه‌اندازی ۸ واحد درمان بستری و اجرای ۱۶ برنامه بازپروری به نتایج مشابهی دست‌یافته است. پیگیری نتایج یک ساله نشان‌گر کاهش مصرف محرک‌های افیونی و کاهش میزان تزریق و بالطبع ابتلا به ویروس بیماری ایدز است.

موضوعات کلیدی

درک پروسه درمان: مراجعین، مشاورین و عوامل محیطی

علاوه بر گردآوری اطلاعات پیرامون نتایج روش‌های درمانی فوق‌الذکر، پیشرفت‌های خوبی در این زمینه به عمل آمده که در طول درمان واقعا چه چیزهایی رخ می‌دهد و این پیشرفت‌ها چگونه بر نتیجه درمان تاثیر می‌گذارند. عوامل مختلفی مورد بررسی قرار گرفته‌اند که عبارتند از آمادگی مراجعین جهت اعمال تغییر (انگیزه)، حضور کامل در برنامه و ایجاد روابط مثبت کاری و درمانی با مشاوران. مثلا، آمادگی برای درمان یکی از عوامل استمرار آن است و حضور کامل در برنامه، امکان درمان بلندمدت، بازپروری، استفاده از متادون و برنامه‌های مشاوره را برای مراجعین امکان‌پذیر می‌سازد. این یافته‌ها نشانگر اهمیت حضور مشاوران است. مشاوران کارآمد دارای مهارت‌های ارتباطی بسیار بالایی هستند که می‌توانند در کارشان از آن استفاده نمایند، مراجعین خود را چندین بار ملاقات نمایند، در صورت نیاز، آن‌ها را به سراغ استفاده از خدمات جانبی بفرستند و در کل یک تاثیر عملی و احساسی را جهت درمان بر روی آن‌ها بگذارند. بنابراین هم حضور مراجعین و هم حضور مشاوران در نیل به نتایج مثبت درمانی با اهمیت است.

خارج از روند درمان، وجود کمک‌ها و البته فشارهای اجتماعی (مانند اعتیاد همسر) در محیط زندگی مراجعین تاثیری قوی بر نتایج درمانی دارد و با توجه به این‌که منابع اجتماعی بسیار محدود هستند به شدت باعث تضعیف افراد می‌گردند. این خطر می‌تواند با عدم توازن موجود در بسیاری از برنامه‌های درمانی که متمرکز بر تغییر رفتارهای اولیه و کمتر متمرکز بر حفظ این تغییرات در محیط اجتماعی افراد هستند، ترکیب شود. به‌طور کلی، این برنامه‌ها که به مراجعین کمک می‌کنند ثبات و پایداری خود در جامعه را افزایش دهند، به منابع فردی خویش بپردازند و روابط خانوادگی و منابع فردی خویش را گسترش دهند، به مراتب کارآمدتر هستند.

گسترش ارزیابی‌ها

نگرش‌های سیاسی مختلفی جهت گردآوری اطلاعات درباره عملکرد معمول خدمات درمانی وجود دارد. اکثر ارزیابی‌های انجام شده بر "تأثیرات اصلی و عمده" درمان مراجعه‌کنندگان متمرکز بوده‌اند. استراتژی‌پردازان امور درمانی و جوامع پژوهشی و تحقیقاتی به دنبال بررسی یافته‌های این گونه برنامه‌ها در میان گروه‌هایی هستند که از اولویت بالایی برخوردارند همانند جوانان، افرادی که دارای مشکلات روانی هستند، افراد بی‌خانمان و اقلیت‌های نژادی. پروسه درمان و مطالعات مربوط به یافته‌های آن اکنون جزئی ویژه از توسعه این‌گونه خدمات در همه بخش‌ها است. استراتژی‌های ملی کنترل موادمخدر نیز از چارچوب سنجش عملکرد برای ارزیابی تأثیر خدمات درمانی نه به صورت مقطعی بلکه به صورت دائمی برای کمک به ارزشیابی سیاست‌های کلی استفاده می‌نمایند. مثلاً، استراتژی کنترل موادمخدر ایالات متحده پنج شاخص مهم را در مورد تأثیر درمان ارایه می‌کند که عبارتند از: افزایش اشتغال، بهبود وضعیت اشتغال، کاهش فعالیت‌های غیرقانونی، بهبود وضعیت بهداشتی و کاهش استعمال موادمخدر. ارزیابی این شاخص‌های مهم نیازمند اطلاعات جدید و یک سیستم پیگیری است که هم‌اکنون در حال توسعه است. از استراتژی‌های ملی کنترل موادمخدر سایر کشورها نیز الگوبرداری شده است و استفاده از چارچوب سنجش عملکرد و اطلاعات به دست آمده به عنوان یک هدف اصلی استفاده می‌شود.