

اعتیاد

دکتر آفرین رحیمی موقر

اعتیاد یکی از اختلالات روانپزشکی است که ویژگیهای اپیدمیولوژیک آن، بر خلاف بسیاری از بیماریهای دیگر غیرواگیر و روانپزشکی از وضعیت ژنوپولیتیک تاثیر می‌پذیرد. به همین دلیل کشورهای مختلف و همچنین جوامع مختلف درون هر کشور، ممکن است الگوهای متفاوتی از مصرف مواد و اعتیاد داشته باشند و این الگوها در طول زمان هم دستخوش تغییرات قابل توجه می‌شوند.

تعاریف

بسیاری از افراد، اعتیاد را معادل مصرف مواد تلقی می‌کنند؛ در حالی که این طور نیست. «اعتیاد^۱» یا «وابستگی^۲» الگویی از مصرف مداوم ماده اعتیادآور است که معمولاً با علائم تحمل و یا محرومیت همراه است. در این حالت، فرد با مصرف ماده دل مشغولی داشته، کنترلش بر مصرف کاهش یافته، ترک مصرف ماده دشوار بوده و با عوارض جسمی، روانی و یا اجتماعی توأم می‌باشد.

«مصرف زینبار^۳» نوعی از مصرف مواد است که با بروز عوارض توأم باشد. این عوارض می‌تواند جسمی یا روانی باشد. این واژه زمانی به کار می‌رود که فرد علائم اعتیاد را ندارد؛ ولی مصرف مواد برایش عوارضی ایجاد کرده است؛ مانند بروز جرح به علت رانندگی تحت تاثیر مواد، و یا بروز پرخاشگری و پسیکوز تحت تاثیر مواد.

«اختلالات مصرف مواد» گروهی از اختلالات روانی هستند که به دلیل مصرف مواد ایجاد می‌شوند. این اختلالات بر اساس نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD-10)^۴، شامل «وابستگی» و «مصرف زینبار» است. واژه «مصرف مواد» واژه عمومی تری است و منظور از آن، هر گونه مصرفی از مواد اعتیادآور و به هر شکل اعم از تفریحی، گه به گاه، و یا اعتیادگونه است. مصرف مواد، یک رفتار پرخطر محسوب می‌شود.

منظور از «مواد^۵»، مواد اعتیادآور است. گرچه مواد اعتیادآور فهرستی طولانی دارند که شامل داروهای مسکنی مانند کدئین، داروهای خواب‌آور مانند بنزودیازپینها و موادی مانند نیکوتین و کافئین هم می‌شود، ولی در این بخش، ما عمدتاً به اعتیاد به «مواد غیرقانونی^۶» می‌پردازیم. شایعترین این مواد، مواد افیونی، مواد محرک و توهم‌زا،

¹Addiction

²Dependence

³Harmful use

⁴International Classification of Diseases

⁵Substance

⁶Illicit drugs or illegal drugs

و حشیش است. گرچه در عرف و کنوانسیونهای بین الملل، الکل جزو مواد غیرقانونی محسوب نمی شود، ولی در کشور ما الکل نیز جزو مواد غیرقانونی تلقی می شود.

اهمیت بهداشتی

در دهه‌های گذشته، مصرف مواد و اعتیاد از جمله مشکلات بهداشتی و اجتماعی با اهمیت تلقی می شده‌اند. مصرف مواد به‌عنوان عامل خطر برای بیماریهای گوناگون و اعتیاد به‌عنوان یک بیماری مزمن روانپزشکی مورد توجه بوده‌اند. لیکن، در سالهای اخیر، ماهیت و همچنین روشهای کنترل آن تغییراتی اساسی داشته است. گرچه در کشور ما، انسجام خانواده و نقش آن در تربیت فرزندان و بنیادهای مذهبی و اخلاقی، نقش محافظتی چشمگیری در پیشگیری از آسیبهای اجتماعی و روانی دارد، لیکن به‌دلایل گوناگون، عوامل خطر متعددی جوانان ما را نیز مورد تهدید قرار می دهد (۱).

در محاسبه بار بیماری‌های کشور برای سال ۱۳۸۲ که شاخص‌های مرتبط با شیوع و شدت بیماریها را در بر می‌گیرد، در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا، بالاترین سهم از بار بیماریها را داشته است و به طور کلی ۶/۷٪ دالی (DALY) بیماریها را در مردان تشکیل داده است. میزان بار اعتیاد در زنان، یک دهم مردان گزارش شده است (۲). در عین حال، بار اعتیاد در کشور در سالهای اخیر افزایش یافته است (۳). همچنین، دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل تخمین می زند که ۴۲٪ تریاک و ۵٪ هروئین تولید شده در جهان در ایران مصرف می شود (۴).

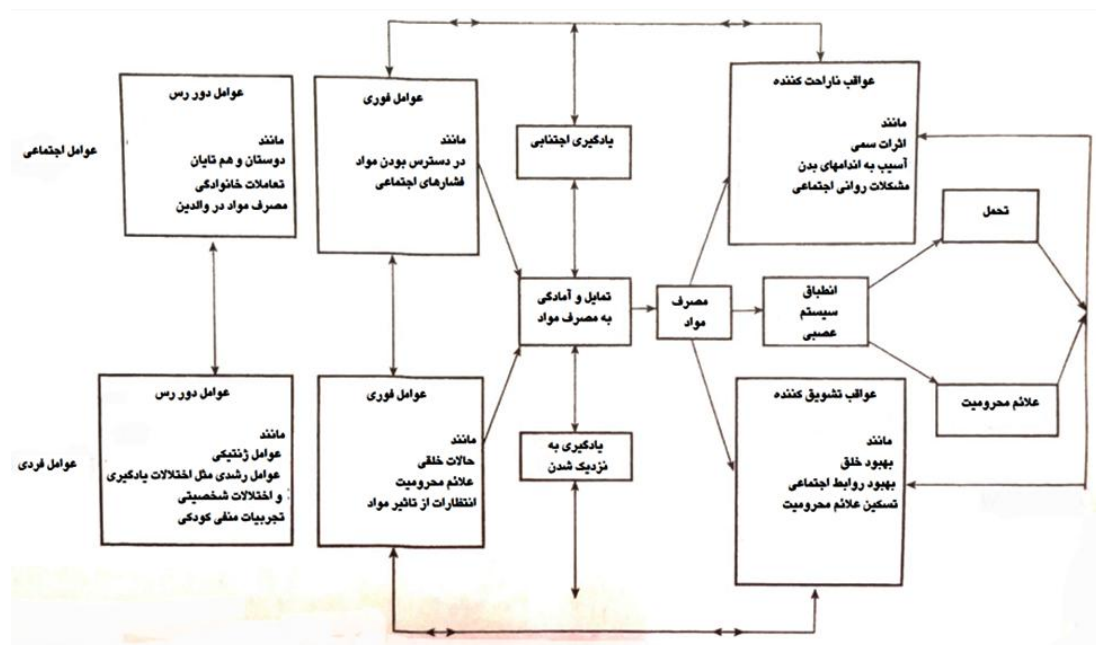
در ایران تولید و مصرف مواد افیونی، سابقه‌ای چند صد ساله و ریشه‌ای طولانی در فرهنگ و اقتصاد کشور داشته است. این زمینه‌های تاریخی و فرهنگی همراه با تغییرات سریع اقتصادی و اجتماعی دهه‌های اخیر، عوامل آسیب‌پذیری متعددی را به همراه داشته است. رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش تکنولوژی ارتباطات جهانی و افزایش سطح انتظارات نسل جوان، سیر توسعه صنعتی و مشکلات ناشی از آن شامل افزایش قابل توجه جمعیت شهری، به‌ویژه حاشیه‌نشینی و بیکاری از عوامل آسیب‌پذیری به مشکلات اجتماعی، از جمله اعتیاد هستند. به‌علاوه، علیرغم ریشه‌کن شدن کشت خشخاش در داخل کشور بعد از انقلاب اسلامی، دسترسی به تریاک و هروئین به دلیل افزایش چشمگیر کشت این مواد در همسایگی کشورمان، کاهش نیافته است و علاوه بر آن، تولید مواد محرک و دسترسی به آنها افزایش داشته است (۱). علاوه بر عوامل بیولوژیک و روانشناختی، این عوامل اجتماعی، موجب الگویی از مصرف مواد و اعتیاد شده است که کشور ما را از سایر کشورها متمایز می‌کند. همین امر، روشهای مداخله و مقابله را نیز متفاوت می‌نماید.

از سویی دیگر، مصرف مواد و اعتیاد به طور مستقیم و غیرمستقیم با خسارت‌های فراوانی در سطوح فردی و اجتماعی توأم است. در سطح فردی با هزینه‌گزارف، افزایش ناتوانی، ابتلا به سایر بیماریها، و مرگ و میر همراه است. در سطح اجتماعی، پدیده مواد با از هم گسیختگی خانواده‌ها و طلاق، دامن زدن به ایدز، افزایش سطح فقر، افزایش جرائم سازمان یافته و فساد همراه است و می‌تواند بخش عمده‌ای از درآمد ملی را به خود مصروف نماید.

سبب‌شناسی

عوامل متعددی که با یکدیگر در تعامل هستند موجب شروع و ادامه مصرف مواد و یا از دست دادن کنترل بر مصرف مواد و در نهایت موجب ابتلا به اختلالات مصرف مواد می‌شوند. این عوامل، طیف وسیعی از عوامل فردی، مانند عوامل ژنتیکی و اختلالات رشد تا عوامل اجتماعی، مانند فشار همتایان، قیمت مواد و میزان دسترسی به مواد را شامل می‌شوند. علاوه بر این، اثر هر ماده خاص بر هر فرد ممکن است تعیین‌کننده مهمی در ادامه مصرف آن ماده یا بروز اعتیاد باشد. عوامل دیگری نیز می‌توانند بر پیشرفت اعتیاد و یا بهبود از اعتیاد تاثیر بگذارند.

شکل ۱ که بر گرفته از مدل ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت است، نشان می‌دهد که چطور عوامل مختلف در فرایند ایجاد و سیر اعتیاد تاثیر می‌گذارند. عنصر اصلی، مصرف مواد به عنوان یک رفتار است. تصمیم به مصرف یک ماده، تحت تاثیر موقعیت‌های بلافصل اجتماعی و روانشناختی فرد و هم چنین تاریخچه قدیمی زندگی اوست. مصرف یک ماده، موجب شروع فرایندی می‌شود که می‌تواند خوشایند و مشوق ادامه مصرف بوده و یا آزاردهنده و عاملی برای پرهیز از مصرف‌های بعدی شود. گفته می‌شود که اعتیاد "بیماری مغز" است که طی آن تغییرات ساختاری و نوروشیمیایی مغز به دلیل مصرف مواد روی داده و در آن رفتار آگاهانه و داوطلبانه مصرف مواد به یک رفتار اجبارگونه^۱ تبدیل می‌شود.



شکل ۱- برگرفته از مدل ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای مصرف مواد و وابستگی (۵)

¹ Compulsive behavior

انواع مواد

مواد اعتیادآور عمدتاً یا مخدر (تسکین‌دهنده) هستند و یا محرک و یا اثر ترکیبی مخدر و محرک را دارند. فهرست مهمترین گروههای مواد اعتیادآور و مهمترین مواد هر گروه در زیر آورده شده است:

۱. **مواد اپیوئیدی (افیونی):** شامل تریاک و سوخته و شیره آن، هروئین، کراک هروئین، ترامادول، داروهای کدئین دار، متادون و بوپرنورفین (تمجیزک)
۲. **مواد محرک (شامل مواد آمفتامینی و مواد توهم زا):** شامل آمفتامین، متامفتامین، اکستازی، متیل فنیدیت (ریتالین)، و کوکائین
۳. **کانابیس:** شامل گیاه کانابیس (ماری جوانا)، و رزین کانابیس (حشیش)
۴. **الکل**

مواد اعتیادآور، شامل مواد دیگری مانند داروهای تسکین‌دهنده و خواب‌آور^۱ (بنزودیازپینها، باربیتوراتها)، نیکوتین، مواد استنشاقی^۲ یا حلال‌های فرار^۳ (چسب‌ها، تینر و مواد مورد استفاده در نقاشی، اسپری‌ها) و استروئیدهای آنابولیک (تستوسترون و ناندرولون) نیز هستند. در ادامه، مواد اعتیادآور اصلی از نظر ترکیب، نحوه تولید، نوروفارماکولوژی، فارکودینامیک، و اثرات بالینی تشریح می‌شوند.

اعتیاد به مواد اپیوئیدی

مواد اپیوئیدی مهمترین گروه مواد اعتیادآور مخدر (تسکین‌دهنده) را تشکیل می‌دهند. اپیوئیدها از گیاهی از خانواده شقایق به نام خشخاش^۴ تولید می‌شوند. این گیاه در مناطق گرم و خشک کشت می‌شود. از شکافهایی که بر تخمدانهای این گیاه ایجاد می‌شود شیرهای بیرون می‌آید که به‌صورت صمغ قهوه‌ای تیره در می‌آید که "تریاک خام" نام دارد. در این صمغ ۲۰ نوع آکالوئید وجود دارد که مهمترین آن مورفین است. برخی از مواد اپیوئیدی قابل سوء مصرف، کاملاً منشا گیاهی دارند، مانند تریاک و کدئین؛ برخی نیمه مصنوعی هستند، مانند هروئین که از استیلاسیون مورفین به دست می‌آید و برخی سنتتیک هستند، مانند مپریدین (پتیدین) و پروپوکسی فن. صدها سال است که اپیوئیدها به دلیل اثرات ضد درد و سایر اهداف پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند، لیکن سوء مصرف مداوم مواد یا داروهای اپیوئیدی موجب بروز اعتیاد و اختلال در خلق، رفتار و شناخت فرد می‌گردد. در بسیاری از کشورها، از جمله کشورهای توسعه یافته، شایعترین و مهمترین مادهٔ اپیوئیدی مورد مصرف هروئین است. لیکن در کشور ما، هنوز مصرف تریاک بر سایر مواد اپیوئیدی غیرقانونی غلبه دارد. هم‌چنین، در بسیاری از

¹ Sedatives and hypnotics

² Inhalants

³ Volatile solvents

⁴ Papaver Somniferum

کشورهای جهان، مصرف خودسرانه داروهای اپیوئیدی مانند کدئین و اکسی کودون که قابلیت سوء مصرف دارند، شیوع قابل ملاحظه‌ای دارند و مصرف آنها در حال افزایش است.

بر اساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹)، مصرف مواد اپیوئیدی در گروههای مختلف سنی، جنسی، و فرهنگی اقتصادی اجتماعی دیده می‌شود. لیکن در کشور ما مصرف مواد غیرقانونی اپیوئیدی در مردان، در سنین ۲۰ تا ۴۵ سال، در جنوب شرقی و جنوب کشور و در گروههای پایین‌تر اقتصادی- اجتماعی شایعتر است (۶). مصرف هروئین در حاشیه شهرهای بزرگ و در مناطقی که سایر جرائم و ناهنجاریهای اجتماعی رایج است، شیوع بیشتری دارد (۱). در کشور ما تریاک عمدتاً به شیوهٔ تدخین^۱ یا خوردن^۲ مصرف می‌شود و روش مصرف هروئین بیشتر تدخین یا استنشام^۳ (تودماغی) است. مصرف تزریقی هروئین در رده بعد قرار دارد. در سالهای گذشته، شواهدی نیز عمدتاً از کشور ما در مورد ارتباط مصرف تریاک با بروز سرطانهای دستگاه گوارش، ریه و مثانه به دست آمده است (۷، ۸).

اثرات مواد اپیوئیدی عمدتاً از طریق گیرنده‌های اپیوئیدی مو (μ)، کاپا (K) و دلتا (δ) اعمال می‌شود. گیرنده‌های اپیوئیدی مو در اثرات ضد دردی، دپرسیون تنفسی، اعمال معدی و روده ای مانند بیوست، و وابستگی دخیل هستند. گیرنده‌های کاپا در اثرات ضد درد، دیورز، تسکین دهندگی و گیرنده‌های دلتا نیز در اثرات ضد درد دخیل هستند. مغز خود دارای اپیوئیدهای درون زا^۴ است که شامل اندورفین‌ها، دینورفین‌ها، و انکفالین‌ها است. این مولکولها در مغز فعالیت شبه مورفینی دارند و در انتقال عصبی و مهار درد، نقش مهمی ایفا می‌کنند. زمانی که انسان از نظر جسمی صدمه می‌بیند و یا به طور شدید تحت استرس قرار می‌گیرد، این مواد در مغز آزاد می‌شوند. هم‌چنین، اپیوئیدهای درون زا تعامل قابل ملاحظه‌ای با سیستمهای عصبی دیگر مانند سیستم انتقال عصبی دوپامینی و نورآدرنالینی دارند. شواهدی وجود دارد که ویژگی تشویق‌کننده^۵ اعتیادآور اپیوئیدها از طریق فعال سازی نرونهای دوپامینی ناحیه تگمنتوم شکمی^۶ که به کورتکس و سیستم لیمبیک کشیده می‌شوند، عمل می‌کند (۵).

مورفین مهمترین ماده مؤثر تریاک است. آن را می‌توان به اشکال مختلف از خوراکی تا تزریقی مصرف کرد. قسمت اعظم مورفین در کبد متابولیزه می‌شود، به همین دلیل با مصرف خوراکی حدود نیمی از آن به مغز می‌رسد. حدود ۲۰ دقیقه بعد از مصرف تزریقی و ۳۰ دقیقه بعد از مصرف خوراکی مورفین، سطح پلاسمایی آن به اوج می‌رسد. حدود ۹۰ درصد آن ظرف ۷۲ ساعت از طریق ادرار دفع می‌شود و در طی این مدت، مورفین ادرار قابل شناسایی و سنجش است.

¹ Smoking

² Ingestion

³ Snorting

⁴ Endogenous opioids

⁵ Rewarding

⁶ Ventral tegmental area

کسی که برای نخستین بار یک اپیوئید را مصرف می‌کند ممکن است دچار دیسفوری، تهوع و استفراغ شود. لیکن به طور معمول، چند دقیقه بعد از مصرف یک ماده اپیوئیدی به ویژه مصرف تزریقی آن، فوران لذت^۱ ایجاد می‌شود که مصرف‌کنندگان، آن را قویتر از ارگاسم جنسی توصیف می‌کنند. این لذت با احساس گرما، سنگینی اندامها، خشکی دهان، خارش صورت و بینی و سرخ شدن صورت همراه است. فوران لذت چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد، ولی نئشگی^۲ که احساس لذت بخش ماندگارتری است تا چند ساعت ممکن است طول بکشد. بعد از نئشگی، حالت بی‌حالی^۳ یا تسکین رخ می‌دهد که با بی‌تفاوتی به محیط اطراف، احساس آرامش و خرسندی و افتادن پلک و آرواره همراه است.

مصرف طولانی اپیوئیدها موجب تغییرات تعداد و حساسیت گیرنده‌های اپیوئیدی می‌شود. این امر، برخی از اثرات تحمل و علائم محرومیت را توجیه می‌کند. اگر چه مصرف طولانی مدت با افزایش حساسیت نرونهاي دوپامینرژیک، کولینرژیک و سروتونرژیک همراه است، ولی اثرات این مواد بر سیستم نورآدرنرژیک در لوکوس سرلئوس مهمترین واسطه بروز علائم محرومیت می‌باشد.

علائم محرومیت از اپیوئیدها (مورفین و هروئین)، معمولاً ۶ تا ۸ ساعت بعد از آخرین مصرف آنها ایجاد می‌شود و در روز دوم و سوم به اوج می‌رسد و در طول ۷ تا ۱۰ روز فروکش می‌کند. لیکن برخی از علائم ممکن است تا ۶ ماه یا بیشتر باقی بماند (۵). این علائم عبارتند از: کرامپ‌های عضلانی شدید، دردهای استخوانی، اسهال شدید، کرامپ‌های شکمی، آبریزش از بینی و چشم، تب، خمیازه، هیپرتانسیون، تاکی‌کاردی، گشادی مردمک‌ها، بی‌نظمی درجه حرارت بدن و سیخ شدن موهای بدن. محرومیت از اپیوئیدها معمولاً کشنده نیست. علائم باقیمانده شامل بی‌خوابی، بی‌نظمی درجه حرارت بدن و وسوسه و اشتیاق به مصرف مجدد اپیوئیدها ممکن است ماهها باقی بماند. علائم دیگر محرومیت عبارتند از: بی‌قراری، تحریک پذیری، افسردگی، ترمور، ضعف، تهوع و استفراغ.

درمانهای اختصاصی دارویی برای کمک به قطع مصرف مواد اپیوئیدی غیرقانونی به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱- درمان سم زدایی یا مدیریت علائم محرومیت که معمولاً در طول زمان ۷ تا ۱۰ روز ارائه می‌شود. برای این منظور چند راه وجود دارد. مؤثرترین آن استفاده از داروی متادون و یا بوپرنورفین در سم زدایی است. در صورت عدم دسترسی به این داروها، می‌توان از آگونیستهای رسپتورهای آلفا مانند کلونیدین یا لوفکسیدین استفاده کرد. هم‌چنین، روشهای کوتاه سم زدایی که با استفاده از آنتاگونیستهای اپیوئیدها، طول دوره سم زدایی به دو تا سه روز کاهش می‌یابد و یا حتی با استفاده از بیهوشی، طول مدت به چند ساعت کاهش می‌یابد وجود دارد. لیکن با توجه به اینکه روشهای کوتاه باید در بیمارستان و به صورت بستری انجام شود و با خطراتی توأم است و شواهد علمی حاکی از فقدان برتری این روشها در قطع مصرف در درازمدت دارد، استفاده از روشهای کوتاه به طور معمول توصیه نمی‌شود (۹-۱۲).

¹ The rush

² The high

³ Nodding off

۲- استفاده از درمان‌های دارویی نگهدارنده که دو دسته هستند: الف) درمان با آنتاگونیست‌های اپیوئیدی بعد از طی دوره سم زدایی. مهمترین داروی این دسته، نالتروکسان خوراکی است. انواع Patch و تزریقی طولانی‌الاثر آن هم وجود دارد. این نوع درمان برای کسانی توصیه می‌شود که اعتیاد خفیف‌تری داشته و از انگیزه قوی برای ترک و حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند. ب) داروهای نگهدارنده با آگونیست‌هایی مانند متادون، بوپرنورفین و تنتور اپیوم. استفاده از متادون ارزانتر بوده و مانایی فرد در درمان بیشتر است. به همین دلیل درمان نگهدارنده با متادون به عنوان مهمترین نوع درمان اعتیاد به مواد اپیوئیدی مانند هروئین شناخته می‌شود (۱۳). لیکن، از آنجایی که ترک مصرف متادون به سادگی ممکن نیست و معمولاً مصرف آن سالها و یا حتی برای کل طول عمر ادامه می‌یابد و می‌تواند با عوارضی مانند کاهش مهارت‌های ظریف فرد در رانندگی و افزایش خطر تصادف توأم باشد، و حتماً متادون باید در کلینیک‌های تخصصی دارای مجوز مخصوص ارائه شود. برخی از کشورها مانند فرانسه استفاده از داروی بوپرنورفین را که دارویی بسیار کم‌خطر است و توسط مطب‌های بخش خصوصی قابل ارائه است، ترجیح داده‌اند (۱۴).

مواد محرک

مهمترین مواد محرک، عبارتند از مواد محرک آمفتامینی و کوکائین. الف) مواد محرک آمفتامینی مواد شیمیایی هستند که از افدرین و پسودوافدرین سنتز می‌شوند. مهمترین مواد این گروه عبارتند از: آمفتامین، دکستروآمفتامین، متامفتامین و داروهای مانند متیل فنیدیت (ریتالین). مواد محرک آمفتامینی به طور وسیع در مناطق مختلفی از جهان در آزمایشگاه‌های غیرقانونی تولید می‌شوند. ب) کوکائین یا کوک از فعل‌الانفعالات شیمیایی که بر برگ گیاه کوکا انجام می‌شود به دست می‌آید و یک ماده اعتیادآور قوی است. گیاه کوکا در آمریکای جنوبی کشت می‌شود.

مواد محرک آمفتامینی بعد از کانابیس، شایعترین ماده مصرفی غیرقانونی اعتیادآور در جهان هستند. این مواد به دلایل مختلف توسط گروه‌های گوناگونی از مردم استفاده می‌شوند، جوانان برای احساس لذت، دانشجویان برای افزایش تمرکز و یادگیری، ورزشکاران برای افزایش انرژی و بهبود عملکرد جسمی حین مسابقه‌ها، رانندگان بین شهری برای بیداری طولانی، سربازان در طی جنگ برای بهبود روحیه و توان رزمی.

شایعترین ماده از این دسته که در ایران مصرف می‌شود، متامفتامین است که به نام خیابانی شیشه معروف است. شواهدی از افزایش تولید و افزایش شیوع مصرف متامفتامین در کشور وجود دارد. متامفتامین ترکیبی قوی است که به شکل پودر کریستالیزه سفید یا سفید کرمی رنگ بوده و به روش‌های تدخین، استنشام و تزریق مورد استفاده قرار می‌گیرد. شایعترین روش مصرف آن در کشورمان به صورت تدخین با استفاده از پایپ یا حباب لامپ است. اکستازی^۱ (۳، ۴-متیلن دی‌اکسی متامفتامین) که به نام‌های خیابانی اکس یا قرص شادی نیز معروف است، نوعی دیگر از مواد محرک است که خواص توهم‌زایی نیز دارد. اکستازی بیشتر به شکل قرص‌های رنگی است و به صورت

^۱Ecstasy

خوراکی مصرف می شود. اوج مصرف آن در جوانان کشورمان در نیمه دوم دهه ۱۳۸۰ بود. متیل فنیدیت (ریتالین) نیز از گروه مواد محرک است که مصارف پزشکی مهمی از جمله در درمان بیش فعالی دارد. این دارو که به شکل قرص است، بیشتر توسط دانشجویان و دانش آموزان برای افزایش تمرکز و یادگیری مورد سوء مصرف قرار می گیرد. بر اساس داده های پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹) مصرف مواد محرک در کشورمان گرچه در مردان بیشتر است، ولی در زنان نیز شیوع قابل ملاحظه دارد و مصرف آنها در سنین زیر ۳۰ سال بیشتر است (۱۵).

آمفتامین ها موجب آزادسازی کاتکولامین ها بخصوص دوپامین از انتهای نرون به داخل سیناپس می شوند. این اثر به ویژه در نرونهای دوپامینی که از ناحیه تگمنتوم شکمی به کورتکس مغز و به نواحی لیمبیک کشیده می شوند، قویتر است. این مسیر را "مسیر پاداش"^۱ نام گذاشته اند و احتمالاً مکانیسم اساسی ایجاد اعتیاد توسط آمفتامین هاست. مواد آمفتامینی توهم زا مانند اکستازی، علاوه بر آزادسازی کاتکولامین ها، موجب آزادسازی سروتونین هم می شوند. تاثیر کوکائین، از طریق بلوک کردن ناقل دوپامین و در نتیجه کاهش بازجذب دوپامین از سیناپس است. این امر موجب افزایش غلظت دوپامین در شکاف سیناپسی و افزایش فعالیت گیرنده های D₁ و D₂ می شود. کوکائین موجب مهار بازجذب نوراپی نفرین و سروتونین نیز می شود.

اثرات جسمی متممفتامین در دوز پایین عبارتند از: سردرد، گر گرفتگی، تعریق یا لرز، تپش قلب، دهیدراتاسیون، خشکی دهان، گشادی مردمک و کاهش اشتها. اثرات روانشناختی آن عبارت است از: نشئه، هشیاری و بی خوابی، کاهش احساس خستگی، پرحرفی، بهبود عملکرد جسمی، احساس قدرت و شکست ناپذیری، افزایش تمایل جنسی، بی قراری. در دوزهای بالاتر، فرد دچار پرخاشگری، اختلال در قضاوت، رفتارهای خطرناک جنسی، حملات پانیک، علائم پسیکوز یا مانیا می شود. هم چنین، دچار تهوع و استفراغ، دیستونی، ضعف عضلانی، تاکی کاردی یا برادی کاردی، افزایش یا کاهش فشار خون، آریتمی و درد سینه، افزایش درجه حرارت بدن و نهایتاً گیجی، دپرسیون تنفسی، سکنه قلبی یا خونریزی مغزی و تشنج شده و یا به اغما فرو می رود.

کوکائین در بدن به سرعت متابولیزه می شود، ولی متابولیسم متممفتامین کندتر است. علائم محرومیت از مواد محرک عبارتند از: اضطراب و بی قراری، خلق دیسفوریک، لتارژی، خستگی، کابوس شبانه، سردرد، تعریق شدید، کرامپ های عضلانی، کرامپ معده و احساس گرسنگی شدید. این علائم در روز دوم تا چهارم به اوج رسیده و تا یک هفته به تدریج کاهش می یابند. مهمترین علامت محرومیت از مواد محرک، افسردگی است که می تواند بسیار شدید بوده و با افکار و اقدام به خودکشی توأم باشد.

پرخاشگری و پسیکوز، از مهمترین عوارض مصرف مواد محرک هستند. وقوع پسیکوز در ۳۰ تا ۵۰ درصد از افراد وابسته به متممفتامین گزارش شده است (۱۶). علائم پسیکوز شامل هذیان های گزند و آسیب، هذیان انتساب، پخش افکار و توهم شنوایی است. سایر توهم ها مانند احساس حرکت یک حشره در زیر پوست، و توهم بینایی هم ممکن است روی دهند. امکان حمله و آسیب به دیگران در چنین حالتی وجود دارد. وقوع پسیکوز بستگی به مقدار و مدت مصرف مواد محرک و هم چنین به آسیب پذیری فرد نسبت به مواد محرک دارد. پسیکوز ناشی از مصرف

¹ Reward pathway

طولانی متامفتامین معمولاً کمتر از یک ماه طول می کشد، ولی تا ۱۰ درصد از موارد ممکن است بیش از شش ماه طول بکشد و با مصرف مجدد آن و یا با استرس عود کند. سایر عوارض مصرف دراز مدت مواد محرک عبارتند از: سوء تغذیه و کاشکسی ناشی از عدم احساس گرسنگی و غذا نخوردن؛ انواع مشکلات پوستی شامل آکنه و زخمهای پوستی، مشکلات دندانی شامل تخریب مینای دندان و کرم خوردگی وسیع، این عوارض ظرف مدت یک تا ۵ سال از مصرف مواد محرک ایجاد می شوند. مصرف کنندگان مواد محرک از طریق مصرف تزریقی با سرنگ مشترک و یا از طریق رفتارهای جنسی پرخطر احتمال ابتلایشان به عفونت با ویروس اچ آی وی افزایش می یابد.

بر خلاف درمان مواد اپیوئیدی، برای درمان وابستگی به مواد محرک، داروی خاصی وجود ندارد. درمان علامتی است به عنوان مثال می توان در صورت بی قراری بیمار، به وی دیازپام تجویز کرد و یا افسردگی بعد از ترک را با داروهای ضد افسردگی درمان کرد. علائم پسیکوز هم حتماً باید با داروهای ضدپسیکوز مناسب تحت کنترل قرار گیرند. اشتیاق و وسوسه بیمار پس از ترک مصرف مواد محرک معمولاً شدید است و برای کنترل آن، لازم است از درمانهای روانشناختی کمک گرفت.

کانابیس

کانابیس شایعترین ماده مصرفی اعتیادآور غیرقانونی در جهان است. این ماده از گیاه کانابیس ساتیوا^۱ (شاهدانه) به دست می آید. کانابیس به تقریب در همه جای دنیا کشت می شود. مناسبترین آب و هوا برای کشت گیاه آب و هوای گرم و مرطوب است و در گلدان های خانگی هم قابل رویش است. گل های سر گیاه کانابیس و برگ های آن دارای بیش از ۷۵۰ ماده شیمیایی و دهها کانابینوئید است که مهمترین ماده آن، دلتا-۹-تهدروکانابینول (Δ^9 -THC) است. کانابیس به اسامی و اشکال مختلف وجود دارد. شایعترین اسامی آن عبارتند از: حشیش، ماری جوانا، گراس، چرس، وید، علف، گل، بنگ و سیگاری. صمغ تیره رنگ رزین ماندنی که از برگ گیاه خارج می شود، را حشیش می گویند. گلپای خشک شده سر گیاه را ماری جوانا گویند. کانابیس به اشکال مختلف مصرف می شود. شایعترین شکل مصرف آن، مصرف تدخینی حشیش خشک و خرد شده و لوله شده در ورق کاغذ، به صورت سیگار است. کانابیس به صورت تبخیر شده نیز استنشاق شده و با قلیان و یا به صورت چای نیز مصرف می شود. کانابیس به طور معمول کمتر از ۵٪ THC دارد، ولی اخیراً با ارتقای روشهای کشت، گیاه با میزان ۲۰٪ THC هم به عمل رسیده است. در سالهای اخیر، بیش از صد نوع کابینوئید صنعتی نیز در جهان تولید و وارد بازار مصرف شده است.

هزاران سال است که اثرات نشئه آوری کانابیس شناخته شده است و به این منظور و به دلیل مصارف طبی مانند اثرات ضد تهوع و یا سهولت زایمان مورد استفاده قرار گرفته است. در سالهای اخیر به مصرف پزشکی کانابیس توجه بیشتری شده است. داروهای از THC، کانابیدیول (CBD) و کانابینول ساخته شده و در درمان تهوع ناشی از شیمی درمانی، کاهش وزن شدید ناشی از بیماری هایی مانند ایدز، درمان مولتیپل اسکلروزیس و صرع در کودکان مورد استفاده قرار می گیرد. با وجودی که کانابیس جزو داروهای کلاس چهارم طبقه بندی مواد

¹ *Cannabis Sativa*

غیرقانونی، بر اساس کنوانسیون واحد مواد مخدر مصوب سال ۱۹۶۱ می باشد که نیازمند کنترل شدید دولت‌هاست، در سال‌های اخیر چند کشور مانند هلند، کانادا و چند ایالت آمریکا مصرف پزشکی اشکال غیردارویی کانابیس را تصویب کرده اند.

کانابینوئیدها عمدتاً از طریق اثرگذاری بر گیرنده های کانابینوئیدی که در مناطق مختلف مغز و اندامهای محیطی هستند عمل می‌کنند. بیشترین تراکم این گیرنده‌ها در هسته‌های قاعده‌ای مغز^۱، هیپوکامپ، مخچه و به میزان کمتر در کورتکس مغز است. مغز خود دارای کانابینوئیدهای درون زا^۲ است که نقش اساسی در تنظیم لذت، حافظه، تفکر، تمرکز، اشتها، احساس درد و پردازش حس های پنج گانه دارد. کانابینوئیدهای درون‌زا نقش مهمی در نوروزنز دارند. مصرف CBD و THC موجب مهار نوروزنز می شوند (۱۷).

مصرف دوز پایین کانابیس حساسیت فرد را بر محرکهای بیرونی افزایش می دهد؛ به عنوان مثال، موجب می‌شود تا فرد رنگها را روشن تر ببیند و یا موجب کند شدن درک گذر زمان می شود، هم چنین قرمزی چشمها و تاکی کاردی خفیف رخ می دهد. با دوزهای بالاتر، افت فشار خون ارتوستاتیک، خشکی دهان، افزایش اشتها، احساس مسخ شخصیت^۳ یا مسخ واقعیت^۴ ممکن است رخ دهد و یا اختلال در حافظه کوتاه مدت و تصمیم گیری پیش آمده و یا فرد رفتارهای پرخطر و یا تکانه ای از خود نشان دهد (۵، ۱۸). کانابیس هم چنین بر هماهنگی سیستم حرکتی تاثیر گذاشته و موجب اختلال در رانندگی یا کار با تجهیزات و وسایل شده، خطر وقوع حوادث و مرگ و میر ناشی از رانندگی را افزایش می دهد (۱۹). پس از مصرف تدخینی کانابیس، اثر آن ظرف چند دقیقه ظاهر شده، در ۳۰ دقیقه به اوج رسیده و ۲ تا ۴ ساعت باقی می‌ماند. برخی از اثرات شناختی و حرکتی تا ۱۲ ساعت باقی می‌مانند.

قابلیت سوء مصرف کانابیس در مقایسه با مواد اپیوئیدی و مواد آمفتامینی کمتر است و وابستگی فیزیکی در نسبت کمتری از معتادان به حشیش ایجاد می شود. لیکن، در حالیکه عمدتاً کمتر از ۱۰٪ درصد از مصرف کنندگان حشیش به آن وابسته می شوند، با بالا رفتن خلوص THC کانابیس در امریکا، اختلال مصرف حشیش در بیش از ۳۰٪ از مصرف کنندگان گزارش شده است (۲۰). قطع مصرف کانابیس بعد از مصرف مکرر و روزانه، موجب احساس بی‌قراری، تحریک پذیری، اضطراب، خلق افسرده، اختلال در توجه و تمرکز و اختلال در کنترل تکانه، سردرد، بی‌خوابی، کاهش اشتها، کاهش وزن، درد معده، لرز، تعریق و ترمور می شود. این علائم ممکن است تا ۲۰ روز طول بکشد.

مصرف مداوم کانابیس می‌تواند موجب ایجاد علائم پس‌یکوز شده و یا موجب بروز اسکیزوفرنی در افراد مستعد شود (۲۱). هم چنین، مصرف مداوم و منظم کانابیس ممکن است موجب مشکلات ریوی، مانند برونشیت مزمن و بالا

¹ Basal ganglia

² Endocannabinoids

³ Depersonalization

⁴ Derealization

رفتن احتمال ابتلا به بیماری های عفونی تنفسی و یا سرطان نای و ریه شود (۲۲). ارتباط مصرف حشیش با سایر اختلالات مانند آتروفی مغز، تشنج، اختلالات ایمنی و نازایی هنوز به اثبات نرسیده است (۵).

الکل

واژه الکل به هر مولکولی که دارای یک گروه هیدروکسیل ($-OH$) متصل به یک اتم کربن اشباع شده باشد، اطلاق می شود. شایعترین فرم الکل، اتیل الکل است که به آن اتانول هم می گویند و به عنوان مشروبات الکلی مصرف می شود. با استفاده از یک مخمر، قند موجود در مواد نشاسته ای مانند گندم و جو، یا میوه ها مانند انگور، تخمیر شده و الکل به دست می آید.

مصرف الکل در جهان بسیار شایع است و تعداد مصرف کنندگان آن دو برابر مصرف کنندگان سیگار هستند. مصرف آن در کشورهای مختلف از پراکندگی قابل ملاحظه ای برخوردار است. بیشترین مصرف الکل در قاره اروپا و آمریکا و کمترین آن در منطقه خاورمیانه است. در کشور ما، به دلایل مذهبی و قانونی، مصرف الکل بسیار کمتر از میانگین میزان جهانی آن است. هم چنین، سوء مصرف و وابستگی به آن هم کمتر است. مصرف الکل و مشکلات ناشی از آن در مردان، افراد مجرد، ساکنان مناطق شهری، و نواحی مرکزی کشور بیشتر است (۲۳).

محاسبه میزان مصرف الکل هر فرد در تعیین میزان خطری که با آن مواجه است، اهمیت دارد. به طور استاندارد، یک پیک مشروب الکلی^۱، ۱۰ تا ۱۲ گرم الکل خالص دارد. گرچه میزان الکل در مشروب های مختلف، تنوع زیادی دارد ولی این میزان الکل در یک لیوان بزرگ (۳۲۰ میلی لیتر) آبجوی ۴ درصدی، یک لیوان کوچک (۱۰۰ میلی لیتر) شراب ۱۲٪، یک استکان کوچک (۳۲ میلی لیتر) مشروب های قوی^۲ ۴۰٪ مانند ویسکی و ودکا، و یک قاشق غذاخوری سرخالی (۱۴ میلی لیتر) الکل طبی ۹۰٪ وجود دارد. یک مرد ۷۰ کیلویی، اگر یک پیک بنوشد، سطح خونی الکل وی ۲۰-۱۵ میلی گرم در دسی لیتر بالا می رود. وی سه چهارم این مقدار را می تواند ظرف یک ساعت توسط کبد متابولیزه کند. با مصرف زیاد و طولانی الکل سرعت متابولیسم آن در بدن افزایش می یابد. به طور کلی، سرعت متابولیسم الکل در زنان و در برخی از گروههای آسیایی کندتر است. در کشور ما، مصرف مشروب های قوی بر مصرف آبجو و شراب غلبه دارد.

حدود ۱۰٪ از الکل مصرف شده از معده و بقیه از روده کوچک جذب می شود. بعد از نوشیدن الکل، ظرف ۳۰ تا ۹۰ دقیقه، سطح خونی به اوج می رسد. در صورتی که معده خالی باشد، حداکثر سطح خونی سریعتر ایجاد می شود. اگر میزان الکل مصرفی خیلی زیاد باشد، دریچه پیلور بسته می شود و مقدار زیاد الکل در معده باقی می ماند. اسپاسم پیلور موجب تهوع و استفراغ می شود.

الکل به طور یکنواخت در آب بدن حل می شود بنابراین، پس از جذب به خون به تمام اعضا و بافتهای بدن می رود. ۹۰٪ از الکل جذب شده، توسط کبد اکسیده شده و دفع می شود. ۱۰٪ بقیه بدون تغییر از طریق کلیه و ریه از بدن خارج می شود. الکل با دو آنزیم متابولیزه می شود، الکل دهیدروژناز (ADH) که الکل را به استالدهید تبدیل

¹ One alcoholic drink

² Spirits (hard alcohol)

می‌کند و آلدئید دهیدروژناز که استالدئید را به استیک اسید تبدیل می‌کند. هر دوی این مواد تولید شده، سمی هستند.

برای مکانیسم اثر الکل در مغز، نظریه‌ها و شواهد مختلفی وجود دارد. به نظر می‌رسد که عمده ترین مکانیسم آن، تاثیر بر غشای نرونها باشد. در کوتاه مدت، سیالیت^۱ غشاء را بیشتر و در درازمدت، آن را سخت تر می‌کند. سیالیت طبیعی غشای سلولی برای عملکرد طبیعی گیرنده ها، کانالهای یونی و سایر عملکردهای پروتئین غشاء ضروری است. هم چنین، به نظر می‌رسد که الکل، فعالیت کانالهای یونی مرتبط با گیرنده های استیل کولین نیکوتینی، سروتونینی و GABA_A را افزایش داده و کانالهای یونی مرتبط با گیرنده های گلوتامات و کانالهای کلسیمی را مهار می‌کند.

الکل یک ماده تسکین دهنده مانند بنزودیازپین هاست که با آنها تحمل متقاطع^۲ دارد. اگر سطح خونی الکل به ۵۰ میلی‌گرم در دسی لیتر (۰/۰۵٪) برسد، قضاوت فرد یا مهارهای رفتاری وی سست می‌شود. از سطح خونی ۸۰ میلی‌گرم در دسی لیتر فعالیت های ارادی حرکتی مختل می‌شود. از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر، نیستاگموس، دوبینی، تکلم نوک زبانی^۳، اختلال در توجه و حافظه، عدم تعادل در حرکت، و اختلال در هشیاری پیدا می‌کند و در سطوح خوبی بالاتر از ۳۰۰ میلی‌گرم در دسی لیتر به اغماء می‌رود. در چنین شرایطی ممکن است به دلیل دپرسیون تنفسی یا آسپیره کردن محتویات معده بیمار فوت کند.

برای مصرف زینبار الکل، تعاریف مختلفی بر اساس میزان، تکرر و طول مدت مصرف ارائه شده است. موسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم آمریکا، میزان مصرف کم خطر الکل برای یک فرد سالم را چنین تعریف می‌کند: برای زنان، مصرف کمتر از ۳ پیک در روز یا مصرف کمتر از ۷ پیک در هفته. برای مردان، مصرف کمتر از ۴ پیک در روز یا مصرف کمتر از ۱۴ پیک در هفته. لیکن، ۲٪ افرادی که در میزان کم خطر الکل می‌نوشند هم دچار اختلالات ناشی از مصرف الکل می‌شوند (۲۴).

مصرف الکل با عوارض متعدد توأم است. مسمومیت حاد الکل می‌تواند موجب هیپوگلیسمی شده و در صورت عدم تشخیص موجب مرگ ناگهانی شود. مصرف طولانی الکل موجب مهار قابلیت جذب روده شده، موجب کمبود ویتامین‌ها و اسید آمینه‌های ضروری بدن می‌شود. مصرف الکل گرچه موجب آسانی در به خواب رفتن می‌شود، ولی به خاطر کاهش خواب مرحله رؤیا دیدن و خواب عمیق، موجب تکه تکه شدن خواب و طول کمتر خواب می‌شود. مصرف زیاد آن حتی در یک دوره یک هفته‌ای، موجب تجمع چربی در کبد شده و هم چنین در درازمدت موجب هپاتیت و سیروز الکلی می‌شود. مصرف سنگین الکل ممکن است موجب التهاب و واریس مری، التهاب و زخم معده و پانکراتیت شود. سایر عوارض آن عبارتند از: افزایش فشارخون، افزایش خطر سکتة قلبی و بیماریهای عروقی مغزی، افزایش سرطانهای سر و گردن، کبد و دستگاه گوارش و ریه. از عوارض مهم دیگر مصرف طولانی مدت الکل، کاهش توانایی‌های شناختی، اختلال حافظه کوتاه مدت و دامانس است که با تحلیل رفتن قشر

¹ Fluidity

² Cross-tolerance

³ Slurred speech

مغز و گشادی بطنهای مغزی همراه است. اختلال در حافظه که به آن سندروم کورساکوف^۱ هم می‌گویند، به کمبود درازمدت تیامین ناشی از اختلال جذب روده نسبت داده می‌شود. الکل همراه با داروهای دیگر خواب آور اثر سینرژیک دارد و مقدار بالای توأم هر دوی آنها می‌تواند موجب دپرسیون تنفسی و مرگ شود. وابستگی یا سوء مصرف الکل در افراد مختلف اشکال بسیار متنوعی دارد. برخی از افراد در حالیکه دوره‌هایی از مصرف مکرر و زیاد را تجربه می‌کنند، قادر هستند در دوره‌های زمانی حتی طولانی از مصرف الکل اجتناب کنند. برخی دیگر مصرفی به مقدار کم ولی روزانه و منظم دارند و قادر نیستند مصرف روزانه خود را قطع کنند. برخی دیگر در روزهای تعطیل و یا در گردهمایی‌ها مقادیر زیاد الکل می‌نوشند و در مواقع دیگر از مصرف الکل اجتناب می‌کنند. همه این موارد با افزایش خطر برای سلامت همراه است.

قطع مصرف الکل بعد از مصرف طولانی آن می‌تواند علائم جدی محرومیت به همراه داشته باشد. به طور معمول، این علائم عبارتند از لرزش^۲، علائم پسیکوتیک مانند هذیان، اختلالات درک مانند توهم‌های بینایی و لامسه که حدود ۸ ساعت پس از آخرین مصرف ایجاد می‌شود و تشنج که ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از آخرین مصرف الکل رخ می‌دهد. در طول هفته اول پس از قطع مصرف، فرد باید از نظر ایجاد دلیریوم ترمنس (DT)^۳ تحت نظر باشد. DT مهمترین عارضه قطع مصرف الکل است که یک اورژانس پزشکی است. در این حالت، فرد دچار اختلال هشیاری و لرزش شده، علائم تحریک سیستم سمپاتیک را داشته و ممکن است اقدام به خودکشی کرده و یا به دیگران حمله کرده و صدمه برساند و یا تحت تاثیر توهم‌ها و هذیان‌های خود، اعمال خطرناکی انجام دهد. DT اگر درمان نشود ۲۰٪ خطر مرگ دارد. خطر مرگ بطور معمول به علت همراهی دلیریوم با مشکلات پزشکی دیگر مانند پنومونی یا اختلالات کبد، کلیه و قلب می‌باشد.

برای درمان محرومیت از الکل، در صورت خفیف بودن علائم و وضعیت خوب جسمی می‌توان از دوز پایین بنزودیازپینها برای پنج روز استفاده کرد. در صورتی که علائم شدید باشد و خطر DT وجود داشته باشد، از دوز بالای بنزودیازپینها و یا هالوپریدول باید کمک گرفت. برای پیشگیری از آسیب مغزی ناشی از الکل به افرادی که به مدت طولانی الکل می‌نوشند، باید تیامین تجویز کرد. به منظور پیشگیری از عود مجدد مصرف و وابستگی به الکل پس از سم زدایی، سه داروی دیسولفیرام، نالترکسون و آکامپروسات می‌توانند کمک کننده باشند.

اپیدمیولوژی

وضعیت تولید مواد در جهان

مواد غیرقانونی هر یک در مناطق خاصی از جهان، بیشتر تولید می‌شوند. مواد اپیوئیدی غیرمجاز به طور عمده در افغانستان و پس از آن در میانمار کشت و تولید می‌شود. کوکائین به طور عمده در کلمبیا، پرو و بولیوی کشت می‌شود. حشیش در بسیاری از کشورها تولید می‌شود ولی بیشترین تولید آن مربوط به کشورهای مراکش،

¹ Korsakoff syndrome

² Tremulousness

³ Delirium tremens

مغولستان و افغانستان است (۲۵). تولید انواع مواد محرک آمفتامینی پراکندگی قابل ملاحظه ای دارند ولی بیشترین تولید، مربوط به متامفتامین بوده و بیش از همه، از آسیای شرقی و جنوب شرقی گزارش می شود (۲۶). افغانستان همسایه شرقی ایران، بزرگترین تولیدکننده تریاک غیرمجاز در جهان می باشد و در سال ۲۰۱۴ نزدیک به ۶۴۰۰ تن تریاک تولید کرده است (۲۵). هم چنین، افغانستان پس از مراکش، بزرگترین تولیدکننده حشیش (رزین کانابیس) جهان بوده و مساحت زیر کشت حشیش در این کشور بیش از یک سوم مساحت زیر کشت خشخاش آن است.

وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در جهان

در اکثریت قریب به اتفاق جوامع، مصرف مواد و اختلالات ناشی از آن با انگ اجتماعی همراه بوده، و غیرقانونی تلقی می شود. از این رو، آن را پدیده‌ای پنهان^۱ می دانند و پژوهش بر آن و شناخت زوایای مختلف آن در مقایسه با مشکلات دیگر بهداشتی، دشوارتر بوده و روشهای آن متفاوت است. دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل تعداد مصرف کنندگان مواد غیرقانونی را برای سال ۲۰۱۳، تعداد ۲۴۶ میلیون نفر (بین ۱۶۲ تا ۳۳۰ میلیون نفر) یعنی ۵/۲٪ (۳/۷-۷٪) از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان تخمین زده است (۲۵). حدود ۱۸۰ میلیون نفر از این تعداد، مصرف کنندگان حشیش هستند. مصرف مواد محرک آمفتامینی در رده دوم قرار دارد. پس از آن، مصرف کنندگان مواد افیونی (۳۳ میلیون نفر) و کوکائین (۱۷ میلیون نفر) به ترتیب بیشترین تعداد را تشکیل می دهند. تعداد افرادی که دارای مصرف مشکل زا^۲ هستند، ۲۷ میلیون نفر (۱۶ تا ۳۹ میلیون) تخمین زده می شود. این افراد عمدتاً مصرف کنندگان مداوم هروئین و کوکائین و یا مصرف کننده تزریقی مواد هستند. تخمین زده می شود که بین ۸/۵ تا ۲۱/۵ میلیون نفر در جهان (میانگین ۱۲ میلیون نفر یا ۲۶ در هزار جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله) مصرف کننده تزریقی مواد هستند (۲۵).

اعتیاد به مواد غیرقانونی در جهان مستقیماً مسئول ۲۰ میلیون دالی در سال ۲۰۱۰ بوده است که ۰/۸٪ از کل علل دالی جهان را به خود اختصاص می دهد. در بین مواد مختلف، مواد اپیوئیدی، با ۹/۲ میلیون دالی، بیشترین سهم را در بار اعتیاد دارد. حدود ۷۰٪ این دالی، سالهای از دست رفته به علت ناتوانی و ۳۰٪، سالهای از دست رفته به علت مرگ و میر است (۲۷).

الگوی مصرف مواد و اعتیاد در همه جای جهان یکسان نیست. در آسیا و اروپا، بیشترین میزان اعتیاد به مواد افیونی، در قاره آمریکا به کوکائین، و در آفریقا به حشیش گزارش می شود. در دو دهه گذشته، تغییراتی نیز در این الگو رخ داده است، به گونه ای که از نسبت معتادان به مواد افیونی کاسته شده و نسبت معتادان به مواد محرک آمفتامینی افزایش یافته است (۲۸). به طور کلی تولید و مصرف مواد محرک آمفتامینی در دهه گذشته افزایش چشمگیری یافته است. علاوه بر این، در سالهای گذشته مواد جدیدی سنتز شده و در دسترس قرار گرفته اند که با صدمات بهداشتی جدی توأم هستند و معضل جدیدی را در کنترل مواد کشورها ایجاد کرده اند (۲۶).

^۱ Hidden phenomenon

^۲ Problem drug use

در کشور آمریکا چند مطالعه ملی برای بررسی وضعیت مصرف مواد در گروه‌های مختلف در حال انجام است. یکی از مهمترین آنها که از سال ۱۹۷۱ تاکنون هر سال و به صورت خانه به خانه انجام می‌شود، مطالعه ملی مصرف مواد و سلامت (NSDUH^۱) نام دارد. بر اساس مطالعه سال ۲۰۱۳، حدود ۹/۴٪ جمعیت عمومی ۱۲ سال و بالاتر در یک ماه گذشته مصرف یکی از مواد غیرقانونی را گزارش کرده‌اند که بیشترین آن حشیش (۷/۵٪ از جمعیت) بوده است. میزان مصرف کوکائین، هروئین، متامفتامین و هالوسینوژنها در یک ماه گذشته هر یک کمتر از ۰/۵٪ بوده است. شیوع مصرف ماه گذشته الکل ۵۲/۲٪ بوده است. در مورد اختلالات مصرف مواد و الکل، ۸/۲٪ جمعیت ۱۲ سال و بالاتر در طول یک سال گذشته به حداقل یکی از آنها مبتلا بوده‌اند (۲۹٪). در ۳۰ کشور اروپایی، مصرف یک سال گذشته مواد مختلف در جمعیت ۱۵ تا ۳۴ ساله به شرح زیر گزارش شده است: مصرف حشیش در ۱۱/۷٪، کوکائین در ۱/۹٪، اکستازی در ۱/۴٪ و مواد محرک آمفتامینی در یک درصد افراد گزارش شده است (۳۰).

در منطقه خاورمیانه، بیشترین مصرف مواد اپیوئیدی در ایران، افغانستان و پاکستان وجود دارد. در افغانستان که بزرگترین تولیدکننده تریاک جهان است، در یک مطالعه بزرگ کشوری ۵/۶٪ از جمعیت مورد مطالعه، آزمایش بیولوژیکشان از نظر مواد افیونی مثبت بود که بیشتر موارد را تریاک تشکیل می‌داد (۳۱). مصرف تریاک و هروئین در سالهای گذشته به شدت در افغانستان افزایش یافته است (۳۲). در پاکستان، شایعترین ماده مصرفی حشیش است. لیکن، یک درصد جمعیت بالغان (بیش از یک میلیون نفر) مواد افیونی مصرف می‌کنند که بیشتر موارد را هروئین تشکیل می‌دهد (۳۳). مصرف حشیش و داروهای مسکن خواب‌آور نیز در این دو کشور رایج است. مواد محرک، به همراه مواد افیونی ماده غالب مصرفی را در عربستان سعودی و اردن تشکیل می‌دهند. تعداد مصرف کنندگان تزریقی در منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی حدود ۵۷۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود (۳۴).

به طور کلی، پدیده مصرف مواد و اعتیاد، پدیده‌ای جهانی است که از جامعه‌ای به جامعه دیگر الگوی متفاوتی دارد. با گذشت زمان، موادی که زمانی در برخی از کشورها بندرت یافت می‌شد، توزیع وسیعتری یافته است. علاوه بر این، با به کارگیری روشهای پیشگیری از مصرف مواد در مدارس و در جامعه، شیوع مصرف برخی از مواد، مانند مواد محرک در کشورهای آمریکای شمالی و غرب اروپا کاهش یافته و به میزان مصرف آنها در آسیا افزوده می‌شود. از تغییرات دیگری که در سالهای اخیر در الگوی مصرف مواد در جهان ایجاد شده است، پیدایش مواد جدید اعتیادآور سنتتیک است. هر سال دهها ماده جدید روانگردان (NPS^۲) وارد بازار مصرف می‌شود که عمده آن را مواد محرک و کانابینوئیدهای سنتتیک تشکیل می‌دهد.

وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در ایران

در ایران، هیچگاه در مورد میزان شیوع مصرف مواد و اعتیاد توافق وجود نداشته است. بطور معمول نهادهای دولتی مسئول این ارقام را پایین‌تر از آنچه پژوهشگران تخمین می‌زدند، اعلام می‌کنند. تا دو سال پیش، تخمین تعداد

^۱ National Survey on Drug Use and Health

^۲ New psychoactive substances

افراد وابسته به مواد، به طور عمده بر نتایج حاصل از سه مطالعه استوار بود: اول، مطالعه کشوری همه گیرشناسی سوءمصرف مواد که در اورژانسهای کشور (با فرض مشابهت نمونه با جمعیت عمومی کشور) در سال ۱۳۸۰ انجام شد و تعداد وابستگان به مواد افیونی را بر اساس گزارش فردی^۱ ۱/۲ میلیون نفر تخمین زده است و پیش بینی شده است که رقم واقعی بیش از این میزان باشد (۳۵). دوم و سوم، استفاده از روش تخمین غیرمستقیم^۲ با استفاده از چندبرابری^۳ که با بهره گیری از چند منبع با قابلیت اعتماد کم همراه با شاخص‌های به دست آمده از مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد^۴ (RSA) در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ محاسبه شد و به ترتیب رقم ۱/۵ و ۱/۲ میلیون نفر را برای وابستگان به مواد تخمین زد (۳۶، ۳۷). علاوه بر این، مطالعه‌های گوناگونی که در سالهای گذشته با بررسی نظرات مردم و افراد کلیدی در شهرها، محله‌ها و محیط‌های کار گوناگون انجام شده است، نشان از نقطه نظرات آنها مبنی بر جدی بودن مشکل اعتیاد در محیط و نگرانی عمیق آنان بوده است.

جدول ۱- درصد وزن داده شده (فاصله اطمینان ۹۵٪) اختلال مصرف مواد و الکل در ۱۲ ماه گذشته بر اساس پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹ (۳۹)

جنسیت	اختلال مصرف مواد و الکل	اختلال مصرف مواد (بدون الکل)	اختلال مصرف الکل
مرد	۵/۲ (۴/۲-۶/۱)	۳/۸ (۳/۱-۴/۵)	۱/۸ (۱/۲-۲/۴)
زن	۰/۴ (۰/۲-۰/۷)	۰/۳ (۰/۱-۰/۶)	۰/۱ (۰/۰-۰/۲)
کل	۲/۸ (۲/۳-۳/۳)	۲/۱ (۱/۷-۲/۵)	۱/۰ (۰/۶-۱/۳)

آخرین و جامعترین اطلاعات مربوط به شیوع اختلالات مصرف مواد، مربوط به پیمایش ملی سلامت روان (IranMHS^۵) می باشد که در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد (۳۸). این مطالعه که به روش مقطعی و خانه به خانه و بر جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور و بر نمونه‌ای معادل ۷۸۸۶ نفر انجام شد، شیوع اختلالات مصرف مواد و الکل را ۲/۸٪، یعنی معادل حدود یک و نیم میلیون نفر گزارش کرده است (جدول ۱). این مطالعه اختلالات مصرف الکل را یک درصد و اختلالات مصرف مواد غیرقانونی غیر از الکل را ۲/۱٪ برآورد کرد. بر اساس شواهد پراکنده موجود، پیش بینی می شود که شیوع واقعی، حداقل دو برابر میزان به دست آمده به روش مستقیم در یک مطالعه خانه به خانه باشد.

¹ Self-report

² Indirect estimation

³ Multiplier method

⁴ Rapid Situation Assessment of Drug Use

⁵ Iran Mental Health Survey, 2011

در هر صورت، عدم وجود مطالعه‌های طولی و تکرار شونده در گروه‌های واحد، نتیجه‌گیری در مورد تغییرات شیوع و بروز مصرف مواد و اعتیاد را دشوار کرده است، به ویژه هیچ‌گونه شواهد معتبر و قابل اتکایی از روند تغییرات بروز و شیوع در ده سال گذشته در دست نیست.

در مورد الگوی مصرف مواد توسط معتادان در سال ۱۳۸۶ بر اساس مطالعه *RSA*، شایع‌ترین ماده مصرفی معتادان را تریاک (مصرف در یک ماه گذشته ۴۴٪) تشکیل می‌داد و پس از آن، کراک (۲۸٪) و هروئین (۲۰٪) قرار داشت. مقایسه این الگو با مطالعه‌های *RSA* سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ نشان می‌دهد که میزان مصرف تریاک به شدت کاهش یافته و مصرف هروئین نیز با کاهش نسبی روبه‌رو بوده است. در حالیکه هیچ‌موردی از مصرف کراک در دو مطالعه قبلی یافت نشده بود، در طی فاصله کوتاهی، شیوع ۲۸٪ کراک گزارش شد. علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶ با پیدایش مصرف شیشه و نورجیزک (مصرف در یک ماه گذشته ۵٪) روبه‌رو بوده‌ایم که در سالهای قبل از آن گزارش نشده بود (۳۶، ۳۷، ۴۰). لیکن، پیمایش ملی سلامت روان که در سالهای ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد (۲۳) نشان داد که هنوز مواد اپیوئیدی، و از بین مواد اپیوئیدی، تریاک شایع‌ترین مواد مصرفی کشور هستند (جدول ۲).

بر اساس مطالعه *RSA* سال ۱۳۸۶، روش غالب مصرف مواد به صورت تدریجی و پس از آن خوراکی بوده است با این وجود مصرف تزریقی در ۱۸/۷٪ معتادان، مصرف غالب را تشکیل داده است که این روند نسبت به سالهای قبل روند افزایشی قابل ملاحظه‌ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته نیز در ۲۲/۶٪ از معتادان گزارش شد (۳۶، ۳۷، ۴۰). با در نظر گرفتن رقم رسمی ۱/۲ میلیون نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور، و شیوع ۲۲/۶٪ سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف کنندگان تزریقی برای سال ۱۳۸۶ حدود ۲۷۱،۰۰۰ نفر برآورد شده بود، با این وجود اطلاع جدیدی از افزایش یا کاهش تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد در دست نیست.

مطالعه‌های مروری بر وضعیت مصرف مواد در دانش‌آموزان و دانشجویان، تخمینی را از شیوع مصرف مواد در این گروه‌ها ارائه داده‌اند. در دانش‌آموزان، شایع‌ترین مواد مورد مصرف، الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانش‌آموزان معتاد را شش تا ده هزار نفر تخمین زده است (۴۲). مطالعه مروری دیگری در جمعیت دانشجویی نیز شایع‌ترین مواد مورد مصرف را الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش کرده است. این مطالعه مروری، تعداد دانشجویانی را که به یکی از مواد غیرقانونی وابسته هستند، بیش از ۵۰ هزار نفر و تعداد کسانی را که در طول یک ماه حداقل یک بار مواد اپیوئیدی مصرف کرده‌اند را ۱۵۰ هزار نفر در کشور تخمین زده است (۴۳). مطالعه دیگری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸، میزان مصرف یک سال گذشته هر گونه ماده اعتیادآور غیرقانونی به غیر از الکل را در پسران ۲/۲٪ و در دختران ۰/۶٪ گزارش کرده است (۴۴).

جدول ۲- شیوع مصرف یک سال گذشته مواد غیرقانونی (۲۵) و الکل (۴۱) در جهان، و در ایران بر اساس پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله (۲۳)

نوع ماده مصرفی	جهان (%)		ایران (%)	
	حداکثر	حداقل	جمعیت عمومی	مردان
هر نوع ماده غیرقانونی	۷/۰	۳/۴	۶/۲	۱۰/۸
حشیش	۴/۹	۲/۷	۱/۳	۲/۴
مواد اپیوئیدی (بدون داروهای اپیوئیدی)	۰/۸(۰/۴)	۰/۶(۰/۳)	۵/۲	۹/۳
مواد محرک آمفتامینی	۱/۱	۰/۳	۰/۷	۱/۴
اکستازی	۰/۶	۰/۲	۰/۳	۰/۴
کوکائین	۰/۴	۰/۳	-	-
الکل	۳۸/۳		۵/۷	۱۰/۲

نسبت زنان به کل جمعیت معتادان، از ۲٪ تا ۹٪ در مطالعه‌ها و گزارش‌هایی که در ۱۰ سال گذشته بر معتادان انجام شده است، متفاوت بوده است. حدود نیمی از معتادان، متأهل بوده و دارای فرزند می‌باشند. حدود دو سوم دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان هستند. حدود ۹۰٪ از معتادان، با خانواده خود زندگی می‌کنند. کمتر از ۱۰٪ بی‌خانمان بوده و یا تنها زندگی می‌کنند و درآمدی ندارند و نیمی وضعیت اجتماعی اقتصادی خود را متوسط می‌دانند. حدود ۲۰٪ بیکار و نیمی دارای مشاغل کارگری و یا رانندگی هستند. دو سوم از معتادان، کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می‌کنند. نزدیک به ۴۰٪ به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند. حدود یک چهارم از طرق غیرقانونی کسب درآمد می‌کنند که به‌طور عمده، مرتبط با مواد می‌باشد. حدود ۴۰٪ سابقه دستگیری داشته که در اغلب موارد بیش از یک‌بار می‌باشد و بیشتر مربوط به جرائم مرتبط با مواد است. این الگوها در ده سال گذشته کم و بیش ثابت بوده است (۳۶، ۳۷، ۴۵). همچنین، مطالعه ملی بر جمعیت عمومی نشان داد که مصرف مواد و اعتیاد در مردان، افراد مطلقه، سطح تحصیلات و سطح اقتصادی اجتماعی پایین‌تر و در استانهای جنوبی و شرقی کشور بیشتر است (۶). یک مطالعه تحلیل روند نیز حاکی از آن است که الگوی مصرف از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴ تشدید شده (افزایش نسبتهای دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و نیز روند تشدید ناهنجاری در کشور (افزایش طلاق، جرم، شهری شدن، و جهانی شدن) رابطه پرقدرتی داشته است (۴۶). به طور کلی، گرچه به دلیل ضعف اطلاعات موجود، در مورد تغییرات مربوط به شیوع مصرف مواد در کشور، اختلاف نظر وجود دارد، با این وجود تمامی شواهد حاکی از شدت و تنوع الگوی مصرف مواد در دهه گذشته می‌باشد.

در مورد عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد در کشور اطلاعات بسیار محدود و پراکنده است. پژوهش‌های مربوط به اعتیاد در کشور فاقد مطالعه‌های مورد-شاهدی و طولی برای بررسی این عوامل است. بیشترین اطلاعات از نظرات خود معتادان در مورد علت گرایش آنها به مصرف مواد به دست آمده است. با این وجود شواهد نشان می‌دهد که سن شروع مصرف مواد و مصرف تزریقی مواد در طول ۳۰ سال گذشته تغییر معنی‌داری نداشته است (۳۶، ۳۷، ۴۷، ۴۸). نزدیک به نیمی از معتادان، مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان (اغلب دوستان خارج از مدرسه) شروع کرده‌اند. شایعترین مکان اولین مصرف مواد نیز "منزل دوستان" گزارش می‌شود. بر اساس مطالعه‌ها، دوستان در تداوم مصرف، مقدار مصرف، شیوه مصرف و نوع ماده مصرفی، نقش به‌سزایی داشته‌اند. حدود ۲۰٪ موارد، فرد پیشنهاد دهنده یکی از افراد خانواده بوده است. حدود نیمی از معتادان سابقه مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده خود ذکر می‌کنند که در اغلب مواقع برادر و یا پدر می‌باشد. همکاران و محیط کار نیز در رده بعدی اهمیت قرار دارند. در خصوص مهمترین علت شروع مصرف مواد، معتادان به این موارد اشاره نموده‌اند: کنجکاوی، لذت و فشار دوستان، مشکلات زندگی و دردهای جسمی. در زنان سن شروع مصرف مواد بالاتر و در قریب اتفاق موارد از طریق همسر و در درجه بعدی پدر بوده است (۳۶، ۳۷، ۴۰).

عوارض ناشی از مصرف مواد و اعتیاد

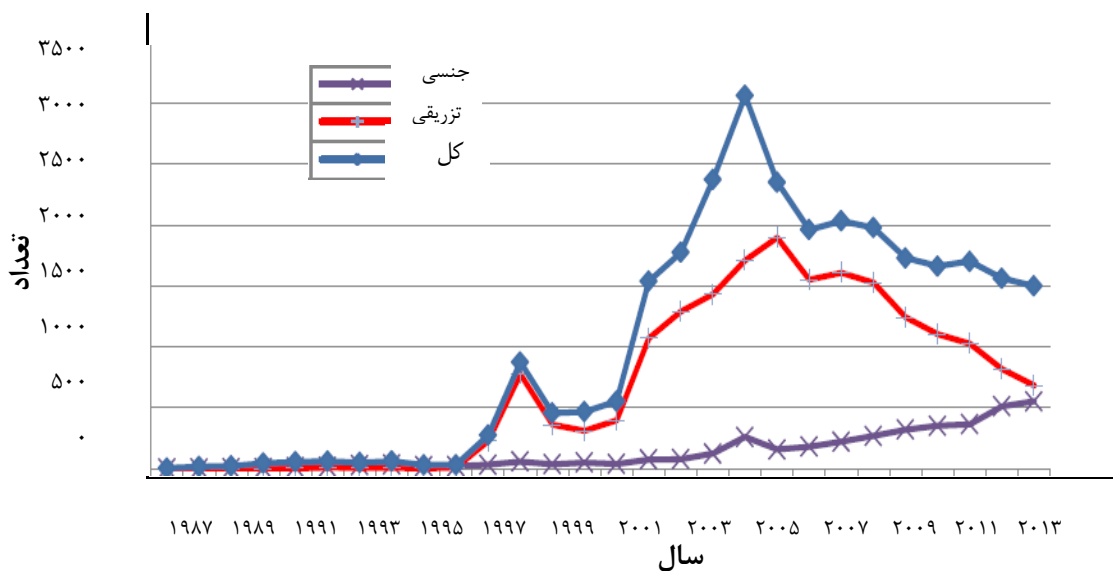
مهمترین عارضه مصرف مواد، اعتیاد است. با این وجود، رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد (مانند رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریق) با عوارض جدی همراه است. مرگ و میر ناشی از مصرف تزریقی مواد ۱۵ برابر بیش از جمعیت مشابه است. سازمان ملل تخمین می‌زند که حدود ۱۲ میلیون نفر مصرف کننده تزریقی مواد در جهان وجود دارد و ۱۳/۵٪ از مصرف کنندگان تزریقی مواد، به اچ آی وی و ۵۲٪ به هیپاتیت C و ۸/۴٪ به هیپاتیت B مبتلا هستند (۲۵). هر سال در جهان، ۲۱۱ هزار نفر به دلایل مرتبط با مواد جان خود را از دست می‌دهند. بروز مسمومیت ناشی از مواد^۱ نیز در معتادان شایع بوده و میزان مرگ و میر^۲ مصرف کنندگان تزریقی مواد ۲/۵۳ در هر ۱۰۰ نفر-سال محاسبه شده است (۴۹).

ایدز به‌عنوان یک پدیده جهانی، تهدیدی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. در کشور ما مصرف کنندگان تزریقی مواد، مهمترین گروه در معرض خطر ابتلا به ایدز را تشکیل می‌دهند، به طوری که حدود ۶۷٪ از موارد ابتلا، در مصرف کنندگان تزریقی مواد گزارش شده است (۵۰). مطالعه مروری سیستماتیک درباره شیوع عفونت با اچ آی وی در معتادان کشور نشان داد که شیوع آن در مصرف کنندگان تزریقی مواد از ۸/۷٪ در سال‌های قبل از ۲۰۰۵ به ۱۸/۴٪ بعد از آن رسیده است (۵۱) و شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان غیرتزریقی به ۵/۴٪ در سال‌های بعد از ۲۰۰۵ رسیده است (۵۲). مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۰ نیز در ۱۰ استان کشور، شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد را ۱۵/۱٪ تخمین زد (۵۳). با گسترش برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد، بروز موارد جدید اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد در سالهای

¹ Drug overdose

² Crude mortality rate

اخیر کاهش یافته است، به طوری که در سال ۱۳۹۲، حدود ۴۵٪ از موارد جدید اچ آی وی از این طریق مبتلا شده بودند (۵۰). تغییرات در روش انتقال اچ آی وی در طول زمان در نمودار ۱ نمایش داده شده است.



نمودار ۱- روش انتقال اچ آی وی در سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۹ بر اساس نظام ثبت اچ آی وی کشور (۵۰)

هپاتیت C بیماری عفونی خطرناک دیگری است و در دو دهه اخیر مرگ و میر ناشی از آن در جهان ۲ تا ۳ برابر شده و به دلیل ایجاد سیروز کبدی در صدر اندیکاسیون‌های پیوند کبد قرار گرفته است. هپاتیت C احتمالاً شایعترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در مطالعه مروری سیستماتیک شیوع عفونت با ویروس هپاتیت C در معتادان ایرانی، شیوع آن در معتادان تزریقی ۴۵٪ و در معتادان غیرتزریقی ۸٪ گزارش شد (۵۴).

مجموعه این اطلاعات نشان می‌دهد که ایران با وجود شیوع بالای مصرف کنندگان تریاک در مقایسه با سایر کشورها به‌ویژه کشورهای توسعه یافته، سال‌ها الگوی کم خطری داشته است. با افزایش عرضه مواد در کشور و تنوع مواد در دسترس، در سال‌های اخیر وضعیت اعتیاد تشدید یافته و عوارض جدی بهداشتی و اجتماعی را با خود داشته است. بر این اساس، در حال حاضر اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی کشور شناخته می‌شود.

مداخله‌ها

به طور کلی، سه راهکار اصلی برای کنترل اعتیاد و مشکلات حاصل از آن در جهان وجود دارد که در طول تاریخ به ترتیب، به کار گرفته شده و در طول زمان راهکارهای بعدی به آن اضافه شده است:

۱. روشهای کاهش عرضه مواد

۲. روشهای کاهش تقاضا برای مواد، شامل درمان و بازپروری معتادان و پیشگیری از مصرف مواد

۳. کاهش زیانهای ناشی از مصرف مواد، علیرغم ادامه مصرف آنها

در مورد ضرورت به کارگیری هر سه روش برای کنترل اعتیاد توافق وجود دارد، با این وجود، در جوامع مختلف میزان تمرکز و استفاده از هر یک از این روشها در مقابل روشهای دیگر یکسان نیست. همچنین، اگرچه محدودیتهایی در شواهد مربوط به میزان تأثیر و عوارض هر استراتژی وجود دارد، ولی صاحب نظران و ذینفعان، در مورد نتیجه گیری از شواهد موجود، اتفاق نظر ندارند و هر گروه بر فوائد یک راهکار، در مقابل مضرات راهکارهای دیگر تأکید می‌ورزند. در حال حاضر کشور ما تلاش دارد تا تمامی این راهکارها را به کار گیرد. این موضوع در ساختار مشارکتی و چندبخشی ستاد مبارزه با مواد مخدر منعکس شده است و در اسناد کلیدی موجود مانند قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۷۶)، قانون برنامه چهارم توسعه (مصوب ۱۳۸۳)، و سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و ابلاغی از سوی مقام رهبری (در سال ۱۳۸۵) مورد تأکید قرار گرفته است.

روشهای کاهش عرضه مواد

اولین توافق بین المللی جدی برای مبارزه جهانی با تولید، عرضه و مصرف مواد به کنفرانس سال ۱۹۰۹ در شانگهای نسبت داده می‌شود که در آن کشورهای مهم تولیدکننده و مصرف‌کننده تریاک جهان حضور داشتند و متعهد شدند تا تولید تریاک را مورد کنترل قرار داده و کاهش دهند و منجر به صدور کنوانسیون بین المللی تریاک در سال ۱۹۱۲ شد. در آن زمان، به ترتیب چین، هند و ایران بزرگترین تولیدکنندگان تریاک بودند و میزان تولید تریاک جهان ۴۱,۶۰۰ تن، یعنی ۵ برابر تولید فعلی تریاک جهان بود. در حال حاضر، سه معاهده مهم بین المللی از اعتبار چشمگیری برای کنترل جهانی مواد برخوردارند:

۱. کنوانسیون واحد مواد مخدر، مصوب سال ۱۹۶۱ و پروتکل الحاقی سال ۱۹۷۲ که تولید، واردات، صادرات، توزیع، حمل و مصرف مواد را به مصارف پزشکی و علمی محدود می‌کند.

۲. کنوانسیون مواد روانگردان، مصوب سال ۱۹۷۱ که مکانیسمی برای کنترل انواع بیشتری از مواد جدید و سنتتیک بر اساس قابلیت سوء مصرف آنها از یک سوی و ارزش درمانیشان در طب پیش بینی می‌کند.

۳. کنوانسیون علیه قاچاق غیرقانونی مواد مخدر و روانگردان، مصوب سال ۱۹۸۸ که بر مبارزه جامع با قاچاق

مواد شامل مبارزه با پول‌شویی، و مبارزه با انحراف مسیر پیش سازها برای ساخت مواد، و استرداد مجرمین

تأکید دارد.

دو سال بعد از کنفرانس ۱۹۰۹ شانگهای، یعنی بیش از ۱۰۰ سال پیش، نخستین قانون کنترل ممنوعیت و محدودیت عرضه و مصرف تریاک به تصویب مجلس شورای ملی ایران رسید. ایران در مراحل تصویب هر سه

کنوانسیون بین المللی، حضور و نقش فعالی را ایفا کرده بود. پس از آن، بارها قوانین موجود ایران بازبینی و تشدید

شد. پس از انقلاب اسلامی، این روند تقویت گردید. در طول دو دهه، تصور بر این بود که با اتخاذ تدابیر قانونی و

کیفری جدی، می‌توان به سرعت و برای همیشه اعتیاد را در کشور ریشه کن کرد. با این وجود، با به‌کارگیری مجازات‌های سنگین و با سال‌ها کسب تجربه، نگاه ریشه‌کنی جای خود را به ضرورت برنامه‌ریزی درازمدت به جای اقدام‌های ضربتی، برای کنترل مشکل داده و روشهایی غیر از تدابیر انتظامی و قضایی نیز مورد توجه قرار گرفته است. آخرین قانون مبارزه با مواد مخدر کشورمان مصوب سال ۱۳۷۶ بوده و در سال ۱۳۸۹ اصلاحیه آن به تصویب رسیده است.

در سال‌های گذشته در ایران، امر مبارزه با عرضه بر محورهای زیر استوار بوده است: ایجاد و تقویت استحکامات مرزهای شرقی کشور از طریق احداث خاکریز، حفر کانال، احداث دیوارهای بتنی، جاده‌سازی و نصب سیم خاردار و فنس، شناسایی و انهدام باندها و شبکه‌های تهیه و توزیع مواد، و تشدید دستگیری و مجازات قاچاقچیان مواد در مقابل دستگیری معتادان. در نتیجه شدت گرفتن مبارزه با عرضه بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، در سالهای گذشته، هر ساله تعداد عملیات و درگیری مسلحانه افزایش یافته و تعداد بیشتری از قاچاقچیان کشته شده‌اند. تعداد انهدام باندهای مواد نیز هر ساله افزایش داشته است. هم‌چنین، میزان کشفیات مواد و کارگاه‌های منهدم شده نیز افزایش یافته است (۵۵).

پیشگیری از مصرف مواد

دهها سال است که اقدام‌های گوناگونی در جهان به منظور پیشگیری از مصرف مواد و بروز اعتیاد انجام می‌شود. با این وجود، شواهد علمی در مورد اثربخشی هر یک از این اقدام‌ها مورد پرسش بوده است. به‌طور کلی، با توجه به شیوع پایین مصرف مواد بخصوص در گروه نوجوانان که معمولاً مخاطب برنامه‌های پیشگیری هستند و دشواری انجام مطالعه‌های کنترل شده در این زمینه مطالعه‌های اثربخشی در این مورد دشوار هستند و چنین مطالعه‌هایی به‌طور عمده در کشورهای توسعه یافته انجام شده‌اند. هم‌چنین، با توجه به تنوع بسیار مداخلاتی که توسط متخصصان و پژوهشگران این حیطه طراحی و اجرا می‌شوند، مطالعه‌های مروری سیستماتیک و متاآنالیز نتایج مطالعه‌های مشابه با محدودیت‌هایی رو به روست. با وجود اینها، در سال ۱۳۹۳ سندی توسط دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل منتشر شد، که با انجام مطالعه‌های مروری سیستماتیک متعدد فهرستی از مداخله‌های مؤثر را برای گروه‌های مختلف هدف و با ذکر سطح شواهد برای هر یک منتشر کرد (۵۶). البته بعد از آن هم‌چنان تولید علم در این حیطه ادامه داشته است. الگوریتم ۱ برگرفته از این شواهد است و به تفکیک گروه مخاطب و موقعیت‌های اجرا و هم‌چنین امکان ارائه خدمات توسط نظام بهداشتی درمانی راههای مؤثر را نشان می‌دهد.

در کشور ما، نخستین اقدام‌های عملی در این مورد از سال ۱۳۷۴ شروع شد و رشد یافت. از جمله این اقدام‌ها می‌توان به پیشگیری مبتنی بر جامعه، فعالیت‌های آگاه‌سازی و هشداردهنده، تشویق فعالیت‌های سالم جایگزین مصرف مواد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، و پیشگیری جماعت محور اشاره کرد که توسط سازمان‌های مختلف به اجرا در می‌آید. هر ساله گزارش‌هایی از پوشش میلیون‌ها نفر در محیط‌های آموزشی، کاری و اجتماعی در عملیات پیشگیری از اعتیاد، منتشر می‌شود. با این وجود، بیشتر فعالیت‌ها به‌طور مقطعی انجام شده، انسجام نداشته و تک استراتژیک می‌باشند و احتمال اثرگذاری آنها زیاد نیست. از جمله دلایل این امر، نگاهی ساده‌انگارانه

به پیشگیری، فقدان مدیریت منسجم و کارآمد و ساختارهای باثبات با بودجه مشخص و کمبود نیروی انسانی متبحر در این زمینه بوده است. ستاد مبارزه با مواد مخدر با تصویب سند جامع پیشگیری از اعتیاد در سال ۱۳۸۹، با تحت پوشش قرار دادن ۴۰٪ از جامعه هدف، برنامه‌های پیشگیری را آغاز نمود (۵۷). در چند سال گذشته، و با انتشار شواهد مربوط به اثربخشی چند بسته مهم پیشگیری مانند غربالگری و مداخله مختصر، و بازی رفتار خوب^۱، انطباق آنها برای جامعه ایرانی انجام شده و اجرای آزمایشی آنها شروع شده است.

درمان اعتیاد

برخی از افرادی که مشکلات ناشی از مصرف مواد دارند، بدون دریافت یک درمان مشخص طی، در طول زمان بهبود می‌یابند. برای بیمارانی که مصرف مخاطره آمیز مواد دارند و یا دچار مصرف زینابار یا اعتیاد خفیف هستند، گاهی مداخلات مختصری که انگیزه بیمار را برای تغییر رفتار، هدف قرار می‌دهد و یا به سم زدایی وی کمک می‌کند، می‌تواند مؤثر بوده و موجب کاهش یا ترک مصرف مواد گردد (۵). برای افرادی که با مداخله‌های مختصر بهبود نمی‌یابند یا دچار وابستگی شدیدتری هستند، مداخله‌های مؤثر مختلفی وجود دارد. مداخله‌های درمانی عبارتند از: مداخله‌های دارویی برای تسهیل دوره سم زدایی، مداخله‌های دارویی نگهدارنده طولانی مدت با داروهای آگونیستی برای کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف ماده غیرقانونی اصلی، مداخله‌های روانشناختی کوتاه مدت یا بلندمدت، مداخله‌های اجتماعی از طریق گروه‌های همسالان یا سایر حمایت‌های اجتماعی برای کمک به بازتوانی فرد و استفاده از اجبار برای درمان معتادانی که مرتکب جرم می‌شوند، تحت عنوان درمان دادگاه مدار^۲. به طور کلی، در افرادی که اعتیاد شدیدتری دارند، دریافت تنها سم زدایی کوتاه مدت سرپایی یا بستری توصیه نمی‌شود. این نوع سم زدایی‌ها گرچه می‌تواند موجب قطع ناگهانی مصرف مواد شود، ولی اغلب در فاصله کوتاهی با عود مجدد همراه است. توصیه می‌شود که درمان‌های چندوجهی حداقل سه ماه ادامه یابد. هر چقدر درمانگران مهارت بیشتری داشته باشند و مداخله‌های جامعتری ارائه دهند بهتر می‌توانند بیماران را در درمان نگاه داشته و موجب تغییرات مثبتی شوند.

همچنین، نوع مراکزی که این خدمات را ارائه می‌دهند، تنوع زیادی دارند. شایعترین نوع مراکز، مراکز سرپایی درمان اعتیاد هستند که می‌توانند اغلب مداخله‌های فوق ارائه نمایند. همچنین، مراکز بستری کوتاه مدت، مراکز اقامتی کوتاه یا میان مدت برای ارائه برخی از این خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد. امروزه تمایل عمومی در جهان، به ارائه این خدمات به صورت سرپایی و مراقبت مدیریت شده^۳ و پرهیز از درمان‌های اقامتی و اجباری است که هزینه زیادی داشته و ممکن است با سایر عوارض مانند گسترش ویروس اچ آی وی همراه باشد. البته برخی از انواع اقدام‌ها، می‌تواند خارج از نظام خدمات بهداشتی درمانی ارائه شود. مثلاً ممکن است برای برخی از کودکان و نوجوانان بی‌خانمان، کمپ‌های بازپروری کمک کننده باشد، افراد شاغل، در محل کار خود بطور مکرر مورد آزمایش ادرار قرار گیرند، و یا برخی از افراد با اعتقاد‌های مذهبی، از توصیه‌ها و آموزه‌های مذهبی، تمرکز و توکل بهره ببرند.

¹ Good Behavior Game (GBG)

² Drug court treatment

³ Managed care

نوزادی و ابتدای کودکی (صفر تا ۵ سالگی)	اواسط کودکی (۶ تا ۱۰ سالگی)	ابتدای نوجوانی (۱۱ تا ۱۴ سالگی)	نوجوانی (۱۵ تا ۱۹ سالگی)	ابتدای بزرگسالی (۲۰ تا ۲۵ سالگی)	بزرگسالی (۲۶ سالگی و بالاتر)
<p>خانواده</p> <ul style="list-style-type: none"> ویزیت قبل از تولد و دوران نوزادی (انتخابی و موردی) آموزش مهارت‌های فرزندپروری (همگانی و انتخابی) 					
<p>مدرسه</p> <ul style="list-style-type: none"> آموزش پیش از دبستان (انتخابی) آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی (همگانی و انتخابی) برنامه های مدیریت کلاس (همگانی) سیاست‌های نگهداری کودکان در تحصیل (انتخابی و موردی) مداخله بر آسیب پذیری های روانی فردی (موردی) 		<ul style="list-style-type: none"> آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی (همگانی و انتخابی) سیاست‌های مواد در مدارس انتخابی 			
<p>اجتماع</p> <ul style="list-style-type: none"> لینک‌گات چندموجه ای مبتنی بر اجتماع (همگانی و انتخابی) کارزار رسانه ای (همگانی و انتخابی) راهنمایی (انتخابی و موردی) 					
<p>محیط کار</p> <ul style="list-style-type: none"> مداخلات محیط کار (همگانی و انتخابی و موردی) 					
<p>بخش سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> غربالگری و مداخله مختصر (موردی) 					
<p>نظام خدمات بهداشتی درمانی می تواند اجرای آن را به عهده بگیرد.</p>					
<p>بهترین امکان اجرایی در سایر سازمانهاست، ولی توسط نظام خدمات بهداشتی درمانی و یا با مشارکت جدی آن قابل اجراست.</p>					
<p>توسط نظام خدمات بهداشتی درمانی قابل اجرا نیست، ولی نظام خدمات بهداشتی درمانی می تواند از طریق حمایت‌های تخصصی به سایر سازمان ها کمک کند.</p>					
<p>فونت پررنگ نشان دهنده راهکارهای با سطح شواهد بالاتر است.</p>					

الگوریتم ۱- راهکارهای مؤثر بر پیشگیری از اعتیاد به تفکیک گروه‌های هدف

در درمان اعتیاد باید به بیماری های روانی جدی همراه که پدیده‌ای شایع است، نیز توجه داشت. در یک مطالعه مروری سیستماتیک، نسبت شانس (¹OR) همراهی اختلال مصرف مواد با افسردگی ۳/۸ و با اختلالات اضطرابی ۲/۹ گزارش شد (۵۸). این نسبت ها برای ایران به ترتیب ۳/۷ و ۲/۵ گزارش شده است (۶). این امر، فرایند درمان اعتیاد را پیچیده تر می کند. درمان توأم اعتیاد با بیماری های همراه روانی به طور همزمان و توسط درمانگر واحد، معمولاً نتیجهٔ بهتری دارد (۵۹).

¹ Odds ratio

سیاست‌های درمان اعتیاد کشورهای مختلف با یکدیگر تفاوت‌های اساسی دارند. به عنوان مثال در حالیکه بیش از ۹۰٪ کشورها دارای امکان بستری برای سم زدایی هستند، تنها در ۴۲٪ از کشورها درمان نگهدارنده با متادون وجود دارد. همچنین در ۵۷٪ از کشورها، گروه خودیاری معتادان مخدر گمنام و در ۲۰٪ از کشورها، درمان دادگاه مدار وجود دارد (۶۰).

در ایران، برنامه‌های درمان معتادان که پس از انقلاب و به دنبال برنامه ضربتی برای ریشه کنی اعتیاد متوقف شده بود، از سال ۱۳۷۵ دوباره آغاز شد و به سرعت رشد یافت. یکی از ابعاد این رشد، گسترش کمی بوده است، به این معنا که تعداد مراکز و افراد تحت پوشش خدمات درمانی افزایش یافته است. تعداد مراکز خصوصی و مراکز مردم نهاد نیز رشد قابل توجهی داشته و در طول زمان سهم بیشتری از ارائه خدمات را به خود اختصاص داده است. این مراکز تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور هستند. بعد دیگر رشد، وسعت یافتن نوع خدمات درمانی بوده است، به طوری که هر ساله روش‌های جدید درمان راه اندازی شده است. در حال حاضر به تقریب تمامی روش‌های درمان دارویی و غیردارویی و به ویژه در مورد درمان اعتیاد به مواد افیونی در کشور وجود دارد. از میان این خدمات، می‌توان به روش‌های مختلف سم زدایی با و بدون دارو به شیوه‌های سرپایی، بستری و اقامتی، سم زدایی فوق سریع همراه با بیهوشی، درمان‌های نگهدارنده با متادون، بوپرنورفین و تنتور اپیوم، اجتماع درمان مدار، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان‌های گروهی، و گروه‌های خودیاری شامل گروه معتادان گمنام اشاره کرد. با گذشت زمان تمرکز بر روش‌های پرهیزمدار، جای خود را به روش‌های نگهدارنده و کاهش زیان داده است. این روند گرچه برای کنترل رفتارهای پرخطر و آسیب‌های ناشی از اعتیاد و برای کاهش انگ اعتیاد مثبت ارزیابی می‌شود، ولی کم توجهی به ارتقای خدمات درمانی پرهیزمدار نگرانی‌هایی را ایجاد کرده است. همچنین، با اینکه توجه مسئولان به رشد کمی خدمات، ارزش زیادی در گسترش آن و دسترسی آحاد جامعه به این خدمات داشته است، وضعیت کیفیت ارائه خدمات و نظارت بر مراکز درمانی به همان میزان مورد توجه نبوده است (۱). در حال حاضر، بیشترین خدمات موجود که در سطح کشور پراکنده اند، عبارتند از: هزاران مرکز درمان سرپایی ترک اعتیاد که بطور عمده درمان نگهدارنده با متادون را ارائه می‌کنند، هزاران مرکز اقامتی کوتاه مدت (کمپ) با رویکرد پرهیزمدار و هزاران گروه خودیاری معتادان گمنام.

کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد

گرچه در طب و بخصوص در مورد بیماری‌های مزمن و یا بیماری‌های صعب‌العلاج، کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری، بخش عمده و غیرقابل انکاری از مراقبت و درمان را تشکیل می‌دهد، در مورد اعتیاد، کاهش آسیب‌های ناشی از مواد در دهه‌های گذشته، موضوعی مورد چالش بوده که طرفداران و مخالفانی داشته است. به‌طور اختصاصی، کاهش آسیب‌های ناشی از مواد، به مجموعه سیاست‌ها و اقدام‌هایی گفته می‌شود که به فرد معتاد اجازه می‌دهد تا علیرغم مصرف مواد و ادامه اعتیاد، خدمات بهداشتی خاصی را برای کاهش آسیب‌های ناشی از آن دریافت کند. این اقدام‌ها انواع گوناگونی دارد:

۱. برخی از اقدام‌ها بر تبدیل مصرف یک ماده پرخطر به ماده کم‌خطرتر و یا یک روش پرخطر به روشی کم‌خطر اختصاص دارند، مانند جایگزین کردن مصرف تزریقی هروئین با تجویز پزشکی متادون یا نتوراپیوم. عده‌ای این راهکار را به عنوان روش کاهش آسیب شناخته و آن را یک روش درمانی تلقی می‌کنند.

۲. برخی از اقدام‌ها به تبدیل روش‌های پرخطر مصرف به رفتارهای کم‌خطر اختصاص دارند، مانند توزیع سرنگ استریل بین معتادان تزریقی به منظور جلوگیری از مصرف مشترک یک سرنگ و پیشگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه خون، مانند ایدز و هپاتیت C و یا توزیع کاندوم بین معتادان برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه جنسی مانند ایدز و سیفلیس.

مخالفان این سیاست‌ها معتقدند که اشاعه این روش‌ها به نوعی تایید و تشویق کننده ادامه مصرف مواد توسط معتادان می‌باشد و دولت‌ها باید از توسعه و گسترش این روش‌ها اجتناب کنند. موافقان این روش‌ها اغلب معتقدند که در دوره زمانی محدودی که یک فرد معتاد مایل نیست و یا قادر نیست مصرف مواد خود را کنار بگذارد، برای پیشگیری از ابتلای وی و اطرافیانش به بیماری‌های دیگر، چاره‌ای جز ارائه این خدمات نیست. به‌ویژه شیوع ایدز ناشی از مصرف تزریقی مواد، مهمترین دلیل کشورها به استفاده از این سیاست‌ها بوده است. در حال حاضر، ۹۰ کشور سیاست کاهش آسیب را به‌عنوان یک سیاست ملی پذیرفته اند، لیکن ارائه این خدمات در بسیاری از همین کشورها هم محدود است (۶۱).

در دهه گذشته، با افزایش شیوع عفونت اچ آی وی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر کشور، سیاست‌های گذشته مورد بازبینی قرار گرفت و راهکار کاهش زیان به مجموعه سیاست‌های کنترل مواد مخدر کشور اضافه گشت. این امر موجب شد تا تحمل سیاستگذاران نسبت به پدیده مصرف مواد افزایش یافته و مراکز متعدد کاهش زیان که بین معتادان سرنگ و سوزن و کاندوم توزیع می‌کنند، راه اندازی شود. اتخاذ این تدابیر در یک کشور اسلامی، پدیده‌ای نو بوده و موجب گردید تا ایران در عرصه بین‌المللی و در خاور میانه به عنوان کشوری پیشتاز در این راه شناخته شود. به طور کلی، بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۹۴، به ازای هر مصرف‌کننده تزریقی مواد، ۴۴ تا ۶۰ سرنگ استریل رایگان توزیع شده است و پیش بینی می‌شود که حدود ۲۵ هزار مصرف‌کننده تزریقی مواد درمان نگهدارنده با متادون دریافت کرده باشند (۵۰).

خدمات ادغام یافته در نظام بهداشتی درمانی کشور

ادغام برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد در نظام بهداشتی درمانی در کشور یکی از موضوع‌های مورد چالش دو دهه اخیر بوده است. گرچه بارها بدین منظور برنامه‌های آزمایشی همراه با بسته‌های خدمتی و آموزشی تهیه و به‌کار گرفته شدند، ولی عوامل بسیاری مانع از قوت گرفتن این برنامه بوده‌اند. در حال حاضر، با تصویب حضور یک روانشناس در تیم سلامت، پیش بینی شده است که غربالگری جوانان و افراد در معرض خطر برای شناسایی افراد با مصرف مشکل دار مواد انجام شود. افرادی که دچار وابستگی به مواد هستند به سطوح بالاتر

برای تشخیص و درمان ارجاع داده شوند و افرادی که مصرف مخاطره آمیز و یا زیانبار دارند، تحت مداخله مختصر روانشناختی قرار گیرند. همچنین، آموزش خودمراقبتی و مهارت‌های زندگی برای گروه‌های در معرض خطر و هم‌چنین آموزش فرزندپروری برای والدین نوجوانان و مشاوره فردی برای افراد دارای مشکلات روانی توسط تیم سلامت در روستاها، شهرهای کوچک و حاشیه شهرهای بزرگ پیش بینی شده است.

منابع

۱. رحیمی موقر آ، وامقی ر، اعتیاد. در: گزارش وضعیت اجتماعی ایران (۸۸-۱۳۸۰). مدنی س. تهران: موسسه رحمان، ۱۳۹۰.
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زندگی توأم با سلامت در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۶.
3. Naghavi M, Shahraz S, Sepanlou SG, et al. Health transition in Iran toward chronic diseases based on results of Global Burden of Disease 2010. *Arch Iran Med* 2014; 17:321-35.
4. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). (World drug report, 2010. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2010).
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11 ed: Lippincott Williams & Wilkins 2015.
6. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, et al. Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization. In Press;
7. Kamangar F, Shakeri R, Malekzadeh R, et al. Opium use: an emerging risk factor for cancer? *The Lancet Oncology* 2014; 15:e69-e77.
8. Khademi H, Malekzadeh R, Pourshams A, et al. Opium use and mortality in Golestan Cohort Study: prospective cohort study of 50 000 adults in Iran. *BMJ* 2012; 344:e2502.
9. Gowing L, Ali R, White JM. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD002025.
10. Gowing L, Ali R, White JM. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD002021.
11. Amato L, Davoli M, Minozzi S, et al. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD003409.
12. Gowing L, Farrell MF, Ali R, et al. Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, 3:CD002024.
13. WHO (World Health Organization), INCB (International Narcotics Control Board), UNODC (United Nations Office on Drugs Crime). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence: World Health Organization 2009.
14. Fatseas M, Auriacombe M. Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. *Current Psychiatry Reports* 2007; 9:358-64.
۱۵. امین اسماعیلی م، شادلو ب، رحیمی موقر آ، هفت برادران م، نوروزی ع، قربان جهرمی ر. مروری بر مصرف مواد محرک در ایران. زیر چاپ.
16. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, et al. Methamphetamine-associated psychosis. *Journal of Neuroimmune Pharmacology* 2012; 7:113-39.
17. Kalant H. Effects of cannabis and cannabinoids in the human nervous system. In: BK Madras, MJ Kuhar, eds. The effects of drugs in the human nervous system: Elsevier 2014.
18. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addiction Medicine* 2011; 5:1-8.

19. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 2012; 344:e536.
20. Hasin DS, Saha TD, Kerridge BT, et al. Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:1235-42.
21. Degenhardt L, Hall WD, Lynskey M, et al. should burden of disease estimates include cannabis use as a risk factor for psychosis. *PLoS Med* 2009; 6:e1000133.
22. Fischer B, Imtiaz S, Rudzinski K, et al. Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada—implications for public health focused intervention priorities. *J Public Health* 2015; fdv005.
۲۳. رحیمی موقر آ، شریفی و، متولیان ع، امین اسماعیلی م، حاجبی ا، رادگودرزی ر، و حفاظی م. پیمایش ملی سلامت روان (۹۰-۱۳۸۹). تهران: مه‌رسا، ۱۳۹۴.
24. NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Drinking levels defined. [cited 2015 December 1]; Available from: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
25. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World drug report, 2015. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015.
26. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). Global synthetic drugs assessment 2014, amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances. Vienna 2014.
27. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013, 382:1564-74.
28. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World drug report, 2013. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2013.
29. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Results from the 2013 national survey on drug use and health: summary of national findings. NSDUH series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863, Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
30. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). European drug report, trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
31. Cottler LB, Ajinkya S, Goldberger BA, et al. Prevalence of drug and alcohol use in urban Afghanistan: epidemiological data from the Afghanistan National Urban Drug Use Study (ANUDUS). *The Lancet Global Health* 2014; 2:e592-e600.
32. Afghanistan Ministry of Counter Narcotics. Afghanistan Drug Report, 2012. Published with technical support of the United Nations Office for Drugs and Crime. Kabul: Afghan Ministry of Counter Narcotics; 2013.
33. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Ministry of Interior and Narcotics Control. Drug use in Pakistan. Islamabad: UNODC, Pakistan country office; 2013.
34. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Aaraj E, et al. Assessment of situation and response of drug use and its harm in the Middle East and North Africa, 2012. Lebanon: Middle East and North Africa Harm Reduction Association (MENAHR) 2013.
۳۵. یاسمی م، شاه‌محمدی د، نقوی م، باقری یزدی ع و همکاران. گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری‌شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران. تهران: معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۱.
۳۶. نارنجی ها ه- رفیعی ح، باغستانی ا، نوری ر، غفوری ب، سلیمانی نیا ل، و همکاران. سومین بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، سال ۲۰۰۶؛ تهران: دانژه، ۱۳۸۸.

۳۷. نارنجی ها ه، رفیعی ح، باغستانی ا و همکاران. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)، گزارش تحقیق. تهران: موسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی به مواد، ۱۳۸۴.
38. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Sharifi V, Hajebi A, Hefazi M, Rad Goodarzi R, et al. The Iranian Mental Health Survey: design and field procedures. *Iran J Psychiatry* 2014, 9:96-109.
39. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med* 2015, 18:76-84.
۴۰. رزاقی ع م، رحیمی موقر آ، حسینی م، مدنی س، چاترجی آ. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. تهران: سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۲.
41. WHO (World Health Organization). Global status report on alcohol and health-2014: World Health Organization 2014.
۴۲. رحیمی موقر آ، سهیمی ایزدیان ا. وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان کشور. *رفاه اجتماعی* ۱۳۸۴؛ ۵: ۳۰-۳۹.
۴۳. رحیمی موقر آ، سهیمی ایزدیان ا، یونسیان م. مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور. *پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی* ۱۳۸۵؛ ۵: ۸۳-۱۰۴.
44. Amin-Esmaeili M, Yunesian M, Sahimi-Izadian E, et al. The prevalence of illicit substance use among students of medical sciences in Tehran: results from four repeated surveys from 2006 to 2009. In Press.
۴۵. رحیمی موقر آ. شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران. *رفاه اجتماعی* ۱۳۸۳؛ ۱۲: ۲۰۳-۲۲۶.
۴۶. نوری ر، رفیعی ح، نارنجی ها ه و همکاران. تحلیل روند پدیده های مرتبط با شدت اعتیاد در سال های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۴. تهران: مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، ۱۳۸۶.
47. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Shadloo B, et al. Transition to injecting drug use in Iran: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Int J Drug Policy* 2015; 26:808-19.
۴۸. رحیمی موقر آ، محمد ک، رزاقی ع. روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. *حکیم* ۱۳۸۱؛ ۲: ۱۷۱-۱۸۲.
49. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, et al. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91:102-23.
50. Iran Ministry of Health. Iran AIDS progress report on monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: National AIDS Committee Secretariat, Iran Ministry of Health; 2015.
51. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Haghdoost A-a, et al. HIV prevalence amongst injecting drug users in Iran: A systematic review of studies conducted during the decade 1998–2007. *Int J Drug Policy* 2012; 23:271-8.
52. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Haghdoost AA, et al. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction* 2012; 107:1929-38.
۵۳. حق دوست ا، اصولی م، سجادی ل و همکاران. مراقبت رفتاری و سرولوژیک اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد به روش تزریقی در ایران (۸۹-۱۳۸۸)، گزارش نهایی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۹۱.
54. Malekinejad M, Navadeh S, Lotfizadeh A, et al. High hepatitis C virus prevalence among drug users in Iran: systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence (2001–2012). *Int J Infectious Diseases* 2015, 40:116-30.
۵۵. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۴.
56. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). International standards on drug use prevention 2013.
۵۷. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. سند جامع پیشگیری از اعتیاد، ۱۳۸۹.

58. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, et al. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154:1-13.
59. Pettinati H, O'Brien C, Dundon W. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *American J Psychiatry* 2013; 170:23-30.
60. WHO (World Health Organization). *Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*.
61. Stone K. *The Global state of harm reduction 2014*. London: Harm Reduction International; 2014.

