

# مواد مخدر: مسایل روش‌شناسی

## سیدحسین سراج‌زاده

مسئله‌ی مواد مخدر و اعتیاد سال‌هاست که به یک مسئله‌ی اجتماعی عمده تبدیل شده و برنامه‌ی مبارزه با آن دستور کار دولت‌ها و مجامع بین‌المللی قرار گرفته است. مواجهه با این مسئله‌ی مزمن و پیچیده، مستلزم شناخت دقیق ابعاد مسئله است. در عرصه‌ی خطیر مبارزه با مصرف مواد مخدر و اعتیاد، برنامه‌هایی موفق خواهند بود که بر اساس ارزیابی واقع‌گرایانه از گستردگی و کیفیت مسئله طراحی و اجرا شوند.

تحقق شرایط فوق به معنای آن است که پژوهش درباره‌ی مسئله‌ی مواد مخدر بخش غیرقابل تفکیک یک راهبرد کارآمد مبارزه با آن است. چنانچه طرح‌ها و برنامه‌های مواد مخدر بر اساس یافته‌های پژوهشی طراحی نشوند و با پژوهش‌های روشمند ارزیابی و جرح و تعدیل نگردند، نمی‌توان به کارآمدی آنان امیدوار بود.

با آن‌که ایران یکی از کشورهای است که در آن مسئله‌ی سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد سال‌هاست که به یکی از مسایل حاد اجتماعی تبدیل شده است، پژوهش‌های روشمند و مستمر برای شناخت دقیق‌تر موضوع هنوز در جایگاه شایسته‌ای قرار نگرفته است. با توجه به ضرورت پژوهش درباره‌ی مسئله‌ی مواد مخدر، در این مقاله تلاش می‌شود تا منابع اطلاعاتی و روش‌های پژوهش در آن حوزه مورد بررسی انتقادی قرار گیرند. و در پایان، هدف‌ها و محورهای اصلی یک راهبرد بلند مدت مبارزه با مواد مخدر مطرح شوند.

### ۱. مقدمه: ضرورت پژوهش درباره‌ی مواد مخدر

مسئله‌ی مصرف مواد مخدر و اعتیاد سال‌هاست که به یکی از مسایل و مشکلات اصلی بسیاری از جوامع و در سال‌های اخیر به یک مسئله‌ی جهانی تبدیل شده است. شمار و درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر و معتادان تقریباً در همه‌ی کشورهای جهان در حال افزایش است.

علی‌رغم غیرقانونی بودن مصرف مواد مخدر، دست‌کم مصرف مواد مخدر سبک، در برخی کشورها بخشی از فرهنگ جوانان<sup>۱</sup> شده است.

اثر شیوع مصرف مواد مخدر و اعتیاد بر جامعه آن‌چنان مخاطره‌آمیز است که آن را به یکی از مسایل اصلی اجتماعی تبدیل کرده است. حتی افزایش بخش زیادی از جرایم در دهه‌های اخیر به مواد مخدر نسبت داده می‌شود.<sup>۲</sup>

مواد مخدر علاوه بر تأثیری که بر افزایش میزان جرایم و در نتیجه کاهش امنیت شهروندان دارد، همه ساله بخش قابل توجهی از منابع انسانی و اقتصادی جوامع را به صورت مستقیم و غیرمستقیم به خود اختصاص می‌دهد، به طوری که حجم معاملات قاچاق مواد مخدر در جهان در ردیف معاملات بازار نفت و تسلیحات برآورد می‌شود. از این بازار قاچاق و غیرقانونی سودهای کلانی نصیب افراد و باندهایی می‌شود که هیچ کنترلی بر فعالیت‌های سوداگرانه‌ی آنان وجود ندارد. همچنین مصرف مواد مخدر و اعتیاد، سرمایه‌های انسانی و اجتماعی را هم تهدید می‌کند، به طوری که شیوع آن باعث می‌شود تا کارایی و خلاقیت نیروی جوان جوامع در معرض خطر قرار گیرد و روابط اجتماعی و خانوادگی دچار آسیب و گسست شود.

پی‌آمدهای مخرب مصرف مواد مخدر بر اجتماع باعث شده تا مسئله‌ی مواد مخدر به یک مسئله‌ی اصلی اجتماعی تبدیل شود و برنامه‌ی مبارزه با آن در دستور کار دولت‌ها و نیز مجامع بین‌المللی قرار گیرد. همه ساله نیروی انسانی و منابع مالی هنگفتی صرف برنامه‌های مختلف مبارزه با مواد مخدر، شامل کنترل عرضه (مبارزه با قاچاق) و کنترل تقاضا (آموزش و درمان) می‌شود.

مواجهه با این مسئله‌ی مزمن و پیچیده، مستلزم شناخت دقیق ابعاد مسئله است. در عرصه‌ی خطیر مبارزه با مصرف مواد مخدر و اعتیاد، برنامه‌هایی موفق خواهند بود که بر اساس ارزیابی واقع‌گرایانه از گستردگی و کیفیت معضل مواد مخدر طراحی و اجرا شوند. این ارزیابی مشتمل بر برآورد واقع‌گرایانه از شیوع مصرف مواد مخدر و الگوهای مصرف آن، تنوع محلی و منطقه‌ای مصرف، شناخت زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و روانی افزایش تقاضا برای مصرف، آگاهی از ویژگی‌های روانی-شخصیتی مصرف‌کنندگان و معتادان و شناخت ساز و کارهای اقتصادی-اجتماعی شبکه‌های قاچاق و توزیع مواد مخدر است. بر

### 1. youth culture

۲. بر اساس یافته‌های یک تحقیق که در سال ۱۹۹۹ در انگلستان انجام شد، یک گروه کوچک از معتادان (۹٪) به طور متوسط ۲۰ جرم در یک ماه مرتکب شده بودند و مسئول ۵۲٪ از جرایم گزارش شده در آن پژوهش بودند (Fanner, 2001).

اساس این اطلاعات و آگاهی‌ها است که می‌توان یک راهبرد کارآمد مبارزه با مواد مخدر را طراحی و اجرا کرد. همچنین لازم است مجموعه برنامه‌هایی که در چهارچوب راهبرد مبارزه با مواد مخدر طراحی می‌شوند، به‌طور مداوم مورد ارزیابی انتقادی قرار گیرند و متناسب با تحولات اجتماعی و اقتصادی ناظر بر حوزه‌ی مواد مخدر و بر اساس کارآمدی عملی‌شان جرح و تعدیل شوند.

تحقق شرایط فوق به معنای آن است که پژوهش درباره‌ی مسئله‌ی مواد مخدر بخش غیرقابل تفکیک هرگونه راهبرد کارآمد مبارزه با مواد مخدر است. چنانچه طرح‌ها و برنامه‌های مواد مخدر بر اساس یافته‌های پژوهشی طراحی نشوند و با پژوهش‌های روشمند ارزیابی و جرح و تعدیل نگردند، نمی‌توان به کارآمدی آن‌ها امیدوار بود.

با آن‌که ایران یکی از کشورهای است که مسئله‌ی سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد در آن سال‌ها است که به یکی از مسایل حاد اجتماعی تبدیل شده است، پژوهش‌های روشمند و مستمر برای شناخت دقیق موضوع هنوز در جایگاه شایسته‌ای قرار نگرفته است. با توجه به ضرورت پژوهش درباره‌ی مسئله‌ی مواد مخدر، در این مقاله تلاش می‌شود تا منابع اطلاعاتی و روش‌های پژوهش در حوزه‌ی مواد مخدر و اعتیاد مورد بررسی انتقادی قرار گیرند و در پایان، هدف‌ها و محورهای اصلی یک راهبرد بلند مدت مبارزه با مواد مخدر مطرح شوند.

## ۲. روش‌ها و منابع اطلاعاتی ارزیابی شیوع‌شناسی مواد مخدر و اعتیاد

در سال‌های اخیر توسعه‌ی روش‌های برآورد شیوع مصرف مواد مخدر و مسایل پزشکی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن توجه پژوهشگران و مدیران سیاسی بسیاری از کشورها را به خود معطوف ساخته است. ظهور شبکه‌ای چند رشته‌ای از پژوهشگران و انتشارات وابسته به آنان که موضوع شیوع مصرف مواد مخدر در سطوح محلی، ملی و جهانی را وجهی همت خود قرار داده‌اند، نشانه‌ای است از گسترش توجه به این موضوع<sup>۱</sup>. برای شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر، روش‌ها و منابع اطلاعاتی متفاوتی وجود دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱. درباره‌ی مباحث روش‌شناسانه‌ی برآورد شیوع مصرف مواد مخدر نگاه کنید به:

- European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) National Institution of Drug and Alcohol (NIDA).

۲-۱. آمارهای رسمی<sup>۱</sup>

یکی از منابعی که معمولاً در ارزیابی میزان شیوع مصرف مواد مخدر و اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد، آمارهای رسمی مرتبط با موضوع است. این آمارها در مراکز و سازمان‌های خاصی ثبت و ضبط و گاه به صورت ادواری منتشر می‌شوند. مهم‌ترین منابع آماری در این مورد عبارتند از: آمارهای مرگ و میر<sup>۲</sup>؛ آمار مربوط به اعمال قانون<sup>۳</sup>؛ شامل آمار کشف مواد مخدر و مجرمین مربوط به مواد مخدر<sup>۴</sup>؛ آمار مراکز درمانی<sup>۵</sup>.

## آمار مرگ و میر

گزارش‌های پزشکی قانونی یا بهداری کشورها در مورد علل مرگ و میر معمولاً در بردارنده‌ی مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر هم هست. این آمار می‌تواند به عنوان یکی از معرف‌های میزان شیوع مصرف مواد مخدر و اثرات ناشی از آن مورد استفاده قرار گیرد. به عنوان مثال، بولتن اعتیاد وزارت کشور بریتانیا اطلاعاتی در مورد مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر دارد که در جدول شماره‌ی ۱ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود این آمار علاوه بر آن‌که رقم کلی مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر را نشان می‌دهد، واجد اطلاعات تفصیلی تری درباره‌ی این نوع مرگ‌ها است، که قابلیت آن‌ها را برای تحلیل و ارزیابی میزان شیوع مواد مخدر افزایش می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۱. مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر در بریتانیا از سال ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۵

۱۹۹۵	۱۹۹۲	۱۹۹۰	۱۹۸۸	علت مرگ
۶۰۲	۳۴۵	۲۴۹	۲۲۲	سوء مصرف دارو توسط معتادان و غیرمعتادان شامل محلول‌ها و مشروبات الکلی
—			—	سوء مصرف مواد مخدر غیرقانونی
۲۷۰	۳۲۹	۲۳۳	۱۹۱	اتفاقی
۳۲۷	۴۱۴	۴۴۰	۴۷۸	خودکشی
۲۵۹	۲۸۰	۲۶۲	۳۰۲	نامشخص
۱۴۷	۸۲	۵۵	۱۹	ایدر
۱۸۰۵	۱۴۵۰	۱۲۸۴	۱۲۱۲	کل

منبع: بولتن اعتیاد وزارت کشور بریتانیا، به نقل از (Corkery, 2000: 23).

1. official statistics
3. law enforcement
5. treatment centers

2. mortality
4. drug seizures and offenders

با آن‌که آمار مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر یکی از معرف‌های خوب ارزیابی شیوع مواد مخدر است، به دلیل وجود چند مسئله، لازم است که این آمار با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد، به خصوص هنگامی که مقایسه‌ی دو یا چند منطقه مورد نظر است. نخست این‌که مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر همواره به صورت یکسانی تعریف نمی‌شوند. به عنوان مثال، تعریف اداره‌ی آمار ملی بریتانیا<sup>۱</sup> مرگ‌های ناشی از ایدز را که ابتلا به آن از مواد مخدر بوده است در برنمی‌گیرد، در حالی‌که تعریف وزارت کشور این نوع مرگ‌ها را شامل می‌شود (کورکری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰: ۲۳).

دوم این‌که برآورد میزان شیوع مواد مخدر بر اساس میزان مرگ‌های مرتبط با آن مبتنی بر این پیش‌فرض است که یک رابطه‌ی همیشگی خطی بین میزان شیوع مصرف مواد مخدر و شمار مرگ‌های ناشی از آن وجود دارد، در حالی‌که مصرف مواد مخدر پدیده‌ای پیچیده است و عوامل دیگری ممکن است بر رابطه‌ی خطی بین شیوع مصرف و مرگ‌های ناشی از آن اثر بگذارند. به عنوان مثال، نحوه‌ی مصرف مواد و نوع مواد مصرفی بر این رابطه اثر دارند. میزان مرگ و میر در میان کسانی که مواد مخدر را می‌کشند یا استنشاق می‌کنند کم‌تر از آن‌هایی است که آن را تزریق می‌کنند. به علاوه، برنامه‌های دولت و نحوه‌ی ثبت و ضبط مرگ‌ها می‌تواند مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر را به تأخیر اندازد و یا آن‌ها را تغییر دهد.

جدول شماره‌ی ۲. برآورد شیوع مصرف مواد مخدر در دوبلین از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۶ با استفاده از روش حاصل ضرب مرگ و میر

سال	شمار مرگ‌ها	برآورد براساس ۰/۵ درصد نرخ مرگ	شمار مراجعین درمان	برآورد شمار معتادان (۰/۵٪ نرخ مرگ + شمار مراجعین درمان)
۱۹۹۰	۱	۲۰۰	۱۶۰۹	۱۸۰۹
۱۹۹۳	۴	۸۰۰	۲۳۰۶	۳۱۰۶
۱۹۹۶	۲۳	۴۶۰۰	۶۲۶۴	۱۰۸۶۴

منبع: Moran et al., 1997, quoted from Comiskey, 1999: 12-13.

در نتیجه‌ی این محدودیت‌ها، ممکن است برآورد شیوع مصرف مواد مخدر بر اساس میزان مرگ‌های مرتبط با آن برآوردی کوچک‌نما<sup>۳</sup> باشد (کامیسکی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹: ۶). با وجود این، این

1. The Office for National Statistics
2. Corkery
3. underestimated
4. Comisky

روش به صورت گسترده‌ای توسط پژوهشگران مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعاتی که صورت گرفته، میزان مرگ و میر ناشی از مواد مخدر نسبت به تعداد مصرف‌کنندگان آن (عمدتاً هروئین) از ۰/۵ تا ۴ درصد برآورد شده است (هارتنول و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵؛ دوپن و پیم<sup>۲</sup>، ۱۹۷۳؛ بورینگر و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). جدول شماره‌ی ۲ برآورد موران و همکارانش از شیوع مصرف مواد مخدر در شهر دوبلین را بر اساس شمار مرگ‌های مرتبط با مواد مخدر نشان می‌دهد. در این برآورد نسبت مرگ و میر به تعداد مصرف‌کنندگان ۰/۵ درصد منظور شده است.

### آمارهای انتظامی و قضایی (کشف مواد مخدر و دستگیری‌ها)

کشف مواد مخدر و دستگیری افراد به دلیل نقض قوانین مربوط به مواد مخدر، یکی از منابع آمار رسمی است که در بیش‌تر کشورها به صورت منظم توسط مراجع انتظامی و قضایی گزارش می‌شود. به عنوان مثال، وزارت کشور بریتانیا در بولتن‌های سالانه‌ی خود گزارش‌های مربوط به کشف مواد مخدر و جرایم مربوط به آن را با اطلاعات تفصیلی گزارش می‌کند. جدول‌های ۳ و ۴ که بر اساس این گزارش‌ها تنظیم شده‌اند قابلیت آمارهای انتظامی و قضایی برای تحلیل مسئله‌ی مواد مخدر خاص را نشان می‌دهند.

جدول شماره‌ی ۳. مقدار کشفیات مواد مخدر در بریتانیا از سال ۱۹۶۸ تا ۱۹۹۸

کشفیات مواد مخدر	۱۹۶۸	۱۹۷۸	۱۹۸۸	۱۹۹۸
حشیش (کیلوگرم)	۶۶۲	۶۶۹۶	۴۵۴۷۶	۱۰۷۵۴۱
آمفتامین (کیلوگرم)	—	۲	۱۳۷	۱۸۰۵
هروئین (کیلوگرم)	۰/۴۳۶	۶۱	۲۳۷	۱۳۴۵
کوکائین (کیلوگرم)	۰/۴۱۷	۱۶	۳۲۳	۲۹۶۰
ال اس دی (دز)	۱۷۵۳۸۵	۷۰	۶۳۰۰۰	۴۰۰۰
انواع اکستازی (دز)	—	—	—	۲۰۹۵۰۰۰

—: آمار در دسترس نبوده است.

منبع: بولتن کشفیات و مجرمان وزارت کشور بریتانیا، به نقل از (Corkery, 2000: 5)

1. Hartnoll et al.
3. Buhringer et al.

2. Dupont and Piemme

جدول شماره ۴. مجرمان مواد مخدر در بریتانیا از نظر نوع جرم از سال ۱۹۶۸ تا ۱۹۹۸

کشفیات مواد مخدر	۱۹۶۸	۱۹۷۸	۱۹۸۸	۱۹۹۸
کل مجرمان	۵۴۷۰	۱۳۶۰۴	۳۰۵۱۵	۱۲۷۹۱۹
همراه‌داشتن غیرقانونی	۵۴۵۹	۱۱۷۷۱	۲۶۳۷۲	۱۱۳۲۳۲
تولید و قاچاق	—	۱۹۳۴	۵۰۱۹	۱۸۲۶۹

منبع: بولتن کشفیات و مجرمان وزارت کشور بریتانیا، به نقل از (Corkery, 2000: 5).

آمار کشفیات و دستگیری‌ها معرف فعالیت‌های انتظامی - قضایی در اجرای قانون مواد مخدر است و می‌تواند به عنوان یکی از منابع استنباط فعالیت‌های مربوط به عرضه و تاحدی تقاضا مورد استفاده قرار گیرد. این داده‌ها روند فعالیت‌های مربوط به عرضه را به خوبی نشان می‌دهد. اما ارزیابی شیوع مصرف مواد مخدر بر اساس این داده‌ها، به‌خصوص هنگامی که مقایسه‌ی مناطق و کشورها مورد نظر است، باید محتاط بود، زیرا آمار کشفیات و دستگیری‌ها تحت تأثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد: قاطعیت و امکانات نیروهای انتظامی و پلیس در برخورد با پدیده‌ی قاچاق مواد مخدر، قوانین مربوط به مواد مخدر، شیوه‌ی ثبت، ضبط و گزارش آمار و موقعیت یا کشور از نظر قرار داشتن در مسیر قاچاق مواد مخدر به سایر کشورها و مناطق. (کورکری، ۱۹۹۲: ۲؛ پارکر و همکاران<sup>۱</sup>: ۱۶-۱۴). به عنوان مثال، برآورد و مقایسه‌ی میزان شیوع مصرف مواد مخدر در دو کشور ایران و بریتانیا بر اساس میزان کشفیات پلیس و مجرمان دستگیر شده به دلیل نقص قوانین مواد مخدر کاملاً گمراه‌کننده است. علت آن است که ایران عمده‌ترین مسیر قاچاق مواد مخدر از افغانستان به اروپا است در حالی که بریتانیا یکی از مقاصد متعدد در این مسیر است. همچنین آمار کشف مواد مخدر در استان‌های شرقی ایران را نمی‌توان با آمار مربوط به استان‌های شمالی مقایسه کرد. بنابراین، همان‌طور که پارکر و همکارانش اظهار می‌دارند، آمار انتظامی و قضایی مربوط به مواد مخدر، فقط می‌تواند معرف کلی ثانویه‌ای از صحنه‌ها و عرضه‌های جدید مواد مخدر باشد (پارکر و همکاران، ۱۹۹۸: ۱۵).

گویایی آمار انتظامی و قضایی مواد مخدر در سطوح محلی بیش‌تر از سطوح ملی است، زیرا با تحلیل این آمار و توجه به اطلاعات دیگری که در سطح محلی در مورد عملکرد و شیوه‌های رفتار پلیس و دادگاه‌ها وجود دارد، می‌توان از وضعیت مواد مخدر در یک منطقه‌ی خاص تصویر

1. Parker et al

دقیق‌تری به دست آورد. به علاوه آمار مربوط به کشفیات مواد مخدر بر اساس تعداد، مقدار و نوع می‌تواند منبع اطلاعاتی مناسبی برای تحلیل وضعیت بازار قاچاق مواد مخدر باشد (همان: ۱۶-۱۵).

### آمارهای بهداشتی مربوط به مواد مخدر

مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آن‌ها از نظر پی‌آمدهای بهداشتی و اقدامات درمانی، مراکز بهداشتی و درمانی را هم درگیر کرده است. از همین منظر، مراکز بهداشت و درمان کشورها دارای آمار و اطلاعاتی هستند که معمولاً توسط وزارت بهداشت به صورت گزارش‌های سالانه منتشر می‌شود. این آمار معمولاً شامل اطلاعات در مورد افرادی است که برای درمان اعتیاد یا بیماری‌های ناشی از سوءمصرف مواد مخدر به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند. به عنوان مثال، بولتن سالانه‌ی وزارت بهداشت بریتانیا دربردارنده‌ی آمار معتادین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بر اساس دوره‌های شش ماهه است. همچنین در ایران مراجعان به مراکز بازپروری پرسشنامه‌ای پر می‌کنند که حاوی برخی اطلاعات جمعیت‌شناختی، نوع ماده‌ی مصرفی، سابقه و شیوه‌ی مصرف و غیره است. برخی اطلاعات مندرج در این پرسشنامه‌ها به صورت گزارش‌های سالانه، هر چند با تأخیر، منتشر می‌شود.

جدول‌های ۵ و ۶ و ۷ نمونه‌ای است از جدول ارائه‌شده در بولتن‌های وزارت بهداشت بریتانیا که روند افزایش مراجعین به مراکز درمانی، توزیع سنی و جنسی و توزیع آن‌ها به تفکیک ماده‌ی مخدر مصرفی را نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۵. مصرف‌کنندگان مواد مخدر بریتانیا که شروع به درمان کرده‌اند

از ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۹

۹۹/۹/۳۰	۹۹/۳/۳۱	۹۶/۹/۳۰	۹۶/۳/۳۱	۹۳/۹/۳۰	۹۳/۳/۳۱	۶ ماه منتهی به
۳۷۶۸۱	۳۲۸۰۲	۳۰۲۹۲	۲۸۸۵۶	۲۱۵۸۲	۲۰۲۲۱	تعداد

منبع: بولتن وزارت بهداشت کشور بریتانیا، به نقل از (Corkery, 2000: 11).



جدول شماره‌ی ۶. سن و جنس مصرف‌کنندگان مواد مخدر بریتانیا که در ۶ ماهه‌ی سال ۱۹۹۹ (که به ۳۰ سپتامبر ختم می‌شود) شروع به درمان کرده‌اند.

گروه سنی	مرد	زن	کل
کم‌تر از ۱۵	۲۱۶	۷۴	۲۹۰
۱۵-۱۹	۳۶۵۷	۱۶۸۳	۵۳۴۰
۲۰-۲۴	۷۴۳۳	۲۸۴۴	۱۰۲۷۷
۲۵-۲۹	۷۱۵۴	۲۳۱۷	۹۴۷۱
۳۰-۳۴	۴۹۲۸	۱۵۲۳	۶۴۵۱
۳۵-۳۹	۲۵۲۴	۷۸۸	۳۳۱۲
۴۰-۴۴	۱۰۸۹	۳۴۴	۱۴۳۳
۴۵-۴۹	۵۴۸	۱۷۳	۷۲۱
۵۰-۵۴	۱۸۳	۷۰	۲۵۳
۵۵-۵۹	۵۲	۳۴	۸۶
۶۰-۶۴	۱۲	۱۳	۲۵
۶۴ به بالا	۱۴	۸	۲۲
کل	۲۷۸۱۰	۹۸۷۱	۲۷۶۸۱

منبع: بولتن بهداشت بریتانیا، به نقل از (Corkery, 2000: 10).

وزارت بهداشت بریتانیا یک بولتن فصلی درباره‌ی شمار مبتلایان به ایدز و اچ‌آی‌وی هم منتشر می‌کند که در آن مبتلایان از نظر این‌که مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد مخدر هستند یا خیر به تفکیک سن، جنس، منطقه، قومیت و... مشخص می‌شوند. جدول‌های ۸ و ۹ گزیده‌ای از گزارش فصل منتهی به ژوئن ۲۰۰۰ است که در جولای ۲۰۰۰ منتشر شده است.

آمار مراجعین به مراکز درمانی یکی از معتبرترین معرف‌هایی است که بر اساس آن می‌توان شیوع مصرف مواد مخدر را در یک منطقه و یا کشور برآورد کرد. این آمار روند گسترش مصرف مواد مخدر را در طول زمان تا حدی منعکس می‌کند و امکان مقایسه‌ی مناطق مختلف را هم فراهم می‌آورد. با وجود این، به دلیل عوامل فرهنگی و اجتماعی و دسترسی به امکانات موجود درمانی، نسبت مراجعین به مراکز درمانی به کل معنادار، در میان گروه‌های مختلف اجتماعی و در مناطق و کشورهای مختلف متفاوت است. این امر ایجاب می‌کند تا در مقایسه‌ی گروه‌های اجتماعی و مناطق و کشورها جانب احتیاط

جدول شماره‌ی ۷. نوع مواد مخدر و میزان تزریق در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر بریتانیا که در ۶ ماهه‌ی سال ۱۹۹۹ (که به ۳۰ سپتامبر ختم می‌شود) شروع به درمان کرده‌اند.

نوع مواد مخدر	درصد مصرف‌کنندگان هر نوع نسبت به کل	درصد تزریقی‌ها در مواردی که تزریق امکان‌پذیر است	شمار مصرف‌کنندگان
هروئین	۶۴	۵۸	۲۴۲۲۰
متادون	۲۰	۷	۷۵۸۱
سایر مواد افبونی	۹	۸	۳۳۵۷
باربیتوریت	۰	۱۹	۴۴
بنزودیازپین	۲۳	۳	۸۶۳۱
آمفتامین	۱۵	۴۴	۵۴۸۷
کوکائین	۱۸	۱۲	۶۷۵۶
هالوسینوجن	۱	۴	۴۵۷
کنابیس	۳۰	-	۱۱۲۴۰
سولونتس	۱۱	-	۳۱۵
الکل	۱۲	۰	۴۵۲۳
ضدافسردگی‌ها	۲	۰	۶۵۳
سایر مواد	۸	۱۰	۲۸۴۸

منبع: بولتن وزارت بهداشت بریتانیا، به نقل از (Corkery, 2000: 5).

جدول شماره‌ی ۸. موارد ایدز و اچ‌آی‌وی در میان معتادان تزریقی که در شش ماهه‌ی سال ۱۹۹۹ (که به ۳۰ سپتامبر ختم می‌شود) شروع به درمان کرده‌اند.

	ایدز		اچ‌آی‌وی	
	مرد	زن	مرد	زن
تعداد	۷۶۰	۳۱۱	۲۴۴۵	۱۱۰۵
نامشخص	۰	۰	۴۲	۱۶

منبع: (Corkery, 2000: 12).

نگه داشته شود. به علاوه، نسبت مراجعین به کل معتادان عددی است که در مورد آن نمی‌توان

به یک نظر قطعی رسید و بر اساس آن شمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر و معتادان را برآورد کرد.

## ۲-۲. پژوهش‌های پیمایشی<sup>۱</sup>

در پژوهش‌های پیمایشی با استفاده از تکنیک پرسشنامه، اطلاعات مورد نظر برای نمونه‌ای از یک جمعیت خاص جمع‌آوری می‌شود. در پژوهش‌های پیمایشی که به موضوع مواد مخدر می‌پردازند، معمولاً از تکنیک «خودگزارشی»<sup>۲</sup> استفاده می‌شود، یعنی پاسخگویان عمدتاً نگرش و رفتار خود را نسبت به مواد مخدر گزارش می‌کنند.

پژوهش‌های پیمایشی مربوط به مواد مخدر به دو دسته‌ی اصلی تقسیم می‌شوند:  
 - پیمایش‌های ملی خانوار<sup>۳</sup> که یا منحصراً در مورد مواد مخدر است و یا مواد مخدر بخشی از اطلاعاتی است که در آن گردآوری می‌شود. پیمایش‌های ملی خانوار اطلاعاتی در مورد مصرف مواد مخدر در کل جمعیت فراهم می‌آورند و چنانچه در فواصل زمانی معین تکرار شوند، تحول شیوع مصرف مواد مخدر در طول زمان را بازنمایی می‌کنند.

- پیمایش‌های ملی و یا منطقه‌ای ناظر بر یک جمعیت خاص (عمدتاً دانش‌آموزان و دانشجویان) است. پیمایش مدرسه‌ای<sup>۴</sup> مواد مخدر، گاه به صورت مستقل اجرا می‌شوند و گاه بخشی از یک پیمایش کلی‌تر، مثلاً درباره‌ی بهداشت و سلامت دانش‌آموزان‌اند.

استفاده از پژوهش‌های پیمایشی برای برآورد شیوع مصرف مواد مخدر مدت‌ها است که در کشورهای توسعه‌یافته شروع شده و در حال گسترش است. آمریکا از جمله کشورهایی است که سابقه‌ی این نوع پژوهش در آن به اوایل دهه‌ی ۶۰ برمی‌گردد، در حالی که در سایر کشورهای اروپایی از جمله انگلستان سابقه و گستره‌ی پژوهش‌های پیمایشی مربوط به مواد مخدر به مراتب کم‌تر است (رامسی<sup>۵</sup> و پرسی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

همچنین آمریکا یکی از معدود کشورهایی است که در آن در زمینه‌ی مواد مخدر، علاوه بر پیمایش مدرسه‌ای، پیمایش ملی خانوار درباره‌ی مواد مخدر هم به صورت مستقل اجرا می‌شود. در بریتانیا با آن‌که درباره‌ی مواد مخدر در سال ۱۹۸۷ پیشنهاد اجرای پیمایش ملی خانوار توسط اداره‌ی سرشماری و جمعیت مطرح شد، فقط یک پیمایش ملی مستقل درباره‌ی

1. survey studies

2. self report

3. national household surveys

4. school surveys

5. Ramsay

6. Percy

مواد مخدر در سال ۱۹۹۵ اجرا شد. اما از سال ۱۹۹۴ در «پیمایش ملی جرم بریتانیا»<sup>۱</sup> که هر دو سال یکبار اجرا می‌شود، سؤالاتی در مورد مواد مخدر گنجانده شده است. در نتیجه، تحول شیوع مصرف مواد در سطح ملی در بریتانیا از آن سال قابل مطالعه است. به عنوان نمونه، جدول شماره‌ی ۹ نتایج حاصل از «پیمایش ملی جرم بریتانیا» (BCS) درباره‌ی مصرف مواد مخدر را نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۹. درصد پاسخگویان ۱۶ تا ۲۹ ساله که در سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۶ ۱۹۹۸ اظهار داشته‌اند طی سال گذشته حشیش یا هر نوع ماده‌ی مخدر دیگری مصرف کرده‌اند.

نوع مواد مخدر	۱۹۹۴	۱۹۹۶	۱۹۹۸
<b>حشیش</b>			
مرد	۲۵	۲۵	۲۹
زن	۱۶	۱۷	۱۷
کل	۲۰	۲۱	۲۳
<b>هر نوع مواد مخدر دیگر</b>			
مرد	۲۸	۲۹	۳۳
زن	۱۹	۲۰	۱۹
کل	۲۳	۲۴	۲۵

منبع: Ramsay and Partridge, 1999: 27.

پیمایش‌های مدرسه‌ای و تا اندازه‌ای دانشگاهی مربوط به مواد مخدر دارای سابقه و گستره‌ی بیش‌تری است. «واحد آموزش بهداشت مدارس»<sup>۲</sup> یک مؤسسه‌ی تحقیقاتی خصوصی است که از سال ۱۹۷۴ پژوهش‌های پیمایشی را در مدارس بریتانیا اجرا می‌کند. از سال ۱۹۷۸ سؤالاتی درباره‌ی مصرف مواد مخدر توسط دانش‌آموزان و نگرش آنان نسبت به مواد مخدر در پرسشنامه‌ی آن‌ها وارد شده است. بنابراین، این پیمایش مدرسه‌ای منبع اطلاعات بسیار ارزشمندی برای بررسی تحول الگوهای نگرشی و رفتاری دانش‌آموزان است (بالدینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

1. British Crime Survey  
3. Balding

2. Schools Health Education Unit (SHEU)

جدول شماره‌ی ۱۰. دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۶ ساله کشورهای اروپایی که الکل و مواد مخدر مصرف کرده‌اند.

کشور	مصرف هر نوع ماده‌ی مخدر در طول زندگی ۱۹۹۵ ESPAD (%)	مصرف بیش از ۲۰ بار الکل در طول زندگی ۱۹۹۹ ESPAD (%)
بریتانیا	۴۲	۲۹
آمریکا	۴۱	۱۱
ایرلند	۳۷	۲۵
جمهوری چک	۲۳	۱۶
ایتالیا	۲۱	۲
دانمارک	۱۸	۴۱
اوکراین	۱۴	۱۳
اسلوانی	۱۳	۱۳
جمهوری اسلواکی	۱۰	۱۰
ایسلند	۱۰	۲۰
لهستان	۹	۱۱
کرواسی	۸	۷
استونی	۸	۱۲
پرتغال	۸	۴
نروژ	۶	۱۶
سوئد	۶	۱۹
قبرس	۶	۲
فنلاند	۵	۲۸
مجارستان	۵	۷
لیتوانی	۳	۱۳
مالت	۲	۴
فرانسه	-	۴
بلغارستان	-	۸
یونان	-	۴
رومانی	-	۲

منبع: ESPAD, 1997; ESPAD, 2000.

در سال‌های اخیر، اجرای پیمایش‌های مدرسه‌ای بین‌المللی در زمینه‌ی مواد مخدر هم آغاز شده است. این پیمایش‌ها امکان مقایسه‌ی کشورها را از نظر شیوع مصرف مواد مخدر در میان دانش‌آموزان فراهم می‌کند. شورای اروپا نیز پروژه‌ی مشترکی را از سال ۱۹۹۳ آغاز کرده است. در چهارچوب این پروژه، اولین مرحله‌ی «پروژه پیمایش مدرسه‌ای درباره‌ی الکل و سایر مواد مخدر»<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۵ و دومین مرحله‌ی آن در سال ۱۹۹۹ در میان نمونه‌ای از دانش‌آموزان ۱۶-۱۵ ساله کشورهای اروپایی اجرا شد (ESPAD، ۲۰۰۰: ۱۵-۱۳). جدول ۱۰ نمونه‌ای از یافته‌های این پژوهش است.

دلیل توجه به پیمایش‌های مدرسه‌ای مواد مخدر این است که دانش‌آموزان به آن گروه سنی تعلق دارند که مصرف مواد مخدر در آن بیش از سایر گروه‌ها است و در نتیجه، تحت نظر داشتن آنان واجد اهمیت است. به علاوه، دانش‌آموزان تنها گروهی هستند که در محیط مدرسه به آسانی در دسترس هستند و جمع‌آوری اطلاعات در مورد آن‌ها آسان و نسبتاً ارزان است (اندرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰: ۱۵).

پژوهش‌های پیمایشی شاید بهترین سنجه برای شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در سطح ملی و در میان گروه‌های خاص باشند (کورکری، ۲۰۰۰: ۱۴). این پیمایش‌ها در صورت تکرار در طول زمان، تصویر روشنی از روند شیوع مصرف مواد و تحول نگرش نسبت به مصرف آن‌ها را فراهم می‌آورند. به همین دلیل، در کشورهایی که پژوهش درباره‌ی مصرف مواد مخدر توسعه یافته است، به پژوهش‌های پیمایشی مواد مخدر توجه ویژه‌ای مبذول می‌شود.

مهم‌ترین فایده‌ی پژوهش پیمایشی مواد مخدر این است که می‌توان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، تعمیم‌پذیری برآوردهای حاصل از نمونه به جمعیت موردنظر را افزایش داد. همچنین پیمایش‌ها برای جمع‌آوری اطلاعاتی که از طریق منابع و روش‌های دیگر قابل دسترس نیستند به قدر کافی انعطاف‌پذیراند. جمع‌آوری اطلاعات شناختی، رفتاری، نگرشی، و همچنین اطلاعات زمینه‌ای و جمعیتی، تصویر جامع و همه‌جانبه‌ای از مواد مخدر در اختیار پژوهشگران و برنامه‌ریزان قرار می‌دهد. همچنین پژوهشگران مختلف می‌توانند اطلاعات ناشی از پژوهش‌های پیمایشی را از منظرهای مختلف مورد تجزیه و تحلیل دوباره قرار دهند و بدین وسیله سودمندی پیمایش‌ها برای افزایش آگاهی تحلیلی ما از موضوع بیش‌تر می‌شود.

با وجود اهمیتی که پژوهش‌های پیمایشی برای ارزیابی و تحلیل مسئله‌ی مواد مخدر در جامعه دارند، نارسایی‌های آن‌ها هم نباید پوشیده بماند. هم پیمایش‌های ملی و هم پیمایش‌های

1. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drug (ESPAD).

2. Anderson

مدرسه‌ای ممکن است جمعیتی را که احتمال شیوع مصرف مواد مخدر (به‌خصوص مواد مخدر سخت، مثل هروئین) در آن‌ها بیش‌تر است به‌خوبی پوشش ندهند. بی‌خان و مان‌ها، زندانیان، و اخراجی‌ها و فراری‌های از مدرسه ازجمله گروه‌هایی هستند که به‌خوبی تحت پوشش نمونه‌ی پیمایش‌های ملی و مدرسه‌ای قرار نمی‌گیرند، در حالی‌که احتمال شیوع مصرف مواد مخدر در آن‌ها بیش از سایرین است. به‌علاوه، عدم پاسخگویی و گرایش پاسخگویان به سمت ارزیابی گزارش‌های کم‌تر از واقع، مسئله‌ای است که ممکن است همه‌ی پیمایش‌های مواد مخدر با آن مواجه باشند (برادسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵: ۹۷؛ رامسکی و پارتریج<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ رمسی و پرسبی، ۱۹۹۷).

### ۲-۳. روش «یافت-بازیافت»<sup>۳</sup>

«یافت-بازیافت» روش غیرمستقیمی است که در آن بر اساس میزان همپوشی<sup>۴</sup> دو یا چند نمونه‌ی مستقل از جمعیت مورد مطالعه، شیوع مصرف مواد مخدر یا اعتیاد برآورد می‌شود. به عنوان مثال، وقتی که با سه نمونه‌ی مستقل از معتادان کار می‌شود، اولین نمونه دربردارنده‌ی افرادی است که نشان و دنبال می‌شوند. با استفاده از تعداد افرادی که در دو یا سه نمونه هستند، و تعداد افرادی که فقط در یک نمونه حاضراند می‌توان تعداد افرادی را که در هیچ یک از نمونه‌ها قرار نگرفته‌اند برآورد کرد. به این ترتیب شمار کل افراد معتاد برآورد می‌شود. در این روش امکان محاسبه‌ی فواصل اطمینان<sup>۵</sup> برآورد جمعیت هم وجود دارد. این روش ابتدا در مطالعات زیست محیطی، برای برآورد شمار حیوانات و نیز در سرشماری برای اطمینان از پوشش کامل جمعیت تحت سرشماری، به کار گرفته شد. در شیوع‌شناسی، فهرست مبتلایان به یک بیماری به عنوان نمونه‌ی «یافت» به کار می‌رود و از نام افراد یا سایر معرف‌های افراد استفاده می‌شود تا افرادی که در نمونه‌های دیگر وارد می‌شوند شناسایی شوند. به این ترتیب، همپوشی نمونه‌ها مشخص می‌شود (کامیسکی، ۱۹۹۷: ۷).

مدل «یافت-بازیافت» مبتنی بر چندین پیش‌فرض به شرح زیر است:

- شمار جمعیت مورد نظر در طول تحقیق تغییر نمی‌کند؛
- هیچ یک از افراد نشان شده گم نمی‌شوند، یعنی می‌توان آن‌ها را در «بازیافت» شناسایی کرد؛

1. Brodsky

2. Ramsky and Partridge

3. capture-recapture

4. overlap

5. confidence intervals

– همه‌ی افراد برای ورود به نمونه شانس برابر دارند؛  
– اگر فقط دو نمونه مورد استفاده قرار بگیرند، نمونه‌ها مستقل خواهند بود (همان: ۸-۷).  
جدول شماره‌ی ۱۱. داده‌های سه نمونه که همپوشی‌های سه منبع را نشان می‌دهد

منبع ۲				حاضر	غایب
غایب	حاضر	غایب	حاضر		
۲۸۳۵	۷۱	۷۶۴	۱۲۱	حاضر	منبع ۱
؟	۱۹۳	۲۱۲۴	۱۶۰	غایب	

منبع: Comiskey, 2000: 15.

جدول شماره‌ی ۱۲. برآوردهای جمعیت پنهان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر افیونی

گروه سنی	برآورد N	N با ۹۵٪ فاصله‌ی اطمینان
مرد ۱۵ تا ۲۴ سال	۲۹۳۵	۲۵۱۱ تا ۳۴۲۲
مرد ۲۵ تا ۳۴ سال	۱۶۳۸	۱۴۰۲ تا ۱۹۰۴
مرد ۳۵ تا ۵۴ سال	۸۹۳	۶۴۱ تا ۱۲۳۹
زن ۱۵ تا ۲۴ سال	۱۰۲۳	۷۷۰ تا ۱۳۵۳
زن ۲۵ تا ۳۴ سال	۵۳۳	۳۶۹ تا ۷۵۹
زن ۳۵ تا ۵۴ سال	۱۷۴	۸۰ تا ۳۶۵

منبع: Comiskey, 1999: 15-16.

کامیسکی روش «یافت - باز یافت» را برای برآورد شمار معتادان به هروئین در شهر دوبلین به کار برد. او سه فهرست از معتادان را (فهرست معتادان دریافت‌کننده‌ی متادون، فهرست معتادان مراجعه‌کننده به بیمارستان، و فهرست پلیس از معتادان) مبنای کار خود قرار داد. بر اساس آدرس یا سایر معرف‌ها، افراد مشترک در نمونه‌ها مشخص شدند و با محاسبات آماری (مدل رگرسیون لگاریتم خطی<sup>۱</sup>) خانه‌ی خالی جدول زیر، یعنی شمار معتادانی که در هیچ یک از نمونه‌های سه‌گانه نبودند یا شمار پنهان مانده‌ها<sup>۲</sup> برآورد شد. به این ترتیب، شمار کل معتادان به هروئین در شهر دوبلین با استفاده از روش «یافت - باز یافت» برآورد شد (همان: ۱۶-۱۴).

1. loglinear regression model

2. hidden number



باید توجه داشت که اعمال این روش برای برآورد شمار معتادان (نه مصرف‌کنندگان مواد مخدر) در مناطقی امکان‌پذیر است که منابع متفاوتی از اسامی معتادان، همراه با معرف‌هایی که شناسایی افراد مشترک در منابع مختلف را ممکن می‌سازد، در دسترس باشد. به علاوه، اعمال این روش در سطوح محلی امکان‌پذیر و در سطوح ملی دشوار یا ناممکن است.

## ۲-۴. «ارزیابی سریع»<sup>۱</sup>

در پژوهش‌های مربوط به شیوع‌شناسی اعتیاد، روش «ارزیابی سریع» مورد توجه فزاینده بوده است. این روش به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه با اقبال فراوانی روبرو شده است. در این کشورها، برای ارزیابی وضعیت بحرانی بهداشت عمومی از نظر گسترش مصرف تزریقی مواد مخدر و شیوع اچ‌آی‌وی و اقدام سریع در مورد آن، از روش ارزیابی سریع استفاده می‌شود. نکته اصلی این روش این است که در مدت زمان بسیار کوتاهی می‌توان تحقیقی را اجرا کرد که وضعیت را ارزیابی می‌کند. آن‌گاه بر اساس ارزیابی سریع می‌توان برنامه‌ها و مداخله‌های سریعی را طراحی و اجرا کرد که احتمال خطر برای معتادان و دیگران را کاهش می‌دهد. در حالی‌که به پایان رسیدن پژوهش‌هایی که با روش‌های معمولی علوم اجتماعی اجرا می‌شود مستلزم ماه‌ها و گاه سال‌ها وقت است، «ارزیابی سریع» در طول چند هفته یا چند ماه به نتیجه می‌رسد (مک‌کگنی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹: ۲-۳۷۱؛ ستیمسون و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹).

بر اساس راهنمایی که اخیراً سازمان بهداشت جهانی درباره‌ی «ارزیابی سریع» منتشر کرده است، «ارزیابی و واکنش سریع» دارای ویژگی‌هایی به شرح زیر است:

۱. سریع است؛
۲. مقرون به صرفه<sup>۴</sup> است؛
۳. با مداخله در موقعیت ارتباط عملی دارد؛
۴. واکنش‌های محلی برای مداخله را به رسمیت می‌شناسد و تقویت می‌کند؛
۵. از داده‌های موجود استفاده می‌کند؛
۶. از روش‌ها و منابع اطلاعاتی چندگانه استفاده می‌کند؛
۷. یک رویکرد تحقیقی است؛
۸. یک رویکرد استقرایی اتخاذ می‌کند؛
۹. قابلیت اجرا در بسیاری از سطوح جامعه را دارد؛

1. rapid assessment  
3. Stimson et al

2. Mckegney  
4. cost-effective

۱۰. هدف آن شایستگی عملی برنامه است و نه کمال علمی (مک کگنی، ۱۹۹۹: ۲-۵۷۱). با آن‌که «ارزیابی سریع» به عنوان یک روش از روش‌های متداول علوم اجتماعی متمایز شده است، در این روش هم مجموعه‌ای از تکنیک‌های کمی و کیفی متداول در پژوهش‌های اجتماعی، مثل پرسشنامه، مصاحبه، گروه فوکوس<sup>۱</sup>، مشاهده و تحلیل داده‌های موجود ادواری، مورد استفاده قرار می‌گیرد. آن‌چه این رویکرد را متمایز می‌کند، روش‌های به کار رفته در آن نیست، بلکه سرعت اعمال روش‌ها و شناسایی و مداخله‌های لازم برای بهبود موقعیت است.

روش «ارزیابی سریع» برای اتخاذ اقدامات سریع و به موقع در شرایط بحرانی بهداشت عمومی و شیوع شیوه‌های خطرآفرین استفاده از مواد مخدر، کارآیی‌های عملی فراوانی دارد و به همین دلیل در کشورهای در حال توسعه مورد استقبال فراوان قرار گرفته است. با وجود این، به دلیل اعمال سریع روش‌های تحقیق و تعمیم نتایج بر اساس محدودی مصاحبه یا مشاهده، نگرانی‌هایی درباره‌ی نتایج و تحلیل‌های برآمده از این روش وجود دارد. بنابراین، با آن‌که در شرایطی که اطلاعات ما درباره‌ی مسئله‌ی اعتیاد و مواد مخدر اندک و شرایط بحرانی است، روش ارزیابی سریع ابزار مناسبی برای شناسایی و اقدام است، اما این روش نباید جایگزین روش‌های مرسوم در پژوهش‌های اجتماعی شود (همان: ۴-۳۷۲).

از طرف دیگر، تغییرات سریع در عرصه‌ی اعتیاد و مواد مخدر و پنهان بودن فعالیت‌های این عرصه، ایجاب می‌کند که حتی در جوامعی که امکان اعمال روش‌های متداول پرهزینه و زمان‌بر پژوهش‌های اجتماعی وجود دارد، یک «نظام هشدار سریع»<sup>۲</sup> طراحی شود. با این نظام هشدار سریع می‌توان فراز و فرودهای شیوع اعتیاد و الگوهای آن را به سرعت شناسایی کرد و برای کنترل و کاهش عوارض اجتماعی آن اقدامات به موقع انجام داد. آمریکا که در پژوهش‌های مواد مخدر بیش‌ترین سرمایه‌گذاری را انجام داده، یک «نظام هشدار سریع» هم طراحی کرده است. «شبکه‌ی هشدار سوء مصرف مواد مخدر»<sup>۳</sup> از اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ آغاز به کار کرده و بر اساس دو نمونه‌ی تصادفی از دپارتمان فوریت‌های بیمارستانی و پزشکی قانونی بر روند بیمارها و مرگ‌های ناشی از مواد مخدر نظارت می‌کند. همچنین وزارت دادگستری برنامه‌ی «پیش‌بینی مصرف مواد مخدر»<sup>۴</sup> را اجرا می‌کند. در این برنامه بر اساس آزمایش ادرار افراد دستگیر شده میزان شیوع مصرف مواد مخدر برآورد می‌شود. به علاوه، دفتر برنامه‌ی ملی کنترل

1. Focus Group
2. Drug Abuse Warning System (DAWS)
3. Drug Abuse Warning Network (DAWN)
4. Drug Use Forecasting (DUF).

مواد مخدر کاخ سفید هر سال دو گزارش تحت عنوان «کنترل نبض»<sup>۱</sup> درباره‌ی روند ملی مصرف مواد مخدر و بازار آن منتشر می‌کند. گزارش «کنترل نبض» بر اساس مباحث حدود ۷۵ نفر از مردم‌نگاران و شیوع‌شناسانی که در حوزه‌ی مواد مخدر کار می‌کنند، افراد پلیس و دادگاه‌ها، و افراد حوزه‌ی درمان مواد مخدر تنظیم می‌شود. هدف از این گزارش، فراهم آوردن اطلاعات به هنگام، درباره‌ی تغییرات و روندهای مربوط به عرضه‌ی مواد مخدر است (پارکر و همکاران، ۱۹۹۸: ۱۰-۹).

### ۳- روش‌ها و حوزه‌های دیگر مطالعات مواد مخدر

#### ۳-۱. مطالعات مردم‌شناختی<sup>۲</sup>

در سال‌های اخیر توجه برخی از پژوهشگران حوزه‌ی مواد مخدر به استفاده از روش‌های مردم‌شناختی جلب شده است. دلیل توجه به این روش‌ها این است که در ارزیابی مسئله‌ی مواد مخدر، تفاوت‌های فرهنگی اقوام و ملل مختلف باید مورد توجه قرار گیرد. پدیده‌ی مصرف مواد مخدر در زمینه‌های فرهنگی خاص هر قوم و ملت و بر اساس معنایی که آن‌ها به عمل خود می‌دهند قابل فهم است.

بر اساس رویکرد مردم‌شناختی، صرف این‌که بر اساس یک «ارزیابی سریع» دریابیم که مسئله‌ی مواد مخدر وجود دارد کافی نیست، بلکه لازم است بدانیم چه کسانی مواد مخدر مصرف می‌کنند؟ کجا و چگونه مصرف می‌کنند؟ رفتار خود را چگونه معنی می‌کنند و توضیح می‌دهند؟ چه شبکه‌ی ارتباطی بین آن‌ها شکل گرفته و نظام کنش آن‌ها چگونه تداوم می‌یابد؟ این سؤالات را با روش‌های کیفی و مردم‌شناختی می‌توان پاسخ داد.

علاوه بر آن‌که معنا و مفهوم مصرف مواد مخدر در زمینه‌های فرهنگی مختلف متفاوت است و باید در همان چارچوب فرهنگی تعبیر و تفسیر شود، مصرف‌کنندگان مواد مخدر و معتادان هر جامعه هم پاره‌فرهنگ<sup>۳</sup> خاص خود را دارند که از فرهنگ کلی متمایز است. حتی اگر این پاره‌فرهنگ «ضدفرهنگ»<sup>۴</sup> هم شناخته شود، برای مقابله با آن لازم است که از درون و با روش‌های کیفی و مردم‌شناختی به خوبی شناسایی شود. اگر پژوهشگران می‌خواهند به مصرف‌کنندگان مواد مخدر آموزش دهند و بر سلامت آن‌ها و جامعه اثر بگذارند، باید نشان دهند که شرایط و موقعیت آن‌ها را درک می‌کنند و بر اساس پیشداوری‌های خود با آن‌ها برخورد

1. pulse check

۲. مطالب این قسمت عمدتاً از مقاله‌ی Klein, 2001 اقتباس شده است.

3. sub-culture

4. counter-culture

نمی‌کنند. بنابراین، رویکرد نسبی‌گرایانه‌ی مردم‌شناختی به دنبال آن است که مصرف مواد مخدر را از درون بفهمد نه آن‌که با نگاه بیرونی آن را محکوم کند.

روش اصلی در پژوهش‌های کیفی مردم‌شناسانه مشاهده‌ی همراه با مشارکت است. در این روش مردم‌شناس زمان زیادی را با گروه مورد مطالعه‌ی خود می‌گذراند، زبان آن‌ها را فرامی‌گیرد، رویدادهای اصلی زندگی آن‌ها را مشاهده می‌کند و جامعه یا فرهنگ و پدیده‌های مربوط به آن را از درون، یعنی بر اساس نگرش همان فرهنگ، می‌شناسند.

سایر روش‌های کیفی که در پژوهش‌های مواد مخدر هم می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند عبارتند از: روش استقرایی و تحقیقات اکتشافی، روش مقایسه‌ای، مطالعه‌ی جمعیت پنهان، استفاده از مطلعین/آگاهان، تکنیک گلوله‌ی برفی، و تحقیقی همراه با عمل. روش استقرایی و تحقیقات اکتشافی بر این فرض استوار است که پیش‌فرض‌های ما درباره‌ی یک موضوع مانع از فهم درست واقعیت است. تحقیق باید بر اساس آزمایش داده‌ها و مشاهده‌ی تجربی دنبال شود و نظریه‌ها بر این اساس آزموده شوند.

منظور از جمعیت پنهان<sup>۱</sup>، استفاده از روش‌هایی است که بتوانند گروه‌هایی را که معمولاً در روش‌های مرسوم کمی شناسایی نمی‌شوند (مثل معتادان) فراچنگ آورند و با آن‌ها ارتباط برقرار کنند. چنین کاری مستلزم برقراری رابطه‌ی نزدیک و جلب اعتماد آنان است. برای این کار نقش مطلعین و آگاهان<sup>۲</sup> یعنی کسانی که از صحنه‌ی مورد نظر به‌خوبی اطلاع دارند (مثلاً واسطه‌ها و فروشندگان مواد) و به پژوهشگر اعتماد کرده‌اند و حاضرند اطلاعات خود را در اختیار او قرار دهند تعیین‌کننده است. چنین افرادی اغلب به عنوان همکار پژوهشگر عمل می‌کنند. استفاده از چنین افرادی این امکان را در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهد که به اجتماع مصرف‌کنندگان مواد، در موقعیت و صحنه‌ی واقعی عمل‌شان (خانه، خانه‌ی دوستان، بارها و کافه‌ها) یعنی جایی که احساس آرامش و امنیت بیش‌تری می‌کنند دسترسی پیدا کند.

برای شناسایی و ارتباط با معتادان گاه از روش نمونه‌برداری گلوله برفی<sup>۳</sup> استفاده می‌شود. در این روش بعد از شناسایی یک گروه اولیه از جمعیت مورد نظر (مثلاً معتادان) و جلب اعتماد آنان، از آنان خواسته می‌شود تا افراد دیگری را معرفی کنند و این کار تکرار می‌شود. بدین ترتیب شمار زیادی از افراد شناسایی و اطلاعات مورد نظر آن‌ها کسب می‌شود.

تحقیق همراه با عمل<sup>۴</sup>، روشی است که در آن تیم پژوهشگر هنگام برقراری ارتباط با جمعیت مورد نظر و جمع‌آوری اطلاعات از آن‌ها، برخی اقدامات آموزشی و مداخله‌گرانه هم

1. hidden population

2. key informants

3. snowball sampling

4. action research

انجام می‌دهد؛ مثلاً به همراه مصاحبه با معتادان آن‌ها را آموزش می‌دهد یا آزمون‌های پزشکی اولیه را انجام می‌دهد.

در مجموع می‌توان گفت عرصه‌ی مواد مخدر عرصه‌ای است که در آن بدون استفاده از روش‌های کیفی مردم‌شناختی امکان شناسایی دقیق و اجرای برنامه‌های آموزشی، پیشگیرانه و درمانی موفقیت‌آمیز نخواهد بود.

### ۲-۳. پژوهش‌های ناظر بر آموزش و درمان

آموزش برای پیشگیری<sup>۱</sup> یا «زیان‌کاهی»<sup>۲</sup> و نیز درمان معتادان از جمله برنامه‌هایی است که در رویکرد «کاهش تقاضا» مورد توجه ویژه قرار دارند. در نتیجه، در کشورهایی که با مسئله‌ی مواد مخدر روبرو هستند، در حوزه‌ی آموزش و درمان سرمایه‌گذاری فراوانی صورت می‌گیرد. اما این برنامه‌ها باید متناسب با نیازهای مخاطبان، و با توجه به شرایط سنی، تفاوت‌های فرهنگی و غیره طراحی شوند. بنابراین، در حوزه‌ی مواد مخدر نیاز به پژوهش‌های «ارزیابی نیاز»<sup>۳</sup> است تا بر اساس آن برنامه‌های آموزشی و درمانی متناسب با نیاز واقعی مخاطبان و با کارآمدترین روش ممکن طراحی و اجرا شوند.

به‌علاوه کارایی و موفقیت برنامه‌های آموزشی و درمانی باید مورد بررسی قرار گیرد تا با شناسایی نارسایی‌های آن‌ها، برنامه‌های جدیدتر و کارآمدتر طراحی و اجرا شوند. بنابراین، در عرصه‌ی مواد مخدر، آموزش و درمان عرصه‌هایی هستند که نیازمند تحقیقات فراوان بین رشته‌ای توسط پژوهشگران تعلیم و تربیت، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و مردم‌شناسان، پزشکان و مددکاران است. این تحقیقات عمدتاً بر «ارزیابی نیاز» و «ارزیابی برنامه»<sup>۴</sup> متمرکز هستند. سرمایه‌گذاری در اجرای چنین پژوهش‌هایی لازم است تا از اتلاف منابع مالی و انسانی در برنامه‌هایی که ممکن است نتیجه‌بخش نباشند جلوگیری شود.

### ۴. نتیجه‌گیری

مسئله‌ی شیوع مواد مخدر و اعتیاد یکی از اصلی‌ترین مسایل اجتماعی در بسیاری از جوامع به شمار می‌رود. همه‌ساله برای مبارزه با مواد مخدر فعالیت‌ها و برنامه‌های وسیعی تدارک و منابع انسانی و مالی هنگفتی هزینه می‌شود. کارآمدی و موفقیت این برنامه‌ها مستلزم آن است که اولاً پژوهش‌هایی طراحی شوند که به ارزیابی مسئله‌ی مواد مخدر و شناخت ابعاد آن و

1. prevention
3. need assessment

2. harm reduction
4. program evaluation

در نتیجه، به برآورد کفایت روش‌های مبارزه در موقعیت‌های مختلف می‌انجامند. ثانیاً روش‌ها و برنامه‌های طراحی شده بر اساس پژوهش‌هایی که به ارزیابی انتقادی آن‌ها می‌پردازند، بازنگری و جرح و تعدیل شوند. بنابراین، پژوهش‌های مربوط به مسئله‌ی مواد مخدر باید بخش غیرقابل تفکیک راهبردهای مبارزه با مواد مخدر باشد.

به دلیل اهمیت پژوهش در تدوین برنامه‌های راهبردی است که، مثلاً، در راهبرد ده ساله‌ی دولت بریتانیا برای مبارزه با مواد مخدر چنین آمده است: «شناخت یک فعالیت غیرقانونی دشوار است ولی راهبرد ما باید بر اساس پژوهش‌های دقیق و مستقل بنا شود» (کینت آفیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱: ۱۱). به همین منظور، ضمن معرفی اهداف چهارگانه‌ی استراتژی ده ساله‌ی مبارزه با مواد مخدر، منابع اطلاعاتی موجود و محورهای اصلی طرح‌های پژوهشی مربوط به هر هدف مطرح شده‌اند (همان).

با آن‌که ایران از جمله کشورهایی است که به مدت بیش از دو دهه با مسئله‌ی مواد مخدر دست به گریبان بوده و در دو دهه‌ی گذشته مدیران کشور عزم راسخی برای حل مسئله‌ی مواد مخدر داشته‌اند، برنامه‌های اجرا شده بر اساس پژوهش‌های معتبر و روشمند طراحی و ارزیابی نشده‌اند. رویکرد صرف انتظامی - قضایی به مسئله‌ی مواد مخدر، که در دو دهه‌ی گذشته غالب بوده است، مبتنی بر نوعی ساده‌انگاری واقعیت مزمن و پیچیده‌ی مواد مخدر به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی است. به همین دلیل به پژوهش در این عرصه هم توجه چندانی نشده است. اکنون که راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر به سمت نوعی رویکرد واقع‌گرایانه از شناخت مسئله حرکت می‌کند و قرار است برنامه‌های همه‌جانبه‌ی کنترل عرضه و کنترل تقاضا با تأکید بر پیشگیری، آموزش و درمان طراحی و اجرا شود، لازم است که جایگاه پژوهش‌های مربوط به مواد مخدر مورد توجه جدی قرار گیرد. این پژوهش‌ها باید با دو هدف عمده سازمان یابند:

۱. ارزیابی به موقع و واقع‌بینانه‌ی مسئله‌ی مواد مخدر و تحولات آن در سطح ملی و محلی.

۲. ارزیابی مداوم برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر در دو حوزه عرضه و تقاضا.

برای تحقق این هدف‌ها لازم است که محورهای زیر مورد توجه قرار گیرند:

– منابع اطلاعاتی موجود درباره‌ی مواد مخدر، مثل آمار نیروهای انتظامی و دادگاه‌ها در مورد کشفیات و دستگیری‌ها، آمار سازمان بهزیستی از مراجعان به مراکز درمانی، آمار پزشکی قانونی درباره‌ی علل مرگ‌ها، آزمایش‌های ادار برای ازدواج و اشتغال، بازنگری و به نحوی مورد پردازش قرار گیرند که کیفیت آن‌ها بهبود یابد.

1. Cabinet Office

– این آمار، منابع اطلاعاتی لازم برای ارزیابی ابعاد مسئله‌ی مواد مخدر و برآورد شمار مصرف‌کنندگان و معتادان و توزیع اجتماعی و جغرافیایی آن‌ها است. به همین دلیل لازم است به صورت بولتن‌های منظم منتشر شوند و نیز در سایت‌های اطلاعاتی رایانه‌ای در دسترس پژوهشگران این حوزه قرار گیرند.

– پژوهش‌های پیمایشی ادواری ملی و نیز پژوهش‌های پیمایشی ناظر بر جمعیت‌های خاص، مثل دانش‌آموزان و دانشجویان، طراحی و اجرا گردد تا اطلاعات برآمده از آنان به عنوان مکمل آمارهای رسمی تصویر دقیق‌تر و جامع‌تری از ابعاد مسئله‌ی مواد مخدر فراهم آورد.

– پژوهش‌های کیفی به عنوان مکمل آمارهای کمی رسمی و پیمایشی، مورد توجه قرار گیرند، تا با استفاده از یافته‌های آن‌ها شبکه‌ها و تعاملات اجتماعی شکل گرفته بر محور مواد مخدر از درون شناسایی شوند و ارزیابی‌های ما از مسئله ژرف‌تر و واقع‌بینانه‌تر شود.

– یک مؤسسه‌ی پژوهشی و در کنار آن کتابخانه‌ی تخصصی ویژه‌ی مواد مخدر ایجاد شود تا به عنوان کانون پژوهش‌های مربوط به این حوزه، راهبردهای پژوهشی حوزه‌ی مواد مخدر را تنظیم کند و با استفاده از قابلیت‌های دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی دیگر، برای پژوهش مدار شدن راهبردهای مبارزه با مواد مخدر تلاش کند.

– بر اساس منابع اطلاعاتی موجود یک «نظام هشدار سریع» طراحی شود و ارزیابی‌های سریع فصلی یا سالیانه از مسئله‌ی مواد مخدر در سطح ملی و محلی صورت گیرد تا تحولات سریع این عرصه به موقع شناسایی شود و اقدامات مؤثر صورت گیرد.

– بین نهادها و مؤسسات دولتی و غیردولتی که در عرصه‌ی مواد مخدر فعالیت می‌کنند از یک‌سو، و دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی از سوی دیگر پیوند محکمی ایجاد شود تا دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی به عنوان منابع مستقل، برنامه‌های دستگاه‌های اجرایی را به گونه‌ای روشمند ارزیابی نمایند.

### منابع

- Andreson, Hibell B. et al., (2000) *The 1999 ESPAD Report: "Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries, Stockholm"*, CAN.
- Balding, John (2000) *Young People and Illegal Drugs into 2000*, Exeter: School Health Education Unit (SHEU).
- Brodsky, Marc D. (1985) "History of Heroin Prevalence Estimation Techniques", in NIDA, *Self-report Method of Estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity, Monograph 57*, Washington: NIDA.

- Comiskey, Catherine M. (1999) *Methods for Estimating Prevalence of Opiate Use as an Aid to Policy and Planning*, unpublished report, Department of Mathematics, National University of Ireland.
- Corkery, John Martin (2000) *The Nature and Extent of Drug Misuse in the United Kingdom: Official Statistics, Surveys and Studies*, unpublished report, Department of Addictive Behaviour, SGHMS, London.
- Dupont R. L. and T. E. Piemme (1973) "Estimating of the Number of Narcotic Addicts in an Urban Area", *Medical Annals of the District of Columbia*, 42(7): 323-326. From Comiskey.
- ESPAD (1997) *The 1999 ESPAD Report*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Drug and other Drugs, (CAN), quoted from Comiskey, 1999.
- ESPAD (2000) *The 1999 ESPAD Report*, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN.
- Fanner, Martin (2001) *Establishing Arrest Referral Schemes Pan London*, Course handout, Department of Addictive Behaviour, SGHMS, London.
- Hartnoll, R. (1997) *General Introduction, Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 1, quoted from Comiskey, 1999.
- Hickman, Mathew and Chris Fitch (1999) "The Future Public Health Surveillance of Drug Use in London": in Gerry V. Stimson, et al., *Drug Use in London*, London: The Centre for Research on Drug and Behaviour.
- Klein, Axel (2001) *Cross Cultural Issues in Drug Studies*, unpublished handout. Department of Addictive Behaviour, SGHMS.
- McKeganey, Neil (1999) "Rapid Assessment and Response: The Need for Caution". *Addiction Research*, 7(5): 371-375.
- Moran, R. et al. (1997) *Treated Drug Misuse in Ireland*, National Report 1996 for the Health Research Board, quoted from Comiskey, 1999.
- Parker, Howard et al. (1998) *New Heroin Outbreaks Amongst Young People in England and Wales*, London: Home Office.
- Ramsy Malcolm and Andrew Percy (1997) "A National Household Survey on Drug Misuse in Britain: A decade of Development" *Addiction Research* 92 (8): 931-937.
- Ramsy, Malcolm and Sara Partridge (1999) *Drug Misuse Declared in 1998: Results from the British Crime Survey*, London: Home Office.
- Stimson, Gerry V. et al. (1999) "Rapid Assessment and Response: Methods for Review,



Developing Public Health Response to Drug Problems", *Drug and Alcohol* 18: 317-325.

\*\*\*

سید حسین سراج‌زاده: دارای درجه‌ی دکترای جامعه‌شناسی از دانشگاه اسکس انگلستان، استادیار جامعه‌شناسی، مدیر سابق گروه علوم اجتماعی دانشگاه تربیت معلم تهران و معاون آموزشی آن دانشگاه است.

آخرین مقالات چاپ شده و ارائه شده‌ی وی در مجلات و کنفرانس‌های علمی «آزمون نظریه‌ی کنترل اجتماعی هیرشی در یک زمینه‌ی اجتماعی شرقی»، «دینداری نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن بر نظریه‌ی سکولار شدن»، «پژوهش‌های پیمایشی در شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر»، «نیمه‌ی پنهان: گزارش نوجوانان تهرانی از کجروی‌های اجتماعی» هستند.