UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

UNODC Research

۵ شاخص‌های اجتماعی–اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر

گزارش جهانی مواد در سال ۲۰۲۰

© سازمان ملل متحد ، ژوئن ۲۰۲۰. کلیه حقوق در سراسر جهان محفوظ است.

شابک: ۹۷۸-۹۲-۱-۱۴۸۳۴۵-۱

eISBN: 978-92-1-005047-0

نشریه سازمان ملل ، شماره فروش **E.20.XI.6**

این نشریه ممکن است به طور کامل یا جزئی و به هر شکلی، برای اهداف آموزشی یا غیر انتفاعی تکثیر شود. در این صورت منعی برای تکثیر و ترجمه آن وجود ندارد. دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرایم ملل متحد (**UNODC**) از هر گروه یا سازمانی که از یافته‌های این مجموعه به عنوان منبع استفاده می‌کند درخواست می‌کند یک نسخه از متن نهایی برای این دفتر ارسال شود.

نام اصلی برای درج به عنوان منبع:

World Drug Report 2020 (**United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6**.)

توجه:

محتوای این نشریه لزوماً منعکس کننده نظرات یا سیاست های **UNODC** یا سازمان های مشارکت کننده در آن نیست و هرگز به معنای تأیید کردن اقداماتی که در این مجموعه عنوان می شود نخواهد بود.

همچنین از اینکه نظرات خود را برای ما به آدرس های زیر بفرستید استقبال می کنیم:

بخش تجزیه و تحلیل سیاست و امور عمومی

دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل

صندوق پستی ۵۰۰- ۱۴۰۰ وین، اتریش

تلفن: (+۴۳) ۱ ۲۶۰۶۰ ۰

نمابر: (+۴۳) ۱ ۲۶۰۶۰ ۵۸۲۷

پست الکترونیکی: **wdr@un.org**

وب سایت: **www.unodc.org/wdr2020**

این مجموعه در ۶ جلد توسط موسسه هم‌اندیشی جهانی راه برتر (کادراس) و با حمایت ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران به فارسی ترجمه شده است.

اسفند ۱۳۹۹

ستاد مبارزه با مواد مخدر

CUDRAS
Center for Universal Drug Researches Approaches & Studies

پیشگفتار

همان‌گونه که «آنتونیو گوترش»، دبیرکل سازمان ملل متحد گفته است اکنون زمانه علم و همبستگی است، این سخن اهمیت اعتماد به علم و همکاری برای پاسخ‌گویی به همه‌گیری جهانی کووید-۱۹ را برجسته می‌کند.

همین نکته در مورد پاسخ‌های ما به مشکل جهانی مواد مخدر نیز صادق است. راهکارهای متعادل مسئله تقاضا و عرضه مواد مخدر برای مؤثر و کارآمد بودن باید ریشه در شواهد واقعی و مسئولیت‌پذیری مشترک داشته باشند. این مسئله اکنون از هر زمان دیگری مهم‌تر است زیرا پیچیدگی چالش‌های مواد مخدر غیرقانونی به طور چشمگیری رو به افزایش است و تهدیدات ناشی از بحران کووید-۱۹ و رکود اقتصادی شدیدترین اثرات خود را بیش از همه بر فقرا، حاشیه‌نشینان و آسیب‌پذیران برجا خواهد گذاشت. در سراسر جهان نزدیک به ۳۵٫۶ میلیون نفر از اختلالات سوء مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته نسبت به کشورهای در حال توسعه تعداد بیشتری از افراد مواد مخدر مصرف می‌کنند و مصرف مواد شیوع بالاتری در قشرهای ثروتمندتر جامعه دارد، احتمال بروز اختلالات مصرف مواد مخدر در افرادی که از نظر اجتماعی و اقتصادی آسیب‌پذیرند، بیشتر است.

فقط یک نفر از هر هشت نفری که به درمان مرتبط با مواد مخدر نیاز دارند از چنین درمانی برخوردار می‌شود. در حالی که یک سوم مصرف‌کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند تنها یک پنجم افراد در حال درمان برای مصرف مواد زن هستند. افرادی که در زندان و محیط‌های مشابه به سر می‌برند، اقلیت‌ها، مهاجران و آوارگان نیز به دلیل تبعیض و انگ با موانع درمان رو به رو هستند. نیمی از ۱۱ میلیون نفری که مواد مخدر تزریق می‌کنند به هپاتیت سی و ۱٫۴ میلیون نفر از آنها به اچ.آی.وی مبتلا شده اند.

در سال ۲۰۱۸ حدود ۲۶۹ میلیون نفر مواد مخدر مصرف کردند که تا ۳۰ درصد بیشتر از سال ۲۰۰۹ است، و نوجوانان و جوانان بزرگ‌ترین بخش این مصرف‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. امروز اما افراد بیشتری مواد مخدر مصرف می‌کنند و تعداد و تنوع این مواد از همیشه بیشتر شده است.

میزان کشف و ضبط آمفتامین‌ها بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ چهار برابر شد. حتی با وجود بهبود و پیشرفت کنترل پیش‌ماده این مواد در سطح جهانی، اکنون قاچاقچیان و تولیدکنندگان به منظور ساخت آمفتامین، مت‌آمفتامین و اکستازی از مواد شیمیایی طراحی شده[1] استفاده می‌کنند که برای دور زدن کنترل‌های بین‌المللی طراحی شده‌اند. در حال حاضر تولید هروئین و کوکائین در بالاترین سطح ثبت شده برای سراسر دوران مدرن قرار دارد.

رشد عرضه و تقاضای جهانی مواد مخدر چالش‌هایی را برای اجرای قانون ایجاد می‌کند، خطرات آنها را برای سلامت افزایش می‌دهد و موجب پیچیدگی تلاش برای پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد مخدر می‌شود.

هم‌زمان، بیش از ۸۰ درصد جمعیت جهان که عمدتاً در کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط زندگی می‌کنند از دسترسی به مواد مخدر کنترل‌شده برای تسکین درد و سایر مصارف پزشکی ضروری محروم‌اند.

دولت‌ها به طور مکرر تعهد داده‌اند که برای حل چالش‌های فراوان ناشی از مشکل جهانی مواد مخدر با هم همکاری کنند و این التزام را به عنوان بخشی از تعهدات خود برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار و اخیراً در بیانیه وزارتی ۲۰۱۹ مصوب کمیسیون مواد مخدر (CND) ارائه کرده‌اند. اما داده‌ها نشان می‌دهد که با گذشت زمان میزان کمک توسعه‌ای برای نیل به کنترل مواد مخدر افت کرده است.

[1] . desgner chemicas

پاسخ‌های متوازن، جامع و مؤثر به مواد مخدر وابسته به آن است که دولت‌ها به وعده‌های خود عمل کنند و پشتیبانی لازم را فراهم کنند تا هیچ فردی محروم نماند. رویکردهای سلامت‌محور، مبتنی بر حقوق و پاسخگویی جنسیت محور نسبت به مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مرتبط با آن نتایج بهتری را برای سلامت و بهداشت عمومی به ارمغان می‌آورند. ما باید بیش از این بکوشیم تا این آموزه را به ویژه در کشورهای در حال توسعه به اشتراک بگذاریم و از پیاده‌سازی آن حمایت کنیم؛ تقویت همکاری با جامعه مدنی و سازمان‌های جوانان از جمله روش‌های انجام این کار است.

جامعه بین‌الملل چارچوبی قانونی مورد توافق و تعهداتی دارد که در بیانیه CND سال ۲۰۱۹ مطرح شده‌اند. دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد (UNODC) پشتیبانی کامل خود را برای ایجاد ظرفیت‌های ملی و تقویت همکاری بین‌المللی به منظور تبدیل تعهدات به اقدام مؤثر عملی در این حوزه فراهم می‌کند.

امسال موضوع روز جهانی مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر و قاچاق غیرقانونی، «دانش بهتر برای مراقبت بهتر» است که بر اهمیت شواهد علمی برای تقویت پاسخ و واکنش به مشکل جهانی مواد مخدر و حمایت از افرادی که به ما نیاز دارند، تاکید می‌کند. این موضوع همچنین از هدف نهایی کنترل مواد مخدر، یعنی سلامت و بهزیستی نوع انسان سخن می‌گوید. ما از طریق یادگیری و درک، به شفقت و دلسوزی دست می‌یابیم و به جستجوی راهکارهایی برای همبستگی برمی‌آییم.

من با چنین نگرشی گزارش مواد مخدر جهانی UNODC را برای سال ۲۰۲۰ ارائه می‌کنم و از دولت‌ها و همه دست‌اندرکاران می‌خواهم به بهترین شکل از این منبع بهره گیرند.

غاده والی

مدیر اجرایی

دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد

فهرست مطالب

کتابچه ۱: خلاصه اجرایی، تأثیرات کوید – ۱۹ سیاست گذاری ها

کتابچه ۲: مصرف مواد مخدر و پیامدهای آن برای سلامت انسان

کتابچه ۳: عرضه مواد مخدر

کتابچه ۴: مسائل متقاطع: گرایش‌های نوظهور و چالش‌های نوین

کتابچه ۵: شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر

پیشگفتار ۳

نکات توضیحی ۶

دامنه کتابچه ۷

شرایط اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر در سطح کلان ۸

شواهدی در زمینهٔ ارتباط بین شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر ۱۱

شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی در سطح کلان و اختلالات مصرف مواد مخدر ۱۱

روابط بین شاخص‌های اجتماعی و اختلالات مصرف مواد مخدر ۱۴

شرایط اجتماعی-اقتصادی فردی و اختلالات مصرف مواد مخدر ۱۷

مکانیسم‌های زیربنایی تعامل بین محرومیت اجتماعی -اقتصادی و اختلالات مصرف مخدر ۲۱

عوامل ژنتیکی ۲۱

دینامیک خانواده و همسالان ۲۱

حوادث ناگوار زندگی، فشار روانی، محدودیت منابع حمایتی، و پیامدهای روان‌شناختی آن‌ها ۲۲

پیامدهای اجتماعی-اقتصادی اختلالات مصرف مواد مخدر ۲۲

پیامدهای اختلالات مصرف مواد مخدر در سطح جوامع ۲۲

تأثیر شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی بر دسترسی به درمان مؤثر اختلالات مصرف مواد مخدر ۲۳

گروه‌هایی که به‌طور خاص در معرض تأثیر محرومیت اجتماعی-اقتصادی قرار دارند ۲۴

زنان ۲۴

جمعیت‌های دگرسان جنسی ۲۵

جمعیت‌های بومی ۲۶

گروه‌های قومیتی و مهاجران ۲۶

آوارگان ۲۸

جمعیت‌های محیط‌های روستایی ۲۸

پیوست ۲۹

واژه‌نامه ۳۰

گروه‌بندی‌های منطقه‌ای ۳۲

کتابچه ۶: دیگر مسائل مرتبط با سیاست‌گذاری در حیطه مواد مخدر

نکات توضیحی

نام‌گذاری‌های به کار رفته و مطالب ارائه‌شده در گزارش جهانی مواد مخدر، به معنای اظهار نظر از طرف دبیرخانه سازمان ملل در مورد وضعیت حقوقی هیچ کشور، قلمرو، شهر یا منطقه، یا هر یک از مقامات قانونی و یا حدود و ثغور یا مرزبندی‌های تعیین‌شده توسط آن‌ها نیست.

کشورها و مناطق با نام‌هایی که در زمان جمع‌آوری داده‌های مربوطه مورد استفاده رسمی قرار گرفته‌اند، مورد اشاره قرار می‌گیرند.

از آنجا که در مورد تمایز بین «مصرف مواد مخدر»، «سوء مصرف داروهای تجویزی» و «سوء مصرف مواد مخدر» ابهام علمی و قانونی وجود دارد، در گزارش جهانی مواد مخدر از اصطلاح خنثی «مصرف مواد مخدر» استفاده شده است. اصطلاح «سوء مصرف»[۲] فقط برای اشاره به استفاده غیرپزشکی از داروهای تجویزی استفاده می‌شود.

تمامی موارد استفاده از کلمه «مواد مخدر» و اصطلاح «مصرف مواد مخدر» در گزارش جهانی مواد مخدر، به مواد تحت نظارت کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل مواد مخدر و استفاده غیرپزشکی آن‌ها اشاره دارد.

تمام تحلیل‌های موجود در گزارش جهانی مواد مخدر، بر اساس داده‌های رسمی ارائه‌شده توسط کشورهای عضو از طریق پرسشنامه گزارش سالانه به سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی سازمان ملل متحد است، مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.

داده‌های مربوط به جمعیت مورد استفاده در گزارش جهانی مواد مخدر از: چشم‌اندازهای جمعیت جهان: بازنگری سال ۲۰۱۹ (سازمان ملل، بخش امور اقتصادی و اجتماعی، بخش جمعیت) برگرفته شده است.

استفاده از عبارت «دلار» ($)، به دلار ایالات متحده اشاره دارد، مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.

استفاده از عبارت «تن»، به تن متریک اشاره دارد، مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.

اختصاراتی که در ادامه آمده، در کتابچه حاضر مورد استفاده قرار گرفته است:

AIDS	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
DALYs	طول عمر متناسب با ناتوانی
EMCDDA	مرکز نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر اروپا
GDP	تولید ناخالص داخلی
LGBTQI	لزبین، هم‌جنس‌گرا، دوجنس‌گرا، تراجنسیتی، کوئیر یا دوجنسه
HIV	ویروس نقص ایمنی انسان
MDMA	۳،۴-متیل‌اندیوکسی‌متامفتامین
OECD	سازمان همکاری و توسعه اقتصادی
UNAIDS	برنامه مشترک HIV و AIDS سازمان ملل متحد
UNESCO	سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی سازمان ملل متحد
UNODC	دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد
WHO	سازمان بهداشت جهانی

[۲] misuse

دامنه کتابچه

در پنجمین کتابچه گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۰، در حمایت از جامعه بین‌الملل در زمینهٔ اجرای توصیه‌های عملیاتی در مورد مسائل مقطعی مرتبط با مواد مخدر و حقوق بشر، جوانان، کودکان، زنان و جوامع، شواهدی ارائه می‌دهد؛ از جمله توصیه‌های مندرج در سند نهایی جلسه ویژه مجمع عمومی در مورد معضل جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶. بسیاری از این مسائل مقطعی پیچیده هستند، و تجزیه و تحلیل آن‌ها مستلزم جمع‌آوری شواهدی است که همیشه به‌راحتی در دسترس نیست. به همین دلیل، کتابچه حاضر به‌طور خاص بر روی یک موضوع تمرکز دارد: ارتباط بین شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر.

به‌منظور روشن‌سازی اشکال ارتباطی شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی با اختلالات مصرف مواد مخدر، این کتابچه با بحث در مورد مفهوم کلی سلامت جمعیت آغاز می‌شود. در ادامه، شواهد مربوط به ارتباط بین شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر، از شاخص‌های موجود در سطح کلان و جمعیتی گرفته تا شاخص‌های موجود در سطح جوامع و محله‌ها، که ممکن است به تعریف محله‌های آسیب‌پذیرتر بپردازد را مورد بررسی قرار می‌دهد. سپس به تأثیر شرایط موجود در سطح فردی و شاخص‌های موقعیت اجتماعی-اقتصادی بر مصرف مواد مخدر و اختلالات مصرف مواد مخدر پرداخته می‌شود.

در ادامه به بحث درباره مکانیسم‌هایی که ممکن است چگونگی ایفای نقش عوامل مختلفی از جمله عوامل ژنتیکی، ویژگی‌های روان‌شناختی، پویایی‌شناسی خانواده و همسالان، حوادث ناگوار زندگی و فشار روانی، شبکه‌های اجتماعی و پویایی‌شناسی محله، در بروز اختلالات مصرف مواد مخدر را توضیح دهند، پرداخته می‌شود. بخش بعدی، پیامدهای منفی اختلالات مصرف مواد مخدر بر جایگاه اجتماعی-اقتصادی افراد و جوامعی را که در آن‌ها زندگی می‌کنند را مورد بحث قرار می‌دهد؛ سپس در مورد اثرگذاری نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی در زمینهٔ دسترسی به خدمات درمان اختلالات مصرف مواد مخدر بحث می‌کند.

بخش آخر این کتابچه، به بررسی شواهد مربوط به گروه‌های فرعی جمعیتی، مانند زنان، گروه‌های دگرسان جنسی، گروه‌های بومی، گروه‌های قومیتی و مهاجر، آوارگان و افرادی که در محیط‌های روستایی زندگی می‌کنند، که ممکن است تحت تأثیر اختلالات مصرف مواد مخدر قرار بگیرند، می‌پردازد.

چندین عامل در بروز اختلالات مصرف مواد مخدر مؤثر هستند؛ و اغلب سیر عود کننده و بهبودی مشابه با بیماری‌های مزمن را دنبال می‌کنند. نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی، و همچنین فقر، تحصیلات محدود و حاشیه‌نشینی، می‌تواند خطر بروز اختلالات مصرف مواد مخدر را افزایش دهد، و بر وخامت پیامدهای آن‌ها بیفزاید. به شکل متقابل، اختلالات مصرف مواد مخدر نیز پیامدهایی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی فرد به وجود می‌آورد؛ که بر آینده تحصیلی، اشتغال و چشم‌انداز درآمدی افراد، و همچنین خانواده و جوامع آن‌ها تأثیرگذار خواهد بود؛ و در نتیجه، تسلسلی باطل را به وجود می‌آورد. تسلسل مذکور می‌تواند با افزایش خطر قرار گرفتن در معرض شرایط نامطلوب روانی-اجتماعی و محیطی، که ممکن است با ناملایمت شرایط اجتماعی-اقتصادی نیز همراه باشد، تشدید شود. نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی، خصوصاً بر روی برخی از گروه‌ها و محیط‌ها، مانند افرادی که در مناطق شهری زندگی می‌کنند یا افرادی که در اقلیت هستند، می‌تواند تأثیر زیادی داشته باشد.[1] اختلال مصرف مواد مخدر در افرادی که در چنین گروه‌هایی قرار دارند، می‌تواند نگرش منفی نسبت به آن‌ها را افزایش دهد؛ و دسترسی آن‌ها به درمان را بیش از پیش محدود کند.

اختلالات مصرف مواد مخدر، تمرکز اصلی کتابچه حاضر است. هرچند، در برخی موارد در میان بحث، با این فرض که مبتلایان به اختلالات مصرف مواد مخدر در انتهای سیر رفتاری قرار دارند که با آغاز به مصرف مواد مخدر شروع می‌شود، و با ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر پایان می‌یابد، داده‌های موجود در زمینهٔ شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و نابرابری‌ها، در حیطهٔ گسترده‌تری از مصرف مواد مخدر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

شرایط اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر در سطح کلان

رابطهٔ نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی با اختلالات مصرف مواد مخدر اغلب در محیط‌های پردرآمدی که ثابت شده شرایط اجتماعی-اقتصادی افراد، محله‌ها و جوامع، با الگوهای اختلالات مصرف مواد مخدر ارتباط دارد، مورد مطالعه قرار گرفته است. مطالعات محدود انجام‌گرفته در کشورهای با درآمد متوسط و کم، نشان می‌دهد که ارتباط بین آسیب اجتماعی-اقتصادی و خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر در چنین محیط‌هایی ضعیف‌تر است.

شکل ۱.

شکل ۲.

نکته مهم این است که در محیط‌های پردرآمد، خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر فقط در بین محروم‌ترین اقشار جامعه متمرکز نیست، بلکه از یک شیب اجتماعی-اقتصادی پیروی می‌کند: در مقایسه با مرفه‌ترین اقشار، افرادی که به گروه‌های محروم تعلق دارند بالاترین سطح نسبی احتمال ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر را دارند؛ در حالی که افرادی که در گروه‌های با درآمد متوسط قرار دارند، دارای سطح متوسط خطر ابتلا هستند.[۳]

شکل ۳.

چندین چارچوب مفهومی به توصیف این مسئله پرداخته‌اند که نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در حیطهٔ سلامت، چگونه شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی فرد و جامعه را با هم ادغام می‌کند. مفهوم گسترده «توسعه‌یافته» که توسط مارگارت وایتهد و گوران دالگرن ایجاد شد،[۴، ۵] بیان می‌کند که سلامت افراد نه‌تنها به ویژگی‌های زیست‌شناختی، جمعیت شناختی و بنیادی آن‌ها ارتباط دارد، بلکه همچنین به عوامل مرتبط با سبک زندگی، که تا حدودی توسط شبکه‌های اجتماعی-اقتصادی شکل می‌گیرند، و تحت تأثیر شرایط زندگی و کار و عوامل گسترده اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی و محیطی قرار دارند نیز مربوط می‌شود. شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی در سطح فردی، جوامع، و کشورها، می‌تواند به‌طور مستقیم (به‌عنوان مثال، مشخص شده است که بروز رکود اقتصادی، و افزایش سطح بیکاری در پی رکود، می‌تواند از طریق فشار روانی-اجتماعی، با افزایش سطح اختلالات مصرف مواد مخدر ارتباط داشته باشد)[۶] یا از طریق مکانیسم‌های واسطه‌ای (به‌عنوان مثال، نابرابری درآمد در سطح محله،

می‌تواند از طریق توزیع جغرافیایی نابرابر امکانات بهداشتی، با اوردوز اوپیوئیدها مرتبط باشد)، بر مصرف مواد مخدر و الگوهای اختلال مصرف مواد مخدر تأثیر بگذارد.[۷] علاوه بر این، شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی و ملی، می‌توانند با هم تعامل داشته باشند و اقشار خاصی را در برابر پیامدهای نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی به طور خاص آسیب‌پذیر سازد. به‌عنوان مثال، اگرچه شیوع اختلالات مصرف مواد مخدر در زنان کمتر از مردان است، اما به نظر می‌رسد زنانی که از چنین اختلالاتی رنج می‌برند، بسیار آسیب‌پذیر هستند.[۸] در نهایت، تجربه سختی‌های مرتبط با نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی از دوران کودکی، احتمالاً در تمامی طول عمر فرد، بر میزان خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر، و بروز آسیب اجتماعی-اقتصادی در بازه بلندمدت تأثیر می‌گذارد.[۹] این مسئله وجود چرخه معیوب بین نابرابری اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر را نشان می‌دهد.

شکل ۴.

شکل ۵. مصرف اوپیوئیدها و کوکائین، و سرانه تولیدات ناخالص داخلی طی یک سال گذشته

منبع: گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۶ (بانک جهانی (در زمینهٔ سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP)) و داده‌های ملی و برآوردهای انجام‌شده بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده در پرسشنامهٔ گزارش سالانه و دیگر منابع رسمی (در زمینهٔ داده‌های مصرف مواد مخدر)).

شکل ۶. مصرف مواد مخدر در یک سال گذشته در میان افراد سنین ۱۵ تا ۶۴ سال، بر اساس نوع مواد مصرفی و سطح درآمد ملی، ۲۰۱۳

منبع: گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۶ (بانک جهانی (در زمینهٔ سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP)) و داده‌های ملی و برآوردهای انجام‌شده بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده در پرسشنامهٔ گزارش سالانه و دیگر منابع رسمی (در زمینهٔ داده‌های مصرف مواد مخدر)).

[a] شامل محرک‌های تجویزی

شواهدی در زمینهٔ ارتباط بین شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر

شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی در سطح کلان و اختلالات مصرف مواد مخدر

داده‌های موجود در زمینهٔ ارتباط بین شرایط اجتماعی-اقتصادی در سطح ملی، مانند سطح کلی درآمد ملی، با میزان اختلالات مصرف مواد مخدر، تا حدودی تصویری متناقض را نشان می‌دهد. به این صورت که سطح مصرف مواد مخدر در کشورهای پردرآمد در قاره آمریکا، اقیانوسیه و اروپا، در بالاترین میزان قرار دارد؛ در حالی که ارتباط میان شرایط اجتماعی-اقتصادی با تزریق مواد مخدر و HIV، خصوصاً در اروپای شرقی و آسیای غربی بسیار قوی است.[۱۰] علاوه بر این، درآمد بالاتر در سطح ملی، از نظر سال‌های زندگی سالم از دست رفته به دلیل ناتوانی و مرگ زودرس (طول عمر متناسب با ناتوانی (DALY))، با شیوع بالاتر مصرف و اختلالات مصرف مواد مخدر ارتباط دارد.[۱۱]

در کشورهای مختلف، میزان نابرابری درآمد، با شیوع مصرف مواد مخدر ارتباط دارد؛[۱۲]

به‌طوری که کشورهایی که بالاترین سطح نابرابری اجتماعی-اقتصادی را دارند، دارای بیشترین شیوع اختلالات مصرف مواد مخدر هستند. اختلافات درآمدی، با سرمایه‌گذاری ناکافی در حیطهٔ سیاست‌های عمومی، و سطح بالای فشار روانی در میان افراد، ارتباط دارد.

علاوه بر این، بروز تغییرات چشمگیر در شرایط اقتصاد کلان، از جمله شرایط ناشی از بروز بحران سیاسی یا اقتصادی، منجر به افزایش فقر و بیکاری می‌شود؛ که به نوبه خود بر چشم‌اندازهای اجتماعی-اقتصادی و سطح فشار روانی افراد، تأثیر می‌گذارد؛ و همچنین ممکن است به افزایش نرخ مصرف مواد مخدر منجر شود.[۱۳،۱۴] در اروپای شرقی، تعامل بین تغییرات اجتماعی-اقتصادی و سیاسی در سطح کلان، مانند گذار اقتصادی طی دهه ۱۹۹۰، همراه با گذار از ارزش‌های جمعی به ارزش‌های فردی‌تر، افزایش تحرک جمعیتی، رواج فرهنگ مواد مخدر و افزایش تقاضا در حیطهٔ نظام مراقبت‌های بهداشتی، منجر به گسترش تزریق مواد مخدر و ظهور اپیدمی HIV شد.[۱۵] به‌عنوان مثال، در فدراسیون روسیه و اوکراین، شیوع مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در سال ۲۰۱۷ بیش از ۱ درصد بود؛ در حالی که شیوع HIV در بین مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی در فدراسیون روسیه در سال ۲۰۱۶، ۲۵,۶ درصد، و در اوکراین در سال ۲۰۱۵، ۲۱,۹ درصد (افزایش قابل توجه از دهه ۱۹۹۰ تاکنون) بوده است.[۱۶،۱۷] نرخ کلی مصرف مواد مخدر تزریقی در کل اروپا، از سال ۲۰۰۰ کاهش یافته است. نرخ اولین بستری برای درمان در سال ۲۰۰۵، ۴,۰۳ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، و در سال ۲۰۱۱، ۲,۷۴ بوده است. در حالی که در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی، به‌ویژه جمهوری چک و آلمان، روند صعودی مشاهده شده است.[۱۸]

شکل ۷.

منبع: ریچارد ویلکسون و کیت پیکت، سطح روح: چرا برابری بیشتر، جامعه را قدرتمندتر می‌سازد (نیویورک، بلومزبری پرس، ۲۰۱۰).

یادداشت: شکل حاضر شامل نقطه داده‌هایی از ۲۳ کشور مختلف (۱۶ کشور در اروپای غربی و مرکزی، و استرالیا، کانادا، اسرائیل، ژاپن، نیوزیلند، و ایالات متحده آمریکا).

پژوهش‌هایی که اخیراً به بررسی تأثیر پیامدهای رکود اقتصادی جهانی در سال ۲۰۰۸ بر مصرف عمومی مواد مخدر پرداخته‌اند، در زمینهٔ مصرف مواد تحت نظارت و اختلالات مصرف مواد مخدر، نتایج غیرقطعی نشان داده‌اند. یک بررسی سیستماتیک، که توجه جهانی نسبت به مطالعات محدود باکیفیت بالا در مورد این موضوع را جلب کرد، اذعان کرد کاهش مصرف مواد مخدری که هزینه بالاتری دارند (به‌عنوان مثال، هروئین و کوکائین)، و افزایش مصرف موادی که دارای هزینه پایین‌تری هستند (کانابیس و متامفتامین) در ایتالیا، احتمالاً منعکس‌کننده کاهش سطح درآمد افراد است. در مقابل، در سایر کشورها، مانند یونان و اسپانیا، خصوصاً در افراد مسن و افرادی که بیکار شده بودند، افزایش مصرف مواد تحت نظارت مشاهده شد.[۱۹]

به نظر می‌رسد افزایش نرخ بیکاری، یک توضیح اساسی در مورد افزایش میزان مصرف مواد مخدر ناشی از پریشانی روانی-اجتماعی در دوره‌های رکود اقتصادی باشد.[۲۰] جالب اینجاست که افرادی که در کاتالونیا (اسپانیا)، انگلیس (انگلستان) و لهستان مواد مخدر مصرف می‌کردند، دلیل اصلی افزایش مصرف خود در زمان رکود اقتصادی را ناشی از داشتن وقت آزاد بیشتر می‌دانستند؛[۲۱] اگرچه، بررسی سیستماتیک این موضوع، ادعای این افراد را حمایت نمی‌کند.[۲۲] به‌طور موازی، رشد سریع اقتصاد و شهرنشینی در برخی از کشورها، با افزایش نرخ مصرف مواد مخدر یا تغییر در نوع مواد مخدر مصرفی همراه بوده است. به‌عنوان مثال، در برزیل، شیوع مصرف کوکائین در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال، از ۰٫۷ درصد در سال ۲۰۰۵، به ۱ درصد در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته است.[۲۳] هرچند، چشمگیرترین میزان افزایش در مصرف «کراک» مشاهده شد؛ که از نرخ شیوع ۰٫۱ درصد در سال ۲۰۰۵، به ۰٫۳ درصد در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته است.

در هند، پیمایش ملی خانوار که در سال ۲۰۱۹ انجام شد، نشان داد که ۲٫۱ درصد از جمعیت ۱۰ تا ۷۵ ساله، در سال گذشته مواد مخدر مصرف کرده‌اند؛ با بالاترین شیوع مصرف هروئین (۱٫۱۴ درصد)، اوپیوئیدهای دارویی (۱ درصد) و تریاک (۰٫۵۶ درصد). سطح برآورده شده از اختلالات مصرف مواد مخدر عبارت بود از: ۰٫۱ درصد برای مصرف تریاک؛ ۰٫۵۷ درصد برای مصرف هروئین؛ و ۰٫۲۳ درصد برای مصرف اوپیوئیدهای دارویی. در مقایسه با برآوردهای به دست آمده از پیمایش پیشین که در سال ۲۰۰۴ در این کشور انجام شد، مصرف کلی مواد مخدر در سال ۲۰۱۹ بیش از پنج برابر تخمین زده شد.[۲۴]

تغییرهای صورت گرفته در شاخص‌های بازار کار، مانند افزایش نرخ بیکاری، با افزایش نرخ مصرف و اختلالات مصرف مواد مخدر ارتباطی نسبتاً منسجم داشته است. راماناتان و همکارانش در تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در ایالات متحده آمریکا از حدود ۹۰۰۰ نوجوان که در پیمایش طولی ملی جوانان ۱۹۹۷ شرکت کردند، دریافتند که افزایش نرخ بیکاری در سطح منطقه‌ای در دوران کودکی شرکت‌کنندگان، با افزایش مصرف کانابیس همراه است: افزایش ۱ درصدی نرخ بیکاری پیش‌بینی افزایش مصرف کانابیس با ضریب ۱٫۰۸ را نشان داد.[۲۵] پژوهشی دیگر که با استفاده از آمار جمع‌آوری شده از ۳۶۶ منطقه شهری طی دوره ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰، ۰٫۲۳ درصد افزایش مرگ‌ومیر ناشی از اوردوز مواد مخدر برای هر ۱ درصد افزایش در نرخ بیکاری را نشان داد.[۲۶] این اثر در میان افراد ۲۵ تا ۶۴ ساله، باوجود قصد خودکشی که شاید بخشی از موارد مرگ‌ومیر در اثر اوردوز را توضیح می‌داد، شدیدتر به نظر می‌رسید.

شکل ۸.

منبع: آتول اوبکار و دیگران، حجم مصرف مواد مخدر در هند، ۲۰۱۹ (دهلی نو، وزارت عدالت اجتماعی و توانمندسازی، ۲۰۱۹)

یادداشت: داده‌ها نشان‌دهنده مصرف فعلی و مصرف مشکل‌زای اوپیوئیدها در میان مردان سنین ۱۰ تا ۷۵ سال در دوره ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸ در هند است.

روابط بین شاخص‌های اجتماعی و اختلالات مصرف مواد مخدر

شاخص‌های چشمگیر اجتماعی-اقتصادی مرتبط با مصرف و اختلالات مصرف مواد مخدر در سطح محله‌ها و جوامع، شامل فقر، خشونت، نابرابری درآمد، سطح پایین دلبستگی به محله و سرمایه اجتماعی، هنجارهای مطلوب جامعه در مصرف مواد مخدر، سلاح گرم و جرم، در دسترس بودن الکل و سایر مواد مخدر است؛ اما به این موارد محدود نمی‌شود.[۲۷]

ارتباط میان درگیری نظامی و پیامدهای آن با اختلالات مصرف مواد مخدر

یکی دیگر از عوامل سطح کلان در رابطه با مصرف مواد مخدر، درگیری خشونت‌آمیز است. مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیلی که با بررسی یافته‌های شش پژوهش، با مقایسه تعداد پذیرش در بیمارستان‌ها (در جمهوری اسلامی ایران و لبنان) و مرگ‌ومیر ناشی از مواد مخدر (در کرواسی) قبل و بعد از بروز درگیری مسلحانه، و همچنین میزان بالای مصرف اوپیوئید در میان آوارگان در نتیجه درگیری مسلحانه (در پاکستان و افغانستان)، افزایش مصرف اوپیوئید را نشان داد.[a] مکانیسم‌های واسطه‌ای مفروض شامل کمبود فرصت‌های اقتصادی، تغییر در هنجارهای اجتماعی، و افزایش قابلیت دسترسی به مواد مخدر ناشی از پیامدهای تحولات بود. در تحقیقات کیفی انجام شده در لیبی، شامل پژوهشی بر روی ۳۱ نفر، از جمله ۱۶ مصرف‌کننده مواد مخدر، افزایش قابلیت دسترسی به مواد مخدر، اختلال در فعالیت‌های تفریحی سالم، و فشار روانی و آسیب جسمی و روانی ناشی از درگیری مسلحانه و ناآرامی‌های سیاسی را از جمله دلایل عمده مصرف کانابیس و اوپیوئید عنوان کرد.[b]

مطالعه‌ای بر روی ۳۶ نوجوان و بزرگسال آواره داخلی که در اردوگاهی در ایالت کاچین در میانمار زندگی می‌کنند، گزارش داد که اختلالات مصرف مواد مخدر به‌طور خودجوش به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌های آوارگان شناسایی شده است؛ که عدم وجود چشم‌انداز مثبت به آینده و افسردگی را به‌طور مستقیم به درگیری مسلحانه نسبت داده‌اند.[c] به درگیری مسلحانه. علاوه بر این، در میان افرادی که پیش از وقوع درگیری مسلحانه مواد مخدر مصرف می‌کردند، خطر افزایش رفتارهای مخاطره‌آمیز مرتبط با مواد مخدر وجود دارد. پیمایش مصرف مواد مخدر در افغانستان گزارش داد که اکثر مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی در زمانی که در جمهوری اسلامی ایران یا پاکستان پناهنده بودند، تزریق مواد را آغاز کرده‌اند.[d] در حقیقت، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه در محیط‌هایی که درگیری مسلحانه اتفاق می‌افتد، مصرف مواد مخدر می‌تواند به‌طور قابل توجهی با افزایش تجزیه ساختارهای مراقبت‌های بهداشتی، از جمله مشکلات دسترسی به درمان و میزان بالاتر انتقال HIV ناشی از افزایش اشتراک سوزن، مرتبط باشد.

a Helen Jack, Amelia Reese Masterson and Kaveh Khoshnhood, "Violent Conflict and opiate use in low and middle-income countries: a systematic review", *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, No. 2 (March 2014), pp. 196–203.

b Fauzi Muftah Elamouri and others, "Now drugs in Libya are much cheaper than food: a qualitative study on substance use among young Libyans in post-revolution Tripoli, Libya", *International Journal of Drug Policy*, vol. 53 (2018), pp. 23–31.

c Catherine Lee and others, "Mental health and psychosocial problems among conflict-affected children in Kachin State, Myanmar: a qualitative study", *Conflict and Health*, vol. 12, art. 39 (September 2018).

d UNODC and Afghanistan, Ministry of Counter Narcotics, and Ministry of Public Health, "Drug use in Afghanistan: 2009 survey – executive summary" (Kabul, 2009).

فقر و خشونت

پژوهشی که بین سال‌های ۱۹۹۶ و ۲۰۰۳ در ۱۰ شهر اسپانیا انجام شد، نشان داد که افرادی که در محله‌هایی زندگی می‌کنند (census tracts) که دارای محرومیت اجتماعی-اقتصادی هستند، ۷ برابر بیشتر از افرادی که در مناطق مرفه‌تر زندگی می‌کنند در اثر اوردوز مواد مخدر فوت می‌شوند.[۲۸] پژوهشی دیگر که بین ۲۴۰۰ نفر در مکزیک (۱۶۰۰ نفر از آن‌ها در شهری در همسایگی ایالات متحده زندگی می‌کردند) انجام شد، نشان داد که نابرابری اجتماعی-اقتصادی در سطح منطقه‌ای، میزان مصرف مواد مخدر در سال گذشته را، تا حدی از طریق قرار گرفتن در معرض خشونت و ناامنی محله، تحت تأثیر قرار داده است.[۲۹] پژوهش انجام شده بر روی ۵۰۵ جوان آفریقایی-آمریکایی که در مناطق روستایی فقیرنشین ایالات متحده زندگی می‌کنند، نشان داد که تجربه فقر و فرزندپروری سخت‌گیرانه، منجر به عدم سرمایه‌گذاری در آینده آن‌ها شده است؛ که به نوبه خود خطر ابتلا به اختلالات مواد مخدر را افزایش داده است.[۳۰] این داده‌ها، با داده‌های به دست آمده از پژوهشی شبه‌آزمایشی که نشان داد نرخ شیوع مصرف هفتگی مواد مخدر در ۱۷۲ نفر که از محله‌ای محروم به محله‌ای مرفه‌تر منتقل شده بودند، از ۳۶ به ۱۷ درصد کاهش یافته است، هماهنگ است.[۳۱] فقر محله‌ای، مشکلات اجتماعی-اقتصادی ساکنان را منعکس می‌کند. بنابراین، همیشه مشخص نیست که رفتارهای مصرف مواد مخدر، با شاخص‌های اجتماعی رابطه قوی‌تری دارد، یا با خصوصیات فردی.

نابرابری درآمد، بی‌نظمی جامعه و سرمایه اجتماعی پایین

باوجود اینکه پژوهشی در سطح جهانی در مورد ارتباط بین نابرابری درآمد، بی‌نظمی جامعه و پایین بودن سرمایه اجتماعی، با اختلالات مصرف مواد مخدر وجود ندارد؛ تحقیقات انجام شده در کشورهای پردرآمد نشان می‌دهد که علاوه بر سطح پایین منابع و امکانات فردی، وجود شاخص‌هایی به‌جز فقر در سطح محله یا جامعه نیز می‌تواند بر الگوهای اختلال مصرف مواد مخدر تأثیرگذار باشد. تحقیقات انجام شده در شهر نیویورک نشان می‌دهد افرادی که در محله‌هایی با سطح بالای نابرابری آموزشی یا درآمدی زندگی می‌کنند، نسبت به افرادی که در مناطقی با برابری اجتماعی-اقتصادی بیشتری زندگی می‌کنند، حتی با در نظر قرار گرفتن عامل جایگاه اجتماعی-اقتصادی فردی، به احتمال بیشتری کانابیس مصرف می‌کنند.[۳۲]

یکی از سازوکارهای فرضیه‌سازی شده در زمینهٔ توضیح ارتباط بین نابرابری اجتماعی-اقتصادی در سطح شهری یا ملی، با اختلالات مصرف مواد مخدر، سرمایه اجتماعی است؛ که به‌عنوان میزان اعتماد و حمایت افراد جامعه نسبت به یکدیگر و نهادهای حاکم بر آن‌ها تعریف می‌شود. میزان سرمایه اجتماعی را می‌توان با استفاده از پیمایش‌هایی که در آن‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شده است محله و میزان اعتماد خود به افراد دیگر یا نهادهای حاکم بر آن‌ها را مشخص کنند، تعیین کرد؛ اما گاهی اوقات با استفاده از عوامل واسطه‌ای، مانند سطح مشارکت رأی‌دهندگان در انتخابات محلی نیز اندازه‌گیری می‌شود. پژوهشی که بین سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۰ بین تمام ساکنان ۱۵ تا ۴۴ ساله کشور سوئد انجام شد، شامل ۱،۷۰۰،۸۹۶ مرد و ۱،۶۴۲،۷۹۸ زن بود. در این پژوهش مشاهده شد که در محله‌هایی که میزان مشارکت رأی‌دهندگان در انتخابات محلی کم بود (که به‌عنوان نشانه‌ای از پایین بودن سرمایه اجتماعی جامعه تعبیر می‌شد)، حتی با در نظر گرفتن محرومیت اجتماعی-اقتصادی در سطح فردی و منطقه‌ای، نرخ ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر در آمار ملی بیمه سلامت ثبت شده بودند، ۱٫۵ برابر بیشتر از محله‌های دارای مشارکت رأی‌دهندگان بالا بود.[۳۳] به همین ترتیب، پژوهشی که بر اساس یک پیمایش ملی از سال ۲۰۰۰، بین ۱۹۴۳۰ نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله در ایالات متحده انجام شد، نشان داد که نرخ شیوع مصرف اوپیوئیدها در نوجوانانی که در محله‌هایی زندگی می‌کنند که دچار بی‌نظمی اجتماعی هستند (به‌عنوان مثال، دارای نرخ بالای جرائم، فروش مواد مخدر، ساختمان‌های رها شده، دیوارنویسی‌های خیابانی، و جمعیت گذرا)، یا سرمایه اجتماعی پایینی دارند (که بر اساس شبکه‌های اجتماعی محدود ساکنان مشخص شده است)، بالاتر از نوجوانانی است که در مناطق با ثبات بیشتر زندگی می‌کنند.[۳۴]

جدول ۹.

منبع: یان ساندکوئیست و دیگران، «سرمایهٔ اجتماعی مرتبط با محلات به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ سوء مصرف مواد مخدر: مطالعهٔ منسجم ملی سوئد»، رفتارهای اعتیادآور، جلی. ۶۳ (۲۰۱۶)، ص. ۳۷-۴۴.

هنجارهای اجتماعی در مورد مصرف مواد مخدر، و قابلیت دسترسی به مواد مخدر و الکل

بی‌نظمی در محله، می‌تواند منبع فشار روانی باشد؛ و همچنین می‌تواند به شبکه‌ها و هنجارهای اجتماعی افراد در رابطه با رفتارهای مرتبط با مواد مخدر شکل دهد.[۳۵] به‌عنوان مثال، در محله‌های محرومی که دچار سرمایه اجتماعی پایین و بی‌نظمی هستند، ممکن است افراد مشارکت در یک رفتار پرخطر را امری طبیعی بدانند؛ احتمال این مسئله در محله‌هایی که از نظم بیشتری برخوردار هستند کمتر است.[۳۶]

فراتر از محل زندگی، محیط‌های مهم دیگری که در جوانان در آن زندگی می‌کنند، مدارس و دانشگاه‌ها، و در مورد بزرگسالان، محل کار است. پژوهش‌هایی که بر روی نوجوانان ایالات متحده و سوئد انجام گرفته، نشان داده است که باوجود اینکه به نظر می‌رسد نرخ آغاز مصرف مواد مخدر، و مصرف گاه‌گدار مواد، در بین دانش آموزان مدارس مرفه در بالاترین سطح قرار دارد؛ اما نرخ ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر، در مقایسه با دانش‌آموزان مدارس عمومی، در میان دانش آموزان مدارس فنی‌حرفه‌ای در بالاترین سطح قرار دارد.[۳۷، ۳۸]

در بزرگسالی، باوجود اینکه سطح کلی اختلالات مصرف مواد مخدر در افرادی که شاغل نیستند بیشتر از کسانی است که مشغول به کار هستند،[۳۹] الگوی اختلال مصرف مواد مخدر می‌تواند در مشاغل مختلف متفاوت باشد. به‌طور خاص، طبق اطلاعات پایشی از جمعیت ملی از سال ۲۰۰۰، بیشترین میزان شیوع اختلالات مصرف مواد مخدر در ایالات متحده در بین افرادی است که در صنایع خدمات غذایی (۱۶,۹ درصد در ۱۲ ماه قبل)، ساخت و ساز (۱۴,۳ درصد)، سرگرمی (۱۲,۹ درصد) و صنعت معدن (۱۱,۸ درصد) مشغول به کار هستند.[۴۰]

به نظر می‌رسد در گروه‌های گسترده صنعتی که در این پیمایش مورد استفاده قرار گرفته‌اند، مشاغلی خاص (رانندگان کامیون،[۴۱] کارگران بارانداز[۴۲] و کارکنان بهداشت و درمان[۴۳])، در زمینهٔ اختلالات مصرف مواد مخدر، در معرض خطر بسیار بالایی قرار دارند. این تفاوت‌ها، تا حدی ویژگی‌های خاص افراد شاغل در مشاغل خاص را منعکس می‌کند؛ اما همچنین شواهدی وجود دارد که فضای محیط کار و نگرش مجاز به استفاده از مواد مخدر در محل کار یا خارج از آن، بر رفتارهای مربوط به مواد مخدر نیز تأثیر می‌گذارد.[۴۴]

شرایط اجتماعی-اقتصادی فردی و اختلالات مصرف مواد مخدر

اغلب پژوهش‌های انجام‌گرفته در زمینهٔ رابطه نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی با اختلالات مصرف مواد مخدر، شناسایی روابط بین شاخص‌های جایگاه اجتماعی اقتصادی موجود در سطح فردی و الگوهای مصرف مواد مخدر را هدف قرار داده است. باوجود اینکه به نظر می‌رسد در میان نوجوانان، جایگاه بالای اجتماعی-اقتصادی با آغاز به مصرف مواد و مصرف گاه‌گدار مرتبط است،[۴۵] افرادی که دارای پیش‌زمینه‌های اجتماعی-اقتصادی محروم‌تری هستند، به احتمال بیشتری چندین ماده مخدر مصرف می‌کنند،[۴۶] یا به اختلالات مصرف مواد مخدر مبتلا می‌شوند.[۴۷] نوجوانانی که در خانواده‌های محروم زندگی می‌کنند، ممکن است نسبت به افراد دارای پیش‌زمینه‌های غنی‌تر، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اختلالات مصرف مواد مخدر داشته باشند. همچنین، احتمال بیشتری وجود دارد که سابقه خانوادگی اختلالات مصرف مواد مخدر در پیش‌زمینهٔ این نوجوانان وجود داشته باشد.[۴۸] علاوه بر این، پژوهش‌های انجام‌شده به‌طور فزاینده‌ای به نقش سایر رفتارهای پرخطر از نظر سلامت، مانند «خواب نامنظم» اشاره دارد،[۴۹] که می‌تواند تا حدودی در نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی جوانان، اثر واسطه‌ای داشته باشد.[۵۰]

شکل ۱۰.

پژوهش‌های انجام شده، با در نظر گرفتن عملکرد تحصیلی دانش آموزان به‌عنوان شاخصی از جایگاه اجتماعی-اقتصادی و چشم‌انداز آینده آن‌ها، به‌طور مداوم نشان داده‌اند جوانانی که عملکرد تحصیلی ضعیفی دارند، نسبت به آن‌هایی که نتایج تحصیلی خوبی کسب می‌کنند، دارای سطح بالاتری از مصرف مواد مخدر هستند؛[۵۱] با احتمال وجود علیت از هر دو جهت، یا از طرف تأثیرگذاری متغیرهای سوم بر روی هر دو نتیجه. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که بر روی ۵۰۰ نوجوان در شهر ایبادان در جنوب غربی نیجریه انجام شد، مشخص شد دانش‌آموزانی که در مدرسه نمره پایین می‌گیرند، بیش از سه برابر بیشتر از دانش‌آموزانی که نمره بالا می‌گیرند، مواد روان‌گردان مصرف می‌کنند.[۵۲]

اختلالات مصرف مواد مخدر در میان بزرگسالانی که در کشورهای پردرآمد زندگی می‌کنند، بیشتر در بین افرادی که تجربهٔ محرومیت اجتماعی-اقتصادی دارند، که اغلب از نظر سطح تحصیلات پایین، سطح درآمد پایین یا جایگاه شغلی ناپایدار، و یا ترکیبی از این عوامل اندازه‌گیری می‌شود، شیوع بیشتری دارد. این نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی، هم در جمعیت عمومی و هم در نمونه‌های جمعیتی پرخطر مشاهده شده است. یک بررسی از مطالعات انجام شده در آلمان نشان داد که سطح پایین تحصیلات، با مصرف کانابیس و سایر مواد مخدر در میان بزرگسالان مرتبط است.[۵۳] به همین ترتیب، پژوهشی که بر روی بیش از ۲۰۰۰ نوجوان ساکن در استرالیا انجام گرفت، نشان داد که به اتمام نرساندن دورهٔ دبیرستان، مصرف مواد مخدر را پیش‌بینی می‌کرد.[۵۴] داده‌های مشابهی در جمهوری اسلامی ایران،[۵۵] عربستان سعودی[۵۶] و ایالات متحده منتشر شده است.[۵۷] در پژوهشی که بر روی ۲۲۰۰ نفر زندانی در هفت استان جمهوری اسلامی ایران انجام شده است، افرادی که به مواد مخدر اعتیاد داشتند، به‌طور متوسط نسبت به افرادی که اعتیاد نداشتند، سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند.[۵۸]

در فرانسه، در پژوهشی که بر روی ۱۲۰۰ نوجوان انجام شد، تجربه بیکاری، به‌ویژه در میان افرادی که سطح تحصیلات پایینی داشتند و احتمالاً چشم‌انداز محدودی در زمینهٔ دستیابی به اشتغال داشتند، افزایش خطر مصرف و سوء مصرف کانابیس را پیش‌بینی می‌کرد.[۵۹] به همین ترتیب، در اسپانیا نیز مشخص شده است که تجربه بیکاری با مصرف سنگین کانابیس در زنان و مردان مرتبط است.[۶۰] همچنین، شواهدی مبنی بر ارتباط سطح پایین درآمد و فقر، با رفتارهای مصرف مواد مخدر در جمعیت عمومی[۶۱] و زیرگروه‌های خاص وجود دارد.

در پژوهشی که بر روی ۱۰۰۰ نفر از افراد مبتلا به سل در آفریقای جنوبی انجام گرفت، نشان داده شد که در شرکت‌کنندگانی که در معرض فقر قرار داشتند، نسبت به کسانی که دچار فقر نبودند، با احتمال بیشتری به اختلالات مصرف مواد مخدر مبتلا بودند.[۶۲] به‌علاوه، در نمونه‌ای ۱۴۰۰ نفری از زنان مبتلا به ویروس VIH که در کانادا زندگی می‌کنند، مشاهده شد که تجربه مشکلات اقتصادی به‌طور چشمگیری با میزان بالاتر مصرف مواد مخدر مرتبط است.[۶۳] علاوه بر جایگاه اجتماعی-اقتصادی فرد در یک برهه زمانی خاص، خط سیر اجتماعی-اقتصادی افراد از کودکی تا بزرگسالی نیز با خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر مرتبط است. در پژوهش انجام شده در فرانسه که در بالا مورد اشاره قرار گرفت، میزان اختلال مصرف کانابیس در بین شرکت‌کنندگانی که تحرک مداوم رو به پایین جایگاه اجتماعی-اقتصادی، یا نسبت به جایگاه والدین خود، خط سیر اجتماعی-اقتصادی رو به پایین را تجربه کرده‌اند، در مقایسه با افرادی که در طول زندگی خود از جایگاه اجتماعی-اقتصادی مطلوبی برخوردار بوده‌اند، دو برابر بود.[۶۴] علاوه بر این، مشخص شده است که تجربه عدم امنیت غذایی، که به سطح درآمد فرد مربوط می‌شود، حتی باوجود در نظر گرفتن سایر شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی نیز با خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر ارتباط دارد.[۶۵]

شکل ۱۱.

تا به امروز، بیشتر اطلاعات مربوط به رابطه بین شرایط اجتماعی-اقتصادی فردی و مصرف مواد مخدر، از کشورهای پردرآمد به دست آمده است. شواهدی که اخیراً از کشورهای با درآمد کم و متوسط به دست آمده، حاکی از آن است که ارتباط میان اختلاف اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر، در چنین کشورهایی کمتر از کشورهای پردرآمد قابل توجه است. به‌عنوان مثال، در یک پیمایش جمعیتی نمونه‌ای که در برزیل انجام شد، احتمال اینکه افرادی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند مصرف مواد مخدر مادام‌العمر را گزارش دهند، بیشتر بود؛ بیشترین مواد مورد مصرف مادام‌العمر مربوط به کانابیس و کوکائین بود، و در رده بعدی مواد مخدر حلّال قرار داشتند. شیوع مصرف مادام‌العمر مواد مخدر در بین افرادی که تحصیلات ابتدایی را به پایان نرسانده‌اند ۸٫۲ درصد بود؛ در حالی که در بین کسانی که دارای مدرک دانشگاهی هستند ۱۶٫۶ درصد گزارش شد. با این حال، رابطه بین موفقیت تحصیلی شرکت‌کنندگان و مصرف مواد مخدر در بازه زمانی اخیر، از نظر آماری معنی‌دار نبود.[۶۶]

در یک بررسی سیستماتیک که اخیراً انجام گرفته و رابطه بین جایگاه اجتماعی-اقتصادی و بروز اختلالات مصرف مواد مخدر در هند را بررسی کرده است، گزارش شده است که تنها سه مورد از پژوهش‌های انجام‌گرفته نشان می‌دهد که کارگران برخی مشاغل بازویی در زمینهٔ ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر در معرض خطر بالایی قرار دارند.[۶۷] پیمایش ملی مواد مخدر که در سال ۲۰۱۳ در پاکستان انجام شد، نشان داد که در میان افرادی که به‌طور منظم مواد مخدر مصرف می‌کردند، ۳۵٫۷ درصد مشغول به کارهای معمولی بودند (در مقایسه با ۴٫۱ درصد کارگران مشاغل غیرمعمول که اوپیوئید مصرف نمی‌کردند)، و ۳۹٫۸ درصد بیکار بودند (در مقایسه با ۱۹٫۷ درصد افرادی که مواد مخدر مصرف نمی‌کردند).[۶۸]

مطالعاتی که در بالا مورد اشاره قرار گرفتند، بدون ایجاد استنباط واضح در مورد رابطهٔ علت و معلول، شواهدی از ارتباط بین شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر را ارائه می‌دهند. با این حال، اختلالات مصرف مواد مخدر می‌تواند بر میزان تحصیلات و جایگاه اجتماعی-اقتصادی فرد تأثیر بگذارد. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی نوجوانان، به‌وضوح نشان داده است که مصرف مواد روان‌گردان مانند کانابیس، به‌ویژه در اوایل زندگی و به‌طور مکرر، و یا به مقدار زیاد، می‌تواند اثرات مخربی بر عملکرد فرد در مدرسه،[۶۹] و پیشرفت تحصیلی[۷۰] داشته باشد. به‌عنوان مثال، داده‌های پژوهشی ملی در ایالات متحده، که دانش آموزان دبیرستانی را تا سنین بزرگسالی مورد مشاهده قرار داد، نشان می‌دهد که مصرف مکرر کانابیس (شش مرتبه یا بیشتر در یک ماه)، احتمال پایین‌تر دریافت مدرک دانشگاهی را پیش‌بینی می‌کند.[۷۱] این ارتباط می‌تواند به دلیل اثرات بیولوژیکی کانابیس بر عملکرد مغز (کاهش حافظه، تمرکز و توجه)، و همچنین بی‌علاقگی تدریجی نوجوانان در مدرسه می‌شود؛ که هر دو مورد می‌تواند منجر به افت تحصیلی شود. از آنجا که پیشرفت تحصیلی از نظر چشم‌انداز شغلی بلندمدت در بسیاری از محیط‌ها حائز اهمیت است،[۷۲] احتمال دستیابی نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر به یکپارچگی اجتماعی-اقتصادی می‌تواند به‌طور دائم کاهش یابد.

در بزرگسالان نشان، داده شده است که مصرف مداوم کانابیس، حتی با در نظر گرفتن مشکلات اجتماعی-اقتصادی یا خانوادگی در اوایل زندگی، با کاهش تحرک اجتماعی، مشکلات مالی و مشکلاتی در محیط کار در میان‌سالی ارتباط دارد.[۷۳] پژوهشی که بر روی ۱،۳۴۷ نفر که مواد تزریق می‌کردند در چین انجام شده است، سطح تحصیلات پایین و احتمال بالای بروز رفتار مجرمانه زیاد را دریافته است.[۷۴] به همین ترتیب، بررسی انجام گرفته از ۱۳۰ پژوهش منتشر شده در سال ۲۰۱۱، نتیجه گرفت که ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر احتمال بیکاری و از دست دادن شغل را افزایش می‌دهد؛ همچنین نشان داد که بیکاری خطر بازگشت مصرف مواد پس از درمان اعتیاد به مواد مخدر را افزایش می‌دهد، که حاکی از وجود چرخه‌ای خودتقویت‌کننده است.[۷۵]

در اینجا توجه به این نکته که تأثیر اختلالات مصرف مواد مخدر بر چشم‌اندازهای اجتماعی-اقتصادی (به‌ویژه افزایش خطر بیکاری، فقر و بی‌خانمانی) می‌تواند با بدنامی افراد در جامعه، و همچنین با پیامدهای تحمیلی ناشی از بازخواست دستگاه عدالت کیفری مرتبط باشد، حائز اهمیت است. بدنامی افراد در جامعه، در عدم دسترسی مصرف‌کنندگان مواد مخدر به خدمات بهداشتی و اجتماعی تأثیرگذار است؛ بنابراین، آسیب‌های احتمالی رفتارهای مصرف مواد را تشدید می‌کند.[۷۶، ۷۷]

تجربیات ناشی از بازخواست توسط دستگاه عدالت کیفری، می‌تواند شرایط زندگی مصرف‌کنندگان یا مبتلایان به اختلال مصرف مواد مخدر را، پس از آزادی، تحت تأثیر مضاعف قرار دهد. تجربهٔ بازخواست به‌وسیلهٔ دستگاه عدالت کیفری، غالباً شرایط اجتماعی-اقتصادی این افراد را بدتر می‌کند و باعث افزایش سطح فشار روانی و احتمال خطر مصرف مجدد مواد مخدر و زندانی شدن مجدد آن‌ها می‌شود.[۷۸]

مکانیسم‌های زیربنایی تعامل بین محرومیت اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مخدر

پیرو مدل نظری ارائه شده توسط دالگرن و وایتهد،[۷۹] همان‌طور که در بالا اشاره شد، مکانیسم‌های متعددی می‌تواند بر تعامل بین محرومیت اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر تأثیرگذار باشد: ژن‌ها، ویژگی‌های روان‌شناختی، رویدادهای ناگوار زندگی و فشار روانی، شبکه‌های اجتماعی و پویایی محله.

عوامل ژنتیکی

چندین پژوهش که اخیراً انجام شده‌اند، تأثیرات ژنتیک بر پیشرفت تحصیلی افراد،[۸۰] درآمد[۸۱] یا محرومیت اجتماعی محله،[۸۲] و همچنین پیشرفت تحصیلی و رفاه فرزندان را نشان داده‌اند؛[۸۳] که احتمالاً به دلیل تفاوت ذاتی توانایی شناختی و هوشی است. همچنین، به نظر می‌رسد که بین خطر ژنتیکی محرومیت اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد همپوشی وجود دارد؛[۸۴] اگرچه، تا به امروز این موضوع به‌طور گسترده در زمینهٔ مصرف مواد تحت نظارت مورد مطالعه قرار نگرفته است.

تأثیرات ژنتیکی، که می‌تواند آسیب‌پذیری کلی نسبت به اختلالات مصرف مواد مخدر را افزایش دهند،[۸۵] در طول دوره بلوغ به‌طور فزاینده‌ای آشکار می‌شوند و ممکن است در پیشبرد افراد از شروع به مصرف مواد مخدر به سمت الگوهای مصرف پایدارتر، نقش مهمی داشته باشند.[۸۶] در نهایت، شواهد جمع‌آوری شده در سال‌های اخیر، نشان می‌دهند که ویژگی‌های محیطی[۸۷] و مکانیسم‌های اپی‌ژنتیک،[۸۸] نقشی اساسی در تعیین میزان آسیب‌پذیری در برابر اختلالات مصرف مواد مخدر دارند؛ که نشان‌دهندهٔ این مسئله است که ویژگی‌های محیطی میزان تأثیر عوامل ذاتی در خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر را کنترل می‌کنند. این بدان معناست که محافظت از افراد در برابر تجارب نامطلوب، احتمال بروز اختلالات مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد.

دینامیک خانواده و همسالان

خانواده می‌تواند میزان خطر مصرف مواد مخدر و تشخیص اختلال مصرف مواد مخدر در افراد را تا حدودی از طریق ژنتیک، اما بیشتر از طریق مکانیسم‌های محیطی تحت تأثیر قرار دهد. در خانواده‌هایی با ویژگی‌های موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و مصرف مواد مخدر توسط والدین، و شاید فرزندپروری تک‌والدی،[۸۹] احتمال خطر بیشتری در زمینهٔ رفتارهای مصرف مواد مخدر مشاهده شده است. به‌طور مشابه، داده‌های یک مطالعه بین‌المللی در مورد نوجوانان در اروپا، نشان داد که نظارت والدین، که می‌تواند با سطح پایین مصرف مواد مخدر در بین جوانان مرتبط باشد،[۹۰] در میان خانواده‌هایی که در معرض مشکلات اجتماعی-اقتصادی هستند، کمتر از خانواده‌هایی است که با چنین مشکلاتی روبرو نیستند.[۹۱] همچنین، کمبود فعالیت‌های لذت‌بخش عاری از مواد مخدر در بین جوانان برخاسته از خانواده‌هایی که از نظر اجتماعی-اقتصادی محروم هستند، بر افزایش میزان مصرف مواد مخدر تأثیرگذار بوده است.[۹۲] به‌علاوه، در میان بزرگسالان، اعضای اقشاری که با ویژگی‌های محرومیت اجتماعی-اقتصادی مشخص می‌شوند، معمولاً دیدگاهی مثبت‌تر نسبت به مصرف مواد مخدر دارند؛ که به‌طور بالقوه می‌تواند در بروز سطوح بالاتر مصرف مواد مخدر و اختلالات مربوطه نقش داشته باشد.[۹۳]

حوادث ناگوار زندگی، فشار روانی، محدودیت شبکه‌ها و منابع حمایتی، و پیامدهای روان‌شناختی آن‌ها

تأثیر نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی بر اختلالات مصرف مواد مخدر همچنین می‌تواند از منظر قرار گرفتن در معرض حوادث ناگوار زندگی (به‌عنوان مثال سوء استفاده عاطفی و جسمی، غفلت، و خشونت جامعه) و فشار روانی مزمن بررسی شود.[۹۴] تجربهٔ این‌چنین حوادث ناگوار در طول زندگی، می‌تواند ادراک فرد از محیط زندگی وی را شکل دهد؛ و منجر به شعله‌ور شدن فرآیندهایی روان‌شناختی مانند تکانشگری و جبرگرایی شود؛[۹۵] که به نوبه خود می‌توانند در افزایش خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر نقش داشته باشد.

علاوه بر این، همچنین گفته شده است که تجربهٔ فقر، تأثیر مستقیم و منفی بر عملکردهای شناختی دارد؛ بنابراین، باعث کاهش رشد مهارت تصمیم‌گیری در فرد می‌شود.[۹۶] نشان داده شده است که تجربه مشکلات اجتماعی - اقتصادی در اوایل زندگی، ساختارهای مغزی مرتبط با تنظیم احساسات را شکل می‌دهد؛ که همچنین می‌تواند در افزایش خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر در طول زندگی دخیل باشد.[۹۷] این یافته‌ها نشان می‌دهد که مسیرهای بیولوژیکی، می‌تواند حداقل تا حدودی در رابطه بین تجربهٔ مشکلات در اوایل زندگی و بروز خطرات در مراحل بعدی، تأثیرگذار باشد.

پیامدهای اجتماعی-اقتصادی اختلالات مصرف مواد مخدر

رابطه بین نابرابری اجتماعی-اقتصادی و مصرف مواد مخدر، قطعی نیست. علاوه بر تأثیرات مستقیم شرایط اجتماعی-اقتصادی بر الگوهای اختلالات مصرف مواد مخدر در یک فرد، توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است که مصرف مواد مخدر، به‌ویژه در صورتی که مکرر و در مقادیر زیاد باشد، می‌تواند عواقبی منفی برای جایگاه اجتماعی-اقتصادی فرد و محله داشته باشد.

پیامدهای اختلالات مصرف مواد مخدر در سطح جوامع

علاوه بر پیامدهای منفی برای افراد، شیوع بالای اختلالات مصرف مواد مخدر می‌تواند بر جوامع و محله‌ها نیز تأثیرگذار باشد. به‌طور خاص، در میان کودکان و جوانان برخاسته از خانواده‌ها و جوامعی که با ویژگی اختلالات مصرف مواد مخدر مشخص شده‌اند، دستاوردهایی منفی مستند شده است.[۹۸] دو پژوهش زیست-محیطی انجام شده در ایالات متحده، نشان داد که میزان دستگیری‌های مربوط به مواد مخدر،[۹۹] و ترخیص بیماران مربوط به اوردوز اوپیوئیدها، با میزان بدرفتاری کودک ارتباط دارد.[۱۰۰] همچنین مشاهده شد که افزایش اوردوزهای ناشی از اوپیوئیدهای تجویزی بین سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۱ در ایالات متحده، با افزایش ۲ درصدی ترخیص بیماران مربوط به بدرفتاری با کودک، و ۱ درصد افزایش در مصدومیت کودکان، هم‌زمان بوده است.[۱۰۱]

در نهایت، مصرف مواد مخدر می‌تواند بر شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی محله‌ها تأثیرگذار باشد. بازار مواد مخدر غیرقانونی، فرصت‌هایی اقتصادی فراهم می‌کند که می‌تواند افراد را به سمت خارج شدن از بازار کار قانونی سوق داده و باعث دلسردی مشاغل رسمی شود؛ و بدین ترتیب، چرخه فقر و بی‌نظمی اجتماعی که می‌تواند به شیوع بیشتر اختلالات مصرف مواد مخدر دامن بزند را تداوم می‌بخشد.[۱۰۲]

تأثیر شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی بر دسترسی به درمان مؤثر اختلالات مصرف مواد مخدر

برآوردها نشان می‌دهد که از هر هشت فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر در جهان، تنها یک نفر به درمان دسترسی دارد؛ اگرچه اختلافات جغرافیایی زیادی در این زمینه وجود دارد.[۱۰۳] دسترسی به درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در کشورهای دارای سطح توسعه اقتصادی پایین و متوسط، نسبت به کشورهای توسعه‌یافته محدودتر است؛ که می‌تواند در نتیجه ترکیبی از ناآگاهی در مورد اختلالات مصرف مواد مخدر و منابع مالی محدود باشد.[۱۰۴] به‌عنوان مثال، بررسی‌های جهانی بهداشت روان نشان می‌دهد که در میان افرادی که معیارهای مربوط به اختلال مصرف مواد مخدر را دارند، گزارش شده است که ۴۳,۱ درصد از افراد در کشورهای پردرآمد، ۳۵,۶ درصد در کشورهایی با درآمد متوسط رو به بالا، و ۳۱,۵ درصد از افراد در کشورهایی با درآمد متوسط رو به پایین، نیازمند درمان هستند.

با بررسی میزان دسترسی واقعی به درمان دارای حداقل اثربخشی (تعریف‌شده به‌عنوان چهار جلسه یا بیشتر با یک متخصص سلامت روان و یا پزشک عمومی، و شش جلسه یا بیشتر با یک متخصص که در حیطه پزشکی آموزش ندیده)، متوسط میزان دسترسی ۷,۱ درصد گزارش شده است؛ که در مناطق مختلف اختلاف چشمگیری دارد: ۱۰,۳ درصد در کشورهای با درآمد بالا؛ ۴,۳ درصد در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا؛ و ۱ درصد در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رو به پایین. عدم دسترسی کافی به خدمات درمانی، دلیل اصلی تفاوت میزان دسترسی مشاهده شده در سطح کشورهای مختلف است.

علاوه بر این، دسترسی به مداخلات HIV، از جمله درمان ضد رترو ویروسی، در چندین کشور محدود است. به‌عنوان مثال، یک بررسی سیستماتیک نشان داد که در سال ۲۰۱۷، برنامه‌های سوزن و سرنگ، تنها ۳۳ سوزن و سرنگ به ازای هر یک از مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی در طول کل سال توزیع کرده‌اند؛ و تنها ۱۶ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر به درمان با کمک دارو دسترسی داشته‌اند.

کمتر از ۱ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی در کشورهایی زندگی می‌کردند که به‌طور گسترده هر دوی این اقدامات مهم را تحت پوشش قرار داده بودند. علاوه بر این، در بیشتر ۵۴ کشوری که به برنامه مشترک سازمان ملل در مورد HIV/AIDS گزارش ارائه دادند، پوشش برنامه‌های سوزن و سرنگ و درمان مبتنی بر جایگزینی اوپیوئیدها، بین سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸، در سطح پایینی باقی مانده است.[۱۰۵،۱۰۶]

در سطح فردی، کمبود یا ناکافی بودن پوشش بیمه درمانی،[۱۰۷] درآمد پایین،[۱۰۸] و سطح تحصیلات نیز با سطوح پایین دسترسی به درمان مصرف مواد مخدر مرتبط است.[۱۰۹] علاوه بر این، همان‌طور که در پژوهش انجام گرفته بر روی ۲۷۰۰ نفر در کانادا که مواد مخدر تزریق می‌کردند، نشان داده شد که گزینه‌های درمانی موجود برای تأمین نیازهای موجود کافی نیستند؛[۱۱۰] افرادی که زندانی می‌شوند، احتمالاً در دسترسی به درمان، مشکلات خاصی داشته باشند.

نگرش‌های بدنامی، یکی از موانع دسترسی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر به خدمات بهداشتی و اجتماعی است. این نگرش‌ها می‌تواند با بدنامی و انگ دیگری که به جایگاه پایین اجتماعی-اقتصادی، یا بازخواست شدن توسط دستگاه عدالت کیفری پیوسته است، تشدید شود. به‌عنوان مثال، یک پژوهش کیفی که بر روی نمونه‌ای از افراد بی‌خانمان در شهر کینگستون از ایالت انتاریو کشور کانادا انجام شد، نشان داد افرادی که دارای اختلالات مصرف مواد مخدر هستند، در تماس با بخش خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به‌طور مکرر تجربه‌های انگ گذاری و شرمزدگی را گزارش می‌کنند. این مسئله به نوبه خود می‌تواند این افراد را به چشم‌پوشی و یا رها کردن دسترسی به مراقبت مورد نیاز سوق دهد.[۱۱۱]

تحقیقات دیگری که در نیجریه انجام شده است، نشان داد که ۴۰ درصد از افرادی که خود را مشارکت‌کننده در رفتارهای پرخطر مصرف مواد مخدر می‌دانند، خواهان درمان بودند؛ اما باوجود موانعی مانند کمبود منابع مالی و خدمات درمانی موجود، و ترس از بدنامی و انگ‌گذاری، قادر به دریافت درمان مورد نیاز نبودند.[۱۱۲]
حتی در صورت دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب نیز گاهی اوقات مشاهده می‌شود که افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر که سطح تحصیلات یا درآمد پایینی دارند، یا پوشش بیمه درمانی مناسبی ندارند، در دسترسی به درمان‌های باکیفیت و تجربی، یا پیوستن به رژیم درمانی، مشکل دارند.[۱۱۴] خصوصاً در مواردی که سیستم مراقبت‌های بهداشتی منسجمی وجود نداشته باشد، یافتن کمک و درمان مناسب برای افراد دشوارتر می‌شود.[۱۱۴]

گروه‌هایی که به‌طور خاص در معرض تأثیر محرومیت اجتماعی-اقتصادی قرار دارند

زنان

باوجود اینکه شیوع اختلالات مصرف مواد مخدر به‌طور کلی در بین زنان کمتر از مردان است،[۱۱۵] اما زنانی که مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر هستند، در معرض آسیب‌پذیری بالایی قرار دارند.[۱۱۶] در وهلهٔ اول، زنانی که مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر هستند، در مقایسه با مردان، با احتمال بیشتری به‌طور هم‌زمان مبتلا به اختلال روان‌پزشکی دیگری نیز هستند. به‌عنوان مثال، در مطالعه انجام شده بر روی ۲۲۶ زنی که در پنج کشور مختلف اروپا (اتریش، ایتالیا، لهستان، اسپانیا و پادشاهی بریتانیا و ایرلند شمالی (اسکاتلند)) مصرف‌کننده مواد مخدر تزریقی بودند، ۸۷ درصد اختلال روان‌پزشکی هم‌زمان دیگری نیز داشتند (عمدتاً افسردگی، اختلال وحشت و اختلال استرس پس از سانحه)؛ و ۶۸ درصد در ۱۲ ماه گذشته در روابط فعلی یا روابط صمیمی اخیر خود خشونت بین فردی را تجربه کرده بودند.[۱۱۷]
دوم، زنان از نظر سلامت جنسی و تولید مثل، و همچنین تجربه خشونت جنسی، به‌ویژه در محیط‌های در معرض فقر و مصرف مواد مخدر، با خطرات خاصی روبرو هستند.[۱۱۸] پژوهشی که در دهلی انجام شد، نشان داد که زنانی که مواد مخدر تزریق می‌کردند، به دلیل عدم تعادل جنسیتی و دشواری در تحمیل خواسته‌های خود، که می‌تواند منجر به محدودسازی توانایی آن‌ها در جهت اقدامات لازم و افزایش خطر مواجهه با خشونت شود، در استفاده مناسب از داروهای ضد بارداری با دشواری روبرو بودند.[۱۱۹] زنانی که شریک زندگی آن‌ها نیز مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر است، ممکن است علاوه بر پیامدهای اعتیاد خود، از پیامدهای اعتیاد همسر نیز رنج ببرند. به‌عنوان مثال، پژوهشی که در میان زنانی که شریک زندگی آن‌ها در بسیاری از موارد به دلایل مربوط به مواد مخدر زندانی شده بود انجام شد، نشان داد که زنانی که «به حال خود رها شده بودند»، شاهد کاهش چشمگیر منابع مالی خود بوده‌اند؛ که موجب سوق دادن آن‌ها به برقراری رابطه جنسی در ازای دریافت پول شده بود.[۱۲۰] زنانی که مادر هستند، به دلیل اینکه رفاه فرزندان آن‌ها نیز می‌تواند تحت تأثیر مصرف مواد آن‌ها قرار گیرد، در معرض آسیب‌پذیری مضاعف قرار دارند.[۱۲۱] به‌طور خاص، شواهدی وجود دارد که احتمال از دست دادن حضانت کودک در میان زنانی که مواد روان‌گردان مصرف می‌کنند، با جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین، و مورد بازخواست دستگاه عدالت کیفری (سابقه مشکلاتی با پلیس، یا سابقه حبس) قرار گرفتن، ارتباط دارد.[۱۲۲] این مسئله ممکن است تأثیرات انباشت فشار روانی و مشکلات در مادرانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و به‌طور هم‌زمان با مشکلات اجتماعی-اقتصادی یا کیفری درگیر هستند را منعکس کند؛ که در مجموع، مانع توانایی‌های فرزندپروری آن‌ها می‌شود. در نهایت، به دلیل نیازهای متناقضی مانند فقدان خدمات کافی مراقبت از کودک در مراکز بهداشت، یا ترس از دست دادن حضانت کودک، مادر بودن می‌تواند احتمال درمان موفقیت‌آمیز اختلالات مصرف مواد مخدر را کاهش دهد.[۱۲۳]

جمعیت‌های دگرسان جنسی

به‌طور کلی، رابطه بین تعلق به گروه‌های لزبین، هم‌جنس‌گرا، دوجنس‌گرا، تراجنسیتی، کوئیر یا دوجنسه (LGBTQI) و میزان اختلالات مصرف مواد مخدر در سطح جهانی به‌خوبی توصیف نشده است.

پژوهش‌های انجام شده در مورد اقلیت‌های جنسی در چند کشور نشان داده است که نوجوانان و بزرگسالانی که با افراد هم‌جنس رابطه جنسی برقرار می‌کنند یا خود را به‌عنوان لزبین، هم‌جنس‌گرا، دوجنس‌گرا، تراجنسیتی، کوئیر، یا دوجنسه معرفی می‌کنند، نسبت به افرادی که هویت دگرجنس‌گرا دارند، با احتمال بیشتری به اختلالات مصرف مواد مخدر مبتلا می‌شوند.[۱۲۴]

بر اساس یک مطالعه نظارت ملی جوانان که در ایالات متحده انجام گرفت، ۵۰ درصد دانش آموزان دبیرستانی که خود را غیردگرجنس‌گرا معرفی کردند، کانابیس مصرف کرده بودند؛ در حالی که تنها ۳۵ درصد دگرجنسگرایان کانابیس مصرف کرده بودند. هنگامی که از آن‌ها در مورد مصرف کنونی کانابیس سؤال شد، در مقایسه با ۱۹ درصد دانش آموزان دگرجنس‌گرا، ۳۰ درصد دانش آموزان غیردگرجنس‌گرا پاسخ مثبت دادند. در مورد سایر مواد تحت نظارت نیز الگوهای مشابهی مشاهده شد: ۱۱ درصد در مقابل ۶ درصد در مورد مصرف مادام‌العمر مواد توهم‌زا؛ ۸ درصد در مقابل ۴ درصد در مصرف مادام‌العمر کوکائین؛ ۱۸ درصد در مقابل ۷ درصد در مصرف مادام‌العمر مواد استنشاقی؛ ۹ درصد در مقابل ۳ درصد در مصرف مادام‌العمر متامفتامین؛ ۹ درصد در مقابل ۳ درصد در استفاده مادام‌العمر MDMA (اکستازی)؛ و ۶ درصد در مقابل ۱ درصد در مصرف مادام‌العمر هروئین.[۱۲۵]

در پژوهشی که در هشت کشور اروپایی انجام شد، روند مشابهی مشاهده شد؛ که در آن نوجوانان ۱۵ سال‌های که گزارش کردند به جوانان هم‌جنس، یا هر دو مورد هم‌جنس و جنس مخالف جذب می‌شوند، تقریباً دو برابر بیشتر از افرادی که فقط به جوانان جنس مخالف جذب می‌شوند کانابیس مصرف می‌کنند.[۱۲۶] تفاوت‌های مشاهده شده در نوجوانان در مصرف مواد مخدر، در بزرگسالی نیز همچنان ادامه دارد: پژوهشی که در ایالات متحده انجام شده، نشان داد که میزان کلی ابتلا به اختلال مصرف مواد مخدر در میان افراد غیردگرجنس‌گرا، نسبت به افراد دگرجنس‌گرا ۵۰ درصد بیشتر بود؛ همچنین، مشاهده شد که میزان این اختلاف در جمعیت زنان بیشتر است.[۱۲۷] در این پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر این در زنان غیردگرجنس‌گرا، بیش از مردان است؛[۱۲۸] همچنین خطر ابتلا به این اختلالات در میان افراد تراجنسیتی نیز بالاتر بود.[۱۲۹]

گروه دیگری که در معرض خطر بالای مصرف مواد مخدر قرار دارند، افراد تراجنسیتی هستند. داده‌های به دست آمده از ۴۰۶ شرکت‌کننده تراجنسیتی در پژوهش انجام گرفته در کانادا، نشان داده در سال گذشته شیوع مصرف مواد تحت نظارت ۱۲٫۳ درصد، شیوع مصرف کوکائین ۷٫۳ درصد (در مقایسه با ۱٫۳ درصد در جمعیت عمومی)، و شیوع مصرف آمفتامین ۱٫۳ درصد (در مقایسه با ۰٫۳ درصد در جمعیت عمومی) بوده است.[۱۳۰] سطح بالاتر خطر مصرف مواد مخدر مشاهده شده در افرادی که به گروه‌های LGBTQI تعلق دارند، ممکن است تا حدی توسط انگ‌گذاری و تبعیضی که خواه واقعی باشد یا وابسته به ادراک افراد، این افراد اغلب از سنین پایین با آن روبرو می‌شوند، توضیح داده شود.[۱۳۱] تجربه محرومیت اجتماعی-اقتصادی در میان افرادی که به گروه‌های LGBTQI تعلق دارند (شرایطی که نسبت به افرادی که به‌عنوان دگرجنس‌گرا شناخته می‌شوند، در میان افرادی که خود را دوجنس‌گرا معرفی می‌کنند، یا در مورد گرایش جنسی خود اطمینان ندارند، بیشتر مشاهده می‌شود)[۱۳۲] می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر را افزایش دهد.

جمعیت‌های بومی

شواهد گسترده‌ای وجود دارد که میزان بالاتر خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر در میان افراد عضو اقشار بومی را مستند کرده است. به‌عنوان مثال، در ایالات متحده و کانادا، اختلالات مصرف کانابیس در افراد بومی ۲۰ تا ۵۰ درصد بیشتر از نژاد قفقازی است.[۱۳۳] از نظر مرگ‌ومیر، تا سال ۲۰۱۰، بومیان آلاسکایی، بالاترین آمار مرگ‌ومیر ناشی از مصرف مواد مخدر را در میان اقلیت‌های بومی آمریکای شمالی (۱۵/۶ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) به خود اختصاص داده بودند.[۱۳۴] به نظر می‌رسد افزایش خطر مرگ در میان افراد بومی در آمریکای شمالی، خصوصاً با مصرف مواد روان‌گردان مرتبط باشد. نکته مهم‌تر این است که این آمار در سال‌های اخیر افزایش یافته است.[۱۳۵]

در استرالیا و اقیانوسیه، اختلالات روانی و مصرف مواد مخدر، بیشترین بیماری‌های غیر کشنده در میان افراد متعلق به گروه‌های بومی هستند.[۱۳۶] همچنین عنوان شده است که میزان مصرف برخی از مواد مخدر، مانند مواد استنشاقی، در میان افراد بومی جمعیت‌های آلاسکا و قطب شمال در حال افزایش است.[۱۳۷] مطالعات مروری پیشنهاد می‌دهند که افزایش خطر مشاهده شده، ممکن است به دلیل شرایط اجتماعی-اقتصادی نامناسب،[۱۳۸] و سطح بالای فشار روانی و انسجام ضعیف خانواده باشد.[۱۳۹]

گروه‌های قومیتی و مهاجران

داده‌های مربوط به تمایزات قومی، پیچیدگی خاصی دارد. به‌عنوان مثال، میزان مصرف کانابیس در میان نوجوانان آفریقایی-آمریکایی در ایالات متحده، در مقایسه با همسالان نژاد قفقازی خود، به‌ویژه در نوجوانان مؤنث، پایین‌تر است. با این حال، این روندها با رسیدن به بزرگسالی[۱۴۰] و با گذشت زمان،[۱۴۱] به نقطه‌ای مشترک می‌رسند. میزان مرگ‌ومیر بر اثر مصرف اوپیوئیدها نیز در میان آفریقایی-آمریکایی تبارها از قفقازی‌ها پایین‌تر است؛[۱۴۲] اما میزان مصرف و اختلال مصرف کوکائین در میان آفریقایی-آمریکایی تبارها بیشتر از سایر گروه‌های قومیتی است.[۱۴۳]

تنوع در آمار ابتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر در بین گروه‌های قومیتی، در سایر زمینه‌ها نیز مشاهده شده است. در آلمان، میزان مصرف کانابیس در میان جوانان ترک-آلمانی تبار بیشتر از جوانانی است که سابقه مهاجرت ندارند.[۱۴۴] به‌طور مشابه، در انگلستان نیز افراد سیاه‌پوست و افراد دارای نژاد مخلوط، نسبت به سفیدپوستان، در مورد مصرف کانابیس در معرض خطر بالاتری قرار دارند؛ اما این خطر در میان افرادی که نژاد آن‌ها از جنوب شرقی آسیا نشأت می‌گیرد، خصوصاً در زنان، پایین است.[۱۴۵] علی‌رغم محدود بودن داده‌های قابل دسترسی از سایر زمینه‌ها، باید به این نکته توجه داشت که میزان مصرف مواد مخدر در گروه‌های قومیتی دیگر کشورها متفاوت است. به‌عنوان مثال، به نظر می‌رسد که خطر مصرف مواد مخدر در میان جوانان متعلق به قبایل ماهوری در شمال تایلند افزایش یافته است.[۱۴۶]

تفاوت مشاهده شده در اختلالات مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های قومی و مهاجر، ممکن است تا حدی منعکس‌کنندهٔ تفاوت در مشکلات اجتماعی-اقتصادی، و همچنین تجربهٔ عمومی ننگ و تبعیض باشد. به‌عنوان مثال، پژوهشی که بر روی ۲۳۱۵ دانشجوی آفریقایی-آمریکایی و سفیدپوست در ایالات متحده انجام شده، نشان داد که زنان آفریقایی-آمریکایی که تجربه تبعیض در گذشته را گزارش کرده‌اند، با احتمال بیش از سه برابر بیشتر از کسانی است که چنین تجربه‌ای را گزارش نکرده‌اند، مصرف کانابیس در بازه زمانی اخیر را گزارش کرده‌اند.[۱۴۷] به همین ترتیب، میزان مصرف کانابیس نیز در میان زنان سیاه‌پوستی که گزارش کرده‌اند هم‌جنس‌گرا هستند، افزایش یافته است؛ که نشان می‌دهد تبعیض مربوط به انواع مختلف اقلیت‌های هویتی، می‌تواند مطابق با چارچوب مقطعی بهداشت انباشته شود و به‌طور بالقوه هم‌افزایی داشته باشد.[۱۴۸]

اگرچه یافته‌های مربوط به افزایش خطر مصرف و اختلال در مصرف مواد مخدر در بین گروه‌های قومی متفاوت است، و عموماً از کشورهایی با درآمد بالا جمع‌آوری شده است، اما شواهد روشنی وجود دارد که نشان می‌دهد در موارد اختلال مصرف مواد مخدر، افراد گروه‌های قومی به احتمال پایین‌تری مراقبت‌های بهداشتی مناسب را دریافت می‌کنند. به‌عنوان مثال، پژوهشی که بر روی ۷۸۹ نفر از مصرف‌کنندگان مواد مخدر در سراسر ایالات متحده انجام گرفت، نشان داد که دو سال پس از شروع درمان، با در نظر گرفتن سایر شاخص‌ها از جمله عوامل اجتماعی-جمعیتی، احتمال دریافت بوپرنورفین توسط شرکت‌کنندگان اسپانیایی یا آفریقایی-آمریکایی تبار، پایین‌تر از سفیدپوستان بوده است.[۱۴۹] عدم پوشش بیمه درمانی، مشکلات دسترسی و قیمت‌های بالا، از جمله مهم‌ترین موانع مشاهده شده بودند. تحقیقات دیگر نیز تأیید کرده‌اند که سطح دسترسی و تکمیل درمان مصرف اوپیوئیدها در گروه‌های قومی مختلف، متفاوت است.[۱۵۰]

پژوهش‌های انجام شده در میان جمعیت مهاجر، که معمولاً تجربه سطح بالایی از دشواری اجتماعی-اقتصادی را دارند، بینش مضاعفی در مورد عوامل اجتماعی-اقتصادی و محیطی که می‌تواند بر الگوهای مصرف مواد مخدر تأثیر بگذارد را فراهم کرده است. به‌عنوان مثال، پژوهشی که نمونه کوچکی از جوانان برزیلی ساکن برزیل (n = ۱۶۱) و انگلستان (n = ۱۶۴) را مورد مقایسه قرار داد، نشان داد که میزان مصرف مواد مخدر در گروه دوم بالاتر است. علاوه بر این، الگوی مصرف مواد مخدر گزارش شده توسط برزیلی‌های مقیم انگلستان، با توجه به شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی مانند سطح پایین تحصیلات شکل گرفته است؛ که به نظر نمی‌رسد در گزارش‌های ارائه شده در مورد افرادی که در برزیل زندگی می‌کنند صادق باشد.[۱۵۱]

در تحقیقات دیگر، بر اساس مشاهدات انجام شده در مرز بین ایالات متحده و مکزیک در سان‌دیگو و تیوآنا، گزارش شده است که در صورتی که ترکیب شدن مهاجران با جمعیت محلی به شکلی انجام شود که موجب تجربهٔ شرایط نامساعد اجتماعی-اقتصادی توسط مهاجران شود، در معرض خطر بالای مصرف مواد مخدر قرار خواهند داشت.[۱۵۲] به‌علاوه، فشارهای ناشی از مهاجرت می‌تواند به نسل بعدی منتقل شود: به‌طور خاص، بررسی سیستماتیک و فراتحلیلی که اخیراً انجام گرفته است، نشان داد که احتمال مصرف داروهای روان‌گردان توسط فرزندان مهاجرانی که هنگام مهاجرت والدینشان به حال خود رها شده‌اند، ۱٫۲۴ برابر بیشتر از فرزندان والدین غیرمهاجر است.[۱۵۳]

همچنین، قرار گرفتن در شرایط مهاجرت، می‌تواند خطرات مرتبط با شرایط اجتماعی-اقتصادی نامطلوب را در پی داشته باشد. به‌عنوان مثال، در میان زنانی که در مرز مکزیک و گواتمالا مشغول کار جنسی هستند، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد احتمال مصرف مواد مخدر در میان مهاجران بیشتر از افراد غیرمهاجر است.[۱۵۴] به همین ترتیب، چندین پژوهش عنوان کرده‌اند که رفتارهای مرتبط با مصرف مواد در بین مهاجرانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، افزایش می‌یابد؛ به‌عنوان مثال، افرادی که از اتحاد جماهیر شوروی سابق به آلمان،[۱۵۵] یا از میانمار به چین[۱۵۶] مهاجرت کرده‌اند. بین جمعیت مهاجر، پیش‌زمینه‌های آن‌ها و میزان احتمال خطرات مصرف مواد مخدر که متوجه هر دسته از آن‌ها است، طبیعتاً ناهمگنی زیادی وجود دارد، و هنوز خلاء گسترده‌ای در تحقیقات مرتبط وجود دارد. به‌منظور دستیابی به اطلاعاتی که در جهت سیاست‌گذاری و طراحی برنامه، و همچنین اجرای خدمات درمانی مؤثر لازم است، مطالعهٔ دقیق ابعاد عنوان‌شده در زمینه‌های خاص، حائز اهمیت است.

آوارگان

آوارگان افرادی هستند که به دلیل درگیری مسلحانه، خشونت عمومی، نقض حقوق بشر، یا فاجعه‌های زیست‌محیطی، مجبور به ترک خانه خود شده‌اند؛ و به منطقه‌ای دیگر در کشور خود (آوارگان داخلی)، یا به کشور دیگری (پناهندگان) نقل مکان کرده‌اند.[۱۵۷] هرچند مطالعه‌ای که بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده بین سال‌های ۱۹۷۱ و ۲۰۰۷ در افغانستان، بوسنی و هرزگوین، کرواسی و پاکستان، در سال ۲۰۱۲ منتشر شد، شواهد ضعیفی مبنی بر افزایش میزان مصرف مواد مخدر در بین افراد آواره یافت؛[۱۵۸] اما داده‌های جدیدتر عنوان کرده‌اند که آوارگی با اختلالات مصرف مواد مخدر مرتبط است. پژوهشی که در کلمبیا انجام شد، شیوع بالای مصرف مادام‌العمر کانابیس (۱۱ درصد)، کوکائین (۳٫۵ درصد)، خمیر کوکائین (۲ درصد)، مواد استنشاقی (۲٫۳ درصد) و داروهای تزریقی (۰٫۷ درصد) را در میان آوارگان نشان داد.[۱۵۹]

قرار گرفتن در معرض آسیب جسمی و روانی[۱۶۰] و کمبود فرصت‌های اقتصادی،[۱۶۱] از جمله عواملی هستند که احتمالاً خطر مصرف مواد مخدر در بین آوارگان را افزایش می‌دهند. دسترسی به درمان اختلالات مصرف مواد مخدر برای آوارگان، به‌ویژه برای کسانی که به کشور دیگری مهاجرت می‌کنند، چالشی اساسی است.

جمعیت‌های محیط‌های روستایی

اگرچه داده‌های جهانی در مورد این مسئله محدود است، اما افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، ممکن است در زمینهٔ دسترسی به درمان مناسب برای موارد اختلال مصرف مواد مخدر با چالش‌های خاصی روبرو شوند. به‌عنوان مثال، پژوهشی بر روی بیش از ۱۶۰۰ نفر که به‌عنوان مصرف‌کننده مواد مخدر در استان هونان کشور چین ثبت شده‌اند، نشان داد که افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند به‌طور کلی کمتر از کسانی که در محیط‌های شهری زندگی می‌کنند، سابقه مشارکت در درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در گذشته را گزارش داده‌اند (۲٫۸ درصد در مقابل ۶٫۸ درصد).[۱۶۲]

در استرالیا نیز نتایج مشابهی مشاهده شده است؛ مصرف‌کنندگان مواد مخدر ساکن مناطق روستایی، نسبت به افرادی که در محیط‌های شهری زندگی می‌کنند، به اطلاعات و خدمات مناسب برای پیشگیری از پیامدهای بهداشتی ناشی از مصرف مواد مخدر و درمان اختلالات مصرف مواد مخدر، دسترسی کمتری دارند.[۱۶۳]

پیوست

با توجه به اینکه پیوست های کتابچه های شش‌گانه همواره بر روی وب‌سایت **UNODC** موجود است به دلیل مطول بودن از درج مجدد آن خودداری می‌کنیم. علاقه‌مندان می‌توانند این بخش را در لینک زیر دنبال کنند:

https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html

محرک‌های نوع آمفتامین: گروهی از مواد متشکل از محرک‌های مصنوعی تحت نظارت کنوانسیون مواد روان‌گردان سال ۱۹۷۱ و از گروه موادی به نام آمفتامین‌ها که شامل آمفتامین، متامفتامین، متکاتینون و مواد گروه «اکستازی» (۳، ۴-متیل‌اندیوکسیم-اتامفتامین (MDMA) و مشابه آن) است.

آمفتامین: گروهی از محرک‌های نوع آمفتامین که شامل آمفتامین و متامفتامین است.

شیوع سالانه: تعداد کل افراد در یک محدوده سنی معین که حداقل یک‌بار در سال گذشته مواد معینی را استفاده کرده‌اند، تقسیم بر تعداد کل افراد در آن محدوده سنی؛ و به‌صورت درصد بیان می‌شود.

خمیر کوکائین (یا پایه کوکائین): عصاره برگ بوته کوکائین. خالص‌سازی خمیر کوکائین باعث تولید کوکائین (باز و هیدروکلراید) می‌شود.

«**کراک**»: پایه کوکائین حاصل از هیدروکلراید کوکائین که از طریق فرآیندهای تبدیلی مناسب دود کردن می‌شود.

نمک کوکائین: هیدروکلراید کوکائین.

مصرف مواد مخدر: مصرف مواد روان‌گردان تحت نظارت به مقاصد غیرپزشکی و غیرعلمی، جز در حالتی که خلاف آن مشخص شده باشد.

فنتانیل‌ها: فنتانیل و مواد مشابه آن.

مواد روان‌گردان نوظهور: موادی که خواه در شکل خالص، یا با طی فرایند آماده‌سازی مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند و تحت نظارت کنوانسیون منفرد سال ۱۹۶۱ در زمینهٔ مواد مخدر یا کنوانسیون سال ۱۹۷۱ قرار ندارند؛ اما ممکن است تهدیدی اجتماعی تلقی شوند. در این زمینه، اصطلاح «نوظهور»، لزوماً به ابداعات جدید اشاره نمی‌کند؛ منظور موادی هستند که اخیراً در دسترس قرار گرفته‌اند.

اوپی‌یت‌ها: زیرمجموعه‌ای از خانواده اوپیوئیدها، متشکل از محصولات مختلفی که از گیاه خشخاش تولید می‌شود، ازجمله تریاک، مورفین و هروئین.

اوپیوئیدها: اصطلاحی کلی که هم به اوپی‌یت‌ها و به مشتقات مصنوعی آن (عموماً اوپیوئیدهای تجویزی و دارویی) و ترکیبات تولید شده در داخل بدن اشاره دارد.

مصرف‌کنندگان مشکل‌دار مواد مخدر: افرادی که در مصرف پرخطر مواد مشارکت می‌کنند. به‌عنوان مثال، افرادی که مواد تزریق می‌کنند، افرادی که به‌صورت روزمره مواد مصرف می‌کنند و یا افرادی که بر اساس معیارهای بالینی آورده شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) انجمن روان‌پزشکی آمریکا، یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم) سازمان بهداشت جهانی، تشخیص اختلالات مصرف مواد مخدر (مصرف خطرناک یا وابستگی به مواد) دریافت کرده‌اند.

افرادی که از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند/افراد دارای اختلالات مصرف مواد: زیرمجموعه‌ای از افرادی که مواد مصرف می‌کنند. مصرف آسیب‌زای مواد و وابستگی، از ویژگی‌های اختلالات مصرف مواد هستند. افراد دارای اختلالات مصرف مواد، نیازمند درمان، مراقبت بهداشتی و اجتماعی و بازپروری هستند.

مصرف آسیب‌زای مواد: در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم)، به‌عنوان الگویی در مصرف مواد که موجب آسیب رساندن به سلامت جسمی و روانی می‌شود، تعریف شده است.

وابستگی: در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم)، به‌عنوان مجموعه پدیده‌های روان‌شناختی، رفتاری و شناختی که در پی مصرف مکرر مواد ایجاد می‌شوند و معمولاً شامل تمایلی قوی به مصرف مواد، دشواری در کنترل مصرف مواد، پافشاری بر مصرف مواد بر خلاف عواقب آسیب‌زا، دادن اولویت بالاتر به مصرف مواد نسبت به دیگر فعالیت‌ها و وظایف و گاهی اوقات تجربه حالت بازگیری جسمانی تعریف شده است.

اختلالات مصرف مواد یا دارو: در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم)، به‌عنوان الگویی از علائم که از مصرف مکرر مواد بر خلاف تجربه مشکلات یا ناتوانی دی نتیجه مصرف مواد در زندگی روزمره ناشی می‌شود، تعریف شده است. بسته به تعداد علائم شناسایی‌شده، اختلال مصرف مواد می‌تواند خفیف، متوسط یا وخیم باشد.

پیشگیری از مصرف مواد و درمان اختلالات مصرف مواد: هدف «پیشگیری از مصرف مواد»، جلوگیری یا به تعویق انداختن شروع مصرف مواد و همچنین گذار به اختلالات مصرف مواد است. به‌محض اینکه فردی به اختلال مصرف مواد مبتلا شود، نیازمند درمان، مراقبت و بازپروری خواهد بود.

گزارش جهانی مواد مخدر از تعدادی نام‌گذاری منطقه‌ای و فرا منطقه‌ای استفاده می‌کند. این موارد رسمی نیستند و به شرح زیر تعریف می‌شوند:

• آفریقای شرقی: بوروندی، کومور، جیبوتی، اریتره، اتیوپی، کنیا، ماداگاسکار، موریس، رواندا، سیشل، سومالی، سودان جنوبی، اوگاندا، جمهوری متحد تانزانیا و مایوت

• شمال آفریقا: الجزایر، مصر، لیبی، مراکش، سودان و تونس

• آفریقای جنوبی: آنگولا، بوتسوانا، اسواتینی، لسوتو، مالاوی، موزامبیک، نامیبیا، آفریقای جنوبی، زامبیا، زیمبابوه و اتحاد ریونیون

• آفریقای غربی و مرکزی: بنین، بورکینافاسو، کابو ورده، کامرون، جمهوری آفریقای مرکزی، چاد، کنگو، ساحل عاج، جمهوری دموکراتیک کنگو، گینه استوایی، گابن، گامبیا، غنا، گینه، گینه بیسائو، لیبریا، مالی، موریتانی، نیجر، نیجریه، سائو تومه و پرینسیپ، سنگال، سیرالئون، توگو و سنت هلنا

• کارائیب: آنتیگوا و باربودا، باهاما، باربادوس، کوبا، دومنیکا، جمهوری دومنیکن، گرنادا، هائیتی، جامائیکا، سنت کیتس و نویس، سنت لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین ها، ترینیداد و توباگو، آنگویلا، آروبا، بونیر، هلند، جزایر ویرجین انگلیس، جزایر کیمن، کوراسائو، گوادلوپ، مارتینیک، مونتسرات، پورتوریکو، صبا، هلند، سنت اوستاتیوس، هلند، سنت مارتن، جزایر تورکس و کایکوس و جزایر ویرجین ایالات متحده

• آمریکای مرکزی: به لیز، کاستاریکا، السالوادور، گواتمالا، هندوراس، نیکاراگوئه و پاناما

• آمریکای شمالی: کانادا، مکزیک و ایالات متحده آمریکا، برمودا، گرینلند و سنت پیر و میکلون

• آمریکای جنوبی: آرژانتین، بولیوی (کشور چندملیتی)، برزیل، شیلی، کلمبیا، اکوادور، گویان، پاراگوئه، پرو، سورینام، اروگوئه، ونزوئلا (جمهوری بولیواری)، جزایر فالکلند (مالویناس) و گویان فرانسه

• آسیای میانه و ماوراء قفقاز: ارمنستان، آذربایجان، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان

• آسیای شرقی و جنوب شرقی: برونئی داروسلام، کامبوج، چین، جمهوری خلق دموکراتیک کره، اندونزی، ژاپن، جمهوری دموکراتیک خلق لائو، مالزی، مغولستان، میانمار، فیلیپین، جمهوری کره، سنگاپور، تایلند، تیمور لست، ویتنام، هنگ کنگ، چین، ماکائو، چین و استان تایوان چین

• جنوب غربی آسیا: افغانستان، ایران (جمهوری اسلامی) و پاکستان

• خاور نزدیک و میانه: بحرین، عراق، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان سعودی، فلسطین، جمهوری عربی سوریه، امارات متحده عربی و یمن

• جنوب آسیا: بنگلادش، بوتان، هند، مالدیو، نپال و سریلانکا

• اروپای شرقی: بلاروس، جمهوری مولداوی، فدراسیون روسیه و اوکراین

• اروپای جنوب شرقی: آلبانی، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، مونته نگرو، مقدونیه شمالی، رومانی، صربستان، ترکیه و کوزوو ۱۴۸

• اروپای غربی و مرکزی: آندورا، اتریش، بلژیک، قبرس، چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، لتونی، لیختن‌اشتاین، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موناکو، هلند، نروژ، لهستان، پرتغال، سان مارینو، اسلواکی، اسلوونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، پادشاهی بریتانیا و ایرلند شمالی، جزایر فارو، جبل‌الطارق و سلطنت مقدس

اقیانوسیه (شامل چهار منطقه فرعی):

• استرالیا و نیوزیلند: استرالیا و نیوزیلند

• پلی نزیا: جزایر کوک، نیوئه، ساموآ، تونگا، توالو، پلی نزی فرانسه، توکلائو و جزایر والیس و فوتونا

• ملانزی: فیجی، پاپوآ گینه نو، جزایر سلیمان، وانواتو و کالدونیای جدید

• میکرونزی: کریباتی، جزایر مارشال، میکرونزی (ایالت‌های فدرال)، نائورو، پالائو، گوام و جزایر ماریانای شمالی

این مجموعه که متشکل از ۶ کتابچه با عنوان کلی *«گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۰»* است، طیفی ارزشمند از اطلاعات و تحلیل‌هایی که می‌تواند به جامعه جهانی در اجرای توصیه‌های عملیاتی مشخصی کمک کند، از جمله تعهدات دولت‌های عضو در سند نهایی نشست ویژه مجمع عمومی در خصوص مواد مخدر که در سال ۲۰۱۶ برگزار شد.

کتابچه نخست خلاصه ای از ۵ کتابچه بعدی را با اشاره به یافته‌های کلیدی و برجسته ساختن توصیه‌های اجرایی آنها به دست می‌دهد. کتابچه دوم بر تقاضای مواد تمرکز کرده و نگاهی جهانی به حجم و روند مصرف مواد می‌اندازد، از جمله اختلال های مصرف مواد و پیامدهای آن برای سلامتی افراد. سومین کتابچه به زنجیره عرضه مواد می‌پردازد و آخرین برآوردها و روندها درباره تولید و قاچاق، اوپی‌یت‌ها، کوکائین، محرک‌های آمفتامینی، و کانابیس را به دست می‌دهد. در کتابچه چهارم گروهی از مسائل چندوجهی، همچون ماکرودینامیک‌هایی که گسترش و افزایش پیچیدگی بازار مواد را درپی داشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و همچنین نگرانی‌هایی که به طور فزاینده در این زمینه در حال زیادتر شدن است نیز از نظر گذرانده می شود: از جمله این نگرانی ها می توان به بحران جهانی و چند وجهی اوپیوئیدها، تغییرات سریع بازار، شکل گیری بازار مواد روانگردان جدید، استفاده از دارک نت برای عرضه مواد و نیز تحولاتی که در مناطق مختلف به سمت قانونی کردن مصرف غیرپزشکی کانابیس رفته است. کتابچه پنجم ارتباط شاخصه های اجتماعی – اقتصادی را با اختلال‌های مصرف مواد مورد بررسی قرار می دهد، از جمله در سطوح کلان، جماعتی و فردی. نهایتاً کتابچه ششم به دیگر مسائل مرتبط با مواد مخدر از جمله مناظره بین المللی درباره مسئله مواد که عمق شواهد درباره آن بسیار کم است، از جمله دسترسی به داروهای تحت کنترل، همکاری بین المللی در زمینه های مخدری، توسعه جایگزین در مناطق عمده کشت مواد و زنجیره مواد مخدر و جرایم می پردازد.

همچون سال‌های گذشته، *«گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۰»* هدف ارتقای سطح درک جهان از معضل مواد مخدر و مشارکت بیشتر و بهینه‌تر در زمینه همکاری های بین المللی به منظور مقابله با پیامدهای سوء آن برای سلامتی، حکمرانی و امنیت، را دنبال می‌کند. ضمیمه‌های آماری را می‌توانید همچنین در وب‌سایت UNODC دنبال کنید:

wdr.unodc.org

Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria Tel: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866,
www.unodc.org