

بررسی همه گیری شناختی اعتیاد در معتادان خودمصرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

*دکتر کریم اله حاجیان (PhD)^۱ - دکتر فرزانه خیرخواه (MD)^۲ - دکتر مهدی فلاطونی (MD)^۳

*نویسنده مسئول: گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

پست الکترونیک: drhajian@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۹/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۱۰

چکیده

مقدمه: شیوع بالای اعتیاد عوارض جسمی و روحی - روانی زیادی را به جامعه تحمیل می کند به طوری که از نظر بهداشت، مصرف مواد مخدر تزیقی یکی از راه های اصلی انتقال ایدز در کشور ما است و از نظر اجتماعی بیشتر زندانیان کشور در رابطه با جرائم مرتبط با مواد مخدر مجرم شناخته شده اند. بنابراین، شناخت عوامل دموگرافی، اجتماعی و فرهنگی در گرایش به اعتیاد، پیشگیری و شناخت همه گیری آن اهمیت ویژه ای دارد.

هدف: همه گیری شناختی اعتیاد در مراجعان خودمصرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان های بابل و ساری.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی و روش مقطعی با نمونه ۱۰۳۴ نفر از معتادان خودمصرف مراکز ترک اعتیاد بابل و ساری در سال های ۸۷-۱۳۸۲ به صورت سرشماری انجام شد. اطلاعات با فرم مدونی جمع آوری شد. این فرم جمع آوری اطلاعات از دو بخش شامل اطلاعات دموگرافی (سن، جنس، شغل، محل سکونت، تحصیلات و تاهل) و اطلاعات اختصاصی شامل سن شروع اعتیاد، علل گرایش، علل مراجعه جهت ترک، سابقه ترک، سابقه بیماری، هزینه مصرف، طول آخرین دوره مصرف، انواع مواد مصرفی و روش مصرف بود. در تجزیه و تحلیل آماری از آزمون کای دو برای تعیین رابطه بین متغیرها استفاده شد.

نتایج: ۹۶/۶٪ معتادان مرد و ۳/۴٪ آنها زن بودند و میانگین سنی (انحراف معیار) معتادان خودمصرف $33(±10)$ سالگی بود. میانگین سن شروع اعتیاد $21(±7)$ سال بوده و بیشترین (۴۱/۸٪) افراد در گروه سنی ۲۹-۲۰ سالگی قرار داشتند و کمترین فراوانی در گروه سنی ۷۰ سالگی و بالاتر بوده است. حدود ۷۵٪ آنها ساکن شهر و بیشتر (۶۸٪) افراد معتاد متاهل و ۲۵٪ بیکار بودند و ۴۰/۲٪ آنها شغل آزاد داشتند. بالغ بر ۶۷٪ آنها از نظر تحصیلات زیر دیپلم بودند. تریاک بیشترین نوع ماده مصرفی در معتادان بود، به طوری که ۷۴٪ تریاک به تنهایی یا در کنار سایر مواد اعتیادآور استفاده می کردند و بعد از تریاک، بیشترین (۳۸/۶٪) ماده مصرفی کراک، بیشترین علت مراجعه معتادان به مراکز ترک، مشکلات اجتماعی (۳۹/۲٪) و پس از آن مشکلات روانی (۲۸/۹٪) بود. بیشترین روش استفاده از مواد از تدخین (۷۳/۹٪) بوده است. حدود ۷۲٪ معتادان سابقه ترک داشتند. شیوع مصرف تریاک ($p=0/05$)، شیره ($p=0/04$) و کراک ($p=0/05$) بطور معنی دار در مردان بیش از زنان و بیشترین روش ترک، استفاده از متادون (۹۲/۳٪) بوده است. بیشترین (۴۵٪) علت گرایش معتادان خودمصرف به سمت مواد، دوست ناباب و پس از آن لذت جویی (۱۵٪) بود.

نتیجه گیری: تریاک و کراک شایع ترین ماده مصرفی بوده و اکثریت مراجعان سابقه ترک پیشین داشتند که نشانگر اهمیت روش های پیشگیری در برابر درمان است. با توجه به تنزل سن اعتیاد به دوره جوانی و شیوع بالای آن در افراد با تحصیلات پایین تر و بیکار، برنامه ریزی پیشگیری و تمرکز آموزش ها باید بر مقطع سنی جوان تر و افراد کم سواد و بیکار معطوف شود.

کلید واژه ها: اختلالات ناشی از مواد / مراکز ترک اعتیاد / مواد مخدر

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و دوم شماره ۸۷، صفحات: ۲۲-۳۰

مقدمه

بر پایه جدیدترین آمار ارائه شده، در ایران جمعیتی بالغ بر یک میلیون و دویست هزار معتاد دائمی و حدود هشتصد هزار معتاد تفرنی وجود دارد (۲). بدبختانه در سال ۱۳۸۶ طبق آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۴۳۲۰ نفر (تقریباً هر ۲ ساعت یک نفر) بر اثر سوءمصرف مواد مخدر در کشور جان خود را

اعتیاد به مواد مخدر بیماری زیستی، روانی و اجتماعی و با آسیب های ژرفی را به جامعه تحمیل می کند و بویژه امنیت اجتماعی را زیر سوال می برد (۱). کشور ما ایران در همسایگی بزرگترین تولید کننده مواد مخدر دنیاست و حدود ۹۰۰ کیلومتر با افغانستان و پاکستان مرز مشترک دارد.

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳. دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

مجرم تلقی نمی‌شوند. لذا مراکز درمانی و بازپروری بهزیستی منبع اطلاعاتی این پژوهش هستند که از نظر درمانی برنامه‌ریزی و گسترش مراکز ترک اعتیاد در بخش‌های خصوصی و دولتی در راستای توان بخشی و درمان معتادان در سطح استان مازندران و بویژه در شهرستان‌های ساری و بابل به درمان اعتیاد می‌پردازند و ستادهای مبارزه با مواد مخدر بیماران را به این مراکز ارجاع می‌دهند. گرچه مطالعات مناطق دیگر کشور نشان می‌دهد بخت بازگشت به اعتیاد در بیماران درمان شده در مراکز بازپروری بالا است ولی دانسته‌ها از شانس بازگشت در استان مازندران موجود نیست. از سویی دیگر در راستای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، شناخت عوامل دموگرافی، اجتماعی، فرهنگی و رفتاری در گرایش به سوی اعتیاد اهمیت ویژه‌ای دارد. با توجه به تیره‌های گوناگون در مناطق متفاوت ایران و تغییر جغرافیایی در الگوی همه‌گیری ساختی اعتیاد، هدف این بررسی، همه‌گیری شناختی اعتیاد از نگاه ویژگی‌های دموگرافی، اجتماعی و الگوی مصرف انواع مواد بود.

مواد و روش‌ها

جامعه این پژوهش، معتادان خودمصرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد بابل و ساری بودند. این مطالعه به صورت مقطعی بر اساس اطلاعات پرونده ۱۰۳۴ نفر از معتادان خودمصرف مراجعه‌کننده به یکی از مراکز هفتگانه ترک اعتیاد بابل و ساری (بهزیستی امیرالمومنین - مرکز ترک اعتیاد سلامت - مرکز مشاوره ترک اعتیاد ساری - درمانگاه ترک اعتیاد شهید ذاکریان - مرکز ترک اعتیاد شهید حکیم - کمپ نجات‌یافتگان بابل - مرکز ترک اعتیاد استقامت) انجام شد که به صورت سرشماری از مراجعان در سال‌های ۱۳۸۲ لغایت پایان خرداد ۱۳۸۷ به این مرکز مراجعه و برایشان پرونده و کارت مخصوص تشکیل شده و به‌صورت دوره‌ای مشاوره روانشناسی توسط روانشناس مرکز مربوطه برایشان انجام شده بود. انتخاب پرونده‌ها به صورت سرشماری بود. در بازخوانی پرونده بیماران نزدیک به ۳٪ پرونده‌ها به دلیل ثبت نشدن اطلاعات کافی در پرونده از مطالعه خارج شدند. اطلاعات مورد نظر از طریق فرم مخصوص جمع‌آوری شد.

از دست داده‌اند که ۳٪ آنها زن و بقیه مرد بودند (۱). کشور ایران به دلیل جوان بودن جمعیت، دشواری پرشماری در زمینه اعتیاد دارد. این عارضه امروز در افراد جوان شایع‌تر است و سن ابتلای به آن به شیوه چشمگیری کاهش یافته است. به نظر می‌رسد آمار معتادان به مراتب بیش از برآورد آماری ستاد مبارزه با مواد مخدر (حدود ۲۰۰۰۰۰۰ نفر) باشد و برخی از منابع غیررسمی، جمعیت معتادان کشور را تا ۳۳۰۰۰۰۰ نفر تخمین می‌زنند. خسارت اقتصادی ناشی از سوءمصرف و قاچاق مواد مخدر در ایران سالیانه حدود ۷۰۰ میلیارد تومان است (۳). سازمان ملل در طی گزارشی در سال ۲۰۰۸ اعلام کرد که ۱۴ تن هروئین و حدود ۴۵۰ تن تریاک تولید شده در افغانستان، در ایران مصرف شده‌است و این به آن معناست که ایران بالاترین آمار مصرف سرانه مواد مخدر را در جهان دارد (۴). دامنه تاثیر اعتیاد از این جهت اهمیت دارد که پیامد وخیم آن تنها گریبان فرد معتاد را نمی‌گیرد، بلکه خانواده، دوستان و همکاران نیز در معرض آثار ویرانگر و خانمان‌سوز آن قرار خواهند گرفت. شیوع زیاد اعتیاد از نقطه نظر سلامت اهمیت پیدا می‌کند. وقتی به عوارض جسمی و روحی - روانی اعتیاد توجه می‌کنیم، مصرف مواد تزریقی اعتیاد یکی از راه‌های اصلی انتقال ایدز در کشور ماست. به‌طوری‌که ۶۶٪ موارد مبتلا به ایدز و HIV از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بوده‌اند و از نظر اجتماعی ۷۵٪ زندانیان کشور ما جرائم مرتبط با مواد مخدر داشته‌اند (۳).

از سویی بررسی مختلف در خصوص بخت بازگشت معتادان پاک شده به سمت وابستگی به مواد بالاست و حدود ۶۷٪ معتادان پاک شده در خلال ۶ هفته از هنگام ترک و حدود ۸۰-۷۵٪ بیماران پاک شده در خلال یک سال پس از ترک، عود دوباره دارند و نرخ موفقیت پاکسازی دائمی یا طولانی مدت مراکز رسمی ترک اعتیاد در بهترین شرایط در حدود ۱۵٪ است که خوشنود کننده به نظر نمی‌رسد (۲). اما در مورد الگوی اپیدمیولوژی شناختی اعتیاد اطلاعات کافی در منطقه وجود ندارد. در بررسی همه‌گیری شناختی اعتیاد، منابع اطلاعاتی اندکی وجود دارد. به‌دلیل بار اجتماعی - سیاسی و اخلاقی، به‌طور معمول از بررسی‌های بهداشتی خانوار، این اطلاعات را نمی‌توان بدست آورد. افراد معتاد زیر درمان،

متوسط هزینه سرانه روزانه مصرف 1400 ± 4800 تومان و متوسط مدت آخرین دوره مصرف $2/4 \pm 5/4$ سال بود.

جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی معتادان خودمصرف در این مطالعه ($41/8\%$) در گروه سنی ۲۹-۲۰ ساله قرار داشتند. کمترین مراجعان به مراکز ترک اعتیاد مربوط به گروه سنی ۷۰ ساله و بالاتر بود ($0/5\%$). حدود 78% بیماران خودمصرف کمتر از ۴۰ سال داشتند. در توزیع سنی بیماران در دو جنس مرد و زن، اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت ($p=0/63$).

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد گروه‌های سنی معتادان خودمصرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بابل و ساری بر حسب جنس

گروه‌های سنی (سال)	مرد تعداد(درصد)	زن تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
<۲۰	۱۹(۱/۹)	۱(۲/۹)	۲۰(۲/۰)
۲۰-۲۹	۴۱۱(۴۱/۶)	۱۷(۴۸/۶)	۴۲۸(۴۱/۸)
۳۰-۳۹	۳۴۲(۳۴/۶)	۱۰(۲۱/۶)	۳۵۲(۳۴/۴)
۴۰-۴۹	۱۳۰(۱۳/۲)	۶(۱۷/۱)	۱۳۶(۱۳/۳)
۵۰-۵۹	۶۷(۶/۸)	-(-)	۶۷(۶/۵)
۶۰-۶۹	۱۴(۱/۴)	۱(۲/۹)	۱۵(۱/۵)
≥ 70	۵(۰/۵)	-(-)	۵(۰/۵)
جمع	۹۸۸(۱۰۰)	۳۵(۱۰۰)	۱۰۲۳(۱۰۰)

جدول ۲ نشان می‌دهد که اکثریت معتادان خودمصرف ($96/6\%$) مرد و $75/3\%$ ساکن شهر بودند. حدود نیمی از آنان مسکن شخصی داشتند. اکثریت جمعیت معتادان کم‌سود بودند و تنها $4/9\%$ دارای تحصیلات دانشگاهی (لیسانس و بالاتر) بوده و نزدیک 25% آنها بیکار بودند. همچنین، حدود نیمی از معتادان خودمصرف روزانه بیش از ۵۰۰۰ تومان صرف تهیه مواد مخدر می‌کردند.

برای طراحی این فرم در ابتدا به تمامی مراکز ۷ گانه رسمی ترک اعتیاد مراجعه و نمونه فرم‌های پرونده‌های مراجعین به هر مرکز جمع‌آوری و تنها اطلاعاتی که در همه مراکز بطور مشترک در پرونده‌ها قید شده بود، به‌صورت فرم واحد طراحی شد. فرم جمع‌آوری شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافی (از قبیل: سن، جنس، محل سکونت، محل تولد، تاهل، شغل، سواد، وضعیت مسکن و تحصیلات) و ۱۵ سوال اختصاصی در رابطه با روندی که فرد معتاد طی نموده و در آن شرایط نهایتاً دچار وابستگی به مواد و مراجعه جهت درمان شده (شامل: علت مراجعه، سن شروع مصرف مواد، مدت مصرف، نوع ماده مصرفی، راه اصلی مصرف، نحوه مراجعه، متوسط هزینه پرداختی جهت تهیه مواد، روش ترک، سابقه مصرف سیگار، سن شروع مصرف سیگار، سابقه بستری یا مراجعه سرپایی جهت ترک، سابقه بیماری جسمی، سابقه بیماری روانی و علت گرایش به اعتیاد) طراحی شد. پس از مراجعه پژوهشگر به هر یک از مراکز ترک اعتیاد و ارائه معرفی نامه و موافقت مراکز با مراجعه به پرونده‌ها اطلاعات استخراج شد. اطلاعات مورد نظر با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS تجزیه و تحلیل و از آزمون کای دو برای تعیین رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی ($\pm$ انحراف معیار) معتادان $33/2 \pm 10$ سال و میانگین سن ($\pm$ انحراف معیار) شروع اعتیاد 21 ± 7 سالگی و سن شروع اعتیاد در $42/9\%$ مبتلایان در دامنه سنی ۱۹-۱۰ سالگی بود. بیشترین گروه سنی شروع اعتیاد در زنان در دامنه سنی ۲۰-۲۹ سالگی ($37/1\%$) ولی در مردان بیشترین سن شروع اعتیاد در دامنه سنی ۱۹-۱۰ سالگی بود ($43/2\%$) که نشان می‌دهد سن شروع اعتیاد در مردان پایین‌تر از زنان است. بعد از سن ۴۰ سالگی، تقریباً در کل، $2/5\%$ اعتیاد را شروع کرده‌اند و تنها $0/3\%$ مصرف مواد را در زیر ۱۰ سالگی شروع کرده‌بودند. حدود 85% جمعیت بین ۱۰-۲۹ سالگی مصرف مواد را شروع کرده بودند. اختلاف توزیع سن شروع اعتیاد بین دو جنس از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/34$) میانگین سن شروع کشیدن سیگار در 18 ± 6 سالگی بود. به‌طور

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای دموگرافی در معتادان خود معرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بابل و ساری

متغیرها	تعداد(درصد)	p-value
جنس		
مرد	۹۸۸(۹۶/۶)	۰/۰۰۱
زن	۳۵(۳/۴)	
وضعیت محل سکونت		
منزل شخصی	۵۰۵(۴۸/۹)	۰/۰۰۱
استیجاری-رهنی	۲۶۲(۲۵/۴)	
منزل پدری	۲۵۰(۲۴/۲)	
منزل پدر همسر	۷(۰/۷)	
منزل سازمانی	۳(۰/۳)	
سایر موارد	۶(۰/۶)	
وضعیت تاهل		
مجرد	۲۶۷(۲۵/۸)	۰/۰۰۱
متاهل	۷۰۳(۶۸/۰)	
متارکه	۶۲(۶/۰)	
فوت همسر	۲(۰/۲)	
محل سکونت		
شهر	۷۹(۷۵/۳)	
روستا	۲۵۵(۲۴/۷)	
میزان تحصیلات		
بیسواد	۴۷(۴/۵)	۰/۰۰۱
خواندن و نوشتن	۱۹(۱/۸)	
ابتدائی	۲۰۸(۲۰/۱)	
سیکل یا راهنمایی	۳۹۳(۳۸/۰)	
دیپلم یا فوق دیپلم	۳۱۷(۳۰/۷)	
لیسانس	۴۳(۴/۲)	
فوق لیسانس	۳(۰/۳)	۰/۰۰۱
دکتر	۴(۰/۴)	
شغل		
دانش آموز	۵(۰/۵)	۰/۰۰۱
دانشجو	۱۰(۱/۱)	
خانه دار	۲۲(۲/۱)	
سرباز	۵(۰/۵)	
کارگر	۲۱۳(۲۰/۶)	
کشاورز	۶۷(۶/۵)	
کارمند	۳۵(۳/۴)	
آزاد	۱۶۲(۴۰/۴)	
بیکار	۲۵۹(۲۵/۰)	
بازنشسته	۲(۰/۲)	
هزینه روزانه مصرف مواد		
کمتر از ۱۰۰ تومان	۲۷(۲/۶)	۰/۰۰۱
۱۰۰-۲۰۰ تومان	۵۹(۵/۷)	
۲۰۰-۳۰۰ تومان	۱۳۰(۱۲/۶)	
۳۰۰-۴۰۰ تومان	۱۵۹(۱۵/۴)	
۴۰۰-۵۰۰ تومان	۱۵۵(۱۵/۰)	
بیشتر از ۵۰۰ تومان	۵۰۴(۴۸/۷)	

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد انواع ماده مصرفی برحسب جنس در معتادان خود معرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بابل و ساری

جنس	مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	p-value
نوع ماده مصرفی				
حشیش	۲۷۵ (۲۷/۵)	۵ (۱۴/۳)	۲۸۰ (۲۷/۴)	۰/۰۷
شیره	۲۲۷ (۲۳/۰)	۳ (۸/۶)	۲۳۰ (۲۲/۵)	۰/۰۴
تریاک	۷۳۶ (۷۴/۵)	۲۱ (۶۰/۰)	۷۵۷ (۷۴/۵)	۰/۰۵
هروین	۹۴ (۹/۵)	۳ (۶/۸)	۹۷ (۹/۰)	۰/۰۸
اکل	۲۸۵ (۲۸/۸)	۱۰ (۲۸/۶)	۲۹۵ (۲۸/۸)	۰/۰۹
کوکائین	۷۰ (۷/۱)	۵ (۱۴/۳)	۷۵ (۷/۳)	۰/۰۱
توهم زا	۳۹ (۳/۹)	۲ (۵/۷)	۴۱ (۴/۰)	۰/۰۶
استنشاقی	۹ (۰/۹)	-	۹ (۰/۹)	۰/۰۵
کراک	۳۸۴ (۳۸/۵)	۱۹ (۵۴/۳)	۴۰۳ (۳۹/۸)	۰/۰۵

جدول ۳ نشان می‌دهد که به‌طور کلی در افرادی که یک، دو یا تعداد بیشتری از مواد را مصرف می‌کردند، شایع‌ترین موارد سوءمصرف به ترتیب تریاک (۷۴/۶٪)، کراک (۳۹٪)، اکل (۲۸/۸٪)، حشیش (۲۷/۵٪)، شیره (۲۲/۵٪) و هروین (۹/۵٪) بوده‌است. درصد شیوع تریاک ($p=0/05$)، شیره ($p=0/04$) و کراک ($p=0/05$) در مردان به صورت معنی‌دار بیش از زنان بود. همچنین، در ترکیب الگوی مصرف از ۱۰۳۴ نفر مورد مطالعه ۸۶۱ نفر (۸۳/۳٪) از تریاک به‌تنهایی یا کراک به‌تنهایی استفاده می‌کردند یا تریاک و کراک را همزمان مصرف می‌کردند و ۷۰۲ نفر (۶۷/۹٪) از دو نوع ماده مخدر یا بیشتر استفاده می‌کردند و تنها ۳۳۲ نفر (۳۲/۱٪) به یک نوع ماده اعتیاد داشتند. ۴۸۷ نفر از معتادان خود معرف (۴۷٪) به ۳ نوع ماده مخدر یا بیشتر اعتیاد داشتند که نزدیک به نیمی از جمعیت مورد مطالعه است. تریاک بیشترین ماده مصرفی در معتادانی بود که تنها از یک نوع ماده مخدر استفاده می‌کردند و تقریباً ۱۷٪ از کل جمعیت فقط از تریاک استفاده می‌کردند. بعد از آن کراک با میزان ۱۴/۱٪ بیشترین ماده مخدر در معتادانی بود که فقط از یک نوع ماده استفاده می‌کردند. هیچ‌یک از معتادان از مواد توهم‌زا یا استنشاقی به‌تنهایی استفاده نمی‌کردند.

حاکمی از بایستگی تمرکز و توجه بیشتر در این رده سنی برای پیشگیری از اعتیاد دارد. از طرفی میانگین سنی معتادان خود معرف مراجعه کننده جهت ترک ۳۳ سال است. یعنی به طور متوسط از زمان شروع وابستگی به مواد تا هنگام تصمیم‌گیری به ترک اعتیاد حدود ۱۲ سال فاصله وجود دارد که مدت بسیار زیادی است و به این ترتیب به نظر می‌رسد انگیزه کافی در سطح جامعه برای معتادان در تصمیم‌گیری هر چه سریع‌تر به ترک داوطلبانه وجود ندارد و باید در این زمینه کار بیشتری انجام شود. میانگین سن شروع مصرف سیگار در جامعه ۱۸ سالگی بود که با توجه به پایین‌تر بودن آن از میانگین سن ابتلای به مواد می‌توان گفت که مصرف دخانیات زمینه‌ساز و پیش درآمد مساعد در سوق جوانان به سمت وابستگی به مواد اعتیادآور باشد. در بررسی سن شروع اعتیاد (بدون تفکیک جنس) بیشترین فراوانی (۴۲/۹٪) مربوط به رده سنی ۲۹-۲۰ سالگی بود که نشان‌دهنده تنزل سن ابتلای در جامعه به دوره نوجوانی است که هشدار جدی برای خانواده‌ها و مسئولان است. از سویی بالاتر بودن سن شروع اعتیاد در اکثریت زنان معتاد و شیوع کمتر اعتیاد در زنان نشان‌دهنده استعداد بیشتر مردان در ابتلای به سوء مصرف و سرانجام وابستگی به مواد در سن پایین‌تر و توجه بیشتر به آنهاست. از نظر توزیع سنی معتادان در مطالعه ما بیشتر در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سالگی قرار داشتند که با نتایج مطالعات دیگر در داخل کشور سازگار است (۱۰، ۶۸، ۵۵ و ۱۱). ولی برخی مطالعات دیگر فراوانی بیشتر را در سن بالاتر گزارش کرده‌اند (۹) ولی از نظر میانگین سنی، نتایج مطالعه ما با مطالعات داخل کشور (۱۱، ۹، ۵ و ۱۴) همخوانی دارد. در مقابل یا در گزارش دیگری در ایران (۱۲) و نیز در شیکاگو (۱۵) میانگین سنی در مورد میانگین سن شروع اعتیاد، نتایج مطالعه ما با برخی مطالعات دیگر در داخل کشور که میانگین سن آن را ۲۰ تا ۲۲ سال ذکر کرده‌اند همخوانی دارد (۱۴). ولی در مطالعه‌ای دیگر میانگین سن شروع اعتیاد ۲۸/۸ سالگی (۵) و در گزارشی دیگر در ایتالیا کمتر از مطالعه ما بوده است (۱۲). شاید تفاوت فرهنگی و اجتماعی و همچنین میزان دسترسی به مواد بتواند تفاوت الگوی سنی معتادان خود معرف را توجیه کند. در مطالعه ما تنها ۰/۳٪ معتادان خود معرف اعتیاد را در زیر ۱۰

به علاوه، بیشترین علت مراجعه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد مربوط به مشکلات اجتماعی آنان بود (۳۹/۷٪) که به تفکیک جنسیتی نیز تغییری به وجود نیامد و پس از آن بیشترین علت مراجعه در هر دو جنس به مراکز ترک اعتیاد، مشکلات روانی معتادان بود (۲۹/۲٪). کمترین علت مراجعه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد به علت مشکلات قانونی بوده است (۰/۷٪). در مجموع ۵۱۷ نفر (۵۰/۳٪) به دلیل عوارض جسمی و روانی ناشی از مصرف مواد، یعنی حدود نیمی از معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند و ۲۵٪ آنان بر اثر فشار افراد خانواده خود به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. همچنین، نتایج نشان داد که ۹۰۱ نفر (۸۷/۱٪) سیگاری بودند (۸۹٪ مردان و ۶۲/۸٪ زنان) و بیشترین (۷۳/۹٪) فراوانی روش مصرف اعتیاد را روش تدخین (یا با روش‌های دیگر همزمان) به خود اختصاص داده بود و ۲۵/۷٪ تنها از روش تدخین استفاده می‌کردند. پس از تدخین بیشترین روش (با هر تعداد روش مصرف) خوردن بود (۵۸/۵٪). حدود ۷۲٪ معتادان سابقه ترک مواد داشتند. حدود ۲۰/۸٪ سابقه بیماری جسمی داشتند و بیش از ۲۰٪ سابقه بیماری روانی و مراجعه به روانپزشک داشتند. جهت ترک اعتیاد ۹۴/۴٪ معتادان خود معرف به طور سرپایی مراجعه کرده و تنها ۵/۶٪ بستری شده بودند. حدود ۹۵۴ نفر (۹۲/۳٪) از متادون استفاده می‌کردند و ۶/۱٪ از نشست‌های گروهی برای ترک بهره برده بودند. در مجموع کمتر از ۰/۵٪ از روش‌هایی مانند نالتروکسان- مشاوره- خود درمانی و ترامادول برای ترک استفاده کرده بودند. بیشترین علت گرایش به سمت مواد (۴۵٪) دوست ناباب و پس از آن لذت‌جویی بود (۱۵٪). در مرتبه سوم، مشکل خانوادگی قرار داشت (۱۲/۳٪). در مجموع، از دلایل گرایش چهار عامل: دوست ناباب، لذت‌جویی، مشکلات خانوادگی و بیماری‌های روانی و جسمی حدود ۸۳٪ علل را به سوی وابستگی به مواد تشکیل می‌دادند.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این بررسی میانگین سن شروع اعتیاد ۲۱/۸ سالگی بود که با توجه به جوان بودن بافت جمعیتی کشور،

در بدبینانه‌ترین حالت، فراوانی زنان معتاد جامعه از ۱۰٪ کل معتادان تجاوز کند.

در مطالعه ما ۷۵/۳٪ معتادان خودمصرف ساکن شهر بودند که نشان‌دهنده رابطه مستقیم شهرنشینی و صنعتی شدن با افزایش نرخ ابتلای به اعتیاد است (البته احتمال مراجعه آسان‌تر شهرنشینان و دسترسی آسان‌تر به مرکز ترک شهری نیز می‌تواند علت احتمالی دیگر باشد). نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که اکثر معتادان خود مصرف مورد مطالعه، متأهل (۶۸٪) و نزدیک ۲۵٪ مجرد بودند و نیمی منزل شخصی نیز داشتند که ما را به این نتیجه می‌رساند که ازدواج و تشکیل خانواده از یکسو و زندگی و مسکن مستقل از سوی دیگر نمی‌تواند مانع و مهاری در گرایش جوانان به سمت و سوی اعتیاد باشد. از نظر توزیع تاهل، نتایج مطالعه ما با مطالعه دیگر در ایران همخوانی داشته است (۳،۵،۶،۸،۹ و ۱۰). بیشتر معتادان از نظر تحصیلات در سطح سیکل یا راهنمایی بودند (۳۸٪) و در کل بیشتر جمعیت (۹۵٪) معتادان خود مصرف تحصیلات دانشگاهی نداشتند که می‌توان به اهمیت ادامه تحصیل به‌خصوص تحصیلات دانشگاهی به‌عنوان عامل بازدارنده مهمی در گرایش جوانان به اعتیاد پی برد. البته خود اعتیاد یا شرایط و اختلال زمینه‌ساز آن می‌تواند عامل مانع ادامه تحصیل باشد. در این مطالعه همچنین از هر ۴ فرد معتاد، یک نفر بیکار بود که نشان‌دهنده اهمیت نقش اشتغال‌زایی برای جوانان در کنار امر تحصیل به‌عنوان یک عامل مهار کننده است. به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی برای اشتغال‌زایی جوانان از عوامل اصلی بازدارنده اعتیاد باشد. این یافته‌ها با مطالعات دیگر انجام شده در ایران همخوانی دارد (۱۱ و ۶،۳-۹).

بر اساس یافته‌های مطالعه ما، بدبختانه بیش از نیمی از معتادان از دو نوع ماده مخدر یا بیشتر استفاده می‌کردند که این موضوع مساله ترک اعتیاد را (با توجه به تفاوت در عوارض، آثار و شدت وابستگی در مواد مختلف) با چالش جدی و دشواری‌های بسیار مواجه کرده و بخت ترک دائم را کاهش می‌دهد. چون مصرف تریاک چه در معتادان سوءمصرف‌کننده یک نوع ماده مخدر و چه مصرف‌کنندگان ۲ یا بیشتر ماده، هم‌چنان بیشترین فراوانی را دارد، می‌توان نتیجه گرفت که

سالگی و فقط ۲/۵ درصد در بالای ۴۰ سالگی شروع کرده‌اند و نشان‌دهنده آن است که رده سنی کودکان و افراد مسن، استعداد کمی در گرایش به سوءمصرف مواد دارند و ۸۵/۱٪ سن شروع اعتیاد در بازه سنی ۱۰ تا ۲۹ سالگی در مطالعه ما نشان می‌دهد که برنامه‌ها و آموزش پیشگیرانه در گرایش یا ابتلای به وابستگی به مواد باید بیشتر در این دو دهه زندگی تمرکز یابد.

نتایج این پژوهش نشان داد که ۸۷/۱٪ معتادان خودمصرف پیش از شروع اعتیاد، دخانیات استفاده کرده‌اند که شاهدی بر این مدعاست که دخانیات دروازه ورود به اعتیاد است. بیشتر افراد سیگاری (۴۱/۲٪) مصرف سیگار را در ۱۵ تا ۱۹ سالگی شروع کرده بودند که با سن شایع شروع وابستگی به مواد در مطالعه ما همخوانی دارد. با توجه به نتایج که نشان می‌دهد ۹۶/۶٪ معتادان خودمصرف در کشور ما را مردان و ۳/۴٪ آنان را زنان تشکیل می‌دهد، می‌توان به معنی‌دار بودن این اختلاف در جنس معتادان پی برد. این نکته نشان می‌دهد که در جوامع شرقی، به‌دلیل ساختار فرهنگی و اجتماعی، تفاوت رفتار و گرایش‌های دو جنس نسبت به اعتیاد وجود دارد. زنان در کشور ما در خطر کمتری قرار دارند. در مورد جنس معتادان خودمصرف مطالعه ما با همه مطالعه‌های داخل کشور [بجز عباسی و همکاران در گرگان که فراوانی زنان معتاد را ۷/۳٪ ذکر کرده بود (۱۱)] از این نظر که کمتر از ۵٪ جمعیت معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند، همخوانی دارد (۱۴ و ۸،۶،۵،۳). ولی در مقایسه با مطالعات خارج از کشور تفاوت‌های کاملاً فاحشی دیده می‌شود به‌طوری‌که شیوع زنان معتاد از ۲۵٪ تا ۴۳٪ گزارش شده است (۱۶ و ۱۲،۱۳،۱۵). تفاوت الگوی فراوانی اعتیاد در دو جنس مرد و زن در جوامع غربی و شرقی مانند کشور ما را باید در تفاوت ساختار فرهنگی - اجتماعی بین دو جنس جستجو کرد. البته، شاید به دلیل زشت دانستن و نپذیرفتن زن معتاد در جامعه ما، بخشی از آنان از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد خودداری نمایند. لذا پایین بون شیوع اعتیاد در زنان در مطالعه ما و مطالعات مشابه دیگر در داخل کشور بر اساس اطلاعات موجود از مراکز ترک اعتیاد، شاید مراجعه نکردن زنان معتاد به این مراکز به‌دلیل مسائل فرهنگی باشد. با وجود این نیز دور به نظر می‌رسد که

همخوانی ندارد، ولی با مطالعات دیگر ۷۵٪ تا ۸۰٪ معتادان خودمعرف سابقه ترک ناموفق داشتند که با نتایج مطالعه ما سازگار است (۱۷، ۱۴، ۸).

با توجه به یافته‌های این بررسی که بیشترین علت گرایش معتادان در نمونه مورد مطالعه به سمت وابستگی به مواد به ترتیب دوستان ناباب، لذت‌جویی و مشکلات خانوادگی ذکر شده و این سه عامل اصلی، تمام علل گرایش جوانان را به اعتیاد نشان می‌دهد که می‌توان به نقش خطیر خانواده در جلوگیری از گرایش جوانان به سمت و سوی اعتیاد با فراهم کردن بستری امن و مطمئن در خانواده، بدون تنش و درگیری اشاره کرد. در این صورت دیگر جوانان نیازی به برقراری ارتباط و الگوبرداری از دوستان نااهل را احساس نمی‌کنند. در رابطه با علل گرایش به اعتیاد در مطالعات مختلف، آرای متفاوتی ارائه شده‌است: در مطالعات دیگر نیز علت اصلی گرایش به اعتیاد، الگوبرداری از دیگران، حس کنجکاوی و لذت‌جویی (۹) و نیز در گزارش دیگر به ترتیب دوستان ناباب و لذت‌جویی و مصرف تغذیه و فرار از درد و ناراحتی جسمی ذکر شده‌است (۱۰) که با نتایج مطالعه ما تا حدود زیادی همخوانی دارد.

با توجه به تنزل سن اعتیاد به دوره جوانی و شیوع بالای آن در افراد با تحصیلات پایین‌تر و بیکار، برنامه‌ریزی پیشگیری و تمرکز آموزش‌ها باید به دوره سنی جوان‌تر و افراد کم‌سواد و بیکار معطوف شود. همچنین اکثر معتادان خودمعرف قبلاً سابقه ترک ناموفق داشتند و نرخ موفقیت در پاکسازی دائمی یا طولانی کمتر از ۲۰٪ بود. بنابراین، راهکارها باید بیشتر در پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر تمرکز یابد تا به درمان که هم هزینه‌بر و هم وقت‌گیر و پیچیده است و هم از موفقیت پایینی دارد. از سویی فاصله زمانی چشمگیر بین سن ابتلا به اعتیاد و سن مراجعه برای ترک نشان‌دهنده بایستگی و لزوم تلاش در آگاه‌سازی و ایجاد بسترهای تشویقی و انگیزشی در معتادان برای اقدام هر چه سریع‌تر برای رهایی از این دشواری شوم است.

تشکر و قدردانی: از همکاری صمیمانه مسولان محترم مراکز ترک اعتیاد در شهرهای ساری و بابل در گردآوری داده‌های این بررسی تشکر می‌کنیم.

مواد مخدر صنعتی و نیمه صنعتی جدید (با ترکیب خطرناک و ناشناخته) خوشبختانه هنوز نتوانسته جای مصرف سنتی تریاک را در معتادان کشور پر کند. در همه مطالعات داخل کشور نیز مشابه مطالعه ما، بیشترین ماده مخدر مصرفی است (۳، ۱۰-۱۱). پس از تریاک در مطالعه ما، کراک بیشترین نوع ماده مصرفی بود. و مصرف کراک بسیار آسان‌تر است و سرخوشی خیلی راحت‌تر و سریع‌تر از تریاک حاصل می‌شود کراک ارزان است و از سوی دیگر عوارض جانبی خطیر و چشمگیری دارد، به نظر می‌رسد این ماده در سال‌های اخیر بسرعت جای تریاک را در بین معتادان گرفته باشد که با توجه به عوارض گوناگون و جبران‌ناپذیر آن باید چاره‌ای اندیشید. در این مطالعه مشکلات اجتماعی معتادان بیشترین علت مراجعه آنها به مراکز ترک بود که مشکلات روانی را به رتبه دوم تنزل می‌دهد و می‌تواند نشان‌دهنده این واقعیت باشد که در اجتماع ما هنوز اعتیاد به‌عنوان پدیده‌ای شوم و عامل بسیاری از هنجارشکنی‌ها، به هیچ عنوان پذیرفته نیست. بافت فرهنگی جامعه ما، اجازه حضور و ورود معتادان را (تا زمان تصمیم قطعی و اقدام به ترک) در هیچ‌کدام از عرصه‌های فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و حتی اقتصادی نمی‌دهد که سبب نوعی طردشدگی و سرخوردگی در معتاد شده و او را وادار به ترک می‌کند. در مورد انگیزه اصلی ترک تنها در برخی از مطالعات به آن پرداخته‌اند و تمایل شخصی بیشترین عامل مراجعه بوده است (۸). مطالعه‌ای دیگر بیشترین علت مراجعه برای ترک را خسته شدن از اعتیاد فعلی خود ذکر بودند (۱۴).

بر اساس یافته‌های این بررسی ۷۲٪ معتادان پیشینه ترک ناموفق مواد را ذکر می‌کنند که با مطالعات موازی دیگر مبنی بر شیوع ۷۵-۸۰٪ شکست درمان در مراکز ترک اعتیاد کشوری همخوانی دارد (۲). دلیل این میزان شکست بالا شاید به علت پی‌گیری نامنظم معتادان تازه پاک شده و خانواده آنها پس از مرحله اولیه سم زدایی و همچنین توجه نداشتن و بها ندادن کافی به زمینه وابستگی روانی معتاد به اعتیاد و بزرگنمایی بیش از حد وابستگی جسمی ایشان و سرمایه‌گذاری نکردن در پاکسازی وابستگی روانی باشد. در مورد میزان شکست درمان در یک مطالعه ۳۷/۹٪ افراد یک تا دو بار سابقه ترک ناموفق را داشتند (۵) که با مطالعه ما

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع

1. Sotudeh H. Social problems of addiction, 2nd ed. Tehran; Avaie Noor publication, 2001: 191-2 [Text in persian].
2. Sadeghieh-Ahary S. Study of Reasons of Returning Volunteered Addicted to Drug abuse in Patients Attending to Tehran Drug Abuser's Camp. The General Practitioner Thesis, Tehran University of Medical Sciences, 2000-2001 [Text in persian].
3. Eftekhari-Ardebili M, Addiction (chapter 12), psychological Health, In: Hatami H, Razavi M, Eftekhari_Ardebili H, Majlesi F, Siednorouzi M, Parizadeh M. Text book of public health, Vol 3, 2nd edition Tehran; Derakhshan Publication, 2008: 1952-67. [Text in persian].
4. Taheri-Nakhost HR. The worldwide trend of substance abuse. Quarter J of New Research in scientology 2008; 2: 22-30 [Text in persian].
5. Amani F, Sadegie-Ahari S, Mohammadi S, Azami A. The trend in substance abuse among addicts referred to withdrawal centers, 1998-2003. J Ardebil University of Medical Sciences, 2005; 3(5):220-224 [Text in persian].
6. Rahimi-Alisarai A, Modirnia MG. A study of demographic characteristics in two groups of monitored and unmonitored addicts for finishing the detoxification stage in volunteered addict camp in Guilan (Rasht-Lahijan) from 1997 till 1999, the specialist psychiatry thesis, Guilan Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, 1999 [Text in Persian]. Abstract available from: <http://iranpsych.tums.ac.ir/newthesis.asp>
7. Navab-rad Y, Banazadeh-mahani N. A Study of Depression Frequency in Addicts in Kerman. the General Practitioner thesis. Rafsanjan Faculty of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, 1998 [Text in persian].
8. Mohammadyazad M, Pakseresht S. A study of stimulus of giving up drug abuse in addicts in Ahvaz detoxification camps. The specialist psychiatry thesis, Ahvaz faculty of medicine, Ahvaz University of Medical Sciences. 2001 [Text in persian]. Abstract
9. Moosavi A, Ahmadi J. A survey of demographic characteristics of addicted referred to Shiraz detoxification centers, the Specialist psychiatry thesis. Shiraz Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, 2002 [Text In Persian]. Abstract Available from: <http://iranpsych.tums.ac.ir/newthesis.asp>
10. Ghoreishizadeh SM, Torabi K. Determinants of Substance Dependency to Drugs in Addicts Attending to Tabriz detoxification Centers. J Psychiatry and Clinical Psychologist (Cognitive & Behavior) 2002; 8(29): 21-28. [Text in persian].
11. Abassi A, Taziki S, Moradi A. The Prototype of Drug mis-abused of Opioids in the Self-Introduced Addicts in Gorgan, Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2006; 8(17):22-27[Text in persian].
12. Pavarin RM. Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. Ann Ist Super Sanita, 2006; 42(4):477-84.
13. Isralovitz R, Rawson R. Gender Differences in Prevalence of Drug use Among High Risk Adolescents in Israel. Addict Behavior 2006; 31(2):355-8.
14. Day C, Nassirimanesh B, Shakeshaft A, Dolan K. Patterns of drug use among a sample of Drug Users and Injecting Drug Users Attending a General Practice in Iran, Harm Raduct J2006; 26(1):10-15.
15. Broz D, Quillet LJ. Prevalence and correlates of former injection drug use among young noninjecting heroin users in Chicago, Subst Use Misuse, 2010; 45(12):2000-25.
16. Moselhy HF, Fahmy E, Mikhael VS, El-Sheikh H. Impact of Self Reported Life Events on the Profile of Opioid Dependence Syndrome. Am J Drug Alcohol Abuse 2010; 36(1):7-12.
17. Ribero M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack-cocaine: a Five-Year follow-up Study of Treated Patients. Eur Addict Res 2007; 13:11-19.

Epidemiology of Addiction among Volunteered Addicts Attending in Detoxification Centers

Hajian K. (Ph.D)¹- Khirkhah F. (MD)²- Falatoni M. (MD)³

*Corresponding Address: Dept of Social Medicine and Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Email: drhajian@yahoo.com

Received: 18 Jan/2013 Accepted: 30 Mar/2013

Abstract

Introduction: Prevalence of addiction imposes deep physical, psychological and social effects on Prevalence of addiction imposes deep physical, psychological and social effects on the society. From health and social viewpoints, addiction has a serious impact on the society because particularly, intravenous drug users is a main source of AIDS and HIV infection transmission in the community and the majority of prisoners commit drugs related crimes. Thus, it is important to identify the role of socio-demographic and cultural factors on the addictions for preventive purposes.

Objective: The objective of this study was to investigate the epidemiologic aspects of addiction among volunteered addicts who tend to give up in Babol and Sari.

Materials and Methods: This is a descriptive and analytic study of 1034 volunteered addicted subjects who took part in giving up in detoxification centers in Babol and Sari from 2003 till 2007. The existing data were extracted from charts of the patients using a designed questionnaire composed of two parts: First, demographic data (age, gender, job, education, residence area and marital status) and the second part included some specific data about the age of starting addiction, the type of drug abuse, the reason for usage and giving up, disease background, the cost of consumption and duration of last period of consumption. The data were analyzed using SPSS software and Chi square test was used to find the related characteristics.

Results: The results showed that 96.6% of the addicts were men and just 3.4% were women and average age ($\pm$ SD) was 33($\pm$ 10) years. The mean age of starting addiction was 21 ($\pm$ 7) years. The most prevalent age group of patients was 20-29 years (41.8%) and the least age group belongs to 70 years or over. About 75% were living in urban area and most of them were married (68%). A quarter of the addicts were jobless and 40.2% were self employed and more than 67% educated less than diploma. Opium was the most popular drug among them used by 74% followed by cocaine at the second rank (38.6%). The most important reason for giving up addiction was social problems (39.2%) and psychotic problems (28.9%). The most common way of drug usage was smoking (73.9%). Roughly, 72% of the addicts had giving up background. Using of opium ($P=0.05$), shireh ($P=0.04$) and cocaine ($P=0.05$) were significantly more common among men than women. The most popular way for giving up was MMT method (92.3%). The most important reasons for addiction were associating with bad friends (45%) and temptation (15%).

Conclusion: The results show that opium and cocaine are the most common substances used and the majority of addicts had history of giving up already that indicates the importance of prevention to treatment. Regarding the decreased starting age of addiction in our society, and its high prevalence among low educated and jobless individuals, the preventive educational program should be focused primarily on these high risk groups

Conflict of interest: non declared

Key words: Narcotics/ Substance Abuse Treatment Centers/ Substance- Related Disorders

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 87, Pages: 22-30

Please cite this article as: Hajian K, Khirkhah F, Falatoni M. Epidemiology of Addiction among Volunteered Addicts Attending in Detoxification Centers. J of Guilan University of Med Sci 2013; 22(87):22-30. [Text In Persian]

1. Dept of Social Medicine and Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Dept of Psychiatry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

3. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran