

اهمیت بهداشتی:

سوء مصرف موادمخدر یکی از مهم ترین مسائل بهداشتی کشور به شمار می رود. آمارها بیانگر آنست که ۱/۲ تا ۳/۳ میلیون نفر از جمعیت ایران مبتلا به اعتیاد هستند. این شیوع زیاد بخصوص هنگامی اهمیت بیشتری می یابد که به عوارض جسمی و روانی اعتیاد توجه شود. هم اکنون مصرف تزریقی مواد به عنوان شایع ترین راه انتقال HIV در کشور به شمار می رود. بطوریکه ۶۶/۴٪ از مبتلایان شناخته شده HIV/AIDS مصرف کنندگان تزریقی مواد هستند. اعتیاد خطر ابتلاء به هپاتیت و توبر کولوز را نیز بالا می برد و عوارض روانی فراوانی برای فرد مصرف کننده به دنبال دارد. پدیده اعتیاد عوارض اجتماعی نیز برای فرد مصرف کننده و جامعه خواهد داشت. برای مثال ۷۵٪ زندانی شدگان سال ۲۰۰۰ در کشور، جرایم مرتبط با موادمخدر داشته اند. از سوی دیگر اعتیاد، منجر به عوارض جسمی، روانی و اجتماعی متعددی میشود. ضمن این که روند درمان اعتیاد مشکل، طولانی، پرهزینه و با موفقیت کم است. دو سوم بیمارانی که تحت درمان با هدف قطع مصرف مواد افیونی قرار می گیرند در عرض ۶ هفته بازگشت به مواد دارند. ۳۳٪ بیماران مبتلا به وابستگی هروئین که سه سال ترک کامل داشته اند در نهایت مجدداً به مصرف هروئین می پردازند. به این ترتیب پیشگیری از ابتلاء افراد جامعه به سوء مصرف مواد به معنی جلوگیری از تحمیل هزینه های سنگین به اجتماع، ابتلاء افراد به ایدز و بیماری های دیگر، کاهش بازدهی در محیط کار، وقوع جرم و جنایت و در معرض خطر قرار گرفتن نسل بعدی است.

پراکندگی بیماری در ایران:

در سال های اخیر میزان مصرف مواد مخدر افزایش یافته و بیشترین میزان افزایش در سال های ۵۲ تا ۵۶ با میزان ۱۶۶٪ رخ داده است. پس از آن تا سال ۶۶ به تدریج از شدت آن کاسته شده و مجدداً در دوره زمانی سال های ۶۷ تا ۷۱ به میزان رشد ۵۹ درصد رسیده است. آمار شیوع سوء مصرف مواد مخدر در ایران از ۱/۲ میلیون نفر تا ۳/۳ میلیون نفر متفاوت است. در سال ۱۹۹۷ از مجموع ۹۶۰۰۰۰ نفری که برای ازدواج، مجوز کسب و کار و گواهینامه پایه ۱ مورد آزمایش اپیوئیدها قرار گرفتند حدود ۳۹/۲٪ پاسخ مثبت داشتند. این آمار با توجه به این که افرادی که مورد آزمون قرار می گرفتند از عواقب پاسخ مثبت، اطلاع داشتند، احتمالاً پایین تر از میزان واقعی است. با در نظر گرفتن اینکه تمامی افراد مورد آزمایش، بالاتر از ۱۵ سال سن داشتند و حدود ۶۰٪ جمعیت ایران در این طیف سنی قرار می گیرند، می توان تست اپیوئید مثبت را در کل جامعه، بیش از یک میلیون نفر تخمین زد. شایان ذکر است که در برخی شهرها تا ۱۰٪ افراد موادمخدر مصرف می کنند و تخمین زده می شود که از جمعیت ۱۲ میلیونی تهران ۲۴۰۰۰۰ نفر مواد مصرف می کنند که به نظر می رسد این تخمین بسیار کمتر از مقدار واقعی است. خلاصه ای از شیوع مصرف، مصرف تزریقی مواد و ارتباط آن با عفونت HIV در جدول زیر مشاهده می شود:

همانطور که مشاهده می شود در حال حاضر شایع ترین راه انتقال عفونت HIV در کشور ما مصرف تزریقی مواد مخدر است و علاوه بر این بیش از ۳/۲۷٪ مصرف کنندگان مواد مخدر، دچار عفونت های منتقله از طریق تماس جنسی و ۷/۱۷٪ مبتلا به هپاتیت، آبه و توبر کولوز می باشند.

یکی از مطالعات مهم درباره اپیدمیولوژی و الگوی مصرف مواد مخدر در ایران مطالعه «ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران» است که با همکاری دفتر کنترل موادمخدر سازمان ملل در سال ۹۹-۱۹۹۸ انجام شده است. بر اساس این مطالعه بیشترین گروه معتادین (۶۸٪) را افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله تشکیل می دادند. اکثریت افراد متاهل (۷/۵۶٪) و ۶/۳۴٪ مجرد و تعداد کمی متارکه کرده و یا همسر مرده بودند. بیشتر افراد تحصیلات در حد ابتدایی و راهنمایی داشتند. از نظر شغلی کارگران با

۴/۲۴٪ در رده اول و پس از آن بیکاران، مغازه داران و رانندگان به ترتیب در رده های بعدی قرار می گرفتند. بیشترین ماده مصرفی تریاک بوده است و مردان بیش از ۹۰٪ و زنان کمتر از ۱۰٪ از معتادین را تشکیل می دادند. میانگین سن شروع مواد در این مطالعه ۲/۲۲ سال بوده است.

تعریف اپیدمیولوژیک

مفهوم اعتیاد از چهار عنصر تشکیل شده است:

۱. پیشروی Progression
 ۲. اشتغال ذهنی Preoccupation
 ۳. فقدان کنترل تصور شده Perceived loss of control
 ۴. پایداری Persistence علیرغم عواقب منفی درازمدت
- بنابراین رفتار اعتیادی وضعیت پیش رونده ای است که در آن فرد به طور فزاینده ای وقت و انرژی صرف کرده و در نتیجه احساس عدم کنترل می کند که تنها از طریق تکیه بر یک عامل بیرونی (دارو، قدرت برتر) می تواند بر آن فائق آید. این حالت علیرغم وجود عواقب منفی ادامه می یابد.
- در DSM IV از اعتیاد نامی به میان نیامده است و در عوض از دو واژه دیگر با نام های وابستگی به مواد و سوء مصرف مواد استفاده شده است.

عوامل خطر ساز:

عوامل یادگیری شامل شرطی سازی، اثر تقویت کنندگی مصرف (Reinforcement) و بازدارندگی محرومیت (aversion) به تنهایی توجیه کننده شروع و ادامه مصرف مواد در بیماران نیستند. در برخی شرایط مصرف طولانی مدت مواد، منجر به اعتیاد نمی شود. مثلاً شانس اعتیاد به مواد در بیمارانی که در طی بستری در بیمارستان به دلیل درد، مواد مخدر دریافت نموده اند بسیار کم است. تنها ۱۲٪ سربازان آمریکایی که در ویتنام مصرف کننده هروئین بودند پس از سه سال از بازگشت به کشورشان عود وابستگی به هروئین داشتند. این یافته ها بیانگر وجود عوامل خطر ساز است که در کنار عواملی نظیر یادگیری و بیولوژی منجر به سوء مصرف مواد می شود. عواملی که باعث افزایش شانس سوء مصرف و وابستگی به موادمخدر می شود عبارتند از:

۱. عوامل بیولوژیکی: شاید بیشترین مطالعات ژنتیکی سوء مصرف مواد در والدین الکلیک صورت گرفته باشد. الکلیسم در والدین پیشگیری کننده سوء مصرف الکل و دیگر مواد، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی در دوران نوجوانی است. این آسیب پذیری ژنتیکی در مورد دیگر مواد نظیر کانابیس، سیگار و هروئین شناخته شده است.
۲. ویژگی های فردی:

- پرخاشگری و کنش نمایی (Acting out) هیجانات
 - اختلال در کارکرهای شناختی نظیر اشکال در برنامه ریزی (Planning) توجه و تمرکز، منطق انتزاعی، آینده نگری، قضاوت (self monitoring)، برآورد زیاد از سوء مصرف مواد مخدر در جامعه (False consensus)، نگرش مثبت به مواد
 - فرار از مدرسه
 - وضعیت تحصیلی نامناسب
 - اختلالات خلقی و اضطرابی
- در مقابل، برخی از ویژگی ها نظیر موفقیت های تحصیلی در مدرسه، اهداف بالای تحصیلی، هوش بالا، توانایی کنترل

هیجانات، توانایی برقراری ارتباط مناسب با دیگران، اعتماد به نفس بالا، توانای حل مساله، انعطاف پذیری و اعتقادات صحیح مذهبی، به عنوان عوامل محافظت کننده (Factors Protective) شناخته می شوند.

۳. عوامل خانوادگی:

- از دست دادن والدین به دلیل فوت، طلاق و یا زندانی شدن آن ها
 - حمایت زیاد (overprotection) و یا کنترل زیاد (over controlling) توسط یکی از والدین (معمولا مادر)
 - پدری که از نظر عاطفی سرد باشد و حضور فعال در منزل نداشته باشد (Absent father)
 - وابستگی خیلی زیاد به یک خواهر یا برادری که مصرف کننده مواد است.
 - مقصر شمردن مرتب کودک به دلیل مشکلات مختلف در خانواده
 - مصرف مواد در یکی از والدین از طریق الگو برداری فرزند شانس مصرف مواد را در او افزایش می دهد.
۴. عوامل اجتماعی: عوامل اجتماعی از مهم ترین عوامل شروع مصرف مواد مخدر شمرده می شوند. شیوع بالای مصرف مواد مخدر در جامعه به خصوص در گروه همسالانی که فرد با آن ها تقابل دارد می تواند از عوامل شروع مصرف مواد باشد. این عوامل از طریق فشار همسالان، تلاش برای همراهی و مطرح نمودن خود در گروه همسالان، در معرض قرار گرفتن و دسترسی آسان به مواد، درک غلط طبیعی بودن مصرف مواد، اثر می کنند.
- تاثیر این عوامل در دوران تغییر موقعیت اجتماعی بخصوص ورود به مقاطع جدید تحصیلی راهنمایی و دبیرستان بیشتر است.

برنامه های کنترل بیماری:

پیشگیری باید شامل رویکردهایی باشد که هم متوجه افراد بوده (کاهش تقاضا) و هم سعی در کاهش دسترسی افراد به مواد مخدر نماید (کاهش عرضه) رویکردهایی که منحصرا متوجه کاهش عرضه بوده و به کاهش تقاضا توجهی نمی کند از موفقیت خیلی کمتری برخوردار است.

۱. مداخلاتی که متوجه «سیستم و محیط» است که این مداخلات عمدتا کاهش عرضه و دسترسی مواد را هدف قرار می دهد. مداخلاتی نظیر ریشه کن کردن محصول، رشد محصولات جایگزین، تعقیب قانونی، جلوگیری از حمل مواد مخدر در مرزها و کنترل راه های دریایی، هوایی و زمینی، ایجاد اخلاص در بازار مواد به منظور خلع سلاح گروه های درگیر و ردیابی و مصادره اموال قاچاقچیان جهت جلوگیری از تجمع سودهای نامشروع را می توان رویکردهایی با این هدف دانست که بر عوامل شکننده چرخه تولید مواد از منبع تا مصرف کننده تمرکز دارند.

۲. مداخلاتی که متوجه «افراد» است و هدف آن تغییر در «خواستن مواد» از طریق تغییر در نگرش، درک و رفتارهای مرتبط با مواد است. در این زمینه نوجوانان و جوانان، به طور ویژه ای مورد توجه قرار می گیرند چرا که اولاً نوجوانان نسبت به جاذبه های ادراک شده (perceived attraction) مواد آسیب پذیرتر هستند و ثانيا هر چه زمان اولین مصرف به تاخیر بیفتد احتمال شروع مصرف کمتر می شود و یا اگر شروع شود با احتمال کمتری به شکل اجبار در می آید و اعتیاد حاصله شدت کمتری خواهد داشت. این برنامه ها به وسیله یکی از رویکردهای زیر باعث کاهش تقاضا و مواد می شوند:

- با عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی سوء مصرف مواد مقابله کند.
- باعث افزایش عوامل محافظت کننده فردی، اجتماعی و محیطی شود.
- هر دو رویکرد فوق را مورد استفاده قرار دهد.