

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران وابسته به مواد افیونی موفق در ترک مراجعه کننده به واحد سرپایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

احمدرضا صیادی اناری*، دکتر علی اسماعیلی**، محمد ناظر***، دکتر عزت‌اله خالقی****

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش عوامل فردی و اجتماعی در تداوم درمان و اعتیاد دوباره بیماران وابسته به مواد افیونی بوده است. **روش:** در یک بررسی آینده‌نگر ۹۲۰ بیمار وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به واحد ترک خود معرف دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند مورد ارزیابی و پی‌گیری ۶ ماهه قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها به کمک یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی و اطلاعات انجام گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۲۸/۷٪ آزمودنیهای پژوهش موفق به ترک شدند، اما ۱۵/۷٪ این افراد در مدت کمتر از ۶ ماه از زمان ترک دوباره به مصرف مواد روی آوردند و تنها ۱۱۹ نفر (۱۲/۹٪) در پی‌گیری ۶ ماه پس از ترک پاک مانده بودند. همچنین عواملی همچون سن، داشتن کار، همسر، مسکن شخصی؛ نوع ماده مصرفی، روش مصرف، مقدار مصرف در روز، سن شروع اعتیاد، تجربه استفاده از انواع مواد، سابقه تزریق و سابقه ترک، در گروه‌های موفق در ترک، گروه ناموفق و گروه عود تفاوت معنی‌دار نشان داد. **نتیجه:** تنها بر پایه یک متغیر نمی‌توان موفقیت در درمان را پیش‌بینی کرد، بلکه چندین عامل مداخله‌گر پیش‌آگهی درمان را تعیین می‌کنند، که مشخصات فردی و اجتماعی فرد معنادار تنها بخشی از آن عوامل به شمار می‌روند.

کلید واژه: وابستگی به مواد افیونی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پیش‌آگهی، درمان، ترک، عود

مقدمه

به تأیید پزشکان مسئول می‌توانستند آن را مصرف کنند،
در سال ۱۳۵۹ مصرف مواد افیونی در ایران ممنوع

پس از یک دوره کشت نظارت شده خشخاش
توسط دولت و توزیع رسمی تریاک در میان کسانی که

* کارشناس ارشد کار درمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان.

** متخصص قلب و عروق، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان.

*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان. مرکز آموزشی -

درمانی مرادی، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).

**** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی رفسنجان.

اعلام شد. معتاد مجرم تلقی شده و به ستادهای بازپروری هدایت شد. در سال ۱۳۷۵ مؤثر نبودن بازپروری و تمایل به درمان و بیمار تلقی نمودن معتاد گسترش یافت، اما نتایج مراکز درمانی نیز ناامید کننده بود، از این رو در سالهای ۷۸-۱۳۷۶ پیشگیری و پی گیری درمان در اولویت قرار گرفت (معاونت پیشگیری بهزیستی استان کرمان، ۱۳۷۸) این تصمیم همچنین بر پایه یافته‌های پژوهشی انجام شده در سایر کشورهای جهان گرفته شد.

بر پایه گزارش چند مرکز درمانی با برنامه‌های درمانی درازمدت و درمانهای نگهدارنده، و با پی گیری ۶ ماهه و بیشتر، کاهشی حدود ۲۲٪ تا ۶۶٪ برای مصرف کوکائین، ۵/۸٪ تا ۱۷/۲٪ برای هروئین و بیش از ۵۰٪ برای ترک الکل را گزارش کرده‌اند. (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۰)

ناموفق بودن درمان معتادان و آمار بالای اعتیاد برخی از پژوهشگران را بر آن داشت که اعتیاد را یک اختلال مزمن و دوره‌ای بدانند (دایمف^۲، مارلات^۳، ۱۹۹۸). در زمینه پی گیری درمان و دلایل بازگشت و مصرف دوباره مواد افیونی بررسیهای فراوانی صورت گرفته است. گست فرند^۴ (۱۹۹۶) و پانی^۵، تروگ^۶، کنتو^۷ (۱۹۹۸) گزارش کردند که اختلالات همراه از جمله افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنیا و اعتیادهای دارویی باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره به مصرف مواد می‌شود. جو^۸، سین‌پسون^۹، بروم^{۱۰} (۱۹۹۸) گزارش کردند که متغیرهایی چون مشکل شناخت، آمادگی یا انگیزه برای درمان، ویژگیهای جمعیت شناختی بیمار، طول مدت مصرف مواد، سابقه بزهکاری و اختلالات روانپزشکی همراه و سابقه درمانهای پیشین در میزان عود دوباره تأثیر دارد. میلر^{۱۱}، هاریس^{۱۲}، وستبرگ^{۱۳} (۱۹۹۶) در بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد در الکل به پنج متغیر توجه کردند: ۱) رخداد حوادث منفی در زندگی ۲) ارزیابی

شناختی ۳) منابع سازگاری بیمار ۴) وسوسه موادخواهی ۵) وضعیت خلقی و عاطفی بیمار.

در زمینه نقش خانواده کاستن^{۱۴}، جلالی^{۱۵} هاگان^{۱۶} و کلب^{۱۷} (۱۹۸۳) نشان دادند که معتادانی که تنها زندگی می‌کنند بیشتر از معتادانی که با خانواده هستند نسبت به روشهای درمانی مقاومت نشان می‌دهند. همچنین اگر خانواده در جریان مصرف مواد و درمان نباشند ممکن است این پنهان کاری باعث سوء مصرف دوباره داروها شود. به‌طور کلی بیمارانی که هم همسر و هم والدین آنها در جریان اعتیادشان باشند درمان بهتری دارند.

کاتالانو^{۱۸} و همکاران (۱۹۹۹) در یک پی گیری یکساله نشان دادند که آموزش به والدین برای اداره منزل و حفظ ارتباط نزدیک با خانواده، بازگشت دوباره به مصرف مواد در والدین و حتی فرزندان خانواده را کاهش می‌دهد. سویفت^{۱۹}، میلر و گلد^{۲۰} (۱۹۹۸) گزارش کردند که بهبود و آموزش مهارت در دوری جستن از مواد و بهبود توانایی سازگاری با استرسها و نیز بهبود عزت نفس و خودبستگی عود مجدد را کاهش می‌دهد. همچنین درمان دارویی صحیح این طرح را تکمیل می‌کند. شیهان^{۲۱}، اوپنهایمر^{۲۲}، و تیلور^{۲۳} (۱۹۹۳) در یک بررسی و پی گیری یکساله عوامل تعیین کننده پیامد درمان را عبارت از ایجاد کار، بهبود وضعیت اجتماعی و بهداشت روانی و ادامه درمان دارویی به ویژه در مورد آنهایی که درگیر مصرف چند ماده هستند دانستند. پژوهش گاسپ^{۲۴}، گرین^{۲۵}، فیلیپ^{۲۶} (۱۹۹۰)

- | | |
|--------------|----------------|
| 1- Sadock | 2- Dimeff |
| 3- Marlatt | 4- Gastfriend |
| 5- Pani | 6- Trogu |
| 7- Contu | 8- Joe |
| 9- Simpson | 10- Broome |
| 11- Miller | 12- Harris |
| 13- Westberg | 14- Koston |
| 15- Jalali | 16- Hagan |
| 17- Kleber | 18- Catalano |
| 19- Swift | 20- Gold |
| 21- Sheehan | 22- Oppenhimer |
| 23- Taylor | 24- Gossop |
| 25- Green | 26- Phillipi |

نشان می‌دهد که مدل‌های سازگاری پس از ترک، عامل اصلی تعیین‌کننده بازگشت به مواد است.

در زمینه نقش جنس در عود دوباره، دیویس^۱ و دینتو^۲ (۱۹۹۶)، به نقل از سادوک و سادوک، (۲۰۰۰) نشان دادند که سابقه بستری و اعتیاد در بستگان درجه اول زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد است. اعتیاد زن و شوهر یا خواهر و برادر که ارتباط تنگاتنگی با هم دارند می‌تواند باعث مقاومت در درمان یکی از آنها شود. گلدشتاین^۳، پاورز^۴، مک‌کاکر^۵، مونت^۶ (۱۹۹۶) نشان دادند که در درمان اعتیاد باید نقش جنس و رابطه آن با اختلال شخصیت ضداجتماعی را در نظر داشت: نشانه‌های این اختلال در دو جنس متفاوت است و این تفاوت در عود مجدد اثر دارد و برای نمونه زنان گریز از منزل و مردان خشونت، آتش‌زنی و خرابکاری بیشتری داشتند. این زنان مادران بی‌مسئولیتی بودند و گاهی در تأمین هزینه اعتیاد به خلاف‌های جنسی می‌پرداختند.

بروور^۷، آلدريچ^۸، رابینسون^۹، ذاکر^{۱۰} (۲۰۰۱) نشان دادند که شکایتهای بیماران پس از ترک الکل از جمله بی‌خوابی می‌تواند در عود دوباره یا سوء مصرف داروها اثر بگذارد.

گروهی از پژوهشگران براین باورند که تنها راه پیشگیری از عود دوباره، وجود درمان دارویی نگهدارنده، پس از ترک جسمی است. لینگ، چارواسترا^{۱۱}، کالینز^{۱۲} (۱۹۹۸) درمان نگهدارنده با بوپرنورفین^{۱۳}، بست^{۱۴}، اولیوت^{۱۵}، کاستن (۱۹۹۶) درمان نگهدارنده با نالتروکسون را پیشنهاد می‌کنند.

وابستگی به مواد مخدر یا اعتیاد موضوع پیچیده‌ای است که با عوامل گوناگون اجتماعی و زیست‌شناختی در هم می‌آمیزد و نادیده‌انگاشتن هر یک از عوامل به منزله بی‌توجهی به یک مشکل بزرگ است. از این رو آگاهی داشتن از نقش ویژگیهای جمعیت‌شناختی موجب شناسایی این عوامل گردیده و اسباب موفقیت بیشتر درمانگران را در کاهش شمار این بیماران فراهم می‌نماید.

یکی از بزرگترین مشکلات جامعه جوان ایران اختلالهای وابسته به مواد است. از آنجا که این مشکل اثرات بازدارنده بر روی رشد و شکوفایی جامعه دارد و با توجه به اینکه گروه بزرگی از جمعیت کشور ما به‌طور مستقیم با اعتیاد درگیر هستند، از این رو شناخت گسترده جنبه‌های فردی و اجتماعی اعتیاد و شناسایی میزان تأثیر آنها در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به‌عنوان یک مشکل بهداشتی و اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

هدف اصلی این پژوهش تعیین نقش مشخصات فردی و اجتماعی در ترک موفق بیماران وابسته به مواد می‌باشد. هدفهای فرعی این طرح تعیین نقش عواملی همچون نوع مواد، مقدار و روش مصرف، سن اعتیاد، سابقه ترک و چند متغیر مهم دیگر در درمان موفق است.

روش

این بررسی از نوع توصیفی - تحلیلی و به شکل آینده‌نگر انجام شده است. جامعه مورد بررسی شامل کلیه مراجعان به مرکز ترک خود معرف دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به منظور درمان داوطلبانه (تریاک، شیر، هروئین) است. نمونه مورد بررسی ۹۲۰ فرد معتاد بودند که به روش تصادفی نظام‌دار از میان کسانی که در مدت ۶ ماه به مرکز یادشده مراجعه نموده بودند، انتخاب شدند. معیار انتخاب این افراد وابستگی به یکی از مشتقات مواد افیونی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV بود.

1- Davis
3- Goldstein
5- McCucker
7- Brower
9- Robinson
11- Charuvastra
13- Buprenorphine
15- Oliveto

2- Dintto
4- Powers
6- Mundt
8- Aldrish
10- Zucker
12- Collins
14- Best

درمان انجام شده در این مرکز شامل یک برنامه دو مرحله‌ای ترک جسمی و روانی به شکل سرپایی است. ترک جسمی شامل درمان با کلونیدین و درمان علامتی با داروهای روانپزشکی و سایر مسکن‌ها غیر از مرفین است. بیمار در هنگام ورود توسط روانشناس مرکز با ویژگیهای مراحل ترک جسمی، و مراحل ترک روانی آشنا می‌شد. سپس روانپزشک مرکز، وی را دیده و دارو تجویز می‌نمود. این درمان ۳ روز یک بار حتی در صورت نیاز بیمار زودتر انجام می‌شد. پس از ۹ تا ۱۱ روز به درخواست مرکز و خانواده بیمار با رضایت بیمار، پاک بودن بیمار از مرفین بررسی می‌شد. برای آنکه مراجعه بیماران به آسانی انجام شود از جلسه سوم تمام بیماران رایگان ویزیت می‌شدند. موضوع مشاوره و درمانهای دارویی در جلسات بعدی شامل درمان دردهای جسمی بیمار، ضعف عمومی بیمار، مشکلات خواب، مشکلات جنسی، و آموزش در مورد پذیرش تحمل دردهای پس از ترک، پاک‌سازی محیط و وسوسه‌های پس از ترک است. هر بیمار که خارج از برنامه درمانی یادشده بود از نمونه حذف می‌گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی دارای ۳۴ پرسش بود که در جلسه اول به طور انفرادی و با رضایت بیمار تکمیل می‌گردید. داده‌های پژوهش با برنامه رایانه‌ای EPI6 به کمک آزمونهای آماری تحلیل واریانس و آزمون خی دو تجزیه و تحلیل شده است. در این پژوهش داده‌های پژوهشی سه گروه: ۱- بیمارانی که درمان را رها کردند و موفق به ترک جسمی و سم‌زدایی نشدند (ناموفق). ۲- بیمارانی که جلسات درمانی را ادامه دادند و ترک جسمی را کامل کردند اما در ادامه درمان، بیش از ۶ ماه مقاومت نکردند (عود) و مجدداً مواد مصرف کردند (بر پایه گزارش بیمار و خانواده او) ۳- گروه سوم بیمارانی که ترک جسمی را کامل کرده و تا ۶ ماه پس از آن مواد مصرف نکردند (موفق)، گردآوری گردید.

این بیماران از نظر مرفین آزمایش شدند. سپس مشخصات فردی و اجتماعی سه گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها

۹۵/۸٪ آزمودنی‌های پژوهش را مردان و ۴/۲٪ آنان را زنان تشکیل داده‌اند. همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سن گروه موفق (۳۴) بالاتر از گروه ناموفق (۳۱/۵) و گروه عود (۳۰) است و انجام تحلیل واریانس، این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$)، $F=7$). یافته‌های پژوهش نشان دادند که ۲۶۴ نفر (۲۸/۷٪) از آزمودنیهای پژوهش موفق به ترک شدند، اما ۱۴۵ نفر (۱۵/۷٪) از آنان در مدت کمتر از ۶ ماه دوباره به مصرف مواد روی آوردند (گروه عود) و تنها ۱۱۹ نفر (۱۲/۹٪) در پی‌گیری ۶ ماه پس از ترک پاک مانده بودند (گروه موفق).

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار سن معیار سن معتادان
مراجعه‌کننده برای ترک ($N=920$)

متغیرها	گروه ۱ (n=656)	گروه ۲ (n=145)	گروه ۳ (n=119)	کل
میانگین	۳۱/۵	۳۰	۳۴	۳۱/۵
انحراف معیار	۸/۸	۸/۴	۸/۶	۸/۷

گروه ۱= ناموفق در ترک جسمی یا سم‌زدایی $P < 0/001$ $F=7$
گروه ۲= موفق در ترک جسمی و تداوم آن تا ۶ ماه
گروه ۳= موفق در ترک جسمی اما اعتیاد مجدد قبل از ۶ ماه (عود)

در زمینه شغلی، گروه موفق با ۸۹/۱٪ شاغل و ۱۰/۹٪ بیکار، وضعیت بهتری نسبت به گروه ناموفق با ۸۲/۹٪ شاغل و ۱۷/۱٪ بیکار و گروه عود با ۸۲/۱٪ شاغل و ۱۷/۹٪ بیکار داشتند؛ اما این تفاوت معنی‌دار نبود. از نظر تأهل گروه موفق با ۸۱/۵٪ تأهل و ۱۶/۸٪ مجرد و ۱/۶٪ مطلقه و بیوه وضعیت متفاوتی نسبت به گروه ناموفق با ۷۱٪ متأهل، ۲۶/۸٪ مجرد و ۲/۶٪

مطلقه و بیوه، همچنین با گروه عود با ۷۱/۷٪ متأهل و ۲۲/۱٪ مجرد و ۳/۱٪ متارکه، مطلقه و بیوه دارد. این تفاوت از نظر آماری ($X^2=1/6$ ، $P<0/01$) معنی دار بود. از نظر محل سکونت گروه موفق با ۶۹/۷٪ منزل شخصی در برابر ۵۱/۴٪ گروه ناموفق و ۵۴/۹٪ گروه عود وضع بهتری داشت. این تفاوت از نظر آماری ($X^2=147/3$ و $P<0/01$) معنی دار بود. همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد، از نظر نوع ماده مصرفی و میانگین مقدار مصرف، گروه موفق کمتر از سایر گروهها تریاک مصرف می کردند. میانگین مصرف تریاک ۳ گرم، شیره در گروه موفق ۲/۷۶ گرم و هروئین ۱/۸ گرم بود که تفاوت معنی دار با دو گروه دیگر داشت. در حالیکه میانگین مصرف تریاک گروه ناموفق ۳/۵ گرم و در گروه عود ۴ گرم بود، مصرف شیره در گروه ناموفق ۳/۳ گرم، در گروه عود ۳/۵ گرم بود. آزمون تحلیل واریانس نشان داد که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($F=8/49$ ، $p<0/001$).

از نظر روش مصرف در گروه موفق، ۲۷/۷٪ تدخین با وافور، ۵۵/۵٪ تدخین با سیخ و سنگ و قلیان و تنها ۱۶/۸٪ روش خوردن را به کار می بردند در حالیکه در گروه ناموفق این ارقام به ترتیب ۳۴/۸٪، ۳۶/۳٪ و ۲۵/۷٪ و در گروه عود، ۲۹/۴٪، ۲۲/۴٪ و ۳۹/۲٪ بوده است. بنابراین در گروه موفق درصد کمتری از افراد از وافور استفاده می کردند و بیشتر از سایر گروهها سیخ، سنگ و قلیان را برای مصرف مواد بکار می برده اند (جدول ۳).

یافته های مربوط به سن شروع اعتیاد در آزمودنیهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است. از نظر سن شروع اعتیاد گروه موفق با میانگین ۲۶/۷ سال، گروه ناموفق

با ۲۴/۲ سال و گروه عود، ۲۳/۵ سال، نشان می دهد که گروه موفق به طور معنی داری دیرتر با مواد آشنا شده اند و آزمون تحلیل واریانس تفاوت میان گروهها را از این نظر معنی دار نشان داد ($F=7/44$ ، $P<0/01$). یافته های مربوط به انواع مختلف مواد مصرف شده در جدول ۵ ارائه شده است. همچنان که جدول ۶ نشان می دهد، گروه موفق سابقه تزریق نداشته اند. جدول ۷ نشان می دهد که سابقه ترک قبلی در گروه موفق ۵۰/۸٪ در برابر ۶۲/۶٪ در گروه ناموفق و ۷۲٪ در گروه عود به طور معنی داری کمتر است.

۴۰/۲٪ افراد گروه ناموفق و ۴۷/۲٪ گروه عود، در سطح بدن خود خالکوبی داشتند در حالیکه ۲۲/۵٪ از گروه موفق دارای خالکوبی بودند و این تفاوت ($X^2=16/38$ و $P<0/003$) معنی دار بود.

همچنین ۲۴/۴٪ از گروه ناموفق و ۲۷/۵٪ از گروه عود در برابر ۷/۵٪ گروه موفق دارای سابقه بازداشت، درگیری فیزیکی یا شکایات رسمی از سوی دیگران بودند که این تفاوت از نظر آماری ($X^2=18/6$) معنی دار بود.

۵۷/۲٪ آزمودنی های پژوهش در شهر و ۴۲/۸٪ در روستا زندگی می کردند. ۵۶/۷٪ آنان متولد شهر و ۴۳/۳٪ متولد روستا بودند. از نظر میزان تحصیلات ۳۴/۶٪ نمونه مورد بررسی دارای سیکل، ۳۰/۵٪ پنجم ابتدایی، ۱۵/۹٪ دیپلم و ۹/۱٪ بی سواد بودند. با توجه به اینکه ۷۳/۴٪ افراد مورد بررسی متأهل بودند، میانگین شمار فرزندان آنها ۳ نفر بود.

میانگین کل درآمد آزمودنیهای پژوهش ۷۶/۰۰۰ تومان و حداکثر ۸۹۰/۰۰۰ تومان بود، علت مراجعه برای ترک در میان ۸ دلیل (عوارض جسمی، روانی،

جدول ۲: نوع ماده مصرفی و میانگین مقدار مصرف به گرم در روز ($N=920$)

متغیرها	گروه ۱ (n=656) ناموفق			گروه ۲ (n=145) عود			گروه ۳ (n=119) موفق			کل
	شیره	تریاک	هروئین	شیره	تریاک	هروئین	شیره	تریاک	هروئین	
نوع ماده مصرفی	۳/۵	۳/۳	۱/۸	۴	۳/۵	۲/۱	۳	۲/۷۶	۱/۸	۳/۲۶
میانگین	۲/۶	۳	۱/۱	۳	۲/۲	۱/۵	۲/۲	۱/۳	۲	۲/۴
انحراف معیار										

$F=8/49$ $P<0/001$

جدول ۳: روش مصرف از خفیف به شدید همراه با آزمون مجدور خی دو

متغیرها	گروه ۱ (ناموفق)		گروه ۲ (عود)		گروه ۳ (موفق)		کل
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
تدخین با وافور	۳۴/۸	۲۲۸	۲۹/۴	۴۲	۲۷/۷	۳۳	۳۳/۱
تدخین با سیخ و سنگ و قلیان	۳۶/۳	۲۳۸	۲۲/۴	۳۲	۵۵/۵	۶۶	۳۶/۵
خوردن	۲۵/۷	۱۶۹	۳۹/۲	۵۶	۱۶/۸	۲۰	۲۶/۷
تزریق	۳/۲	۲۱	۹	۱۳	—	—	۳/۷
جمع	۱۰۰	۶۵۶	۱۰۰	۱۴۳	۱۰۰	۱۱۹	۹۱۸*

$X^2=۴۴/۳۴۸$ $P<۰/۰۰۱$ ۲^* نفر بدون پاسخ

جدول ۴: یافته‌های مربوط به سن شروع اعتیاد

متغیرها	گروه ۱ (n=۶۵۶) ناموفق	گروه ۲ (n=۱۴۵) عود	گروه ۳ (n=۱۱۹) موفق	کل
میانگین	$X_1=۲۴/۲$	$X_2=۲۳/۵$	$X_3=۲۶/۷$	۲۴/۶۲
انحراف معیار	۷/۴	۷/۴	۸/۷	۷/۷۵

$F=۶/۴۴$ $P<۰/۰۰۱$

جدول ۵: انواع موادی که تا کنون مصرف نموده است همراه با نتایج آزمون خی دو

متغیرها	گروه ۱ (ناموفق)		گروه ۲ (عود)		گروه ۳ (موفق)		کل
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
فقط تریاک	۱۱	۷۲	۲/۸	۸	۶/۷	۸	۹/۱
فقط شیره	۰/۶	۴	۱/۴	۲	—	—	۰/۶۵
فقط هروئین	۰/۶	۴	۰/۷	۱	—	—	۰/۵۴
تریاک و شیره	۴۷/۱	۳۱۴	۴۷/۶	۶۹	۶۷/۲	۸۰	۵۰/۵
تریاک و شیره و هروئین	۴/۴	۲۹	۴/۱	۶	۴/۲	۵	۴/۳
تریاک و شیره، هروئین و حشیش و مشروبات الکلی	۳۵/۱	۲۳۰	۴۲	۶۲	۲۱/۸	۲۶	۳۴/۷
جمع	۷۱/۲	۶۵۳	۱۵/۷	۱۴۴	۱۲/۹	۱۱۹	۱۱۶

$X^2=۲۴/۱۳۵$ $P<۰/۰۰۱$

جدول ۶: سابقه تزریق مواد مخدر (شیره یا هروئین) در طول اعتیاد همراه با آزمون خی دو

متغیرها	گروه ۱ (ناموفق)		گروه ۲ (عود)		گروه ۳ (موفق)		کل
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
دارد	۶/۵	۴۲	۱۴/۵	۲۱	—	—	۷/۲۱
ندارد	۹۳/۵	۶۱۱	۸۵/۵	۱۲۴	۱۰۰	۱۱۸	۹۲/۷۹
جمع	۱۰۰	۶۵۳	۱۰۰	۱۴۵	۱۰۰	۱۱۸	۹۱۶

$X^2=۲۲/۰۱۲$ $P<۰/۰۰۰۱$

جدول شماره ۷: سابقه ترک قبلی و نتایج آزمون خبی دو

متغیرها	گروه ۱ (ناموفق)		گروه ۲ (عود)		گروه ۳ (موفق)		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دارند	۶۱۰	۶۲/۶	۱۰۴	۷۲	۶۰	۵۰/۸	۵۷۴
ندارند	۲۴۵	۳۷/۴	۴۰	۲۸	۵۸	۴۹/۲	۳۴۳
جمع	۶۵۵	۱۰۰	۱۴۴	۱۰۰	۱۱۸	۱۰۰	۹۱۷

$$X^2=12/655 \quad P<0/0018$$

می کردند. میانگین طول مدت اعتیاد در گروه ناموفق ۷/۳ سال و در گروه موفق ۶/۹ سال و گروه عود ۷/۶ سال بود. گرچه ظاهراً گروه موفق طول اعتیاد کمتری داشت اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود.

بحث

این بررسی نشان داد که ۷۱/۳٪ آزمودنیهای پژوهش از ادامه درمان خودداری نموده اند و میانگین جلسات مراجعه آنها ۱/۶ جلسه بوده است. این مطلب نیاز به بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی و سایر عوامل مؤثر دارد. ۲۸/۷٪ نمونه موفق به ترک جسمی و سمزدایی شدند اما در پی گیری ۶ ماهه ۱۲/۹٪ آنها همچنان به مصرف مواد روی نیاورده بودند. شاید اگر پی گیری تا یک سال ادامه پیدا می کرد افراد بیشتری به مواد روی می آوردند. این نتیجه با یافته های دایمف، مارلت و آلن (۱۹۹۸) مبنی بر دوره ای و مزمن بودن اختلال وابستگی مواد هماهنگ است. همچنین با یافته های درمانهای درازمدت با روش درمان نگهدارنده گزارش شده (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) نیز هماهنگ است.

در این پژوهش تلاش شده است مشخصات فردی و اجتماعی سه گروه مورد مقایسه قرار گیرد، بررسی سایر عوامل احتمالی مؤثر نیازمند پژوهشهای جداگانه است. میانگین سنی گروه موفق ۳۴ سال در مقایسه با گروه ناموفق (۳۱/۵) و گروه عود (۳۰) بیشتر است. اما در هر سه گروه اعتیاد مشکل قشر جوان است که این

مالی، قانونی، بارداری، فشارخانواده، اجتماعی و سایر موارد) ۵۱٪ بیش از یک عامل را گزارش نمودند. ۲۲/۲٪ به خاطر عوارض روانی مواد و ۲۲/۵٪ به خاطر مشکلات اجتماعی مواد برای درمان مراجعه کردند. نکته جالب اینکه فشار مالی تنها در ۱/۹٪ نمونه مطرح شد. ۸۴/۳٪ افراد مورد بررسی سیگار می کشیدند و ۱/۹٪ در گذشته سیگاری بودند. ۴۱/۶٪ افراد مورد بررسی مصرف سیگار را بین ۱۹-۱۵ سالگی شروع کرده اند. ۳۱/۲٪ بین ۳۰-۲۴ سالگی سیگاری شده اند. نخستین ماده مصرفی ۸۸٪ افراد مورد بررسی تریاک، ۶/۱٪ حشیش و ۲/۵٪ مرفین بوده است. نخستین شخص پیشنهاد کننده برای مصرف مواد در ۶۲/۳٪ همکاران و دوستان نزدیک آنها بوده اند و ۱۸/۳٪ بدون پیشنهاد، ۶/۴٪ توسط افراد غریبه و دوستان موقتی و ۸٪ توسط بستگان درجه دوم معتاد شده اند. ۳۸٪ آزمودنیها نخستین بار در مهمانی دوستانه مواد مصرف کرده اند، ۱۳٪ در کوچه و خیابان، ۱۷/۸٪ در منزل خودشان. ۳۰/۵٪ افراد گروه موفق سابقه اعتیاد در فامیل درجه یک داشته اند. ۴۵٪ افراد گروه عود و ۳۱/۲٪ کل نمونه در بستگان درجه اول معتاد داشتند. از این تعداد ۴۶٪ پدر و ۳۴/۵٪ برادر معتاد بوده است و پس از آن خواهر، همسر، فرزند بود. میانگین شمار جلسات مراجعه برای درمان در گروه ناموفق ۱/۶ جلسه و گروه موفق ۴/۸ جلسه و گروه عود شش جلسه بود. ۸۷/۳٪ آزمودنیها روزانه ۲ تا ۳ بار مواد مصرف می کردند، ۷/۸٪ تنها ۱ بار یا بیشتر در روز مواد مصرف

مطلب با آمارهای گزارش شده (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) هماهنگ است. با توجه به ویژگیهای جمعیت‌شناختی جامعه ما که بیشتر آنان را جوانان تشکیل می‌دهند (۳۰ میلیون زیر بیست سال و ۴۵ میلیون یا ۶۰٪ زیر ۳۰ سال) و با توجه به ویژگیهای روانی جوانان، اگر پس از طی مرحله سم‌زدایی و بهبود جسمی و روانی باز هم جانی و امکانی برای گذراندن اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد همچنان در خطر بازگشت به عادات و رفتارهای ناپسند گذشته خود خواهد بود (رحیمی موقر، فیض‌زاده، ظهیرالدین، ۱۳۸۰).

در گروه موفق کمترین مقدار بیکاری دیده می‌شود و شاغل بودن نوعی پیش‌آگهی مثبت به شمار می‌رود. این یافته با یافته‌های پژوهشی شیهان و همکاران (۱۹۹۳) مبنی بر ایجاد مشغله کاری و ترقی اجتماعی بعنوان یک عامل تعیین کننده برای درمان هماهنگ است. نقش مثبت تأهل و زندگی با خانواده با پژوهشهای کاست و همکاران (۱۹۸۳) هماهنگ است. در گروه ترک موفق ۶۹/۷٪ دارای منزل شخصی بودند. این ویژگی شاید در کنار شغل نوعی پیش‌آگهی مثبت به شمار رود. از آنجا که تریاک ضعیف‌ترین ماده افیونی و قوی‌تر از همه شکل خالص هروئین است، گروه موفق بیشتر به مصرف تریاک با ۶۷٪ و سپس شیره با ۲۲/۵٪ می‌پرداختند و فقط ۸/۵٪ هروئین مصرف می‌کردند. میانگین مصرف در هر سه ماده در گروه موفق بطور معنی‌داری از دو گروه دیگر کمتر است. از این رو نوع ماده و مقدار مصرف در نتیجه درمان تأثیر دارد این یافته با یافته‌های پژوهش جو و همکاران (۱۹۹۸) هماهنگ است.

میانگین سن شروع اعتیاد در گروه موفق ۲۶/۷ سال بالاتر از دو گروه دیگر است، این یافته نشان می‌دهد که دیرتر آشناسیدن با مواد و مسن‌تر بودن در نتیجه درمان اثر دارد. ۳۵/۱٪ گروه ناموفق و ۴۲٪ گروه عود هر پنج ماده تریاک، شیره، هروئین، حشیش و مشروب را مصرف کرده‌اند. این یافته نشان می‌دهد که هر چه

آلودگی بیشتر باشد و بیمار جرأت امتحان مواد بیشتر و متنوع‌تری را داشته باشد، احتمال ترک وی ضعیف‌تر است. این یافته با نتایج شیهان و اوپنهایمر (۱۹۹۳) و بررسیهای گاستفرد (۱۹۹۶) و پانی و همکاران (۱۹۹۸) مبنی بر اینکه اعتیادهای همراه باعث مقاومت در درمان می‌شود هماهنگی دارد. سابقه تزریق مواد در طول اعتیاد نشانه پیشرفت و مزمن شدن بیماری اعتیاد است. گروه ناموفق ۶/۵٪ و گروه عود ۱۴/۵٪ سابقه تزریق در طول اعتیاد خود داشته‌اند در حالیکه گروه موفق سابقه تزریق نداشته است. این یافته به این معنی نیست که معتادان تزریقی قابل درمان نیستند بلکه بیشتر نشانه مشکل بودن و سخت بودن درمان آنها است. این بررسی سابقه بیشتر ترک قبلی را پیش‌آگهی منفی نشان می‌دهد، این یافته اگر چه با پژوهش جو و همکاران (۱۹۹۸) مبنی بر اینکه سابقه ترکهای قبلی در میزان عود اثر دارد، هماهنگ است اما نیاز به بررسی بیشتری دارد. چرا که میانگین تعداد جلسات درمان در گروه عود شش جلسه در حالیکه گروه موفق ۴/۸ جلسه بود، یعنی با آنکه ناموفق بوده‌اند، اما انگیزه بیشتری برای درمان داشته‌اند.

خالکوبی در سطح بدن و سابقه بازداشت و نزاع و مشکلات قانونی که با برخی ویژگیهای شخصیت ضد اجتماعی همخوانی دارد نشان می‌دهد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی یک پیش‌آگهی منفی در درمان به شمار می‌رود. این دو یافته با پژوهش گلدشتاین و همکاران (۱۹۹۶) مبنی بر اهمیت شخصیت ضد اجتماعی در ترک هماهنگ است. طول اعتیاد در گروه موفق شش ماه تا ۱۰ سال و کمتر از گروه ناموفق و عود بود که البته این تفاوت در حد معنی‌دار نبود.

با توجه به مطالب یاد شده عوامل مؤثر در عود و بازگشت به مصرف مواد پس از طی یک دوره درمان کم و بیش موفق به عوامل چندی بستگی دارد شناسایی این عوامل و توجه به آنها در برنامه‌ریزی درمانی هم برای موفقیت اقدامات درمانی و هم برای پیشگیری از بازگشت دوباره دارای اهمیت می‌باشد.

- behaviors. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, 513-525.
- Gastfriend, D. R. (1996). *When a substance use disorder is the cause of treatment resistance*. New York: Guilford Press.
- Goldstein, R. B., Powers, S. I., McCucker, J., & Mundt, K. A. (1996). Gender differences in manifestations of antisocial personality disorder among residential drug abuse treatment clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 4, 35 – 45.
- Gossop, M., Greenl, P.G., & Bradley, B. (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209- 216.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 8, 1177 – 1190.
- Kostent, R., Jalali, B., Hegan, I., & Kleber , H. D. (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 171, 611 -616.
- Ling, W., Charuvastra, C., & Collins, J. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction*, 93, 475-486.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. (1996). Extensions of relapse predictors beyond high risk situation: what predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91, (suppl). 155-171.
- نکته مهم این که هیچ یک از این عوامل به تنهایی نمی تواند تعیین کننده پیامد درمان باشد، بلکه مجموعه‌ای از آنها در کنار هم می تواند اثر تعیین کننده‌ای داشته باشد.
- منابع**
- رحیمی موقر، آفرین؛ فیض‌زاده؛ گلناز؛ ظهیرالدین، علیرضا (۱۳۸۰)، پروتکل درمان سوء مصرفی مواد مخدر، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (ص ۶۰).
- معاونت پیشگیری بهزیستی استان کرمان، طرح برنامه‌ریزی پیشگیری از اعتیاد سال ۱۳۷۸.
- Best, S. E., Oliveto, H., & Kosten, T. R. (1996). Opioid addiction: Recent advances in detoxification and maintenance therapy *Drugs*, 6,301-314.
- Brower, K. J., Aldrish, M. S., Robinson, E. A., & Zucker, R. A. (2001). Insomnia, self, medication and relapse to alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 158, 399 -404.
- Catalano, R. F., Gainy, R. R., Fleming, B. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one year follow up of the focus on families project. *Addiction*, 94, 241 – 254.
- Davis, D., Rae, D., & Diana, M. (1996). Gender differences in social and psychological problems of substance abusers: a comparison to non - substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 135 – 145.
- Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive

- Pani, P., Trogu, E., Contu, P. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 119-126.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sheehan, M., Oppenheimer, E., & Taylor, C. (1993). *Opiate users and the first years after treatment: outcome analysis of the proportion of follow-up time spent in abstinence*. London: National Addiction Center.
- Swift, R.M., Miller, N. S., & Gold, M. S. (Eds.) (1997). *Treatment of addictive disorders: Manual of therapeutic for addictions*. (p.p. 123-129). New York: Wiley.