

بررسی تأثیر متآمفتامین بر خانواده‌ها و بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۱

حسن عزیزی^۱، احسان صبوری^{۲*}، سلمان قادری^۳، آذر سیدحسین علاقبنده^۴

تاریخ دریافت 1392/06/03 تاریخ پذیرش 1392/08/06

چکیده

پیش زمینه و هدف: پژوهش حاضر به بررسی اثرات مصرف متآمفتامین بر بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران پرداخت. هدف مطالعه بررسی وضعیت مصرف متآمفتامین به منظور شناسایی تأثیرات خانوادگی و اجتماعی آن بود.

مواد و روش کار: واحد آماری این پژوهش، بیماران تحت درمان سوءمصرف مواد در شهر تهران بود. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله اجرا شد. تعداد ۱۰۰ پرسشنامه در بین ۲ مرکز درمان اعتیاد به صورت مساوی توزیع گردید و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها داده‌ها استخراج و تحلیل شد.

یافته‌ها: اغلب مصرف کنندگان شیشه (از جمله زنان) جوان بودند. از نظر وضعیت تحصیلی اکثر مراجعه کنندگان به مراکز درمان اعتیاد دارای تحصیلات پایین بودند. ۶۴ درصد آن‌ها دارای تحصیلات کمتر از دیپلم و ۲۴ درصد نیز دارای تحصیلات دیپلم بودند. همه شرکت کنندگان علاوه بر مصرف شیشه به مصرف یکی از مواد مخدر نیز آلوده بودند. از نتایج دیگر این پژوهش افزایش مصرف مواد در بین افراد متأهل بود به طوری که ۵۴ درصد مصرف کنندگان شیشه متأهل بودند. البته روند افزایش طلاق در بین آنان نیز در حال افزایش بوده و میزان اختلافات خانوادگی در بین آن‌ها بسیار زیاد بود.

بحث نتیجه گیری: نتیجه‌گیری شد که سن شروع مصرف شیشه رو به کاهش و مقدار مصرف و نوع آن در بین مصرف کنندگان مواد از جمله زنان رو به افزایش است. بروز خشونت، اختلافات خانوادگی و طلاق از اثرات متقابل و یا علل گرایش به متآمفتامین بوده و اثرات اقدامات درمانی بسیار ضعیف می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، آمفتامین، کریستال، خانواده، شیشه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره یازدهم، پی در پی 52، بهمن 1392، ص 925-935

آدرس مکاتبه: دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، گروه فیزیولوژی، کد پستی ۵۷۵۶۱۱۵۱۱۱، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۷۲۶۹۸

Email: saboory@umsu.ac.ir

مقدمه

آمفتامین، متآمفتامین باعث افزایش فعالیت، پر حرفی، کاهش اشتها می‌شود. با این وجود متآمفتامین از نظر مقایسه دوز، مقدار سطوح متآمفتامین که وارد مغز می‌شود، قدرت و شدت اثر، میزان ماندگاری و تأثیرات مخرب از آمفتامین متفاوت است. این ماده برای درمان نارسولپسی (یک نوع اختلال خواب) و اختلال بیش فعالی مورد استفاده قرار می‌گیرد اما استفاده پزشکی آن محدود است و دوز آن بسیار کمتر از آن است که باعث سوء مصرف شود (۳). مرکز ملی مطالعات ایالات متحده در خصوص وضعیت مصرف متآمفتامین نشان داد که ۱۰/۴ میلیون نفر (۴/۳ درصد) از افراد بین سنین ۱۲ سال یا جوان‌تر متآمفتامین را در زندگی‌شان امتحان کرده‌اند.

متآمفتامین یک ماده محرک بسیار اعتیاد آور است که بر سیستم عصبی تأثیر می‌گذارد. اگر چه بیشتر آمفتامین‌های مورد استفاده در ایران از کشورهای خارجی وارد می‌شوند ولی این مواد در داخل کشور و در آزمایشگاه‌های کوچک با ترکیبات ساده تولید می‌شوند. در مجموع این عوامل باعث شده تا استعداد بالا برای گسترش مصرف متآمفتامین وجود داشته باشد. متآمفتامین معمولاً با اسامی نظیر گچ، مت و سرعت در بازار رایج است. این ماده یک پودر بی بو، کریستالی و با طعم تلخ است که به آسانی در آب و الکل حل می‌شود (۱، ۲). این ماده در اوایل قرن اخیر از آمفتامین ساخته شد. مانند

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، دانشکده علوم انسانی، گروه مدیریت

^۲ دانشیار مرکز تحقیقات نوروفیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، مرکز شهید تندگویان تهران

^۴ کارشناسی مامایی، مرکز درمان سوءمصرف مواد شفا، تهران

فعالیت‌های جسمانی و کاهش اشتها شود. متامفتامین همچنان می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در سیستم قلب و عروق مانند افزایش ضربان قلب، بی‌نظمی در قلب و افزایش فشار خون شود. هایپرترمی (بالا رفتن دمای بدن) و تشنج در مسمومیت با متامفتامین ایجاد می‌شود و اگر فوراً درمان نشود می‌تواند منجر به مرگ شود. بیشتر تأثیرات خوشایند متامفتامین در نتیجه آزاد شدن مقدار بسیار زیادی از میانجی عصبی دوپامین است. دوپامین در کار انگیزش، تجارب خوشایند و فعالیت حرکتی مؤثر بوده و اصلی‌ترین میانجی برای سوء مصرف مواد است (۳، ۸). تأثیر بلند مدت متامفتامین پیامدهای بسیار منفی دارد که وابستگی به آن از جمله آن است. اعتیاد یک بیماری برگشت پذیر است که با مصرف اجباری مواد شناخته شده و باعث ایجاد تغییرات مولکولی و عملکردی در مغز می‌شود. با وابستگی به متامفتامین نشانه‌هایی چون اضطراب، گیجی، بی‌خوابی، برهم خوردن خلق و رفتارهای خشونت آمیز در مصرف کنندگان ظاهر می‌شود. علاوه بر این نشانه‌هایی از سایکوز از جمله پارانوئیا، توهمات شنیداری و بینایی، احساس مور مور شدن زیر پوست را نشان می‌دهند (۲، ۷، ۹). نشان‌های سایکوتیک می‌تواند گاهی اوقات ماه‌ها یا سال‌ها بعد از مصرف متامفتامین به طول انجامد. در مصرف کنندگان مزمن تحمل نسبت به تأثیرات خوشایند متامفتامین ممکن است گسترش پیدا کند. در تشدید پیدا کردن این تأثیرات مصرف کنندگان ممکن است دوز بالایی از مصرف را تجربه نمایند، آن را به صورت مرتب مصرف نمایند و یا روش‌های مصرف آن را تغییر دهند (۵، ۱۰). بازگشت مجدد به متامفتامین هنگامی رخ می‌دهد که یک مصرف کننده مزمن مصرفش را متوقف نموده و نشانه‌های محرومیت از جمله افسردگی، اضطراب، کوفتگی و وسوسه شدید برای مصرف ایجاد شود. سوء مصرف مزمن متامفتامین می‌تواند باعث ایجاد تغییر در مغز گردد (۴، ۷). مخصوصاً که مطالعات تصویربرداری از مغز نشان داده است که جایگزین‌هایی در مغز در سیستم دوپامین مغز وجود دارد که با کاهش سرعت و آسیب به بخش یادگیری ارتباط دارد. مطالعات اخیر در افراد مصرف کننده متامفتامین نشان داده است که سوءمصرف متامفتامین باعث تغییرات ساختاری و عملکردی شدید در نواحی مختلف مغز می‌شود. خوشبختانه بعضی از این تأثیرات مزمن در مغز شاهد بهبودی در یک دوره دو ساله است. با این وجود بهبود عملکرد در نواحی از مغز تا ۲ سال بعد از پرهیز به این معنا است که بعضی از تغییرات متامفتامین بسیار طولانی مدت تر است. علاوه بر این افزایش خطرات آسیب زدن متامفتامین به مغز می‌تواند منجر به آسیب‌های برگشت ناپذیری به مغز شود (۲، ۵). علی‌رغم مطالعات زیادی که در دنیا بر مصرف کنندگان متامفتامین صورت گرفته تحقیقات خوبی در این زمینه در کشور ما انجام نشده است.

تقریباً ۱/۳ میلیون نفر در یک سال گذشته متامفتامین مصرف داشته و ۵۱۲ هزار نفر نیز به مصرف متامفتامین پرداخته‌اند (۳). در ایران آمار دقیقی از تعداد مصرف کنندگان متامفتامین در دست نیست اما بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته مصرف متامفتامین در حال افزایش بوده و به دومین ماده پر مصرف در کشور تبدیل شده است (۴). متامفتامین در اشکال مختلفی وجود دارد و به صورت تدخین، استنشاق، تزریق و یا از طریق دهان بلعیده می‌شود. روش‌های سوء مصرف متامفتامین بستگی به مناطق جغرافیایی متفاوت بوده و ممکن است تغییر یابد. در شکل تدخین متامفتامین ممکن است باعث ایجاد جذب بسیار سریع در مغز شده و در سال‌های اخیر بسیار رایج شده و استعداد اعتیاد به متامفتامین را تقویت نموده و پیامدهای بسیار مضر برای سلامتی دارد. این مواد همچنین خلق را به شیوه‌های مختلفی تغییر می‌دهند که بستگی به این دارد که چگونه مصرف می‌شود. بلافاصله بعد از کشیدن مواد یا تزریق آن در درون ورید، استفاده کننده یک حالت "راش" و "فلش" شدید را تجربه می‌کند که چند دقیقه به طول می‌انجامد و به عنوان یک شادی بسیار شدید نیز توصیف می‌شود (۲). بلعیدن یا استنشاق آن باعث ایجاد احساس رضایت و شادی بسیار زیادی می‌شود. این حالت شادی زیاد است اما احساس شادی شدید نیست. تأثیر تدخین شیشه ۳ تا ۵ دقیقه بعد از آن است و بلعیدن بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بعد از مصرف تأثیراتش نمایان می‌شود. مانند مواد محرک مشابه متامفتامین به عنوان یک الگوی بینج و کراش استفاده می‌شود. به دلیل اینکه تأثیرات شادی‌آور متامفتامین قبل از تجمع مواد در خون از بین می‌رود، مصرف کنندگان مقدار بیشتری از مواد را استفاده می‌کنند (۵، ۶). پژوهشی که در ایالات متحده در مراکز خدمات رفاه کودک انجام گرفت نشان داد که سر راه گذاشتن کودکان توسط والدین بر اثر مصرف متامفتامین ۴۰ درصد افزایش داشته است (۳).

متامفتامین به طور همزمان بر بسیاری از سیستم‌های اداری و قضایی در ایالات متحده تأثیر گذاشته به صورتی که در سال ۲۰۰۴، چهل درصد از سازمان‌های اجرای قانون در امریکا متامفتامین را به عنوان یکی از مواد مشکل آفرین شناختند (۱، ۵). مصرف متامفتامین به شکل قابل ملاحظه‌ای در بین زنان حامله افزایش یافته به طوری که گزارش شده در بین سال‌های ۲۰۰۳ - ۱۹۹۵ در امریکا مراجعه زنان حامله مصرف کننده متامفتامین به مراکز درمانی به میزان ۸۶ درصد زیاد شده است (۲، ۳). بر طبق یافته‌های موجود در سال ۲۰۰۵ در حدود ۳۸۰۰ کودک در امریکا به دلیل خطر ناشی از مصرف متامفتامین در معرض مسمومیت قرار گرفته‌اند (۵، ۷). متامفتامین به عنوان یک محرک قدرتمند در دوز کم می‌تواند باعث افزایش بی‌خوابی و

اطلاعات دقیقی در مورد نحوه و الگوی مصرف، شایع‌ترین سن مصرف کنندگان در کشور ما در دسترس نیست. بنابراین مطالعه حاضر طراحی شد تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد: متامفتامین چه تأثیری بر بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و خانواده‌های آن‌ها گذاشته است؟ در توزیع سنی، بیشتر کدام سنین به مصرف متامفتامین گرایش پیدا کرده‌اند؟ و الگوی مصرف غالب در ایران کدام است؟ تأثیرات کوتاه مدت و بلند مدت متامفتامین در جامعه ایرانی چیست؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بوده و در فاصله زمانی معین (بین سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱) در شهر تهران انجام شد. با توجه به ضرورت‌های تحقیق نظیر حجم بالای نمونه، نوع مسئله، گروه سنی و موقعیت تحصیلی این مطالعه به صورت پیمایشی طراحی شد. جامعه آماری مورد نظر عبارت بود از بیماران و خانواده‌های مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران از دی ماه سال ۱۳۹۰ تا دی ماه سال ۱۳۹۱. واحد آماری این پژوهش افراد وابسته به متامفتامین تحت درمان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر تهران انتخاب شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. بدین منظور شهر تهران پس از تقسیم‌بندی به ۲ منطقه شمال و جنوب از هر منطقه یک مرکز درمانی به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر مرکز بر اساس ترتیب حروف الفبا و به روش سیستماتیک تعداد ۵۰ نفر انتخاب شده و پرسشنامه بین آن‌ها توزیع شد. روش این پژوهش پیمایش با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که روایی و پایایی آن تعیین شد. منظور از تعیین درجه اعتبار درونی یا محتوایی پرسشنامه این است که معلوم شود تا چه اندازه پرسشنامه متغیرهای مورد نظر را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه‌های مختلفی برای سنجش اعتبار پرسشنامه استفاده می‌شود. در این تحقیق از روش اعتبار محتوا برای اطمینان از اعتبار پرسشنامه استفاده شد. برای تعیین پایایی ابزار سنجش روش‌های مختلفی وجود دارد که در تحقیق حاضر آزمون روایی از آزمون آلفای کرونباخ و روش آزمون-آزمون مجدداً استفاده شد. برای حصول به این امر ابتدا تعداد ۲۰ پرسشنامه در ۲ مرکز به صورت جداگانه به صورت مساوی توزیع شد و سپس به فاصله‌ی یک هفته مجدداً

به توزیع پرسشنامه در بین مراکز یاد شده پرداخته شد. تحلیل نتایج حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار بین پاسخ‌ها بود. علاوه بر این برای سنجش پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ نیز استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش میزان تک بعدی بودن نگرش‌ها، قضاوت‌ها و سایر مقولاتی که اندازه‌گیری آن‌ها آسان نسبت به کار برده می‌شود. پس از استخراج داده‌ها نتایج نشان داد که ضریب آلفا برای گویه‌هایی بررسی شده بیشتر از ۰/۷ بوده است که نشان دهنده‌ی همبستگی بالای گویه‌های تعریف شده برای هر شاخص است. یعنی گویه‌ها از نظر درونی با هم از همبستگی معنی‌داری برخوردارند. داده‌ها پس از استخراج وارد SPSS ویرایش ۱۶ شده و از آماره‌های توصیفی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. هر جا که لازم بود نتایج به صورت میانگین \pm انحراف معیار نشان داده شد.

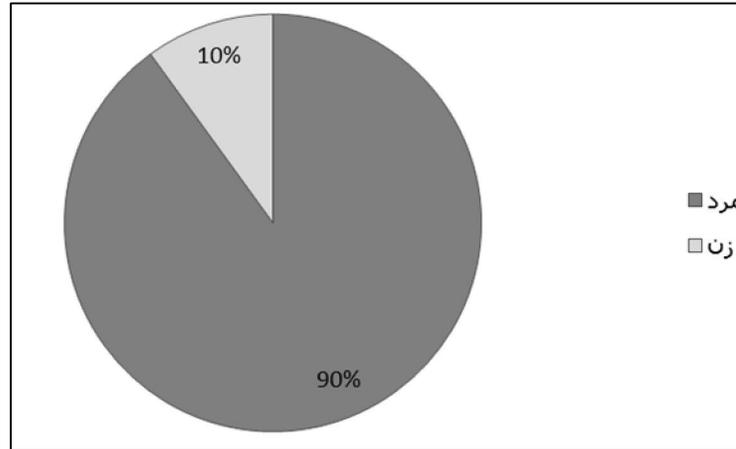
یافته‌ها

شرکت کنندگان در مطالعه از نظر توزیع سنی بررسی شدند که نتایج آن در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و درصد وضعیت سنی مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

سن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۲۰ - ۳۰ سال	۱۴	۱۴	۱۴
۳۱ - ۴۰ سال	۵۶	۵۶	۷۰
۴۱ - ۵۰ سال	۳۰	۳۰	۱۰۰
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰	

جدول فوق بیانگر وضعیت سنی مصرف کنندگان شیشه است. نتایج جدول فوق حاکی از آن است که بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۱-۴۰ (۵۶ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۰ - ۳۰ درصد می‌باشد. میانگین سنی گروه مورد مطالعه ۳۵.۰۹±۶.۸۳ سال بود. جوان‌ترین شرکت کننده ۲۰ سال و مسن‌ترین شرکت کننده ۴۹ سال سن داشت. شرکت کنندگان در مطالعه از نظر توزیع جنسیت بررسی شدند که نتایج آن در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.



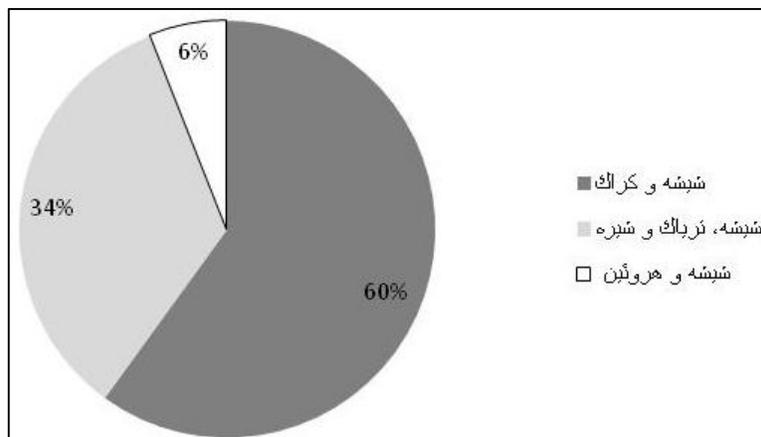
نمودار شماره (۱): درصد جنسیت مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

نتایج جدول فوق حاکی از کاهش سن شروع مصرف مواد در بین مصرف کنندگان متأمتمین دارد. همان گونه که در جدول فوق مشخص است ۴۲ درصد از پاسخگویان اظهار داشتند که مصرف مواد را از سن زیر ۱۸ سال یعنی دوران کودکی شروع کرده‌اند و ۵۴ درصد نیز اظهار داشتند که مصرف مواد را از سن ۱۹ - ۲۷ شروع کرده‌اند و به صورت کلی ۹۶ درصد مراجعه کنندگان مصرف مواد را از سن زیر ۲۷ سال شروع کرده‌اند. در گروه مورد بررسی پایین ترین سن شروع مصرف ۱۰ سال و بالاترین سن شروع مصرف ۳۵ سال بود. میانگین سن شروع مصرف ۱۸،۵۳ ± ۵،۶۹، میانه آن ۱۹ سال و مد آن ۲۰ سال بود. شرکت کنندگان در مطالعه از نظر توزیع نوع ماده مصرفی نیز بررسی شدند که نتایج آن در نمودار شماره ۲ ذکر شده است.

نتایج نمودار فوق حاکی از آن است که اکثر جامعه نمونه مذکر (۹۰ درصد) و ۱۰ درصد مراجعه کنندگان مؤنث بوده‌اند. سن شروع مصرف مواد در بین شرکت کنندگان در مطالعه بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی و درصد وضعیت سن شروع مصرف مواد در مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

سن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی
۱۰ - ۱۸ سال	۴۲	۴۲	۴۲
۱۹ - ۲۷ سال	۵۴	۵۴	۹۶
۲۸ - ۳۶ سال	۴	۴	۱۰۰
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰	



نمودار شماره (۲): توزیع فراوانی نوع مواد مصرفی توسط مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

موجود اکثر مراجعه‌کنندگان علاوه بر مصرف شیشه به مصرف کراک نیز پرداخته‌اند و مصرف تریاک و شیره و هروئین در رتبه‌های بعدی قرار داشت. سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه نیز بررسی شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ذکر شده است.

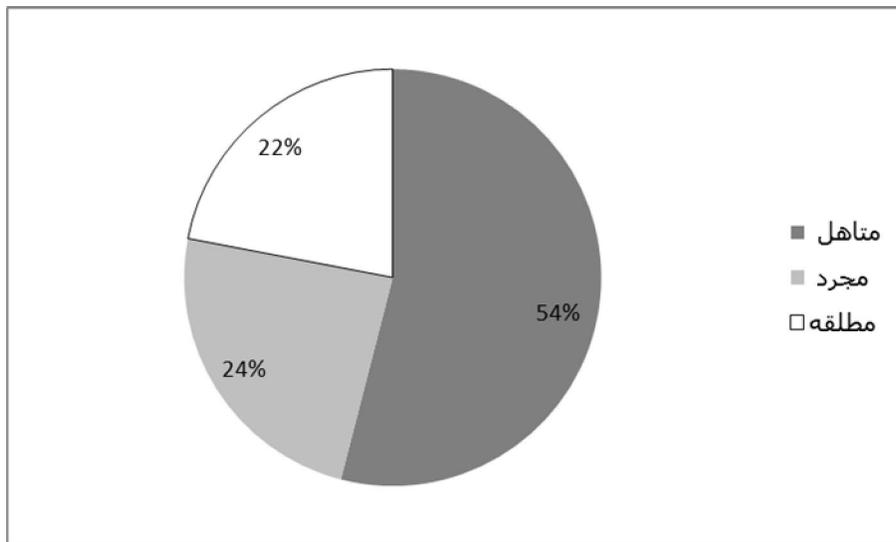
همان‌گونه که در نمودار فوق مشخص است همه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان علاوه بر مصرف شیشه به مصرف یک ماده مخدر و یا محرک دیگر نیز پرداخته‌اند که این موضوع آسیب‌پذیری این افراد و اعضای خانواده آن‌ها و آسیب‌های اجتماعی به دنبال اعتیاد را تشدید می‌کند. بر طبق یافته‌های

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی سطح تحصیلات مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
ابتدایی	۸	۸	۸
سیکل	۵۶	۵۶	۶۴
دیپلم	۲۴	۲۴	۸۸
فوق دیپلم	۲	۲	۹۰
لیسانس و بالاتر	۱۰	۱۰	۱۰۰
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰	

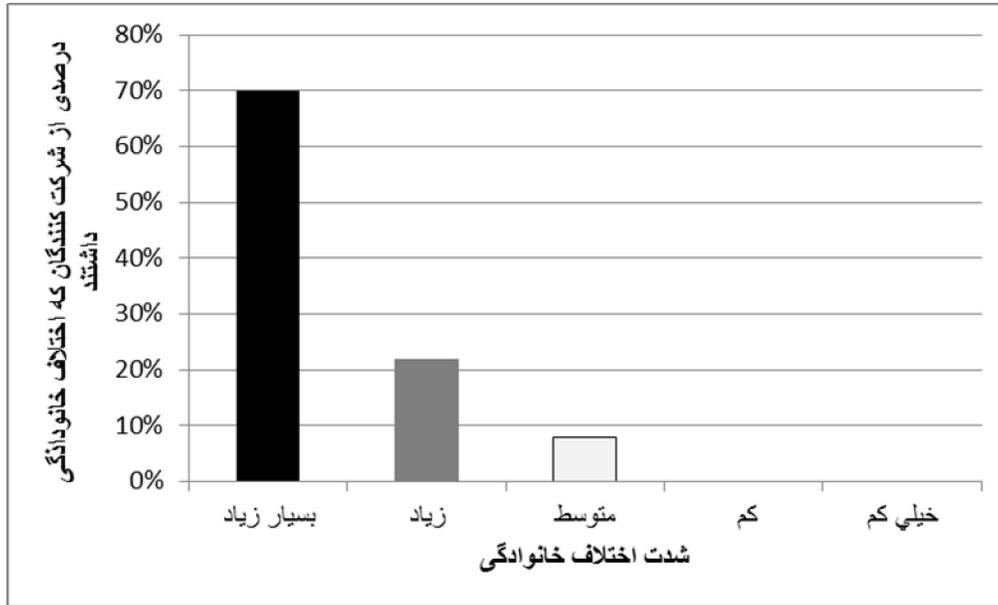
شرکت کنندگان در مطالعه از نظر وضعیت تأهل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که نتایج آن در نمودار شماره ۳ نشان داده شده است.

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد بیش از نیمی از مراجعه‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده‌اند که بیانگر نقش بازدارندگی سطح تحصیلات بالاتر در وابستگی به مواد و به‌ویژه اعتیاد به شیشه است.



نمودار شماره (۳): توزیع درصد وضعیت تأهل مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

یافته‌های نمودار فوق حاکی از آن است که ۵۴ درصد مراجعه‌کنندگان متأهل، ۲۴ درصد مجرد و ۲۲ درصد نیز مطلقه بوده‌اند.



نمودار شماره (۴): وجود اختلاف خانوادگی در بین مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

که خانه را به محل نامنی برای سایر اعضا تبدیل کرده است. معیار درجه بندی اختلافات خانوادگی بر اساس روابط پرمشاجره بین اعضای خانواده، دعوی لفظی، احساس ناراحتی از روابط پرمشاجره و نبود روابط دوستانه در خانواده تعیین شد.

همان گونه که در نمودار فوق نشان داده شده است اکثر مراجعه کنندگان دارای اختلافات خانوادگی زیاد و بسیار زیاد با همسر و فرزندانشان هستند. اکثر خانواده ها اظهار داشتند به دلیل درگیری و خشونت ناشی از حالت غیر عادی بودن همسرشان بوده

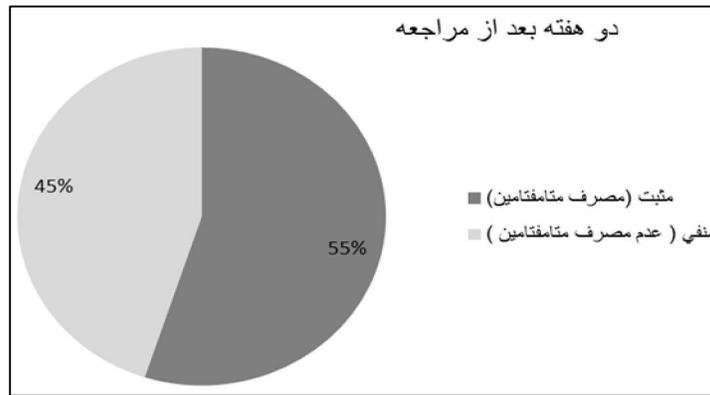
جدول شماره (۴): توزیع فراوانی و درصد نوع خشونت در خانواده مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران

نوع خشونت	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
فیزیکی	۶	۶	۶
روانی	۴	۴	۱۰
هیجانی	۳	۳	۱۳
جنسی	۲	۲	۱۵
انواع آزارها	۸۵	۸۵	۱۰۰
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰	

کرده اند و درصد کمی فقط آزارهای فیزیکی، روانی، را تجربه نموده اند. با توجه به نتایج جدول فوق خانواده های مصرف کنندگان شیشه در معرض انواع خشونت قرار گرفته و این مسئله در بروز آسیب های روانی و اجتماعی و بروز درگیری و خشونت در خانواده بسیار مؤثر بوده و لذا اقدام جدی در مقابله با این خشونت ها بیش از پیش نمایان است.

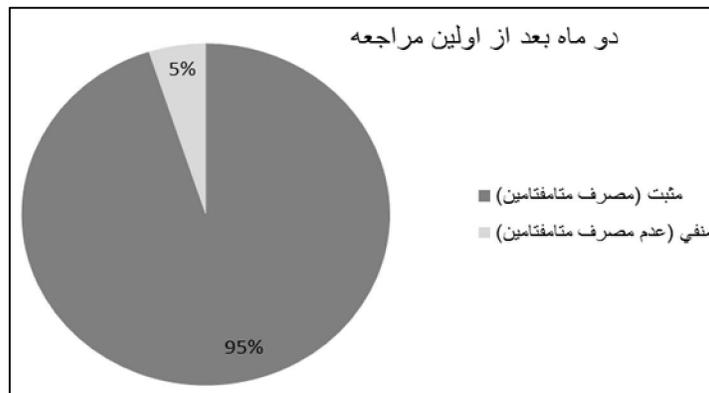
آزارهای روانی شامل فحش، تحقیر، توهین - آزار هیجانی شامل مقایسه کردن، طرد کردن و .. - آزارهای فیزیکی کتک زدن فرد - آزار جنسی لمس اندام فرد برای برقراری تماس جنسی است.

همان گونه که در جدول فوق نشان داده شده است اکثر مراجعه کنندگان آزار فیزیکی، روانی، هیجانی و جنسی را تجربه



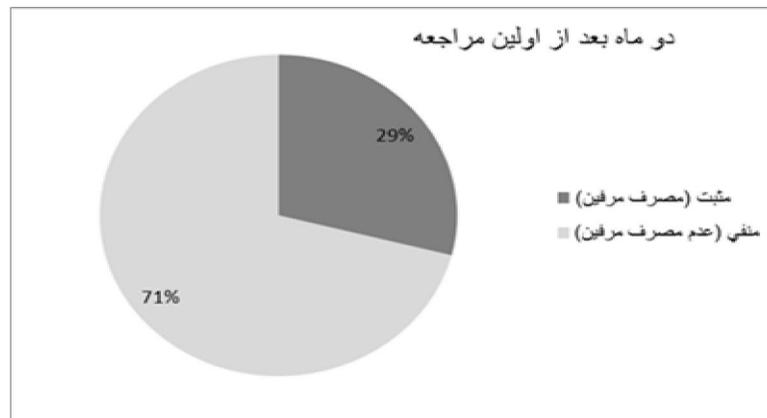
نمودار شماره (۵): درصد وضعیت مثبت یا منفی بودن آزمایش متآمفتامین در مصرف کنندگان شیشه مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران ۲ هفته بعد از مراجعه

نمودار فوق بیانگر آن است که ۵۵ درصد از مراجعه کنندگان بعد از مراجعه به مرکز درمان اعتیاد در طی دو هفته از درمان مجدداً به مصرف متآمفتامین اقدام کرده‌اند.



نمودار شماره (۶): درصد وضعیت مثبت یا منفی بودن آزمایش متآمفتامین در مراجعه کنندگان ۲ ماه بعد از اولین مراجعه

نمودار فوق نشان داد که ۹۵ درصد مصرف کنندگان متآمفتامین علی‌رغم اینکه تحت درمان دارویی و مشاوره بودند اما بعد از دو ماه لغزش داشتند.



نمودار شماره (۷): درصد وضعیت مثبت یا منفی بودن آزمایش مرفین مراجعه کنندگان ۲ ماه بعد از اولین مراجعه

همان گونه که قبلاً اشاره شد اکثر مراجعه‌کنندگان علاوه بر مصرف شیشه به مصرف یک ماده مخدر دیگر نیز می‌پردازند. لازم به ذکر است گروه مورد بررسی به هنگام مراجعه به مراکز درمانی فوق تحت درمان متادون قرار گرفته بودند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به روش مقطعی و توصیفی به بررسی اثرات مصرف متامفتامین بر خانواده‌ها و بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران در بین سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۱ پرداخته است. توزیع سنی مراجعه‌کنندگان حاکی از آن است که بیشتر گروه نمونه (۵۶ درصد) در سنین ۴۰ - ۳۱ سال قرار داشتند و ۴ درصد نیز در بین سنین ۳۰ - ۲۰ سال بودند. در خصوص سن شروع مصرف مواد، نتایج حاکی از کاهش سن شروع مصرف مواد داشت به صورتی که ۹۶ درصد مصرف مواد را از سنین زیر ۲۷ شروع کرده بودند و ۴۲ درصد نیز مصرف مواد را از سن زیر ۱۸ سال شروع کرده بودند که این موضوع حاکی از کاهش سن شروع مصرف در بین گروه نمونه داشت. نتایج این تحقیق تا حدودی با یافته‌های اخیر ستاد مبارزه با مواد مخدر مطابقت دارد که بر اساس آن میانگین سن شروع مصرف مواد نسبت به سال‌های قبل دو سال کاهش یافته و به ۲۱ سال رسیده است (۱۱). نتایج این پژوهش حاکی از افزایش مصرف محرک شیشه در بین مصرف‌کنندگان دارد به صورتی که اکثر مراجعه‌کنندگان علاوه بر مصرف شیشه، به مصرف سایر مواد از جمله کراک، تریاک و شیره و هروئین نیز پرداخته بودند. در این مورد نیز نتیجه پژوهش با یافته‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر که شیشه به دومین ماده پرمصرف تبدیل شده است مطابقت دارد (۱۱). البته گسترش مصرف شیشه در کشور می‌تواند بخشی از روند جهانی تولید و مصرف شیشه در جهان باشد. به عنوان مثال گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان ملل حاکی از افزایش مصرف مواد روان‌گردان و شیشه در سطح جهان دارد (۷، ۱۲، ۱۳). همچنین بر اساس پژوهش‌های موجود مصرف شیشه در سطح کشور در حال افزایش است اما مصرف هم‌زمان چند ماده افیونی باعث بروز مشکلات و آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی زیادی از مصرف‌کنندگان و خانواده‌هایشان می‌شود (۱۳). از نظر وضعیت تحصیلی، اکثر مصرف‌کنندگان شیشه در حد دیپلم و زیر دیپلم سواد داشتند و این موضوع حاکی از نقش تحصیلات پایین در شروع مصرف مواد محرک است و لذا اهمیت آموزش و آگاه‌سازی جامعه بیش از پیش نمایان است.

از دیگر نتایج این پژوهش وضعیت طلاق در بین گروه نمونه بود که حاکی از رشد طلاق به میزان ۲۲ درصد داشت که مصرف شیشه توسط مصرف‌کنندگان در طلاق مهم‌ترین عامل بوده است. از نظر اختلافات خانوادگی و خشونت خانوادگی نیز نتایج پژوهش

حاکی از رشد خشونت خانوادگی در بین مصرف‌کنندگان شیشه دارد به صورتی که اکثر خانواده‌ها در معرض همه انواع خشونت‌های جسمی، روانی، هیجانی و جنسی مصرف‌کنندگان متامفتامین قرار دارند. نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از تحقیقات انجام شده توسط مرکز خدمات سلامت روانی و سوء مصرف مواد ایالات متحده سازگار است (۵). در خصوص مراجعه دوباره به مصرف، این پژوهش نشان داد که نتایج آزمایش متامفتامین اکثر مراجعه‌کنندگان بعد از ۲ هفته حاکی از مثبت بودن (مصرف مواد) به میزان ۵۵ درصد (نمودار ۵) و پس از دو ماه (نمودار ۶) این میزان به ۹۵ درصد رسید. در حالی که در درمان مواد مخدر اقدامات موفق بوده درصد افرادی که پس از دو ماه لغزش داشتند اندک بود (نمودار ۷). در خصوص مقایسه زنان و مردان و ماندگاری در درمان نیز مشاهدات موجود حاکی از آن بود که زنان احتمال بیشتری دارد که رویکرد دوباره به مصرف داشته و یکی از دلایل این موضوع وضعیت نابسامان خانواده‌های آن‌ها بوده است. در خصوص درمان وابستگی به مواد مخدر نتایج این تحقیق حاکی از اثرگذاری درمان دارویی متادون در افرادی دارد که علاوه بر شیشه، مصرف مواد مخدر نیز داشتند به صورتی که ۷۱ درصد از افراد گروه مورد مطالعه بعد از گذشت دو ماه مصرف مواد مخدر نداشتند. نتایج این تحقیق با بررسی‌های انجام گرفته توسط مرکز ملی اعتیاد به نقل از دکتر اختیاری هماهنگی دارد (۱۴).

نتایج این پژوهش حاکی از کاهش سن شروع مصرف، شیوع مصرف مواد در بین زنان، بروز اختلافات، درگیری و خشونت‌های خانوادگی و در نتیجه طلاق و عودهای مکرر در بین مصرف‌کنندگان شیشه دارد که لازم است در خصوص پیشگیری و درمان اقدامات جدی و لازم صورت پذیرد.

پیشنهادات: با توجه به کاهش سن شروع مصرف مواد اتخاذ یک استراتژی جامع پیشگیری از مصرف متامفتامین در مدارس، محلات شهری و در بین عموم جامعه و گروه‌های در معرض خطر از جمله فرزندی که والدین مصرف‌کننده دارند بیش از پیش نمایان است.

رسانه‌های گروهی از جمله رادیو و تلویزیون نقش بسیار مهمی در پیشگیری از مصرف شیشه دارند و به جای پرداختن به برنامه‌هایی چون "شوک" که بیشتر بر ارباب و القای ترس از مصرف‌کنندگان شیشه می‌پردازد بیشتر به برنامه‌هایی بپردازد که بر اثرات و پیامدهای ناشی از مصرف شیشه، راه‌های درمان و نحوه ارتباط با افراد مصرف‌کننده بپردازد.

از جمله مشکلات موجود کمبود نیروهای متخصص و آگاهی ضعیف خانواده در خصوص اثرات مصرف متامفتامین و نحوه ارتباط و ارجاع بیمار به مراکز تخصصی است که لازم است در این خصوص آموزش‌های لازم ارائه گردد. همچنین در خصوص درمان

بیماران وابسته به شیشه بسیار بالاست لذا ارائه کمک هزینه‌های درمانی و اعطای بیمه‌های درمانی به بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی بسیار مهم و اساسی خواهد بود.

تقدیر و تشکر

از تمام بیماران عزیز و خانواده‌های محترمشان که با کمال صمیمیت و همکاری در این مطالعه شرکت کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

نیز ضرورت انجام پژوهش‌های کاربردی در خصوص درمان‌های دارویی و غیر دارویی بسیار مهم و اثرگذار خواهد بود.

با توجه به یافته‌های موجود، یکی از چالش‌های آینده در خصوص مواد محرک افزایش تولید و توزیع مواد محرک خواهد بود لذا ضروری است ضمن اجرای همایش‌هایی با موضوع آینده پژوهی مواد مخدر و محرک در خصوص اجرای برنامه‌های پیشگیرانه در جهت کاستن از عوامل خطر و تقویت عوامل محافظتی انجام گردد. با توجه به اینکه هزینه‌های درمان دارویی و غیر دارویی و بستری

References:

1. Iritani BJ, Hallfors DD, Bauer DJ. Crystal methamphetamine use among young adults in the USA. *Addiction* 2007;102(7):1102-13.
2. Elkashef A, Rawson RA, Smith E, Pearce V, Flammino F, Campbell J, et al. The NIDA Methamphetamine Clinical Trials Group: a strategy to increase clinical trials research capacity. *Addiction* 2007;102 Suppl 1: 107-13.
3. Otero C, Boles S, Young NK, Dennis K. Methamphetamine: Addiction, treatment, outcomes and implications. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA; 2004.
4. Ekhtiari H, Alam-Mehrjerdi Z, Hassani-Abharian P, Nouri M, Farnam R, Mokri A. Examination and Evaluation of Craving-Inductive Verbal Cues among Persian-Speaking Methamphetamine Abusers. *Advances in Cognitive Science* 2010;12(2): 69-82. (Persian)
5. Administration SAaMHS. Methamphetamine: The National Summit to Promote Public Health, Partnerships, and Safety for Critically Affected Populations[SAMHSA [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 6]. Available from: <http://store.samhsa.gov/product/Methamphetamine-e-The-National-Summit-to-Promote-Public-Health-Partnerships-and-Safety-for-Critically-Affected-Populations/SMA11-4647>
6. Anglin MD, Burke C, Perrochet B, Stamper E, Dawud-Noursi S. History of the methamphetamine problem. *J Psychoactive Drugs* 2000;32(2): 137-41.
7. Elkashef AM, Rawson RA, Anderson AL, Li S-H, Holmes T, Smith EV, et al. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology* 2008;33(5):1162-70.
8. McCarty D, Argeriou M, Huebner RB, Lubran B. Alcoholism, drug abuse, and the homeless. *Am Psychol* 1991;46(11): 1139-48.
9. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, et al. Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2007;17(3): 275-97.
10. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis* 2009;15(1): 27-37.
11. Alaei Kharaeem R, Parvin K, Mohammadkhani S, Gholamreza s, Alaei Kharaeem S. The prevalence of Cigarette and hookah smoking, and alcohol opiates and stimulants abuse among high school students. *J Res Addiction* 2011;5(18): 99-114. (Persian)
12. Shoptaw S, Heinzerling KG, Rotheram-Fuller E, Steward T, Wang J, Swanson AN, et al. Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2008;96(3): 222-32.

13. Zakariaei MA. Content Analysis of officials and stakeholders perspectives Looking at the general policies of Narcotics. Tehran: Iran Drug control headquarters; 2011. (Persian)
14. Ekhtiari H. Special issue: position of opium syrup in the treatment of Opioid dependence; hopes and concerns. J Res Addiction 2009;2(8): 145-58. (Persian)

THE EFFECTS OF METHAMPHETAMINE ON THE PATIENTS AND THEIR FAMILIES IN ADDICTION TREATMENT CENTERS IN TEHRAN, 1391

Azizi H¹, Saboory E^{2*}, Ghaderi S³, SeyyedHoseinAlagheband A⁴

Received: 25 Aug, 2013; Accepted: 28 Oct, 2013

Abstract

Background & Aims: This study investigated the effects of methamphetamine (MA) on the patients admitted to addiction treatment centers in Tehran. The study tries to determine the situation of MA use on the patients, and its effects on their family and community.

Materials & Methods: The population of the study was the patients who were being treated for substance abuse in Tehran. Multi-stage cluster sampling was conducted to collect the data. 100 questionnaires were equally distributed between the two drug treatment centers, and then the collected data from the questionnaires were analyzed.

Result: Majority of MA consumers (including women) were very young. The educational status of most patients admitted to addiction treatment centers was low. Concerning their education, sixty four percent of them were under high school, and 24% were high school graduates. All of the participants had a concomitant use of at least an opiate substance. The results showed an increase of drug abuse among the married subjects, so that 54 % of MA abusers were married. The divorce rate was increasing among the subjects, and most of them has severe family dispute.

Conclusion: The age of starting to substance abuse was decreasing, while the amount and type of MA abuse was increasing among the subjects. Incidence of violence, family disputes, and divorce has interactive effects on MA abuse, and /or it can be the result of MA abuse. The effects of available activities concerning MA abuse are very weak.

Keywords: addiction, amphetamine, crystal, family, glass

Address: Department of physiology, faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, Tel: (+98)0441-2770698

Email: saboory@umsu.ac.ir

¹ Instructor, Department of Management, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Abhar Branch, Abhar, Iran

² Associate professor, Neurophysiology research center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Master of social worker, ShahidAndarzgo center of social worker, Tehran, Iran

⁴ Midwifery Nurse, Shafa substance abuse treatment center, Tehran, Iran