

بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خودمعرف مراغه

غلامحسین جوانمرد*

زمان سنگین و غیرقابل جبران می‌شود. میانگین سنی اعتیاد روز به روز کاهش می‌یابد. تعداد زیادی از معتادان را جوانان و حتی بچه‌ها تشکیل می‌دهند (همان‌جا).

در تعریف طبی اعتیاد که مبتنی بر نشانه‌شناسی است گفته می‌شود: اعتیاد سندرم بالینی با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک است که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد (کاپلان و سادوک ترجمه پورافکاری، ۲/۱۳۷۹/۱۲). اما در تعریف عملیاتی و بالینی که تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) است، گفته می‌شود: اعتیاد یک بیماری مسری است که موجب فریب جسمی، روانی و معنوی فرد می‌شود و در طی آن روابط اجتماعی وی مختل می‌گردد. از مجموع تعاریف مربوط به اعتیاد می‌توان گفت که اعتیاد حالتی است که شخص هم از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده دارد و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل اودر مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد بیشتر در سنین نوجوانی و جوانی قربانی اعتیاد می‌شوند. در پژوهشی مربوط به آمریکا نشان داده شده که ۷۸٪ معتادان کمتر از ۲۵ سال و حدود ۵۰٪ آنها

چکیده: این پژوهش شامل بررسی کمی و کیفی پرونده ۲۵۰ نفر از معتادان به شیوه توصیفی است. این معتادان برای ترک به «مرکز معتادان خودمعرف» مراجعه کرده بودند و پژوهشگر بیش از دو سال در امر درمان آنان مشارکت داشته است. این پژوهش نشان داد که یازده عامل در اعتیاد این افراد دخالت داشته است و در این میان دو موضوع از اهمیت بسیار برخوردارند: (۱) اکثر مبتلایان به اعتیاد در دوره نوجوانی یا اوایل جوانی به مصرف مواد پرداخته‌اند، (۲) تقریباً همه افراد مورد مطالعه هیچ شناخت صحیح و علمی از ویژگی‌های مواد مخدر، اعتیاد و فرایند معتاد شدن نداشته‌اند. آگاهی از این دو عامل می‌تواند در ارائه راهکارهای دقیق برای پیشگیری از اعتیاد بسیار مؤثر افتد.

کلیدواژه: اعتیاد، اعتیاد در ایران، مرکز معتادان خودمعرف مراغه، علل اعتیاد.

مقدمه

در سالهای اخیر اعتیاد در ایران رو به گسترش بوده است، مشکل اعتیاد به تدریج از محفل‌های کوچک و خصوصی معتادان بزرگسال خارج شده و به مراکز عمومی راه یافته است. سن متوسط معتادان پایین آمده است. اعتیاد علاوه بر آسیب‌های جسمی و روانی برای فرد معتاد هزینه سنگینی نیز بر جامعه تحمیل می‌کند. در سال ۱۳۷۵ مواد مخدر حدود ۴۸۰ میلیارد تومان خسارت بر جامعه ایرانی وارد کرده است (فلاح، ۱۳۷۸، مقدمه، صفحه ح). این خسارت با گذشت

*عضو هیئت علمی دانشگاه پیام‌نور، مرکز بناب

کمتر از ۲۱ سال داشتند (نریمانی، ۱۳۷۸: ۱۱۵).

اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلالات اضطرابی (نابدل، ۱۳۷۸: ۱۰۳). نتیجه‌ای که می‌توان از این بحث گرفت این است که دلایل اعتیاد بی‌تردید بسیار پیچیده‌اند و از فرهنگی به فرهنگ دیگر و از کشوری به کشور دیگر تفاوت می‌کنند اما بسیاری از متخصصان معتقدند که آنچه تقریباً همگانی است و در بین جوانان بیشتر جوامع دیده می‌شود، مصرف مواد مخدر به منظور برطرف کردن اضطراب و افسردگی است. البته بحث در مورد علت اضطراب و افسردگی بسیار مبسوط و گسترده است.

در مورد درمان اعتیاد نظریه‌های مختلفی وجود دارد ولی غالباً این نظریه پذیرفته شده است که درمان اعتیاد فرایندی کوتاه‌مدت و دارای جنبه واحد نیست. پروچسکا و دیکلمنت در سال ۱۹۸۲ به این نتیجه رسیدند که همه افراد در دوره ترک اعتیاد از مراحل مشخصی می‌گذرند که عبارت‌اند از: مرحله پیش از تعمق، مرحله تعمق، مرحله عمل، و مرحله نگهداری (Lindsay... 1994:388).

روش پژوهش

روش تحقیق این پژوهش روش توصیفی است. آزمودنیهای این پژوهش شامل معتادانی می‌شود که در طول ۲ سال به مرکز معتادان خود معرف جهت درمان سرپایی مراجعه کرده‌اند و دارای پرونده هستند. به این ترتیب، جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان خودمعرفی می‌شود که در طی سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ مراجعه کرده‌اند و پذیرفته شده‌اند. تعداد معتادان مورد پذیرش در سال ۱۳۷۹ ۳۰۴ نفر و در سال ۱۳۸۰ ۱۱۰ نفر بوده است که جمعاً ۴۱۴ نفر می‌شوند. از مجموع پرونده‌ها، ۲۵۰ پرونده به عنوان نمونه این پژوهش به صورت تصادفی انتخاب شد. مراجعین دارای پرونده کامل درمانی در مرکز بوده‌اند.

مراکز معتادان خودمعرف چند مرکز ترک اعتیاد سرپایی هستند که در شهرهایی که به نظر می‌آید آلودگی به اعتیاد در آنها زیاد است از سوی سازمان بهزیستی کشور دایر شده‌اند. این مراکز دارای یک گروه درمانی تقریباً کامل، شامل، پزشک، روانشناس، روانپزشک و مددکار اجتماعی هستند.

تا مدتی قبل دیدگاههای مختلفی در مورد اعتیاد در جامعه

همچنین پژوهشی در ایران نشان داده که سن سرنوشت‌ساز و حساس برای اعتیاد میان ۱۶ تا ۲۵ سال است (نریمانی، ۱۳۷۸، همان‌جا). برخی از پژوهشها نشان می‌دهند که بالاترین درصد معتادان در گروه سنی ۲۱ تا ۳۲ سال جای دارند. همچنین پژوهشها نشان داده‌اند که در شکل‌گیری اعتیاد صفات و خصوصیات شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، طرز تفکر، عقاید، نگرشها و رفتارهای بد شکل گرفته در طی دوره رشد فرد نقش اساسی دارند و این وضعیت فرد را مستعد و آماده برای مصرف مواد می‌کند. پژوهشگری به نام راندو ویژگیهای خودشیفتگی، تبادل عاطفی، نقص عمده در منطق و قضاوت، به خصوص در هنگام نیاز به ماده مخدر و پایین بودن آستانه تحمل را از علت‌های اعتیاد می‌داند (نریمانی، ۱۳۷۸: ۱۰۷). همچنین پرسکر در مطالعه معتادان بستری شده به این نتیجه رسید که در حدود ۸۸٪ معتادان دارای خصوصیات سوسیوپاتیک، ۶۸٪ دارای شخصیت نوروپاتیک و ۵/۶٪ واجد خصوصیات سایکوپاتیک بوده‌اند. اسکالر نیز در معتادان رفتارهای ضداجتماعی، خصومت، عناد و کینه‌توزی را می‌یابد. ویژگیهای جسمانی، حساسیت، اضطراب، خصومت، فوبی و حالات سایکوپاتیک در معتادان بیشتر از دیگران بود (نریمانی، ۱۳۷۸: ۱۰۱). به طور کلی شاید بتوان همه یا برخی از ویژگیهای زیر را در فرد معتاد یا در فرد مستعد اعتیاد یافت: دوست‌بازی، داشتن روحیه خودفریبی و دیگرفریبی، افراط در همه چیز، لذت‌طلبی، احساساتی و عاطفی بودن، خیال‌پردازی و رؤیایی بودن، لجبازی و نافرمانی، فقدان دوراندیشی، اعتماد به نفس کاذب و بزرگ‌منشی. برخی از پژوهشگران معتقدند که شخص با تشخیص یک اختلال روانی در خود با هدف خوددرمانی به مصرف ماده مخدر روی می‌آورد.

پژوهشها نشان می‌دهند که یک سوم و حتی یک دوم از افرادی که وابستگی به مواد افیونی دارند زمانی در طول عمر خود شدیدترین نوع افسردگی یعنی یک افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند. شایعترین تشخیصهای عوارض توأم با اعتیاد عبارت‌اند از: افسردگی اساسی، اختلالات وابسته به الکل،

دوره فرد به دوره بعد یعنی دوره روان‌درمانی وارد می‌شود. طول این دوره پنج ماه است. در این دوره مجموعه‌ای از تدابیر روانشناختی نظیر مشاوره فردی، خانوادگی و گروه‌درمانی انجام می‌گیرد. بر حسب وضعیت ویژه مراجع، روی یکی از تدابیر روانشناختی تاکید می‌شود.

آخرین دوره این طرح دوره درمان اجتماعی است. در این دوره هدف آن است که فرد معتاد آگاهانه در پی بنیان نهادن یک رابطه اجتماعی توأم با آگاهی و مسئولیت باشد. در دوره سم‌زدایی از معتاد خواسته می‌شود که از افرادی که آلودگی به مواد دارند دوری گزیند. در حالی که در دوره درمان اجتماعی معتاد باید مسئولانه با دیگر معتادان برخورد کند. از جمله فعالیت‌های این دوره شرکت در جلسات گروه‌های معتادان گمنام است. طول این دوره شش ماه است.

۲۵۰ پرونده به عنوان نمونه از مجموع پرونده‌هایی که در طول دو سال تشکیل شده بودند انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. این پرونده‌ها حاوی مصاحبه‌های روانی، اجتماعی و پزشکی بودند. اطلاعات و داده‌های لازم از این پرونده‌ها گرفته شدند. داده‌ها به صورت توصیفی جمع‌آوری شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند.

پرونده‌های افراد تحت درمان حاوی مجموعه‌ای از برگه‌های مصاحبه مربوط به مددکار اجتماعی، روانشناس و پزشک است. برای پی بردن به علت اعتیاد فرد به این برگه‌ها مراجعه شد. به ویژه به قسمتی که مربوط به مسائل پژوهشی این تحقیق بود. از جمله: (۱) علت اعتیاد، (۲) سن آشنایی با مواد، و (۳) نگرش و شناخت اولیه از مواد و اعتیاد.

بعد از ارائه ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه، یافته‌های مربوط به علل، سن آشنایی و شناخت اولیه را به دنبال هم مورد بحث قرار می‌دهیم.

یافته‌های پژوهش

در بررسی توصیفی گروه نمونه که نمونه معرف جامعه مراجعان مرکز معتادان خودمعرف فرض می‌شود به این نتیجه رسیدیم که ۹۵/۸ درصد را جنس مذکر و ۴/۲ درصد را جنس مؤنث تشکیل می‌دهند. از طرف دیگر، ترکیب سنی افراد نمونه نشان

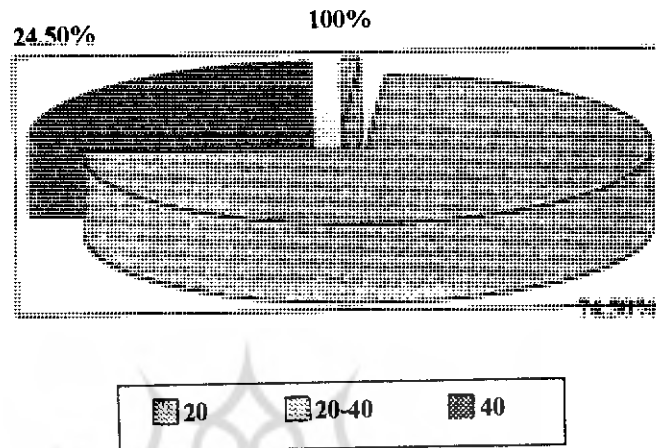
وجود داشت و شاید عقیده «اعتیاد به عنوان جرم» و «معتاد به عنوان مجرم»، شایعترین آنها بود. به همین سبب تدابیر مختلفی هماهنگ با این دیدگاه اتخاذ می‌شد که از جمله آنها زندانی کردن معتاد به عنوان مجرم بود. بعد از مدتی این تدبیر با شکست مواجه شد و مسئله تبعید به جزیره مطرح و این برنامه نیز بنا به دلایلی متوقف گردید. به تدریج دیدگاه اعتیاد به عنوان بیماری و معتاد به عنوان بیمار در بین برنامه‌ریزان اجتماعی شیوع یافت. این دیدگاه برگرفته از یافته‌های علمی بود که به موجب آنها اعتیاد در منابع روانپزشکی و روانشناختی جزء اختلالات روانی طبقه‌بندی می‌شود. به دنبال مطرح شدن دیدگاه «معتاد به عنوان بیمار» طرح‌های مختلفی برای پیشگیری و درمان این بیماری ارائه شدند که یکی از آنها دایر کردن مراکز معتادان خودمعرف در شهرهای آلوده بود.

این مراکز برنامه‌های یکسان و منظمی را دنبال می‌کنند. طرح درمانی این مراکز در مورد هر معتاد یک سال طول می‌کشد. یعنی هر معتاد یک سال به صورت سرپایی تحت درمان قرار می‌گیرد و با این مرکز ارتباط پیوسته پیدا می‌کند. در طرح درمانی این مراکز به اعتیاد همچون یک معضل زیستی - روانی - اجتماعی نگریسته می‌شود. در طی این یک سال فرد معتاد از سه مرحله می‌گذرد که عبارت‌اند از: الف) دوره دارودرمانی یا سم‌زدایی؛ ب) دوره روان‌درمانی؛ ج) دوره درمان اجتماعی.

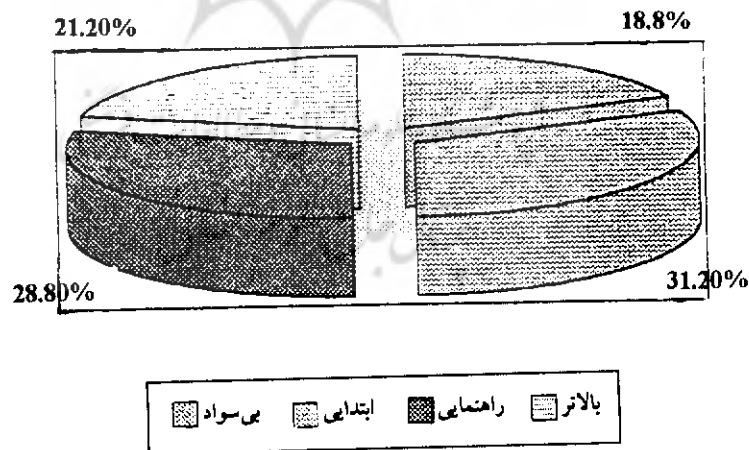
دوره درمانی یا سم‌زدایی شامل سه هفته تا یک ماه می‌شود که معتاد هر هفته یک یا دویار به مرکز مراجعه و داروهای مصوب سازمان بهزیستی را دریافت می‌کند و تحت نظر پزشک یا روانپزشک قرار می‌گیرد. در اولین مراجعه از فرد معتاد خواسته می‌شود که استفاده از مواد را کاملاً قطع کند. معتاد در هر بار مراجعه معاینه می‌شود و مصاحبه‌ای با او انجام می‌گیرد و بر طبق نتیجه حاصل، دارو کم، زیاد یا قطع می‌شود. معتاد اگر همکاری صادقانه‌ای با مرکز داشته باشد در دوره اول که حداکثر یک ماه طول می‌کشد مواد از بدن او خارج می‌گردد. در انتهای دوره مراجع را به آزمایش تست مرفین می‌فرستند که معمولاً اگر فرد در این دوره مصرف را کاملاً قطع کرده باشد و نیز داروهای کدئین‌دار مصرف نکرده باشد، نتیجه آزمایش موفقیت دوره سم‌زدایی را نشان خواهد داد. در صورت موفقیت این

می‌دهد که ۷۴/۵ درصد آنان در گروه سنی ۲۰ الی ۴۰ سال قرار دارند (نمودار یک).
 ۲۸/۸ درصد تحصیلات راهنمایی، ۱۸/۸ درصد بی‌سواد و ۲۱/۲ درصد تحصیلات متوسطه، دیپلم و لیسانس داشتند. هیچ کدام از افراد نمونه در مقطع بالاتر از کارشناسی نبود (نمودار دو).

نمودار یک: پراکندگی سنی مراجعان



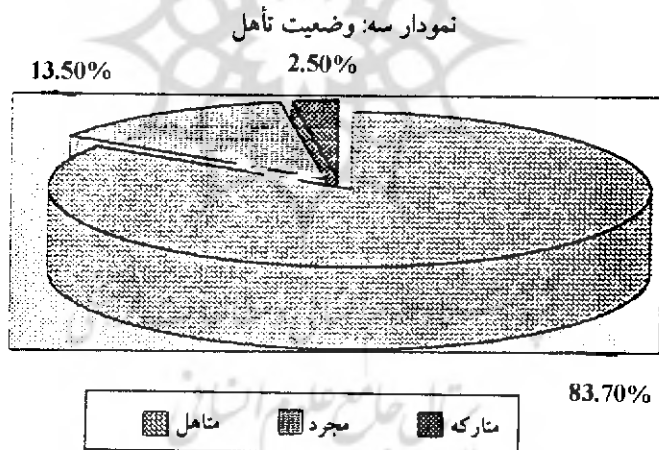
نمودار دو: پراکندگی مراجعان بر حسب تحصیلات



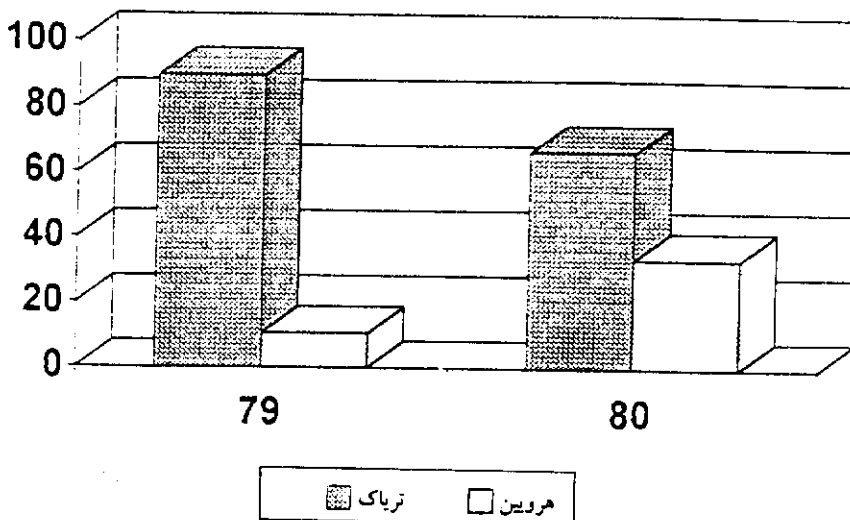
از نظر مصرف، ۷۷ درصد از افراد گروه نمونه روزی دو یا سه بار و ۷/۹ درصد روزانه یک بار ماده مخدر مصرف می‌کردند. ۹۱/۲ درصد از آنان اولین ماده مصرفیشان تریاک، ۴/۹ درصد هروین و ۳/۹ درصد حشیش بوده است. در موقع مراجعه به مرکز ۸۴ درصد در حال مصرف تریاک و ۱۶ درصد در حال مصرف هروین بوده‌اند. نکته حایز اهمیتی که از مقایسه آمار مراجعان در دو سال به دست می‌آید این است که در آنان به تدریج از مصرف تریاک کاسته شده و مصرف هروین افزایش یافته است، به طوری که در سال ۱۳۷۹ تقریباً ۸۹/۵ درصد مراجعه‌کنندگان تریاک و ۱۰/۵ درصد هروین مصرف می‌کرده‌اند ولی این رقمها در سال ۱۳۸۰ به ترتیب به ۶۶/۴ درصد تریاک و ۳۳/۶ درصد هروین تغییر یافته‌اند. به این ترتیب در سال ۱۳۸۰ مصرف هروین در مراجعان ۲۳ درصد افزایش داشته است. (نمودار چهار).

از نظر هزینه مصرف مواد، با دامنه متغیر وسیعی از هزینه‌روزانه ۵۰۰۰۰ ریال تا ۷۰۰۰۰۰ ریال مواجه بودیم. ۳۲/۱ درصد از معنادان در هفته مبلغی میان ۷۰۰۰۰ ریال تا ۱۲۰۰۰۰۰ ریال صرف تهیه مواد می‌کردند که این رقم در ماه بالغ بر ۲۸۰۰۰۰۰ تا ۴۸۰۰۰۰۰۰ ریال می‌شد. ۵۲/۶ درصد مراجعان درآمد ماهیانه‌ای از ۲۰۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال داشتند. با توجه به این یافته و متوسط مبلغ هزینه مصرف، مشخص می‌شود که هزینه مصرف مواد در این دسته از معنادان به طور متوسط از نصف درآمد ماهیانه افراد بیشتر است. ۲۰ درصد افراد در طول دوره اعتیاد خود تجربه خرید و فروش مواد برای به دست آوردن هزینه مصرف خود را گزارش کردند.

از نظر تأهل، ۸۳/۷ درصد مراجعان متأهل، ۱۳/۵ درصد مجرد و بقیه در وضعیت متارکه بودند. از این یافته می‌توان دو نکته را استنباط کرد: یا اعتیاد در بین متأهلین بیشتر است و یا اینکه متأهلین انگیزه بیشتری برای ترک دارند که از این دو فرض، فرضیه دوم پذیرفتنی‌تر است (نمودار سه).



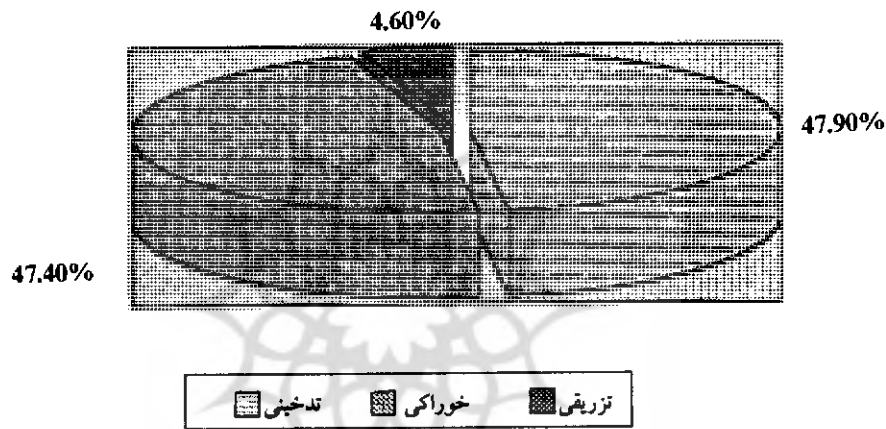
نمودار چهار: مصرف تریاک و هروین در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰



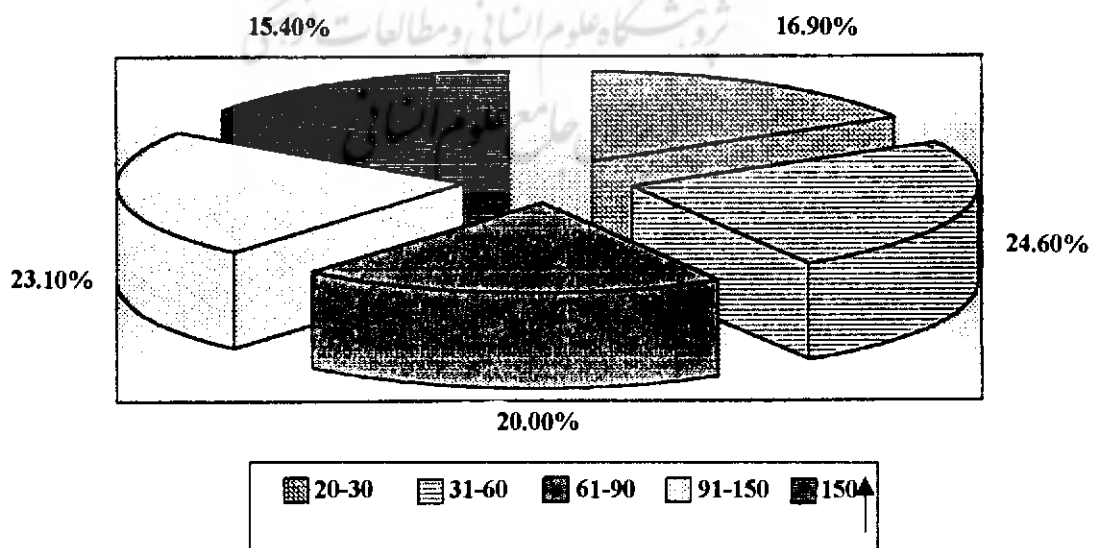
طریقه مصرف در گروه نمونه ۴۷/۹ درصد به صورت تدخینی (دودی)، ۴۷/۴ درصد به روش خوردن و ۴/۶ درصد به صورت تزریقی بوده است. از مقایسه ارقام سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ برمی آید که مصرف تدخینی و تزریقی سیر صعودی داشته است (نمودار پنج).
 از نظر سابقه ترک، ۴۸/۴ درصد گروه نمونه فاقد سابقه ترک بودند و، در واقع، اولین تجربه ترک را انجام می دادند، ۲۵/۱ درصد یکبار سابقه ترک داشتند و ۶ درصد بیش از سه بار اقدام

به ترک کرده بودند. از نمونه مورد بررسی ما در مجموع ۴۹/۳ درصد افراد موفق به ترک اعتیاد شدند، که از این تعداد ۱۶/۹ درصد در ۲۰ تا ۳۰ روز اول درمان، ۲۴/۶ درصد در ۴۱ تا ۶۰ روز بعد از ترک، ۲۰ درصد در ۶۱ تا ۹۰ روز بعد از ترک و ۲۳/۱ درصد در ۹۱ تا ۱۵۰ روز بعد از ترک بار دیگر به اعتیاد روی آوردند و به عبارت دیگر اقدام به مصرف مجدد کردند. از کل افراد نمونه فقط ۱۵/۴ درصد موفق شدند که خود را بیش از ۶ ماه پاک نگه دارند (نمودار شش).

نمودار پنج: طریقه مصرف



نمودار شش: طول مدت ترک بر حسب روز



۳) استفاده از مواد برای رفع خستگی. در برخی از معتادان علت اعتیاد رفع خستگی ناشی از کارهای طاقت فرسا ذکر شده بود. البته سبک زندگی و روابط اجتماعی و خانوادگی معیوب نیز منجر به خستگی می‌شوند. در کارهایی نظیر کارگری، قالی بافی و رانندگی، فرد برای فرار از رنج خستگی، اول به امتحان مواد می‌پردازد و بعد به اعتیاد پناه می‌برد. در نمونه پژوهشی علاوه بر علت‌های دیگر ۱۵/۲ درصد افراد این عامل را در اعتیاد خود موثر می‌دانستند.

۴) استفاده از مواد برای رفع مشکلات جنسی و افزایش توان جنسی. این عامل نیز مربوط به فقدان آگاهی صحیح از مواد مخدر است. برخی از معتادان علت اعتیاد خود را چنین ذکر کرده‌اند که تریاک فرایند انزال را به تأخیر می‌اندازد. هر چند که در مدت طولانی و بعد از معتاد شدن این خاصیت از میان می‌رود و عکس نتیجه قابل انتظار فرد حاصل می‌شود. یعنی توان و میل جنسی فرد شدیداً کاهش می‌یابد. هفت درصد از افراد نمونه پژوهشی این عامل را به صورت واضح از جمله مهمترین عاملها در شروع مصرف مواد مطرح کرده‌اند.

۵) تفریح و تفنن همراه با دوستان. یک عامل مهم در اعتیاد در دوران نوجوانی و اوایل جوانی استفاده محفلی از مواد به عنوان تفریح و منبع هیجان است. برداشت نادرست از مواد و نگرش غلط به آنها موجب می‌شود که این‌گونه افراد که در برخی از مواقع فاقد امکانات سالم تفریحی یا فاقد آگاهی لازم در مورد تفریح سالم هستند، در اوایل به صورت تفریحی و تفریحی از مواد استفاده می‌کنند. در میان افراد گروه نمونه ۵۴/۵ درصد این عامل را در کنار برخی عوامل دیگر در اعتیاد خود دخیل می‌دانستند، هر چند که جدا ساختن این عامل از عوامل دیگر مشکل است.

۶) انتقال از یک خانواده درجه اول یا درجه دوم به افراد. همچنان که پژوهشگران مطرح کرده‌اند اعتیاد ویژگی انتقال و سرایت دارد (نریمان، ۱۳۷۸: ۱۰۹). از جمله علل اعتیاد نمونه پژوهشی انتقال مستقیم آن از یکی از اعضای درجه اول و درجه دوم خانواده بود. به عنوان نمونه همسر یک خانم در خانه بستری بود. این خانم مجبور بود بساط تریاک شوهر خود را آماده و در مصرف به همسرش کمک کند که در نهایت خود خانم و پسر بزرگ خانواده که مسئول خرید تریاک بود نیز معتاد شدند. پنج درصد افراد نمونه این عامل را مهمترین عامل در

در مورد علت اعتیاد در گروه نمونه پژوهشی، بررسی برگه‌های مصاحبه نشان داد که یازده علت را می‌توان در این زمینه ارائه کرد. هر چند که یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهشهای دیگر در این زمینه است ولی نتیجه مهم این تحقیق تأکید بر دو موضوع است:

۱) اکثریت درمان‌جویان که به عنوان نمونه این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته‌اند در دوره نوجوانی و اوایل جوانی با مواد آشنا شده‌اند؛ ۲) تقریباً همه افراد نمونه مورد مطالعه شناخت صحیح و علمی از ویژگیهای مواد مخدر، اعتیاد، و فرایند معتاد شدن نداشته‌اند. این دو موضوع از یافته‌های اصلی این پژوهش هستند، ولی در مجموع می‌توان علل و عوامل اعتیاد در گروه نمونه پژوهشی را به شرح زیر بیان کرد:

۱) استفاده از مواد برای درمان دردها و بیماریهای جسمی. یکی از علل اعتیاد در افراد نمونه مورد پژوهش که توسط معتادان در مورد اعتیاد خودشان ذکر شد این بود که آنها در زندگی خود دچار یک نوع بیماری یا درد جسمی بوده‌اند؛ ۹/۶ درصد یک مورد واضح از درد یا بیماری جسمی را عامل اعتیاد خود مطرح کردند. به عنوان مثال، فردی که دردی در ناحیه خاصی از بدن داشته است یا فردی که مورد عمل جراحی قرار گرفته بوده است برای تخفیف بیماری یا درد به توصیه دوستان یا آشنایان غیرمتخصص به مصرف مواد به ویژه تریاک پرداخته است. و چون در اجتماع سستی نیز یک نگرش درمانی نسبت به مواد مخدر، به ویژه تریاک، وجود دارد، نقش این عامل در ابتلا به اعتیاد بیشتر می‌شود.

۲) استفاده از مواد برای درمان اختلالات روانی. این علت نیز از جمله عللی است که اقدام به خوددرمانی و اعتیاد را در افراد معتاد توجیه می‌کند. از جمله اختلالات روانی که در برخی از مواقع موجب خوددرمانی از راه مواد مخدر می‌شود عبارت‌اند از: افسردگی، وسواس، اختلالات اضطرابی و برخی اختلالات شخصیتی. این علت در بسیاری از پژوهشها مورد تأیید است. در نمونه پژوهشی ما نیز اضطراب، افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی به وفور دیده می‌شود و حدود سه درصد از افراد یک اختلال روانی رایج را عامل اعتیاد خود دانسته‌اند. ولی به علت اطلاع ناکافی از وضع روانشناختی فرد، قبل از اعتیاد و نیز شناخت ناکافی فرد از بیماریهای روانی، به دست آوردن آمار دقیق این علت در این پژوهش میسر نبود.

اعتیاد خود گزارش کرده بودند.

که، در چه سنی با مواد آشنا شده‌ای، دیده شد که ۸۴/۸ درصد افراد گروه نمونه پژوهشی در سنین قبل از ۲۰ سالگی با مواد آشنایی داشتند یا اینکه حداقل یک بار آن را امتحان کرده بودند. (۱۱) عدم آگاهی و شناخت لازم از مواد مخدر، اعتیاد و فرایند معتاد شدن. این عامل دومین موضوع مهم مورد توجه ما در این پژوهش بود. در پاسخ به این سؤال که در شروع مصرف مواد آیا می‌دانستی که معتاد می‌شوی، به طور ساده تقریباً در ۹۸ درصد افراد نمونه پژوهشی این فقدان شناخت و آگاهی وجود داشت و تنها کمتر از دو درصد اظهار کردند که از عواقب مصرف مطلع بوده‌اند. تمامی افراد نمونه پژوهشی اظهار می‌کردند که در آغاز مصرف مواد همیشه این نگرش را داشتند که معتاد نیستند. حتی برخی از این افراد با اینکه چند سال مواد مصرف می‌کردند، همچنان معتقد بودند که معتاد نیستند هر چند که با قطع مصرف مواد، علائم ترک در آنها ظاهر شده بود. همه در آغاز مصرف مواد این نگرش را داشتند که من معتاد نمی‌شوم. این نگرش ناشی از فقدان آگاهی و شناخت صحیح از ماهیت مواد مخدر، اعتیاد و فرایند معتاد شدن است هر چند که اعتیاد یک بیماری چند بعدی و چند علتی است و در فردی ممکن است علت‌های مختلف موجب پدید آمدن آن شود.

نتیجه‌گیری

مشکل اعتیاد در جامعه به یکی از مشکلات بزرگ تبدیل شده است. به رغم اقدامات مختلف برای مقابله با اعتیاد یا درمان آن، این پدیده نامیمون به شکل فزاینده‌ای روبه گسترش است. پژوهش‌ها متوسط سن اعتیاد را پایستر از سالهای قبل نشان داده‌اند. قربانیان عمده اعتیاد بیشتر نوجوانان و جوانان هستند اعتیاد معضل پیچیده‌ای است که شناخت جنبه‌ها و علل مختلف آن مشکل است و از جامعه‌ای به جامعه دیگر فرق می‌کند.

نتایج این پژوهش در جهت تکمیل پژوهش‌های دیگر است. نتیجه این پژوهش حاکی از تأثیر یازده عامل در ابتلا به اعتیاد است. علل مذکور را می‌توان به صورتهای گوناگون و با طبقه‌بندیهای دیگر نیز ارائه کرد. همچنین همان طور که از نتایج پژوهش‌های دیگر نیز برمی‌آید علت اعتیاد یگانه و منحصر به فرد نیست، بلکه معمولاً چندگانه، پیچیده و حتی مبهم است. آنچه در پژوهش‌های قبلی کمتر مورد توجه واقع شده است عامل عدم شناخت و عدم آگاهی افراد در معرض اعتیاد و حتی دیگر افراد

(۷) وسوسه کارفرما. در بین نمونه‌ها افرادی وجود داشتند که توسط کارفرمای خودشان به مواد آلوده شده بودند. مثلاً یک مورد کارگری بود که کارش حمل و جابه‌جا کردن الوار و تنه درختان در یک کارگاه چوب‌بری بود. کارفرما از عدم شناخت این کارگر نسبت به خاصیت مواد مخدر سوء استفاده می‌کند و تریاک در اختیار او می‌گذارد تا در حالت غیرطبیعی از نیروی کار او بیشتر استفاده کند. در مورد یک کارگر قالیبافی هم همین وضع مشاهده شد، به این ترتیب که کارفرما برای اینکه کارگرش شبها نیز ساعتی قالیبافی کند تا کار زودتر تمام شود او را به مواد آلوده کرده بود. در میان گروه نمونه ۱/۴ درصد افراد این عامل را مهم‌ترین عامل اعتیاد خود مطرح کرده بودند.

(۸) بیکاری و مسائل اقتصادی. در بین افراد نمونه کسانی هم علاوه بر علل فوق به علت بیکاری یا مسائل اقتصادی دیگر نظیر ورشکستگی و برای فرار از واقعتهای موجود زندگی به اعتیاد گرفتار شده بودند. این افراد در صورت قرار گرفتن در چرخه توزیع مواد مخدر علاوه بر آلوده بودن، به علت فقدان درآمد و شغل به کار توزیع و فروشندگی مواد نیز می‌پرداختند. از میان افراد گروه نمونه پژوهشی ۲/۳ درصد این عامل را موثرترین عامل اعتیاد خود می‌دانستند.

(۹) ویژگیهای شخصیتی. از جمله عوامل اعتیاد در بعد فردی عامل ویژگیها، خصوصیات و صفات شخصیتی فرد معتاد است. البته این نظر که داشتن دسته‌ای از ویژگیها به تنهایی موجب اعتیاد فرد می‌شود صحیح نیست، بلکه این ویژگیها همراه دیگر عوامل فرد را برای اعتیاد مستعد می‌کنند. در نمونه پژوهشی این عامل به وضوح به چشم می‌خورد. افراد نمونه ویژگیهایی نظیر گوشه‌گیری، حساسیت فردی، مضطرب بودن، خودفروبی، دوست بازی، افراط کاری و غیره از خود نشان داده‌اند. دو درصد افراد نمونه پژوهشی این عامل را مهمترین عامل دانسته‌اند. از نظر مطالعات روانشناختی نقش این عامل بیشتر از اینهاست ولی از دیدگاه خود مراجع میزان تأثیر آن فرق می‌کند.

(۱۰) آشنایی یا داشتن تجربه مصرف قبل از بیست سالگی. اولین موضوع مهم این پژوهش تأکید بر روی این فرضیه بود که تجربه اول فرد معتاد از مواد مخدر به دوره کودکی، نوجوانی یا اوایل جوانی بازمی‌گردد. در این پژوهش در پاسخ به این سؤال

کودکی، نوجوانی یا اوایل جوانی با مواد از ویژگیهای مواد مخدر و اعتیاد و فرایند معتاد شدن، پژوهشگران را به دو نتیجه مهم رسانده است:

الف) برای پیش‌گیری از اعتیاد باید برنامه‌های آموزشی و آگاهی بخشی تدارک دیده و با استفاده از شیوه‌های مختلف به جامعه ارائه شوند.

ب) در این برنامه‌های آموزشی و آگاهی بخش عمده تأکید بر نوجوانان و جوانان و حتی کودکان باشد. خطرات آشنایی با مواد و مصرف آنها و نیز ویژگیهای مواد و فرایند معتاد شدن باید به شیوه‌های گوناگون به جامعه شناسانده شود.

منابع

فلاح (۱۳۷۸)، نک: فرمانداری تبریز.

فرمانداری تبریز (۱۳۷۸)، مجموعه مقالات سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد جوانان، تبریز.

کاپلان و سادوک (۱۳۷۹)، خلاصه روانپزشکی، ترجمه پورافکاری، تبریز، شهرآب.

ناهدل (۱۳۷۸)، نک: فرمانداری تبریز.

نریمانی (۱۳۷۸)، نک: فرمانداری تبریز.

Lindsay, S.J.e. and Powell, G.E.(1994), *The Handbook of Clinical*

Adult Psychology, 2th Ed., Routledge Publication, pp. 384 – 412. ■

جامعه از مواد مخدر، اعتیاد و فرایند معتاد شدن است. در بیشتر عوامل شناسایی شده نشانی از این عنصر دیده می‌شود. به عنوان مثال، در عامل تفریح و تفنن، نوجوان یا جوان به مصرف مواد به عنوان یک سرگرمی و یک عامل ایجادکننده هیجان یا آرامش می‌نگرد ولی به علت عدم شناخت از ویژگیهای مواد و اعتیاد و فرایند معتاد شدن به این امر آگاهی ندارد که بعد از حالت نشنگی و خوشی، حالت خماری و ناراحتی فراخواهد رسید. همچنین یکی از علل اعتیاد استفاده از مواد برای درمان یا تخفیف بیماریهای جسمی و روانی است. در این عامل نیز نقش عدم شناخت به وضوح دیده می‌شود. عدم آگاهی از ویژگیهای مواد و اعتیاد و فرایند معتاد شدن موجب شده است که در فرهنگ سنتی ما مواد مخدر به عنوان مسکن درد توصیه شوند. بسیاری از مراجعان می‌گویند که مثلاً برای تسکین درد رماتیسم، کمردرد، سردرد، ناتوانی جنسی و غیره به توصیه دوستان و آشنایان با مصرف مواد آشنا شده‌اند و در مراحل بعد به آن اعتیاد پیدا کرده‌اند.

در فرایند درمان نیز بیشتر درمان جوانان، شاید به دلیل فقدان شناخت و آگاهی از بخشهای آگاهی‌بخش و آموزشی درمان کمتر از آن استفاده و احساس رضایت می‌کنند.

دو عامل مهم آشنایی اکثریت مبتلایان به اعتیاد در دوره‌های