

## نیم‌رخ روانی - اجتماعی معتادان نوجوان ایرانی

این پژوهش با هدف بررسی برخی مشخصات معتادان نوجوان ( $< ۲۰$  سال) ایرانی شامل جنسیت، سن شروع، نوع ماده‌ی مصرفی، روش مصرف، سابقه‌ی ترک، وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، وجود علائم روانی، سابقه‌ی اقدام به خودکشی، و علت گفته شده برای مصرف<sup>(۱)</sup> انجام شده است.

در این پژوهش از میان بیش از ۵۰۰ مراجعه به یک مرکز سرپایی ترک اعتیاد در تهران، ۶۵ نفر که حداکثر ۲۰ سال سن داشتند، انتخاب شدند و مشخصات آن‌ها از پرونده‌ها استخراج شد، که از بین این تعداد ۹۸/۴۶٪ مذکر بودند. کم‌ترین سن شروع ۸ سالگی، بیش‌ترین ماده‌ی مورد مصرف تریاک و هروئین (۷۹/۹۹٪) و بالاترین روش مصرف «تدخین»<sup>(۲)</sup> (۴۳/۱۸٪ در مورد تریاک و ۵۷/۱۴٪ برای هروئین) بود. در ۷۶/۹۳٪ این افراد، حداقل یک بار سابقه‌ی ترک وجود داشت. ۷۳/۸۴٪ وضعیت ناهنجار اجتماعی - اقتصادی و ۶۰/۰۰٪ وضعیت ناهنجار خانوادگی از نظر عاطفی داشتند. در تمام این افراد علائم روانی (بیش از همه اضطراب و افسردگی) و در ۲۱/۵۳٪ از آن‌ها سابقه‌ی مراجعه به مراکز سرپایی یا بستری روان‌پزشکی به دلیل علائم روانی وجود داشت، که از میان عده‌ی اخیر در ۲۸/۵۷٪ موارد سابقه اقدام به خودکشی بیان شده است. بیش‌ترین علت ادراک شده یا تصویری برای شروع مصرف، وجود مشکلات عاطفی و خانوادگی (۶۱/۵۳٪) ذکر شده بود.

واژگان کلیدی: اعتیاد / نوجوان / نیم‌رخ روانی - اجتماعی

دکتر مرصده سمیعی

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر حسن رفیعی

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

حمیدرضا طاهری نخست

کارشناس ارشد روان‌شناسی

## مقدمه

سال این ماده را مصرف کرده بودند (۶). در شاگردان دبیرستانی نیز همین میزان مصرف گزارش شد (۱۱ و ۷). به نظر می‌رسید که سال ۱۹۷۹ انتهای اپیدمی ماری‌جوآنا است، زیرا طی دهه‌ی ۱۹۸۰ کاهش ثابتی در مصرف ماری‌جوآنا در بین شاگردان دبیرستانی و افرادی که به تازگی از دبیرستان فارغ التحصیل شده بودند، دیده شد (۹). اما در مطالعات بعدی در دهه‌ی ۱۹۹۰ تعداد زیادی از نوجوانان امریکا مصرف ماری‌جوآنا را گزارش کردند (۸). در ۱۹۹۹ نیز MFS گزارش داد که شیوع دائمی مصرف ماری‌جوآنا به ترتیب در دانش‌آموزان کلاس‌های ۸، ۱۰ و ۱۲ در امریکا ۲۲٪، ۴۰٪/۹ و ۴۹٪/۷ است.

طبق این مطالعه، مصرف روزمره‌ی این ماده طی ماه قبل از انجام مطالعه در این افراد به ترتیب ۱/۴٪، ۳/۸٪ و ۶/۰٪ بوده است (۱۰ و ۵).

LSD نیز به رغم قوانین منع مصرف و اعلام خطرات ناشی از مصرف آن، هم‌چنان به صورت تفریحی به ویژه در نوجوانان مصرف می‌شود. در نمونه‌ای از شاگردان دبیرستانی از سال ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۵، ۷/۵٪ آن‌ها اظهار داشتند که حداقل یک بار LSD مصرف کرده‌اند (۱۲). گزارش‌های بعدی نشان داد که در طول دهه‌ی ۱۹۹۰ میزان مصرف آن در بین دانش‌آموزان دبیرستانی کم‌تر شده است (۱).

مصرف کوکائین از اواخر دهه‌ی ۱۹۷۰ در امریکا شایع شد و طی اوایل دهه‌ی ۱۹۸۰ مصرف آن ثابت ماند، اما بین سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۹ مصرف آن حدود ۴۰٪ کاهش یافت (۱۳ و ۷). طبق گزارش MFS در ۱۹۹۹، شیوع دائمی مصرف کوکائین در دانش‌آموزان سال‌های ۸، ۱۰، ۱۲، دبیرستان به ترتیب ۴/۷٪، ۷/۷٪ و ۹/۸٪ بوده است. مصرف کراک (۷) در این افراد تقریباً نصف مصرف کوکائین گزارش شده است (۱۴ و ۷).

MFS میزان را در بین نوجوانان آمریکایی نشان داده است. شیوع دائمی مصرف آن در سال ۱۹۹۹ در دانش‌آموزان کلاس‌های ۸، ۱۰، ۱۲، به ترتیب ۵۲/۱٪، ۷۰/۶٪ و ۸۰/۰٪ بوده است. ۲۴/۸٪ از دانش‌آموزان کلاس هشتم، ۴۸/۹٪ کلاس دهم و ۶۲/۳٪ شاگردان کلاس ۱۲ حداقل یک بار

اعتیاد، یا به بیان دقیق‌تر سوء مصرف و وابستگی به مواد، به مثابه یک مشکل جسمی - روانی و اجتماعی (۱)، مبتلا به بسیار از جوامع می‌باشد. موارد روانگردان به ویژه در نوجوانان و جوانان برای تغییر ادراک، حالت‌های احساسی - هیجانی، رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرند (۲). برآورد اثرات مصرف مواد در جامعه تقریباً غیرممکن است. این اثرات گسترده و متنوع بوده و ممکن است آشکار شدن آن‌ها چند دهه طول بکشد (۱). به عنوان مثال تجربه‌ی اولیه مصرف مواد می‌تواند به الگوی مصرف مداوم و مکرر همراه با پدیده‌های مشخصه‌ی آن شامل تحمل (۲)، علائم محرومیت (۳)، یا مصرف مواد چندگانه و در نتیجه افت عملکرد شود (۲).

ناتوانی شدید ممکن است از اثرات حاد مواد مورد سوء مصرف (مثلاً در صورت بیش مصرف) (۴)، یا از بیماری طبی مربوطه به مسمومیت با مواد، یا روش مصرف (مثلاً هپاتیت عفونی و اختلالات مرتبط با HIV) ناشی شود. نوجوانانی که به این مواد وابسته می‌شوند، اغلب دچار قطع رابطه با افراد خانواده، معلمان، هم‌سالان و هم‌چنین افت عملکرد تحصیلی و شغلی می‌شوند (۳). در مطالعه‌ای که اخیراً مؤسسه ملی سوء مصرف مواد (NIDA) (۵) انجام داد، حدود ۳۷٪ جمعیت مورد مطالعه، مصرف یک یا چند ماده‌ی غیرقانونی را در طول زندگی خود گزارش کردند، ۱۳٪ مواد غیرقانونی را طی سال قبل و ۶٪ طی یک ماه، قبل از مطالعه مصرف کرده بودند.

بیش از دو سوم افراد سنین ۱۸-۱۵ سال مصرف مواد غیرقانونی را تجربه کرده‌اند و بیش از ۱۵٪ جمعیت بالای ۱۸ سال در ایالات متحده، دچار مشکلات جدی ناشی از مصرف مواد هستند (۱).

MFS (۶) نمونه‌های کشوری از دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان در سال ۱۹۷۵ و بعد از آن، و دانش‌آموزان سال‌های ۸، ۱۰ و ۱۲ دبیرستان در سال ۱۹۹۹ نیز نمونه‌ای شامل ۴۵۰۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی در امریکا در این مطالعه شرکت کردند (۳).

ماده‌ای که بیش از مواد دیگر در سال‌های اخیر توسط نوجوانان مصرف می‌شود، ماری‌جوآنا است (۳). میزان مصرف این ماده طی سال‌های آخر دهه‌ی ۱۹۶۰ و در طول دهه‌ی ۱۹۷۰ افزایش یافت. در مطالعه‌ی سال ۱۹۷۹، ۲/۳٪ افراد در سنین ۱۸-۲۵

1-Biopsychosocial

2-Tolerance

3-Withdrawal

4-Overdose

5-National Institute on Drug Abuse

6-Monitoring the future study 7-Crack

مصرف الکل را طی ماه قبل از انجام مطالعه گزارش کرده بودند. نکته قابل توجه این که ۷۲/۳٪ شاگردان کلاس ۸ گزارش دادند که به راحتی به الکل دسترسی دارند(۳).

مصرف MDMA یا اکسیستی<sup>(۱)</sup> در دانش آموزان کلاس ۱۲ از ۲٪ در سال ۱۹۹۶ به ۸٪ در سال ۱۹۹۹ رسیده است و سهولت دسترسی به آن از ۲۴٪ در سال ۱۹۹۱ به ۴۰٪ در سال ۱۹۹۹ رسیده است(۳).

مصرف مواد افیونی<sup>(۲)</sup> گرچه در کشورهای غربی کم تر شایع است، اما اعتیاد به هروئین در این جوامع نیز از مشکلات عمده اجتماعی است. بعضی از گزارش ها نشان داده اند که در ایالات متحده حداقل ۵۰۰ هزار نفر معتاد به هروئین وجود دارد(S<sub>1</sub>).

مصرف کنندگان مواد افیونی معمولاً مصرف مواد را در دوره ی نوجوانی و اوایل دهه ی سوم عمر شروع می کنند. در گزارش مطالعه ی ۱۹۹۱، میزان مصرف هروئین در بین جوانان ۲۶-۳۴ ساله آمریکا به طور قابل ملاحظه ای بالاتر از افراد ۱۸-۲۵ ساله یا نوجوانان ۱۷-۱۲ ساله بود: به ترتیب ۱/۸٪، ۰/۸٪ و ۰/۳٪ (۱).

جدیدترین بررسی در کانادا شیوع دائمی ۵ ماده ی غیرقانونی کانابیس، کوکائین، LST، اکسیستی یا هروئین را در نوجوانان و جوانان به صورت زیر نشان داده است: ۳۰/۴٪ در سنین ۱۷-۱۵ سال، ۳۲/۹٪ در سنین ۱۹-۱۸ سال و ۳۷/۷٪ در سنین ۲۴-۲۰ سال مصرف این مواد را گزارش کردند(۱۴).

در ایران دو بررسی اپیدمیولوژیک وسیع در سال های اخیر در مورد سوء مصرف و وابستگی به مواد صورت گرفته است. اولین بررسی RSA<sup>(۳)</sup> است که در سال ۱۳۷۹ توسط رزاقی و همکاران در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور انجام شده است. دومین بررسی در سال ۱۳۸۱ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده که نتایج آن هنوز منتشر نشده است.

طبق گزارش RSA میانگین سن شروع اعتیاد ۲۲+۶ بوده است: ۶٪ زیر سال، ۷٪ در سن ۱۶-۱۵ سالگی، ۱۷٪ در سن ۱۸-۱۷ سالگی و ۱۶٪ در سن ۲۰-۱۹ سالگی اعتیاد خود را شروع کرده اند(مجموعاً ۴۶٪).

اولین ماده ی مصرفی در ۵۹٪ موارد تریاک و در ۳۲٪ موارد حشیش و تنها در ۶٪ موارد هروئین بوده است، در حالی که ماده ی مصرفی در طول یک ماه قبل از پژوهش در ۵۰٪ موارد تریاک و

در ۳۵٪ موارد هروئین و تنها در ۳٪ موارد حشیش بوده است. ۹۳٪ روش مصرف به صورت «تدخین» بوده و ۸۰٪ آن ها سابقه ی ترک دارند. مهم ترین علت شروع مصرف مواد کنجکاوای (۴۵٪)، لذت (۴۰٪)، مشکلات خانوادگی (۲۵٪)، فشار دوستان (۲۳٪)، دسترسی به مواد (۲۱٪) و کمبود عاطفی (۱۹٪) بوده است (بیش از یک مورد پاسخ داده شده است).

اولین پیشنهاد دهنده در اکثر موارد دوستان بوده اند (۵۳٪) و اولین موقعیت مصرف در ۳۳٪ موارد در فعالیت های دوستانه و در ۱۶٪ موارد در پارک بوده است.

به منظور به دست آوردن اطلاعات کلی و اختصاصی در مورد چگونگی شروع، عوامل زمینه ساز و آسیب های روانی - اجتماعی ناشی از اعتیاد، در جهت شناسایی و جلوگیری از روند پیشرفت آن و همچنین کمک به ارائه ی راهبردهای درمانی و پیشگیری مناسب تر، این مطالعه به عنوان مرحله ی مقدماتی از یک طرح تحقیقاتی کلان انجام شده است.

## هدف

هدف کلی این پژوهش، بررسی برخی مشخصات معتادان نوجوان ایرانی با سن حداکثر ۲۰ سال بوده است. این مشخصات عبارتند از جنسیت، سن شروع، نوع ماده مورد مصرف، روش مصرف، سابقه ی ترک، وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، وجود علائم روانی، سابقه ی اقدام به خودکشی، و علت مصرف.

## روش تحقیق

این پژوهش، مطالعه ای توصیفی و گذشته نگر در مورد مشخصات یاد شده است. نمونه های پژوهش از میان مراجعان به یکی از مراکز سرپایی ترک اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی در شهر تهران انتخاب شدند. به این منظور پرونده ی حدود ۵۰۰ نفر که در طول تابستان به این پلی کلینیک مراجعه نموده بودند، بررسی شد و از بین آن ها افرادی که سنشان حداکثر ۲۰ سال بود، انتخاب گردید. ۶۵ نفر از مراجعان یاد شده دارای شرط سنی فوق بودند که مشخصات مورد مطالعه از پرونده ی آن ها استخراج شد.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب نوع مواد مصرفی

نوع مواد مصرفی	N	%
تریاک	۱۸	۲۷/۶۹
هروئین	۱۶	۲۴/۶۱
هروئین + تریاک	۱۸	۲۷/۶۹
شیره	۱	۱/۵۳
تریاک + شیره	۲	۳/۰۷
حشیش + هروئین	۲	۳/۰۷
حشیش + تریاک + هروئین	۴	۶/۱۵
تریاک + حشیش	۲	۳/۰۷
هروئین + شیره	۱	۱/۵۳
شیره + هروئین + حشیش	۱	۱/۵۳
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۴ الف - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب روش مصرف هروئین

نوع مصرف هروئین	N	%
استنشاق	۳	۷/۱۴
تزریق	۱۵	۲۵/۷۱
تدخین	۲۴	۵۷/۱۴
جمع	۴۲	۱۰۰

جدول شماره ۴ ب - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب روش مصرف هروئین

نوع مصرف تریاک	N	%
خوراکی	۱۲	۲۷/۲۷
کشیدن	۱۹	۴۳/۱۸
خوراکی + کشیدن	۱۳	۲۹/۵۴
جمع	۴۴	۱۰۰

اطلاعات از دو پرسش‌نامه‌ی مجزای واحد مددکاری اجتماعی، دو پرسش‌نامه واحد روان‌شناسی، و یک پرسش‌نامه‌ی واحد روان‌پزشکی به همراه مصاحبه‌ی بالینی زمان مراجعه به دست آمد. سپس نمرات خام تبدیل به درصد و با یکدیگر مقایسه گردید.

### متغیرهای تمقیق

۱- الف: متغیرهای مستقل اصلی عبارت‌اند از سن، سابقه‌ی اعتیاد، سابقه‌ی بیماری جسمی - روانی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، وضعیت خانوادگی.

ب: متغیرهای مستقل فرعی عبارت‌اند از جنس، نوع ماده مصرفی، سابقه ترک.

۲- متغیرهای وابسته عبارت‌اند از اعتیاد و میزان مصرف.

۳- متغیرهای مخدوش کننده عبارت‌اند از محل تولد، محل تهیه‌ی مواد و چگونگی دسترسی به آن‌ها، تعداد دفعات مراجعه به مراکز درمانی، میزان مصرف سایر داروها.

### یافته‌ها

جداول شماره‌ی ۱ تا ۱۰ نشان‌دهنده‌ی توزیع فراوانی نسبی و مطلق متغیرهای تحقیق است که خود گویای نتایج به صورت مقایسه‌ی درصدها است.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب جنسیت

نمونه‌های تحقیق	N	%
مرد	۶۴	۹۸/۴۶
زن	۱	۱/۳۵
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب سن شروع

سن شروع (سال)	N	%
زیر ۱۰	۳	۴/۶۳
۱۰-۱۵	۱۶	۲۴/۶۱
۱۵-۲۰	۴۶	۷۰/۷۶
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۵ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب سابقه

ترک

سابقه ترک	N	%
ندارد	۱۵	۲۳/۰۷
یک بار	۲۹	۴۴/۶۱
دو بار	۷	۱۰/۷۶
بیش از دو بار	۱۴	۲۱/۵۳
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۸ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب وجود

علائم روانی

حالت روانی	N	%
اضطراب	۱۳	۲۰
افسردگی	۱۲	۱۸/۴۶
اضطراب + افسردگی	۳۵	۵۳/۸۴
موارد دیگر	۲۳	۳۵/۳۸
جمع	۸۳	بیش از ۱۰۰

به علت پاسخ‌های چندگانه آزمودنی‌ها جمع بیش از ۱۰۰ است.

جدول شماره ۶ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب وضعیت

خانوادگی

وضعیت خانوادگی	N	%
بهنجار	۲۲	۳۳/۸۴
نابهنجار	۳۹	۶۰/۰۰
بدون جواب	۴	۶/۱۵
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۹ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب سابقه

اقدام به خودکشی

سابقه اقدام به خودکشی	N	%
مثبت	۴	۶/۱۵
منفی	۵۲	۸۰/۰۰
بدون جواب	۹	۱۳/۸۴
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۷ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب وضعیت

اجتماعی - اقتصادی

وضعیت اجتماعی - اقتصادی	N	%
بهنجار	۴	۶/۱۵
نابهنجار	۴۸	۷۳/۸۴
بدون جواب	۱۳	۲۰/۰۰
جمع	۶۵	۱۰۰

جدول شماره ۱۰ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق نمونه‌ها برحسب علت

شروع اعتیاد

علت شروع اعتیاد	N	%
تفریح + لذت + تسکین	۲۲	۳۳/۸۴
کنجکاوی	۵	۷/۶۹
مشکلات به طور اعم افسردگی	۴۰	۶۱/۵۳
دوستان و اعضای خانواده	۲۳	۳۵/۳۸
بدون جواب	۳	۴/۶۱
جمع	۹۳	بیش از ۱۰۰

به علت پاسخ‌های چندگانه جمع بیش از ۱۰۰ است.

## بمّث

نمونه‌ی مورد مطالعه، به‌رغم حجم اندک آن (۶۵ نفر از ۵۰۰ معتاد مراجعه کرده به یک مرکز درمانی)، با کمی احتیاط می‌تواند معرف نوجوانان معتاد کشور قلمداد شود، که در این صورت سهم نسبتاً بالای نوجوانان در کل جمعیت معتادان کشور (۱۳/۰۰٪)، در حالی که ۷۶/۹۳٪ از آنها سابقه لااقل یک بار ترک دارند (جدول ۵)، به خوبی از پایین بودن سن شروع اعتیاد در کشور حکایت می‌کند و هشدار جدی برای طراحی و اجرای برنامه‌های وسیع پیشگیرانه و درمانی است. در واقع احتیاطی که باید در تصمیم‌گیری‌ها منظور کرد، به نفع شیوع بیشتر اعتیاد در میان نوجوانان است، چون مرکز برای پذیرش مراجعان تصویر شناسنامه آنها را درخواست و اقدام به تشکیل پرونده می‌کرد، بنابراین می‌توان انتظار داشت که قادر به جذب برخی از نوجوانان که معتاد نبودند هم هست (هم‌چنین ر.ک به رزاقی و همکاران، مطالعه RSA) در هر حال برای توفیق در برنامه‌های پیشگیری و درمان، پژوهش‌های تحلیلی به ویژه با هدف شناسایی عوامل خطر و محافظ در برابر اعتیاد لازم است. دادز و مک‌آلون (۱۶) فهرست نسبتاً جامعی از عوامل مخاطره‌آمیز برای پیدایش اعتیاد را ارائه کرده‌اند که برخی از مهم‌ترین عوامل قابل پیشگیری آن از این قرار است: ارزانی مواد، فقر، تراکم جمعیت، تغییرات مکرر محل زندگی، ارتباط اندک با همسایگان، وجود اعتیاد در خانواده، تحصیلات اندک والدین، بی‌انگیزگی فرد، عدم سخت‌گیری در خانواده نسبت به مصرف مواد، مختل بودن الگوی ارتباطی در خانواده، فقدان مهارت‌های تربیتی والدین، خصومت پدر، وجود تعارض‌های شدید در خانواده، ضعف عملکرد تحصیلی و مصرف مواد در همسالان.

برخی دیگر از داده‌های مطالعه نیز مستلزم توجه جدی از طرف دست‌اندرکاران بهداشتی است: در مجموع ۶۴/۶۲٪ از نوجوانان مورد مطالعه، هروئین را به تنهایی یا با ماده‌ای دیگر مصرف می‌کنند (جدول ۳) و نیز ۳۵/۷۱٪ از آنها مواد را به شکل تزریقی مصرف می‌نمایند (جدول ۴ الف). این در حالی است که در کشورهای دیگر، هروئین از جمله نادرترین مواد مورد مصرف نوجوانان است. اصولاً نوجوانان بیش‌تر به مصرف موادی می‌پردازند که مقبولیت اجتماعی بیش‌تری دارند، مثلاً نوجوانان امریکاو اروپا الکل، ماری‌جوآنا و سیگار بیش‌تر مصرف می‌کنند (۱۷).

الگوی مصرف نوجوانان ایرانی علاوه بر دشواری‌هایی که برای ترک دارد، خطر انتقال HIV، هپاتیت و ارتکاب جرم را نیز به همراه دارد. بنابراین ضمن برنامه‌ریزی برای توسعه‌ی خدمات پیشگیرانه و درمانی، با توجه به دوره سن نوجوانی که متضمن فعالیت جنسی است، از یک سو، و ناموفق بودن نسبی درمان‌های مبتنی بر پرهیز کامل<sup>(۱)</sup>، از سوی دیگر، باید برای توسعه خدمات و برنامه‌های کاهش عوارض<sup>(۲)</sup> نظیر درمان نگاه‌دارنده با متادون، تعویض سوزنگ، آموزش روابط جنسی سالم، و مشاوره ایدز اقدام‌هایی عاجل به عمل آورد.

در توسعه‌ی خدمات پیشگیرانه و درمانی هم می‌توان برخی یافته‌های این مطالعه را راهنمای عمل قرار داد: بالاترین ارقام گزارش شده از سوی نوجوانان مورد مطالعه درباره‌ی علت روی آوردن آنها به اعتیاد مربوط به مشکلات (۶۱/۵۳٪)، تفریح / لذت / تسکین (۳۳/۸۴٪)، و پیشنهاد دوستان و اعضای خانواده (۳۵/۳۸٪) بوده است (جدول ۱۰). بنابراین در صورت توجه برنامه‌ریزان به کاهش مشکلات نوجوانان، توسعه امکانات تفریحی، و نیز آموزش مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت حل مسئله و امتناع می‌توان امیدوار بود که از بخش قابل توجهی از مشکل اعتیاد پیشگیری خواهد شد.

هم‌چنین بالابودن میزان اضطراب و یا افسردگی در میان نوجوانان مورد مطالعه (جدول ۸) پیش‌آگهی درمان آنها را امید بخش می‌کند و این انتظار را به وجود می‌آورد که با رفع موانع گوناگون درمان (نظیر محدودیت تعداد مراکز درمانی، محدودیت روش‌های درمانی، محدودیت تعداد درمانگران، به ویژه انگ (stigma) ناشی از حضور در مرکز ویژه‌ی معتادان) بتوان از افزایش اعتیاد در جامعه کاست.

برای موفقیت برنامه‌های یادشده، به نظر می‌رسد لازم است پژوهش‌هایی در زمینه‌ی سنجش نیازهای آموزشی نوجوانان (به عنوان پشتوانه علمی برنامه‌های پیشگیرانه) و نیز شناخت موانع دسترسی نوجوانان به خدمات درمانی موجود (به عنوان پشتوانه علمی برنامه‌های درمانی) صورت گیرد.

نتایج این تحقیق را با انجام مطالعات بعدی به دو صورت می‌توان تکمیل کرد: مرحله اول این که در مطالعات آینده باید

باید مورد مطالعه قرار داد تا بتوان مشخصه‌های آن‌ها را با دقت بیشتری، مشخصه‌های نوجوانان معتاد ایرانی قلمداد کرد. در این صورت با انجام آزمون‌های آماری می‌توان معنادار بودن یا نبودن تفاوت‌های موجود میان گروه مورد مطالعه و جمعیت عمومی یا نوجوانان غیرمعتاد را نیز تعیین کرد.

نمونه‌ای با حجم بالایی، از میان مراجعان چند مرکز سرپایی و بستری و اقامتی واقع در منطقه‌ی مورد مطالعه (مثلاً شهر تهران) انتخاب کرد تا برآورد دقیق‌تری از شیوع اعتیاد در نوجوانان منطقه به دست آید. در مرحله دوم نمونه‌های کافی از نوجوانان معتاد را برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و نیم‌رخ روانی - اجتماعی



(۱) کابلان، هارولد، سادوک، بنیامین: «خلاصه‌ی روان‌پزشکی»، ویراست هشتم، ۱۹۹۸، ترجمه رفیعی حسن، رضاعی فرزین، سمیمی مرسله، جلد اول، انتشارات سالمی و ارجمند، تهران.

2-Sadock B, Sadock V (2000): "Comprehensive textbook of psychiatry"; 7th ed, Baltimore, wiliams & wilkins.

3-Essau C.A., 2002, "Substance abuse and dependence in adolescence" Taylor & Francis Inc, New york.

4-Yarnold B.M, 1997, "Adolescents at Risk", University press of America, Maryland.

5-Johnston L.D. O Malley P.M., Bachman J.G., (2000), The Monitoring the future national results on adolescent drug use, 1999. Bethesda, MA: NIDA.

6-Fishburne P.M., Abelson H.I.(1980), Vational survey on Drug Abuse: Main findings, 1979. Washington DC.

7-Johnston L.D., 1989. Drug use, Drinking, and srnoking: National survey results from High School, college, and adult population 1975-1988. Washington Dc.

8-Shedler J. and J. Block, 1990, Adolescent Drug use and psy chological Health; A Langitudinal Inquiry, American Psychologist, 45.

9-O Malley P, M. Bachman J.G and L.D. Johnston (1988). Period, Age and cohort effects on substance use. Among young Americans: A Decade of change, 1976-1986. American J. of public Health, 78.

10-Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2000). Summary of findins from the 1999 National Hausehold Survery on Drug Abuse. Rockvill, MD.

11-Bachman J.G. Lloyd D.J. and P.M. O Malley (1981), Smoking, Drinking, and Drug Abuse Among American High School students: Correlates & Trends, 1975-1979. American J. of public Health, 71, 56-59.

12-Abraham H.D. and e.Wilf, 1988. " Visual function in past users of LSD" J. of Abnormal psychology, 97.

13-Bachman J.G. and: D.Johnstone, 1990. Explaining the Recent Decline in cocaine use among young adults, J. of health & social REhavior, 33.

14-Canadian center of substance Abuse; Addiction Research foundation (1997). Canadian profile: Alcohol, tohacco, and other drugs. Ottawa, ontario.

15-Deschenes E.P. Speckart G. 1991 Narcotics Addiction J. of Drug Issues 21.

16- Dadds MR and McAloon J 2002 Prevention, in Cecilia A. Essau (Ed.), Substance Abuse and Dependency in Adolescence, East Sussex, Branner - Routledge.

17-Ridenour TA, Fazzino P, and Cottler LB, 2002, Classification and Assessment, in Cecilia A Essau (Ed.), Substance Abuse and Dependency in Adolescence, East Sussex, Brunner-Routledge.