

بررسی تأثیر سم زدایی بر کیفیت زندگی معتادان ۶۵-۴۰ ساله مراجعه کننده به انجمن خیریه احیای انسانی

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه دانشجویی)

محمود توکلی^۱، رباب صحاف^{۲*}، علی فرهودیان^۳، یدا... بختور^۴، محمدحسن فرهادی^۵

چکیده:

در طی دو دهه اخیر فعالیتهای مرسوبه به کاهش تقاضا و بیویژه درمان و بازتوانی معتادان در ایران ارتقای چشمگیری یافته است. هم اکنون آلتراستیوهای متعدد درمانی از جمله مراکز درمان سرپایی و بستری، روش‌های پرهیز مدار و ایمان مدار از جمله معتادان گمنام و مراکز خیریه «تولدی دوباره» بصورت دارویی و غیر دارویی فعالیت می‌کنند. روش سم زدایی و درمان در جمعیت خیریه احیای انسانی (کنگره^{۶۰}) بصورت احصاری بوده و با جایگزینی شربت تریاک و کاهش تدریجی آن (طی ۱۱ماه) و همچنین گروه درمانی و معنویت درمانی می‌باشد.

پژوهش مذکور مطالعه‌ای، توصیفی است که در مدت ۳ماه (بدو ورود، یکماه و سه ماه بعد از درمان) بصورت طولی و همگرددی انجام شده است. در این پژوهش کیفیت زندگی در سه نوبت مورد ارزیابی قرار گرفته است. افراد در تحقیق شامل ۴۰سالی است، که به این انجمن جهت سم زدایی و درمان مراجعه نموده‌اند. انتخاب نمونه‌های روش نمونه‌گیری در دسترس بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی، اپرسشنامه کیفیت زندگی SF36 می‌باشد، سپس داده‌ها با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها: از مجموع ۳۳۳نفر، ۱۵ نفر بالای ۵۰سال و ۳۷نفر بیشتر از ۶۰بوده‌اند. ماده سوء مصرفی شامل تریاک با فراوانی ۱۲نفر(۴٪) و کراک و هروئین ۱۴نفر(۲٪)، بالاترین درصد شیوع را داشتند. میانگین ماهیانه هزینه سوء مصرف مواد برای هر نفر بطور متوسط ۱۵۹۰۰تومان می‌باشد. برای تمامی زیر میاسه‌ای کیفیت زندگی، P value زیر ۰/۰۵، گزارش گردیده است.

بحث و نتیجه‌گیری: سم زدایی در ارتقای کیفیت زندگی مؤثر بوده است. فقط برای دو سوال «به نظر می‌رسد که من نسبت به دیگر افراد راحت‌تر مبتلا به بیماری می‌شوم» و «سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می‌شناسم» نظر فرد در سه دوره تغییر نکرده است شاید بتوان گفت که درمانهای کوتاه مدت بر روی تغییر «نگرش عمیق فرد نسبت به خود» کم اثر باشد. و تغییر نگرش بنیادی و عمیق نیاز به برنامه‌های بازتوانی طولانی مدت‌تری داشته باشد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، سالماندی، سم زدایی، کیفیت زندگی

- ۱- پژوهش، کارشناس ارشد بهداشت سالماندی. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
 - ۲- پژوهش، دکترای تخصصی سالماند شناسی. مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالماند. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
 - ۳- روابزه‌شک. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
 - ۴- کارشناس ارشد آمار- بیمارستان رازی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
 - ۵- دکترای تخصصی علوم اعصاب- مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- * پست الکترونیک نویسنده مسئول:
robabsahaf@yahoo.com.au

مقدمه

با نگاهی به وضعیت سالماندی در جهان، در خواهیم یافت که جهان در حال پیشرفت می‌باشد. بررسی آمار جهان نشان میدهد که در سال ۲۰۰۰ حدود بیست درصد از جمعیت اروپا و راپن در مناطقی بودند که بیش از ۱۳٪ از کل جمعیت آنها را سالماندان بالای ۶۰سال تشکیل می‌دادند. در سال ۲۰۰۳ مناطق بیشتری از جهان با همین وضعیت روبرو خواهد بود. بررسی آماری نشان می‌دهد که در سال ۲۰۵۰، ۳۷٪ از جمعیت اروپا از سالماندان تشکیل خواهد شد.^(۱۳)

در کشورهای در حال توسعه، جمعیت سالماندان که در سال ۲۰۰۰، با رقمی حدود ۶۰۰ میلیون نفر، ۱۰٪ از کل جمعیت

جهان را شامل می‌شد، در سال‌های ۲۰۲۵، ۲۰۵۰، بترتیب بالع بر ۱/۲ بیلیون نفر، یعنی ۲۱٪ از مجموع جمعیت انسانی خواهد بود.^(۱۳)

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ جمعیت جمعیت بالای ۶۰سال در کشور ما ۶/۶٪ کل جمعیت بوده است. در بررسی که در سال ۱۳۷۹ توسط وزارت بهداشت انجام شد، این رقم به ۶/۷٪ رسید و بر آورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۰٪ از جمعیت کشور ما بالای سن ۶۰سال باشند، که این معنای انفجار جمعیت سالماندان در کشور ما خواهد بود.^(۵)

بررسی میانگین سنی معتادان در سه مطالعه RSA حاکی از میانگین سنی حدود ۳۳ سال و ثبات سنی (از ۲۲/۴ تا ۳۳/۶) و

بین المللی علوم اجتماعی» و تا اواسط دهه ۱۹۷۰، در ایندکس مدیکوس^۱ وجود نداشت. با این حال تا چنان‌پیش، کیفیت زندگی بخش‌ضمی پژوهش سالمند شناسی در اروپا و امریکای شمالی بود.^(۱۱).

سنت سالمند شناسی اجتماعی امریکایی هم که در دوره بعد از جنگ پدید آمد، بصورت اختصاصی‌تر بر تجربه فردی زندگی تمرکز نمود. مفهوم رضایت از زندگی بعنوان بخشی از نظریه انفال (کومینگ و هنری ۱۹۶۱) در دهه ۱۹۵۰ گسترش یافت. توجه به سنجش «رضایت از زندگی»^(۱۲) و متعاقباً سنجش کیفیت زندگی، در مطالعات سالمند شناسی آمریکایی بخصوص سالمند شناسی بالینی، حاصل علوم اجتماعی کارکرده‌گرای غالب دهه ۱۹۶۰ بود.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدود ۳۷ درصد جمعیت ۱۲ سال و بالاتر آمریکا حداقل یک بار در طول عمر خود مواد مخدر را تجربه کرده‌اند و ۵/۵ درصد آن‌ها حداقل یک بار در طول عمر خود با یک مشکل مرتبط با سوء مصرف دارو مواجه شده‌اند^(۹). همچنین هزینه سالانه اعتیاد برای جامعه آمریکا در نیمه دهه ۱۹۹۰ حدود ۲۰۰ میلیارد دلار تخمین زده شده است^(۹).

روش تحقیق

این پژوهش مطالعه‌ای، توصیفی و آینده نگراست که در مدت ۳ ماه بصورت طولی و همگروهی انجام شده است. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی (دموگرافیک) و پرسشنامه SF-36 (آزمون کیفیت زندگی) بوده است. ابتدا با مطالعه مقدماتی و اجرای پایلوت ابزارهای شماره ۲ تحلیل و اصلاح شد (پایابی و روایی آن آزمون شد). روایی و پایابی چک لیست‌ها نیز در مطالعه پایلوت آزمون شد.^(۴) جامعه آماری شامل کلیه معتادان بالای ۴۰ سال که به شعبه اصلی انجمن خیریه احیاء انسانی (کنگره ۶۰) جهت سم زدایی و درمان مراجعه نموده‌اند.

ضوابط ورود به مطالعه شامل: کلیه معتادان بالای ۴۰ سال که به شعبه اصلی انجمن خیریه احیاء انسانی (کنگره ۶۰) جهت سم زدایی و درمان مراجعه نموده‌اند و نداشتن سابقه بیماری جسمی و روانی شدید. کلیه مراجعانی که جهت سم زدایی از تاریخ ۸۹/۳/۱ الگایت ۸۹/۶/۱ به انجمن مراجعه نموده اند و ضوابط

ثبت انحراف معیار (حدود ۱۰ سال) می‌باشد. تنها ۳/۲ درصد از معتادان کمتر از ۲۰ سال سن داشتند.^(۶)

کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهدهٔ صحنه‌های هولناک آن هنوز نتوانسته به عنوان هشداری جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود.^(۷)

در طی دو دهه اخیر فعالیتهای مربوط به کاهش تقاضا و بویژه درمان و بازتوانی معتادان در ایران ارتقائی چشمگیری یافته است. هم اکنون بخشهای دولتی مختلف اعم از ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت و سازمانهای خیریه و مردم نهاد از جمله انجمن NA، انجمن خیریه «تولدی دوباره» و «جمعیت احیاء انسانی» (کنگره ۶۰) در این زمینه فعالیت دارند و مدل‌های مختلفی را برای درمان با توجه به نیاز مخاطبان ارائه مینمایند.^(۷) در مدل درمانهای دارویی (سم زدایی فوق سزیع، سریع، و تدریجی) که بیشتر پزشکان و روانپزشکان حضور فعال دارند، محور اصلی بحث استفاده از داروهای صناعی شبیه مخدر همچون متادون و بوپره نورفین است. در مدل‌های درمانی NA و جمعیت خیریه تولدی دوباره، هسته اصلی بحث بر مدار پرهیز (Abstinence) متمرکز است و هرگونه استفاده از دارو و یا جایگزین، وابستگی تلقی شده و قابل پذیرش نمی‌باشد.^(۷)

جمعیت خیریه احیاء انسانی (کنگره ۶۰) مدل خاص خود را در درمان و بازتوانی پیگیری مینماید. در این مدل فرد معتاد با جایگزینی ماده مخدر (همه انواع سوء مصرف مواد فقط با تریاک یا شربت تریاک سم زدایی می‌شوند) اما کاهش تدریجی آن و توانمند سازی روانی و اجتماعی قادر می‌شود، میزان کترول و تسلط برخویشتن و محیط را افزایش داده و کم کم قادر به فعالیتهای سازنده و اثر گذار در اجتماع می‌گردد.^(۱)

جمعیت خیریه احیاء انسانی (کنگره ۶۰) در سال ۱۳۷۸ تأسیس شده و در زمینه پیشگیری، درمان و کاهش آسیب فعالیت مینماید. این جمعیت بصورت رایگان فعالیت می‌کند، و با داشتن بیش از ۱۰ شعبه در تهران و شهرستانها فعال است.^(۷)

اصطلاح کیفیت زندگی، اصطلاح نسبتاً جدیدی در ادبیات دانشگاهی است. این اصطلاح تا سال ۱۹۶۸ در «دایره المعارف

یافته‌ها

از شرکت کنندگان در تحقیق ۱۵ نفر بالای ۵۰ سال و ۳ نفر بالاتر از ۶۰ بوده‌اند. ۲۳ نفر متاهل، ۵ نفر مجرد و ۵ نفر نیز مطلقه می‌باشند. در رابطه با تحصیلات معتادان شرکت کننده در تحقیق می‌توان گفت بالاترین فراوانی مربوط به دیپلم‌ها با رقم ۱۲ نفر (٪۳۶,۴)، و پس از آن تحصیلات راهنمایی با ۱۱ نفر شرکت کننده (٪۳۳,۳) و لیسانس یا بالاتر با ۴ نفر (٪۱۲,۱)، خواندن و نوشتمن (نفر ۹,۱)، ابتدایی (نفر ۶,۱)، فوق دیپلم (نفر ۳,۰) می‌باشد.

در رابطه با شغل افراد می‌توان گفت که گروه کارگران ماهر دارای بالاترین فراوانی ۱۱ نفر (٪۳۳,۳)، و پس از آن مغازه داران با فراوانی ۱۰ نفر (٪۱۲,۱) گزارش گردیده است. از نظر وضعیت سکونت، ۱۷ نفر (٪۵۱,۱) در منزل شخصی، ۸ نفر در منزل استیجاری (٪۲۴,۲) و ۵ نفر (٪۱۵,۲) نیز در منزل پدری، و دو نفر (٪۶,۱) در منزل پدر همسر و یک نفر بی‌خانمان (٪۳,۰) می‌باشند.

خروج از مطالعه شامل مراجعانی که به هر علتی از شرکت در مطالعه و ادامه آن انصراف داده‌اند یا عدم تمایل به شرکت در مطالعه. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس^۱ از کلیه مراجعان بالای ۴۰ سال طی یک دوران زمانی سه ماه انجام گردید. حجم نمونه ۳۳ نفر بوده که تا پایان پژوهش شرکت نموده‌اند.

روشهای تجزیه و تحلیل داده‌های تحلیل مطالعه پیمایشی مفاهیم آمار توصیفی شامل محاسبات توصیفی، توزیع فراوانی و فراوانی نسبی، محاسبات شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و حدود اطمینان ۹۵٪ با در نظر گرفتن ماهیت طبقه‌بندی و پس از ایجاد متغیرهای جدید انجام گرفت. برای تحلیل مطالعه پیگیری پس از نمره گذاری و کمی کردن اطلاعات با استفاده از تحلیل واریانس^۲ و اندازه گیری‌های مکرر^۳ انجام شد. محاسبات پایابی از روش برآورد درونی سقوط‌الات (α کرونباخ) و محاسبات روابی با استفاده از آزمون همبستگی انجام شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها و انتقال آن با کامپیوتر با نرم‌افزار SPSS (xp) ۱۵ تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی و مطلق بیماران معتاد میانسال به تفکیک وضعیت سکونت

وضعیت مسکن	فراوانی	درصد	Valid Percent
منزل شخصی	۱۷	٪۵۱,۵	
منزل استیجاری	۸	٪۲۴,۲	
منزل پدری	۵	٪۱۵,۲	
منزل پدر همسر	۲	٪۶,۱	
بی خانمان	۱	٪۳,۰	
کل	۳۳	٪۱۰۰	٪۱۰۰

درآمد ماهیانه معتادان شرکت کننده در تحقیق از حداقل ۲۸۰/۰۰۰ تومان تا حداًکثر ۴/۰۰۰/۰۰۰ تومان در نوسان است، ولی بیشترین فراوانی در گروه ماهیانه ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان (فراوانی ۶ نفر) می‌باشد.

در Cross tabulation انجام شده توسط برنامه آنالیز Spss بر روی ارتباط بین مصرف سیگار و نوع ماده مصرفی بیشترین همبستگی با مصرف کراک (۱۴ نفر) و سپس تریاک (۱۱ نفر) گزارش گردید.

پرداخت اجاره ۳۰۰/۰۰۰ تومان در ماه دارای بالاترین فراوانی در بین کسانی است که اجاره منزل می‌پردازند. در رابطه با چگونگی تأمین هزینه سوء مصرف مواد، ۲۷ نفر (٪۸۱,۸) درآمد شغلی را مهمنترین منبع تأمین هزینه سوء مصرف ذکر کرده‌اند و ۲ نفر (٪۶,۱) با کمک مالی خانواده، ۱ نفر (٪۳,۰) با کمک مالی دولستان، ۱ نفر (٪۳,۰) با فروش اموال شخصی، ۱ نفر (٪۳,۰) با کمک سایر منابع (اجاره اجاره مستغلات، بهره بانکی)، ۱ نفر (٪۳,۰) با خرید و فروش مواد هزینه‌ها مصرف را تأمین می‌نمایند.

جدول ۲- رابطه بین سیگار (Cross tabulation) و نوع ماده سوء مصرفی

مصرف سیگار	تریاک	شیره تریاک	هروئین	کراک	شیشه	ترامadol	کراک و شیشه	کل
هرگز	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱
در حال مصرف	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۲
قبل	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲
قبل و هم اکنون	۸	۳	۱	۱۳	۱	۱	۱	۲۶
کل	۱۱	۴	۱	۱۴	۱	۱	۱	۳۳

سوء مصرف مواد را در قالب روش‌های مختلفی چون تدخینی٪۵۴,۵، خوراکی٪۳۰,۳، تزریقی٪۶,۱، تدخینی و خوراکی٪۶,۱، تزریقی با فراوانی انفر٪۰,۳ سوء مصرف می‌کرده‌اند که در این میان شیوه تدخینی دارای بالاترین٪۵۴,۴ میزان روش سوء مصرف است.

ماده سوء مصرفی در معتادان در حال بهبودی در انجمن خیریه احیاء انسانی (کنگره ۶۰) شامل کراک هروئین با فراوانی ۱۴ نفر٪۴۲,۲ دارای بالاترین فراوانی و پس از آن تریاک با فراوانی ۱۲ نفر٪۳۶,۴، شیره تریاک با فراوانی ۳ نفر٪۹,۱ هروئین با فراوانی ۱ نفر٪۳,۰، و شیشه با فراوانی ۱ نفر٪۳,۰ ترامadol با فراوانی ۱ نفر٪۳,۰ مشتقات تریاک با فراوانی ۱ نفر٪۰,۳ می‌باشد.

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی و مطلق بیماران معتاد میانسال به تفکیک الگوی ماده سوء مصرفی و روش غالب مصرف

کل	تزریقی	خوراکی	تدخینی	ماده مصرفی و روش غالب مصرف
۱۱	۰	۶	۵	تریاک
۴	۰	۴	۰	شیره تریاک
۱	۱	۰	۰	هروئین
۱۴	۲	۰	۱۲	کراک
۱	۰	۰	۱	شیشه
۱	۰	۱	۰	ترامadol
۱	۰	۰	۱	کراک و شیشه
۳۳	۳	۱۱	۱۹	کل

مواد برای هر نفر بطور متوسط ۱۵۹/۸۴۹ تومان در ماه، بالاترین فراوانی

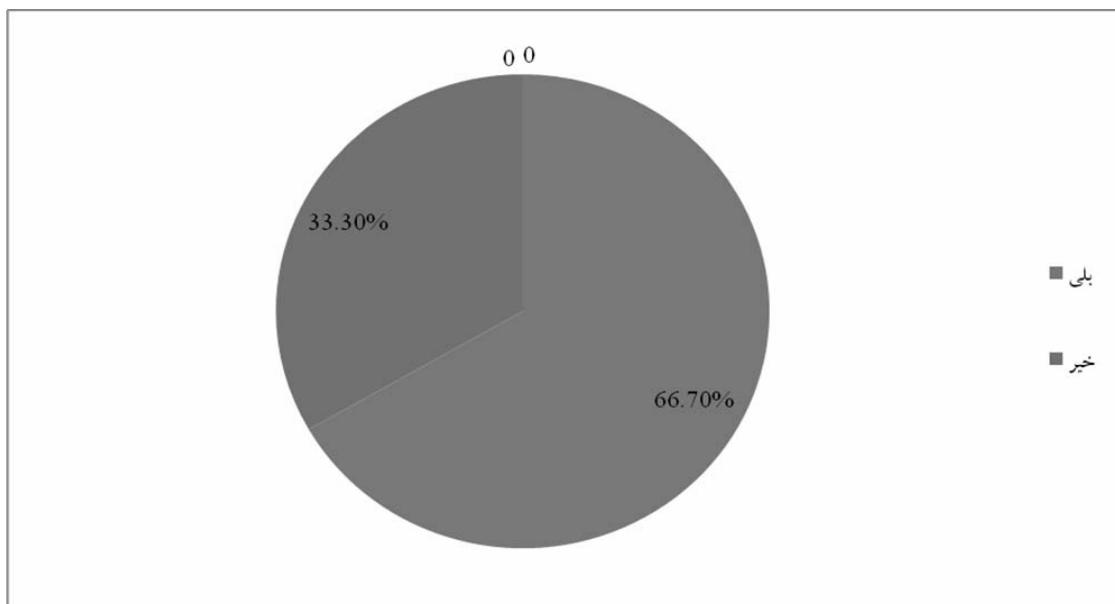
میانگین هزینه مصرف ۱۵۰/۰۰۰ تومان در ماه، بالاترین فراوانی سوء مصرف مواد را در اختیار دارد. هزینه ماهیانه سوء مصرف

جدول توزیع فراوانی نسبی و مطلق بیماران معتاد میانسال به تفکیک چگونگی تامین هزینه‌های سوء مصرف مواد

تامین مخارج زندگی	فراوانی	درصد	Valid Percent
درآمد شغلی	۲۷	٪۸۱,۸	٪۸۱,۸
کمک مالی خانواده	۲	٪۶,۱	٪۶,۱
کمک مالی دوستان	۱	٪۳,۰	٪۳,۰
فروش اموال شخصی	۱	٪۳,۰	٪۳,۰
سایر(اجاره مستغلات، بهره بانکی)	۱	٪۳,۰	٪۳,۰
خرید و فروش مواد	۱	٪۳,۰	٪۳,۰
کل	۳۳	٪۱۰۰	٪۱۰۰

قار گرفته بود شامل بنزو دیازپینها از قبیل دیازپام، لورازیم، کلونازیم، کلرو دیازپوکساید بوده است.

۷۶,۷٪ افاد شرکت کننده در تحقیق (نفر ۲۲) سابقه سوء مصرف دارو را نیز گزارش نموده‌اند. داروهایی که مورد سوء مصرف



شکل ۱- توزیع فراوانی نسبی و مطلق بیماران معتاد میانسال به تفکیک سابقه سوء مصرف

نقش هیجانی (RE)، سلامت روانی (MH) که در مجموع، دو مقیاس اصلی سلامت جسمی و سلامت روانی را می‌سازند و نمره کلی پرسشنامه SF36 را تولید می‌نمایند، همگی از نظر پژوهشی معنی دار بوده‌اند ($p < 0.001$)

میانگین نمرات سلامت کلی افراد در مقایسه با سال گذشته از ابتدای پژوهش دارای افزایش بوده است. هشت زیر مقیاس عملکرد فیزیکی (PF)، نقش فیزیکی (RP)، درد بدنی (BP)، سلامت عمومی (GH)، سرزندگی (VT)، عملکرد اجتماعی

دوره‌های اجرای پرسشنامه	Physical Function	Role Physical	Body Pain	General Health	Vitality	Social Functioning	Role Emotional	Mental Health0
1	45.61	25.00	41.03	43.61	40.00	38.91	20.18	49.21
2	65.45	53.03	54.64	51.76	51.82	52.48	48.39	58.42
3	82.58	79.55	74.42	66.00	68.03	72.48	82.97	70.67
Mental Health								

شکل ۲- میانگین تغییرات اجزای کیفیت زندگی در طی سه ماه روند درمان

کیفیت زندگی دارای روند افزایشی در طی ماههای مطالعه بصورت، ماه اول ۲۰/۱۸ یکماه پس از مطالعه ۴۸/۳۹ و سه ماه پس از مطالعه به عدد ۶۷/۹۷ رسیده است. نمرات جزء «بهداشت روانی» در پرسشنامه SF36 نشان می‌دهد این نمره در ابتدای مطالعه ۴۹/۲۱، یکماه پس از درمان به ۵۸/۴۲ افزایش یافته و پس از سه ماه به عدد ۶۷/۰۰ رسیده است.

نتیجه گیری:

آزمون نرمال بودن کولموگروف- اسمیرنوف برای داده‌های پژوهش فرض نرمال بودن تعداد افراد خانواده را تایید می‌کند ($P\text{-value}=0.526$ و $\text{Kolmogorov-Smirnov } Z=0.811$).

«نقش فیزیکی» عنوان یکی از اجزای کیفیت زندگی در طی سه دوره با افزایش قابل توجهی روبرو بوده است. (ابتدای پژوهش ۲۵,۰۰، یک ماه بعد ۳۰,۳۳، ۵۳,۰۳، سه ماه بعد ۷۹,۵۵). «درد بدنی» در طی سه ماه زندگی و در ماههای مداخله از رقم ۴۱/۰۳ به ۵۴/۶۴ در پایان ماه اول و سپس به ۷۴/۴۲ در پایان مطالعه رسیده است. «سلامت عمومی» عنوان یکی از زیر گروههای کیفیت زندگی در ابتدای پژوهش ۴۳,۶۱، یک ماه بعد ۵۱,۷۶، سه ماه بعد ۶۶,۰۰ ارتقا یافته است. «کارکرد اجتماعی» عنوان یکی از اجزای کیفیت زندگی در بد و ورود مراجعت ۳۸/۹۱، یکماه بعد به رقم ۵۲/۴۸ و در پایان ماه سوم به ۷۲/۴۸ رسیده است. «نقش هیجانی» عنوان یکی از زیر گروههای

دیگری که باید آنرا به بحث گذاشت مسئله درمان بیماران سوء مصرف کننده شیشه و یا ترامadol است، همانطور که در یافته‌ها مشاهده شد ۱۱ نفر (۳٪) از بماران سوء مصرف کننده شیشه و یک نفر سوء مصرف ترامadol داشته‌اند که این بیماران نیز با شبکت تریاک سم زدایی شده‌اند. متساقانه در هیچ منبعی علمی اشاره نشده است که چنین درمانی می‌تواند سودمند باشد.

در خصوص چگونگی تاثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران میانگین نمرات سلامت کلی افراد در مقایسه با سال گذشته از ابتدای پژوهش تا پایان پژوهش افزایش یافته است. برای تمامی زیر مقیاسهای کیفیت زندگی (به جز LQH11_2 و LQH11_1)، Pvalue معنی دار گزارش شده است (زیر ۰/۰۵)، که نشانگر مؤثر بودن سمزدایی در ارتقائی کیفیت زندگی است. فقط برای دو سؤال «به نظر می‌رسد که من نسبت به دیگر افراد راحت‌تر مبتلا به بیماری می‌شوم» و «سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می‌شناسم» نظر فرد در سه دوره تغییر نکرده است. شاید بتوان نتیجه گرفت که درمانهای کوتاه مدت بر روی تغییر «نگرش عمیق فرد نسبت به خود» شاید کم اثر باشد. و تغییر نگرش بنیادی و شخصیتی نیاز به برنامه‌های بازتوانی طولانی مدت‌تری داشته باشد.

در پایان لازم است از کلیه زحمات پرسنل و مراجعان محترم انجمن خیریه احیائی انسانی (کنگره ۶۰)، بویژه رهبر معنوی آن آقای مهندس حسین دژاکام تقدير و تشکر بعمل آوریم.

در Cross tabulation انجام شده توسط برنامه آنالیز Spss بر روی ارتباط بین مصرف سیگار و نوع ماده مصرفی بیشترین همبستگی با مصرف کراک (۱۴٪) و سپس تریاک (۱۱٪) گزارش گردید که البته این مسئله با توجه به شیوه مصرف کراک و تریاک که غالباً تدخینی و گاهما همزمان با سیگار سوء مصرف می‌شود هماهنگی دارد. در یافته‌های تحقیق، همچنین ۲۷٪ نفر (۸۱٪) سابقه مصرف سیگار در خانواده را مثبت ذکر کرده‌اند که اهمیت نقش شروع کننده‌ها یا مواد دروازه‌ای را در آغاز سوء مصرف مواد اثبات می‌کند.

ماده سوء مصرفی معتقدان شامل تریاک با فراوانی ۱۲٪ (۳۶٪) و کراک هروئین با فراوانی ۱۴٪ (۴۲٪) شایع‌ترین ماده سوء مصرف بوده و شیشه با فراوانی ۱۴٪ (۳٪) و ترامadol با فراوانی ۱۴٪ (۳٪) گزارش گردیده است. این یافته‌ها با یافته‌های طرح ملی ارزیابی سریع سوء مصرف مواد تا حدود زیادی مشابهت دارد (۶)، از آن جهت که در طرح ملی «ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران» (RSA) سال ۱۳۸۶ شایع‌ترین ماده سوء مصرفی در معتقدان کل کشور تریاک و مشتقات آن ۴۵٪ و هروئین ۲۰٪ و کراک هروئین ۲۸٪ گزارش گردیده است (۶).

سوء مصرف همزمان بنزودیازپینها بویژه در سالمندان سوء مصرف کننده مواد، که در این تحقیق گزارش شده می‌تواند بسیار خطربناک بوده و باعث سقوط و زمین خوردگی (Falls) و عوارض ناشی از آن و همچنین مشکلات تنفسی گردد. نکه

منابع

REFERENCES

۱. پیام بهبودی، (۱۳۸۵). نشریه داخلی NA. تهران. سال سوم، شماره شش.
۲. تشویقی، فروهر. (۱۳۸۴). تولدی دوباره. نشر موسسه خیریه تولدی دوباره (چاپ دوم)، تهران.
۳. سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۱)، «برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد»، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
۴. رفیعی، حسن؛ سجادی، حمیرا. نارنجیها، هومان. نوری رویا. فرهادی، محمدحسن. نوروزی، سعید. شیرین بیان، پیمانه (۱۳۸۷). روش‌های تحقیق بین رشته‌ای در اعتیادو سایر مشکلات و انحرافات (آسیبهای) اجتماعی کیفی و کمی. تهران. انتشارات دانزه چاپ اول
۵. سالنامه آماری سال ۱۳۸۵. مرکز آمار ایران
۶. نارنجی‌ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باختانی، احمد رضا، نوری، رؤیا؛ شیرین بیان، پیمانه؛ فرهادی، محمدحسن و همکاران. ارزیابی سریع وضعیت سوءصرف و وا استگی به مواد در ایران. (۱۳۸۶). گزارش تحقیق، موسسه داریوش؛ مرکز آموزشی و پژوهشی سوءصرف و وا استگی به مواد، تهران.
۷. نشریه دیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (ریاست جمهوری) (۱۳۷۸). ناگفته‌ها. تهران، شماره اول، صفحه ۳۶.
8. Kaplan, H., Shadocks, B. (2006). Comprehension Text book of psychiatry. (5th ed) Philadelphia: Lippincott. 839-40..
9. Lowinson, Y.H., Ruiz, R. & Mill man R.B. (1992). Substance Abuse. Comprehension Textbook. (4th edition): (pp. 2-14) Philadelphia: Lippincott
10. Neugarten,B.I.,Havighurst,R.J.,and Tobin,S.S.(1961)the measurement of life satisfaction, journal of gerontology,16;134-43
11. Tawsend,p.(1975).the family life of old people.london: Routlege and keg an
12. Tawsend,p.(1963).the family life of old people, abridged edn.Middlesex: penguin Books
13. World Health Organization(Ageing and life course);www.who.int