

مقایسه الگوها و اختلالات مصرف مواد در جمعیت روستایی و شهری

مراد رسولی آزاد^۱، بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۲، صمد شیرین زاده دستگیری^۳، مرجان عالمی خواه^۴، امید ساعد^۵، تکتتم کاظمینی^۵

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۹/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۴

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات شیوع مصرف مواد در جمعیت روستایی و شهری کشورهای مختلف، بسته به روش مطالعه، جامعه آماری، گروه سنی، ابزارهای اندازه‌گیری نتیجه متفاوتی دارند. هدف از این پژوهش مقایسه الگوها و اختلالات مصرف مواد در جمعیت روستایی و شهری شهرستان مشهد است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مشهد دو گروه شامل ۱۱۰ نفر شهری و نفر ۱۰۰ روستایی انتخاب شدند. نمونه‌ها با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های χ^2 و t مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه از لحاظ وضعیت زناشویی ($p=0/001$)، سطح تحصیلات ($p=0/001$)، درآمد ($p=0/002$) تفاوت معنی‌دار وجود داشت. همچنین نمونه‌ها در سابقه ترک ($p=0/001$) و تشخیص وابستگی و سوء مصرف نیکوتین ($p=0/005$)، حشیش ($p=0/007$) و الکل ($p=0/002$) در طول عمر تفاوت معنی‌دار داشتند.

نتیجه‌گیری: جامعه شهری و روستایی تفاوت‌هایی در الگوهای مصرف مواد دارند که می‌تواند از تفاوت بافت اجتماعی آن‌ها نشأت بگیرد. [م ت ع پ ز، ۱۳(۱):

۳۶-۴۱]

کلیدواژه‌ها: الگوهای مصرف مواد، اختلالات مصرف مواد، سوء مصرف و وابستگی مواد، روستایی، شهری

مقدمه

مطالعات شیوع مصرف مواد در جمعیت روستایی و شهری کشورهای مختلف، بسته به روش مطالعه، جامعه آماری، گروه سنی، ابزارهای اندازه‌گیری، تعریفی که از جامعه شهری و روستایی دارند و خصوصیات جمعیت شناختی اجتماعی جامعه روستایی به دو نتیجه کلی منتهی شده‌اند: دسته‌ای که تفاوت‌هایی بین این دو گروه گزارش کرده‌اند^{۱،۲} و دسته‌ای که به تفاوتی بین دو گروه دست نیافته‌اند.^{۳،۴}

مطالعه ملی سلامت و مصرف مواد در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۲ در ایالات متحده آمریکا میزان مصرف را در بین جمعیت روستایی حدود ۱۳ درصد و در جمعیت شهری ۱۵ درصد گزارش کرد.^۵ پژوهشی دیگر نشان داد بر خلاف الکل، مصرف مواد به خصوص مواد سنگین (Hard Drugs) از قبیل کوکائین و هروئین در مناطق شهری معمول‌تر و بیشتر است.^۶ مطالعه‌ی Van Gundy نشان داد از هر ۵ نفر از جوانان بزرگسال روستایی یک نفر ملاک‌های تشخیصی سوء مصرف الکل یا مواد را دارد که این میزان در جوانان ۱۰ درصد و در بزرگسالان روستایی ۶ درصد است، به نظر می‌رسد که یکی از عوامل مهم تفاوت الگوهای مصرف مواد در بین جمعیت روستایی و شهری سن می‌باشد.^۷ در بررسی Cronk و همکارش در روستایان آمریکا سطح تحصیلات ارتباطی با میزان سوء مصرف الکل نداشت، فقط در بین بزرگسالان جوان میزان سوء مصرف الکل با کاهش سطح تحصیلات، افزایش می‌یافت. مردان روستایی آمریکا، تقریباً دو برابر بیشتر از زنان

ملاک‌های تشخیص سوء مصرف الکل و دیگر مواد را داشتند، هم‌چنین میزان سوء مصرف مواد غیرقانونی در مردان ۱۰ درصد و در زنان ۶ درصد بود.^۵ رحیمی موقر و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که اعتیاد شایع‌ترین اختلال روانپزشکی مورد مطالعه بعد از اختلالات خلقی بوده و روز به روز در حال گسترش است.^۸ تنها اطلاعات موجود در مورد شیوع اختلالات مصرف مواد در ایران از همکاری سازمان بهزیستی کشور با برنامه‌ی سازمان بین‌المللی کنترل مواد به دست آمده است.^۹ براساس این مطالعه، حدود یک میلیون و دو صد هزار تا دو میلیون نفر در ایران معیارهای تشخیصی اختلالات سوء مصرف و وابستگی مواد را دارا هستند ولی خوشبینانه‌ترین برآورد، این رقم را بالای چهار میلیون می‌دانند.^۹

در مطالعه بیان‌زاده و همکاران، میزان سوء مصرف مواد در جمعیت بالای ۱۵ سال ۳/۵۱ درصد گزارش گردید و رابطه‌ی بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل) با سوء مصرف مواد معنی‌دار بود.^{۱۰} با توجه به این که در ایران در زمینه تفاوت الگوهای مصرف مواد در بین جمعیت روستایی و شهری پژوهش کافی صورت نگرفته و به نظر می‌رسد که متغیرهای جمعیت شناختی بر نتیجه درمان نیز مؤثر باشند، لذا آگاهی از این متغیرها و تفاوت آن‌ها در بین این دو گروه می‌تواند در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی درمانی برای این گروه‌ها مؤثر باشد و باعث افزایش کارایی درمان‌های ارائه شده شود. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین

نمونه‌ی روستایی ۵۳ نفر به دلیل بیکاری‌های فصلی و خانه‌داری بدون درآمد بودند و در نمونه‌ی شهری ۱۸ نفر کارگر، ۱۱ نفر راننده، ۱۲ نفر خانه‌دار، ۳۳ نفر شغل آزاد، ۱۲ نفر کارمند و بازنشسته و ۲۴ نفر بیکار بودند. نمونه‌ی روستایی و شهری در متغیرهای وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل و درآمد تفاوت معنی‌داری داشتند (جدول ۱). تفاوت سنی در میان دو گروه شهری با میانگین سنی ۱۰/۷±۳۵/۳ سال و گروه روستایی با میانگین سنی ۴/۴±۳۶/۲ سال معنی‌دار نبود.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی و مقایسه آنها در دو گروه (روستایی و شهری)

متغیر	گروه	نمونه‌ی		p
		روستایی	شهری	
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنسیت	مرد	۸۹ (۸۹٪)	۹۸ (۸۹٪)	>۰/۰۵
	زن	۱۱ (۱۱٪)	۱۲ (۱۰/۹٪)	
وضعیت تاهل	متاهل	۹۰ (۹۰٪)	۷۶ (۶۹/۱٪)	
	مجرد	۸ (۸٪)	۲۶ (۲۳/۶٪)	۰/۰۰۱
	سایر	۲ (۲٪)	۸ (۷/۳٪)	
	تحصیلات			
	بی‌سواد	۸ (۸٪)	۷ (۶/۳٪)	
	ابتدایی	۶۷ (۶۷٪)	۲۱ (۱۹/۱٪)	۰/۰۰۱
	راهنمایی	۱۷ (۱۷٪)	۴۵ (۴۱٪)	
	متوسطه به بالا	۸ (۸٪)	۳۷ (۳۳/۶٪)	
درآمد	بدون درآمد	۵۳ (۵۳٪)	۴۲ (۳۸/۲٪)	
	کمتر از ۲۰۰ هزار تومان	۱۰ (۱۰٪)	۵ (۴/۵٪)	
	۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان	۲۹ (۲۹٪)	۴۵ (۴۰/۹٪)	۰/۰۰۲
	بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان	۸ (۸٪)	۱۸ (۱۶/۴٪)	

نمونه‌ی روستایی و شهری از نظر سن اولین مصرف‌کننده مواد غیرقانونی، سن شروع وابستگی به مواد، میزان هزینه‌ی روزانه مصرف‌کننده مواد در ماه گذشته و سابقه‌ی زندان و مصرف سایر اعضای خانواده تفاوت معنی‌داری نشان ندادند. در نمونه‌ی شهری سابقه‌ی تزریق و ترک نسبت به نمونه‌ی روستایی بیشتر بود. نمونه‌ی روستایی بیشتر مصرف‌کننده مواد را با تریاک و نمونه‌ی شهری بیشتر با حشیش، الکل و کریستال و کمتر با تریاک شروع می‌کردند که از این نظر نیز تفاوت معنی‌داری ($p=0/01$) داشتند (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲: مقایسه‌ی متغیرهای مربوط به مصرف در نمونه‌های شهری و روستایی

متغیر	گروه	نمونه‌ی		p
		روستایی	شهری	
		Mean±SD	Mean±SD	
سن اولین مصرف (سال)		۲۲/۵±۶/۵	۲۲/۱±۷/۳	>۰/۰۵
سن شروع وابستگی (سال)		۲۵/۶±۶/۵۵	۲۵/۲±۸/۴	>۰/۰۵
هزینه‌ی مصرف مواد به طور روزانه (تومان)		۹۹۵۰±۶۴۸۰	۱۱۶۰۰±۶۶۰۰	>۰/۰۵

الگوها و اختلالات مصرف مواد در جمعیت روستایی و شهری مشهد و مقایسه و تجزیه و تحلیل آن به‌منظور ارائه راهکارهایی به مسئولان کلینیک‌های مورد بررسی می‌باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی از مهر ماه ۸۷ تا خرداد ۸۸ بر روی ۲۱۰ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خود معرف ترک اعتیاد شهر مشهد (ایران پاک، بهشت، نوید و نوین) انجام شد. به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۰ نفر بیمار روستایی و ۱۱۰ نفر بیمار شهری انتخاب شدند. در این مطالعه منظور از روستا مناطقی است که در طول مطالعه و طبق سرشماری سال ۸۵ افراد آن جزء جمعیت روستایی باشد و شهر نیز شامل مرکز شهر و حومه‌ی شهر می‌شود.^۷ داشتن سابقه‌ی روانپزشکی در طول عمر، تشخیص دیگر اختلالات محور I طبقه‌بندی بیماری‌های روانی توسط روانپزشکان کلینیک یا شک به اختلال شخصیت مرزی یا ضد اجتماعی به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. نمونه‌ی روستایی در چهار بخش و نمونه‌ی شهری در مناطق دوازده‌گانه‌ی شهر مشهد، پراکنده‌گی نسبتاً خوبی نشان دادند.

برای ارزیابی اختلالات مصرف مواد (شامل وابستگی مواد و سوء مصرف مواد) از مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID) استفاده شد. SCID به‌طور گسترده‌ای برای تشخیص‌های محور I بر اساس DSM-IV، توسط متخصصان بالینی و آموزش دیده اجرا می‌شود و مطالعات نشان داده‌اند که SCID تشخیص‌های پایایی را برای بیشتر اختلالات روانپزشکی ایجاد می‌کند. در ایران نیز نسخه‌ی فارسی آن توسط شریفی و همکاران بررسی و برای جمعیت ایرانی مطلوب گزارش شده است.^{۱۱} سوء مصرف و وابستگی مواد در طول عمر و در ۱۲ ماه گذشته با استفاده از این ابزار مشخص گردید. هم‌چنین از یک پرسشنامه که در پرونده‌ی مراجعه‌کنندگان به این مراکز وجود دارد برای گردآوری اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. این پرسشنامه شامل اطلاعاتی در مورد سن، شغل، وضعیت تاهل، تحصیلات، زمان شروع اولین مصرف و غیره می‌باشد که توسط روان‌شناس بالینی تکمیل می‌گردد. در این پژوهش نخست پژوهشگر خود را به بیماران معرفی کرده و هدف مطالعه را برای آن‌ها بیان کرد. سپس در صورت تمایل بیماران به شرکت در پژوهش، مصاحبه‌ی بالینی توسط روانپزشک مراکز و کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (دارای پنج سال سابقه‌ی کار) اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های χ^2 و t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه‌ی آماری در کل ۲۱۰ نفر و شامل ۱۰۰ نفر از جمعیت روستایی (۸۹ نفر مرد و ۱۱ نفر زن) و ۱۱۰ نفر از جمعیت شهری (۹۸ نفر مرد و ۱۲ نفر زن) بود. وضعیت تاهل نمونه‌ی روستایی شامل ۹۰ نفر متاهل، ۸ نفر مجرد و ۲ نفر متارکه و در جمعیت شهری ۷۶ نفر متاهل، ۲۶ نفر مجرد، ۶ نفر متارکه، ۱ نفر بیوه و ۱ نفر مطلقه بودند.

در میان جمعیت روستایی ۱۶ نفر کارگر، ۱۵ نفر راننده، ۹ نفر خانه‌دار، ۱۴ نفر کار آزاد، ۵ نفر دام‌دار، ۱۲ نفر کشاورز و ۲۹ نفر بیکار بودند و از صد نفر

بافت اجتماعی روستایی و شهری است. متغیرهای جمعیت شناختی شهری‌ها همسو با تحقیقات پیشین است^۹ و متغیرهای جمعیت شناختی روستایی‌ها نیز همسو با یافته‌های بیان‌زاده و همکاران^{۱۱} می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه‌ی تشفیص‌های طول عمر افتلالات مرتبط با مواد در دو نمونه‌ی (روستایی و شهری)

متغیر	گروه	نمونه‌ی روستایی	نمونه‌ی شهری	P
تشخیص در ۱۲ ماه گذشته				
تریاک و شیر		۳۳(۳۳٪)	۳۰(۲۷٪)	>۰/۰۵
کریستال		۴۰(۴۰٪)	۵۴(۴۹٪)	>۰/۰۵
چند ماده همزمان		۲۷(۲۷٪)	۲۶(۲۳٪)	>۰/۰۵
تشخیص‌های طول عمر نیکوتین				
فراوانی		۶۱(۶۱٪)	۷۸(۷۹٪)	۰/۰۰۵
سن شروع منظم (سال)		۱۹/۹±۵/۳	۲۰/۵۵±۷/۱	>۰/۰۵
حشیش				
فراوانی		۱۱(۱۱٪)	۲۸(۲۵٪)	۰/۰۰۷
سن شروع منظم (سال)		۱۵/۷±۱/۹	۱۹±۴/۱	۰/۰۰۴
الکل				
فراوانی		۸(۸٪)	۲۸(۲۵٪)	۰/۰۰۲
سن شروع منظم (سال)		۱۶/۴±۶/۸	۱۹/۱±۴/۹	>۰/۰۵
تریاک و شیر				
فراوانی		۹۷(۹۷٪)	۹۹(۹۰٪)	۰/۰۰۳
سن شروع منظم (سال)		۲۵/۷±۶/۶	۲۵/۵±۸/۵	>۰/۰۵
هروئین				
کریستال		۴(۴٪)	۵(۴٪)	>۰/۰۵
فراوانی		۶۴(۶۴٪)	۷۹(۷۱٪)	>۰/۰۵
سن شروع منظم (سال)		۳۲/۶±۹/۴	۳۰±۹/۳	>۰/۰۵
بنزودیازپین‌ها				
فراوانی		۸(۸٪)	۱۵(۱۳٪)	>۰/۰۵
سن شروع منظم (سال)		۳۳/۱±۷/۲	۳۴/۶±۱۱/۱	>۰/۰۵
چند ماده همزمان				
فراوانی		۲۷(۲۷٪)	۳۰(۲۷٪)	>۰/۰۵
سن شروع منظم (سال)		۳۲/۷±۷/۸	۳۲±۹/۸	>۰/۰۵

اولین ماده مصرفی غیرقانونی در روستایی‌ها بیشتر تریاک و در شهری‌ها بیشتر الکل و حشیش و در مواردی مستقیماً با کریستال است و همچنین سوء مصرف الکل و حشیش در طول عمر در شهری‌ها بیشتر است که دلیل این تفاوت‌ها می‌تواند کم‌یابی این مواد در روستاها و جریمه‌ها و هزینه‌های سنگین ترانزیت و فروش مواد غیرقانونی برای این مناطق باشد.^{۱۳} البته سوء مصرف کم الکل در روستاییان می‌تواند از پایداری بیشتر به عقاید مذهبی و حرام بودن این ماده در دین اسلام ناشی شده باشد.

از نظر سن شروع منظم وابستگی به اپیونیدها، کریستال و مصرف هم‌زمان چند ماده بین روستا و شهر تفاوتی وجود نداشت، میانگین سن اولین مصرف ۲۲ سال و میانگین سن وابستگی و مصرف منظم ۲۵ سال بود. نتایج ما خلاف یافته‌های کشور ایالات متحده^۱ می‌باشد که می‌تواند از تفاوت فرهنگی و در دسترس بودن این مواد در سنین پایین در جمعیت‌های روستایی و شهری

جدول ۳: مقایسه‌ی متغیرهای مربوط به مصرف در نمونه‌های شهری و (روستایی)

گروه	نمونه‌ی روستایی	نمونه‌ی شهری	P
اولین ماده مصرفی			
حشیش	۱(۱٪)	۱۶(۱۴٪)	>۰/۰۵
تریاک	۸۷(۸۷٪)	۶۸(۶۱٪)	>۰/۰۵
شیره	۶(۶٪)	۱۱(۱۰٪)	>۰/۰۵
کریستال(هروئین تغلیظ شده)	۱(۱٪)	۵(۴٪)	>۰/۰۵
الکل	۵(۵٪)	۱۰(۹٪)	>۰/۰۵
سابقه‌ی تزریق			
داشته	۴(۴٪)	۱۷(۱۵٪)	>۰/۰۵
نداشته	۹۶(۹۶٪)	۹۳(۸۴٪)	>۰/۰۵
سابقه‌ی زندان			
داشته	۲۲(۲۲٪)	۲۵(۲۲٪)	>۰/۰۵
نداشته	۷۸(۷۸٪)	۸۵(۷۷٪)	>۰/۰۵
سابقه‌ی ترک			
داشته	۴۶(۴۶٪)	۷۴(۶۷٪)	۰/۰۰۱
نداشته	۵۴(۵۴٪)	۳۶(۳۲٪)	۰/۰۰۱
مصرف اعضای خانواده			
نداشته	۶۹(۶۹٪)	۸۰(۷۲٪)	۰/۰۰۶
پدر، مادر	۱۰(۱۰٪)	۵(۴٪)	۰/۰۰۶
برادر، خواهر	۱۱(۱۱٪)	۱۶(۱۴٪)	۰/۰۰۶
همسر	۱۰(۱۰٪)	۹(۸٪)	۰/۰۰۶

مراجعه‌کنندگان روستایی ۳۳ درصد وابسته به اپیونیدها، ۴۰ درصد وابسته به کریستال و ۲۷ درصد هم‌زمان به چند ماده وابسته بودند و نمونه‌ی شهری ۲۷/۲ وابسته به اپیونیدها، ۴۹/۱ درصد وابسته به کریستال و ۲۳/۷ درصد هم‌زمان به چند ماده وابسته بودند.

طریقه‌ی مصرف شیره و کریستال بین دو نمونه تفاوت معنی‌داری داشت، روستاییان شیره را بیشتر تدخینی و شهری‌ها بیشتر با هر دو روش تدخین و خوردن مصرف می‌کردند. در مصرف کریستال نیز شهری‌ها بیشتر از روستاییان از تزریق استفاده می‌کردند. میزان مصرف روزانه تریاک در نمونه شهری (۳/۲±۱/۴ گرم) بیشتر از نمونه روستایی (۲/۵±۱/۸ گرم) بود (p=۰/۰۰۱) ولی در مصرف کریستال و شیره تفاوت معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵).

وابستگی به نیکوتین (سیگار، قلیان و ناس)، سوء مصرف و وابستگی به الکل و سوء مصرف حشیش در بین نمونه‌ی شهری بیشتر از روستایی و وابستگی به مواد اپیونیدی (تریاک و شیره) در بین روستایی‌ها بیشتر بود. بین دو گروه از نظر وابستگی به هروئین، کریستال و بنزودیازپین‌ها، تشخیص ۱۲ ماه گذشته و وابستگی هم‌زمان به چند ماده تفاوتی دیده نشد. بین دو گروه از نظر سن شروع منظم مصرف مواد (به جز در مورد سوء مصرف حشیش) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۴).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که دو نمونه در متغیرهای جمعیت شناختی وضعیت تاهل، تحصیلات، درآمد و شغل تفاوت معنی‌داری دارند، این نتایج همسو با یافته‌های Kovess-Masfety و همکاران^۳، Paykel و همکاران^۴ و Mueser و همکاران^{۱۲} است احتمالاً دلیل این تفاوت ویژگی‌های مختلف

یافته‌های بیان زاده و همکاران^{۱۱} با پژوهش حاضر در مورد تشخیص اختلالات مصرف مواد در نمونه‌ی روستایی دیده می‌شود که می‌تواند به دلیل موقعیت جغرافیایی شهرستان مشهد و نزدیکی آن به مرز افغانستان و در نتیجه در دسترس تر بودن مواد باشد که در این مورد نیز پژوهش‌های گسترده‌تر در مناطق روستایی کشورمان لازم است.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر جامعه‌ی شهری و روستایی شهر مشهد تفاوت‌هایی در الگوی مصرف مواد دارند که ویژگی‌های خاص زندگی در شهر یا روستا، تراکم جمعیت کم، عدم دسترسی به مراکز درمانی، نبود آموزش در مورد پیشگیری از وابستگی مواد و تحصیلات پایین در روستاها و زندگی پر از استرس، افسردگی، انزوای اجتماعی و فشارهای مالی شهرها می‌تواند از دلایل این تفاوت باشد. همچنین عدم تفاوت در برخی الگوهای مصرف در شهر و روستاها شهر مشهد می‌تواند نشان دهنده‌ی این مسئله باشد که وابستگی به مواد در روستاها نیز ریشه دوانده و به آسبایی جدی در جوامع روستایی (مخصوصاً جوامع روستایی شرق کشور) تبدیل شده و لزوم آموزش و تاسیس مراکز درمانی و پیشگیری را در این مناطق افزایش داده است.

شناسایی مناطق روستایی پرخطر برای مصرف مواد در کشور و آموزش نوجوانان و جوانان و خانواده‌های این مناطق در ارتباط با پیشگیری از اختلالات مرتبط با مواد، همچنین شناسایی این مناطق در شهرها و کاهش آسیب‌های روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با مواد، می‌تواند در ارتقای سلامت جسمی و روانی جمعیت روستایی کشور و کاهش هزینه‌های درمان این اختلالات، کمک به‌سزایی داشته باشد و همچنین مطالعه‌ی جدید در مورد شیوع‌شناسی مصرف مواد در سطح کشور و مناطق مختلف آن (روستایی و شهری) برای برنامه‌ریزی پیشگیری و مقابله با مصرف مواد لازم است.

سپاسگزاری

تمام مراحل این تحقیق با هزینه پژوهشگران انجام شده است و تحت حمایت هیچ سازمان دولتی نمی‌باشد. از آقای دکتر ونداد شریفی برای ارسال روایی، پایایی و خود ابرار نهایت تشکر را داریم.

References

- Schoeneberger ML, Leukefeld CG, Hiller ML and Godlaski T. Substance abuse among rural and very rural drug users at treatment entry. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2006; 32(1): 87-110.
- Blazer D, George LK, Landerman R, et al. Psychiatric disorders, a rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42(7): 651-656.
- Kovess-Masfety V, Alonso J, De Graaf R and Demyttenaere K. A european approach to rural-urban differences in mental health: The ESEMeD 2000 comparative study. *Can J Psychiatry* 2005; 50(14): 926-936.
- Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, et al. Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the national morbidity survey. *Psychol Med* 2000; 30(2): 269-80.
- Wright D, Sathe N. State estimates of substance use from the 2002-2003 national surveys on drug use and health. New York: DHHS Publication; 2005.
- Cronk CE, Sarvela PD. Alcohol, tobacco and other drug use among rural/small town and urban youth: a secondary analysis of the monitoring the future data set. *Am J Public Health* 1997; 87(5): 760-764.
- Van Gundy K. Substance abuse in rural and small town America. New Hampshire: Carsey Institute; 2006: 17-18.
- Rahimi-Movaghgar A, Sharifi V, Mohammadi MR, et al. Researches on substance use in Iran; 3 decades evaluation. *Hakim* 2006; 8(4): 37-44.
- Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in iran. *Arch Iranian Med* 2002; 5(3): 184-190.

باشد. همچنین مطالعه Wright و Sathe نیز نشان دادند که بزرگسالان روستایی تمایل دارند که سطوح بالاتری از سوء مصرف مواد محرک نسبت به بزرگسالان شهری داشته باشند، درحالی‌که با افزایش سن این مقدار در بزرگسالان روستایی پایین نمی‌آید و این تفاوت شاید حضور نامعمول و زیاد مت‌آفتماین را در مناطق روستایی منعکس کند.^۵

سابقه‌ی تزریق و سابقه‌ی ترک نیز در شهری‌ها بیشتر بود، همان‌طور که Oetting و همکاران^{۱۴} به ارتباط عوامل خطر در شهرها با وسعت جوامع شهری، امکانات بیشتر و تفاوت‌های زندگی شهری و روستایی در این زمینه، اشاره می‌کند. عدم دسترسی روستاییان به مراکز درمان اعتیاد و مشکل رفت و آمد آن‌ها برای درمان اعتیاد در شهر می‌تواند دلیل سابقه‌ی ترک کمتر روستاییان باشد. بنابراین بهتر است دست اندرکاران بهداشت کشور نسبت به تاسیس مراکز ترک اعتیاد در مناطق روستایی، خصوصاً مناطق روستایی شهر مشهد، به دلیل در دسترس بودن مواد به‌دلایل جغرافیایی و نزدیکی به افغانستان و ترانزیت مواد از طریق این مناطق توجه بیشتری مبذول دارند.

در مورد تشخیص در ۱۲ ماه گذشته تفاوت قابل ملاحظه‌ای با تحقیقات سال ۲۰۰۰ در ایران ایجاد شده است و اختلالات مصرف مواد از وابستگی تریاک و شیره و هروئین، بیشتر به وابستگی کریستال و وابستگی هم‌زمان به چند ماده تبدیل شده است و هروئین و اپیوئیدها به‌طور گسترده‌ای جای خود را به کریستال و وابستگی هم‌زمان به چند ماده داده‌اند که در این مورد پژوهشی به روز و گسترده در کشورمان برای مشخص کردن شیوع مصرف مواد غیرقانونی مختلف برای مقابله و پیشگیری موثرتر با معضل وابستگی مواد، لازم است.

در مورد وابستگی به نیکوتین، سوء مصرف الکل و حشیش بیشتر در شهرها، هم دلایل Weisheit و همکاران^{۱۳} مبنی بر کمیابی این مواد در روستاها و جریمه‌ها و هزینه‌های سنگین ترانزیت و فروش مواد غیرقانونی برای این مناطق قابل قبول است و هم کم شدن روابط و انزوای اجتماعی در شهرها،^{۱۵} استرس‌های بیشتر مرتبط با کار، ازدواج، نگهداری کودکان و امنیت و نبود راهکارهای مقابله با این استرس‌ها،^{۱۶} سطوح بالای خصومت و تمرکز ثروت در شهرها^{۱۷} و همین‌طور توزیع مواد بیشتر در مناطقی با جمعیت گسترده به‌صرفه‌تر از روستاها کم جمعیت است.^{۱۸} البته تفاوت زیادی بین

10. Baianzadeh SA, Bolhari J, Shahmohamadi D, et al. [The prevalence of substance abuse in the rural areas the west of Tehran province (Hashtgerd and Taleghan) using key persons] Persian. *Hakim* 2004; 7(1): 9-17.
11. Sharifi V, Assad SM, Mohammadi MR, et al. A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition: psychometric properties. *Compr Psychiatry* 2009; 50(1): 86-91.
12. Mueser KT, Essock SM, Drake RE, et al. Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophr Res* 2001; 48(1): 93-107.
13. Weisheit RA, Donnermeyer JF. Change and continuity in crime in rural america. *Criminal justice; change and continuity in crime in rural American. Nature Crime* 2000; 1: 309-357.
14. Oetting ER, Edwards RW, Kelly K and Beauvais F. Risk and protective factors for drug use among rural American youth. *NIDA Res Monogr* 1997; 168: 90-128.
15. Wang JL. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 19-25.
16. Marsella AJ. Urbanization, mental health, and social deviancy: A review of issues and research. *Am Psychol* 1998; 53(6): 624-634.
17. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: A research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Soc Sci Med* 1994; 39(2): 233-245.
18. Loue S, Quill BE. *Handbook of rural health*. 2nd ed. New York: Cluwer Academic/Plenum Publishers; 2001: 259-293.

Comparison of patterns of substance abuse disorders in urban and rural population

Morad Rasouli-Azad,¹ Bahram A. Ghanbari-Hashemabadi,² Samad Shirinzadeh-Dastgiri³
Marjan Alamikhah,⁴ Omid Saed,³ Toktam Kazemini⁵

Received: 24/Nov/2009

Accepted: 26/Jul/2010

Background: Studies of the prevalence of substance abuse in rural and urban population in different countries revealed variable results regarding to the study method, study population, age group and measuring tools. The purpose of this research is to compare the patterns of substance abuse disorders in urban and rural population in Mashhad.

Materials and Method: Two groups consecutively admitted patients who referred to substance treatment clinics of Mashhad, were selected (110 urban and 100 rural patients). Samples were evaluated with structured demographic questionnaire and Structured Clinical Interview (SCID) for DSM-IV. Data were analyzed by χ^2 and independent *t*-test.

Results: This study showed statistically significant differences between two groups in marital status, education level, monthly income and job. Also the samples were differed in substance type, history of injection and quit, abuse of nicotine, cannabis and alcohol in long life.

Conclusion: Rural and urban societies have differences in patterns of substance abuse that can be originated from social-context differences. [ZJRMS, 13(1): 36-41]

Keywords: Substance abuse patterns, disorders and dependence, urban, rural.

1. Student, Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.
2. Associate professor of Psychology, Ferdowsi University of Medical Science and Health Services, Mashhad, Iran.
3. MSc of Psychology.
4. Student, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam branch, Torbat-e-Jam, Iran.
5. Student, Clinical Psychology, Ferdowsi University of Medical Science and Health Services, Mashhad, Iran.

Please cite this article as: Rasouli-Azad M, Ghanbari-Hashemabadi BA, Shirinzadeh-Dastgiri S, Alamikhah M, Saed O, Kazemini T. Comparison of patterns of substance abuse disorders in urban and rural population. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2010; 13(1): 36-41.