

اعتیاد، بازتابی از مرگ و میر شش ماهه اول سال ۱۳۷۹ ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور

دکتر فارس نجاری

متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت - ریاست بیمارستان شهدای یافت آباد

دکتر عبدالکریم پژومند

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - رئیس بخش مسمومین بیمارستان لقمان

دکتر بشیر نازپرور

متخصص پزشکی قانونی - ریاست سالن تشریح سازمان پزشکی قانونی کشور

چکیده

زمینه: با توجه به شیوع مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر و حساسیتهای موجود در جامعه جهانی در خصوص آن، ضرورت مطالعه ابعاد مختلف این بلای اجتماعی و مسائل خاص قانونی آن احساس می گردد، که لزوم آن بر هیچکس پوشیده نیست. هدف از این مطالعه آن است که مرگ و میرهای حاصل از مواد مخدر در طول شش ماهه اول سال ۱۳۷۹ و علت و سایر مشخصات زمینه ای آنها مورد بررسی قرار گیرد. روشها: در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی در طول شش ماهه اول سال ۱۳۷۹، کلیه مرگ و میرهای مرتبط با مواد مخدر از میان کلیه اجساد ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران استخراج، سپس با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسبت به آنالیز داده ها اقدام گردیده است.

یافته ها: از کل ۴۰۴ مورد مرگ ناشی از مسمومیت با ترکیبات مختلف شیمیایی، ۲۸۶ مورد مرگ در ارتباط با مواد مخدر بوده است که از این تعداد فقط ۹ نفر زن بوده، بیشترین شیوع سنی در فاصله سنی ۲۱ تا ۳۰ سال بود. همچنین شایعترین روش استفاده از مواد مخدر بصورت تزریقی و بیشترین شیوه وقوع مرگ از نوع اتفاقی و در محل منزل مسکونی شخص بوده است. اکثریت افراد دارای تحصیلات پایین و از طبقه اقتصادی - اجتماعی پایین بودند و در نتایج آسیب شناسی ۹۰ درصد موارد تغییرات قابل ملاحظه قلبی - ریوی - کبدی وجود داشته است.

نتیجه گیری: مرگ و میر ناشی از موارد مخدر در حال حاضر ابعاد مختلفی داشته که منتج از موقعیت جغرافیایی کشورمان و وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد و جامعه بوده و هست. آنچه در این بین اهمیت دارد، از بین بردن زمینه های مستعد کننده فرد به اعتیاد است که اولویت پیشگیری بر درمان را مشخص می سازد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، مرگ و میر، مواد مخدر

مقدمه

بشر از بیش از ۷ هزار سال قبل از وجود یک ماده مخدر قوی در خشخاش آگاه بوده است و در لوحه های گلی کشف شده، متعلق به ۵ هزار سال قبل از میلاد که از سومریان باقی مانده، از تریاک نام برده شده است.

در حدود ۴ هزار سال قبل از میلاد، کشیدن تریاک در چین رایج بوده است و در حدود ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد، تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد. یونانی ها تریاک را "هیوم" نامیدند. جالینوس، دانشمند معروف رومی، مشتقی از تریاک را نوشدارو نامید و برای مداوای بیماریهای مختلف از قبیل صرع، یرقان، سنگ کلیه، بی خوابی، سرفه، تب و جذام از آن استفاده می کرد. ایرانیان دوران قدیم به مواد مخدر معتاد نبوده اند تا اینکه در قرن ۱۷، کشتی های تجاری انگلیسی، این متاع مرگ آور را از خاور دور به ایران آورد، و به درباریان هدیه دادند و اکثر آنها را معتاد ساختند. بنابراین طبق شواهد موجود، می توان گفت: انگلیسی ها برای گسترش تسلط خود سهم بسزایی در ترویج استعمال تریاک در کشورهای مختلف داشته اند (۱).

دانشمندان با توجه به رشته تخصصی خود، تعریفهای گوناگونی از اعتیاد کرده اند ولی سازمان بهداشت جهانی (WHO)، اعتیاد را چنین تعریف کرده است:

معتاد فردی است که در اثر استعمال مکرر و مداوم، متکی به مواد مخدر، دارو و یا سایر مواد است و دارای سه مشخصه ذیل است:

۱. در اثر مصرف مکرر مواد یا دارو، عادت روانی ایجاد شده و این عادت، فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مواد مخدر یا دارو به حد وسواس تشویق و یا ترغیب نماید.

۲. برای نگهداری اثری که منظور و مطلوب معتاد است مقدار مواد مصرفی افزایش یابد.

۳. اعتیاد به مواد مخدر و یا دارو برای فرد و یا جامعه زیان آور باشد (۲).

متمدهای متعددی برای تخمین استفاده از اپیوئیدها در جامعه وجود دارد. در سال ۱۹۹۳ WHO گزارش کرد که تقریباً ۱ درصد کسانی که مورد مصاحبه قرار گرفته بودند به استفاده از هروئین اعتراف کرده اند و ۱/۸ درصد آنها نیز استفاده از هروئین را در سال گذشته ذکر کرده اند (۱، ۲ و ۵). در طب جدید و در قرن ۱۹ با عنایت به اثرات ضد درد غیرقابل انکار، این ترکیبات مجدداً مورد توجه قرار گرفتند. مرفین در سال ۱۸۰۳ میلادی از تریاک جدا شد و خاصیت آن بقدری قابل توجه بود که نام آن ماده را از مورفوس یا خدای رویاها گرفتند و چند سال بعد ترکیبات جدیدتر دیگری مثل کدین و تباین و پاپاورین کشف شدند. هدف از این اکتشافات قویتر کردن قدرت و کاهش توان اعتیادآوری بود. یکی از این مواد قویتر هروئین بود. خود تریاک حاوی ۲۰ الکتالوئید متفاوت مثل مرفین، کدین، تباین و پاپاورین است که دو مورد اخیر اثرات ضد درد ندارند لیکن تباین پیشتاز صنعتی انورفین است که ۵۰۰ الی ۱۰۰۰ برابر از مورفین قویتر است (۳).

شایعترین شکل استفاده از ترکیبات مخدر، استفاده تزریقی از هروئین، بطور اتفاقی در بچه ها و مسمومیت عمدی در بزرگسالان به منظور خودکشی می باشد. مصرف این مواد در حد کشنده در افراد معتاد به دو

شکل اتفاق می افتد: یکی در افرادی که بطور نادانسته از نوع قویتری از دارو یا مواد استفاده می کنند و دیگری در کسانی که از ابتدا با دوز بیش از حد تحملشان دارو را مصرف می کنند و یا افرادی که مدتی اقدام به ترک اعتیاد می کنند و مجدداً با همان مقدار قبلی، آن را مصرف می نمایند. در تمامی این موارد، علت مرگ کمبود اکسیژن مغزی به علت دپرسیون تنفسی حاصله از این داروهاست. البته در موارد تزریقی، بیشترین عوارض، حاصل از ناخالصی مواد مخدر است. معمولاً به همراه هروئین، مواد افزودنی دیگری مثل نازکاپین، کافئین، پروکابین و شکرهای مختلف، فنوباریتال و متاکوالن، کینین و جوهر نمک وجود دارد. علی الخصوص نحوه مصرف که معمولاً گذراندن هروئین از پنبه یا فیلتر سیگار بوده نیز تاثیر زیادی در ایجاد تب پنبه و ورم رویی دارد. گذشته از این عارضه، افراد معتاد، مستعد عفونتهای مختلفی از آندوکاردیت تا عفونتهای جلدی هستند که به نوبه خود کشنده محسوب می شوند. بعلاوه می توان به عوارض جسمی مستقیم و غیرمستقیم که فرد معتاد را در معرض مخاطرات جسمی قرار می دهند همچون (سقوط از بلندی، غرق شدن و غیره) اشاره کرد (۴ و ۶). اعتیاد دارای سه مرحله است: مرحله اول آن شروع اعتیاد است. مرحله دوم، مرحله استقرار می باشد که برای رسیدن به این وضعیت حداقل یک ماه وقت لازم است. مرحله سوم آن، اضمحلال و انهدام جسمانی و روانی است که موجبات انحطاط قوای مغزی و فکری به ویژه اخلاقیات می گردد. معتادین مزمن، دچار تخریب هوش و اخلاق و شخصیت می شوند که این انحطاط اخلاقی حاصل از اعتیاد، باعث رفتارهای ضد اجتماعی معتادین می گردد. اغلب این رفتارها ناشی از جستجوی دایم مواد مخدر یا جستجوی پول لازم برای تهیه آن می باشد که ممکن است بصورت دزدی، کلاهبرداری، فحشا، خیانت، قاچاق مواد مخدر و غیره دیده شود. در مورد قاچاق این مواد بد نیست بدانیم که فقط فروشندگان دست دوم و خرده فروشها خودشان نیز معتاد هستند و قاچاقچی های دست اول و عمده فروشها هرگز خودشان معتاد نمی شوند (۷ و ۸).

اساساً هر کسی معتاد نمی شود. معتاد زمینه بیمارگونه دارد که حاصل از خصوصیات ژنتیک و تاثیر اتفاقات گوناگون زندگی به ویژه در سالهای اول حیات او می باشد. هرگاه این زمینه آماده وجود نداشته باشد ولو شخص بطرف مواد اعتیاد آور نیز سوق داده شود، معتاد نخواهد شد و برعکس جایی که این زمینه موجود باشد کششهای شخصی و اجتماعی گوناگون ممکن است شخص را بطرف اعتیاد بکشاند. اینجاست که در دسترس بودن یا نبودن این مواد دخالت می کند. اگر ماده مزبور در دسترس نباشد حتی این زمینه آماده نیز از اعتیاد بدور خواهد ماند ولی در دسترس بودن این مواد باعث خواهد شد که مستعدین به آن در شرایط مناسب در این ورطه هولناک سقوط کنند. اصولاً شخصیت بیمارگونه معتاد، شخصیت نابالغ و تکامل نیافته ایست که هیچکدام از عواملی که یک فرد را بالغ و هوشیار و مسئول می سازد در او رشد نکرده است. معتاد انسان ضعیفی است که از واقعیات می ترسد و جرأت تحمل و رویارویی با آنها را ندارد. از ماده اعتیادآور انتظار دارد که به او کمک کند تا از واقعیات بیخبر بماند و برای او دنیایی خیالی بسازد تا او با تخیلات خود زندگی کند و واقعیات به طور

خودکشی و دیگرکشی با شیوع تقریباً یکسان قرار می گیرند و در حدود ۱ درصد موارد ارجاعی را مرگهای مرتبط با مجازات و موارد غیر قابل تشخیص تشکیل می دادند.

در این میان مسمومیت با سموم و داروها و ترکیبات مواد مخدر در زمره دو گروه حوادث و خودکشی های منجر به فوت طبقه بندی می شوند. از بین ۴۴۰۱ فقره فوت، ۴۰۴ نفر، مرگشان بعلت مسمومیت با ترکیبات شیمیایی (داروها، مواد مخدر و گازها و سایر سموم) بوده است که می توان آنها را به مواد مخدر و غیرمخدر تقسیم بندی کرد.

مرگهای ناشی از مسمومیت با مواد مخدر و داروها و سایر سموم، جمعاً ۹ درصد مرگ و میرها را شامل می گردند. در این بین تعداد ۲۸۶ مورد مرگ، ناشی از اثرات مستقیم یا غیرمستقیم مواد مخدر بوده است (۷۱ درصد) که تعداد ۹ نفر آنان زن و بقیه مرد بوده اند.

اکثریت علل مسمومیت با مواد غیرمخدر منجر به مرگ را داروها و در راس آنها داروهای ضدافسردگی و مسمومیت با مونواکسید کربن تشکیل داده است.

همچنین شایعترین راه مصرف مواد مخدر به ترتیب تزریقی، استنشاقی و خوراکی بوده، برخلاف مسمومیت های دارویی که عمدی هستند، بیشترین نوع مرگ، اتفاقی و غیرمنتظره و ناشی از عوارض حاصل از تزریق و مصرف بیش از حد مواد و عوارض غیرمستقیم آن مثل عفونتها بوده است.

در سه مورد، مرگ ناشی از مواد مخدر در اطفال زیر ۵ سال بعلت تجویز نابجای ترکیبات تریاک برای درمان بیماری حادث شده است. هم چنین در چهار مورد، مرگ ناشی از انبار کردن بسته های مواد مخدر در دستگاه گوارش^۱ بوده است.

بیشترین میزان مرگ و میر در دهه سوم و چهارم زندگی ملاحظه شد (شکل ۱). از تعداد کل اجساد ارجاعی مربوط به مواد مخدر، ۲۳ درصد مرگ و میرها در حیطه منزل مسکونی می باشد که اکثریت آنها در محل دستشویی و حمام رخ داده است.

در ۴۰ درصد موارد، مرگ در حین تزریق بوده، سرنگ و وسیله تزریق در محل مشاهده گردیده است. هم چنین ۲۰ درصد از افراد فوت شده، متاهل و ۶۰ درصد مجرد و ۱۰ درصد مطلقه و ۱۰ درصد نامعلوم بوده اند.

هم چنین از نظر تحصیلات، بیشترین افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم (۷۰ درصد) و ۲۵ درصد افراد بی سواد و ۳ درصد دیپلمه و ۲ درصد دارای تحصیلات عالی می باشند.

اکثریت موارد از خانواده های با درآمد کم و یا متوسط جامعه بوده اند (۹۰ درصد موارد). اکثریت موارد ارجاعی از نظر اشتغال بکار دارای مشاغل آزاد (مثل جوشکاری، فروشنده، نقاش، خانه دار و آهنگری) و یا بیکار بوده اند (شکل ۲).

در ۴۰ درصد افراد، خالکوبی هایی به اشکال و کلمات و جملات

غیرطبیعی ادراک کردند. در صورت مداومت به این عمل، ماده اعتیادآور حتی این خاصیت خود را نیز از دست می دهد و برعکس، شخص معتاد را نه تنها از نظر روانی بلکه از نظر جسمانی نیز به خود وابسته می سازد و بتدریج به کار بردن این ماده که به شکل اجباری درآمده، معتاد آزادی و اختیار خود را در قبال مصرف آن از دست داده است، باعث معلول و مصلوم شدن مغز و شخصیت و روان فرد می گردد (۹ و ۱۰).

در یک مطالعه گذشته نگر در استرالیا بین سالهای ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۷ مرگ و میر ناشی از مواد مخدر ۵۰ برابر بیشتر شده، میزان شیوع آن از ۷۳ تا ۵/۷۱ در یک میلیون نفر در سنین ۱۵-۴۴ سال متغیر بوده است (۱۰).

هم چنین در یک مطالعه در تهران در سال ۱۹۹۵ در طول شش ماه بیشترین میزان مراجعین به بخشهای مسمومین، مصرف کنندگان ترکیبات مواد مخدر بوده است ولی گزارش منتشر شده ای در مورد میزان مرگ و میر بصورت رسمی وجود ندارد و آماری از فاکتورهای دموگرافیک نیز ارائه نشده است. همچنانکه اشاره گردید عوامل متعددی در کشیده شدن فرد بطرف مواد مخدر ذکر گردیده است که از آن جمله استعداد های فردی، نابهنجاریهای اقتصادی، اجتماعی و سهولت دستیابی به این مواد، سوابق بیماریهای زمینه ای (به خصوص افسردگی)، اختلافات خانوادگی و مشکلات روحی و روانی حاصل از آن می باشد (۱۱ و ۱۲). با عنایت به مسائل مطرحه، بر آن شدیم که میزان مرگ و میر حاصل از مواد مخدر را در طول شش ماهه اول سال ۱۳۷۹ و علت های منجر به آن را بررسی کنیم.

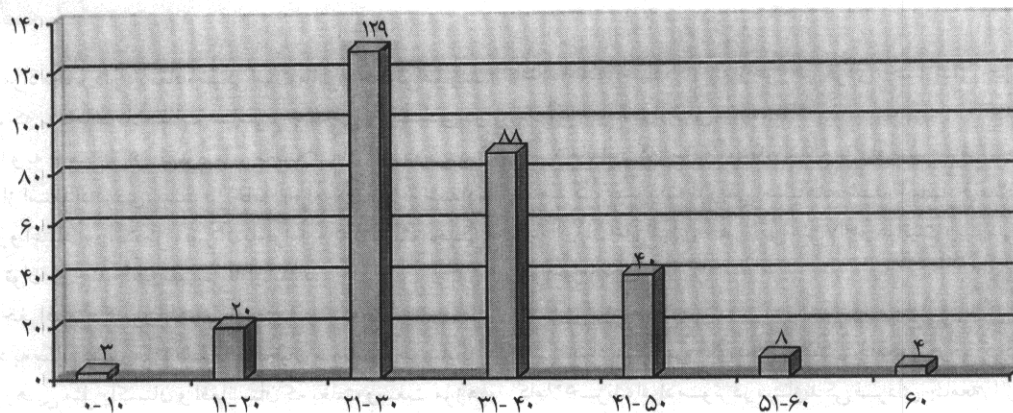
مواد و روشها

این بررسی یک مطالعه مقطعی و تحلیلی می باشد که در طول شش ماهه اول سال ۱۳۷۹ با استفاده از فرمهای جمع آوری اطلاعات صورت گرفته است. از میان کل اجساد ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی در این مدت، موارد مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر، عوارض آن، کلیه اطلاعات لازم از جهت متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، شغل و تحصیلات)، زمان و مکان ارجاع، نحوه استفاده از مواد مخدر و نحوه مرگ افراد مشخص شد.

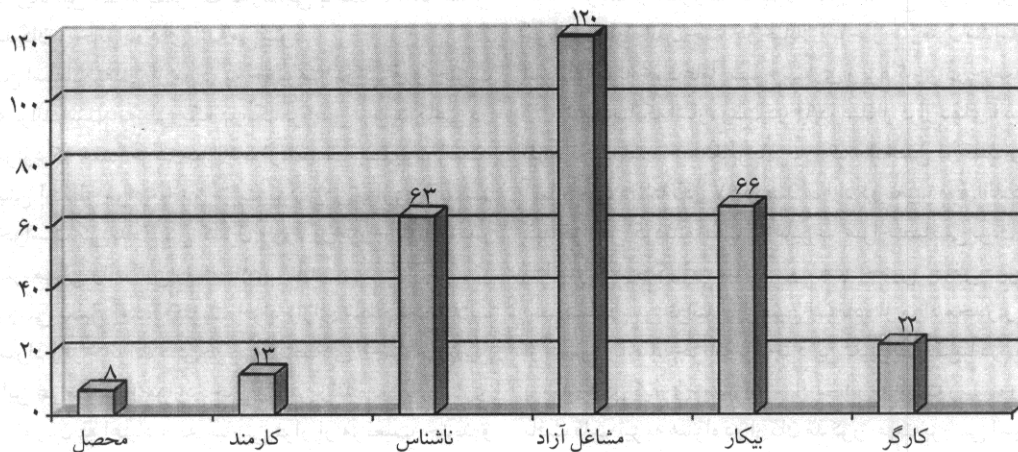
اطلاعات از طریق مرکز بایگانی سازمان پزشکی قانونی استخراج گشت. در صورت ناقص بودن پرونده ها با رجوع به مراجع انتظامی یا خانواده متوفی، اطلاعات تکمیل شده، سپس با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسبت به تجزیه و تحلیل آن اقدام گردید.

نتایج

از کل ۴۴۰۱ جسد ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۷۹، اکثر آنها را حوادث با ارجحیت تصادفات با وسایط نقلیه و سوختگی و سپس مرگهای طبیعی با ارجحیت بیماریهای قلبی و عروقی (۷۵ درصد مرگهای طبیعی) تشکیل می دهند. سپس موارد



شکل ۱. توزیع فراوانی شیوع سنی مرگ و میر ناشی از مواد مخدر ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در نیمه اول سال ۱۳۷۹



شکل ۲. توزیع فراوانی شغل افراد فوت شده ناشی از مواد مخدر ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی در نیمه اول ۱۳۷۹

متوسط قلب، خیز و خونریزی ریوی و استئاتوز کبدی تا هیپاتیت حاد یا هیپاتیت مزمن فعال یا هیپاتیت مزمن استقرار یافته وجود داشته است و هم چنین در ۹۷ درصد موارد دو تغییر ذکر شده اخیر مشهود بوده است.

همچنین در موارد فساد نعشی، بیشترین مدت زمان پس از مرگ که نتیجه تجسس مواد مخدر در آنها به روش معمول در آزمایشگاه سم شناسی سازمان (کروماتوگرافی با لایه نازک (TLC) و ایمونواسی) مثبت بوده است، ده روز پس از مرگ می باشد و در موارد فساد نعشی بیشتر از مدت مذکور نتایج منفی بوده اند.

مختلف در اندامها و تنه ملاحظه شد که بیشتر آنها برای پنهان کردن محل‌های تزریق بوده است. این میزان در گروه مرگ‌های ناشی از غیر مواد مخدر ۱ درصد می باشد. همچنین در بررسی‌های بعمل آمده در ۳۰ درصد موارد، سابقه ابتلاء به بیماری‌های اعصاب و روان مثل افسردگی و اختلال تش متعاقب حادثه (PTSD) گزارش گردید.

در ۳۰ درصد مرگ‌ها فوت در زمان ترک اعتیاد رخ داده که به علت مصرف مجدد ماده مخدر با دوز قبلی بوده است. هم چنین از نظر سابقه اعتیاد به مواد مخدر، حداقل زمان، یک ماه و حداکثر مدت اعتیاد ۲۵ سال برآورد گردید.

در بررسی نتایج آسیب شناسی و سم شناسی مرگ و میرهای ناشی از مواد مخدر، مشاهده گردید که در ۹۰ درصد گزارش آسیب شناسی افراد فوت شده هر سه تغییر شامل: هیپرتروفی ملایم تا

1-Post Traumatic Stress Disorder
2-Thin Layer Chromatography

بحث

افتاده است. اعتیاد، گذشته از عوارض فردی، خسارتهای جبران ناپذیری بر بیکر جامعه وارد می سازد.

همانطور که اشاره گردید، بیشترین راه مصرف مواد مخدر منجر به مرگ، بصورت تزریقی مشاهده شد. اینها حاملان پنهان و پیام آوران عفونتهای خطرناکی مثل HIV و هپاتیت ویروسی محسوب می شوند.

بیشترین میزان مرگ و میر در دهه سوم و چهارم زندگی بوده است، یعنی اعتیاد بیشتر نیروهای فعال و خلاق جامعه را درگیر کرده، بصورت کاملاً خزننده افراد موثر در سازندگی فردای جامعه را از دور خارج می سازد. علاوه بر این عوارض، اعتیاد خود هم عامل بی خانمانی و هم حاصل آنست، بطوری که در حدود ۳۰ درصد موارد، افراد، فاقد هویت و بصورت مجهول الهویه ارجاع گردیده بودند و بعقل گوناگون مثل ماندن جسد در خیابان و یا خارج از منزل شناسایی نگردیده اند. اینها بنوبه خود عامل شیوع بیماری و بزهکاری در جامعه می باشند.

۴. همچنانکه اشاره رفت در ۹۰ درصد از گزارشهای آسیب شناسی افراد فوت شده، سه تغییر پاتولوژیک مشخص در قلب و ریه و کبد آنها وجود داشته، در ۹۷ درصد موارد دو تغییر فوق الذکر در ریه و کبد گزارش گردیده است که علیرغم غیراختصاصی بودن در صورت نداشتن هیچگونه سابقه و هم چنین منفی بودن نتایج سم شناسی می توانند در تعیین استفاده از مواد مخدر و مرگ منتج از آن موثر باشند، چرا که با وجود این تغییرات، تقریباً در تمامی موارد پرونده های کیفری، مصرف مواد مخدر به اثبات رسیده و بهتر است بافت قلب نیز به همراه دو ارگان مذکور جهت بررسی آسیب شناسی ارسال گردد.

به هر حال به عنوان یک اصل اساسی همواره پیشگیری بهتر از درمان است. این مهم در امر اعتیاد از جایگاه والایی برخوردار است. راهکارهایی که در کم کردن ایجاد عارضه می توان عنوان نمود، به شرح ذیل است:

۱. کار فرهنگی و آموزش مستمر و هشداردهنده از طریق مراکز آموزشی و وسایل ارتباط جمعی در ارتباط با عوارض و عواقب اعتیاد و همچنین خواص مواد اعتیاد آور.

۲. از بین بردن زمینه های روانی و اخلاقی و اجتماعی و انزوای معتادین ترک کرده و سالم شده و ایجاد زمینه جهت احیاء مجدد شخصیت فردی و تضمین حیات اجتماعی آنها. بطوری که اشاره گردید ۳۰ درصد مرگ و میرها در زمان ترک اعتیاد و برگشت مجدد فرد معتاد به استفاده از مواد مخدر رخ داده است.

۳. برنامه ریزی دقیق توسط اهل فن و خصوصاً روانشناسان جنایی در زندانها و مراکز بازپروری جهت تبدیل آن مراکز به محیط اصلاح و بازسازی روحی و روانی معتادین. اخیراً بند زندان محبوسین ناشی از مواد مخدر با سایر زندانیان تفکیک گردیده است که این امر می تواند عامل مهمی

اعتیاد به مواد مخدر دارای ابعاد وسیعی است و این پیچیدگی موجب گردیده است که به لحاظ ملاحظات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی در تمام کشورها و به خصوص در کشور ما بر معضلات آن افزوده گردد. گذشته از استعداد فردی، بیشترین عامل رو آوردن فرد به استفاده از مواد مخدر و اعتیاد آور، بشکل مضر آن با عوامل و تداخلات محیطی است که می توان در چند طبقه تقسیم بندی نمود:

۱. عامل جغرافیایی: کشور ما در منطقه ای است که متأسفانه محل گذر این مواد به سایر کشورها توسط قاچاقچیان می باشد. همسایگی ایران با کشورهایی مثل پاکستان و افغانستان که بعلت وسعت مرزها و سایر عوامل، کنترل آنها بسهولت امکانپذیر نمی باشد، موجبات سهولت دسترسی به این مواد را در کشور ما پدید آورده است.

قیمت زیاد این مواد بصورت تدریجی باعث تخلیه مالی مصرف کنندگان و خانواده های آنها می شود.

همچنین استفاده تفننی از مواد، به خصوص در شرق و جنوب کشور رو به تزاید است. به طوریکه در یک بررسی آزمایشگاهی در ۲۵ درصد موارد که علت مرگ غیر از موارد مسمومیت بوده است، نتیجه آزمایش از نظر مواد مخدر مثبت بوده (در مواردی که سم شناسی درخواست گردیده). پس کنترل ورود و خروج مواد مخدر می تواند نقش مهمی را در این زمینه بازی نماید.

۲. در بررسی بعمل آمده، اکثریت افراد دارای سطح تحصیلات پایین و کم سواد و از خانواده های با سطح اقتصادی-اجتماعی پایین بوده اند که این عوامل نیز از موارد دخیل و دامن زننده به آماده سازی فرد برای رو آوردن به اعتیاد و به عبارتی فرار از موقعیت جدید و نابسامان می باشد. تنهایی و عدم وجود مشغله از مهمترین عوامل روی آوردن فرد به استفاده از مواد مخدر است بطوری که ۶۰ درصد از افراد فوت شده را مجردین تشکیل می دهند.

نظر به نبود نشخوار فکری مناسب و عدم وجود تفریحات سالم، فرد خواسته و یا نخواسته در ورطه اعتیاد افتاده است چرا که اکثریت این افراد دارای یک روحیه شکننده نیز بوده اند و بعضاً در ۳۰ درصد موارد سابقه بیماری عصبی و روانی بصورت افسردگی و یا PTSD یا اختلالات خلقی وجود داشته است.

اعتیاد منتج از بیکاری و بیکاری خود حاصل اعتیاد است. در بررسی انجام شده، در حدود یک سوم افراد فوت شده بیکار یا دارای مشاغل آزاد مثل دست فروشی و سایر مشاغل کاذب بوده اند. کم نیست مواردی که بعلت اعتیاد فرد از محل کار خود اخراج گردیده است. این امر خود زاینده بزهکاری در جامعه خواهد بود.

۳. چنانکه گفته شد بیشترین مرگ و میر افراد ناشی از سهل انگاری و عوارض تزریق بصورت اتفاقی بوده است. بطوری که در بیش از یک سوم موارد، فوت در حین تزریق و در دستشویی و یا حمام اتفاق

مراجع

۱. سجادیه سیدمحمدعلی. شناخت و پیشگیری و درمان اعتیاد. چاپ دوم. مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۷۵.
 ۲. کریم پور صادق. روانشناسی اعتیاد. چاپ اول. مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۶۵.
 ۳. پژومند عبدالکریم. پژومند عبدالکریم. ایبوم در تشخیص و درمان مسمومیت ها. چاپ اول. مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۷۷؛ ۵۰-۲۰۰.
 - 4- Knight B. Forensic Pathology. London: Lipincott; 1996.
 - 5- Phillips SJ. Opium In: Haddad LM (eds) Shannon MW, Winchester JF. Clinical Management of Poisoning and Drug Abuse. 3rd ed. New York: Lipincott; 1998: 505-20.
 - 6- Levin C. Narcotic In: Dart RC. The 5 Minute Toxicology Consult. First ed. New York: Lippincott; 2000: 530-5.
 - 7- Kaplan S. Clinical Management of Psychiatric Diseases. New York: Lipincott; 2000.
 - 8- Reisine T, Pasternak G. Opioid Compound In: Hardman JG, Goodman G, Gilman G. The Pharmacologic Basis of Therapeutic. 9th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1996: 521-55.
 - ۹- قضایای صمد. مسمومیتها در کتاب پزشکی قانونی. چاپ چهارم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۷۴؛ ۶۰-۱۰۵.
 - 10- Bak S, Petal P. Opium Overdosage. Am J Forensic Med pathology. 1998; 4: 314-320.
 - 11- Bose K. Opium Poisoning. The Lancet. 1999; 354: 40-6.
- در پیشگیری از یادگیری انواع بزهکاری متعاقب فراغت از زندان باشد. ۴. اشتغال جوانان به خصوص در سنین دهه سوم و چهارم و فراهم آوردن زمینه ازدواج مناسب و پاسخ به انواع سوالات مطروحه از طرف آنها. در این ارتباط اقدامات شورای عالی جوانان تشکیل شده در نهاد ریاست جمهوری می تواند کمک کننده باشد. ۵. تقویت بنیان اعتقادی و مذهبی خانواده ها و بهبود وضعیت اقتصادی جامعه. ۶. سیاستگذاری و برنامه ریزی جدی و اجرای قاطع مبارزه با مواد مخدر (تولید و تکثیر آن) و پاکسازی جدی محیط که البته با توضیحاتی که قبلاً ذکر شد، کاری بس دشوار می باشد. از طرفی تجربه نشان داده است که تشدید مجازات سوداگران مرگ که اخیراً توسط مجمع محترم تشخیص مصلحت نظام به تصویب رسیده است، می تواند نقش کم رنگ تری داشته باشد. ۷. بنظر میرسد، پیشگیری از نوع سوم در اعتیاد به مواد مخدر در اولویت باشد. بطوری که ضمن در اختیار گذاردن وسایل بهداشتی برای تزریق و حتی در بعضی موارد، مواد مخدر، با استفاده از مشاوره های پزشکی و اقدامات طبی نسبت به بازپروری و ترک اعتیاد آنها بصورت همزمان اقدام نمود. پرواضح است چنانچه اراده سیاسی دولتها دخیل در قضیه شود، حل مشکل اعتیاد بصورت کنونی در جامعه انسانی دور از انتظار نخواهد بود که علاج واقعه را قبل از وقوع باید کرد.